

T.C
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRI ANABİLİM DALI

POSTPARTUM DÖNEMDE GÖRÜLEN RUHSAL
SORUNLARIN SOSYODEMOGRAFİK, PSİKIYATRİK VE
OBSTETRİK ÖZELLİKLER YÖNÜNDEN
DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ
Dr. BİRSEN KOCAMANOĞLU

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. AHMET RIFAT ŞAHİN

SAMSUN 2008

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
İÇİNDEKİLER	I
TEŞEKKÜR	II
TABLO LİSTESİ	III
KISALTMALAR	IV
ÖZET VE ANAHTAR KELİMELER	V
ABSTRACT AND KEYWORDS	VII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
3. AMAÇ	18
4. GEREÇ VE YÖNTEM	19
5. BULGULAR	23
6. TARTIŞMA	35
7. SONUÇ VE ÖNERİLER	48
8. KAYNAKLAR	50
9. EKLER	
• Ek 1: Bilgi formu	60
• Ek 2: EPDS (Edinburg Postnatal Depresyon Skalası)	62
• Ek 3: STAI (Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği)	63
• Ek 4: SCL-90 R (Belirti Tarama Listesi)	65
• Ek 5: RBSÖ (Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği)	68
• Ek 6: SDÖ (Sosyal Destek Ölçeği)	69

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim sırasında bilgi ve deneyimlerini aktaran, desteğini esirgemeyen ve aynı zamanda tez danışmanım olan Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Ahmet R Şahin başta olmak üzere değerli hocalarım, Prof. Dr. Ali C Arık, Doç.Dr. Hatice Özyıldız Güz, Yrd.Doç.Dr. Ömer Böke, Yrd.Doç.Dr. Gökhan Sarısoy ve Yrd.Doç.Dr. Ozan Pazvantoğlu'na,

Rotasyon eğitimlerimiz sırasında eğitimimize katkılarından dolayı Prof.Dr. Musa K. Onar, Prof.Dr. Kuddisi Cengiz, Yrd.Doç.Dr. Seher Akbaş ve Yrd.Doç.Dr. M.Z. Koray Karabekiroğlu'na,

Tezimin istatistiksel değerlendirmesindeki desteklerinden dolayı Yrd.Doç.Dr. M. Çağatay Güven ve Yrd.Doç.Dr. Leman Tomak'a

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm asistan, psikolog, hemşire ve personel arkadaşlarıma,

Çalışmama katılarak emek veren tüm hastalarım,

Varoluşumu, herşeyimi borçlu olduğum sevgili anne ve babama,

Beni her zaman destekleyip yanımda olan değerli eşime, sevgili kızım ve oğluma

Teşekkür Ediyorum

KISALTMALAR

ark	: Arkadaşları
BAE	: Beck Anksiyete Envanteri
BDE	: Beck Depresyon Envanteri
BTA	: Başka Türlü Adlandırılmayan
DKÖ	: Durumluk Kaygı Ölçeği
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanı ve Sınıflandırılması El Kitabı)
EKT	: Elektro Konvülsif Tedavi
EPDS	: Edinburgh Postnatal Depression Scale (Edinburg Postnatal Depresyon Skalası)
ICD	: International Statistical Classification of Diseases
KDT	: Kognitif Davranışçı Terapi
O.K.	: Oral Kontraseptif
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
OR	: Odds-Ratio
PB	: Panik Bozukluk
PPD	: Postpartum Depresyon
PTSB	: Post Travmatik Stres Bozukluğu
RBSÖ	: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
SCID-I	: Structured Clinical Interview for DSM-IV (DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme)
SCL-90 R	: Symptom Check List-90 Revised (Belirti tarama listesi)
SDÖ	: Sosyal Destek Ölçeği
SKÖ	: Sürekli Kaygı Ölçeği
SSGİ	: Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
STAI	: State-Trait Anxiety Inventory (Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği)
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

ÖZET

Amaç: Postpartum dönemde ruhsal bozukluk gelişimini etkileyen psikososyodemografik ve obstetrik risk faktörlerini belirleyip bunların, postpartum ruhsal bozuklukları erken dönemde saptama konusunda öngörücü olup olmadıklarını ve bu tür etkenlerle doğum sonrasında ortaya çıkabilecek ruhsal sorunlar arasındaki ilişkiyi yordamaktır.

Gereç ve yöntem: Çalışmaya Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Doğum Bölümünde doğum yapmış 270 gönüllü alındı. İlk haftada yapılan görüşmede sosyodemografik anket formu, EPDS(1), STAI [DKÖ(1)-SKÖ], Sosyal Destek Ölçeği, SCL-90R ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği uygulandı. Doğumdan dört-altı ay sonra gerçekleştirilen ikinci görüşmede mini demografik anket formu, EPDS(2), SCID-I ve DKÖ(2) uygulandı.

Katagorik verileri değerlendirmede ki-kare ve lojistik regresyon analizi uygulandı. Sürekli değişkenlerin karşılaştırılması Kruskal-Wallis varyans analizi ve Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testiyle yapıldı. Depresyon ve anksiyetenin ölçüsü olarak EPDS(2) ve DKÖ(2)'nin, ilk görüşmede uygulanan testlerle korelasyonlarına bakıldı. Depresyon ve anksiyete modelini oluşturmada Adımsal (Stepwise) hiyerarşik regresyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Katılımcıların %42.8'i primipardı ve yaş ortalamaları 29.83 ± 4.98 yılı. İkinci görüşmede aldıkları Eksen I tanılarına göre dört gruba ayrıldılar. %15.0'i Major Depresif Bozukluk, %8.7'si BTA Depresif Bozukluk, %8.1'i Anksiyete Bozukluğu ve %69.4'u Normal grubunda değerlendirildi. Geçmiş psikiyatrik ve tıbbi hastalık öyküsü, olguların annelerinde postpartum psikiyatrik öykü, evlilikte sorunlar yaşama, bu gebelik sonrası postpartum hüznün yaşanması, yetersiz sosyal destek ve yapılan iki görüşme arasında anne veya bebek sağlığıyla ilgili sorunlar yaşanması postpartum ruhsal bozukluk gelişiminin bağımsız öngörücüleri olarak saptandı. Regresyon analizi sonucunda sırasıyla EPDS(1), SCL-D ve DKÖ(1) EPDS(2)'yi; DKÖ(1), SCL-D, EPDS(1), SCL-OK, SKÖ ve SCL-ÖD ise DKÖ(2)'yi en iyi yordayan değişkenler olarak bulundu.

Sonuç: Postpartum dönemdeki kadınlar, ruhsal bozukluk gelişiminde etkili bulunan risk faktörleri yönünden sorgulanıp, kolay uygulanabilir psikometrik testlerle

değerlendirildiklerinde mevcut ruhsal sorunlar saptanabilir veya ileride gelişebilecek olanlar öngörülebilir.

Anahtar Sözcükler: Postpartum psikiyatrik bozukluklar, postpartum depresyon, postpartum anksiyete bozukluğu, risk faktörleri.

SUMMARY

Aim: To detect the psychosociodemographic and obstetric risk factors that affects the development of the psychiatric disorders in the postpartum period, investigate if those risk factors would be helpful in determining postpartum psychiatric disorders in the early stages.

Method: 270 volunteers who gave birth in Ondokuz Mayıs University Faculty of Medicine Hospital participated in this study. In the first interview first week after delivery, the sociodemographic questionnaire, EPDS(1), STAI[State(1)-Trait], Social Support Scale, SCL-90R and Rosenberg Self-Esteem Scale were administered. The second interview fourth-sixth month after delivery, mini-demographic questionnaire, EPDS(2), SCID-I and State(2) were administered. To compare categorical data, chi-square and logistic regression analysis were applied. Continuous variables were compared via the Kruskal-Wallis one-way ANOVA and Bonferroni adjustment Mann-Whitney U-tests. EPDS(2) and State(2) values were taken as the measure of depression and anxiety; and the correlations between the tests applied in the first interview were analyzed. Hierarchical stepwise regression analysis was used to construct the best explanatory depression and anxiety models.

Findings: 42.8% of the participants were primiparous and the mean age was 29.83 ± 4.98 years. They were divided into four groups according to the Axis I diagnosis. 15.0% of them were evaluated as the Major Depressive Disorder, 8.7% as the Otherwise Specified Depressive Disorder, 8.1% as the Anxiety Disorder and 69.4% as the Normal group. Story of a past psychiatric disorder and a medical illness, postpartum psychiatric story of the mother of the cases, problems in the marriage, a postpartum blues after the most recent pregnancy, insufficient social help and having problems regarding the health of children or mother in the period between the first and the second interviews were specified as the independent predictors of the postpartum psychiatric disorders. Hierarchical stepwise regression analysis showed that EPDS(1), SCL-depression and State(1) were the best independent test variables in the prediction of EPDS(2), while State(1), SCL-depression, EPDS(1), SCL-obsessive-compulsive, Trait and SCL-hostility were the best for State(2).

Conclusion: When women in the postpartum period are investigated about the risk factors that are effective on the development of the psychiatric disorders and they are examined via some easily applicable psychometric tests, the existing psychiatric problems can be detected or the future ones can be predicted.

Keywords: Postpartum psychiatric disorders, postpartum depression, postpartum anxiety disorder, risk factors.

1. GİRİŞ

Plasentanın doğumuyla başlayan, gebelik sırasında anne vücudunda oluşan değişikliklerin, gebelik öncesi duruma geri döndüğü altı sekiz haftalık lohusalık periyodu ve emzirme dönemini de kapsayan bir yıllık zaman dilimi olan postpartum dönem, psikiyatrik tabloların da görülebildiği önemli bir süreçtir ^(1,2). Bu süreç birtakım değişimlerle karakterizedir. Fizyolojik olarak uterus, vajina ve diğer genital organlar gerileme sürecine girerek gebelik öncesi duruma dönerlerken bir yandan da laktasyonla birlikte anneliğe geçişin yaşandığı, yeni rol ve sorumlulukların kazanıldığı zor ve ilerleyici bir süreç yaşanmaktadır. Kazanılan bu roller annede belli seviyede stres ve kaygı yaratmaktadır ⁽³⁾.

Bu dönemde ortaya çıkabilen ruhsal durum değişiklikleri bir noktadan sonra kişinin yaşam aktivitelerini, sosyal yaşamını ve kişilerarası ilişkilerini olumsuz yönde etkilemektedir ⁽⁴⁾.

Postpartum dönemde ortaya çıkan duygudurum bozuklukları belirtilerin şiddetine, özelliklerine, tedavisine ve prognozlarına göre sınıflandırılarak; postpartum hüznün, postpartum depresyon (PPD) ve postpartum psikoz olmak üzere başlıca üç grupta toplanmaktadır ⁽⁵⁾. Önceki yıllarda daha çok ve daha ayrıntılı olarak postpartum depresyon ve hüznün ile ilgili araştırmalar rapor edilmiş olmakla beraber son yıllarda yapılan çalışmalar başta anksiyete bozuklukları olmak üzere diğer postpartum psikiyatrik bozukluklara da yönelmiştir.

Postpartum hüznün, postpartum dönemin ilk zamanlarında kadınların %50-80 gibi önemli bir bölümünü etkileyen, en sık görülen doğum sonu problemlerden biridir ve geçicidir. Genelde doğumdan sonraki üç beş gün içinde ortaya çıkan, ilaç tedavisi gerekmeksizin yedi on gün içinde kendini sınırlayan hafif bir depresyon ve duygusal oynaklık durumudur ^(5,6,7).

Postpartum depresyon doğumdan sonraki ilk yıl içinde herhangi bir zamanda başlayabilen bir duygu durum bozukluğudur ⁽⁸⁾. PPD postpartum kadınların %10-15'inde görülür ⁽⁷⁾. Depresif durum, normal sayılabilecek hüznün halinden, renkli ve hızlı başlangıçlı psikotik depresyona kadar değişen klinik belirtilerle ortaya çıkabilir. Bu dönemde annede; bedensel yakınmalar, aşırı yorgunluk, bebeğin beslenme ve uykusuyla ilgili endişeler vardır. Aynı zamanda bebeğe şiddet uygulama ile ilgili obsesyonel

düşünceler, özkıyım girişimleri, konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflığı, ağır anksiyete, panik ataklar, kendiliğinden ağlamalar, iştahsızlık ve uykusuzluk gibi yakınmalar olabilir⁽⁶⁾. PPD morbidite ve mortalite riski yüksek bir bozukluktur. Anneyi, bebeği, anne bebek ilişkisini ve tüm aileyi olumsuz yönde etkileyebilir. Bebeğin duygusal, sosyal ve bilişsel gelişimi üzerinde olumsuz etkileri olabilir⁽⁵⁾.

Postpartum psikoz, oldukça ender bir tablo olup, yaygınlığı 1000 doğumda bir veya ikidir⁽⁷⁾. Başlangıcı genellikle doğumdan bir ya da iki hafta sonradır. Postpartum psikoz sıklıkla depresyon, hezeyanlar ve annede kendisine ya da bebeğine zarar verme düşünceleri ile belirli bir hastalık tablosudur. Bazı kadınlar bu dönemde düşüncelerini eyleme dönüştürebilecekleri için dikkatli olunmalıdır. Postpartum psikoz genellikle akut olarak başlar, ağır bir depresyonun ardından birkaç gün ya da birkaç hafta devam edebilen manik belirtiler ortaya çıkabilir. Hastada renkli psikotik belirtiler gözlenebilir⁽⁵⁾.

Postpartum dönemde yaygın anksiyete bozukluğu (YAB)⁽⁹⁾, posttravmatik stres bozukluğu (PTSB)⁽¹⁰⁾, panik bozukluk (PB)⁽¹¹⁾ ve obsesif kompulsif bozukluk (OKB)⁽¹²⁾ gibi anksiyete bozukluklarının da başladığını, alevlendiğini ya da iyileştiğini gösteren çeşitli çalışmalar vardır. Bununla beraber Matthey ve ark⁽¹³⁾ anksiyete semptomlarının postpartum dönemde sıklıkla göz ardı edildiğini vurgulamışlardır.

Ayrıca bipolar bozukluk geçmişi olan kadınlarda postpartum dönem süresince nedeni tam olarak bilinmese de bu hastalığın tekrarlama riski artmaktadır⁽⁷⁾.

Sıklığı, anne, bebek ve aileye olumsuz etkileri göz önüne alındığında postpartum dönemdeki psikiyatrik bozuklukların oluşumunda rol alan faktörlerin irdelenmesinin, erken tanı ve zamanında tedavi sağlanmasının önemi ortadadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. TARİHSEL SÜREÇ VE TANIM

Postpartum ruhsal bozukluklara ilişkin fenomonolojinin uzun bir öyküsü vardır. Postpartum ruhsal bozukluklarla ilgili halen geçerliliğini koruyan ilk dökümanlar Hippocrates ve Tortula'ya ait belgelerdir. Çok eski zamanlarda tanınması ve patogenezi hakkında 19. yüzyıl ortalarına dek kapsamlı bir çizgide araştırmalar yapılmasına rağmen yine de çok iyi bilinmeyen bir sendrom olarak kalmıştır. Esquirol, 1845'te postnatal duygudurum bozukluğu sendromları ile ilgili nedenini laktasyona bağladığı değişik tablolar tarif etmiştir⁽¹⁴⁾. Kraepelin ve Bleuler gebelik ve doğum stresini izleyerek ortaya çıkan tipik sendromlar olduğunu öne sürmüşlerdir⁽¹⁵⁾. 50'li ve 60'lı yıllara kadar özellikle yönelim, bilinç ve algılamının bozulduğu postpartum psikozlar “organik tabiatla toksik bozukluklar” olarak görülmüştür⁽¹⁶⁾.

Pitt⁽¹⁷⁾ de benzer şekilde postpartum depresyonun klasik depresif hastalıklardan farklı bir bozukluk olduğunu ileri sürmüş ve doğuma eşlik eden hormonal değişiklikler sonucu olmaktan ziyade özgül olmayan bir stres cevabı olarak değerlendirmiştir.

Dalton⁽¹⁸⁾ gibi başka araştırmacılar ise, postpartum depresyon gelişmesinde hormonal değişiklikler ve özellikle puerperiumdaki ani progesteron düşmesinin sorumlu olduğunu savunmuşlardır.

Postpartum dönemde gelişen psikiyatrik bozukluklar DSM-III-R'de ayrı bir tanı kategorisi olarak sınıflandırılmamış, bir organik mental bozukluk, psikotik duygudurum bozukluğu ya da herhangi bir başka psikotik bozukluğun tanı ölçütlerini karşılamayan postpartum psikozlar “başka türlü adlandırılmayan (BTA) psikotik bozukluklar” başlığı altında incelenmiştir⁽¹⁹⁾. Sonraki yıllarda yapılan prevalans, izleme ve etiyoloji çalışmaları bu bozuklukların tanı ve sınıflandırılması ile ilgili olarak birbiriyle uyuşmayan kuramların ortaya atılması sonucunu doğurmuştur. DSM-IV'de duygudurum bozuklukları için “postpartum başlangıçlı” belirleyicisi kullanılmıştır. Bu belirleyici, başlangıcı doğumdan sonraki 4 hafta içinde olmuşsa, major depresif bozukluk, bipolar I ya da bipolar II bozukluğunda, o sıradaki (ya da en son) major depresif, manik ya da karışık epizoda ya da kısa psikotik bozukluğa uygulanabilir⁽²⁰⁾. Ancak belirtilen 4 haftalık sürenin yanı sıra, başlangıcın doğumdan sonraki ilk yıl içinde de olabileceği bildirilmektedir^(8,21). ICD-10'da ise “fizyolojik bozukluklar ve fizik

etkenlerle bağlantılı davranış sendromları” ana başlığı altında “lohusalıkla bağlantılı ve başka yerde sınıflandırılmamış ruhsal ve davranışsal bozukluklar” olarak bir bölüm ayrılmıştır. Bu sınıflandırmanın, sadece lohusalıkla ilgili olan ve yeterli bilgi olmadığı için ya da bazı ek klinik özellikleri nedeni ile başka bölümlerde sınıflandırılan bozuklukların tanı ölçütlerini sağlamayan ruhsal bozukluklar için kullanılması önerilmektedir⁽²²⁾.

Postpartum dönem; doğumdan hemen sonraki emzirme dönemi ve bebeğin bir yaşına kadar olan zaman dilimini içeren, psikiyatrik tabloların görülebildiği önemli bir evredir^(1,2). Doğum deneyiminin normal ve patolojik sonuçlarını inceleyen çalışmalar erken postpartum dönemin bütün anneler için en anlamlı psikolojik değişmelere sahne olan bir dönem olduğunda birleşmektedirler. Postpartum ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasında biyolojik, hormonal ve ailesel etkenlerin psikososyal çerçeve ile birlikte çok yönlü olarak ele alınması gerekmektedir⁽²³⁾.

Postpartum dönemde anne fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan değişimler yaşamaktadır⁽²⁴⁾. Birçok kadın gebelik ve doğumla birlikte bu değişimlere kolaylıkla uyum sağlarken, kadınların bir bölümünde ılımlı düzeyde psikiyatrik belirtiler, bir kısmında da hastaneye yatırılmayı gerektirecek düzeyde ağır psikiyatrik tablolar gelişebilmektedir⁽⁵⁾.

Gebelik ve doğum önemli biyolojik değişikliklerin yaşandığı fizyolojik bir süreç olduğu kadar, erken gelişim dönemlerine ilişkin bastırılmış ve çözümlenmemiş çatışmaların yeniden gündeme geldiği karmaşık bir süreçtir. Bu nedenle kadınlar, postpartum dönemde hayatın diğer dönemlerine göre psikiyatrik hastalık gelişimi açısından daha fazla risk altındadır⁽⁵⁾. Bununla beraber postpartum dönemde gelişen duygulanım bozukluğunun, yaşamın diğer dönemlerindeki duygulanım bozukluklarından önemli farklılığının olmadığını ileri süren görüşler de vardır⁽²⁵⁾.

2.2. POSTPARTUM PSİKİYATRİK BOZUKLUKLARIN SINIFLANDIRMASI

Postpartum dönemde ortaya çıkan psikiyatrik sendromların -çok net olarak belirlenmemiş olmakla birlikte- konuyla ilgili yayınlar incelendiğinde belirtilerine, fenomenolojik özelliklerine, sağaltımlarına ve prognozlarına göre tanımlanarak postpartum hüznün, postpartum depresyon ve postpartum psikoz olmak üzere başlıca üç

grupta toplandıkları görülmektedir^(5,26). Bu durumlar, birbirlerini dışlayan sendromlar değildir. Örneğin, postpartum psikozlar postpartum hüznü izleyerek ortaya çıkabileceği gibi psikozların ılımlı depresyonlardan ayrımı da belki yalnızca bir şiddet farkına dayanarak yapılabilir^(2,27). Puerperal psikiyatriyi özetleyen bir derlemede çok geniş çeşitlilikte postpartum bozukluklar tanımlanmış, özellikle uzun dönem olumsuz etkilere yol açmakla beraber tedaviye iyi yanıt verdikleri için anne bebek ilişkisindeki bozuklukların tanımlanmasının önemi vurgulanmıştır. Ayrıca klasik üç grup bozukluk dışında YAB, PTSB, PB, OKB ve değişik morbid kaygılar gibi puerperal anksiyete bozukluklarının da bu dönemde görülebildiği ve ciddi sonuçlara yol açabilecekleri belirtilmiştir⁽²⁸⁾.

2.2.1. POSTPARTUM HÜZÜN

2.2.1.1. Etiyoloji

Etiyolojide birçok hormonal ve sosyodemografik etken araştırılmasına rağmen sonuçlar çelişkilidir. Postpartum hüznün başlangıcının doğum sonrası östrojen ve progesteron düzeylerinin ani düşüşü ile eş zamanlı olması, onun endokrin bir fenomen olabileceğini düşündürmektedir⁽²⁵⁾. Bundan başka plazma triptofanındaki doğum sonrası beklenen artışın olmaması, değişmiş platelet Mono Amin Oksidaz (MAO) aktivitesi ve daha yüksek serum kortizol düzeyleri ile ilişkisi olabileceği düşünülmektedir⁽²⁵⁾. O'Hara ve ark⁽²⁹⁾ hamilelik döneminde yaşanan depresif belirtilerin, postpartum hüznün öncüsü olduğunu bildirmişlerdir.

Postpartum hüznün ile ilgili ileriye dönük bir araştırmada premenstrual disfori öyküsü, özgeçmiş ve soygeçmişte depresyon öyküsünün daha fazla bulunduğu saptanmıştır⁽³⁰⁾. Araştırmacılar kişisel etkenler, gebeliğin son trimesterinde anksiyete ve depresif semptomlar yaşama, primipar olma, doğum korkuları, sosyal uyum güçlüğü ve gebeliğe karşı çelişkili duygular yaşayan kadınların da postpartum hüznün daha yatkın olduklarını ileri sürmüşlerdir⁽³¹⁾.

2.2.1.2. Klinik Özellikler

Ağlamaklı olma, irritabilite, duygusal oynaklık, anksiyete, eleştiriye aşırı duyarlılık, kaygı, uykusuzluk, enerji azlığı, iştah kaybı, yeni doğum yapmaya ve çocuk için gereken ilgiye bağlı genel bunalmışlık hissi gibi ani ruhsal değişimler ve geçici semptomlar içermekte olup onuncu günde kendi kendine düzelir. Ayrıca kadınların

işlevselliğini ve bebeklerine bakımını etkilemez^(6,7). Hastanın, özellikle kendisi ve çocuğunun sağlığı konusundaki endişesi artmaktadır. Cinsel ilgi kaybı olmuşsa daha uzun sürebilir⁽³¹⁾.

2.2.1.3. Tedavi

Kadınların %75'inde belirtilerin şiddetinin kısa süre sonra azalarak kaybolduğu tahmin edilmektedir, bu nedenle tedaviye gereksinim duyulmaz. Ancak %20-25 oranındaki bir kısım tamamen postpartum depresyona ilerleyebileceği için belirtiler beklenen süre içerisinde geçmediyse depresyona dönüşme riski açısından dikkatli olunmalıdır. Tedavide psikolojik eğitim verilmeli, ailesi ve sağlık personeli tarafından desteklenmeli, bebek bakımı ile yeni doğan sağlığına ilişkin bilgi eksiklikleri saptanarak giderilmeli ve dikkatli gözlem yapılmalıdır. Bu uygulamalar süreci aşmada oldukça etkili olmaktadır^(6,7,32).

2.2.2. POSTPARTUM PSİKOZ

Postpartum psikoz olgularının genelde birincil duygudurum bozukluklarının doğum stresiyle ortaya çıkmış atakları olduğu düşünülmektedir⁽²³⁾. Kendell ve ark⁽³³⁾, postpartum psikozların olasılıkla manik depresif bozukluklar olduğunu ve şizofreni ile ilişkisi olmadığını ileri sürmüşlerdir.

Postpartum psikozun başlı başına ayrı bir antite olup olmadığı halen tartışmalıdır. Affektif hastalığın bir alt tipi ya da sadece doğumun yarattığı strese bağlı olarak daha önceden mevcut şizofrenik veya affektif hastalığın alevlenmesi olduğu yönündeki tartışmalar devam etmektedir⁽³⁴⁾. Eldeki verilerin büyük çoğunluğu postpartum psikoz ile özellikle bipolar bozukluklar ve major depresif bozukluk gibi duygudurum bozukluklarının yakın ilişkisi olduğunu düşündürmektedir^(7,35).

Postpartum psikiyatrik bozuklukların en şiddetli ve en az görülen formudur (%0.1-0.2)⁽⁷⁾.

2.2.2.1. Risk faktörleri

Postpartum psikoz geliştirmenin en önemli risk faktörü, geçmiş puerperal olan veya olmayan psikoz öyküsüdür. Bu durumda, puerperal relaps riski % 70 kadar yüksektir. Diğer risk faktörleri, ilk doğum, evlenmemiş olmak, sezeryan operasyonu, kız çocuğu sahibi olmak ve ailevi psikiyatrik hastalık öyküsünü içerir. Fetal distress ve fetal anomaliler (nörolojik anomaliler, siyanoz, neonatal polisitemi, trombositopeni) de

risk faktörleri olarak tanımlanmıştır⁽⁷⁾. Olguların yaklaşık yarısının doğumlarında psikiyatrik olmayan perinatal komplikasyonlar ortaya çıkmıştır⁽³⁶⁾. Doğum yapma yaşı ve sosyokültürel durumla ilişkisi gösterilememiştir⁽³⁴⁾. Postpartum psikozu olan kadınların %50'sinin primipar kadınlar olduğu dikkati çekmektedir.

2.2.2.2. Etiyoloji

Postpartum psikozun etiyojisi bilinmemektedir. Doğumdan sonra hormonal değişikliklerin rolü ele alınmış olmasına karşın kadın üreme hormonlarının postpartum psikozla ilişkili sinir sistemine etkisi konusunda deliller yetersizdir⁽⁷⁾. Doğum sonrası östrojen ve progesteron konsantrasyonlarındaki ani düşmenin bozuklukla bağlantılı olabileceği ileri sürülmektedir. Ayrıca değişen kortizol ve tiroid hormon seviyeleri de etiyojide suçlanmış olmakla beraber etkileri kesin olarak gösterilememiştir⁽⁷⁾.

2.2.2.3. Klinik özellikler

Postpartum psikozun klinik prodromu uykusuzluk, halsizlik, üzüntü, irritabilite ve emosyonel labiliteyi içerebilir. Psikozun kendisi dramatik olarak ve hızlıca gelişebilir. Postpartum duygudurum bozukluğu gelişen hastalar için psikozu gösteren semptomlar; işitsel varsanılar, konfüzyon ile beraber nihilistik, grandiyöz ve suçluluk sanrılarıdır. Şizofrenili puerperal kadınlar arasında işitsel varsanılar, ajitasyon, perseküsyon ve kontrol edilme sanrıları, formal düşünce bozuklukları, dezoryantasyon ve konfüzyon semptomları daha yaygındır. Hafif deliryum, dikkati yoğunlaştırmada yetersizlik, distraktibilite, zayıf yakın bellek, labil duygudurum ve şaşkınlık durumları ile kendini gösteren ek geçici semptomlar ortaya çıkabilir⁽⁷⁾.

Hastanın bebeğe bakmak istememe, bebeğe ya da kendisine zarar verme düşünceleri olabilir. Sanrısız düşünce temelinde bebeğin kusurlu veya ölü olduğu, içine şeytan girdiği ve şeytan tarafından delileştirildiği, özel güçleri olduğu, dehşet bir kader ile karşılaşacağı düşünceleri bulunabilir. Bu sanrısız düşünceler çocuğu gelecekteki acılardan kurtarmak için onu öldürme eğilimine yol açabilir. Halüsinasyonlar benzer içeriklerle ortaya çıkar ve hastaya bebeğini öldürmesini söyleyen sesler şeklinde olabilir. Annelerin bu dönemde düşüncelerini eyleme dönüştürebilecekleri için dikkatli olunmalıdır^(35,36). Bununla beraber bebek ölümü seyrektr^(6,7,36).

2.2.2.4. Ayırıcı tanı

Herhangi bir psikotik bozuklukta olduğu gibi klinisyen genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk veya madde kullanımının yol açtığı psikotik bozukluk olasılığını

düşünmelidir. Hipotiroidizm, Cushing, infeksiyonlar, zehirlenmeler, tümörler genel tıbbi durumla ilgilidir. Madde kullanımıyla ilgili olarak gebelik sırasında kullanılan ağrı kesiciler ve antihipertansifler sorgulanmalıdır⁽³⁶⁾.

2.2.2.5. Tedavi

Postpartum psikoz psikiyatrik acil tedavi gerektiren bir durumdur. Sağaltılmadığında daha şiddetli ve kendiliğinden ortaya çıkan sık yineleyen epizodlar şeklinde sürebilir; işlevsellikte bozulma ve hatta mortalite riski söz konusu olabilir. Postpartum psikozda hastane yatışı, antipsikotikler ya da elektrokonvülsif tedavi (EKT) gerekebilir^(31,37).

2.2.2.6. Gidiş ve sonlanış

Postpartum psikotik epizod çok iyi bir seyre sahip olsa da, yüksek oranda rekürrens olasılığı vardır ve rekürrensler sonraki puerperal olmayan dönemlerde de ortaya çıkabilir. Kısa psikotik bozukluk ve duyguduruma bağlı psikoz için seyir görece daha iyidir. Şizofrenide ise kronik gidiş ve yeti yitimi olasılığı yüksektir⁽⁷⁾. Postpartum psikotik atakların zaman içinde izlenmesi yoluyla bu bozuklukların tanısız durumu netleştirilebilir. Konu ile ilgili çalışmalar kısıtlıdır. Benvenuti ve ark⁽¹⁶⁾, bu amaçla 30 postpartum psikozlu kadını 4-18 yıl süreyle izlemiş ve sonuçlarını yayımlamışlardır. Buna göre, postpartum psikoz geçiren kadınların %63'ü sonradan psikiyatrik bozukluklar göstermişler ve bunların %87'si duygudurum bozukluğu, %13'ü ise şizoaffektif bozukluk tanısı almışlardır. Hastaların hiçbirisi sonradan şizofreni tanısı almamıştır. İzlenen kadınların %36.7'sinde ise yıllar içinde herhangi bir psikopatoloji ortaya çıkmamıştır. Postpartum dönemde major depresyon tanısı alan kadınların çoğu, daha sonra bipolar bozukluk epizodları yaşamışlardır.

2.2.3. POSTPARTUM DEPRESYON

DSM-IV'de özellikle doğum sonu ilk dört hafta içinde başlayan depresyonun postpartum depresyon olarak değerlendirilebileceği belirtilmektedir⁽²⁰⁾. Diğer bazı çalışmalarda ise başlangıç döneminin daha çok 6-12. haftalarda olmak üzere ilk bir yıl içinde herhangi bir zamanda olabileceği bildirilmektedir^(8,21,38,39).

Gebelikte ağır düzeyde psikiyatrik hastalıkların görülme riski düşük olmakla birlikte postpartum dönemde ruhsal hastalık sıklığında dramatik bir artışın ortaya çıktığı ve bu riskli dönemin altı ay, bir yıl ve hatta iki yıl sürebildiği bildirilmektedir^(5,21).

Depresyonun gebelik döneminde de doğum sonrası dönemdeki kadar yaygın olduğu, ancak bu iki dönemde farklı etiyolojik ve psikolojik etmenlerin rol oynayabileceği yönünde görüşler de vardır⁽²⁹⁾.

2.2.3.1. Görülme Sıklığı

Yapılan çalışmalarda doğum sonrası depresyonun görülme sıklığı tanılama aracı, çalışmanın yöntemi, örneklem büyüklüğü ve kültürel farklılıklarına bağlı olarak değişiklik göstermekte ise de postpartum kadınların yaklaşık %10-15'inde PPD geliştiği saptanmıştır⁽⁷⁾. Amerika ve Avrupa toplumlarında, standart tanı yöntemleri kullanılarak yapılan çalışmalarda doğum sonrası depresyonun görülme sıklığının %3.5-17.5^(38,40) ve kendini bildirim ölçekleri ile yapılan çalışmalarda %3-42^(39,41) olduğu bildirilmektedir. Türkiye'de ise, kendini bildirim ölçekleri ile yapılan çalışmalarda PPD'un görülme sıklığının %21.2-54.2 arasında değiştiği görülmektedir^(42,43,44).

2.2.3.2. Risk Faktörleri

PPD gelişimi için tanımlanan risk faktörlerini bilmek ve risk grubuna dahil olan kadınların yakından izlenmesi erken tanı ve tedaviyle hastalığın uzun dönemli olumsuz etkilerini en düşük düzeye indirmede yararlı olacaktır⁽⁵⁾. Anne açısından gebelik ve doğum biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimin yaşandığı, uyum gerektiren, sağlıklı annelerde bile kaygı artışı, duygusal dalgalanmalar gibi ruhsal bozuklukların görülebildiği bir dönemdir. PPD; anneden kaynaklanan nedenlerle birlikte psikososyal ve çevresel nedenlerin de etkisi ile oluşan bir ruhsal bozukluktur⁽⁴⁵⁾.

Risk faktörlerini belirlemek amacıyla çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Bunlar içinde en ayrıntılı ve en kapsamlı çalışma Beck'in postpartum depresyonun ön belirleyicilerini araştırdığı, 1974-1994 yılları arasında yapılan 44 çalışmayı incelediği meta analiz çalışmasıdır. En önemli risk faktörleri olarak; prenatal depresyon ve anksiyetenin varlığı, geçirilmiş depresyon öyküsü, çocuk bakımına ilişkin yaşanan stresler, sosyal destek eksikliği, stresli yaşam olayları, annelik hüznü, olumsuz evlilik ilişkileri, düşük benlik saygısı, bebeğin huysuzluğu, annenin evlilikten memnuniyetsizliği, sosyoekonomik durumun kötü olması, gebeliğin istenmeme durumu yer almaktadır⁽⁴⁶⁾.

Ailede depresyon öyküsünün bulunması, düşük eğitim düzeyi, ilk doğum, prematüre doğum, şiddetli premenstrüel sendrom, emzirmeme, tiroid hastalıkları, gebelik komplikasyonları, erkek bebek beklentisinin gerçekleşmemesi, fiziksel yorgunluk da PPD ile ilişkili bulunmuştur^(5,38).

Son dönemde yapılan birçok çalışma gebelik dönemindeki mevcut anksiyete ve depresyon ile postpartum dönemdeki depresif belirtilerin ilişkisini göstermektedir⁽³²⁾.

Kültürel gelenekler, inanışlar ve ritüeller PPD gelişimi üzerine güçlü etki gösterebilirler. Yapılan çalışmalarda araştırmacılar kültürel ritüellerin yeterli olmasının PPD'un şiddetini hafiflettiği, eksikliğinin ise PPD'un şiddetini arttırdığı sonucuna ulaşmışlardır. En yaygın ritüeller olarak, doğum sonrası annenin belli bir süre istirahat etmesi, özel diyet ve bazı kısıtlamalar yapılması ve geniş ailelerde anne veya kayınvalidenin anneye destek ve yardımcı olması sayılabilir. Ritüel ve geleneklere göre oluşan sosyal desteğin postpartum duygudurumu üzerine pozitif etkilerinin olduğu gösterilmiştir⁽⁴⁷⁾.

Gebeliğe bağlı komplikasyonlardan preeklampsi, hiperemesis; doğuma ait komplikasyonlardan sezaryen, alet yardımı ile doğum, prematüre doğum, doğum sırasında aşırı kanama postpartum depresyon için potansiyel risk faktörleri olarak bulunmuştur^(14,29).

2.2.3.3. Etiyoloji

2.2.3.3.1. Biyolojik faktörler

Gebelik ve postpartum dönemde birçok hormonal değişiklikler gözlenir. Hamilelik dönemi boyunca yüksek düzeylerde seyreden östrojen ve progesteron seviyelerinde doğum sonrası gözlenen ani düşüş, PPD etiyojisinde önemli bir etken olarak düşünülmektedir. Östrojenin serotonin, noradrenalin, dopamin, GABA (Gama Amino Bütirik Asit) gibi birçok nörotransmitter sistemini modüle ettiği ve gen ekspresyonuna neden olarak diğer beyin aktivitelerini etkilediği bilinmektedir. Doğum sonrası dönemde düşen gonadal steroid düzeyleri santral serotonerjik aktiviteyi azaltabilmektedir^(25,48).

Gebelik esnasında HCG (Human Coryo Gonadotropin)'nin tiroid bezi üzerinde TSH (Tiroid Stimulan Hormon) benzeri etkisi vardır. Ayrıca artmış östrojen düzeyine sekonder TBG (Tiroksin Bağlayıcı Globülin) de artar ve gebelikte tiroid bezi büyüyebilir, total T3, total T4 ve TSH artar. FT3, FT4 ise normal sınırlarlarda kalır. Yükselen tiroid hormonları doğum sonrasında düşer, ayrıca doğumdan sonraki ilk altı ayda kadınların %6'sında tiroid disfonksiyonu gözlenir. Bununla birlikte PPD ile tiroid disfonksiyonu arasında açık bir ilişki bulunmamıştır⁽²⁵⁾.

Ayrıca düşük serum kolesterol düzeyleri ile şiddet, intihar davranışı ve depresyon arasındaki ilişki iyi tanımlanmıştır. Söz konusu ilişkide de ana rolü serotonin oynamaktadır. Serum kolesterolü gebelik süresince yükselmekte ve doğumu takiben hızla düşmektedir^(49,50).

2.2.3.3.2. Psikososyal faktörler

Çocuk sahibi olmak kadın için bir kazanç olmakla birlikte beden algısında, sosyal ilişkilerde, aile içindeki ve toplum içindeki rollerde değişiklikler, entelektüel yetilerde kayıp algısı, bağımsız kadın rolünden sorumluluğu artmış geleneksel kadın rolüne geçiş gibi kimliğe ilişkin değişikliklerin yaşanması kadında depresyon gelişimine yatkınlık yaratabilmektedir⁽⁵¹⁾.

Psikanalitik kurama göre PPD’da kendiliğin kaybı yaşanmaktadır. Doğum olayı bebekle bedensel yakınlığın kaybı olarak düşünülmekte ve sevilen birinin kaybını hatırlatabilmektedir. Bağımsızlığın, önceki yaşam biçimi ve sosyal statünün kaybı, beden imajında değişiklik yaşanmakta, bunun sonucu depresyon ortaya çıkmaktadır⁽⁵⁾.

2.2.3.3.3. Kalıtım

Postpartum mizaç bozukluğu gözlenen kadınların birinci derece akrabalarında mizaç bozukluklarının yaşam boyu prevalansı genel nüfustan çok daha yüksektir. Bu da olası kalıtsal ya da ailesel etkenlerin PPD gelişimindeki önemine işaret etmektedir^(25,26).

2.2.3.3.4. Klinik belirtiler

Postpartum depresyon haftalar ya da aylar sürebilen yavaş bir gelişme gösterir, daha sonra bir plato düzeyine ulaşır ya da düzelir. Bazen doğumdan sonraki dördüncü veya beşinci aylara kadar anlaşılamayarak gözden kaçabilir⁽²¹⁾.

Gebelikte ve postpartum dönemde ortaya çıkan birçok normal fizyolojik değişikliğin (cinsel ilgide azalma, iştah değişikliği, halsizlik, uyku bozukluğu gibi) depresyonda görülen belirtiler ile aynı olduğu, bu nedenle yalnızca belirtilere odaklanan araştırmalardan yanıltıcı sonuçlar ortaya çıkabileceği belirtilmektedir^(5,29). Dolayısıyla doğum sonrasında çok şiddetli depresyonları kolayca ayırt edilirken hafif ya da ılımlı-hafif depresyonlar doğumun normal veya doğal sonucu olarak göz ardı edilebilir. Postpartum ruh hali bozukluğunu tanımada başarısızlık, intihar ve çocuğunu öldürmeye kadar varabilen trajik sonuçlar doğurabilir⁽²⁶⁾.

Postpartum depresyonu klinik olarak diğer depresyon türlerinden ve postpartum hüzünden ayırt etmek güç olabilir. Bununla birlikte PPD’da aileye karşı ilgisizlik ve

bebeğe karşı zıt duygular besleme ön plandadır⁽⁵²⁾. Postpartum olmayan depresyondan farklı olarak psikotik belirtiler daha sık görülür, tablo aksamaları daha kötüdür, daha kısa sürer ve daha az özkıyım düşüncesi vardır. Ayrıca çökkün ruh hali, ilgi kaybı, zevk alamama, günlük işlere karşı isteksizlik, iştah kaybı veya artışı, hemen her gün aşırı uyuma veya uykusuzluk, sıkıntı, huzursuzluk, ajitasyon, kendini yorgun, bitkin, halsiz, yalnız, değersiz, suçlu hissetme, dikkatini bir noktaya toplayamama, çabuk öfkelenme, nedensiz ağlama nöbetleri, çaresizlik, umutsuzluk gibi bulgulara da rastlanmaktadır⁽⁵³⁾. PPD’u postpartum uyum reaksiyonlarından ayırt etmek amacıyla yapılan bir çalışmada uyku bozukluğu, beslenme bozukluğu, kilo kaybı, cinsel isteksizlik gibi belirtilerin normal postpartum dönemde de görülebildiği, ancak enerji kaybı, duygudurum bozukluğu belirtileri, suçluluk duyguları, bir işe yoğunlaşamama, ilgi istek kaybı gibi belirtilerin yalnızca depresif annelerde görüldüğü saptanmıştır⁽⁵⁴⁾.

2.2.3.5. Depresyonun olumsuz etkileri

Postpartum depresyon kadının benlik saygısını, yeteneklerini, çocuklarının yaşamını, bakımını ve gelişimini, aile ve eşi ile ilgili sorumluluk ve rollerini olumsuz yönde etkileyebilir⁽⁵⁵⁾. Postpartum dönemde görülen depresyona, sadece anne için değil, bebek ve tüm aile için olumsuz sonuçları olabileceğinden özel bir yaklaşım gerekir. Postpartum depresyonda anne ve bebek bağı ciddi bir şekilde bozulur. Depresif anneler bebekleriyle emosyonel bağ kurmada güçlük çekerler. Bu annelerin çocukları sadece davranışsal ve emosyonel güçlükler değil aynı zamanda kognitif güçlükler de yaşarlar⁽⁵⁶⁾.

2.2.3.6. Yaklaşım ve Tedavi

Tedavide öncelikle yüksek riskli kadınlar belirlenip takip edilmeli, postpartum iki haftadan uzun süren emosyonel yakınmalar, klinisyeni depresyon açısından daha fazla sorgulama yapması yönünde uyarıcı olmalıdır. Erken tanı konulamazsa belirtiler kronikleşip tedaviye dirençli duruma gelebilir⁽⁵⁷⁾.

Hastaların kendisine ve bebeğine zarar verme potansiyeli sorgulanmalı ve gerektiğinde hemen yatırılarak tedavi altına alınmalıdır⁽⁶⁾. Suisidal düşünce ya da majör işlevsel bozulma (sosyal çekilme, hijyene dikkat etmeme, bebeğine yeterli bakım verememe gibi) olmaksızın depresif semptomlar bildiren kadınlar dikkatlice izlenmelidir^(58,59).

Duygudurum değişikliklerine yol açabilen herhangi bir tıbbi nedene ait en ufak şüphede gerekli laboratuvar tetkikleri yapılmalıdır. Hipotirodizm veya hipertiroidizmi olan kadınlarda tiroid hormon bozukluğunun tedavisi ile birlikte sıklıkla depresyon tedavisi yapılması da gerekmektedir⁽³⁵⁾.

Tedavide antidepresan ilaç başlamak uygun bir yaklaşımdır. Yüksek dozlarda alınsa bile toksik etkileri son derece düşük olduğu için SSGİ grubu ilaçlar ilk seçenek olmalıdır. Bununla birlikte hastanın daha önce cevap vermiş olduğu herhangi bir antidepresan sınıfından ilaç varsa tedavide göz önüne alınmalıdır. Uyku sorunu yaşıyan hastalarda trisiklik antidepresanlar da kullanılabilir. Depresyona ek olarak belirgin anksiyetesi olan hastalarda kısa dönem benzodiazepin uygulanması faydalı olabilir⁽³⁵⁾. Postpartum dönemde kadınlar ilaç yan etkilerine oldukça duyarlı oldukları için önerilen ilaç dozlarının yarısı ile tedaviye başlanmalı, hasta remisyona girene kadar tolere edebildiği ölçüde yavaşça artırılmalıdır^(35,60). Eğer hasta altı sekiz haftalık bir tedaviye yanıt vermişse hasta tam remisyona girdikten sonra relapsı önlemek için en az altı ay daha aynı dozda tedaviye devam edilmelidir. Eğer altı hafta sonunda yanıt yoksa hastanın tanı ve tedavisi yeniden gözden geçirilmelidir. Tedavide östradiolün tek başına etkisi açık değildir⁽³⁵⁾.

Hastalığın şiddetli formunda EKT düşünölmelidir. EKT, postpartum depresyon tedavisinde başarıyla uygulanmakta ve emziren annelerde bebek ile ilgili bir risk oluşturmadiğından önemli bir seçenek olmaktadır⁽⁶¹⁾.

2.2.4. POSTPARTUM ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

Gebelik ve postpartum dönem, psikiyatrik hastalıkların sıklıkla ortaya çıktığı ya da alevlendiği bir dönemdir. Bu dönemde duygudurum bozuklukları gibi anksiyete bozuklukları da sıklıkla görölebilir. Literatür incelendiğinde, postpartum dönemle ilgili yapılan çalışmaların genelde depresyonu ele aldığı görölmektedir⁽²⁶⁾. Son yıllarda yavaş yavaş diğer ruhsal sorunlar da incelenmeye başlanmıştır. Kadınlar unipolar depresyon gibi anksiyete bozukluklarına da erkeklere göre daha yatkındır⁽⁷⁾. Postpartum dönemde YAB⁽⁹⁾, PTSB⁽¹⁰⁾, PB⁽¹¹⁾ ve OKB⁽¹²⁾ gibi anksiyete bozukluklarının da başladığını, alevlendiğini ya da iyileştiğini gösteren çeşitli çalışmalar vardır. Bununla beraber Matthey ve ark⁽¹³⁾ anksiyete semptomlarının postpartum dönemde sıklıkla göz ardı edildiğini vurgulamışlardır.

Yine bu konuyla ilgili yapılan bir literatür taramasında prepartum ve postpartum anksiyete ile ilgili 19 çalışma bulunmuş ve peripartum dönemdeki anksiyetenin çocuk gelişimine, anne-çocuk arasındaki duygusal ilişki üzerine ve anne mental sağlığına olumsuz etkilerinin olduğu gösterilmiştir⁽⁶²⁾.

2.2.4.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk

Retrospektif olarak yapılan çalışmalarda gebe olmayan OKB'lu hastaların önemli bir kısmında hastalık başlangıcının postpartum dönem olduğu ya da bu dönemde alevlendiği bildirilmiştir⁽¹²⁾. OKB başlangıcı ilk çocuğun doğumundan sonra daha sıktır⁽⁶³⁾. Postpartum OKB'nun etiyojisi tam olarak bilinmemekte olup, günümüzde büyük ölçüde biyolojik etiyoji üzerine odaklanılmıştır⁽⁶⁴⁾. OKB etiyojisinde iyi bilinen serotonin hipotezine benzer şekilde postpartum başlayan obsesyon ve kompulsiyonlarda da serotonin disregülasyonuna vurgu yapan çalışmalar dikkati çekmektedir. OKB hastalarında doğumun tetikleyici etken olarak etiyojideki yerini araştıran çalışmalar mevcuttur⁽⁶⁵⁾.

Gebelik esnasında başlayan OKB'da bulaşma obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları daha sıkken, postpartum gelişen OKB'da ise çocuğuna zarar geleceği düşünceleri ve fobik kaçınmanın ön planda olduğu bildirilmiştir⁽⁶⁵⁾. Ancak Uğuz ve ark⁽⁶⁶⁾ postpartum dönemde OKB olgularında en sık bulaşma obsesyonları bulunduğunu saptamışlardır. Obsesyonların içeriği çocuğun cinsel kötüye kullanımı da olabilir⁽²⁸⁾. Tipik başlangıcın aksine postpartum OKB hızlı başlangıçlıdır ve bebeğine zarar vereceğine dair obsesyonları olan annede çok fazla sıkıntı hissi oluşur ve bebekle teması azalır⁽⁶⁵⁾.

2.2.4.2. Panik Bozukluk

Değişik prosedürlerle ve farklı zamanlarda yapılan çalışmalarda PB sıklığı perinatal dönemde %1.4 ve %2 arasında rapor edilmiştir^(67,68). DSM IV yaşam boyu sıklığı %1.5-3.5 arasında ve bir yıllık prevalansı geç adolesandan 30 yaş ortalarına kadar %1-2 arasında bildirmiştir⁽²⁰⁾. Postpartum dönemde panik bozukluk belirtilerinin arttığı birçok kez bildirilmiştir. Literatürde PB'nun başlangıcının lohusalık döneminde olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur⁽⁶⁹⁾. Sholomskas ve ark'nın⁽⁷⁰⁾ çalışmasında, 64 kadın hastanın %10,9'unun ilk kez doğum sonrası dönemde tanı aldığı bildirilmiştir. Buna dayanarak lohusalıkta PB sıklığının rastlantısal olmadığı söylenebilir. Geriye dönük yapılmış çalışmalarda ise, önceden PB olan kadınlarda doğum sonrası dönemde

belirtilerde şiddetlenme olduğu gösterilmiştir. Gebelik öncesi var olan PB'nun postpartum dönemde şiddetlenmesi ve atakların sıklaşması %31 ile %63 oranları arasında değişmektedir^(69,71). Gebelik süresince hiç hastalık belirtisi olmadığı halde, postpartum dönemde alevlenme olduğunu bildiren yayınlar da vardır⁽⁷¹⁾. Cohen ve ark⁽⁷²⁾ gebeliğin 3. trimesterinde PB'na yönelik ilaç tedavisi alan kadınların, postpartum dönemde panik belirtilerinde daha az alevlenme olduğunu bildirmişlerdir.

Perinatal dönemdeki panik semptomlar genel popülasyonda görülen tipik semptomlara benzemekle beraber bunlar genellikle perinatal dönem özellikleri ile karışır. Örneğin, kadınlar gebelik sırasındaki panik ataklarını fetüsle ilgili yanlış giden bir şeylerin belirtisi gibi algılayıp karıştırabilirler⁽⁷³⁾. Postpartum PB olan 6 kadını içeren bir çalışmada, kadınlar çocuklarını başka grup ve aktivitelere götürmek için evlerinden ayrılmadıklarını bildirmişler ve sonuç olarak çocuklarını izole etmişlerdir⁽⁷⁴⁾. Perinatal PB'nun ön belirtileri veya risk faktörleri ile ilgili literatürde herhangi bir rapor olmamakla beraber retrospektif çalışmalarda panik semptomlarla laktasyon/sütten ayırma arasında ilişki olduğuna yönelik kanıtlar bulunmuştur; 43 emziren kadını içeren retrospektif bir raporda 12 kadında panik bozukluğun bebeğin sütten kesilmesi ile alevlendiği bildirilmiştir⁽⁶⁹⁾. Bununla birlikte 22 kadın içeren ikinci bir çalışmada bir katılımcı panik ataklarının bebeği sütten kesme sırasında başladığını söylemiştir⁽⁷⁵⁾. Postpartum panik bozukluğu inceleyen başka bir çalışmada da, incelenen 33 kadından bebeğini emzirmeyen 16 kadından 9 tanesinde postpartum dönemde panik atak gelişmiş olup, 6 tanesinin atakları sütten kestikleri döneme denk gelmiştir. Bebeğini emziren 17 kadından sadece ikisinde panik atak gözlenmiştir⁽⁷⁶⁾. Emzirmenin panik atakları azaltıp azaltmadığına karar verebilmek için kontrollü çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

2.2.4.3. Post Travmatik Stres Bozukluğu

Doğum sonrası PTSS ilk kez 1978 yılında Bydlowski ve ark⁽⁷⁷⁾ tarafından tarif edilmiş olup doğum sırasındaki zorluklar, acı, kontrol kaybı ve ölüm korkusu bu durumdan sorumlu tutulmuştur. PTSS, travmatik bir olaya maruz kalma sonucu meydana gelir. DSM-IV çocuk doğumunu ilave stresör olarak tarif etmemiş olmakla beraber raporlar çocuk doğumunun bazı kadınlarda PTSS'na neden olabilecek travmatik bir olay olarak değerlendirilebileceğini bildirmiştir⁽⁷⁸⁾. Aşırı ağrı⁽⁷⁹⁾, invaziv medikal girişimler⁽⁸⁰⁾, obstetrik ve jinekolojik problemler⁽¹⁰⁾ ve travmatik doğum⁽⁸¹⁾

potansiyel stresörlerdir. Olgu sunumları; PTSB sonucunda depresyon, anne bebek ilişkisinin bozulması ve seksüel disfonksiyonun gelişebileceğini telkin etmektedir⁽⁸²⁾.

2.2.4.4. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Yaygın anksiyete bozukluğu en az altı ay süren yaygın endişe ile beraber, konsantrasyon bozukluğu, kas gerginliği, yorgunluk, halsizlik gibi bulgularla giden bir durumdur. DSM-IV kriterlerine göre YAB semptomları tanı konulmadan önce en az altı ay sürmelidir⁽²⁰⁾. Anksiyete ile beraber giden uyum bozukluğu ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Genellikle bu iki bozukluk aynı semptomlarla karakterlidir, fakat anksiyete ile beraber giden uyum bozukluğu semptomları stresli yaşam olayları sonucu ortaya çıkar, bu olaydan sonra altı aydan uzun sürmez^(13,20).

Yapılan bir çalışmada YAB'nun gebelik üçüncü trimesterindeki prevalansı %8.5 olarak bulunmuştur⁽⁸³⁾. Postpartum dönemde YAB ve anksiyete ile beraber giden uyum bozukluğu prevalansını araştıran birkaç çalışma değişik oranlar bulmuştur (%4.4-8.2)^(9,68). DSM-IV yıllık prevalansı %3 ve ömür boyu prevalansı %5 olarak rapor etmekte olup bu durum YAB ve anksiyete ile beraber giden uyum bozukluğunun genel popülasyona göre postpartum kadınlarda daha yaygın olduğunu telkin etmektedir⁽²⁰⁾.

Perinatal sağlıklı kadınlar arasında da fetüsün sağlığı konusunda endişe ve ağırlı doğum beklentileri olması nedeni ile YAB'nu normal veya patolojik olmayan anksiyeteden ayırt etmek güç olabilir⁽⁸⁴⁾. Genel popülasyonda YAB'u normal endişeden ayırmada üç karakteristik özellik önemlidir. YAB'da endişe işlevselliği etkileyecek derecede fazladır, kişinin tüm hayatına yayılır, herhangi bir tetikleyici neden yokken ortaya çıkabilir⁽²⁰⁾. Aynı karakteristikler perinatal YAB'nu normal anksiyeteden ayırmada da yardımcı olabilir. Perinatal dönemde diğerine göre daha fazla endişe duyan veya endişesi giderilemeyen, aşırı ve kontrolsüz endişesi altı aydan uzun süren kadınlar ileri araştırmaya tabi tutulmalıdır⁽⁷³⁾.

2.2.4.5. Diğer Değişik Kaygılar

Gebelik ve çocuk doğurma sonucu vücutta değişiklik olabileceği sıkıntısı yaygındır. Bu tip kadınlar kilo almaktan, strialardan ve skarlardan şikayetçidirler. Eşlerinin karşısında soyunmaktan ve toplu yerlerde görünmekten kaçınırlar. İngiltere ve Yeni Zelanda'da 200'den fazla gönüllü ile yapılan prospektif çalışmada dismorfofobi %14 oranında saptanmıştır⁽²⁸⁾.

Gebelik ve çocuk doğurmayı izleyen bir başka durum da eş kıskançlığı olabilir. Eşin sadakati konusundaki endişe verici kaygılar, gebeliğe bağlı değişiklikler ve seksüel hayatın kesintiye uğraması ile ilgili anlaşılır bir reaksiyondur. Çoğu yayınlar olgu sunumlarıdır⁽⁸⁵⁾. Brockington⁽²⁸⁾'un çalışmasında postpartum morbid kıskançlık kadınların %5'inde gözlenmiştir.

Beşik ölümü korkusu patolojik seviyelere ulaşabilir⁽⁸⁶⁾. Tekrarlayan düşükler veya uzun dönem infertilite öncül faktörler olabilir. En yaygın görünümü gece uyanıklığıdır. Anne, bebek solunumunu dinleyerek ve sık sık kontrol ederek uyanık yatar. Bu korku aylarca sürebilir. Yorgunluk ve uyku bozukluğuna yol açabilir ve kolay tedavi edilemez⁽²⁸⁾.

2.2.5. POSTPARTUM BİPOLAR BOZUKLUK

Bipolar bozukluk geçmişi olan kadınlarda postpartum dönem süresince bu hastalığın tekrarlama riskinin artması beklenir. Bu artışın nedeni bilinmese de, östrojen ve progesterondaki beklenmedik değişikliklerle, hipotalamik-hipofizer-tiroid eksenini dengesizliğiyle, azalmış ya da düzensiz uykuyla, annelik ve çocuk bakımından kaynaklanan yükselmiş psikososyal stresle ve bunların kombinasyonlarıyla ilişkilendirilebilir. Bu yüzden yakın klinik gözlem, uyku düzensizliklerinin önlenmesi ve sosyal hayatı dengeleme, bipolar bozukluk geçmişiyle gelen yeni anne için çok önemli olabilir⁽⁷⁾.

3. AMAÇ

Bu çalışmanın amacı postpartum dönemde ruhsal bozukluk gelişimini etkileyen psikososyodemografik ve obstetrik risk faktörlerini belirleyip bunların, postpartum ruhsal bozuklukları erken dönemde saptama konusunda öngörücü olup olmadıklarını ve bu tür etkenlerle doğum sonrasında ortaya çıkabilecek ruhsal sorunlar arasındaki ilişkiyi yordamaktır. Ayrıca postpartum erken dönemde kolay uygulanabilir psikometrik testlerin ruhsal sorun gelişim riskini öngörmedeki yararlığını araştırmaktır.

4. GEREÇ VE YÖNTEM

4.1. Örneklem Seçimi ve Uygulama

Bu çalışmaya üniversite etik kurul izni alındıktan sonra, 01.05.2007–01.05.2008 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Doğum bölümüne başvurarak doğum yapmış, araştırma kriterlerine uygun kadınlar arasından gönüllü olanlar dahil edildiler. Araştırmaya dahil olma kriterleri; okuryazar olmak, çalışmaya katılmaya gönüllü olmak ve 18 yaşından büyük olmak şeklinde belirlendi. Dışlama kriterleri; doğumdan önce başlamış ve devam etmekte olan majör psikiyatrik bozukluğu bulunmak, uygulanacak ölçekleri anlamaya ve yanıtlamaya engel olabilecek düzeyde bedensel ya da ruhsal rahatsızlığı olmak şeklinde belirlendi.

Başlangıçta çalışmaya toplam 270 gönüllü kadın katıldı. Kadınlardan çalışmaya katılmayı kabul ettiklerine dair yazılı onam alındı. Birinci görüşmeye katılan kadınlardan 97 tanesi çeşitli sebeplerle ikinci görüşmeye gelmedi. Çalışma 173 kadınla tamamlandı. Birinci görüşme doğumdan sonraki ilk hafta içinde gerçekleştirildi. Bu görüşmede çalışmaya katılan kadınlara sosyodemografik anket formu, EPDS(1), STAI [DKÖ(1)+SKÖ], SDÖ, SCL-90 R ve RBSÖ uygulandı. Postpartum hüznü saptamaya yönelik psikiyatrik görüşme yapıldı. İkinci görüşme postpartum dört-altıncı aylarda gerçekleştirildi ve bu görüşmede EPDS(2), STAI [DKÖ(2)], mini demografik anket formu uygulandı ve tanı koymaya yönelik klinik görüşme (SCID I-CV) yapıldı. Çalışmayı tamamlayan kadınlardan elde edilen tüm veriler ve hesaplanan test puanları SPSS versiyon 13.0 paket programı kullanılarak kaydedildi.

4.2. Veri Toplama Araçları

4.2.1. Bilgi Formu: Bu form, çalışmanın amacına uygun olarak, yapılan diğer çalışmalar ve literatür bilgileri incelenerek tarafımızdan hazırlandı. Bu form, araştırmaya alınan kişilerin sosyodemografik özelliklerini, gebelik ve bebekle ilgili özellikleri tespit etmeye yönelik olarak oluşturuldu.

4.2.2. DSM-IV için yapılandırılmış klinik görüşme formu (SCID-I: The Structured Clinical Interview for DSM-IV): First ve ark⁽⁸⁷⁾ tarafından geliştirilmiş, DSM-IV tanı kriterlerine göre Eksen I bozukluklarının tanısını koymaya yarayan yapılandırılmış bir görüşme çizelgesidir. Çalışmamızda SCID-I'nin klinik versiyonu

kullanıldı. SCID-I Klinik versiyonu Çorapcıoğlu ve ark⁽⁸⁸⁾ tarafından Türkçe'ye çevrilmiş, Türkiye için uyarlama ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır.

4.2.3. Edinburg Postnatal Depresyon Skalası (Edinburgh Postnatal Depression Scale): Cox ve Holden⁽⁸⁹⁾ tarafından geliştirilen ölçek doğum sonrası dönemde depresyon yönünden riski belirlemek, düzey ve şiddet değişimini ölçmek için kullanılmaktadır. Kendini değerlendirme ölçeği türündedir. Toplam 10 soru içermektedir. Engindeniz ve ark⁽⁵¹⁾ tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır.

4.2.4. Belirti Tarama Listesi (SCL-90 R, Symptom Check List-90 Revised):

Derogatis⁽⁹⁰⁾ tarafından geliştirilen ölçek, kişinin kendi kendine uyguladığı bir testtir. Ölçek psikiyatrik belirti ve yakınmaları içeren 9 ayrı belirti boyutunda [somatizasyon(S), anksiyete(A), obsesif-kompulsif belirtiler(OK), depresyon(D), kişilerarası duyarlılık(KD), psikotizm(P), paranoid düşünce(PD), öfke-düşmanlık(ÖD), fobik anksiyete(FA)] ve toplam 90 madde ile değerlendirme yapmak üzere yapılandırılmıştır. Her boyut 6 ile 13 arasında maddeden oluşmaktadır. Puanlama her madde için 0-4 arasında puan verilmek suretiyle yapılmaktadır. Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Dağ⁽⁹¹⁾ tarafından yapılmıştır.

4.2.5. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-State-Trait Anxiety Inventory): Durumluk ve sürekli anksiyete düzeyini belirlemek üzere Spielberger ve ark⁽⁹²⁾ tarafından geliştirilmiş yirmişer maddelik iki ayrı ölçektir. Durumluk ve sürekli kaygı ölçeğinde 42 puan ve üstü yüksek kaygı düzeyini, 36-41 arasındaki puanlar hafif kaygı düzeyini göstermektedir. 35 puan ve altı ise normal olarak kabul edilmiştir. Durumluk kaygı ölçeği; bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini araştırır. Sürekli kaygı ölçeği ise; bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirler. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Öner ve Le Compte⁽⁹³⁾ tarafından yapılmıştır.

4.2.6. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği: Zimet ve ark⁽⁹⁴⁾ tarafından geliştirilmiş, 12 maddelik bir ölçektir. Her biri dört maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin üç gruptan oluşur. Bunlar aile, arkadaşlar ve özel bir kişidir. Her madde yedi aralıklı bir skala kullanılarak derecelendirilmiştir. Her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade

etmektedir. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları ülkemizde Eker ve ark⁽⁹⁵⁾ tarafından yapılmıştır.

4.2.7. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (Rosenberg Self-Esteem Scale):

Rosenberg⁽⁹⁶⁾ tarafından geliştirilen RBSÖ'nin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Çuhadaroglu⁽⁹⁷⁾ tarafından 1985 yılında yapılmıştır. On iki alt testi olan ölçeğin, benlik saygısı alt testi 10 maddeden oluşmaktadır. Benlik saygısı alt testinde 0-1 puan alanların yüksek, 2-4 puan alanların orta, 5-6 puan alanların ise düşük benlik saygısına sahip oldukları kabul edilir. Bu çalışmada benlik saygısı alt ölçeği kullanılmıştır.

4.3. Verilerin İstatistiksel Değerlendirmesi

Çalışma sonunda olgular klinik görüşmede aldıkları tanılara göre 4 gruba ayrıldılar; Major Depresif Bozukluk, BTA Depresif Bozukluk, Anksiyete Bozukluğu ve Normal (herhangi bir psikiyatrik hastalık olmayan). Her ne kadar DSM-IV doğumdan sonra ilk dört hafta içinde başlayan depresyonu postpartum başlangıçlı kabul ediyorsa da⁽²⁰⁾, yapılan çalışmalar doğumdan sonra ilk bir yıl içinde başlayan depresyonları postpartum başlangıçlı olarak kabul etmişlerdir^(8,21,38,39). Çalışmamızda klinik görüşme dördüncü ve altıncı aylar arasında gerçekleştirildiğinden o tarihe kadar başlamış olan major depresyonlar PPD olarak değerlendirildi.

Verilerin istatistiksel değerlendirmesinde SPSS versiyon 13.0 bilgisayar paket programı kullanıldı. Kategorik verilerin karşılaştırılması için ki-kare testi, genel postpartum ruhsal bozukluk gelişimi açısından en iyi açıklayıcı değişkenleri bulmak için ikili lojistik regresyon analizi, ayrı ayrı hastalık gruplarında en iyi yordayıcı faktörleri tespit etmede ise multinomiyal lojistik regresyon analizi uygulandı.

Sürekli değişkenlerin ortalamalarının karşılaştırılması ise dağılımları homojen olmadığı için Kruskal-Wallis varyans analizi ile yapıldı. Gruplar arasında anlamlı fark bulunduğunda Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi ile ikili karşılaştırmalar yapıldı.

Daha sonraki analizde depresyonun ölçüsü olarak ikinci görüşmede uygulanan EPDS(2) değeri, anksiyetenin ölçüsü olarak da ikinci görüşmede uygulanan DKÖ(2) değeri alınarak ilk görüşmede uygulanan testlerle ayrı ayrı korelasyonlarına bakıldı.

Adımsal (Stepwise) hiyerarşik regresyon analizi, en iyi açıklayıcı depresyon ve anksiyete modelini oluşturmada kullanıldı ve değişkenler belirlendi.

Ölçümle elde edilen veriler aritmetik ortalama±standart sapma, sayımla elde edilen veriler sayı ve yüzde, lojistik regresyon analizi sonuçları ise tahmini rölatif risk (odds ratio-OR) ve %95 Güven Aralığı (GA) olarak gösterildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak alındı.

5. BULGULAR

5.1. Çalışma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmayı tamamlayan 173 kadının yaş ortalaması 29.83 ± 4.98 yıl idi. Sosyodemografik özellikleri incelendiğinde %39,9'unun yükseköğretim mezunu olduğu, %51,4'ünün herhangi bir işte çalışmadığı, %65,9'unun şehir merkezinde yaşadığı saptandı. Kadınların hepsi evliydi. Son bir yıl içindeki olumsuz yaşam olayları olarak; psikososyal ve çevresel sorunlar; birincil destek grubuyla olan sorunlar, toplumsal çevre ile ilgili sorunlar, eğitimle ilgili sorunlar, mesleki sorunlar, barınma sorunları, ekonomik sorunlar, sağlık kuruluşlarına ulaşma sorunları, yasal sistemle etkileşim sonucu doğan sorunlar/suç işleme baz alındı. Bulunduğu ortamdan tanımadığı yabancı bir ortama yer değişikliği göç olarak kabul edildi. Sosyodemografik ve diğer bazı özellikleri Tablo I'de gösterildi.

Tablo I. Çalışma grubunun sosyodemografik ve diğer özellikleri.

		Sayı (n=173)	%
Eğitim durumu	İlkokul	58	33.5
	Ortaokul	13	7.5
	Lise	33	19.1
	Üniversite	69	39.9
Meslek	Ev hanımı	89	51.4
	Memur	64	37.0
	İşçi	1	.6
	Serbest	19	11.0
Eş mesleği	İşsiz	2	1.2
	Memur	66	38.2
	İşçi	9	5.2
	Serbest	96	55.5
Yerleşim Yeri	Köy	13	7.5
	İlçe	46	26.6
	İl	114	65.9
Sosyal güvence	Var	165	95.4
	Yok	8	4.6
Ekonomik seviye	Düşük	19	11.0
	Orta	125	72.3
	Yüksek	29	16.8
Geçmiş psikiyatrik öykü	Var	47	27.2
	Yok	126	72.8
Olguların annelerinde postpartum psikiyatrik öykü	Var	23	13.3
	Yok	150	86.7

Bayan akraba postpartum psikiyatrik öykü	Var Yok Bilinmiyor	13 122 38	7.5 70.5 22.0
Geçmiş tıbbi hastalık öyküsü	Var Yok	52 121	30.1 69.9
Ailede psikiyatrik öykü	Var Yok	53 120	30.6 69.4
Alkol kullanımı	Var Yok	1 172	.6 99.4
Sigara kullanımı	Var Yok	35 138	20.2 79.8
Bebegin sağlıksız doğacağı kaygısı	Var Yok	94 79	54.3 45.7
Sağlık hizmetine ulaşımında zorlanma	Var Yok	22 151	12.7 87.3
Son bir yılda olumsuz yaşam olayları	Var Yok	65 108	37.6 62.4
Evlilikte sorunlar	Var Yok	30 143	17.3 82.7
Aile yapısı	Çekirdek Geniş	126 47	72.8 27.2
Son beş yıl içinde göç	Var Yok	56 117	32.4 67.6
Aile dışı sosyal destek	Var Yok	130 43	75.1 24.9
Ailevi destek	Var Yok	157 16	90.8 9.2
Postpartum anne ve bebek sağlık sorunları	Var Yok	34 139	19.7 80.3

5.2. Çalışma Grubunun Gebelik ve Doğumla İlgili Özellikleri

Çalışmaya katılan kadınların %42.8'inin primipar ve ortalama gebelik sayılarının 2.09 ± 1.28 olduğu, 15 kişide ölü doğum, 27 kişide düşük, 17 kişide ise küretaj öyküsü bulunduğu, primipar olmayan kadınların son iki gebelikleri arasındaki sürenin ortalama 52.72 ± 52.03 ay, ortalama bebek doğum haftasının 37.06 ± 3.17 hafta, ortalama bebek doğum kilosunun 2957.63 ± 778.24 gram olduğu, 99 tane multipar kadının 29 (%29.3)'ünün geçmiş postpartum ruhsal sorunlar yaşadığı ve O.K. (oral kontraseptif) kullanımı olan 32 kadının 13 (%40.6)'ünde O.K. kullanırken ruhsal şikayetlerin ortaya çıktığı saptandı. Gebelik ve doğumla ilgili diğer özellikler Tablo II'de gösterildi.

Tablo II. Çalışma grubunun gebelik, doğum ve bebekle ilgili bazı özelliklerine göre dağılımı.

Gebelik ve Doğumla İlgili Özellikler		Sayı (n=173)	%
Gebelikte vitamin ve demir ilacı kullanımı	Var	161	93.1
	Yok	12	6.9
Gebelikte düzenli bebek kontrolü	Var	166	96.0
	Yok	7	4.0
Doğum şekli	Normal	31	17.9
	Sezaryen	136	78.6
	Zor doğum	6	3.5
Verilen anestezi türü	Genel	87	64.0
	Bölgesel	49	36.0
Doğum sayısı	Tekil	163	94.2
	Çoğul	10	5.8
Hamilelik yöntemi	Tedavi ile	16	9.2
	Doğal yolla	157	90.8
Premenstrual sendrom öyküsü	Var	74	42.8
	Yok	99	57.2
Bebek cinsiyeti*	İstenen	141	81.5
	İstenmeyen	32	18.5
Bebekte uyku sorunu veya huzursuzluk	Var	46	26.6
	Yok	127	73.4
Planlı gebelik	Var	121	69.9
	Yok	52	30.1
Gebelik komplikasyonu	Var	139	80.3
	Yok	34	19.7
Postpartum ağrı yaşama	Var	90	52
	Yok	83	48
Gebelikte ruhsal sorunlar	Var	90	52
	Yok	83	48
Doğum korkusu	Var	77	44.5
	Yok	96	55.5
Bebek beslenme şekli	Anne sütü	152	87.9
	Mama	21	12.1
Kendini anneliğe hazır hissetme	Var	147	85.0
	Kısmen	24	13.9
	Yok	2	1.2
Eşin kendisini babalığa hazır hissetmesi	Var	165	95.4
	Yok	8	4.6
Bebek bakımı ile ilgili kaygı yaşama	Var	68	39.3
	Yok	105	60.7
Postpartum Hüzün	Var	90	52.0
	Yok	83	48.0

*Bebeklerinin cinsiyetini fark etmez olarak belirtenler istenen cinsiyet grubuna dahil edilmiştir.

5.3. Olguların Gruplara Göre Analizi

5.3.1. Sıklık

Yapılan ikinci görüşmede SCID-I'e göre olgular aldıkları Eksen I tanılarına göre dört gruba ayrıldılar. Major Depresif Bozukluk (MDB), BTA (başka türlü adlandırılmayan) Depresif Bozukluk, Anksiyete Bozukluğu ve Normal (herhangi bir psikiyatrik hastalık olmayan). Bu sınıflamaya göre çalışmaya alınan toplam olguların %15.0'i (n=26) Major Depresif Bozukluk, %8.7'si (n=15) BTA Depresif Bozukluk (iki olguya hem BTA Depresif Bozukluk hem de anksiyete bozukluğu tanısı kondu, bu iki olgu analizlerde BTA Depresif Bozukluk içine alındı), %8.1'i (n=14) Anksiyete Bozukluğu grubuna ve %69.4'u (n=120) herhangi bir psikopatoloji saptanmayan Normal gruba dahil edildi. Postpartum psikiyatrik tanı konulan tüm olguların oranı %30.6 (n=53) idi. Ayrıca çalışmamızda postpartum psikoza rastlanmadığı için o yönde bir değerlendirme yapılmadı.

Çalışmayı tamamlayan olguların %52,0'sine (n=90) doğumdan sonra ilk haftada yapılan birinci görüşmede postpartum hüznün tanısı konuldu.

5.3.2. Bilgi Formu Analizi

5.3.2.1. Gruplar arası Sosyodemografik, Gebelik, Doğum ve Bebekle İlgili

Değişkenlerin Karşılaştırılması

Kategorik verilerde ki kare, sürekli değişkenlerin ortalamalarının karşılaştırılmasında ise dağılımlar homojen olmadığı için Kruskal-Wallis varyans analizi kullanıldı.

Yaş ortalamaları; Major Depresif Bozuklukta 29.96 ± 5.47 yıl, BTA Depresif Bozuklukta 30.53 ± 5.59 yıl, Anksiyete Bozukluğunda 28.83 ± 4.76 yıl ve Normal grupta ise 29.81 ± 4.87 yıl olarak saptanmış olup anne yaşına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu ($p > 0.05$). Diğer sosyodemografik özellikler karşılaştırıldığında; eğitim durumu, anne mesleği, eş mesleği, yerleşim yeri, sosyal güvencesinin olup olmaması, ekonomik durumu, bayan akrabalarda postpartum psikiyatrik öykü, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, alkol-sigara kullanımı ve gebelik döneminde bırakması, bebeğin sağlıksız doğacağı kaygısı, sağlık hizmetlerine ulaşmakta zorlanma, aile yapısı, son beş yıl içinde göç yaşamış olması yönlerinden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0.05$). İlave olarak

geçmiş postpartum psikiyatrik hastalık öyküsünün yordayıcı etkisini araştırmak amacı ile çalışmamıza katılan 99 multipar kadın ayrı olarak ele alınarak tekrar analiz edildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamadı ($p>0.05$).

Gebelik ve doğumla ilgili özelliklerden, gebelikte vitamin ve demir ilacı kullanımı, gebelik sürecince düzenli tıbbi kontrol yaptırması, verilen anestezi türü, tekil veya çoğul bebek doğumu, hamilelik yöntemi, premenstrual sendrom öyküsü olması, O.K. kullanımı, O.K. kullanımı olanların kullanırken ruhsal sorunlar yaşaması, bebek cinsiyeti, uyku sorunu ve huzursuzluk olması, gebeliğin planlı ya da plansız olması, bebeğin istenen veya istenmeyen olması, gebelikte tıbbi komplikasyon yaşama, postpartum ağrı yaşama, gebelikte ruhsal sorunlar yaşama, doğum korkusu yaşama, kendisinin anneliğe ve eşinin babalığa hazır olup olmaması ve bebek bakımı ile ilgili kaygı yaşama yönlerinden karşılaştırıldığında dört grup arasında istatistiksel fark saptanmadı ($p>0.05$).

Dört grup arasında sürekli değişkenlerin ortalamaları (yaş, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, son iki gebelik arasındaki süre, doğum haftası ve doğum kilosu) açısından karşılaştırıldığında farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

Ölü doğum, düşük, küretaj bazı tanı gruplarında hiç rastlanmadığı için istatistiksel değerlendirmeye alınmadı.

Hasta gruplarının hiçbirinde zor doğum öyküsü yoktu. Bunun için karşılaştırma çalışmasına girilmedi ve istatistiksel işlem yapılmadı.

Anksiyete Bozukluğu ve BTA Depresif Bozukluk grubunda doğal olmayan yollarla hamilelik olmadığı için gruplar arasında bu yönde de bir değerlendirme yapılmadı.

Olguların %54.3'ü gebelik döneminde doğacak bebeklerinin sağlığı konusunda endişeli olduğunu ifade etti. Olgular gebelik döneminde değişen şiddetlerde; %80.3'ü sağlık problemi (aşerme, bulantı-kusma, düşük tehdidi, idrar yolu enfeksiyonu, eklampsi gibi) ve %52'si ise ruhsal sorunlar (herhangi bir tanı konulmasa da semptom düzeyinde sorunlar yaşayanlar da dahil olmak üzere psikiyatrik sorun yaşayanlar) tarif ettiler. Fakat bu yüksek değerlere rağmen yapılan analizlerde yukarıda belirtilen değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

Gruplar arasında anlamlı farklılığın olduğu değişkenler Tablo III'de gösterilmiştir.

Tablo III. Grupların sosyodemografik, gebelik, doğum ve bebekle ilgili özelliklere göre karşılaştırılması (anlamlı farklılık bulunanlar).

		MDB	BTADepresif Bozukluk	Anksiyete Bozukluğu	Normal	ki-kare	p
Geçmiş psikiyatrik öykü	Var Yok	18 8	6 9	5 7	18 102	34.75	p<0.001
Olguların annelerinde postpartum psikiyatrik öykü	Var Yok	6 20	5 10	2 10	10 110	10.06	p<0.05
Geçmiş tıbbi hastalık öyküsü	Var Yok	13 13	8 7	2 10	29 91	11.79	p<0.05
Son bir yılda olumsuz yaşam olayları	Var Yok	15 11	9 6	7 5	34 86	14.28	p<0.05
Evlilikte sorunlar	Var Yok	9 17	3 12	5 7	13 107	13.99	p<0.05
Bebek beslenme şekli	Anne sütü Mama	19 7	12 3	11 1	110 10	17.68	p<0.01
Postpartum hüzün	Var Yok	24 2	11 4	7 5	48 72	26.78	p<0.001
Aile dışı sosyal destek	Var Yok	10 16	11 4	7 5	102 18	26.82	p<0.001
Ailevi destek	Var Yok	18 8	14 1	11 1	114 6	17.06	p<0.05
Anne/bebek sağlık sorunu	Var Yok	9 17	7 8	4 8	14 106	16.89	p<0.05

5.3.2.2. Postpartum Ruhsal Bozukluk Gelişimini Etkileyen Risk

Faktörlerinin Belirlenmesi

Postpartum Ruhsal Bozukluk gelişen hasta grubu ile Normal grup arasında ki-kare sonucunda anlamlı bulunan ($p<0.05$) değişkenler (geçmiş psikiyatrik ve tıbbi hastalık öyküsü, olguların annelerinde postpartum psikiyatrik öykü, evlilikte sorunlar yaşama, şimdiki gebelik sonrası postpartum hüzün yaşanması, yetersiz sosyal ve ailevi destek, yapılan iki görüşme arasında anne veya bebek sağlığı ile ilgili sorunlar yaşanması, son bir yılda olumsuz olay yaşanması, bebek beslenme şekli) ele alınarak postpartum ruhsal bozukluk gelişimini en iyi açıklayacak modeli oluşturmak üzere ikili lojistik regresyon analizi yapıldı. Sonuçta söz konusu değişkenlerden geçmiş psikiyatrik ve tıbbi hastalık öyküsü, olguların annelerinde postpartum psikiyatrik öykü, evlilikte sorunlar yaşama, şimdiki gebelik sonrası hüzün yaşanması, yetersiz sosyal destek ve yapılan iki görüşme arasında anne veya bebek sağlığı ile ilgili sorunlar yaşanması postpartum ruhsal bozukluk gelişiminin bağımsız öngörücüleri olarak saptandı. Buna

göre, postpartum ruhsal bozukluk gelişme ihtimalini; olguların annelerinde postpartum psikiyatrik hastalık öyküsü olması 7.82 kat, geçmiş psikiyatrik hastalık öyküsü bulunması 6.24 kat, birinci ve ikinci görüşme arasında anne ve bebeğin sağlığı ile ilgili önemli bir sorun yaşanması ise 6.21 kat, evlilikte sorunlar olması 5.00 kat, doğum sonrası dönemde yeterli sosyal destek görmemesi 4.49 kat, olguların doğum sonrasında hüznün yaşaması 3.13 kat, geçmişte tıbbi hastalık öyküsü olması 3.06 kat arttırmakta idi (Tablo IV).

Tablo IV. Grupların sosyodemografik ve doğumla ilgili lojistik regresyon analizi sonuçları.

	p	O.R.	%95 G.A.
Olguların annelerinde postpartum psikiyatrik öykü	0.002	7.82	2.09–29.20
Geçmiş psikiyatrik hastalık öyküsü	0.001	6.24	2.20–17.75
Anne/bebek sağlık sorunu	0.003	6.21	1.88–20.54
Evlilikte sorunlar	0.017	5.00	1.34–18.70
Aile dışı yetersiz sosyal destek	0.014	4.49	1.36–14.80
Postpartum hüznün	0.027	3.13	1.14–8.60
Geçmiş tıbbi hastalık öyküsü	0.032	3.06	1.10–8.50

5.3.2.3. Postpartum ruhsal bozukluk gelişiminin bağımsız öngörücülerinin her bir tanı grubu ile normal olgu grubu arasında multinomiyal lojistik regresyon analizi ile karşılaştırılması

Genel olarak tüm tanı gruplarına göre postpartum ruhsal bozukluk gelişimini etkilediği belirlenen bağımsız değişkenlerin, her bir tanı grubundaki yordayıcı özelliğini saptamak amacı ile normal olgu grubu referans alınarak multinomiyal lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Bunun sonucunda;

Postpartum MDB gelişme ihtimalini; geçmiş psikiyatrik hastalık öyküsü bulunması 11.31 kat, olgunun şimdiki doğum sonrası hüznün yaşaması 8.7 kat, bebeğin mama ile beslenmesi (anne sütü almama) 8.1 kat, olguların annelerinde postpartum psikiyatrik öykü bulunması 7.9 kat, birinci ve ikinci görüşme arasında anne ve bebeğin sağlığı ile ilgili sağlık sorunları yaşanması durumu 4.8 kat, doğum sonrası aile dışı sosyal desteğin yeterli olmaması 4.3 kat arttırmakta idi (Tablo V).

Postpartum BTA Depresif Bozukluk gelişme ihtimalini; olguların annelerinde postpartum psikiyatrik öykü bulunması 10.34 kat, birinci ve ikinci görüşme arasında anne ya da bebekte sağlık sorunları yaşanması 7.58 kat, geçmiş psikiyatrik hastalık

öyküsü bulunması 4.61 kat, geçmiş tıbbi hastalık öyküsü olması 4.36 kat artırmakta idi (Tablo V).

Multinomial lojistik regresyon analizinde anksiyete bozukluğu gelişimini yordayan herhangi bir faktör tespit edilemedi.

Tablo V. Multinomial lojistik regresyon analizi ile tanı gruplarının normal olgu grubu ile karşılaştırılması.

Değişken/Grup	MDB			BTA Depresif Bozukluk		
	p	O.R.	%95 G.A.	p	O.R.	%95 G.A.
Geçmiş psikiyatrik hastalık öyküsü	0.0001	11.3	3.22-39.77	0.029	4.61	1.167-18.23
Geçmiş tıbbi hastalık öyküsü	-	-	-	0.033	4.36	1.22-16.96
Postpartum hüznün	0.013	8.7	1.58-47.75	-	-	-
Anne sütü almama	0.019	8.1	1.42-46.73	-	-	-
Olguların annelerinde postpartum psikiyatrik öykü	0.015	7.9	1.50-42.13	0.004	10.34	2.15-49.71
Anne/bebek sağlık sorunu	0.024	4.8	1.23-18.93	0.005	7.58	1.86-30.84
Aile dışı yetersiz sosyal destek	0.037	4.3	1.09-17.24	-	-	-

5.3.3. Psikometrik Testlerin Analizi

5.3.3.1. Gruplar arası Psikometrik Ölçüm Sonuçlarının Karşılaştırılması

Uygulanan testlerden elde edilen değerlerin dağılımı homojen olmadığı için gruplar Kruskal-Wallis varyans analizi ile karşılaştırıldı ve tüm test skorlarının gruplar arasındaki farklılığı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.001$) (Tablo VI).

Tablo VI. Grupların psikometrik ölçümlerden elde edilen puan ortalamalarına göre dağılımları.

	MDB	BTA Depresif Bozukluk	Anksiyete Bozukluğu	Normal	p
EPDS(1)	19.5±4.9	9.3±5.8	12.1±6.3	7.8±5.3	p<0.001
DKÖ(1)	57.7±11.4	45.7±10.7	45.8±9.6	38.4±10.4	p<0.001
SKÖ	56.8±11.0	45.9±13.1	47.5±8.8	41.2±9.2	p<0.001
SDÖ	52.4±16.8	69.9±16.1	72.8±10.7	69.9±12.6	p<0.001
RBSÖ	3.2±1.7	1.5±1.9	1.3±1.5	1.3±1.4	p<0.001
EPDS(2)	20.7±3.8	12.5±4.8	10.8±5.8	5.2±3.4	p<0.001
DKÖ(2)	58.7±8.9	47.0±12.0	49.9±8.8	33.4±9.7	p<0.001
SCL-S	1.6±0.9	0.8±0.8	1.1±0.8	0.7±0.5	p<0.001
SCL-A	1.5±0.8	0.8±0.6	1.1±0.8	0.5±0.5	p<0.001
SCL-OK	1.7±0.8	0.9±0.8	1.2±0.8	0.7±0.6	p<0.001
SCL-D	1.9±0.7	1.1±0.8	1.1±0.5	0.7±0.6	p<0.001
SCL-KD	1.5±0.8	0.8±0.8	1.0±0.7	0.6±0.6	p<0.001
SCL-P	0.9±0.6	0.4±0.5	0.4±0.4	0.3±0.3	p<0.001
SCL-PD	1.4±0.8	0.8±0.9	0.8±0.6	0.6±0.6	p<0.001
SCL-ÖD	1.4±0.9	0.6±0.6	0.9±0.5	0.5±0.5	p<0.001
SCL-FA	0.9±0.7	0.4±0.4	0.9±0.8	0.4±0.5	p<0.001

Gruplar ikişerli olarak Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldı. Bu ikili karşılaştırmalar sonucu gruplar arasında anlamlı farklılık (p<0.05) saptanan testler Tablo VII’de gösterildi.

Tablo VII. Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U analizi sonucunda gruplar arasında anlamlı fark bulunan testler.

	BTA Depresif Bozukluk	Anksiyete Bozukluğu	Normal
MDB	SCL PD dışındaki tüm testler	DKÖ(1), SKÖ, EPDS(1), SDÖ, RBSÖ, EPDS(2), DKÖ(2), SCL-D	Tüm testler
BTA Depresif Bozukluk	-	-	EPDS(2), DKÖ(2)
Anksiyete Bozukluğu	-	-	DKÖ(1), EPDS(2), DKÖ(2), SCL A, OK, ÖD, FA

5.3.3.2. İlk Görüşmede Uygulanan Testlerin EPDS(2) ile Korelasyonu

Araştırmada ilk görüşmede uygulanan ve yordayıcı değişkenler olabileceği düşünülen STAI, SCL-90 R tüm alt ölçekleri, SDÖ, RBSÖ, EPDS(1) ölçüm değerleri ile ikinci görüşmede uygulanan ve yordanan değişken olan EPDS(2) ölçüm değerleri

arasında güçlü bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0.001$) ve değişkenler arasındaki Spearman korelasyon katsayıları hesaplandı (Tablo VIII).

Tablo VIII. EPDS(2)'nin ilk görüşmede uygulanan testlerle korelasyonu.

	r	p
EPDS(1)	0.787	$p<0.001$
DKÖ(1)	0.605	$p<0.001$
SKÖ	0.598	$p<0.001$
SDÖ	-0.447	$p<0.001$
RBSÖ	0.484	$p<0.001$
SCL-S	0.464	$p<0.001$
SCL-A	0.641	$p<0.001$
SCL-OK	0.584	$p<0.001$
SCL-D	0.721	$p<0.001$
SCL-KD	0.555	$p<0.001$
SCL-P	0.547	$p<0.001$
SCL-PD	0.534	$p<0.001$
SCL-ÖD	0.595	$p<0.001$
SCL-FA	0.459	$p<0.001$

5.3.3.3. Adımsal Hiyerarşik Regresyon Analizi ile En Açıklayıcı Depresyon

Modelinin Saptanması

En iyi açıklayıcı depresyon modelini oluşturmada 5.3.3.2.'de vurgulanan EPDS(2) ile güçlü ilişki gösteren testler arasında istatistiksel analiz ilerletilerek uygulanan adımsal hiyerarşik regresyon analizi sonucunda EPDS(1), SCL-D ve DKÖ(1) test ölçümleri EPDS(2)'yi en iyi yordayan değişkenler olarak saptandı (Tablo IX). Regresyon analizine ilişkin ANOVA tablosu, açıklanan varyansın ya da regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlılığını ortaya koydu.

Gerek standardize edilmiş regresyon katsayıları, gerek ikili ve kısmi korelasyonlar incelendiğinde EPDS(1), SCL-D ve DKÖ(1) değişkenleri ile EPDS(2) arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler olduğu görüldü ve bu üç değişken birlikte EPDS(2)'ye ilişkin toplam varyansın yaklaşık olarak %66.2 kadarını açıkladı ($R=0,814$, $R^2=0,662$, $p<0.05$). Her ne kadar birebir yapılan korelasyonlar anlamlı ise de regresyon analizinde diğer testlerin EPDS(2)'yi yordamadığı bulundu.

EPDS(2)'yi en iyi yordayan regresyon formülü olarak aşağıdaki denklem oluşturuldu; $EPDS(2) = -1,859 + 0,497EPDS(1) + 2,347SCL-D + 0,074DKÖ(1)$

Tablo IX. Adımsal hiyerarşik regresyon analizinde EPDS(2)'yi en iyi yordayan değişkenler.

	Katsayı	p	%95 GA
Sabit	-1.859	0.104	-4.103–0.384
SCL-D	2.347	0.000	1.161–3.532
EPDS(1)	0.497	0.000	0.347–0.647
DKÖ(1)	0.074	0.032	0.007–0.142

Bağımlı değişken EPDS(2).

5.3.3.4. İlk Görüşmede Uygulanan Testlerin DKÖ(2) ile Korelasyonu

Araştırmada ilk görüşmede uygulanan ve yordayıcı değişkenler olabileceği düşünülen STAI, SCL-90 R tüm alt ölçekleri, SDÖ, RBSÖ, EPDS(1) ölçüm değerleri ile ikinci görüşmede uygulanan ve yordanan değişken olan DKÖ(2) ölçüm değerleri arasında ilişki olduğu belirlendi ($p<0.05$) ve değişkenler arasındaki Spearman korelasyon katsayıları hesaplandı (Tablo X).

Tablo X. DKÖ(2)'nin ilk görüşmede uygulanan testlerle korelasyonu.

	r	p
EPDS(1)	0.638	$p<0.001$
DKÖ(1)	0.675	$p<0.001$
SKÖ	0.562	$p<0.001$
SDÖ	-0.413	$p<0.001$
RBSÖ	0.339	$p<0.05$
SCL-S	0.427	$p<0.001$
SCL-A	0.546	$p<0.001$
SCL-OK	0.451	$p<0.001$
SCL-D	0.604	$p<0.001$
SCL-KD	0.446	$p<0.001$
SCL-P	0.464	$p<0.001$
SCL-PD	0.452	$p<0.001$
SCL-ÖD	0.521	$p<0.001$
SCL-FA	0.387	$p<0.05$

5.3.3.5. Adımsal Hiyerarşik Regresyon Analizi ile En Açıklayıcı Anksiyete Modelinin Saptanması

En iyi açıklayıcı anksiyete modelini oluşturmada 5.3.3.4.'de vurgulanan DKÖ(2) ile güçlü ilişki gösteren testler arasında istatistiksel analiz ilerletilerek uygulanan adımsal hiyerarşik regresyon analizi sonucunda DKÖ(1), SCL-D, EPDS(1), SKÖ, SCL-OK ve SCL-ÖD test ölçümleri DKÖ(2)'yi en iyi yordayan değişkenler olarak saptandı

(Tablo XI). Adımsal hiyerarşik regresyon analizine ilişkin ANOVA tablosu, açıklanan varyansın ya da regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlılığını ortaya koydu.

Gerek standardize edilmiş regresyon katsayıları gerek ikili ve kısmi korelasyonlar incelendiğinde DKÖ(1), SCL-D, EPDS(1), SKÖ ve SCL-ÖD değişkenleri ile DKÖ(1) arasında pozitif yönde SCL-OK değişkeni ile negatif yönde anlamlı ilişkiler olduğu görülmektedir ve bu 6 değişken birlikte DKÖ(2)'ye ilişkin toplam varyansın yaklaşık olarak %58.4 kadarını açıkladı ($R=0,764$, $R^2 = 0,584$, $p<0.05$).

Aynı şekilde her ne kadar birebir yapılan korelasyonlarda anlamlı gibi görünse de adımsal regresyonda diğer testlerin DKÖ(2)'yi yordamadığı saptandı. DKÖ(2)'yi en iyi yordayan regresyon formülü olarak aşağıdaki denklem oluşturuldu;

$$DKÖ(2) = 6,865 + 0,386DKÖ(1) + 3,705SCL-D + 0,368EPDS(1) - 4,624SCL-OK + 0,234SKÖ + 3,955SCL-ÖD$$

Tablo XI. Adımsal hiyerarşik regresyon analizinde DKÖ(2)'yi en iyi yordayan değişkenler.

	Katsayı	p	%95 GA
Sabit	6.865	0.067	-497–14.226
SCL-OK	-4.624	0.003	-7.695-(-1.553)
SCL-ÖD	3.955	0.014	0.823–7.087
SCL-D	3.705	0.049	0.017–7.392
DKÖ(1)	0.386	0.000	0.232–0.541
EPDS(1)	0.368	0.037	0.023–0.714
SKÖ	0.234	0.008	0.062–0.406

Bağımlı değişken DKÖ(2).

6. TARTIŞMA

Doğumdan hemen sonraki emzirme dönemi ve bebeğin bir yaşına kadar olan zaman dilimi psikiyatrik tabloların görülebildiği önemli bir evredir^(1,2). Bu dönemde çok önemli biyolojik ve hormonal değişiklikler meydana gelmektedir⁽²³⁾. Aynı zamanda kadın için annelik bir olgunlaşma krizidir; evlilik sorumluluğuna eklenmiş çocuk büyütme sorumluluğu postpartum dönemi ruhsal açıdan daha da zorlu bir süreç haline getirmektedir⁽³¹⁾. Bu değişikliklerin yanı sıra çevresel faktörlerin de katkısı ile başta PPD olmak üzere psikiyatrik sorunlar daha sık gözlenmektedir.

6.1. Postpartum Dönemde Gelişen Ruhsal Bozukluklar ve Risk Faktörleri

Literatürdeki postpartum ruhsal bozukluk risk faktörlerini araştıran prospektif çalışmaların neredeyse tamamı postpartum depresyonla ilişkili olup postpartum anksiyete gelişimini tetikleyen risk faktörleri ile ilgili yayınlar genelde retrospektif olgu analizlerinden oluşmaktadır. Bu nedenle postpartum anksiyeteyi ortaya çıkaran risk faktörleri konusunda kesin yargıya varabilecek veriler yoktur. Bu açıdan çalışmamız postpartum anksiyete bozukluğu risk faktörlerini de araştıran ilk prospektif çalışmadır.

6.1.1. Geçmiş Psikiyatrik Hastalık Öyküsü

Geçmiş psikiyatrik hastalık öyküsü bulunan kadınların, büyük fiziksel, hormonal, toplumsal rol değişimlerinin yaşandığı, ruhsal olarak duyarlı oldukları bir dönem olan postpartum dönemde, benzer ruhsal sorunlar yaşama olasılıkları yüksek olup risk taşıyan kadınlarda daha dikkatli bir izlem gerekir. Postpartum depresyonu araştıran ilk çalışmalarda özgeçmişte depresyon öyküsü bulunmasının postpartum depresyon gelişimi açısından önemli bir risk faktörü olduğu ortaya konmuştur⁽²⁹⁾. Son yıllarda değişik ülke ve popülasyonlarda yapılan çalışmalarda da doğum yapan kadınlarda geçmiş depresyon öyküsünün olması, postpartum depresyon gelişimi açısından en önemli risk etmenlerinden biri olarak saptanmıştır^(26,32,98,99,100).

Anksiyete bozukluklarının depresif semptomlarla sıklıkla birlikte görülebildiği, depresyon ve anksiyete bozukluklarının tekrarlayabilen klinik tablolar olduğu düşünüldüğünde psikiyatrik hastalık öyküsü olan kadınlarda gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemin ciddi birer stres faktörleri olarak psikopatoloji gelişmesinde etkili olabileceği öngörülebilir. Wenzel ve ark⁽⁶⁸⁾ postpartum anksiyeteyi araştırdıkları

çalışmalarında kişisel psikiyatrik öykü ile BAE (Beck Anksiyete Envanteri)'deki yüksek puanlar arasında ilişki bulmuşlardır. Labad ve ark⁽¹⁰¹⁾ postpartum başlangıçlı 17 OKB hastasıyla yaptığı retrospektif bir çalışmada önceki psikiyatrik öykü ile postpartum OKB arasında ilişki bulmuşlardır. Konu ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda da önceki kişisel psikiyatrik öykü, anksiyete gelişimi için güçlü bir önbelirleyici olarak saptanmıştır^(102,103,104). Çalışmamızda doğrudan postpartum anksiyete gelişimi açısından risk faktörü olarak saptanmamış olmakla beraber, tüm tanı gruplarını normal hasta grubuyla karşılaştırdığımız analizde; önceden psikiyatrik hastalık öyküsü olmasının postpartum ruhsal bozukluk gelişimi açısından önemli bir risk faktörü olduğunu, ruhsal bozukluk gelişimini 6.24 kat arttırdığını saptadık.

6.1.2. Olguların Annelerinde Postpartum Depresyon Öyküsü

Yapılan çalışmalar kişinin birinci derece akrabalarında MDB öyküsü varsa kendisinde de depresyon görülme olasılığının arttığını göstermiştir⁽¹⁰⁵⁾. Wenzel ve ark⁽⁹⁾ postpartum dönemi araştırdıkları çalışmalarında ailevi psikiyatrik öykü ile postpartum anksiyete semptomları arasında önemli bir ilişki bulmuşlardır. Literatürde postpartum ruhsal bozukluk gelişimi ile olguların annelerinin yaşadıkları doğum sonrası psikiyatrik bozukluk arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızda postpartum ruhsal bozukluk gelişimi ile doğum yapan kadının annesinde postpartum depresyon öyküsü arasında güçlü bir ilişki saptadık (OR: 7.82). Tanı gruplarına göre yapılan analizde MDB ve BTA Depresif Bozukluk gelişimini sırasıyla 7.9 ve 10.34 kat arttırdığını saptadık. Bu değerlendirme dolaylı olarak olgulardan elde edilen bilgiye dayalı olduğu için, sonuçlar doğrudan olguların anneleriyle görüşülerek yapılacak çalışmalarla desteklenmelidir.

6.1.3. Geçmiş Tıbbi Hastalık Öyküsü

Normal popülasyonda tıbbi hastalıkların, özellikle kronik olanların depresyon başta olmak üzere değişik ruhsal bozukluklara yol açtığı bilinmektedir. Antenatal risk faktörleri ile postpartum sonuçları tarayan, 118 makale ve yayının gözden geçirildiği bir araştırmada, fiziksel hastalık ve postpartum depresyon arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur⁽¹⁰⁶⁾. Johns Hopkins üniversite hastanesinin çeşitli klinikleri tarafından 175 gebe üzerinde yapılan çalışmada, depresyon semptomu gösteren kadınlarda belirgin derecede düşük sağlık kalitesi tespit edilmiştir⁽¹⁰⁷⁾. Amerika'da 1163 kadında yapılan bir başka çalışmada, sağlık durumu kötü olan kadınların normal popülasyona oranla 2 kat

daha fazla depresif semptom geliştirme risklerinin olduğu tespit edilmiştir⁽¹⁰⁸⁾. Ülkemizde Cebeci ve ark⁽¹⁰⁹⁾ fiziksel hastalığa sahip olanlarda daha yüksek oranda depresyon semptomları saptamışlar ve bunu kronik fiziksel hastalık ile depresyon ilişkisini gösteren bir bulgu olarak yorumlamışlardır. Biz de çalışmamızda özgeçmişte tıbbi hastalık varlığının postpartum ruhsal bozukluk gelişimi ihtimalini üç kat arttırdığını saptadık. Doğum sonrası ruhsal şikayetlerle başvuran kadınların eş zamanlı olarak genel tıbbi durumunun da değerlendirilmesi ve benzer olarak, herhangi bir fiziksel morbidite ile başvuran yeni annelerin de psikiyatrik açıdan değerlendirilmesi klinisyenler için önceliklerden biri olmalıdır.

6.1.4. Evlilik Sorunları

Sorunlu evliliklerde, eşiyle ilişkileri kötü olan kadınlarda normal süreçte olduğu gibi postpartum dönemde de daha fazla ruhsal sorunlar gelişmesi beklenen bir durumdur. Nitekim Gonidakis ve ark'nın⁽¹⁰⁰⁾ Atina'da 402 kadın üzerinde yaptıkları çalışmalarında depresif olmayan kadınlara göre postpartum depresyon grubundaki kadınların çoğu eşleri ile ilişkilerini kötü olarak tanımlamışlardır. Yeni Zellanda'da yapılan bir çalışmada postpartum depresyonun en güçlü risk faktörü olarak bozuk karı-koca ilişkisi saptanmıştır⁽¹¹⁰⁾. Samsun ve Manisa illerinde yapılmış taramalarda evlilikte eşle sorunlar yaşama durumu postpartum depresyonla ilişkili olarak saptanmıştır^(111,112). Britton ve ark⁽¹⁰²⁾ postpartum birinci aydaki STAI durumluk kaygı skorları ile evlilikten memnuniyetsizliğin korelasyon gösterdiğini saptamışlardır. Biz de çalışmamızda evlilikte sorun yaşayan annelerde postpartum ruhsal bozukluk gelişme ihtimalinin beş kat daha fazla olduğunu saptadık. Bu bağlamda evlilikte sorun yaşayan ailelere çocuk sahibi olmak istediklerinde doğum sonrası annenin ruhsal sorun yaşama ihtimalinin yüksek olacağı, öncelikle evlilikteki sorun kaynaklarının araştırılarak çözümlenmeye çalışılması gerektiği önerisinde bulunulması uygun olacaktır. Bu sonuç aynı zamanda özellikle ülkemizde halk arasındaki sorunlu evliliklerin çocuk doğumuyla düzeleceği yönündeki kanının da çok geçerli olmadığını göstermektedir. Eşiyle uyumlu bir beraberlik yaşayan ve destek alan kadının sağlıklı ve mutlu bir loğusalık dönemi geçireceği gözle görülür bir gerçektir.

6.1.5. Postpartum Hüzün

Oldukça yaygın bir fenomen olarak görülen, ağlamaklı olma, hırçınlık, kaygı, uykusuzluk, enerji azlığı, iştah kaybı ve genel bunalmışlık hissi gibi semptomlarla

karakterize geçici bir psikolojik bozukluktur⁽⁷⁾. Reck ve ark⁽¹¹³⁾ 853 kadında yaptıkları çalışmada, doğum sonrası ikinci haftada hüznün saptanan kadınlarda, hüznün tarif etmeyen kadınlara göre postpartum üçüncü ayda anksiyete gelişme ihtimalinin 3.9 kat, depresif bozukluk gelişme ihtimalinin ise 3.8 kat daha fazla olduğunu bulmuşlardır. Japon kadınlarında postpartum hüznün skalası puanı artışı ile postpartum depresyon görülme sıklığı arasında çok güçlü bir ilişki ortaya konulmuştur⁽¹¹⁴⁾. Gonidakis ve ark'nın⁽¹⁰⁰⁾ Atina'da postpartum altıncı ayda 402 kadınla yaptıkları bir çalışmada hüznün PPD ile güçlü bir ilişkisi olduğu bulunmuştur. Biz de çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak hüznün postpartum ruhsal bozukluk gelişme ihtimalini 3.13 kat, MDB gelişme ihtimalini 8.7 kat arttırdığını saptadık. Postpartum hüznün saptanan kadınları, ileride postpartum depresyon gelişimi riski açısından belirlemek ve erken dönemde tedaviye almak için doğum sonrası erken dönemde dikkatlice değerlendirmek gerekir.

6.1.6. Yetersiz Sosyal Destek

Toplumdaki sosyokültürel özelliklerin katkısıyla özellikle doğumdan sonra ilk haftalarda anneye karşı çevre ilgi ve desteğinin iyi olması, bu desteğin sonrasında da devam etmesi önemlidir. Kanadalı kadınlarda yapılan bir çalışmada global sosyal destek eksikliğinin postpartum depresyon gelişiminde rol oynayan önemli risk faktörlerinden biri olduğu saptanmıştır⁽⁴¹⁾. Robertson ve ark⁽²⁶⁾ düşük sosyal desteğin PPD gelişiminde güçlü bir belirleyici olduğunu, postnatal depresyonu olan ve olmayan kadınlarda sosyal desteğin istatistiksel olarak farklı bulunduğunu, depresyonu olmayan postpartum kadınlarda sosyal destek gören kadın oranının daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada da sosyal desteği yetersiz olan gebelerin doğum sonrası dönemde psikiyatrik açıdan riskli grubu oluşturduğu saptanmıştır⁽¹¹⁵⁾. Bir başka çalışmada STAI durumluk kaygı skoru ile sosyal desteğin ölçüm değerleri ters korelasyon göstermiştir⁽¹⁰²⁾. Gonidakis ve ark'nın⁽¹⁰⁰⁾ çalışmasında ise böyle bir ilişki bulunamamıştır. Çalışmamızda yaptığımız ikinci görüşmede, ilk görüşmede ifade edilen ailevi ve sosyal destek beklentisinin ne oranda gerçekleştiğini sorguladık; olguların %90.8'i ailevi destekten memnundu, fakat %24.9'u yeterli aile dışı sosyal desteği göremediğini ifade etti. Herhangi bir ruhsal bozukluğu saptanmayan kadın grubunda sosyal desteği iyi olan anne oranı %85 iken, MDB grubunda bu oran ancak %38 düzeyindeydi. En iyi açıklayıcı modeli oluşturmak üzere yaptığımız lojistik regresyon analizinde de sosyal destek eksikliğinin postpartum ruhsal bozukluk gelişme ihtimalini

yaklaşık 4.5 kat arttırdığını bulduk. Sosyal desteğinin yetersiz olduğu saptanan yeni doğum yapmış kadınlar postpartum ruhsal sorun gelişim riski açısından bilgilendirilmeli ve mümkünse takibe alınmalıdır.

6.1.7. Anne veya Bebekte Sağlık Sorunu

Anne veya bebekte doğum sonrası dönemde sağlık sorunlarının oluşması durumunda; annenin hasta olması halinde çocuğuyla yeterince ilgilenemeyeceği, bebeğin hastalığı durumunda ise annenin gerekli bakımı yeterince veremeyebileceği kaygısı anneyi ruhsal bozukluklara daha hassas hale getirebilir. Beklenmeyen bir erken doğum ve prematüre bebeğin yoğun bakıma yatırılması anneye ilave psikolojik stres yüklemektedir. Yurtdışında ve ülkemizde yapılmış çalışmalarda anne veya bebekle ilgili sağlık sorunu bulunmasının postpartum depresyon gelişimi ile ilişkisi gösterilmiştir (112,34).

Aynı zamanda bazı retrospektif çalışmalarda anksiyete bozukluklarından OKB ve PTSS; prematür doğum, sürmatür doğum, acil sezaryen, zor doğum gibi durumlarla ilişkili bulunmuştur^(116,117). Biz de çalışmamızda kendisinde kardiyak sorun, enfeksiyon veya bebeğinde hastaneye yatmasını gerektiren prematürite, hipoglisemi, fıtık, epileptik nöbet geçirme gibi sağlık sorunu gelişen olgularda, diğer postpartum kadınlara göre ruhsal sorun gelişme ihtimalinin altı kattan fazla arttığını saptadık. Anne veya bebekte önemli bir sağlık problemi geliştiğinde, oluşan durumun tıbbi tedavisi yanı sıra annede ruhsal sorun gelişebileceği akılda tutularak psikiyatrik açıdan da dikkatle değerlendirilmesi, gereği halinde profesyonel yardıma yönlendirilmesi gerekir.

6.1.8. Son Bir Yılda Olumsuz Yaşam Olayları

Yaşam olaylarının postpartum ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasında önemli rolü olduğu düşünülmektedir. Olumsuz yaşam olayları kişinin alışılmış davranışlarını etkileyen ve kişinin iyilik halini bozan, tanımlanabilir ve belirgin ölçülerdeki değişimlerdir. Stresli yaşam olaylarının (sevilen bir kişinin kaybı, birincil destek grubuyla olan sorunlar, ekonomik sorunlar vb.) ruhsal bozukluk gelişimini tetiklemesi beklenen bir durumdur. Dennis ve ark⁽⁴¹⁾ postpartum depresyon gelişimi için risk faktörlerini araştırdıkları çalışmalarında, son 12 ay içindeki olumsuz yaşam olaylarıyla PPD arasında istatistiksel olarak zayıf bir ilişki bulmuşlardır. (OR:1.12). Robertson ve ark⁽²⁶⁾, Gonidakis ve ark⁽¹⁰⁰⁾, Boyce ve ark⁽⁹⁹⁾ da yaptıkları çalışmalarda benzer sonuçlar bulmuşlardır. Britton ve ark⁽¹⁰²⁾ 296 kadında postpartum birinci ayın sonunda STAI ile

ölçülen yüksek durumluk kaygı skorlarını peripartum olumsuz sosyal yaşam olayları ile korele bulmuşlardır. Çalışmamızda son bir yılda olumsuz yaşam olayları açısından tanı grupları ile normal grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olsa da, regresyon analizi sonucunda olumsuz yaşam olaylarını postpartum ruhsal bozuklukları yordayıcı faktörlerden biri olarak saptamadık. Ancak olumsuz yaşam olaylarının daha ayrıntılı sorgulanacağı geniş çaplı, çok merkezli araştırmalar ile postpartum ruhsal bozukluk gelişimi üzerine olan etkileri daha net ortaya konulabilir.

6.1.9. Doğum Yöntemi

Bloch ve ark⁽³²⁾ İsrail’de 1800, Tammentie ve ark⁽¹¹⁸⁾ Finlandiya’da 373, Jardri ve ark⁽⁹⁸⁾ Fransa’da 363, Abbot ve ark⁽¹¹⁰⁾ Yeni Zelanda’da 1376 ve McCoy ve ark⁽¹¹⁹⁾ ABD’de 209 kadınla yaptıkları çalışmalarda doğum yöntemi ile PPD arasında anlamlı bir ilişki saptamamışlardır.

Chaaya ve ark⁽¹²⁰⁾ Lübnanda kültürel ve sosyoekonomik yönden farklılık gösteren Beyrut ve Bekaa vadisinde 396 kadında yaptıkları çalışmada; eğitim seviyesinin ve ekonomik seviyenin daha yüksek olduğu Beyrut’ta vaginal yolla doğum yapan annelerde sezaryenle doğum yapanlara göre daha yüksek oranda PPD görüldüğünü ve sezeryanla doğumun tekrarlayan PPD için koruyucu bir rol oynayabileceğini saptamışlarken, Bekaa vadisinde yaşayan annelerde sezaryen veya vajinal doğum ile PPD gelişimi arasında istatistiksel bir ilişki bulamamışlardır. Bu sonuç her iki bölge arasındaki eğitim ve ekonomik düzeylerdeki farklılıklarla açıklanmıştır.

Ülkemizde Ekuklu ve ark⁽⁴⁴⁾ doğum yöntemi ile postpartum depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptamamışlardır. Sünter ve ark’nın⁽¹¹¹⁾ yaptıkları çalışmada ise sezaryen ile doğuma göre normal doğum yapan annelerde postpartum depresyon daha fazla görülmüş ve aralarında istatistiksel olarak da anlamlı farklılık saptanmıştır.

Çalışmamız sonucunda vajinal yolla veya sezaryenle doğum yapan anneler arasında postpartum ruhsal bozukluk gelişimi açısından anlamlı bir farklılık bulunmadı. Vajinal doğum normal doğum şekli olmakla birlikte ağrılı ve anneyi yoran bir doğum yöntemidir. Sezaryenle doğum ise ağrısız olmakla birlikte hastanede kalış süresi uzundur. Bu sebeplerle her iki doğum yönteminin anneler üzerinde olumlu veya olumsuz etkileri olabilir.

6.1.10. Emzirme

Emzirme; anne-bebek arasında fiziksel ve duygusal birlikteliğin yaşandığı, ortalama bir yıl kadar süren dönemdir. Bu dönemde bebeğini emziremeyen anneler suçluluk ve yetersizlik duyguları yaşayabilirler; bebeklerinin anne sütü alamamasına bağlı olarak yaşayabileceği sağlık sorunları nedeniyle kendilerini suçlu, huzursuz ve endişeli hissedebilir ve ruhsal sorunlar yaşayabilirler. Emzirme esnasında anne ve bebek arasındaki temas ve sıcaklık hissi her ikisinde de psikolojik bir rahatlık yaratabilir.

McCoy ve ark⁽¹¹⁹⁾ ABD’de, Tammentie ve ark⁽¹¹⁸⁾ Finlandiya’da yaptıkları çalışmalarda bebeğini anne sütü ile besleyemeyen annelerin depresyon puanlarının, anne sütü ile bebeğini besleyen annelere göre daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Diğer yandan Jardri ve ark⁽⁹⁸⁾ Fransa’da yaptıkları çalışmada emzirme ile PPD arasında istatistiksel bir ilişki saptamamışlardır. Çalışmamız sonucunda bebeğini emzirmeyen annelerde postpartum MDB gelişme ihtimalinin 8.1 kat arttığını saptadık.

6.1.11. Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü

Genel popülasyonda depresyon ve anksiyete gelişiminde genetik etkilerin rol oynadığı kabul gören bir görüştür. Bu bağlamda ailede psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmasının postpartum dönemde ruhsal sorunların gelişiminde etkili olması beklenebilir. Fakat postpartum dönemdeki ruhsal bozukluk gelişimini araştıran çalışmalarda tezat sonuçlar bildirilmiştir. Örneğin Wenzel ve ark⁽⁹⁾ postpartum dönemde görülen YAB’nu ailevi psikiyatrik hastalık öyküsü ile ilişkili bulmuşlarken, Ross ve ark⁽¹¹⁶⁾,nın derlemesinde böyle bir risk faktörü bildirilmemiştir.

Bazı çalışmalarda ailede depresyon öyküsünün olması ile annede PPD gelişimi arasında pozitif ilişki olduğu rapor edilmiştir^(25,26). Bloch ve ark⁽³²⁾ İsrail’de 1800 postpartum kadında yaptıkları kesitsel bir çalışmada depresyon gelişiminde ailevi depresyon öyküsünün risk faktörü olduğunu bulmuşlardır. Ülkemizde Sünter ve ark’nın⁽¹¹¹⁾ çalışmasında ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunanlarda postpartum depresyon, ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmayanlara göre 2.8 kat daha fazla bulunmuştur. Buna karşın Ekuklu⁽¹⁴⁾ ve Ayvaz⁽⁴⁴⁾,ın çalışmalarında ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ile postpartum depresyon sıklığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Çalışmamızda postpartum ruhsal bozukluk gelişiminde ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olması bir risk etmeni olarak saptanmadı.

6.1.12. Geçmiş Postpartum Psikiyatrik Hastalık Öyküsü

İnsanın yaşamında tekrarlayan stres faktörlerine verdiği psikolojik yanıtları benzerdir. Önceki doğumları ardından depresyona giren bir kadının sonraki doğumlarından sonra da diğer kadınlara göre daha yüksek oranda depresyon geliştirdiği birçok çalışmada gösterilmiştir: Ülkemizde Ekuklu ve ark'nın⁽⁴⁴⁾ yaptıkları çalışmada, önceki doğumlarından sonra ruhsal sorun yaşayan olgularda postpartum depresyon sıklığı yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Önceki doğumlarında ruhsal sorun yaşamayan olgularda postpartum depresyon sıklığı %30 dolayında iken, sorun yaşamış olan 14 annenin 12'sinde (%86) postpartum depresyon gelişmiştir. Danacı ve ark⁽¹¹²⁾ daha önceki gebelik sırasında veya doğum sonrasında ruhsal sorun yaşamış olguların sonraki gebeliklerinde postpartum depresyon görülme riskinin 8.87 kat arttığını saptamışlardır. Bloch ve ark⁽³²⁾ da yaptıkları çalışmada geçmiş postpartum depresyon öyküsü ile postpartum depresyon gelişimi arasında güçlü ilişki saptamışlardır. Postpartum anksiyete ortaya çıkması ile geçmiş postpartum psikiyatrik öykü arasındaki ilişkiyi inceleyen prospektif, kontrollü bir çalışma olmamakla beraber anksiyeteyi araştıran retrospektif çalışmalarda da bu tip bir ilişkiden bahsedilmemektedir⁽¹¹⁶⁾. Biz de çalışmamızda geçmiş postpartum psikiyatrik öykünün şimdiki doğum sonrası ruhsal bozukluk gelişiminin yordayıcısı olmadığını saptadık.

6.2. Psikometrik Testler ve Postpartum Ruhsal Tanılar

Çalışmamızda erken postpartum dönemde uygulanacak hangi testlerin daha ileri dönemde ortaya çıkabilecek duygudurum ve anksiyete bozukluklarını yordamada ne derecede etkili olduklarını da araştırdık. Önceki çalışmalarda PPD'ü öngörmek için EPDS, postpartum anksiyete için STAI testi kullanılmıştır. Fakat literatürde anksiyete veya depresyon için postpartum erken dönemde uygulanan birden çok psikometrik testin kombine etkisini inceleyen bir çalışmaya rastlamadık. Çalışmamızda uygulanan tüm psikometrik test puanları çalışma grupları arasında anlamlı farklılık gösterdi. Bu nedenle üç tanı grubunu ayrı ayrı Normal grubuyla karşılaştırdık. SDÖ dışındaki tüm testlerin puanları MDB grubunda diğer gruplardan, özellikle de Normal grubundan yüksek bulundu. SDÖ puanı da belirgin olarak MDB grubunda daha düşüktü.

Jardri ve ark⁽⁹⁸⁾ postpartum ilk hafta içinde yaptıkları EPDS'nin sonradan ortaya çıkan PPD epizodunu tahmin edebilirliğini göstermişlerdir. Bloch ve ark'nın⁽¹²¹⁾

yaptıkları çalışmada da doğumdan altı-sekiz hafta sonra uygulanan SCID I sonucu PPD saptanan gruptaki kadınların postpartum erken dönemde yüksek EPDS skorlarına sahip oldukları saptanmıştır. Hannah ve ark⁽¹²²⁾, 217 kadında postpartum beşinci gün ve altıncı haftada EPDS uygulamışlar ve iki zaman dilimindeki semptom profilleri bakımından yüksek bir benzerlik bulmuşlardır. Böylece ilk haftadaki maternal disfori durumu ile altıncı haftadaki postpartum disfori arasında kuvvetli bir ilişki olduğunu göstermişlerdir. Fatoye ve ark⁽¹²³⁾ zor doğum ve normal doğumu karşılaştırdıkları çalışmalarında zor doğumu erken dönemde yüksek seviyede semptomlarla ilişkili bulmakla beraber, altıncı haftadaki depresif ve anksiyete semptomları üzerine belirleyici etkisini saptayamamışlardır. Altıncı haftadaki depresif semptomların belirleyici faktörleri olarak doğumdaki depresif semptomlar ile altıncı haftadaki anksiyete semptomlarını tespit etmişlerdir. Çalışmamızdaki EPDS ölçek puanlarının MDB grubunda birinci ve ikinci görüşmede yüksek bulunması literatür bilgileriyle uyumludur. Özellikle her iki görüşmedeki EPDS puanlarının yüksek korelasyon göstermesi ($r=0.787$; $p<0.001$) MDB'un erken postpartum dönemde öngörülmesinde EPDS ölçümlerinin oldukça etkili olduğunu ortaya koymaktadır.

İnsan yaşamında yeni bir evre olarak kabul edilen ana-baba olma eşler için stres yaratan bir durumdur. Bu stres, her şeyin iyi gitmeyeceği olasılığı ile birlikte olan anksiyete ile birleştiği zaman ebeveynler için ağır bir yük oluşturmaktadır. Doğuma bağlı stres ile başa çıkmakta zorlanan kadınlarda depresyon gelişimi de daha kolay olmaktadır. Bu ilişki önceki çalışmalarda da gösterilmiştir; Ross ve ark⁽¹¹⁶⁾ postpartum depresyonda anksiyete bulgularının yüksek oranda bulunduğunu saptamışlar ve anksiyeteli depresyonun postpartum dönemde en yaygın depresyon alt grubu olduğu yorumunda bulunmuşlardır. Grant ve ark⁽¹²⁴⁾ üçüncü trimesterde STAI (durumluk ve sürekli kaygı ölçeği) kullanarak postpartum dönemde gelişebilecek anksiyete bozukluğunun tahmin edilebileceğini ileri sürmüşlerdir. Gebelik üçüncü trimesterinde STAI uygulanan kadınlara postpartum yedinci ayda klinik görüşme ile anksiyete ve depresyon araştırmışlardır. Üçüncü trimesterde bakılan STAI'de kesim noktası 40'ın üzerinde olan hastalarda postpartum ileri dönemde anksiyete bozukluğu gelişme ihtimalinin yüksek olduğunu göstermişlerdir.

Cox ve ark⁽¹²⁵⁾ erken gebelikte kaygılı olma ile doğum sonrası üçüncü ayda depresyon saptanması arasında dikkat çeken bir ilişki bulmuşlardır. Ülkemizde yapılan

bir çalışmada da gebelik ve sonrası dönemde saptanan BAE puan ortalamaları PPD tanısı alan kadınlarda, bu tanıyı almayan kadınlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur⁽¹⁴⁾. Çalışmamızda da STAI puanları özellikle MDB olmak üzere tanı gruplarında normal gruba göre belirgin yüksekti. Bu sonuç depresyon ve anksiyetenin ya komorbid olarak ya da semptom düzeyinde birlikte sık görüldüğünü göstermektedir ve bu da literatür bilgileriyle uyumludur.

Yüksek düzeyde sosyal desteği olanların daha uzun ve daha sağlıklı yaşadıkları, yaşantısındaki değişikliklere daha iyi uyum sağladıkları, akut veya kronik ruhsal ve fiziksel hastalıklara karşı daha dirençli oldukları, yapılan çalışmalarda gösterilmiştir⁽¹²⁶⁾. Büyükkoca'nın⁽⁴²⁾ 2001 yılında postpartum dönemdeki annelerde algılanan sosyal destek ile depresyon ilişkisini incelediği çalışmasında annelerin, algıladığı sosyal destek düzeyi arttıkça depresyon puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede düştüğü görülmüştür ($p<0.05$). O'Hara ve Swain⁽¹²⁷⁾ tarafından yapılan bir çalışmada PPD gelişimi açısından önemli göstergeler arasında; gebelik sırasında psikopatolojik bir sorunun ortaya çıkması, evlilik içi ilişkilerde zayıflık, sosyal desteğin az olması, stresli hayat şartları sayılmaktadır. Algılanan sosyal destek arttıkça, stres verici yaşam olaylarının yarattığı psikolojik problemlerin azaldığı belirlenmiştir. Yeterli ve nitelikli sosyal destek, gebelik ve doğum sonrası dönemde duygusal ve fiziksel zorlanmayla baş edebilmede önemlidir. Dennis ve ark⁽⁴¹⁾ çalışmalarında düşük sosyal destek ölçek skorları ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptamışlardır. Çalışmamızda ikinci görüşmede uygulanan EPDS ve çok boyutlu algılanan SDÖ ölçüm değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş ($r = -0.447$, $p<0.01$) olup literatürle tutarlılık göstermektedir. SDÖ puanları özellikle MDB grubunda belirgin düşük bulundu.

Literatürde postpartum dönemi araştıran çalışmalarda SCL-90 R uygulamasına rastlanmadı. Bu nedenle bu ölçekle elde edilen bulguları önceki çalışmalarla karşılaştırma imkanı yoktu. Brouwers ve ark⁽¹²⁸⁾ EPDS'nin anksiyeteyi ölçmede etkinliğine baktıkları çalışmalarında SCL-90 R ve STAI ölçeklerini kullanmışlar ve 10 maddeli EPDS'nin anksiyeteyi ölçmede etkin olduğunu bulmuşlardır. Karataylı S⁽¹²⁹⁾ gebelerde yaptığı tez çalışmasında SCL-90 R depresyon ve anksiyete alt ölçeklerinden elde edilen bulguları, depresyon ve anksiyete düzeylerini ölçmek için kullandığı BDE (Beck Depresyon Envanteri) ve BAE bulguları ile karşılaştırmıştır; özellikle son

trimester olmak üzere tüm trimesterlerde, gebe olmayan kontrol grubuyla kıyaslandığında SCL-90 R'nin depresif, anksiyete, somatik belirtiler alt ölçek puanlarının BDE ve BAE skorlarıyla anlamlı derecede korele olduğunu bulmuştur. Çalışmamızda MDB'da SCL-90 R'nin özellikle D (depresyon), OK (obsesif-kompulsif belirtiler), S (somatizasyon), A (anksiyete) ve KD (kişilerarası duyarlılık) alt ölçeklerinde olmak üzere yüksek puanlar tespit ettik. İleride geniş olgu gruplarında yapılacak çalışmalarda PPD ile SCL-90 R tüm alt ölçek ve toplam puanları arasındaki ilişkinin araştırılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Düşük benlik saygısı depresyondaki özgüven yetersizliğini yansıtmaktadır. Japon orta-ileri yaş grubunda depresyon ile özgüven ve sosyal destek ilişkisini araştıran bir çalışmada depresyonda RBSÖ ile belirlenen özgüven seviyesinin azaldığı, sosyal desteğin özgüveni yükselterek depresyonun etkilerini hafiflettiği saptanmıştır⁽¹³⁰⁾. Bu çalışmada görüldüğü üzere depresyonda benlik saygısı azalmakta ve RBSÖ ile bu durum saptanabilmektedir. Postpartum dönemde bu ölçeğin kullanıldığı çalışmalarda ise farklı sonuçlar saptanmıştır; Dennis ve ark⁽⁴¹⁾ RBSÖ puanlarını depresyonu olan ve olmayan anneler arasında benzer bulurken, Park ve ark⁽¹³¹⁾ gruplar arasında farklı bulmuşlar fakat postpartum depresyonu en iyi açıklayan modeli oluşturmak üzere yaptıkları ileri analizde benlik saygısını depresyonun yordayıcısı olarak saptamamışlardır.

Biz de yaptığımız çalışmada RBSÖ puanlarını çalışma grupları arasında farklı bulmakla beraber, depresyon ve anksiyeteyi en iyi yordayıcı regresyon modelini oluşturmak üzere yaptığımız analizde etkili bulamadık. Bu sonuçlar belirlenen yetersiz benlik saygısı düzeyinin postpartum ruhsal bozuklukların gelişiminde asıl etmenlere bağlı oluşan ikincil sonuçlardan olduğunu veya daha etkin faktörlerin benlik saygısının etkisini maskeleyip düşündürmektedir.

Uygulanan psikometrik testlerden sadece ikinci görüşmede uygulanan EPDS(2) ve DKÖ(2) test puanları normal gruba göre BTA Depresif Bozukluk grubunda anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Diğer testlerin puanları da normal gruptan yüksek olmakla beraber istatistiksel bir farklılık oluşturmuyordu. Özellikle ilk görüşmede uygulanan testlerde normal gruptaki kadınlarda da erken doğum sonrası strese bağlı test puanlarının bir miktar yüksek olduğu, postpartum dördüncü-altıncı aylarda özellikle

normal grupta EPDS(2), DKÖ(2) puanlarının bir miktar daha düştüğü dikkati çekmektedir.

Anksiyete Bozukluğu grubunda; DKÖ(1), EPDS(2), DKÖ(2), SCL-A, OK, ÖD, FA testleri Normal gruptan anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Görüldüğü üzere EPDS hariç anlamlı olarak farklı çıkan tüm testler anksiyete semptomlarına yönelik olduğu için klinik görüşmede konulan anksiyete bozukluğu tanısını desteklemektedir. Brouwers ve ark⁽¹²⁸⁾ EPDS'nın anksiyeteyi ölçmede de etkin olduğunu göstermişlerdir. Bu da çalışmamızın sonucu ile uyumludur. Britton ve ark⁽¹⁰²⁾ 296 annede postpartum erken dönem ve bir ay sonra STAI ile anksiyeteyi ölçmüşler, birinci aydaki durumluk anksiyeteyi erken dönemde uyguladıkları durumluk/sürekli kaygı ölçeği skorları ile korele bulmuşlardır. Fatoye ve ark⁽¹²³⁾ postpartum erken dönemdeki yüksek durumluk kaygı skorlarını altıncı haftada ortaya çıkan anksiyetenin belirleyicilerinden birisi olarak bulmuşlardır.

6.3. Postpartum Depresyonu En İyi Yordayan Psikometrik Test Değişkenleri

Yapılan çalışmalar, PPD gelişiminin öngörülmesinde postpartum erken dönemde uygulanan EPDS'nın değerli bir araç olduğunu göstermiştir. Biz de depresyonu öngörmeye standart test olarak EPDS'nı baz aldık. Çalışmamız sonunda EPDS(2) skorlarının başlangıçta uygulanan test skorlarıyla yüksek oranda korele olduğunu bulduk. PPD kliniğinin geç dönemde yerleşmesi nedeni ile ve klinik görüşmeyi postpartum dördüncü ve altıncı aylar arasında yaptığımız için EPDS(2) değerini depresyonun ölçüsü olarak kullandık ve EPDS(2)'yi en iyi yordayan erken postpartum dönemde uygulanan psikometrik testleri bulmak için regresyon modeli oluşturduk. Sonuçta EPDS(1), SCL-D ve DKÖ(1)'in EPDS(2)'yi en iyi yordayan psikometrik test değişkenleri olduğunu saptadık. Bu sonuç bize erken postpartum dönemde uygulanacak EPDS, DKÖ ve SCL-D testleri ile ileride gelişebilecek depresyonu güçlü bir şekilde tahmin etmenin mümkün olabileceğini göstermektedir. Postpartum dönemle ilgili yapılan önceki çalışmalarda sadece EPDS ölçümü ile ileride depresyon gelişimi tahmin edilmeye çalışılmıştır. Değişik psikometrik testlerle bulduğumuz bu sonuç literatürde ilktir.

İkinci görüşmede uygulanan EPDS'nın ölçüm değerini tahmin etmek üzere regresyon formülü oluşturduk. Bu formül, ilk görüşmede uygulanacak psikometrik

testlerin puanları ile dört-altı ay sonraki EPDS puanını yaklaşık olarak hesaplama imkanı vermektedir. Bu hesaplama sonucu 12 veya 13 kesim puanı üzerindeki değerlerde annede ileride depresyon gelişme ihtimalinin yüksek olduğu öngörüsü yapılabilir.

6.4. Postpartum Anksiyeteyi En İyi Yordayan Psikometrik Test Değişkenleri

Anksiyete semptom ve şiddetini ölçmede kullanılan çeşitli psikometrik testler mevcuttur. Biz çalışmamızda Durumluk ve Sürekli Kaygı ölçeğini kullandık. Çalışmamız sonunda DKÖ(2) skorlarının başlangıçta uygulanan test skorlarıyla yüksek oranda korelasyon gösterdiğini bulduk. Postpartum anksiyete bozukluğu kliniğinin yerleşmesinin daha geç dönemde olması nedeniyle ve klinik görüşmeyi postpartum dördüncü ve altıncı aylar arasında yaptığımız için, ikinci görüşmede uygulanan DKÖ(2) değerini anksiyetenin ölçüsü olarak aldık. Erken postpartum dönemde uygulanan hangi psikometrik testlerin DKÖ(2)'yi en iyi yordadığını bulmak için regresyon modeli oluşturduk ve sonuçta DKÖ(1), SCL-D, EPDS(1), SCL-OK, SKÖ ve SCL-ÖD'nin DKÖ(2)'yi en iyi yordayan psikometrik testler olduğunu saptadık. Bu sonuç bize erken postpartum dönemde uygulanacak bu testler ile ileride gelişecek anksiyeteyi öngörebileceğimizi göstermektedir. Literatürde anksiyeteyi öngörmek için postpartum erken dönemde uygulanacak çoklu ölçeklerle yapılmış bir çalışmaya rastlamadık. Sadece EPDS'nin anksiyeteyi de ölçebileceğini gösteren bir yayın vardı⁽¹²⁸⁾. Çoklu psikometrik testlerle bulduğumuz sonucumuz literatürde ilktir. İkinci görüşmede uygulanan DKÖ'nin sayısal olarak değerini tahmin etmek üzere regresyon formülü oluşturduk. Bu formül bize ilk görüşmede uygulanacak psikometrik testlerin puanları ile DKÖ(2) puanını hesaplama imkanı vermektedir. Bu hesaplama sonucu alınan yüksek değerler de annede ileride gelişmesi muhtemel anksiyeteyi öngörmemizi sağlayacaktır.

7. SONUÇ ve ÖNERİLER

SONUC

Postpartum dönemde gelişen ruhsal bozuklukların doğum sonrası erken dönemde öngörülmesi, anne, bebek ve aile üzerindeki olumsuz etkilerinin önlenmesi, izlenmesi ve tedavisi açısından kritik önem taşımaktadır.

Çalışmamız sonucunda; postpartum gelişen ruhsal sorunların sanıldığı gibi aksine daha yaygın ve heterojen olduğunu, postpartum erken dönemde özgeçmişte psikiyatrik ve tıbbi hastalık öyküsü, olguların annelerinde postpartum psikiyatrik öykü, sorunlu evlilik, postpartum hüznün yaşanması, sosyal destek yoksunluğu gibi risk faktörlerinin sorgulanmasının ve kolay uygulanabilir olan EPDS, STAI (Durumluk ve Sürekli) ve SCL-90 R psikometrik testlerin doğum yapan olgulara uygulanmasının mevcut veya ileride gelişebilecek ruhsal sorunları öngörmedeki değerliliğini ortaya koyduk.

Bu çalışma ülkemizde postpartum dönemde ortaya çıkan tüm ruhsal bozukluklar ve ilişkili faktörleri çoklu psikometrik ölçekler de kullanarak araştıran ilk izlem çalışmasıdır ve sonuçlarının ileride daha geniş olgu grupları ile yapılacak çalışmalara katkı sağlayacağı umulmaktadır.

ÖNERİLER

Postpartum dönem psikiyatrik sorun gelişimine yatkın bir dönem olup değişik sosyodemografik ve doğumsal etkenler bu dönemi daha da hassas hale getirmektedir. Bizim çalışmamızda etkili bulduğumuz faktörlerin toplumun değişik sosyal gruplarından alınacak olgu örneklerini içerecek daha geniş popülasyonda geçerliliğinin gösterilmesi, bu dönemde gelişebilecek sorunların öngörülmesi açısından daha güçlü deliller sağlayacaktır. Bu çalışmalardan elde edilecek verilerle günlük uygulamaya sokulabilecek tarama testlerinin oluşturulması mümkün olabilecektir.

Geçmişte postpartum psikiyatrik öykü gibi muhtemel spesifik risk faktörlerinin araştırılması için, örneğin sadece multiparaları içeren geniş hasta gruplu çalışmalar faydalı olabilir.

KISITLILIKLAR

- Çalışmaya aldığımız olguların erken dönem anne çocuk ilişkileri, çatışmaları, erken çocukluk travmaları gibi konularda sorgulanmadığından psikodinamik olarak değerlendirilmemesi,
- Çalışmamızın, katılmayı kabul eden gönüllü kişilerden oluşması ve planlanan ikinci görüşmeye gelebilecek durumda olan kişilerin çalışmaya alınmasının sonuçların genellenebilirliğini sınırlaması,
- Alınan bilgilerin büyük kısmının ankete dayalı olarak elde edilmesi çalışmamızın başlıca kısıtlılıklarıdır.

8. KAYNAKLAR

1. Newport JD, Hosteter A, Arnold A, et al. The treatment of postpartum depression: minimizing infant exposures. *J Clin Psychiatry* 2002;63(7): 31-44.
2. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA: *Synopsis of Pschiatry Williams and Wilkins*, Baltimore, 2000,1276.
3. Mucuk S, Güler N. Annelerin doğum sonu dönemde bakım beklentileri ve bu beklentilerin hemşireler tarafından karşılanma durumu. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2002;11(1): 21-30.
4. Evans J, Heron J, Francomb H, et al. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 2001;323: 257-260.
5. Gülseren L. Doğum Sonu Depresyon Bir Gözden Geçirme, *Türk Psikiyatri Dergisi* 1999;10: 58-67.
6. Aşkın R. Depresyon El Kitabı 2. baskı. Konya, 1999; 100-122.
7. Sadock BJ, Sadock VA. *Comprehensive Textbook Of Psychiatry*. 8. baskı. (çev; Aydın H, Bozkurt A.) Ankara, Güneş Kitapevi, 2007;1537-1538, 2308.
8. Beck CT, Gable RK. Comparative analysis of the performance of the postpartum depression screening scale with two other depression instruments. *Nurs Res* 2001;50: 242-250.
9. Wenzel A, Haugen EN, Jackson LC, et al. Prevalence of generalized anxiety at eight weeks postpartum. *Arch Women Ment Health* 2003;6: 43-49.
10. Menage J. Post traumatic stress disorder in women who have undergone obstetric and/or gynaecological procedures: A consecutive series of 30 cases of PTSD. *J Reprod Infant Psychol* 1993;11: 221-228.
11. Hertzberg T, Wahlbeck K. The impact of pregnancy and puerperium on panic disorder: a review. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1999;20: 59-64.
12. Lo WH. A follow-up study of obsessional neurotics in Hong Kong Chinese. *Br J Psychiatry* 1967;113: 823-832.
13. Matthey S, Barnett B, Howie P, et al. Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety? *J Affect Disord* 2003;74: 139-147.

14. Ayvaz S, Hocaoglu Ç, Tiryaki A, ve ark. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006;17(4): 243-251.
15. Gitlin MJ, Pasnau RD: Psychiatric syndromes linked to reproductive function in women; a review of current knowledge. *Am J Psychiatry* 1989;146: 1413-1422.
16. Benvenuti P, Cabras PL, Servi P, et al: Puerperal psychoses: A clinical case study with follow-up. *J Affective Dis* 1992;26: 25-30.
17. Pitt B. Atypical depression following childbirth. *BJ Psychiatry* 1968;114: 1325-1335.
18. Dalton K: Prospective study into puerperal depression. *Br J Psychiatry* 1971;118: 689-692.
19. Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Gözden Geçirilmiş Üçüncü Baskı (DSM IIIR), 1987'den (Çeviri ed: Köroğlu E) Hekimler Yayın Birliği, Ankara,1989.
20. Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV), 1994'ten (Çeviri ed: Köroğlu E) Hekimler Yayın Birliği, Ankara,1995.
21. Parry BL. Postpartum Psychiatric Syndromes. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 6th edition, ed: HI Kaplan, BJ Sadock, Baltimore, Williams& Wilkins. 1995, 1059-1066.
22. Dünya Sağlık Örgütü (1992) ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması. Çeviri Editörü: Öztürk MO, Uluğ B; Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, Ankara, 1993.
23. Kırpınar İ, Özer H: Postpartum psikiyatrik bozukluklar(I). *Psycho Med* 1995;1(2): 55-59.
24. Özkan S. Konsultasyon-liyezon psikiyatrisi, İstanbul 1993; 201-220.
25. Bloch M, Daly RC, Rubinow DR. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Compr Psychiatry* 2003;44: 234-46.
26. Robertson E, Grace S, Wallington T, et al. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry* 2004;26: 289-295.

27. Harding JJ. Postpartum psychiatric disorders: a review. *Compr Psychiatry* 1989;30:109-112.
28. Brockington I. Postpartum psychiatric disorders. *Lancet* 2004;363: 303-310.
29. O'Hara MW, Neunaber DJ, Zekoski EM, et al. Prospective study of postpartum depression: Prevalance, course and predictive factors. *J Abnorm Psychol.* 1984;93: 158-171.
30. Bryan TL, Georgiopoulos AM, Horms RW: Incidence of postpartum depression in Olmsted Counly, Minnesota. *J Reprod Med* 1999;44:351-358.
31. Deveci A: Postpartum psikiyatrik bozukluklar. Birinci Basamak İçin Psikiyatri 2003;2(3): 42-46.
32. Bloch M, Rotenberg N, Koren D, et al. Risk factors for early postpartum depressive symptoms. *Gen Hosp Psychiatry* 2006;28:3-8.
33. Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. *Br J Psychiatry* 1987;150: 662-673.
34. Bergant AM, Heim K, Ulmer H: Early postnatal depressive mood: associations with obstetric and psychosocial factors. *J Psychosom* 1999;46(4): 391-400.
35. Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Clinical practice. Postpartum depression. *N Engl J Med* 2002;18: 194-199.
36. Sadock BJ, Sadock VA. Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry Ninth Edition. 2003; 526-527.
37. Thome M. Predictors of postpartum depressive symptoms in Icelandic women. *Arch Womens Ment Health* 2000;3: 7-14.
38. Evins GG, Theofrastous PJ. Postpartum depression: A review of postpartum screening. *Prim Care Update Ob/Gyns* 1997;4: 241-246.
39. Georgiopoulos AM, Bryan TL, Yawn BP, et al. Population-based screening for postpartum depression. *Obstet Gynecol* 1999;93: 653-657.
40. Bashiri N, Spielvogel AM. Postpartum depresyon: A crosscultural perspective. *Prim Care Update Ob/Gyns* 1999;6: 82-7.
41. Dennis CL, Janssen PA, Singer J. Identifying women at-risk for postpartum depression in the immediate postpartum period. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004;110(5): 338-346.

42. Büyükkoca M. Algılanan sosyal destek ile postpartum depresyon arasındaki ilişki. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi 2001.
43. İnandı T, Elçi Ö.Ç, Öztürk A, ve ark. Risk factors for depression in postnatal first year, in eastern Turkey. *International J. Epidemiologist* 2002: 201-207.
44. Ekuklu G, Tokuç B, Eskiocak M, ve ark. Prevalence of postpartum depression in Turkey (Edirne) and some related factors. *Journal of Reproductive Medicine* 2004;49: 908-914.
45. Güra A, Özkan H, Ongun H, ve ark. Postpartum maternal depresyonun nedenleri ve preterm bebeklerde büyüme üzerine etkileri. *The Journal of the Child* 2004;4: 168-172.
46. Beck CT. A meta analysis of predictors of postpartum depression. *Nurs Res* 1996;45(5): 297-303.
47. Bina R. The impact of cultural factors upon postpartum depression: A literature review. *Health care for women international* 2008;29: 568-592.
48. Ahokas A, Kaukoranta J, Aito M. Effect of estradiol on postpartum depression. *Psychopharmacology (Berl)* 1999;146: 108-10.
49. Van Dam RM, Schuit AJ, Schouten EG, et al. Serum cholesterol decline and depression in the postpartum period. *J Psychosom Res* 1999;46: 385-90.
50. Selvi Y, İnci R, Kıran ÜK, ve ark. Postpartum depresyon ve serum kolesterolü. *Klinik Psikiyatri* 2004;7: 48-50.
51. Engindeniz N. Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeğinin Türkçe formu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, İzmir, 1996.
52. Nur N, Çetinkaya S, Bakır DA, ve ark. Sivas il merkezindeki kadınlarda postpartum depresyon yaygınlığı ve risk faktörleri. *Cumhuriyet Üniv. Tıp Fakültesi Dergisi* 2004;26: 55-59.
53. Sadock BJ, Sadock VA. *Klinik Psikiyatri*. Güneş Kitabevi ikinci baskı (çev; Aydın H, Bozkurt A.) Ankara. 2005; 174-176, 336-354.
54. Hopkins J, Campbell SB, Marcus, et al. Postpartum depression and postpartum adaptation: overlapping constructs. *J Affective Disord* 1989;17: 251-254.
55. Diego MA, Field T, Hernandez-Reif M, et al. Prepartum, postpartum and chronic depression effects on neonatal behavior. *Infant Behav Dev* 2005; 132-44

56. Yıldırım GS, Kısa C, Aydemir Ç. Postpartum depresyon. 3P Dergisi Aralık 2004;(ek 4): 12-20.
57. Howard LM, Boath E, Henshaw C. Antidepressant prevention of postnatal depression. Plos Med 2006;3: 160-168.
58. Danacı AE, Dinç G, Deveci A, et al: Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural aspects. Soc Psychiatr Epidemiol 2002;37: 125-129.
59. Dennis CL. Can we identify mothers at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh Postnatal Depression Scale?. J Affect Disord 2004;78: 163-169.
60. Wisner KL, Hanusa BH, Perel JM, et al. Postpartum depression: a randomized trial of sertraline versus nortriptyline. J Clin Psychopharmacol 2006;26:353-360.
61. Karamustafalıoğlu N, Tomruk N. Postpartum hüzn ve depresyonlar. Duygudurum Dizisi 2000;2: 64-70.
62. Correia LL, Linhares MBM. Maternal anxiety in the pre and postnatal period: A literature review. Rev Latino-am Enfermagem julho-agosto 2007; 15(4): 677-83.
63. Buttolph ML, Holland AD. Obsessive-compulsive disorders in pregnancy and childbirth. In: Jenike MA, Baer L, Minichiello WE, eds. Obsessive-Compulsive Disorder: Theory and Management, 2nd ed. Chicago: Yearbook Medical Publishers 1990: 89-95.
64. Brandes M, Soares CN, Cohen LS. Postpartum onset obsessive-compulsive disorder: diagnosis and management. Arch Womens Ment Health 2004 Apr;7(2): 99-110.
65. Abramowitz JS, Schwartz SA, Moore KM, et al. Obsessive-compulsive symptoms in pregnancy and puerperium: A review of the literature. J Anxiety Disorders 2003;17: 461-478.
66. Uguz F, Akman C, Kaya N, et al. Postpartum-onset obsessive compulsive disorder: incidence, clinical features, and related factors. J Clin Psychiatry 2007;68: 132-138.
67. Smith MV, Rosenheck RA, Cavaleri MA, et al. Screening for and detection of depression, panic disorder and PTSD in public-sector obstetric clinics. Psychiatr Serv 2004;55:407-414.

68. Wenzel A, Haugen EN, Jackson LC, et al. Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *Anxiety Disorders* 2005;19: 295-311.
69. Northcott CJ, Stein MB. Panic disorder in pregnancy. *J Clin Psychiatry* 1994;55: 539-542.
70. Sholomskas DE, Wickamaratne PJ, Dogolo L, et al. Postpartum onset of panic disorder: A coincidental event? *J Clin Psychiatry* 1993 Dec;54(12): 476-80.
71. Wisner KL, Peindl K, Hanusa BH. Effect of child-bearing on the natural history of panic disorder with comorbid mood disorder. *J Affect Disord* 1996;41: 173-180.
72. Cohen LS, Sichel DA, Dimmock JA, et al. Postpartum course in women with preexisting panic disorder. *J Clin Psychiatry* 1994;55:289-292.
73. Weisberg RB, Paquette JA. Screening and treatment of anxiety disorders in pregnant and lactating women. *Womens Health Issues* 2002 Jan-Feb;12(1):32-6.
74. Beck CT: Postpartum onset of panic disorder. *Image J Nurs Sch* 1998;30(2): 1315.
75. Villeponteaux VA, Lydiard RB, Laraia MT, et al. The effects of pregnancy on preexisting panic disorder. *J Clin Psychiatry* 1995 Nov;56(11): 533.
76. Klein DF, Skrobala AM, Garfinkel RS. Preliminary look at the effects of pregnancy on the course of panic disorder. *Anxiety* 1995;1(5): 227-32.
77. Bydlowski M, Raoul-Duval A. Un avatar psychique méconnu de la puerpéralité: la névrose traumatique post-obstétricale. *Perspect Psychiatr.* 1978;4: 321-28.
78. Beck CT: Post-traumatic stress disorder due to childbirth: the aftermath. *Nurs Res* 2004;53(4):216-24.
79. Fisch RZ, Tadmor O. Iatrogenic post-traumatic stress disorder. *Lancet* 1989; Dec 9;2(8676): 1397
80. Shalev AY, Schreiber S, Galai T, et al. Post-traumatic stress disorder following medical events. *Br J Clin Psychol* 1993 May;32: 247-53.
81. Mayou RA, Smith KA. Post traumatic symptoms following medical illness and treatment. *J Psychosom Res* 1997;Aug;43(2): 121-3.
82. Kumar R. "Anybody's child": severe disorders of mother-infant bonding. *Br J Psychiatry* 1997;171: 175-81.

83. Sutter-Dallay AL, Giaconne-Marcasche V, Glatigny-Dallay E, et al. Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: A prospective survey of the MATQUID cohort. *Eur Psychiatry* 2004 Dec;19(8): 459-63.
84. Ross LE, Gilbert Evans SE, Sellers EM, et al. Measurement issues in postpartum depression part 2: assessment of somatic symptoms using the hamilton rating scale for depression. *Arch Womens Ment Health* 2003 Feb;6(1): 59-64.
85. Brockington IF. *Motherhood and mental health*: Oxford University Press, 1996.
86. Weightman H, Dalal BM, Brockington IF. Pathological fear of cot death. *Psychopathology* 1998;31: 246-49.
87. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, et al. *Structured Interview for DSM-IV Clinical Version (SCID-I/CV)* Washington. American Psychiatric Press, 1997.
88. Çorapcıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M, ve ark: Structured clinical interview for DSM-IV (SCID-I), Türkçe Formu. Ankara; Hekimler Yayın Birliği, 1999.
89. 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.
90. Derogatis LR: *Symptom checklist 90: Administration, Scoring and Procedures Manual for the Revised Version*. Baltimore, John Hopkins Univ. School of Medicine Psychometrics Unit 1977.
91. Dağ İ: Belirti tarama listesi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1991;2(1): 5-12.
92. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE: *Manual for state-trait anxiety inventory*. California, Consulting Psychologists Press, 1970.
93. Öner L, Le Compte A: *Durumluk-Sürekli kaygı envanteri el kitabı*, İstanbul Boğaziçi Matbaası, 1985.
94. Zimet G, Dahlem N. The multidimensional scale of perceived social support. *J Personality Assesment* 1988;52(1): 30-41.
95. Eker D, Arkan H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 1995;10(34): 45-55.
96. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. New Jersey: Princeton University Press, 1965.

97. Çuhadaroglu F. Adölesanlarda Benlik Saygısı. Uzmanlık tezi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakóltesi, Ankara.1986.
98. Jardri R, Pelta J, Maron M, et al. Predictive validation study of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in the first week after delivery and risk analysis for postnatal depression. *J Affect Disord* 2006;93(1-3): 169.
99. Boyce PM, Hickey A. Psychosocial risk factors to major depression after childbirth. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40(8): 605-12.
- 100.Gonidakis F, Rabavilas AD, Varsoua E, et al. A 6-month study of postpartum depression and related factors in Athens. *Greece Comprehensive Psychiatry* 2008;49: 275-282
- 101.Labad J, Menchon JM, Alonso P, et al. Female reproductive cycle and obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 2005;66: 428-435.
- 102.Britton JR. Maternal anxiety: Course and antecedents during the early postpartum period. *Depression And Anxiet.* 2007;25: 793-800.
- 103.Breitkopf CR, Primeau LA, Levine RE, et al. Anxiety symptoms during pregnancy and postpartum. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2006;27(3): 157-162.
- 104.Andersson L, Sundstrom-Poromaa I, Wulff M, et al. Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: A follow-up study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85: 937-44.
- 105.Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Clinical characteristics of major depressive disorder that predict risk of depression in relatives. *Arch gen Psychiatry* 1999;56: 322-327
- 106.Wilson LM, Reid AJ, Midmer DK, et al. Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes. *Can Med Assoc J* 1996;154: 785-99.
- 107.Nicholson WK, Setse R, Hill-Briggs F, et al. Depressive symptoms and health-related quality of life in early pregnancy. *Obstetrics & Gynaecology.* 2006;107: 798-806.
- 108.Orr St, Blazer DG, James SA, et al. Depressive symptoms and indicators of maternal health status during pregnancy. *J Womens Health (Larchmt)* 2007;16(4): 535-42.

- 109.Cebeci A, Aydemir Ç, Göka E. Puerperal dönemde depresyon semptom prevalansı: obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi. *Kriz Dergisi* 2002;10(1): 11-18.
- 110.Abbott MW, Williams MM. Postnatal depressive symptoms among Pacific mothers in Auckland: prevalence and risk factors. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2006;40: 230-238.
- 111.Sünter AT, Güz H, Ordulu F, ve ark. Samsun il merkezinde doğum sonrası depresyonu prevalansı ve risk faktörleri. VIII. Ulusal halk sağlığı kongresi kitabı 2002; 855-858.
- 112.Danacı AE, Dinç G, Deveci A, ve ark. Manisa il merkezinde doğum sonrası depresyon yaygınlığı ve etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2000;11: 204-21.
- 113.Reck C, Stehle E, Reinig K, et al. Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *Journal of Affective Disorders*, article in press 2008.
- 114.Watanabe M, Wada K, Sakata Y, et al. Maternity blues as predictor of postpartum depression: A prospective cohort study among japanese women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2008; 1-7.
- 115.Özkan M, Kaçmaz N, Anuk D, ve ark. Doğum sonrası erken dönemde psikiyatrik değerlendirme ve ilişkili faktörler. *3P Dergisi* 2004;12(2): 117-124.
- 116.Ross LE, Mclean LM. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A sistematic review. *J Clin Psychiatry* 2006;67: 1285-1298.
- 117.MaClean, McDermott M, May C. Method of delivery and subjective distress: women's emotional responses to childbirth practices. *J Reprod Infant Psychol* 2000;18: 153-162.
- 118.Tammentie T, Tarkka MT, Astedt-Kurki P, et al. Sociodemographic factors of families related to postnatal depressive symptoms of mothers. *Int J Nurs Pract* 2002;8:240-6.
- 119.McCoy SJ, Beal JM, Shipman SB, et al. Risk factors for postpartum depression: A retrospective investigation at 4-weeks postnatal and a review of the literature. *J Am Osteopath Assoc* 2006;106: 193-8.

120. Chaaya M, Campbell OM, El Kak F, et al. Postpartum depression: prevalence and determinant in Lebanon Arch Womens Ment Health 2002;5(2): 65-72.
121. Bloch M, Rotenberg N, Koren D, et al. Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. Journal of Affective Disorders 2005;88: 9-18.
122. Hannah P, Adams D, Lee A, et al: Links between early postpartum mood and postnatal depression. Br J Psychiatry 1992;160: 777-780.
123. Fatoye FO, Oladimeji BY, Adeyemi AB. Difficult delivery and some selected factors as predictors of early postpartum psychological symptoms among Nigerian women. Journal of Psychosomatic Research 2006;60: 299-301
124. Grant KA, McMahon C, Austin MP. Maternal anxiety during the transition to parenthood: a prospective study. J Affect Disorders 2008 May;108(1-2):101-11.
125. Cox JL, Connor Y, Kendell RE. Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth. Br J Psychiatry 1982;140: 111-117.
126. Özgür G: Bornova Bölgesinde Oturan Emeklilerde, Emeklilik, Sağlık Ve Sosyal Destek İlişkisinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı. Doktora Tezi, İzmir, 1991.
127. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risks of postpartum depression: A meta analysis. Int Rev Psychiatry 1996;8: 37-54.
128. Brouwers EP, Van Baar AL, Pop VJ. Does the edinburgh postnatal depression scale measure anxiety. J Psychosom Res 2001 Nov;51(5): 659-63.
129. Karataylı S: Gebelerde trimesterler arası depresyon, anksiyete, diğer ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi düzeyleri; uzmanlık tezi, Konya, 2007.
130. Fukukawa Y, Tsuboi S, Niino N, et al. Effects of social support and self-esteem on depressive symptoms in Japanese middle-aged and elderly people. J Epidemiol 2000 Apr;10(1 Suppl): 63-69.
131. Park YJ, Shin HJ, Ryu H, et al. The predictors of postpartum depression. Taehan Kanho Hakhoe Chi 2004 Aug;34(5): 722-8.

9. EKLER

EK-1: BİLGİ FORMU

Adı Soyadı:

Doğum tarihi: GG/AA/YY

Eğitim durumu: İlkokul Ortaokul Lise Üniversite

Medeni durumu: Evli Bekar Boşanmış/Dul

Meslek:

Eş mesleği:

Kaçıncı gebeliğiniz:

Ölü doğum: Düşük: Küretaj:

Bununla birlikte yaşayan çocuk sayısı:

Yerleşim Yeri: Köy İlçe İl

Sosyal güvence : Var Yok

Sosyoekonomik seviye: Düşük Orta Yüksek

Özgeçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü : Evet Hayır

Geçmiş postpartum psikiyatrik öykü: Evet Hayır

Annesinde postpartum psikiyatrik öykü : Evet Hayır

Bayan akrabalarda postpartum psikiyatrik öykü : Evet Hayır

Özgeçmişte tıbbi hastalık öyküsü : Evet Hayır

Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü (1.derece): Evet Hayır

Alkol kullanımı: Evet Hayır

Sigara kullanımı: Evet Hayır

Gebelikte vitamin ve demir ilacı kullandınız mı? Evet Hayır

Gebelik süresince yıbbi kontrollerinizi düzenli yaptırdınız mı: Evet Hayır

Bir önceki gebeliğinizle bu gebeliğiniz arasındaki süre:

Sağlık hizmetine ulaşımında zorlanıyor musunuz? Evet Hayır

Doğumun gerçekleşme şekli: normal/ sezaryen/zor doğum/indüklenmiş/vakumla

Sezeryansa verilen anestezi türü Genel/ bölgesel

Doğum sayısı: Tekil / Çoğul

Hamile kalabilmek için herhangi bir tedavi gördünüz mü: Evet Hayır

Premenstrual sendrom öyküsü: Var Yok

OC kullandıysanız kullandığınız dönemde ruhsal şikayetleriniz oldu mu? Evet Hayır

Bebeğinizin doğum haftası:

Son bir yılda hayatınızda olumsuz bir olay yaşadınız mı? Evet Hayır

Evliliğinizde sorunlar yaşıyor musunuz? Evet Hayır

Bebekte uyku sorunları ve huzursuzluk var mı? Evet Hayır

Çocuğunuzun cinsiyeti istediğiniz bir cinsiyet miydi? Evet Hayır

Bu gebelik planlı bir gebelik miydi? Evet Hayır

Gebelikle ilgili anne ve babanın düşüncesi:

Gebeliğinizde sağlığınıza ilgili bir sorun yaşadınız mı (hiperemesis, eklampsi, preeklampsi, düşük tehditi, erken eylem, aşırı bulantı kusma, idrar yolu enfeksiyonu, diabet)? Evet Hayır

Doğumunuz acil şartlarda mı oldu? Evet Hayır

Doğumdan sonra çok ağrınız oldu mu?

Gebeliğinizde ruhsal sorunlar yaşadınız mı? Evet

Doğumda size zarar gelebileceği kaygısı yaşadınız mı? Evet Hayır

Bebeğinizin doğum kilosu?

Bebeğinizi neyle besliyorsunuz? (emzirme / formüle mama)

Nasıl bir ailede yaşıyorsunuz? Çekirdek Geniş

Son 5 yıl içinde göç yaşadınız mı? Evet Hayır

Kendinizi anneliğe hazır hissediyor musunuz? Evet Kısmen Hayır

Bebek bakımı ile ilgili kaygılarınız var mı? Evet Hayır

Bilgi Formu II:

-Beklediğiniz sosyal desteği bulabildiniz mi Evet Hayır

-Beklediğiniz ailevi desteği bulabildiniz mi Evet Hayır

-İki görüşme arasında hayatınızda önemli değişiklikler oldu mu? (kendisi ve çocuğu ile ilgili önemli gördüğü olaylar) Evet Hayır

EK 2: EPDS (EDİNBURG POSTNATAL DEPRESYON SKALASI)

Son 7 gündür;

1. Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

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

2. Geleceğe hevesle bakıyorum.

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

3. Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

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

4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

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

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

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

6. Her şey giderek sırtıma yükleniyor.

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

7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.

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

8. Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.

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

9. Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

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

10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

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

EK-3: DURUMLUK ve SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

Durumluk Kaygı Ölçeği

1. Şu anda sakinim.	1 2 3 4
2. Kendimi emniyette hissediyorum.	1 2 3 4
3.Şu anda sinirlerim gergin.	1 2 3 4
4.Pişmanlık duygusu içindeyim.	1 2 3 4
5.Şu anda huzur içindeyim	1 2 3 4
6.Şu anda hiç keyfim yok.	1 2 3 4
7.Başıma geleceklerden endişe ediyorum	1 2 3 4
8.Kendimi dinlenmiş hissediyorum.	1 2 3 4
9.Şu anda kaygılıyım.	1 2 3 4
10.Kendimi rahat hissediyorum.	1 2 3 4
11.Kendime güvenim var.	1 2 3 4
12.Şu anda asabım bozuk	1 2 3 4
13.Çok sinirliyim.	1 2 3 4
14.Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum.	1 2 3 4
15.Kendimi rahatlamış hissediyorum	1 2 3 4
16.Şu anda halimden memnunum.	1 2 3 4
17.Şu anda endişeliyim.	1 2 3 4
18.Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	1 2 3 4
19.Şu anda sevinçliyim.	1 2 3 4
20.Şu anda keyfim yerinde.	1 2 3 4

Sürekli Kaygı Ölçeği

21.Genellikle keyfim yerindedir	1 2 3 4
22.Genellikle çabuk yorulurum.	1 2 3 4
23.Genellikle kolay ağlarım.	1 2 3 4
24.Başkaları kadar mutlu olmak isterdim.	1 2 3 4
25.Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım.	1 2 3 4
26.Kendimi dinlenmiş hissedirim.	1 2 3 4
27.Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım.	1 2 3 4
28.Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	1 2 3 4
29.Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.	1 2 3 4
30.Genellikle mutluyum.	1 2 3 4
31.Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim.	1 2 3 4
32.Genellikle kendime güvenim yoktur.	1 2 3 4
33.Genellikle kendimi güvende hissedirim	1 2 3 4
34.Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	1 2 3 4
35.Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim.	1 2 3 4
36.Genellikle kendimden memnunum.	1 2 3 4
37.Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.	1 2 3 4
38.Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam.	1 2 3 4
39.Aklı başında ve kararlı bir insanım.	1 2 3 4
40.Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder	1 2 3 4

EK-4: SCL-90-R BELİRTİ TARAMA LİSTESİ

- 1.Baş ağrıları
- 2.Sinirlilik veya içinizin titrediği hissi
- 3.Kafanızdan atamadığınız, hoşla gitmeyen, tekrarlayıcı düşünce ve sözcükler
- 4.Baygınlık hissi ve baş dönmesi
- 5.Cinsek ilgi, istek ya da hazda azalma
- 6.Başkalarını eleştirmeye yatkınlık
- 7.Herhangi birinin düşüncelerinizi yöneteceği hissi
- 8.Zorluk ve sıkıntılarınızın çoğundan başkalarının sorumlu olduğu duygusu
- 9.Hafıza zayıflığı
- 10.Sakarlık, dikkatsizlik ve ihmallerin siz rahatsız etmesi
- 11.Kolayca sinirlenme veya huzursuz olma
- 12.Kalp ve göğüs üzerinde ağrı
- 13.Cadde veya açık alanlarda korku duyma
- 14.Enerji, güç azalması, hareket ve düşüncede yavaşlama
- 15.Yaşamınıza kendi elinizle son verme düşüncesi
- 16.Başkalarının duymadığı sesler işitme
- 17.Titreme
- 18.İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği duygusu
- 19.İştahsızlık
- 20.Ağlamaya yatkınlık
- 21.Karşı cinsle ilişkilerde çekingenlik, beceriksizlik, çaresizlik
- 22.Tuzağa düşürülme, kapana kısıtılma duygusu
- 23.Nedensiz ani korkular
- 24.Kontrol edemeyeceğimiz öfke nöbetleri ve duygusal patlamalar
- 25.Yalnız olarak evden çıkmaktan korku duyma
- 26.Bazı konularda kendini suçlama eğilimi
- 27.Bel ağrıları
- 28.Herhangi bir işe başlamada ya da sürdürmede zorlanma hissi
- 29.Yalnızlık hissi
- 30.Hüzün, iç sıkıntısı
- 31.Gereğinden çok tasalanma ve endişelenme
- 32.Hiçbir şeye ilgi duymama
- 33.Ürkeklik, korku duyma

- 34.Duygularınızın kolayca incinebilmesi, alınganlık
- 35.Özel ve gizli düşüncelerinizin başkaları tarafından bilindiği hissi
- 36.Başkalarının sizi anlamadığı ve size ilgisiz olduğu duygusu
- 37.Başkalarının size dostça davranmadığı, sizden hoşlanmadığı duygusu
- 38.Doğru ve eksiksiz olduğunu garantilemek için her şeyi çok yavaş yapma gereksinimi
- 39.Kalbinizin çok hızlı atması veya çarpması
- 40.Midede nahoş duygular ya da bulantı
- 41.Başkaları karşısında aşağılık duygusu
- 42.Kas ağrısı ve sızıları
- 43.Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu duygusu
- 44.Uykuya dalmakta güçlük çekme
- 45.Yaptığınız işleri tekrar tekrar kontrol etme zorunluluğu
- 46.Karar vermede güçlük çekme
- 47.Otobüs, minibüs, tren, dolmuşla yolculuk etmekten korkma
- 48.Nefes almada güçlük çekme
- 49.Nöbetler şeklinde ateş basması veya her tarafınızın buz kesmesi
- 50.Sizi korkuttuğu için belirli yerler, nesneler, olaylar ve davranışlardan uzak durma
- 51.Zihinde boşluk duygusu
- 52.Bedeninizin çeşitli yerlerinde hissizlik, uyuşma veya karıncalanma
- 53.Boğazınızda bir yumru tıkanıdığı hissi
- 54.Gelecekle ilgili ümitsizlik
- 55.Dikkatinizi toplamada güçlük çekme
- 56.Bedeninizin bazı kısımlarında güçsüzlük
- 57.Gerginlik veya tedirginlik hissi
- 58.Kol ve bacaklarda ağırlık hissi
- 59.Ölüm veya ölmekle ilgili düşünceler
- 60.Aşırı yemek yeme
- 61.Başkaları size bakarken veya hakkınızda konuşurken rahatsızlık duyma
- 62.Aklınıza size ait olmayan düşüncelerin gelmesi
- 63.Birisine zarar ve acı verme, dövme, yaralama isteğini zorlayıcı bir şekilde duyma
- 64.Sabahları erken uyanma
- 65.Dokunma, sayma, yıkama gibi davranışları zorunluluk hissederek tekrarlama
- 66.Huzursuz, rahatsız uyku veya uykunuzun bölünmesi
- 67.Bir şeyleri kırmak veya parçalamak için dayanılmaz bir istek duyma

- 68.Başkalarının paylaşmadığı düşünce, görüş ve inançlarınızın olması
- 69.Başkaları ile beraberken konuşma ve davranışlarınıza dikkat etme zorunluluğu hissetme
- 70.Sinema veya alışverişte olduğu gibi kalabalıktan huzursuzluk duyma ve kaçınma
- 71.Her şeyin çok zor ve yorucu olduğu duygusu
- 72.Dehşet ve paniğe kapılma nöbetleri
- 73.Topluluk içinde yiyip içmekten huzursuz olma
- 74.Sık sık tartışmalara girme ya da iddialaşma
- 75.Yalnız kaldığınızda sinirlilik veya huzursuzluk hissi
- 76.Başarılarınızın başkaları tarafından yeterince takdir edilmediği hissi
- 77.İnsanlarla birlikte iken bile yalnızlık duyma
- 78.Yerinizde duramayacak ölçüde huzursuzluk hissi
- 79.Değersizlik duyguları
- 80.Başınıza kötü bir şey geleceği hissi
- 81.Yüksek sesle bağırma veya bir şeyler fırlatma ihtiyacı hissetme
- 82.Topluluk içinde bayılmaktan korkma
- 83.Eğer fırsat verirsiniz insanların sizi kullanacağı duygusu
- 84.Cinsellikle ilgili oldukça rahatsız edici hayal, düşünce ve duygularınızın olması
- 85.Suç ve günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi
- 86.Dehşet veya korku uyandıran düşünce ve hayaller
- 87.Bedeninizde ciddi bir bozukluk olduğu düşüncesi
- 88.Başka birine karşı gerçek bir yakınlık duymama hissi
- 89.Suçluluk duygusu
- 90.Aklınızda herhangi bir bozukluk olduğu düşüncesi

*Her bir maddede hayır, biraz, orta derecede, fazla, çok fazla seçenekleri işaretlenir ve her bir madde 0 ile 4 arasında derecelendirilir.

EK-5: ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

- 1.Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış 3. Çok yanlış
- 2.Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış 3. Çok yanlış
- 3.Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış 3. Çok yanlış
- 4.Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış 3. Çok yanlış
- 5.Kendimle gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış 3. Çok yanlış
- 6.Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış 3. Çok yanlış
- 7.Genel olarak kendimden memnunum.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış 3. Çok yanlış
- 8.Kendime karşı daha fazla saygı duymayı isterdim.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış 3. Çok yanlış
- 9.Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığını düşünüyorum.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış 3. Çok yanlış
- 10.Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış 3. Çok yanlış

EK-6: ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

1= Hiç katılmıyorum

2= Oldukça katılmıyorum

3= Pek katılmıyorum

4= Tarafsızım

5= Az katılıyorum

6= Oldukça katılıyorum

7= Kesinlikle katılıyorum

1. İhtiyacım olduğunda yanımda olan özel bir insan var.	1	2	3	4	5	6	7
2. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim özel bir insan var	1	2	3	4	5	6	7
3. Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.	1	2	3	4	5	6	7
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım	1	2	3	4	5	6	7
5. Beni gerçekten rahatlatan özel bir insan var.	1	2	3	4	5	6	7
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.	1	2	3	4	5	6	7
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.	1	2	3	4	5	6	7
8. Sorunlarımı ailemle konuşabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.	1	2	3	4	5	6	7
10. Yaşamımda duygularıma önem veren özel bir insan var.	1	2	3	4	5	6	7
11. Kararlarımı vermemde ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.	1	2	3	4	5	6	7
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.	1	2	3	4	5	6	7