

İÇİNDEKİLER

1. İÇİNDEKİLER	1
2. KISALTMALAR	5
4. GİRİŞ	6
3. GENEL BİLGİLER	8
4.1. Depresyonun Tanımı	8
4.2. Epidemiyoloji	8
4.2.1. Yaygınlık	8
4.2.2. Cinsiyet	8
4.2.3. Yaş	8
4.2.4. Medeni durum	8
4.2.5. Sosyal ve kültürel durum	8
4.2.6. Kişilik özellikleri	9
4.3. Etiyoloji	9
4.3.1. Kalıtım	9
4.3.2. Biyokimyasal etkenler	9
4.3.3. Psikodinamik etkenler	10
4.3.4. Psikososyal stresler	10
4.4. Depresyonun Klinik Bulguları	10
4.5. Major Depresyonun Alt Tipleri	11
4.5.1. Melankolik özellik gösteren	11
4.5.2. Atipik özellik gösteren	12
4.5.3. Psikotik özellik gösteren	12
4.5.4. Katotonik özellik gösteren	12
4.5.5. Mevsimsel özellik gösteren	12
4.6. Major Depresyon Tanı Ölçütleri	12
4.7. Kişilik Bozuklukları	14
4.7.1. Epidemiyoloji	14
4.7.1.1. Yaygınlık	14
4.7.1.2. Cinsiyet	14
4.7.1.3. Yaş	14
4.8. Etiyoloji	14
4.8.1. Kalıtım	14
4.8.2. Yapısal etkenler	14

4.8.3. Çevresel etkenler	14
4.9. Kişilik Bozukluğu Türleri	15
4.9.1. A Kümesi Kişilik Bozuklukları	15
4.9.1.1. Paranoid kişilik bozukluğu	15
4.9.1.2. Şizoid kişilik bozukluğu	15
4.9.1.3. Şizotipal kişilik bozukluğu	15
4.9.2. B Kümesi Kişilik Bozuklukları	15
4.9.2.1. Antisosyal kişilik bozukluğu.....	15
4.9.2.2. Sınır kişilik bozukluğu.....	16
4.9.2.3. Histriyonik kişilik bozukluğu.....	16
4.9.2.4. Narsisistik kişilik bozukluğu.....	16
4.9.3. C Kümesi Kişilik Bozuklukları	16
4.9.3.1. Çekingen kişilik bozukluğu	16
4.9.3.2. Bağımlı kişilik bozukluğu.....	16
4.9.3.3. Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu.....	17
4.9.4. Başka Türli Adlandırılmayan Kişilik Bozuklukları	17
4.9.4.1. Pasif agresif kişilik bozukluğu	17
4.9.4.2. Depresif kişilik bozukluğu.....	17
4.9.4.3. Sadomazoşistik kişilik bozukluğu	17
4.10. Postpartum Psikiyatrik Belirtiler	18
4.11. Bebek Hüznü (Baby Blues)	18
4.12. Postpartum Depresyon	19
4.12.1. Postpartum depresyon görülme sıklığı	19
4.12.2. Postpartum depresyon belirtileri.....	19
4.12.3. Postpartum depresyon risk faktörleri.....	20
4.12.4. Postpartum depresyon etyolojisi.....	22
4.12.4.1. Biyolojik faktörler	22
4.12.4.2. Psikososyal faktörler.....	23
4.12.4.3. Diğer faktörler	23
4.12.4.3.1. Kalıtım	23
4.12.4.3.2. Serum Kolesterol düzeyleri	23
4.13. Postpartum Depresyon Tedavisi	24
4.13.1. Medikal tedavi	24
4.13.2. Hormonal tedavi	24
4.13.3. Elektro konvulzif tedavisi (EKT)	25

4.13.4. Psikoterapi.....	25
4.14. Postpartum Psikoz.....	25
4.14.1. Epidemiyoloji	26
4.14.2. Etyoloji.....	26
4.14.3. Klinik özellikler.....	27
4.14.4. Ayırıcı tanı.....	27
4.14.5. Seyir	27
4.14.6. Tedavi	28
5. GEREÇ VE YÖNTEM	29
5.1. Örneklerin Seçimi	29
5.2. Veri Toplama Araçları	29
5.3. Verilerin Toplanması ve İşlem	31
5.4. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi	31
6. BULGULAR.....	32
7. TARTIŞMA.....	44
7.1. Sıklık	44
7.2. Sosyodemografik Özellikler.....	45
7.2.1. Yaş	45
7.2.2. Eğitim durumu.....	45
7.2.3. Annenin mesleği	45
7.2.4. Eşin eğitim durumu.....	46
7.2.5. Eşinin mesleği	46
7.2.6. Sosyoekonomik durum	46
7.2.7. Evlenme şekli	46
7.2.8. Aile yapısı	47
7.3. Gebelik ve Doğumla İlgili Özellikler	47
7.3.1. Gebelik istemi.....	47
7.3.2. Doğum şekli	47
7.3.3. Düşük öyküsü	48
7.3.4. Emzirme	48
7.3.5. Gebelik komplikasyonu	48
7.3.6. Hamilelik yöntemi	49
7.3.7. Bebek cinsiyeti	49
7.3.8. Sigara içimi	49
7.3.9. Doğum sayısı.....	50

7.4. Kişilik Bozuklukları.....	50
8. ÖZET	52
9. SUMMARY	53
10. KAYNAKLAR	54
11. EKLER	62
EK 1. DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme / Klinik Versiyon	
EK 2. DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Kişilik Bozuklukları Formu	
EK 3. Edinburg Postnatal Depresyon Skalası	
12. TEŞEKKÜR	77

2.KISALTMALAR

MD	: Major Depresyon
PPD	: Postpartum Depresyon
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı)
SCID-I/CV	: Structered Clinical Interview for DSM-IV/ Clinical Version (DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme / Klinik Versiyon)
SCID-II	: Structered Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Kişilik Bozuklukları Formu)
EPDS	: Edinburg Postnatal Depresyon Skalası
SSGİ	: Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
TSA	: Trisiklik Antidepresanlar
GABA	: Gama Amino Bütirik Asit
5-HT	: 5-Hidroksitriptamin
ICD	: International Statistical Classification of Diseases
MAOI	: Mono Amin Oksidaz İnhibitörleri
TSH	: Tiroid Stimulan Hormon
FT3	: Free T3
FT4	: Free T4
TBG	: Tiroksin Bağlayıcı Globülin
LDL	: Low Dancity Lipoprotein
HCG	: Human Coryo Gonadotropin
MADS	: Montgomery Asberg Depresyon Skalası
EKT	: Elektro Konvulzif Tedavi
BOS	: Beyin Omurilik Sıvısı

POSTPARTUM BAŞLANGIÇLI DEPRESYONUN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE KİŞİLİK BOZUKLUKLARI İLE İLİŞKİSİ

3. GİRİŞ

Postpartum dönem önemli biyolojik değişikliklerin yaşandığı fizyolojik bir süreç olduğu kadar, erken gelişim dönemlerine ilişkin bastırılmış ve çözülmemiş çatışmaların yeniden gündeme geldiği karmaşık bir psikolojik süreçtir (1,2). Bu dönemde depresyon başta olmak üzere psikiyatrik bozukluklar sık olarak ortaya çıkmaktadır (3).

Postpartum depresyon (PPD) kadınların % 8 ile % 15 ini etkiler, genellikle doğumdan 2 - 3 hafta sonra başlar ve bir yıl kadar sürebilir (4). Depresif durum, normal sayılan bebeklik hüznü halinden, renkli ve hızlı başlangıçlı psikotik depresyona kadar değişen klinik belirtilerle ortaya çıkabilir (3).

PPD'nin klinik belirtileri ağlama, anksiyete, uygunsuz duygulanım, bebeğe karşı ilgi azalması, iştah azalması ve uyku problemlerinden yakınmaları şeklindedir (5).

Birçok faktörün postpartum dönemde kadınlarda depresyon gelişiminde rol oynadığı ileri sürülmektedir. Bunlar major depresyon (MD) öyküsü, doğum komplikasyonları, evlilik problemleri, stresli yaşam olayları, düşük sosyoekonomik düzey, düşük eğitim düzeyi ve anne sütü ile bebeği besleyememe olarak sayılmaktadır (6).

PPD'lu kadının bir anne olarak kendisi ve bebeğinin duygusal, sosyal ve bilişsel gelişimi üzerinde olumsuz etkileri olabilir (7). Annedeki depresyonun, bebek üzerinde önemli etki yaptığı, depresyonlu annelerin beslenme esnasında bebeklerin yüzüne daha kısa süre baktıkları ve daha az olumlu tutum gösterdikleri, annelik becerilerinin ve bebeğe karşı sorumluluklarının zayıfladığı; bebeklerin ise, bilişsel ve heyecansal yönden zayıflık ve pasiflik gösterdikleri, bebeğin davranışının annenin çökkün duygulanımı ve kendini annelikte etkisiz algılamasını şiddetlendirdiği bildirilmektedir (3).

Bir çok kadın mutlu olmaları gerektiğine inandıkları bir dönemde depresif duygular taşıdıkları için suçluluk duyabilir ve belirtilerini gizleyebilir, bu nedenle PPD tablosu gözden kaçabilir (8).

PPD annenin, çocuğun ve ailenin bir çok güçlük yaşamasına sebep olmakta ve anne ile çocuk arasında kurulacak ilişkiyi, bebek bakımını olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle doğumdan sonra anneler yakından izlenmeli ve gerektiğinde klinik müdahale yapılmalıdır. Eğer müdahale edilmezse sadece anneyi olumsuz etkilemez, bununla birlikte çocuğun gelişimi ve bütün aile üzerinde olumsuz etkisi olabilir (9,10).

Bu konuda yapılan bir araştırmada PPD öyküsü olan annelerin çocuklarında daha sık davranış problemleri ve depresyon geliştiği gözlenmiştir (11).

PPD'nin anne-bebek, aile üzerindeki olumsuz etkileri düşünüldüğünde, gözardı edilmemesi gereken önemli bir ruh sağlığı sorunu olduğu görülmektedir. Bu nedenle erken ve etkin sağaltım girişimleri önemlidir (7).

Bu çalışmada, doğum yapan annelerde, sosyodemografik özellikler ve kişilik bozukluklarının postpartum dönemde depresyon gelişimi ile ilişkisi araştırılmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Depresyonun tanımı

Depresyon, oluşma nedenleri, gidişi ve tedavisi açısından oldukça karmaşık olan ruhsal bir bozukluktur. Depresyonun bir çok tanımı yapılmıştır. Depresyonun anlaşılması ve tanınmasında üzerinde durulması gereken temel nokta onun bir sendrom olduğudur. Depresyon sadece ruhsal bir çöküntüden ibaret değildir, aslında depresyon olarak isimlendirilen belirtiler ve bulgular kümesidir. Genel anlamda depresyon derin üzüntülü bir duygudurum içinde düşünce, konuşma ve harekette yavaşlama, durgunluk, değersizlik, suçluluk, yorgunluk, dikkat ve konsantrasyonun azalması, isteksizlik, motivasyon azalması, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendromdur (3,12,13).

4.2. Epidemiyoloji

4.2.1. Yaygınlık: Depresyonun yaşam boyu yaygınlığı ortalama %5-11 arasındadır, kadınlarda ise yaşam boyu depresyon prevalansı %14-21 arasındadır (3,12).

4.2.2. Cinsiyet: Yapılan çalışmalarda, ülkeden ya da kültürden bağımsız olarak kadınlarda erkeklerden iki kat daha fazla major depresif bozukluk görüldüğü bulunmuştur (12,14,15). Hormonal farklılıklar, çocuk doğurmanın etkileri, kadınlar ve erkekler için psikososyal stresörlerin farklılaşması ve öğrenilmiş çaresizlik modellerinin bu farka neden olduğu ileri sürülmektedir (14,16).

4.2.3. Yaş: Hastalık başlangıcı 20-40 yaş arasında en üst düzeye ulaşır. Puberte öncesi dönemde kızlar ve erkek çocuklar eşit dağılım gösterir, adolesan ve erişkinlik dönemlerinde depresyon oranı kadınlarda erkeklere göre iki - üç kat daha fazladır (12,16, 17).

4.2.4. Medeni durum: Ayrı ve boşanmış kişilerde insidans daha yüksektir, depresyon ayrılma ve boşanmalara sebep olabilir. Evlenmiş erkeklerde, evlenmemişlere göre daha sık depresyon görülmektedir, depresif erkekler karşı cinsle yeterince iyi iletişim kuramayabilirler. Evlenmiş kadınlarda, evlenmemişlere göre depresyon oranı daha sıktır, benlik saygısı düşük kadınlar eşlerini suistimal eden ve işlevselliği iyi olmayan eşler olabilirler (12,18,19).

4.2.5. Sosyal ve kültürel durum: Depresyon genellikle gelişmekte olan ülkelerde, maddi durumu kötü, eğitim seviyesi düşük, çalışmayan, ailesi ve çevresiyle sosyal iletişim becerisinden yoksun, çok erken yaşta evlenen, eşlerinden yeterince ilgi ve destek göremeyen kadınlarda görülür (10,20,21). Depresif belirtilerde toplumların kültürlerine göre farklılıklar olabilmektedir. Örneğin,

Hiristiyan toplumlarında ağır çökkünlüklerde günah veya büyük suç işlemiş olma duygusu sık belirtilirken, ülkemizde ve diğer gelişmekte olan ülke toplumlarında somatik belirtiler daha sık gözlenmektedir (22).

4.2.6. Kişilik özellikleri: Bu kişiler genellikle kimseyi incitmemeye, herkesi hoşnut etmeye, iyiliksever olmaya eğilimli, aşırı duyarlı, titiz, sorumluluk duygusu güçlü, yakınlarına aşırı bağımlı, mükemmeli arayan, onurlarına düşkün, öfkelerini dışa vurmayan, çabuk etkilenen ve üzülen kişilerdir. Depresif kişilerin hastalık nedeniyle benlik saygıları düşüktür, kendilerine karşı acımasızdırlar ve kendilerini cezalandırma eğilimindedirler. Hastalar geçmiş yaşantılarına bakarak kendilerini suçlayabilecekleri hataları bulmaya çalışırlar, sürekli olarak yetersizlik duyguları içindedirler. Depresif hastalar işte evde, sosyal alanda uyum problemleri yaşarlar ve sıklıkla sinirlilik, kişiler arası sürtüşme ve zayıf iletişimi içeren tarzda yakın ilişkileri sürdürmede önemli problemler yaşarlar. Bu kişilik özellikleri, bazen depresyondan önce de olabilir, depresyonlu ruh hali geçtikten sonra bile çoğu zaman düzelmediği gözlenmiştir (3,22,23).

4.3. Etyoloji

Bugün depresyonun etyolojisi ve fizyopatolojisine ilişkin birçok araştırma yapılmasına karşın, bu hastalığın tam nedeni henüz belirlenememiştir. Depresyonun oluşmasında genetik, biyokimyasal, psikodinamik ve psikososyal etkenlerin rolü olduğu kabul edilmektedir (23).

4.3.1. Kalıtım: Aile ve kalıtım araştırmaları duygudurum bozukluğu olanların birinci derece akrabalarında hastalanma riskinin belirgin olarak yüksek olduğunu bildirmektedir. Yineleyici çökkünlük geçiren hastaların birinci derece akrabalarında hastalanma riski genel nüfustaki riske göre iki-üç kat daha yüksektir (3,12,14). İkiz çalışmalarında, tek yumurta ikizlerinde major depresif bozukluk için eş hastalanma oranı yaklaşık %50 (3 veya daha fazla nöbet geçirmiş olanlarda %59, 3'ten az nöbet geçirenlerde %33) iken, çift yumurta ikizlerinde bu oran %10-25 kadardır. Duygulanım bozukluğu olan ebeveynlerin evlat edinilen biyolojik çocuklarında, duygulanım bozukluğu olmayan evlat edinen ailelerde yetişmiş olsalar bile bir duygudurum bozukluğu riskinin artmış olduğu gözlenmiştir (3,14).

4.3.2. Biyokimyasal etkenler: Biyolojik aminlerden noradrenalin ve serotonin, duygudurum bozukluklarının patofizyolojisiyle en çok ilişkili iki nörotransmitterdir (14,22). Korku, bunaltı, öfke gibi duyguların oluşunda adrenalin ve noradrenalinin önemi eskiden beri bilinmektedir. Noradrenalin düzeyini azaltan metildopa, propranolol ve reserpin gibi ilaçların çökkünlüğe neden olabilmesi, noradrenalinin sinaptik kavşakta artmasına yol açan amfetaminin öfori doğurması bu varsayımı desteklemektedir (22).

Serotoninin uyku-uyanıklık, yeme isteği, libido, beden ısısı gibi işlevlerde önemli düzenleyici görevi vardır. Serotonin azalması depresyonu tetikleyebilir ve özkıyımaya ilişkin düşünceleri olan hastalar düşük BOS serotonin metabolitleri ve düşük trombosit serotonin gerilim bölgeleri konsantrasyonuna sahiptir. Selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSGİ)'nin ve öteki serotonerjik antidepressanların depresyon tedavisinde etkili olmaları serotoninin depresyonun patofizyolojisine katıldığına işaret etmektedir (14,22).

4.3.3. Psikodinamik etkenler: Depresyonun kayıp sonrası oluşumu ve semptomatik olarak öfkenin kendine yönelmesi psikanalitik düşüncenin günümüze değin oluşan mirasının bir parçasıdır. Freud sevilen objenin gerçek ya da hayali olarak kaybı ya da tehdidi sonucu libidonun ambivalan olarak bağlandığı objeden geri çekilerek introjeksiyon yoluyla kendi benliği üzerine yatırıldığına inanmıştır. Katı üst benlik yüzünden kişi kaybedilen objeye duyduğu öfkeyi kendine yöneltir ve bunun sonucu hastanın egosu tarafından içe alınan nefret nesnesini yok etmek için intihar girişimleri görülebilir (22,23).

4.3.4. Psikososyal stresler: Ekonomik sorunlar, aile sorunları, iş yaşamındaki çatışmalar, emeklilik, beden sağlığının bozulması, benliği örseleyici durumlarla karşılaşma, sevilen birinin kaybı gibi yaşam olayları psikososyal stresörler olarak sayılabilir (3,22,23).

Depresyonun gelişimindeki önemli yaşam olayları, 11 yaşından önce bir ebeveynin kaybı, eş kaybı ve işsizliktir. Çalışmayan kişiler, çalışanlara kıyasla üç kat daha fazla major depresif dönem geçirme eğilimindedir (14).

4.4. M. Depresyonun Klinik Bulguları

MD belirtileri günler ve haftalar içinde gelişir. Çoğu zaman da depresyon nöbeti, psikososyal stresi (yakının kaybı, boşanma, doğum gibi) takiben hızla gelişebilir. Depresyonda erken belirtiler, genellikle yaygın bunalıt, yorgunluk, enerji kaybı ve uykusuzluk biçiminde olup bunu temel belirti olan çökkün duygu hali izler. Bu durum, sabit bir hüznün, kasvetlilik duygusu, neşesizlik, umutsuzluk, karamsarlık ve gülmeyi güç ya da imkansız kılan duygusal tepki vermede kısıtlılık halidir. Bununla birlikte depresyonda diğer yaygın belirtiler iştahsızlık veya kilo kaybı, uykusuzluk, enerji azalması veya yorgunluk, ajitasyon ya da retardasyon, cinsel konulara ve olağan faaliyetlere ilgisizlik, değersizlik veya suçluluk duyguları, dikkatini toplayamama ya da konsantre olamama yakınmalarıdır (3,12,24).

Ağır bir biçimde çökkün duygulanım MD için son derece karakteristiktir. Hastalar için hayat anlamsız ve gelecek umutsuz olup bu durum hiç düzelmeyecektir. Sosyal geri çekilme ile birlikte ağlamaklı konuşma, özensiz giyinme, kırışık alın, üzüntülü yüz ifadesi, düşük omuzlar,

kamburumsu, öne bakan görünüm tipik depresyonlu beden görünümüdür. Devinimler ve her türlü dışı vuran davranış çoğu kez yavaşlamıştır. Çok ağır durumlarda bazen hasta ilgisiz, duygusuz gibi görünebilir, ilişki kurmak zor olabilir. Kadınların %75'inde, erkeklerin hemen hemen yarısında psikomotor ajitasyon görülür ve hastalar bunu yerinde duramama, tedirginlik ve devamlı gezinme şeklinde dışı yansıtırlar. Gelişmekte olan ülkelerde depresyonlu hastalar daha çok ağrı, hazımsızlık, uykusuzluk, kabızlık, kilo verme, cinsel işlev bozukluğu, bitkinlik gibi bedensel ve işlevsel belirtilerden yakınmaktadırlar. Yine bu ülkelerde, depresyonlu bireylerin bir kısmı paranoid hezeyanlar da göstermektedir. İntihara ise batıya oranla çok daha seyrek rastlanmaktadır (3,14,22,23). Batı toplumlarında ise intihar oranı daha sıktır, Örneğin A.B.D'de yılda yaklaşık 50.000 kişi intihar sonucu hayatını kaybetmektedir. İntihar, bütün yaş grupları ve bütün ölüm nedenleri göz önünde bulundurulduğunda 7. sıradaki ölüm sebebidir. İstatistik sonuçlarına göre tekrarlayıcı MD'si olan ve tedavi edilmeyen hastaların %5-15'i intihar ile ölmektedir. İntihar sadece intihar edeni yok eden bir eylem değildir, aynı zamanda akrabalar, dostlar ve çalışma arkadaşları üzerinde de etkilidir (12).

MD'den kaynaklanan konsantrasyon ve dikkat bozukluklarının sebep olduğu kazaların sonucunda da ölüm ortaya çıkabilmektedir. MD'li hastalarda alkol kötüye kullanımı ve sigara içimi sık görülür ve her ikisi de sağlık problemlerini arttırıcı özelliklerdir. MD'li hastalar sıklıkla uykularını düzeltmek ve kendi kendilerine yardım etmek amacıyla alkol kullanabilirler. Trajik olan, alkolün geçici rahatlama sağlamasına rağmen altta yatan depresyonu ağırlaştırması sebebiyle kısır bir döngüye sebep olabilmesidir (12).

Depresyon yalnızca bireyi olumsuz etkilemez, aile, çevre ve ekonomik üretkenliği de olumsuz etkiler, bu nedenle depresyonlu hastalar erken tanınmalı ve tedavi edilmelidir. (3,22).

4.5. Major Depresyonun Alt Tipleri

4.5.1. Melankolik özellik gösteren: Melankolik özellikleri olan Major depresif bozukluk, genellikle şiddetli klinik belirtiler gösterir. Melankolinin ayırt edici özelliği reaktif olmayan depresif duygu durumu ve anhedonidir. Sadece alışılmış aktivitelerine ilgilerini kaybetmekle kalmaz, haz duygusunu yaşayamaz hale gelirler. Melankoliyi tanımlayan diğer depresif özellikler depresif duygudurumunun bir kayıp sonrası yaşanandan farklı olması, duygudurumun sabah kötüleşmesi, sabah çok erken uyanma, belirgin psikomotor retardasyon veya ajitasyon, belirgin iştah azalması veya kilo kaybı ve uygun olmayan şiddet ve içerikte suçluluk düşünceleridir. Hastanelere yatırılan MD'li hastaların yaklaşık %70'i melankolik özellik göstermektedir (3,12,14,24).

4.5.2. Atipik özellik gösteren: Atipik özellik gösteren depresyon, melankolinin tersine reaktif duygu durumu ile karakterizedir. Atipik depresyon melankolik depresyona kıyasla daha erken yaşlarda başlar. Hastalar melankolik tipin tersine iyi yaşam olayları ile kendilerini iyi hissedebilirler. Bu duruma ek olarak uyku ve iştahlarındaki değişiklikler, melankolik depresyonda olanlarla ters yöndedir. Ters nörovegetatif belirtiler olarak adlandırılan belirtiler, uyku, iştah ve libido artışı şeklindedir. Bu hastalarda özellikle akşam kendini kötü hissetmekle birlikte ağır letarji görülebilir. Kimi hastalar reddedilme ve eleştiriye aşırı duyarlılıktan (histeroid disfori) yakınabilirler (3,12,24).

4.5.3. Psikotik özellik gösteren: Hastaneye yatırılmış, şiddetli depresyonlu hastaların % 10-25'i psikotik özellikli olup, hezeyan, halüsinasyon, düşünce bozukluğu ve ciddi ölçüde uygunsuz davranışlar göstermektedirler. Hezeyanlar, depresyonda aynı zamanda güçlü intihar göstergesi olarak düşünülür. Psikotik depresyondaki hezeyanlar, hipokondriyak ya da nihilistik, suçluluk, günahkarlık, değersizlik ile ilişkili abartılı referans fikirler; halüsinasyonlarsa, adlarının çağrıldığı, kendilerine çeşitli kötülüklerle suçlayan, ölüme mahkum eden sesler işitme veya ölmüş yakınlarının görüntülerini görme biçiminde olabilir. Psikotik depresyonda intihar riski, psikotik olmayanlara göre daha fazladır. Psikotik düşünce biçimi, özellikle daha öldürücü metotların kullanımına yol açar. Hastalar intihar riskine karşı yatırılarak izlenmeli ve medikal tedavide antidepresan ve antipsikotikler birlikte uygulanmalıdır (3,14,24).

4.5.4. Katotonik özellik gösteren: Katotonik özellikle giden depresyon nadirdir. Balmumu esnekliği ile motor hareketsizlik veya amaçsız artmış motor aktivite, aşırı negativizm veya stereotipik hareketlerin eşlik ettiği tuhaf görünümlü istemli hareketler veya grimas ve ekolali-ekopraksi ile giden bir klinik tablodur (24).

4.5.5. Mevsimsel özellik gösteren: Bazen hastalar yılın belli dönemlerinde depresif episodlar gösterir. Sıklıkla mevsimsel duygulanım bozukluğu epizodları sonbahar ya da kışın başlayıp ilkbaharda düzeler. Ara sıra yazın da görülebilen, fakat kış aylarında daha sık görülen bu bozukluk, soğuk iklimlerde yaşayan genç kadınlar arasında (tüm hastaların %60-90'ı) daha yaygındır. Mevsimsel duygulanım bozukluğu klinik olarak hipersomni, anerji ve tatlılara aşırı düşkünlük ile karakterizedir. Tedavide özellikle ışık tedavisi ve SSGİ grubu antidepresifler etkilidir (3,23).

4.6. Major Depresyon tanı kriterleri

A. MD tanısı için DSM-IV-TR kriterlerine göre belirtilerin ya hastanın kendisi tarafından bildirilmesi (üzüntü ya da boşlukta hissetme) ya da hastadaki ağlamaklı, gözüyaşlı görünme gibi durumların başkaları tarafından gözlenmesi ile birlikte hastada hemen her gün görülen ve gün boyu

süren, tüm etkinliklere karşı belirgin ilgi azalması ya da hastanın etkinliklerden eskisi gibi zevk alamıyor olması yanısıra aşağıda liste halinde belirtilen kriterlerden beş ya da daha fazlasının en az iki haftalık bir süreçte hemen hemen her gün görülmesi gerekir.

1-Ya öznel bildirimle ya da başkalarının gözlemleriyle belirtilmiş günün büyük bölümünde ve hemen her gün süren çökkün duygudurum,

2-Tüm etkinliklere veya bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamama,

3-Hemen her gün diyet uygulamaksızın anlamlı kilo yitimi veya kilo alma ya da hemen her gün iştahta azalma veya artma,

4-Hemen her gün aşırı uykusuzluk ya da aşırı uyuma,

5-Psikomotor retardasyon ya da ajitasyonun olması,

6-Yorgunluk, bitkinlik ya da enerji kaybının olması,

7-Değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının olması,

8-Düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma,

9-Yineleyen ölüm düşünceleri, sadece ölmekten korkma değil özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması.

B. Bu belirtiler bir Mikst Epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

C. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D. Bu belirtiler bir madde kullanımının(örneğin kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örneğin hipotiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

E. Bu belirtiler yas'la daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitirilmesinden sonra bu semptomlar 2 aydan daha uzun sürer ya da bu semptomlar, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşıp durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir (8).

4.7. Kişilik Bozuklukları

Kişilik, genellikle bir kişinin objektif olarak gözlemlenebilen davranışları ile onun bildirdiği öznel iç yaşantılardan oluşmaktadır (14). Kişilik bozukluğu tanısı koyabilmek için her şeyden önce bireyin toplumsal uyumunda, düzenli iş tutabilmesinde, ilişkilerinde süreklilik sağlayabilmesinde önemli bozuklukların değişmeyen bir biçimde uzun süre bulunması gerekir (22).

4.7.1. Epidemiyoloji

4.7.1.1. Yaygınlık: Kişilik bozukluğunda yaygınlık oranları toplumdan topluma ve bir toplum içinde değişik kesimlere göre değişiklikler gösterir. Gelişmiş toplumlarda kişilik bozukluklarının yaygınlığı % 5-20 arasındadır. Gelişmekte olan ülkelerin çok hızlı sosyokültürel değişmelere ve çalkantılara uğrayan kesimlerinde de yaygınlık oranının yüksek olması beklenebilir. Psikiyatrik hastaların yaklaşık % 50'si kişilik bozukluklarından en azından bir tanesi için kriterleri karşılamaktadır (22,23).

4.7.1.2. Cinsiyet: Kişilik bozukluğu yaygınlığı erkeklerde kadınlara göre 4-5 kat daha fazladır. Bazı kişilik bozukluklarına erkeklerde daha sık tanı konulurken, bazı kişilik bozukluklarında kadınlarda daha çok tanı konur. Örneğin sınırda kişilik bozukluğu kadınlarda daha sık iken antisosyal kişilik bozukluğu erkeklerde daha sıktır (14,22,25).

4.7.1.3. Yaş: Kişilik bozukluğunun başlangıcı ergenlik ya da genç erişkinlik dönemine uzanır ve genellikle değişmeden uzun süre devam eder (14,23).

4.8. Etyoloji

4.8.1. Kalıtım: Kişilik bozukluklarının gelişiminde soya çekimin önemli rolü vardır. A.B.D' de 15.000 ikiz üzerinde yapılan bir araştırmaya göre kişilik bozukluğu eş hastalanım oranları tek yumurta ikizlerinde, çift yumurta ikizlerine göre birkaç kat daha fazla saptanmıştır (14).

4.8.2. Yapısal etkenler: Doğum sırasında veya doğumdan sonra merkezi sinir sistemini etkileyen durumlar kişilik bozukluğuna zemin hazırlayabilir. Örneğin, minimal beyin disfonksiyonu olan çocuklarda sonradan kişilik bozukluğu gelişme riskinin daha yüksek olduğu bilinmektedir (22).

4.8.3. Çevresel etkenler: Kişilik bozukluğunun gelişmesinde aile ve toplumsal çevrenin önemli etken olduğu bilinmektedir. Psikanalitik kurama göre belirli ruhsal-cinsel gelişme dönemlerinde saplanmaya yol açacak aile tutumları ya da koşulları belli kişilik yapılarının ve bunlara bağlı kişilik bozukluklarının ortaya çıkmasına yol açar. Örneğin obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu anal saplanmaya, histrionik kişilik bozukluğu ödipal saplanmaya bağlanır. Antisosyal kişilik bozukluğu düzensiz, güvensiz, ağır sosyoekonomik sorunları olan toplum kesimlerinde

sıktır. Ağır baskılar altında yetişen çocuklarda aşırı çekingen ya da antisosyal kişilik bozuklukları gelişebilir (14,22).

4.9. Kişilik Bozukluğu Türleri

4.9.1. A Kümesi Kişilik Bozuklukları

4.9.1.1. Paranoid Kişilik Bozukluğu: Paranoid kişilik bozukluğu olan bireyler kuşkucu, alıngan, kuruntulu kişilerdir. Başkalarının tutum ve davranışlarından kendilerine bir kötülük gelebileceği kuşkusu ile aşırı dikkatli, tetikte ve savunucudurlar. Çabuk alınırlar, başkalarının söz, bakış ve hareketlerini kendilerine karşı olumsuz yorumlamaya eğilim gösterirler. Aşırı kinci, kıskanç ve tartışmaya eğilimli, yakın ilişkilerden kaçınan, başkalarına karşı soğuk ve tepeden bakan, eleştiriyi kaldıramayan özellikleri vardır (22,23).

4.9.1.2. Şizoid Kişilik Bozukluğu: Şizoid kişilik bozukluğu olan bireyler yakın ilişkiler kurmaktan, topluma girmekten kaçınan, duygularını belli etmeyen içe dönük kişilerdir. Sessiz, uzak, yalnız kalmaya meyilli ve sosyal olmayan yapıdadırlar. Belirgin duygusal dalgalanma göstermezler; sevinçleri, üzüntüleri, öfkeleri dışardan pek belli olmaz. İlgileri ve eylemleri kısıtlıdır, tek başlarına rekabete dayanmayan işlerle uğraşabilirler. Kendilerine yakınlık gösterenlere soğuk davranarak uzaklaştırırlar (14,22).

4.9.1.3. Şizotipal Kişilik Bozukluğu: Şizotipal kişilik bozukluğu hastaları, dikkat çekecek derecede tuhaftırlar. Büyüsel düşünceler, garip görüşler, referans fikirler, illüzyonlar ve çevreyi yanlış algılamalar günlük yaşamlarının bir parçasıdır. Başkalarının görmediği şeyleri görme, duyma güçleri olduğuna, düşünme ve kavrama ile ilgili özel güçlerinin olduğuna inanabilirler. İç dünyaları çok canlı, hayali ilişkilerle dolu olabilir. Bu durumdaki kişilerde düşünce ve iletişim kurma bozulmuştur. Klinik olarak sınırda kişilik bozukluğunun belirtilerini gösterebilir, bazen her iki tanı birlikte konabilir (14,23).

4.9.2. B Kümesi Kişilik Bozukları

4.9.2.1. Antisosyal Kişilik Bozukluğu: Antisosyal kişilik bozukluklu bireyler yaşamlarının bir çok alanında bozukluk gösterirler. Çocukluk çağından itibaren yalancılık, hırsızlık, evden kaçma, kavgacılık, hayvanlara eziyet etme davranışları gösterirler. Çocukluk çağında davranım bozukluğu tanısı alan bu kişilere 18 yaşından sonra antisosyal kişilik bozukluğu tanısı konabilir. Yetişkin yaşta da süren antisosyal davranışlar nedeniyle sık sık karakollara düşerler, tutuklanırlar. Gördükleri cezalardan ders almazlar. Kurdukları ilişkilerde kısa sürede aldatıcı olurlar, dürtülerini engelleyemezler ve tüm bunları yaparken vicdan azabı duymazlar. Depresif şikayetlerle birlikte madde kullanımı sık gözlenir (14,26.).

4.9.2.2. Sınır Kişilik Bozukluğu: Bu kişilik bozukluğunda, bireyin kimlik duygusunda, ilişkilerinde, duygulanımında yaygın ve süregelen dengesizlik belirgindir. Sağlam bir kimlik duygusu gelişmemiştir. Çabucak düş kırıklığına uğrarlar, bunaltı, çökkünlük belirtileri gösterirler. Zaman zaman antisosyal davranışlar, madde kullanımı, kendilerine zarar verme eğilimleri gösterirler. Bağımlılık ve öfke hisleri nedeniyle kişiler arası ilişkilerinde düzensizlikler görülür. Yalnızlığı tolere edemezler ve bu nedenle tuhaf arkadaşlıklar ve gelişigüzel cinsel ilişkilerde bulunabilirler, daha çok kadınlarda görülür (15,23).

4.9.2.3. Histriyonik Kişilik Bozukluğu: Histriyonik kişilik bozukluğunda dikkati üzerine çekme isteği ve çabaları, olayları büyütme, dramatize etmeye, hatta yalan öyküler anlatmaya eğilim, abartılmış duygusal tepkiler ve beden, yüz hareketleri, çabuk etkilenme gibi özellikler bulunur. Gösterişli, çekici olmaya çalışırlar. Karşı cinsin ilgisini cezbederek kendilerini rahatlatmak için baştan çıkarıcı davranışlarda bulunabilirler. İnsanların dikkatleri kendi üstlerinde olmaz, onaylanma ve övgü görmezlerse sinir krizleri geçirirler, ağlarlar ve etrafı suçlarlar, kadınlarda görülme oranı daha fazladır (22,23).

4.9.2.4. Narsisistik Kişilik Bozukluğu: Narsisistik kişilik bozukluğu kendini aşırı derecede önemseme ve benzerinin olmadığı ile ilgili büyüklük hisleriyle karakterizedir. Böylesine yoğun beklentiler içinde kuşkusuz hayal kırıklıkları, incinmeler de sık olabilir. Bireyin benlik saygısı sanki hep dışardan gelecek ilgi, beğeni, onaylarla beslenmektedir. Eleştiriyi kaldıramazlar ve birisi onları eleştirdiği zaman öfkelenebilirler. Farklı olmak isterler, ünlü ve zengin olmak için, genellikle hırslı davranırlar. İlişkileri kırılmandır, yeterince eşduyum (empati) gösteremezler ve ilişkileri yalnız kendi çıkarları üzerine kurulmuştur (14,23).

4.9.3. C Kümesi Kişilik Bozuklukları

4.9.3.1. Çekingen Kişilik Bozukluğu: Çekingen Kişilik bozukluğunun temel klinik özelliği başkaları tarafından reddedilmeye karşı aşırı duyarlılık göstermeleri ve cesaretsizliktir. Sevildiğinden emin olmadıkça insanlarla ilişkiye girmek istemezler, mahcup olacağı ya da alay konusu olacağı korkusuyla yakın ilişkilerde tutukluk gösterirler. Yüzleri kızarır, elleri titrer ve bu durumu farkedilecek diye endişe ederler. Çekingen kişilik bozukluğu olanlar çoğunlukla kenar işlerde, sorumluluk gerektirmeyen meslek alanlarında çalışırlar ve sıklıkla yakın arkadaşları ve dostları olmaz (14,22).

4.9.3.2. Bağımlı Kişilik Bozukluğu: Yalnız başlarına karar veremeyen, özerk girişim yapamayan, eyleme geçemeyen, sorumluluk alamayan bu kişiler yetişkin çağın doğal beklentileri karşısında bir çocuk gibi çaresiz kalabilirler. Yaşamlarındaki önemli durumların sorumluluğunu başkalarına bırakırlar, kendilerine güvenleri yoktur. Karamsarlık, kendine güvensizlik, pasiflik,

cinsellik ve öfke duygularını ifade etme korkusu bağımlı kişilik bozukluğu hastalarının karakterize davranışlarıdır (22,23).

4.9.3.3. Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu: Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olan hastalar, aşırı şekilde, kurallarla, düzenlilikle, intizamlı, temizlikle, ayrıntılarla ve mükemmeli başarma ile uğraşırlar. Bu kişiler tipik olarak düzenlilik endişelerini ve mükemmelliyetçiliklerini, onları diğerlerinden daha üstün yapan olumlu bir özellik olarak görürler. Şekilci, ciddi ve gülme hislerinden yoksundurlar. İnsanlara karşı soğukturlar, uzlaşamazlar ve isteklerinin karşılanması için başkalarını zorlarlar çünkü başkalarının yaptıklarını beğenmezler ve başkaları ile beraber çalışmayı reddedebilirler (14,23).

4.9.4. Başka Türü Adlandırılmayan Kişilik Bozukluğu Türleri

4.9.4.1. Pasif Agresif Kişilik Bozukluğu: Pasif agresif kişilik bozukluğuna sahip bireyler kendisinden birşeyler talep eden kişilere karşı pasif direniş ve olumsuz tutumlar sergilerler. Bu isteklere dolaylı olarak kızarlar ve karşı çıkarlar. İşi ağırdan alıp, inatçılık, kasıtlı verimsizlik ve bellek yanılsamaları sergilerler. Bu bireyler sürekli somurtkan, tartışmacı ve alaycıdırlar. Başkaları tarafından takdir edilmemekten, yanlış anlaşılmaktan yakınırırlar ve eleştirileri mantıksız bulurlar. Kişiler arası ilişkilerde mutsuz olurlar, yaşamdan gerçekten ne istediklerini hiçbir zaman bilemezler (22,23,8).

4.9.4.2. Depresif Kişilik Bozukluğu: Depresif kişilik bozukluğu sürekli depresif düşünceler ve davranışlarla karakterizedir. Bu bireyler sıkıcıdırlar ve düşük benlik saygıları vardır. Kendi kendilerine karşı acımasızdırlar ve diğerlerini yargılama eğilimindedirler. Sakin, pasiftirler ve kendilerine güvenmeme eğilimindedirler. Bozukluk MD'den, kronikliği ve uyku ya da iştah bozuklukları gibi depresyonun somatik belirtilerinin yokluğuyla ayrılabilir (23,8).

4.9.4.3. Sadomazoşistik Kişilik Bozukluğu: Sadizm ve mazoşizm özel cinsel bir sapma türü için kullanılan terimlerdir. Fakat çağımızda daha çok özel bir kişilik bozukluğu için kullanılmaktadır. Bu kişiler başkalarına eziyet etmeyi ve eziyet çekirtmeyi, ya da eziyet edilmeyi, eziyet altında kalmayı yaşama biçimi olarak benimsemişlerdir (22).

4.10. Postpartum Psikiyatrik Belirtiler

Doğum sonrası dönem anne için fizyolojik ve anatomik değişikliklerin yanı sıra yeni rol ve sorumlulukların öğrenildiği zor bir dönemdir. Anne, yeni rollerini öğrenmek, bebekle iletişim kurmak, bebeğe bakım vermek, bebek ile ilgili sorunlarla baş etmek zorunda kalmaktadır. Bir yanda anne olma sorumluluğu diğer yanda annelik rolü ile ilgili duygular kadının ruhsal uyumunu bozabilmektedir. Bir çok kadın, gebelik ve doğumla birlikte ortaya çıkan fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere kolay uyum sağlarken, uyum sağlayamayan kadınlarda çeşitli düzeylerde ruhsal sorunlar ortaya çıkmaktadır (2,15).

Doğum sonrası dönem sırasında kadınların, hayatın diğer dönemlerine göre psikiyatrik hastalık gelişimi açısından çok daha yüksek risk altında oldukları ileri sürülmektedir (27,4). Bununla birlikte doğum sonrasında gelişen duygulanım bozukluğunun, yaşamın diğer dönemlerinde meydana gelen duygulanım bozukluklarından anlamlı düzeyde farklı olmadığını ileri süren görüşlerde vardır. Cox ve ark. postpartum dönemdeki kadınlar ve postpartum dönemde olmayan kadınlarda yaptıkları 6 aylık prevalans çalışmasında, postpartum dönemdeki kadınlarla postpartum dönemde olmayan kadınlar arasında anlamlı fark olmadığını, fakat postpartum dönemdeki kadınlarda ilk 5 hafta boyunca major ve minor depresyon oranında, postpartum dönemde olmayan kadınlara göre üç misli artış olduğunu bildirmişlerdir (27).

Doğumdan sonra ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklar genelde bebek hüznü (blues), PPD ve postpartum psikoz olmak üzere üç kısma ayrılmaktadır (7,28).

4.11. Bebek Hüznü (Baby Blues)

Doğumdan sonraki ilk haftada meydana gelen ve genellikle tedavi edilmeksizin saatler ya da günler içerisinde düzelen hafif bir depresyon ve duygusal oynaklık durumu olup yeni annelerin bir çoğu tarafından yaşanmaktadır (3,4).

Bebek hüznü yaygınlık oranı kullanılan yöntemlere göre değişmekle birlikte araştırmalarda %30-85 olarak bulunmuştur (4,29,30).

Belirtiler üzüntü, duygusal oynaklık, anksiyete, irritabilite, gözü yaşlılık, ağlama, eleştiriye aşırı duyarlılık, uyku bozuklukları olarak görülmektedir. Bu belirtiler genellikle doğumdan sonra dördüncü yahut beşinci günlerde zirve yapar ve iki hafta içinde kendiliğinden düzelir. Ayrıca kadınların işlevselliğini ve bebeklerine bakımını etkilemez (3,11).

Belirtilerin şiddeti azalarak kaybolur.Tedaviye gereksinim duyulmaz. Ancak belirtiler beklenen süre içerisinde geçmediyse, depresyona dönüşme riski açısından dikkatli olunmalıdır.

Bebek hüznü yaşayan anneler, ailesi ve sağlık personeli tarafından desteklenmeli, bebek hüznüyle nasıl baş edecekleri konusunda bilgilendirilmeli, bebek bakımı ve yenidoğan sağlığına ilişkin bilgi eksiklikleri saptanarak giderilmelidir. Duygusal destek ve bilgilendirme gibi psikoterapik girişimler bu süreci aşmada yararlı olmaktadır (3,29,31).

Etyolojide birçok hormonal ve sosyodemografik etken araştırılmasına rağmen sonuçlar çelişkilidir. Bebek hüznünün başlangıç zamanlaması doğum sonrası östrojen ve progesteron düzeylerinin ani düşüşü ile eş zamanlı olması, onun endokrin bir fenomen olabileceğini düşündürmektedir. Bundan başka plazma triptofanındaki doğum sonrası beklenen artışın olmaması, değişmiş platelet MAO aktivitesi ve daha yüksek serum kortizol düzeyleri ile ilişkisi olabileceği düşünülmektedir (27). O'Hara ve ark. hamilelik döneminde yaşanan depresif belirtilerin, postpartum "bebek hüznü" başlangıcının öncüsü olduğunu bildirmişlerdir (27,29). Genelde bu durumun normal olarak değerlendirilmesi gerektiği ve annelere sabır ve güven vermenin önemli olduğu belirtilmektedir (3).

4.12. Postpartum depresyon

PPD, doğumdan sonraki ilk dört haftada ortaya çıkan MD olarak tanımlanmaktadır (10).

4.12.1. Postpartum depresyon görülme sıklığı: Doğum olayının en sık komplikasyonu olan PPD yaygınlığı, kullanılan yöntem farklılıklarından dolayı değişik oranlar verilmekte ise de araştırmalar yeni doğum yapan kadınların yaklaşık %10-15'inde PPD geliştiğini göstermektedir (29,32). Postpartum dönemde DSM-IV kriterleri esas alınarak Yonkers ve ark. A.B.D'de 802 kadında yaptıkları bir çalışmada PPD sıklığını % 5.2 olarak bildirmişlerdir (6). Chandran ve ark. ICD-10 tanı kriterlerine göre Hindistan da 359 kadında yaptıkları bir çalışmada PPD sıklığını %11 olarak bulmuşlardır (33). Kitamura ve ark. Japonya da DSM-III-R kriterlerini kullanarak 290 kadında yaptıkları bir çalışmada ise PPD sıklığını % 5 olarak bildirmişlerdir (34).

4.12.2. Postpartum depresyon belirtileri: Belirtiler tipik olarak ilk altı haftada ortaya çıkar ve vakaların çoğu tedaviye ihtiyaç duyarlar (32). PPD'nin belirtileri duygusal oynamalar, ağlama, karamsarlık, suçluluk, bebek bakımında yetersizlik, doğum ve annelik becerisi konusunda kendini suçlu hissetme ile karakterize olup genel halsizlik, konsantrasyon bozukluğu, irritabilite, anksiyete, unutkanlık gibi belirtilerdir (5,16,32).

PPD'yi klinik olarak diğer depresyon türlerinden ve doğum sonrası annelik hüznünden ayırt etmek güç olabilir. Bununla birlikte PPD'de aileye karşı ilgisizlik ve bebeğe karşı zıt duygular besleme ön plandadır (10). PPD'de postpartum olmayan depresyondan farklı olarak psikotik belirtiler daha sık görülür, tablo akşamları daha kötüdür, daha kısa sürer ve daha az özkıyım

düşüncesi vardır. Ayrıca çökkün ruh hali, ilgi kaybı, zevk alamama, günlük işlere karşı isteksizlik, iştah kaybı ya da artışı, hemen her gün aşırı uyuma ya da uykusuzluk, sıkıntı, huzursuzluk, ajitasyon, kendini yorgun, bitkin, halsiz, yalnız, değersiz, suçlu hissetme, dikkatini bir noktaya toplayamama, çabuk öfkelenme, nedensiz ağlama nöbetleri, çaresizlik, umutsuzluk gibi bulgulara da rastlanmaktadır (14,37). PPD'yi postpartum uyum reaksiyonlarından ayırt etmek amacıyla yapılan bir çalışmada, uyku bozukluğu, beslenme bozukluğu, kilo kaybı, cinsel isteksizlik gibi belirtilerin normal doğum sonrası dönemde de görülebildiği, ancak enerji kaybı, duygudurum bozukluğu belirtileri, suçluluk duyguları, bir işe yoğunlaşamama, ilgi-istek kaybı gibi belirtilerin yalnızca depresif annelerde görüldüğü saptanmıştır (7).

4.12.3. Postpartum depresyon risk faktörleri: Anne açısından gebelik ve doğum, biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimin yaşandığı, uyum gerektiren, sağlıklı annelerde bile kaygı artışı, duygusal dalgalanmalar gibi ruhsal bozuklukların görülebildiği bir dönemdir. PPD anneden kaynaklanan nedenlerle birlikte psikososyal ve çevresel nedenlerin etkisi ile oluşan bir ruhsal bozukluktur (38). Bu etkenlerden zayıf aile ve evlilik ilişkileri, yakın geçmişte olan önemli yaşam olayları, sosyal destek yetersizliği, çocukluk döneminde aile ilişkilerinde bozukluklar, menstrüasyon ile ilgili problemler, düşük sosyoekonomik düzey, düşük doğum ağırlığı, erken doğum, doğum sonrası depresyon etkili faktörler olarak düşünülmektedir (39,40,41,42). Beklenmeyen bir erken doğum ve erken doğan bebeğin yoğun bakıma yatırılması anneye ilave psikolojik stres yaratmaktadır. Yapılan bir çalışmada erken doğum yapan annelerde PPD insidansının zamanında doğum yapan annelerden daha yüksek olduğu belirtilmiştir (38).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada erken doğum yapan annelerde depresyon insidansı anlamlı ölçüde yüksek (%54.7) bulunmuştur. Çalışmada erken doğan bebeklerin annelerinde depresyona en fazla neden olabilecek risk faktörlerinden anne yaşı, medeni durum, gebeliğin gerçekleşme şekli, çoğul gebelik varlığı, sosyoekonomik durum, eğitim düzeyi araştırıldığında gruplar arasında risk faktörleri açısından fark saptanmamıştır. Kronik akciğer rahatsızlığı, intraventriküler kanama gibi hayatı tehdit eden hastalıkları bulunan bebeklerin annelerinde depresyonun daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (38). Evlilik uyumsuzlukları, ilişkilerde yaşanan güven eksikliği ve önceki yıllarda yaşanmış olumsuz yaşam olayları PPD gelişimi ile ilişkili olabilir. Bazı çalışmalarda annede ve ailede depresyon hikayesinin olması ile annede PPD gelişimi arasında pozitif ilişki olduğu rapor edilmiştir (27,32,43).

Kavramsal olarak hamilelik, mutlulukla birlikte duygusal dalgalanmaların da arttığı bir dönemdir. Son dönemde yapılan bir çok çalışma, hamilelik döneminde görülen depresyon oranının çokta seyrek olmadığını ve postpartum döneme benzer bir oranda bulunduğunu, gebelik dönemindeki mevcut anksiyete ve depresyon ile postpartum dönemdeki depresif belirtilerin

ilişkinin göstermektedir. Dean ve ark. yaptıkları çalışmada postpartum dönemde depresif olan kadınların % 50' den daha fazlasının belirtilerinin hamilelik döneminden itibaren devam ettiği rapor edilmiştir (27).

PPD'nin ortaya çıkışının, belirtileri destekleyen ve biçimlendiren kültürel faktörlerin doğrudan sonucu olduğu, batılı toplumlarda çocuk doğumuna ilişkin özel destekleyici ritüellerin eksikliğinin postpartum depresyonun gelişimine neden olduğu düşünülmektedir. Yahudi kadınlarda yapılan bir çalışmada sosyal ve toplumsal yapılar ve iyi tanımlanmış sosyal rollerle birlikte, postpartum depresif belirtilerin anlamlı ilişkisi bulunmuştur. Bu bulgular rol tanımlarını, toplumsal destek ve ritüelleri içeren kültürel faktörlerin postpartum depresyonun insidansını belirlemek için yapılan araştırma sonuçlarındaki farklılıkları açıklayabilir (44).

Kişilik bozukluklarının depresif bozuklukların gelişiminde önemli bir etken olduğu bilinmektedir. Yapılan çalışmalara göre kişilik bozuklukları ile depresif bozuklukların komorbiditesi % 13.7 ile % 33.3 arasında değişmektedir. Genel popülasyonda yapılan bir çalışmada kişilik bozukluğu prevalansı % 5.9 ile % 13.4 arasında bulunmuşken, birinci basamakta görülen depresif hastalar arasında kişilik bozukluğu komorbiditesi % 25'in üzerinde bulunmuştur (45). C kümesi kişilik bozuklukları (çekingen, bağımlı, obsesif) ve depresyon ilişkisini temel alan bir çalışmada, kişilik bozukluğu ile birlikte depresyonu olan hastalar diğer depresif hastalara göre daha uzun süre depresif belirtileri yaşamakta ve iyileşme oranları daha düşük olmaktadır (46).

Bu çalışmalar sonucunda annede var olan kişilik bozukluğunun postpartum dönemde depresyon gelişimine yatkınlık yaratabileceği düşünülebilir. Yapılan bir çalışmada sinirli, öfkeli veya utangaç, çekingen, karamsar annelerin postpartum dönemde depresyon gelişimine yatkınlık gösterdikleri bulunmuştur (32).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada PPD gelişimindeki yüksek risk etkenleri işsizlik, düşük eğitim düzeyi, yoksulluk, yetersiz aile ilişkileri, erken yaşta evlilik, yetersiz sağlık hizmetleri, mental hastalıklar, planlanmamış hamilelik, doğum öncesi bakım yetersizliği, erken yaşta hamile kalma, düşük yapma olarak tespit edilmiştir. Yine bu çalışmada bebeğin cinsiyeti ile depresyon gelişimi arasında bir risk olduğu tespit edilmiş ve kız çocuğu sahibi olan annelerde depresyon gelişimi açısından daha yüksek bir risk olduğu gözlenmiş ve bu durum, kültürel olarak erkek çocuğunun daha fazla tercih edilmesiyle ilişkilendirilmiştir (41).

Bazı araştırmacılar anne sütü ile beslenme ve PPD ilişkisine odaklanmışlar ve emzirme ile Edinburg postnatal depresyon skalası (EPDS) skorları arasında güçlü bir ilişki tespit edememişlerdir. Ölü doğum öyküsü olan annelerde postpartum dönemde depresyon gelişme riski, ölü doğum öyküsü olmayan annelere göre daha yüksektir, ayrıca bu anneler 3. trimesterde

depresyon ve anksiyete gelişimine daha yatkın olmaktadır. Ayrıca yapılan bir çalışmada sezeryanla doğum yapan annelerde, vaginal doğum yapanlara göre daha yüksek oranda postpartum depresyon geliştiği bildirilmiştir (47).

4.12.4. Postpartum depresyon etyolojisi

4.12.4.1. Biyolojik faktörler: Gebelik ve doğum sonrası dönemde bir çok hormonal değişiklikler gözlenir. Hamilelik dönemi boyunca yüksek düzeylerde seyreden östrojen ve progesteron seviyelerinde doğum sonrası gözlenen ani düşüş, PPD etyolojisinde önemli bir etken olarak düşünülmektedir (16,27). O'Hara ve ark. doğum sonrası 9. haftada Beck depresyon ölçeği kullanarak yaptıkları bir çalışmada hamileliğin 36 haftası süresince ve postpartum 2. günde ölçülen serum östradiol seviyelerinin depresif kadınlarda, depresyonu olmayan kadınlara göre daha düşük seviyelerde olduğunu bulmuşlardır. Benzer sonuçlar gebeliğin 34, 38. ve postpartum dönemin 1,3,4,6 ve 8. günlerinde ölçülen östradiol sonuçlarıyla da elde edilmiştir. Östrojen ve progesteron gebeliğin üçüncü trimesterinin sonunda menstrüel siklustaki en yüksek seviyelerine 10 ve 50 katına çıkarlar, doğumdan sonra da normal seviyelerine dönerler (27).

Östrojenin serotonerjik, noradrenerjik, dopaminerjik, GABA gibi bir çok nörotransmitter sistemini modüle ettiği ve gen ekspresyonu gibi diğer beyin aktivitelerini etkilediği bilinmektedir (27,48,49). Östradiol çekilmesinin dopamin aşırı duyarlılığı ve beyindeki dopamin transporter mRNA seviyelerinde artma ile sonuçlandığı ileri sürülmüştür. Ratlarda progesteronun seviyesinin düşmesi ise benzodiyazepinlere GABA-A duyarsızlaşması ile sonuçlanmıştır. Doğum sonrası dönemde düşen gonadal steroid düzeyleri santral serotonerjik aktiviteyi azaltabilmektedir (27). Östrojen beyinde MAO ve 5HT2 aktivitesini azaltarak, 5HT1 reseptörlerin aktivitesini arttırarak etki eder. Bu birleşik etki östrojenin serotonerjik fonksiyon üzerinde 5HT agonisti gibi etki göstermesine neden olur. Üstelik östrojen duyarlılığı noradrenerjik aktiviteyi arttırır ve dopamin 2 reseptörlerini azaltır. Östrojenin santral nörotransmitter fonksiyona dönük bu kombine etkisi östrojenin antidepresan etkisinin yanında antipsikotik etkisinin de olabileceğini düşündürmektedir (48).

Gebelik esnasında HCG'nin tiroid bezi üzerinde TSH benzeri etkisi vardır. Gebelikte ayrıca artmış östrojen düzeyine sekonder TBG' de artar. Sonuç olarak da gebelikte tiroid bezi büyüyebilir, total T3, total T4 ve TSH artar. FT3, FT4 ise normal sınırlarda kalır. Yükselen tiroid hormonları doğum sonrasında düşer, ayrıca doğumdan sonraki ilk 6 ayda kadınların % 6'sında tiroid disfonksiyonu gözlenir. Mikrozomal ve tiroglobulin antikoru pozitif ve negatif olan anneler, PPD yönünden karşılaştırıldığında antikoru varlığı ile depresif duygudurum arasında bağlantı olabileceği gösterilmiştir. Tiroksin düzeyinin doğumdan sonra düşmesinin bir grup kadında doğum

sonrası depresyon gelişiminde rolü olabileceği ileri sürülmektedir. Bununla birlikte PPD ile tiroid disfonksiyonu arasında açık bir ilişki bulunmamıştır (27).

PPD'si olan ve olmayan kadınlarda yapılan hormonal ölçümler çelişkili sonuçlar vermektedir. Çalışmaların verilerine göre anormal üreme endokrin fonksiyonları ile PPD gelişimi arasında bir sonuç bulunamamıştır. Bununla birlikte üreme hormon değişikliklerinin meydana geldiği postpartum periyotta depresyon riski artabilir ve genel kanı da hormon seviyelerindeki hızlı düşüşün duyarlı kişilerde depresyonun ortaya çıkışında büyük önemi olduğu şeklindedir (27). Bloch ve ark. yapay uyarıyla östrojen serum seviyelerinde ani düşüşle birlikte PPD öyküsü olan kadınların %63'ünde depresyon ortaya çıktığını belirtmişlerdir (49).

4.12.4.2. Psikososyal faktörler: Çocuk sahibi olmak kadın için bir kazanç olmakla birlikte beden algısında, sosyal ilişkilerde, aile içindeki ve toplum içindeki rollerde değişiklikler, entelektüel yetilerde kayıp algısı, bağımsız kadın rolünden sorumlu, geleneksel kadın rolüne geçiş gibi kimliğe ilişkin değişikliklerin yaşanması, kadında depresyon gelişimine yatkınlık yaratabilmektedir (31,50).

Psikanalitik kurama göre postpartum depresyonda bağımsız kendiliğin kaybı yaşanmaktadır. Gebeliğin sonrasında fetüsün doğumuyla bu olay bedensel yakınlığın kaybı olarak düşünülmekte ve sevilen birinin kaybını hatırlatabilmektedir. Bağımsızlığın, önceki yaşam biçimi ve sosyal statünün, beden imajının kaybı yaşanmakta, bunun sonucu depresyon ortaya çıkmaktadır (7,51).

4.12.4.3. Diğer faktörler:

4.12.4.3.1. Kalıtım: Postpartum mizaç bozukluğu gözlenen kadınların birinci derece akrabalarında mizaç bozukluklarının yaşam boyu prevalansı genel nüfustan çok daha yüksektir. Bu da olası kalıtsal ya da ailesel etkenlere işaret etmektedir (27,32).

4.12.4.3.2. Serum Kolesterol düzeyleri: Düşük serum kolesterol düzeyleri ile şiddet, intihar davranışı ve depresyon arasındaki ilişki iyi tanımlanmıştır. Sözkonusu ilişkide de ana rolü serotonin oynamaktadır. Depresyon, şiddet ve intihar davranışlarında serum kolesterol seviyeleri düşük bulunmuştur (52).

Serum kolesterolü gebelik süresince yükselmekte ve doğumu takiben hızla düşmektedir (52,53). Yapılan bir çalışmada postpartum başlangıçlı depresyona sahip kadınlarda serum kolesterol ve LDL düzeyleri postpartum başlangıçlı olmayan depresyonlu kadınlara göre istatistiksel olarak daha düşük bulunmuştur (53).

4.13. Postpartum depresyon tedavisi

Tedavide öncelikle riskin yüksek olduğu kadınlar belirlenip takip edilmelidir. Özellikle risk altındakiler olmak üzere bütün bireylerde postpartum iki haftadan uzun süren emosyonel yakınmalar, klinisyeni depresyon açısından daha fazla sorgulama yapması yönünde uyarıcı olmalıdır. Erken tanı konulamazsa belirtiler kronikleşip tedaviye dirençli duruma gelebilir (54,55).

PPD'li hastaların kendisine ve bebeğine zarar verme potansiyeli sorgulanmalı ve gerektiğinde hemen yatırılarak tedavi altına alınmalıdır (3,20).

Suisidal düşünce ya da majör fonksiyonel bozulma (sosyal çekilme, hijyene dikkat etmeme, bebeğine yeterli bakım verememe gibi) olmaksızın depresif semptomlar bildiren kadınlar yavaş gelişen bir depresif epizodun olup olmadığı veya semptomların hafifleyip hafiflemediğini belirlemek için dikkatlice izlenmelidir. (36,56).

PPD tanısı alan bütün kadınlarda geçmiş psikiyatrik öykü, kişilik bozukluğu, madde kullanımı dahil geniş kişisel-ailesel hikaye alınmalı ve fizik muayene yapılmalıdır. Duygudurum değişikliklerine yol açabilen tiroid disfonksiyonu postpartum periyotda daha sık görülmesi nedeniyle altta yatabilecek herhangi bir tıbbi nedene ait en ufak şüphede gerekli laboratuvar tetkikleri yapılmalıdır. Hipotiroidizm veya hipertiroidizmi olan kadınlarda tiroid hormon bozukluğunun tedavisi ile birlikte sıklıkla depresyon tedavisi yapılması da gerekmektedir (57).

4.13.1. Medikal tedavi: Postpartum başlangıçlı MD tanısı konan kadınlara antidepresan tedavi başlamak uygun bir yaklaşımdır. SSGİ grubu ilaçlar ilk seçenek olmalıdır. Çünkü yüksek dozlarda alınsa bile toksik etkileri son derece düşüktür. Bununla birlikte hastanın daha önce cevap vermiş olduğu herhangi bir antidepresan sınıfından ilaç varsa tedavide gözönüne alınmalıdır. Uyku sorunu yaşayan hastalarda Trisiklik Antidepresanlar (TSA)'da kullanılabilir. Depresyona ek olarak belirgin anksiyetesi olan hastalarda kısa dönem benzodiyazepin uygulanması faydalı olabilir (11,57).

Yeni doğum yapmış kadınlar ilaçların yan etkilerine sıklıkla duyarlı oldukları için önerilen ilaç dozlarının yarısı ile tedaviye başlanmalı, hasta remisyona girene kadar tolere edebildiği ölçüde yavaşça artırılmalıdır (57,58,59). Eğer hasta 6-8 haftalık bir tedaviye yanıt vermişse hasta tam remisyona girdikten sonra relapsı önlemek için en az altı ay daha aynı dozda tedaviye devam edilmelidir. Eğer 6 hafta sonunda yanıt yoksa hastanın tanı ve tedavisi yeniden gözden geçirilmelidir (57).

4.13.2. Hormonal tedavi: Hormonlarla yapılan bir çalışmada transdermal östradiol plasebo ile karşılaştırıldığında birinci ay süresince depresyon skorlarında östradiol alan grupta anlamlı

azalma meydana gelmiştir. Ancak bu çalışmada hastaların yarıya yakını aynı zamanda bir antidepresan ilaç da aldığı için östradiolün tek başına etkisi açık değildir (57).

Yapılan diğer bir çalışmada ICD-10 kriterlerine göre postpartum başlangıçlı depresyon tanısı alan ve daha önceden östrojen yetersizliği tespit edilen iki vaka dil altı östradiol tedavisine olumlu yanıt vermişlerdir. Hastalardan biri aile terapisine direnç göstermiş ve bu hasta psikoterapinin yanısıra antidepresan ve östradiol ile tedavi edilmiş, diğer hasta ise sadece östradiol ile tedavi edilmiştir. Her iki hastanın başlangıç östradiol düzeyleri ölçülmüş ve 8 hafta boyunca izlenmiştir. Hastaların kliniği Montgomery Asberg Depresyon Skalası (MADS) ile değerlendirilmiş ve östradiol tedavisi alan her iki hastanın kliniğinde anlamlı iyileşme gözlenmiştir. Bu çalışma PPD tedavisinde östrojenin etkili olabileceğini düşündürmekle beraber daha fazla klinik çalışmaya ihtiyaç vardır (48).

4.13.3. Elektro konvulzif (EKT) tedavi: Hastalığın şiddetli formunda EKT düşünülmelidir. EKT, PPD tedavisinde başarıyla uygulanmakta ve emziren annelerde bebeğe herhangi bir risk oluşturmamaktadır. Bazı araştırmacılara göre eğer bir ay içerisinde tedaviye yanıt alınamazsa EKT uygulanmalıdır. Bazı araştırmacılara göre ise EKT tedavisi özellikle tabloya delüzyonel depresyon hakimse daha erken dönemde ve daha sık uygulanmalıdır (60).

4.13.4. Psikoterapi: Annelik hüznü sırasında anne ve çocuğun birbirlerinden ayrılmaması önemlidir. Bebeğin annesine en fazla gereksinimi olduğu dönemde, ikisinin de gözlem altında tutularak ve destek verilerek bir arada tutulmaları önemlidir. Kadının kendine güvenini kazandırmak, desteklemek, bilgilendirmek, bireysel ve grup terapileri tedavinin temel unsurlarını oluşturmaktadır. Böyle bir annenin istirahat etmesi ve aile bireylerinin desteği çok önemlidir (11).

Doğum sonrası depresyonlarda psikoterapötik yöntemleri kullanırken hastanın kalıtsal, yapısal, gelişimsel özelliklerini, yakın geçmişte karşılaştığı önemli toplumsal zorlukları, nesne yitimlerini araştırırken bu olayların anne üzerindeki etkilerini de iyi değerlendirmek gerekir. Değiştirebileceği gerçekleri değiştirmesine, değiştiremeyeceği gerçeklere uyum sağlamasına destek olurken, kendisini haksız yere eleştirme, yargılama ve cezalandırma eğilimlerindeki yanılığını göstermeye çalışılmalıdır. Anneye yardımcı olabilmek için yakınlarını da görmek, onlarında ilgi ve desteğini sağlamak gerekir. (61,62).

4.14. Postpartum Psikoz

Postpartum psikoz sıklıkla depresyon, hezeyanlar ve annede kendisine ya da bebeğine zarar verme düşünceleri ile belirli bir sendromdur. Başlangıcı genellikle doğumdan bir veya iki hafta sonradır. Bazı anneler bu dönemde bu düşüncelerini eyleme dönüştürebilecekleri için dikkatli olunmalıdır. Eldeki verilerin büyük çoğunluğu postpartum psikoz ile özellikle bipolar bozukluklar

ve major depresif bozukluk gibi duygudurum bozukluklarının yakın ilişkisi olduğunu düşündürmektedir (57,63).

4.14.1. Epidemiyoloji

Postpartum psikozun insidansı yaklaşık her 1000 doğumda 1 dir (63), bununla birlikte bazı raporlar bu insidansın 1000'de 2 olabileceğini düşündürmektedir (63,14). Postpartum psikoz tanısı alan kadınların yaklaşık % 50-60, bazı çalışmalarda da % 78' inin ilk doğumları olduğu öğrenilmiştir (16,57). Olguların yaklaşık yarısında doğumlarında psikiyatrik olmayan perinatal komplikasyonlar ortaya çıkmıştır. Postpartum psikozu olan kadınların yaklaşık %50' sinde duygudurum bozukluğu aile öyküsü vardır. Postpartum psikoz genel olarak kadınlarda görülen bir hastalık olmasına rağmen nadiren bazı olgularda babalar da etkilenir. Bu ender olgularda kocalar çocukla yer değiştirmiş olabileceği ve annenin sevgi ve dikkati için bir yarış içine girebileceği duygularına kapılabilir. Bununla birlikte, babada baba olmanın stresiyle alevlenmiş olan olası bir major mental bozukluk olabileceği ileri sürülmektedir (16,63).

Postpartum psikoz sıklıkla doğumdan sonraki 3-14. günlerde görülmekle birlikte %80 inde belirtiler ilk bir ay içinde ortaya çıkmaktadır. Genellikle doğum sonrası 2-3 günlük belirtisiz dönem bulunmaktadır (37).

4.14.2. Etyoloji

Postpartum psikozu olan hastaların akrabalarındaki duygudurum bozukluğu insidansı duygudurum bozukluğu olan hastaların akrabalarındaki insidansla benzerdir. Bir major duygudurum bozukluğu epizodunun gelişmesine sebep olan doğum olayı, belki de baştan sona önemli hormonal mekanizma olduğundan özgül olmayan bir stres olarak görülebilir (57,63).

Postpartum psikozun az bir oranı enfeksiyon, ilaç intoksikasyonu, kan kaybı gibi bir genel tıbbi duruma bağlı olarak ortaya çıkabilir. Doğum sonrası östrojen ve progesteron konsantrasyonlarındaki ani düşme bozuklukla bağlantılı olabileceği ileri sürülmekle birlikte bu hormonlarla tedavinin etkili olmadığı görülmüştür (63).

Bazı araştırmacılar, ilk doğumunu yapan annelerde çok görülmesinde sadece psikososyal etkenlerin rolü olduğunu ve postpartum psikoz ile son stresli yaşantılar arasında bağlantılar olduğunu belirtmişlerdir. Postpartum ruhsal bozukluklarla ilgili psikodinamik çalışmalar, annede annelik yaşantıları hakkında duygusal çatışmaların varlığını düşündürmektedir. Bazı kadınlar gebe kalmak istemeyebilir, diğerleri mutsuz evlilikleri içinde kapana kısılmış hissedebilirler. Gebelik sırasında yaşanan evlilik uyumsuzlukları, hastalık insidansının artmasına yol açabilir (63).

4.14.3. Klinik özellikler: Klinik olarak hastalar yorgunluk, uykusuzluk ve dinlenemeden yakınrlar. Ağlama, duygusal oynaklık dönemleri olabilir. Daha sonra şüphecilik, konfüzyon, dezorganize davranışlar, depersonalizasyon, dezoryantasyon, duygudurumda artış veya şiddetli disfori, dağınıklık, mantıksız ifadeler, bebeğin sağlığı ve iyiliği hakkında obsesif düşünceler ortaya çıkabilir. Sanrılar tüm hastaların yaklaşık % 50'inde, varsanılar ise % 25'inde ortaya çıkar (16,63).

Hastanın bebeğe bakmak istememe, bebeğe ya da kendisine zarar verme düşünceleri vardır. Sanrısız düşünce temelinde bebeğin kusurlu veya ölü olduğu, içine şeytan girdiği düşüncesi vardır. Bu sanrısız düşünceler çocuğu gelecekteki acılardan kurtarmak için onu öldürme eğilimine yol açabilir. Halüsinasyonlar benzer içeriklerle ortaya çıkar ve hastaya bebeği öldürmesini söyleyen sesler şeklinde olabilir (3,63).

4.14.4. Ayırıcı tanı: Herhangi bir psikotik bozuklukta olduğu gibi, klinisyen genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluğu veya madde kullanımının yol açtığı psikotik bozukluk olasılığını düşünmelidir. Hipotiroidizm, cushing, enfeksiyonlar, zehirlenmeler, tümörler genel tıbbi durumla ilgilidir. Madde kullanımıyla ilgili olarak gebelik sırasında kullanılan ağrı kesiciler ve antihipertansifler sorgulanmalıdır.

Postpartum psikoz normal bir durum olan ve kadınların yaklaşık % 50 sinde görülen postpartum hüzün ile karıştırılmamalıdır (63).

PPD ile ayırıcı tanısında; PPD da klinik tabloda üzüntü ile birlikte annenin bebeği ile ilgili yetersizlik ve suçluluk duyguları ön plandadır, suisid düşüncesi postpartum psikoza göre daha azdır. Postpartum psikozda klinik tabloya hezeyanlar ve halüsinasyonlar hakimdir. Annenin bebeğine zarar verme düşünceleri olabilir. Postpartum psikozlarda bebek öldürme oranı % 4 olarak bildirilmiştir (3,64).

4.14.5. Prognoz: Psikotik belirtilerin başlamasından önce genellikle uykusuzluk, dinlenememe, ajitasyon, duygudurumda oynaklık ve hafif bilişsel defisitler gibi prodromal belirtiler görülür. Psikoz ortaya çıkınca hasta sanrılar ve ajitasyon nedeniyle bebeğe veya kendisine zarar verebilir. Bir çalışmada hastaların % 5'inin intihar ettiği, % 4'ünde bebeğini öldürdüğü saptanmıştır (63). Postpartum psikoz bir duygudurum bozukluğu atağı olduğundan sendromun gidişi duygudurum bozukluğu olan hastalarınkine benzer. Bu sendromun bilişsel fonksiyonlarda bozulma ve bizar davranışlarla birlikte bipolar bozukluğun bir varyantı olduğu ileri sürülmektedir (16,57,63.). Postpartum psikozlu hastalar doğumun birinci ya da ikinci yılında sıklıkla başka bir atak geçirirler. Sonraki gebeliklerde başka bir atak geçirme riski yüksektir (63).

4.14.6. Tedavi: Postpartum psikoz psikiyatrik acil tedavi gerektiren bir durumdur. Hastaneye yatırılarak değerlendirilmeli ve tedavi edilmelidir. Hastanın kendisine veya bebeğe zarar vermemesi sağlanmalıdır (65).

Antidepresanlar ve lityum bazen de bunların kombinasyonu tedavide seçilecek ilk ilaçlardır. Bebeğini emziren anneye seçilecek ilaçta dikkatli olmalı, mümkünse ilaç vermekten kaçınılmalıdır (28,66).

Eğer anne istekliyse bebeği ile teması engellenmemelidir. Ancak annenin bebeğe zarar verme ile ilgili fikirleri varsa dikkatli olunmalıdır. Akut psikotik dönem geçtikten sonra psikoterapi gereklidir. Terapi genellikle değerlendirme sırasında belirgin olan çatışma alanlarına yöneltilir. Terapi hastanın annelik rolünü benimsemesi ve rahat olmasını kapsayabilir. Çevresel değişikliklerde gerekebilir. Eş ve çevredeki diğer kişiler tarafından artmış destek de kadındaki stresi azaltmaya yardımcı olur. Bir çok çalışmada hastalığın akut fazında yüksek oranda iyileşmeler görüldüğü bildirilmiştir (16,63).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Örneklerin seçimi

Çalışmaya Ağustos 2005-Kasım 2005 tarihleri arasında Konya il merkezinde ikamet eden ve Dr.Faruk Sükan Doğumevinde doğum yapan kadınlar arasından rastgele seçilen 580 kadın alındı. 127 kadın (%21,9) herhangi bir sebep belirtmeden çalışmaya katılmayı kabul etmedi. Çalışmaya katılmayı kabul eden 453 kadından çalışmayı kabul ettiklerine dair yazılı onay alındı.

Çalışmaya alınma kriterleri; Konya il merkezinde ikamet etmek, görüşmeyi sürdürebilecek bilişsel yeterliliğe sahip olmak şeklinde belirlendi.

Geçmişte veya görüşme esnasında şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olanlar (n=1), önceden herhangi bir duygudurum bozukluğu öyküsü olanlar (n=27), klinik veya subklinik düzeyde obsesif kompulsif bozukluğu olanlar (n=15) sekel bırakacak kadar şiddetli kafa travması geçirmiş veya nörolojik bozukluğu olanlar (n=1), zeka geriliği (n=4), çocuğunda veya kendisinde şiddetli tıbbi hastalığı olanlar (n=9) çalışmaya alınmadı. Çalışmaya 396 kadın alındı.

5.2. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada, PPD ile sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişkiyi saptamak için tarafımızca hazırlanan 'hasta bilgi formu', PPD'yi belirlemek için SCID-I / CV (DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme / Klinik Versiyon) ve EPDS (Edinburg Postnatal Depresyon Skalası), eşlik eden kişilik bozukluklarını belirlemek için SCID-II (DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Kişilik Bozuklukları Formu) kullanıldı.

A. Hasta bilgi formu: Araştırmaya alınan kişilerin sosyodemografik özelliklerini, gebelikle ilgili öykülerini tespit etmeye yönelik tarafımızca hazırlanan bir formdur.

B. SCID-I / CV: DSM-IV'e göre eksen I ruhsal bozukluklarının tanısını araştırmak için görüşmeci tarafından uygulanan yapılandırılmış bir görüşme aracıdır. Eğitimli bir klinisyen tarafından uygulanması gerekir. Duygudurum epizodları, psikotik ve eşlik eden belirtiler, psikotik bozuklukların ayırıcı tanısı, duygudurum bozuklukları, alkol ve diğer madde kullanım bozuklukları, anksiyete ve diğer bozukluklar olmak üzere altı modülden oluşur.

Toplam DSM-IV eksen I ruhsal bozukluklarından 38' ini tanı ölçütleri ile 10' unu ise tanı ölçütleri olmadan araştırmaktadır. First ve ark.(67) tarafından geliştirilmiş olan bu görüşme aracı, dünyada yaygın kullanım alanı bulmuş, Türkçe'ye uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (68).(Ek 1)

C. SCID-II: DSM-III-R tanı ölçütlerine göre hastalardaki kişilik bozukluklarını araştırmak için görüşmeci tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış bir görüşme aracıdır.

Genellikle SCID-I görüşmesinden ve hasta tarafından doldurulan SCID kişilik envanterinden sonra uygulanır. Kişilik envanteri 120 sorudan oluşmakta ve kişilik bozukluklarına yönelik tarayıcı sorular içermektedir. Görüşmeci, SCID kişilik envanterinde ‘evet’ olarak yanıtlanan soruları işaretleyip, bunlarla ilgili konulara odaklanır. Önce görüşme çizelgesindeki ilgili soruları, daha sonra da gerekirse bunlara benzer başka sorular sorarak ‘evet’olarak işaretlenen sorularla ilişkili maddeleri açıklığa kavuşturmaya çalışır. Spitzer ve ark.(69) tarafından geliştirilmiştir. Coşkunol ve ark. (71) tarafından Türkçe’ye uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış, Türkiyede’de bazı çalışmalarda kullanılmıştır (70,72). (Ek 2)

D. EPDS: Edinburg Doğum Sonu Depresyon Ölçeği 1987’ de Cox tarafından İngiltere’de doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyonu taramak üzere hazırlanmıştır. Ölçek bir kendini bildirim ölçeğidir. Cox tarafından geliştirilen ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı (Cronbach’s alfa) 0.87, iki yarım güvenilirliği 0.88, kesme puanı 12/13 alındığında duyarlılık 0.85,özgüllüğü 0.77 olarak bulunmuştur. Ölçek postpartum depresyon riskini belirlemeye yönelik, tarama amaçlı bir ölçektir (73).

Ülkemizde Engindeniz tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (50). EPDS’ nin iç tutarlılık kat sayısı 0.79, iki yarım güvenilirliği 0.80, kesme noktası 12/13 alındığında duyarlılık 0.84, özgüllüğü 0.88, olarak bulunmuştur. EPDS ile Genel Sağlık Anketi arasındaki korelasyon r: 0.7, (p<000001) bulunarak geçerlilik kabul edilmiştir. Ölçek 10 maddeden oluşmaktadır. Cevaplar 4’lü likert biçiminde değerlendirilmekte ve 0-3 arasında puanlanmaktadır. Değerlendirmede; 1,2,4. maddeler 0,1,2,3 olarak puanlanırken, 3,5,6,7,8,9,10. maddeler 3,2,1,0 olarak puanlanmaktadır. 12 puanın üzerinde puan alan kişiler risk grubu kabul edilir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 30’dur (28,50). (Ek 3)

5.3. Verilerin Toplanması ve İşlem

Çalışmaya alınan hastalara araştırma konusunda bilgi verildikten sonra, katılmayı kabul ettiklerine dair yazılı onay alındı. Hastalarla doğum yaptıkları ilk gün yüz yüze görüşüldü. Hastalara sırasıyla hasta bilgi formu, SCID-I / CV ve SCID-II uygulandı. Hastalarla doğumdan 6 hafta sonra tekrar yüz yüze ve aynı hastanede görüşme yapıldı. Doksandört kadın ikinci görüşmeyi her hangi bir neden belirtmeksizin kabul etmedi. Çalışma 302 kadın ile tamamlandı. İkinci görüşmede SCID-I / CV'nin MD modülü ve EPDS uygulandı.

Elde edilen sosyodemografik özellikler, EPDS ve SCID-I kullanılarak elde edilen PPD oranları ve eşlik eden kişilik bozuklukları kaydedildi. EPDS değerlendirmesinde kesme puanı 12 olarak alındı.

5.4. Verilerin İstatistiksel Değerlendirmesi

Verilerin istatistiksel analizi için SPSS Windows programının 13.0 versiyonu kullanıldı. PPD'si olan ve olmayan grupların karşılaştırılmasında, kategorik değişkenler için ki-kare testi ve Fisher' in kesin ki-kare testi, sayısal değişkenler için t testi uygulandı. PPD'nin öngörücülerinin belirlenmesinde ise lojistik regresyon analizi kullanıldı. Tüm testlerde anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ alındı.

6. BULGULAR

Alınan Olguların Sosyodemografik Özellikleri: Çalışmayı tamamlayan 302 kadının yaş ortalaması 25.25 ± 4.88 bulundu. Kadınların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde % 74.2'sinin ilköğretim mezunu olduğu, % 95'inin herhangi bir işte çalışmadığı görüldü. Eşlerinin ise % 55.3'ünün ilköğretim, % 37.4'ünün ortaöğretim, % 7.3'ünün yükseköğretim mezunu olduğu öğrenildi. Kadınların % 95'inin eşinin herhangi bir işte çalıştığı, % 5.3'ünün sosyoekonomik açıdan iyi durumda olduğu, % 69.5'inin görücü usulü ile ve % 30.5'inin anlaşarak evlendikleri öğrenildi. Aile yapılarına bakıldığında ise % 68.9'unun eşi ile, % 30.8'inin eşi ve eşinin anne babasıyla yaşadığı görüldü (Tablo 1).

Alınan Olguların Gebelik Ve Doğumla İlgili Özellikleri: Gebelik istemi yönünden bakıldığında isteyerek ve planlayarak gebe kalan kadınların oranının % 79.1, istemeyerek ve planlanmadan gebe kalanların oranının ise % 20.9 idi. Kadınların % 72.8'inin normal doğum, % 27.2'sinin sezeryanla doğum yaptığı öğrenildi. Düşük öyküsü yönünden değerlendirildiğinde daha önce düşük yaptığını bildiren kadınların oranı % 25.2, düşük yapmadığını bildiren kadınların oranı % 74.8 idi. Kadınların % 94.7'sinin bebeğini emzirdiği, %5.3'ünün herhangi bir sebeple emziremediği, % 20.5'inin gebelik döneminde herhangi bir komplikasyon yaşadığı, % 79.5'inin komplikasyon yaşamadığı öğrenildi. Kadınların % 2.3'ünün tedavi ile hamile kaldığı, % 50.7'sinin kız, % 49.3'ünün erkek bebek sahibi olduğu bulundu. Kadınların % 9.9'unun sigara kullandığı, % 45.7'sinin ilk doğumunu yaptığı, % 54.7'sinin ise iki veya daha fazla sayıda doğum yapmış olduğu öğrenildi (Tablo 2).

Doğumdan sonra 6. haftada yapılan ikinci görüşmede kadınların % 6.3'üne (n=19) SCID-I 'e göre PPD tanısı konuldu. PPD tanısı konulan hastaların yaş ortalaması 24.63 ± 6.32 olarak bulundu.

SCID-I'e Göre PPD Tanısı Konulan Kadınların Sosyodemografik Özellikleri: Eğitim düzeyi yönünden bakıldığında kadınların % 73.7'sinin ilköğretim, % 26.3'ünün ortaöğretim mezunu ve hepsinin ev kadını olduğu bulundu. Eşlerinin eğitim düzeyine bakıldığında ise % 68.4'ünün ilköğretim, % 26.3'ünün ortaöğretim, % 5.3'ünün yükseköğretim mezunu olduğu, % 84.2'sinin eşinin herhangi bir işte çalıştığı, % 57.9'unun sosyoekonomik düzeyinin yetersiz olduğu saptandı. Evlilik şekline bakıldığında kadınların % 78.9'unun görücü usulü ile % 21.1'inin anlaşarak evlendikleri öğrenildi. Aile yapıları incelendiğinde kadınların % 78.9'unun eşi ile % 21.1'inin eşinin ailesiyle yaşadığı öğrenildi. Depresyon tanısı konulan hastalarda, depresyon tanısı konulmayanlara göre, eşi çalışmayanların oranı anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0.049$). Diğer sosyodemografik özelliklerde iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo3).

SCID-I'e Göre PPD Tanısı Konulan Kadınların Gebelik Ve Doğumla İlgili Özellikleri:

Gebelik istemi yönünden bakıldığında isteyerek ve planlayarak gebe kalan kadınların oranı % 73.7, istemeyerek ve planlanmadan gebe kalan kadınların oranı ise % 26.3 idi. Kadınların % 68.4'ünün normal doğum, % 31.6'sının sezeryanla doğum yaptıkları öğrenildi. Düşük öyküsü yönünden bakıldığında kadınların %26.3'ünün daha önce düşük yaptıkları öğrenildi. Kadınların büyük çoğunluğu (% 89.5) bebeklerini emzirmekte idi. Gebelik komplikasyonu yönünden incelendiğinde kadınların % 21.1'inin komplikasyon yaşadığı, % 78.9'unun komplikasyon yaşamadığı öğrenildi. Kadınların % 10.5'inin tedavi ile hamile kaldığı % 63.2'sinin kız, % 36.8'inin erkek bebek sahibi olduğu öğrenildi.. Kadınların % 5.3'ünün sigara kullandığı, % 73.7'sinin ilk doğumu olduğu, %26.3'ünün ise en az bir veya daha fazla sayıda doğum yapmış oldukları öğrenildi. Depresyon tanısı konulan olgularda depresyon tanısı konulmayanlara göre ilk doğumunu yapanların oranı anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0.016$). Doğumla ilgili diğer özelliklerde iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 4).

Doğumdan sonra 6. haftada yapılan ikinci görüşmede kadınların % 12.6'sına ($n=38$) EPDS 'e göre PPD tanısı kondu. Otuzsekiz kadının yaş ortalaması 24.44 ± 4.99 olarak bulundu.

EPDS'e Göre PPD Tanısı Konan Kadınların Sosyodemografik Özellikleri: Eğitim düzeyi yönünden bakıldığında kadınların % 71.1'i ilköğretim, % 28.9'u ortaöğretim mezunu idi. Kadınların büyük kısmı % 97.4'ü ev kadını idi. Eşlerinin eğitim düzeyine bakıldığında % 60.5'inin ilköğretim, % 36.8'inin ortaöğretim mezunu olduğu, % 92.1'inin herhangi bir işte çalıştığı öğrenildi. Gelir düzeyi olarak % 57.9'unun yetersiz, % 42.1'inin orta durumda olduğu saptandı. Evlilik şekline göre % 71.1'inin görücü usulü ile, % 28.9'unun anlaşarak evlendikleri öğrenildi. Aile yapılarına bakıldığında % 78.9'unun eşi ile, % 21.1'inin ise eşinin ailesi ile birlikte yaşadığı öğrenildi. Depresyon tanısı konulan olgularda depresyon tanısı konulmayanlara göre sosyoekonomik düzeyi yetersiz olanların oranı anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0.015$). Diğer sosyodemografik özelliklerde iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 5).

EPDS'e Göre Depresyonu Olan Kadınların Gebelik Ve Doğumla İlgili Özellikleri:

Gebelik istemi yönünden bakıldığında isteyerek ve planlayarak gebe kalan kadınların oranı %78.9, istemeyerek ve planlanmadan gebe kalan kadınların oranı % 21.1 olarak bulundu. Doğum şekline bakıldığında ise kadınların % 71.1'inin normal doğum, % 28.9'unun sezeryanla doğum yaptıkları öğrenildi. Düşük öyküsü yönünden daha önce düşük yapan kadınların oranı % 36.8, düşük yapmayan kadınların oranı ise % 63.2 idi. Bebeğini emziren annelerin oranı % 92.1, herhangi bir sebeple bebeğini emziremeyen kadınların oranı % 7.9 idi. Gebelik komplikasyonu yönünden bakıldığında kadınların % 23.7'sinin gebelik döneminde komplikasyon yaşadığı, % 76.3'ünün komplikasyon yaşamadığı, % 7.9'unun tedavi ile hamile kaldığı saptandı. Çocuk cinsiyeti yönünden

bakıldığında kadınların % 55.3'ü kız, % 44.7'si erkek bebek sahibi idi. Kadınların % 7.9'unun sigara kullandığı, % 45.7'sinin ilk doğumu, % 42.1'inin ise iki veya daha fazla sayıda doğum yapmış olduğu öğrenildi. Depresyon tanısı konulan olgularda depresyon tanısı konulmayanlara göre tedavi ile hamile kalanların oranı anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0.045$). Doğumla ilgili diğer özelliklerde anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 6).

SCID-I'e Göre PPD Tanısı Konulan Hastaların (n=19) Eksen II Tanıları: Hastaların % 68.4'ünün (n=13) aynı zamanda herhangi bir eksen II bozukluk tanı ölçütlerini karşıladığı bulundu. PPD tanısı konulmayan hastaların ise % 9.2 'si (n=26) herhangi bir eksen II bozukluk tanısı aldı. PPD tanısı alan olgularda herhangi bir eksen II bozukluk tanısı anlamlı düzeyde yüksek idi ($p=0.000$). PPD tanısı alan olgularda en sık görülen kişilik bozuklukları obsesif kompulsif kişilik bozukluğu (% 31.6), çekingen kişilik bozukluğu (% 26.3), bağımlı kişilik bozukluğu (% 21.1) idi. Bu kişilik bozuklukları PPD tanısı konulan olgularda PPD tanısı konulmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p< 0.000$) (Tablo 7).

EPDS'e Göre PPD Tanısı Konulan Hastaların (n=38) Eksen II Tanıları: Hastaların % 44.7'sinin (n=17) aynı zamanda herhangi bir eksen II bozukluk tanı ölçütlerini karşıladığı bulundu. PPD tanısı konulmayan hastaların ise % 8.3'ü (n=22) herhangi bir eksen II bozukluk tanısı aldı. PPD tanısı konulan olgularda herhangi bir eksen II bozukluk tanısı anlamlı düzeyde yüksek idi. ($p=0.000$) PPD tanısı konulan olgularda en sık görülen kişilik bozuklukları obsesif kompulsif kişilik bozukluğu (% 15.8), çekingen kişilik bozukluğu (% 18.4), bağımlı kişilik bozukluğu (% 15.8) idi. Bu kişilik bozuklukları PPD tanısı konulan olgularda PPD tanısı konulmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p< 0.000$) (Tablo 8).

Tablo 1. Alınan Olguların sosyodemografik özellikleri, s (%)

	s	%
Yaş	25.25 ± 4.88	
Eğitim Düzeyi		
İlköğretim	224	74.2
Ortaöğretim	69	22.8
Üniversite	9	3
Meslek		
Var	15	5
Yok	287	95
Eşinin eğitim Düzeyi		
İlköğretim	167	55.3
Ortaöğretim	113	37.4
Üniversite	22	7.3
Eşinin Mesleği		
Var	288	4.6
Yok	14	95.4
Sosyoekonomik Durum		
Kötü	115	38.1
Orta	171	56.6
İyi	16	5.3
Evlenme Şekli		
Görücü usulü ile	210	69.5
Anlaşarak	92	30.5
Aile yapısı		
Yalnız yaşıyor	1	0.3
Eşi ile beraber	208	68.9
Eşi ve eşinin ailesiyle yaşıyor	93	30.8

Tablo2. Alınan olguların gebelik ve doğumla ilgili özellikleri, s (%)

	s	%
Gebelik istemi		
İstenen gebelik	239	79.1
İstenmeyen gebelik	63	20.9
Doğum şekli		
Normal	220	72.8
Sezeryan	82	27.2
Düşük öyküsü		
Var	76	25.2
Yok	226	74.8
Emzirme		
Var	286	94.7
Yok	16	5.3
Gebelik komplikasyonu		
Var	62	20.5
Yok	240	79.5
Hamilelik Yöntemi		
Doğal yolla	295	97.7
Tedavi ile	7	2.3
Çocuk cinsiyeti		
kız	153	50.7
Erkek	149	49.3
Sigara içimi		
İçiyor	30	9.9
içmiyor	272	90.1
Doğum sayısı		
Tekil	137	45.7
Çoğul	165	54.3

Tablo 3. SCID-I'e göre PPD tanısı alan ve almayan kadınların sosyodemografik özellikleri, s (%)

	PPD(+) N = 19	PPD(-) N = 283	P
Yaş Ortalaması	24.63 ± 6.32	25.29 ± 4.78	
Eğitim Düzeyi N (%)			0.701
İlköğretim	14(%73.7)	210(%74.2)	
Ortaöğretim	5(%26.3)	64(%22.6)	
Üniversite	0(%0)	9(%3.2)	
Meslek			0.610
Var	0(%0)	15(%5.3)	
Yok	19(%100)	268(%94.7)	
Eşinin eğitim düzeyi			0.493
İlköğretim	13(%68.4)	154(%54.4)	
Ortaöğretim	5(%26.3)	108(%38.2)	
Üniversite	1(%5.3)	21(%7.4)	
Eşinin mesleği			0.049
Var	16(%84.2)	272(%96.1)	
Yok	3(%15.8)	11(%3.9)	
Sosyoekonomik durum			0.141
İyi	0(%0)	16(%5.7)	
Orta	8(%42.1)	163(%57.6)	
Kötü	11(%57.9)	104(%36.7)	
Evlenme şekli			0.447
Anlaşarak	4(%21.1)	88(%31.1)	
Görücü usulü ile	15(%78.9)	195(%68.9)	
Aile yapısı			0.609
Yalnız yaşıyor	0(%0)	1(%4)	
Eşi ile	15(%78.9)	193(%68.2)	
Eşinin ailesi ile	4(%21.1)	89(%31.4)	

Tablo 4. SCID-I'e göre PPD tanısı alan ve almayan kadınların gebelik ve doğumla ilgili özellikleri, s (%)

	PPD(+) N = 19	PPD(-) N = 283	P
Gebelik istemi			0.561
İstenen gebelik	14(%73.7)	225(%79.5)	
İstenmeyen gebelik	5(%26.3)	58(%20.5)	
Doğum şekli			0.605
Normal	13(%68.4)	207(%73.1)	
Sezeryan	6(%31.6)	76(%26.9)	
Düşük öyküsü			1.000
Var	5(%26.3)	71(%25.1)	
Yok	14(%73.7)	212(%74.9)	
Emzirme			0.266
Yok	2(%10.5)	14(%4.9)	
Var	17(%89.5)	269(%95.1)	
Gebelik komplikasyonu			0.857
Var	4(%21.1)	58(%19.5)	
Yok	15(%78.9)	225(%79.5)	
Hamilelik yöntemi			0.065
Doğal yol	17(%89.5)	278(%98.2)	
Tedavi ile	2(%10.5)	5(%1.8)	
Çocuk cinsiyeti			0.344
Kız	12(%63.2)	141(%49.8)	
Erkek	7(%36.8)	142(%50.2)	
Sigara içimi			0.705
İçiyor	1(%5.3)	29(%10.2)	
İçmiyor	18(%94.7)	254(%89.8)	
Doğum sayısı			0.016
Tekil	14(%73.7)	123(%43.8)	
Çoğul	5(%26.3)	158(%56.2)	

Tablo 5. EPDS'e göre PPD tanısı alan ve almayan kadınların sosyodemografik özellikleri, s (%)

	PPD (+)	PPD (-)	P
	N = 38	N = 264	
Yaş Ortalaması	24.44± 4.99	25.36 ± 4.86	
Eğitim Düzeyi N (%)			0.357
İlköğretim	27(%71.1)	197(%74.6)	
Ortaöğretim	11(%28.9)	58(%22.0)	
Üniversite	0(%0)	9(%3.4)	
Meslek			0.703
Var	37(%97.4)	250(%94.7)	
Yok	1(%2.6)	14(%5.3)	
Eşinin eğitim düzeyi			0.470
İlköğretim	23(%60.5)	144(%54.5)	
Ortaöğretim	14(%36.8)	99(%37.5)	
Üniversite	1(%2.6)	21(%8.0)	
Eşinin mesleği			0.397
Var	35(%92.1)	253(%95.8)	
Yok	3(%7.9)	11(%4.2)	
Sosyoekonomik durum			0.015
İyi	0(%0)	16(%6.1)	
Orta	16(%42.1)	155(%58.7)	
Kötü	22(%57.9)	93(%35.2)	
Evlenme şekli			0.828
Anlaşarak	11(%28.9)	81(%30.7)	
Görücü usulü ile	27(%71.1)	183(%69.3)	
Aile yapısı			0.346
Yalnız yaşıyor	0(%0)	1(%4)	
Eşi ile	30(%78.9)	178(%67.4)	
Eşinin ailesi ile	8(%21.1)	85(%32.2)	

Tablo 6. EPDS'e göre PPD tanısı alan ve almayan kadınların gebelik ve doğumla ilgili özellikleri, s (%)

	PPD (+) N = 38	PPD (-) N = 264	P
Gebelik istemi			1.000
İstenen gebelik	30(%78.9)	209(%79.2)	
İstenmeyen gebelik	8(%21.1)	55(%20.8)	
Doğum şekli			0.846
Normal doğum	27(%71.1)	193(%73.1)	
Sezeryan Doğum	11(%28.9)	71(%26.9)	
Düşük öyküsü			0.108
Var	14(%36.8)	62(%23.5)	
Yok	24(%63.2)	202(%76.5)	
Emzirme			0.435
Yok	3(%7.9)	13(%4.9)	
Var	35(%92.1)	251(%95.1)	
Gebelik komplikasyonu			0.863
Var	9(%23.7)	53(%20.1)	
Yok	29(%76.3)	211(%79.9)	
Hamilelik yöntemi			0.045
Doğal yol	35(%92.1)	260(%98.5)	
Tedavi ile	3(%7.9)	4(%1.5)	
Çocuk cinsiyeti			0.605
Kız	21(%55.3)	132(%50.0)	
Erkek	17(%44.7)	132(%50.0)	
Sigara içimi			1.000
İçiyor	3(%7.9)	27(%10.2)	
İçmiyor	35(%92.1)	237(%89.8)	
Doğum sayısı			0.119
Tekil	22(%57.9)	115(%43.9)	
Çoğul	16(%42.1)	147(%56.1)	

Tablo 7. SCID-I'e göre PPD tanısı alan ve almayan kadınlarda Eksen II tanıları, s (%)

Eksen II ek tanı	PPD (+)	PPD (-)	p
Paranoid kişilik bozukluğu	–	–	–
Şizotipal kişilik bozukluğu	–	–	–
Şizoid kişilik bozukluğu	–	–	–
Histriyonik kişilik bozukluğu	1(%5.3)	2(%0.7)	0.178
Narsisistik kişilik bozukluğu	–	–	–
Sınır kişilik bozukluğu	–	2(%0.7)	0.713
Antisosyal kişilik bozukluğu	–	–	–
Çekingen kişilik bozukluğu	5(%26.3)	13(%4.6)	0.003
Bağımlı kişilik bozukluğu	4(%21.1)	5(%1.8)	0.001
Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu	6(%31.6)	4(%1.4)	0.000
Pasif agresif kişilik bozukluğu	–	4(%1.4)	0.602
Herhangi bir eksen II tanısı	13(%68.4)	26(%9.2)	0.000

Tablo 8. EPDS' e göre PPD tanısı alan ve almayan kadınlarda Eksen II tanıları, s (%)

Eksen II ek tanı	PPD (+)	PPD (-)	p
Paranoid kişilik bozukluğu	–	–	–
Şizotipal kişilik bozukluğu	–	–	–
Şizoid kişilik bozukluğu	–	–	–
Histriyonik kişilik bozukluğu	1(%2.6)	2(%0.8)	0.276
Narsistik kişilik bozukluğu	–	–	–
Sınır kişilik bozukluğu	–	2(%0.8)	0.590
Antisosyal kişilik bozukluğu	–	–	–
Çekingen kişilik bozukluğu	7(%18.4)	11(%4.2)	0.003
Bağımlı kişilik bozukluğu	6(%15.8)	3(%1.1)	0.000
Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu	6(%15.8)	4(%1.5)	0.000
Pasif agresif kişilik bozukluğu	–	4(%1.5)	0.445
Herhangi bir eksen II tanısı	17(%44.7)	22(%8.3)	0.000

Tablo 9. SCID-I' e göre PPD'li olgularda sosyodemografik özelliklerin regresyon analizi

	B	S.E.	Wald χ^2	df	p
Basamak 1(a) Eşinin mesleği	-1.681	.891	3.561	1	.059
Doğum sayısı	-.824	.616	1.786	1	.181
Çekingen k.b	1.902	.751	6.421	1	.011
Bağımlı k.b	3.091	.820	14.226	1	.000
Obsesif k.k. b	3.775	.797	22.424	1	.000
Sabit değer	-.957	1.162	.678	1	.410

SCID-I' e göre postpartum başlangıçlı depresyon ile sosyodemografik özelliklerden doğum sayısı ve eş mesleği; eksen II bozukluklarından çekingen, bağımlı ve obsesif kompulsif kişilik bozuklukları lojistik regresyon analizine tabi tutuldu. Bu analiz neticesinde söz konusu değişkenlerden çekingen, bağımlı ve obsesif kompulsif kişilik bozuklukları PPD'nin bağımsız öngörücüleri olarak saptandı. (Tablo 9)

Tablo 10. EPDS'e göre PPD'li olgularda sosyodemografik özelliklerin regresyon analizi

	B	S.E.	Wald χ^2	df	P
Basamak 1(b) Çekingen k.b	1.637	.596	7.539	1	.006
Bağımlı k.b	3.141	.798	15.515	1	.000
Obsesif k.k.b	2.606	.738	12.482	1	.000
Sosyoekonomik durum	-1.145	.391	8.596	1	.003
Hamilelik yöntemi	1.410	.949	2.205	1	.138
Sabit değer	-2.147	1.168	3.380	1	.066

EPDS'e göre postpartum başlangıçlı depresyon ile sosyodemografik özelliklerden hamilelik sebebi ve sosyoekonomik durum; eksen II bozukluklarından çekingen, bağımlı, obsesif kompulsif kişilik bozuklukları lojistik regresyon analizine tabi tutuldu. Bu analiz neticesinde söz konusu değişkenlerden sosyoekonomik durum; eksen II bozukluklarından çekingen, bağımlı, obsesif kişilik bozuklukları PPD'nin bağımsız öngörücüleri olarak saptandı. (Tablo 10)

7. TARTIŞMA

7.1. İnsidans

Bildiğimiz kadarıyla bu çalışma Türk popülasyonunda yapılandırılmış klinik görüşme kullanılarak, prospektif olarak yürütülen PPD insidansının araştırıldığı ilk çalışmadır. Çalışmamızın sonucunda PPD insidansı EPDS'e göre % 12.6, SCID-I' e göre % 6.3 olarak bulundu. EPDS'e göre PPD insidansının 2 kat daha fazla bulunması, hekim tarafından yüzyüze görüşme ile uygulanan, yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-I) ile hasta tarafından doldurulan semptom tarayıcı testler arasındaki farklılıktan kaynaklanabilir. SCID-I ile yapılan klinik görüşmede DSM-IV'e göre sadece MD kriterlerini karşılayan hastalara depresyon tanısı kondu. EPDS ile MD ve minor depresyon kriterlerinin birlikte değerlendirilmesinde bu farklılıkta rolü olabilir.

PPD insidansı belirlenmiş tanı kriterleri esas alınarak yapılan çalışmalarda % 4.2 - % 11 olarak bulunmuştur (6,33,34).

Chandran ve ark. ICD-10 tanı kriterlerine göre Hindistan da 359 kadında yaptıkları bir çalışmada PPD insidansını % 11 olarak bulmuşlardır (33).

Kitamura ve ark. Japonya da DSM-III-R kriterlerini kullanarak 290 kadında yaptıkları çok merkezli bir çalışmada ise PPD insidansını % 5 olarak bildirmişlerdir (34).

Kimberly ve ark. ise A.B.D'de 802 kadında SCID-I kullanarak yaptıkları bir çalışmada PPD insidansını % 4.2 olarak bulmuşlardır (6). Bizim çalışmamıza benzer olan bu çalışmanın sonucunda bulunan oran, bulduğumuz PPD insidans oranından (%6.3) biraz daha düşüktür. Bunun sebebi alınan örneklem ve sosyokültürel farklılıklar olabilir.

EPDS'nin kesme puanı 12'dir. Annelerin depresyon puan düzeylerine baktığımızda kadınların % 12.6' sının 12 ve üzerinde puan aldıkları görülmüştür.

Ülkemizde Danacı ve ark. EPDS kullanarak 257 kadında yaptıkları bir çalışmada PPD oranı % 14 olarak bulunmuştur (36).

Yurt dışında EPDS kullanılarak yapılan çalışmalarda değişik oranlar bulunmuştur. Josefsson ve ark. İsveçte 1558 anne ile yaptıkları bir çalışmada 6-8. haftalar arasında PPD'yi % 13 olarak bulmuştur (9). Kanada da Cindy-Lee Dennis araştırmalarında bu oranı 4. haftada % 9,8 ; 8. haftada % 8 olarak bulmuşlardır (47). Hong -Kongta yapılan bir çalışmada ise Dominic Lee ve ark. PPD oranını % 13 olarak bulmuşlardır (74).

Sonuç olarak çalışmamız sonucunda bulduğumuz EPDS'e göre insidans oranı daha önceki çalışmaların oranlarıyla benzerdir.

7.2. Sosyodemografik Özellikler

7.2.1. Yaş: Çalışmamızda yaş ile PPD arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur.

Tammentie ve ark. Finlandiya da bir üniversite hastanesinde doğum yapmış kadınlarda yaptıkları çalışmada yaş ile EPDS skorları arasında (5), Verkerk ve ark. da Hollanda da 292 kadın üzerinde EPDS kullanarak yaptıkları çalışmada PPD ile anne yaşı arasında bir ilişki olmadığını bulmuşlardır (39). Brezilyada Cury ve ark. 113 kadında Beck depresyon ölçeği kullanarak yaptıkları çalışmada da anne yaşı ile PPD gelişimi arasında ilişki olmadığını bulmuştur (35). Erken yaşta doğum yapan annelerde ruhsal ve bedensel gelişimde yetersizlik olabileceğinden bu gruptaki anneler uyum gerektiren, duygusal dalgalanmaların görüldüğü bu dönemde bebeklerinin bakımı ile aile ve toplum içindeki sosyal değişime uyum sağlamakta güçlük yaşayabilirler ve bu durumun PPD riskini artırması beklenebilir. Yapılan çalışmalara benzer şekilde çalışmamızda anne yaşı ile PPD arasında bir ilişki bulunmamıştır.

7.2.2. Eğitim durumu: Çalışmamız sonucunda araştırmaya katılan annelerin eğitim durumları ile PPD arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Eğitim düzeyi yetersiz kadınların, düşük sosyal yaşam içerisinde benlik saygıları azalabilir, daha fazla stres yaşayabilirler ve anne olmanın getirdiği psikososyal ve duygusal zorlanmalarla baş etmekte güçlük yaşayabilirler. Bebeklerin bakımı konusunda yeterli bilgi ve beceri kazanmakta, bebeklerin gelişimi ile ilgili doğru bilgileri edinmekte yetersiz kalabilirler. Bu nedenle eğitim düzeyi düşük olan annelerde PPD oranının daha yüksek olması beklenebilir.

Ancak PPD ile eğitim düzeyi ilişkisini araştıran çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. Campbell ve ark. A.B.D’de 1033 kadında yaptıkları bir çalışmada annenin eğitim düzeyi ile PPD arasında ilişki olduğunu, düşük eğitim düzeyine sahip annelerin depresyona daha yatkın olduklarını, (75). Cury ve ark. Brezilyada 113 kadında yaptıkları bir çalışmada eğitim süreleri sekiz yıldan az olan annelerin PPD geliştirme riskinin arttığını bildirirken (35), Robertson ve ark. Kanadada 1000 kadında, Verkerk ve ark. Hollanda da 113 kadında yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi ile PPD arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bulmuşlardır (32,39).

7.2.3. Annenin mesleği: Çalışmamızda annenin meslek durumu, çalışıyor olup olmaması ile PPD yaygınlığı arasında ilişki bulunmadı.

Annelerin çalışıyor olması ile PPD arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda, herhangi bir mesleği olmayan, çalışmayan kadınlarda PPD yaygınlığının yüksek olduğunu bulanlar olduğu gibi (10,21), PPD ile annenin mesleğinin ilişkisi olmadığını ortaya koyan çalışmalar da vardır (77,83).

7.2.4. Eşin Eğitim Durumu: Araştırmaya alınan kadınların eşlerinin eğitim düzeyleri ile PPD arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Ülkemizde Demirel ve ark. yaptıkları bir çalışmada eşlerinin eğitimi üniversite düzeyinin altında olan kadınlarda depresyon oranının, eşinin eğitimi üniversite düzeyinde olan kadınlara göre 2.21 kat daha fazla olduğunu bildirirken (10), Çamdeviren ve ark. 1147 kadında postpartum dönemin farklı dönemlerinde yaptıkları bir çalışmada eşin eğitim düzeyi ile PPD arasında istatistiksel bir ilişki olmadığını belirtmişlerdir (78). Eşinin eğitim düzeyi düşük olan anneler eşlerinden yeterli destek alamayabilirler, düşük sosyal çevre içerisinde sorunlarının çözümü konusunda kendilerini yalnız ve yetersiz bulabilirler. Bu durum kadınlarda PPD riskini artırabilir. Ancak çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur.

7.2.5. Eşinin mesleği: Eşi çalışmayan kadınlarda PPD'nin anlamlı derecede yüksek bulunması ülkemizde bu konuda yapılan çalışmaların sonuçları ile paralellik göstermektedir (10,78).

Kadınların eşlerinin mesleğinin olması sosyal ve ekonomik anlamda kendilerini daha rahat hissetmelerini ve karşılaşılabilecekleri sorunlarla daha kolay başetmelerini sağlayabilir. Eşleri çalışmayan veya işsiz olan annelerin kendileri ve bebekleri ile ilgili kaygıları artabilir ve bu durum PPD gelişimine yatkınlık yaratabilir. Çalışmanın sonucu da bu görüşü desteklemektedir.

7.2.6. Sosyoekonomik Durum: Sosyoekonomik durumu kötü olanlarda PPD yaygınlığının yüksek olduğunu bildiren çalışmalar olduğu gibi (10,33), PPD ile sosyoekonomik durum arasında ilişki olmadığını ortaya koyan bir çalışma da mevcuttur (29). Bizim çalışmamız sonucunda EPDS'e göre sosyoekonomik durumu yetersiz olan kadınlarda PPD oranı daha yüksek bulunurken, SCID-I'e göre sosyoekonomik durum ile PPD arasında ilişki bulunmadı. Sosyoekonomik düzeyi yetersiz olan anneler kendileri ve bebeklerinin geleceği için daha fazla kaygı duyabilirler. Bebeğin veya kendisinin karşılaşılabileceği sağlık sorunları, beslenme ve bakım ihtiyacı konusunda anneler kendilerini daha endişeli ve huzursuz hissedebilirler ve bu durum PPD gelişimine yatkınlık yaratabilir.

7.2.7. Evlenme şekli: Çalışmada görücü usulü ile evlenenler oran olarak (%69.5) fazla olmasına rağmen evlenme şekli ile PPD arasında ilişki bulunmadı. Kadınların evlilik konusunda özgür iradeleriyle karar verememeleri, ailenin ve toplumun bu konuda zorlayıcı tutumları kadınlarda PPD riskini artırabilir.

Ülkemizde kültürel nedenlerle, özellikle kırsal kesimde görücü usulü ile evlilikler halen görülmekle birlikte sosyal ve ekonomik faktörler nedeniyle, kadınların çalışma hayatına atılmaları ile birlikte bu süreç zamanla değişmekte ve anlaşarak yapılan evliliklerin sayısı artmaktadır.

7.2.8. Aile yapısı: Araştırmaya alınan kadınların aile yapısı ile PPD arasında anlamlı ilişki bulunmadı. Yapılan çalışmaların sonuçları da benzerdir (19,41,65).

Ülkemizin kültürel yapısı ve güçlü aile bağları nedeniyle anneler özellikle kırsal bölgelerde eşlerinin aileleri ve eşi ile birlikte büyük bir aile içinde yaşarlar. Eş kaybı sonrası bile bu birliktelik devam edebilir. Özellikle şehirlerde hızla değişen sosyoekonomik ve kültürel yapı çekirdek aile yaşamını beraberinde getirmektedir. Bu hızlı kültürel değişim aile bireyleri arasındaki iletişimi zayıflatmakla birlikte ülkemizde aile bağları batı toplumlarına göre daha güçlüdür. Bu güçlü aile bağları sayesinde anneler doğum sonrası dönemde yeterli sosyal desteğe sahip olabilirler. Bu sosyal destek anneyi PPD'den koruyabilir; ancak içiçe yaşantı aksine yoğun bir sürtüşme ve yük nedeni olabilir.

7.3. Gebelik ve doğumla ilgili özellikler

7.3.1. Gebelik istemi: Çalışmamızda istenen gebelik oranı (% 79.1) yüksek olmasına rağmen gebeliğin istenip istenmemesiyle PPD arasında ilişki bulunmadı. Gebeliğin istenmemesi, annenin bebeğe ve annelik rolüne hazır olmadığını ve oluşabilecek sorunlarla baş etmekte güçlükler yaşayabileceğini düşündürebilir. Gebeliğin eşin veya ailenin isteğiyle gerçekleşmesi durumunda aile içerisinde iletişim bozukluğu olduğu ve kadına yeterince söz hakkı tanınmadığı ve karar verme aşamasında eş veya ailenin daha etkili olduğu düşünülebilir. Bu durum kadında PPD riskini artırabilir.

Gebeliğin istenip istenmemesiyle PPD yaygınlığını arasında ilişkiyi araştıran çalışmaların sonuçları farklıdır.

İnanlı ve ark. 2514 kadında (41), Ekuklu ve ark. 210 kadında yaptıkları çalışmalarda istenmeyen gebelik ile PPD arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunurken (79), Faisal-Cury ve ark. Brezilya da (35), Bloch ve ark. İsrailde yaptıkları çalışmalarda istenmeyen gebelik ile PPD arasında bir ilişki saptanmamıştır (29).

7.3.2. Doğum şekli: Çalışmamız sonucunda vaginal yolla veya sezeryanla doğum yapan anneler arasında PPD gelişimi yönünden anlamlı bir ilişki bulunmadı.

Da Costa ve ark. Kanada da yaptıkları bir çalışmada sezeryanla doğum yapan annelerde PPD riskinin artabileceğini bildirirken (80), Baker ve ark.A.B.D'de 151 kadında, Tammentie ve ark. Finlandiyada 373 kadınla yaptıkları çalışmalarda doğum şekli ile PPD arasında anlamlı bir ilişki bulmamışlardır (5,81).

Chaaya ve ark. Lübnanda kültürel ve sosyoekonomik yönden farklılık gösteren Beyrut ve Bekaa vadisinde 396 kadında yaptıkları çalışmada ise, eğitim seviyesinin ve ekonomik seviyenin daha yüksek olduğu Beyrutda, vaginal yolla doğum yapan annelerde sezeryanla doğum yapanlara göre daha yüksek oranda PPD görüldüğü ve sezeryanla doğumun tekrarlayan PPD için koruyucu bir rol oynayabileceği bildirilmiştir. Bekaa vadisinde yaşayan annelerde ise sezeryan veya vaginal doğum ile PPD gelişimi arasında istatistiksel bir ilişki bulunmamıştır. Bu sonuç her iki bölgedeki eğitim ve ekonomik düzeydeki farklılıklarla açıklanmıştır (77).

Vaginal doğum normal doğum şekli olmakla birlikte ağırlı ve anneyi yoran bir doğum yöntemidir. Sezeryanla doğum ise ağrısız olmakla birlikte anneler, vaginal doğum yapanlara göre daha geç taburcu olurlar. Bu sebeplerle her iki doğum yönteminin anneler üzerinde olumlu yada olumsuz etkileri olabileceğini göstermektedir.

7.3.3. Düşük öyküsü: Çalışmamız sonucunda düşük öyküsü ile PPD arasında bir ilişki bulunmadı.

Ülkemizde İnandı ve ark. yaptıkları bir çalışmada daha önceki dönemlerde 3 ya da daha fazla düşük öyküsü olan kadınların depresyon oranının düşük öyküsü olmayan kadınlara göre 2.4 kat daha fazla arttığını bildirirken (41), Eberhard-Gran ve ark. Norveçte (47), Kitamura ve ark. Japonya da yaptıkları çalışmalarda PPD ile düşük öyküsü arasında istatistiksel bir ilişki saptamamışlardır (34).

Düşük öyküsü olan kadınlar daha sonraki gebeliklerinde tekrar düşük yapma kaygısıyla sıkıntılı bir gebelik dönemi geçirebilirler. Daha önce yaşanmış olan hayal kırıklıkları, eş, aile ve toplumun sağlıklı bebek beklentileri annenin sıkıntısını artırabilir ve yetersizlik duygusuna kapılmasına neden olabilir. Bu da PPD riskini artırabilir.

7.3.4. Emzirme: Çalışmamız sonucunda emzirme ile PPD arasında bir ilişki bulunmadı. Emzirme anne ve bebek arasında fiziksel ve duygusal birlikteliğin yaşandığı ortalama bir yıl kadar süren bir dönemdir. Bu dönemde bebeğini emziremeyen anneler suçluluk ve yetersizlik duyguları yaşayabilirler. Bebeklerinin yaşayabileceği sağlık sorunları nedeniyle kendilerini suçlu, huzursuz ve endişeli hissedebilirler ve bu durum PPD gelişimine yol açabilir

McCoy ve ark. A.B.D’de (82), Tammentie ve ark. Finlandiya da yaptıkları çalışmalarda bebeğini anne sütü ile besleyemeyen annelerin depresyon puanlarının anne sütü ile bebeğini besleyen annelere göre daha yüksek olduğunu bildirirlerken (5), Agoub ve ark. Morocco da yaptıkları bir çalışmada emzirme ile PPD arasında istatistiksel bir ilişki saptamamışlardır (40).

7.3.5. Gebelik Komplikasyonu: Çalışmamız sonucunda gebelik komplikasyonu ile PPD arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı.

Gebelik komplikasyonu ile PPD arasındaki ilişkiyi araştıran bazı çalışmalarda gebelik komplikasyonu yaşayan kadınlarda, komplikasyon yaşamayanlara göre PPD riskinin anlamlı derecede arttığı bulunmuştur (32,40,66). Gebelik döneminde komplikasyon yaşayan annelerde gebelik döneminde ve doğum sonrasında kendisi ve bebeğininin sağlığı ile ilgili kaygılar olabilir. Yaşadıkları bu olumsuz yaşam deneyimleri annelerin endişeli, huzursuz olmalarına ve zorluklarla başa çıkma konusunda yetersizlik yaşamalarına neden olabilir. Çalışmamızda diğer çalışmalardan farklı olarak gebelik komplikasyonu ile PPD arasında ilişki bulunmaması örneklemin sosyodemografik özellikleri ve komplikasyonun anne ve bebeğin sağlığını önemli lde etkileyip etkilememesi ile ilişkili olabilir.

7.3.6. Hamilelik Yöntemi: Çalışmamızda hamilelik yöntemi ile PPD arasında SCID-I' e göre anlamlı ilişki bulunmazken, EPDS'e göre tedavi ile hamile kalanlarda PPD anlamlı lde yüksek bulundu.

Bizim bulgularımızdan farklı olarak Bloch ve ark. İsrailde 1800 kadında EPDS ile yaptıkları çalışmada hamilelik yöntemi ile PPD arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmişlerdir (29). Tedavi ile hamile kalan anneler daha önce doğal yolla hamile kalamadıkları için kendilerini yetersiz, değersiz ve umutsuz hissedebilirler. Daha önce yaşamış olduğu olumsuz gebe kalma deneyimleri eşi ile aralarında iletişim problemi yaşamalarına ve karşılıklı olarak birbirlerini suçlamalarına neden olabilir. Ayrıca tedavinin başarısı ile ilgili kaygılar da kadınlarda PPD riskini artırabilir.

7.3.7. Bebek cinsiyeti: Çalışmamız sonucunda bebek cinsiyeti ile PPD arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Beeghyl ve ark. A.B.D' de 163 kadında yaptıkları çalışmada bebek cinsiyeti ile PPD arasında istatistiksel bir ilişki olmadığını (76), lkemizde İnandı ve ark., Hindistan da Chandran ve ark. yaptıkları çalışmalarda kız bebek doğuran annelerde erkek bebek doğuranlara göre istatistiksek olarak anlamlı derecede depresyon oranının arttığını bildirmişlerdir (33,41).

Kız bebek doğuran anneler bazı kültürlerde aile ve toplum içerisinde yeterince destek göremeyebilir ve bu nedenle suçluluk ve yetersizlik düşünceleri gelişebilir. Özellikle Asya kültüründe ve ülkemizde erkek bebek aile ve toplum tarafından daha çok tercih edildiği için kız bebek doğuran annelerde PPD riski artabilir (41,84).

7.3.8. Sigara içimi: Çalışmamız sonucunda sigara içimiyle PPD arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Sigara içen kadınlarda sağlık problemlerinin daha fazla yaşanacağı düşünüldüğünde bu kadınlar çocuklarına yeterince bakım veremeyebilirler ve gerek gebelik döneminde gerek gebelik sonrası dönemde sigara içmesi nedeniyle bebekte de bazı sağlık problemleri gelişebilir.

Bebeklerine zarar verebileceğini bildikleri halde sigara içen annelerde madde bağımlılarında sıkça görülen doyum arama çabası veya altta yatan herhangi bir kişilik bozukluğu olabilir. Ancak çalışmamızda annenin sigara içmesi ile PPD arasında ilişki bulunmadı. Bu konudaki çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur.

McCoy ve ark. A.B.D’de 209 kadında yaptıkları bir çalışmada sigara içen annelerde EPDS puanı 13 ve üzerinde olanların oranının içmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğunu bildirmişlerdir (82). Cury ve ark. Brezilya da, Andersson ve ark. İsveçte yaptıkları çalışmalarda anne sigara içimi ile PPD arasında anlamlı bir ilişki saptamamışlardır (19,35).

7.3.9. Doğum sayısı: SCID-I’e göre ilk doğumunu yapan kadınlarda PPD oranı daha yüksek bulunurken, EPDS’e göre doğum sayısı ile PPD arasında ilişki bulunmadı. Bu sonuç yöntem farklılığından kaynaklanabilir.

Agoub ve ark. Moroccada 144 kadında, EPDS ile yaptıkları bir çalışmada doğum sayısı ile PPD arasında bir ilişki olmadığını (40), Limlomwongse ve ark. Tayland da 610 kadında EPDS ile yaptıkları çalışmada iki veya daha fazla çocuğu olan kadınlarda PPD oranının tek çocuğu olan kadınlara göre anlamlı derecede yüksek olduğunu (18), Leung ve ark. ise Hong Kongta 269 kadında EPDS ile yaptıkları çalışmada ilk çocuğu olan kadınlarda depresyon oranının iki yada daha fazla çocuğu olan kadınlara göre anlamlı derecede yüksek olduğunu bildirmişlerdir (83).

İlk çocuğu olan anneler çocuk bakımı konusunda tecrübesizliği nedeniyle yetersizlik hissedebilir ve duygusal zorlanmalar yaşayabilir. İki yada daha fazla çocuğu olan anneler ise artan çocuk sayısı ile birlikte bakım vermekte güçlük yaşayabilir, çocuklar arasında meydana gelebilecek kardeş kıskançlığı, eşine ve kendisine yeterince vakit ayıramaması annede duygusal zorlanmalara sebep olabilir.

7.4. Kişilik bozuklukları

Bu çalışmanın en önemli bulgularından biri çekingen, bağımlı ve obsesif kompulsif kişilik bozukluklarının postpartum başlangıçlı depresyonla birlikte olmalarıdır.

Yapılan çalışmalar MD’li hastaların yaklaşık yarısı gibi önemli bir kısmında kişilik bozukluğunun komorbid olarak bulunduğunu göstermektedir. Çekingen, bağımlı ve obsesif kompulsif kişilik bozuklukları depresyonlu bireylerde en sık görülen eksen II tanılarınıdır (55,85).

Kişilik özellikleri veya bozukluklarının PPD gelişmesinde öncül bir etken olup olmadığı konusundaki veriler oldukça sınırlıdır. Bazı araştırmacılar C kümesi kişilik bozukluklarına

(çekingen, bağımlı, obsesif kompulsif) benzer şekilde kaygılı, sinirli, duyarlı, çekingen, çabuk etkilenen kişilik özelliklerine sahip kadınlarda PPD yatkınlığının arttığını bildirmişlerdir (86,87).

Depresyona yatkın kişilik özellikleri bulunan kişilerin benlik saygısı düşük ve strese duyarlılıkları daha fazladır (86).

Diğer yandan yetersiz sosyal desteğe sahip, stresli yaşam olaylarına maruz kalan, bebeklerin sağlık durumları ile ilgili kaygıları olan, eşleri ve yakınlarıyla iletişim problemi yaşayan kadınlarda bunları yaşamayanlara göre PPD oranı daha yüksek bildirilmiştir (33,36,86).

Bağımlı, obsesif kompulsif ve çekingen kişilik bozuklukları veya özellikleri kadınların baş etme yöntemlerini olumsuz etkileyerek PPD gelişimine yatkınlık yaratabilir (86). Ayrıca eksen II tanıları ile PPD arasında biyolojik bir ilişki olabilir. Bazı yazarlar Dopamin (D4) ve Dopamin (D3) genetik polimorfizmi olan depresif hastalarda çekingen, bağımlı, obsesif kompulsif kişilik bozukluklarının ilişkili olabileceğini bildirmektedir (88,89,90).

Bizim çalışmamızda A grubu kişilik (paranoid, şizoid, şizotipal) bozukluğu tanısı alan kadın yoktu. Bunun sebebi A grubu kişilik yapısındaki insanların kişilik özellikleri nedeniyle genellikle evlenmemeleri olabilir.

B grubu kişilik (antisosyal, histriyonik, borderline, narsisistik) bozukluğu tanısı alan kadınların sayısı oldukça azdı ve yapılan ki kare analizinde B kümesi kişilik bozuklukları ile PPD arasında istatistiksel bir ilişki saptanmadı.

Hem SCID-I'e göre hem de EPDS'e göre yaptığımız değerlendirmelerde PPD'nin C kümesi kişilik (çekingen, bağımlı, obsesif) bozukluğu ile anlamlı bir ilişkisi olduğu bulundu.

Biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimin yaşandığı doğum sonrası dönemde genelde kaygılı, sinirli, çabuk etkilenen, çekingen, stresle baş etmede zorlanan kişilik özelliklerine sahip kadınların uyum sorunları yaşamaları nedeniyle depresyonun daha sık ortaya çıktığı düşünülebilir. Bununla birlikte kişilik bozukluklarının PPD'nin gelişimindeki rolü için kesin bir şey söylemek zordur. Bu konuda daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

8.ÖZET

Postpartum Başlangıçlı Depresyon ve Kişilik Bozuklukları Arasındaki İlişki

Bu çalışmada PPD ile sosyodemografik özellikler ve kişilik bozuklukları arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlandı.

Bu çalışmanın örneklemini Ağustos 2005-Kasım 2005 tarihleri arasında Konya il merkezinde ikamet eden ve Dr.Faruk Sükan Doğumevinde doğum yapan kadınlar arasından rastgele seçilen 396 kadından oluşturuldu. Çalışmaya alınan hastalara araştırma konusunda bilgi verildikten sonra, katılmayı kabul ettiklerine dair yazılı onay alındı. Hastalarla doğum yaptıkları ilk gün yüz yüze görüşüldü. Hastalara sırasıyla hasta bilgi formu, SCID-I / CV ve SCID-II uygulandı. Hastalarla doğumdan 6 hafta sonra tekrar yüz yüze ve aynı hastanede görüşme yapıldı. Doksan dört kadın ikinci görüşmeyi her hangi bir neden belirtmeksizin kabul etmedi. Çalışma 302 kadın ile tamamlandı. İkinci görüşmede SCID-I / CV'nin MD modülü ve EPDS uygulandı. Elde edilen sosyodemografik özellikler, EPDS ve SCID-I kullanılarak elde edilen PPD oranları ve eşlik eden kişilik bozuklukları kaydedildi. EPDS değerlendirilmesinde kesme puanı 12 olarak alındı.

Çalışmamız sonucunda SCID-I'e göre PPD insidansını % 6.3, EPDS'e göre ise PPD insidansını % 12.6 olarak bulundu. Sosyodemografik özelliklere bakıldığında SCID-I'e göre PPD'li olgularla eşin mesleğinin olmaması ($p=0.049$) ve çoklu doğum ($p=0.016$) arasında anlamlı ilişki bulundu.Yapılan regresyon analizi sonucunda bu değişkenlerin PPD'nin bağımsız öngörücüleri olmadığı saptandı.

EPDS'e göre ise PPD'si olan olgular arasında sosyoekonomik düzeyi yetersiz olanlar ($p=0.015$) ve tedavi ile hamile kalanların oranı ($p=0.045$) anlamlı ölçüde daha yüksek bulundu.Yapılan regresyon analizi sonucunda hamilelik yönteminin PPD'nin bağımsız öngörücüsü olmadığı saptandı.

Kişilik bozukluğu yönünden bakıldığında SCID-I'e göre PPD tanısı alan hastaların % 68.4'ü ($n= 13$) aynı zamanda en az bir eksen II bozukluk ölçütlerini karşıladı. Bu hastalarda obsesif kompulsif (% 31.6), çekingen (% 26.3), bağımlı (% 21.1) kişilik bozuklukları anlamlı düzeyde daha sık bulundu. Hastalar arasında A kümesi kişilik bozukluğu tanısı alan olmadı.

Kişilik bozukluğu yönünden ise EPDS'e göre PPD tanısı alan hastaların % 44.7'si ($n=17$) aynı zamanda en az bir eksen II bozukluk ölçütlerini karşıladı. Bu hastalarda obsesif kompulsif (% 15.8), çekingen (% 18.4), bağımlı (% 15.8) kişilik bozuklukları anlamlı düzeyde yaygın bulundu. Hastalar arasında A kümesi kişilik bozukluğu tanısı alan olmadı. Elde edilen bulgular daha önceki çalışmaların sonuçları gözönüne alınarak tartışıldı.

9. SUMMARY

The Relationship Between The Depression started by Postpartum and Personality Disorders

In this study it is aimed to search the relationship between the PPD socio- demographic characteristics and personality disorders.

This study was carried out from August 2005 to November 2005. Three hundred ninety six women who live in Konya centrum and who have just given birth to a child in Dr. Faruk Sükan Maternity Hospital were selected randomly. The patients of this study were first given some information about search. All of the women gave written informed concept. The first interview performed face to face on the first day after childbirth. During this interview SCID-I, SCID-II and patient information form were applied. The second interview was performed face to face at the same hospital at 6. weeks postnatally. Ninety four of women did not accept to have interview without any reason. The study came to the end with three hundred two women. In the second interview session, they were applied SCID-I MD module of CV and EPDS. The socio-demographic characteristics gathered, PPD rates reached by using EPDS and SCID-I and simultaneous personality disorders were all recorded. Cut point was considered twenty two for evaluation of EPDS.

At the end of the study, the PPD incidence was found % 6.3 according to SCID-I. It was however, found % 12.6 according to EPDS. Considering the socio- demographic characteristics, being their husbands jobless ($p= 0.049$) and the number of their deliveries ($p=0.016$) were found meaningful according to SCID-I among the cases which have PPD. At the end of the regression analysis it was seen that this variants were not dependent presciences of PPD.

According to EPDS, on the other hand among the cases which have PPD showed that the rates of those who got pregnant with a medical treatment ($p=0.045$) and those in low socio- economic level ($p=0.015$) were found meaningful. At the end of the regression analysis, it was seen that the method of pregnancy was not the dependent presciences of PPD.

From the view of personality disorders, % 68.4 ($n= 13$) of the patients who got PPD diagnosis according to SCID-I, met at least one of the axis II criterions of disorder. Obsessive compulsive (% 31.6), avoidant (% 26.3), dependent (% 21.1) personality disorders were found significantly extensive. Among the patients no one got the diagnosis of group A personality disorders. According to EPDS % 44.7 ($n=17$) of patients who got PPD diagnosis also met at least one of the axis II criterions of disorder. The most common personality disorders were found as obsessive compulsive (% 15.8), avoidant (% 18.4) and dependent (% 15.8). Among the patients no one got the diagnosis of group A personality disorders. The results of the analysis were discussed considering the results of other studies carried out before.

10. KAYNAKLAR

1. Landy S, Montgomery J, Walsh S ve ark. Postpartum depression: A clinical View. *Matern Child Nurs J.* 1989; 18 : 1-27.
2. Robinson GE, Stewart D Postpartum psychiatric Disorders *Can Med Assoc J.* 1986 ;134 : 31-37.
3. Aşkın Rüstem Depresyon El Kitabı 2. baskı Konya 1999 : 100-122.
4. Morris-Rush JK, Freda MC, Bernstein PS. Screening for postpartum depression in an inner-city population. *Am J Obstet Gynecol.* 2003 ;188 : 1217-1219.
5. Tammentie T, Tarkka MT, Astedt-Kurki P, Paavilainen E. Sociodemographic factors of families related to postnatal depressive symptoms of mothers. *Int J Nurs Pract.* 2002 ;8 : 240-246.
6. Yonkers KA, Ramin SM, Rush AJ, Navarrete CACarmody T, March D, Leveno KJ Onset and persistence of postpartum depression in an inner-city maternal health clinic system. *Am J Psychiatry* 2001 ;158 : 1856-1863.
7. Gülseren L. Doğum Sonu Depresyon Bir Gözden Geçirme, *Türk Psikiyatri Dergisi* 1999; 10, 58-67.
8. Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması el kitabı, yeniden gözden geçirilmiş dördüncü baskı (DSM-IV-TR). Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000. Köroğlu E (çeviren). Ankara: Hekimler Yayın Birliği 2001: 152-153
9. Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjo G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001 ; 80 :251-255.
10. Nur N. Çetinkaya S, Bakır D. A, Demirel Y. Sivas il merkezindeki kadınlarda postpartum depresyon yaygınlığı ve risk faktörleri *C.Ü Tıp Fakültesi Dergisi* 2004; 26 : 55-59.
11. Ekşi A. Çocuk sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü : Ben Hasta Değilim 1. baskı İstanbul : Nobel tıp Kitapevi, 1999 : 22-25.

12. Sheldon H. Preskorn Depresyonun Ayaktan Tedavisi 2. baskı Kırılı S. (çeviren) Bursa 1999 : 3-20.
13. Najman JM, Bor W, O'Callaghan MJ, Williams GM. Postnatal depression-myth and reality: maternal depression before and after the birth of a child. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.2000 ;35 : 19-27.
14. Benjamin J.Sadock, M.D Virginia A. Sadock, M.D Klinik Psikiyatri Güneş Kitapevi ikinci baskı Aydın H., Bozkurt A. (çevirenler) Ankara 2005:174-176., 336-354.
15. May,A.K., Mahlmeister, R.L Maternal and Neonatal Nursing' J.L. Lipincott Company 1994: 870-874.
16. Noble RE. Depression in women. Metabolism Clinical and Experimental. 2005; 54 : 49-52.
17. DeRosa N, Logsdon MC A comparison of screening instruments for depression in postpartum adolescents. J Child Adoles Psychiatry Nurs.2006 ; 19: 13 - 20.
18. Limlomwongse N, Liabsuetrakul T. Cohort study of depressive moods in Thai women during late pregnancy and 6-8 weeks of postpartum using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Arch Womens Ment Health 2006 ; 9 : 131-8.
19. Andersson L, Sundstrom-Poromaa I, Wulff M, Astrom M, Bixo M. Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. Acta Obstet Gynecol Scand. 2006; 85 : 937-944.
20. Gotlib IH, Whiffen VE, Mount JH, Milne K, Cordy NI. Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. J Consult Clin Psychol. 1989 ; 57 : 269-274.
21. Boyce PM. Risk factors for postnatal depression: a review and risk factors in Australian populations. Arch Womens Ment Health 2003 ; 6 : 43-50.
22. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 8. baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevi 2001 : 305-310., 427-440.
23. Elbert M, Loosen P.T, Nurcombe B. Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi Birsöz S, Karaman T (çevirenler) Ankara Güneş Kitapevi 2003 : 467-484., 290-298.
24. Nierenberg A.A, Susman N, Trivedi M Depresyonda Depreşmenin Yönetimi Kırılı S., Sivrioğlu Y.(çevirenler) 2. Baskı Bursa 2003 : 1-12.

25. Lieb K, Christian S, Martin B. University of Freiburg Medical School Germany
Borderline personality disorder Seminar 2004; 364 : 20-24.
26. Bernadette M.M, Joyce P, Oneil A Antisocial personality and depression among
incarcerated drug treatment participants. Journal of substance abuse, 2000; 11 :
379-393.
27. Bloch M, Daly RC, Rubinow DR. Endocrine factors in the etiology of postpartum
depression. Compr Psychiatry ;2003; 44 : 234-246.
28. Aydin N, Inandi T, Yigit A, Hodoglugil NN. Validation of the Turkish version of the
Edinburgh Postnatal Depression Scale among women within their first
postpartum year. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2004 ; 39 : 483-486.
29. Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E. Risk factors for early postpartum depressive
symptoms. Gen Hosp Psychiatry. 2006 ; 28 :3-8.
30. Sobey WS. Barriers to postpartum depression prevention and treatment: a policy
analysis. J Midwifery Womens Health 2002 ; 47 : 331-336.
31. Adewuya AO. The maternity blues in Western Nigerian women: prevalence and risk
factors. Am J Obstet Gynecol. 2005 ;193 : 1522-1525.
32. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum
depression: a synthesis of recent literature. Gen Hosp Psychiatry. 2004 ; 26 :
289-295.
33. Chandran M, P. Tharyan,J. Mulyil and S. Abraham post-partum depression in a cohort
of women from a rural area of Tamil Nadu,India Br J Psychiatry 2002; 499-
504.
34. Kitamura T,Yoshida K,Okano T, Kinoshita ,KHayashi M, Toyoda N, Ito M, Tada K,
Kanazawa K, Sakumoto K, Satoh S, Furukawa T, Nakano H Multicentre
prospective study of perinatal depression in Japan: incidence and correlates of
antenatal and postnatal depression. Arch Womens Ment Health 2006; 9 : 121-
130.
35. Faisal-Cury A, Tedesco JJ, Kahhale S, Menezes PR, Zugaib M. Postpartum depression:
in relation to life events and patterns of coping. Arch Womens Ment Health
2004 ; 7 : 123-131.

36. Danaci AE, Dinc G, Deveci A, Sen FS, Icelli I. Postnatal depression in turkey: epidemiological and cultural aspects. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002 ; 37 : 125-129.
37. Eltutan H., Öncüoğlu C.” Kadınlarla Özgü Psikiyatrik Bozukluklar” Depresyon dergisi 1997; 2 : 74-80.
38. Güra A, Özkan H, Ongun H, Eryılmaz M, Oygür N Postpartum Maternal Depresyonun Nedenleri ve Preterm Bebeklerde Büyüme Üzerine Etkileri, *The Journal of the Child* 2004; 4 :168-172.
39. Verkerk GJ, Denollet J, Van Heck GL, Van Son MJ, Pop VJ. Patient preference for counselling predicts postpartum depression: a prospective 1-year follow up study in high-risk women.*J Affect Disord.* 2004; 83 : 43-48.
40. Agoub M, Moussaoui D, Battas O. Prevalence of postpartum depression in a Moroccan sample. *Arch Womens Ment Health.* 2005; 8 : 37-43.
41. İnandı T, Elçi Ö.Ç, Öztürk A, Eğri M, Polat A, Şahin T.K . Risk factors for depression in postnatal first year, in eastern Turkey. *International J. of Epidemiologist* 2002 : 201-207.
42. Rich-Edwards JW, Kleinman K, Abrams A, Harlow BL, McLaughlin TJ, Joffe H, Gillman MW. Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *J Epidemiol Community Health.* 2006 ;60 : 221-227.
43. Felice E, Saliba J, Grech V, Cox J. Prevalence rates and psychosocial characteristics associated with depression in pregnancy and postpartum in Maltese women. *J Affect Disord.* 2004; 82 : 297-301.
44. Chaudron L., Klein M., Remington P.,Patla M., Allen C., Essex M,: Predictors, prodromes and incidence of postpartum.*J Psychosom Obstet Gynecol* 2001; 22 : 103-112.
45. Von Zerssen D Development of an integrated model of personality, personality disorders and severe axis I disorders, with special reference to major affective disorders. *J Affect Disord.* 2002 ;68 : 143-158.
46. Viinamaki H, Tanskanen A, Koivumaa-Honkanen H, Haatainen K, Honkalampi K, Antikainen R, Hintikka J. Cluster C personality disorder and recovery from

- major depression: 24-month prospective follow-up. *J Personal Disord.* 2003 ;17 : 341-350.
47. M. Eberhard-Gran, A. Eskild, K.Tambs, S.O.Samuelsen, S.Opjordsmoen Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors *Acta psychiatr scand* 2002; 106 : 426-433.
48. Ahokas A, Kaukoranta J, Aito M. Effect of oestradiol on postpartum depression. *Psychopharmacology (Berl).* 1999 ;146 : 108-110.
49. A Riecher-Rössler, M.Hofecker Fallahpour *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2003; 418 : 51-56.
50. Engindeniz, N. "Edinburg Doğum Sonu Depresyon Ölçeğinin Türkçe Formu İçin Geçerlilik ve Güvenlilik Çalışması" Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi İzmir 1996
51. Nonacs R, Cohen LS. Postpartum psychiatric syndromes. Sadock B, Sadock V (Eds). Kaplan & Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry* 2000 :1276-1284.
52. Van Dam RM, Schuit AJ, Schouten EG, Vader HL, Pop VJ. Serum cholesterol decline and depression in the postpartum period. *J Psychosom Res.*1999 ; 46 : 385-390.
53. Yavuz Selvi,Rıfat İnci,Ümit Kemal Kıran,Mehmet Yücel Ağargün, Ömer Akil Özer,Buket Eryonucu Postpartum depresyon ve serum kolesterolu *Klinik Psikiyatri* 2004; 7: 48-50.
54. Howard LM, Boath E, Henshaw C. Antidepressant Prevention of Postnatal Depression *Plos med.* 2006; 3 :160-168.
55. Tedlow J, Leslie V,Keefe BR,Alpert J, Nierenberg AA,Rosenbaum JF, Fava M. Axis I and Axis II disorder comorbidity in unipolar depression with anger attacks. *J. Affect Disord.* 1999 ;52 : 217-223.
56. Dennis CL. Can we identify mothers at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh Postnatal Depression Scale? *J Affect Disord.* 2004 ; 78 : 163-169.
57. Wisner KL, Parry BL, Piontek CM *Clinical practice. Postpartum depression.* *N Engl J Med.* 2002; 18 : 194-199.

58. Wisner KL, Hanusa BH, Perel JM, Peindl KS, Piontek CM, Sit DK, Findling RL, Moses-Kolko EL Postpartum depression: a randomized trial of sertraline versus nortriptyline. *J Clin Psychopharmacol.* 2006 ;26 : 353-360.
59. Epperson N, Czarkowski KA, Ward-O'Brien D, Weiss E, Gueorguieva R, Jatlow P, Anderson GM
Maternal sertraline treatment and serotonin transport in breast-feeding mother-infant pairs. *Am J Psychiatry.* 2001 ;158 : 1631-1637.
60. Steiner M.,M.D,Ph.D Postpartum Psychiatric Disorders *Can J. Psychiatry* 1990; 35 : 89-95.
61. Jung V, Short R,Letourneau N, Andrews D Interventions with depressed mothers and their infants: Modifying interactive behaviours *J Affect Disord.* 2006 7; 270-281.
62. Marion Righetti-Veltama, Elisabeth Conne-Perréard, Arnaud Bousquet and Juan Manzano Postpartum depression and mother–infant relationship at 3 months old *J Affect Disord* 2002; 3 : 291-306.
63. Benjamin J.Sadock,M.D Virginia A. Sadock,M.D Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry Ninth Edition 2003 : 526-527.
64. Ahokas A, Aito M, Turiainen S. Association between oestradiol and puerperal psychosis. *Acta Psychiatr Scand.* 2000 ;101 : 167-169.
65. M.Thome Predictors of postpartum depressive symptoms in Icelandic women *Arch Womens Ment Health* 2000; 3 : 7-14.
66. Honey KL, Bennett P, Morgan M. Predicting postnatal depression. *J Affect Disord.* 2003 ;76 : 201-210.
67. First MB,Spitzer RL,Gibbon M, Williams JBW.Structured Interview for DSM-IV Clinical Version (SCID-I/CV) Washington D.C. American Psychiatric Press 1997
68. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen Danacı A, Köroğlu E, DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçeye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999; 12 : 233-236.

69. Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M, First M. Manual for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders. Washington D.C: American Psychiatric Press, 1990.
70. Sorias S, Saygılı R, DSM-III-R yapılandırılmış klinik görüşmesi Türkçe versiyonu. SCID-II kişilik bozuklukları formu Bornova, Ege Üniversitesi Basımevi 1990.
71. Coşkunol H, Bağdiken İ, Sorias S ve ark. SCID-II(Türkçe Versiyonu) görüşmesinin kişilik bozukluklarındaki güvenilirliği Türk Psikoloji Dergisi 1994; 9 : 26-29.
72. Uçok A, Karaveli D, Kundakci T, Yazici O. Comorbidity of personality disorders with bipolar mood disorders. Compr Psychiatry. 1998 ;39 : 72-4.
73. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale Br J Psychiatry 1987;150 : 782-786.
74. Lee DT, Yip AS, Chan SS, Tsui MH, Wong WS, Chung TK. Postdelivery screening for postpartum depression. Psychosom Med. 2003 ;65 :357-361.
75. Campbell SB, Cohn JF. Prevalence and correlates of postpartum depression in first-time mothers. J Abnorm Psychol.1991 ;100 : 594-599.
76. Beeghly M, Olson KL, Weinberg MK, Pierre SC, Downey N, Tronick EZ. Prevalence, stability, and socio-demographic correlates of depressive symptoms in Black mothers during the first 18 months postpartum. Matern Child Health J. 2003 ;7 : 157-160.
77. Chaaya M, O.M.R.Campbell, F.El Kak,D. Shaar, H.Harb, and A. Kaddour Postpartum depression:prevalence and determinant in Lebanon Arch Womens Ment Health 2002; 5 : 65-72.
78. Çamdeviren H.A, Yazıcı A.C, Akkuş Z, Buğdaycı R, Sungur M.A Comparison of logistic regression model and classification tree: An application to postpartum depression data. Expert Systems with Applications 2006 : 1-8.
79. Ekuklu G,Tokuç B, Eskiocak M, Berberoğlu U, Saltık A. Prevalence of Postpartum Depression in Turkey (Edirne) and Some Related Factors. Journal of Reproductive Medicine 2004 49 : 908-914.
80. Da Costa D, Dritsa M, Rippen N, Lowensteyn I, Khalife S. Health-related quality of life in postpartum depressed women. Arch Womens Ment Health 2006 ;9 : 95-102.

81. Baker L, Cross S, Greaver L, Wei G, Lewis R; Healthy Start CORPS Prevalence of postpartum depression in a native American population. *Matern Child Health J.* 2005 ;9 : 21-25.
82. McCoy SJ, Beal JM, Shipman SB, Payton ME, Watson GH. Risk factors for postpartum depression: a retrospective investigation at 4-weeks postnatal and a review of the literature. *J Am Osteopath Assoc.* 2006 ;106 : 193-198.
83. Leung SS, Martinson IM, Arthur D Postpartum depression and related psychosocial variables in Hong Kong Chinese women: findings from a prospective study. *Res Nurs Health.* 2005 ;28 : 27-38.
84. Goyal D, Murphy SO, Cohen J. Immigrant Asian Indian women and postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2006 ;35 : 98-104.
85. Brieger P, Ehrt U, Marneros A, Frequency of comorbid personality disorders in bipolar and unipolar affective disorders. *Compr Psychiatry.* 2003 ;44 : 22-28.
86. Dennis CL, Boyce P Further psychometric testing of a brief personality scale to measure vulnerability to postpartum depression. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2004 ;25 : 305-311.
87. Farabaugh A, Mischoulon D, Fava M, Guyker W, Alpert J. The overlap between personality disorders and major depressive disorder (MDD). *Ann Clin Psychiatry.* 2004 ;16 : 217-24.
88. Light KJ, Joyce PR, Luty SE, Mulder RT, Frampton CM, Joyce LR, Miller AL, Kennedy MA. Preliminary evidence for an association between a dopamine D3 receptor gene variant and obsessive-compulsive personality disorder in patients with major depression *Am J Medical Genetics Part B* 2006; 141: 409-413.
89. Joyce PR, Rogers GR, Miller AL, Mulder RT, Luty SE, Kennedy MA. Polymorphisms of DRD4 and DRD3 and risk of avoidant and obsessive personality traits and disorders. *Psychiatry Res.* 2003 ;119 : 1-10.
90. Leon S.L, Esther A. Croes, Fakhreddin A. Sayed-Tabababaei, Stephan Claes, Christine Van Broecheven C, and Cornelia M. van Dujin. The dopamine D4 receptor gene 48- base-pair-repeat polymorphism and mood disorders: a meta –analysis *Biol psych.* 2005; 57: 999-1003.

11.EKLER EK-1

DUYGUDURUM EPİZODLARI

MAJÖR DEPRESİF EPİZOD

Şimdi size ruhsal durumunuz hakkında bazı sorular soracağım.

A1

Geçen ay içinde

Kendinizi, günlerin çoğunda, yaklaşık gün boyu üzgün, karamsar, hüzünlü yada çökkün hissettiğiniz bir dönem oldu mu? Bu durum neye benziyordu?

Evetse: Ne kadar sürdü? (En az iki hafta sürdü mü?)

A2

Genellikle yapmaktan hoşlandığımız şeylere karşı ilginizde azalma yada zevk almama oldu mu?

Evetse: Hemen her gün müydü? Ne kadar sürdü? (En az iki hafta sürdü mü?)

MAJÖR DEFRESİF EPİZOD İÇİN ÖLÇÜTLER

NOT: B ölçütü (yani mikst epizod için ölçütleri karşılamaz) SCID'e dahil edilmemiştir.

A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin (yada daha fazlasının) bulunmuş olması;

(1) ya hastanın kendisinin bildirmesi (örn. Kendisini üzgün yada boşlukta hisseder) yada başkalarının gözlemesi (örn. Ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum.

Not: Çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygudurum bulunabilir.

(2) hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı yada bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma yada artık bunlardan etsisi gibi zevk almıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi yada başkalarınca gözleniyor olması ile belirlendiği üzere)

Şu an için ne **A1** **nede** **A2** “+” ise, A1 ve A2 sorularını “HİÇ OLMUŞ MUYDU...?” cümlesi ile yeniden sorarak geçmişte Majör Depresif Epizod olup olmadığını araştırınız.

EN AZ BİR KEZ GEÇMİŞ DEPRESİF DÖNEM VARSA: Buna benzer birden fazla dönem yaşamış mıydınız? Bunların en kötüsü hangisiydi?

Ne **A1** **nede** **A2** “+” ise, sayfa 8 **A16**'ya gidiniz (*Manik Epizod*).

İZLEYEN SORULAR İÇİN, EN KÖTÜ 2 HAFTALIK SÜRECİ GÖZÖNÜNE ALINIZ:

Süresince [2 - HAFTALIK DÖNEM]...

A3

Kilo verdiniz ya da aldınız mı? (Ne kadar? Kilo vermek için çaba gösteriyor muydunuz?)

HAYIRSA: İştahınız nasıl? (Her zamanki iştahınız ile karşılaştırılınca iştahınız nasıl? Yemek yemede zorlanıyor musunuz? Alışılmışın üzerinde/akında mı yemek yiyorsunuz? Bu durum hemen her gün oluyor mu?)

A4

Uykunuz nasıl? (Uykuya dalma güçlüğü, gece sık sık uyanmanız, uykuyu sürdürme güçlüğü, çok erken uyanmanız YA DA aşırı uyku uyumanız var mı? Normal uykunuz ile karşılaştırıldığında gecede kaç saat uyuyorsunuz? Bu durum hemen her gece oluyor mu?)

A5

Rahat oturamayacak kadar huzursuz ve rahatsız mısınız? (Bu durum diğer insanların dikkatini çekecek kadar kötü mü? Onların dikkatini çeken şey nedir? Bu durum hemen her gün mü oluyor?)

HAYIRSA: Tersini oluyor mu? — Normale göre daha ağır konuşup, daha yavaş hareket ediyor muşunu/." (Bu durum diğer insanların dikkatini çekecek kadar kötü mü? Onların dikkatini çeken şey nedir? Bu durum hemen her gün mü oluyor?)

A6 Gücünüz, kuvvetiniz ne durumda? (Sürekli yorgunluk, bitkinlik hissediyor musunuz? Budurum bütün gün sürüyormu?)

(3) perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örn. ayda, vücut kilosunun % 5'inden fazlası olmak üzere) ya da hemen her gün iştahın azalmış ya da atılmış olması.

Not: Çocuklarda, beklenen kilo alımının olmaması.

(4) hemen her gün, insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomniyanın (aşırı uyku) olması

(5) hemen her gün, psikomotorajitasyon ya da retardasyonun olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarının da gözleniyor olması gerekir)

NOT: GÖRÜŞME SIRASINDAKİ DAVRANIŞLARI DA GÖZÖNÜNE ALINIZ.

6) hemen her gün, yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması

A7

Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?
(Değersizlik duygusu hissediyor musunuz?
Bu durum her gün mü oluyor?)

HAYIRSA: Yapmış ya da yapmamış olduğunuz şeyler hakkında suçluluk duyduğunuz oluyor mu? (Her gün mü?)

A8

Düşünmede ya da dikkatinizi bir konuya vermede güçlük çekiyor musunuz? (Ne çeşit olaylar bu duruma neden oluyor? Her gün mü?)

HAYIRSA: Günlük olaylar hakkında karar vermekte güçlük çekiyor musunu/.

A9

Bir şeyler kötü gittiğinde ölmeyi istediniz mi? "keşke ölmüş olsaydım" diye düşündünüzünü? Kendinize zarar vermeyi düşündünüz mü?

EVETSE: Kendinize zarar verecek bir şey yaptınız mı?

A10

(7) hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (sanrısız olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil)

NOT: YALNIZCA DÜŞÜK BENLİK SAYGISI VARSA "-" OLARAK KODLAYINIZ

(8) hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık (ya hastanın kendisi söyler ya da başkaları bunu gözlemiştir)

(9) yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması

A1'DEN A9'A DEK OLAN MADDELERİN EN AZ BEŞİ "+" İSE VE A(1) YA DA A(2) MADDELERİNDEN EN AZ BİRİ BULUNUYORSA.

Yukarıda A10'a verilen yanıt "-" ise ve bilmiyorsanız aşağıdaki soruyu sorunuz:

Depresyonda olduğunuz ve şu anda hakkında konuştuğumuz semptomlardan daha fazlasının olduğu herhangi bir başka dönem olmuş muydu?

"Evetse" sayfa 3'teki A1'e gidiniz ve o dönem için sorulan sorunuz.

"Hayırsa" sayfa 8 A16'ya gidiniz (Manik Epizod).

A11

AÇIK DEĞİLSE: Bunlar [depresyon/KENDİ CÜMLELERİNİZLE] diğer insanlarla geçinmenizi, evde ve işte görevlerinizi yapmam/ı güçleştirdi mi?

C. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

Yukarıdaki A13 maddesi "-" ise (yani depresif duygudurum Yas ile daha iyi açıklanabiliyorsa) aşağıdaki soruları sorunuz:

Depresyonda olduğunuz ve bunun sevilen birini kaybetmek nedeniyle olmadığı bir başka dönem olmuş muydu?

"Evet" ise sayla 3 A1'e geri dönünüz ve o epizod hakkında soru sorunuz.

"Hayır" ise sayla 8 A16'ya gidiniz (Manik Epizod).

A12

Bu durum başlamadan hemen önce bedensel bir hastalığınız var mıydı?

Bu durum başlamadan hemen önce, tedavi için herhangi bir ilaç alıyor muydunuz?

EVETSE: Aldığınız miktarda herhangi bir değişiklik olmuş muydu?

Bu durum başlamadan hemen önce, alkol ya da herhangi bir uyuşturucu ilaç alıyor muydunuz?

Depresyonun ikincil olabileceğine ilişkin bir bulgu varsa (yani bir maddenin ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik sonucu), sayla 20'ye gidiniz, maddeyi "+" ya da "-" değerlendirmek için buraya geri dönünüz.

D. Bu semptomlar bir madde kullanımının (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. hipotiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Etyolojide rol oynayan genel tıbbi durumlar, dejeneratif nörolojik hastalıkları (örn. Parkinson hastalığı), serebrovasküler hastalık (örn. inme), metabolik durumlar (örn. B₁₂ vitamini eksikliği), endokrin durumlar (örn. hiper-hipotiroidizm, hiper-hipoadrenokortisizm), vira 1 ya da diğer enfeksiyonlar (örn. hepatitler, mononükleoz, I-IIIV), bazı kanserleri (örn. pankreas kanseri) içerir.

Etyolojide rol oynayan maddeler alkol, amfetaminler, kokain, halüsinojenler, inhalanlar, opiyatlar, fensiklidin, sedatifler, hipnotikler, anksiyolitikleri içerir, Etyolojide rol oynayan tıbbi ilaçlar ise antihipertansifler, oral kontraseptifler, kortikosteroidler, anabolik steroidler, antikanser ajanlar, analjezikler, antikolinergikler ve kardiyak ilaçlardır.

Yukarıdaki A12 maddesi "-" ise (yani duygudurum bir maddeye ya da genel tıbbi bir duruma bağlıysa) aşağıdaki soruları sorunuz:

Depresyonda olduğunuz ve bunun [GENEL TIBBİ BİR DURUMA/MADDE KULLANIMINA] bağlı olmadığı bir başka zaman olmuş muydu?

"Evet" ise sayfa 3 A1'e geri dönünüz ve o epizod hakkında soru sorunuz.

"Hayır" ise sayfa 8 A16'ya gidiniz (Manik Epizod).

A13

BİLİNMIYORSA: Bu durum bir yakınınız öldükten kısa bir süre sonra mı başladı?

Yukarıdaki A11 maddesi "-" ise (yani semptomlar klinik olarak anlamlı değilse) ve bilmiyorsanız izleyen soruyu sorunuz:

Depresyonda olduğunuz başka bir dönem oldu mu? Oldu ise yaşamınızı o dönemde daha mı fazla etkiledi?

"Evetse" sayfa 3'teki A1'e gidiniz ve o epizod hakkında soru sorunuz.

"Hayırsa" sayfa 8'deki A16'ya gidiniz (Manik Epizod).

A14

BİLİNMIYORSA: Geçen ay içinde (YUKARIDAKİ SEMPTOMLARIN "+" OLARAK DEĞERLENDİRİLECEĞİ) bir durumunuz oldu mu?

A, C, D VE E ÖÇÜTLERİ "+"

(MAJÖR DEPRESİF EPİZOD TANISI KOYUNUZ)

A15

En az iki hafta boyunca, yaklaşık gün boyu [depresif/KENDİ KELİMELERİ] olduğunuz kaç ayrı dönem oldu ve bira/ önce tanımladığınız bunun gibi [EN KÖTÜ EPİZOD SEMPTOMLARINDAN] kaç belirtiniz olmuştu?

Şimdiki epizodu da içine alacak şekilde Majör Depresif Epizodların toplam sayısı (sayılamayacak kadar çok sayıda ya da belirsiz ise KOD 99)

E. Bu semptomlar Yas'la daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birin yitilmesinden sonra bu semptomlar 2 a\ndan daha u/un sürer ya da bu semptomlar, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşır durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir.

EK-2

KİŞİLİK ENVANTERİ

AŞAĞIDA SİZİN KİŞİLİĞİNİZ VE KARAKTERİNİZLE İLGİLİ SORULAR VARDIR. AMACIMIZ SİZİN NASIL İNSAN OLDUĞUNUZU, HUYUNUZU VE GENELDE NASIL DAVRANDIĞINIZI ANLAMAKTIR. LÜTFEN SORULARI DİKKATLE OKUYUP, YERİNE GÖRE "Evet" VEYA "Hayır" CEVAPLARINDAN BİRİNİ İŞARETLEYİN. TÜM SORULARI İÇTENLİKLE CEVAPLANDIRMAYA ÇALIŞIN, EĞER ANLAYAMADIĞINIZ BİR SORU OLURSA BOŞ BIRAKIN

EVET HAYIR

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Başkalarının sizi eleştirmesi, sözlerinizi veya davranışlarınızı onaylamaması sizi incitir mi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ailenizin dışında, kendinizi gerçekten yakın hissettiğiniz hiç kimsenin olmadığı duygusuna kapılır mısınız? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Gerçekten istendiğinizden emin olmadıkça, insanlara yaklaşımdan kaçınır mısınız? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. İnsanlara çok yakın olmanızı gerektirecek durumlardan kaçınır mısınız? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Topluluk içindeyken yanlış bir şey söylemek ya da sinirli görünmekten korkar mısınız? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Başkalarının önünde, kızarmak, ağlamak ya da sinirli görünmekten korkar mısınız? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Başkalarına kolay gelen birçok şey size zor ya da tehlikeli gelir mi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Günlük işlerinizi yaparken sık sık başkalarına danışma ihtiyacı duyar mısınız? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Sizinle ilgili önemli konularda kararları başkalarının mı vermesini istersiniz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Yanıldıklarını düşünseniz bile, başkalarının fikirlerine karşı çıkmaktan çekinir misiniz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Bir işi tek başınıza yapmak size zor gelir mi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. İnsanlara kendinizi kabul ettirmek için kimsenin yapmak istemediği işleri üstlenir misiniz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Yalnız kalmaktan rahatsız olur musunuz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Bir yakınınızdan temelli ayrıldığınızda kendinizi çok kötü hisseder misiniz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

15. Terk edilmekten veya yalnız kalmaktan çok korkar mısınız?
16. İşleri sıralı ve düzenli yapmaya önem verir misiniz?
17. Ayrıntıların da önemli olduğuna inanır mısınız?
18. Başkalarının, işleri aynen sizin söylediğiniz gibi yapmaları için ısrar eder misiniz?
19. Sizden başka kimsenin doğru yapamayacağını düşündüğünüz için, işleri başkasına bırakmaktan kaçınır mısınız?
20. Çalışmaya düşkünlüğünüz nedeniyle, arkadaşlarınıza, ailenize ya da eğlenmeye zaman ayıramadığınız olur mu?
21. Karar vermekte zorlanır mısınız? Örneğin, işleri hangi sıra ile yapacağınıza karar veremediğiniz olur mu?
22. Sık sık uygunsuz bir şey yapmış olabileceğinizi düşünüp endişelenir misiniz?
23. Çevrenizde toplum kurallarına aykırı davrananlara kızar mısınız?
24. İnsanlara yakınlık göstermekte zorluk çeker misiniz?
25. İnsanlara bir şey vermek ya da zaman ayırmak size zor gelir mi? Başkaları sizi eli sıkı mı bulur?
26. Eski, artık kullanmadığınız eşyaları atmakta zorlanır mısınız?
27. İşlerinizi son ana kadar ertelediğiniz ve bu nedenle zamanında bitiremediğiniz olur mu?
28. Sevmediğiniz, istemediğiniz bir işi yapmanız istendiğinde sinirlenir ya da bozular musunuz?
29. Bazı insanlar, istemedikleri bir işi yapmaları beklendiğinde ağırdan alır ya da iyi yapmazlar sizin de böyle davrandığınız olur mu?
30. İnsanlar sizden sık sık aşırı isteklerde bulunurlar mı?
31. Aslında yapmak istemediğiniz işleri kolay unuttur musunuz?
32. Başkalarının düşündüğünün aksine, görevlerinizi ve size düşen sorumlulukları iyi yaptığınıza inanır mısınız?
33. Yapacağınız iş konusunda başkalarının size akıl öğretmesine kızar

mısınız?

34. İnsanlar, üzerinize düşeni yapmayarak onları engellediğinizden yakınılar mı?
35. Amirleriniz genellikle sizden daha yetersiz ve beceriksiz midir?
36. Arkadaşlarınız veya sevdikleriniz size genellikle kötü davranan ya da sizden faydalanan kişiler midir?
37. Genelde hayal kırıklıklarını ve üzücü olayları siz mi davet edersiniz?
38. Başkalarının yardımını sık sık geri çevirir misiniz?
39. Başkaları size genellikle ihtiyacınız olmayan konularda mı yardım teklif ederler?
40. Bir başarı karşısında, bunu hak etmediğinizi düşünerek suçluluk duyar mısınız? Bu yüzden başarınızı karalamak ister misiniz?
41. Söylediğiniz ya da yaptığınız bir şeyin başkalarını kızdırdığını görüp şaşırduğunuz ya da bozulduğunuz oldu mu?
42. Eğlenmeye pek fırsat bulamadığınız ya da eğlence fırsatlarını kaçırdığınız olur mu?
43. Eğlenceli ortamda bile kendinizi neşeli hissetmediğiniz, eğlenmeye çalışmanıza rağmen eğlenemediğiniz olur mu?
44. Başarılı olmak ya da istediğinizi elde etmek için yapmanız gerekenleri genellikle ihmal eder misiniz?
45. Başkalarının işine yardım ettiğiniz halde kendi işinizi ihmal ettiğiniz olur mu?
46. Size iyi davranan insanları sıkıcı, kötü davrananları ise yakın bulduğunuz olur mu?
47. Kendinizden çok başkalarının yararına olacak şeyleri mi yaparsınız?
48. Başka insanlara istemedikleri halde yardım etmeye çalışır mısınız?
49. Eğer dikkat etmezseniz insanların sizi kullanacağını ya da zarar vereceğini düşünür müsünüz?
50. Arkadaşlarınızın sadakat ve güvenilirliğinden zaman zaman kuşkuya düştüğünüz olur mu?

51. İnsanların söylediği ya da yaptığı şeylerdeki gelişme ve tehlikeleri sezer misiniz?
52. Sizi kızdıran ya da kötülük eden insanları zor mu affedersiniz?
53. Başkalarının sizin hakkınızda bir şeyler bilmesinden tedirgin olur musunuz?
54. Alınan bir insan sayılır mısınız?
55. Kıskanç bir insan sayılır mısınız?
56. Eşinizin (ya da sevgilinizin) sizi aldattığından kuşkulandığınız oldu mu?
57. Aralarında konuşan insanlar gördüğünüzde, "acaba benim hakkımda mı konuşuyorlar" diye düşündüğünüz oldu mu?
58. İlgisiz gibi görünen bazı olay ya da durumların, özellikle sizinle ilgili olduğu duygusuna hiç kapıldınız mı?
59. Bir toplantıda tanımadığınız birkaç kişinin olması sizi rahatsız eder mi?
60. Hiç olağan dışı (ya da doğaüstü) olaylara tanık oldunuz mu?
61. Büyüye, ruhlara ya da altıncı hisse inanır mısınız?
62. Eşyaları gölgeleri ya da sesleri başka şeylerle karıştırdığınız oldu mu?
63. Kimseyi görmesenez bile etrafınızda bir şeyin ya da kişinin varlığını hissettiğiniz oldu mu?
64. Hiçbir insanın yüzünün ya da aynaya bakarken kendi yüzünüzün değiştiğini gördünüz mü?
65. İnsanlara yakın olmaktan sıkılır mısınız? Örneğin ailenizin ya da arkadaşlarınız yanında değilken daha mı rahat olursunuz?
66. Başkaları ile birlikte çalışmaktansa işlerinizi yalnız yapmayı tercih eder misiniz?
67. Hiçbir zaman çok kızmayan ya da çok neşelenmeyen bir insan sayılır mısınız?
68. Başka bir insanla cinsel ilişki kurmakta isteksiz misiniz?

69. Başkalarının hakkınızda söylediklerine (iyi ya da kötü) aldırmayan önem vermeyen biri misiniz?
70. Başkalarının sizi övmesi beğenmesi ya da yaptıklarınızı onaylaması çok hoşunuza gider mi?
71. Karşı cinsten insanlarla beraber olmak konuşmak ya da şakalaşmaktan hoşlanır mısınız?
72. Güzel görünmek sizin için önemli bir şey midir?
73. Bazı insanların duyguları çok güçlüdür ve duygularını herkesin içinde gösterirler. Örneğin: fazla samimi olmadığı insanlara bile sarılabilir ya da kızında bağırıp çağırırlar sizde böyle biri misiniz?
74. İnsanların size bakması sizinle ilgilenmesi hoşunuza gider mi?
75. Olaylar ya da insanlar karşısında kolay parlayıp, çabuk yanılır mısınız?
76. Duygularınız çabuk değişir mi? (Örneğin, ağlarken gülmeğe başladığınız olur mu?)
77. .Sizce kendi ihtiyaçlarınız başkalarının isteklerinden önce mi gelir?
78. Hiç insanlar size, sadece kendinizle ilgilendiğinizi söylediler mi?
79. Bir şey istediğinizde fazla bekleyemez, bunun hemen olması için ısrar eder misiniz?
80. İnsanlar sizi eleştirdiğinde çok bozulur ya da kırılır mısınız?
81. İnsanlardan isteklerinizi yapmalarını bekler misiniz? Bunun için başkalarını kullandığınız oldu mu?
82. Başkalarınca anlaşılmayan bir takım yetenek ya da üstünlükleriniz var mı?
83. Zaman zaman özel bir insan olduğunuzu düşünür müsünüz?
84. Başkaları kendini beğenmiş bir insan olduğunuzu düşünür mü?
85. Sorunlarınızın çok özel olduğunu bu nedenle çok az kişinin sizi anlayabileceğini düşünür müsünüz?
86. Çok başarılı, güçlü, ünlü, çekici ya da sevilen bir kişi olduğunuzu hayal eder misiniz?

87. Bazı kuralların ya da yasakların size uygulanması gerektiğini düşünür müsünüz?
88. İnsanların size dikkat etmesine ya da hayran olmasına önem verir misiniz?
89. İnsanların duygularını anlayamadığınızdan ya da acılarına katılmadığınızdan şikayet eder misiniz?
90. İnsanların başarılarını ya da sahip oldukları şeyleri kıskanır mısınız?
91. İnsanlara karşı olan duygularınız da sık değişmeler olur mu? Örneğin çok sevdiğiniz bir kişiden kısa bir süre sonra nefret ettiğiniz oldu mu?
92. Aklınıza estiği gibi para harcadığınız, örneğin, nasıl ödeyeceğinizi düşünmeden, taksitle gereksiz şeyler aldığınız oldu mu?
93. Hiç daha yeni tanıştığınız birisiyle yattığınız oldu mu?
94. Hiç fazla içki ya da uyuşturucu aldığınız oldu mu?
95. Hiç tehlikeli araba kullandınız mı?
96. Hiç aşırı yemek yediğiniz oldu mu?
97. Hiç marketlerden ufak tefek bir şeyler aşırıdınız mı?
98. Moraliniz sık bozular mı? Örneğin sık sık üzüntülü sıkıntılı ya da sinirli dönemleriniz oldu mu?
99. Hiç kendinizi kaybedecek kadar öfkelendiğiniz oldu mu?
100. Karşınızdakini dövecek kadar öfkelendiğiniz oldu mu?
101. Hiç kendinizi öldürmeye ya da yaralamaya kalkıştınız mı? Ya da böyle bir şeye niyetlendiniz mi?
102. Biç bilerek kendinize zarar verebileceğiniz bir kazaya sebep oldunuz mu?
103. Değişik yerlerde ya da değişik kişilerle beraberken kendinizi farklı biri gibi hissettiğiniz, bu nedenle zaman zaman kim olduğunuzu bilemediğiniz oldu mu?
104. Geleceğiniz iş planlarınız ya da hayattan ne istediğiniz konusunda

karar veremediğiniz ya da ne istediğinizi bilemediğiniz oldu mu?

105. Ne gibi insanlarla arkadaşlık etmek istediğiniz duygusuna kapılır mısınız?
106. Hiç değer yargılarınız ya da inançlarınız konusunda kuşkuya düştüğünüz oldu mu?
107. Sık sık boşluk ya da can sıkıntısı duyar mısınız?
108. Önem verdiğiniz birinin sizi reddedeceğinden çok korkar mısınız?

BUNDAN SONRAKİ SORULAR 15 YAŞINDAN ÖNCEKİ HAYATINIZLA İLGİLİDİR

109. 15 yaşından önce okuldan kaçır mıydınız?
110. Çocukken hiç evden kaçtınız mı?
111. Kavgacı bir çocuk muydunuz?
112. i 5 yaşından önce kavgada alet kullanır mıydınız?
113. Hiç başka bir insanı sizinle cinsel ilişkiye zorladınız mı?
114. Çocukken hayvanlara eziyet eder miydiniz?
115. Kavga dışında bilerek başka çocukların canını yakar mıydınız?
116. Hiç size ait olmayan şeylere tasarlayarak zarar verdiğiniz oldu mu?
117. Hiç yangın çıkardığınız oldu mu?
118. Çocukken yalan söyler miydiniz?
119. 15 yaşından önce hırsızlık yaptınız mı?
120. 15 yaşından önce yankesicilik yaptınız mı ya da adam soydunuz mu?

EK-3 EDINBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ

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.

Son 7 gündür;

1. Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Artık pek o kadar değil
- Artık kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil

Son 7 gündür;

2. Geleceğe hevesle bakıyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Her zamankinden biraz daha az
- Her zamankinden kesinlikle daha az
- Hemen hemen hiç

Son 7 gündür;

3. Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Çok sık değil
- Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

- Hayır, hiçbir zaman
- Çok seyrek
- Evet, bazen
- Evet, çoğu zaman

Son 7 gündür;

5. İyi bir nedeni olmadığı halde, korkuyor ya da panikliyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Hayır, çok sık değil
- Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

6. Her şey giderek sırtıma yükleniyor.

- Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum
- Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum
- Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkamıyorum
- Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

Son 7 gündür;

7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Çok sık değil
- Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

8. Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, oldukça sık
- Çok sık değil
- Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

9. Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, oldukça sık
- Çok seyrek
- Hayır, asla

Son 7 gündür;

10. Kendime verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

- Evet, oldukça sık
- Bazen
- Hemen hemen hiç
- Asla

12. TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın yürütülmesinde beni her zaman teşvik eden ve yol gösteren Sayın Prof. Dr. Nazmiye Kaya'ya, verilerin istatistiksel analizinde yardımlarını hiç esirgemeyen Sayın Yrd. Doç Dr. Faruk Uğuz'a teşekkürü bir borç bilirim.

Uzmanlık eğitimim süresince eğitimime katkıda bulunan Sayın Prof. Dr. Rahim Kucur'a, Sayın Prof. Dr. İshak Özkan'a, Sayın Prof. Dr. Rüstem Aşkın'a Sayın Prof. Dr. Nazmiye Kaya'ya, Sayın Doç. Dr. Ali Savaş Çilli'ye, daima uyum içinde çalıştığımız araştırma görevlisi arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Dr. Cemal Akman

KONYA 2006

NOT: Bu tez Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Fakülte Kurulu'nun 11.10.2005 tarih ve 2005/024 sayılı kararı ile uygun görülen tez yazım kurallarına göre yazılmıştır.

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

PROF. DR. RAHİM KUCUR
ANABİLİMDALI BAŞKANI

POSTPARTUM BAŞLANGIÇLI DEPRESYONUN
SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE KİŞİLİK BOZUKLUKLARI
İLE İLİŞKİSİ
(UZMANLIK TEZİ)

DR. CEMAL AKMAN

Tez Danışmanı

Prof. Dr. NAZMİYE KAYA

KONYA – 2006

