

**POSTPARTUM DEPRESYONUN SOSYODEMOGRAFİK RİSK
FAKTÖRLERİ VE SİTOKİNLERLE İLİŞKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİM DALI

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ

Dr. Nayle ÖZTEMİZ

Ocak 2004

Tıp Fakültesi Onayı

Prof. Dr. İbrahim SARI

Tıp Fakültesi Dekanı

Bu Tezin Doktora tezi olarak gerekli şartları sağladığımı onaylarım.

Prof. Dr. Ahmet GÖÇMEN

Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımızca okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir Doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Ahmet GÖÇMEN

Danışman

Sınav Jüri Üyeleri

Prof. Dr. Ahmet GÖÇMEN

Prof. Dr. Avni GÖKALP

Doç. Dr. İrfan KUTLAR

Doç. Dr. Abdullah AYDIN

Yrd. Doç. Dr. Mehmet KARACA

Handwritten signatures of the exam jury members, including Prof. Dr. Ahmet Göçmen, Prof. Dr. Avni Gökalp, Doç. Dr. İrfan Kutlar, Doç. Dr. Abdullah Aydın, and Yrd. Doç. Dr. Mehmet Karaca.

ÖZ

Postpartum Depresyonun Sosyodemografik Risk Faktörleri ve Sitokinlerle İlişkisi

ÖZTEMİZ, Nayle

Uzmanlık Tezi, Kadın hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Tez Yöneticisi: Prof. Dr. Ahmet GÖÇMEN

Ocak 2004, 84 Sayfa

Bu araştırmanın amacı Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde doğum sonrası depresyon sıklığını, bunu etkileyen risk faktörlerini ve doğum sonrası depresyonun etyopatogenezinde sitokinlerin rolünü araştırmaktır.

Araştırma, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde doğum yapmış 1009 anneden rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak 476'sı seçilmiş ve bunlardan 3 grup oluşturulmuştur. Birinci grup postpartum 2-4.haftalık 274 anneden, ikinci grup postpartum 6-8.haftalık 126 anneden ve üçüncü grup postpartum 10-12.haftalık 76 anneden olmak üzere oluşturulmuştur. Ayrıca birinci gruptan 37 postpartum depresyonlu kadından ve 20 kontrol grubundan ve ikinci gruptan 30 postpartum depresyonlu ve 20 kontrol grubu olan kadından sitokinler için kan numunesi alınmıştır. Veriler EPDS, bu çalışma için hazırlanmış sosyodemografik anket formu ve anne serumlarının kemiluminsans yöntemle çalışılmasıyla elde edilen değerlerin toplanmasıyla oluşturulmuştur.

Değerlendirme sonuçlarına göre; EPDS puan ortalaması tüm gruplar için $7,82 \pm 4,995$ 'dir. Birinci grup için $8,46 \pm 5,194$, ikinci grup için $7,20 \pm 4,552$ ve üçüncü grup için $6,53 \pm 4,632$ olarak bulunmuştur. EPDS ≥ 12 alındığında doğum sonrası depresyon sıklığı birinci grupta %26,6, ikinci grupta %19,8 ve üçüncü grupta %15,8 olarak bulunmuştur. Annelerin yaşı, doğum sayısı, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, göç durumu, yaşanan yer, annenin psikiatrik hastalık öyküsü, 11 yaşından önce anne babadan ayrı kalma, baba ile ilişki durumu ve eğitim durumu ile doğum sonrası depresyon puanları arasında ilişki bulunamamıştır ($p > 0,05$). Daha önceki gebelik sırasında ve doğum sonrasında psikiatrik hastalık öyküsü, eşin psikiatrik hastalık varlığı, eşle, anne ile, kayınvalide ile kayınpederle ilişki durumu, bebeğin sağlık durumu, aile tipi, gelir durumu, doğum şekli, doğumla ilgili kötü öykü dinleme ve yaşama, gebeliği planlama ile doğum sonrası depresyon puanları arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Ayrıca ikinci grup annelerde İL-8 ve TNF α ile doğum sonrası depresyon puanları arasında ilişki olduğu saptanmıştır.

Araştırmamız sonucu edindiğimiz bulgular, doğum sonrası depresyon ile sosyodemografik risk faktörlerinin ve etyopatogenezinde sitokinlerin rolü olduğunu düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Postpartum depresyon, Sosyodemografik risk faktörleri, Sitokinler

ABSTRACT

The Sociodemographic Risk Factors of Postpartum Depression and Its Relation with Cytokines

ÖZTEMİZ, Nayle

Residency in Obstetric and Gynecology Department

Supervisor: Prof. Dr. Ahmet GÖÇMEN

Ocak 2004, 84 Pages

The aim of this study is to assess the prevalence of postpartum depression at the Obstetrics and Gynecology Department of Faculty of Medicine, Gaziantep University; and also to determine associating risk factors, and the role of cytokines in the etiopathogenesis of postpartum depression.

The study included 476 women who have been separated into 3 groups. and these women were chosen by randomized sampling method from a population of 1009 women who delivered at the Obstetrics and Gynecology Department of Faculty of Medicine, Gaziantep University. The first group consisted of 274 mothers that are in their first group postpartum 2-4 weeks, the second group consisted of 126 mothers that are in their postpartum 6-8 weeks, the third group consisted of 76 mothers that are in their postpartum 10-12 weeks. Blood samples for cytokine assessment were obtained from 37 women with postpartum depression of the first group and from 20 women of the control group, and also from 30 women with postpartum depression of the second group and from 20 women of the control group. The data was formed by the collection of Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS), sociodemographic questionnaires that were prepared for this study, and serum values of the chemiluminescence assessment method.

According to the results, the overall mean score of EPDS for all groups was $7,82 \pm 4,995$. The EPDS mean scores for group 1, 2, and 3 were $8,46 \pm 5,194$, $7,20 \pm 4,552$, and $6,53 \pm 4,632$, respectively. If a EPDS of ≥ 12 is accepted as selection criteria; postpartum depression prevalence for group 1, 2, and 3 was calculated to be 26,6%, 19,8% and 15,8%, respectively. No statistically significant relation was found between maternal age, parity, gravidity, the number of living children, stage of migration, place of living, being apart from the parents before the age of 11, state of relation with the father, educational state, and postpartum depression scores ($p > 0,05$). A statistically significant relation was present between the history of psychiatric disease in the previous pregnancy and postpartum period, presence of psychiatric disease of the husband, stage of relation with husband, mother, mother-in-law and father-in-law, health status of the baby, family type, annual income, route of delivery, hearing or having experience of bad histories about labor, planning of pregnancy, and postpartum depression scores ($p < 0,005$). Also a statistically significant relation was determined between IL-8, TNF α , and postpartum depression scores in the women of the second group ($p < 0,05$).

The results of our study suggest that there is a relation between postpartum depression and sociodemographic risk factors and a role of cytokines in the etiopathogenesis.

Key Words: Postpartum depression, Sociodemographic risk factors, Cytokines

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim boyunca her türlü destek ve yardımlarını esirgemeyen Anabilim Dalı Başkanımız ve tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Ahmet GÖÇMEN, kliniğimiz değerli öğretim üyelerinden Doç. Dr. Özcan BALAT, Doç. Dr. A. İrfan KUTLAR ve Yrd. Doç. Dr. Mehmet KARACA'ya teşekkür ederim.

Rotasyonlarım sırasında eğitimime katkıda bulunan; Genel Cerrahi, Patoloji, Üroloji, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı öğretim üyelerine ve tez çalışmamda yakın ilgi ve alakalarını esirgemeyen Psikiatri Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. Haluk SAVAŞ, Biyokimya Anabilim Dalı araştırma görevlisi Dr. Ahmet ÇELİK, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğimizdeki tüm çalışma arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Dr. Nayle ÖZTEMİZ

Gaziantep Ocak 2004

İÇİNDEKİLER

ÖZ.....	I
ABSTRACT.....	II
ÖNSÖZ.....	III
KISALTMALAR.....	VI
TABLO ve ŞEKİL LİSTESİ.....	VII
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Postpartum Duygusal Bozuklukların Tanımı.....	3
2.2. Postpartum Hüzün.....	3
2.2.1. Belirtiler.....	4
2.2.2. Tedavi.....	5
2.3. Postpartum Psikoz.....	6
2.3.1. Belirtiler.....	7
2.3.2. Risk Grupları.....	7
2.3.3. Tedavi.....	7
2.4. Postpartum Depresyon.....	7
2.4.1. Postpartum Depresyonun Tarihi.....	8
2.4.2. Postpartum Depresyonun Prevalansı.....	10
2.4.3. Postpartum Depresyonun Görülme Zamanı.....	11
2.4.4. Tanı Kriterleri ve Tarama Yöntemleri.....	11
2.4.5. Semptomlar.....	12
2.4.6. Risk Faktörleri.....	14
2.4.7. Etiyoloji.....	18
2.4.7.1. Genetik.....	18
2.4.7.2. Psikososyal faktörler.....	18
2.4.7.3. Biyolojik Faktörler.....	19
2.4.7.3.1. Nörotransmitterler.....	19
2.4.7.3.2. Postpartum Depresyonun Hormonal Yönü.....	20
2.4.7.4. İmmun Yanıt Sistemi ile İlişkisi.....	23
2.4.7.4.1. Sitokin ve Depresyon Teorisinde Literatür Verileri.....	24
2.4.8. PPD'un Sonuçları ve Anne-Çocuk İlişkisine Etkisi.....	30
2.4.9. Tedavi.....	32
2.4.9.1. Farmakoterapi.....	33
2.4.9.1.1. Antidepresanlar.....	33
2.4.9.1.2. Hormonoterapi.....	35
2.4.9.2. Psikoterapi.....	35
2.4.9.3. Proflaktik Tedavi.....	36
2.4.9.4. Konsültasyon veya klinisyen olan merkezlere referasyon kriterleri.....	37
3. MATERYAL VE METOD.....	38

4. BULGULAR.....	41
5. TARTIŞMA.....	58
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	69
7. KAYNAKLAR.....	72
8. EKLER.....	82

KISALTMALAR

ACTH	Adrenokortikotropik Hormon
DPP-IV	Dipeptil Peptidaz IV
EPDS	Edinburgh Postpartum Depresyon Skalası
GABA	Gamaaminobutirik Asit
HPA	Hipotalamopituitar Adrenal Aks
IL-2R	İnterlökin 2 Reseptör
IL-8	İnterlökin 8
IL-6	İnterlökin 6
IL-1	İnterlökin 1
IFNα	İnterferon Alfa
IRS	İmmun Respons Sistem
MAO	Monoamin Oksidaz
NE	Norepinefrin
PPD	Postpartum Depresyon
SSRI	Selektif Serotonin Reuptake İnhibitörü
TAD	Trisiklik Antidepresan
TNFα	Tümör Nekrozis Faktör Alfa
TSH	Tiroid Stimulan Hormon

TABLO ve ŞEKİL LİSTESİ

<u>Sekiller</u>	<u>Sayfa</u>
Şekil 1: Katılımcıların Yaş Dağılımı.....	41
<u>Tablolar</u>	
Tablo 1: PPD Tedavisinde yaygın olarak kullanılan antidepresanların yan etki profilleri ve doz aralıkları.....	34
Tablo 2: Anne Yaşı ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişki.....	42
Tablo 3: Postpartum Depresyon Sıklığı.....	42
Tablo 4: EPDS Puan Dağılımı.....	43
Tablo 5: Gebelik Sayısı ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişki.....	44
Tablo 6: Doğum Sayısı ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişki.....	44
Tablo 7: Yaşayan Çocuk Sayısı ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişki.....	45
Tablo 8: Göç Durumu ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişki.....	45
Tablo 9: Yaşanılan Yer ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişki.....	46
Tablo 10: Annenin Psikiyatrik Hastalık Öyküsü ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişki.....	46
Tablo 11: Daha Önceki Gebelik Sırasında veya Doğum Sonrasında Psikiyatrik Hastalık Öyküsü ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişki.....	47
Tablo 12: 11 Yaşından Önce Anne yada Babadan Bir Aydan Uzun Süre Ayrı Kalma ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişki.....	47
Tablo 13: Eşin Psikiyatrik Hastalık Durumu ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişki.....	48
Tablo 14: Eşle İlişki ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişki.....	48
Tablo 15: Anneyle İlişki ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişki.....	49
Tablo 16: Baba ile İlişki Durumu ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişki.....	50
Tablo 17: Kayınvalide ile İlişki Durumu ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişki.....	51
Tablo 18: Kayınpeder ile İlişki Durumu ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişki.....	52
Tablo 19: Bebeğin Sağlık Durumu ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişki.....	53
Tablo 20: Aile Tipi İle Postpartum Depresyon Arasındaki İlişki.....	53
Tablo 21: Gelir Düzeyi ile Postpartum Depresyon Arasındaki ilişki.....	54
Tablo 22: Eğitim Durumu ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişki.....	54
Tablo 23: Doğum Şekli ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişki	55
Tablo 24: Doğum ile Kötü Öykü Dinleme yada Yaşama ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişki.....	55
Tablo 25: Gebeliğin Planlanması ile Postpartum Depresyon Arasındaki ilişki.....	56
Tablo 26: Postpartum 2-4. Haftalarda Postpartum Depresyon ile Sitokinler Arasındaki İlişki.....	56
Tablo 27. Postpartum 6-8. Haftalarda Postpartum Depresyon ile Sitokinler Arasındaki İlişki.....	57

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Depresyon, reproduktif dönemde doruk noktasına ulaşmakta ve kadınlarda erkeklere oranla iki kat sıklıkta görülmektedir. Reprodüktif dönem ve depresif hastalık arasındaki ilişki; premenstrual faz, perimenopozal period ve erken pospartum periodtaki yüksek depresyon sıklığıyla anlamlı bulunmuştur (1).

Bir kadının hayatında major fiziksel, psikolojik ve sosyal streslerden biri olan doğum, mental bozukluğun gelişiminde en major risk faktörü olarak tanımlanmaktadır. Erken deskriptif çalışmalar, doğum ve psikiyatrik durum arasındaki geçici ilişkiyi raporlarla ve dökümanlarla desteklemektedir (1,2,3).

Çocuk doğurmanın en yaygın komplikasyonu olan postpartum depresyon (PPD), doğumdan sonra kadınların %10-20'sinde meydana gelmektedir. Önceden PPD epizodu olan kadınlarda rekürrens riski %25'tir. PPD'un etyolojisinde biyolojik yada sosyal kökenli olduğuna dair kanıtlar vardır (2).

PPD, gestasyonel diabet, preeklampsi ve erken doğum eyleminden daha yaygın olmasına rağmen güncel medikal literatür, eğitim ve klinik pratikte daha az ilgi görmüştür. Son zamanlarda akademik ve güncel basının PPD'a daha fazla odaklanmasına ve tahrip edici sonuçları olmasına rağmen, halen gelişigüzel ele alınan bir hastalıktır. Hastalığın sebepleri, tanı kriterleri ve varlığı hakkındaki tartışmalar halen devam etmektedir.

Postpartum depresyon (PPD), kadın yaşamında önemli dönemlerden biri olan doğum sonrası yaşanan bir mood değişikliğidir. PPD, hem anneyi hem bebeği hem de aileyi olumsuz yönde etkileyen yaygın bir hastalıktır. Ancak önemi anlaşılmayan ve sıklıkla gözden kaçırılan, annenin ve ailenin yoğun acılar yaşamasına neden olan bir durumdur. PPD, kadının sosyal ve bireysel düzenini, evlilik düzenini ve anne çocuk ilişkisini bozucu bir etki yaratabilir. Günümüzde yapılan etyolojik çalışmaların geçerli bulguları, major faktörlerin önemli ölçüde psikososyal kökenli olduğu yönündedir. PPD sıklıkla

ilk bakım grupları tarafından gözden kaçırılır. Fakat teşhisi özel bir problem ortaya çıkarmaz. Basit bir kendini değerlendirme ölçeği olan Edinburgh Postpartum Depresyon Skalası (EPDS) tarama aracı olarak geliştirilmiştir.

Biz, bu gerçeklerden yola çıkarak üç amaç belirledik. İlk olarak, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine başvuran doğum yapmış kadınlara, postpartum 3 ayı periodta, EPDS kullanarak yaptığımız tarama sonucunda, Gaziantep il merkezinde, PPD'un prevalansını belirlemeyi hedefledik. Böylece Türkiye'de yapılan sınırlı sayıda prevalans çalışmalarına destek bilgi oluşturmayı amaçladık.

İkinci amacımız ise yaptığımız literatür incelemesi sonucunda, postpartum depresyonun etyopatogenezinde ve önceden tahmin edilmesinde oldukça önemli bir yeri olan sosyodemografik özelliklerin PPD ile ilişkisini belirlemektir.

Üçüncü amacımız ise dünyada son günlerde dikkat çekilen immun response sisteminin (IRS) moleküler elemanlarından olan sitokinleri depresyonla ilişkilendiren bazı çalışmalardan yola çıkarak, PPD ve sitokinler arasında nedensel bir ilişkinin olup olmadığını araştırmaktır.

Biz yaptığımız bu çalışmayla gelişmekte olan bir ülkenin metropolü olan Gaziantep yöresinde PPD prevalansını saptamak, PPD'un taranmasının yerleşmesini sağlamak ve böylece PPD'un erken tanısıyla, tahrip edici sonuçlarından anneleri korumayı hedefledik. Yine erken tanıya götüreceği olan predüktörlerden sosyodemografik özelliklerin PPD ile ilişkisini belirlemeyi, bu alanda yapılan çalışmalara katkıda bulunmayı, PPD'un etyopatogeneziyle ilgili IRS-Depresyon çalışmalarından yola çıkarak, PPD'lu kadınların serumlarıyla yaptığımız sitokin çalışmasıyla elde ettiğimiz bulgularla bu alandaki literatüre katkıda bulunmayı amaç edindik.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. POSTPARTUM DUYGUSAL BOZUKLUKLARIN TANIMI

Postpartum period: Doğumun sonuçlanmasıyla başlayan ve gebelikte meydana gelen anatomik ve fizyolojik değişikliklerin ortadan kalkmasıyla sona eren süreçtir. Gebelikte meydana gelen değişikliklerin geriye dönmesi için geçen süre 6-8 haftadır. Ortalama 6 hafta olarak kabul edilir (4).

Postpartum dönemde, annede genital organlar gebelik öncesi durumuna dönerken, endokrin sistemde de artan östrojen, progesteron, kortizon düzeyleri normal düzeylerine iner (4,5). Bu dönemde fizyolojik ve anatomik değişikliklerin yanı sıra, anne yeni rollerin ve sorumlulukların üstlenildiği zor bir süreç yaşar. Anneler, yeni rollerini öğrenmek, bebek ile iletişim kurmak, bebeğe bakım vermek ve bebek ile ilgili sorunlarla baş etmek zorundadır. Birçok kadın, gebelik ve doğum ile birlikte ortaya çıkan fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere kolaylıkla uyum sağlar. Ancak uyum sağlayamayan kadınlarda çeşitli düzeylerde duygusal sorunlar gelişebilmektedir.

Postpartum ilk 3 ay psikiyatrik hastalık için en yüksek riski taşır. Postpartum psikiyatrik hastalığın doğum sonrasına özgü bir sendromlar bütünü mü olduğu yoksa postpartum dönemin daha önce var olan bir hastalığın belirginleşmesine ve alevlenmesine uygun bir dönem mi olduğu konusunda henüz kesin bir sonuca ulaşılamamıştır (6).

Annelerin, postpartum dönemde diğer dönemlerine oranla duygusal sorunları daha sık yaşadıkları bilinmektedir (5). Bu süreçte annelerde, ilk üç ayda on altı kez, ilk bir yılda ise beş kez daha fazla oranda duygusal bozukluklar görülebilmektedir (5). Postpartum dönemde görülen duygusal bozukluklar; annelik hüznü (postpartum blues), postpartum psikoz ve postpartum depresyon olarak üç gruba ayrılmaktadır.

2.2. POSTPARTUM HÜZÜN

Annelik hüznü (maternity blues) literatürde; bebek hüznü (baby blues), postpartum hüznü (postpartum blues), annelik (maternity), annelik melankolisi (maternity melancholy) gibi kavramlarla da ifade edilebilmektedir (7,8).

Günümüz literatürü, doğum sonrası ruhsal bozuklukları üç ayrı kategoriye bölmeye rağmen bu kategorilerin sınırları kesin değildir ve birbirine karışabilir. Bu spektrumun en hafif kısmında 'postpartum hüznü' vardır: Doğumların %40-85'inde görüldüğü için bu durum pratisyenler ve hastalar tarafından doğal bir olaymış gibi görülür. Yinede hastalar ve aileleri hastanın hüznü, heyecan, şaşkınlık, ağlama, duygusal labilite, tikslenme, uyku ve iştah bozukluğu gibi hallerinden sıkıntı duyarlar. Bu semptomlar postpartum 3 ve 5. günler arasında zirveye ulaşır ve tipik olarak 24-72 saat içinde kendiliğinden geçer. Temel tedavisi; destekleme, bakım ve durumun doğal geçişi hakkında kişiyi rahatlatmaktır (9).

Annelik hüznünü açıklamak için iki hipotez ortaya atılmıştır (10,11): Birinci hipotez; ani hormon çekilmesine bağlı mood değişiklikleridir. Bunu destekleyen kanıtlar: Östrojen ve progesteronun kan seviyesi, postpartum hüznüyle ilişkisizdir, fakat gebelik ve postpartum seviye arasındaki büyük değişiklikler, postpartum hüznü gelişiminde daha muhtemeldir (10,11). Ek olarak progesteron metaboliti olan allopregnanolone (bir anksiyolitik olan gama-aminobutirik asit agonisti) önemli derecede postpartum hüznümlü kadınlarda daha düşüktür (10,11).

İkinci hipotez ise primer olarak oksitosin hormonuyla ilişkili (memeli anne ve infant arasındaki davranışa bağlı olarak oluşan biyolojik sistem aktivasyonununun köken alan) bir hipotezdir (10,11). Nonprimate memelilerde bu etki için direkt kanıt vardır: Oksitosin üretim hücreleri çıkartılmış rodent anneler, önemli derecede daha az maternal davranış gösterir (yalandan cerrahi uygulanan rodentlerden). İndirek olarak benzer kanıt gösterir, ancak insan ve diğer primatlarda mekanizma çok daha karışıktır. Yeterli destek ve düşük stres altında primat anne ve infantlar arasında bu noropsikolojik değişiklikler artar. Her nasılsa yetersiz destek ve yüksek stres altında kalan kadının emosyonel reaktivitesi ve depresyona hassasiyeti artabilir (10,11).

2.2.1. Belirtiler

Genellikle postpartum 3-5. günlerde ortaya çıkıp, bir iki hafta içinde geçen bazı belirtilerle özelleşmiştir. Aralıklı olarak hafif şiddette uyku bozukluğu (%70), ağlama (%66), hafif şiddette yorgunluk (%54), sıkıntı (%51), baş ağrısı (%35), bir işe yoğunlaşamama (%29), endişe (%21) görülmektedir. Annenin özellikle kendisinin ve çocuğunun sağlığı konusundaki endişeleri artmış durumdadır. Ayrıca halil hüznü hali, sulu gözlülük, nedensiz yere huzursuzluk ve labil bir ruh hali görülür (7,12).

Ülkemizde annelik hüznü üzerine yapılmış çok az sayıda çalışma bulunmaktadır. Ersoy'un (1993) vaginal yolla doğum yapan 100 anne üzerinde yaptığı çalışmada, postpartum 2. ve 5. günlerde annelerin duygusal durumlarını incelemiştir. Araştırma sonuçlarına göre, postpartum 2. günde annelerin özellikle yorgun (%70), uykusuz (%65), aşırı hassas (%56) oldukları 5. günde ise yorgun (%57) ve aşırı hassas (%54) oldukları saptanmıştır. Bulgulara göre, postpartum duygusal ifadelerin 2. ve 5. gün arasında anlamlı bir fark gösterdiği ve 5. güne doğru duygusal ifadelerin yoğunluğunun hafiflediği belirlenmiştir (13).

Gerçekte postpartum hüznü olan kadınların %20'si doğumdan sonraki ilk bir yıl içinde major depresyon geçirmektedir. Semptomların gebeliğin geç döneminde ve erken postpartum dönemindeki etkilerini izlemek gereklidir. Postpartum hüznün riski olan kadınlarda; kişisel yada ailesel depresyon öyküsü, premenstrual disfori, yakın zamanda yaşanan stresli olaylar yada kötü sosyal durum, gebelik süresince depresyon ve anksiyete, gebeliğin geç döneminde karamsarlık, doğumla ilgili korkular, gebelikle ilgili çelişkili düşünceler veya gebeliği duygusal bir zorluk olarak görme gibi özellikler mevcuttur. Ancak Hapgood ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, annelik hüznünün oluşumu; psikiyatrik öykü, çevresel stres faktörleri, kültürel yapı, süt emzirme ve parite ile ilişkisiz bulunmuştur (119). Bununla birlikte bu faktörler, annelik hüznünün major depresyona ilerlemesini etkileyebilir (10).

Bazı araştırmaların sonucunda, annelik hüznü ne kadar şiddetli ise, daha sonra oluşabilecek postpartum depresyon riskinin de o kadar büyük olduğu bulunmuştur (8). Annelik hüznü, depresyon ve psikozun birbirini izleyen süreçler olduğuna ilişkin görüşlerde bulunmaktadır.

2.2.2. Tedavi

Annelik hüznü, genellikle iki hafta içinde kendiliğinden iyileşir. Psikotropik ilaca gereksinim duyulmaz. Ancak belirtiler beklenen süre içerisinde geçmediyse, depresyona dönüşme riski açısından dikkatli olunmalıdır (14).

Annelik hüznü, normal postpartum dönemde alışılmış bir durum olduğu için klinik önemi tam olarak anlaşılammıştır. Bu nedenle, müdahalede geç kalınıp depresyona dönüşmesi engellenemeyebilir. Bu amaçla anneler taburcu olurken hastanede, taburcu olduktan sonra ev ziyaretleri ile evde postpartum duygusal

reaksiyonlar konusunda bilgilendirilmelidir. Annelik hüznünü yaşayan anneler, ailesi ve sağlık personeli tarafından desteklenmeli, nasıl başedecekleri konusunda yönlendirilmelidir. Bebek bakımı ve yenidoğan sağlığına ilişkin bilgi eksiklikleri saptanarak giderilmelidir. Emosyonel destek ve bilgilendirme gibi psikoterapik girişimler bu süreci aşmada yararlı olur (14).

2.3. POSTPARTUM PSİKOZ

Postpartum duygusal bozuklukların spekturumunun diğer uçunda puerperal psikoz vardır. Puerperal psikoz, doğumların sadece % 0,1-0,2'sini oluşturur. Fakat bu durum doğum öncesi psikoz vakalarının 12-14.5 katıdır. Semptomları genelde postpartum ilk 4 hafta içinde ortaya çıkar. Fakat doğumdan sonraki 90 güne kadar belirginleşebilir. İnsidansdaki ikinci bir küçük peak, 18-24. aylarda belirginleşir. Puerperal psikoz yaşayan olgular, bebeğin ölümü, tanrısal yada şeytani olaylara odaklanan halusinasyonlar ve delüsyonlardan ıstırap çekerek ciddi zararlar görürler. Bu halusinasyonlar, çoğunlukla kendilerine veya diğer insanlara zarar vermeye yöneliktir ve bu annelerde kendilerini veya bebeklerini öldürme riski yüksektir. Bu hastaların çoğu affektif bozukluklardan (öncelikle bipolar hastalıklar) acı çekerler. Fakat bunlarda şizofren ve hatta organik beyin sendromları bile teşhis edilir (9).

Postpartum psikoz sıklıkla mood bozukluğuna bağlı olarak recurrent bir hastalığın bir parçası olabilir veya ilk defa oluşmuş olabilir. Bu nonpostpartum psikotik mood episodlarıyla karşılaştırılmış ve postpartum periodda daha fazla disorientasyon ve labilite saptanmıştır. Postpartum psikotik bozukluk kadında geçici olarak ortaya çıkabilir (10).

Nonpsikotik depresyon episoduyla çocuğuna zarar verme fikrini barındıran postpartum psikozlu kadınlar karşılaştırıldığında bunların çocukları üzerinde eylemde bulunma olasılıkları daha fazladır. Başarıyla tedavi edilmiş episodlardan sonra çocuk için uzun dönem artmış risk yoktur. Bununla birlikte tedavi edilmezse postpartum periodda veya nonpostpartum periodda rekkürrensi olasıdır (10).

Postpartum Psikoz, en ağır postpartum hastalıktır ve relatif olarak nadirdir. Postpartum psikoz hospitalizasyonu gerektiren acil bir psikiyatrik durumdur (6).

Postpartum psikoz teşhisi derin prognostik belirteçleri taşır. Bu sonraki gebeliklerde tekrarlayabilir. Ek olarak nonpuerperal psikotik episodlar gelişebilir (6).

2.3.1. Belirtiler:

Postpartum psikozda ilk önce, yorgunluk, uykusuzluk ve aşırı aktivite durumu gelişir. Ağlama nöbetleri ve duygusal değişkenlik olabilir. Daha sonra şüphecilik, dalgınlık, bebeğin sağlığına ilişkin obsesif düşünceler gelişebilir. Ağır psikoz durumlarında bebeğin kusurlu, anormal olduğuna ilişkin sanrısız düşünceler olabilir. Bu sanrısız düşünceler "gelecekteki acılardan çocuğu kurtarmak için" onu öldürme eğilimlerine yol açabilir. Anne, bebeğe zarar vermesini söyleyen komut halüsinasyonları duyabilir (14). Bunların %5'i intihara, %4'ü bebeğini öldürmeye eğilimlidir (6).

2.3.2. Risk Grupları:

Geçirilmiş psikoz öyküsü olan annelerde %40 oranında tekrarlayan postpartum psikoz oluşmaktadır. Ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü olanlarda, primiparlarda, postpartum depresyon geçirenlerde risk fazladır (14).

2.3.3. Tedavi:

Genellikle antipsikotikler tercih edilir. Antipsikotiklere yanıt alınmadığı durumlarda elektrokonvulzif terapi uygulanabilir. Özellikle intihar ve bebeği öldürme düşüncesi olan annelerde anne ile bebeği ayırarak, annenin hastanede tedavisi yapılmalıdır. Tedavi sonrasında anneler 6-12 ay boyunca gözlem altında tutulmalıdır. Tedavi alan postpartum psikozlu hastaların %5'i 2-3 ay içinde iyileşmektedir (14).

2.4. POSTPARTUM DEPRESYON

Doğumun neden olduğu, heyecan, merak ve gerginlik, doğumu takip eden süreçte ortaya çıkan belirgin hormonal değişiklikler ve çocuk sahibi olmanın yüklediği sorumluluklar göz önüne alındığında, kadının depresyon ile karşı karşıya kalması olasıdır.

Postpartum depresyon annelerin %5-25'ini, etkileyen bir sorundur. Kapsamlı ve ayrıntılı değerlendirme yöntemleriyle yapılan çalışmalarda, postpartum depresyon sıklığı için %10-14 arasında değişen oranlar bulunmuştur. Başlangıç aşamasında genellikle belirti vermez. Postpartum 2-3. haftadan sonra başlar. Ancak başlangıç postpartum bir haftadan, iki yıla kadar uzayabilir (14).

Postpartum depresyonda, ağlama krizleri, yetersizlik, bebeğin beslenmesine, sağlığına ilişkin şiddetli kaygı ve sıkıntı, iştah azlığı, uyku bozukluğu (uykuya dalma güçlüğü ve kabuslar), suçluluk duyguları gibi belirtiler vardır. Annelerde, ümitsizlik duyguları ve intihar düşüncesi görülebilmektedir (14). Postpartum

depresyonun, kadın sağlığının yanı sıra çocuk ve aile sağlığına dolayısıyla toplum sağlığına olumsuz etkilerinin olduğu bilinmektedir.

Annenin depresyonu, anne-bebek etkileşimine zarar vermektedir. Doğum sonrası ilk yılda, anneler bebeklerinin sosyal çevrelerini oluşturur. Bebeklerin, dış dünya ile ilgili deneyimlerinin kaynağı annedir. Bu nedenle anneler bebeklerin duygusal, bilişsel ve sosyal gelişimlerinde, önemli uyarı kaynağıdır. Depresyon geçiren annelerin, geçirmeyen annelere göre, bebeklerin gereksinimlerine yanıt vermede daha isteksiz, mutsuz ve olumsuz tavırlar sergiledikleri görülmüştür (8).

Postpartum depresyon, anne-bebek etkileşiminin yanı sıra eşler arasında da evlilik krizi yaşanmasına neden olabilmektedir. Eşler arasında iletişim bozulabilir. Duygusal, fiziksel ayrılık oluşabilir. Eşler arasında sık sık tartışma, hatta fiziksel şiddet kullanımı görülebilir (14).

Görüldüğü gibi doğum yapan kadınlarda, postpartum depresyon gelişmesi tüm aile için önemli bir sorun oluşturmaktadır. Bu kadar önemli bir sorun oluşuktan sonra tedavisi güç ve zararları daha büyük olacaktır (14). Oysa, depresyon oluşmadan tehlike sinyalleri fark edilip, depresyon oluşması engellenebilirse, annenin-bebeğin, ailenin korunması ve olası zararların en aza indirilmesi sağlanabilecektir.

Annelerin, annelik rolünü geliştirmelerinde, sosyal desteğin önemli rolü vardır. Özellikle, kadına eşinin sağladığı duygusal destek azaldığında postpartum depresyon riskinin arttığı saptanmıştır (5,14). Annelere verilen sosyal destek ile, bebeğin sağlığı olumlu yönde etkilenir. Aynı zamanda annelerde, annelik rolüne ilişkin yeterlilik duygusu artar ve depresyon görülme olasılığı da azalır (5).

Önemli sonuçları olan bu ruh sağlığı sorunun önlenmesinde ve baş-edilmesinde pratisyenler, obstetrisyenler, pediatristler, psikiyatristler ve hemşirelere önemli görevler düşmektedir.

2.4.1. Postpartum Depresyonun Tarihçesi:

Tarih boyunca doğum ve psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişki, birçok kişi tarafından tanımlanagelmiştir: M.Ö. 460'da Hippocrates, bastırılmış loşi boşalmasının agitasyon, delirium ve mani ataklarının olduğu beyine taşındığı teorisini 'peurperal ateş' olarak tanımladı (9). 11.yy'da, jinekolojist Salerno'lu Trotula yayınlarında hastalığı şu şekilde speküle etmiştir: 'Rahim çok nemli (loşi) ise beyin de sulanarak gözlere akar ve kadınlar isteksiz olarak ağlamaya başlar'(9). 19.yy'ın ortalarında,

Esquirol 'bakıma muhtaç ve bastırılmış kadının duygusal yalnızlığını yazdığında, doğum sonrası duygusal bozuklukları sınıflandırmak ve tanımak için yapılan teşebbüsler daha sistematik hale gelmiştir. Ek olarak, 18.yy'da Marce, "Hamile ve Laktasyonlu Kadınların Deliliği" üzerine yazdığı makalesinde periperal psikoz ve depresyonun nedenlerini spesifik olarak ortaya çıkarmıştır (9).

Postpartum dönemde oluşan duygusal sorunların, diğer duygusal sorunlardan ayrılan pek çok özelliği vardır. Bu farklılığı ilk olarak 1858'te peripartum duygusal hastalıklar üzerinde çalışan Fransız doktor Louis Victor Marce tarafından tanımlandı. Marce, postpartum duygusal bozuklukların belirtilerinin ve bulgularının değişken olduğunu, remisyon gösterdiğini ve alevlenmelerle sürdüğünü belirtti. Gebelik boyunca, kadın anatomisinde ortaya çıkan fizyolojik değişimlerin duygusal bozuklukların oluşmasında etkili olduğunu ileri sürdü. Ancak fiziksel ve psikolojik yakınmalar arasındaki ilişkiyi tanımlayamadı (14).

19. yy sonlarında ve 20. yy başlarında pek çok araştırmacı, doğumla ilgili duygusal bozukluklar konusunda birçok ayrıntıyı belirleyip, yeni bilgiler sağladılar. Psikiyatristler, yeni bilgilerin ışığında, postpartum duygusal bozuklukları tanımlamaya ve sınıflandırmaya çalıştılar. Ancak, postpartum hastalar çok yaygın ve değişken bulgulara sahiptirler. Bu durum sınıflamada engel oluşturur. Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından 1952'de onaylanan DSM-I'de önerilen çözüm, postpartum ve benzeri terimlerin terminolojiden çıkarılması ve doğumdan sonra oluşan rahatsızlıkların baskın olan bulgu veya sendroma göre isimlendirilip sınıflandırılmasıydı (14). Bunun sonucunda, postpartum duygusal bozukluklar konusunda bilgi ilerlemesi yavaşladı. Çoğu doktor, özellikle obstetri ve psikiyatri alanında çalışanlar, doğumun şizofreni ve nevroz gibi gizli hastalıkları ortaya çıkardığına inandı (14).

Böylece 20. yüzyılın sonlarına kadar, postpartum duygusal bozukluğu olan anneler, diğer fonksiyonel bozukluğu olan kadınlarla aynı tedaviyi aldılar. Bu durum 1980'de lan Brockington, İngiltere'de postpartum duygusal bozukluklar üzerine bir konferans verinceye kadar sürdü. Bu konferans tüm dünyada ilgi uyandırarak yeni bir oluşumu başlattı. Uluslararası bir organizasyon olan "Marce Society" kuruldu. Postpartum duygusal bozukluklar üzerinde yeni araştırmalar yapılmaya böylelikle başlandı (14).

Elde edilen yeni bilgiler ışığında, Amerikan Psikiyatri Birliği 1994'te DSM-IV ile duygu durum bozuklukları tanı kategorisine "postpartum başlangıç" belirleyicisini koymayı kabul etti (15).

2.4.2. Postpartum Depresyonun Prevalansı

Postpartum depresyonun yaygınlığını saptamak amacıyla yapılan araştırmaların bazılarının depresyonun tanısallık değerlendirilmesine, bazılarının da depresyon belirtilerinin şiddetinin ölçümüne dayanması, birbiri ile çelişen verilerin elde edilmesine neden olmuştur (5). Postpartum dönemde ortaya çıkan birçok fizyolojik değişikliğin (cinsel ilgide azalma, iştah değişikliği, halsizlik gibi) depresyonda da görülen belirtiler olduğu, yalnızca belirtilere odaklanan araştırmalardan yanıltıcı sonuçlar ortaya çıkabileceği belirtilmektedir (5,14).

Hastaların, doğumdan sonraki farklı zaman dilimlerinde değerlendirilmeleri, çalışmalarda kullanılan tanısallık ölçütlerin farklı oluşu, örneklem gruplarının küçük olması da birbirleri ile çelişen sonuçların bulunmasında etkilidir (5,14).

Kapsamlı ve ayrıntılı değerlendirme yöntemleri ile yapılan çalışmalarda, postpartum depresyon sıklığı için %10-20 arasında değişen oranlar bulunmuştur (5,14,16,17,18).

Puerperal dönemin epidemiyolojik çalışmaları postpartum erken haftalardaki non-psikotik major depresif bozuklukların prevalansının yaklaşık %10 olduğunu gösterir. Buna rağmen bu oran nonpostpartum bazlı oran üzerinden bir artma göstermese de doğumu takip eden ilk 3 ayla 9 ay karşılaştırıldığında ilk 3 ay içerisinde arttığı görülür. Bazen rezidüel depresif semptomlar yaklaşık olarak doğumdan sonraki 1 yıla kadar devam eder (19).

Ülkemizde, postpartum depresyon görülme oranı ile ilgili yapılmış yeterince çalışma bulunmamıştır. Vural ve Akkuzu'nun (1999) normal vaginal yolla doğum yapan primipar annelerin doğum sonu 10. günde depresyon yaygınlığını inceledikleri çalışmada, 90 anne Beck Depresyon Envanteri ile incelenmiştir. Çalışma sonucunda annelerin %21.2'sinde depresyon saptanmıştır (20).

ABD'de (1992) postpartum 3. ayda depresyon prevalansının en az %10, en çok %26 olduğu bildirilmektedir (8,14).

2.4.3. Postpartum Depresyonun Görülme Zamanı:

Postpartum depresyon başlangıç aşamasında genellikle belirti vermez. Yaklaşık 2/3'ü ilk iki hafta içinde başlar. Postpartum depresyon annelerin %80'inde ilk 6 hafta içinde başlar. Haftalar, aylar içinde yavaşça artar. Bir plato oluşturur veya iyileşir. Belirtilerin 6-9 ay sürebileceği bildirmektedir (5,14).

Postpartum ilk 4 hafta içerisinde tanımlanmış olan başlangıç zamanı da kesin değildir. Bu durum perinatal bir depresyonun kendini postpartum dönemde göstermesi olabileceği gibi depresyon ilk 4 haftadan sonra da başlayabilir. Ancak hasta doktoruna gecikmeli olarak postnatal 6. haftada yapılan kontrol sonrası ancak 6. ay bir yıl sonra gelebildiği için fark edilmeyebilir (6).

Cox ve arkadaşlarının çalışmasında (1993), postpartum ilk beş haftadaki annelerde depresyon görülme oranı kontrol grubuyla (aynı yaştaki doğum yapmamış kadınlar) karşılaştırılmıştır. 232 anne ile yapılan araştırma sonuçlarına göre, postpartum ilk beş hafta içinde depresyonun başlama oranı 3 kat daha fazla bulunmuştur (21).

Beck ve arkadaşlarının (1992), 49 primipar annesi postpartum 1., 6. ve 12. haftalarda inceledikleri çalışmada, annelerin sadece 1'i, 1. haftada ciddi depresyon yaşarken 6. haftada tüm primiparların %15.4'ü orta derecede depresyon geçirmiştir. 12. haftada ise %16.5'lik bölümünde depresif belirtiler bulunmuştur (8).

PPD'nin ne kadar süreceği kişiden kişiye değişir; bazı kadınlar bir iki haftada düzelmeye başlarken, diğerleri bunu aylarca yaşayabilir. Pek çok kadında bu semptomlar, 6 aydan fazla sürer ve eğer tedavi edilmezse %25'lik bir oranda şikayetler bir sonraki yılda devam edebilir. Daha önce depresyon geçirmiş olanlarda bu süre uzayabilir.

2.4.4. Tanı Kriterleri ve Tarama Yöntemleri

Major depresif bozukluk için geçerli olan tanı kriterleri, PPD için de farklı değildir. Yalnız annelik hüznünden ayırt edilebilmesi için postpartum period, iki haftanın üzerinde olmalıdır. Tanı için gerekli olan hastanın en azından iki hafta içinde hemen hemen hergün, günün büyük bir kısmında ya disforik mood veya anhedonya yaşaması gereklidir. Buna ek olarak, aşağıdaki semptomlardan en azından 4'ü bulunmalıdır: Konsantrasyon veya karar vermede güçlük yaşama; psikomotor ajitasyon veya

retardasyon; yorgunluk; uyku ve/veya iştahta değişiklik; tekrarlayan ölüm veya intihar düşünceleri; kendini önemsiz hissetme veya şüphe, özellikle annelikte yetersiz olduğu düşüncesine odaklanma; aşırı anksiyete, sıklıkla çocuğun sağlığına aşırı odaklanma (9).

Postpartum depresyonu, postpartum normal 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, duygu-durum bozukluğu belirtileri, suçluluk duyguları, bir işe yoğunlaşamama, ilgi-istek kaybı gibi belirtilerin ise yalnızca depresif annelerde görüldüğü saptanmıştır (5).

Postpartum depresyonun, postpartum olmayandan farklı yönleri şöyledir (7): Postpartum depresyonda, daha fazla psikotik belirti görülür, akşamları daha kötüdür, daha fazla konfüzyon olmaktadır, süresi daha kısadır (ortalama 6-8 hafta), daha az suisid (intihar) fikri vardır, uykuya dalma güçlüğü şeklinde uykusuzluk görülür.

Postpartum depresyonu, doğru ve erken tanılamak hastalığın ilerlemesini engellemede ilk adımdır. Bu amaçla birçok çalışma yapılmıştır.

Postpartum depresyonu inceleyen çalışmalarda, postpartum depresyona özgü bir ölçeğin kullanılmasının daha güvenilir sonuçlar ortaya çıkaracağı düşünülmüştür. Bu amaçla Cox ve arkadaşları (1987), Edinburg Doğum Sonu Depresyon Ölçeğini (EPDS) geliştirmişler ve geçerlilik, güvenilirlik çalışmasını yapmışlardır (22). EPDS'nin zaman içerisinde depresif tablonun şiddetinde ortaya çıkan değişiklikleri değerlendirmede de duyarlı olduğu saptanmış, farklı kültürlerde kullanılarak geçerlilik çalışması yapılmıştır. Postpartum dönemdeki annelerde rutin bir tarama aracı olarak kullanılabilceği bildirilmektedir. Ülkemizde de EPDS'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (23).

Cooper ve Murray derlemelerinde PPD'nin ilk bakım grupları tarafından gözden kaçırıldığı fikrini belirttiler (19). EPDS güvenilir bir araçtır ve yaklaşık 10 yılı aşkın bir süredir depresyon varlığını tespit için kullanılır.

2.4.5. Semptomlar

PPD'nin semptomlarını duygusal, davranışsal, düşünsel olarak gruplandırırsak:

Duygusal Belirtiler:

- Sürekli düşük mood hali
- Ümitsizlik, çaresizlik, yetersizlik ve başarısızlık hissi

- Yorgunluk, boşluk hissi, hüzün, sulu gözlülük
- Suçluluk, utanç ve değersizlik hissi
- Konfüzyon, anksiyete, panik
- Bebeğe zarar verme korkusu
- Yalnız kalma ve dışarı çıkma korkusu

Davranışsal Belirtiler:

- Günlük aktivitelere karşı ilginin ve alınan zevkleri azalması
- Uykusuzluk yada aşırı uyku hali
- Yemek yememe yada aşırı yeme
- Ajitasyon
- Enerji ve motivasyonda azalma
- Sosyal çevreden ve insanlarda uzaklaşma
- Kendi bakımında veya kişisel hijyende yetersizlik
- Rutin işlerle baş edememe yeteneği

Düşünsel Belirtiler:

- Doğru düşünme veya kara verememe durumu
- Konsantrasyon kabı yada hafızada zayıflama
- Sorumluluktan kaçıp kurtulma isteği
- Eşi tarafından ret edilme korkusu
- Bebeğe ve kendine zarar verme saplantısı

Semptomlar uyku, iştah ve kavrama bozukluğu olan psikolojik disregulasyonu göstermektedir. Bu depresyonun özelliğidir ve DSM-IV kriterlerine göre 2 hafta veya daha fazla bir süreyle hemen hemen hergün ve günün büyük bir bölümünde görülmelidir (28). DSM-IV kriterlerine göre depresyon eğer doğumdan sonra 2 hafta içinde başlarsa postpartum başlangıçlı olduğu düşünülür. Fakat postpartum 3 ay içinde başlangıç, epidemiyolojik çalışmaların temeline göre araştırmacılar tarafından yaygın olarak kullanılan zaman dilimidir. PPD'li kadınlardaki semptomların yapısı, non-postpartum depresif ataklar geçiren kadınlarınkine benzerdir (17).

1967 yılında 54 kişi üzerinde yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre postpartum depresyonda görülen belirtiler şöyledir. Bir işe yoğunlaşamama (%93), ilgi kaybı (%89), somatik yakınmalar (%74), irritabilite (%67), umutsuzluk duygusu (%61),

uykusuzluk (%59), sürekli yorgunluk hissi (%57), ağlama (%50), intihar düşünceleri (%41), suçluluk (%28) (5).

2.4.6. Risk Faktörleri

Postpartum depresyona yatkın anneleri erken tanılamak ve sağaltım girişimlerinde bulunmak, hastalığın uzun dönemli olumsuz etkilerini en düşük düzeye indirmede yararlı olacaktır. Bu sorun ile mücadelede ilk adım postpartum depresyon gelişimine yatkınlık yaratan risk faktörlerini bilmek ve risk altındaki anneleri yakından izlemektir (14).

Postpartum depresyonun görülme zamanı, annelerin doğumdan sonra sağlık kuruluşundan çıktıkları zamanda (postpartum 4-6 hafta sonra) olmaktadır. Annelerin evde oldukları bu dönemde belirtilerin gözden kaçması ve erken tanılanmanın yapılamaması olasıdır. Bu nedenle risk faktörlerinin çok iyi bilinmesi, annenin ve ailenin bu konuda öncelikle hastanede, taburculuk sonrası ise ev ziyaretleri ile bilgilendirilmeleri çok önemlidir.

Risk faktörlerini belirlemeye yönelik çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Ancak yapılan çalışmalar içinde en ayrıntılı ve en kapsamlı çalışma Beck'in (1996) araştırmasıdır (29). Beck, postpartum depresyon ön göstergelerini araştıran (1974-1994 arasında yapılan) 56 çalışmayı incelenmiştir. Araştırmaların metaanalizi sonucunda postpartum depresyonun ön göstergeleri olan sekiz faktör belirlenmiştir. Bu faktörler ve postpartum depresyon oluşturma oranları şöyledir.

Prenatal depresyon	%49-%51
Bebek bakım stresi	%48-%49
Yaşam stresi	%36-%40
Sosyal destek eksikliği	%37-%39
Annelik hüznü	%35-%37
Prenatal anksiyete	%30-%36
Evlilikten memnuniyetsizlik	%29-%37
Önceki depresyon öyküsü	%27-%29

Prenatal depresyon: Gebelikteki depresyonun, postpartum depresyon için en önemli risk faktörü olduğu görülmektedir. Prenatal depresyon gebeliğin herhangi bir trimestrinde ortaya çıkabilir.

Bebek bakım stresi: Bebeğin, sağlık, beslenme, uyku ve bakımı ile ilgili stresli olayları ifade eder. Bebek davranışları da (huzursuzluk, kolay ağlama, uykusuzluk) buna katkıda bulunur (29). Bebeğin özürü doğmasının, postpartum depresyon için önemli bir risk faktörü olabileceği dikkate alınmalıdır. Ayrıca, bazı geleneksel-kapalı toplumlarda bebeğin cinsiyetine yönelik beklenti ve değer yargılarının da depresyon gelişimi açısından önemli bir stres kaynağı olabileceğine ilişkin birçok klinik gözlem vardır (7).

Tekin ve arkadaşlarının, yenidoğan sağlığının postpartum depresyon ve emzirme tutumuna etkisini inceledikleri çalışmalarda, bebekleri düşük doğum ağırlıklı (2500 gram olan) ve yoğun bakım ünitesinde kalan annelerin, sağlıklı bebeği olan annelere göre daha çok depresyon yaşadıkları bulunmuştur (30).

Vural ve Akkuzu'nun 100 primipar anne ile yaptıkları çalışmada, bebek bakımı ile ilgili sorun yaşayan annelerin (%34,4), depresyon düzeylerine bakıldığında, %35.4'ünde Beck Depresyon Envanterine göre depresyon saptanmıştır (20)

Yaşam Stresi: Gebelik ve postpartum dönemde yaşanan stresli olayları kapsar. Annenin yaşadığı her olayın oluşturduğu stress miktarı, yaşam stresini oluşturur. (Örneğin; hastalıklar, mesleki değişiklikler, ölüm, parasal sorunlar, kazalar vb) (29). Yapılan çalışmalarda gebelikte ve postpartum dönemde önemli yaşam olayları deneyimi geçiren annelerde, postpartum depresyon yaşama oranının daha çok olduğu saptanmıştır (14).

Sosyal Destek Eksikliği: Sosyal destek hem araç desteğini (örnek: bebek bakımına destek, ev işlerine yardım) hem de emosyonel desteği kapsar. Kadının sosyal ilişki miktarı(eş, aile, arkadaşlar), görüşme sıklığı, kişisel sorunlarını paylaşabildiği kişi sayısı gibi sosyal çevresini içeren sosyal ilişki yapısını kapsar.

Annelerin, annelik rolünü geliştirmelerinde, sosyal desteğin önemli rolü vardır. Özellikle, kadına eşinin sağladığı duygusal destek azaldığında postpartum depresyon riskinin arttığı saptanmıştır (5,14). Annelere verilen sosyal destek ile, bebeğin sağlığı olumlu yönde etkilenir. Aynı zamanda annelerde, annelik rolüne ilişkin yeterlilik duygusu artar ve depresyon görülme olasılığı da azalır (5,14).

Annelik hüznü: Annelik hüznü yaşayan kadınlarda, postpartum depresyon riskinin de büyük olduğu saptanmıştır (8,14,29).

Cooper ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, antenatal dönemde seçilen 66 kadın, postpartum ilk 2 haftada günlük mizaç değişiklikleri yönünden değerlendirilmiştir. Bu anneler, postpartum 14 hafta boyunca izlenmiş ve 4 kez daha değerlendirilmiştir. Bu çalışmanın sonucunda, annelik hüznün postpartum depresyon ile anlamlı ölçüde yakın ilişkide olduğu ve depresyon için çok önemli bir ön gösterge olabileceği bulunmuştur (12).

Kültürel değişiklikler: PPD ile ilişkili diğer bir risk faktörü olan sosyal destekteki azalma, alışılmış kültürel değerlerin kaybindan kaynaklanmaktadır (31). Kadınların doğumdan sonra fazla ilgi gördüğü postnatal kültürler, PPD'ye karşı önleyici olabilir (16). Çin kültüründe buna 'doing the month' yani ay yapma denir. Hispanik kültüründe 'La Cuarentena' olarak bilinir. Her iki kültürde de yaklaşık 40 günlük dinlenme periyodu olan bu dönem Türkiye'de 'kırkı çıkarma' olarak bilinir. Bu dönemde anneler evlerinde dinlenir ve sağlığını geri getirdiği düşünülen bir takım kültürel uygulamalara maruz kalır (31). Bu dönem ebebeynlik sorumluluğunu tanıtır ve aile kavramını oluşturur. Bazıları bu kültürlerin yoksunluğunun batı toplumlarında PPD'ye önemli bir katkıda bulunabileceğini varsaymışlardır (16). Fakat son zamanlardaki bir çalışmada Tayvan'da 'doing the month' kadınları ve İngiltere'den postnatal geleneksel kültür almayan kadınlar karşılaştırıldığında depresyonun prevalansı her iki kültürde de benzer bulunmuştur (31).

Yaşam tarzı faktörü: PPD'de mitlerin rolü önemlidir. Kafalarında mükemmel anne modeli olan kadınlar günlük annelik ihtiyaçlarıyla karşılaşınca hüznün ve hayal kırıklığı hissedebilirler. Annelikle ilgili 3 genel mit vardır.

Mit 1: 'Annelik içgüdüsel'dir': Bu inanışın tersine yeni anneler annelik becerilerini ve yaşam becerilerini zamanla öğrenirler. Annelik becerisi gibi anne sevgisinin oluşması da zaman ister. Yeni annenin bunun bilincinde olması, PPD oluşumunu hafifletebilir.

Mit 2: 'Mükemmel bebek': Birçok kadının bebeklerinin nasıl olmalarına ilişkin rüyaları vardır. Bebek doğduğunda bu rüyaları bebeğiyle uyuşmayabilir. Yeni anne bebeğe ayak uydurmada zorlanabilir.

Mit 3: 'Mükemmel anne': Bazı anneler için mükemmel olmak sonsuz bir amaçtır ve doğumdan sonra ideale paraleli yaşamadığını düşünebilir ve başarısız bir kişi olduğuna inanabilir. Tabiki hiçbir anne mükemmel değildir. Çoğu kadın yeni doğmuş bebeğe bakmak ile ev işleri, diğer çocuklar ve eşi arasında denge kurmada zorluk yaşar.

Anne ve çocuğun sağlık durumu: Birkaç araştırmada sağlık problemlili çocuğu olan annelerde PPD prevalansı yüksek bulunmuştur (16). PPD için diğer bir risk faktörü, antinatal ve postnatal annenin sağlık problemlidir ve bu annelerde antenatal doktora görülme sayısı ve gebelik boyunca hastalıklı süreç artmıştır (16).

Gebelikler arası interval: PPD ile ilişkili diğer faktör gebelikler arası süredir. Bir çalışmada gebelikler arası interval, 24 aydan kısa iken sonraki gebelikte doğumdan sonra daha fazla depresyon geliştiği görülmüştür (16).

Gebelik kayıpları: Düşük yapan veya ölü doğum yapan kadınlar, PPD için risk altındadır. Önceden depresyon hikayesi olan kadınlarda, ölü doğum yapan kadınlarla canlı doğum yapan kadınlar karşılaştırıldığında depresyonun tekrarlama riski ölü doğum yapan kadınlarda iki kat artar (10). Ölü doğumdan sonra depresyon riski özellikle çocuksuz ve gebeliğinde mutsuz olan kadınlar için yüksektir. Gebelik kayıplarından sonra ilk altı ay içinde depresyon risk artışı en yüksektir (10).

Preterm doğum: PPD gelişiminde risk faktörü olarak gösterilmemiştir. Bununla birlikte posttravmatik stres bozukluğuyla ilişkili sendrom için artmış riskle ilişkilidir (10).

Literatürde yaptığımız tarama sonucunda saptadığımız diğer risk faktörleri ise şöyledir (9,6):

- Aile anemnezinde depresyon öyküsü
- Bebek yada annede doğum komplikasyonları
- Erken yada geç doğum
- Bebekten ayrı olmak
- Bebekle ilgili problemler
- Ciddi premenstural sendrom
- Önceki psikolojik bozukluklar
- Primipar kadın
- Emzirme
- Zor doğum

- Uzamış doğum
- Multiparite
- İleri annelik yaşı
- Sosyoekonomik düzey
- Planlanmamış veya istenmeyen gebelik

Özellikle depresif bozukluk olmak üzere psikiyatrik öykünün PPD için risk faktörü olduğu 5 yıllık bir kohort çalışmada rapor edilmiştir. İlk defa PPD yaşayan ve daha önce nonpostpartum depresyon rekürrensi olan 2 grup takip edilmiş ve bu çalışmada psikiyatrik öyküyle ilişkisi gösterilmiştir (32).

2.4.7. Etiyoloji

Veriler, PPD'nin etiolojisinin multifaktöryel olduğunu gösterir. Neden olan komponentler hem organik hem de psikolojik faktörlerin tümünü ve çevresel faktörleri içerir (9).

2.4.7.1. Genetik:

Her ikisi de doğum yapmış 838 ikiz kardeşin dahil edildiği bir Avusturalya çalışmasında postpartum depresif belirtilerdeki varyansın %38, depresyonun ise %25 oranında genetik etmenlerle açıklanacağı saptanmıştır (33).

2.4.7.2. Psikososyal faktörler:

Doğum yapan kadınlarda, endokrin ve biyokimyasal değişiklikler olmasına karşın, psikiyatrik değişikliklerin annelerin bir bölümünde gelişmesi etiolojide psikososyal faktörlerin göz önünde bulundurulması gerektiğini düşündürmektedir. Psikoanalitik kuram: Postpartum depresyon da bağımsız kendiliğin kaybı üzerinde durmaktadır. Gebeliğin sona ermesi, fetüsle ilgili yakınlığın kaybı olarak görülmekte, sevilen birinin kaybını hatırlatabilmektedir (14,33). Özellikle ilk doğumunu yapan kadınlar yoğun ambivalans ve kayıp duygusu yaşarlar. Bağımsızlığın, önceki yaşam biçiminin, beden imajının ve anne karnından ayrılmış olan bebeğin kaybı yaşanmaktadır. Gelişim dönemlerinde annenin doyurulmamış yaşamları olmuşsa, bebeğin istekleri bunaltıcı olmakta, anne öfkesini bebeğe yada kendisine yöneltmekte ve olumlu bir annelik algısını içselleştirmede güçlük yaşamaktadır. Duygusal yönden desteklenmemiş ve beslenmemiş olan kadınların kendi bebekleri ile sağlıklı bir iletişim kurmaları güç olacaktır (14).

Nicalson, postpartum depresyonu açıklamada, iki model geliştirildiğini bildirmektedir. Klinik model; postpartum depresyonu bir hastalık ya da bozukluk olarak tanımlarken, sosyal modelde; doğumun bir yaşam olayı olduğu ve postpartum depresyonu bir yanıt olarak ortaya çıktığı kabul edilmektedir. Çocuk sahibi olmak kadın için bir kazanç olmakla birlikte beden algısında, sosyal ilişkilerde, aile içindeki ve toplum içindeki rollerde değişiklikler, "bağımsız" kadın rolünden, "geleneksel" kadın rolüne geçiş gibi kimliğe ilişkin kayıp ve değişikliklerin yaşanması, kadın üzerinde bashedilmesi zor etkiler oluşturabilmektedir (14,23,33).

Cooper ve Murray psikolog olarak, PPD'nin biyolojik kökenli olduğunu destekleyen çok az kanıt olduğunu ifade ederek bazı biyolojik psikiyatristlerin bazen yaptığı gibi konuya partizanca yaklaşım riskini almışlardır (19).

2.4.7.3. Biyolojik Faktörler

2.4.7.3.1. Nörotransmitterler:

Nonpuerperal major depresyonun nedeni için iki önemli biyolojik teori, serotonin nörotransmitterleri ve norepinefrin, epinefrin ve dopamin gibi diğer biyolojik aminlerin regülasyonunun bozukluğundan kaynaklanır. Bu faktörlerin rolü postpartum depresyonda araştırılmıştır. Triptofan, serotonin için ana prekürsördür ve düşük sirküle triptofan seviyeleri, depresyona yol açabilecek düşük serotonin seviyelerine yol açtığı farzedilmiştir. Postpartum depresyondan ıstırap çeken kadınlardaki düşük triptofan seviyelerini gösteren 3 ayrı çalışmaya rağmen çift kör plasebo kontrollü bir çalışma yeniden yerleştirilen triptofanla hiçbir etki göstermemiştir (34).

Tetrahidrobiopterin; fenilalaninin tirozine dönüşmesinde, tirozin ve triptofanın hidroksilasyonunda önemlidir. Bu maddeler serotonin, NE, dopamin üretiminde önemlidir. Depresif hastalarda tetrahidrobiopterin artar. Bununla birlikte çalışmalarda doğum sonu 7. günde triptofan, metyoin, folat, tirozin, B₁₂ vitamini düşük saptanır (33).

Serum kolesterol düzeyleri gebelikte yükselmekte ve doğumu izleyen günlerde azalmaktadır. Bir hızlı düşüşün doğum sonu ilk dört günde depresif duygu durum ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Ancak bu konudaki çalışmalar çelişkilidir (33).

Katekolamineler kapsamlı olarak çalışılmadı, fakat depresyonun düşük norepinephrine seviyeleri ve şiddeti ilişkilendirildi (34).

2.4.7.3.2. Postpartum Depresyonun Hormonal Yönü:

Kadınlarda postpartum ve premenstrual periodlerde ve menapozda ortaya çıkan mood değişiklikleri, bunların etyopatognezinde endokrin hipotezlere yöneltmiştir. Bu güne kadar yapılan çalışmalarda PPD'li kadınlarda non-postpartum kadınlara göre hormonal seviyelerde farklılıklar olduğu görüldü. Böylece PPD'nin etyolojisinde hormonal faktörlerin etkili olabileceği ileri sürüldü.

Östrojen ve Progesteron: Termde en yüksek seviyesine çıkan ve doğumdan 2-5 gün sonra bazal düzeylere inen östrojen ve progesteron düzeyindeki düşüş, postpartum mood değişikliklerin bu hormonlardaki geri çekilmeye bağlı olabileceği hipotezini gündeme getirmiştir. Ayrıca postpartum mood değişikliklerinde bu hormonların teropodik etkileri, bu görüşü güçlendirmiştir. Alternatif bakış ise bu hormonal değişikliklerin normal limitlerde olduğu ve nörotransmitter veya reseptör seviyelerinde patolojik mekanizmalar ortaya çıkarmayacağıdır (18).

Puerperyumda tek olarak ovarian steroid seviyelerinde hızlı değişiklikler olur. Bu hormonlar 48 saat içinde çok yüksek seviyeden yaklaşık olarak foliküler seviyeye kadar düşer. Progesteronun hızlı çekilmesi, (metaboliti olan hidrosi 5 alfa dihidroprogesteron bir potenttir ve barbütürat benzeri GABA reseptör 22'ye bağlanır) plasentanın doğumuyla oluşur ve etyolojik faktörlerden olduğu kabul edilir. 38. gestasyon haftasında postpartum 1. güne progesteronun azalması ilk bir haftada depresif moodla ilişkilidir. İlginç bir bulguda emzirmeyle progesteron seviyesinin düştüğüdür. Bu bulgular, progesteron ve prolaktin arasında karşılıklı etkileşim olduğunu gösterir ve bu durumda daha fazla araştırmaya gereksinim vardır (9). Sonraki çalışmalar göstermiştir ki postpartum semptomlarla progesteron seviyesi arasında ilişki yoktur (34).

Östrojen seviyesi, progesteron gibi doğumu takiben ilk 48 saat içinde %90-95 düşer. Moodla ilgili bellek ve kavramada östrojenin rolü son toplanan verilerde mevcuttur. Bununla birlikte beyin fonksiyonları üzerinde anlaşılması güç derin etkileri tespit edilmiştir. Bu etkiler, yeni neronal spine ve dendrite formasyonuna yol açanlar kadar temeldir ve bütün ilgili nerokimyasal sistemlerde çok spesifik etkileşime yol açar (35). Spesifik etkiler en iyi dopamin siteminde karakterize edilebilir. Östrojen, dopaminerjik reseptörlerin turnoverını ve monoaminooxidaz (MAO) gibi enzimleri etkileyerek, tirozin hidroxilaz regülasyonu ile dopamine turnoverını artırır. Östrojen, serotonerjik ve gabaminerjik sistemlerinde benzer etkiye sahiptir. Norepinefrin ile nöron sensitivitesini

arttırır ve proenkefalin benzeri opiatlar için mRNA içerir. Bu var olan kanıta rağmen PPD ve östrojen seviyesi arasında tespit edilmiş bir bağlantı yoktur. Doğrusu hem düşük doğum öncesi ve hem de yüksek doğum sonrası seviyesi depresif kadınlarda rapor edilmiştir (9).

Postpartum birinci haftada östrojen ve progesterondaki değişiklikler birçok çalışmada araştırılmış ve çelişkili sonuçlar yayınlanmıştır. Nott ve arkadaşları postpartum hüzün yaşayan ve yaşamayan kadınlardaki östrojen ve progesteron düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulamamışlar (131). Fakat gebelikte, postpartum periodda ve mood değişikliklerinde östrojen ve progesteron düzeylerinde daha büyük düşüşler ile ilişki göstermiştir. Feksi ve arkadaşları ise daha yoğun annelik hüznü yaşayan kadınların salgılarında daha az yaşayanlara göre daha yüksek östrojen ve progesteron düzeyleri bulunduğunu göstermişlerdir (121). Bu sonuçlar Kuevi ve arkadaşları (126) tarafından doğrulanırken, Gard ve arkadaşları (122) tarafından doğrulanmamıştır. O'Hara ve arkadaşları (130) total plazma progesteronu ile gebeliğin ikinci trimesterinde postpartum 9. aya kadar araştırmış, fakat bir ilişki bulamamışlardır. Heidrick ve arkadaşları (125), postpartum hüzün yaşayan ve yaşamayan kadınlar arasında plazma östrojen ve progesteron düzeylerinde anlamlı bir fark bulamamışlar. Bu çelişkili sonuçlar çalışılan popülasyonların farklılığına veya kullanılan teknik farklılıklarına bağlı olabilir. Harris ve arkadaşları (124) tarafında yapılan büyük bir çalışmada postpartum kadınlarda tükürükte progesteron çalışılmış; daha fazla hüznü ve hüznün pik yaptığı günlerde daha düşük düzeylerle ilişki bulunmuş. Chang ve arkadaşları (120) PPD hastalarında östrojen düzeylerinde değil ama progesteron düzeylerinde daha hızlı bir düşüş bulmuş (18).

Östrojen ve progesteronun postpartum depresyondaki rolü terapötik etkileriyle desteklenmiştir. Sichel ve arkadaşları (128) doğumdan hemen sonra yüksek doz oral östrojen uygulamasıyla, östrojen proflaksisi olmaksızın görülen %35-60'a oranla proflaksi olarak daha düşük düzeylerde (%9) affektif bozukluk relapsı elde edilmiştir. Gregoire ve arkadaşları (123) yaptığı çalışmada hafifçe yüksek dozda transdermal esradiol kullanarak, tedaviden 3 ay sonra depresif semptomlarda ılımlı bir azalma tespit etmiştir. Hayvan deneyleri, östrojen uygulamasının antidepresanlarda gözlenen benzer şekilde etkisi gözlenmiştir (129, 133, 137). Yapılan bir çalışmada, suprafizyolojik dozda estradiol progesteron tedavisini takiben hipogonadal aksı indüklemek için gebe olmayan

kadınlara leuprolide kullanılmış ve sonuç olarak her bir steroidde geri çekilme sağlanmıştır (36). PPD hikayesi olan 8 kadından 5'i ruhsal değişiklik gösterdi fakat önceden depresyon öyküsü olmayan 8 kadından hiçbiri ruhsal değişiklik göstermedi. PPD hikayesi olan kadın gonadal steroidlerin geri çekilmesiyle mood üzerine etkilerine karşı farklı hassasiyet göstermektedir (17).

Prolaktin: Bazal prolaktin düzeyi gebelik süresince yükselir ve hem emziren hem de emzirmeyen kadınlarda postpartum dönemde düşer (134). Prolaktinin maternal davranışı hazırlamada ve başlatmakta rolü vardır ve gebeliğin geç dönemlerinde ve lohusalıkta normal maternal davranış için yüksek prolaktin konsantrasyonları gereklidir (135).

Anterior pituiter laktotrofik hücrelerden prolaktin sekresyonu, dopamin ve seretonin salgılayan nöronlar tarafından kontrol edilir ve feedback etkiyle dopamin salınımını artırır. Laktasyon sırasında prolaktin sekresyonunun kontrolü posterior pituiterin neural ve intermediate lobları tarafından üretilen birkaç madde tarafından etkilenir (18).

Nott ve arkadaşları çalışmalarında postpartum hüzün yaşayan ve yaşamayan kadınlar arasında plazma prolaktin düzeylerinde fark bulamamışlardır (131). George ve arkadaşları ise yaptıkları çalışmada postpartum birinci haftada yüksek bazal plazma prolaktin konsantrasyonlarıyla affektif semptomlar arasında belirgin ilişki saptamışlardır (136). Asher ve arkadaşları geç hamilelik ve lohusalıkta yüksek plazma prolaktin düzeyleriyle düşük anksiyete skoru arasında bir ilişki saptamışlardır (132). Bu da gösteriyor ki süt üretimiyle ilgili yüksek prolaktin seviyesi daha az anksiyeteye neden olmaktadır (18).

Kortizol: Hamilelik sırasında plazma kortizol düzeyi yavaş yavaş normalin 2-3 katına çıkar ve postpartum 3 gün içinde bazal seviyesine aniden iner. Bu hamilelik sırasındaki yüksek plasental kortikotropin düzeylerine ve postpartum periyoddaki geçici adrenal supresyona bağlıdır. Handley ve arkadaşları ilk çalışmalarında yüksek kortizol düzeyi ile yüksek mood arasında ilişki bulmuşlar fakat ikinci çalışmalarında aynı sonucu elde edememişlerdir (127). Pedersen ve arkadaşları lohusalıkta daha önceden psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda olmayanlara göre daha yüksek kortizol düzeyleri saptamışlar (138). Railton göstermiştir ki düşük doz prednizonun geçmişte postpartum episodları olan bir grup kadında postpartum depresyona proflaktif etkisi olmuştur (139).

Tiroid Hormonları: Tiroid hormonları da gebelik süresince değişir. Gebelik boyunca tiroid bezi normal büyüklüktedir, tiroid bağlayıcı globulin düzeyi arttığı için bağlı T3 ve T4 seviyesi artar ve serbest T3 ve T4 düzeyleri azalır (37,38). Bununla birlikte serbest T3 ve T4 düzeyinin normal sınırlar içinde olması gerekir. Çünkü TSH serbest tiroid hormon düzeyi düşüklüğünü kompanse etmek için artar (37,38). Bazen tiroid glandında genişleme olabilir ve doğum sonrası doğum öncesi boyutlarına döner (38). Bu durum postpartum tiroid disfonksiyonu olarak bilinir. Bu durum geçici hipertiroidi veya hipotiroidi veya her ikisini birlikte yapabilir ve postpartum ilk 12 ayda kadınların %5-9'unda görülür (38). Bu durum, antimikrozomal ve antitiroglobulin antikolarıyla ilişkili olabilir ve yüksek kortizol düzeyinin immun supresyon etkisiyle ilişkili 'rebound' bir immun fenomeni yansıtabilir (38) ve doğumdan hemen sonra hızlıca düşer. Postpartum tiroid disfonksiyonu genellikle subklinikdir, bununla birlikte hipotiroidinin depresif semptomlarıyla ilişkili olabilir ve enerji ve konsantrasyon azalmasını içerebilir. Raporlara göre pozitif tiroid antikor durumu ve depresyon arasındaki ilişki gelişmektedir. Bir çalışmada, doğumdan sonraki 6. haftada antikor pozitif kadınların yaklaşık yarısı, tiroid antikor negatif grubun %28'iyle karşılaştırıldığında Hamilton Depresyon Oranlama Skalasında daha yüksek skor elde etmiştir (39). Diğer bir çalışma erken gebelik süresinde (12 hafta) tiroid peroksidaz antikorunun olduğu hastalarda PPD için önemli bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir (39). Buna zıt olarak, postpartum tiroid disfonksiyonu prevelans çalışmasında postpartum 6.ayda depresyonlu kadınlarda, depresyon ve tiroid antikor varlığı ilişkisiz bulunmuştur (39). PPD gelişimi riskini belirlemek için yararlanılan tiroid antikor taramasıyla ilgili daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır (16).

Aralarındaki bağlantı kesin olarak ortaya konulmamış olsa da postpartum otoimmun tiroiditin PPD'nin olası bir nedeni olduğu düşünülmektedir (16). Bu durumda perinatal taramada TSH, free T4 ve antitiroid antikolar incelenmelidir (18).

2.4.7.4. İmmun Yanıt Sistemi ile İlişkisi:

İmmun ve inflamatuvar olaylara katılan hücrelerin etkinliklerinin artırılması, uyarılmış lenfositler, monositler ve makrofajlar ile diğer bazı hücrelerde sentezlenen ve salındıkları zaman organizmada endokrin ve/veya parakrin veya otokrin etkili sitokin denen ve çoğu bir grup potent peptid veya glikoprotein yapısındaki solubl maddelerin aracılığıyla olur. Bunlar, antijen için spesifik olmakla beraber, oluşmaları ve hedef

hücreleri etkilemeleri için antijenik stümlasyon gerektirirler. Etkileri muhtemelen çeşitli inhibitör ve antagonistik faktörlerle modüle edilebilir. Sitokinler, birkaç düzineyi bulan sayıdaki faktörden oluşur. Fizyolojik açıdan sitokinlere, hücreler arasında mesaj ileten biyolojik mediyatörler gibi bakılabilir. Sitokinler; lenfokin, monokin ve interlökin olarak gruplandırılır. Sitokinler, düşük moleküler-ağırlıklı proteinlerdir veya immune hücreleri arasında iletişim araçları olduğu için immune sistemini başlangıçta sınırladığı düşünülen glycoproteinlerdir. Fakat, birçok sitokinin santral sinir sistemi ve endokrine sisteminde bir anahtar rol oynadığı açık bir şekilde bilinir. Sitokinlerin beyin hücreleri ve nerohormonlar, nerotransmitterlerle ve nöroendokrine sistemiyle sıkı bir şekilde etkileşimiyle üretildiği rapor edilmiştir (48).

Sitokinler bazı hipofiz hormonlarının ve diğer biyolojik maddelerin sentez ve salgısına neden olduklarından depresyonla ilişkisi araştırılmış ve birçok çalışmada kanıtlar sağlanmıştır. Ayrıca Meen ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada doğum sonrası dönemdeki 91 kadında ve gebe olmayan 22 kadından oluşan kontrol grubunda enflamatuar yanıt sistemi markırları kullanarak erken doğum sonu duygu durumu değerlendirilmiştir. Doğum sonu 1.ve 3. günlerde antienflamatuar kapasitedeki azalmayla hüzün belirtileri arasında bir ilişki olduğu saptanmıştır. Biz bu verilerden yola çıkarak, postpartum 2-4 ve 6-8. haftalarda IL-2R, IL-8 ve TNF α ile postpartum depresyon ilişkisini araştırdık.

2.4.7.4.1. Sitokin ve Depresyon Teorisinde Literatür Verileri:

Psikonöroimmunoendokrinoloji, akıl ve vücut arasındaki ayırmadan farklı olarak, akıl-vücut problemine yeni bir bütünsel vizyon sağlamıştır. İmmunolojide son zamanlardaki gelişmeler vasıtasıyla sitokinlerin depresif hastalık gibi psikolojik rahatsızlıklara katkıda bulunabileceği görüşüne büyük dikkat verilmiştir (48).

Geçtiğimiz on yıl süresince pro-inflamatuar sitokinler ve immun mediatörlerin depresyonun biyolojisine katkıda bulunduğu hipotez edilmiştir. Bu, literatürdeki bazı verilerle uyumlu olarak depresyonun yeni bir etyolojik yolunu meydana getirmiştir (48).

Major depresif bozukluğun immune disfonksiyon vasıtasıyla ve daha özellikle olarak pro-inflamatuar sitokinlerin yükselmiş bir üretimi vasıtasıyla ortaya çıkabileceğini öne atan çok büyük kanıt vardır. Depresif hastalıktaki sitokinlerin olası varlıkları, analogik bir modele dayandırılır. Pro-inflamatuar sitokinlerin depresyonda gözlenen davranışsal

etkilere ve nöroendokrin ve immün aktivasyonuna benzer şeylere neden olduğu bilinir; bunlar antidepresan tedavi ile hafifletilebilir (48).

İmmün aktivasyonunun, özellikle birkaç sitokin aktivasyonunun (IL-1, IL-2, IL-6, TNF α ve bunların çözülebilir reseptörleri) yüksekliği, fark edilebilir bir şekilde depresyonun karakteristiği olarak gösterilmiştir. Sitokinler ve depresyon arasındaki ilişki, sitokin aktivitesinin etkisini direkt veya indirekt olarak etkileyebilecek birçok faktör olduğundan komplikedir. Sitokin artışıyla ilişkili olarak, çoğunlukla şiddetli depresyondan bahsedilirken sitokinlerin aktiviteleri aynı zamanda hastalığın kronikliği, depresyonun nörovejetatif özellikleri (değişken uyku paternleri, besin alamama, kilo değişiklikleri, bitkinlik veya genel aktivite gibi) veya depresyon karakteristiği olan yüksek stress algılamasıyla ilişkili olabilir (50).

Pro-inflamatuar sitokinlerin üretimini içeren sonuçlar hala değişken olmasına rağmen bazı yazarlar serumda mitojen stimüleli yükselmiş IL-1 yada IL-6 oranlarını rapor etmişlerdir, diğer yazarlar ise serumda belirgin farklılıklar bulmadılar yada Levive ve arkadaşları depresyonlu hastalarda daha yüksek cerebrospinal sıvı IL-1 konsantrasyonları ve daha düşük cerebrospinal sıvı IL-6 seviyeleri bulmuşlarken diğerleri major depresyonlu hastaların geriatric cerebral spinal sıvısında önemli derecede düşmüş IL-6 seviyeleri buldular (48).

Depresyon, IL-6'yı kapsayan proinflamatuar sitokinlerin üretimini artırır. Önemli bir şekilde, hem depresif semptomlar hem de depresyon, IL-6 seviyelerinin yüksek plazma seviyesiyle ilişkilendirilirler. Başarılı farmakolojik tedaviyi takip ederek artan IL-6 seviyeleri majör depresyonlu hastalarda düşer. Dahası hem fiziksel hem de psikolojik stresörler proinflamatuar sitokinlerde geçişli artışları provoke edebilir. Hayvan modellerinde hem stress hem de epinefrin uygulaması B adrenerjik reseptörler vasıtasıyla stimüle olan IL-6 üretimi ile tutarlılık gösteren plazma IL-6'yı artırır. Böylece, IL-6'nın üretimi ve diğer proinflamatuar sitokinler negatif emosyonlar ve direkt bir yol sağlayan stresli olaylar vasıtasıyla direkt olarak stimüle edilebilir. Proinflamatuar sitokinlerin aşırı üretimi, sonraki maladaptif immün ve endokrin değişikliklerine sürükleyebilir. IL-6, CRH üretiminin potesiyel stümlatörüdür, artmış kortizol seviyeleriyle takip eden plazma ACTH seviyelerinin yükselmesini sağlayan artmış hipotalamopituiter adrenal aks (HPA) aktivitesine sürükleyen bir mekanizmadır: ACTH ve kortizol'daki yükselmeler multiple zıt immunolojik değişiklikleri provoke

edebilir (48). Kortizol seviyeleri yükseldikçe sendromal depresyonu ağırlaştırabilir ve anksiyete, insomnia ve zayıf hafıza gibi depresif semptomları ağırlaştırabileceğini ortaya atan araştırmayla daha sonra altı çizilir (40).

Son zamanlarda, birkaç yazar, depresyonun pathofizyolojisindeki sitokinlerin rolü hakkında yazmışlardır, mitojen stimülasyonu üzerindeki IL-1B üretiminin arttığı, değişmediği veya azaldığı (majör depresyonlu hastalarda) rapor edilmiştir. Distimialı hastalarda yapılan bazı çalışmalar, kontrol grubuyla karşılaştırıldığında yükselmiş IL-1B buldular. Sadece bir çalışma majör depresyonda bir TNF α yükselişi gösterir (61).

Mitogen stimülasyonunu takip eden TNF α üretimi, kontrol grubuyla karşılaştırılan hastalarda değişmemiştir (61).

IL-1B veya TNF α gibi sitokinlerle tedavi edilen hayvanlar hastalık davranışına yönelik bir takım belirtiler sergilerler. Bunlar; uyutucu etkiler, azalan lokomotor aktiviteler, piloereksiyon, pitozis, sosyal ilişkilerin azalması gibi hastalıkla ilişkilendirilen sıkıntıların hepsini kapsar. Fakat bu semptomlar depresyonla ilişkilendirilenlere benzer değildir. Fakat, IL-2 uygulaması depresyonun anahtar semptomu olan anhedonic tepkiye neden olabilir (50).

Ek olarak depresyon, yükselmiş sayıda aktive T hücreleri, neopterin sekresyonu, PGE₂ ve tromboxan ve de çözünebilir IL-2 reseptörlerinin yükselmiş konsantrasyonlarını sIL-2R, IL-1B, IL-1 reseptör antagonisti (IL-1Ra), IL-6, sIL-6R ve IFN-alfa ile ilişkilendirildi. IL-1B, IL-6'nın artmış seviyeleri ve alfa-asit glikoprotein (antitidepresan medikasyonla normalleştirilen) özel bir ilgidedir. Fakat eşit derecede önemli şiddetli depresyonda sIL-2R, IL-6, sIL-6R'nin up-regülasyonu ile ve yükselmiş IL-1B antidepresif ilaçlarla hafifletilmeli, aynı şekilde antrinflamatuar sitokinlerden IL-6'nın serum seviyeleri depresyonlu hastalarda artan seviyede yükseltildi fakat bir defa daha başarılı farmaterapi, bu sitokinleri normalizasyonu ile ilişkilendirilmedi (50). Bu veriler bu faktörlerin hastalığın ayırtecdici belirteçleri olabileceği olasılığını yükseltir. Bu etkileyici verilerin immun aktivasyonu ve depresyon arasındaki bir ilişkiyi desteklemesine rağmen, bu verilerin korele olduğunu hatırlamak gerekir. Birisi bunlarda inflammatuar yanıt sisteminin aktivasyonunun depresyonu sitümüle ettiği sonucuna tatbiki varamaz. Çünkü sitokin artışları basit olarak hastalığa ikincil olabilir (Örneğin, önceki veya son zamanlardaki stresörler, anksiyete, hospitalizasyon, diyet değişiklikleri veya ilişkili davranışlar) veya immundepresyon ilişkisi ile tartışıldığı için sitokin

değişiklikleri bazı subtiplere veya hastalığın semptomlarına birleşik olabilir. Buna rağmen daha önce ima edildiği gibi hayvanlardaki çalışmalar, sitokinlerin nörokimyasal değişiklikleri azalttığını belirtir ve Dahası bu yayında Hayley'in araştırmalarında (1999) tartışıldığı gibi hem IL-1B hem de TNF α daha sonraki stresörler veya sitokin değişiklikleri büyük bir oranda yükselmesi tedbir olsun diye biri sensitizasyonu etkisini provoke eder (62). Böylece başka bir şey değilse bu verilen sitokinlerin depresif hastalığın altını çizmek için nörokimyasal olduğu düşüncesini ateşleyebilir ve bunlar sitokinler ve depresyon arasındaki bir ilişkiyi destekleyen kanıt sağlar (41).

Sitokinler ve depresyon arasındaki nedensel ilişki daha ileri iki kaynaktan gelir. Birincisi hayvan çalışmalarının sitokin veya bakteriyel endotoxin değişiminin depresyonu anımsatan davranışsal değişiklikleri ortaya çıkarttığını keşfetmiş ve endotoxin etkileri antidepresan tedavi vasıtasıyla hafifletilmiştir (88-89). Bu bulgulara paralel olarak insandaki endotozin tedavisiyle özellikle hafif depresyon indüklenmesi, mood değişikliklerini ortaya çıkartır (41).

İnsanlarda süre gelen 2. kanıt immunoterapide; IL-2' nin yüksek dozu, IFN γ ve TNF α 'nın yüksek dozu, depresyon veya anksiyeteyi kapsayan nöropsikiatrik semptomları ortaya çıkartır. İlginç bir şekilde IL-2 ile tedavi (tek veya IFN α kombinasyonu içinde), serum dipeptidil peptidaz IV (DPPIV)'ü en azından bazı sitokinler ve peptidlerin bölünmesini katalize eden bir membran bağlı serum proteazı azalttı. Bundan dolayı sitokin üretimini ve immun aktivitesini etkileyen tedaviden sonraki 3-5 günde depresyon skorları metastatik kanser için tedavi edilen hastalarda yükseldi ve yükselme genişliği ters bir şekilde DPPIV seviyeleriyle ilişkilendirdi. Daha sonra tedavi DPPIV seviyeleriyle ters bir şekilde ilişkilendirilen IL-6 ve IL-2R seviyelerini yükseltti. Böylece immunsisteminin sitokin seviyeleri veya aktivitesi üzerindeki etkisi ile depresyona katkıda bulunduğu belirtildi (41).

İnsan çalışmaları, depresif hastalıkta IL-2'nin bir rolünü vurgulamış olmasına rağmen hayvan çalışmalarında IL-2'nin nörokimyasal etkileri ve davranışsal etkilerine sınırlı ilgi gösterilmiştir. Mevcut derleme rodentlerde, IL-1 betanın etkilerine, TNF alfa ve endotoksin değişikliklerine zıt olarak IL-2'nin davranışsal etkilerini değerlendirir. IL-1 β 'ya benzer bir şekilde sistemik IL-2 HPA fonksiyonunda ılımlı etkiler provoke eder ve hastalığın veya anksietenin belli işaretlerini provoke etmez. Fakat bazı görüşlerde IL-2 oluşumu, anhedonyayı içeren geleneksel stresörleri akla getirir

(anhedonya; zevk ve ilginin azalması). Ek olarak IL-2 kronik olarak uygulandığında, bilişsel süreçlerde etkili olabilir. IL-2'nin depresif benzeri semptomlara neden olabileceği ile ilgili elde edilebilir veri azdır, kronik sitokin tedavisinin etkisi sıkı bir şekilde göz önünde bulundurmıştır ve testlerin sınırlı bir çerçevesinde sadece davranış değerlendirilmiştir ve IL-2'nin etkilerinin antidepresan tedavilerle modifiye olup olmadığı henüz çalışılmayı beklemektedir. Sonuç olarak, santral sinir sistemindeki IL-2'nin etkileri bifazik tarzda olduğu için nerotoksik etkilere de neden olabilir, bu sitokinlerin depresif benzeri davranışsal etkileri hangi şartlar altında provake ettiğini ayırt etmek için ileri analizler gereklidir (60).

Sitokinlerin bazı nörokimyasal etkileri, stresörler ve depresif hastalığa alt hizmet ettiği farz edilenler arasındaki benzerliklere rağmen hala bazı sitokinlerin nörokimyasal etkileri ve potansiyel davranışlarıyla ilgili az bir veri vardır. Merak edildiği üzere, sitokinlerin depresyondaki rolünü destekleyen insan çalışmaları IL-2 ve IL-2 reseptörlerini kapsayan korale çalışmalarından ve de IL-2 çalışması veya IFN α immunoterapisinden elde edilmiş iken hayvan çalışmaları IL-1 β 'nin etkileri ve daha az bir oranda IL-6 ve TNF α etkileri üzerine odaklanmıştır. Fakat gözle görülebilir bir şekilde IL-2'nin davranışsal etkilerini içeren çok az bir bilgi edilir (60).

IL-2, çözünebilir IL-2 reseptörleri (sIL-2R), IL-1 beta, IL-1 reseptör antagonisti (IL-1Ra), IL-6, çözünebilir IL-6 reseptörü (sIL-6R) ve IFN γ 'yı kapsayan artmış döngüsel sitokin seviyeleri şiddetli depresyonlu hastalarda dökümanite edilmiştir. Depresyonlu hastalarda tespit edilen büyük orandaki değişiklikler ile sitokinler ile affektik hastalıklar ile ilişkili olabilecek tüm sitokinlere karar vermek zordur. Gerçekte artmış sitokin seviyelerini, depresyon için belirleyici markır olabileceğini öne süren başarılı farmakoterapi ile gerekli bir şekilde azaltmaz (51). Bununla birlikte immunoterapi, depresyonla ilişkilendirildiği için, depresyonla ilişkili olanlar gibi davranışsal karakteristikler üzerindeki IL-2'nin etkilerini değerlendirmek ilgi görmüştür (60).

Alternatif bir şekilde IL-2 ve sIL-2R'leri depresyon için belirleyici markırlar olabileceği için bunların süregelen artışlarının depresyonojenik faktörlerden öte depresyon için duyarlı bir faktör olarak rol oynayabileceği makuldür (60). IL-2'nin uygulamasının en azından bazı depresif benzeri etkileri meydana çıkardığını ortaya atan önceki tartışmaya çok başvurulur ve böylece bu sitokinler affektif hastalığın modülasyonunda rol oynar. Fakat IL-2'nin depresif hastalığa özgü spesifik etkileri

meydana çıkarmadığına inanmak için yeterli neden vardır. Oldukça zıt olarak, IL-2 ve psikopatoloji arasındaki ilişki tamamen spesifik değildir (60).

Elde edilebilir veriler sitokin varyasyonlarının depresif hastalıklarla ilişkili olabileceği önerisi ile uygunluk gösterir. Fakat, tekrar yineliyoruz ki bu veriler hali hazırdaki depresyonlu popülasyonlarda sitokin seviyelerini ölçmüş çalışmalarda elde edildi ve bundan dolayı onlar bir nedensel ilişki göstermezler. İmmunoterapiyi kapsayan çalışmalar sitokin-depresyon durumunu onayladılar. Fakat, uygulanan sitokin dozlarının sirküle sitokin seviyelerinin üst düzeyinde olduğu hatırlanmalıdır. Bundan dolayı diğer durumlardaki kişilerdeki etkileri sergilemeyebilir. Bunun yanında bu hastalar zaten hasta olduğu için ve gerçekte belirgin gerginlik yaşadıkları için, affektive durumdadır (50).

Genelde sitokinleri depresif popülasyonlarda değerlendiren çalışmalar, temel olarak ilişkilendirilmesine rağmen, sık sık immunoterapi sitokini alan hastalarda antidepresan medikasyonla hafifletilebilen depresif bozukluklar, sitokinler için nedensel bir rol gösterirler (50).

Birçok medikal durumlar sitokin vasıtalı depresif benzeri sendrom ile eşleştirilir. Depresif hastalığın (iştahsızlık, uyku bozukluğu, yorgunluk, motor geçikmesi, anhedonya) somatik semptomlarını veya sitokinlerinin davranışsal etkilerinden dolayı, sitokinlerin derin depresif etkileri ve bunların depresif hastalıktaki etkili etyolojik imaları arasında bir patofizyolojik paralellik yapılmıştır.

Sorgulanamaz şekilde sitokinler negatif moodun gelişmesinde etkili letarji, yorgunluk, titreme, apetit kaybı gibi hastalık davranışlarının fiziksel semptomlarını kapsayan CNS üzerinde önemli etkileri vardır (40).

Birçok comorbid özellik depresyonlu kişiler arasında sık sık görülür ve bu özelliklerin herhangi biri sitokin fonksiyonunda etkili olabilir. Bu yüksek anksiyete seviyesini, mevcut kişilik bozukluklarını ve hatta kişisel hijyen hastalıklarını kapsar. Bunun gibi, Irwin tarafından belirtildiği gibi depresif hastalıklar artmış ilaç kullanımı (nikotin, alkol, uyuşturucu maddeleride) ile ilişkilendirilebilir. Bunlar immun ve sitokin aktivitesinde direkt veya indirekt etki yapabilir (50).

Depresyonun immun disregulasyonla ilişkili olduğu görüşünü destekleyen gözle görülür veriler vardır. Fakat desteklemeyen raporlarda vardır. Şiddetli depresyonun immun fonksiyonun birkaç yönünün disfonksiyonuyla ilişkili olduğu gerçeğine rağmen

bunlar depresyonun önceki etkisini yansıtabilir. Alternatif olarak depresyonun karakteristiği kendi başına veya depresyona ikincil faktörler olarak immun disregülasyona katkıda bulunabilir (41).

Sitokin-depresyon ilişkisiyle ilgili tüm veriler önemli bir şekilde korale olduğu için sitokinlerin depresif hastalıkta bir etyolojik rolü olduğundan şüphelenmek için kesinlikle güçlü bir neden vardır. Fakat aynı zamanda sitokinlerin uygulandığı çalışmalarda değerlendirilen popülasyonların rölatif olarak birleşik olduğunu hatırlamak gerekir ve katılımcıların gözle görülebilir bir şekilde acı çektiğini hatırlamak da gerekir. Böylece sitokin tedavisinin etkileri basit bir şekilde immun aktivasyonundan öte birkaç faktörün interaktif etkileşimi şeklinde sunulabilir (41).

2.4.8. Postpartum Depresyonun Sonuçları ve Anne-Çocuk İlişisine Etkisi:

Temel sorun maruziyetin açık bir tanımının olmamasıdır. Postpartum akıl hastalıklarında bu durumun boyutlarını ortaya koyacak 3 soru vardır: Kim etkilenmektedir? Nasıl etkilenmektedir? Ve neden etkilenmektedir?

Açık bir şekilde postpartum akıl hastalarında kim etkilenmektedir sorusunun cevabı, 'annedir'. Ancak doğum sonrası duygusal bozukluk ve bunun tedavisi infantı da kapsar. Eğer annenin durumu ağırsa ve duygusal rezervuarı tükenmişse bu durum ailenin diğer bireylerini, arkadaşlarını ve iş yerindeki insanları da etkileyebilir. 'Nasıl' ve 'neden' sorunlarının yanıtı ise henüz net değildir. Başlangıçta bu etkilenmenin nasıl olduğuna karar vermemiz gerekir. Bu durum direk veya indirek olarak gerçekleşir. Direk maruziyet herhangi bir bileşenle (örneğin nerobiyolojik, farmakolojik, çevresel faktörler vb) bireyin doğrudan karşılaşması sonucu ortaya çıkar. İndirek maruziyet ise bir bileşenin kişinin bulunduğu çevrede oluşturduğu etki sonucu ortaya çıkar. Annenin direk maruziyeti hastalığın kendisinden ve aldığı tedaviden kaynaklanır. İndirek maruziyeti ise hastalığın ortaya çıkardığı sonuçlardan ve bu tedaviyi sağlamak için yaptığı harcamalardan kaynaklanır. Direk ve indirek etkilerin birbirinden ayrımı PPD'nin etkileri ve tedavi seçeneklerinin çocuk üzerindeki etkileri söz konusu olduğundan belki daha kolay yapılabilir. Klinisyen bebeğin indirek etkilenmesinin; annenin hastalığından dolayı anne bebek ilişkisinin bozulması, anne bakımının azalması, hastalığın aile ortamına olan etkisi ve aile stabilitesine olan etkisi çerçevesinde değerlendirilmelidir. Anne sütüyle beslenen bebek bu hastalığın süt üzerinde oluşturabileceği olumsuz sonuçlara doğrudan maruz kalabilmektedir. Örneğin

anneninin depresyon sonucu alkol ve sigara tüketmesi ve ilaç kullanması bebeğin aldığı sütü doğrudan etkiler. Bu maruziyet yan etkilerin annenin günlük aktivitesini doğrudan bozması, anne baba arasındaki ilişkinin etkilenmesi, tedaviye cevapta gecikme, hastaneye yatış gerekliliği ve benzerleri olabilir. Anne sütüyle beslenen infant, tedavi modellerini doğrudan etkisi altındadır. Bilinen tüm psikotropik ilaçlar anne sütüne geçmektedir. EKT sırasında kullanılan anestejik ajanlar da anne sütünde bulunmuştur (6).

Neye maruz kalındığı sorusunun yanıtı, hem fenomenolojik hem de biyolojik olarak verilebilir. Fenomenolojik olarak major depresyon duygusal, bilişsel ve nerovegatif bozuklukların oluşturduğu bir semptomlar bütünüdür. Yeni doğan bir infantın bakımına gebelik ve doğum sürecinden iyileşme sırasında kalkışıldığında, nerovegatif semptomlar en fazla can sıkıcı konu olacaktır. Örneğin postpartum erken dönemde başlayan uyku bozukluğu bebek bakımı sırasında alışıldık bir durumdur, ancak depresyon nedeniyle bu dönem abartılı bir hal alabilir, bu fiziksel iyileşmeyi geçiktirebilir, böylece postpartum duygu durum bozukluğu ağırlaşabilir ve bir kısır döngü ortaya çıkar (6).

Biyolojik maruziyetin tanımı üzerinde ise daha az çalışılmıştır. Bu durumu ortaya koymak daha kolaydır ve klinisyenin büyük etkisi altındadır. PPD'si olan kadınların non-postpartum major depresyondaki neroendokrine değişiklikleri gösterip göstermediği açık değildir. Bu tür değişikliklerin varlığı potansiyel olarak anne sütünün içeriğini değiştirebilir (6).

Böylece emzirmek isteyen bir anne zor sorularla karşı karşıya kalmaktadır: İlaç tedavisi almalı mıyım?, bebeğimi emzirmeli miyim?, her ikisini birlikte yapmalı mıyım? , yoksa bir tanesini mi seçmeliyim? Yani ilaç tedavisi almak için anne sütünün kesilmesi de bir infant maruzetine yol açmaktadır. Bu durumda antidepressan tedavisi ile ilintili indirek maruziyet bebeğin anne sütü almaması ve bunun potansiyel yaralarından mahrum kalmasıdır (6).

Bu hastalar, sıklıkla delüsyon ve intihar eyleminden acı çekerler ve bu sonuç hem anne hem çocuk için önemlidir. Dahası deprese anneler, artmış relaps ve/veya kronik psikiyatrik hastalık riski taşırlar. Ek olarak depresyonlu anneler çocuklarına karşı sıklıkla daha negatif bir tavır sergilerler ve güçsüz düşmüş yeni anneler, aile bireylerine belirgin duygusal ve ekonomik yükler getirirler. Hastalar bu sonuçlardan en fazla

etkilenenlerdir. Son zamanlarda yapılan bir çalışma, PPD episodlarından açığı çeken kadınların %32'sinin gelecekteki çocuk doğurma planlarının dramatik olarak değiştirdiklerini, evlat edinmeyi, düşük yapmayı ve hatta bazı durumlarda sterilizasyonu bile düşündüklerini ortaya koymuştur (9).

Postpartum erken dönemde bu annelerin hospitalizasyonu, çocuklarda ruhsal bozukluk sıklığını artırır. Hospitalize edilmemiş hastaların çocuklarında sosyal ve emosyonel gelişimle ilgili çelişkili sonuçlar yayınlanmıştır. Fakat 4 yıllık uzun dönem takip çalışmaları, postpartum dönemde depresif atakların onların çocuklarının zayıf bilişsel (kognitif) test skorlarıyla alakalı olduğunu göstermektedir (9).

Son zamanlarda PPD ve çocuk gelişimiyle ilgili bir kaç prospektif çalışma yapılmıştır. Bir Cambridge çalışmasında maternal mood bozuklukları ve infantın bilişsel gelişiminde hasar arasında belirgin ilişki gösterilmiştir. Sosyoekonomik dezavantajlı toplumlarda yapılan 2 Londra çalışmasında (19), zayıf emosyonel durumla PPD ilişkili bulundu. Bu çalışmalarla ilgili önemli sonuçlar bulundu:

-PPD'li kadınların çocuklarında bilişsel gelişme ters bir şekilde etkilenir. Özellikle ekonomik dezavantajlı gruplar ve erkek çocuklar.

-PPD'li annelerin çocukları, 18 ayda güvensizlik gösterirler ve erkekler 5 yaşında belirgin davranış bozukluğu gösterirler.

-PPD'nin çocukla ilişkili ters sonucu anne çocuk iletişimindeki bozuklukla ilişkilidir.

Sonuç olarak, PPD'li annelerin çocuklarında görülebilen durumlar: Negatif ruh hali, değişime adaptasyona zorlanma, akademik performansta ve entelektüel faaliyetlerde yetersizlik, akranlarıyla ilişkide zorlanma, okul sorunları, major depresyon veya anksiyete bozukluğudur.

2.4.9. Tedavi:

PPD'nin başarılı tedavisi: Farmakoterapiyi, psikoterapiyi veya bunların kombinasyonunu içerir (9).

Farmakoterapi: Eğer, hastalığın semptomları kronikleşmişse veya şiddetli ise, aile öyküsü varsa veya prior epizod varsa veya tedaviye birincil cevapta direnç varsa psikoterapötik tedaviye tercih edilir. Medikasyonun daha az masraf ve zaman kaybı avantajı vardır (9).

Psikoterapi: Eğer, depresyon Şiddetli ise kronik psikososyal problemler varsa, medikasyona inkomplet cevap varsa veya rastlantısal kişilik bozukluğu kanıtı varsa farmakoterapiye eklenmelidir (63).

2.4.9.1. Farmakoterapi

2.4.9.1.1. Antidepresanlar:

Gebelikle ilişkisiz depresyon için kullanılan antidepresan drugların etkinliği PPD içinde kullanımını destekler ve PPD'ye karşı etkili olduğuna dair bilgiler mevcuttur (17).

Antidepresan ilaç tedavisi orta ve ciddi PPD tedavisinde en büyük destekler. Gebelik ve laktasyonda antidepresan drug alımında kesin bir kontrendikasyon olmamasına rağmen onaylanan spesifik bir ilaç uygulama idaresi de yoktur. Tavsiye edilen seçkin antidepresanlar esas olarak sistematik olarak insanlarda çalışılmıştır. Örneğin trisiklik antidepresanlar (TAD) veya selektif serotonin reuptake inhibitörleri (SSRI) gibi.

SSRI'lar, uygulanım kolaylığı kadar aşırı doz alımı durumunda düşük toksik etki riskinden dolayı başlangıçta denenmelidir. Fakat antidepresanların herhangi bir sınıftan spesifik bir druga karşı önceden bir pozitif bir cevap alınmıŐsa bu ajanlar özellikle göz önünde bulundurulmalıdır. SSRI'leri daha az yan etkiye ve geniş güvenlik aralığına sahiptir (9). SSRI'lar sıklıkla kadınlarda yüksek etkinliklerine bağlı olarak kullanılmıştır. SSRI antidepresanlar arasında fluoksetin pahalıdır ve uyku bozukluğu, kusma ve bebeklerde ishal oluŐturmuŐtur ve citalopram bakılan infantlarda uyku bozukluğu oluşturur. Bunlar, infantlara sütle geçen en yüksek rölatif doza sahip SSRI'lerdir (10). Antidepresan medikasyonla ilgili Appleby ve arkadaşlarının bir çalışmasında fluoksetin ve plasebo karŐılaŐtırıldı ve ilaç tedavisinin psikolojik tedaviden üstün olmadığı gösterildi (140).

Genellikle, TAD'lar etkili fakat yan etki yönünden (kilo alma, sedasyon, ağız kuruluğu ve kardiovasküler etkiler gibi) ağırdır. TAD'lar özellikle postpartum periyotta uygun olmayabilir. Üstelik bunlar çok toksiktirler ve yüksek dozları potansiyel olarak tehlikelidir (9).

Monoamin oksidaz inhibitörleri (MAO), zorunlu diyet kısıtlılığından dolayı nadir olarak kullanılır (9).

PPD'li hastanın tedavisine başlayan primer bakım doktorları Tablo 1 'de listelenen antidepresanlardan bir veya ikisinin dozlarını ve yan etkilerini bilmelidir (9).

Tablo 1: PPD Tedavisinde yaygın olarak kullanılan antidepresanların yan etki profilleri ve doz aralıkları

Drug	Terapötik	Antikolinergic	Ortostatik	Aritmi	Kilo
<i>Trisiklikler</i>	Sınır (mg)	Etki	Hipotansiyon		Alma(>6kg)
Amitriptilin	75-300	4+	4+	3+	4+
Desipramin	75-300	1+	2+	2+	1+
Imipramin	75-300	3+	4+	3+	3+
Nortriptilin	40-200	1+	2+	2+	1+
<i>SSRIs</i>					
Fluoksetin	10-40	0	0	0	0
Paroksetin	20-50	0	0	0	0
Sertralin	50-150	0	0	0	0

0= yok veya nadir 4+= yaygın

Antidepresanların Laktasyonla İlişkisi ve İnfant Maruziyeti: Önemli bir durum da emziren annelerde antidepresanların güvenle kullanımınıdır. Bazı çalışmalar hemşire kadınlarda antidepresan kullanımını değerlendirdi. Kanıtlar, başlangıçta antidepresan alan kadınların emzirmeyi sonlandırmaya gerek olmadığını gösterir. SSRI'lar arasında sertralin (64) ve paroksetin (65) çalışılmıştır ve anne sütü alan infantlarda yan etki oluşturmadığı gözlemlendi. Sertralin ve paroksetin daha dikkatli alınmalıdır ve şu anda PPD tedavisinde emziren annelerde ilk basamak ajan olarak tercih edilmelidir. Citalopram ve fluvoxamine kullanan hemşirelerde güvenli olduğu gözlemlendi (66). Fluoksetin ve metaboliti olan norfluoksetin özellikle uzun ömürlüydü, infantlar bu yüzden daha yüksek dozda, daha uzun süreli ilaca maruz kalıyorlardı (67). Bir olgu serisinde, fluoksetin tedavisi gören annelerin 14 çocuğunun ikisinde ağlama, iritabilitede artış, beslenmede azalma görülmüş (67) ve annesi her gün 20 mg fluoksetin alan süt alan infantlarda uyku bozukluğu ve kolik saptanmıştır (68).

TAD'larla ilgili birçok çalışma yapılmıştır ve negatif etkileri yoktur veya tedavi edilen annelerin infantlarında tespit edilebilen serum seviyeleri gösterilememiştir (9). Nortriptyline, desipramine, clomiprine içeren birkaç TAD ile yapılmış birkaç çalışmada yan etki rapor edilmemiştir. Bununla birlikte doxepine, hipotoni ve respiratuar depresyonla ilişkiliydi (16). Böylece, güncel olarak tavsiye edilen, emziren deprese

mooddaki annelere minimum etkili dozda TAD ile tedavi etmek ve semptomlar 10 haftadan uzun sürmüŖse, infanttaki serum seviyesini değerlendirmektir (9).

Hastalar, sıklıkla yan etkilerin monitoizasyonuna ihtiyaç duyarlar ve tedaviye kısmi veya tam cevapsızlık durumunda (6 hafta süresince): tanının tekrar değerlendirilmesine, tedavi alternatiflerine, doz artımına ihtiyaç duyulduğunu ve tedavinin deęiŖtirilmesi gerektiğinin düŖündürür. ElektrokonvüŖif terapi etkili bir terapatik yöntemdir. Tedaviye dirençli PPD'li olgularda kullanılmalıdır (9).

2.4.9.1.2. Hormonoterapi:

Kontrolsüz veriler doğal progesteronun PPD'yi önlemede yardımcı olduğunu ileri sürdüler. Fakat PPD tedavisinde doğal progesteron kullanımını değerlendiren sistematik alıŖma yoktu. Fakat sentetik progestin kullanımı negatif mood etkilerinin oluŖumunu ortaya çıkarır. Randomize plasebo kontrollü bir alıŖmada sentetik progestin (noreethisterone enanthate) alan kadınlar doğumdan sonraki 48. saatte plasebo alan gruba göre depresyon oranındaki skorlar daha yüksek bulunmuŖtur (16,32).

Birkaç alıŖmada östrojenin PPD üzerindeki etkisi deęerlendirilmiŖtir. Randomize plasebo kontrollü bir alıŖmada major depresif semptomlu 60 kadına postpartum 3-18 ayda en az 3 aylık didrogestron eklenmiŖ, transdermal östrojeni 6 ay kullanmıŖlar ve etkisi incelenmiŖtir. İlk 3 ayda östrojen alan grupta plaseboya göre hızlı bir ilerleme görölmüŖ. Bununla birlikte her iki grupta da EPDS'ında ortalama skorda artış belirlenmiŖ (16,32).

2.4.9.2. Psikoterapi:

BiliŖsel-davranıŖsal ve kiŖisel psikoterapinin PPD tedavisinde etkinliği kanıtlanmıŖtır. KarŖılıklı iletiŖim hem hasta hem partnerin mental sağlığını geliŖtirebilir. Ayrıca internet ağıyla kendi kendine yardım, destek ve değerlendirme grupları oluŖturulabilir (10).

PPD'nin psikolojik tedavisi ile ilgili birçok kontrollü alıŖma vardır. Holden ve arkadaşları (1989), danıŖmanlık yapılan bayanların maternal moodlarında rutin ilk bakım alan kontrol gruplarından daha fazla geliŖme gösterdiğini buldu (69). Benzer bir Ŗekilde İsvete ocuk sağlığı klinik hemŖireleri tarafından yapılan danıŖmanlıęın depresyonun remisyonunda faydası olduğu bulundu. Sonuç olarak ev bazlı, psikolojik müdahale formlarının son zamanlarda yapılan kontrollü 3 açık değerlendirmesi maternal moodu geliŖtirdięini buldu (19). Holden ve arkadaşları psikolojik tedavi alan kadınların

mood durumunda belirgin bir gelişme buldu. Benzer şekilde Cooper ve Murray, tedavi sonucunda maternal moodda ve anne-infant ilişkisinde gelişme olduğunu gösterdi. Psikolojik tedavinin bir kontrollü çalışmasında, müdahalenin tedaviden hem hemen sonra (4-5 haftalık postpartum dönem) ve hem de 18 aylık postpartum dönemde maternal raporlarında çocuk problemlerinin önemli bir gelişmesi ile ilişkilendirildiği bulundu. Buna ilave olarak tedaviyle önemli derecede ilişkilendirilen depresyonun erken remisyonu, 18 ay içinde güvensiz anne çocuk oranının azalmasıyla ilişkiliydi. Benzer faydalar sağlık visitor danışmanlık uygulaması çalışmasında rapor edilmiştir (19).

Bir çalışmada doğum yağımış 120 kadına interpersonal psikoterapi yapıldı. Terapinin etkinliği depresif semptomları rahatlatması ve psikososyal fonksiyonları düzeltmesiydi. Tedavi edilen kadınlar kontrol grubu ile karşılaştırıldığında psikoterapi ve fluoksatin alan grup düzelmeye acısında sadece fluoksatin alan gruptan daha iyi değildi (6,17).

2.4.9.3. Proflaktik Tedavi:

PPD hikayesi olan kadınlar sonraki gebeliğinde recurrent episod gelişimi için yüksek risk altındadırlar. Bir postpartum episodtan sonra rekürrens riski %25'dir (10). Herhangi bir depresyon episoddu olan kadınlar için doğumdan sonra önleyici terapinin mutlaka gerektiğine karar verildi. En azından postpartum yönetim rekürrensini monitorize edecek şekilde olmalı ve endikasyon olduğunda önleyici tedavi için bir plan yapılmalıdır (17). Bunlara aile planlaması önerilerek, depresyona katkıda bulunan diğer stresörler azaldığında gebeliğin planlanmasına yardımcı olunabilir (10). Ancak depresyonun diğer epizotları için erken tanı ve tedavisi başarılı bir terapi anahtarıdır.

Daha önce PPD öyküsü olan hastalara doğum sırasında antidepresan tedavi uygulanmaya başlanması konusunda sınırlı sayıda olumlu sonuç alınmışken aynı gruba yapılan randomize plasebo kontrollü çalışmada plasebo ile arasında fark bulunamamıştır. Proflaktik antidepresan tedavisinin recurrent PPD riskini azaldığı bulunmamıştır (10).

PPD proflaksisinde hormonal tedavide önerilmektedir. Bu konuda östrojen ve progesteron ile yapılan çalışmalar mevcuttur (6). Progesteron ve östrojen denenmiştir ve iyimser sonuçlar alınmıştır. Bununla birlikte PPD'nin potansiyel etyolojik faktörlerinin tedavisini amaçlayan çiftkör plasebo kontrollü Gregoire ve arkadaşlarının çalışmasında, 6 ay boyunca PPD'den etkilenen 61 hastaya rastgele hem transdermal östrojen hem de

plasebo kullanılmıştır. Östrojenle tedavi edilen grupta 1 ve 4. ayda sırasıyla %30, %20 oranda depresyon skorunda önemli ve hızlı bir düşüş görülmüştür. Farklı olarak plasebo uygulanan grupta sırasıyla %74 ve %69 oranında saptanmıştır. Bu çalışma PPD'nin tedavisinde ve anlaşılmasında önemli bir gelişme göstermiştir (9).

Koruyucu interpersonal psikoterapinin önceden episod geçirmiş kadınlarda, sonradan PPD olasılığını azaltmada etkili olduğu görüldü (6,10).

2.4.9.4. Konsültasyon veya klinisyen olan merkezlere referasyon kriterleri:

Kendini veya başkasını öldürme düşüncesi, psikotik semptomların varlığı, obsesyon varlığı veya bebeğinden kurtulmak gibi ciddi fonksiyon bozukluğu antidepresan tedaviye cevapta yetersizlik ve kötü madde kullanımınıdır (9).

3. MATERİYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, postpartum depresyonla ilişkili sosyodemografik özellikleri ve sitokinlerle olan ilişkisini belirlemek amacıyla prospektif bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde Ağustos 2002 ile Temmuz 2003 tarihleri arasında doğum yapan toplam 1009 anne ile görüşüldü. Postpartum 2-4.haftalar, 6-8.haftalar ve 10-12.haftalarda üç grup olarak anneler kontrole çağrıldı. 2-4.haftalarda (birinci grup) katılımcı sayısı 274, 6-8.haftalarda (ikinci grup) 126 ve 10-12.haftalarda (üçüncü grup) 76 idi. Ayrıca birinci gruptan 37 postpartum depresyonlu kadından ve 20 kontrol grubundan ve ikinci gruptan 30 postpartum depresyonlu ve 20 kontrol grubu olan kadından sitokinler için kan numunesi alındı.

3.4. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örnekleme, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde Ağustos 2002 ile Temmuz 2003 tarihleri arasında doğum yapan toplam 1009 anneden istenilen özelliklere sahip ve araştırmaya katılmayı kabul eden 476 anne ile rastgele oluşturulmuştur.

Örnekleme alınan annelerde preterm doğum yapmamış olması, komplikasyonlu gebeliği olmaması, doğum komplikasyonu olmaması ve canlı doğum yapmış olması koşulu aranmıştır. Annelerin, anne tanıtım formu ve EPDS ölçeğini kendi kendilerine doldurabilmeleri için okuma-yazma bilme koşulu aranmıştır. Ayrıca gereğinde ulaşılamayacağı için Gaziantep dışında oturan anneler örnekleme alınmamıştır.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırma için gerekli verilerin toplanması amacıyla iki form kullanılmıştır. Birinci form, örnekleme alınan annelerin sosyodemografik özelliklerini belirleyen anne tanıtım

Formu ve ikinci form ise annelerin depresyon riskini belirleyen Edinburgh Postpartum Depresyon Skalasıdır.

Araştırmacı (hekim) tarafından EPDS sonuçları değerlendirilerek, kesme puanı 12 ve üzerinde olanlar depresyon riski yüksek olarak belirlendi. Postpartum 2-4.haftalar arasında ve 6-8.haftalar arasında görüşmeye katılan annelerden sitokinler ve depresyon arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla kan numunesi alındı. Postpartum 2-4.haftalarda EPDS ≥ 12 olan 37 anneden (depresyonlu grup) ve EPDS ≤ 7 olan 20 anneden (kontrol grubu) 4 ml hormon tüpüne kan numunesi alındı. Yine postpartum 6-8.haftalarda EPDS ≥ 12 olan 30 anneden (depresyonlu grup) ve EPDS ≤ 7 olan 20 anneden (kontrol grubu) 4 ml düz tüpe kan numunesi alındı. 15 dakika beklenip pıhtılaşmasının ardından 4000rpm de 10 dk santrüfije edildi. Supernatan (serum) alınarak -60°C de çalışma gününe kadar saklandı. Çalışma günü kan numuneleri eritilerek 500 μl serumda Immulite One cihazında kemiluminisans yöntemle İL-2R, İL-8 ve TNF α çalışıldı. Annelerde herhangi bir sistemik hastalığın olmaması koşulu arandı.

3.6. Verileri Toplama Araçları

Anne Tanıtım Formu:

Araştırma kapsamına alınan annelerin, sosyodemografik özelliklerini tanımlamak amacıyla hazırlanmıştır (Ek1). Anketteki sorular araştırmacı hekim tarafından anneyi tanıtıcı ve postpartum depresyonla ilişkili olabilecek sosyodemografik özelliklerden oluşturulmuştur.

Edinburgh Postpartum Depresyon Skalası (EPDS):

Edinburgh Postpartum Depresyon Skalası 1987'de Cox ve arkadaşları 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 noktası 12/13 alındığında duyarlılık 0.85, özgüllüğü 0.77, pozitif prediktif değeri 0.83, negatif prediktif değeri 0.78 bulunmuştur. Ölçek postpartum depresyon riskini belirlemeye yönelik, tarama amaçlı bir ölçek olarak hazırlanmış olup depresyon tanısı koymaya yönelik değildir (22).

Edinburgh Postpartum Depresyon Skalası Murray, Lee, Harris ve arkadaşları tarafından başka ölçeklerle karşılaştırmalı olarak kullanılmış, doğum sonrası dönemde annelerde depresyonu değerlendirme yönünden yeterli bulunmuştur (24,25,26).

Tablo 2. Anne Yaşı ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişki

Yaş Grubu	N	Ortalama	Standart sapma	p
1 (20 ve altı)	50	1,26	,443	,743
2 (20-25)	132	1,27	,447	
3 (25-30)	173	1,21	,411	
4 (30-35)	70	1,21	,413	
5 (35 ve üstü)	34	1,21	,410	
Toplam	459	1,24	,425	

Postpartum depresyon sıklığı Tablo 3’de gösterilmektedir. EPDS kesme noktası 12 olarak alındı ve EPDS ≥ 12 olan anneler, postpartum depresyon yönünden riskli olarak değerlendirildi. Tablo 3’de görüldüğü şekilde birinci grup incelendiğinde, toplam 274 postpartum kadından 73’ünde (%26.6), ikinci grupta toplam 126 postpartum kadından 25’inde (%19.8) ve üçüncü grupta toplam 76 postpartum kadından 12’sinde (%15.8) postpartum depresyon saptandı.

Tablo 3. Postpartum Depresyon Sıklığı

Doğum Zamanı	Depresyon Durumu	Sıklık	%
2-4.Hafta	Depresyonsuz	201	73,4
	Depresyonlu	73	26,6
	Toplam	274	100,0
6-8.Hafta	Depresyonsuz	101	80,2
	Depresyonlu	25	19,8
	Toplam	126	100,0
10-12.Hafta	Depresyonsuz	64	84,2
	Depresyonlu	12	15,8
	Toplam	76	100,0

EPDS puan dağılımı Tablo 4’de gösterilmiştir. EPDS puan ortalaması tüm gruplar için $7,82 \pm 4,995$ ’dir. Birinci grup için $8,46 \pm 5,194$, ikinci grup için $7,20 \pm 4,552$ ve üçüncü grup için $6,53 \pm 4,632$ olarak bulunmuştur.

Tablo 4. EPDS Puan Dağılımı

2-4.Haftada Doğum Yapanlar			6-8.Haftada Doğum Yapanlar			10-12.Haftada Doğum Yapanlar		
EPDS Değeri	Sıklık	%	EPDS Değeri	Sıklık	%	EPDS Değeri	Sıklık	%
0	7	2,6	0	10	7,9	0	8	10,5
1	8	2,9	1	2	1,6	1	4	5,3
2	15	5,5	2	7	5,6	2	6	7,9
3	16	5,8	3	11	8,7	3	3	3,9
4	20	7,3	4	10	7,9	4	7	9,2
5	17	6,2	5	7	5,6	5	8	10,5
6	27	9,9	6	11	8,7	6	3	3,9
7	20	7,3	7	8	6,3	7	6	7,9
8	30	10,9	8	12	9,5	8	8	10,5
9	16	5,8	9	14	11,1	9	5	6,6
10	13	4,7	10	9	7,1	10	4	5,3
11	12	4,4	12	8	6,3	11	2	2,6
12	21	7,7	13	9	7,1	12	2	2,6
13	9	3,3	14	1	,8	13	3	3,9
14	4	1,5	15	1	,8	14	3	3,9
15	12	4,4	16	3	2,4	15	2	2,6
16	7	2,6	17	2	1,6	18	1	1,3
17	3	1,1	25	1	,8	19	1	1,3
18	6	2,2						
20	5	1,8						
22	3	1,1						
25	1	,4						
26	1	,4						
27	1	,4						
Toplam	274	100,0	Toplam	126	100,0	Toplam	76	100,0

Tablo 5’de gebelik sayısı ile postpartum depresyon arasındaki ilişki görülmektedir. Tüm gruplar incelendiğinde, gebelik sayısı ile postpartum depresyon arasında istatistiksel bir anlamlılık görülmedi ($p_1=,710$, $p_2=,418$ ve $p_3=,389$, $p>0,05$).

Tablo 5. Gebelik Sayısı ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişki

Doğum Zamanı	Gebelik sayısı	n	Ortalama	Standart Sapma	p
2-4.Hafta	1-2	172	1,27	,444	,710
	3-4	77	1,26	,441	
	5-+	20	1,35	,489	
	Toplam	269	1,27	,445	
6-8.Hafta	1-2	69	1,16	,369	,418
	3-4	36	1,22	,422	
	5-+	13	1,31	,480	
	Toplam	118	1,19	,398	
10-12.Hafta	1-2	43	1,12	,324	,389
	3-4	23	1,22	,422	
	5-+	7	1,29	,488	
	Toplam	73	1,16	,373	

Tablo 6’da görüldüğü şekilde tüm gruplar incelendiğinde, doğum sayısı ile postpartum depresyon arasında istatistiksel bir anlamlılık saptanmadı ($p_1=,625$, $p_2=,547$ ve $p_3=,335$, $p>0,05$).

Tablo 6. Doğum Sayısı ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişki

Doğum Zamanı	Doğum Sayısı	n	Ortalama	Standart Sapma	p
2-4.Hafta	1-2	191	1,26	,441	,625
	3-4	68	1,28	,452	
	5-+	10	1,40	,516	
	Toplam	269	1,27	,445	
6-8.Hafta	1-2	83	1,17	,377	,547
	3-4	27	1,26	,447	
	5-+	8	1,25	,463	
	Toplam	118	1,19	,398	
10-12.Hafta	1-2	52	1,15	0,364	,335
	3-4	16	1,13	,342	
	5-+	5	1,40	,548	
	Toplam	73	1,16	,373	

Yaşayan çocuk sayısı ile postpartum depresyon arasındaki ilişki Tablo 7’de görüldüğü gibi tüm gruplar incelendiğinde, çocuk sayısı ile postpartum depresyon arasında istatistiksel bir anlamlılık saptanmadı ($p_1=,141$, $p_2=,434$ ve $p_3=,610$, $p>0,05$).

Tablo 7. Yaşayan Çocuk Sayısı ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişki

Doğum Zamanı	Çocuk Sayısı	n	Ortalama	Standart Sapma	p
2-4.Hafta	1-2	199	1,24	,429	,141
	3-4	62	1,34	,477	
	5-+	6	1,50	,548	
	Toplam	267	1,27	,445	
6-8.Hafta	1-2	84	1,17	,375	,434
	3-4	28	1,25	,441	
	5-+	6	1,33	,516	
	Toplam	118	1,19	,398	
10-12.Hafta	1-2	52	1,17	,382	,610
	3-4	18	1,11	,323	
	5-+	3	1,33	,577	
	Toplam	73	1,16	,373	

Göç durumu ile postpartum depresyon arasındaki ilişki Tablo 8’de görüldüğü üzere tüm gruplar incelendiğinde, göç durumu ile postpartum depresyon arasında istatistiksel bir anlamlılık gözlenmedi ($p_1=,543$, $p_2=,799$ ve $p_3=,819$, $p>0,05$).

Tablo 8. Göç Durumu ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişki

Doğum Zamanı	Göç ettiniz mi?	n	Ortalama	Standart Sapma	P
2-4. hafta	evet	105	1,26	,439	,543
	hayır	168	1,27	,447	
6-8. hafta	evet	47	1,21	,414	,799
	hayır	69	1,20	,405	
10-12. hafta	evet	24	1,17	,381	,819
	hayır	45	1,18	,387	

Yaşanılan yer ile postpartum depresyon arasındaki ilişki Tablo 9’de görülmektedir. Tüm gruplar incelendiğinde, yaşanılan yer ile postpartum depresyon arasında istatistiksel bir anlamlılık saptanmadı ($p_1=,056$, $p_2=,171$ ve $p_3=,323$, $p>0,05$).

Tablo 9. Yaşanılan Yer ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişki

Doğum Zamanı	Yaşanılan Yer	n	Ortalama	Standart Sapma	P
2-4.hafta	Kent merkez	234	1,26	,442	,056
	Gece kondu	16	1,50	,516	
	Kırsal alan	20	1,15	,366	
	Toplam	270	1,27	,445	
6-8.Hafta	Kent merkez	98	1,17	,381	,171
	Gece kondu	10	1,40	,516	
	Kırsal alan	6	1,33	,516	
	Toplam	114	1,20	,403	
10-12.Hafta	Kent merkez	63	1,16	,368	,323
	Gece kondu	5	1,40	,548	
	Kırsal alan	2	1,00	,000	
	Toplam	70	1,17	,380	

Tablo 10’da görüldüğü şekilde tüm gruplar incelendiğinde, annenin psikiatrik hastalık öyküsü ile postpartum depresyon arasında istatistiksel bir anlamlılık saptanmadı ($p_1=,186$, $p_2=,564$ ve $p_3=,202$, $p>0,05$).

Tablo 10. Annenin Psikiatrik Hastalık Öyküsü ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişki

Doğum Zamanı	Psikiatrik Hastalık Öyküsü	n	Ortalama	Standart Sapma	p
2-4.Hafta	evet	6	1,50	,548	,186
	hayır	264	1,26	,440	
6-8.Hafta	evet	4	1,75	,500	,564
	hayır	113	1,19	,391	
10-12.Hafta	evet	3	1,67	,577	,202
	hayır	67	1,15	,359	

Tablo 11’de görüldüğü şekilde tüm gruplar incelendiğinde, daha önceki gebelik sırasında veya doğum sonrasında psikiatrik hastalık öyküsü ile postpartum depresyon arasında istatistiksel bir anlamlılık sadece ikinci grupta saptandı ($p_2=,021$, $p<0,05$). Birinci ve üçüncü grupta ise istatistiksel anlamlılık saptanmadı ($p_1=,275$ ve $p_3=,211$, $p>0,05$).

Tablo 11. Daha Önceki Gebelik Sırasında veya Doğum Sonrasında Psikiatrik Hastalık Öyküsü ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişki

Doğum Zamanı	Gebelik sırasında veya Doğum sonrası Psikiatrik Hastalık Öyküsü	n	Ortalama	Standart Sapma	p
2-4.Hafta	evet	8	1,38	,518	,275
	hayır	259	1,26	,441	
6-8.Hafta	evet	4	2,00	,000	,021
	hayır	113	1,18	,383	
10-12.Hafta	evet	2	1,50	,707	,211
	hayır	67	1,16	,373	

Tablo 12’de gösterildiği üzere gruplar incelendiğinde, 11 yaşından önce anne yada babadan bir aydan uzun süre ayrı kalması ile postpartum depresyon arasında istatistiksel bir anlamlılık saptanmadı ($p_1=,066$, $p_2=,583$ ve $p_3=,163$, $p>0,05$).

Tablo 12. 11 Yaşından Önce Anne yada Babadan Bir Aydan Uzun Süre Ayrı Kalma ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişki

Doğum Zamanı	11 Yaşından Önce Aileden ayrı yaşama	n	Ortalama	Standart Sapma	p
2-4.Hafta	evet	42	1,21	,415	,066
	hayır	231	1,28	,449	
6-8.Hafta	evet	22	1,23	,429	,583
	hayır	95	1,20	,402	
10-12.Hafta	evet	10	1,10	,316	,163
	hayır	60	1,18	,390	

Tablo 13’de görüldüğü şekilde tüm gruplar incelendiğinde, eşin psikiatrik hastalık durumu ile postpartum depresyon arasında sadece birinci grupta istatistiksel bir anlamlılık saptandı ($p=,001$, $p<0,05$). İkinci ve üçüncü gruplarda istatistiksel bir anlamlılık saptanmadı ($p_2=,295$, ve $p_3=,211$, $p>0,05$).

Tablo 13. Eşin Psikiyatrik Hastalık Durumu ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişki

Doğum Zamanı	Eşinizde Psikiyatrik hastalık var mı?	n	Ortalama	Standart Sapma	p
2-4.Hafta	Evet	3	1,00	,000	,001
	Hayır	268	1,27	,446	
6-8.Hafta	Evet	2	1,50	,707	,295
	Hayır	115	1,20	,402	
10-12.Hafta	Evet	2	1,50	,707	,211
	Hayır	67	1,16	,373	

Eşle ilişki ile postpartum depresyon arasındaki ilişkinin gösterildiği Tablo14'de tüm gruplar incelendiğinde, eş ile ilişki durumu ile postpartum depresyon arasında birinci ve ikinci grupta istatistiksel bir anlamlılık saptandı ($p_1=,000$ ve $p_2=,008$, $p<0,05$). Üçüncü grupta ise istatistiksel bir anlamlılık saptanmadı ($p_3=,143$, $p>0,05$).

Tablo 14. Eşle İlişki ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişki

Doğum zamanı	İlişki	n	Ortalama	Standart Sapma	P
2-4.Hafta	Çok iyi	162	1,17	,374	,000
	İyi	97	1,38	,488	
	Orta	12	1,50	,522	
	Kötü	3	2,00	,000	
	Toplam	274	1,27	,443	
6-8.Hafta	Çok iyi	67	1,10	,308	,008
	İyi	45	1,36	,484	
	Orta	3	1,00	,000	
	Kötü	3	1,33	,577	
	Toplam	118	1,20	,404	
10-12.Hafta	Çok iyi	39	1,10	,307	,143
	İyi	29	1,28	,455	
	Orta	2	1,00	,000	
	Kötü				
	Toplam	70	1,17	,380	

Anneyle ilişki ile postpartum depresyon arasındaki ilişki Tablo 15'te görüldüğü gibi tüm gruplar incelendiğinde, anneyle ilişki ile postpartum depresyon arasında sadece birinci grupta istatistiksel bir anlamlılık saptandı ($p_1=,049$, $p<0,05$). İkinci ve üçüncü gruplarda istatistiksel anlamlılık saptanmadı ($p_2=,860$ ve $p_3=,518$, $p<0,05$).

Tablo 15. Anneyle İlişki ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişki

Doğum Zamanı	İlişki	n	Ortalama	Standart Sapma	p
2-4.Hafta	Çok iyi	175	1,22	,417	,049
	iyi	83	1,36	,483	
	orta	6	1,00	,000	
	Kötü	3	1,33	,577	
	Ölü				
	Toplam	267	1,26	,441	
6-8.Hafta	Çok iyi	76	1,21	,410	,860
	iyi	34	1,21	,410	
	orta	2	1,00	,000	
	Kötü	2	1,00	,000	
	Ölü	3	1,33	,577	
	Toplam	117	1,21	,406	
10-12.Hafta	Çok iyi	39	1,13	,339	,518
	iyi	28	1,25	,441	
	orta	1	1,00		
	Kötü	2	1,00	,000	
	Ölü				
	Toplam	70	1,17	,380	

Baba ile ilişki durumu ile postpartum depresyon arasındaki ilişki Tablo 16'da gösterilmektedir. Tüm gruplar incelendiğinde, baba ile ilişki durumu ile postpartum depresyon arasında istatistiksel bir anlamlılık saptanmamıştır ($p_1=,133$, $p_2=,772$ ve $p_3=,511$, $p>0,05$).

Tablo 16. Baba ile İlişki Durumu ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişki

Doğum Zamanı	İlişki	n	Ortalama	Standart Sapma	p
2-4.Hafta	Çok iyi	144	1,21	,408	,133
	iyi	86	1,36	,483	
	orta	15	1,33	,488	
	Kötü	5	1,20	,447	
	Ölü	10	1,20	,422	
	Toplam	260	1,27	,442	
6-8.Hafta	Çok iyi	57	1,23	,423	,772
	iyi	35	1,17	,382	
	orta	9	1,11	,333	
	Kötü	8	1,13	,354	
	Ölü	6	1,33	,516	
	Toplam	115	1,20	,402	
10-12.Hafta	Çok iyi	34	1,18	,387	,511
	iyi	28	1,14	,356	
	orta	2	1,00	,000	
	Kötü	5	1,40	,548	
	Ölü				
	Toplam	69	1,17	,382	

Kayınvalide ile ilişki durumu ile postpartum depresyon arasındaki ilişki Tablo 17’de gösterilmektedir. Tüm gruplar incelendiğinde, kayınvalide ile ilişki durumu ile postpartum depresyon arasında sadece birinci grupta istatistiksel bir anlamlılık saptandı ($p=,000$, $p<0,05$). İkinci ve üçüncü gruplarda istatistiksel bir anlamlılık saptanmadı ($p_2=,808$, ve $p_3=,060$, $p>0,05$).

Tablo 17. Kayınvalide ile İlişki Durumu ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişki

Doğum Zamanı	İlişki	n	Ortalama	Standart Sapma	p
2-4.Hafta	Çok iyi	105	1,14	,352	,000
	iyi	112	1,28	,449	
	orta	33	1,55	,506	
	Kötü	12	1,50	,522	
	Ölü	4	1,50	,577	
	Toplam	266	1,27	,445	
6-8.Hafta	Çok iyi	32	1,16	,369	,808
	iyi	60	1,20	,403	
	orta	17	1,24	,437	
	Kötü	5	1,20	,447	
	Ölü	2	1,50	,707	
	Toplam	116	1,20	,400	
10-12.Hafta	Çok iyi	20	1,05	,224	,060
	iyi	30	1,17	,379	
	orta	12	1,25	,452	
	Kötü	3	1,67	,577	
	Ölü	2	1,50	,707	
	Toplam	67	1,18	,386	

Tablo 18’de görüldüğü şekilde tüm gruplar incelendiğinde, kayınpeder ile ilişki durumu ile postpartum depresyon arasında sadece birinci grupta istatistiksel bir anlamlılık saptandı ($p=,005$, $p<0,05$). İkinci ve üçüncü gruplarda istatistiksel bir anlamlılık saptanmadı ($p_2=,960$, ve $p_3=,525$, $p>0,05$).

Tablo 18. Kayınpeder ile İlişli Durumu ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişki

Doğum Zamanı	İlişki	n	Ortalama	Standart Sapma	P
2-4.Hafta	Çok iyi	104	1,15	,363	,005
	iyi	104	1,37	,484	
	orta	21	1,38	,498	
	Kötü	3	1,00	,000	
	Ölü	15	1,33	,488	
	Toplam	247	1,27	,446	
6-8.Hafta	Çok iyi	39	1,18	,389	,960
	iyi	53	1,21	,409	
	orta	9	1,22	,441	
	Kötü	1	1,00	.	
	Ölü	8	1,13	,354	
	Toplam	110	1,19	,395	
10-12.Hafta	Çok iyi	18	1,06	,236	,525
	iyi	39	1,21	,409	
	orta	5	1,20	,447	
	Kötü	1	1,00	.	
	Ölü	6	1,33	,516	
	Toplam	69	1,17	,382	

Tablo 19’de görüldüğü şekilde tüm gruplar incelendiğinde, bebeğin sağlık durumu ile postpartum depresyon arasında sadece birinci grupta istatistiksel bir anlamlılık saptandı ($p=,000$, $p<0,05$). İkinci ve üçüncü gruplarda istatistiksel bir anlamlılık saptanmadı ($p_2=,164$, ve $p_3=,119$, $p>0,05$).

Tablo 19. Bebeğin Sağlık Durumu ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişki

Doğum Zamanı	İlişki	n	Ortalama	Standart Sapma	P
2-4.Hafta	Çok iyi	83	1,13	,341	,000
	iyi	162	1,29	,455	
	orta	20	1,55	,510	
	Kötü	2	2,00	,000	
	Toplam	270	1,27	,445	
6-8.Hafta	Çok iyi	31	1,16	,374	,164
	iyi	74	1,19	,394	
	orta	7	1,57	,535	
	Kötü	4	1,25	,500	
	Toplam	117	1,21	,406	
10-12.Hafta	Çok iyi	28	1,11	,315	,119
	iyi	37	1,19	,397	
	orta	4	1,25	,500	
	Kötü	1	2,00		
	Toplam	70	1,17	,380	

Aile tipi ile postpartum depresyon arasındaki ilişki Tablo 20’de gösterilmiştir. Tüm gruplar incelendiğinde, aile tipi ile postpartum depresyon arasında birinci ve ikinci grupta istatistiksel bir anlamlılık saptandı ($p_1=,021$ ve $p_2=,003$, $p<0,05$). Üçüncü grupta ise istatistiksel bir anlamlılık saptanmadı ($p_3=,093$, $p>0,05$).

Tablo 20. Aile Tipi İle Postpartum Depresyon Arasındaki İlişki

Doğum Zamanı	Aile Tipiniz nasıl	n	Ortalama	Standart Sapma	p
2-4.Hafta	Geniş	201	1,25	,433	,021
	Çekirdek	67	1,33	,473	
6-8.Hafta	Geniş	88	1,17	,378	,003
	Çekirdek	28	1,32	,476	
10-12.Hafta	Geniş	59	1,15	,363	,093
	Çekirdek	11	1,27	,467	

Tablo 21’de görüldüğü gibi tüm gruplar incelendiğinde, gelir düzeyi ile postpartum depresyon arasında sadece birinci grupta istatistiksel bir anlamlılık saptandı ($p_1=,007$, $p<0,05$). İkinci ve üçüncü grupta istatistiksel anlamlılık saptanmadı ($p_2=,182$ ve $p_3=,285$, $p>0,05$).

Tablo 21. Gelir Düzeyi ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişki

Doğum Zamanı	Seviye	n	Ortalama	Standart Sapma	p
2-4.Hafta	Üst	13	1,23	,439	,007
	Orta	252	1,25	,436	
	Düşük	8	1,75	,463	
	Toplam	273	1,27	,443	
6-8.Hafta	Üst	5	1,00	,000	,182
	Orta	109	1,20	,403	
	Düşük	4	1,50	,577	
	Toplam	118	1,20	,404	
10-12.Hafta	Üst	3	1,33	,577	,285
	Orta	64	1,14	,350	
	Düşük	2	1,50	,707	
	Toplam	69	1,16	,369	

Eğitim durumu ile postpartum depresyon arasındaki ilişki Tablo 22’de görüldüğü gibi tüm gruplar incelendiğinde, eğitim durumu ile postpartum depresyon arasında istatistiksel bir anlamlılık saptanmadı ($p_1=,269$, $p_2=,218$ ve $p_3=,365$, $p>0,05$).

Tablo 22. Eğitim Durumu ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişki

Doğum Zamanı	Eğitim Durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	p
2-4.Hafta	Eğitimsiz	6	1,17	,408	,269
	İlköğretim	125	1,31	,465	
	Lise	82	1,27	,446	
	Yüksek okul	61	1,18	,388	
	Toplam	274	1,27	,443	
6-8.Hafta	Eğitimsiz	4	1,25	,500	,218
	İlköğretim	56	1,27	,447	
	Lise	38	1,18	,393	
	Yüksek okul	20	1,05	,224	
	Toplam	118	1,20	,404	
10-12.Hafta	Eğitimsiz	2	1,50	,707	,365
	İlköğretim	31	1,23	,425	
	Lise	21	1,10	,301	
	Yüksek okul	16	1,13	,342	
	Toplam	70	1,17	,380	

Tablo 23’de görüldüğü şekilde tüm gruplar incelendiğinde, doğum şekli ile postpartum depresyon arasında sadece üçüncü grupta istatistiksel bir anlamlılık saptandı ($p=,011$, $p<0,05$). Birinci ve ikinci grupta istatistiksel anlamlılık saptanmadı ($p1=,141$ ve $p2=,866$, $p>0,05$).

Tablo 23. Doğum Şekli ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişki

Doğum Zamanı	Doğum Şekli	n	Ortalama	Standart Sapma	P
2-4.Hafta	Normal Doğum	134	1,25	,432	,141
	Sezeryan	140	1,29	,453	
6-8.Hafta	Normal Doğum	63	1,21	,408	,866
	Sezeryan	55	1,20	,404	
10-12.Hafta	Normal Doğum	35	1,11	,323	,011
	Sezeryan	35	1,23	,426	

Tablo 24’te görüldüğü şekilde tüm gruplar incelendiğinde, doğum ile kötü öykü dinleme yada yaşama ile postpartum depresyon arasında sadece birinci grupta istatistiksel bir anlamlılık saptandı ($p1=,000$, $p<0,05$). İkinci ve üçüncü gruplarda istatistiksel bir anlamlılık saptanmadı ($p2=,115$, ve $p3=,857$, $p>0,05$).

Tablo 24. Doğum ile Kötü Öykü Dinleme yada Yaşama ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişki

Doğum Zamanı	Doğum ile Kötü öykü Dinleme	n	Ortalama	Standart Sapma	P
2-4.Hafta	evet	127	1,33	,472	,000
	hayır	145	1,21	,411	
6-8.Hafta	evet	50	1,24	,431	,115
	hayır	67	1,18	,386	
10-12.Hafta	evet	30	1,17	,379	,857
	hayır	40	1,18	,385	

Tablo 25’te görüldüğü şekilde tüm gruplar incelendiğinde, gebeliğin planlanması ile postpartum depresyon arasında sadece birinci grupta istatistiksel bir anlamlılık saptandı ($p1=,000$, $p<0,05$). İkinci ve üçüncü gruplarda istatistiksel bir anlamlılık saptanmadı ($p2=,568$, ve $p3=,551$, $p>0,05$).

Tablo 25. Gebeliğin Planlanması ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişki

Doğum Zamanı	Gebeliğiniz planlı mı?	n	Ortalama	Standart Sapma	P
2-4.Hafta	evet	173	1,22	,415	,000
	hayır	101	1,35	,478	
6-8.Hafta	evet	67	1,19	,398	,568
	hayır	51	1,22	,415	
10-12.Hafta	evet	44	1,18	,390	,551
	hayır	26	1,15	,368	

Postpartum 2-4. haftalarda postpartum depresyon ile sitokinler arasındaki ilişki Tablo 26'da gösterilmektedir. postpartum 2-4. haftalarda, postpartum depresyonla IL-2R, IL-8 ve TNF α arasında istatistiksel bir anlamlılık saptanmadı ($p_1=,050$, $p_2=,069$ ve $p_3=,229$, $p>0,05$).

Tablo 26. Postpartum 2-4. Haftalarda Postpartum Depresyon ile Sitokinler Arasındaki İlişki

Sitokinler	Depresyon Durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	P
IL 2R	Depresyonlu grup	37	578,05	156,290	,050
	Depresyonsuz grup	20	647,65	232,569	
IL 8	Depresyonlu grup	36	14,053	13,9162	,069
	Depresyonsuz grup	20	8,120	2,5753	
TNF α	Depresyonlu grup	30	10,927	7,5240	,229
	Depresyonsuz grup	5	6,220	2,0438	

Postpartum 6-8. haftalarda postpartum depresyon ile sitokinler arasındaki ilişki Tablo 27'de gösterilmektedir. postpartum 6-8. haftalarda, postpartum depresyonla IL-8 ve TNF α arasında istatistiksel bir anlamlılık saptandı ($p_2=,025$ ve $p_3=,000$, $p<0,05$). IL-2R ile postpartum depresyon arasında istatistiksel bir anlamlılık saptanmadı ($p_1=,433$, $p>0,05$).

Tablo 27. Postpartum 6-8. Haftalarda Postpartum Depresyon ile Sitokinler Arasındaki İlişki

Sitokinler	Depresyon Durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	p
IL 2R	Depresyonlu grup	29	503,69	168,702	,433
	Depresyonsuz grup	19	463,79	137,335	
IL 8	Depresyonlu grup	19	8,968	3,7384	,025
	Depresyonsuz grup	8	13,563	13,5887	
TNF α	Depresyonlu grup	28	8,761	8,9141	,000
	Depresyonsuz grup	20	3,070	,3130	

5. TARTIŞMA

Annelerin EPDS Puan Değerlendirmeleri;

Araştırmamızda postpartum kadınların EPDS puan düzeyleri değerlendirildiğinde birinci grupta %26.6, ikinci grupta %19.8 ve üçüncü grupta %15.8'inin 12 ve üzeri puan aldıkları görülmüştür. EPDS'nin kesme noktası 12 olarak alınmıştır. 12 ve üzeri puan alan anneler, postpartum depresyon için risk grubu olarak kabul edilmektedir.

Amerikan Psikiyatri Birliğinin verilerine göre, postpartum dışındaki depresyon için yaşam boyu yaygınlık oranı kadınlarda %26, erkeklerde %12 olarak bildirilmektedir (70). Bu verilere göre bizim araştırmamızda elde ettiğimiz postpartum depresyon oranına bağlı olarak (1.grup %26.6, 2.grup %19.8 ve 3.grup %15.8) postpartum dönemin depresyon yönünden koruyucu olduğu düşünülebilir. Ancak ölkemizde yapılan bir çalışmada depresyon için nokta yaygınlık hızının yaklaşık %10 dolayında olduğu belirtilmektedir. Bu durumda ise postpartum dönemin depresyon açısından riskli bir dönem olduğu düşünülebilir.

Engindeniz'in ölkemizde yaptığı çalışmada, 13 ve üzeri puan alan annelerin oranı %25'dir (23). Bu bizim çalışmamızdaki bulgularla benzerdir. Büyükkoca'nın yaptığı araştırmada, EPDS kesme noktası 13 alındığında anneleri %36.3'ünün PPD için risk taşıdığı görölür (14). Danacı ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada Manisa İl Merkezinde EPDS'ye göre PPD oranı kesme puanı 12 olarak alındığında, %19.8, 13 olarak alındığında %14 olarak saptanmıştır (76).

Yapılan pek çok çalışmada PPD prevalansı %10-15 olarak tespit edilmiştir (22,26,71,74,90). Dubai'de 95 vaka üzerinde yapılan bir çalışmada prevalans, EPDS'ye göre %18 olarak bulunmuştur (91). İsrail'de yapılan 280 kişilik örneklemden oluşan çalışma grubunda prevalans değeri %22.6 bulunmuştur (92). İsveç'te 1584 kadın üzerinde EPDS kullanılarak 8 ve 12. haftalarda yapılan ölçümler sonucunda 8 haftalık prevalans %12.5; 12 haftalık prevalans %8.3 saptanmıştır. 8. haftadan 12. haftaya süre prevalansı %4.5 bulunmuştur (93). Santiago'da farklı sosyoekonomik düzeye sahip kadınlardan oluşan bir örnekleme prevalans araştırılmış, %36.7 gibi yüksek bir değer

bulunmuştur (94). Kanada'da 730 kişilik bir örneklem grubu üzerinde yapılan çalışmada prevalans değeri %10.3 olarak bulunmuştur (95). Sidney'de 149 kadından oluşan örneklemde 1., 3. ve 6. aylarda yapılan prevalans araştırmasında EPDS kullanılmış, 1. ayda %11.3; 3. ayda %9.4 ve 6. ayda %5.4 bulunmuştur (96). Pisttburg'da 1033 vakadan oluşan örneklemde PPD prevalansı %9.3 bulunmuştur (97). İngiltere'de doğum yapan 98 Japon kadından oluşan bir örneklemde prevalans değeri %12 olarak gözlenmiştir (98). Portekiz'de bir kent merkezinde 352 anneden oluşan bir örneklemde EPDS kullanılmış, kesme noktası 13 alındığında, prevalans % 13.1 olarak saptanmıştır (99). Yurt dışında EPDS kullanılarak yapılan çalışmalarda 13 ve üzeri puan alan annelerin oranı; Harris ve arkadaşlarının araştırmasında; 147 postpartum 6 haftalık annelerde %15 (26), Cooper ve Murray'ın çalışmasında; 674 postpartum 6 haftalık annelerde %9 (71), Lane ve arkadaşlarının araştırmasında; 370 postpartum 6 haftalık annelerde %11 (72) olarak bulunmuştur.

Dikkat çekici olan depresyon prevalansının İsrail ve Suudi Arabistan gibi Orta Doğu ülkelerinde, Avrupa ve Amerika ülkelerine göre daha yüksek oranlarda bulunmasıdır (76). Ülkemizde yapılan ilk prevalans çalışmasında saptanan rakamlar ise batı ve orta doğu ülkelerinin arasında bir yerdedir. Bu da Türkiye'nin kültürel yapısının bu iki grup ülke arasında bir özelliğe sahip olmasına bağlı olabilir.

Yaş:

Araştırmamızda, anne yaşı ile postpartum depresyon arasında istatistiksel olarak bir anlamlılık yoktur. Bizim bulgularımıza benzer şekilde, Büyükkoca'nın araştırmasında elde edilen bulgulara göre yapılan istatistiksel analizde, yaş grupları arasında PPD ile anlamlı ilişki bulunamamıştır (14). Engindeniz'in çalışmasında da annelerin yaşlar ve depresyon puanları arasında yapılan korelasyon analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (23). Aderibigbe ve arkadaşlarının yaş ortalaması 28.9 ± 4.74 olan 277 postpartum 6 haftalık annelerde yaptığı çalışmada, depresyon puanı ve yaş arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (73).

Literatürde anne yaşı ve depresyon puanı arasındaki ilişki anlamsız olmakla birlikte, Kumar ve Rabson'un yaş ortalaması 28 olan 119 anne ile yaptığı postpartum 1 yıllık izlem çalışmasında 30 yaş ve üstü annelerde depresyon puanı anlamlı olarak artış göstermiştir (74). Çalışmada yaş grupları arasında depresyon

açısından fark bulunmamakla birlikte, literatürde yer alan farklı bulgulara bağlı olarak anne yaşının postpartum depresyon için olası bir risk faktörü olup olmayacağını yorumlamak oldukça güçtür.

Gebelik Sayısı, Doğum Sayısı ve Yaşayan Çocuk Sayısı:

Araştırmamızda gebelik sayısı, doğum sayısı ve yaşayan çocuk sayısı ile postpartum depresyon arasında her üç grup için de istatistiksel bir anlamlılık yoktur ($p>0,05$). Ülkemizde Büyükkoca'nın yaptığı araştırmada, ilk çocuğu olan anneler (primipar) ile iki ve daha fazla sayıda çocuğu olan (multipar) annelerin depresyon puanları benzerdir. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır (14). Engindeniz'in çalışmasında primipar ve multipar annelerin depresyon puanları arasında anlamlı fark bulunamamıştır (23). Cebeci ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, evdeki çocuk sayısı ile PPD ilişkisi karşılaştırıldığında, iki grup arasında istatistiksel fark bulunmamıştır (75).

Aderibigbe ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada 68 primipar ve 94 multipar anne arasında, depresyon puanları açısından fark bulunamamıştır (73). Bu bulgulardan farklı olarak Kumar ve Rabson'un çalışmasında postpartum 1. yılda 38 primipar annenin %10'unda, 39 multipar annenin %23'ünde postpartum depresyon saptanmıştır (74). Portekiz'de yapılan bir çalışmada çocuk sayısının fazla olması, yüksek depresyon puanlarına yol açan bir etmen olarak gözlenmiştir (99). Buna benzer şekilde ülkemizde Danacı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaşayan çocuk sayısının fazla olması, depresyon puanının yükselmesine neden olan önemli bir etmen olarak belirlenmiştir. Bu verilere göre sık doğum yapan annelerin yaşadığı biyolojik ve ruhsal değişimlerin bu durumdan sorumlu olabileceği akla gelmektedir (76).

Primipar anneler kendini kanıtlama çabası ve tecrübesizliğin verdiği korku nedeniyle yoğun duygusal zorlanmalar yaşayabilirler. Kendilerini, çocuk bakımı konusunda bilgi azlığına ve tecrübesizliğe bağlı olarak yetersiz hissedebilirler. Bu durum annenin çocuk bakım stresini arttırabilir. Multipar annelerin ise, çocuk sayısının artmasına bağlı olarak çocuk bakım sorumluluğunu taşımada zorluklar yaşayabileceği düşünülebilir. Önceki çocuk / çocukların yaşının küçük olması, anne bakımına hala gereksinim duyuyor olmaları annenin çocuk bakım stresini arttırmada etkili olabilir. Literatürde yer alan farklı bulgulara bağlı olarak; annenin depresyon düzeyine, çocuk sayısından çok çocuk bakım stresinin etkili olduğu düşünülebilir.

Göç Etme ve Yaşanılan Yer:

Araştırmamızda göç etme ve yaşanılan yer ile PPD arasında her üç grupta da istatistiksel bir anlamlılık yoktur ($p>0,05$). Danacı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, gecekondu bölgelerinde yaşayan kadınların EPDS puanlarının, kent merkezinde yaşayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu gözlenmiştir ve gecekonduya yaşama PPD açısından yaklaşık 3 kat risk taşımaktadır (76). Türkiye’de doğu bölgelerinden batıya doğru yönelen bir göç söz konusudur ve göç eden kesim sıklıkla kentin gecekondu kesimlerine yerleşmektedir. Hem yaşamaya alışık olduğu yerden ayrılmak hem de sosyokültürel açıdan farklı bir ortamda yaşamak zorunda kalmanın annelerde PPD prevalansını arttırması olasıdır.

Değişik ülkelerde bu konuyla ilgili yapılan araştırmalar, farklı sonuçlar vermiştir. Portekiz’de bir kent merkezinde yapılan çalışmada, düşük sosyoekonomik düzeye sahip bölgelerde PPD yüksek bulunmuşken (99), Santiago’da yapılan bir çalışmada ise sosyoekonomik durumla prevalans arasında ters bir orantı tespit edilmiştir (94).

Psikiyatrik Hastalık Öyküsü:

Araştırmamızda annenin psikiyatrik hastalık öyküsü ile PPD arasında her üç grupta da istatistiksel bir anlamlılık yoktur ($p>0,05$). Gebelik sırasında veya doğum sonrası psikiyatrik hastalık öyküsü ile PPD arasında istatistiksel sadece ikinci grupta istatistiksel bir anlamlılık vardır ($p<0,05$). Birinci ve üçüncü grupta ise istatistiksel bir anlamlılık yoktur ($p>0,05$).

Danacı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada PPD ile anneye ait etmenlerden, daha önce psikiyatrik hastalık geçirme, daha önceki gebelik sırasında yada doğum sonrasında psikiyatrik hastalık geçirme ve bu gebeliğinde hastalık geçirme arasında anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır (76). Kara ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, gebelik sırasında yada daha önce geçirilen majör depresyon öyküsünün PPD açısından risk yarattığı bildirilmiştir (77).

Portekiz’de yapılan bir çalışmada, annede depresyon öyküsü olması en önemli risk etmenlerinde biri olarak değerlendirilmiştir (100). Annenin öz geçmişinde depresyon öyküsünün olması diğer çalışmalarda da öncelikli risk etmeni olarak gözlenmiştir (74,101,102). Başka bir çalışmada önceden doğum sonrası depresyonla birlikte son gebeliğinde de depresyon geçirmesi önemli bir etmen olarak bulunmuştur (103). Kanada’da yapılan bir çalışmada PPD’lu 254 kadının %78.3’ünde

ailesel psikiyatrik öykü saptandı. Bu veriler PPD riski olan kadınların taranmasında ailesel psikiyatrik öykünün önemini onaylamaktadır. PPD'da önem kazanan risk değişkenleri; kişinin ve birinci dereceden akrabalarının geçmiş psikiyatrik öyküsü ve şu anki psikiyatrik bozukluklarıdır. Bu değişkenlere önem verilmektedir. Çünkü kolaylıkla saptanabilirler (78). PPD riski taşıyan kadınların erken tanısı, rutin visitler sırasında birkaç basit soruyla ortaya çıkarılabilir. Bu sorular kadının o anki ruh hali ve zihinsel durumunun yanı sıra psikiyatrik geçmişi ve alkolizmi içermelidir (78).

Son çalışmalar, psikososyal stresörler ve geçirilmiş psikiyatrik hastalık varlığı PPD için ana risk faktörleri olduğuna odaklanılmıştır (79).

Bu çalışmada analizlerden biri 4 değişkenin PPD semptomatoloji yoğunluğu üzerinde direkt etkiye sahip olduğunu gösterdi; Düşük mesleki statü, prenatal depresyon düzeyi, daha çok distal stres faktörü olması ve kişisel bir psikiyatrik geçmiş (80).

Birçok yazar tarafından psikiyatrik geçmiş ve PPD arasında olumlu ilişkiler bulunmuştur (80).

Danimarka'da 1994-1995 yılında yapılan 5252 kadını kapsayan prospektif bir çalışmada, term gebeliğinde psikolojik distressi olan, gebeliğinde sosyal izolasyon gören, fazla doğum yapan ve gebelikten önce psikiyatrik hastalık öyküsüne sahip kadınlar risk faktörlü olarak değerlendirildi (81).

O'Hara'nın yaptığı bir çalışmada (104), konsepsiyondan önce depresyon atağı öyküsü veren kadınların %30'unda PPD görülmektedir. Gebelik sırasında oluşan depresyonun PPD'un habercisi olup olmadığıyla ilişkili olarak çelişkili bulgular vardır (105,106). Bu çalışmalarda gebelik sonunda depresyon bulunmasının PPD gelişmesi açısından bir risk faktörü olduğu saptanmıştır (107,108,109).

Daha önce geçirilmiş depresyon atağı, aile depresyon öyküsü, evlilik sorunları ve uyumsuzlukları gibi PPD'a neden olabilecek pek çok risk faktörü bildirilmiştir (104,110,112,113). Önceki gebeliğin ardından depresyon öyküsü olan kadınların, sonraki gebeliklerinde depresyon atağının yineleme riski %50 olarak bildirilmiştir (104,114).

Annenin daha önce ruhsal bir hastalık geçirmiş olması, kadınların ruhsal olarak duyarlı oldukları bir dönem olan doğum sonrası dönemde depresyonun ortaya çıkma olasılığını arttırmaktadır. Bu da risk taşıyan kadınlarda daha dikkatli bir izlemin gerekli olduğunu akla getirmektedir.

Annenin 11 yaşından önce anne ve babadan ayrı kalması:

Araştırmamızda annenin 11 yaşından önce anne-babadan ayrı kalması ile PPD arasında her üç grupta da istatistiksel bir anlamlılık yoktur ($p>0,05$). PPD için önemli bir diğer etmen de Annenin 11 yaşından önce anne ve babadan bir aydan daha uzun süre ayrı kalmasıdır. Bu durumu ortaya çıkaran araştırmalar az olmakla birlikte mevcuttur. Literatürde annenin çocukluğunda anne ve babasından ayrı kalması önemli bir risk etmeni olarak gözlenmiştir (74,103,115)

Eşinde Psikiyatrik Hastalık Öyküsü:

Araştırmamızda eşinde psikiyatrik hastalık varlığı ile PPD arasındaki ilişki açısından birinci grupta (2-4.haftada) istatistiksel bir anlamlılık vardır ($p<0,05$). İkinci ve üçüncü grupta istatistiksel bir anlamlılık yoktur ($p>0,05$). Danacı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, eşinde psikiyatrik hastalık öyküsü olması, önemli bir çevresel etmen olarak tespit edildi (76). Ares ve arkadaşları (100), babanın depresyon öyküsünün olmasını anlamlı bulmuşlardır. Babada psikiyatrik bir hastalık olmasının hem ruhsal olarak anneyi etkilemesi hem de bu durumdaki bir babanın gebelik ve doğum sonrasında gerekli desteği sağlayamaması olasıdır.

Eşle ilişki Durumu:

Araştırmamızda eş ile ilişki durumu ile PPD arasındaki ilişki incelendiğinde birinci grupta (2-4. haftalarda) istatistiksel bir anlamlılık vardır($p<0,05$). İkinci ve üçüncü grupta ise istatistiksel anlamlılık yoktur ($p>0,05$).

PPD açısından önemli bir başka çevresel etmen de eşle ilişkinin iyi olmasıdır. Çeşitli çalışmalarda evlilik sorunları ve çatışmalarının olması, eş desteğinin az olması, evlilikte mutsuzluk yaşanması önemli risk etmenleri olarak değerlendirilmiştir (73,74,102,103,104).

Annenin Ebeveyni ile İlişkisi:

Araştırmamızda ebeveyn ile ilişki ile PPD arasında her üç grupta da istatistiksel bir anlamlılık yoktur ($p>0,05$). Buna zıt olarak, Cenevre’de 570 postpartum (3.ay) kadının dahil edildiği bir çalışmada, depresyonlu annelerin partner, anne ve babasıyla olan ilişkileri daha zor olarak tanımlanmıştır. Gottlib ve arkadaşları (95), depresyonlu annelerin kendi ebeveynlerinin kapasitesine dair daha olumsuz algılamalar içinde olduklarını bulmuştur.

Annenin Kayınvalide ve Kayınpeder ile İlişkisi:

Araştırmamızda kayınvalide ile ilişki ile PPD arasında birinci grupta istatistiksel bir anlamlılık vardır ($p < 0,05$). İkinci ve üçüncü grupta ise istatistiksel bir anlamlılık yoktur ($p > 0,05$). Kayınpeder ile ilişki ile PPD arasında her üç grupta da istatistiksel bir anlamlılık yoktur ($p > 0,05$).

Danacı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, annenin kayınvalide ve kayınpeder ile ilişkisinin iyi olmaması da PPD sıklığını arttıran bir etmen olarak görülmüştür (76).

Bebeğin Sağlık Durumu:

Araştırmamızda bebeğin sağlık durumu ile PPD arasında sadece birinci grupta istatistiksel bir anlamlılık vardır ($p < 0,05$). İkinci ve üçüncü grupta ise istatistiksel bir anlamlılık yoktur ($p > 0,05$).

Danacı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bebeğinde önemli bir sağlık sorunu olanların EPDS puanları yüksek bulunmuştur (76). Çalışmalarda düşük doğum ağırlıklı bebek, PPD için önemli bir risk etmeni olarak gözlenmiştir (86,116). Başka bir çalışma bulgusu da düşük APGAR skorlu bebek sahibi olmanın PPD'a sıklıkla yol açtığıdır (117).

Aile Tipi:

Araştırmamızda aile tipi ile PPD arasında birinci ve ikinci grupta istatistiksel bir anlamlılık vardır ($p < 0,05$). Üçüncü grupta ise istatistiksel anlamlılık yoktur ($p > 0,05$). Ülkemizde eşin anne-babasıyla yaşadığı geniş aileler sık görülmektedir, bunun yanında çekirdek aile yapısına sahip olan ailelerde de çiftlerin anne-babalarının dışarıdan karışarak ilişkide etkin roller oynamaları da olasıdır. Danacı'nın yaptığı bir çalışmada geniş aile ile çekirdek aile yapısının depresyon puanlarında artışa neden olma açısından anlamlı bir farklılık göstermedikleri saptanmıştır (76). Bu da akla sorunun kayınvalide ve kayınpeder ile aynı evde yaşamaktan değil, aradaki ilişkinin niteliğinden kaynaklandığını getirmektedir.

Gelir Durumu:

Araştırmamızda gelir düzeyi ile postpartum depresyon arasında her üç grupta da istatistiksel bir anlamlılık yoktur ($p > 0,05$).

Büyükkoca'nın yaptığı çalışmada annelerin gelir durumu ile PPD arasında istatistiksel bir anlamlılık yoktur(14). Engindeniz'in yaptığı çalışmada postpartum 0-6 aylık anneler gelir durumları alt-orta-üst olarak üç gruba ayrılmıştır. Bu çalışmada gruplar arasında depresyon puanı yönünden anlamlı ilişki bulunamamıştır. (23). Bu

sonuç literatürle uyumludur.

Sosyoekonomik özellikler PPD ile tutarsız olarak ilişkilendirilmiş (80). Genel depresyon üzerindeki çalışmalarla uyumlu olarak düşük sosyoekonomik durumu yansıtan iki sosyodemografik değişkenin PPD üzerinde belirgin etkisi olduğu bulundu. Düşük mesleki statü direkt bir etki gösterirken, daha düşük bir gelir indirekt etki gösterdi. Çünkü hayat olayları üzerinde daha az kontrolü olduğunu düşündürüyordu (80). Hickey ve arkadaşlarının 749 anne ile postpartum 1-24 hafta arasında yaptıkları çalışmada, annelerin gelir durumları iyi-kötü olmak üzere iki gruba ayrılarak incelendiğinde iki grup arasında depresyon puanları açısından anlamlı fark bulunamamıştır (83).

Eğitim Durumu:

Araştırmamızda postpartum depresyon ile annelerin eğitim durumu arasında her üç grupta da istatistiksel bir anlamlılık yoktur ($p>0,05$). Benzer bir şekilde Ülkemizde, Cebeci ve arkadaşlarının yaptığı 100 postpartum kadından oluşan bir tarama çalışmasında, PPD sıklığı, eğitim düzeyi ve sosyo-ekonomik düzeyden bağımsız bulunmuştur (75). Japonya'da 88 postpartum kadınla yapılan bir çalışmada da, depresyonlularla depresyonsuz anneler arasında eğitim düzeyi ve çevre yönünden belirgin bir fark yoktur (84). Buna zıt olarak Büyükkoca'nın yaptığı araştırmaya katılan annelerin depresyon puanları ile eğitim durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Engindeniz'in çalışmasında annelerin eğitim durumları iki gruba ayrılarak (temel ve yüksek eğitim olmak üzere) yapılan istatistiksel analizde temel eğitim düzeyindeki annelerin depresyon puanları anlamı olarak daha yüksek bulunmuştur (23).

Yapılan metaanalizde lise ve yüksekokul mezunu annelerin depresyon puanlarının temel eğitim düzeyindeki (ilkokul-ortaokul mezunu) annelere göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Aderibigbe ve arkadaşlarının, Nijeryalı kadınlarda postpartum emosyonel bozuklukları inceledikleri çalışmada, eğitim yılı 6 ve altı olan annelerin depresyon puanı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (73). Eğitim düzeyinin yükselmesiyle, kadının yaşamı üzerindeki etkinliği artmaktadır. Kendi kararlarını kendinin vermesi, yaşamını planlaması, daha iyi sosyal koşullara sahip olması, benlik saygısının yüksek olması, eğitim seviyesi ile ilişkilidir. Bunun sonucunda, eğitim düzeyi yüksek olan annelerin, doğumun ve bebeğin getirdiği

duygusal zorlanmalarla baş etmede etkin yöntemler geliştirebildikleri söylenebilir. Bu sebeplerle depresyonun eğitim düzeyi yükselmesine bağlı daha düşük olması beklenebilir.

Doğum Zamanı ve Postpartum Depresyon Sıklığı:

Araştırmamızda 2-4. haftalarda PPD %26.6, 6-8. haftalarda %19.8 ve 10-12. haftalarda %15.8'dir. Danacı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, bebek yaşı arttıkça EPDS puanının da arttığı saptanmıştır. Toplumdaki sosyokültürel özellikler, özellikle doğumdan sonraki ilk haftalarda anneye karşı çevre ilgi ve desteğinin iyi olması, sonraki dönemlerde annenin bu konuda yalnızlık hissetmesi, bu durumun ortaya çıkmasının nedeni olabilir. Bu bulgu literatürdeki bulgularla uyumluluk göstermemesine rağmen, çalışmayı destekleyen araştırmalar da yok değildir. Bir çalışmada doğumdan kısa bir süre sonra prevalans %8.5 iken, yaklaşık 12 hafta sonra %14.2 bulunmuştur (103). Yapılan başka bir çalışmada doğum sonrası 6. ayda olan 232 kadın eşleştirilmiş, kontrol grubuyla karşılaştırılmıştır. Doğum sonrası 6. ayda kontrol grubu ile doğum sonrası dönemde kadınlar arasında nokta prevalans açısından fark bulunmamıştır. Ancak doğumdan sonraki 5 hafta içinde depresyonun başlama oranı 3 kat daha fazla bulunmuştur (93).

Doğum Şekli:

Araştırmamızda doğum şekli ile PPD arasında birinci ve ikinci grupta istatistiksel bir anlamlılık yoktur ($p>0,05$). Üçüncü grupta ise istatistiksel bir anlamlılık vardır ($p<0,05$). Büyükkoca'nın yaptığı araştırmada, vaginal yolla doğum yapan annelerin depresyon puan ortalamalarının, sezaryan ile doğum yapan annelerden yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ancak bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildir (14).

Literatürde, sezaryanla doğumun, normal doğuma göre depresyon gelişiminde daha etkili olduğuna ilişkin bulgular yer almaktadır. Whiffen ve arkadaşlarının çalışmasında doğum yöntemi 1. Vaginal doğum, 2. Forcepsli vaginal doğum, 3. İndüksiyonlu vaginal doğum, 4. Planlı sezaryanla doğum, 5. Acil sezaryanla doğum olmak üzere 5 ayrı gruba ayrılmıştır. Postpartum depresyon puanları ile doğum yöntemi arasında yapılan korelasyonda İstatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Doğuma müdahale derecesi arttıkça, depresyon puanı artmaktadır (85). Hannah ve arkadaşlarının çalışmasında postpartum 6. haftadaki %11.5'lik depresyon oranına etki eden en önemli iki değişken, sezaryanla doğum ve bebeği biberonla besleme

olmuştur (86). Postpartum bayanlarda operatif doğum yaşamış ve normal vaginal doğum yapmış kadınlar karşılaştırılmış ve operatif doğum yapanlarda depresyon daha sık görüldü (87). Hannah ve arkadaşları, sezaryanla doğumun yüksek depresyon oranlarıyla önemli ölçüde ilişkili olduğunu bulmuşlardır (33).

Literatürde bizim bulgularımızı da destekleyen birkaç çalışma vardır; İsveç'te yapılan bir çalışmada doğum şekli ile PPD arasında bir ilişki bulunamamıştır. Bu veri postpartum depresyon ve sezeryan arasında güçlü bir ilişki rapor eden daha önceki bazı çalışmalarla tutarlılık göstermez (79). Danimarka'da 1994-1995 yılında yapılan 5252 kadını kapsayan prospektif bir çalışmada, sezeryanla PPD ilişkisiz olarak değerlendirildi (81).

Doğumla İlgili Kötü Anılar:

Doğumla ilgili kötü öykü dinleme ve yaşama ile PPD arasında birinci grupta istatistiksel bir anlamlılık vardır ($p < 0,05$). İkinci ve üçüncü grupta ise istatistiksel bir anlamlılık yoktur ($p > 0,05$).

Gebeliği Planlama:

Araştırmamızda gebeliği planlama ile PPD arasında birinci grupta istatistiksel bir anlamlılık vardır ($p < 0,05$). İkinci ve üçüncü grupta ise istatistiksel bir anlamlılık yoktur ($p > 0,005$). Büyükkoca'nın yaptığı çalışmada, gebeliği isteyen annelerin depresyon puan ortalamalarının, gebeliği istemeyen, gebeliği istemedim ama sonra kabullendim diyen annelere göre daha düşük olduğu görülmüştür. Gebeliğin istenmesine paralel olarak, anneliğe hazır olduğunu ifade eden annelerin depresyon puan ortalamaları hazır olmadığını ifade eden annelere göre anlamlı olarak daha düşüktür (14). Bu bulgunun, beklenen bir sonuç olduğunu söylenebilir.

Braverman ve Roux, postpartum 120 anneyi depresyon riski açısından incelediği çalışmasında gebeliği İstemeyen annelerin depresyon düzeylerini anlamlı olarak yüksek bulmuştur (88). Gebeliğin istenmesinin, annenin bebeğe ve annelik rolüne hazır olması ve oluşabilecek sorunlarla baş etme gücünü kendisinde bulması ile ilişkisinin olduğunu düşünülebilir. Buna bağlı olarak, annenin postpartum dönemdeki yaşam değişimlerine duygusal uyum sağlaması daha kolay olabilir.

SİTOKİNLER İLE PPD İLİŞKİSİ

Araştırmamızda postpartum 2-4.haftalarda IL-2R, IL-8 ve TNF α ile PPD arasında istatistiksel bir anlamlılık yoktur ($p > 0,05$). Postpartum 6-8.haftalarda IL-

2R ile postpartum depresyon arasında istatistiksel bir anlamlılık yoktur ($p>0,05$). IL-8 ve $TNF\alpha$ ile PPD arasında istatistiksel bir anlamlılık vardır ($p<0,05$).

Son zamanlarda depresyon ve anksiyete bozukluklarının inflamatuvar yanıt sistem aktivasyonu ile ilişkisi gösterilmiştir. Bundan yola çıkılarak yapılan bir çalışma, postpartum hüznün (PPB) IRS aktivasyonu ile ilişkisine karar vermek için geliştirilmiştir (89).

Bu çalışmanın ilk majör bulgusu; serum IL-6 ve IL-1RA'nın gebelerde, gebelik sonunda, gebe olmayanlardan önemli bir derecede daha yüksek olmasıdır. Bu çalışmanın 2. majör bulgusu, erken puerperium, prepartum ile karşılaştırıldığında erken inflamatuvar kapasitesinin belirtileri ile karakterize edilmiştir. Böylece serum IL-6 ve IL-6R erken puerperiumda önemli bir derecede yükselir. Daha önce, artan serum IL-6 gebelerde görülmüştür. Bu çalışmanın 3. majör bulgusu, PPD ve anksiyete ile IRS aktivasyonu arasında önemli bir derecede ilişkili olduğudur.

Böylece postpartum depresif hüznü kadınlarda gebelikleri sonunda ve erken puerperiumda artan IL-6 sinyali ortaya çıkartan önemli bir derecede daha yüksek serum IL-6R konsantrasyonları gösterir. Bu bulgular, non-postpartum depresyonlardaki yükselen serum IL-6R'yi rapor eden önceki çalışmaları genişletir (117,118).

Biz bu verilerden yola çıkarak, postpartum depresyonun IL-2R, IL-8 ve $TNF\alpha$ ile ilişkisini araştırdık. Sonuç olarak, sadece postpartum 6-8. haftalarda IL-8 ve $TNF\alpha$ ile postpartum depresyon arasında ilişki bulunmuştur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- 1) Araştırmaya katılan annelerin yaş ortalaması $27,09 \pm 5,239$ olarak bulunmuştur.
- 2) EPDS ≥ 12 alındığında postpartum 2-4 haftalık PPD oranı %26,6, 6-8 haftalık PPD oranı %19,8 ve 10-12 haftalık PPD oranı %15,8'dir (Tablo 3).
- 3) Anne yaşı ile postpartum depresyon arasında istatistiksel bir ilişki yoktur (Tablo 2).
- 4) Gebelik sayısı ile postpartum depresyon arasında istatistiksel bir anlamlılık görülmedi (Tablo 5).
- 5) Doğum sayısı ile postpartum depresyon arasında istatistiksel bir anlamlılık saptanmadı (Tablo 6).
- 6) Çocuk sayısı ile postpartum depresyon arasında istatistiksel bir anlamlılık saptanmadı (Tablo 7).
- 7) Göç durumu ile postpartum depresyon arasında istatistiksel bir anlamlılık görülmedi (Tablo 8).
- 8) Yaşanılan yer ile postpartum depresyon arasında istatistiksel bir anlamlılık saptanmadı (Tablo 9).
- 9) Annenin psikiatrik hastalık öyküsü ile postpartum depresyon arasında istatistiksel bir anlamlılık saptanmadı (Tablo 10).
- 10) Tüm gruplar incelendiğinde, daha önceki gebelik sırasında veya doğum sonrasında psikiatrik hastalık öyküsü ile postpartum depresyon arasında istatistiksel bir anlamlılık sadece ikinci grupta saptandı. Birinci ve üçüncü grupta ise istatistiksel anlamlılık saptanmadı (Tablo 11).
- 11) 11 yaşından önce anne yada babadan bir aydan uzun süre ayrı kalması ile postpartum depresyon arasında istatistiksel bir anlamlılık saptanmadı (Tablo 12).
- 12) Eşin psikiatrik hastalık durumu ile postpartum depresyon arasında sadece birinci grupta istatistiksel bir anlamlılık saptandı. İkinci ve üçüncü gruplarda istatistiksel bir anlamlılık saptanmadı (Tablo 13).

- 13) Eş ile ilişki durumu ile postpartum depresyon arasında birinci ve ikinci grupta istatistiksel bir anlamlılık saptandı. Üçüncü grupta ise istatistiksel bir anlamlılık saptanmadı (Tablo 14).
- 14) Anneyle ilişki ile postpartum depresyon arasında sadece birinci grupta istatistiksel bir anlamlılık saptandı. İkinci ve üçüncü gruplarda istatistiksel anlamlılık saptanmadı (Tablo 15).
- 15) Baba ile ilişki durumu ile postpartum depresyon arasında istatistiksel bir anlamlılık saptanmadı (Tablo 16).
- 16) Kayınvalide ile ilişki durumu ile postpartum depresyon arasında sadece birinci grupta istatistiksel bir anlamlılık saptandı. İkinci ve üçüncü gruplarda istatistiksel bir anlamlılık saptanmadı (Tablo 17).
- 17) Kayınpeder ile ilişki durumu ile postpartum depresyon arasında sadece birinci grupta istatistiksel bir anlamlılık saptandı. İkinci ve üçüncü gruplarda istatistiksel bir anlamlılık saptanmadı (Tablo 18).
- 18) Bebeğin sağlık durumu ile postpartum depresyon arasında sadece birinci grupta istatistiksel bir anlamlılık saptandı. İkinci ve üçüncü gruplarda istatistiksel bir anlamlılık saptanmadı (Tablo 19).
- 19) Aile tipi ile postpartum depresyon arasında birinci ve ikinci grupta istatistiksel bir anlamlılık saptandı. Üçüncü grupta ise istatistiksel bir anlamlılık saptanmadı (Tablo 20).
- 20) Gelir düzeyi ile postpartum depresyon arasında sadece birinci grupta istatistiksel bir anlamlılık saptandı. İkinci ve üçüncü grupta istatistiksel anlamlılık saptanmadı (Tablo 21).
- 21) Eğitim durumu ile postpartum depresyon arasında istatistiksel bir anlamlılık saptanmadı (Tablo 22).
- 22) Doğum şekli ile postpartum depresyon arasında sadece üçüncü grupta istatistiksel bir anlamlılık saptandı. Birinci ve ikinci grupta istatistiksel anlamlılık saptanmadı (Tablo23).
- 23) Doğum ile kötü öykü dinleme yada yaşama ile postpartum depresyon arasında sadece birinci grupta istatistiksel bir anlamlılık saptandı. İkinci ve üçüncü gruplarda istatistiksel bir anlamlılık saptanmadı (Tablo 24).

- 24) Gebeliğin planlanması ile postpartum depresyon arasında sadece birinci grupta istatistiksel bir anlamlılık saptandı. İkinci ve üçüncü gruplarda istatistiksel bir anlamlılık saptanmadı (Tablo25).
- 25)Postpartum 2-4. haftalarda, postpartum depresyonla IL-2R, IL-8 ve TNF α arasında istatistiksel bir anlamlılık saptanmadı (Tablo 26).
- 26)Postpartum 6-8. haftalarda, postpartum depresyonla IL-8 ve TNF α arasında istatistiksel bir anlamlılık saptandı. IL-2R ile postpartum depresyon arasında istatistiksel bir anlamlılık saptanmadı (Tablo 27).
- 27)Annelerin ve ailenin doğum sonrası hastaneden taburcu olmadan önce postpartum duygusal reaksiyonlar ve belirtileri konusunda bilgilendirilmeleri ve sağlık kuruluşlarına yönlendirilmeleri önerilir.
- 28)Klinikte EPDS kullanılarak risk durumu değerlendirilen annelerden 12 ve üstü puan alanların psikiyatriste yönlendirerek PPD yönünden değerlendirilmeleri istenir.
- 29)Postpartum depresyon risk faktörlerine yönelik araştırmaların her bir değişkeni inceleyerek, birinci basamaktaki evreni temsil eden örneklem ile değerlendirilmeleri önerilir.
- 30)Postpartum dönemdeki annelerin, postpartum depresyonun görülme süresinin bir yıla kadar uzayabilmesi nedeniyle postpartum bir yılın sonuna kadar süren izlem çalışmalarıyla değerlendirilmeleri önerilir.

7. KAYNAKLAR

1. Cooper PJ, Murray L, Stein A. Postnatal Depression. In: Seva J, ed. The European handbook of psychiatry and mental health. Zaragos Antropos, 1991; 1255-1262.
2. O'Hara MW. The nature of postpartum depressive disorders. In: Murray L, Cooper PJ, eds. Postpartum depression and child development. New York: Guilford, 1997;3-31.
3. Cox JL, Murray D, Chapman G. A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. Br J Psychiatry 1993; 163: 27-31
4. Pernoll LM. Çağdaş Obstetrik Jinekolojik Teşhis Tedavi. Cilt II. Barış Kitabevi. 1994; 1403-1412
5. Gülseren L. Doğum Sonu Depresyon Bir Gözden Geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi, 1999; 10: 58-67.
6. Newport DJ, Hostetter A, Arnold A, Stowe ZN. The Treatment of Postpartum Depression: Minimizing Infant Exposures. J Clin Psychiatry 2002; 63: 31-44
7. Eltutan H, Öncüoğlu C. Kadınlara Özgü Psikiyatrik Bozukluklar. Depresyon Dergisi 1997; 2: 74-80.
8. Beck CT, Reynolds, M.A. Maternity Blues and Postpartum Depression. J Obs Gyn Neonat Nurs 1992; 21: 287-293.
9. Timothy RB, Johnson MD, Barbara Apgar MD Postpartum Depression. Women's Primary Health Grand Rounds at the University of Michigan 2002; 170 : 245-249
10. Laura J, Miller MD Postpartum Depression. JAMA 2002; 287: 762-765.
11. Miller LJ, Rukstalis M. Beyond the 'blues':hypotheses about postpartum reactivity. In: Miller LJ,ed. Postpartum Modd Disorders. Washington, DC:American Psychiatric Pres 1993; 3-19.
12. Cooper RJ, Campbell E. Non-Psychotic Psychiatric Disorders After Childbirth. Br J Psychiatry 1988; 152: 799-806.
13. Ersoy M: Loğusalık döneminde annenin yaşadığı duygusal dalgalanmalar ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. İstanbul 1993. Yüksek Lisans Tezi (yayımlanmamış)
14. Büyükkoca M: Algılanan Sosyal Destek ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. İzmir 2001. Yüksek Lisans Tezi (yayımlanmamış)
15. Köroğlu E. DSM-IV Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. Hekimler Yayın Birliği. 1994; 4: 509-510.

16. Flores DL, Hendrick C. Etiology and Treatment of Postpartum Depression. *Curr Psychiatry Reports* 2002; 4: 461-466.
17. Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Postpartum Depression. *N Engl J Med* 2002; 347: 194-199.
18. Abou-Saleh MT, Ghubash R, Karim L, Krymski M, Bhai I. Hormonal Aspects of Postpartum Depression. *Psychoneuroendocrinology* 1997; 23: 465-475.
19. Cooper PJ, Murray L. Postnatal Depression. *BMJ* 1998; 316: 1884-1886
20. Vural G, Akkuzu G. Normal Vaginal Yolla Doğum Yapan Primipar Annelerin Doğum Sonu 10. Günde Depresyon Yaygınlıklarının İncelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1999; 1: 33-36.
21. Cox JL, Murray D. A controlled Study of the Onset, Duration and Prevalance of Postnatal Depression. *Br J Psychiatri* 1993; 166: 191-195.
22. 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.
23. Engindeniz N. Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeğinin Türkçe Formu için Geçerlilik ve Güvenlilik Çalışması. İzmir 1996. Yüksek Lisans Tezi(yayımlanmamış)
24. Murray L, Corathers AD. The Validation of the Edinburgh Post-natal Depression Scale on a Community Sample. *Br J Psychiatry* 1990; 157: 288-290.
25. Lee DTS, Yip SK, Chiu HFK, Leung TYS, Chan KPM, Chau IOL et al. Validation at the Chinese version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1998; 172: 433-437.
26. Harris B, Hickie P. The Use of Rating Scale to Identity Post-natal Depression. *Br J Psychiatry* 1989; 154: 813-817.
27. Richards JP, Talbot P. Postnatal depression. *BMJ* 1998; 317: 1658.
28. The diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4. baskı: Washington, DC. American Psychiatric association 1994:350-354.
29. Beck CT. A Meta Analysis of Predictors of Postpartum Depression. *Nursing Research* 1996; 45: 297-303.
30. Ekizler H. Yenidoğan sağlığının Postpartum Depresyon ve Emzirme Tutumuna Etkisinin İncelenmesi. *Hemşirelik Bülteni* 1996; 10: 15-39.
31. Huang Y, Mathers N. Postnatal depression-biological or cultural? A comparative study of postnatal women in the UK and Taiwan. *J Adv Nurs* 2001; 33: 279-287.

32. Cooper RJ, Murray L. Prediction, detection, and treatment of postnatal depression. *Arch Dis Child* 1997; 77: 97-99
33. Gülşen G. Doğum Sonrası Psikiyatrik Bozukluklar.
http://lokman.cu.edu.tr/psychiatry/EGİTİM/abd_prog/smn-2001-postpartum.htm
34. O'Hara MW. Postpartum Depression. In: Alloy LB, ed. *Series in Psychopathology*. New York: Springer-Verlag 1995; 1-27.
35. McEwen BS. Ovarian steroids have adverse effects on brain structure and function. In: Hammar GBaM, ed. *The Modern Management of Menopause*. New York: Parthenon Publishing 1993: 269-278.
36. Bloch M, Schmidt PJ, Danaceau M, Murphy J, Nieman L, Rubinow DR. Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 924-30.
37. Rodin A. Throid disease in pregnancy. *Br J Hosp Med* 1989; 41:116-121.
38. Learoyd DL, Fung HY, McGregor AM. Postpartum thyroid dysfunction. *Thyroid* 1992; 2: 81.
39. Harris B, Othman S, Davies JA, Weppner G, Richards CJ, Newcombe RG et al. Association between postpartum thyroid dysfunction and thyroid antibodies and depression. *BMJ* 1992; 18: 152-156.
40. Glaser JK, Glaser R. Depression and immune function: Central pathways to morbidity and mortality. *Journal of Psychosomatic Research* 2002; 53: 873-876.
41. Anisman H, Merali Z. Stress, immunity, cytokines and depression. *Acta Neuropsychiatrica* 2002; 14: 251.
42. Blalock IE. The syntax of immune-neuroendocrine communication. *Immunol. Today* 1994; 15: 504-511.
43. Dantzer R, Bluthe RM, Castanon N, Chauvet N, Capuron L, Goodall G et al. Cytokine effects on behavior. In: R Ader, DL Felten and N Cohen, ed. *Psychoneuroimmunology*, Academic pres, New York 2001: 703-727.
44. Dunn AJ. Interactions between the nervous system and the immune system. In: FE Bloom and DJ Kupfer, ed. *Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress*, Raven Pres, New York 1995: 719-731.
45. Maier SF, Goehler LE, Fleshner M, Watkins LR. The role of the vagus nerve in cytokine-to-brain communication. *Ann NY Acad Sci* 1998; 840: 289-300.

46. Zhang YH, Lu J, Elmquist JK, Saper CB. Lipopolysaccharide activities specific populations of hypothalamic and brainstem neurons that Project the spinal cord. *J Neuroscience* 2000; 20: 6578-6586.
47. Turnbull AV, Lee S, Rivier C. Mechanisms of hypothalamic-pituitary-adrenal axis stimulation by immune signals in the adult rat. *Ann NY Acad Sci* 1998; 840: 434-443.
48. Corcos M, Guilbaud O, Hjalmarsson L, Chambry J, Jeammet P. Cytokines and depression: an Analogic approach. *Biomed Pharmacother* 2002; 56:105-10.
49. Konsman JP, Parnet P, Dantzer R. Cytokine-induced sickness behaviour: mechanisms and implications. *Tren in Neurosciences* 2002; 25: 154-159.
50. Anisman H, Merali Z. Cytokines, stress, and depressive illness. *Brain, Behavior, and Immunity* 2002; 16: 513-524.
51. Maes M. Major depression and activation of the inflammatory response system. *Adv Exp Med Biol* 1999; 461: 25-46.
52. Rothwell NJ, Hopkins SJ. Cytokines and the nervous system II: actions and mechanisms of action. *Trends Neurosci* 1995; 18: 130-136.
53. Licinio J, Wong ML. The role of inflammatory mediators in the biology of major depression: central nervous system cytokines modulate the biological substrate of depressive symptoms, regulate stress-responsive systems, contribute to neurotoxicity and neuroprotection. *Mol Psychiatry* 1999; 4: 317-327.
54. Maes M. Evidence for an immune response in major depression. A review and hypothesis. *Progr Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiatry* 1995; 19: 11-38.
55. Irwin M. Immune correlates of depression. *Adv Exp Med Biol* 1999; 461: 1-24.
56. Moldofsky H. Sleep and the immune system. *Int J Immunopharmacol* 1995; 17: 649-654.
57. Anisman H, Merali Z. Anhedonic and anxiogenic effects of cytokines exposure. *Adv Exp Med Biol* 1999; 461: 199-233.
58. Herman JP, Cullinan WE. Neurocircuitry of stres: Central control of hypothalamo-pituitary-adrenocortical axis. *Trend Neurosci* 1997; 20: 78-84.
59. Griffiths J, Ravindran AV, Merali Z, Anisman H. Dysthymia: Neurochemical and behavioral perspectives. *Mol Psychiatry* 2000; 5: 242-262.
60. Anisman H, Kokkinidis L, Merali Z. Further evidence for the depressive effects of cytokines: Anhedonia and neurochemical changes. *Brain, Behavior, and Immunity* 2002; 16: 544-556.

61. Schlatter J, Ortuno F, Enguix SC. Monocytic parameters in patients with dysthymia versus major depression. University of Navara Spain 2002.
62. Hayley S, Brebner K, Merali Z, Anisman H. Sensitization to the effects of tumor necrosis factor- α ; neuroendocrine, central monoamine had behavioral variations. *J Neurosci* 1999; 19: 5654-5665.
63. Rockville MD. Depression in Primary Care: Detection, Diagnosis, and Treatment.: Research, A.f.H.C.P.a. US Department of Health and Human Services 1993; 240: 172-178
64. Altshuler LL, Burt VK, Hendrick V. Breastfeeding and sertraline: a 24 hour analysis. *J Clin Psychiatry* 1995; 56: 243-245.
65. Mirsi S, Kim J, Riggs KW, Kostaras X. Paroxetine levels in postpartum depressed women, breast milk and infant serum. *J Clin Psychiatry* 2000; 61: 828-832.
66. Schmidt K, Olesen OV, Jensen PN. Citalopram and breastfeeding: serum concentration and side effects in the infant. *Biol Psychiatry* 2000; 47: 164-165.
67. Kristensen JH, Ilett KE, Hackett LP. Distribution and excretion of fluoxetine and norfluoxetine in human milk. *Br J Clin Pharmacol* 1999; 48: 521-527.
68. Lester BM, Cucca J, Andreozzi BA. Possible association between fluoxetine hydrochloride and colic in an infant. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 1253-1255.
69. Holden JM, Sagovsky R, Cox JL. Counselling in a general practice setting: controlled study of health visitor intervention in treatment of postnatal depression. *BMJ* 1989; 298: 223-226.
70. Warheit GJ. Life Events, Coping, Stress and Depressive Symptomatology. *Am J Psychiatry* 1979; 136: 502-507.
71. Cooper P, Murray L. Course and Recurrence of Postpartum Depression. *Br J Psychiatry* 1995; 166: 191-195.
72. Lane A, Keville R. Postnatal Depression and Elation among Mothers and Their partners, Prevalans and Predictors. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 550-555.
73. Aderibigbe YA. Postnatal Disorders in Nigerian Women. *Br J Psychiatry* 1993; 163: 645-650.
74. Kumar R, Rabson KM. Prospective Study of Emotional Disorders in Childbearing Women. *Br J Psychiatry* 1984; 144: 39-47.

75. Cebeci SA, Aydemir Ç, Göka E. Gebelikte ve Puerperal Dönemde Depresyon Semptom Prevalansı ve Obstetrik Risk Faktörleri: Kaygı Düzeyi ve Sosyal Destek ile İlişkisi. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi.1999;1-13
76. Danacı E, Dinç G, Devenci A, Seyfeşen F, İçelli İ. Manisa İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Yaygınlığı ve Etkileyen Etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi 2000; 11: 204-211.
77. Kara B. Çakmaklı P, Nacak E, Türeci F. Doğum Sonrası Depresyon. Üsküdar AÇS-AP Eğitim Merkezi Sted 2001; 10: 333.
78. Steiner M. Postnatal depression: a few simple questions. Family Practice 2002; 19: 469-470.
79. Josefsson A, Berg G, Ekström CM, Gunnervic C, Nortin Csydjö G. Obstetric, Somatic, and Demographic Risk Factors for Postpartum Depressive Symptoms. Am J Obstet Gynecol 2002; 99: 86-90
80. Bernazzani O, Saucier JF, David H, Borgeat F. Psychosocial Predictors of Depressive Symptomatology Level in postpartum Women. Journal of Affective Disorders 1997; 46: 39-49.
81. Forman DN, Videbech P, Hedegaard M, Secher NJ. Postpartum Depression: Identification of Women at Risk. Br J Obs and Gyn 2000; 107: 1210-1217.
82. Righetti M, Conne-Perreard E, Bousquet A, Manzano J et al. Risk Factors and Predictive Signs of Postpartum Depression. Journal of Affective Disorders 1998; 49: 167-180.
83. Hickey AR, Boyce PM. Rearly Discharge and Risk for Postnatal Depression. MJA 1997; 167: 244-247.
84. Yamashita H, Yoshida K, Nakano H, Tashiro N. Postnatal Depression in Japanese Women. Journal of Affective Disorders 2000; 58: 145-154.
85. Wiffen V. Vulnerability to Postpartum Depression: A Prospective Multivariable Study. Journal of Abnormal Psychology 1998; 97: 467-474.
86. Hannah P, Adams D, Lee A, Glover V, Sandler M. Links between Early Postpartum Mood and Postnatal Depression. Br J Psychiatry 1992; 160: 777-780.
87. Gran ME, Eskild A, Tambs K, Samuelsen SO, Opjordsmoen S. Depression in Postpartum and Non-postpartum Women. Prevalence and Risk Factors. Acta Psychiatrica Scandinavica 2002;106: 426.
88. Braverman J, Roux JFB. Screening for the Patient at Risk for Postpartum Depression. Obstetrics and Gynecology 1978; 52: 731-736.

89. Maes M, Lin AH, Ombélet W, Stevens K, Kenis G, Jongh RD et al. Immune Activation in the Early Puerperium is Related to Postpartum Anxiety and Depressive Symptoms. *Psychoneuroendocrinology* 2000; 25: 121-137.
90. Lawrie TA. Validation of the Edinburgh Postpartum Depression scale on a cohort of South African women. *S Afr Med J* 1998; 88: 1340-1344.
91. Abou Saleh MT, Ghubash R. The Prevalence of early postpartum psychiatric morbidity in Dubai; transcultural perspective. *Acta Psychiatrica Scand* 1997; 95: 428-432.
92. Glasser S, Barell V, Shoham A. Prospective study of postpartum depression in an Israeli cohort: prevalence, incidence and demographic risk factor. *L Psychosom Obstet Gynaecol* 1998; 19: 155-164.
93. Wiggberg B, Hwangh CP. Screening for postnatal depression in a population based Swedish sample. *Acta Psychiatrica Scand* 1997; 95: 62-66.
94. Jadresic E, Araya R. Prevalence of postpartum depression and associated factors in Santiago, Chile. *Rev Med Chil* 1995; 123: 694-699.
95. Gotlib IH, Whiffen VE, Wallace PM. Prospective investigation of postpartum depression: factors involved in onset and recovery. *J Abnorm Psychol* 1991; 100: 122-132.
96. Boyce P, Hickie I, Parker G. Parents, partners or personality? Risk factors for postnatal depression. *J Affect Disord* 1999; 21: 245-255.
97. Cambell SB, Cohen JF. Prevalence and correlates of postpartum depression in first time mothers. *J Abnorm Psychol* 1991; 100: 594-599.
98. Yoshida K, Marks MN, Kibe N. Postnatal depression in Japanese women who have given birth in England. *J Affect Disord* 1997; 43: 69-77.
99. Augusto A, Kumar R, Calheiros JM. Postnatal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. *Psychol Med* 1996; 26: 135-141.
100. Areias ME, Kumar R, Barros H. Correlates of postnatal depression in mothers and fathers. *Br J Psychiatry* 1996; 169: 36-41.
101. O'Hara MW, Neunaber DJ, Zekoski EM. Prospective study of postpartum depression: prevalence, course and predictive factors. *J Abnorm Psychol* 1984; 93: 158-171.
102. Schaper AM, Rooney BL, Kay NR. Use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale to identify postpartum depression in a clinical setting. *J Reprod Med* 1994; 39: 620-624.

103. Unterman RR, Posner NA, Williams KN. Postpartum depressive disorders: changing trends. *Birth* 1990; 17: 131-137.
104. O'Hara MW. Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: 569-573.
105. O'Hara MW, Rehm LP, Campbell SB. Predicting depressive symptomatology: cognitive-behavioural models and postpartum depression. *J Abnorm Psychol* 1982; 91: 457-461.
106. Kendell RE. Epidemiology of puerperal psychoses. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 662-673.
107. Field T, Sandberg D, Garcia R. Pregnancy problems, postpartum depression, and early mother-infant interactions. *Dev Psychol* 1985; 21: 1152-1156.
108. Gotlib H, Whiffen VE, Mount JH. Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *J Cons Clin Psychol* 1989; 57: 269-274.
109. O'Hara MW, Zekoski EM, Philipps LH. Controlled prospective study of postpartum mood disorders: Comparison of childbearing and nonchildbearing women. *J Abnorm Psychol* 1990; 99: 3-11.
110. Gotlib H, Whiffen VE. Prevalence rates and demographic characteristics associated with postpartum depression in pregnancy and postpartum. *J Consult Clin Psychol* 1987; 144: 188-293.
111. Frank G. Pregnancy related affective disorders among women with recurrent depression. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 288-293.
112. Kitamura T. Psychological and social correlates of the onset of affective disorders among pregnant women. *Psychol Med* 1993; 23: 967-975.
113. Gotlib IH. Prospective investigation of postpartum depression: Factors involved in onset and recovery. *J Abnorm Psychol* 1991; 100: 122-132.
114. Mc Intosh J. Postpartum depression: women's help seeking behaviour and perceptions of cause. *J Adv Nursing* 1993; 18: 178-184.
115. Bergant AM, Heim K, Ulmer H. Early postnatal depressive mood: associations with obstetric and psychosocial factors. *J Psychosom* 1999; 46: 391-394.
116. Collins NL, Dunkel Schetter C, Lobel M. Social support in pregnancy: Psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *J Pers Soc Psychol* 1993; 65: 1243-1258.

117. Maes M, Meltzer HY, Bosmans E, Bergmans R, Ranjan R. Increased plasma concentrations of interleukin-6, soluble interleukin-6, soluble interleukin-2 and transferrin receptor in major depression. *J Affect Disord* 1995; 34: 301-309.
118. Sluzewska A, Rybakowski JK, Laciak M, Mackiewicz A, Sobieska M. Interleukin-6 serum levels in depressed patients before and after treatment with fluoxetine. *Ann NY Acad Sci* 1995; 762: 474-476.
119. Hapgood CC, Elkind GS, Wright JJ. Maternity Blues: phenomenon and relationship to later postpartum depression. *Aust N Z J Psychiatry* 1988; 22: 299-206.
120. Chang J, Zhang Y, Cui L. Impact of placental hormone withdrawal on postpartum depression. *Chines J Obs Gyn* 1995; 30: 342-344.
121. Feksi A, Harris B, Walker RF, Riad-Fahmy O, Newcombe RG. Maternity blues and hormone levels in saliva. *J of Affective Disorders* 1984; 6: 351-355.
122. Gard PR, Handly SL, Parsons AD, Waldron G. A multivariate investigation of postpartum mood disturbance. *Br J Psychiatry* 1986; 148: 567-575.
123. Gregoire AJ, Kumar R, Everitt B, Henderson AF, Studd JW. Transdermal oestrogen for treatment of severe postnatal depression. *Lancet* 1996; 347: 930-933.
124. Harris B, Lovett L, Newcombe RG, Read GF, Walker R, Read-Fahmy D. Maternity blues and major endocrine changes: Cardiff puerperal mood and hormone study II. *Br Med J* 1994; 308: 949-953.
125. Heidrich A, Schleyer M, Spingler H, Albert P, Knoche M, Fritze J. Postpartum blues: relationship between not-protein bound steroid hormones in plasma and postpartum mood changes. *J Affective Disorders* 1994; 30: 93-98.
126. Kuevi V, Causon R, Dixon AF, Everard DM, Hall JM, Hole D et al. Plasma amine and hormone changes in postpartum blues. *Clin Endocrinology* 1983; 19: 39-46.
127. Handley SL, Dunn TL, Waldron G. Tryptophan, cortisol and puerperal mood. *Br J Psychiatry* 1980; 136: 498-508.
128. Sichel DA, Cohen LS, Robertson LM, Rutenberg A, Rosenbaum JF. Prophylactic estrogen in recurrent postpartum affective disorder. *Biological Psychiatry* 1995; 38: 814-818.
129. Wagner HR, Cruthcher KA, Davis JN. Chronic estrogen treatment decreases beta-adrenergic responses in rat cerebral cortex. *Brain Res* 1979; 171: 147-151.
130. O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA. Prospective study of postpartum blues. *Archives of General Psychiatry* 1991; 48: 801-806.

131. Nott PM, Franklin M, Armitage C. Hormonal changes and mood puerperium. *Br J Psychiatry* 1976; 128: 379-383.
132. Asher I, Kaplan B, Modal I, Nari A, Valeuski A, Weizman A. Mood and hormonal changes during late pregnancy and puerperium. *Clin Experimental Obs Gyn* 1995; 22:321-325.
133. Biegon H, Reches A, Snyder SL, McEwen BS. Serotonergic and noradrenergic receptors in the rat brain: modulation by chronic exposure to ovarian hormones. *Life Sci* 1983; 32: 2015-2021.
134. Bonnar J, Frarildin M, Nott PN, Mcneilly AS. Effect of breast feeding on pituitary-ovarian function after childbirth. *BMJ* 1975; 4: 82-84.
135. Bridges RS, Di Bisse R, Loundes DD, Doherty PC. Prolactin stimulation of maternal behavior in female rats. *Science* 1985; 227: 782-784.
136. George HC, Wilson KC. Endorphin and puerperal psychiatric symptoms. *Br J Pharmacol* 1983; 80: 493.
137. Metz A, Stump K, Cowan PS, Elliot JM, Gelder MG, Grahame DG. Changes in platelet adrenoceptor binding postpartum : possible relation to maternity blues. *Lancet* 1983; 1: 495-298.
138. Pedersen CA, Stern RA, Pate J. Thyroid and adrenal measures during late pregnancy and puerperium in women who have major depressed or who become dysphoric postpartum. *J Affective Disorders* 1993; 29: 201-211.
139. Railton IE. The use of corticoids in postpartum depression. *J Am Med Women's Association* 1961; 16: 450-452.
140. Appleby L, Warner R, Whitton AA. Contralld study of fluoxetine and cognitive behavioural counselling in the treatment of postnatal depression. *BMJ* 1997; 314: 932-936.
141. Uddenberg N, Engleson T. Prognosis of postpartum mental disturbance: a prospective study of primiparous women and their old children. *Acta Psychiatry Scand* 1978; 58: 201- 212.

EK-1

ANNE TANITIM FORMU

Ad- soyad:

- 1) Yaşınız:
 - a) 20 ve altı
 - b) 20-25
 - c) 25-30
 - d) 30-35
 - e) 35 ve üstü
- 2) Gebelik sayınız:
 - a) 1-2
 - b) 3-4
 - c) 5 ve üstü
- 3) Doğum sayınız
 - a) 1-2
 - b) 3-4
 - c) 5 ve üstü
- 4) Yaşayan çocuk sayınız:
 - a) 1-2
 - b) 3-4
 - c) 5 ve üstü
- 5) Başka bir bölgeden göç ettiniz mi?
 - a) evet
 - b) hayır
- 6) Yaşadığınız yer:
 - a) kent merkezi
 - b) gece kondu
 - c) kırsal alan
- 7) Daha önce psikiyatrik bir hastalık geçirdiniz mi?
 - a) evet
 - b) hayır
- 8) Daha önceki gebelik sırasında veya doğum sonrasında psikiyatrik bir rahatsızlık geçirdiniz mi?
 - a) evet
 - b) hayır
- 9) 11 yaşından önce anne yada babadan bir aydan uzun süre bir süre ayrı kaldınız mı?
 - a) evet
 - b) hayır
- 10) Eşinizde psikiyatrik bir hastalık var mı?
 - a) evet
 - b) hayır
- 11) Eşinizle ilişkiniz nasıl?
 - a) Çok iyi
 - b) İyi
 - c) Orta
 - d) kötü
 - e) yaşamıyor
- 12) Annenizle ilişkiniz nasıl?
 - a) Çok iyi
 - b) İyi
 - c) Orta
 - d) kötü
 - e) yaşamıyor
- 13) Babanızla ilişkiniz nasıl?
 - a) Çok iyi
 - b) İyi
 - c) Orta
 - d) kötü
 - e) yaşamıyor
- 14) Kayınvalide ile ilişkiniz nasıl?
 - a) Çok iyi
 - b) İyi
 - c) Orta
 - d) kötü
 - e) yaşamıyor
- 15) Kayınpeder ilişkiniz nasıl?
 - a) Çok iyi
 - b) İyi
 - c) Orta
 - d) kötü
 - e) yaşamıyor
- 16) Bebeğinizin sağlık durumu nasıl?
 - a) Çok iyi
 - b) İyi
 - c) Orta
 - d) kötü
 - e) yaşamıyor
- 17) Aile tipiniz nasıl?
 - a) Çekirdek
 - b) Geniş
- 18) Gelir düzeyiniz nasıl?
 - a) üst
 - b) orta
 - c) düşük
- 19) Eğitim durumunuz nedir?
 - a) eğitimsiz
 - b) ilkokul
 - c) lise
 - d) yüksekokul
- 20) Doğumu ne zaman yaptınız?
 - a) 2-4 hafta
 - b) 6-8 hafta
 - c) 10-12 hafta
- 21) Doğum şekliniz:
 - a) Normal doğum
 - b) Sezeryan
- 22) Doğumla ilgili kötü öyküler dinlediniz mi yada yaşadınız mı?
 - a) evet
 - b) hayır
- 23) Gebeliğinizi planlamış mıydınız?
 - a) evet
 - b) hayır

EK-2 EDİNBURGH POSTPARTUM DEPRESYON SKALASI

Yakın zamanda 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 daireyi işaretleyiniz.

- 1) Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum
 - a) Her zaman olduğu kadar
 - b) Artık pek o kadar değil
 - c) Artık kesinlikle o kadar değil
 - d) Artık hiç değil
- 2) Geleceğe hevesle bakıyorum
 - a) her zaman olduğu kadar
 - b) Her zamankinden biraz daha az
 - c) Her zamankinden kesinlikle daha az
 - d) Hemen hemen hiç
- 3) Birşeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum
 - a) Evet, çoğu zama
 - b) Evet, bazen
 - c) Çok sık değil
 - d) Hayır, hiçbir zaman
- 4) Nedensiz yere kendimi sıkıntılı yada endişeli hissediyorum
 - a) Hayır, hiçbir zaman
 - b) Çok seyrek
 - e) Evet, bazen
 - c) Evet, çoğu zaman
- 5) İyi bir nedeni olmadığı halde, korkuyor yada panikliyorum
 - a) Evet, çoğu zaman
 - b) Evet, bazen
 - c) Hayır çok sık değil
 - d) Hayır hiçbir zaman
- 6) Herşey giderek sırtıma yükleniyor
 - a) Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum
 - b) Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum
 - c) Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkamıyorum
 - d) Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum
- 7) Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum
 - a) Evet, çoğu zaman
 - b) Evet, bazen
 - c) Çok sık değil
 - d) Hayır, hiçbir zaman
- 8) Kendimi üzüntülü yada çökkün hissediyorum
 - a) Evet, çoğu zaman
 - b) Evet, oldukça sık
 - c) Çok sık değil
 - d) Hayır, hiçbir zaman

- 9) Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum
- a) Evet, çoğu zaman
 - b) Evet, oldukça sık
 - c) Çok seyrek
 - d) Hayır, asla
- 10) Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu
- a) Evet, oldukça sık
 - b) Bazen
 - c) Hemen hemen hiç
 - d) Asla