

Post-partum Dönemdeki Kadınlarda Sosyo-Ekonomik Durumun Depresyonla Olan İlişkisi

Tuğba Makbule Çuvadar¹

Özet

Ruh sağlığı kadınların gebelik sürecinde kritik bir rol oynamaktadır. Hamilelik, bebeği geliştikçe bir kadının vücudunda büyük bir değişim dönemidir. Bu dönemde kadınlar genellikle anksiyete belirtileri yaşarlar. Literatür, sosyoekonomik durumun (SES) hamile kadınların kaygı ve depresyon yaşama şiddetine katkıda bulunabileceğini öne sürmüş olmakla birlikte sosyoekonomik durumu düşük kadınların hamilelik sırasında anksiyete ve depresyon belirtileri yaşama olasılıkları daha yüksek olabileceğini göstermiştir. Spesifik olarak, düşük ses'in artan anksiyete ve depresif semptom deneyimi ile ilişkili olacağı varsayılmıştır.hamilelik öncesi, sırasında ve sonrasında kadının sağlığı. Bu çalışmanın sonuçları, sosyoekonomik durumu düşük gebelerde anksiyete ve depresyon riskinin artabileceğini göstermektedir; Bu nedenle uygulayıcılar, hastalarının hamilelikleri sırasında anksiyete ve depresyon gelişme riskini değerlendirirken sosyoekonomik durumu dikkate almalıdır. Hamile kadınlar için bu tür bir taramanın uygulanması hem sağlıklı bir anne hem de sağlıklı bir bebeğin sağlanması için hayati öneme sahiptir.

Post-partum depresyon anne ve bebek için morbidite ve mortalite sebebi olabilecek görülme sıklığı oldukça yüksek ciddi bir psikiyatrik sorundur. Kadınlarda post-partum dönemde depresyon gelişmesini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörlerden başlıcaları; ekonomik durum, annenin ailesinde/kendinde depresyon geçmişi olması, gebeliği / çocuğu istememe, gebelik sayısı ve çocuk sayısının fazlalığıdır. Bu faktörlerin bilinmesi doğum sonrası annenin hangi konularda izlem ve desteğe ihtiyacı olduğu konusunda rehberlik edecektir. Ayrıca, sağlık gözetimi, ebeveynliğe geçiş sürecinde yeni ailelerle birlikte yürümek için ayrıcalıklı bir fırsattır.

1 Bağımsız araştırmacı, tcuvadard@gmail.com,Orcid: 0009-0008-4111-0827

GİRİŞ

Gebelik süreci, kadınlarda ortaya çıkan birçok fizyolojik değişikliğin yanı sıra ruhsal ve sosyal değişimlerin yaşandığı ve bu değişimlere uyumu gerektiren önemli bir süreçtir. Sonuçta kadınlarda gebelik döneminde, doğumda ve doğum sonrasında oluşan değişiklikler çeşitli ruhsal sorunların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Erdoğan&Hocaoglu, 2020).

Postpartum depresyon (PPD), doğum sonu dönemde ilk 2–4 haftada belirtileri ortaya çıkan ve 12. aya kadar devam edebilen, önemli bir psikiyatrik sorundur (Erdoğan vd., 2014; Babacan Gümüş ve ark., 2012). PPD; bir duygu durum bozukluğu olup, doğumdan sonraki ilk yıl içinde kadınların %10 ila %20'sini ve ilk yıldan sonra %25'ini etkiler (Sophia&Jane, 2019). Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında PPD prevalansı %6-58 aralığında olup, Dünya'da bu oran araştırmalarda kullanılan tanı yöntemine göre farklılık göstererek %3.5–63.3 arasında değişmektedir (Durukan et al., 2011; Coşkun ve ark., 2016). PPD, teşhis ve tedavideki ilerlemelere rağmen, yeterince teşhis edilmemekte ve yanlış anlaşılmaktadır. Kadınlar, bebeğin doğumu için bakımdayken her zaman doğum sonu depresyon (DSD) belirtileri göstermezler ve taburculukta ve doğum sonrası ilk randevuda ruh hali değişikliklerini konuşmayabilirler (Sophia&Jane, 2019).

Risk altındaki kadınların çoğu, psikiyatrik geçmişe, gebelik sırasındaki semptomlara ve yakın zamandaki psikososyal stres faktörlerine dayalı olarak doğumdan önce belirlenebilir. Neyse ki, antidepresanlar, farmakolojik olmayan etkileşimler ve son zamanlarda allopregnanolone (Brexanolone) infüzyonu kullanılarak faydalar gösteren çeşitli tedavi çalışmaları yapılmıştır. En sık kullanılan tarama ölçeği olan Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği, 10 maddelik kendi kendini değerlendirme ölçeği, çeşitli dillere çevrilmiştir (Emily et al., 2020).

Sağlık gözetimi, ebeveynliğe geçiş sürecinde yeni ailelerle birlikte yürümek için ayrıcalıklı bir fırsattır. Bu dönem hem anne hem de baba için zordur ve talebin ailenin mevcut kaynaklarını aşması gibi potansiyel bir tehlike vardır. Bu dengesizlik anne ve babaların depresif semptomatoloji geliştirmelerine neden olabilir. Doğum sonrası depresyon on erkekten bir ila ikisini etkileyebilir ve anne depresyonu, onu geliştirmek için önemli bir risk faktörüdür. Babada yaşanan doğum sonrası depresyon, tüm aile bireylerini, yani çocuğun gelişimini, bağlanmasını ve çocuğun ruh sağlığını etkileyerek kısa, orta ve uzun vadede rahatsız edebilir. Bu nedenle, sadece annelerde değil, babalarda da doğum sonrası depresyon taraması yapmayı düşünmek ve bakış açısını ikiliden üçlüye genişletmek için adım atmak en uygun olanı-

dır (Francisca& Paulina, 2017). Akıl sağlığı sorunlarının yönetimi de dahil olmak üzere perinatal bakım, genellikle birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcılarının gözetimi altındadır (Emily et al., 2020).

1. Postpartum Depresyon Etiyolojisi

PPD'nin ortaya çıkmasında çeşitli risk faktörleri rol oynayabilir ve bazı deneyimler kadınları PPD için daha yüksek risk altında tutmaktadır (Coriandoli, 2014; Gümüş Babacan, 2012). Bu durumun, çevresel faktörler, hormonal nedenler, genetik ve immünel fonksiyonlar ve biyolojik faktörlerden kaynaklandığı bilinmektedir (Payne & Maguire, 2019). Gebelik öncesinde ya da gebelikte yaşanan stres varlığı, sosyal destek yetersizliği, evlilikte yaşanan sorunlar, bebeğin anneden ayrı kalması, anne bebek bağının eksikliği gibi çevresel kaynaklı faktörler PPD'ü arttırmaktadır (O'Hara & McCabe, 2013). Örneğin; gebelik süreci zorlu olan, preterm eylem yaşayan veya abortus yaşayan kadınlar, gebeliğinde hiperemezis gravidarum olanlar, düşük doğum ağırlıklı bebeği olan anneler PPD için daha büyük risk taşıyor. Ayrıca, adölesan ve daha genç annelerin ileri yaş annelere kıyasla PPD riski dört kat daha fazladır (Coriandoli, 2014; Gümüş Babacan, 2012). Ekonomik sıkıntı yaşayan, ebeveynlik stresi olan ve kötü fiziksel sağlık koşullarına sahip kadınlar daha yüksek riskli grup içerisinde yer almaktadır (Ay ve ark., 2018; Manuel ve ark., 2012). Doğum sonu görülen depresif semptomlar, bugüne kadar genellikle en çok göz ardı edilen veya fark edilmeyen en etkili risk faktörü olarak belirtilmiştir (Bolak Boratav ve ark., 2016). Biyolojik risk faktörlerine bakıldığında, oksitosin ve inflamatuvar belirteçlerin PPD ile ilişkisini gösteren çalışmalar mevcuttur (Osborne & Monk 2013). Ek olarak cinsiyet hormonları ve doğum eyleminin depresyon gelişiminde büyük bir etkisi olduğu belirtilmektedir. Postpartum dönemde kadındaki hormonal değişimler endokrin eksenlerdeki steroid ve peptid hormonlar PPD etiyojisine katkıda bulunabileceği de belirtilmektedir (Brummelte & Galea, 2016; Koçak & Duman, 2016). Yapılan çalışmalarda; kız bebek doğurma, cinsiyetten memnuniyetsizlik, aynı cinsiyette çocuğa sahip olma, daha önceki doğum deneyiminin olumsuz maternal algılarının PPD riskini artırdığı sonucuna varılmıştır (Demir et al., 2016). Bunların dışında mevcut bir depresyon öyküsünün varlığı PPD için risk faktörüdür (Aktaş, 2008; Ay ve ark., 2018; Tahaoglu ve ark., 2015).

1.1. Postpartum Depresyon Tanı ve Tedavisi

Tedavi öncesinde detaylı öykü alma, fiziksel muayene değerlendirmesi ve laboratuvar bulgularının analizi gerekmektedir. Erken tanı ile başlanılan tedavi sayesinde, hastalığın ilerlemesi durdurularak, iyileşme sürecinde hızlan-

ma sağlanmaktadır. Bu sebeple, postpartum dönemde depresyon riski olan kadınların değerlendirilmesinde doğru anamnez almak büyük önem taşımaktadır. Özellikle lohusaların sıklıkla başvurduğu birinci basamak sağlık kuruluşlarında PPD riski taşıyan anneleri saptamak amacıyla yapılan tarama ölçeklerin kullanılması ve riskli bireylerin psikiyatri kliniklerine yönlendirilmesi oldukça önemlidir (Kolukırık, 2016).

PPD taramasında çeşitli ölçeklerden yararlanılmaktadır. Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirliği olan ve çalışmalarda kullanılan ölçeklerden bazıları şunlardır: Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ), Beck Depresyon Envanteri (BDE), Postpartum Depresyon Tarama Ölçeği (PDTÖ), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)’dir. Bu ölçeklerden en yaygın olarak kullanılan ise EPDÖ’dür (Kolukırık, 2016).

PPD tedavisinde; psikoterapötik, farmakolojik ve elektrokonvülviz (EKT) yöntemlerinden yararlanılmaktadır. Tedavi yöntemi hastalığın şiddeti ve annenin emzirme durumuyla bağlantılı olarak değişmektedir (Kolukırık, 2016).

1.2. Postpartum Depresyonun Anne ve Bebeğe Etkisi

Yenidoğan, hayatının ilk günlerinde anneye sürekli etkileşim halindedir. Emzirme, ten-tene temas, bebeğin olağan bakımları anne ve bebek bağına güçlendirmeyi sağlayan önemli etmenlerdir. Bununla birlikte, doğumdan itibaren annelik rolünün artmasıyla bebeğin bakımından en çok sorumlu olan kişi annedir. Postpartum dönemde annenin ruhsal sağlığının iyi olmaması ve neticesinde PPD varlığı, sürekli anneye etkileşimde olan bebeği fazlasıyla etkileyerek birçok probleme yol açmaktadır. Türkiye, Nijerya, Pakistan, Hindistan ve Brezilya’daki yapılan çalışma sonuçlarına göre, PPD’ya sahip annelerin bebeklerinde yetersiz beslenmeden kaynaklı büyüme geriliği görülmüştür (Parsons et.al., 2012). Mevcut psikoloji sorunları yaşayan annelerde ve bebeklerinde; duygusal, davranışsal, bilişsel alanlarda eksiklik, davranış bozukluğu, sosyal beceride azalma, dikkat eksikliği, hiperaktivite ve nevroitik hareketler görüldüğü tespit edilmiştir (Sylvén et al., 2017). Buna ek olarak, PPD varlığında anneye bebek arasındaki bağın zayıfladığı ve güvenli bağlanmanın kurulamadığı gözlenmiştir (Parsons et al., 2012).

Bu faktörlerin bilinmesi doğum sonrası annenin hangi konularda izlem ve desteğe ihtiyacı olduğu konusunda rehberlik edecektir.

2. Hamilelik

Ulusal Sağlık Enstitüsü tarafından tanımlandığı gibi hamilelik, “bir fetüsün bir kadının rahminde veya uterusunda geliştiği dönemdir” (“Hamilelik

Hakkında,” 2017). Bu süre yaklaşık kırk hafta (Jukic ve ark., 2013) veya dokuz ay sürer ve üç trimestere ayrılır (“Hamilelik Hakkında”, 2017). İlk üç aylık dönemde, bir fetüs vücut yapısını ve organlarını geliştirmeye başlar. Bu süre zarfında, anne, blastosist tarafından üretilen beşinci hafta civarında insan koryonik gonadotropin hormonunda bir artış yaşar ve yumurtalıklara yumurtaların salınmasını durdurmak ve östrojen ve progesteron seviyelerini artırmak için sinyal verir (Mayo Clinic Staff, 2017). İkinci trimesterde, fetüs on üçüncü haftada idrar geliştirmeye başlar, on dördüncü haftada gözlerini hareket ettirmeye, on sekizinci haftada duymaya başlar ve yirmi beşinci haftada annesinin sesine cevap verir (Mayo Clinic Staff, 2017). Üçüncü trimesterde, bebek otuz birinci haftadan itibaren hızlı kilo alımına uğrar, otuz ikinci haftada nefes alır ve otuz üç haftada ışığı tespit edebilir (Mayo Clinic Staff, 2017).

2.1. Gebelik Prevalansı

2018 yılında, Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri, Amerika Birleşik Devletleri’nde 3.791.712 doğumun kaydedildiğini bildirmiştir (Martin ve ark., 2019). Doğum oranı, 2017 yılına kıyasla% 2 oranında azalmıştır (Martin ve diğerleri, 2019). 15-19 ve 20-34 yaş arası kadınlar için doğum oranları azalırken, 35-44 yaş arası kadınlar için doğum oranları artmıştır (Martin ve ark., 2019). Daha spesifik olarak, 2018 yılında Mississippi Eyaletinde 37.000 doğum bildirilmiştir. Çocuk doğurma yıllarında çocuk doğurması durumunda kadın başına doğacak çocuk sayısı olarak tanımlanan toplam doğurganlık oranı (Elkasabi, 2019), Mississippi’de 1.842.0 idi ve ulusal toplam doğurganlık oranı olan 1.729.5’ten biraz daha yüksekti. (Martin ve ark., 2019). Mississippi’deki toplam doğurganlık oranı 2017’den değişmeden kalmıştır (Martin ve ark., 2019).

2.2. Hamilelik ve Zorlukları

Hamilelik, bebeği geliştikçe bir kadının vücudunda muazzam değişikliklerin olduğu bir zamandır. Kadın bedenleri şekil ve boyut olarak hızla değişir. 40 haftalık bir hamilelik sırasında, hamile bir kadın tipik olarak göğüslerde ve belde özellikle belirgin olan kilo alımı ile yaklaşık 29 kilo alacaktır (Duncombe, et al., 2008) . Bu kilo alımı hem fetal hem de maternal dokuların ve sıvıların büyümesine bağlanabilir (Hector & Hebden, 2013). Bu tür dokular ve sıvılar uterus, göğüsler, kan, amniyotik sıvı ve hücre dışı sıvıyı içerir (Hector & Hebden, 2013). Kilo alımının yanı sıra, kadınlar rahatsızlık yaratabilecek çok sayıda ek semptom yaşarlar. Gebeliğin sıfır ila on üç haftasını kapsayan ilk trimesterde, kadınlar bulantı ve kusma, meme hassasiyeti ve yorgunluk gibi semptomlar yaşayabilir (“Üç trimesterde hamilelik”, 2019).

Gebeliğin bulantı ve kusması (NVP), semptomları hafif ile şiddetli arasında değişmekle birlikte, hamile kadınların% 80'ini etkiler (Koch ve ark., 2006; O'Brien & Zhou, 1995). NVP'nin patogenezi bilinmemektedir (Koch ve ark., 2006; Lee & Saha, 2011); Bununla birlikte, metabolik ve endokrin, insan koryonik gonadotropininin (hCG) muhtemel bir suçlu olması nedeniyle nedenine dahil edilmiştir (Lee & Saha, 2011). Bunun nedeni, NVP'nin zirvesi ile hCG üretimi arasındaki on iki ila on dört hafta arasındaki zamansal ilişkidir (Lee & Saha, 2011). İkinci trimesterde (on dört ila yirmi altı hafta), bu semptomlar azalabilir ve sırt ve karın ağrısı ile değiştirilebilir ("Üç trimesterde hamilelik", 2019; Yousefabadi ve ark., 2019). Bu ağrı, hızlı kilo alımına ve vücudun ağırlık merkezindeki değişikliklere bağlanabilir (Yousefabadi ve ark., 2019). Üçüncü trimesterde (yirmi yedi ila kırk hafta), kadınlar nefes darlığı ve uyku güçlüğü çekebilir ("Üç trimesterde hamilelik", 2019). Hutchison ve ark. (2012) tarafından 650 kadının doğum sonrası bir araştırması, kadınların geç hamilelik sırasında zayıf uykunun nedenleri olarak rahatsızlık, ağrı ve zihinsel kaygıyı gösterdiklerini göstermiştir.

Literatür sürekli olarak perinatal dönemde zayıf zihinsel sağlığa sahip kadınların yaygın olduğunu öne sürmüştür (MacQueen ve ark., 2016). Hamile ve doğum sonrası kadınlar, genel popülasyondaki yetişkinlere kıyasla (% 18.1 prevalansı (Kessler ve ark., 2005)) önemli ölçüde daha yüksek oranlarda (trimesterlerde% 22 prevalansı) kaygı yaşarlar ve bu bozukluklar, özellikle, bu popülasyonda yaşanan en yaygın zihinsel sağlık sorunlarıdır (Dennis ve ark., 2017). Hamilelik sırasında zayıf zihinsel sağlığın sayısız zararlı sonuçlarına rağmen, hamilelik sırasında zayıf zihinsel sağlık yetersiz teşhis edilir ve genellikle tedavi edilmez (Beyondblue, 2011).

2.3. Anksiyete

DSM-5, Genelleştirilmiş Anksiyete Bozukluğunu "En az 6 ay boyunca değil, bir dizi olay veya etkinlik (iş veya okul performansı gibi) hakkında meydana gelen aşırı kaygı ve endişe (endişeli beklenti)" olarak tanımlar (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Endişe verici düşüncelere eşlik eden anksiyetenin fiziksel belirtileri arasında huzursuzluk, yorgunluk, konsantrasyon olma zorluğu, sinirlilik, kas gerginliği ve uyku bozukluğu bulunur. Bu semptomların en az üçü son altı ay boyunca günlerin çoğunda ortaya çıkmalıdır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Anksiyete bozuklukları, yetişkinlerin% 18.1'ini etkileyen zihinsel bozukluklar arasında en yaygın olanıdır (Kessler ve ark., 2005). Kadınların yaşamları boyunca kaygı geliştirme olasılıkları erkeklerden daha yüksektir (McLean ve ark., 2011, Angst & Dobler-Mikola, 1985, Bruce ve ark., 2005), yaşam boyu prevalansı kadınlar için% 30.5 ve erkekler için% 19.2'dir (Kessler ve ark., 1994). Kadınların anksiyete bozuk-

luklarına olan eğilimlerinin artması için olası risk faktörleri, kızlar arasında daha yüksek oranlarda görülen negatif duygusallığı (McLean ve ark., 2001, Steiner ve ark., 2002) ve kadınlarda anksiyete ve depresyon ile daha yakından bağlantılı olan nevroitikliği (McLean ve ark., 2011) içerir.

2.3.1. Anksiyete ve Hamilelik

Anksiyete semptomları gebe popülasyonda yaygındır ve yakın tarihli bir meta-analiz, hamile kadınların% 22.9'unun bu semptomları yaşadığını bildirmiştir (Dennis ve ark., 2017). Anksiyete belirtileri, artmış yenidoğan morbiditesi (Lilliecreutz ve ark., 2011) ve doğum sonrası depresyon riskinin artması (Davey ve ark., 2011) dahil olmak üzere hem anne hem de fetüs için olumsuz sonuçlarla ilişkili oldukları için ilgilidir.

Lee ve ark. (2007) tarafından yapılan prospektif uzunlamasına bir çalışma, Hong Kong bölgesel hastanesinin doğum öncesi kliniğindeki kadınları, gebeliğin farklı aşamalarında antenatal anksiyete ve depresyonun prevalansını ve seyrini tahmin etmek ve ilişkili demografik ve psikolojik risk faktörlerini tanımlamak için değerlendirdi. Araştırmacılar, antenatal anksiyete ve depresyonu değerlendirmek için Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'ni ve doğum sonrası depresyonu değerlendirmek için Edinburg Postnatal Depresyon Ölçeği'ni uyguladılar (Lee ve ark. 2007). Sonuçlar, kadınların% 17.8'inin (N = 335) gebeliklerinin her trimesterinde antenatal anksiyete yaşamayı onayladığını, kadınların% 15.4'ünün iki trimesterde antenatal anksiyeteyi onayladığını ve% 24.8'inin bir trimesterde antenatal anksiyete yaşadığını göstermiştir (Lee ve ark., 2007). Bu bulgular, antenatal anksiyetenin gebe kadınlar arasında yaygın olduğu literatürünü desteklemektedir.

Ek olarak, Field ve meslektaşları, (2003), perinatal anksiyete ve komorbid depresyon ve öfkenin fetüs ve yenidoğan üzerindeki etkilerini belirlemek için 132 hamile kadını incelemiştir. Hamile kadınlardan Özellik Anksiyetesi Envanterini tamamladılar ve analiz için bir idrar örneği vermeleri istendi (CNS nörotransmitter seviyesinin bir korelasyonu olarak atılan katekolaminler ve metabolitleri). Sonuçlar, yüksek düzeyde kaygıyı onaylayan kadınların, doğum öncesi dönemde idrar norepinefrin atılım düzeylerinin arttığını ve dopamin düzeylerinin azaldığını göstermiştir (Field ve ark., 2003). Fetüsün daha ileri değerlendirmesi ultrason ile yapıldı. Sonuçlar, düşük fetal ağırlığa sahip annede yüksek anksiyete ile uterodaki alt karın çevresi arasında ilişki buldu (Field ve ark., 2003). Postnatal olarak, endişeli anneler daha düşük dopamin ve serotonin seviyeleri sergilediler (idrar analizi yoluyla) (Field ve ark., 2003). Endişeli annelerin yenidoğanlarının, anksiyete yaşamayan annelerin yenidoğanlarına kıyasla, düşük doğum ağırlığına sahip veya 5.5

pound'un altında bir ağırlığa sahip olarak sınıflandırılma olasılığı daha yüksekti (Field ve ark., 2003). Bu çalışma, anksiyetenin hem anneyi hem de fetüsü uteroda ve doğum sonrası olumsuz etkilediğini göstermektedir.

Hamilelik sırasında kaygı yaşayan kadınlar için bir başka potansiyel endişe, hamilelik sırasındaki kaygının emzirme olasılığının önemli ölçüde azalmasıyla ilişkili olmasıdır (Grigoriadis ve ark., 2018). Dünya Sağlık Örgütü, bebeklerin yaşamın ilk altı ayında emzirilmesini önermektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2003). Emzirmenin hem anne hem de bebeğin sağlığına olumlu katkısı olduğu bulunmuştur (Dünya Sağlık Örgütü, 2003). Literatür, emzirmenin bebeğin bağışıklık sistemine (Goldman, 2007) ve bilişsel gelişimine (Michaelsen ve ark., 2003) olumlu katkıda bulunduğunu göstermektedir. Emzirme aynı zamanda annenin rahminin hamilelik öncesi durumuna dönme hızını artırabilir (Heinig & Dewew, 1997) ve bir annenin ilk on iki ay içinde bebeğiyle bağ kurmasını teşvik edebilir (ElseQuest, 2003). Emzirme, bebek ve anne sağlığının ayrılmaz bir parçası olarak kabul edildiğinden, kaygıdan etkilenen kadınların emzirmesindeki azalma rahatsız edicidir. Antenatal anksiyete hamile kadınlar arasında yaygın bir deneyim olmasına ve tedavi edilmezse olumsuz sonuçlara yol açabilmesine rağmen, benzer bir prevalansı olan antenatal depresyona kıyasla daha az araştırılmıştır (Grigoriadis ve ark., 2018). Ayrıca, antenatal anksiyetenin, tedavi edilmezse doğum sonrası depresyonun güçlü bir belirleyicisi olduğu bulunmuştur (Austin ve ark., 2007).

2.4. Depresyon

Majör Depresif Bozukluk (MDB), kalıcı üzüntü duyguları ve ilgi kaybı ile karakterize duygudurum bozukluğudur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). DSM-5, iki haftalık bir süre boyunca beş veya daha fazla semptomun mevcut olmasını gerektirir ve semptomlardan en az biri depresif bir ruh hali veya ilgi veya zevk kaybı (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Bu tür ek semptomlar arasında önemli kilo kaybı veya kilo alımı ve neredeyse her gün yorgunluk veya enerji kaybı, rahatsız uyku, değersizlik veya çaresizlik hissi, konsantre olma zorluğu ve potansiyel intihar eğilimi sayılabilir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Majör depresif bozukluğun yaşam boyu prevalansı yaklaşık %16'dır (Kessler ve ark., 2005). Çalışmalar, kadınların Majör Depresif Bozukluktan (MDB) erkeklerden daha yüksek oranlarda etkilendiğini göstermiştir. Kadınlar, yaşamları boyunca MDD geliştiren kadınların% 7.2'si ile erkeklere kıyasla yaşam boyu MDD prevalansına sahiptir (Picco ve ark., 2017). MDB'nin ekonomik yükü 2005 ve 2010 yılları arasında% 21,5 oranında artmıştır ve

toplam maliyetinin 210,5 milyar dolar olduğu tahmin edilmektedir (Greenburg ve ark., 2015).

2.4.1. Depresyon ve Hamilelik

Perinatal depresyon, hamilelik sırasında veya doğumdan sonraki ilk yıl içinde ortaya çıkan majör ve minör depresif atakları içerir (Gavin ve ark., 2005). Majör Depresif Bozukluk, hamile kadınları etkileyen en yaygın zihinsel sağlık durumudur (Shidhaye & Giri, 2014). Gebe kadınların yaklaşık% 7 ila 13'ü perinatal depresyondan etkilenir (Gavin ve ark., 2005). Gebelik öncesi ruh sağlığı tanısı alan kadınlar için bu prevalansı% 46'ya yükselmektedir (Katon, 2017). Antenatal depresyon ile ilişkili risk faktörleri arasında kırsal bir ortamda yaşamak, evlilik memnuniyetinin azalması, yardımcı üreme teknolojisi, doğum öncesi sağlık bilgisinden yoksun olmak ve stresli yaşam olayları bulunmaktadır (Chen ve ark., 2019).

Antenatal depresyonun gebelik sonuçları üzerinde çeşitli olumsuz etkileri olduğu gösterilmiştir. Örneğin, antenatal depresyon, spontan kürtaj (Nakanon ve ark., 2004) ve preeklampsi (Qui ve ark., 2007) gibi gebelik komplikasyonları için potansiyel bir risk faktörü olarak tanımlanmıştır. Qui ve ark. (2007) tarafından yapılan bir çalışmada, yaklaşık 700 gebe, Hasta Sağlık Anketi ile hamilelik sırasında depresif belirtiler açısından değerlendirilmiştir. Bulgular, orta derecede depresif semptomları olan kadınların, depresif olmayan hamile kadınlara kıyasla 2.3 kat preeklampsi artışına sahip olduğunu, orta-şiddetli depresif semptomları olan kadınların ise 3.2 kat artışla ilişkili olduğunu göstermiştir. Ek olarak, depresif anneleri olan bebeklerin erken doğum yapma olasılığı daha yüksektir (Diego ve ark., 2009; Smith ve ark., 2010).

Düşük doğum ağırlığı da antenatal depresyon ile ilişkilendirilmiştir (Field ve ark., 2004; Smith ve ark., 2010; Diego ve ark., 2009). Diego ve meslektaşları tarafından yapılan bir çalışmada, kırkı depresyonda ve kırkı depresyonda olmayan seksen hamile kadın incelendi. Depresif kadınlar, hamile olmayan kohorttan% 13 daha fazla erken doğum örneğine sahipti (Diego ve ark., 2009). Ayrıca, depresif kadınların, hamile olmayan kohorta kıyasla düşük doğum ağırlıklı bir çocuk doğurma insidansı% 15 daha fazla olmuştur (Diego ve ark., 2009). Düşük doğum ağırlığı önemlidir, çünkü düşük doğum ağırlığı fetal morbidite ve mortalitenin önde gelen bir nedenidir (Minniño ve ark., 2006). Gösterildiği gibi, antenatal depresyon hem anne hem de çocuk için ciddi sonuçlar doğurabilir.

3. Doğum Sonrası Kadınlarda Anksiyete ve Depresyon

Çalışmalar, Anksiyete ve Depresyonun oldukça komorbid olduğunu bulmuştur (Bitsika & Sharpley, 2012; Slade ve ark., 2007). Avustralyalı üniversite öğrencilerinin bir örneğinde, Bitsika ve Sharpley (2012), komorbid anksiyete ve depresyon insidansının tek başına anksiyete veya depresyondan dört kat daha fazla olduğunu bulmuşlardır (Bitsika & Sharpley, 2012). Zung Öz-derecelendirmeli Anksiyete Satışı ve Zung Öz-derecelendirmeli Depresyon Ölçeği kullanılmıştır (Bitsika & Sharpley, 2012).

Antenatal Anksiyete ve Depresyon için risk faktörlerinin, Pakistan'daki Mamji Hastanesi Jinekoloji Bölümü tarafından yapılan kesitsel bir çalışmada benzer olduğu bulunmuştur. Araştırmacılar, hamile kadınlara (n = 520) Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (Rabia ve ark., 2017) dahil olmak üzere farklı anketler uyguladılar. Bu çalışmadan elde edilen bulgular, hem antenatal anksiyete hem de depresyon ile ilişkili aşağıdaki risk faktörlerini tanımlamıştır: çalışan bir kadın olmak, aile içi şiddet, kayınpaladelerle zor ilişkiler, uyku bozuklukları, primigravida (ilk kez hamilelik) ve planlanmamış gebelik (Rabia ve ark., 2017). Depresyon grubu için ek risk faktörleri sadece kişinin kocasıyla zayıf bir ilişkiye sahip olması, bir önceki yıl stresli bir yaşam olayının ortaya çıkması ve yükseköğretimdi (Rabia ve ark., 2017). Bu bulgular, bazı faktörlerin kadınları hamilelikleri sırasında hem anksiyete hem de depresyon riskine soktuğunu göstermektedir.

Hem anksiyete hem de depresyon, artan sağlık hizmeti kullanımı ile ilişkilendirilmiştir. Andersson ve ark. (2004) tarafından yapılan bir çalışmada, Kuzey İsveç'teki hamile kadınların obstetrik sonuçlarını ve sağlık hizmeti kullanımını karşılaştırmak için yaklaşık 1500 kadın araştırılmıştır. Bulgular, depresyon ve anksiyete ile artan bulantı ve kusma, hamilelik sırasında uzun süreli hastalık izni ve doğum uzmanına yapılan ziyaretlerin sayısının, özellikle doğum korkusu ve kasılmalarla ilgili ziyaretlerin artması arasında anlamlı ilişkiler olduğunu tespit etmiştir (Andersson ve ark., 2004). Antenatal anksiyete ve depresyon da doğum sırasında artmış sezaryen doğum ve epidural analjezi ile anlamlı olarak ilişkiliydi (Andersson ve ark., 2004). Bu çalışma, anksiyete ve depresyondan muzdarip hamile kadınların, bu koşullara sahip olmayan kadınlardan daha yüksek komplikasyon ve sağlık hizmeti kullanım oranlarına sahip olduğunu göstermektedir.

Komorbid anksiyete ve depresyonun hamile kadınlar ve yenidoğan üzerindeki etkileri hakkında daha az şey bilinmektedir. Field ve meslektaşları (2010) tarafından yapılan bir çalışmada, hamile kadınlarda anksiyete ve depresyon komorbiditesi incelenmiştir. İkinci trimesterde 900'den fazla kadın işe alındı ve DSM-IV Bozuklukları için Yapısal Klinik Görüşmeye dayanarak depresyonda olmayan, anksiyete bozukluğu, depresif bozukluk veya

komorbid anksiyete-depresif bozukluk grubuna ayrıldı. Sonuçlar, komorbid grubun (anksiyete ve depresyon) diğer gruplara kıyasla daha yüksek düzeyde kaygı, öfke ve günlük güçlükler bildirdiğini göstermiştir (Field ve ark., 2010). Komorbid grup ayrıca daha fazla uyku bozukluğu ve ilişki problemi olduğunu bildirmiştir (Field ve ark., 2010). İlginçtir ki, komorbid grup, sadece depresyon grubuna kıyasla daha yüksek depresyon seviyelerine sahip olduğunu bildirmemiştir (Field ve ark., 2010). Komorbid grubun yenidoğanları daha büyük bir prematüre insidansına sahipti (Field ve ark., 2010). Daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmasına rağmen, komorbid anksiyete ve depresyonun hamile kadınlar ve yenidoğanlar üzerindeki bu etkileri endişe vericidir.

3.1. Sosyoekonomik Durum ve Sağlık

Sosyoekonomik durumun sağlığa birçok açıdan olumsuz katkı sağladığı bulunmuştur. Tennessee’de yapılan bir araştırma, influenza hastaneye yatışının düşük mahalle sosyoekonomik durumu ile ilişkili olduğunu bulmuştur (Sloan ve ark., 2015). Sosyoekonomik durum da obezitenin güçlü bir göstergesidir (Best & Papics, 2019). Best and Papics (2019) tarafından yapılan büyük ölçekli bir çevrimiçi çalışma, bireylerin sağlıksız ve sağlıklı atıştırma-likların küçük ve büyük bölümlerinden ne kadar tüketmeyi amaçladıklarını inceledi. Düşük sosyoekonomik statüye sahip bireyler, sağlıksız atıştırma-likların daha büyük porsiyonlarından daha küçük porsiyonlara kıyasla daha fazla yeme niyetlerini onayladılar ve bu% 15-22’lik bir artan enerji etkisine eşitledi (Best & Papics, 2019). Kanseri insidansı ve sonuçları sosyoekonomik durumla ilişkilendirilmiştir. Doğu Anglian Kanseri Kayıt Defteri’nden 10.000’den fazla kişiyi inceleyen bir çalışma, düşük sosyoekonomik statüdeki kadınların meme kanserinden daha fazla ölüm riski ile ilişkili olduğunu bulmuştur (Kaffashian ve ark., 2003). Avrupa ve Kanada’dan on iki vaka kontrollü çalışmanın bir araya getirilmiş bir analizinde, Hovanec ve meslektaşları (2018) akciğer kanseri ile düşük sosyoekonomik durum arasında bir bağlantı tespit etmişlerdir.

Sosyoekonomik durumun etkileri, kadınların sağlığı ile daha büyük ilişkilere sahipken, erkeklerin sağlığı ile daha az ilişkilidir. Gelir, kadınlarda obezite prevalansı ile negatif korelasyon göstermiş, ancak erkeklerde değildir (Ogden ve ark., 2010) ve İsviçre’de yapılan bir araştırma, düşük sosyoekonomik durumun ve gelir azalmasının kadınlarda anksiyete bozuklukları ile anlamlı derecede ilişkili olduğunu, ancak erkeklerle ilişkili olmadığını bulmuştur (Mwinyi ve ark., 2017).

3.2. Sosyoekonomik Durum ve Hamilelikte Anksiyete ve Depresyon

Hamilelik sırasında anksiyete ve depresyon ile ilgili az sayıda çalışma, düşük sosyoekonomik statüdeki kadınları içermesine rağmen (Lobel ve ark., 1992), literatür, sosyoekonomik durumun hamile kadınların anksiyete ve depresyon yaşadıkları şiddette rol oynadığını göstermiştir (Arora & Aeri, 2019; Field ve ark., 2008; Shagufta & Shams, 2019). Field ve meslektaşları (2008) tarafından yapılan bir çalışmada, Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon ölçeği ve Depresyon için Yapılandırılmış Klinik Görüşme tarafından majör depresif bozukluk teşhisi konan 800'den fazla hamile kadın incelenmiş ve depresif hamile kadınların daha düşük sosyoekonomik statüde olma ihtimalinin daha yüksek olduğu ortaya konmuştur (Field ve ark., 2008). Bu, düşük sosyoekonomik durumun hamile kadınlarda depresif semptomlara katkıda bulunduğunu göstermektedir.

Düşük sosyoekonomik statü de hamilelik sırasında anksiyete ile önemli ölçüde ilişkilendirilmiştir (Shagufta & Shams, 2019). Orta ve düşük sosyoekonomik statüdeki İspanyol ve Afrikalı Amerikalı hamile kadınları inceleyen bir çalışma, düşük sosyoekonomik grubun Duygudurum Durumları Profili ile ölçüldüğünde daha yüksek kaygı puanlarına sahip olduğunu bulmuştur (Field ve ark., 2002). Kadınların gebelikleri boyunca duygusal değişikliklerini inceleyen bir çalışma, sosyoekonomik düzeyin, Baskı Duyarlılığı ölçeği ile ölçüldüğü gibi, kaygı ve duygusal sıkıntının yaşandığı şiddette rol oynadığını bulmuştur (Rofé ve ark., 1993). Düşük sosyoekonomik durum, hamilelik sırasında artan kaygıya katkıda bulunan bir faktör olabilir.

Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995), geçen hafta boyunca depresyon, anksiyete ve stres belirtilerini değerlendiren bir öz rapor ölçüsüdür. Ölçek, sıfır ila üç arasında derecelendirme atanmış yirmi bir ifadeden oluşur. Sıfır puanı, ifadenin “geçerli olmadığını... hiç” ve üç puanlık bir puan, “uygulandı... zamanın çok büyük bir kısmı ya da daha fazlası.” Puanlar eklenir ve depresyon, anksiyete ve stres belirtileri “normal” ile “aşırı şiddetli” arasında değişen şiddet aralıklarına ayrılır. Bu çalışmada sadece depresyon ve anksiyete alt ölçekleri kullanılmıştır.

Edinburgh Postnatal Depresyon Ölçeği (EPDS; Cox, Holden, Sagovsky, 1987), hamile ve doğum sonrası kadınlarda depresyon semptomlarını değerlendirmek için optimize edilmiş bir öz raporlama ölçüsüdür. Kadınlardan, önceki yedi gün boyunca duygularıyla en yakından eşleşen yanıtları bildirmeleri istenir. Ölçek, dört seçilebilir yanıtla sahip on ifadeden oluşmaktadır. Dört yanıt, ifadenin asla doğru olmamasından bir bireye veya sıklıkla doğru

olmasına kadar uzanır. Maksimum puan otuzdur ve olası depresyon on veya daha büyük bir puan olarak sınıflandırılır.

Yüksek anksiyete ve depresyon oranları ile (Dennis ve ark., 2017; Shidhaye & Giri, 2014) hamile popülasyonda, bir OB / GYN ortamında tüm hastalar için zihinsel sağlık taramaları, uygulayıcıların arzu etmesi gereken bir standarttır. Amerikan Kadın Hastalıkları ve Jinekologlar Koleji (2018), doktorların perinatal dönemde hastaları anksiyete ve depresyon açısından en az bir kez taramasını önermektedir. O'Connor ve meslektaşları (2016) tarafından yapılan bir literatür taraması, hamile ve doğum sonrası kadınların depresif belirtiler açısından taranmasıyla ilgili çalışmaları değerlendirdi. Bu çalışmanın sonuçları, depresyon için taranan hamile ve doğum sonrası kadınların, ek tedavi ile ilgili destek olmadan bile depresyon prevalansının azaldığını göstermektedir (O'Conner ve ark., 2016). Bu, sadece hamilelik sırasında zihinsel sağlık sorunları yaşayan kadınları tanımlamakla kalmayıp, aynı zamanda olumsuz zihinsel sağlık semptomlarını azaltmada taramanın önemini vurgulamaktadır.

Hamilelik boyunca anksiyete ve depresyonun taranması ve semptomların potansiyel etkisinin tartışılması, doktorların ve diğer sağlık profesyonellerinin anksiyete ve depresyonun hem anneye hem de çocuğuna verebileceği zararları potansiyel olarak hafifletmelerini sağlayabilir. Anksiyete ve depresyon riski altındaki anne adaylarına müdahale, olumsuz doğum sonuçlarını azaltmada etkinlik göstermiştir (Feinberg ve ark., 2016). Feinberg ve meslektaşları (2016), 259 anne adayı ile yapılan randomize bir çalışmada, bir ebeveynlik geçiş programı olan Aile Vakıfları'nın doğum sonuçları (doğum ağırlığı ve doğum sonrası hastanede kalış süresi) üzerindeki etkisini incelemiştir. Aile Vakıfları, ebeveynlerin duygusal öz yönetimi ve çatışma çözme becerilerine odaklanan ilk kez ebeveynler için bir psikoeğitim eğitim programıdır (Feinberg ve ark., 2016). Çalışmaya katılan anne adayları, aşağıdaki zihinsel sağlık sorunlarının bir kısmını veya tamamını kendileri bildirmişlerdir : finansal stres, depresyon ve anksiyete (Feinberg ve ark., 2016). Çalışma, programa katılımın ekonomik gerginlik ve depresyon nedeniyle doğum ağırlığı üzerinde önemli bir ılımlı müdahale etkisine sahip olduğunu bulmuştur (Feinberg ve ark., 2016). Ek olarak, çalışma, program katılımının maternal kalış süresi ve ekonomik gerginlik üzerinde önemli bir ılımlı müdahale etkisine sahip olduğunu bulmuştur (Feinberg ve ark., 2016). Bu sonuçlar, müdahalenin anne sağlığı sorunlarının hem anne hem de çocuk için oluşturabileceği olumsuz etkilerin azaltılmasında ayrılmaz bir rol oynayabileceğini göstermektedir.

Endişe verici bir şekilde, perinatal dönemde zihinsel sağlık sorunları yaşayan kadınlar genellikle yardım istemezler (Fonseca, 2015). Kesitsel bir iç

ankette, 656 hamile veya yakın zamanda hamile (son on iki ay içinde) kadın, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği tarafından değerlendirildi ve yardım arama davranışları ve yardım aramanın önündeki algılanan engeller hakkında sorgulandı (Fonseca, 2015). Depresif kadın belirtileri olan kadınların sadece% 13.6'sı yardım istedi ve özellikle bilgi engellerini yardım aramanın önündeki bir engel olarak tanımladı (Fonseca, 2015). Bu çalışma, yardım aramanın önündeki engelleri hafifletmek için uygulayıcılar tarafından hamilelik sırasında zihinsel sağlık taramasının önemini vurgulamaktadır. Anksiyete veya depresyonu olan kadınlar doğum öncesi bakım sırasında taranırsa, semptomları için yardım isteme olasılıkları daha yüksek olabilir. Bu çalışmanın düşük sosyoekonomik durum ile anksiyete ve depresyon belirtileri arasında bir bağlantı bulunduğu göz önüne alındığında, bu popülasyondaki kadınların taranması bu semptomları iyileştirmek için kritik öneme sahiptir.

Sonuç ve Öneriler

Anksiyete ve depresyon belirtileri hamile kadınlar arasında yaygındır (Dennis ve ark., 2017; Shidhaye & Giri, 2014) ve önceki literatür, düşük sosyoekonomik statüdeki kadınların hamilelik sırasında anksiyete ve depresyon yaşama riskinin daha yüksek olduğunu öne sürmüştür (Arora & Aeri, 2019; Field ve ark., 2008; Shagufta & Shams, 2019). Bu çalışmanın amacı, Mississippi'deki gebe kadınlardan oluşan bir örneklemede hane halkı geliri ile anksiyete arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

Küresel literatürle uyumlu olarak, veriler Mississippi'de daha düşük hane halkı gelirine sahip kadınların anksiyete ve depresyon kendi kendine raporlama ölçümlerinde daha yüksek bir ortalama puana sahip olduğunu ortaya koymuştur. EPDS'de 10.000 doların üzerindeki gelir grupları arasındaki farklar anlamlı olmasa da, gelir parantezinin artmasıyla ortalama puan azaldı. Ek olarak, 10.000 \$ 'dan az olan gruptaki kadınların ortalama puanı, EPDS'de olası depresyona hak kazanan 10.52 idi. Bu, ortalama olarak, en düşük gelir grubundaki kadınların depresyonda olduğunu göstermektedir. Benzer bir eğilim, 31.000 ila 50.000 dolarlık gelir grubu hariç, DASS-21 anksiyete ve depresyon ölçeklerinde de meydana geldi. 31.000 ila 50.000 dolarlık grup ile 10.000 dolardan az olan grup arasındaki farklar önemli değildi; ancak, 51.000 ila 100.000 dolar arasında önemli ölçüde farklıydılar ve 100.000 dolar gelir parantezinden daha büyüktüler. Bu, gelir arttıkça, anksiyete ve depresyon semptomlarının, konu daha yüksek gelir aralığına yaklaştıkça, ancak girmedikçe semptomlarda bir artışla azaldığını göstermektedir. Bu kadınlar muhtemelen günlük ihtiyaçlarını karşılayabilseler de, daha yüksek düzeyde endişe ve depresyona neden olan başka stres faktörleri

yaşıyor olabilirler. 10.000 \$ 'dan az olan parantezdeki kadınların ortalama puanı, bu kadınları DASS-21 anksiyete ve depresyon alt ölçeklerinin orta aralığına yerleştirmiştir (M = 8.87, 7.17). 31.000 ila 50.000 \$ gelir aralığındaki kadınların ortalama puanı, sırasıyla DASS-21 anksiyete ve depresyon alt ölçeklerinin orta ve hafif aralığındaydı (M = 7.66, 5.24). Diğer tüm gelir gruplarındaki depresif belirtiler, anksiyetenin hafif aralığında ve “normal” aralıkta kaldı. Bu, gelir arttıkça, ortalama olarak depresyon semptomlarının bulunmadığını ve anksiyete semptomlarının hafif olduğunu göstermektedir. Genel olarak, bu sonuçlar anksiyete ve depresyon ile sosyoekonomik durum arasındaki ilişkilere ilişkin önceki literatürle uyumludur (Arora & Aeri, 2019; Field ve ark., 2008; Shaguffa & Shams, 2019).

Bu bulgular, düşük sosyoekonomik statüye sahip hamile kadınların, ek masraflar, doğum öncesi bakıma erişim ve doğum izni de dahil olmak üzere annelikle ilgili endişelerle meşgul olabileceğini düşündürmektedir. Örneğin, bir çocuğun yetiştirilmesinden kaynaklanan beklenen masraflar, perinatal dönemde anksiyete ve depresyon gelişimini etkileyebilecek ek bir stres kaynağı olabilir. Amerika Birleşik Devletleri Tarım Bakanlığı'na göre, 2015 yılında 59.200 doların altında kazanan bekar ebeveyn ve evli çift hanehalkları, sırasıyla on sekiz yaşına kadar olan çocuk başına ortalama 172, 200 ve 174.690 dolar harcıyor (Lino ve ark., 2017). 59.200 doların altında kazanan tek ebeveynli hanehalkları için, bir bebek yetiştirmek için yılda ortalama 9.090 dolar harcıyorlar (Lino ve ark., 2017). Düşük sosyoekonomik statüye sahip hamile kadınlar, çocuklarına bakma yeteneklerinden endişe duyabilirler ; Bu nedenle, anksiyete ve depresyon semptomlarını daha büyük oranda yaşarlar.

Ek olarak, düşük sosyoekonomik statüye sahip hamile kadınlar, gelirleriyle sınırlı olabilecek doğum öncesi bakıma erişimleri konusunda endişe duyabilirler. Düşük sosyoekonomik statüye sahip olarak sınıflandırılan gebe kadınlar, orta ve yüksek sosyoekonomik statüdeki meslektaşlarından daha yüksek oranlarda yetersiz doğum öncesi bakım almaktadır (Kim ve ark., 2018) ve düşük sosyoekonomik durum, preeklampsi, gestasyonel diyabet ve diğer obstetrik komplikasyon riskinin artmasıyla ilişkilendirilmiştir (Kim ve ark., 2018). Bu, doğum öncesi bakımın, gebelikleri boyunca ek desteğe ihtiyaç duyabilecek düşük sosyoekonomik statüdeki hamile kadınlar için hayati öneme sahip olduğunu göstermektedir. Ayrıca, hamilelik sırasında anksiyete ve depresyon, düşük doğum ağırlığı, artmış sezaryen doğum ve doğum sırasında epidural analjezi ile ilişkilendirilmiştir (Andersson ve ark., 2004; Field ve ark., 2003; Smith ve ark., 2010; Diego ve ark., 2009). Düşük sosyoekonomik durum ile anksiyete ve depresyon belirtileri arasındaki ilişkiler göz önüne alındığında, her ikisi de önceki literatürde (Arora & Aeri, 2019; Field

ve ark., 2008; Shagufta & Shams, 2019) ve bu çalışmada gebe kadınlarda anksiyete ve depresyona bağlı potansiyel komplikasyonların da göz önünde bulundurulması gerektiği tespit edilmiştir.

Ayrıca, Amerika Birleşik Devletleri'nin ücretli doğum iznini garanti eden ulusal bir politikası olmadığı için (WORLD Policy Analysis Center, 2015), düşük gelirlili hamile kadınlar, ücretsiz doğum izninin geçim kaynakları üzerindeki etkisinden endişe duyabilirler. Birçoğu çocuğun doğumundan sonra herhangi bir izin almayı göze alamayabilir. 2012 yılında yayınlanan bir aile ve tıbbi izin raporu, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki 2,8 milyon işçinin mali kaygılar nedeniyle aile veya tıbbi izin almadığını belgelemiştir (Klernman ve ark., 2014).

Düşük sosyoekonomik statüye sahip hamile kadınlar, bebekleriyle bağ kurmak için değerli zamanlarını kaçırmalarına rağmen çalışmaya devam etme seçeneğiyle mücadele edebilirler (Rossin, 2011) veya doğum izni alıp gelirlerini kaybedebilirler.

Sosyoekonomik durumun sağlık üzerindeki etkileri özellikle Mississippi eyaleti ile ilgilidir. Mississippi, 43.567 dolarlık (2018 dolar) ortanca hane halkı geliri ve % 19,7'lik bir yoksulluk oranı ile Amerika Birleşik Devletleri'ndeki en düşük medyan hane halkı gelirin ve en yüksek yoksulluk oranına sahiptir (Amerika Birleşik Devletleri Nüfus Sayımı Bürosu, 2018). Devletin medyan hane halkı geliri, bu çalışmanın 31.000 ila 50.000 dolarlık gelir grubuna girmektedir. DASS-21 anksiyete ve depresyon alt ölçekleri tarafından değerlendirildiğinde, bu grubun ortalama anksiyete ve depresyon puanları, en yüksek iki gelir grubundan anlamlı derecede daha yüksekti ve 10.000 dolardan az kazanan gruba kıyasla semptomlarda anlamlı bir fark yoktu. Nüfusun büyük bir kısmı yoksulluk ve düşük gelir yaşarken, bu deneyimlerin etkilerini belirlemek, bu savunmasız nüfusa rahatlatma sağlamak için çok önemlidir.

Ruh sağlığı, bir kadının hamilelikten önce, hamilelik sırasında ve sonrasında sağlığında kritik bir rol oynar. Bu çalışmanın sonuçları, sosyoekonomik durumu düşük gebelerde anksiyete ve depresyon riskinin artabileceğini göstermektedir; Bu nedenle uygulayıcılar, hastalarının hamilelikleri sırasında anksiyete ve depresyon gelişme riskini değerlendirirken sosyoekonomik durumu dikkate almalıdır. Hamile kadınlar için bu tür bir taramanın uygulanması hem sağlıklı bir anne hem de sağlıklı bir bebeğin sağlanması için hayati öneme sahiptir.

Psikolojik bozukluklar, bir vakadan diğerine farklı şekilde gösterilebilecek kendine özgü, ancak bol özelliklere sahiptir. Araştırma alanındaki hızlı bilgi

değişimi göz önüne alındığında, en son bilimsel gelişmelerden haberdar olmak önemlidir. Değişen Bir Dünyada Anormal Psikoloji kitabı, araştırmanın anormal davranış hakkında söylediklerine dair bu yeni bakış açısını sunar ve karmaşık materyalleri erişilebilir kılmak ve okuyucunun katılımını sürdürmek için çeşitli araçları birleştirir. Kitap, psikolojik bozuklukların nasıl sınıflandırıldığını ve hangi tedavi seçeneklerinin mevcut olduğunu ele almaktadır. Buna ek olarak, anormal davranışların kavramsal temellerinin nasıl anlaşılacağını, tanınacağını ve uygulanacağını ve esasen bir rahatsızlıktan muzdarip insanların mücadelelerine karşı farkındalık ve duyarlılığın nasıl korunacağını açıklar. Temel teorik bakış açılarını pratik ipuçları ve etkileşimli öğrenme ile bütünleştirerek, öğrenciler veya klinik uygulamaya yeni başlayanlar için kendi kendine eğitim için önemli bir araç olarak hizmet eder.

KAYNAKÇA

1. Aktaş D. Doğum Sonu Dönemde Depresyon Görülme Durumu ve Depresyon Gelişmesini Etkileyen Risk Faktörleri. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2008, Ankara
2. Amerikan Kadın Doğum ve Jinekologlar Koleji Obstetrik Uygulama Komitesi. (2018). ACOG komitesi Görüşü: PERİNATAL DEPRESYON Taraması (5. baskı., Cilt. 132, Temsilci No. 757). Wolters Kluwer Sağlık.
3. Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). Ruhsal bozuklukların tanıs ve istatistiksel el kitabı (5. baskı.).
4. Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Wulff, M., Åström, M., ve, Bixo, M. (2004). Doğum Öncesi Depresyon ve Anksiyetenin Obstetrik Sonuç Üzerindeki Etkileri. Kadın Hastalıkları ve Doğum, 104 (3), 467-476.
5. Ay F, Tektaş E, Mak A, Aktay N. Postpartum Depresyon ve Etkileyen Faktörler: 2000-2017 Araştırma Sonuçları. J Psikiyatri Hemşireleri. 2018; 9(3): 147-152.
6. Babacan Gümüş A, Keskin G, Alp N, Özyar S, vd. Postpartum Depresyon Prevalansı ve İlişkili Değişkenler [Makale Türkçe]. Yeni Sempozyum 2012; 50:145-54.
7. Bolak Boratav H, Toker Ö, Küey L. Postpartum Depresyon ve Psikososyal İlişkileri: Türkiye’de Bir Grup Kadın Arasında Uzunlamasına Bir Çalışma. Kadın ve Sağlık. 2016; 56(5): 502-521.
8. Brummelte S, Galea LAM. Postpartum Depresyon: Anne Bakımı için Etiyoloji, Tedavi ve Sonuçları. Hormonlar ve Davranış. 2016; 77: 153- 166. <http://dx.doi.org/10.1016/j.yhbeh.2015.08.008>
9. Chen, J., Çapraz, W. M., Plummer, V., Lam, L., Güneş, M., Qin, C., ve, Tang, S., (2019). Doğum öncesi depresyonun risk faktörleri: Kesitsel bir araştırma. Klinik Hemşirelik Dergisi, 28 (19-20), 3599-3609.
10. Coriandoli R. Barbara Chyzy: Doğum Sonrası Depresyonu Önlemek İçin Ergen Anneler İçin Cep Telefonu Tabanlı Akran Desteği. Ruh Sağlığı ve Bağlılıklar için Kanıt Değişim Ağı. 2014.
11. Coşkun TD, AydınS, Çatak B. (2016). Sağlığın sosyal belirleyicileri doğum sonrası depresyonu etkiler mi? [Türkçe makale]. TSK Öncesi Med Bull, 15:414-20.
12. Coşkun TD, AydınS, Çatak B. Sağlığın sosyal belirleyicileri doğum sonrası depresyonu etkiler mi? [Türkçe makale]. TSK Önceki Med Bull 2016; 15:414-20.
13. Demir S, Şentürk MB, Çakmak Y, Altay M. Kliniğimizde Doğum Yapan Kişilerde Postpartum Depresyon Oranı ve İlişkili Faktörler. Haseki Tıp Bülteni. 2016; 54: 83-89.

14. Dennis, C.-L., Falah-Hassani, K. ve Shiri, R. (2017). Antenatal ve postnatal anksiyete prevalansı: Sistematik derleme ve meta-analiz. *İngiliz Psikiyatri Dergisi*, 210 (5), 315-323.
15. Durukan E, İlhan MN, Bumin MA, Aycan S. (2011). 2 hafta-18 aylık çocuk sahibi olan bir grup annede doğum sonrası depresyon sıklığı ve yaşam kalitesi [Makale Türkçe]. *Balkan Med J*, 28:385-93.
16. Durukan E, İlhan MN, Bumin MA, Aycan S. 2 hafta-18 aylık çocuk sahibi bir grup annede doğum sonrası depresyon sıklığı ve yaşam kalitesi. *Balkan Med J* 2011; 28:385-93.
17. Emily B Kroska, Zachary N Stowe. Postpartum Depresyon: Klinik Ortamda Tanımlama ve Tedavi. *Obstet Gynecol Clin North*. 2020 Eylül;47(3):409-419. doi: 10.1016/j.ogc.2020.05.001.
18. En iyi, M. ve Papiés, EK (2019). Daha düşük sosyoekonomik durum, sağlıksız yiyeceklerin büyük boy kısımlarından daha yüksek amaçlanan tüketim ile ilişkilidir. *İştah*, 140, 255- 268.
19. Erdoğan A, Hocaoğlu Ç. (2020). Doğum Sonrası Depresyonun Tanı ve Tedavisi: Bir Gözden Geçirme. *MKÜ Tıp Dergisi*, 11(39): 31-37
20. Erdoğan F, Kadak MT, Kartal V, Arıcı N, et al. İnfantil kolikli bebeklerin annelerinde doğum sonrası depresyon. *Yeni Sempozyum* 2014; 52:7-11.
21. Fonseca, A., Gorayeb, R. ve Canavarro, MC (2015). Kadınların perinatal dönemde depresif belirtiler için yardım arama davranışları: Sosyo-demografik ve klinik korelasyonlar ve profesyonel yardım aramanın önündeki algılanan engeller. *Ebelik*, 31(12), 1177- 1185.
22. Francisca Pérez C, Paulina Brahm M. [Baba doğum sonrası depresyon: Neden de önemlidir?] . *Rev Chil Pediatr*. 2017;88(5):582-585. doi: 10.4067/S0370-41062017000500002.
23. Jukic, A., Baird, D., Weinberg, C., Mcconnaughey, D. ve Wilcox, A. (2013). İnsan hamileliğinin uzunluğu ve doğal varyasyonuna katkıda bulunanlar. *İnsan Üremesi*, 28 (10), 2848-2855.
24. Kanotra, S., D'angelo, D., Phares, TM, Yarin, B., Barfield, W. D. ve Lansky, A. (2007). Doğum Sonrası Erken Dönemde Yeni Annelerin Karşılaştığı Zorluklar: 2000 Gebelik Risk Değerlendirme İzleme Sistemi (PUSH'LER) Anketinden Elde Edilen Yorum Verilerinin Analizi. *Anne ve Çocuk Sağlığı Dergisi*, 11 (6), 549-558.
25. Koçak DY, Büyükkayacı Duman N. Postpartum Depresyon ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Psikiyatri, Nöroloji, Davranış Bilimleri Dergisi*. 2016; 9.
26. Kolukırık Ü (2016). Postpartum Depresyon Belirtisini Etkileyen Etmenler Ve Postpartum Depresyon Belirtisinin Emzirme İle İlişkisi. *Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir*.

27. Lee, NM ve Saha, S. (2018). Bulantı ve Gebelik Kusması. Kadın Hastalıkları ve Doğum, 131 (1).
28. Manuel J I, Martinson ML, Bledsoe-Mansori SE, Bellamy JL. Küçük Çocuklu Annelerde Stres ve Sosyal Desteğin Depresif Belirtiler Üzerine Etkisi. *Sosyal Bilimler ve Tıp*. 2012; 75: 2013-2020.
29. Mclean, CP, Asnaani, A., Litz, BT ve Hofmann, S. G. (2011). Anksiyete bozukluklarında cinsiyet farklılıkları: Yaygınlık, hastalığın seyri, komorbidite ve hastalık yükü. *Psikiyatrik Araştırmalar Dergisi*, 45 (8), 1027-1035.
30. O'Hara, M. W., McCabe, J. E. (2013). Postpartum Depresyon: Mevcut Durum ve Gelecekteki Yönler. *Klinik Psikolojinin Yıllık Gözden Geçirilmesi*, 9 (1): 379-407.
31. Osborne LM, Keşiş C. Perinatal Depressio Gebeliğin Dördüncü İnflamatuvar Morbiditesi. Teori ve Literatür Taraması. *Psikonöroendokrinoloji*. 2013; 38: 1929-1952.
32. Parsons, C. E., Young, K. S., Rochat, T. J., Kringelbach, M. L. ve Stein, A. (2012). Doğum Sonrası Depresyon ve Çocuk Gelişimi Üzerindeki Etkileri: Düşük ve Orta Gelirli Ülkelerden Elde Edilen Kanıtların Gözden Geçirilmesi. *İngiliz Tıp Bülteni*, 101 (1): 57-79.
33. Payne, J. L., Maguire, J. (2019). Postpartum Depresyonda rol oynayan patofizyolojik mekanizmalar. *Nöroendokrinolojide Sınırlar*, 52: 165-180.
34. Sophia D Falana 1, Jane M Carrington 2. Doğum Sonrası Depresyon: Dinliyor musunuz? *Nurs Clin North*. 2019 Aralık;54(4):561-567. doi: 10.1016/j.cnur.2019.07.006.
35. Sylvén, S. M., Thomopoulos, T. P., Kollia, N., Jonsson, M. ve Skalkidou, A. (2017). Daha önce psikiyatrik teması olmayan ilk kez annelerde doğum sonrası depresyonun korelasyonları. *Avrupa Psikiyatrisi*, 40: 4-12.
36. Tahaoğlu AE ve ark. Diyarbakır'da Postpartum Depresyonu Etkileyen Faktörler. *Perinatal Dergi*. 2015; 23 (1): 26-29.