T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

DOĞUM SONRASI DEPRESYON YAYGINLIĞI ve İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Dr. Ayça Asena SAYIN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

Danışman
Prof. Dr. Özkan GÜLER

KONYA-2016

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

DOĞUM SONRASI DEPRESYON YAYGINLIĞI ve İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Dr. Ayça Asena SAYIN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

Danışman
Prof. Dr. Özkan GÜLER

KONYA-2016

i.ONAY SAYFASI

UZMANLIK TEZİ JÜRİ TUTANAĞI

Uzmanlık Öğrencisinin Adı Soyadı: Ayça Asena SAYIN

Uzmanlık Dalı : Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Özkan GÜLER

Tezin Adı : Doğum sonrası depresyon yaygınlığı ve ilişkili faktörler

Dr. Ayça Asena SAYIN'ın hazırlamış olduğu tezini 05/08/2016 tarihinde aşağıda isimleri yazılı olan jüri huzurunda savunmuştur.

SONUÇ: TEZ BAŞARILI (X) TEZ BAŞARISIZ ( )

Jüri	Jüri	Jüri
Prof. Dr. Özkan GÜLER	**Doç. Dr. Yavuz SELVİ**	**Doç. Dr. Mehmet AK**
Selçuk Ünv. Tıp Fakültesi	Selçuk Ünv. Tıp Fakültesi	N.E.Ü. Meram Tıp Fakültesi
Psikiyatri ABD	Psikiyatri ABD	Psikiyatri ABD

ii. ÖNSÖZ ve TEŞEKKÜR

Tüm uzmanlık eğitimim boyunca yetişmeme katkıda bulunan, tez danışmanım Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Başkanı Sayın Prof. Dr. Özkan Güler'e ve uzmanlık tezimin seçiminde, hazırlanmasında yardım ve katkılarını esirgemeyen hocam Doç. Dr. Bilge Burçak Annagür'e canı gönülden teşekkür ederim.

Hekimlik hayatıma ve uzmanlık eğitimime katkıları olan Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda öğretim üyelerinden Doç. Dr. Yavuz Selvi'ye, Yrd. Doç. Dr. Fatih Kayhan'a Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda öğretim üyeliği yapmış olan Sayın Prof. Dr. Asena Akdemir'e ve tez sürecimde yardımını benden esirgemeyen Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyesi sayın Doç. Dr. Ali Annagür'e teşekkür ederim.

Rotasyon yaptığım sürede eğitime katkıda bulunan hocalarıma ve Selçuk Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalında beraber çalışma imkânı bulduğum tüm asistan arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Varlıklarıyla ve dualarıyla bugünlere gelmemde büyük emekleri olan başta annem Ergül Sayın, babam Vahdet Sayın, kız kardeşlerim Aybike Ayzıt ve Almila Umay olmak üzere sevgili aileme canı gönülden teşekkür ederim.

iii. İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ii. ÖNSÖZ ve TEŞEKKÜR…….....i
iii. İÇİNDEKİLER……...ii
iv. SİMGELER ve KISALTMALAR……..iv
v. TABLOLAR LİSTESİ……vi
1.GİRİŞ ve ÇALIŞMANIN AMACI……..1
2.GENEL BİLGİLER 1
2.1.Depresyonun Tanımı…….....1
2.2.Depresyonun Güncel Sınıflandırılmaları……....2
2.3.Depresyonun Etiyolojisi…….....3
2.3.1.Biyolojik Etkenler…….....3
2.3.2.Psikososyal Etkenler……....7
2.4.Depresyonun Epidemiyolojisi ……9
2.5.Depresyonun Kliniği…….....10
2.5.1. Vejetatif belirtiler……..10
2.5.2.Kognitif belirtiler……...11
2.6.Doğum Sonrası Dönem ve Depresyon……..11
2.6.1.Doğum Sonrası Depresyonun Tanımı……11
2.6.2.Doğum Sonrası Depresyonun Etiyolojisi……...11
2.6.3.Doğum Sonrası Depresyonun Epidemiyolojisi……..17
2.6.4.Doğum Sonrası Depresyonun Klinik Özellikleri……...20
2.6.5.Doğum Sonrası Depresyonun Ayırıcı Tanısı…….....21
2.6.6.Doğum Sonrası Depresyon Gelişiminde Risk Faktörleri……..…22
2.6.7.Doğum Sonrası Depresyonun Sonuçları…….....24
2.6.8.Doğum Sonrası Depresyonun Tedavisi…….....26
3.GEREÇ ve YÖNTEM……....27
3.1.Araştırmanın Amacı ve Tipi…….27
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer …….28
3.3.Çalışmaya Alınma ve Alınmama Kriterleri……..……...28
3.4.Verilerin Toplanması……....28

3.5.Veri Toplama Araçları……..29
3.5.1.Sosyodemografik Veri Formu…….....29
3.5.2.DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği-1……..29
3.5.3.Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği…….....29
3.5.4.Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği…….....30
3.5.5. Maternal Bağlanma Ölçeği …….....30
3.5.6. Beck Anksiyete Ölçeği…….30
3.6.İstatistiksel Analiz…….....30
4.BULGULAR……...31
5.TARTIŞMA…….....43
6.SONUÇ ve ÖNERİLER…….51
7.KAYNAKLAR……...52
8.ÖZET……...62
9.EKLER……64
EK-1:Bilgilendirilmiş Onam Formu…….....64
EK-2:Sosyodemografik Veri Formu…….....65
EK-3:Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği…….66
EK-4:Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği…….....67
EK-5:Maternal Bağlanma Ölçeği ……..……..68
EK-6:Beck Anksiyete Ölçeği……..……..69
EK-7:Etik Kurul Onayı…….....70
10.ÖZGEÇMİŞ……...71

iv. SİMGELER VE KISALTMALAR

5-HIAA:	5-hidroksiindolasetik asit
5HTTLPR:	Serotonin Taşıyıcı Geni Promotor Polimorfizmi
ACTH:	Adreno-Kortiko-Tropik-Hormon
BDNF:	Beyin Kökenli Nörotrofik Faktör
BDT:	Bilişsel Davranışçı Psikoterapi
BN:	Bulimiya Nervoza
COMT:	Katekol-Ometil Transferaz
CRH:	Kortikotropin Uyarıcı Hormon
DSM-5:	Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı(DSM-5)
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
EKT:	Elektro Konvulzif Tedavi
EPDÖ:	Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği
HPAA:	Hipotalamo-Pituiter-Adrenal Aks
HVA:	Homovalinik Asit
ICD-10:	Hastalıkların ve Sağlık Sorunlarının Uluslararası Sınıflama Sistemi-10
IFN-γ:	İnterferon Gama
IL-10:	İnterlökin-10
IL-1β:	İnterlökin 1 Beta
IL-6:	İnterlökin-6
KİT:	Kişilerarası İlişkiler Terapisi
MAO-A:	Monoamin Oksidaz-A
MDB:	Majör Depresif Bozukluk
MSPSS:	Multidimensional Scale of Perceived Social Support, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
OKB:	Obsesif Kompulsif Bozukluk
PB:	Panik Bozukluk
PET:	Pozitron Emisyon Tomografi
PPD:	Postpartum Depresyon
PTSB:	Post Travmatik Stres Bozukluğu
REM:	Rapid Eye Movement

SCID-I:	DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği
SPSS:	Statistical Package For Social Sciences
TNF-alfa:	Tümör Nekrosiz Faktör Alfa
TSH:	Tiroid Stimulan Hormon
TYB:	Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
YAB:	Yaygın Anksiyete Bozukluğu
YB:	Yeme Bozukluğu

v. TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2: Ülkemizde yapılan PPD prevelansı araştırmalarına ait bazı veriler

Tablo 4.1: Tüm grup için şimdiki ve yaşam boyu psikiyatrik bozukluk tanıları

Tablo 4.2: Postpartum depresyonu olan ve olmayan gruplar arasında sosyo-demografik özelliklerin ve eş ile ilgili özelliklerin karşılaştırılması

Tablo 4.3: Postpartum depresyonu olan ve olmayan gruplar arasında psikiyatrik bozuklukları ve geçmiş öykülerinin karşılaştırılması

Tablo 4.4: Postpartum depresyonu olan ve olmayan gruplar arasında gebelik dönemlerinin ve obstetrik özelliklerinin karşılaştırılması

Tablo 4.5: Postpartum depresyonu olan ve olmayan gruplar arasında bebek ile ilgili özelliklerinin karşılaştırılması

Tablo 4.6: Postpartum depresyonu olan ve olmayan gruplar arasında depresyon, algılanan sosyal destek, maternal bağlanma ve anksiyete ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 4.7: Postpartum depresyonu olan vakaların kendi içerisinde primiparite, gebelik başlangıçlı depresyon, geçmiş PPD öyküsü ve şimdiki komorbid psikiyatrik bozukluk durumları açısından karşılaştırılması

DOĞUM SONRASI DEPRESYON YAYGINLIĞI ve İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

1. GİRİŞ ve ÇALIŞMANIN AMACI

Majör depresif bozukluk (MDB), Dünya Sağlık Örgütünün verilerine göre dünyada nüfusun %12-20'sini etkileyen, iş göremezliğin ilk başta gelen nedenidir (1, 2). Kadınlarda iki kat daha fazla depresyon gelişme olasılığı vardır. Çocuk doğurma çağındaki kadınlar için toplam iş göremezlikte, HIV/AIDS' ten sonra ikinci sıradadır (3). Uluslararası çalışmalar, depresyonun 18-44 yaş aralığındaki kadınlarda, gebelik, doğum ve lohusalık gibi üreme çağını kapsayan süreçte daha fazla görüldüğünü belirtmektedir (4, 5).

Majör ve minör depresif atakları içeren perinatal dönemdeki depresyon, gebelikte ve doğum sonrasında en sık görülen tıbbi komplikasyonlardan biridir (6). Depresif belirtilerin seyri gebelik ve doğum sonrası dönem boyunca devam edebilir, hatta daha da kötüleşebilir (7). Erken postpartum dönemde anne ruh sağlığındaki problemler, çocukların bilişsel, davranışsal ve duygusal gelişimi üzerinde olumsuz etkileri nedeniyle giderek artan önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmektedir (8). Bu nedenle, perinatal dönemde depresyonun belirlenmesi ve erken tedavisi önemlidir.

Bu çalışmada yapılandırılmış klinik görüşmeye dayanarak ve kendini değerlendirme ölçekleri kullanılarak, kadınlarda doğum sonrası dönemde depresyon yaygınlığının ve ilişkili faktörlerin tespit edilmesi planlanmıştır. Böylece, kadınların bedensel ve ruhsal olarak daha duyarlı olduğu bu dönemde, depresif bozuklukların ortaya çıkmasına neden olabilecek risk faktörlerinin ve öngördürücü olabilen özelliklerin belirlenmesine de çalışılacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Depresyonun Tanımı

Çökkünlük (depresyon), derin üzüntülü, bazen de hem üzüntülü hem bunaltılı bir duygudurumla birlikte düşünce, konuşma, devinim ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanı sıra değersizlik, küçüklük, güçsüzlük,

isteksizlik, karamsarlık, duygu ve düşünceleri ile belirli bir sendromdur (9). Bu sendrom, kognitif ve emosyonel alanlarla ilgili olan birçok belirti kümesini kapsamaktadır. Depresyonu bir sendrom olarak ayıran, bu belirtilerin süreklilik göstermesi ve klinik olarak belirgin sıkıntıya yol açması veya toplumsal açıdan, işle ilgili alanlarda veya diğer önemli işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olmasıdır (10).

2.2. Depresyonun Güncel Sınıflandırılmaları

Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı'da (DSM-IV-TR) depresif bozukluklar, duygudurum bozuklukları ana başlığı altında yer almaktadır. Bu bölüm içerisinde majör depresif bozukluk-tek epizod, majör depresif bozukluk rekürran (yineleyici), distimik bozukluk ve başka türlü adlandırılamayan depresif bozukluk kategorileri yer almaktadır. DSM-IV-TR Başka türlü adlandırılamayan depresif bozukluk kategorisi; premenstrüel disforik bozukluk, minör depresif bozukluk, rekürran (yineleyen) kısa depresif bozukluk, şizofreninin postpsikotik depresif bozukluğunu içermektedir ve önerilen araştırma ölçütleri ek bölüm B'de ayrıca tartışılmıştır (11)

DSM-IV-TR ile DSM-5 sınıflandırma sistemleri arasında depresif bozukluk belirteçlerinde büyük farklılık bulunmamaktadır ancak, DSM-IV-TR sınıflandırma sisteminde postpartum başlangıçlı depresyon olarak ele alınan klinik durumun, %50 oranda gebelik dönemi içinde başlangıç gösterdiğine değinilerek, bu belirteç daha önceki ''postpartum başlangıçlı'' tanımlaması yerine DSM-5 sınıflandırma sisteminde ''peripartum başlangıçlı'' olarak tanımlanmıştır (10).

Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'nda ise duygudurum bozuklukları ana başlığı yerine bu kategori depresyon bozuklukları ve ikiuçlu (bipolar) ve ilişkili bozukluklar olarak ayırarak, iki ayrı ana başlıkta sınıflandırılmıştır. DSM-5 Depresyon bozuklukları başlığı içerisinde; yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu, yeğin (majör) depresyon bozukluğu, süregiden depresyon bozukluğu (distimi), aybaşı öncesi (premenstrüel) disfori

bozukluğu, maddenin/ilacın yol açtığı depresyon bozukluğu, başka bir sağlık durumuna bağlı depresyon bozukluğu, tanımlanmış diğer bir depresyon bozukluğu ve tanımlanmamış depresyon bozukluğu bölümleri yer almaktadır (10).

Dünya sağlık örgütünce yayımlanan bir sınıflandırma sistemi olan, ICD- 10 (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması) versiyonunda, depresif ve bipolar bozuklular, "affektif bozukluklar" başlığı altında toplanmıştır. DSM sınıflandırmalarında "Depresif bozukluk" tanımı kullanılırken, ICD-10'da "Depresif epizod" tanımı kullanılmıştır ve bu başlık altında; hafif depresif epizod, orta depresif epizod, ağır depresif epizod psikotik belirtisiz, ağır depresif epizod psikotik belirtili, diğer depresif epizodlar, tanımlanmamış depresif epizod alt başlıkları yer almaktadır. Ayrıca tekrarlayan depresif bozukluk başlığı altında da; tekrarlayan depresif bozukluk şimdiki nöbet hafif/orta/psikotik belirtisiz ağır/psikotik belirtili ağır, tekrarlayan depresif bozukluk remisyonda, diğer tekrarlayan depresif bozuklular ve tanımlanmamış depresif bozuklular alt başlıkları yer almaktadır (12).

2.3. Depresyonun Etiyolojisi

Depresyon, çok etkenli etiyolojiye sahiptir. Depresyon oluşumunda genel olarak biyolojik ve psikososyal etkenlerden söz edilmektedir.

2.3.1. Biyolojik Etkenler

Duygudurum bozukluklarında biyolojik değişikliklerin rolü yadsınamaz. Bu değişikliklerin bir neden olabileceği gibi, duygudurum bozukluklarının kendisi de bu değişimlerin oluşumunda rol oynayabilir. Bu anlamda henüz her yönüyle açıklayıcı bir biyokimyasal bir bozukluk saptanamamıştır (13). Etiyopatogenezi aydınlatma adına yapılan çalışmalar hâlen devam etmekte olup, günümüze kadar üzerinde durulan birçok mekanizma ve varsayım mevcuttur.

2.3.1.1. Biyolojik Aminler

1950'li yıllarda antihipertansif olarak rezerpin kullanılan kişilerde yaklaşık %15 oranda depresyon görülmesi biyolojik amin boşalımı ve depresyon arasında bir ilişki olduğunu düşündürmüştür (14). 1952 yılında tüberküloz tedavisi için araştırılan

bir ajan olan iproniazid tedavisi uygulanan hastaların daha iyimser, neşeli ve daha aktif olduklarının gözlenmesinin ardından iproniazid ve analoglarının, mitokondrial bir enzim olan monoaminoksidaz (MAO) inhibisyonu üzerinden etki gösterdiği bulunmuştur (15). MAO inhibitörleri noradrenalin (NA), dopamin (DA) ve serotoninin (5-HT) enzim metabolizmasını bloke ederek majör depresyonda katekolamin etkinliğinin olduğunun kanıtını vermektedirler (14).

Depresif hastalarda, serotoninin beyindeki temel yıkım ürünü olan 5-hidroksi-indol-asetik-asid (5-HIAA) düzeylerinin beyin omurilik sıvısında (BOS) düşük bulunması nedeniyle, depresyonda serotonerjik etkinlikte azalma olabileceği varsayımı ileri sürülmüştür (13). İntihar sonucu ölen depresyon hastaların postmortem çalışmalarında, BOS'ta 5-HIAA düzeyinin azalmış olduğu bulunmuştur (14). Tedavide yaygın olarak kullanılan serotonin geri alım inhibitörleri ile olumlu sonuçlar alınması, serotonin üzerinde daha çok durulmasına neden olmuştur (16).

Ağır depresyon dönemleri geçiren hastaların önemli bir kısmında, noradrenerjik işlevin temel yıkım ürünü olan 3-metoksi 4-hidroksifenilglikol (MHPG) düzeylerinin BOS ve idrarda ya çok azaldığı ya da çok arttığı görülerek, noradrenerjik etkinlikte artma veya azalma varsayımı ortaya atılmıştır (13).

Dopamin ve depresyonla ilişkili iki yeni teori; depresyonda mezolimbik DA yolağının işlevinde bozulma olabileceği ya da dopamin D1 reseptörlerinin depresyonda hipoaktif olabileceğidir (17). DA metaboliti olan homovalinik asit (HVA) BOS düzey ölçümlerinin tutarsız sonuçları olmakla birlikte, BOS HVA düzeylerinin psikomotor retardasyonu olan hastalarda belirgin düşük olduğu bildirilmiştir (18).

2.3.1.2. Nöroendokrin Faktörler

Endokrin değişikliklerin psikiyatrik hastalıklarla ilişkisinde, tetikleyici ya da sürdürücü etken mi yoksa sekonder bir değişiklik mi olduğu net değildir. Psikiyatrik hastalıkların etiyolojisinde üzerinde en çok durulan endokrin dizgeler, hipolatamik-pitüiter-adrenal (HPA) ve hipolatamik-hipofizyel-tiroid (HPT) akslarıdır.

Artmış HPA aktivitesi memelilerdeki stres yanıtlarının önemli ve ayırıcı bir özelliği ve depresyonda kronik stres biyolojisi arasındaki en belirgin bağlantılardan da birisidir. Ayaktan tedavi alan depresif hastaların yaklaşık %20-40'ında, yatarak tedavi alan depresif hastaların ise %40-60'ında artmış HPA aktivitesi olduğu gösterilmektedir (17). Özellikle kronik stresin HPA eksenini sürekli uyarımları, glukokortikoidlerin (kortizol) salınımını artırıp uzatır, hipokampüs HPA'yı baskılayamaz hale gelir ve sonuçta hipokampüste oluşan toksik atrofi de depresyon oluşumunda rol oynar (19).

Depresyon açısından incelenen kişilerin yaklaşık % 5-10'unda daha önce fark edilmiş olan tiroid işlev bozukluğu mevcuttur, bu da artmış bazal tiroid uyarıcı hormon (TSH) düzeyi veya hipotalamik nöropeptid tiroid salgılatıcı hormon (TRH) infüzyonuna artmış TSH yanıtıyla kendini gösterir (17). Antidepresanlara dirençli depresyonda triiyodtironin (T3) eklenmesinin, bazı olgularda iyi sonuç vermesi tiroid işlevleri üzerindeki ilgiyi artırmıştır (20).

Kadınlardaki üreme hormonları ile ilgili faktörler bölüm 2.6.2'de ayrıntılı olarak verilmiştir.

2.3.1.3. Sirkadiyen Ritimdeki Değişiklikler

Sirkadiyen aksaklıklar ve depresif bozukluklar arasındaki ilişki modern psikiyatride büyük ilgi konusudur (21). Hormonal aksları düzenleyen hipotalamus, ventral anterior hipotalamusta bulunan suprakiazmatik nükleus yoluyla uyku, duygudurum, vücut sıcaklığı ve yeme davranışı gibi sirkadiyen ritimlerin zamanlamasını düzenler (22). Depresyonu olan hastalara uyku süresi kısalıp derinliği azalır, uykuya dalma süresi uzar, uykuda sık bölünme ve erken uyanmalar olur, hızlı göz hareketlerinin (REM) bulunduğu uyku dönemleri erken saate kayar ve ilk REM süresi uzar, yavaş dalda ve REM-dışı uyku süresi azalır (13). Uyku bozukluklarının depresyon gelişimi ile kuvvetli ilişkisi olduğu bildirilmiştir (23). Ayrıca kortizol ve Adrenokortikotropik hormon (ACTH) salınımlarındaki tepe zamanının sabah erken saatlere kaydığı ve büyüme hormonu ile prolaktin salınım zamanlarında kaymalar gösterilmiştir (24).

2.3.1.4. İmmünolojik Bozukluklar

Depresif bozukluklar, azalmış lenfosit proliferasyonu ve başka hücresel bağışıklık sorunları dâhil pek çok immünolojik anormalliklerle ilişkilidir (17). Depresyonda lenfositler, T-hücreleri ve B-hücrelerinin serum düzeyleri azalarak, otoantikorlarda artış gözlenebilir (25). Başlıca proinflamatuvar sitokinlerden olan TNF-α , IL-1, IL-6 düzeyleri depresyonda veya psikososyal strese yanıt olarak yükselmektedir (26, 27). Bazı araştırmalarda sitokin seviyelerindeki yükseklik ve depresif belirtilerin şiddeti arasında bağıntı olduğu gösterilmiştir (28). Sitokinlerin depresif belirtilerin oluşumuna katkıda bulunduğu, depresyon düzeldikçe sitokin düzeylerinin de normale döndüğü, antidepresan tedavilerin ayrıca sitokin düzeylerini azaltarak depresyonun iyileşmesine katkı sağlayabileceği vurgulanmıştır (29).

2.3.1.5. Yapısal ve Fonksiyonel Beyin Görüntüleme

Beyin görüntüleme çalışmaları, duygudurum bozukluklarının patofizyolojisinin anlaşılmasında çok önemli katkılar sağlamaktadır (30). Depresyon, giderek duygusal ve bilişsel işlevleri düzenleyen beyin bölgeleri arasında anormal etkileşimlerden kaynaklanan bir hastalık olarak kabul edilmektedir (31, 32). Bu anormallikler öncelikle dorsolateral prefrontal korteks (DLPFK), anterior singulat korteks (ACC) ve amigdala hipokampal kompleksi içeren frontal limbik bölgeleri içermektedir (33, 34). Fonksiyonel görüntüleme çalışmalarının (bölgesel beyin kan akımı, glukoz metabolizması, pozitron emisyon tomografi, tek foton emisyon bilgisayarlı tomografi ve fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme) değerlendirilmesinde, striatum, pallidum ve talamus parçaları ile birlikte frontal ve temporal lob olmak üzere birçok beyin bölgelerinin depresyon patofizyolojisinde rol oynadığını düşündürmektedir (35). Uzun süreli ve tedavi edilmemiş depresyonu olan hastalarda artan ventriküler-beyin oranı, küçük frontal lob hacimleri, daha küçük hipokampal hacimlerinin olduğu gösterilmiştir (36-38).

2.3.1.6. Genetik Faktörler

Epidemiyolojik çalışmalarda depresyonda genetik riskin %33 oranda olduğu gösterilmektedir (39). Depresif bozuklukların etiyopatogenezini etkileyen genetik faktörlere dair kanıtlar aile, ikiz ve evlat edinme çalışmalarından elde edilmektedir.

Erken başlayan ve rekürran depresif bozukluklarda, kalıtsal faktörlerin etkisinin daha fazla olabileceği düşünülmektedir. Birinci dereceden biyolojik akrabasında majör depresyon öyküsü bulunanlarda görülme olasılığı 2-4 kat artmakta, daha erken yaşta başlamakta, tedaviye yanıt daha düşük, tekrarlama riski daha yüksek olmaktadır. Ebeveynlerden birinde depresif bozukluk varsa risk % 10-25 civarları da olup, her iki ebeveynde de bulunması halinde risk iki katına çıkmaktadır (19). Depresyonla ilgili yapılan aday gen çalışmalarında glukokortikoid reseptör (GR) geni, monoamin oksidaz A geni, glutamaterjik genler, BDNF geni gibi birçok gendeki polimorfizmlerle bağlantı gösterilmiştir (40). Yapılan başka bir çalışmada, serotonin taşıyıcı genin kısa alleline sahip bireylerde, strese duyarlılığın daha fazla olduğu ve bu kişilerde depresyonun daha kolay gelişebildiği bulunmuştur (9).

2.3.2. Psikososyal Etkenler

2.3.2.1. Yaşam Olayları ve Çevresel Stres

Sosyal yaşam olayları ve toplumsal çevre etkenlerinin duygulara olan etkisi yadsınamaz. Aile içi çatışmalar, eş kaybı, yetersiz evlilik doyumu, iş yaşamındaki zorluklar, iş kaybı, ekonomik sıkıntılar, benliği örseleyici durumlarla karşılaşma, sevgi nesnesinin yitirilmesi, bedensel sağlık sorunları gibi birçok etken duygudurum bozukluklarının ortaya çıkışına ve devamlılık sağlamasına neden olabilir. Bu özellikler başka psikiyatrik bozukluklarda da izlenebildiğinden, sadece depresif bozukluklara özgül değillerdir. Psikososyal zedelenmeler arasında depresyona yatkınlığı sağlayan en önemli etkenin bebeklik ve erken çocukluk yıllarında yaşanan ebeveynlerden uzun süre ayrı kalma durumlarıdır (9). Çeşitli çalışmalarda, intrauterin dönemdeki fetal gelişim sırasında maruz kalınan nöro-endokrin bozuklukların, kan akımındaki yetersizliğin, anne sağlığındaki sorunların erişkin hayatta depresyon oluşumu ile bağlantılı olabileceğine dair kanıtlar ileri sürülmektedir (19).

2.3.2.2. Kişilik Faktörleri

Depresyon hastalarında bazı ortak kişilik özelliklerinden bahsedilse de, özgül bir kişilik yapısının varlığı tartışılmaktadır. En sık tanımlanan kişilik özelliklerinde; sorumluluk duygusu güçlü, mükemmeliyetçi, yakınlarına aşırı bağlı ve bağımlı, narsisizim, titizlik, güvensizlik, kolayca suçlanma eğilimi, herkesi hoşnut etme ve iyiliksever olmaya eğilimli, öfkelerini dışa vurmayan, kendisinden ve yakınlarından

yüksek beklentileri olan, çabuk etkilenen ve üzülen, aşırı duyarlı ve kuruntulu kişilik özellikleri mevcuttur (13).

2.3.2.3. Psikodinamik Kuram

Klasik psikanalitik görüş olarak da bilinen depresyonun psikodinamik kuramı, Sigmund Freud tarafından tanımlanarak, Karl Abraham tarafından genişletilmiştir. Depresyon ve yas arasındaki belirtilerin benzerliğine dikkat çekilerek, karşılaştırma şeklinde incelenmiştir. Bu görüşe göre; gerçek veya hayali olabilen bir sevgi nesnesi kaybı söz konusudur. Kayıp algısı oluşturan durum, kişi tarafından introjekte (içe-atım) edilir. İçe atılmış olarak kişinin benliğinde yaşatılan yitirilmiş sevgi nesnesine karşı duyulan kin ve nefret gibi ambivalan duygular bulunur. Üst benliğin katı tutumunun etkisiyle kin, nefret ve saldırganlık duyguları, yastan farklı olarak bireyin kendisine yöneltilir. Böylece özsaygının düşerek, kişinin kendini değersiz ve suçlu gördüğü, bunun sonucunda da depresyonun meydana geldiği öne sürülmüştür (41).

Benlik psikolojisinin kuramcılarından biri olan Bibring'e göre, depresyonun psikopatolojisini üst benlik ve benlik arasındaki çatışma yerine benliğin (ego) kendi içindeki gerilimden kaynaklanmaktadır (42). Buna göre benliğin güçlü olma, sevilen ve değer verilen nitelikte olma beklentileri vardır. Bu beklentilerin gerçekleşmemesi veya kesintiye uğramasıyla çaresizlik ve güçsüz olma durumu depresyonun temelini oluşturmaktadır.

2.3.2.4. Bilişsel Teori

Bilişsel görüşün kurucusu sayılan Aeron Temkin Beck'e göre depresyon, kişinin yaşadığı herhangi bir yaşam olayının, daha önceden mevcut olan ancak işlevsel olmayan olumsuz şemalarını harekete geçirmesiyle oluşmaktadır. Bunun sonucunda kişide keder, suçluluk, kararsızlık, kaygı, davranışlarda retardasyon, ilgi ve motivasyon kaybı, sorun çözebilme gücünde azalma gibi durumların ortaya çıkmasına neden olan 'otomatik düşünceler' gelişir. Kişinin olumsuz otomatik düşünceleriyle gerçek olaylar arasında bilişsel hatalar kurulur. Kişi kendine, dünyaya ve geleceğe olumsuz bakmaya başlar ve depresif belirtiler ortaya çıkar (43).

2.3.2.5. Davranışçı Görüş

İlk kez Seligman'ın köpeklerle yaptığı deneye dayanan ‘‘öğrenilmiş çaresizlik’’ görüşü, daha sonra değişik metotlarla da tekrarlanmıştır. Bu deneyde; köpeklere bir taraftan elektrik akımı vererek onları bir kaçınma davranışına sokarken, bir taraftan da kaçabilmeleri önlenirse bir süre sonra köpekler kaçma çabalarını bırakıp teslim olurlar, üzüntü ve çaresizlik içine düşerler. Bu durum, insanlardaki çökkünlüğe benzemektedir (13). Bu görüşe göre, sürekli biçimde baş edilemeyen acılı yaşam olaylarıyla karşılaşmak, benzer şekilde çaresizlik ve üzüntü duygularının eşlik ettiği depresyonun gelişimine sebep olur.

2.4. Depresyonun Epidemiyolojisi

Araştırma yöntemleri ve popülasyonlardaki farklılığa bağlı, değişen oranlar olmasına rağmen depresif bozuklukların toplumdaki sıklık ve yaygınlığının yüksek olduğuna dair görüşler ortaktır. Her yaşta görülmekle birlikte, orta yaşlar ve özellikle de 25-44 arası yaşlarda daha fazla izlenmektedir (44). Yaşam boyunca depresyon, 18-29 yaşları arasında %12,02 oranında, 30-44 yaşları arasında %14,03 oranında, 45-64 yaşları arasında %15,91 oranında görülürken, 65 yaşından sonra azalmaya başlar ve 65 yaş ve üstü yaşlarda %8,19 oranında görülmektedir (45). Son yıllarda 5-12 yaşları arasında, hatta daha küçük çocuklarda da yetişkinlerdeki klinik görünüme uyan duygudurum bozukluklarının görüldüğü bilinmektedir (46). Majör depresif bozukluğun başlama yaşı önemlidir, çünkü ilk epizodu erken yaşta başlayanlarda; mesleki ve sosyal işlevsellik daha çok bozularak, hayat standardı daha çok düşmekte, birliktelik gösteren psikiyatrik ve fiziksel hastalıklar ile özkıyım girişimi artışı yanında, daha çok sayıda yeni depresif epizodlar izlenmekte ve depresif belirtiler daha şiddetli yaşanmaktadır (19).

Toplum örneklemlerinde depresyonun, yaşam boyu ortaya çıkma olasılığının, kadınlarda %10-25, erkeklerde %5-12 arasında olduğu bulunmuştur (14). Kadınlarda erkeklere oranla; yaşanan depresif epizod sayısı daha az, tetikleyen stresli yaşam olayları daha sık, belirtilerin şiddeti daha fazla, intihar girişimi daha fazla ancak tamamlanmış intiharlar daha az, eşlik eden anksiyete, somatoform bozukluklar ve

yeme bozukluğu ile migren ve tiroid hastalıklarının birlikteliği daha fazla, tedaviye yanıt daha azdır (47).

Sosyoekonomik düzey ve depresyon arasında ilişki bulunmamıştır. Majör depresif bozukluk, yakın kişisel ilişkileri olmayan, boşanmış veya ayrılmış kişilerde daha fazla görülür (17). Medeni durum, depresyonun ortaya çıkmasında tek başına belirleyici olmayıp, sosyal çevre desteğinin bir şekli olarak kabul edilmelidir. Sosyal çevre desteği, depresyon oluşma olasılığını azaltmaktadır. Azınlık gruplarda daha fazla ve siyah ırkta ise daha az oranda depresyon olduğunu bildiren ve farklı görüşte yayınlar bulunmasına karşın, depresyonun dağılımı ırk ve etnik gruplar arasında değişiklik göstermemektedir (19).

2.5. Depresyonun Kliniği

Çökkün duygudurum; üzüntülü, kendini boşlukta hissetme ya da umutsuzluk duygularıyla karakterize olan, hemen her hastada izlenen, depresyonun temel özelliğidir ve olmaması hâlinde depresyon tanısından uzaklaşılır. Bir diğer temel depresyon özelliği olan anhedoni, neredeyse bütün etkinliklere karşı olan ilgide belirgin azalma ev bunlardan zevk almamayla karakterizedir ve neredeyse her gün, günün büyük bölümünde bulunur (10).

Bu iki karakteristik belirti dışında, depresyonun diğer klinik belirti ve bulguları, vejetatif belirtiler ve kognitif belirtiler olarak incelenebilir.

2.5.1. Vejetatif belirtiler

Depresif hastalar genellikle enerji azlığı, çabuk yorulma, halsizlik ve güçsüzlükten yakınırlar. Çoğu hastada uyku problemleri izlenir. Uykuda dalmada güçlük, gece boyu uykunun sık bölünmesi ve sabah erken uyanma en sık görülen uyku problemleridir. Cinsel isteksizlik ve buna bağlı cinsel uyarılmada zorluk görülebilir (9). Hastaların çoğunda yeme isteği azalır ve bu yüzden kilo kaybı olabilir. Ancak atipik özellikler gösteren depresif hastalarda ise iştah artışıyla beraber kilo alımı ve aşırı uyku görülebilir. Depresif hastalarda ayrıca el ovuşturma, yerinde duramama ve psikomotor ajitasyon şeklinde anksiyete bulguları da görülebilir (17).

2.5.2. Kognitif Belirtiler

Depresif hastalarda bilinç açıktır. Çok ağır depresyonlarda bazen bilinç bulanıklığı izlenimi olabilir. Yer, kişi ve zaman oryantasyon bozukluğu yoktur. Hastalar sıklıkla unutkanlıktan yakınır, ancak bu gerçek bir bellek bozukluğu değildir. Unutkanlığın çok belirgin olması psödodemans (yalancı bunama) izlenimi verebilir, hastalık iyileşince ise düzelir. Genellikle algı bozukluğu görülmez, nadir olarak aşağılayıcı, suçlayıcı nitelikte işitme varsanıları görülebilir. Bazı hastalarda kendisi veya çevresini farklı algılama (depersonalizasyon ve derealizasyon) olabilir. Düşünce akışı yavaşlamıştır. Düşünce içeriği olumsuz anılar, geçmişe dair pişmanlıklar, geleceğe karşı umutsuzluk, çaresizlik düşünceleri ile doludur. Kendini suçlu görme, günahkâr hissetme ve buna bağlı cezalandırılma düşünceleri bulunabilir. Özsaygı azalmıştır, küçüklük ve değersizlik düşünceleri hezeyan boyutuna ulaşabilir. Ölüm isteği ve intihar düşünceleri gelişebilir (9). Öznel veya başkalarınca gözlenen, odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık belirtileri bulunabilir (10).

2.6. Doğum Sonrası Dönem ve Depresyon

2.6.1. Doğum Sonrası Depresyonun Tanımı

DSM-IV-TR, doğumdan sonraki dört hafta içinde başlayan depresif atakları ‘postpartum başlangıçlı’ belirleyicisini kullanarak tanımlar. DSM-5 ise gebelik sırasında veya doğum sonrasındaki dört haftada başlayan majör depresyon dönemini ‘peripartum (doğum zamanı) başlayan’ belirleyicisi ile tanımlar. Alternatif olarak, ICD-10 ise doğum sonrası altı haftada başlayan depresif epizodu, postpartum depresif epizod olarak tanımlar. Bununla beraber, birçok çalışmada ve klinik pratikte bu süre, doğumdan sonraki ilk bir yıla uzanan bir zaman dilimi olarak da kabul edilebilir.

2.6.2. Doğum Sonrası Depresyonun Etiyolojisi

Doğum sonrası depresyonun nedenleri genel olarak hormonal (biyolojik), genetik, immünolojik, psikososyokültürel faktörler olarak incelenebilir.

2.6.2.1. Hormonal Faktörler

Depresyon sıklığında cinsiyet farklılığının olması, üreme yıllarında fazla olması, cinsiyet hormonları ve üreme olaylarının, depresyon etiyolojisinde bazı roller oynadığını düşündürmektedir (48-51). Gerçekten de, (örneğin kortizol, östrojenler, progesteron ve oksitosin gibi) steroid ve peptid hormonlar, özellikle gebelik ve doğum sonrasında olmak üzere üreme yıllarında önemli ölçüde dalgalanmaktadır (52).

Doğum sırasında en dikkat çekici biyolojik özelliklerinden biri, östradiol, progesteron ve kortizol gibi çeşitli steroid hormonlarda dramatik düşüşlerin olmasıdır (53). Hormon çekilme teorileri, östradiol ve projesteron çekilmesinin, bazı hassas kadınlarda doğum sonrası hüzün ve depresyon gelişiminin önemli nedenlerinden olduğunu varsaymaktadır (54, 55). Bununla birlikte, tüm kadınlar doğum sonrası hormon düzeylerinde bu dramatik değişimleri yaşamasına rağmen, kadınların sadece küçük bir alt kümesinde doğum sonrası depresyon gelişir (53). Ancak, östrojen, progesteron veya kortizol seviyelerinin doğum sonrası depresyonu olan ve olmayan kadınlarda farklı olduğu gösteren çok az kanıt vardır (55, 56). Östradiol ve progesteronun, diğer hormonlar ve nörotransmitterle birlikte çok sayıda etki ve etkileşimleri vardır (56). Östradiol ve progesteron serotonin ve dopamin sistemleri dâhil olmak üzere nörotransmiter sistemlerini düzenler (53). Östrojen, serotonin reseptör ekspresyonunu ve aktivitesini modüle eder, doğum sonrası depresyonu olan kadınların, depresif olmayan kontrollere göre daha düşük plazma serotonin seviyeleri vardır (57). Bu şekilde, gebelik ve doğum sonrası dönemde östradiol seviyelerinin dalgalanması, serotonin sistemi dengesinde bozulma yol açarak, hastalığa yatkın kadınlarda depresif belirtilere neden olabilir (53). Ani östradiol çekilmesi, beyinde dopaminerjik yolaklarda disregülasyona ve depresif belirtilerin oluşmasına yol açar (58).

Gebelik döneminde, üreme hormonlarına benzer şekilde stres hormonlarında da artış gözlenir, doğumdan sonra ise azalma gözlenir. Birbirinden farklı gözden geçirmelerde, HPA ekseninin düzensizliğinin kadınlarda doğum sonrası dönemde depresyon gelişiminde büyük bir rol oynadığını düşündüren ortak yorumlar mevcuttur (55, 59). PPD öyküsü olan kadınlarda, olmayanlara kıyasla kortizolün

önemli ölçüde daha yüksek seviyelerle ilişkili bulunmuştur (60, 61). Bu bulgular özellikle kortizol, stres hormonlarının düzensizliği içeren depresyon modelleri ile uyumludur (48). Postpartum 6. ve 12. haftada yapılan bir çalışmada, PPD belirtileri olan ve olmayan kadınlar arasında ACTH reaktivitesi açısından farklılıklık bulunmamıştır (62). Prospektif bir çalışmada, gebelik 18. haftada yüksek CRH düzeylerinin ve 23. ile 26. haftalar arasındaki hızlanmış CRH sikluslarının olduğu kadınlarda, doğum sonrası 9 haftada PPD belirtilerinin olduğu bulunmuştur (63). Bulgular, PPD riskini öngörmede önemini vurgulamaktadır, ancak diğer HPA aks hormonlarında bu ilişki görünmemektedir (64).

İnsan ve ratlarda yapılan çalışmalarda, prolaktinin anksiyolitik özelliklere sahip olduğu ve laktasyonun stresi tamponlama etkilerine katkıda bulunduğu düşünülmektedir (65). Bu nedenle de, doğum sonrası yüksek bazal seviyelerinin, PPD başlamasına karşı koruyucu olabileceği düşünülmektedir (64). Ancak, 48 kadından oluşan bir çalışmada, doğum sonrası iki ile sekiz hafta arasındaki bazal PRL seviyeleri ve PPD belirtileri arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır (66). Başka bir araştırma ise, postpartum ilk haftadaki PRL seviyeleri ile ilk 6 aydaki PPD belirtilerinin arasında ileriye dönük muhtemel bir bağlantının olduğunu ileri sürmektedir (67). Veriler karışık olmasına rağmen, PRL ve PPD arasında ters bir ilişki olması dikkat çekmektedir (64).

Prospektif olarak yapılan bir çalışmada, 21. ve 32. gebelik haftalarında ölçülen oksitosin (OCT) seviyelerindeki düşüklüğün, doğum sonrası ilk iki hafta içindeki PPD belirtilerini yordadığı bulunmuştur (68). Yapılan küçük çaplı çalışmalar gebelik ve doğum sonrası dönemde, düşük OCT seviyelerinin PPD için bir risk faktörü olabileceğini düşündürmektedir (64).

Doğum sonrası ilk 1 yıl içerisinde, kadınların %5-7'sini tiroidin geçici düzensizlikleri etkilemektedir, doğum sonrası tiroidit ile PPD belirtileri örtüşmektedir (69). Bu gözlem PPD'da, tiroid sisteminin etkili olduğuna dair teorilerin gelişmesine yol açmıştır. Bazı çalışmalar PPD belirtileri ile yüksek TSH ve alt T3 ve T4 düzeyleri arasındaki teorik olarak bağlantılar olduğunu önermektedir, ancak bazı büyük çalışmalarda ise bu tür bağlantıların kanıtları bulunmamıştır (64).

Literatürlerde β-endorfin ile ilgili bulgulara göre, gebelik sürecindeki yüksek β-endorfin seviyelerinin, PPD belirtilerini öngörmede umut vaat edici olduğu belirtilmektedir (64).

2.6.2.2. Genetik Faktörler

Diğer psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi PPD için de genetik faktörlerin rolünden söz edilmektedir. Avustralya'da 838 yetişkin ikizin (299 dizigotik, 539 monozigotik) alındığı bir çalışmada, PPD varyansının % 25 olması genetik faktörler ile açıklanmıştır (70). Başka bir araştırmada ise PPD öyküsü bulunan kişilerin kardeşlerinde %42 oranında PPD saptanırken, PPD öyküsü bulunmayan kişilerin kardeşlerinde ise %15 oranında PPD saptanmıştır (71).

Serotonin taşıyıcısının (5-HTT) görevi, sinaptik aralığa gelen serotonini kaldırmak ve postsinaptik serotonin sinyalinin süresinin belirlenmesidir ve depresyon gibi psikiyatrik hastalıklarda rolü olduğu düşünülmektedir (72). Serotonin-taşıyıcı bağlantılı polimorfik bölge (5-HTTLPR), seratoninin trankripsiyonel aktivitesini etkileyen işlevsel bir poliformizimdir. 5-HTTLPR kısa allel taşıyanlarda, serotoninin düşük ekspresyon ve azalmış transkripsiyon etkinliğinin olması, bu kişilerin depresyon geliştirme riskinin daha yüksek olması ile ilişkilendirilmiştir (64). Yakın zamanlardaki bir çalışmada, 5-HTTLPR geninin LL alleli ile postpartum kadınlardaki majör depresif bozukluk arasındaki ilişki bildirilmiştir (73). 5-HTTLPR S-alel taşıyıcılığının, olumsuz yaşam olayları durumunda, geç dönemde PPD şiddetini yordadığı bulunmuştur (74).

Monoaminerjik sistemin iki önemli enzimi olan COMT (katekol-ometil transferaz) ve MAO-A (monoamin oksidaz-A) genlerinin allelik varyasyonlarının, majör depresyondaki ilişkisi bilinmektedir (75). Önceki bir çalışmada, düşük aktiviteli varyantlar olan MAO-A (uVNTR) ve COMT (Val158Met;Met genotipi) polimorfizmlerinin, geç gebelikte ve postpartum 6 haftada depresif belirtilerle ilişkili olduğu bulunmuştur (76).

DNA dizisinde sadece bir baz çiftini etkileyen bir genetik varyasyon olan, tek nükleotid polimorfizmlerinin (SNPs), birçok çalışmada PPD genetik varyasyonuna

etkileri doğrulanmaktadır (77). Bir vaka kontrollü prospektif çalışmada, steroid hormon fonksiyonu (AKR1C2, AR, FKBP5, ESR1, ESR2, NR3C1, PGR), nörotransmiter fonksiyonu (HTR2A, MAOA, COMT, SLC6A4) ve beyin kökenli nörotrofin faktör (BDNF) fonksiyonu incelendiğinde, HTR2A geninde üç SNPs ile PPD ilişkili bulunmuştur (78). Prospektif bir çalışmada, glukokortikoid reseptörü (GR, NR3C1) ve kortikotropin salan hormon reseptörü 1 (CRHR1) genlerinin genetik varyantları ile PPD riskinin arttığı bulunmuştur (79).

2.6.2.3. İmmünolojik Faktörler

Gebelik sürecinde, babanın antijenlerini de taşıyan ve farklı bir genetik yapıya sahip olan fetüsün, annenin bağışıklık sistemi tarafından saldırıya uğramıyor olması karmaşık bir durumdur (80). Doğal bağışıklık sistemi, IL-6, IL-1β, TNF-α gibi proinflamatuar sitokinler ve buna yanıt olarak başlayan IL-10 gibi anti-enflamatuar sitokinlerin karmaşık bir dengesi ile düzenlenir (64). Gebelikte 35. haftaya kadar IL-6 seviyelerinde ılımlı artış olur ve IL-10 sevileri değişmeden kalır, doğum sırasında ise IL-6 seviyelerinde yedi kat artış ve IL-10 seviyelerinde yaklaşık %50 oranda artış gözlenir (81). Doğumdan sonraki ilk birkaç gün içinde, bu proinflamatuar süreç daha da artar (82). Psikolojik veya biyolojik stresörler ya da hastalıkla ilişkili artan enflamasyon, doğumla ilgili olmayan depresif belirtilerle tutarlı bir bağlantı içindedir (83). Bu konuyla ilgili yapılan 91 kadından oluşan bir çalışmada, doğumdan sonraki ilk bir kaç gün içinde depresif belirtilerinde artma olanların, IL-6 seviyeleri ve reseptörlerinde artış olduğu bulunmuştur (82). Küçük örneklemi olan başka bir çalışmada, doğumdan sonraki ilk dört hafta boyunca, IL-1β seviyelerinin artması ve IL-6 konsantrasyonlarında beklenen düşüşün olmaması, depresif semptomlar ile bağlantılı bulunmuştur (84).

Benzer iki çalışmada, anti-inflamatuvar rol oynayan IL-10 seviyeleri ve inflamatuvar yanıtıcı kolaylaştırmada rol oynayan IFN-γ seviyelerinin, doğum sonrası 4.-6. haftalarda PPD belirtileri ile ilişkili olduğu bulunmuştur (64). Farklı bir çalışmada da IFN-γ seviyelerinin, sadece formüle mama ile besleme yapan annelerde depresif semptomlarla ilişkili olduğu bulunurken, sadece emziren annelerde ise ilişkili olmadığı bulunmuştur (85). Bu bulgular ayrıca emzirmenin önemini de vurgulamaktadır.

C-reaktif protein (CRP) düzeyinin değerlendirildiği 1053 kadından oluşan geniş bir çalışmada, doğum sonrası 8. ve 32. haftalarda PPD riski ile postnatal 2. Gün CRP düzeyleri arasında bir ilişki bulunmamıştır (86). Buna karşılık, PPD açısından yüksek riskli 27 kadından oluşan bir çalışmada ise CRP düzeyi ve postnatal ilk 5 gün içinde PPD gelişme olasılığı arasında ilişki olduğu gösterilmiştir ancak bu ilişki doğum sonrası 5. ve 6. haftalar için gösterilememiştir (87).

2.6.2.4. Psiko –Sosyo-Kültürel Faktörler

Doğum sonrası depresyonun psikososyal faktörleri üzerindeki araştırmalar biyolojik faktörleri üzerindeki araştırmalardan daha fazla ilgi odağı olmuştur ve bununla ilgili daha fazla literatür bilgisi mevcuttur. Diğer psikiyatrik bozukluklar için olduğu gibi, PPD çok-boyutlu fenotipe sahip ve biyolojik yönlerin ötesinde psikolojik / sosyal faktörleri içeren karmaşık bir durumdur (64, 88-91). Tüm doğum yapan kadınlarda biyokimyasal ve hormonal değişiklikler olmasına rağmen, kadınların bir bölümünde psikiyatrik bozuklukların gelişiyor olmasının altında, sosyal stresler, sosyal destek sistemleri, kişiler arası ilişkiler gibi faktörlerin etkisini düşündürmektedir (92).

Stresle ilgili çeşitli tanımlamalar yapılmıştır. Kapsamlı bir tanıma göre stres, kişisel olarak anlamlı düzeyde yıpratıcı olan veya bireyin kaynaklarını aşan taleplerdir (93). Stres faktörleri; yaşam olayları, katastrofik olaylar, günlük sorunları içeren epizodik stres ve ebeveynlik stresi, algılanan stres, kronik zorlanmayı içeren kronik stres olarak incelenebilir.

Bugüne kadar yapılan psikososyal çalışmaların büyük çoğunluğunda yaşam olayları üzerinde durulmaktadır. Çalışmaların çoğunluğunda, PPD veya depresif belirtilerin, prenatal dönemdeki stresli yaşam olayları ile anlamlı ilişkisinin olduğu bildirilmiştir (94-97). Bununla birlikte, doğum sonrası erken dönemdeki stresli yaşam olayları, sonrasında depresif belirtilerin ortaya çıkması bakımından risk oluşturmaktadır (98).

Kültürel faktörlerin etkisi de giderek önem kazanmaktadır. Birçok kültürde gebelik ve annelik rolleri, kadınların yerine getirmesi gereken bir görev olarak görülmesi, kadın için baskı ve yük oluşturabilmektedir. Bu toplumsal baskıların etkisiyle, kadınların isteği dışında da gebelik kararını alabilmektedir. Doğumla birlikte başlayan annelik rolüyle ilgili, birçok kültürde olan kadının çok mutlu olacağı, sürekli bebeği ve ailesiyle ilgileneceği gibi beklentiler kadın için yeni baskılar oluşturmaktadır. Kadınlar bir taraftan yeni rollerine dair farklı duygular hissedebilirken, diğer taraftan da toplumsal beklentilerin baskısını hissedebilmektedirler. Özellikle kariyerine önem veren kadınlarda, annelik rolünün kariyerini engelleme düşüncesi, bebeğe karşı öfke ve suçluluk duygularına yol açabilmektedir.

Çoğu araştırmada zor mizaçlı, sürekli ağlayan, avutulamayan veya kolik bebeğe sahip olmak gibi özel ebeveyn stres durumları ile doğum sonrası depresyon anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur (99).

Zayıf kişilerarası ilişkiler yaşam boyunca depresyon riski için katkıda bulunmaktadır (100) ve PPD etiyolojisinden de sorumlu tutulmaktadır (101).

Yapılan birçok çalışmada depresyon ve sosyal destek arasındaki ilişki ortaya konulmuştur. Sosyal destek; kişinin kabul gördüğünü, sevildiğini, kendine değer verildiğini ve bir gruba aidiyet hissetmesini sağlamaktadır. Annelerin kendi annesinden, ailesinden ve özellikle de eşinden aldığı kaliteli bir sosyal destek, PPD riskini azaltmaktadır. Algılanan sosyal destek, kişinin ihtiyaç hissettiğinde destek kaynaklarının var olmasıdır. Alınan sosyal desteğe göre, algılanan sosyal destek daha belirleyici olmaktadır. Yapılan birçok araştırmada algılanan sosyal desteğin, PPD ile negatif ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

2.6.3. Doğum Sonrası Depresyonun Epidemiyolojisi

Doğum sonrası depresyon yaygınlığının saptanması için yapılan çalışmalarda kullanılan yöntemlerdeki farklılıklara bağlı farklı sonuçlarla karşılaşılabilmektedir. PPD görülme oranları, vakaların doğum sonrası farklı zaman dilimlerinde değerlendirilmesine, taranan popülasyonun özelliklerine, örneklem hacmindeki

farklılığa, kullanılan metodolojik yöntemlerin ve tanı araçlarının farklılığına bağlı değişiklikler gösterebilmektedir. PPD yaygınlığının, öz değerlendirme ölçekleriyle tarandığında %20-30 oranlarında elde edildiği ancak yapılandırılmış klinik görüşme teknikleri ve tanı ölçütleri kullanıldığı zaman bu oranın düştüğü bildirilmektedir (102, 103).

Gelişmiş ülkelerde öz değerlendirme ölçekleriyle yapılan araştırmalarda PPD yaygınlığı için oranlar %1,9 ile %82,1 arasında değişmekte olup, en düşük oran Almanya, en yüksek oran ABD'de bildirilmiştir. Gelişmekte olan ülkelerde ise oranlar % 5,2 ile %74 arasında değişmekte olup, en düşük olan Pakistan, en yüksek oran Türkiye'den bildirilmiştir. PPD yaygınlığı ile ilgili çalışmalarda öz değerlendirme ölçeklerinin yanında, ICD-10 temelli yapılandırılmış klinik görüşmelerin uygulandığı çalışmalarda oranlar, en düşük %0,1 ile Finlandiya'da, en yüksek %26,3 ile Hindistan'da bildirilmiştir. Bununla birlikte DSM-IV temelli yapılandırılmış klinik görüşmelere dayalı çalışmalarda isen oranlar, en düşük %2,5 ile Singapur'da, en yüksek %10,0 ile Japonya'da bildirilmiştir (98).

Ülkemizin çeşitli bölgelerinde, öz değerlendirme ölçekleriyle farklı zaman dilimlerinde yapılan kesitsel çalışmalarda PPD yaygınlığı %14 ile %74 arasında değişen oranlarda bulunmuştur (95, 104-123).

Ülkemizde yapılan SCID-I temelli çalışmalarda ise PPD yaygınlığı %6,3 ile %26,1 arasında değişen oranlarda bulunmuştur. Erzurum'da yapılan bir tez çalışmasında doğum sonrası 6. haftada depresyon yaygınlığı %26,1 oranda saptanmıştır (124). Yine ülkemizde yürütülen diğer bir SCID-I'e dayalı çalışmada ise PPD yaygınlığı %6,3 olarak bildirilmiştir (104). Konya'da prematüre bebeğe sahip annelerin alındığı özel bir alt grupta yürütülen SCID-I temelli bir tez çalışmasında PPD yaygınlığı %20,8 olarak bulunmuştur (125). Bu araştırmalarından bazılarıyla ilgili veriler Tablo 2' de sunulmuştur.

Tablo 2: Ülkemizde yapılan PPD prevelansı araştırmalarına ait bazı veriler

Araştırmanın yapıldığı yer/yıl	Olgu sayısı	Araştırmanın yöntemi/ doğum sonrası zaman dilimi	PPD prevelansı
Danacı ve ark. (1998) Manisa	257	0-6 ay EPDÖ ≥ 12	%14,0
İnandı ve ark. (2001) Erzurum, Elazığ, Malatya, Kayseri, Konya	2514	0-12 ay EPDÖ ≥ 13	%27,2
Sünter ve ark (2002) Samsun	380	8. hafta EPDÖ ≥ 12	%23,1
Çeber ve ark. (2002) İzmir Bornova	273	4-8 hafta EPDÖ ≥ 12	%29
Ekuklu ve ark. (2002) Edirne	178	0-6 hafta EPDÖ ≥ 12	%40,4
Nur ve ark (2003) Sivas	750	0-12ay EPDÖ ≥ 13	%28,0
Aydın ve ark. (2004) Erzurum	341	İlk 1 yıl SCID-I EPDÖ ≥ 12,5	 %14,4 %35,8
Buğdaycı ve ark. (2004) Mersin	1447	0-2ay 3-6 ay 7-12 ay	%29.0 %36.6 %28.0
Efe ve ark. (2005) Ankara	214	4.hafta EPDÖ ≥ 12	%23.4
Alkar ve Gençöz (2005)	151	İlk günler EPDÖ ≥ 13 EPDÖ ≥ 10	 %50.7 %74.0
Aydın ve ark. (2005) Erzurum	758	0-12 ay EPDÖ ≥ 13	%34,6
Arslantaş ve ark. (2006) Aydın il merkezi	248	6-8 hafta EPDÖ ≥ 12	%12.5
Ayvaz ve ark. (2006) Trabzon il merkezi	152 132	6 -8 hafta 6 ay EPDÖ ≥ 13	%29.6 %11.4
Özdemir ve ark (2006) Konya	242	2-6ay EPDÖ ≥ 13	%19.4
Nurcihan ve ark. (2007) İstanbul	183	0-1 yaş EPDÖ ≥ 13	%30.6
Akman ve ark. (2007) Konya	302	6 hafta SCID-I, EPDÖ ≥ 13	%6.3
Kırpınar ve ark. (2009) Erzurum	479	1. hafta 2. hafta EPDÖ ≥ 13	%17.7 %14
Yağmur ve ark. (2009) Malatya	785	1 yıl EPDÖ ≥ 13	%21
Durukan ve ark.(2010) Ankara	708	2-18 hafta EPDÖ ≥ 13	%15
Durat ve ark. (2010) Sakarya	126	4. hafta EPDÖ ≥ 12	%23.8
Göker ve ark. (2012) Manisa	318	6 hafta EPDÖ ≥ 13	%31.4
Annagür ve ark. (2013) Konya	197	48. saat 6. hafta EPDÖ ≥ 12	%14.2 %11.2
Kırkan ve Aydın(2014) Erzurum	360	6.hafta SCID-I, EPDÖ ≥ 12	%26.1
Uygur ve Annagür (2015) Konya (Prematür bebeklerin annelerinde)	120	İlk 2 hafta SCID-I, EPDÖ ≥ 12	%20,8

2.6.4. Doğum Sonrası Depresyonun Klinik Özellikleri

Doğum sonrası depresyonun klinik belirtileri, uykuda yetersizlik ya da fazla uyuma, duygudurum dalgalanmaları, iştah değişikliği, bebek hakkında aşırı kaygı ve endişe duyguları, zarar verme korkusu, üzüntü ya da aşırı ağlama, şüphe, suçluluk ve umutsuzluk hissi, odaklanma ve hatırlamada zorluk, hobilere ve olağan etkinliklere karşı ilgi kaybı, tekrarlayan ölüm ve intihar düşüncelerini içerebilir (126).

Semptomlar çoğunlukla doğum sonrası ilk 6 hafta içinde ortaya çıkmaktadır, bu süre ilk 1 yıla kadar sürebilmektedir. Uyku, iştah ve libido değişikliklerinin normal gebelik ve doğum sonrası değişikliklere bağlı da görülebilmesi, doğum sonrası depresyon tanısının atlanmasına neden olabilir. Klinisyenlerin bu belirtileri atlaması dışında, kadınlar da ruh değişikliklerini bildirmeleri açısından isteksiz olabilirler. Bu nedenle klinisyenlerin, gebelik veya doğum sonrası dönemde olan kadınların duygudurumu değişikliklerini sorgulaması önemlidir. Yenidoğan bakımı ve kontrolleri de annelere ruh halini sormak için bir fırsat olabilir. Duygudurum bozuklukları olan kadınların tespiti ve tedaviyi kolaylaştırmak amacıyla, obstetrik ve pediatrik değerlendirmeleri sırasında işbirliği yapmalıdır.

Klinik görünümü, etiyolojisi ve tedavisi bakımından genel olarak majör depresyon ile benzer görünse de (127), anneye, bebeğe ve dolayısıyla aile üzerine etkisi benzersizdir. DSD belirtilerinin sayısı veya hastada oluşan bozukluklara göre hafif ya da ağır şiddetli seyir gösterebilir. Hafif veya orta şiddetli depresyonu olan annelerin destek arayışı içinde olmaması, bu durumu bir bozukluk olarak düşünmemesi, nereye başvuracağı hakkındaki bilgi sahibi olmaması gibi sebeplerden dolayı, doğum sonrası depresyonun uzun süre devam edip ağırlaşmasına sebep olabilir. Ağır şiddetli depresyonu olan kadınlarda, abartılı yetersizlik, suçluluk düşünceleri, cezalandırılmayı hak ettiğini düşünme ya da nihilistik hezeyanlar ve bu düşüncelerle ilişkili varsanılar görülebilir. Bu belirtilerin etkisiyle anne bebeğini kabullenmeyebilir, kendisine veya bebeğine zarar verebilir. Bu nedenle psikotik belirtilere sahip olan annelerin hastaneye yatırılarak tedavi edilmesi gerekmektedir.

Gebelik sırasındaki fizyolojik süreçlerde yaşanılan durumların çoğu anksiyete bulgularına benzeyebilir, bu sebeple bu durum gebelerde anksiyete bozukluğu

tanısının atlanmasına neden olabilir. Doğum sonrası depresyonu olan kadınların % 20-60'ı eşlik eden anksiyete yaşarlar (128-130). Bu anksiyetenin odağı genellikle bebeğinin uykudayken aniden ölebileceği, bebek bakımı ile ilgili endişeleri ve eleştirileri üzerinedir. Ayrıca, bazı annelerde bebeğine zarar verme ile ilgili obsesif nitelikte düşünceler bulunabilir. Bu nedenle, bazı anneler bebeği yanında bulunduğu zaman ciddi anksiyete duyabilirler ve bu endişe hali annenin bebekten uzaklaşmasına açabilir (131). Doğum sonrası depresyon ve anksiyete arasındaki anlamlı birlikteliğe rağmen, eş tanı yaygınlığını belirlemek amacıyla az sayıda çalışma yapılmıştır (132). Doğum sonrası depresyonu olan kadınlar arasında yapılan bir çalışmada, intihar düşüncelerine sahip olanlarda, anksiyete belirtilerine sahip olmanın, uyku bozukluklarının ve çocukluk çağı istismar öyküsünün önemli ölçüde daha fazla olduğu bildirilmiştir (133).

2.6.5. Doğum Sonrası Depresyonun Ayırıcı Tanısı

PPD lohusalık döneminde kadınları etkileyen ruh hali bozuklukları spektrumunun bir parçasıdır, diğer kısımlarında postpartum hüzün ve postpartum psikoz bulunmaktadır.

Postpartum hüzün doğumu takiben kadınların % 50-85'inde oluşur (98). Erken başlayan postpartum depresyon belirtilerini postpartum hüzünden ayırmak zor olabilir. Ancak, postpartum hüzün genellikle doğum sonrası dördüncü gün civarında zirveye ulaşır ve doğumu takiben onuncu günde kendiliğinden çözümlenir. Belirtileri kısa ağlama nöbetleri, anksiyete, üzüntü, uyku düzensizliği, kafa karışıklığı ve sinirliliktir (98). İntihar düşüncesi mevcut değildir ve özel bir tedavi gerektirmez (134). Ancak belirtilerin iki haftadan uzun sürmesi ya da depresif belirtilerin şiddetli olması halinde postpartum depresyon açısından ayrıntılı değerlendirme yapmak gerekir.

Doğum sonrası psikoz %0,1-0,2 prevalansı ile nadirdir, bununla birlikte özkıyım ve bebek öldürülmesi riski nedeniyle acil tedavi gerektirir (98). Belirtileri huzursuzluk, ajitasyon, uyku bozukluğu, paranoya, dağınık düşünceler, dürtüsellik, halüsinasyonlar ve hezeyanlar içerebilir. Genellikle aniden başlayan klinik tablo, hızla ciddi boyuta ulaşabilir. Doğumdan sonra ilk iki hafta içinde zirve yapar ve 35 yaş ve üzerinde yeni annelerde yaygındır (134). Hastanın öz geçmişinde veya

ailesinde postpartum psikoz öyküsünün bulunması ayırıcı tanı için yardımcı olabilir (135).

Gebeliğin bipolar bozukluğun seyri üzerine farklı bulgulardan söz edilmekle birlikte, depresif veya manik atakların doğum sonrası dönemde daha fazla ortaya çıktığı bildirilmiştir (136, 137). Bipolar bozukluğun doğum sonrası dönemde daha çok depresif belirtilerle başlamasına bağlı bu hastalar sıklıkla unipolar depresyon tanısı alırlar.

Depresif belirtilerin doğumdan hemen sonrası başlaması veya hipomaninin ortaya çıkması, atipik özellikli depresif belirtiler bulunması, psikotik belirtilerin eşlik etmesi, verilen antidepresan tedaviye yetersiz yanıt veya hızlı yanıt olması, aile öyküsünde bipolar bozukluk öyküsünün bulunması bipolar bozukluğun depresyonu açısından ipucu veren önemli işaretlerdir (138).

Lohusalıkta anksiyete bozukluklarının depresyondan daha yaygın olabileceği bildirilmiştir (139). Anksiyete belirtileri depresyonun öncülü olabileceği gibi stresle etkin bir şekilde başa çıkamamanın da bir sonucu olabilir (140).

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) belirtilerinin doğumdan sonra şiddetlendiği veya ilk kez gebelik veya doğum sonrası dönemde ortaya çıkabildiğine dair bulgular vardır (141). Doğum sonrası hızlı başlaması ve daha çok bebeğe zarar vermeyle ilişkili olan obsesyonları içermesi, lohusalık dönemiyle ilişkili OKB'nin özelliklerindendir. Bebeğe zarar verme obsesyonları annenin bebekten uzak durmasına, hatta annenin suçluluk hissederek depresif belirtiler oluşmasına yol açabilir.

Doğum sonrası depresyonun ayırıcı tanısında, organik nedenler de (tiroid hastalıkları, anemi, hipoaktif deliryum) göz önünde bulundurulmalıdır (142).

2.6.6. Doğum Sonrası Depresyon Gelişiminde Risk Faktörleri

Doğum sonrası depresyonun etiyolojisi halen net olarak bilinmese de bu klinik tabloya yol açabilecek bazı risk faktörleri tanımlanmıştır. Bu risk faktörlerinin tespit edilmesi, doğum sonrası depresyonun erken dönemde tanınması ve tedavi edilmesine böylece hastalığın uzun vadeli olumsuz etkilerinin en aza indirilmesine

yarar sağlayacaktır. PPD gelişimindeki risk faktörleri; sosyo-demografik, fiziksel ve biyolojik, psikolojik, obstetrik-pediatrik ve kültürel risk faktörleri olarak kategorize edilebilir.

2.6.6.1. Sosyo-demografik Faktörler

Sosyo-demografik özellikler ile PPD arasındaki ilişki üzerine yapılan araştırmalardaki kanıtlar çelişkilidir. Anne yaşı, eğitim düzeyi, evlilik süresi ve çocuk sayısının PPD ile ilişkisi saptanamadığını belirten yayınlar olmakla birlikte aksi yönünde bulgular da mevcuttur.

Ülkemizden bildirilen bir araştırmada, düşük eğitim düzeyi, düşük sosyoekonomik düzey, işsizlik, erken yaşta evlenme ve erken yaşta gebe kalma gibi durumların PPD ile ilişkisi yüksek oranda bulunmuştur (116).

2.6.6.2. Fiziksel ve Biyolojik Risk Faktörleri

Kötü fiziksel sağlık, beden algısında olumsuzluk, annenin vücut ağırlığındaki düşüklük PPD ile ilişkili bulunmuştur.

2.6.6.3. Psikolojik Risk Faktörleri

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yapılan araştırmalarda, psikolojik faktörlerin PPD gelişimi için önemli bir predispozan olduğu belirtilmektedir. Bu konuda yapılan meta-analizlerin sonuçları; doğum öncesi anksiyete, doğum öncesi depresyon, geçmiş depresyon öyküsü, çocuk bakımı stresi, stresli yaşam olayları, zayıf sosyal destek, medeni çatışma, tek medeni durum ve plansız/istenmeyen gebelik durumlarının PPD olasılığını artırdığını göstermektedir (143, 144).

PPD için risk faktörleri multifaktöriyel olarak kabul edilse de, çalışmalarda istikrarlı olarak sosyal destek almanın önemli rol oynadığı belirlenmiştir (98). Ayrıca gelişmiş ülkelerde yapılan araştırmalarda, doğum sonrası depresyon ile cinsel, fiziksel ve psikolojik istismar arasında anlamlı sonuçlar olduğu bildirilmiştir (145, 146). Bunun yanı sıra bağımlı, çekingen ve obsesif kompulsif kişilik bozuklarının da PPD gelişimi için risk etmenleri arasında olabildiğinden bahsedilmektedir (104).

2.6.6.4. Obstetrik- Pediatrik Risk Faktörleri

Erken doğum yapan, bebeğinde tıbbi sağlık sorunu bulunan ve zor mizaçlı bebeğe sahip olan anneler PPD gelişimine daha yatkın olabilirler (147). Planlanmamış gebeliklerin, PPD için risk faktörü olduğunu bildiren yayınlar olduğu gibi bunu doğrulamayan yayınlar da bulunmaktadır.

Sezaryen ile doğum yapan annelerde PPD ölçek puanları anlamlı düzeyde yüksek olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (148). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise vajinal doğum şeklinin PPD gelişiminde etkili olduğunu belirten çalışmalar bulunmakla birlikte (120), doğum şeklinin PPD gelişimi üzerinde bir etkisinin olmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (149). Çelişkili sonuçlar bulunmakla birlikte, genel inanışın tersine PPD ile emzirmenin ilişkili olmadığı bildirilmiştir (104)

2.6.6.5. Kültürel Faktörler

PPD her kültürde görülebilen bir tablo olmasına rağmen bazı risk etmenleri açısından kültürler arası farklılıklar söz konusudur. Geleneksel toplumlarda ailelerin beklentisinin daha çok erkek bebek olması kadınlar üzerinde stres ve baskı yatan bir durum olabilmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda kız cinsiyette bebeğe sahip olmanın PPD için risk oluşturduğu gösterilmiştir (114, 116, 150).

2.6.7. Doğum Sonrası Depresyonun Sonuçları

Doğum sonrası depresyonun sonuçları; anne sağlığı ile ilgili sonuçlar ve bebek/çocuk sağlığı ilgili sonuçlar olmak üzere iki grup halinde incelenebilir.

Anne sağlığı açısından incelendiğinde PPD, uzun bir dönem devam edebilir ve ileride tekrarlayan depresif ataklarla ilişkili olması muhtemeldir (151-153). Üstelik PPD, negatif duyguların seviyelerinin yükselmesi ve pozitif duyguların seviyelerinin azalması ile ilişkilidir (154). PPD yaşayan kadınların, kendilerini ve bebekleri de dâhil çevresindekileri olumsuz algılamalarına sebep olan bilişsel çarpıtmalara sahip oldukları gösterilmiştir (155).

PPD'nin, annenin bakım verme davranışları üzerine de olumsuz etkileri vardır. Bu olumsuz etkiler, ilk olarak bebek için kritik öneme sahip olan emzirme

döneminde kendini gösterir. Depresyonu olan anneler emzirme konusunda daha başarısız olup, emzirmeyi de daha erken dönemde bırakabilirler (156). Depresif belirtileri olan kadınlar, çocukları için önerilen sağlık kontrolleri, evde ve dışarıda alınan güvenlik önlemleri konusunda da daha az istekli davranabilir. Bu şekilde bebeğin iyiliği ve güvenliğinden taviz vermenin yanı sıra, PPD yaşayan annelerin, çocuklarını ihmal ve istismar etme olasılığı daha yüksektir.

Bebek sağlığı açısından PPD'nin etkileri, doğum sonrası erken dönemden çocukluk hatta ergenlik dönemine kadar genişleyebilir. Bu etkiler çocuğun fiziksel, sağlığı, bilişsel gelişimi ve davranışsal durumlarını içermektedir. 193 çalışmanın meta-analizi, maternal depresyon ve çocuğun davranışları arasında küçük ama önemli bir ilişki olduğunu göstermiştir (157). Buna benzer şekilde, doğum sonrası ilk altı ayda annede görülen depresif belirtilerin, erken çocukluk ve ergenlik döneminde davranışsal sorunlar ile ilişkili bulunmuştur (158, 159).

Çocuğun davranışsal sorunları kadar, PPD'nin zamanlamasına ve kronisitesine bağlı olarak bilişsel gelişimindeki etkilenmeler de kritik bir konudur. Annenin depresif eğilimi nedeniyle daha az öğrenme fırsatı sağlaması, yetersiz uyaran oluşturması çocuğun bilişsel gelişimi üzerine olumsuz sonuçlar yaratabilir. PPD'nin çocukluk ve ergenlik dönemi boyunca dil ve zekâ gelişimi üzerinde zayıflık oluşturduğu ile ilgili öngörülerde fikir birliğine varılmıştır (160).

Bilişsel ve davranışsal sorunlar dışında fiziksel sağlığın etkilendiğine dair de önemli tespitler bulunmaktadır. Kesitsel bir çalışmada, depresyonu olan annelerin bebeklerinde malnütrisyon, büyüme gerilikleri, gastrointestinal belirtiler ve solunumla ilgili sağlık problemlerinin daha fazla daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (4). Benzer şekilde ülkemizde yürütülen bir çalışmada, gebelik dönemindeyken depresyonu tedavi edilmeyen annelerin bebeklerinde preterm doğum veya düşük doğum ağırlığı gibi olumsuz sonuçlarla karşılaşılmıştır (161).

PPD'nin anne, bebek ve hatta tüm aile açısından en yıkıcı sonucu anne intiharları olarak kabul edilebilir. İntihar riski, perinatal dönemde depresif kadınlar arasında önemli ölçüde yüksektir, doğum sonrası ölümlerin %20'ye varan sebebini oluşturmaktadır (148).

Anne ve çocuk sağlığı ile ilgili bütün bu değerlendirmelerden ortaya çıkan sonuçlar maternal depresyonda erken tanı ve tedavinin önemini vurgulamaktadır.

2.6.8. Doğum Sonrası Depresyonun Tedavisi

2.6.8.1.Somatik Tedaviler

Doğum sonrası depresyonun tek bir nedeni olmadığından standart bir tedavi yönteminden söz edilememektedir. Lohusalık döneminde depresif semptomlarla başvuran bir hastadan, öncelikle ayrıntılı öykü alınmalı, fizik muayene ve gerekli biyokimyasal incelemeler yapılarak organik sebepler dışlanmalıdır.

Organik sebepler dışlandıktan sonra PPD şiddetine göre tedavi planı yapılmalıdır. Hafif /orta şiddetteki PPD durumunda annenin emzirme isteği göz önüne alınarak, öncelikle psikososyal müdahaleler ve psikoterapi yöntemleri düşünülmelidir. PPD orta veya şiddetli ise ya da psikoterapiye yanıt alınamadıysa, medikal tedavi başlanabilir. Hastanın kendisi, eşi/ailesi, tedavi edilmeyen depresyonun anne ile bebek üzerine olumsuz etkileri konusunda detaylı olarak bilgilendirilmelidir ve aileden yazılı onam alınmalıdır. Lohusalık depresyonunda tedavi planı oluşturulurken, psikiyatri hekimi yanında kadın doğum hekimi ve çocuk hekimi de işbirliği içinde olmalıdır.

İlaç seçimi yapılırken; hastanın klinik özellikleri, emzirmeyi isteyip istemediği, hastanın daha önce kullandığı ve fayda gördüğü bir tedavinin olup olmadığı, hangi ilacı kullanmayı tercih ettiği göz önünde bulundurulmalıdır (59). Bütün antidepresan ilaçlar süte geçmektedir, ancak ilaçlar arasında süte geçiş oranları farklılık göstermektedir. Sertralin, paroksetin, sitalopram, nortriptilin tedavileri terapötik dozlarda, bebeklerde çok düşük veya saptanmayacak düzeyde bulunduğu için emziren annelerde birinci sıra ilaçlar olarak kullanılabilir (135). Gebelik sırasında kullanılan bir antidepresan ilaç varsa, aynı ilaçla devam edilmesi önerilir. Bebeğin ikinci bir moleküle maruz kalması anlamına geldiğinden ilaç değişikliği önerilmez (59). Tam remisyonun ardından, en az altı ay süre ile aynı dozla tedaviye devam edilmelidir (162).

Kendine zarar verme, özkıyım ya da bebeğe zarar verme risklerinin olduğu, annenin beslenmesinin bozulduğu ya da psikotik belirtilerin bulunduğu durumlarda hastaneye yatarak tedavi ve EKT (Elektro-Konvulzif Tedavi) düşünülmelidir (126).

Ailede iki uçlu bozukluk öyküsü, antidepresanlarla hipomanik kayma, antidepresana hızlı yanıt veya yanıtsızlık, karma, psikotik veya atipik depresif belirtilerin eşlik etmesi gibi özelliklere sahip hastalara antidepresan verilirken dikkatli olunmalıdır. Bu hastalar yakından izlenmeli ve manik kayma yönünden bilgilendirilmelidir.

PPD tedavisinde literatürde ayrıca; uyku deprivasyonu, ışık tedavisi, omega-3 yağ asitleri, akapunktur gibi denenmiş ancak etkinlikleri henüz kanıtlanmamış olan alternatif tedavi yöntemleri de yer almaktadır (142).

2.6.8.2.Psikososyal Müdahaleler ve Psikoterapiler

Gebelik ve lohusalık dönemlerinde ilaçların bebeğe olası yan etkilerinin bulunması ve annenin tercihi sebebiyle psikososyal müdahaleler ve psikoterapi yöntemleri önem kazanmaktadır. Danışmanlık, uyku hijyeni, düzenli yürüyüş gibi davranışsal düzenlemeler, kişilerarası ilişkiler terapisi, destekleyici psikoterapi, bilişsel davranışçı psikoterapi hafif ve orta düzeydeki PPD tedavisinde etkili olabilir (105). PPD tanısı alan kadınların özellikle eşlerinden yeterli destek alıp almadıkları değerlendirilmelidir. Eş ile ilişki sorunları depresyona neden olabileceği gibi, depresyonun kendisi de ilişkiyi olumsuz etkileyebilir. Bu nedenle eşler, depresyon ve desteğin önemi konusunda bilgilendirilmeli, gerekirse aile terapisine yönlendirilmelidir.

3.GEREÇ ve YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu çalışmada rutin sağlık kontrollerinin yapılması amacıyla çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümüne başvuran, 0-6 hafta arası bebek sahibi olan, 18-45 yaş arası gönüllü annelerde doğum sonrası depresyon yaygınlığını ve ilişkili faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır. Ayrıca sosyo-demografik veriler ile birlikte doğum sonrası depresyon ölçeği, algılanan sosyal destek ölçeği, maternal bağlanma ölçeği

ve Beck anksiyete ölçekleri kullanılarak doğum sonrası depresyonun ilişkili olabileceği faktörlerin incelenmesi planlanmıştır. Çalışmamız SCID-I temelli kesitsel vaka kontrollü bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne Aralık 2015-Haziran 2016 tarihleri arasında, rutin sağlık kontrollerini yaptırmak amacıyla başvuran, doğum sonrası 0 ile 6 hafta arasındaki bebeklerin, okuma-yazma bilen, 18-45 yaş arasındaki gönüllü anneleri ardışık sıra ile çalışmaya alınmıştır. 252 kadar vaka taranmış, 46 katılımcı kriterlere uygun olmama, çalışmaya katılmak istememe, eksik veri bildirimi, işitme engelinin bulunması ve dil bilmeme gerekçeleriyle çalışma dışı bırakıldı. Araştırma dâhilinde görüşülen 206 olgu ile çalışma tamamlanmıştır.

3.3. Çalışmaya Alınma ve Alınmama Kriterleri

Çalışmaya katılmayı kabul eden, 18-45 yaş arası olan, okuma-yazmayı bilen, ağır mental retardasyonu olmayan, psikotik bozukluğu bulunmayan, bebeğinde ciddi konjenital anomali bulunmayan gönüllü anneler, doğum sonrası ilk altı hafta içinde bu çalışmaya dâhil edilmiştir.

Çalışmaya başlamadan önce Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan, 08.12.2015 tarihli etik kurul onayı alınmıştır. Çalışma sırasında öncelikle her katılımcıdan Dünya Tıp Birliğinin Helsinki Deklarasyonu ile uyumlu aydınlatılmış onam formu alınmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

Katılımcıların yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, yaşadığı yer ve sosyoekonomik durum gibi sosyodemografik verilerini belirlemek için tarafımızca hazırlanan sosyo-demografik veri formu katılımcılara uygulanmıştır. Gebelik dışındaki dönem, gebelik dönemi ve gebelik sonrası dönemdeki psikiyatrik bozuklukların tespit edilmesi amacıyla, yarı yapılandırılmış görüşme ölçeği, SCID-I (Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM–IV)) katılımcılara tarafımızca uygulanmıştır. Elimizdeki tıbbi kayıtlardan bebeklerin doğum ağırlığı, doğum haftası ve doğum baş

çevresi gibi bilgiler elde edilmiştir. Psikiyatrik görüşme sonrasında katılımcılar tarafından Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPDÖ), Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği (MPSS), Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) doldurulmuştur.

3.5.Veri Toplama Araçları

3.5.1.Sosyo-demografik Veri Formu

Bu form konu ile ilgili literatürler taranarak tarafımızca hazırlanmıştır. Form toplam 50 soruluk üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcıların yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, ekonomik durum, yaşadığı yer gibi sosyo-demografik özellikleri yer almaktadır. İkinci bölümde katılımcıların son gebeliklerine yönelik öyküleri ve geçmiş psikiyatrik bozukluk öyküleri yer almaktadır. Üçüncü bölümde ise bebekte kolik öyküsü, bebeğin beslenme şekli ve emzirme ile ilgili bilgileri yer almaktadır.

3.5.2. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I)

DSM-IV tanılarını temel alan yarı yapılandırılmış tanısal görüşme çizelgesi olup altı modülden oluşmaktadır. Bu modüller; duygudurum epizodları, duygudurum bozuklukları, psikotik semptomlar, psikotik bozukluklar, alkol ve diğer madde kullanım bozuklukları ile anksiyete ve diğer bozuklukları içermektedir. Uygulanması yaklaşık 30-60 dakika kadar sürmektedir. Psikiyatrik bozuklukların tanısını saptamada güvenirliliği yüksek olması nedeniyle tanıyı doğrulamak için klinik çalışmalarda standart görüşme olarak kullanılmaktadır. First ve ark. tarafından 1997 yılında geliştirilmiştir (163). Türkçe uyarlaması ve geçerlik-güvenirliği Çorapçıoğlu ve ark. tarafından yapılmıştır (164).

3.5.3.Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

Edinburgh Doğum Sonu/Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ), doğum sonrası dönemde depresyon riskinin belirlenmesi, depresyon düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek için geliştirilmiş bir öz değerlendirme ölçeğidir (165). Engindeniz ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır (166). Ölçek toplamda 10 sorudan oluşmaktadır. Her soru, dörtlü likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Ölçeğin 3, 5, 6, 7, 8, 9 ve 10 numaralı sorularındaki maddeler 3, 2, 1, 0 biçiminde puanlanır ve giderek

azalan şiddeti belirtir. 1. 2. ve 4. sorulardaki maddelerin puanlaması ise giderek artan şiddeti belirten 0, 1, 2, 3 biçimindedir. Bu maddelerin toplanması ile ölçek toplam puanı elde edilir. Ölçekte alınabilecek toplam puanlar en düşük 0, en yüksek 30'dur. Ölçeğin kesme puanı 12/13 olarak bildirilmiştir (167).

3.5.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Zimet ve ark. tarafından, algılanan sosyal desteği ölçmek için geliştirilmiş bir 12 maddelik kendini değerlendirme ölçeğidir (168). Bu ölçek, üç önemli kaynaktan; aile, arkadaşlar ve önemli diğer kişilerden algılanan desteğin değerlendirmesini yapar. Toplam 12 maddeden oluşan ölçekte maddeler, 1=''kesinlikle hayır'' ile 7=''kesinlikle evet'' arasında derecelendirilir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 12 olup, en yüksek puan ise 84'tür. Ölçeğin kesme değeri yoktur. Yüksek puanlar, algılanan desteğin yüksek oluşuna, düşük puanlar ise desteğin algılanmadığına ya da destekten yoksun oluşu belirtmektedir. Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirlik çalışması Eker ve Arkar tarafından yapılmıştır (169).

3.5.5. Maternal Bağlanma Ölçeği

Müller tarafından geliştirilen MBÖ, annenin bebeğine karşı bağlanmasını değerlendirir (170). 26 maddeyi içeren, 4 itemli Likert tipi bir ölçektir. İtemler sırasıyla "Her zaman=4", "Sık sık=3", "Bazen=2","Hiçbir zaman=1" şeklinde puanlanır tüm bölümlerinin toplanmasıyla genel skor elde edilir. Toplam puan aralığı 26 ve 104 arasındadır. Yüksek puanlar güçlü anne bağlanmasını gösterir. Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği Kavlak ve ark. tarafından yapılmıştır (171).

3.5.6. Beck Anksiyete Ölçeği

Beck ve ark. tarafından, bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin şiddetini ölçmek için geliştirilmiş bir öz değerlendirme ölçeğidir (172). Yirmi bir maddenin bulunduğu ölçekte maddeler, likert tipi 0-3 arası puanlanır. Yüksek toplam puanlar, bireyin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy ve ark. tarafından yapılmıştır (173).

3.6. İstatistiksel Analiz

Verilerin istatiksel analizi "SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 15.0 for Windows" programı kullanılarak değerlendirildi. Değişkenler ortalama±standard

sapma olarak verildi. Tüm parametrik verilerin, Kolmogorov–Smirnov testi ile normal dağılıma uygun olup olmadığına bakıldı. Katagorik verilerin karşılaştırması Chi-square ve Fisher Exact testi ile; normal dağılıma uyan parametrik veriler t testi ile normal dağılıma uymayan parametrik veriler ise Mann-Whitney U testi kullanılarak karşılaştırıldı**.**

4. BULGULAR

Çalışmaya doğum sonrası ilk 6 hafta içerisinde bulunan 206 anne dâhil edildi. Katılımcıların SCID-I'e göre psikiyatrik bozukluk tanılarının; yaşam boyu ve son bir aylık dönemde varlığı incelendi.

SCID-I'e göre tüm grubun yaşam boyu %49,5'inde (n=102) herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı mevcuttu. Bu tanılar tek tek incelendiğinde tüm grubun %21,4'ünde (n=44) duygudurum bozukluğu, %25,2'sinde (n=52) herhangi bir anksiyete bozukluğu, %4,9'unda (n=10) somatoform bozukluklar ve %1'sinde (n=2) yeme bozukluğu olduğu saptandı.

Tüm grubun SCID-I'e göre psikiyatrik bozukluk tanılarının son bir aylık dönemde varlığı incelendiğinde %34'ünde (n=70) herhangi bir psikiyatrik bozukluğun bulunduğu saptandı. Tanılar tek tek incelendiğinde tüm grubun %8,2'sinde (n=17) herhangi bir duygudurum bozukluğu, %21,4'ünde (n=44) herhangi bir anksiyete bozukluğu, %1,5'inde (n=3) herhangi bir somatoform bozukluğu ve %1'inde (n=2) herhangi bir yeme bozukluğu olduğu saptandı.

Katılımcıların SCID-I'e göre olan şimdiki depresif bozukluk tanıları ayrıntılı incelendiğinde %6,8'inde (n=14) PPD olduğu saptandı. Şimdiki depresif epizodların hiçbiri bipolar bozukluğun depresif epizodu değil idi. Şimdiki dönem için tüm grubun %12,1'inde (n=25) klinik olarak postpartum hüzün tablosunun olduğu saptandı ancak bu tablo SCID-I'e göre herhangi bir duygudurum bozukluğu tanı kategorisinde ele alınmadı.

Tüm grup için şimdiki dönem ve yaşam boyu psikiyatrik bozukluk tanıları tablo 4.1'de gösterilmiştir.

Tablo-4.1: Tüm grup için şimdiki ve yaşam boyu psikiyatrik bozukluk tanıları

	Şimdi n(%)	Yaşam boyu n(%)
SCID herhangi bir tanı	70(34)	102(49,5)
Duygudurum bozuklukları	17(8,2)	44(21,4)
Depresif bozukluk	14(6,8)	40(19,4)
Postpartum depresyon	14(6,8)	26(12,6)
Gebelik/lohusalık dışı depresyon	-	18(8,7)
Postpartum hüzün	25(12,1)	35(17)
Distimi	0(0)	0(0)
Siklotimi	0(0)	0(0)
Bipolar bozukluk depresif epizod	0(0)	1(0,5)
Bipolar bozukluk manik epizod	0(0)	3(1,5)
Anksiyete bozuklukları	44(21,4)	52(25,2)
Yaygın anksiyete bozukluğu	33(16)	38(18,4)
Panik bozukluk	3(2,5)	6(2,9)
Obsesif kompulsif bozukluk	13(6,3)	13(6,3)
Sosyal fobi	0(0)	1(0,5)
Posttravmatik stres bozukluğu	0(0)	2(1)
Somotoform bozukluklar	3(1,5)	10(4,9)
Somatizasyon bozukluğu	0(0)	1(0,5)
Konversiyon bozukluğu	3(1,5)	10(4,9)
Hipokondriyazis	0(0)	0(0)
Yeme bozuklukları	2(1)	2(1)
Anoreksiya nervosa	0(0)	0(0)
Bulimia nervosa	0(0)	0(0)
Tıkanırcasına yeme bozukluğu	2(1)	2(1)

Çalışmaya alınan anneler şimdiki dönem için PPD tanısı alıp almamalarına göre, PPD olanlar (n=14) ve olmayanlar (n=192) olarak iki gruba ayrıldı.

Araştırmaya alınan katılımcıların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde tüm grubun yaş ortalaması 27,5±5,58 olup en düşük yaş 18, en yüksek yaş 42 idi. Katılımcıların tamamı evli olup, grubun çoğunluğuna bakıldığında %60,7'sinin (n= 125) ilk evlenme yaşının 20-30 yaş aralığında idi ve %46,1'inin (n=95) 5 yıl ve üzerinde evlilik süresi vardı. Yerleşim yeri olarak %70,9'u (n=146) şehir merkezinde yaşıyordu. Katılımcıların %88,8'i (n=183) çalışmıyordu, %76,7'si (n=158) çekirdek aile tipine sahipti. Sosyo-demografik özelliklerden yaş, medeni durum, yerleşim yeri, eğitim durumu, çalışma durumu, eşin eğitim durumu, eşin çalışma durumu ve aile tipi özellikleri açısından PPD olan ve olmayan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.

Ekonomik durum açısından gruplar ele alındığında; PPD olan grubun %28,6'sı (n=4) düşük düzeyde, %64,3'ü orta düzeyde, %7,1'i (n=1) yüksek düzeyde idi. PPD olmayan grupta ise ekonomik açıdan %8,3'ü (n=16) düşük düzeyde, %81,8'i (n=157) orta düzeyde, %9,9'u (n=19) yüksek düzeyde idi. İki grup arasında sadece ekonomik durum açısından istatiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,047). PPD olan grup daha düşük ekonomik düzeye sahipti.

PPD olan ve olmayan gruplar arasında sosyo-demografik özelliklerin ve eş ile ilgili özelliklerin karşılaştırılması tablo 4.2'te gösterilmiştir.

Tablo-4.2: Postpartum depresyonu olan ve olmayan gruplar arasında sosyo-demografik özelliklerin ve eş ile ilgili özelliklerin karşılaştırılması

	PPD olan grup (n=14)	PPD olmayan grup (n=192)	*p*
Yaş, ort ± SD, yıl [a]	27,85±6,43	27,47±5,53	0,805
Medeni Durum, n (%)			-
Evli	14(100)	192(100)	
Yerleşim yeri n(%) [b]			0,962
Kırsal	4(28,6)	56(29,2)	
Şehir	10(71,4)	136(70,8)	
Eğitim, n (%) [b]			0,873
İlköğretim	4(28,6)	67(34,9)	
Lise	7(57,1)	91(47,4)	
Yüksekokul	3(14,3)	34(17,7)	
Çalışma Durumu, n (%) [c]			0,621
Çalışıyor	1 (7,1)	22 (11,5)	
Çalışmıyor	13(92,9)	170(88,5)	
Ekonomik durum, n (%) [b]			**0,047**
Düşük	4(28,6)	16(8,3)	
Orta	9(64,3)	157(81,8)	
Yüksek	1(7,1)	19(9,9)	
AileTipi, n(%) [c]			0,743
Çekirdek	10(71,4)	148(77,1)	
Geniş	4(28,6)	44(22,9)	
Eş eğitimi, n (%) [b]			0,909
İlköğretim	3(21,4)	33(17,2)	
Lise	7(50,0)	97(50,5)	
Üniversite	4(28,6)	62(32,3)	
Eş çalışma durumu, n(%) [c]			0.299
Çalışıyor	13(92,9)	188(97,9)	
Çalışmıyor	1(7,1)	4(2,1)	

[a] = *t* test
[b] = $\chi 2$ Test
[c] = Fisher Exact Test
SD=Standart Deviasyon

PPD olan ve olmayan gruplar depresif bozukluk öyküleri açısından karşılaştırıldığında; PPD olan grubun %57, 1'inde (n=8) gebelik sürecinde de depresyon olduğu, PPD'si olmayan grubun ise %2,6'sında (n=5) gebelik sürecinde depresyon olduğu saptandı. PPD olan grupta istatistiksel olarak anlamlı oranda gebelik sürecinde depresyon daha fazla mevcuttu (p<0,001).

PPD olan grubun %28,6'sının (n=4) geçmişinde PPD öyküsü varken PPD olmayan grubun %6,3'ünün (n=12) geçmişinde PPD öyküsü mevcuttu. PPD olan grupta istatistiksel olarak anlamlı oranda daha fazla geçmiş PPD öyküsü mevcuttu (p=0,015).

PPD olan grubun %35,7'sinin (n=5) geçmişinde gebelik dışı dönemde depresyon öyküsü mevcut iken PPD'si olmayan grubun %6,8'inin (n=13) geçmişinde gebelik dışı dönemde depresyon öyküsü mevcuttu. PPD olan grupta istatistiksel olarak anlamlı oranda daha fazla gebelik dışı dönemde depresyon öyküsü mevcuttu (p=0,004). PPD olan ve olmayan gruplar, ailede herhangi bir psikiyatrik bozukluk öyküsü açısından kıyaslandığında, her iki grup arasında istatiksel açıdan anlamlı fark yoktu (p=0,732).

PPD olan ve olmayan gruplar depresyon dışı psikiyatrik bozukluklar açısından değerlendirildiğinde; PPD olan grubun %57,1'inin (n=8) ek bir psikiyatrik bozukluğunun olduğu saptandı. PPD grubunun hem yaşam boyu hem de son bir aylık dönemde anksiyete bozukluğunun oranı %57,1 (n=8) idi. Anksiyete bozuklukları için tanılar tek tek incelendiğinde %57,1'inde (n=8) yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), %21,4'ünde (n=3) OKB, %7,1'i (n=1) panik bozukluk (PB) tanılarını içermekteydi. Somatoform bozuklukların ise yaşam boyu görülme oranları PPD grubu için %21,4 (n=3), PPD olmayan grup için %3,6 (n=7) idi ve sonuçlar PPD olan grup için anlamlıydı (p=0,023). Somatoform bozukluklar ayrı ayrı ele alındığında; her iki grupta ele sadece konversiyon bozukluğu tanısı tespit edildi. Konversiyon bozukluğu tanısı PPD grubunda %14,3 (n=2), PPD olmayan grupta %0,5(n=1) orandaydı ve PPD olan grupta istatiksel olarak anlamlı derecede daha fazlaydı (p=0,012). Her iki grup arasında yeme bozukluğu açısından anlamlı fark yoktu.

İstatiksel açıdan değerlendirildiğinde PPD olan grup için YAB (p=<0,001), OKB (p=0,048), PB (p=0,012) ve konversiyon bozukluğu (p=0,012) tanılarının birlikteliği anlamlı düzeyde idi.

PPD olan ve olmayan gruplar arasında psikiyatrik bozukluk öykülerinin ve ailede psikiyatrik bozukluk öykülerinin karşılaştırılması tablo 4.3'te gösterilmiştir.

Tablo-4.3: Postpartum depresyonu olan ve olmayan gruplar arasında psikiyatrik bozuklukları ve geçmiş öykülerinin karşılaştırılması

	PPD olan grup (n=14)	PPD olmayan grup (n=192)	*p*
Gebelik sürecinde depresyon n (%)*			**<0,001**
Var	8(57,1)	5(2, 6)	
Yok	6(42,9)	187(97,4)	
Geçmiş postpartum depresyon öyküsü n (%)*			**0,015**
Var	4(28,6)	12(6,3)	
Yok	10(71,4)	180(93,8)	
Peripartum dışı dönemde depresyon öyküsü n (%)*			**0,004**
Var	5(35,7)	13(6,8)	
Yok	9(64,3)	179(93,2)	
Şimdiki gebelik döneminde Anksiyete bozukluğu n (%)*			**0,002**
Var	8(57,1)	34(27,7)	
Yok	6(42,9)	158(82,3)	
Yaygın anksiyete bozukluğu son bir ay n (%)**			**<0,001**
Var	8(57,1)	25(13)	
Yok	6(42,9)	167(87)	
Obsesif kompülsif bozukluk son bir ay n (%)*			**0,048**
Var	3(21,4)	10(5,2)	
Yok	11(78,6)	182(94,8)	
Panik bozukluk son bir ay n (%)*			**0,012**
Var	2(14,3)	1(0,5)	
Yok	12(85,7)	191(99,5)	
Somatoform bozukluklar yaşam boyu n (%)*			**0,023**
Var	3(21,4)	7(3,6)	
Yok	11(78,6)	186(96,4)	
Konversiyon bozukluğu son bir ay n (%)*			**0,012**
Var	2(14,3)	1(0,5)	
Yok	12(85,7)	191(99,5)	
Yeme bozukluğu yaşam boyu n (%)*			0,132
Var	1(7,1)	1(0,5)	
Yok	13(92,9)	191(99,5)	
Tıkınırcasına yeme bozukluğu son bir ay n (%)*			0,132
Var	1(7,1)	1(0,5)	
Yok	13(92,9)	191(99,5)	

*= Fisher Exact Test, **=χ2Test

Gebelik süreçleri ve obstetrik özellikleri açısından ele alındığında tüm gruplar için gebelik sayısı ortalamasının 2,28±1,23 (en az 1-en fazla 7 gebelik) olduğu, doğum haftası ortalamasının 38,61±1,55 (en az 33 hafta- en fazla 41 hafta) olduğu saptandı. Gebelik sayısı, doğum haftası, primiparite, gebelikte düzenli tıbbi kontrol, planlanmamış gebelik, yardımcı üreme yöntemi ile gebe kalma, doğum şekli, doğumda komplikasyon yaşama, doğumda kullanılan anestezi yöntemi, ölü/düşük doğum ve küretaj öyküsü özellikleri açısından PPD olan grup ile olmayan grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu.

PPD olan grubun %71,4'ünün (n=10) gebeliğinde aşırı bulantı-kusmaları mevcuttu, PPD'si olmayan grubun ise %29,7'sinin (n=57) gebeliğinde aşırı bulantı-kusma vardı. PPD olan grupta istatistiksel açıdan anlamlı oranda gebelikte aşırı bulantı-kusma öyküsü mevcuttu (p=0,002).

PPD olan grubun gebelikteki sosyal destek alım düzeylerinin %42,9'unda (n=6) yeterli düzeyde olduğu, %21,4'ünde (n=3) kısmi düzeyde olduğu, %35,7'sinde (n=5) ise sosyal desteğin olmadığı saptandı. PPD'si olmayan grupta ise %68,8'inde (n=132) yeterli düzeyde olduğu, %26'sında (n=50) kısmi düzeyde olduğu, %5,2'sinde (n=10) sosyal desteğin olmadığı saptandı. PPD olan grupta gebelikte sosyal destek görme düzeyi istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha düşüktü (p=<0,001).

PPD ve olmayan gruplar arasında gebelik dönemlerinin ve obstetrik özelliklerinin karşılaştırılması tablo 4.4'te gösterilmiştir.

Tablo-4.4: Postpartum depresyonu olan ve olmayan gruplar arasında gebelik dönemlerinin ve obstetrik özelliklerinin karşılaştırılması

	PPD olan grup (n=14)	PPD olmayan grup (n=192)	*p*
Gebelik sayısı ±SD [a]	2,42±1,28	2,27 ±1,23	0,657
Doğum haftası ±SD [a]	38,14 ±1,61	38,64±1,54	0,242
Primiparite n (%)[c]			1
Evet	5(35,7)	76(39,6)	
Hayır	9(64,3)	116(60,4)	
Planlanmamış gebelik n (%)[c]			1
Evet	6(42,9)	83(43,2)	
Hayır	8(57,1)	104(56,8)	
Gebelikte düzenli tıbbi kontrol n (%)[c]			0,348
Evet	13(92,9)	187(97,4)	
Hayır	1(7,1)	5(2,6)	
Gebelikte sağlık problemi n (%)[c]			0,164
Evet	11(78,6)	111(57,8)	
Hayır	3(21,4)	81(42,2)	
Gebelikte aşırı bulantı-kusma n (%)[c]			**0,002**
Evet	10(71,4)	57(29,7)	
Hayır	4(28,6)	135(70,3)	
Yardımcı üreme yöntemi ile gebe kalma n (%)[c]			1
Evet	0(0)	9(4,7)	
Hayır	14(100)	183(95,3)	
Gebelikte sosyal destek görme n (%)[b]			<**0,001**
Yeterli	6(42,9)	132(68,8)	
Kısmi	3(21,4)	50(26,0)	
Yok	5(35,7)	10(5,2)	
Gebelikte stress faktörü n (%)[c]			0,089
Evet	6(42,9)	40(20,8)	
Hayır	8(57,1)	152(79,2)	
Doğum Şekli n (%)[c]			0,159
Normal doğum	6(42,9)	121(63,0)	
Sezeryan	8(57,1)	71(37)	
Doğum sırasında kullanılan anestezi yöntemi n (%)[b]			0,406
Genel	2(14,3)	17(8,9)	
Epidural	6(42,9)	58(30,2)	
Yok	6(42,9)	17(60,9)	
Doğum sırasında annede komplikasyon öyküsü n (%)[c]			0,513
Evet	1(7,1)	9(4,7)	
Hayır	13(92,9)	183(95,3)	
Ölü doğum/düşük öyküsü n (%)[c]			0,739
Evet	2(14,3)	41(21,4)	
Hayır	12(85,7)	151(78,6)	
Küretaj öyküsü n (%)[c]			0,104
Evet	4(28,6)	24(12,5)	
Hayır	10(71,4)	168(87,5)	

SD=Standart Deviasyon, [a] = *t* test, [b] = $\chi 2$ Test, [c] = Fisher Exact Test

Yenidoğan bebeklerin özellikleri incelendiğinde; tüm grup için yenidoğan bebeklerin doğum ağırlığı ortalamasının 3229,59±503,17 (1400gr-4800gr) olduğu, doğum baş çevresi ortalamasının 34,81±1,63 (29cm-40cm) olduğu saptandı.

PPD olan ve olmayan gruplar arasında bebeklerin doğum ağırlığı, baş çevresi, bebek cinsiyeti, bebekte doğum komplikasyonu öyküsü, bebekte gaz sancısı/kolik öyküsünün bulunması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.

Bebek bakımına yardım varlığı PPD olan grupta %42,9 (n=6) iken, PPD'si olmayan grupta %70,3 (n=135) idi. PPD olan grupta bebek bakımına yardım varlığı istatiksel olarak daha düşüktü (p=0,041).

Bebeğin beslenme şekli açısından iki grup kıyaslandığına, PPD'si olan annelerin bebeklerinin %42,9'u (n=6) sadece anne sütü ile %42,9'u (n=6) anne sütü ve mama ile % 14,3'ü (n=2) sadece mama ile beslenmekteydi. PPD'si olmayan annelerin bebeklerinin %49,5'i (n=95) sadece anne sütü ile %48,4'ü (n=93) anne sütü ve mama ile %2,1'i (n=4) sadece mama ile beslenmekteydi. PPD olan grupta sadece mama ile beslenme istatiksel olarak daha fazlaydı (p=0,032). PPD olan grubun bebek bakımına yardım varlığı %42,9 oranda (n=6) olup, istatiksel olarak PPD olmayan gruba göre daha düşüktü (p=0,041).

PPD olan ve olmayan gruplar arasında bebek ile ilgili özelliklerin karşılaştırılması tablo 4.5'te gösterilmiştir.

Tablo-4.5: Postpartum depresyonu olan ve olmayan gruplar arasında bebek ile ilgili özelliklerinin karşılaştırılması

	PPD olan grup (n=14)	PPD olmayan grup (n=192)	*p*
Doğum haftası ort ± SD gr [a]	38,14±1,61	38,64±1,54	0,242
Doğum ağırlığı ort ± SD gr [a]	3302,14 ±789,80	3224,30±478,40	0,721
Başçevresi ort ± SD cm [a]	34,50±2,01	34,83±1,60	0,455
Bebek cinsiyeti n(%)[c]			1
Kız	6(42,9)	80(41,7)	
Erkek	8(57,1)	112(58,3)	
Bebekte doğum komplikasyonu n(%)[c]			0,191
Var	2(14,3)	10(5,2)	
Yok	12(85,7)	182(94,8)	
Bebeğin beslenmesi n(%)[b]			**0,032**
Sadece anne sütü	6(42,9)	95(49,5)	
Anne sütü ve mama	6(42,9)	93(48,4)	
Sadece mama	2(14,3)	4(2,1)	
Bebekte gaz sancısı/kolik öyküsü n(%)[c]			0,755
Var	4(35,7)	48(25)	
Yok	10(64,3)	144(75)	
Bebek bakımına yardım varlığı n(%)[c]			**0,041**
Var	6(42,9)	135(70,3)	
Yok	8(57,1)	57(29,7)	

[a] = *t* test
[b] = $\chi 2$ Test
[c] = Fisher Exact Test
SD=Standart Deviasyon

PPD olan ve olmayan gruplar arasında EPDÖ, MSPSS, MBÖ ve BAÖ puanları karşılaştırıldığında; PPD olan grubun EPDÖ toplam puanı ortalaması 18,0±5,17 iken, PPD'si olmayan grupta EPDÖ toplam puan ortalaması 6,32±4,51 idi. PPD olan grubun EPDÖ toplam puan ortalamaları, PPD'si olmayan gruba göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,001$).

PPD olan grubun MSPSS puanlarının ortalaması 53,35±28,87 iken PPD'si olmayan grubun MSPSS puanlarının ortalaması 71,80±13,92 idi. PPD'si olan grubun MSPSS puanları istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha düşüktü ($p<0,001/F=18,924$).

Maternal bağlanmayı değerlendiren MBÖ açısından gruplar kıyaslandığında; PPD olan grupta MBÖ puanlarının ortalaması 94,07 ±11,81 iken, PPD olmayan grubun MBÖ puanlarının ortalaması 99,77±9,31 idi. İstatiksel olarak anlamlı düzeyde PPD olan grubun MBÖ puanlarının ortalaması daha düşüktü (p=0,001).

Her iki grup BAÖ toplam puanları açsından kıyaslandığında; PPD olan grubun BAÖ ortalaması 23,50 ±16,50 iken, PPD olmayan grubun BAÖ ortalaması 7,90±7,47 idi. PPD olan grubun BAÖ ortalaması istatiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı ölçüde daha yüksekti (p<0,001/F=45,539).

PPD olan ve olmayan gruplar arasında doğum sonrası depresyon, çok boyutlu algılanan sosyal destek, maternal bağlanma ve anksiyete ölçek puanlarının karşılaştırılması tablo 4.6'da gösterilmiştir.

Tablo-4.6: Postpartum depresyonu olan ve olmayan gruplar arasında doğum sonrası depresyon, algılanan sosyal destek, maternal bağlanma ve anksiyete ölçek puanlarının karşılaştırılması

	PPD olan grup (n=14) (ort.±S.D.)	PPD olmayan grup (n=192) (ort.±S.D.)	*p*
EPDÖ [b]	18,0 ± 5,17	6,32±4,51	<**0,001**
MSPSS[a]	53,35±28,87	71,80±13,92	<**0,001/(F=18,924)**
MBÖ[b]	94,07 ±11,81	99,77±9,31	**0,031**
BAÖ[a]	23,50 ±16,50	7,90±7,47	<**0,001/(F=45,539)**

SD=Standart Deviasyon
[a] = Mann Whitney U test
b= *t* test

EPDÖ: Edinburgh postpartum depresyon ölçeği
MSPSS: Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği
MBÖ: Maternal Bağlanma Ölçeği
BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

PPD olan grup kendi içerisinde komorbid psikiyatrik bozukluklar açısından değerlendirildiğinde; %57,1'inin (n=8) ek bir psikiyatrik bozukluğunun olduğu saptandı. PPD'nin en sık YAB ile birlikte olduğu %57,1'inin (n=8), ikinci sıklıkla OKB ile birlikte olduğu %21,4 (n=3) saptandı. Bunun dışında PB ile %7,1 oranda

(n=1) birlikte olduğu, TYB ile % 7,1 oranda (n=1) birlikte olduğu, KB ile de % 7,1 oranda (n=1) birlikte olduğu da tespit edildi.

PPD olan grubun kendi içerisinde; gebelikte başlayan depresyon, primiparite, geçmiş PPD öyküsü, gebelik dışı depresyon öyküsü ve PPD ile komorbid psikiyatrik bozukluklarının ardışık vakalar halinde genel karşılaştırılması tablo 4.7'de gösterilmiştir.

Tablo-4.7: Postpartum depresyonu olan ardışık vakaların kendi içerisinde primiparite, gebelik başlangıçlı depresyon, geçmiş PPD öyküsü ve şimdiki komorbid psikiyatrik bozukluk durumları açısından karşılaştırılması

Vaka no	Depresyon gebelikte başlangıç	Primiparite	Geçmiş PPD öyküsü	Gebelik dışı depresif bozukluk öyküsü	PPD ile komorbid psikiyatrik bozukluk
Vaka 6	+	-	-	+	-
Vaka 20	+	-	+	+	YAB,OKB,TYB
Vaka 23	+	-	-	-	-
Vaka 29	+	+	-	-	YAB
Vaka 36	+	-	+	-	YAB,OKB
Vaka 41	+	+	-	+	YAB,OKB
Vaka 49	-	+	-	-	YAB
Vaka 67	-	-	-	+	YAB
Vaka 78	+	-	-	-	-
Vaka 99	-	+	-	-	-
Vaka 103	-	-	+	-	-
Vaka 162	-	+	-	-	-
Vaka 163	-	-	-	-	YAB
Vaka 173	+	-	+	+	YAB,PB,KB

YAB: Yaygın anksiyete bozukluğu
OKB: Obsesif kompulsif bozukluk
PB: Panik bozukluk
TYB: Tıkınırcasına yeme bozukluğu
KB: Konversiyon bozukluğu

5.TARTIŞMA

Bu çalışmada kadınlarda depresyon açısından riskli kabul edilen doğum sonrası dönemde hem depresyon yaygınlığını saptamayı, hem de ilişkili olabilecek faktörleri belirleyerek risk taşıyan grupları ortaya koymayı hedefledik. Çalışmamızın ana bulgusu olarak, doğum sonrası ilk 6 hafta içerisindeki kadınlardan 206 katılımcı arasında PPD yaygınlığı %6,8 olarak bulduk.

Yurtdışında gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde klinik görüşme yöntemleri kullanılarak PPD yaygınlığını araştıran çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Kanada'da doğum sonrası ilk 1 yıl içinde 1452 katılımcının alındığı bir çalışmada PPD oranı %8,4 olarak saptanmıştır (174). Fransa'da doğum sonrası 6-8 haftalarda olan 264 katılımcının bulunduğu araştırmada depresyon oranı %16,7 oranında bulunmuştur (175). Finlandiya'da 511 422 katılımcının alındığı geniş ölçekli bir araştırmada, doğum sonrası 0-6 haftalar arasındaki depresyon oranları %0,1 olarak bulunmuştur (147). Portekiz'de doğum sonrası 0-3 aylarda 244 anne üzerinde yapılan bir çalışmada depresyon oranı %8,6 olarak saptanmıştır (176). Portekiz'den bildirilen bir başka çalışma'da doğum sonrası 3. ayda 386 annenin %11,7'sinde PPD tespit edilmiştir (177). ABD'de doğum sonrası 0-1 aylar arasında taranan 506 kadında %8,9 oranda (178), doğum sonrası ilk 1 yılda taranan 192 kadında %37 oranda (179), doğum sonrası 3-5 aylar arasında taranan 505 kadında %14,9 oranda depresyon olduğu saptanmıştır (180). Japonya'dan bildirilen PPD yaygınlığı ile ilgili çalışmalarda; doğum sonrası 0-3 aylarda taranan 280 kadında %5 oranda (181), doğum sonrası 1 ayda taranan 76 kadında %21 oranda depresyon olduğu saptanmıştır (182). Hindistan'da doğum sonrası 2-10 haftalarda 137 kadının tarandığı bir çalışmada depresyon oranı %26,3 olarak bulunmuştur (183). Avustralya'da doğum sonrası 4 haftada 127 kadının tarandığı bir çalışmada depresyon %62 oranında bulunmuştur (184). Almanya'da 9-12 haftalarda 772 kadının tarandığı çalışmada depresyon oranı %3,6 olarak saptanmıştır (185). Tayland'da doğum sonrası 6-8 haftalarda 400 kadının tarandığı bir çalışmada da depresyon oranı %1 olarak tespit edilmiştir (186). Bu çalışmaların her ne kadar klinik görüşmelere dayalı yapılmış olsa da oranlardaki farklılıkların nedenleri şu şekilde açıklanabilir; 1- PPD yaygınlığının tespit etmek amacıyla kullanılan tanı araçlarında ve araştırma metotlarındaki farklılıklar dikkat çekicidir. 2- Katılımcıların doğum sonrası

dönemdeki farklı zaman dilimlerinde araştırmalara dâhil edilmesi önemli farklılıklardan biridir. 3- farklı merkezler, farklı kültürler ve farklı risk gruplarını içeren heterojen grupların bulunması da farklılıklar oluşturarak, çalışmaların karşılaştırılmasını zorlaştırmaktadır.

Ülkemizde standardize edilmiş klinik görüşmelere dayalı çalışmalar az sayıda olup, bu çalışmalarda PPD yaygınlığı için oranlar %6,3 ile %26,1 arasında değişmektedir. Bu çalışmaları incelediğimizde sonuçlar şu şekildedir; Erzurum'da EPDÖ' nün Türkçe formunun doğrulanması amacıyla yürütülen bir çalışmada, doğum sonrası ilk 1 yıl içinde olan 341 kadın taranarak PPD oranı SCID-I'e göre %14,4 olarak bulunmuştur (123). Konya'da doğum sonrası 6 haftadaki 302 kadının tarandığı çalışmada PPD oranı %6,3 olarak saptanmıştır (104). Genel popülasyonda yapılan bir tez çalışmasında PPD oranı %26,1 (124), prematüre bebeklere sahip annelerin olduğu özel bir popülasyonda yapılan bir tez çalışmasında PPD oranı %20,8 olarak bulunmuştur (125). Biz çalışmamızda SCID-I ile %6,8 oranında PPD saptadık. Bu oran, daha önce ülkemizde yapılmış SCID-I temelli çalışmalardaki rakamlar ile uyumludur.

Öte yandan literatürler incelendiğinde PPD yaygınlığını araştıran çalışmaların çoğunluğunda klinik görüşme yöntemlerinden ziyade kendini değerlendirme ölçeklerinin kullanıldığı görülmektedir. Yakın zamanlı bir gözden geçirme çalışmasında kendini değerlendirme ölçeklerinin kullanıldığı araştırmalara göre, yapılandırılmış klinik görüşme metotları kullanıldığında PPD yaygınlığındaki oranların düştüğü bildirilmiştir (98). Bunun sebebi; minör depresif bozuklular ve doğum sorması sık görülen annelik hüznü gibi klinik durumların, kendini değerlendirme ölçeklerinde ayırt edilemeyişi olabilir.

Bizim çalışmamızda, tüm grubun SCID-I'e göre %21,4'ünde herhangi bir anksiyete bozukluğunun bulunduğunu tespit ettik. Anksiyete bozukluğu için bu tanılar tek tek incelendiğinde; tüm grubun %16 orandaki büyük çoğunluğunda yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), %6,3'ünde obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) ve %1,5'inde panik bozukluk (PB) mevcuttu.

Ülkemizdeki bir çalışmada YAB'nin yaygınlığı ayaktan hastalarda %10,3 oranda saptanmıştır (187). Gebelik döneminde YAB yaygınlığı %0,4 ile %10,5 arasında saptanmıştır (181, 188-190). Çeşitli çalışmalar MDB olan hastalarda anksiyete belirtilerinin sık görüldüğünü göstermiştir (191, 192). Anksiyete belirtilerinin varlığı daha şiddetli ve kronik seyir ile ilişkilendirilmiştir (193). Biz çalışmamızda YAB oranını %16 olarak saptadık. Bu oran literatürde belirtilenlerden daha yüksekti. Bunun nedeni depresyon ve anksiyete bozukluklarının iç içe geçen belirtilerinin fazlalığı olabilir.

Güncel bir meta-analize göre, genel kadın nüfusu ile karşılaştırıldığında gebe kadınlarda, OKB açısından 1.45 kat daha fazla risk olduğu belirtilmektedir (194). Yapılandırılmış klinik görüşme teknikleri kullanılarak değerlendirilen gebelerde, YAB ve OKB'nin genel popülasyona göre peripartum dönemde daha yaygın olduğu bulunmuştur (195). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, 3. trimester içindeki gebelerin %3,5'inde OKB olduğu ve bu hastaların büyük kısmının belirtilerinin gebelik döneminden önce başlayarak, gebelikte de devam ettiği bulunmuştur (188). Çalışmamızda tüm grubun %6,3'ünde OKB tanısı mevcuttu. Bu vakaların tamamında OKB gebelik döneminden önce başlamıştı ve gebelik sürecinde de devam etmekteydi. Panik bozukluk, kadınlarda erkeklere göre 2 kat daha fazla görülür ve başlangıç zamanı ortalama 20'li yaşlarda olup kadınların doğurganlık çağı ile çakışmaktadır (196). Kadınlarda peripartum dönemdeki PB prevalansının %1,4 oranda olduğu tespit edilmiştir (197). Çalışmamızdaki %1,5 olan PB oranları literatür ile uyumludur.

Yeme bozukluklarının peripartum dönemdeki prognozu ile ilgili yapılan çalışmalar az sayıdadır ve farklı sonuçlar mevcuttur. Bazı çalışmalar yeme bozukluklarının peripartum dönemde kötüleştiğini, bazı çalışmalar ise annenin patolojik davranışları bıraktığını göstermiştir (198, 199). Çalışmamızda YB oranını %1 tespit ettik. Ancak çalışmamız kesitsel olması nedeniyle, gebelik ve postpartum seyri konusunda kısıtlı veriler sunmaktadır.

Çalışmamızın örneklemini oluşturan katılımcılar, şimdiki dönem için PPD tanısı alıp almamalarına göre, PPD olan ve olmayan olarak iki gruba ayrılmıştır. İki grup arasında karşılaştırmalar yapılarak, PPD açısından risk faktörleri belirlenmeye

çalışılmıştır. PPD ile sosyo-demografik özellikler arasındaki ilişki ele alındığında; literatürde çelişkili sonuçlar mevcuttur (98). Örneğin genç anne yaşının; PPD riskini arttırdığı (200, 201), azalttığı (202) veya ilişkisiz olduğunu (203) belirten çalışmalar vardır. Düşük eğitim düzeyi, düşük ekonomik durum seviyesi gibi sosyo-demografik özelliklerin PPD ile olan ilişkisinde de farklı sonuçlar elde edilmiştir (107, 115, 204, 205). Bizim çalışmamızda yaş, yerleşim yeri, eğitim durumu, çalışma durumu, aile tipi, eşin eğitimi ve eşin çalışma durumu arasında anlamlı ilişki yoktu. İki grup arasında sosyo-demografik özellikler bakımından sadece sosyoekonomik durum düzeylerinde anlamlı düzeyde fark saptadık. PPD olan grupta sosyoekonomik durum daha düşüktü. Bu sonuç önceki çalışmalarla uyumlu olup, sosyoekonomik düzeydeki düşüklük PPD oluşumu risk faktörlerinden biri olarak kabul edilmektedir (206-208).

Sosyal destek yetersizliği, PPD riskini artıran önemli etkenlerden biri olarak kabul edilmektedir (209-213). Çalışmamızın sonuçlarında algılanan sosyal destek toplam puanları ile PPD arasında negatif bir ilişki ortaya çıkmıştır. Bu çalışmada, öncekilerle uyumlu olarak, algılanan sosyal destekteki azlığının PPD ile anlamlı olarak ilişkili olduğunu saptadık.

PPD gelişimi için yüksek risk faktörlerinden biri doğum öncesi depresyon ve/veya gebelik öncesinde depresyondur (144, 214). PPD ile ilişkili faktörleri araştıran meta-analizler incelendiğinde, gebelik dönemindeki depresyonun PPD ile orta veya güçlü derecede ilişkili olduğu bulunmuştur (143, 144, 215). Bununla ilgili olarak DSM-5, doğum sonrasında olan depresyon dönemlerinin %50'sinin gerçekte doğum öncesi başladığını belirterek, bu dönemleri topluca 'peripartum dönem' olarak nitelendirmektedir (10). Ancak DSM-5, depresif belirtilerin doğum sonrası 4 hafta haricinde gelişebildiğini dikkate almamaktadır ve prenatal ya da postnatal başlangıç ayırımını yapmamaktadır (7). Yakın zamanda kendi kliniğimizde yürütülen bir tez çalışmasında, PPD'si bulunan grubun %56'sında gebelik sürecinde de depresyon olduğu tespit edilmiştir (125). Bu veriler ile uyumlu olarak bizim çalışmamızda da PPD olan grubun %57,1'inde gebelik sürecinde depresyon mevcuttu. Bu veriler, DSM-5'te belirtilen peripartum depresyon oranları ile de uyumludur.

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yapılan birçok araştırmada, geçmiş PPD öyküsün, ileride tekrar PPD yaşanması açısından önemli risk faktörü olarak

kabul edilmiştir. PPD geçirmiş olan kadınların PPD geçirmemiş olanlara göre, sonraki 5 yıl içerisinde yeni bir depresyon atağı geçirme riskinin 2 kat daha fazla olduğunu belirten yayınlar mevcuttur (216). Geçirilmiş PPD öyküsünün, gelecekte tekrar PPD geçirme riskini de %50 oranda artırdığı belirtilmektedir (144). Çalışmamızın bulgularında; PPD olan grubun %28,6'sında geçmiş PPD öyküsü mevcuttu. Üstelik PPD grubunun %35,7'sini primipar olan kadınlar oluşturmaktaydı. İleride, sadece multipar kadınların tarandığı daha homojen bir örneklem içerisinde araştırıldığı çalışmaların yapılması şimdiki PPD ile geçmiş PPD öyküsü arasındaki ilişkiyi daha iyi aydınlatacaktır. Heterojen bir grup olmasına rağmen çalışmamızda, şimdiki PPD grubundaki geçmiş PPD öyküsü istatiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti.

Peripartum dönem dışındaki depresyon öyküsü de PPD açısından risk faktörü olarak kabul edilmektedir (64). Çalışmamızda PPD grubunun %35,7'sinin gebelik dışı dönemde depresyon öyküsü bulunmaktaydı ve bu oran istatiksel açıdan anlamlı bulundu. Elde ettiğimiz bu veriler doğrultusunda; hem peripartum hem de postpartum dönemlerdeki depresyonun, PPD gelişimi açısından risk oluşturduğu sonucunu çıkarabiliriz.

Ailede psikiyatrik bozukluk öyküsünün bulunması PPD açısından orta derecede risk faktörüdür ve PPD gelişimindeki biyolojik faktörlerden kabul edilebilir (217). Bizim çalışmamızda beklenin aksine ailesel psikiyatrik bozukluk öyküsü ile PPD arasında anlamlı fark gözlenmedi. Bunun sebebinin psikiyatrik rahatsızlıklara sahip olmanın çeşitli endişelerden dolayı yeterli bildirilmiyor olabileceği düşüncesindeyiz.

Gebelik dönemindeki anksiyete bozukluğunun postpartum anksiyete ve depresyon için öngördürücü olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır (218, 219). Literatürlerde doğum sonrası dönemde depresyon yaşayan annelerin arasında % 20-60'ının da eşlik eden anksiyete yaşadığı belirtilmektedir (128-130). Matthey ve ark. doğum sonrası 6 haftadaki annnelerin % 16,2'sinde saf anksiyete bozukluğu tanısı olduğunu bulmuşlardır (220). Almanya'da yapılan bir çalışmada doğum sonrası anksiyete bozukluklarının görülme yaygınlığı % 11,1 olarak bulunmuştur (129). Aynı çalışmada anksiyete bozukluğu olan katılımcıların % 18,4'ünün aynı zamanda

bir depresif bozukluğunun olduğu ve depresyonu olan katılımcıların % 33,9'unun bir anksiyete bozukluğunun olduğu bulunmuştur. PPD ve anksiyete arasındaki anlamlı birlikteliğe rağmen, eş tanı yaygınlığını belirlemek amacıyla az sayıda çalışma yapılmıştır (132). Öte yandan gebelik ve lohusalık dönemlerindeki fizyolojik süreçlerde yaşanılan durumların çoğu anksiyete bulgularına benzeyebilir, bu sebeple bu durum gebelik ve lohusalık döneminde anksiyete bozukluğu tanısının atlanmasına neden olabilir. Bizim çalışmamızda, PPD yaygınlığı ile birlikte eşlik eden anksiyete bozukluğu ve diğer psikiyatrik bozukluklarının varlığının araştırılarak oranların tespit edilmesi çalışmamızın önemli bulgularıdır. Çalışmamızda PPD olan grupta, YAB, OKB, PB, TYB ve KB birlikteliği anlamlı düzeydeydi. PPD ile en fazla birliktelik gösteren komorbid psikiyatrik bozukluk YAB, ikinci sıklıkla komorbidite gösteren psikiyatrik bozukluk OKB idi. Bu sonuçlar doğrulusunda, bu bozukluklara sahip olanların PPD açısından da artmış riske sahip olduğunu düşünebiliriz.

Planlanmamış gebelikler kadınların yaşamında; kariyer, eğitim veya farklı alanlarda aksamalara sebep olabilir. Bu aksaklıklar anne için daha fazla stres, hayal kırıklığı ve karşıt duygular oluşturabilir. Böylece gebelik sürecinde veya doğum sonrasında daha fazla depresif belirti yaşanmasına yol açabilmektedir (143, 221). Birçok çalışmada, planlanmamış gebeliklerin PPD için risk faktörü olduğu bulunmuştur (175, 205). Ancak çalışmamızda öngörülenin aksine planlanmamış gebelik ile PPD arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bunun sebebi araştırmanın yapıldığı grubun kültürel inanışları ile ilgili olabilir.

Gebelikteki sağlık problemlerinin de PPD için tetikleyici olabileceğini belirten çalışmalar vardır (94). Biz bu çalışmada sadece düşük tehlikesi, aşırı bulantı-kusma, tansiyon yüksekliği, preklampsi, tiroid bezi bozuklukları ve gestasyonel diyabet gibi tıbbi hastalıkları sorguladık. Çalışmamızın sonuçlarında gebelikte yaşanan sağlık problemleri ile PPD arasında ilişki saptamadık. Bunun nedeni sadece belirli rahatsızlıkları sorgulamamız ve bunların kontrol altına alınmış olması olabilir. Daha geniş alanlarda ve daha ağır derecedeki sağlık durumlarının bulunması bu alanla ilgili daha farklı sonuçlar verebilir.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada gebelik dönemindeki aşırı bulantı-kusmaların, gebelikte yaşanan depresyon ve anksiyete ile ilişkili bulunmuştur (222).

Hiperemezis gravidarumu olan gebelerle ilgili yapılan bir çalışmada da depresyon ve anksiyete oranları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (223). Bu verilerle uyumlu olarak çalışmamızda, PPD olanların gebeliklerindeki aşırı bulantı-kusma öyküsü anlamlı düzeyde yüksekti.

Doğum şekli ile PPD ilişkisini inceleyen birçok araştırma bulunmaktadır. Konu ile ilgili yayınların bazıları sezaryen doğumun PPD ile ilişkili olduğunu belirtirken (148), bazıları ise ilişkisiz olduğunu belirtmişlerdir (224). Ülkemizde yapılan bir çalışmada da doğum şeklinin PPD üzerine etkisinin olmadığı tespit edilmiştir (149). Bizim çalışmamızda da doğum şekli ile PPD arasında bir ilişki saptamadık. Postpartum fiziksel komplikasyonların da PPD açısından risk oluşturduğu belirtilmektedir (175). Çalışmamızda doğum sonrası anne ve bebekte yaşanan komplikasyonlar açısından artmış risk saptanmadı.

Peripartum psikiyatrik bozuklukların bebek üzerine etkisi önemli bir çalışma konusudur. Gebelik sürecinde anksiyete ve depresif bozukluğu olan annelerin bebeklerinde daha düşük doğum ağırlığı ve erken doğum bazı çalışmalarda saptanmıştır (161, 225). Çalışmamızda; PPD olan annelerin bebeklerinde doğum haftası, doğum ağırlığı ve doğum baş çevresi bakımından farklılık saptamadık.

Emzirmenin, bebek ve anne sağlığı açısından sayısız yararları vardır. DSÖ, bebeklerin optimum büyüme, gelişme ve sağlıklı yaşama ulaşması için yaşamlarının ilk altı ayında sadece anne sütü ile beslenmesini önermektedir (226). Ancak, annenin bebeğine sağlıklı bakım verebilmesi ve uzun dönem emzirebilmesi için öncelikle kendisinin beden ve ruh sağlığı yerinde olmalıdır (156). Emzirme ile PPD arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalarda; emzirmedeki güçlüklerin, emzirmeye karşı ilgisiz tutumların ve emzirmeyi erken kesmenin, PPD'si ve daha fazla depresif belirtisi bulunanlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır (227, 228). Emzirme ile PPD'nin ilişkisiz olduğunu belirten yayınlar da mevcuttur (229). Ülkemizde yürütülen bir araştırmada postpartum ilk 48 saat ile 6. haftalar arasındaki depresif belirtiler ile emzirme süresi arasında ilişki bulunmadığı bildirilmiştir (105). Bizim çalışmamızda PPD ile beslenme şekli arasında değerlendirme yaptık. PPD olan grupta sadece mama ile beslenme oranlarının anlamlı düzeyde daha yüksek bulduk. Burum PPD'nin bir sonucu olabileceği gibi, annede oluşan yetersizlik duygularıyla birlikte

depresif belirtiler gelişmesine de sebep olabilir. Çalışmamız doğum sonrası ilk 6 haftayı kapsadığı için emzirmenin süresi ile ilgili bir değerlendirme yapılamamıştır. Bu alanda, çalışmamızda kısıtlılık oluşmuş olup, daha ileri süreçleri kapsayan izlem çalışmalarının yapılması yararlı olacaktır.

Maternal psikiyatrik bozuklukların bebek sağlığı üzerindeki etkileri önemli bir araştırma konusu olup, bu alanda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Gebelik döneminde depresyon ve anksiyete bozukluğu bulunan annelerde yapılan araştırmalarda, bu annelerin yeni doğan bebeklerinde doğum haftaları ve doğum ağırlıkları daha düşük bulunmuştur (161, 225). Bizim çalışmamızda PPD olan ve olmayan gruplar arasında; doğum haftası, doğum ağırlığı ve doğum baş çevresi açısından fark tespit edilmedi.

Katılımcılara uyguladığımız kendini değerlendirme ölçeklerinin toplam puanları ile PPD'nin ilişkisi beklediğimiz gibi oldu. PPD ile EDSDÖ ve BAÖ toplam skorları arasında pozitif bir ilişki, MSPSS ile MBÖ toplam skorları arasında da negatif bir ilişki saptadık. PPD olan kadınlarda depresyon ve anksiyete düzeylerinin daha yüksek olması, algılanan sosyal destek ve maternal bağlanma düzeylerinin daha düşük olması beklenen bir sonuçtu. Bu sonuçlar istatiksel açıdan da anlamlı düzeyde idi.

Çalışmamızda bazı kısıtlılıklar bulunmaktadır. Bu kısıtlılıklar içerisinde; çalışmaya katılan annelerin doğum sonrası ilk 6 haftada farklı günlerde değerlendirmeye alınması, katılımcıların farklı özellikler taşımasından dolayı örneklemimizin kısmen de olsa heterojen yapıya sahip olması ve araştırmanın üçüncü basamak üniversite hastanesinde yürütülmesinden dolayı genellenememesi sayılabilir. Ayrıca kesitsel nitelikte bir çalışma olması nedeniyle, psikiyatrik bozuklukların anne ve bebek sağlılığı üzerine uzun dönemdeki etkilerinin incelenmesi bakımından kısıtlı bilgiler vermektedir. Bu etkileri incelemek için uzunlamasına olan ve ileriye dönük izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Bu kısıtlıklara rağmen, SCID-I temelli klinik görüşme tekniği kullanılarak yapılan çalışmamızın tanısal açısından güvenirliliği, sadece kendini değerlendirme ölçeklerini temel alan çalışmalara göre daha yüksektir. Doğum sonrası dönemde depresyona ek olarak anksiyete bozuklukları ve diğer psikiyatrik bozuklukların

birlikteliği ve arasındaki ilişkiyi gösteriyor olması da çalışmamızın diğer önemli özelliğidir.

6.SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışmada doğum sonrası depresyon yaygınlığını önceki literatürler ile uyumlu düzeyde saptadık. Ayrıca doğum sonrası dönemde depresyonu olan kadınların yarıdan fazlasının depresyonunun gebelik döneminde başladığını tespit ettik. Bununla birlikte, PPD'si bulunan annelerin yarıdan fazlasında bir anksiyete bozukluğu komorbiditesinin de bulunduğunu belirledik.

Sonuçlar incelendiğinde çalışmamızda, düşük sosyoekonomik düzeyin, gebelik sırasındaki depresyonun, geçmiş PPD öyküsünün, peripartum dönem dışında geçirilmiş depresyon öyküsünün, gebelikteki sosyal desteğin, gebelikteki aşırı bulantı- kusmanın, bebek bakımına yardım varlığının ve komorbid psikiyatrik bozuklukların PPD ilişkisinin olduğunu tespit ettik. Ayrıca PPD'si olanların bebeklerinde mama ile beslenme oranlarının fazla olduğu, bebeğe maternal bağlanmanın da düşük olduğu sonuçlarını bulduk.

PPD, anneler dışında tüm aileyi etkileyebilen bir sağlık sorunu olup, sağlık sistemi üzerinde de önemli bir yük teşkil etmektedir. Bu nedenle PPD riski taşıyan kadınların belirlenmesi, gereksinime göre uygun yönlendirmelerin yapılması ve depresif belirtilerin tedavisi ile ciddi tabloların oluşmasının önlenebileceği görüşündeyiz.

Sonuç olarak; doğum sonrası depresyon yaygınlığı ve bazı risk faktörlerini göstermiş olduk. Gelecek çalışmalarda bu sonuçlar daha geniş örneklemli, ileriye dönük, takipli veya vaka kontrollü karşılaştırmalı araştırmalarla incelenmelidir. Risk öngörülen gruplarda, doğum sonrası depresyonu önlemeye yönelik psikoteröpatik müdahaleler geliştirilmelidir.

7. KAYNAKLAR

1. Greenberg PE, Kessler RC, Birnbaum HG, et al. The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000? Journal of clinical psychiatry 2003;64:1465-75.
2. Üstün T, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ. Global burden of depressive disorders in the year 2000. The British journal of psychiatry 2004;184:386-92.
3. Organization WH. The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope: World Health Organization; 2001.
4. Stewart D. Depression during pregnancy. Canadian Family Physician 2005;51:1061.
5. Muzik M, Marcus SM, Heringhausen JE, Flynn H. When depression complicates childbearing: guidelines for screening and treatment during antenatal and postpartum obstetric care. Obstetrics and gynecology clinics of North America 2009;36:771-88.
6. Obstetricians ACo, Gynecologists. Screening for perinatal depression. Committee opinion no. 630. Obstet Gynecol 2015;125:1268-71.
7. Brummelte S, Galea LA. Postpartum depression: etiology, treatment and consequences for maternal care. Hormones and behavior 2016;77:153-66.
8. Muzik M, Borovska S. Perinatal depression: implications for child mental health. Ment Health Fam Med 2010;7:239-47.
9. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları: Nobel Tıp Kitapları; 2015.
10. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013.
11. Birliği AP. Psikiyatride hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması el kitabı, yeniden gözden geçirilmiş dördüncü baskı (DSM-IV-TR). Köroğlu E (çeviri ed) Ankara, Hekimler Yayın Birliği 2001.
12. Organization WH. ICD-10: International statistical classification of diseases and health-related problems. Tenth Revision Volume 1992;2.
13. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları: Nobel Tıp Kitapları; 2011.
14. Köroğlu E, Güleç C, Şenol S. Psikiyatri Temel Kitabı. Đkinci baskı Hekimler Yayın Birliği Ankara 2007:184-205.
15. Lieberman J. History of the use of antidepressants in primary care. J Clin Psychiatry 2003;5:6-10.
16. Andreasen C, Black D. Introductory textbook of psychiatry. Arlington: American Psychiatric Association. Inc; 2006.
17. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 11th Edition ed. Philadelphia, United States: Lippincott Williams and Wilkins; 2015.
18. Brown A, Gershon S. Dopamine and depression. Journal of Neural Transmission/General Section JNT 1993;91:75-109.
19. Işık E, Işık U, Taner Işık Y. Çocuk, ergen, erişkin ve yaşlılarda DEPRESİF ve BİPOLAR BOZUKLUKLAR. Ankara: Ziraat Gurup Matbaacılık; 2013.
20. Altshuler L, Suppes T, Black D, et al. Impact of antidepressant discontinuation after acute bipolar depression remission on rates of depressive relapse at 1-year follow-up. Am J Psychiatry 2003;160:1252-62.
21. Bielen J, Melada A, Markelic I. Depression and circadian typology. Psychiatr Danub 2015;27:190-2.
22. Parry BL. Rhythms and Blues. Journal of Women's Health 2016.
23. Roberts RE, Shema SJ, Kaplan GA, Strawbridge WJ. Sleep complaints and depression in an aging cohort: a prospective perspective. American Journal of Psychiatry 2000;157:81-8.
24. Monteleone P, Martiadis V, Maj M. Circadian rhythms and treatment implications in depression. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry 2011;35:1569-74.
25. Sözeri-Varma G. Major Depresif Bozuklukta Nöroinflamatuvar Hipotez. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2014;6.
26. Tuğlu C, Kara S. Depresyon, sitokinler ve bağışıklık sistemi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2003;13:142-50.

27. Janssen DG, Caniato RN, Verster JC, Baune BT. A psychoneuroimmunological review on cytokines involved in antidepressant treatment response. Human Psychopharmacology: clinical and experimental 2010;25:201-15.
28. Saveanu RV, Nemeroff CB. Etiology of depression: genetic and environmental factors. Psychiatric Clinics of North America 2012;35:51-71.
29. Hannestad J, DellaGioia N, Bloch M. The effect of antidepressant medication treatment on serum levels of inflammatory cytokines: a meta-analysis. Neuropsychopharmacology 2011;36:2452-9.
30. Gonul AS, Coburn K, Kula M. Cerebral blood flow, metabolic, receptor, and transporter changes in bipolar disorder: the role of PET and SPECT studies. International Review of Psychiatry 2009;21:323-35.
31. Drevets WC. Orbitofrontal cortex function and structure in depression. Annals of the New York Academy of Sciences 2007;1121:499-527.
32. Hamilton JP, Etkin A, Furman DJ, Lemus MG, Johnson RF, Gotlib IH. Functional neuroimaging of major depressive disorder: a meta-analysis and new integration of baseline activation and neural response data. American Journal of Psychiatry 2012.
33. Drevets WC, Price JL, Furey ML. Brain structural and functional abnormalities in mood disorders: implications for neurocircuitry models of depression. Brain structure and function 2008;213:93-118.
34. Gotlib IH, Hamilton JP. Neuroimaging and Depression Current Status and Unresolved Issues. Current Directions in Psychological Science 2008;17:159-63.
35. Drevets M, Wayne C. Functional neuroimaging studies of depression: the anatomy of melancholia. Annual review of medicine 1998;49:341-61.
36. Sheline YI, Gado MH, Kraemer HC. Untreated depression and hippocampal volume loss. American Journal of Psychiatry 2003.
37. Lampe IK, Pol HEH, Janssen J, Schnack HG, Kahn RS, Heeren TJ. Association of depression duration with reduction of global cerebral gray matter volume in female patients with recurrent major depressive disorder. American Journal of Psychiatry 2003.
38. Taylor WD, MacFALL JR, Payne ME, et al. Orbitofrontal cortex volume in late life depression: influence of hyperintense lesions and genetic polymorphisms. Psychological Medicine 2007;37:1763-73.
39. Fava M, Kendler KS. Major depressive disorder. Neuron 2000;28:335-41.
40. Kupfer DJ, Frank E, Phillips ML. Major depressive disorder: new clinical, neurobiological, and treatment perspectives. The Lancet 2012;379:1045-55.
41. Freud S. Mourning and Melancholia in Strachey, J.(Ed. and Trans), Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Horgath pre 1957.
42. Bibring E. The mechanism of depression. 1953.
43. Beck A, Rush A, Shaw B, Emery G. Cognitive therapy of depression: A treatment manualGuilford Press. New York 1979.
44. Çelik FH, Hocaoğlu Ç. Major Depresif Bozukluk'Tanımı, Etyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. Çağdaş Tıp Dergisi 2016;6:51-66.
45. Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS, Grant BF. Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry 2005;62:1097-106.
46. Özgür Ö, KILIÇ EZ. Differential diagnosis of hyperactivity and bipolar affective disorder in children and adolescents. 2000.
47. Marcus SM, Kerber KB, Rush AJ, et al. Sex differences in depression symptoms in treatment-seeking adults: confirmatory analyses from the Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression study. Comprehensive psychiatry 2008;49:238-46.
48. Brummelte S, Galea LA. Depression during pregnancy and postpartum: contribution of stress and ovarian hormones. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry 2010;34:766-76.
49. Gutiérrez-Lobos K, Scherer M, Anderer P, Katschnig H. The influence of age on the female/male ratio of treated incidence rates in depression. BMC psychiatry 2002;2:1.
50. Hammarström A, Lehti A, Danielsson U, Bengs C, Johansson EE. Gender-related explanatory models of depression: A critical evaluation of medical articles. Public health 2009;123:689-93.
51. Sloan DM, Kornstein SG. Gender differences in depression and response to antidepressant treatment. Psychiatr Clin North Am 2003;26:581-94.
52. Brett M, Baxendale S. Motherhood and memory: a review. Psychoneuroendocrinology 2001;26:339-62.

53. O'hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. Annual review of clinical psychology 2013;9:379-407.
54. O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, Wright EJ. Prospective study of postpartum blues: biologic and psychosocial factors. Archives of general psychiatry 1991;48:801.
55. Workman JL, Barha CK, Galea LA. Endocrine substrates of cognitive and affective changes during pregnancy and postpartum. Behavioral neuroscience 2012;126:54.
56. Bloch M, Daly RC, Rubinow DR. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. Comprehensive psychiatry 2003;44:234-46.
57. Gu H, Hu D, Hong X, et al. [Changes and significance of orphanin and serotonin in patients with postpartum depression]. Zhonghua fu chan ke za zhi 2003;38:727-8.
58. Byrnes EM, Byrnes JJ, Bridges RS. Increased sensitivity of dopamine systems following reproductive experience in rats. Pharmacology Biochemistry and Behavior 2001;68:481-9.
59. Meltzer-Brody S. New insights into perinatal depression: pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum. Dialogues Clin Neurosci 2011;13:89-100.
60. Bloch M, Rubinow DR, Schmidt PJ, Lotsikas A, Chrousos GP, Cizza G. Cortisol response to ovine corticotropin-releasing hormone in a model of pregnancy and parturition in euthymic women with and without a history of postpartum depression. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism 2005;90:695-9.
61. Bloch M, Schmidt PJ, Danaceau M, Murphy J, Nieman L, Rubinow DR. Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. American Journal of Psychiatry 2000;157:924-30.
62. Jolley SN, Elmore S, Barnard KE, Carr DB. Dysregulation of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in postpartum depression. Biological research for nursing 2007;8:210-22.
63. Yim IS, Glynn LM, Schetter CD, Hobel CJ, Chicz-DeMet A, Sandman CA. Risk of postpartum depressive symptoms with elevated corticotropin-releasing hormone in human pregnancy. Archives of general psychiatry 2009;66:162-9.
64. Yim IS, Tanner Stapleton LR, Guardino CM, Hahn-Holbrook J, Dunkel Schetter C. Biological and psychosocial predictors of postpartum depression: systematic review and call for integration. Annu Rev Clin Psychol 2015;11:99-137.
65. Torner L, Neumann ID. The brain prolactin system: involvement in stress response adaptations in lactation. Stress 2002;5:249-57.
66. Stuebe AM, Grewen K, Meltzer-Brody S. Association between maternal mood and oxytocin response to breastfeeding. Journal of women's health 2013;22:352-61.
67. Ingram J, Greenwood R, Woolridge M. Hormonal predictors of postnatal depression at 6 months in breastfeeding women. Journal of reproductive and infant psychology 2003;21:61-8.
68. Skrundz M, Bolten M, Nast I, Hellhammer DH, Meinlschmidt G. Plasma oxytocin concentration during pregnancy is associated with development of postpartum depression. Neuropsychopharmacology 2011;36:1886-93.
69. Kennedy R, Malabu U, Jarrod G, Nigam P, Kannan K, Rane A. Thyroid function and pregnancy: before, during and beyond. Journal of obstetrics and gynaecology 2010;30:774-83.
70. Treloar S, Martin N, Bucholz K, Madden P, Heath A. Genetic influences on post-natal depressive symptoms: findings from an Australian twin sample. Psychological medicine 1999;29:645-54.
71. Yonkers KA, Vigod S, Ross LE. Diagnosis, pathophysiology, and management of mood disorders in pregnant and postpartum women. Obstet Gynecol 2011;117:961-77.
72. Lesch K-P, Mössner R. Genetically driven variation in serotonin uptake: is there a link to affective spectrum, neurodevelopmental, and neurodegenerative disorders? Biological psychiatry 1998;44:179-92.
73. Zhang X, Wang L, Huang F, et al. Gene–environment interaction in postpartum depression: A Chinese clinical study. Journal of affective disorders 2014;165:208-12.
74. Mehta D, Quast C, Fasching PA, et al. The 5-HTTLPR polymorphism modulates the influence on environmental stressors on peripartum depression symptoms. Journal of affective disorders 2012;136:1192-7.
75. Mandelli L, Serretti A. Gene environment interaction studies in depression and suicidal behavior: an update. Neuroscience & Biobehavioral Reviews 2013;37:2375-97.
76. Doornbos B, Dijck-Brouwer DJ, Kema IP, et al. The development of peripartum depressive symptoms is associated with gene polymorphisms of MAOA, 5-HTT and COMT. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry 2009;33:1250-4.
77. e Couto TC, Brancaglion MYM, Alvim-Soares A, et al. Postpartum depression: A systematic review of the genetics involved. World journal of psychiatry 2015;5:103.

78. El-Ibiary SY, Cocohoba JM. Effects of HIV antiretrovirals on the pharmacokinetics of hormonal contraceptives. The European journal of contraception & reproductive health care 2008;13:123-32.
79. Engineer N, Darwin L, Nishigandh D, Ngianga-Bakwin K, Smith SC, Grammatopoulos DK. Association of glucocorticoid and type 1 corticotropin-releasing hormone receptors gene variants and risk for depression during pregnancy and post-partum. Journal of psychiatric research 2013;47:1166-73.
80. Zenclussen AC. Adaptive immune responses during pregnancy. American Journal of Reproductive Immunology 2013;69:291-303.
81. Kronborg CS, Gjedsted J, Vittinghus E, Hansen TK, Allen J, Knudsen UB. Longitudinal measurement of cytokines in pre-eclamptic and normotensive pregnancies. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica 2011;90:791-6.
82. Maes M, Lin A-h, Ombelet W, et al. Immune activation in the early puerperium is related to postpartum anxiety and depressive symptoms. Psychoneuroendocrinology 2000;25:121-37.
83. Raison CL, Capuron L, Miller AH. Cytokines sing the blues: inflammation and the pathogenesis of depression. Trends in immunology 2006;27:24-31.
84. Corwin EJ, Johnston N, Pugh L. Symptoms of postpartum depression associated with elevated levels of interleukin-1 beta during the first month postpartum. Biological Research for Nursing 2008;10:128-33.
85. Groer MW, Davis MW. Cytokines, infections, stress, and dysphoric moods in breastfeeders and formula feeders. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing 2006;35:599-607.
86. Albacar G, Sans T, Martín-Santos R, et al. Thyroid function 48h after delivery as a marker for subsequent postpartum depression. Psychoneuroendocrinology 2010;35:738-42.
87. Scrandis DA, Langenberg P, Tonelli LH, et al. Prepartum depressive symptoms correlate positively with C-reactive protein levels and negatively with tryptophan levels: a preliminary report. International journal of child health and human development: IJCHD 2008;1:167.
88. Martini J, Petzoldt J, Einsle F, Beesdo-Baum K, Hofler M, Wittchen HU. Risk factors and course patterns of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after delivery: a prospective-longitudinal study. J Affect Disord 2015;175:385-95.
89. Di Florio A, Meltzer-Brody S. Is Postpartum Depression a Distinct Disorder? Curr Psychiatry Rep 2015;17:76.
90. Weobong B, ten Asbroek AH, Soremekun S, et al. Association of antenatal depression with adverse consequences for the mother and newborn in rural Ghana: findings from the DON population-based cohort study. PLoS One 2014;9:e116333.
91. O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2014;28:3-12.
92. Josefsson A, Angelsiöö L, Berg G, et al. Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. Obstetrics & Gynecology 2002;99:223-8.
93. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping: Springer publishing company; 1984.
94. Nakku J, Nakasi G, Mirembe F. Postpartum major depression at six weeks in primary health care: prevalence and associated factors. African health sciences 2006;6.
95. Aydin N, Inandi T, Karabulut N. Depression and associated factors among women within their first postnatal year in Erzurum province in eastern Turkey. Women & health 2005;41:1-12.
96. Demirchyan A, Petrosyan D, Armenian HK. Rate and predictors of postpartum depression in a 22-year follow-up of a cohort of earthquake survivors in Armenia. Archives of women's mental health 2014;17:229-37.
97. Escribà-Agüir V, Artazcoz L. Gender differences in postpartum depression: a longitudinal cohort study. Journal of epidemiology and community health 2011;65:320-6.
98. Norhayati MN, Hazlina NH, Asrenee AR, Emilin WM. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. J Affect Disord 2015;175:34-52.
99. Howell EA, Mora PA, Horowitz CR, Leventhal H. Racial and ethnic differences in factors associated with early postpartum depressive symptoms. Obstetrics and Gynecology 2005;105:1442.
100. Hammen C. Interpersonal stress and depression in women. Journal of affective disorders 2003;74:49-57.
101. Hopkins J, Marcus M, Campbell SB. Postpartum depression: a critical review. Psychological Bulletin 1984;95:498.
102. Cooper PJ, Campbell EA, Day A, Kennerley H, Bond A. Non-psychotic psychiatric disorder after childbirth. A prospective study of prevalence, incidence, course and nature. The British Journal of Psychiatry 1988;152:799-806.

103. Campbell SB, Cohn JF. Prevalence and correlates of postpartum depression in first-time mothers. Journal of abnormal psychology 1991;100:594.
104. Akman C, Uguz F, Kaya N. Postpartum-onset major depression is associated with personality disorders. Comprehensive psychiatry 2007;48:343-7.
105. Annagür A, Annagür B, Şahin A, Örs R, Kara F. Is maternal depressive symptomatology effective on success of exclusive breastfeeding during postpartum 6 weeks? Breastfeeding Medicine 2013;8:53-7.
106. Arslantaş H, Ergin F, Balkaya NA. Aydin il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve ilişkili risk etmenleri. 2009.
107. Ayvaz S, Hocaoğlu Ç, Tiryaki A, Ak İ. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. Türk psikiyatri dergisi 2006;17:243-51.
108. Bugdayci R, Sasmaz CT, Tezcan H, Kurt AÖ, Öner S. A cross-sectional prevalence study of depression at various times after delivery in Mersin province in Turkey. Journal of women's health 2004;13:63-8.
109. Çeber T, Pektaş İ, Dikici İ. İzmir ili Bornova ilçesinde doğum yapmış kadınların doğum sonrası depresyon durumları ve bu durumu etkileyen etmenlerin incelenmesi. VIII Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı 2002:23-8.
110. Danaci AE, Dinç G, Deveci A, Şen FS, Içelli I. Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural aspects. Social psychiatry and psychiatric epidemiology 2002;37:125-9.
111. DURAT G, Kutlu Y. Sakarya'da Do¤ um Sonras› Depresyon S› kl›¤› ve‹ liflkili Faktörler.
112. Durukan E, İlhan MN, Bumin MA, Aycan S. Postpartum depression frequency and quality of life among a group of mothers having a child aged 2 weeks-18 months. Balkan Medical Journal 2011;2011.
113. Efe ŞY, Taşkın L, Eroğlu K. Postnatal depression and effecting factors in Turkey. J Turk Ger Gynecol Assoc 2009;10:14-20.
114. Ekuklu G, Tokuc B, Eskiocak M, Berberoglu U, Saltik A. Prevalence of postpartum depression in Edirne, Turkey, and related factors. The Journal of reproductive medicine 2004;49:908-14.
115. Goker A, Yanikkerem E, Demet MM, Dikayak S, Yildirim Y, Koyuncu FM. Postpartum depression: is mode of delivery a risk factor? ISRN obstetrics and gynecology 2012;2012.
116. Inandi T, Elci OC, Ozturk A, Egri M, Polat A, Sahin TK. Risk factors for depression in postnatal first year, in eastern Turkey. International Journal of Epidemiology 2002;31:1201-7.
117. Kirpinar I, Gözüm S, Pasinlioğlu T. Prospective study of postpartum depression in eastern Turkey prevalence, socio-demographic and obstetric correlates, prenatal anxiety and early awareness. Journal of clinical nursing 2010;19:422-31.
118. Nur N, Çetinkaya S, Bakır D, Demirel Y. Prevalence of postnatal depression and risk factors in women in Sivas city. Cumhuriyet Tıp Derg 2004;26:55-9.
119. Ozdemir S, Marakoglu K, Civi S. Risk of postpartum depression and affecting factors in Konya Center. TAF-Preventive Medicine Bulletin 2008;7:391.
120. Sünter AT, Güz H, Canbaz S, Dündar C. SAMSUN İL MERKEZİNDE DOĞUM SONRASI DEPRESYONU PREVALANSI VE RİSK FAKTÖRLERİ.
121. Yağmur Y, Ulukoca N. Social support and postpartum depression in low-socioeconomic level postpartum women in Eastern Turkey. International journal of public health 2010;55:543-9.
122. Alkar ÖY, Gençöz T. Critical factors associated with early postpartum depression among Turkish women. Contemporary Family Therapy 2005;27:263-75.
123. Aydin N, Inandi T, Yigit A, Hodoglugil NNS. Validation of the Turkish version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale among women within their first postpartum year. Social psychiatry and psychiatric epidemiology 2004;39:483-6.
124. Kırkan TS. Gebelik ve doğum sonrası dönemde depresyon yaygınlığı ve ilişkili faktörler: bir izlem çalışması. Erzurum: Atatürk Üniveristesi Tıp Fakültesi; 2014.
125. Uygur ÖF. Prematür Bebeklerin Annelerinde Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı ve İlişkili Faktörler. Konya: Selçuk Üniversitesi; 2015.
126. Patel M, Bailey RK, Jabeen S, Ali S, Barker NC, Osiezagha K. Postpartum depression: a review. J Health Care Poor Underserved 2012;23:534-42.
127. Born L, Zinga D, Steiner M. Challenges in Identifying and Diagnosing Postpartum Disorders. Primary Psychiatry 2004.
128. Miller ES, Hoxha D, Wisner KL, Gossett DR. The impact of perinatal depression on the evolution of anxiety and obsessive-compulsive symptoms. Arch Womens Ment Health 2015;18:457-61.

129. Reck C, Struben K, Backenstrass M, et al. Prevalence, onset and comorbidity of postpartum anxiety and depressive disorders. Acta Psychiatrica Scandinavica 2008;118:459-68.
130. Tavares D, Quevedo L, Jansen K, Souza L, Pinheiro R, Silva R. Prevalence of suicide risk and comorbidities in postpartum women in Pelotas. Rev Bras Psiquiatr 2012;34:270-6.
131. Brockington I, Macdonald E, Wainscott G. Anxiety, obsessions and morbid preoccupations in pregnancy and the puerperium. Archives of women's mental health 2006;9:253-63.
132. Falah-Hassani K, Shiri R, Dennis CL. Prevalence and risk factors for comorbid postpartum depressive symptomatology and anxiety. J Affect Disord 2016;198:142-7.
133. Sit D, Luther J, Buysse D, et al. Suicidal ideation in depressed postpartum women: associations with childhood trauma, sleep disturbance and anxiety. Journal of psychiatric research 2015;66:95-104.
134. Cohen LS, Wang B, Nonacs R, Viguera AC, Lemon EL, Freeman MP. Treatment of mood disorders during pregnancy and postpartum. Psychiatr Clin North Am 2010;33:273-93.
135. Sharma V, Sharma P. Postpartum depression: diagnostic and treatment issues. Journal of obstetrics and gynaecology Canada: JOGC= Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada: JOGC 2012;34:436-42.
136. Freeman MP, Smith KW, Freeman SA, et al. The impact of reproductive events on the course of bipolar disorder in women. The Journal of clinical psychiatry 2002;63:284-7.
137. Grof P, Robbins W, Alda M, et al. Protective effect of pregnancy in women with lithium-responsive bipolar disorder. Journal of affective disorders 2000;61:31-9.
138. Yonkers KA, Vigod S, Ross LE. Diagnosis, pathophysiology, and management of mood disorders in pregnant and postpartum women. FOCUS 2012.
139. Brockington I. Diagnosis and management of post-partum disorders: a review. World Psychiatry 2004;3:89.
140. Bener A, Gerber LM, Sheikh J. Prevalence of psychiatric disorders and associated risk factors in women during their postpartum period: a major public health problem and global comparison. Int J Womens Health 2012;4:191-200.
141. Uguz F, Akman C, Kaya N, Cilli AS. Postpartum-onset obsessive-compulsive disorder: incidence, clinical features, and related factors. The Journal of clinical psychiatry 2007;68:132-8.
142. Friedman SH, Resnick PJ. Postpartum depression: an update. 2009.
143. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. Nurs Res 2001;50:275-85.
144. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. Gen Hosp Psychiatry 2004;26:289-95.
145. Silverman ME, Loudon H. Antenatal reports of pre-pregnancy abuse is associated with symptoms of depression in the postpartum period. Archives of women's mental health 2010;13:411-5.
146. Tiwari A, Chan KL, Fong D, et al. The impact of psychological abuse by an intimate partner on the mental health of pregnant women. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology 2008;115:377-84.
147. Räisänen S, Lehto SM, Nielsen HS, Gissler M, Kramer MR, Heinonen S. Fear of childbirth predicts postpartum depression: a population-based analysis of 511 422 singleton births in Finland. BMJ open 2013;3:e004047.
148. Lee SH, Liu LC, Kuo PC, Lee MS. Postpartum depression and correlated factors in women who received in vitro fertilization treatment. Journal of Midwifery & Women's Health 2011;56:347-52.
149. Hergüner S, Çiçek E, Annagür A, Hergüner A, Örs R. Doğum şeklinin doğum sonrası depresyon, algılanan sosyal destek ve maternal bağlanma ile ilişkisi. Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2014; 27: 15 2014;20.
150. Dindar I, Erdogan S. Screening of Turkish women for postpartum depression within the first postpartum year: the risk profile of a community sample. Public Health Nursing 2007;24:176-83.
151. Nylen KJ, O'Hara MW, Brock R, Moel J, Gorman L, Stuart S. Predictors of the longitudinal course of postpartum depression following interpersonal psychotherapy. Journal of consulting and clinical psychology 2010;78:757.
152. Josefsson A, Sydsjö G. A follow-up study of postpartum depressed women: recurrent maternal depressive symptoms and child behavior after four years. Archives of Women's Mental Health 2007;10:141-5.
153. Cooper PJ, Murray L, Wilson A, Romaniuk H. Controlled trial of the short-and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. The British Journal of Psychiatry 2003;182:412-9.

154. Dietz LJ, Jennings KD, Kelley SA, Marshal M. Maternal depression, paternal psychopathology, and toddlers' behavior problems. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology 2009;38:48-61.
155. Stein A, Arteche A, Lehtonen A, et al. Interpretation of infant facial expression in the context of maternal postnatal depression. Infant Behavior and Development 2010;33:273-8.
156. Annagür B, Annagür A. Doğum Sonrası Ruhsal Durumun Emzirme ile İlişkisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2012;4.
157. Goodman SH, Rouse MH, Connell AM, Broth MR, Hall CM, Heyward D. Maternal depression and child psychopathology: A meta-analytic review. Clinical child and family psychology review 2011;14:1-27.
158. Avan B, Richter LM, Ramchandani PG, Norris SA, Stein A. Maternal postnatal depression and children's growth and behaviour during the early years of life: exploring the interaction between physical and mental health. Archives of Disease in Childhood 2010;95:690-5.
159. Murray L, Arteche A, Fearon P, Halligan S, Goodyer I, Cooper P. Maternal postnatal depression and the development of depression in offspring up to 16 years of age. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 2011;50:460-70.
160. Brand SR, Brennan PA. Impact of antenatal and postpartum maternal mental illness: how are the children? Clinical obstetrics and gynecology 2009;52:441-55.
161. Sahingöz M, Yuksel G, Karsidag C, et al. Birth weight and preterm birth in babies of pregnant women with major depression in relation to treatment with antidepressants. Journal of clinical psychopharmacology 2014;34:226-9.
162. Berga S, Parry B, Cyranowski J. Psychiatry and reproductive medicine. Comprehensive textbook of psychiatry, Sixth edition Baltimore: Williams & Wilkins 1995:1693-707.
163. First M, Spitzer R, Gibbon M, Williams J. Structured clinical interview for DSM-IV Axis I (SCID-I), clinician version. Washington, DC: American Psychiatric Association 1997.
164. Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen A, Köroğlu E. DSM-IV Eksen I Bozuklukları (SCID-I) için yapılandırılmış klinik görüşme, klinik versiyon. Ankara: Hekimler Yayın Birliği 1999.
165. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. The British journal of psychiatry 1987;150:782-6.
166. Engindeniz A, Kuey L, Kultur S. Edinburg postpartum depression inventory. Study of validity and reliability for Turkish forum, Spring Symposiums; 1997.
167. Aydemir Ö. köroğlu E. Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2006.
168. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. Journal of personality assessment 1988;52:30-41.
169. Eker D, Arkar H. Factorial structure, validity, and reliability of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Turk Psikoloji Dergisi 1995;10:45-55.
170. Müller ME. A questionnaire to measure mother-to-infant attachment. Journal of Nursing Measurement 1994;2:129-41.
171. Kavlak O, Şirin A. The Turkish version of maternal attachment inventory. Journal of Human Sciences 2009;6:188-202.
172. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. Journal of consulting and clinical psychology 1988;56:893.
173. Ulusoy M, Sahin N, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. Journal of cognitive psychotherapy 1998;12:163-72.
174. Walker MJ, Davis C, Al-Sahab B, Tamim H. Reported maternal postpartum depression and risk of childhood psychopathology. Maternal and child health journal 2013;17:907-17.
175. Gaillard A, Le Strat Y, Mandelbrot L, Keïta H, Dubertret C. Predictors of postpartum depression: Prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. Psychiatry research 2014;215:341-6.
176. Bos SC, Macedo A, Marques M, et al. Is positive affect in pregnancy protective of postpartum depression? Revista Brasileira de Psiquiatria 2013;35:5-12.
177. Maia BR, Pereira AT, Marques M, et al. The role of perfectionism in postpartum depression and symptomatology. Archives of women's mental health 2012;15:459-68.
178. Gjerdingen D, Crow S, McGovern P, Miner M, Center B. Postpartum depression screening at well-child visits: validity of a 2-question screen and the PHQ-9. The Annals of Family Medicine 2009;7:63-70.
179. Giannandrea SA, Cerulli C, Anson E, Chaudron LH. Increased risk for postpartum psychiatric disorders among women with past pregnancy loss. Journal of Women's Health 2013;22:760-8.

180. Manian N, Schmidt E, Bornstein MH, Martinez P. Factor structure and clinical utility of BDI-II factor scores in postpartum women. Journal of affective disorders 2013;149:259-68.
181. Kitamura T, Yoshida K, Okano T, et al. Multicentre prospective study of perinatal depression in Japan: incidence and correlates of antenatal and postnatal depression. Archives of Women's Mental Health 2006;9:121-30.
182. Ikeda M, Kamibeppu K. Measuring the risk factors for postpartum depression: development of the Japanese version of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised (PDPI-RJ). BMC pregnancy and childbirth 2013;13:1.
183. Savarimuthu R, Ezhilarasu P, Charles H, Antonisamy B, Kurian S, Jacob K. Post-partum depression in the community: a qualitative study from rural South India. International Journal of Social Psychiatry 2009.
184. McMahon CA, Barnett B, Kowalenko NM, Tennant CC. Maternal attachment state of mind moderates the impact of postnatal depression on infant attachment. Journal of Child Psychology and Psychiatry 2006;47:660-9.
185. Ballestrem C-Lv, Strauss M, Kächele H. Contribution to the epidemiology of postnatal depression in Germany–implications for the utilization of treatment. Archives of Women's Mental Health 2005;8:29-35.
186. Liabsuetrakul T, Vittayanont A, Pitanupong J. Clinical applications of anxiety, social support, stressors, and self-esteem measured during pregnancy and postpartum for screening postpartum depression in Thai women. Journal of Obstetrics and Gynaecology Research 2007;33:333-40.
187. Özcan M, Uğuz F, Çilli AS. Ayaktan psikiyatri hastalarında yaygın anksiyete bozukluğunun yaygınlığı ve ek tanılar. Türk Psikiyatri Dergisi 2006;17:276-85.
188. Uguz F, Gezginc K, Kayhan F, Sarı S, Büyüköz D. Is pregnancy associated with mood and anxiety disorders? A cross-sectional study. General hospital psychiatry 2010;32:213-5.
189. Felice E, Saliba J, Grech V, Cox J, Calleja N. Antenatal psychiatric morbidity in Maltese women. General hospital psychiatry 2007;29:501-5.
190. Borri C, Mauri M, Oppo A, et al. Axis I psychopathology and functional impairment at the third month of pregnancy: Results from the Perinatal Depression-Research and Screening Unit (PND-ReScU) study. The Journal of clinical psychiatry 2008;69:1617-24.
191. ANNAGÜR B, TAMAM L. MAJOR DEPRESYON HASTALARINDA DİĞER PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR. AJCI 2010;4:111-7.
192. Moffitt TE, Harrington H, Caspi A, et al. Depression and generalized anxiety disorder: cumulative and sequential comorbidity in a birth cohort followed prospectively to age 32 years. Archives of general psychiatry 2007;64:651-60.
193. Zimmerman M, McDermut W, Mattia JI. Frequency of anxiety disorders in psychiatric outpatients with major depressive disorder. American Journal of Psychiatry 2000;157:1337-40.
194. Russell EJ, Fawcett JM, Mazmanian D. Risk of obsessive-compulsive disorder in pregnant and postpartum women: a meta-analysis. The Journal of clinical psychiatry 2013;74:377-85.
195. Grigoriadis S, de Camps Meschino D, Barrons E, et al. Mood and anxiety disorders in a sample of Canadian perinatal women referred for psychiatric care. Archives of women's mental health 2011;14:325-33.
196. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. Archives of general psychiatry 1994;51:8-19.
197. Wenzel A, Haugen EN, Jackson LC, Brendle JR. Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. Journal of anxiety disorders 2005;19:295-311.
198. Blais MA, Becker AE, Burwell RA, et al. Pregnancy: outcome and impact on symptomatology in a cohort of eating-disordered women. International Journal of Eating Disorders 2000;27:140-9.
199. Bulik CM, Von Holle A, Hamer R, et al. Patterns of remission, continuation and incidence of broadly defined eating disorders during early pregnancy in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). Psychological medicine 2007;37:1109-18.
200. Kozinszky Z, Dudas RB, Csatordai S, et al. Social dynamics of postpartum depression: a population-based screening in South-Eastern Hungary. Social psychiatry and psychiatric epidemiology 2011;46:413-23.
201. Quelopana AM, Champion JD, Reyes-Rubilar T. Factors associated with postpartum depression in Chilean women. Health care for women international 2011;32:939-49.
202. Glavin K, Smith L, Sørum R. Prevalence of postpartum depression in two municipalities in Norway. Scandinavian journal of caring sciences 2009;23:705-10.

203. Green K, Broome H, Mirabella J. Postnatal depression among mothers in the United Arab Emirates: socio-cultural and physical factors. Psychology, health & medicine 2006;11:425-31.
204. Ozdemir H, Ergin N, Selimoglu K, Bilgel N. Postnatal depressive mood in Turkish women. Psychology, health & medicine 2005;10:96-107.
205. Ege E, Timur S, Zincir H, Geckil E, Sunar-Reeder B. Social support and symptoms of postpartum depression among new mothers in Eastern Turkey. Journal of Obstetrics and Gynaecology Research 2008;34:585-93.
206. Deveci A. Postpartum psikiyatrik bozukluklar. Birinci Basamak İçin Psikiyatri 2003;2:42-6.
207. GEREKLIOĞLU Ç, POÇAN AG, BAŞHAN İ. Annelerin Doğum Sonrası Psikiyatrik Sorunları. Turkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics 2007;17:126-33.
208. Tiedje LB. The Prevalence of Postpartum Depression: The Relative Significance of Three Social Status Indices. MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing 2009;34:196.
209. Vırıt O, Akbaş E, Savaş H, Sertbaş G, Kandemir H. Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi 2008;45:9-13.
210. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R, Karakurt P. Postpartum depresyon ile sosyal destek arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2011;8:31-46.
211. Dilbaz N, Enez A. Kadın ve depresyon: Doğum sonrası görülen duygudurum bozuklukları. Turkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences 2007;3:32-40.
212. ATASOY N, BAYAR Ü, Hakan S, et al. Doğum sonrası dönemde depresif belirti düzeyini etkileyen klinik ve sosyodemografik risk etkenleri. Turkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics 2004;14:252-7.
213. Bingöl TY, Tel H. POSTPARTUM DÖNEMDEKİ KADINLARDA ALGILANAN SOSYAL DESTEK VE DEPRESYON DÜZEYLERİ İLE ETKİLEYEN FAKTÖRLER. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences 2007;10.
214. O'Hara MW. Postpartum depression: what we know. Journal of clinical psychology 2009;65:1258-69.
215. O'hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. International review of psychiatry 1996;8:37-54.
216. Cooper PJ, Murray L. Fortnightly review: Postnatal depression. British Medical Journal 1998;316:1884.
217. Anderson EA, Kim DR. Psychiatric Consultation to the Postpartum Mother. Current psychiatry reports 2015;17:1-10.
218. Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL, et al. Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. Journal of affective disorders 2008;108:147-57.
219. Mauri M, Oppo A, Montagnani MS, et al. Beyond "postpartum depressions": specific anxiety diagnoses during pregnancy predict different outcomes: results from PND-ReScU. Journal of affective disorders 2010;127:177-84.
220. Matthey S, Barnett B, Howie P, Kavanagh DJ. Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety? Journal of affective disorders 2003;74:139-47.
221. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. American journal of obstetrics and gynecology 2010;202:5-14.
222. Köken G, Yilmazer M, Cosar En, Sahi¨ n FgK, Cevri¨ oglu S, Geci¨ ci¨ Ö. Nausea and vomiting in early pregnancy: relationship with anxiety and depression. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology 2008;29:91-5.
223. Annagür BB, Kerimoğlu ÖS, Gündüz Ş, Tazegül A. Are there any differences in psychiatric symptoms and eating attitudes between pregnant women with hyperemesis gravidarum and healthy pregnant women? Journal of Obstetrics and Gynaecology Research 2014;40:1009-14.
224. Carter FA, Frampton CM, Mulder RT. Cesarean section and postpartum depression: a review of the evidence examining the link. Psychosomatic Medicine 2006;68:321-30.
225. Uguz F, Yuksel G, Karsidag C, Guncu H, Konak M. Birth weight and gestational age in newborns exposed to maternal obsessive-compulsive disorder. Psychiatry research 2015;226:396-8.
226. World Health Organization, UNICEF. Global strategy for infant and young child feeding: World Health Organization; 2003.
227. Dunn S, Davies B, McCleary L, Edwards N, Gaboury I. The relationship between vulnerability factors and breastfeeding outcome. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing 2006;35:87-97.
228. McLearn KT, Minkovitz CS, Strobino DM, Marks E, Hou W. Maternal depressive symptoms at 2 to 4 months post partum and early parenting practices. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine 2006;160:279-84.

229. Borra C, Iacovou M, Sevilla A. New evidence on breastfeeding and postpartum depression: the importance of understanding women's intentions. Maternal and child health journal 2015;19:897-907.

8. ÖZET

DOĞUM SONRASI DEPRESYON YAYGINLIĞI ve İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Hazırlayan: Ayça Asena Sayın

Psikiyatri Anabilim Dalı

TIPTA UZMANLIK TEZİ / Konya, 2016

Amaç: Annelerde doğum sonrası depresyon sıklığını yapılandırılmış klinik görüşme tekniği ile saptamak ve doğum sonrası depresyon ile ilişkili faktörleri analiz etmek.

Gereç ve Yöntem: Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine Aralık 2015-Haziran 2016 tarihleri arasında rutin sağlık kontrolleri için başvuran, bebeklerin anneleri çalışmaya dâhil edilmiştir. Çalışmaya katılmak isteyen katılımcılara ilk önce yapılandırılmış klinik görüşme ölçeği ve sosyo-demografik veri formu uygulandı. Sonrasında, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Matenal Bağlanma Ölçeği ve Beck Anksiyete ölçeği katılımcılar tarafından doldurduldu. Veriler SPSS 15 programı kullanılarak değerlendirildi. Değişkenler ortalama±standard sapma olarak verildi. Tüm parametrik verilerin, Kolmogorov–Smirnov testi ile normal dağılıma uygun olup olmadığına bakıldı. Katagorik verilerin karşılaştırması Chi-square ve Fisher Exact testi ile; parametrik veriler ise t testi ve Mann-Whitney U testi kullanılarak karşılaştırıldı.

Bulgular: Doğum yapan annelerin SCID-I taraması ile %6,8'inde (n=14) doğum sonrası depresyon olduğu saptandı. Doğum sonrası depresyonu olan anneler ile doğum sonrası depresyon olmayan anneler arasında, sosyo-demografik özellikler bakımından sadece sosyoekonomik durum düzeylerinde anlamlı düzeyde fark saptadık. Doğum sonu depresyonu olan grupta sosyoekonomik durum daha düşüktü. Ayrıca doğum sonrası depresyonu olan grupta gebelikte alınan sosyal destek anlamlı olarak daha düşüktü. Psikiyatrik öykü açısından değerlendirildiğinde postpartum depresyonu olan grupta gebelik sürecinde depresyon, doğum sonrası depresyon öyküsü, gebelik süreci dışında depresyon öyküsü ve eşlik eden depresyon dışı psikiyatrik bozukluklar daha fazaydı. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) puanları doğum sonrası depresyonu olan grupta anlamlı olarak daha yüksek, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) puanları ise anlamlı olarak daha düşüktü.

Sonuç: Doğum sonrası depresyon hem anne hem de bebek için birçok olumsuz sonuç oluşturur. Postpartum depresyon açısından daha fazla riske sahip kadınların önceden tespiti, doğum sonrası depresyonun önlenmesi veya tedavi edilmesi oldukça önemlidir.

Anahtar kelimeler: Depresyon, postpartum, prevalans.

8. ABSTRACT

PREVALENCE AND RELATED FACTORS OF POSTPARTUM DEPRESSION

Author: Ayça Asena SAYIN

Department of Psychiatry

Thesis of Medical Speciality/Konya, 2016

Objective: The aim of this study was to investigate the prevalence of postpartum depression among mothers and determine which factors are related this clinical condition.

Materials & Methods: The study included 206 mothers who were admitted to the department of Child Health and Diseases Neonatal Intensive Care Unit in Selcuk University Faculty of Medicine within six weeks period. First SCID-I and demographic data form for the participants who were volunteer to participate the study were filled. Then, Edinburgh Postpartum Depression Scale, Multidimensional Scale of Perceived Social Support, Beck Anxiety Inventory and Maternal Bonding Scale were applied to all mothers.

Results: We found that 6,8% (n=14) of mothers have postpartum depression. Than we compared the two groups postpartum depression (PPD) and non-postpartum depression (NPPD). In terms of socio-demographic characteristics and found a significant difference only in the level of economic status. Socio-economic status was lower in the group with PPD. In addition, social support received during pregnancy was significantly lower in the group with the PPD. Peripartum or any time depression history and comorbid psychiatric disorders were related factors with PPD. EPDS scores were significantly higher and MSPSS scores were significantly lower in the group with PPD.

Conclusion: Postpartum depression has many negative consequences for both mother and baby. In the present study, we found that postpartum depression rates were consistent with previous studies. Early detection, prevention and treatment of postpartum depression is very important for the postpartum women who have a higher risk for depression.

Key words: Depression, postpartum, prevalence.

9. EKLER

EK-1: Bilgilendirilmiş Onam Formu

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ETİK KURULU
AYDINLATILMIŞ (BİLGİLENDİRİLMİŞ) OLUR FORMU

(Araştırmacının Açıklaması): Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Psikiyatri kliniği olarak "**Doğum sonrası depresyon yaygınlığı ve ilişkili faktörler**" başlıklı bir araştırma yapmaktayız.

Böyle bir çalışma ile çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümüne rutin kontrolleri için başvuran 0-6 hafta arasındaki bebeklerin annelerinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve ilişkili faktörlerin saptanması amaçlanmaktadır. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz öncelikle sosyo-demografik özelliklerinizin değerlendirildiği bir formu doldurmanız, ardından da bazı anket formlarını değerlendirmeniz gerekecektir. Sizden elde edilecek veriler tamamen bilimsel amaçlı kullanılacak olup kimliğiniz ve özel hayatınızla ilgili bilgileriniz herhangi bir yerde açıklanmayacaktır.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılıp katılmamanız ile size uygulanacak tedavi şekli değişmeyecektir. Çalışmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz.

(Katılımcının Beyanı):

Yukarıda belirtilen araştırma hakkında ayrıntılı olarak bilgilendirildim. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Benden alınan bilgilerin bu araştırmada kullanılmasını hiçbir baskı altında kalmadan kabul ediyorum.

Katılımcının

Adı, soyadı:
Tarih ve imza:

Araştırmacı doktorun
Adı, soyadı:
Tarih ve imza:

EK-2: Sosyo-demografik Veri Formu

1. Yaşı (yıl):
2. Medeni durumu: 1) evli 2)bekâr 3)boşanmış/dul
3. Akraba evliliği? 1) evet 2)hayır
4. Evlenme biçimi? 1) anlaşarak 2)görücü usulü 3)aile zoruyla
5. Evlenme yaşı? 1) <20 2)20-30 3)>30
6. Evlilik süresi? 1)<1-1 2)2-5 3)>5
7. Yerleşim yeri: 1) köy 2) ilçe 3) il
8. Sosyoekonomik durum: 1) düşük 2) orta 3) yüksek
9. Eğitim düzeyi: 1) İlköğretim 2)Ortaöğretim 3) üniversite
10. Çalışma durumu: 1)çalışıyor 2) çalışmıyor 3) önceden çalışıyor
11. Nasıl bir ailede yaşıyorsunuz? 1) çekirdek 2) geniş
12. Eşin eğitim durumu? 1) İlköğretim 2)Ortaöğretim 3) üniversite
13. Eşin çalışma durumu? 1)çalışıyor 2) çalışmıyor 3) önceden çalışıyor/emekli

14. Doğum şekli: 1) normal doğum 2) sezaryen
15. Doğum şekline karar veren kişi? 1)kendisi 2) doktor 3)birlikte
16. Doğum şekline karar verme nedeni? 1) c/s tekrarı 2) daha kolay 3) faydalı 4)normale uygun değil
17. Doğum 1) tekil 2) çoğul
18. Doğum acil şartlarda mı oldu? 1) evet 2) hayır
19. Sezer yanda verilen anestezi türü? 1) genel 2) lokal
20. Doğum sırasında bebekte oluşan komplikasyon var mı? 1)Evet 2)Hayır
21. Doğum sırasında annenin yaşadığı komplikasyon var mı ? 1)Evet 2)Hayır
22. Kaçıncı gebeliğiniz:
23. Primiparite: 1) evet 2)hayır
24. Ölü doğum öyküsü? 1) var 2)yok
25. İstemli düşük? 1) var 2)yok
26. Kendiliğinden düşük? 1) var 2)yok
27. Küretaj öyküsü? 1) var 2)yok
28. Gebelik yardımcı üreme yöntemleriyle mi gerçekleşti? 1)evet 2)hayır
29. Gebelik planlanmamış bir gebelik miydi? 1)evet 2)hayır
30. Gebelik süresince düzenli tıbbi kontrollerinizi yaptırdınız mı? 1)evet 2)hayır
31. Gebelik döneminde sigara kullandınız mı? 1)evet 2)hayır
32. Gebelik döneminde alkol-madde kullandınız mı? 1)evet 2)hayır
33. Gebelik döneminde sağlık problemi yaşadınız mı? 1)evet 2)hayır (eklampsi, preeklampsi, hiperemezis gravidarum, guatr, gest. Diabet, düşük tehditi,)
34. Gebelik sırasında hayatını etkileyebilecek stres faktörü? 1)var 2)yok (yakın kaybı, iş değişikliği, ev değişikliği vs. gibi)
35. Gebelik döneminde şiddet gördünüz mü? 1)evet 2)hayır
36. Gebelik boyunca sosyal destek: 1)yeterli 2)kısmen 3)yok
37. Şimdiki Gebelik Döneminde Depresyon: 1)evet 2)hayır
38. Gebelikte antidepresan kullanımı: 1)var (ilaç adı ……..) 2)yok
39. Daha önce doğum sonrası depresyon yaşadınız mı? 1)evet 2)hayır
40. Bebeğin cinsiyeti? 1) kız 2) erkek

41. Bebeğin doğum haftası?..... Şimdiki yaşı:……
42. Bebeğin apgar skoru: (varsa)
43. Bebeğin doğum kilosu:……
44. Bebeğin doğum baş çevresi:…….
45. Bebekte gaz sancısı/kolik? 1)var 2)yok
46. Bebeğin beslenme şekli? 1)sadece anne sütü 2) mikst 3) sadece mama
47. Daha önce emzirme deneyimi? 1)var 2)yok
48. Emzirmeyi engelleyecek meme rahatsızlığı ? 1)yok 2)çatlak 3)apse
49. Evde bebek bakımına yardım edecek kişi? 1)var 2)yok
50. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü var mı? 1)evet 2)hayır

EK-3: Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

Yakın zamanlarda bebeğiniz oldu. Sizin son hafta içindeki duygularınızı öğrenmek istiyoruz. Böylelikle size daha iyi yardımcı olabileceğimize inanıyoruz. Lütfen, yalnızca bugün değil son 7 gün içinde, kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz.

1. Son 7 gündür; **Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.**
(0) Her zaman olduğu kadar
(1) Artık pek o kadar değil
(2) Artık kesinlikle o kadar değil
(3) Artık hiç değil

2. Son 7 gündür; **Geleceğe hevesle bakıyorum.**
(0) Her zaman olduğu kadar
(1) Her zamankinden biraz daha az
(2) Her zamankinden kesinlikle daha az
(3) Hemen hemen hiç

3. Son 7 gündür; **Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.**
(3) Evet, çoğu zaman
(2) Evet, bazen
(1) Çok sık değil
(0) Hayır, hiç bir zaman

4. Son 7 gündür; **Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.**
(0) Hayır, hiç bir zaman
(1) Çok seyrek
(2) Evet, bazen
(3) Evet, çoğu zaman

5. Son 7 gündür; **İyi bir nedeni olmadığı halde, korkuyor ya da panikliyorum.**
(3) Evet, çoğu zaman
(2) Evet, bazen
(1) Hayır, çok sık değil
(0) Hayır, hiç bir zaman

6. Son 7 gündür; **Her şey giderek sırtıma yükleniyor.**
(3) Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum
(2) Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum
(1) Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkamıyorum
(0) Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

7. Son 7 gündür; **Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.**
(3) Evet, çoğu zaman
(2) Evet, bazen
(1) Çok sık değil
(0) Hayır, hiç bir zaman

8. Son 7 gündür; **Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.**
(3) Evet, çoğu zaman
(2) Evet, oldukça sık
(1) Çok sık değil
(0) Hayır, hiç bir zaman

9. Son 7 gündür; **Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.**
(3) Evet, çoğu zaman
(2) Evet, oldukça sık
(1) Çok seyrek
(0) Hayır, asla

10. Son 7 gündür; **Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.**
(3) Evet, oldukça sık
(2) Bazen
(1) Hemen hemen hiç
(0) Asla

EK-4: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

MSPSS- Aşağıda 12 cümle ve her birinde de cevaplarınızı işaretlemeniz için 1 den 7 ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söyleneni sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz.

1. İhtiyacım olduğunda yanımda olan özel bir insan var.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet

2.Sevinç ve kederimi paylaşabileceğim özel bir insan var.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet

3.Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet

4.İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet

5.Beni gerçekten rahatlatan özel bir insan var.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet

6.Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet

7.İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet

8.Sorunlarımı ailemle konuşabilirim.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet

9.Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet

10.Yaşamımda duygularıma önem veren özel bir insan var.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet

11.Kararlarımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet

12.Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet

EK-5: Maternal Bağlanma Ölçeği

MATERNAL BAĞLANMA ÖLÇEĞİ

Aşağıda yeni annenin durumu ile ilgili tecrübeleri, hisleri ve duyguları tanımlanmaktadır. Lütfen her ifadede tanımlanan duygu ve düşünceyi ne sıklıkta hissettiğinizi ve düşündüğünüzü her biri için tek bir kutucuğu işaretleyerek belirtiniz.

	HER ZAMAN	SIK SIK	BAZEN	HİÇBİR ZAMAN
1. Bebeğimi sevdiğimi hissediyorum.	a	b	c	d
2. Bebeğimle birlikteyken mutluluk ve içimde bir sıcaklık hissediyorum.	a	b	c	d
3. Bebeğimle özel zaman geçirmek istiyorum.	a	b	c	d
4. Bebeğimle birlikte olmak için sabırsızlanıyorum.	a	b	c	d
5. Sadece bebeğimi görme bile beni mutlu ediyor.	a	b	c	d
6. Bebeğimin bana ihtiyacı olduğunu biliyorum.	a	b	c	d
7. Bebeğimin sevimli olduğunu düşünüyorum.	a	b	c	d
8. Bu bebek benim olduğu için çok memnunum.	a	b	c	d
9. Bebeğim güldüğünde kendimi özel hissediyorum.	a	b	c	d
10. Bebeğimin gözlerinin içine bakmaktan hoşlanıyorum.	a	b	c	d
11. Bebeğimi kucağımda tutmaktan hoşlanıyorum.	a	b	c	d
12. Bebeğimi uyurken seyrediyorum.	a	b	c	d
13. Bebeğimin yanımda olmasını istiyorum.	a	b	c	d
14. Başkalarına bebeğimi anlatıyorum.	a	b	c	d
15. Bebeğimin gönlünü almak zevklidir.	a	b	c	d
16. Bebeğimle kucaklaşmaktan hoşlanıyorum.	a	b	c	d
17. Bebeğimle gurur duyuyorum.	a	b	c	d
18. Bebeğimin yeni şeyler yapmasını görmekten hoşlanıyorum.	a	b	c	d
19. Düşüncelerim tamamen bebeğimle dolu.	a	b	c	d
20. Bebeğimin karakterini biliyorum.	a	b	c	d
21. Bebeğimin bana güven duymasını istiyorum.	a	b	c	d
22. Bebeğim için önemli olduğumu biliyorum.	a	b	c	d
23. Bebeğimin hareketlerinden ne istediğini anlıyorum.	a	b	c	d
24. Bebeğime özel ilgi gösteriyorum.	a	b	c	d
25. Bebeğim ağladığında onu rahatlatıyorum.	a	b	c	d
26. Bebeğimi içinden gelen bir duyguyla seviyorum.	a	b	c	d

EK-6: Beck Anksiyete Ölçeği

BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

İSİM: TARİH:

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıktan bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DÂHİL SON BİR HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç (0)	**Hafif düzeyde** beni pek etkilemedi (1)	**Orta düzeyde** hoş değildi ama katlanabildim (2)	**Ciddi düzeyde** dayanmakta çok zorlandım (3)
1-Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma ve karıncalanma.				
2-Sıcak/ateş basması.				
3-Bacaklarda halsizlik, titreme.				
4-Gevşeyememe.				
5-Çok kötü şeyler olacak korkusu.				
6-Baş dönmesi ve sersemlik.				
7-Kalp çarpıntısı.				
8-Dengeyi kaybetme duygusu.				
9-Dehşete kapılma.				
10-Sinirlilik.				
11-Boğuluyormuş gibi olma hissi.				
12-Ellerde titreme.				
13-Titreklik.				
14-Kontrolü kaybetme korkusu.				
15-Nefes almada güçlük.				
16-Ölüm korkusu.				
17-Korkuya kapılma.				
18-Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi.				
19-Baygınlık.				
20-Yüzün kızarması.				
21-Terleme.				
TOPLAM=				

EK-7: Etik Kurul Onayı

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI

Toplantı Sayısı: 2015/19 **Toplantı Tarihi : 08.12.2015**

Karar Sayısı 2015/315 S.Ü. Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr. Bilge BURÇAK ANNAGÜR'ün, "Doğum Sonrası Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Faktörler" başlıklı araştırmasının değerlendirilme talebi ile ilgili 25.11.2015 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü.

Yapılan inceleme ve görüşmelerden sonra; Doç.Dr. Bilge BURÇAK ANNAGÜR'ün, "Doğum Sonrası Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Faktörler" adlı araştırmanın kabulüne oy birliği ile karar verildi.

ASLI GİBİDİR
08/12/2015

Mahmut KEŞİK
Sekreterya

10. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Ayça Asena SAYIN

Doğum Tarihi ve Yeri: 03.07.1986 –Kahramanmaraş

Medeni Durumu: Bekâr

Adres: Bosna Hersek Mah. Eser Konutları B blok Kat: 5 Daire:53 Selçuklu/KONYA

Telefon: 05362035555

E-mail : aycasyn@hotmail.com

Mezun Olduğu Tıp Fakültesi: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi

Görev Yerleri : Kürtül Sağlık Ocağı-KAHRAMANMARAŞ
SÜTF Psikiyatri AD-KONYA

Dernek Üyelikleri: Türkiye Psikiyatri Derneği

Yabancı Dil: İngilizce