

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Bakırköy Bölgesi İstanbul İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Psikiyatri Kliniği

**PERİNATAL DEPRESYON ÖYKÜSÜ OLAN KADINLARDA
YEME BOZUKLUĞU VE ÇOCUKLUK ÇAĞI
TRAVMATİK YAŞANTILARI**

Dr. Sevilay KANTEKİN AKCAN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Uzm. Dr. Armağan ÖZDEMİR

İSTANBUL - 2013

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Bakırköy Bölgesi İstanbul İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Psikiyatri Kliniği

**PERİNATAL DEPRESYON ÖYKÜSÜ OLAN KADINLARDA
YEME BOZUKLUĞU VE ÇOCUKLUK ÇAĞI
TRAVMATİK YAŞANTILARI**

Dr. Sevilay KANTEKİN AKCAN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Uzm. Dr. Armağan ÖZDEMİR

İSTANBUL - 2013

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Bakırköy Bölgesi İstanbul İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

TEZ DEĞERLENDİRME FORMU

ADI SOYADI: DR. SEVİLAY KANTEKİN AKCAN
UZMANLIK DALI: RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

TEZİN ADI: PERİNATAL DEPRESYON ÖYKÜSÜ OLAN KADINLARDA YEME
BOZUKLUĞU VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMATİK YAŞANTILAR

1-Sayfa Sayısı:	: 112
2-Tablo Sayısı	: 16
3-Şekil Sayısı:	: 5
4-İstatistik Sayısı:	: 5
5-Literatür Sayısı ve Faydalanma Durumu	: 209
6-Yazı Tertibi	: BAŞARILI
7-Konuyu Anlatma ve Konuya Hakimiyet	: BAŞARILI
8-İncelemenin Bilimsel Bakımdan Tutumu	: BAŞARILI
9-Orijinal Olup Olmadığı	: ORJİNAL

SONUÇ: BAŞARILI

TEZ DEĞERLENDİRME JÜRİSİ

Üye
Uz. Dr. Nihat ALPAY
B.Köy Prof. Dr. Mazhar Osman
Ruh Sağlığı ve Sinir Hast. Eğt ve Arş Hast.
Psikiyatri Kliniği Koordinatörü
Eğitim Görevlisi
Sicil No: 17504

Üye
Uz. Dr. Nezi ERADAMLAR
B.Köy Prof. Dr. Mazhar Osman
Ruh Sağlığı ve Sinir Hast. Eğt. ve Arş Hast.
Psikiyatri Kliniği Koordinatörü
Eğitim Görevlisi
Sicil No: 18747

Üye
Doç. Dr. Ayşe Fulya MANER
B.Köy Prof. Dr. Mazhar Osman
Ruh Sağlığı ve Sinir Hast. Eğt ve Arş Hast.
Psikiyatri Kliniği Koordinatörü
Eğitim Görevlisi
Sicil No: 29793

ONAY
03.07.2013
Doç. Dr. Murat ERKİLAN
Başhekim

I. ÖNSÖZ

Sağladığı huzurlu çalışma ortamı ve birlikte çalışırken eğitimime değerli katkılarından dolayı hastanemiz Başhekimisi Doç.Dr. Murat ERKIRAN'a,

Asistanlık eğitimimde çok büyük emeği ve desteği olan, engin bilgi ve deneyimlerinden bolca faydalandığım ve uzun yıllar faydalanmaya devam edeceğim klinik şefim Dr. Nihat ALPAY'a, Dr. Nesrin Buket TOMRUK' a, Dr. Reşit KÜKÜRT' e, Dr. Çağatay KARŞIDAĞ' a, Dr. Umut Mert AKSOY' a,

Gerek bilimsel gerekse manevi desteği ile tezimin her aşamasında benden yardımını esirgemeyen tez danışmanım Dr. Armağan ÖZDEMİR' e,

Rotasyon eğitimlerim sırasında yanlarında çalıştığım ve kendilerinden çok şey öğrendiğim; Doç. Dr. Hüsnü ERKMEN, Doç. Dr. Murat ERKIRAN, Doç. Dr. E. Cüneyt EVREN, Uzm. Dr. Ahmet TÜRKCAN, Doç. Dr. Erhan KURT, Doç. Dr. Özden Ş.ÜNERİ, Doç. Dr. Sevim BAYBAŞ'a,

İş arkadaşlığımızı hayatımızın her alanına taşıdığımız, beraber çalışmaktan keyif aldığım dostum Dr. Başak ÇOĞALMIŞ'a,

Birlikte çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma,

Sorumluluk anlayışları ve iyi niyetleri ile ekip çalışmasını keyifli hale getiren I. psikiyatri hemşire ekibine, yardımcı sağlık personelimize, tıbbi sekreterimize,

Hep yanımda olan, desteğiyle bana her zaman güç veren, sabırlı ve fedakâr aileme,

Hayatımı keyifli hale getiren ve hiç eksilmeyen sevgisinden dolayı canım eşim Mustafa'ya,

Son olarak, varlıklarıyla hayatımızı anlamlandıran biricik oğlum Ozan Deniz ve canım kızıma,

Çok teşekkür ederim.

Dr. Sevilay KANTEKİN AKCAN

İstanbul 2013

II. İÇİNDEKİLER

Sayfa No

I. ÖNSÖZ.....	I
II. İÇİNDEKİLER	II
III. ÖZET.....	IV
IV. ABSTRACT	V
V. KISALTMALAR	VI
VI. TABLO LİSTESİ	VII
VII. ŞEKİL LİSTESİ.....	IX
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. MAJÖR DEPRESYON.....	3
2.1.1. Etiyoloji	4
2.1.2. Klinik Bulguları ve Sınıflandırması.....	6
2.1.3. Majör Depresyonun Alt Tipleri	8
2.2. POSTPARTUM RUHSAL BOZUKLUKLAR	10
2.2.1. Postpartum Hüzün.....	10
2.2.2. Postpartum Psikoz.....	11
2.2.3. Perinatal Depresyon	13
2.2.3.1. Perinatal Depresyonun Epidemiyolojisi	13
2.2.3.2. Perinatal Depresyonun Etiyolojisi ve Risk Faktörleri	14
2.2.3.3. Perinatal Depresyonda Klinik Bulgular	22
2.2.3.4. Perinatal Depresyonun Etkileri ve Sonuçları.....	23
2.2.3.5. Perinatal Depresyon Tedavisi	24
2.2.3.6. Perinatal Depresyon İle Birlikte Görülen Hastalıklar	26
2.2.4. Çocukluk Çağı Travmaları.....	27
2.2.4.1. Çocukluk Çağı Travmasının Risk Faktörleri	30
2.2.4.2. Çocukluk Çağı Travması ve Psikopatoloji	31

2.2.4.3. Perinatal Depresyonda Çocukluk Çağı Travmasının Etkileri ve Sonuçları	32
2.2.5. Yeme Bozuklukları	34
2.2.5.1. Tanımı	34
2.2.5.2. Epidemiyoloji.....	34
2.2.5.3. Etiyoloji.....	34
2.2.5.4. Belirti ve Bulgular.....	36
2.2.5.5. Perinatal Depresyonda Yeme Bozukluklarının Etkileri ve Sonuçları...	37
3. GEREÇ VE YÖNTEM	40
3.1. YÖNTEM.....	40
3.2. ÖLÇME ARAÇLARI	41
3.3. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME	42
4. BULGULAR	43
4.1. Kullanılan Ölçeklerle İlgili Puanlar	58
4.1.1. Hamilton Depresyon Ölçeği Puanı	58
4.1.2. Hamilton Anksiyete Ölçeği Puanı	59
4.1.3. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Toplam ve Alt Ölçek Puanları	61
4.1.4. CTQ-28 Toplam ve Alt Ölçek Puanları	62
5. TARTIŞMA.....	66
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	80
7. KAYNAKLAR.....	83
8. EKLER	101
EK 1 - ETİK KURUL ONAYI	101
EK 2 - BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU	102
EK 3 - SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	103
EK 4 - YEME BOZUKLUĞU DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ	106
EK 5 - HAMILTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ.....	109
EK 6 - HAMILTON ANKSİYETE ÖLÇEĞİ.....	110
EK 7 - ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA ÖLÇEĞİ	111

III. ÖZET

PERİNATAL DEPRESYON ÖYKÜSÜ OLAN KADINLARDA YEME BOZUKLUĞU VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMATİK YAŞANTILARI

Dr. Sevilay KANTEKİN AKCAN

AMAC: Bu çalışmada, perinatal depresyonda yeme bozukluğu ve travma hikayesini araştırmak ve eşlik eden psikiyatrik hastalıkların perinatal depresyon sürecinde ve tedavisinde önemine dikkat çekmek amaçlanmıştır. Bu çalışmadan elde edilecek sonuçlar ile perinatal depresyonun etyolojisinde önemli olan risklerin daha iyi değerlendirilmesi, eşlik eden hastalıkların tanısının konması ve tedavi etkinliğinin artmasında önemli olabilir.

YÖNTEM: Çalışmamıza Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniklerine başvuran perinatal depresyon tanısı konmuş 40, majör depresyon tanısı konmuş 50 kadın hasta ve sağlıklı kontrol grubunu oluşturan 43 gönüllü kadın olmak üzere toplam 133 kişi alındı. Çalışmaya katılan olgulara sosyodemografik veri formu, DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu, Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği, Hamilton Anksiyete Ölçeği, Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği ve Çocukluk Çağı Travma Ölçeği birebir görüşme yapılarak uygulandı.

BULGULAR: Çalışmamızda perinatal depresyon olgularının %95’inde fiziksel ihmal, %62.5’unda duygusal istismar, %60’ında duygusal ihmal, %45’inde fiziksel istismar, %35’inde cinsel istismar saptanmıştır. Perinatal depresyon olguları ile majör depresyon olguları arasında duygusal istismar ve duygusal ihmal ve toplam puan açısından anlamlı fark saptanmıştır. Çalışmamızda perinatal depresyon olgularında yeme bozukluğu saptanmamıştır ancak perinatal depresyon olgularının gebelikte daha az kilo aldığı, daha kısa süre emzirdiği, bebek bakımını daha güç yaptıkları, düşük ve kürtaj sayılarının daha fazla olduğu, kendilerinde ve ailelerinde daha fazla perinatal depresyon öyküsünün olduğu saptanmıştır. Ayrıca perinatal depresyon ve majör depresyon öyküsü olan olgularda cinsel işlev bozukluğu, premenstrüel sendrom öyküsü, evlilikten memnuniyeti, eşyle iletişiminin kötü olması ve planlanmamış gebelik açısından anlamlı ilişki bulunmuştur fakat bu iki gruplar arasında fark bulunmamıştır.

SONUÇLAR: Perinatal depresyon öyküsünün çocukluk çağı travmasıyla ilişkili olduğu bulunmuştur. Perinatal depresyon öyküsü olanlarda çocukluk çağı travmasının ve alt tiplerinin anne ve çocuk üzerindeki etkilerinin neler olduğu ile ilgili prospektif çalışmaların yapılması gerekmektedir. Ayrıca perinatal depresyona eşlik eden yeme bozukluğunu araştırmak için daha büyük örneklemli çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Perinatal Depresyon, Yeme Bozukluğu, Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları

e-mail: svlyka@hotmail.com

IV. ABSTRACT

EATING DISORDERS AND CHILDHOOD TRAUMATIC EXPERIENCES IN WOMEN WITH HISTORY OF PERINATAL DEPRESSION

Dr. Sevilay KANTEKİN AKCAN

OBJECTIVE: In this study, we aimed to investigate the relationship between eating disorders and childhood trauma history in patients with perinatal depression. We also aimed to draw attention to the importance of comorbid psychiatric disorders in the development and management of perinatal depression. Detailed evaluation of risk factors in the etiology of perinatal depression would reveal underlying comorbid diseases and therefore increase the effectiveness of the management of these patients.

METHOD: A total of 133 women were enrolled into our study. Forty women diagnosed with perinatal depression and fifty women with the diagnosis of major depression, who admitted to psychiatric clinics in Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Mental Health and Neurological Diseases Training and Research Hospital, were consecutively included. As a healthy control group, forty-three voluntary women were recruited to the study. Sociodemographic data form, Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), Hamilton Depression Rating Scale, Hamilton Anxiety Rating Scale, Eating Disorder Evaluation Scale and Childhood Trauma Questionnaire were applied to all participants with face-to-face interview.

RESULTS: The prevalence rates of childhood trauma history in perinatal depression group were as follows: 95% physical neglect, 62.5% emotional abuse, 60% emotional neglect, 45% physical abuse, and 35% sexual abuse. The rates of emotional abuse, emotional neglect and total score of Childhood Trauma Questionnaire were significantly higher in women with perinatal depression compared to major depression group. None of the patients had comorbid eating disorder among perinatal depression cases, but they had less weight gain during pregnancy, shorter breastfeeding times, more difficulty in taking care of their babies, greater number of curettages and abortions. Previous perinatal depression and family history of perinatal depression were also more common in perinatal depression cases. In addition, there were significant correlations in terms of sexual dysfunction, history of premenstrual syndrome, pleased marriage, bad communication with partner and unplanned pregnancy in subjects with the history of perinatal depression and major depression; however, there was no difference between the groups.

CONCLUSIONS: We found that history of perinatal depression was significantly associated with childhood trauma history. However, prospective studies with larger sample size are needed to better investigate the effects of childhood trauma and its subtypes on both mother and child. Comorbid presence of eating disorder was not found in any women with a history of perinatal depression; though this subject needs further attention in the literature.

Key Words: Perinatal Depression, Eating Disorder, Childhood Traumatic Experiences

E-mail: svlyka@hotmail.com

V. KISALTMALAR

5-HİAA	: 5-Hidroksiindolasetik Asit
AN	: Anoreksiya Nervoza
BN	: Bulimiya Nervoza
BOS	: Beyin Omurilik Sıvısı
BTA YB	: Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu
CTQ-28	: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
DSM-IV	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition
EDE	: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği
EKT	: Elektrokonvülfik Terapi
EPDS	: Edinburgh Postnatal Depresyon Skalası
HAM-A	: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği
HAM-D	: Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği
HCG	: Human Chorionic Gonadotropin
HHA	: Hipotalamus-Hipofiz-Adrenal
HVA	: Homovalinik Asit
ICD-10	: Classification of Mental and Behavioural Disorders
MD	: Majör Depresyon
MHPG	: 3 –metoksi-4 –hidroksifenilglükol
PND	: Perinatal Depresyon
PPD	: Postpartum Depresyon
SCID-I	: DSM-IV için Yapılandırılmış Görüşme Ölçeği
SSGİ	: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
TSH	: Tiroid Stimulan Hormon
TYB	: Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
YB	: Yeme Bozukluğu

VI. TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1: Yaş Dağılımı.....	43
Tablo 2: Perinatal Depresyon, Majör Depresyon ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının Sosyodemografik Özellikleri Açısından Karşılaştırılması	44
Tablo 3: Perinatal Depresyon, Majör Depresyon ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının Yaşadığı Yer, Geldiği Yer ve Göç Özellikleri Açısından Karşılaştırılması.....	45
Tablo 4: Perinatal Depresyon, Majör Depresyon ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının Evlilik ve Aile Özellikleri Açısından Karşılaştırılması.....	47
Tablo 5: Perinatal Depresyon, Majör Depresyon ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının Psikiyatrik ve Tıbbi Özellikleri Açısından Karşılaştırılması.....	49
Tablo 6: Perinatal Depresyon, Majör Depresyon ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının Gebelik ve Doğum Özellikleri Açısından Karşılaştırılması	51
Tablo 7: Perinatal Depresyon, Majör Depresyon ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının Premenstrual Sendrom Özellikleri Açısından Karşılaştırılması.....	52
Tablo 8: Perinatal Depresyon, Majör Depresyon ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının Cinsel İşlev Bozukluğu Açısından Karşılaştırılması	53
Tablo 9: Perinatal Depresyon, Majör Depresyon ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının Sigara Kullanımı Açısından Karşılaştırılması	53
Tablo 10: Perinatal Depresyon, Majör Depresyon ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının Gebeliğin Planlanmamış Olmasına Göre Karşılaştırılması	55
Tablo 11: Perinatal Depresyon, Majör Depresyon ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının Emzirme Süresi Açısından Karşılaştırılması	55
Tablo 12: Perinatal Depresyon, Majör Depresyon ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının Gebelikte Kilo Alımı Açısından Karşılaştırılması.....	57
Tablo 13: Perinatal Depresyon, Majör Depresyon ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının Hamilton Depresyon Puanlarına Göre PKarşılaştırılması	59
Tablo 14: Perinatal Depresyon, Majör Depresyon ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının Hamilton Anksiyete Puanlarına Göre Karşılaştırılması	60

Tablo 15: Perinatal Depresyon, Majör Depresyon ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının Yeme Bozukluğu Değerlendirme Puanlarına Ölçeğine Göre Karşılaştırılması.....	61
Tablo 16: Perinatal Depresyon, Majör Depresyon ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının CTQ-28 Ölçeğine Göre Puanlarının Karşılaştırılması	64

VII. ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 1: Perinatal Depresyon, Majör Depresyon ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının Korunma Yöntemlerine Göre Dağılımı	50
Şekil 2: Perinatal Depresyon, Majör Depresyon ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının Cinsiyet Tercihine Göre Dağılımı.....	54
Şekil 3: Perinatal Depresyon, Majör Depresyon ve Sağlıklı Kontrol Grupları Arasında Gebelikte Sağlık Sorununa Göre Dağılımı	56
Şekil 4: Perinatal Depresyon, Majör Depresyon ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının Bebeğin Bakımının Zorluk Derecesine Göre Karşılaştırılması	57
Şekil 5: Perinatal Depresyon, Majör Depresyon ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının CTQ-28 Toplam ve Alt Ölçeklerine Göre Karşılaştırılması	65

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Gebelik dönemi kadın yaşamında fizyolojik, sosyal ve ruhsal değişimlerin yaşandığı ve bu değişimlere uyum gerektiren önemli bir süreçtir. Bu nedenlerle gebelik ve postpartum dönem ruhsal bozuklukların gelişimi için riskli kabul edilmektedir. Bu dönemdeki kadınların % 70-85'inde ruhsal belirti ve bozuklukların ortaya çıktığı bildirilmiştir (1) . Psikiyatrik tanı sistemlerinde (DSM -IV-TR 2000; ICD-10 1993) perinatal dönemde görülen ruhsal bozukluklar, ayrı bir klinik tanı grubu olarak bulunmamaktadır. DSM-IV-TR'de postpartum depresyon (PPD), majör depresif bozukluk içinde doğumdan sonraki 4 hafta içinde başlaması durumunda başlangıç belirleyici olarak yer almaktadır (2,3) .

Son dönemde yapılan bir çok çalışma, gebe kadınların yaklaşık %10' nunda gebelik dönemi depresyonu görüldüğünü göstermektedir (4,5). Gebelik döneminde depresyon geçirmeyen kadınlara göre gebelik dönemi depresyonu geçiren kadınlarda, postpartum depresyon riski ortalama 6,5 kat daha fazladır (6). Ayrıca kadınlarda, doğumu izleyen ilk iki yıl içinde psikiyatrik nedenlerle hastane başvurularında belirgin bir artış olması dikkat çekmektedir (7). Ülkemizde standart tanı yöntemleri ile yapılan çalışmalarda ise postpartum depresyon görülme sıklığı %14-40,4 arasında bildirilmektedir (8-11).

Perinatal depresyon riskini arttıran etkenlerin bilinmesi ve risk grubundaki kadınların yakından izlenmesi, erken tanı ve tedaviyle hastalığın uzun dönemdeki olumsuz etkilerini en düşük düzeye indirmede yararlı olacaktır. Perinatal depresyon risk faktörleri arasında en tutarlı olarak gösterilen ve en önemli risk faktörü olarak değerlendirilen geçirilmiş depresyon öyküsü, geçirilmiş postpartum depresyon öyküsü, birinci derece yakınlarında psikiyatrik rahatsızlık öyküsü, prenatal depresyon ve anksiyetenin varlığıdır (12,13).

Perinatal depresyon risk faktörleri arasında sık vurgulanmasa da, yeme bozukluğu olan kadınlarda sık görüldüğünü bildiren çalışmalar mevcuttur (14,15).

Mazzeo ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada yeme bozukluğu tanısı konulan kadınların % 39.1-66.7'sinde gebelikleri boyunca depresif belirtiler görülürken, % 45.5 –70'inde ise postpartum depresyon görüldüğü tespit edilmiştir (14). Ayrıca, yeme bozukluğunun gebelikte devam etmesi sezeryan, erken doğum, mikrosefali, vajinal kanama, hipertansiyon, düşük doğum ağırlığı, artmış hiperemesis, ölü doğum, bebeğin makat gelişi, nöral tüp defektleri ve yarı damak gibi doğum kusurları ve perinatal komplikasyonlara neden olabilmektedir (16,17).

Perinatal depresyon açısından bir diğer risk faktörü de travma öyküsüdür. Geçmişte fiziksel, duygusal ve cinsel travma öyküsü olan kadınlarda perinatal depresyon ve diğer psikiyatrik hastalıkların görülme riski artabilir (18). Postpartum depresyon tanısı konmuş 103 kadın ile yapılan çalışmada %63'ünde çocukluk çağı travması olduğu ve kadınların %27,2 'sinin cinsel, %48'inin duygusal, %37'sinin fiziksel travmaya uğradığı görülmüştür (19). Travmatik yaşam olayları düşük, yüksek riskli gebelik, hiperemesis, erken doğum kasılmaları gibi doğum komplikasyonlarına da neden olabilmektedir (20).

Çalışmamızda araştırdığımız iki faktör olan yeme bozukluğu ve travma hikayesi arasında ilişkiyi inceleyen çalışmalar da mevcuttur. YB olan kadınlarla YB olmayan kadınlar karşılaştırıldığında, YB öyküsü olan kadınlarda çocukluk çağında cinsel ve fiziksel istismara maruz kalma olma olasılığı daha yüksektir. Çocukluk çağında gerçekleşen cinsel ve fiziksel travma hikayesi YB için risk faktörleri arasındadır (21).

Doğum sonrası depresyonun en kısa sürede saptanmasının ve tedaviye başlanmasının en önemli amaçları, depresif belirtileri olan annelerin kendisini bu olumsuz sürecin sonuçlarından kurtarmak, çocuğun gelişimini olumsuz yönde etkilemesini ve tedavi edilmediğinde nadiren de olsa intihara, çocuğun kaza sonucu yaralanmasına hatta çocuğunu öldürmeye kadar gidebilen sonuçlarını da önlemektir. Perinatal depresyon ile birlikte görülen psikiyatrik hastalıkların değerlendirilmesindeki eksiklikler tedavi sürecini geciktirebilen etkenlerden biridir. Perinatal depresyonun etyolojisinde önemli olan ve devam ettiren etkenlerin belirlenmesi doğru tanı koymayı ve tedavi etkinliğini artırmayı sağlayabilir. Bu çalışmada perinatal depresyonda YB ve çocukluk çağı travma hikayesini araştırmak ve perinatal depresyon sürecinde ve tedavisinde eşlik eden psikiyatrik hastalıkların önemine dikkat çekmek amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. MAJÖR DEPRESYON

Depresyon duygusal, bedensel ve bilişsel boyutları olan, işlevselliği bozan ve erken ölüme yol açabilen bir bozukluktur. Depresyon, çökkün bir duygu durumunun varlığı ve yaşamdan zevk almama ile birlikte, düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, değersizlik, isteksizlik, güçsüzlük, karamsarlık ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama biçiminde belirtiler içeren bir sendrom olarak tanımlanmaktadır (22).

Depresyon tüm dünyada en sık görülen psikiyatrik bozukluktur (23-25). Depresyon her yaşta görülebilir ancak orta yaşlarda ve özellikle 25–44 yaşları arasında görülme sıklığının daha fazla olduğu ve %19'a kadar arttığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır (26). Dünya Sağlık Örgütü 14 Avrupa ülkesinden toplanan veriler doğrultusunda bir yıllık majör depresyon prevalansını erkeklerde 100.000'de 16, kadınlarda 100.000'de 29 olarak bildirmiştir (27). Ülkemizde ise Dünya Sağlık Örgütü ile ortak yürütülen bir çalışmada, sağlık ocağına başvuran hastalarda %11.6 oranında depresyon saptanmış ve en sık saptanan hastalıklar arasında 2. sırayı almıştır (28). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yapılan alan çalışmalarında majör depresyonun yaşam boyu yaygınlığı %3.5-5.8, son bir yıllık yaygınlık ise %2.6-6.2 arasındadır, yaşam boyu depresyon görülme riskinin erkekler için %3-12, kadınlar için %10-26 olduğu bildirilmiştir (24, 25). Doğan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre; ülkemizde depresyon yaygınlığı %8-20 olarak bulunmuş ve kadınlarda erkeklere göre yaklaşık iki kat daha sık rastlandığı tespit edilmiştir (29).

Depresyonun kadınlarda daha sık görülmesinin biyolojik ve hormonal nedenleri incelendiğinde, kadınlarda postpartum ve premenstruel dönemlerde depresif belirti riskinin arttığı, hastalığın X kromozomuna bağlı kalıtsal geçiş gösterme olasılığı olduğu belirtilmiştir. Ayrıca depresyonun erkeklere göre daha sık görülmesinde kadınların strese karşı artmış duyarlılıkları, sıklıkla uygun olmayan başa çıkma yöntemleri geliştirmeleri, birden fazla sosyal rol yüklenmeleri önemli olabilir. Kadınların

ruhsal sorunları için daha kolay yardım isteyebilmelerinin cinsiyete göre depresyon prevalansını etkileyebileceği tartışılmaktadır. Bekar olmak, boşanmak ya da ayrı yaşamak, işsizlik, ailede depresyon öyküsü, erken yaşta yaşanan olumsuz yaşam olayları da depresyon için risk faktörü olabilir (30,31).

2.1.1. Etiyoloji

Depresyonun etiyolojisinde genetik, biyolojik ve psikososyal faktörler rol oynar.

Genetik etkenler araştırıldığında; depresyona neden olan kesin bir gen bölgesi saptanamamıştır. Yayınlanmış bir aile çalışmasında depresyonu olan kişilerin birinci derece akrabalarında depresyon görülme riski %5,5-28,4 arasında bulunmuştur (30). Depresyonda serotonerjik sistemle ilgili bozuklukların olduğu bilinmektedir. Bu sistemle ilgili çalışmalar serotonin taşıyıcı gen ve serotonin reseptörlerinin polimorfizmi üzerinde yoğunlaşmaktadır ve 17. kromozomda lokalize olan serotonin taşıyıcı genin polimorfizmi ile depresyon arasında ilişki bulunmuştur, başka bir çalışmada ise D4 reseptör geni ile majör depresyon arasında ilişki olduğu belirtilmiştir (32, 33).

Günümüzde depresyon oluşumunda özellikle serotonerjik ve noradrenerjik sistemler başta olmak üzere beyindeki nörotransmitterlerle ilgili işlevsel bozuklukların önemli rol oynadığı düşünülmektedir. Hastaların kanlarında, idrarlarında ve beyin omurilik sıvısında (BOS) biyojenik amin metabolitleri olan 5-hidroksiindolasetik asit (5-HIAA), Homovalinik asit (HVA) ve 3-metoksi-4-hidroksifenilglikol (MHPG) düzeylerinde bozukluk olduğu gösterilmiştir. Biyojenik aminler içinde depresyona en çok eşlik eden nörotransmitter serotonin olmuştur. Depresyonda genel olarak serotonin yapımı ve metabolizmasıyla ilgili olarak ortaya çıkan serotonerjik işlev yetersizliğinden ve özellikle de limbik alanda serotonin azalmasından söz edilmektedir. Bunun yanında reseptör sayısı ve duyarlılığındaki değişikliklerin önemi üzerinde de durulmaktadır (34). Depresyon patofizyolojisine eşlik eden diğer biyojenik amin de norepinefrindir. β -adrenerjik reseptörlerin duyarlılığında azalma olması ile antidepresan tedaviye yanıt arasında anlamlı bir ilişkinin olması depresyonda noradrenerjik sistemin doğrudan rolünün olduğunu gösteren güçlü bir veridir. Depresyonda presinaptik β -2 reseptör aktivasyonunun norepinefrin salınımında azalmaya yol açtığı düşünülmektedir. Presinaptik β -2 adrenerjik reseptörler serotonerjik nöronlarda da yerleşmiştir ve

serotonin salınım miktarını düzenler (35). Ayrıca depresyonda dopamin aktivitesinde azalma, mezolimbik dopamin yolağında işlev bozukluğu ve D1 reseptörlerinde hipoaktivasyon olduğu ile ilgili bilgiler mevcuttur (34).

Depresyonun nöroendokrin etyolojisiyle ilgili yapılan klinik çalışmalarda hastalarda kortizol düzeylerinin artmış olduğuna ilişkin verilerin elde edilmesi, hipotalamus-hipofiz-adrenal (HHA) eksenindeki işlev bozukluğunun depresyonun patofizyolojisindeki rolüne dikkat çekmiştir (36). Strese HHA eksenini aracılık eder ve depresyonda HHA eksenini aktivitesinin arttığına ilişkin pek çok klinik kanıt bulunmaktadır. Depresyonda kan kortizol yüksekliği kendini, glukokortikoid reseptörleri aracılığıyla negatif geribildirim döngüsünde bozukluk, Adrenokortikotropik hormon (ACTH)'a adrenal yanıtta artış ve Kortikotropin salıverici hormon (CRH)'un fazla salgılanması gibi çeşitli düzeylerde gösterebilir (37). Öte yandan atipik depresyonda kortizol düşüklüğü de saptanabilmektedir (38). Depresyonda olan hastaların yaklaşık üçte birinde tirotropin salıverici hormon (TRH)'un tirotropin salıverme yanıtında bozukluk olduğu gösterilmiştir (35). Bunların yanı sıra depresyon etiyolojisinde melatoninin nokturnal sekresyonunun azalması, triptofan uygulamasıyla prolaktin salıverilmesinin azalmasının, Folikül stimulan hormon (FSH) ve Luteinize edici hormon (LH) bazal düzeylerinin azalmasının ve erkeklerde testosteron düzeylerinin azalmasının da önemli olabileceği düşünülmektedir (34).

Depresyonda yapılan postmortem beyin görüntüleme çalışmalarında; orbitofrontal kortekste nöronların büyüklüklerinde azalma, prefrontal korteks ve orbitofrontal kortekste glia hücrelerinin sayılarında ve büyüklüklerinde azalma, kortikal kalınlıkta ve bazal ganglia hacimlerinde azalma olması gibi bulgular saptanmıştır (39). Bunun yanı sıra işlevsel manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ya da pozitron emisyon tomografi (PET) ile yapılan çalışmalar amigdala ve subgenual singulat kortekste aktiviteyle disforik duygulanım arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ileri sürmektedir. Bu bölgelerde nöronal aktivite göstergeleri sağlıklı gönüllülerde geçici üzüntü hali ile artmakta, depresyonu olan bireylerde kronik olarak yüksek bulunmakta ve başarılı tedavi ile normal düzeylerine geri dönmektedir (40).

Psikoanalitik kuram açısından incelendiğinde Freud'a göre, yaşamın ilk yıllarındaki kişiler arası ilişkilerden kaynaklanan düş kırıklıkları erişkin dönemde

ambivalan sevgi ve nefret duygusunun bir arada olmasına yol açarak depresyona yatkınlık sağlar. Depresyonun psikoanalitik teorilerinin ortak özelliği erken kayıplar veya travmatik olarak empati kuramayan, düş kırıklığı yaratan veya reddedici ebeveyn ilişkileri gibi durumlardan kaynaklanabilen büyük bir narsistik örselenme olmasıdır. Bu anılarla ilgili yardım alamamak veya yetersizlik, zarar görme veya kastrasyon gibi fantezilerin eşlik etmesi örselenmeye katkıda bulunur. Ayrıca depresyona yatkın kişiler gerçek bir kayıp yaşadıklarında ya da kayıp tehdidi ile karşılaştıklarında yitirdikleri nesneyi içselleştirirler, introjekte (içe-atım) ederler ve öfkelerini içselleştirdikleri nesneye, dolayısıyla kendilerine yöneltirler. Sonuç olarak ortaya çıkan benlik saygısı düzenlenmesindeki bozukluk tüm depresyon hastaları için tipiktir ve bu kişiler seilmeyen, zarar görmüş veya yetersiz benlik hissi oluşturmaya meyillidir (35,41).

Bilişsel kurama göre depresif hastalarda karakteristik olarak çarpıtılmış veya negatif düşünceler vardır. Depresyondaki kişiler kendilerini, çevrelerini ve geleceği olumsuz algırlar. Bilgiyi işlemede ve algıda sistematik hatalar olmaktadır ve temelde işlevsel olmayan şemalar ortaya çıkmaktadır (42).

2.1.2. Klinik Bulgular ve Sınıflandırma

DSM-IV-TR'e göre majör depresyon tanısı, iki haftalık bir dönem sırasında depresif duygudurum veya ilgi kaybı ve anhedoni belirtilerinin en az birinin ve işlevsellik kaybının varlığında; iştah değişiklikleri, uykusuzluk veya uykuda artış, psikomotor ajitasyon veya retardasyonun olması, enerji kaybı, değersizlik ve suçluluk duyguları, konsantrasyon kaybı, ölüm düşünceleri veya planlarının en az beşinin bulunduğu; bu belirtilerin tıbbi bir durum ya da yas ile daha iyi açıklanamadığı durumda konulmaktadır (2).

Depresyon hastalarında sıklıkla önceden yaptığı ve keyif aldığı işlere karşı isteksizlik ve zevk alamama bulunmaktadır ve depresyonun en önemli belirtilerindendir. Anksiyete, depresyonun sık görülen bir semptomudur ve özellikle sabahları görülen anksiyete ağır dereceli depresyon tanısında önemli bir bulgu olabilir. Ayrıca ağır depresyonda aktivitelerde belirgin azalma da görülebilir. Hastalar genel olarak çökkün görünürler ve kendine bakımları azalmıştır, Konuşmaları alçak sesle ve yavaşlamıştır hatta çok ağır depresyonda hiç konuşmama da görülebilir. Bazen depresyonda

retardasyon (gerileme) yerine hem konuşma, hem de vücut hareketlerinde ajitasyon görülebilir (43).

Genelde herhangi bir bilinç bozukluğu belirtisi göstermezler, ileri derecede ağır depresif hastalarda bilinç sislenmesi görülebilir. Hastaların çoğunun kişi, yer ve zaman yönelimleri yerindedir. Depresyon hastalarında unutkanlık sık görülmektedir. Unutkanlığın dikkatini ve düşüncelerini toparlama ve belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma güçlüğü ile ilişkisi olduğu düşünülebilir (22).

Hastaların çoğunda uyku bozuktur, hastalarda uykuya dalmada güçlük, uykunun sık bölünmesi ya da erken uyanma olur. Bununla birlikte depresyonda diğer yaygın belirtiler ise iştahsızlık veya kilo kaybı, kolay ve sık ağlama, cinsel isteksizlik, sinirlilik, değersizlik veya suçluluk duygusudur (22).

Depresyonun en önemli komplikasyonu ise intihardır. Majör depresyon tanısı konmuş hastaların %56'sının yaşamlarının bir döneminde intihar girişiminde bulunduğu ve %7-11'inin intihar girişimi sonucu öldüğü bildirilmektedir. Depresyon araştırmalarında depresif hastalardaki umutsuzluk duygusunun, depresyonun şiddeti ve intihar riskini belirlemede etkili olduğu bulunmuştur (44).

Majör Depresyon tanı kriterleri aşağıdaki gibidir;

A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki belirtilerden bulunmuş olması; belirtilerden az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama olması gerekir

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

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

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

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

- 5-Psikomotor retardasyon ya da ajitasyonun olması,
- 6-Yorgunluk, bitkinlik ya da enerji kaybının olması,
- 7-Değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının olması,
- 8-Düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma,
- 9-Yineleyen ölüm düşünceleri, sadece ölmekten korkma değil özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması.

B. Bu belirtiler bir karma atağın tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

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

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

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

Depresyon kişinin işlevselliği ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkilere sahip olmasının yanında ailesi ve yakınlarıyla ilişkilerini de bozabilir. Bu nedenle depresyon tanısının erken konması ve uygun şekilde tedavi edilmesi en önemli amaçlardan biridir.

2.1.3. Majör Depresyonun Alt Tipleri

Majör depresyonun klinik görünüm ve bozukluğun gidişine göre bazı alt tipleri tanımlanmıştır.

Katatonic özellik gösteren depresyon: Hareketsizlik, aşırı motor etkinlik, negativizm ya da mutizm, istemli davranışlarda acayıplıklar olması ya da ekolali/ekopraksi gibi belirtiler görülür. Nadir olmakla birlikte hasta açısından yaşamsal tehlike oluşturması nedeniyle en ağır alt tip olarak kabul edilmektedir ve ilk sağaltım seçeneği olarak elektrokonvülsif terapi (EKT) önerilmektedir (34,35).

Atipik özellik gösteren depresyon: Klasik olarak atipik özellikler aşırı yeme ve aşırı uyumadır, ters vejetatif semptomlar olarak da adlandırılan bu tür semptomları olanlar için histeroid disfori tanısı da kullanılmaktadır. Atipik özellikler gösteren hastaların şikayetleri daha erken yaşlarda başlar, daha fazla psikomotor yavaşlama görülür. Atipik depresyon sıklığı kadınlarda erkeklere göre üç kat fazla görülmektedir (34,45).

Mevsimsel özellik gösteren depresyon: Depresyon başlangıcı ve düzelme döneminin yılın belirli zamanlarında tutarlı olarak görülmesi ve tam iyilik halinin olması tipiktir (2). Aşırı uyuma, aşırı tatlı isteği, aşırı yeme, kilo alma, yorgunluk ve bitkinlikle belirlidir (35). Mevsimsel gidiş gösteren depresyon olguları arasında kadın cinsiyet baskındır (46).

Melankolik özellik gösteren depresyon: Hemen hiçbir şeyden zevk alamama veya geçici olarak bile olsa kendini iyi hissetmeme ile belirlidir. Çok ağır bir depresif duygudurumun olmasının yanı sıra sabah erken uyanma olur, hasta sabahları kendini çok daha kötü hisseder, psikomotor retardasyon veya ajitasyon, iştahsızlık veya kilo kaybı ve suçluluk duyguları gibi belirtiler görülür (34).

Postpartum Başlangıçlı depresyon: Depresyon doğum sonrası 4 hafta içinde başlarsa “postpartum başlangıçlı” olarak değerlendirilmektedir (2). Depresif duygudurum, ilgi ve istek kaybı, yorgunluk, iştahsızlık, uykusuzluk, konsantrasyon güçlüğü, anksiyete, panik ataklar, psikomotor ajitasyon, değersizlik ve suçluluk duyguları başlıca belirtilerdir. Bu bozukluğa özgü bir belirti bebeğe zarar vermeyle ilişkili obsesif tarzda düşüncelerdir. Ayrıca annede, bebeğini yeterince sevmediğiyle ya da bebeğin beslenmesiyle, uykusuyla, sağlığıyla ilgili endişeler, annelik rolüyle ilgili olarak yetersizlik ve suçluluk duyguları veya psikotik bulgular ortaya çıkarabilir (32,47,48). Tedavi edilebilir bir ruhsal bozukluktur ancak erken tanı konmadığında ve uygun şekilde tedavi edilmediğinde intihar ve bebeği öldürme riski vardır (49).

2.2. POSTPARTUM RUHSAL BOZUKLUKLAR

Gebelik dönemi kadın yaşamında fizyolojik, sosyal ve ruhsal değişimlerin yaşandığı ve bu değişimlere uyum gerektiren önemli bir süreçtir. Bu nedenle gebelik dönemi özellikle ruhsal bozuklukların gelişimi için riskli kabul edilmektedir. Bu dönemdeki kadınların % 70-85'inde çeşitli ruhsal belirti ve bozuklukların ortaya çıktığı bildirilmiştir (1). Psikiyatrik tanı sistemlerinde (DSM-IV-TR 2000; ICD-10 1993) perinatal dönemde görülen ruhsal bozukluklar, ayrı bir klinik tanı grubu olarak bulunmamaktadır. DSM-IV-TR'de postpartum kavramı sadece tanı ölçütlerinde majör depresif bozukluk, bipolar bozukluk ve kısa psikotik bozukluk içinde; doğumdan sonraki 4 hafta içinde başlaması durumunda başlangıç belirleyicisi olarak yer almaktadır. ICD-10'da ise 'lohusalıkla bağlantılı ve bir başka yerde sınıflandırılmamış ruhsal ve davranışsal bozukluklar' başlığı altında sınıflandırılmıştır (2,3). Literatürde postpartum başlangıçlı kabul edilebilmesi için doğum sonrası psikiyatrik belirtilerin kaçınıcı günde başlaması gerektiği belirsizdir, bir çok çalışma doğum sonrası 6-12 aylık süreyi postpartum dönem olarak kabul etmektedir (50). Postpartum depresyon doğumdan sonraki ikinci veya üçüncü haftadan sonra yavaş yavaş veya ani olarak başlayabilir ve doğumdan sonraki bir hatta iki yıla kadar uzayabilir.

Doğumdan sonra ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklar genelde postpartum hüznün (blues), postpartum depresyon (PPD) ve postpartum psikoz (PPP) olmak üzere üç kısımda incelenmektedir.

2.2.1. Postpartum Hüzün

Doğumdan sonra ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklar içinde %15-84 arasında değişen oranda en sık postpartum hüznün görülmektedir (51). Postpartum hüznün genellikle doğumdan sonraki 3 veya 4. günde başlar, belirtiler geçici olup 1-2 günden 1-2 haftaya kadar sürebilir. Birçok kadında doğumdan sonra anksiyete, hafif şiddette depresyon, yorgunluk, eleştiriyeye aşırı duyarlılık, ağlama, irritabilite, duygulanımda oynaklık, konsantrasyon problemleri, yakın bellekte zayıflama, uyku bozuklukları, iştahsızlık, cinsel ilgi kaybı, doğum ve bebekle ilgili genel bunalmışlık duygusu gibi belirtiler görülebilir. Bu belirtiler hafif şiddetli ve geçici olup kendiliğinden düzelir;

kadınların işlevselliğini ve bebeklerine bakımını etkilemez (51-54) .

Postpartum hüznün etyolojisiyle ilgili birçok etken araştırılmasına rağmen sonuçlar çelişkilidir. Ancak yapılan çalışmalarda postpartum hüznün başlangıcının doğum sonrası östrojen ve progesteron düzeylerinin ani düşüşü ile eş zamanlı olmasının hormonal değişikliklerin etyolojide önemli olabileceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte yapılan çalışmalarda plazma triptofanında doğum sonrası beklenen artışın olmaması, değişmiş platelet monoaminooksidaz (MAO) aktivitesi ve daha yüksek serum kortizol düzeylerinin de postpartum hüznün gelişmesinde rolü olabileceği düşünülmektedir (55,56).

Yapılan çalışmalarda postpartum hüznün tablosunun premenstrual disfori, gebelikteki disforik duygudurum, özgeçmişte ve ailede depresyon öyküsü ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Postpartum hüznün olgularının %20'sinde postpartum 1. yılda majör depresyon gelişebileceği ileri sürülmektedir (51,55,56).

Postpartum hüznün yaşayanların belirtilerinin beklenen sürede geçmediği ve belirtilerin şiddetinin giderek arttığı durumlarda tablonun depresyona dönüşme riski açısından dikkatli olunmalıdır (50).

Doğum öncesi dönemde gebelere ve ailesine görülebilecek postpartum hüznün belirtileri ve bu belirtilerin 2 hafta içinde özel bir tedaviye gerek kalmadan düzelebileceği konusunda bilgi veren destekleyici psikoterapi yaklaşımları yararlı olabilir.

2.2.2. Postpartum Psikoz

Lohusalıkta ortaya çıkan psikiyatrik bozuklukların en ağır şiddetli ve en az görülen formu “ postpartum psikoz” ya da “lohusalık psikozu”, DSM-IV-TR’de BTA psikotik bozukluk başlığı altında yer almaktadır (2). Postpartum psikozun insidansı yaklaşık her 1000 doğumda 1-2’ dir (47).

Annelik hüznü ve depresyona göre çok daha az görülmesine karşın erken tanı konmadığı ve uygun tedavi edilmediğinde bebeği öldürme (% 4) ve intihar (% 5) riski söz konusudur (57).

Postpartum psikozun en önemli risk etkeni geçmiş psikoz öyküsüdür (2,3). Postpartum psikozun etiyolojisi net olarak bilinmemekle birlikte doğum sonrası östrojen ve progesteron düzeyinde ani düşmenin postpartum psikoz başlangıcına katkıda olabileceği bulunmuştur (58). Doğumdan sonra hormon düzeylerindeki dramatik değişikliklerin yanı sıra obstetrik komplikasyonlar ve çevresel stres etkenleri de psikotik bulguların gelişimine katkıda bulunabilir. Biyolojik olarak psikoza yatkınlığı bulunan kadınlarda gece doğum yapmanın ya da doğum sürecinin uzamasından kaynaklanan uykusuzluğun psikotik tablonun ortaya çıkmasını kolaylaştırabileceği öne sürülmüştür (59).

Postpartum psikoz doğumdan sonra ilk günlerde ya da ilk 1-2 hafta içinde ani olarak başlayabilir. Erken belirtiler olan uykusuzluk, irritabilite ve huzursuzluğun ardından sanrılar, varsanılar, ajitasyon, dezorganize konuşma ve davranışlar gelişebilir. Klinik tablonun hızla değişmesi karakteristik özelliiktir. Sanrısız düşünce temelinde bebeğin kusurlu, ölü olduğu, anomalilerinin bulunduğu ya da içine şeytan girdiği düşüncesi olabilir. Hatta bu sanrısız düşünceler çocuğu gelecekteki acılardan kurtarmak için onu öldürme eğilimine yol açabilir. Varsanılar benzer içeriklerle ortaya çıkabilir ve hastaya bebeği öldürmesini söyleyen sesler veya kendisine zarar vermesini söyleyen sesler şeklinde olabilir (35,47). İnfantisid riski düşük olsa da trajik sonuçlara neden olabileceğinden annelerin bu dönemde düşüncelerini eyleme dönüştürebilecekleri düşünülerek dikkatli olunmalıdır (50).

Postpartum psikoz acil ve hastanede yatarak tedavi edilmesi gereken bir durumdur. Öncelikle intihar ya da bebeği öldürme riski değerlendirilmeli, psikotik belirtilere neden olabilecek organik etkenler dışlanmalıdır. Tedavide antipsikotikler, duygudurum düzenleyicileri kullanılabilir ve endikasyonu olduğunda elektrokonvulsif tedavi (EKT) uygulanabilir. Özellikle belirtilerin şiddetli, intihar riskinin yüksek olduğu durumlarda EKT etkili ve güvenli bir tedavi seçeneğidir (60).

Postpartum psikoz etkili bir tedaviyle düzelebilir bir bozukluk olsa da, sonraki gebeliklerde yineleme riski için %50'ye varan oranlar bildirilmiştir ve yinelemeler sonraki postpartum olmayan dönemlerde de ortaya çıkabilir (47,60).

Benvenuti ve arkadaşları 30 postpartum psikoz tanısı konmuş kadını 4-18 yıl süreyle izlemiş ve sonuçta postpartum psikoz geçiren kadınların %63'ünün sonradan

psikiyatrik bozukluk geçirdiğini, bunların % 87'sine duygudurum bozukluğu, % 13'üne şizoaffektif bozukluk tanısı konduğunu saptamıştır. Hastaların hiçbirine izlemde şizofreni tanısı konmaması ilginçtir ve kadınların %36.7'sinde ise yıllar içinde herhangi bir psikopatoloji ortaya çıkmamıştır (61).

2.2.3. Perinatal Depresyon

Gebelik ve doğum kadınlar için doğal bir yaşam olayı olmanın yanısıra önemli biyolojik ve psikososyal değişimlerin yaşandığı, kaygı ve stres oluşturabilecek birçok etkenle karşılaşma riskinin de yüksek olduğu bir dönemdir (62). Gebelik bir neşe, doyum, olgunluk ve mutluluk kaynağı olabildiği gibi, yeni doğan çocuğunu kucağına alma beklentisi içinde olan anne için aynı zamanda ruhsal bozuklukların gelişimi açısından riskli bir dönem olabilir. Annelerin şikayetlerinden dolayı suçluluk duyması ve belirtilerini saklama eğiliminde olması postpartum depresyonun gözden kaçmasına neden olabilir (63). Gebelik ya da doğumdan sonraki altı ay içinde başlayan depresyon perinatal depresyon (PND) olarak tanımlanmıştır (48).

2.2.3.1. Perinatal Depresyonun Epidemiyolojisi

Ülkemizde yapılan bir çalışmada kadınlarda depresyon görülme sıklığı % 27.71 olarak bulunmuştur (31). Majör depresyon en sık üreme çağındaki kadınlarda görülmektedir, Bu nedenle depresyon tanısı konmuş kadın hastalarda gebelik ihtimali akılda tutulmalıdır.

Amerika Birleşik Devletleri'nde gebelikte depresyonun prevalansı %8.3-12.7 olarak saptanmıştır. Gebelikte depresif belirtilerin görülme sıklığı gebelik trimesterlerine göre de değişkenlik gösterebilmektedir. Sistematik bir gözden geçirme çalışmasında ABD'de gebelikte depresyon prevalansı birinci, ikinci ve üçüncü trimesterler için sırasıyla %7.4, %12.8 ve %12 olarak bildirilmiştir (64). Ülkemizde ise gebelikteki depresyonun trimesterlere göre prevalans oranları sırasıyla % 22.2, % 32 ve %36 olarak bulunmuştur (65). Ülkemizde Sevindik'in yaptığı bir çalışmada gebe kadınların %33.8'inde hafif, %12.5'inde ağır depresif belirtiler görülmüştür (9).

Gebelik döneminde tedavi edilmeyen depresyonlar postpartum depresyon riskinde artışa neden olmaktadır ve depresif belirtilerin özellikle gebeliğin ikinci trimesterinden itibaren başladığı gösterilmiştir. Yapılan bir çalışmada gebelik döneminde depresyon geçirmeyen kadınlara göre gebelik dönemi depresyonu geçiren kadınlarda PPD riski ortalama 6,5 kat daha fazla bulunmuştur (11). Ayrıca kadınlarda, doğumu izleyen ilk iki yıl içinde psikiyatrik nedenlerle hastane başvurularında belirgin bir artış olması dikkat çekicidir (7).

Amerika ve Avrupa toplumlarında, standart tanı yöntemleri kullanılarak yapılan çalışmalarda, doğum sonrası depresyonun görülme sıklığının %3.5-17.5 (66,67) ve kendini bildirim ölçekleri ile yapılan çalışmalarda %3-42 olduğu bildirilmektedir (68). Ülkemizde ise, kendini bildirim ölçekleri ile yapılan çalışmalarda doğum sonrası depresyonunun görülme sıklığının %21.2-54.2 arasında değiştiği görülmektedir (10). Ülkemizde standart tanı yöntemleri ile yapılan çalışmalarda ise postpartum depresyon görülme sıklığı %14-40,4 arasında bildirilmektedir. Ancak, kendini bildirim ölçekleri ile bu oranın daha yüksek olduğu, yapılandırılmış görüşme teknikleri ve tanısal ölçütler kullanıldığında bu oranın düştüğü bildirilmektedir (8-11,69). Sıklık oranlarının geniş aralıklarda olmasının ülkelerin sosyokültürel yapısı ve kalkınmışlık düzeyi gibi faktörle bağlı olduğu düşünülmektedir.

Nur ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da gebelikten önce ruhsal hastalık geçiren ve birinci derece yakınlarında ruhsal hastalık olanlarda doğum sonrası depresyon prevalansı, kendisi ve birinci derece yakınlarında psikiyatrik öyküsü olmayanlara göre 2.87 kat daha fazla bulunmuştur (8).

2.2.3.2. Perinatal Depresyonun Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

PND'nin etiyolojisinde rol oynadığı düşünülen etkenler psikososyal, biyolojik faktörler ve genetik olmak üzere üçe ayrılmaktadır.

Biyolojik Faktörler

Gebelik ve postpartum dönemde bir çok hormonal değişiklik gözlenmektedir. Gebelik dönemi boyunca yüksek seyreden östrojen ve progesteron düzeyleri doğumdan sonra hızla azalır. Dolayısıyla bu iki hormon postpartum dönemle ilişkili ruhsal

bozuklukların etiyolojisinden sorumlu tutulmuştur. Ancak hormon düzeyleri ve PPD arasında ilişki olduğuna dair tutarlı veriler elde edileşmemiştir (70). PPD görülen ve görülmeyen kadınlarda ortalama gonadal hormon seviyeleri arasında fark bulunmamıştır (52). Östrodiol, kortizol, prolaktin seviyelerindeki değişim ile perinatal dönem duygudurum değişiklikleri arasındaki ilişkiyi irdeleyen çalışmaların sonuçları da tutarlı bulunmamıştır (55,71). PND’da gonadal hormon seviyelerinde azalma olması var olan belirtileri şiddetlendirebilir ya da yeni belirtilerin ortaya çıkmasına neden olabilir (72).

Bloch ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada PPD öyküsü olan ve olmayan iki grup kadında gebelik ve doğum sonrası döneme uyan östrojen ve progesteron vererek yapay bir hormonal durum oluşturulmuştur. PPD öyküsü olanlarda, östrojen ve progesteron düzeylerinde doğum sonrasına benzer biçimde bir düşme olduğunda depresif belirtilerin arttığı gözlenmiştir. Böylece daha önce PPD geçiren kadınların üreme hormonlarının duygudurum stabilitesini bozucu etkilerine karşı duyarlı olduklarına dair dolaylı kanıt elde edilmiştir (73). Östrojen yerine koyma tedavisiyle depresif belirtilerin yatışması da cinsiyet hormonlarının PPD’ nun etiyolojisinde önemli rolü olabileceğini destekleyen bir başka bulgudur (58,72).

Gebeliğin son 3 ayında yüksek olan serum kortizol düzeyi, doğum sonrası dönemde düşer. Kortizol düzeyindeki değişiklikler ve postpartum depresif sendromlar ilişkili bulunmuşsa da, bu bulgu diğer çalışmalarda doğrulanmamıştır (55,74).

PPD etiyolojinde tiroid hormonlarının rolünü araştıran çalışmalarda özellikle geç başlangıçlı postpartum depresyonun tiroid hastalıkları ile ilişkisi olduğu öne sürülmektedir. Gebelik esnasında human koryonik gonadotropinin (HCG) tiroid bezi üzerine tiroid stimulan hormon (TSH) benzeri etkisi vardır. Gebelikte ayrıca artmış östrojen düzeyine sekonder tiroksin bağlayıcı globülin (TBG) düzeyi artar ve sonuç olarak gebelikte tiroid bezi büyüyebilir, total T3, total T4 ve TSH artarken FT3, FT4 normal sınırlarda kalır. Yükselen tiroid hormonları doğum sonrası düşmeye başlar, ancak postpartum ilk altı ayda kadınların % 6’sında tiroid fonksiyon bozukluğu gözlenebileceği bildirilmektedir (56). Mikrozomal ve tiroglobulin antikorları pozitif ve negatif olan anneler, PPD yönünden karşılaştırıldığında antikorların varlığı ile depresif duygudurum arasında bağlantı olabileceği gösterilmiştir. Tiroksin düzeyinin doğumdan

sonra düşmesinin bir grup kadında PPD gelişiminde rolü olabileceği ileri sürülmektedir. Tiroid peroksidaz antikor pozitifliği olan kadınların üçte birinde kalıcı hipotiroidi gelişebileceği ve PPD açısından yatkınlık oluşturabileceği kabul edilmektedir. Bununla birlikte PPD ile tiroid fonksiyon bozuklukları arasında açık bir ilişki bulunmamıştır (56,63,75).

Postpartum dönemde emziren annelerdeki hormonal değişiklikler ile PPD arasındaki ilişki incelendiğinde; Harris ve arkadaşları tarafından tükürükteki progesteron ve prolaktin düzeyleri ile postpartum depresyon arasında anlamlı ilişki olduğunu saptanmıştır. Bebeklerini emzirmeyen annelerde tükürük progesteron konsantrasyonu ile depresyon arasında pozitif bir ilişki bulunurken, süt veren kadınlarda bu ilişkinin negatif yönde olduğu görülmüştür (71).

Serum lipid düzeyleri ve psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişki son yıllarda üzerinde çalışılan bir konu haline gelmiştir. Gebelik döneminde özellikle son üç ayda serum kolesterol düzeylerinde yaklaşık %50'ye varan artışlar olmaktadır. Postpartum dönemde yüksek serum kolesterol değerleri düşme eğilimindedir ve bu değerlerin normal seviyelerine dönmesi postpartum 20. haftaya kadar uzayabilir. Troisi ve arkadaşları doğum sonrası dönemde düşük kolesterol düzeyleri ile depresyon ve anksiyete şiddeti arasında ters bir ilişki bulmuşlardır (76). Ülkemizde yapılan bir çalışmada postpartum depresyon görülen hastaların serum kolesterol ve düşük dansiteli lipoprotein (LDL) değerleri doğum sonrası başlangıçlı olmayan depresyonlu hastalarına göre anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur (77).

Postpartum depresyon ile immün sistem arasındaki ilişki incelendiğinde PPD' nu olan kadınlarda clara hücre protein, interferon-gama ve interlökin düzeylerinin düşük bulunduğu çalışmalar mevcuttur. PPD'nun hücresel immünitinin baskılandığı durumlar ve hipotalamus-hipofiz-böbreküstü bezi hipoaktivitesi ile ilgili olabileceği ileri sürülmüştür (74).

Perinatal depresyona yatkınlığı arttırdığı düşünülen bir diğer olası faktör gebelikteki beslenme düzenidir. Bir çalışmada vücutta omega-3 yağ asiti düzeyinin düşüklüğünün gebelik boyunca ve doğumdan sonraki süreçte ortaya çıkan depresif belirtilerle ilişkili olduğu gösterilmiştir (78). Serum folat düzeyindeki düşüklük de depresif psikiyatrik bozukluklara neden olabilmektedir. Gebelik dönemi serum folat

düzeyinde düşme açısından riskli bir dönem olduğu için postpartum depresyonun folat düzeyi ile ilgili olabileceği yönünde görüşler vardır (79).

Genetik

Postpartum mizaç bozukluğu görülen kadınların birinci derece akrabalarında mizaç bozukluklarının yaşam boyu prevalansı genel nüfustan çok daha yüksektir. Bu durum postpartum mizaç değişikliklerinde kalıtsal ya da ailesel yükün öncelikle araştırılması gereken bir faktör olduğunu göstermektedir (56). Perinatal depresyon için yapılan ikiz ve kardeş çalışmalarının genetik risk sonuçları çok açık kanıtlar sunmamaktadır. Bu sonuçlar majör depresyon için olan genetik yatkınlıktan daha güçlü bulunmamıştır. İkiz çalışmalarının verilerinden çevresel ve kalıtsal faktörlerin etkilerini ayırtılamadığı için, depresif aile öyküsü ile ilişkili riski tam olarak tanımlanamayabilir. Ancak kişisel veya ailede psikiyatrik öykünün varlığı ve özellikle majör depresyon öyküsü olması perinatal depresyon gelişiminde kadınlar için yüksek risk olduğu tutarlı biçimde gösterilmektedir (80).

Psikososyal faktörler

Doğum yapan tüm kadınlarda biyolojik ve hormonal değişiklikler olmasına karşın psikiyatrik bozuklukların sadece kadınların bir bölümünde gerçekleşmesi etiyolojide sosyal stres etmenleri, kişiler arası ilişkiler, sosyal destek sistemleri gibi risk faktörlerinin de göz önünde bulundurulması gerektiğini düşündürmektedir.

Postpartum depresyonda psikodinamik çalışmaları, annenin annelik yaşantısı, yeni bebeği, kocası ve kendisi ile ilgili çatışmalı duygularını vurgular. Doğumla birlikte kadınlara yüklenen roller ve doğumdan sonra kadının koşulsuz olarak bebeğini seveceği, ailesi ile ilgileneceği ve “ondan sonra hep mutlu yaşayacağı “ şeklindeki beklentiler genellikle annenin üzerinde baskı oluşturur (81). Anne rolünü benimsemedeki çatışmalar bu kadınlarda kimlik karmaşasına yol açar. Psikoanalitik kuramın anneyi nesne olarak anlamlandırdığını ve bir özne olarak yok ettiğini öne süren Palgi-Hacker, annenin kendisinde çocuğuna karşı sevgi, endişe ve şefkat kadar, kızgınlık, hayal kırıklığı gibi ambivalan duyguların olduğunun önemini vurgulamıştır (82). Özellikle ilk doğumunu yapmış olan kadınlar ambivalans ve kayıp duygusunu

daha fazla yaşarlar. Bağımsızlığın, önceki yaşam tarzının, vücut imajının ve anne karnından ayrılmış olan bebeğin kaybı yaşanmaktadır. Gelişim dönemlerinde annelerin doyurulmamış yaşantıları olmuşsa, bebeğin talepleri bunaltıcı olmakta, anne öfkesini bebeğe veya kendisine yöneltmekte ve olumlu bir annelik imajını içselleştirememektedir. Ayrıca gebe kadınların kendi anneleri ile ilişkilerindeki ambivalan duygu, anne ile yeterli özdeşimin yapılmamış olması, çocukluk döneminde ölüm ya da boşanma nedeniyle anne- baba kaybı, erken gelişim dönemlerinde her iki ebeveyn ile olan ilişkinin ne ölçüde yakın ve destekleyici olduğu gibi faktörlerin önemine de dikkat çekilmektedir (63).

Nicolson, PPD’nu açıklamada 2 model önermektedir. Klinik modelde; PPD bir hastalık ya da bozukluk olarak tanımlanırken, sosyal modelde doğumun bir yaşam olayı olduğunu ve PPD’nun bu yaşam olayına bir yanıt olarak ortaya çıktığı kabul edilmektedir. Çocuk sahibi olmak kadın için bir kazanç olmakla birlikte kişisel alanın kaybı, gebelik ve doğumla vücut şeklinde değişme, cinsel çekiciliğin azalması, entelektüel yetiler ve bellekte bir kayıp olduğu algısı, iş ve mesleki statünün veya mesleğe ilişkin beklentilerin kaybı, arkadaşların kaybı, “bağımsız kadın” rolünden “geleneksel kadın” rolüne geçiş gibi kimliğe ilişkin bir çok kayıp ve değişiklik yaşanır. Bu durumun kişisel ilişkilerin niteliğinde de bazı değişikliklere yol açtığına dikkat çekmektedir. Buna göre, PND gebelik ve doğumla birlikte yaşanan kayıplara karşı bir “yas” reaksiyonu olarak değerlendirilebilmektedir (63,83).

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 (84). Perinatal depresyon riskini artıran etkenleri bilmek ve risk grubundaki kadınların yakından izlenmesi, erken tanı ve tedaviyle hastalığın uzun dönemdeki olumsuz etkilerini en düşük düzeye indirmede yararlı olacaktır.

PND risk faktörleri arasında en tutarlı olarak gösterilen ve en önemli risk faktörü olarak değerlendirilen geçirilmiş depresyon öyküsü, geçirilmiş postpartum depresyon öyküsü, birinci derece yakınlarında psikiyatrik hastalık öyküsü, prenatal depresyon ve anksiyetenin varlığıdır. Yapılan çeşitli çalışmalarda gebelik öncesi depresyon öyküsü

olan kadınların % 30'unda postpartum depresyon görüldüğü ve geçirilmiş postpartum depresyon öyküsü olan kadınlarda sonraki gebeliklerde tekrarlama riskinin yaklaşık %50 olduğu tespit edilmiştir. (85,86). Ülkemizde yapılan bir çalışmada da gebelikte depresyon öyküsünün postpartum depresyon riskini arttırdığı bulunmuştur (6).

Sosyal destek eş, aile ve arkadaşlar tarafından sağlanan destektir. Yeterli sosyal destek perinatal dönemde kadını duygusal ve bilişsel olarak rahatlatmakta, stres ve kaygı ile daha iyi baş etmelerine yardımcı olmakta ve annelik rolüne geçişi kolaylaştırmakta, bebeğin sağlığını da olumlu yönde etkilemektedir. Özellikle eşlerinden yeterli destek almayan, evlilik ilişkilerinde sorunları olan, aile içi çatışmaları olan kadınlarda doğum sonrası dönemde depresif belirtilerin ortaya çıkma riskinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (8,63,69,87). Kanada'da yapılan bir çalışmada, gebelikte düşük sosyal destek alabilen kişilerde hem gebelik hem de postpartum dönemde depresyon riskinde anlamlı derecede artış olduğu gözlenmiştir (88).

Gebelik ve doğum fizyolojik bir süreç olmasına karşın, kadın vücudu için önemli bir yük ve stres oluşturmaktadır. Gebelikte meydana gelen fizyolojik değişikliklerden biri olan kilo artışı, gebelikte memnuniyetsizlik yaratmasına bağlı olarak perinatal dönemde depresif belirtilerin ortaya çıkmasına neden olabilir (89). Ülkemizde yapılan bir çalışmada gebelerin 'hamilelik sırasında kilo alma korkusunun' depresyon puan ortalamasını istatistiksel açıdan anlamlı olmasa da arttırdığı saptanmıştır (90). Kalken ve arkadaşlarının 230 gebe üzerine yaptıkları çalışmada; gebeliğin erken döneminde şiddetli bulantı ve kusmanın gebelikteki yaşanan anksiyete ve depresyonla ilişkisinin olduğu saptanmıştır (91). Ayrıca gebelikte hiperemesis yakınması olan kişilerde olmayanlara göre yüksek oranda (%33,3) postpartum depresyon görülmüştür (60) .

Ergenlikte ya da küçük yaşta gebe kalma depresyon için bir diğer risk faktörüdür. Ergen annelerde beden görünümü, kilo konusundaki kaygılar, sosyal yalıtım ve anneliğe ilişkin öz yeterlilik duygularının depresyonla ilişkili olduğu bulunmuştur. Lau ve arkadaşlarının ikinci trimesterde olan 2178 gebe üzerinde yaptıkları bir çalışmada, istenmeyen gebelik ve genç yaşta olmanın depresif bulgular ile pozitif yönde anlamlı bir ilişkisi olduğu tespit edilmiştir (92). Ülkemizde yapılan çalışmalarda da istemeden gebe kalan kadınlarda postpartum depresyon sıklığının yaklaşık iki kat

daha fazla olduğu bulunmuştur (10,93). Ergen annelerde intihar riski yüksektir. İstenmeyen gebeliklerde, gebeliğı sonlandırmak için yasal olmayan yollara başvurma ve intihar anne ölüm nedenlerindendir (94).

Annenin kişilik özelliklerinin postpartum dönemde depresyon gelişimine yatkınlık yaratabileceğı düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada sinirli, öfkeli, utangaç, veya karamsar annelerde postpartum depresyon görülme riskinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (95). Ülkemizde postpartum depresyon tanısı olan kadınlarda kişilik bozukluklarının araştırıldığı bir çalışmada ise %15.8 obsesif kompulsif, % 18.4 çekingen, % 15.8 bağımlı kişilik bozukluğu tespit edilmiştir (96).

Beklenmeyen bir erken doğum ve erken doğan bebeğın yoğun bakım ünitesinde tedavi görmesi anne için önemli psikolojik stres yaratmaktadır. Bir çalışmada erken doğum yapan annelerde postpartum depresyon insidansının zamanında doğum yapan annelere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir Aynı çalışmada kronik akciğer rahatsızlığı, intraventriküler kanama gibi hayatı tehdit eden hastalıkları bulunan bebeklerin annelerinde depresyonun daha fazla görüldüğü saptanmıştır (84).

Batı toplumlarındaki araştırmalarda çocuk cinsiyeti ile postpartum depresyon ilişkisiz bulunurken, Çin ve Hindistan'daki çalışmalar çocuk cinsiyeti ile ilgili olarak eşin hayal kırıklığının depresyon gelişimi ile ilişkili olduğunu göstermiştir (97). Hindistan'da kız çocuk sahibi olanlarda evlilik içinde şiddetin yüksek olduğu bu nedenle PPD için önemli bir risk faktörü olduğu belirlenmiştir (98). Ülkemizde ise kız çocuğı sahibi olan annelerde depresyon gelişimi açısından daha yüksek bir risk olduğu bulunmuş ve bu durumun kültürel olarak erkek çocuğının daha fazla tercih edilmesiyle ilişkili olabileceğı ileri sürülmüştür (10).

Sabuncuoğlu'nun yaptığı çalışmada postpartum depresyonun güvensiz bağlanma biçimiyle ilişkili olduğu bulunmuş ve doğum sonrası dönemde bebekle başlayan yakın ilişki annenin güvensiz bağlanma biçimi ile iç çatışmaları uyandırarak depresif belirtilere yol açabileceğı düşünülmüştür (99).

Günümüzde anne sütü ve emzirmenin bebek sağlığı açısından önemi çok vurgulanmaktadır. Emzirme aracılığıyla anne ile bebek arasında yakın bir ilişki kurulur. Emzirme ile anne sadece verici değil aynı zamanda alıcı konumdadır. Depresif annelerin emzirme konusunda daha fazla kaygılandıkları, sütlerinin besleyiciliğı ve

yeterliliği konusunda olumsuz düşüncelere sahip oldukları görülmüştür (100). Yapılan bir çalışmada gebelik dönemi boyunca depresyon belirtileri olan kadınların emzirmeye başlamak, emzirmeye devam etmekte isteksiz ve daha az girişimci oldukları, birçoğunun da başlayamadıkları belirtilmiştir. Ayrıca uzun süre emziren annelerde depresif belirtilere daha az rastlandığı tespit edilmiştir (101).

Sosyoekonomik faktörler ilişkin ülkemizde yapılan çalışmalarda yaşayan çocuk sayısının fazla olması, kısa aralıklarla doğum yapma, gecekonduda yaşama, göç etme, eşinde psikiyatrik bozukluk olması ile depresyon arasında ilişki saptanmıştır (102,103).

Kadınların çalışma durumu ile depresif belirtiler arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, özellikle ekonomik nedenlerden dolayı iş yaşamına daha erken dönen kadınlarda daha fazla depresyon görüldüğü bildirilmiştir (104). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise çalıştığı için çocuğun birincil ve tek bakım vereni olmayan annelerin çalışmayan annelere göre daha az depresyon belirtisi gösterdiği tespit edilmiştir (99).

Diğer risk faktörleri arasında; yakın geçmişteki önemli yaşam olayları, düşük eğitim düzeyi, eşinin veya kendisinin işsiz olması, yoksulluk, yetersiz sağlık hizmetleri, mental hastalıklar, doğum öncesi tıbbi bakım yetersizliği, çocukluk döneminde aile ilişkilerinde sorunlar, menstruasyon problemleri, düşük benlik saygısı, anneliğe uyum sağlayamama, postpartum hüznün öyküsü, sigara- madde bağımlılığı, geçmişte infertilite öyküsü, düşük, küretaj gibi üreme sağlığı sorunları, düşük sosyoekonomik düzey bulunmaktadır (10-13,87).

Ayrıca perinatal depresyon risk faktörleri arasında sık vurgulanmasa da, yeme bozukluğu (YB) olan kadınlarda perinatal depresyonun sık görüldüğünü bildiren çalışmalar mevcuttur (14,15). Mazzeo ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada YB tanısı konulan kadınların % 39.1-66.7'sinde gebelikleri boyunca depresif belirtiler görülürken, % 45.5-70'inde ise postpartum depresyon görüldüğü tespit edilmiştir (14). Geçmişinde YB öyküsü olan kadınlar gebelik ve doğum sonrası dönem boyunca da yeme bozukluğu belirtileri gösterebilirler (14,15).

Perinatal depresyon açısından bir diğer risk faktörü de travma öyküsüdür. Geçmişte fiziksel, duygusal ve cinsel travma öyküsü olan kadınlarda perinatal depresyon ve diğer psikiyatrik hastalıkların görülme riski artabilir (18).

2.2.3.3. Perinatal Depresyonda Klinik Bulgular:

Gebelerdeki depresif belirti ve bulguların; gebeliğin fizyolojik değişiklikleri ve yakınmalarıyla benzer özellikte olması ve eşikaltı özellik gösterebilmesi nedeniyle gebelik depresyonuna tanı koymak bazen güç olabilir. Birinci trimesterde bu belirtiler, uyku ve iştah değişiklikleri, anksiyete ve duygulanımda dalgalanma, aşırı yorgunluk, libido kaybı, konsantrasyon güçlüğü olarak görülebilir. İkinci trimesterde bu belirtiler daha az görülmesine karşın 3. trimesterde anksiyete, aşırı yorgunluk, uyku ve iştah bozuklukları ve doğumla ilgili kaygılar artabilir (105).

Doğum sonrası görülen ağır dereceli depresyonlar daha kolay ayırt edilirken hafif veya orta dereceli depresyonlar gözden kaçabilir ve başvuru olasılığı daha düşük olabilmektedir. Erken tanı konulamadığı takdirde depresif belirtiler kronikleşebilir ve tedaviye yanıtı azalabilir (95). Gebelikte görülen duruma benzer şekilde postpartum depresyon belirtileri de doğum sonrası normal olabilecek şikayetlerle iç içe geçebilir ve tanı koymayı güçleştirebilir. Postpartum dönemde belirtiler tipik olarak ilk 6 haftada ortaya çıkar. Depresyon insidansında artış sıklıkla postpartum ilk 30 gün içindedir ve ağır olgularda iki yıla kadar uzayabilir (106). Perinatal depresyon semptomları ile majör depresyon semptomları benzerlik göstermektedir; depresif duygudurum, ilgi-istek kaybı, yorgunluk, iştahsızlık, uykusuzluk, anksiyete, panik atakları, psikomotor ajitasyon, konsantrasyon güçlüğü, değersizlik, suçluluk duyguları başlıca belirtilerdir. PPD'na özgü olarak bebeğe zarar verme ile ilgili obsesif tarzda düşünceler olabilir. Ayrıca annede, bebeğini yeterince sevmediğiyle ya da bebeğin beslenmesiyle, uykusuyla, sağlığıyla ilgili endişeler, annelik rolüyle ilgili yetersizlik ve suçluluk duyguları ortaya çıkabilir (47). PND'da diğer hastalara göre bulantı, mide ağrısı, sık soluk alıp verme, baş ağrısı gibi bedensel şikayetler de daha fazla görülmektedir (107).

Postpartum depresyonda diğer depresif hastalıklardan farklı olarak kendine zarar verme ve intihar düşüncesi olsa bile intihar girişimi yaygın olmamaktadır (108). Postpartum dönemin annenin çocuğun kendine bağımlılığını bilmesi nedeni ile anneliği koruyucu bir faktör olduğu düşünülmesine karşın, yine de gebelikte ve postpartum dönemde depresyona bağlı en önemli risk intihar düşüncesi veya girişimi hatta çocuğunu öldürmeye kadar varabilen üzücü sonuçlar doğurabilmesidir (49). İngiltere'

de 1997-99 yılları arasında anne ölümlerine ilişkin verilere göre doğumdan sonra ilk yıl içindeki ölümlerin önde gelen nedeninin intihar olduğu ve bunun da % 20' sinin depresyona bağlı intihar nedeniyle olduğu dikkat çekicidir (109). Perinatal dönemde kendine zarar verme davranışı da %5-14 arasında değişmektedir (110,111).

2.2.3.4. Perinatal Depresyonun Etkileri ve Sonuçları:

Gebelikteki ruhsal hastalıkların annenin duygu durumunu etkileyerek, gebelikte ilgili olumsuz sonuçlar doğurabileceği ve uygun şekilde tedavi edilmediğinde maternal morbidite ve mortalite oranını (intihar girişimleri dahil olmak üzere) arttırabileceği bilinmektedir (105,112). Gebelik sürecinde annenin yaşadığı stres iki farklı yönden perinatal dönemi etkileyebilir. Bunlardan biri anksiyete ve depresif belirtiler yaşayan annelerde sigara, alkol-madde kullanımı, perinatal takiplere uyumsuzluk, kötü beslenme ve yetersiz kilo alımı gibi sağlıksız davranışlar görülebilmesi, diğeri ise anksiyete ve depresyonun stres hormonlarını arttırması ile ortaya çıkabilecek olan tıbbi sorunlardır (113).

Gebelik depresyonunda gebeliğin seyri esnasında nörendokrin eksende ve uterusu olan kan akımındaki değişiklikler sonucunda hem gebenin hem fetüsün sağlığı olumsuz etkilenmektedir. Depresyona bağlı olarak gebelerde norepinefrin ve kortizol düzeyleri yükselmekte ve uterusu olan kan akımını azaltarak gebe ve fetüs üzerinde çok ciddi obstetrik ve neonatal sonuçlar doğurabilmektedir. Anne ve bebeği ilgilendiren gebelik diyabeti, preeklampsi-eklampsi, spontan abortus, antenatal kanama, artmış uterin arter direnci, düşük apgar skoru, neonatal yoğun bakım gerektiren bebek doğurma, neonatal büyüme geriliği, spontan erken doğum, fetal ölüm, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma ve yüksek kortizol düzeyine sahip bebek doğurma gibi komplikasyonlar tespit edilmiştir (105,107,112).

Perinatal depresyon doğum sonrası dönemde annelik işlevleriyle ilgili olumsuz etkilere yol açabilir ve anne-bebek arasında güvenli bir bağlanma kurulmasında zorluklara neden olabilir. Annenin yaşadığı depresif belirtiler nedeniyle anne-bebek etkileşimi sırasında anneliğin gerektirdiği tetikte olma hali bozulabilir, tepkilerde gecikmeye, uygunsuz davranışlara yol açabildiğinden çocuk bakımında yetersiz olabilir ve çocuğun güvenliğini sağlamak için gerekli önlemleri almada sorun görülebilir.

Depresif belirtileri olan annelerin çocuklarıyla ilgili problemlerle başa çıkma becerilerinin bozulduğu ve bu nedenle çocuklarına karşı esnek ve toleranslı davranma olasılıklarının azaldığı düşünülmektedir (4,5). Perinatal depresyon tanısı olan kadınların çocukları ile okuma, oyun oynama ve şarkı söyleme gibi ebeveynlik işlevlerini zenginleştiren paylaşımlarda bulunmaları depresif belirtileri olmayan kadınlara göre daha az görülmektedir (114).

Gebelikteki depresyon postpartum dönemde de devam ederse çocuğun ileri yaşama ait olumsuz etkiler meydana gelebilmektedir. Bu olumsuz etkiler; anne-bebek bağının kurulmasında sorunların oluşması, hiperaktivite, büyümede gerilik, motor ve dil gelişiminde gecikme, duygusal gelişimde bozukluk ve davranış problemleridir (112,115). Doğum sonrası depresyonun saptanmasının ve tedavi edilmesinin önemli amaçlarından biri, anne-çocuk etkileşimin sağlıklı biçimde kurulmasını sağlamak ve çocuğun gelişimini olumsuz yönde etkilemesini önlemektir (11) .

2.2.3.5. Perinatal Depresyon Tedavisi

Perinatal dönemde görülen depresyon, sadece anne için değil, bebek ve tüm aile için olumsuz sonuçlar doğurabileceğinden özel bir yaklaşım gerektirmektedir (116). Perinatal depresyonu önlemedeki ilk adım yüksek riskli kadınların belirlenmesi ve izlenmesidir (105).

Perinatal depresyon tanısı konan bir kadında öncelikle diğer tıbbi hastalıkların dışlanması gerekmektedir. PND semptomları sıklıkla organik hastalıkların semptomları ile örtüştüğünden altta yatan herhangi bir genel tıbbi nedene dair en ufak şüphede gerekli laboratuvar tetkikleri yapılmalı ve risk altında olduğu düşünülen kadınlar her trimester en az bir kez ya da semptom şiddetine göre daha sık olmak üzere postpartum 6-12. haftaya kadar izlenmelidir (70).

Perinatal depresyonun tedavi seçenekleri kişisel veya grup psikoterapisi, farmakoterapi ve nonfarmakolojik- biyolojik (parlak ışık terapisi ve elektrokonvülsif terapi) tedavilerdir. PND'da tedavi planı yaparken hafif ya da orta şiddette depresyonda öncelikle psikoterapi düşünülmelidir. PND orta şiddetliyse ya da psikoterapiye yanıt alınamadıysa ilaç tedavisi planlanabilir. Gebelik sırasında kullanılan bir antidepresan varsa aynı ilaçla devam edilmesi önerilir. Farklı bir ilaç, emzirme döneminde güvenli

kabul edilen bir ilaç olsa bile, bebeğin ikinci bir moleküle maruz kalması anlamına geldiğinden, lohusalık döneminde ilaç değişikliği genellikle önerilmez (48). Hastanın daha önce yanıt verdiği herhangi bir antidepresan ilaç varsa tedavide göz önüne alınmalıdır. Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSGİ) yüksek dozlarda alınsa bile toksik etkileri düşük olduğu için ilk seçenek olmalıdır. SSGİ'nin gebelikte kullanımı ile ilgili olarak çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Fluoksetin diğer SSGİ'ye oranla plasentadan yüksek oranda geçer, sertralin ise plasentadan en az geçen moleküldür. Gebelik döneminde sertralin kullanan annelerin bebeklerinde anomali riskinde artış bildirilmemiştir (117). Uyku sorunu olan hastalarda trisiklik antidepresanlar (TSA) da kullanılabilir. Depresyona ek olarak belirgin anksiyetesi olan hastalarda kısa dönem benzodiyazepin uygulanması faydalı olabilir. Hasta altı-sekiz haftalık bir tedaviye yanıt vermişse, hasta tam remisyona girdikten sonra relapsı önlemek için en az altı ay daha aynı dozda tedavi sürdürülmelidir. Altı hafta sonunda yanıt yoksa, hastanın tanı ve tedavisi yeniden gözden geçirilmelidir (118). Ailesinde iki uçlu bozukluk öyküsü olan ve ilk depresyon atağını doğum yaptıktan sonra geçiren kadınlara antidepresan verirken çok dikkatli olmak gerekir. Bu kadınlar yakından izlenmeli, manik kayma yönünden bilgilendirilmelidir (49). Hastalığın şiddetli olduğu durumlarda, yeme reddi, psikotik bulgular, bebeğe zarar verme riski ve intihar düşüncesi olanlarda yatırılarak tedavi altına alınmalı ve tedavide EKT seçeneği düşünülmelidir. EKT'nin gebe ve emziren annelerde bebek açısından etkin ve güvenli olduğu bildirilmiştir (50,47).

Birçok kadın gebelik ve emzirme döneminde ilaç kullanımı konusunda tereddüt eder. PND döneminde ilaç kullanmak için emzirmenin bırakılması da sosyal baskılar ve suçluluk duygusu yaratarak ek bir stresör olabilmektedir. Bu nedenle diğer tedavi seçenekleri alternatif olabilir. Kişilerarası psikoterapi ve bilişsel davranışçı terapinin hafif ve orta şiddetli depresyonun tedavisinde etkinliği kanıtlanmıştır (119). 2006'da 99 gebe kadın ile yapılan bir çalışmada gebelik döneminde 4 görüşme ve postpartum üçüncü ayda da bir güçlendirme görüşmesi yapılmış ve terapi uygulanan grupta postpartum depresyon gelişme oranının daha az olduğunu gösterilmiştir (120). Gebelikteki depresyonun tedavisinde ışık tedavisinin de etkili olduğu gösterilmiştir. Bu tedavi yaklaşımı özellikle mevsimsel değişiklik gösteren belirtilere sahip hastalar ve gebeliklerinde antidepresan kullanmak istemeyenler için faydalı olabilmektedir (121).

Gebelikte tedaviyi sonlandırma da önemli bir sorundur çünkü gebelikte antidepresan ilaç tedavisi kesilen hastalarda relaps riski 2.6 kat arttığı bildirilmiştir (122). Özellikle rekürren depresyon epizodları olan ve gebelikte antidepresan idame tedavisi kesilen kadınlar PPD rekürrensi açısından daha fazla risk altındadır (80). PND öyküsü olanlarda rekürrens açısından koruyucu tedavi gerekip gerekmediği, koruyucu tedavinin ne zaman başlanacağı, nasıl bir yöntem uygulanacağı konusunda fikir birliği bulunmamaktadır. Karar verirken risk/yarar hesabı yapılmalıdır. Koruyucu ilaç kullanmayı kabul etmeyen kadınlar sık kontrollerle izlenmelidir. Koruyucu amaçlı en az altı ay sürmesini öneren çalışmalar mevcuttur (47,123,124).

2.2.3.6. Perinatal Depresyon İle Birlikte Görülen Hastalıklar

Perinatal depresyonda eştanı çok sık olmasa da görülebilmektedir. PND'na eşlik eden hastalıklar fark edilmezse ve uygun şekilde tedavi edilmezse hastalığın şiddetini, prognozunu olumsuz etkileyebilmekte ve tedavi süresini uzatabilmektedir.

Perinatal depresyon olan kadınlarda yaygın anksiyete bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, sosyal fobi ve agorafobi ile sıklıkla birlikte görülebilir (125). Grote ve arkadaşlarının EPDS puanı 12 üzerinde olan 52 gebe kadınla yaptığı çalışmada kadınların 4'ünde panik bozukluk, 5'inde posttravmatik stres bozukluğu, 4'ünde sosyal fobi, 5'inde yaygın anksiyete bozukluğu, 12'sinde de anksiyete bozukluğu tespit edilmiştir (126). PND'a eşlik eden hastalıklardan birinin yeme bozuklukları olduğu ileri sürülmüştür (127).

Perinatal depresyona sıklıkla anksiyete belirtileri eşlik etmektedir. Anksiyete belirtileri stresle etkin biçimde başa çıkamamanın sonucu olabilir (128). PND ve anksiyete eş tanısı prognozu olumsuz etkileyebileceğinden postpartum dönemde sık görülen anksiyete bozukluklarının gözden kaçırılmaması gerekir. Geç gebelik döneminde anksiyete belirtilerinin olması hem altta yatan depresyonun hem de travma sonrası stres bozukluğunun işareti olabileceği ileri sürülmüştür (129).

Obsesif kompulsif bozukluğun ilk kez perinatal dönemde başladığı ya da var olan belirtilerin arttığı ile ilgili çalışmalar mevcuttur (130). Perinatal dönemde bebeğin sağlığı ile ilgili obsesyonlar olabilir. Bunlar daha çok ani bebek ölümü sendromu ile

bebeğin öleceği ya da istemediği halde bebeğe zarar vermekten endişe etme şeklinde olabilir. Bu obsesyonlar bazen annenin kendisini suçlamasına yol açarak depresif belirtilerin ortaya çıkmasına neden olabilir (46). Postpartum depresyonu olan kadınlarla yapılan bir çalışmada %57'sinde obsesif-kompulsif bozukluk belirtileri olduğu gösterilmiştir (118).

Perinatal dönemde rol değişikliği, doğum sonrası sağlıkla ilgili endişeler, mali durumla ilgili planlamalar gibi psikososyal stresörlere kas ağrıları gibi fiziksel belirtiler görülebilir. Ancak çoğu kadın bu stresörlerle baş edebilir ve bu düşünceleri uzaklaştırabilir. Yaygın anksiyete bozukluğu olan kadınlar endişelerini kontrol etmekte büyük güçlük yaşarlar ve önemli oranda zaman ve güç harcarlar. Wenzel ve arkadaşları postpartum dönemde kadınlarda yaygın anksiyete bozukluğu sıklığını %8.2 olarak bildirmiştir (131) .

Doğum sırasında ölmekten aşırı bir korku veya anksiyete duyma, bu nedenle çocuk doğurmaktan kaçınma tokofobi olarak isimlendirilir. Tokofobi bazen depresyonun belirtisi olabilir (132).

Bipolar bozukluğun başlangıcının sıklıkla postpartum dönemde daha çok depresif belirtilerle ortaya çıkması nedeniyle bu hastalara sıklıkla unipolar depresyon tanısı konulmaktadır. Postpartum dönemde başlayan depresyonun bipolar bozukluğun habercisi olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Klinik tablonun bipolar bozukluğun depresyon dönemi olabileceğine dair önemli ipuçları arasında; DSM-IV ölçütlerine göre atipik özellikler bulunması, depresif belirtilerin doğumdan sonra başlaması, postpartum dönemde hipomani tablosunun olması, birinci derece akrabalarda bipolar bozukluk öyküsü, düşünce akışının hızlanması, hastanın antidepresanlara verdiği hızlı yanıt ve psikotik bulguların eşlik etmesi sayılabilir (49).

2.2.4. Çocukluk Çağı Travmaları

Dünya Sağlık Örgütü çocuk istismarını “Bir yetişkin tarafından bilerek ya da bilmeyerek yapılan ve çocuğun sağlığını, fizik gelişimini, psikososyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen davranışlar” olarak tanımlamaktadır. Bu tanımda amaç değil, sonuçlar önem taşımaktadır. Başka bir deyişle, yetişkinin niyeti önemli değildir,

eylemin çocuk üzerindeki etkisi önem taşımaktadır (133). Travmatik olayla karşılaşmanın en zorlu olduğu dönem travma ile baş edebilecek gücün yetersiz olduğu çocukluk çağı dönemidir (134).

Çocukluk çağı travma sınıflama sistemi ile ilgili belirsizlikler mevcuttur. İstismar; fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal (veya psikolojik) istismar ve ihmal olarak dörde ayrılır. İhmal de genel olarak fiziksel ve duygusal ihmal olarak iki alt gruba ayrılır. İstismarla ihmali birbirinden ayıran en önemli nokta, istismarın aktif, ihmalin ise pasif bir durum olmasıdır (135).

Fiziksel İstismar: En yaygın rastlanan ve belirlenmesi en kolay istismar türüdür. Bir kişinin 18 yaşından önce, kendisinden en az 5 yaş büyük bir kişi ya da kendisinden 2 yaş büyük bir aile bireyi tarafından saldırıya uğramasıdır. Kişi bunu kardeş rekabeti gibi bir aile içi çatışma olarak algılamış olmamalıdır. Çocuğun kaza dışı nedenlerle, sağlığını, gelişimini ya da onurunu zedeleyici her türlü davranış olarak tanımlanır. En sık dövme şeklinde görülür. Çocuğa bakım veren kişi ya da yabancılar tarafından vurma, tekmeleme, yakma, ısırma, sarsma, kaynar su ile haşlama, zehirlenme, boğmaya çalışmak gibi eylemler olabilir (136).

Cinsel İstismar: Henüz cinsel gelişimini tamamlamamış bir çocuğun ya da ergenin, bir erişkin tarafından cinsel arzu ve gereksinimlerini karşılamak için güç kullanarak, tehdit ya da kandırma yoluyla kullanılmasıdır (136,137). İki çocuk arasındaki cinsel aktivitelerde ise yaş farkı dört yaş ve üstü olduğunda, küçük olan çocuğun zorlama ya da ikna ile cinsel haz amacı güden aktivitelere maruz bırakılması durumunda da cinsel istismar olarak ele alınmaktadır (1991,138).

Cinsel istismar dokunma, çocuk fuhuşu, çocuk pornografisi, penetrasyon şeklinde olabileceği gibi cinsel içerikli konuşma, teşhircilik, röntgencilik gibi temas içermeyen davranışlar şeklinde de olabilir. Ayrıca, cinsel sömürü tanımı altında, çocuğa biyolojik olarak akrabalığı olan ve kanunen evlenmeleri yasak olan aile bireylerinin cinsel istismarı ise ensest tanımı içinde yer almaktadır (139).

Duygusal İstismar: Çocuk ya da ergenin, duygusal ya da ruhsal sağlığını tehlikeye atacak derecede sözel tehdit, alay ya da küçük düşürücü yorumlara maruz kalmasıdır. Duygusal istismar çocuğu uygunsuz biçimde suçlama, alay etme, korkutma,

aşırı kısıtlayıp denetleme ve kendi tercihleri dışındaki eylemlere zorlama şeklinde olabilir. Duygusal istismar oldukça yaygındır ve sınırlarını çizmek bazen zorlaşabilmektedir (140).

Duygusal İhmal: Bir çocuğun beslenme, güvenlik, eğitim, tıbbi tedavi gibi fiziksel bakımının yapılmaması ya da sevgi, destek, ilgi, duygusallık, terbiye, bağlanma gibi duygusal ihtiyaçlarının karşılanmamasıdır (140).

Fiziksel İhmal: Çocuğun gerekli tıbbi bakımının verilmemesi, eksik yapılması veya geciktirilmesi, çocuğun yalnız bırakılması, evden kovma, beslenme giyim ve temizlik ihtiyaçlarının yeterince karşılanmaması, güvenliğinin sağlanmayıp öngörülebilir tehlikelere karşı korunmaması fiziksel ihmal olarak değerlendirilmektedir. Fiziksel istismar ve ihmal vakalarının %90'ında duygusal ihmal ve istismarın olduğu saptanmıştır (136).

Çocukluk çağı istismar ve ihmalinin yaygınlığı ile ilgili olarak tam bir görüş birliği sağlanamamıştır. Johnson ve arkadaşları tarafından 639 kişi ile yapılan epidemiyolojik çalışmada, çocukluk çağında genel istismar oranı %12 olarak bulunurken, %6.9 oranında fiziksel istismar, %3.4 oranında cinsel istismar, %6.1 oranında da ihmal tespit edilmiştir (141). Yine ülkemizde yapılan bir çalışmada, en sık bildirilen çocukluk çağı kötüye kullanım ve ihmal türü duygusal ihmaldir (%24.7). Aynı çalışmada cinsel kötüye kullanım %22, duygusal kötüye kullanım %18.7, fiziksel ihmal %17.3, fiziksel kötüye kullanım %15.3 olarak saptanmıştır. Ayrıca cinsel kötüye kullanımı kendi arasında gruplara ayırdığında enstest %13.3, enstest dışı cinsel kötüye kullanım %11.3 olarak tespit edilmiştir (142).

Çoğu olguda istismarın, çocukluk ve ergenlik döneminde başladığı ve zaman içinde tekrarladığı görülmüştür. Yarıdan fazla olguda saldırgan, çocuğun daha önce tanıdığı ve güvendiği biridir. Çocuk istismarı %95 olasılıkla çocuğun ebeveynleri tarafından yapılmaktadır (143). Kadınların bir akraba, bir tanıdık ve bir yabancı tarafından cinsel istismara uğrama oranları sırasıyla %46, %33, %24 olarak bildirilmiştir (144). Travma mağdurlarında cinsiyet açısından farklılıklar gözlenmektedir; kızlarda travmaya uğrama riski erkeklere oranla 4 kat daha fazladır. İstismar edenler ise genellikle erkektir, %5-15 'i kadındır (145).

2.2.4.1. Çocukluk Çağı Travmasının Risk Faktörleri

Çocuk istismarı ve ihmaline neden olan birçok etken vardır. Aileden, çocuktan ve sosyal çevreden kaynaklanan bazı özellikler istismar riskini artırabilir.

Çocuğun ihmal ve istismar edilmesine neden olan faktörleri iç ve dış stres faktörleri olarak gruplamak mümkündür. Dış stres faktörleri; bazı ekonomik, sosyal, çevresel ve kültürel özellikler ailede sıkıntı yaratarak çocuğun ihmal ve istismarına yol açabilir. Ekonomik yetersizlik aile için en önemli stres kaynaklarından biri olup yoksulluk, işsizlik, borçlanma şeklinde kendini gösterebilir. Aynı zamanda iyi beslenememe, yetersiz ev koşulları, sağlıksızlık gibi sorunları da beraberinde getirebilir. İç stres faktörleri ise anne-babanın kişilik yapısı, çocuğun özellikleri ve çevreye bağlı olarak çocuktan gereğinden fazla istekte bulunulması şeklinde gruplandırılabilir (146,147).

İstismar eden ebeveynler; düşük eğitim düzeyi, alkol ve madde kullanımı, genç yaşta anne olma, tek ebeveynli ailenin çocuğu olma, travma mağduru olma, geniş aile yapısı, göç olgusunun varlığı gibi özellikler taşımaktadır, çocuğun istenmeyen gebelik sonucu meydana gelmesi, fiziksel ya da zihinsel engelli olması, sürekli bakım gerektiren kronik hastalığının olması, çocuğun çok hareketli olması da çocuk istismarı riskini arttırmaktadır (148).

Kadınlar genellikle çocukların bakımından birinci derecede sorumlu olduğundan, istismardan erkeklere göre daha fazla sorumludur (143). Anneye ait ihmalle ilgili özellikler araştırıldığında; ihmal eden annelerin kendilerini algılamalarında, dürtü kontrollerinde ve kişiler arası ilişkilerinde önemli sorunlar yaşadığı saptanmıştır. Anneye ait kişilik özelliklerinin araştırıldığı bir çalışmada çocuklarını örseleyen annelerin özgüvenlerinin daha düşük olduğu, sorunlarını diğer insanlarla daha az paylaştığı, daha az oranda kendi öz anne-babası tarafından yetiştirildiği, babalarına karşı daha fazla olumsuz düşünceler beslediği ve çevrelerinden yetersiz destek gördüğü, çevrelerini daha az yardımsever ve mesafeli olarak tanımladığı saptanmıştır (149,150) .

Kendileri bir şekilde örselenmiş ebeveynlerin, çocuklarını daha çok örseledikleri, bunun nesiller arası bir geçiş olduğu vurgulanmıştır (151). İstismar eden ebeveynler, kendileri de sıklıkla saldırganlığın güçlü tetikleyicileri olan fiziksel ve

cinsel istismarın, acı ve şiddet dolu ev yaşamının mağdurlarıdır. Bunun bir sonucu olarak çocukluk çağlarında istismar ya da ihmale uğramış ebeveynler, istismar geleneğini, kendi çocuklarında sürdürebilirler. Ebeveynler, kendi yöntemlerinin disiplini öğretmek için, uygun yollar olduğuna inanarak davranışlarını rasyonalize ederken bazen de kendi istismar davranışları ile ilgili olarak olumsuz duygular hissetseler bile kendilerini ebeveynlerinin davranışlarını sergilerken bulabilirler (140).

2.2.4.2. Çocukluk Çağı Travması ve Psikopatoloji

Çocukluk çağında yaşanan travma ile ilgili yapılan araştırmalar incelendiğinde, çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile erişkin dönemde görülen psikopatolojiler arasında anlamlı ilişki olduğu dikkati çekmektedir (152). Çocukluk çağı travmaları özellikle travma sonrası stres bozukluğu, majör depresyon, cinsel işlev bozuklukları, bipolar bozukluk, psikotik bozukluk, alkol ve madde kötüye kullanımı, anksiyete bozuklukları, disosiyatif bozukluklar, yeme bozuklukları ve kişilik patolojileri ile ilişkili bulunmuştur (153).

Kendine fiziksel olarak zarar verme ve intihar davranışının çocukluk çağı travmaları ile ilişkisi birçok farklı çalışmayla belirgin bir şekilde ortaya konmuştur. Yanık ve arkadaşlarının 150 kadınla yaptığı bir çalışmada kadınların 67'si herhangi bir travmaya maruz kaldığı bildirmiştir ve bu kadınların %10'unda kendine fiziksel zarar verme davranışı (self-mutilasyon) , %25.3'ünde de intihar girişimi olduğu tespit edilmiştir (142). Ayrıca özellikle cinsel istismar ile erişkin yaşamındaki intihar girişimleri ya da kendine zarar verici davranış arasındaki bağlantıya da dikkat çekilmektedir. Van Egmond ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, çocukluk çağında cinsel istismara uğramış kadınların tekrarlayan intihar girişimleri olduğu ortaya konmuştur (154).

Çocuklukta yaşanan cinsel kötüye kullanılma ve ebeveynlerin ilgisinden mahrum kalma erişkinlik döneminde depresyonla ilişkili bulunmuştur. McCauley ve arkadaşlarının 2000 kadınla yaptıkları bir araştırmada, çocukluğunda cinsel veya fiziksel travmaya uğramış olanların daha fazla depresyon ve anksiyete belirtileri yaşadıkları ve daha fazla intihar girişiminde bulundukları saptanmıştır. Ayrıca dört seferden daha fazla kötüye kullanım hikayesi olanlarda depresif belirtiler saptanmış ve

depresyonun şiddeti ile kötüye kullanımın şiddetinin ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Çocukluk çağında travma yaşantıları olan depresyon hastalarında hastalık başlangıç yaşının daha erken, atak sayısının daha fazla olduğu; inatçı depresif belirtilerin ve psikotik bulguların daha sık görüldüğü bildirilmiştir (155,156) .

2.2.4.3. Perinatal Depresyonda Çocukluk Çağı Travmasının Etkileri ve Sonuçları

Annelik birkaç kuşağın özdeşleşme ve ilişkilerinin aktarıldığı, toplumsal cinsiyet rollerinin ve toplumsal iş bölümünün de işe karıştığı karmaşık bir süreçtir. Kız çocuk sahibi olan anneler yenidoğan kız bebekte kendisiyle ve annesiyle etkileşim içindedir. Kendi annesiyle kurmuş olduğu ilk ilişkiyi yeniden yaşar. Çocukluk çağı cinsel travma öyküsü olan annelerin özellikle kız çocukları ile bu aktarım sürecinde daha kaygılı olabileceği öngörülebilmektedir (157) .

Çocukluk çağında istismara uğrayan kadınların öz saygılarının düşük olduğu, kişisel ve eşle ilgili problemlerinin ve psikolojik bozukluklulukların sık ve iç içe geçtiği görülür. Gebelik döneminde annenin travma ile ilgili anıları canlanabilir, buna bağlı olarak kaçınma davranışlarında bulunabilir (20) Travma geçmişi olan kadınların ebeveyn olduklarında; bunalmışlık duygusu, ambivalan düşünceler, sınır problemleri, aşırı korumacı davranma, mantıksız beklentiler, kendi ebeveyn ile çatışma gibi çeşitli zorluklar yaşadıklarını bildirmiştir (158,159). Ayrıca istismara uğrayan annelerin kendi çocuklarını istismar edebilecekleri ya da çocuklarını istismara uğrayabilecekleri ortama maruz bırakabildikleri gözlenmiştir (158).

İstismar geçmişi olan kadınlar daha fazla planlanmamış ve erken gebelik riskine sahiptir ve bu iki durum da postpartum depresyon riskiyle ilişkilidir (159). Figueiredo ve arkadaşlarının, yaptıkları randomize bir çalışmada; 17-40 yaş arası gebelere (n:54) göre ergenlik çağındaki gebeler (n:54) hem gebelik süresince hem de postpartum dönemde anlamlı olarak daha fazla depresif belirti göstermişlerdir. Aynı çalışmada depresif belirti gösteren ergen gebelerin daha çok sosyal desteğe ihtiyaç duyabileceği de vurgulanmıştır (160). Gilson ve arkadaşlarının sadece ergen kadınların takip edildiği bir klinikte 16 yaş öncesi 79 gebe kadının 3.trimester ve postpartum 6. Hafta ve 6 ayda Edinburgh Postnatal Depresyon Skalası (EPDS) ve Hamilton Anksiyete –Depresyon Ölçeği ile değerlendirilerek yaptıkları çalışmada; fiziksel istismar prevalansı %20,5,

cinsel istismar prevalansı da %9 olarak saptanmıştır. Cinsel ve fiziksel istismar postpartum depresyon ve anksiyete ile ilişkili iken gebelik dönemindeki depresyon ve anksiyete ile ilişkili bulunmamıştır. Depresyon ve anksiyetenin algılanan stresi artılabileceği ve ebeveynlik rolünün üstlenilmesini etkileyebileceği düşünülmüştür (161).

Postpartum depresyon tanısı konmuş 103 kadın ile yapılan çalışmada %63'ünde çocukluk çağı travması olduğu ve kadınların %27,2'sinin cinsel, %48'inin duygusal, %37'sinin fiziksel travmaya uğradığı görülmüştür. Postpartum depresyonu tanısı olan kadınlarda tiroid işlev bozukluğu riskinin cinsel istismara uğrayanlarda yüksek olduğu ve tiroid otoantikorlarının ve hipotalamus-hipofiz-tiroid aksında bozukluk bulunduğu tespit edilmiştir (19). Başka bir çalışmada ise travma hikayesi olan kadınların %13'ünde postpartum depresyon olduğu gözlenmiştir (20).

Çocukluk çağı travma hikayesi olan kadınların gebeliklerinde ve bebeklerinde tıbbi komplikasyonlar meydana gelebilmektedir. Travmatik yaşam olayları düşük, yüksek riskli gebelik, hiperemesis, tansiyon yüksekliği, erken doğum kasılmaları gibi doğum komplikasyonlarının riskini arttırdığı bulunmuştur. Ayrıca çocukluk çağı travma öyküsü olan gebelerin, kendileri ve fetus açısından riskli davranışlarda bulunabilecekleri, yetersiz tıbbi bakım alabilecekleri de bildirilmiştir (20).

Ebeveyn depresyonunun çocukta duygusal örselenme ve ihmali arttırdığı birçok araştırmada değinilen bir konudur. Bebeklik ve çocukluk çağındaki ihmalin sonuçları önemlidir çünkü bebeğin fiziksel olarak yaşına uygun büyüme gelişme gösterememesine, güvensiz bağlanmasına, başarıya motivasyonunda düşüklüğe, saldırganlığa ve çekingenliğe neden olabilir (140,162). Ayrıca ihmalin bebeğin beslenme ve oyun dönemlerinde daha pasif, huysuz olmasına; ilerleyen dönemlerinde de sosyal problem çözme ve başkalarının duygularını fark etmede daha başarısız olmasına, ego zayıflıklarına ve bir çok patolojik davranışa (tikler, çalmak, altını kirletmek, sık somatik yakınmalar, kendini örselemek gibi) yol açtığı görülmüştür (140).

2.2.5. Yeme Bozuklukları

2.2.5.1. Tanımı

Yeme davranışında bozulma, kiloyu kontrol etmeye dönük davranışların ısrarlı gidişi, fiziksel ve psikososyal işlevselliğin bozulması ile giden psikiyatrik bozukluklar olarak tanımlanır. Biyolojik, psikolojik ve sosyal etkenlerin bir araya gelmesi sonucu ortaya çıkmaktadır. Yeme bozuklukları (YB) beden üzerinde süren mücadelenin en net belirginleştiği psikiyatrik hastalıktır. Belirtilerin genel tıbbi duruma veya başka bir psikiyatrik bozukluğa ikincil olmaması gerekmektedir (163).

Yeme bozuklukları DSM-IV-TR'de anoreksiya nervoza (AN), bulimiya nervoza (BN) ve başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu (BTA YB) olarak sınıflandırılmıştır. AN'nin kısıtlı tip ve tıknırcasına yeme/çıkartma tipi, BN'nin çıkartma olan tip ve çıkartma olmayan tip olmak üzere iki tipi tanımlanmıştır. BTA YB ise tıknırcasına yeme bozukluğu dahil olmak üzere, AN veya BN için tanı ölçütlerini karşılamayan diğer yeme bozukluklarını kapsamaktadır (2).

2.2.5.2. Epidemiyoloji

Yeme Bozukluğunun epidemiyolojisini incelemede temel sorunlardan biri, bu sendromların tanı ölçütlerinin değişmesidir. Bu soruna rağmen çalışmalar son 50 yılda anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza sıklığının arttığını göstermektedir. Yeme bozukluğunun toplumda görülme sıklığı kadınlarda AN için %0.3, BN için %1 olarak belirtilmiştir (164). Yakın dönemlerde ülkemizde yapılan yeme bozukluğu tarama çalışmalarında üniversite öğrencilerinde saptanan AN prevalansı %0 ile 0,5 arasında BN prevalansı ise %0,5 ile 1,57 arasında değişmektedir (165,166).

2.2.5.3. Etiyoloji

Yeme bozukluklarının psikolojik, çevresel, sosyokültürel, biyolojik ve genetik yatkınlık gibi çeşitli faktörlerin etkileşimi sonucu ortaya çıktığı düşünülmektedir.

Psikodinamik kuramlar oral gebe kalma fantezilerinin aktarılması, pasif ve sıcak baba ile bağımlı baştan çıkarıcı tarzda ilişki kurması ve simbiyotik bir ilişki içinde,

ambivalan duygular hissedilen anneye yönelik saldırganlık nedeniyle ortaya çıkan suçluluk hissi üzerinde odaklanmaktadır (163,167).

Bilişsel davranışçı kurama göre; düşük benlik saygısı ve olumsuz yaşam olayları sonucunda beden biçim ve ağırlık konularına odaklanarak diyet yapma ve kilo verme çabaları sonucunda besin kısıtlamasını izleyen tıkinma atakları ile yeme bozuklukları gelişmektedir. YB hastalarında ince olma gerekliliği ile ilgili inanç, tutum ve varsayımların varlığı yeme(me) davranışına neden olmaktadır. AN hastaları yiyecek ve kilo ile olan kaygıları, kaçınma davranışını kolaylaştırdığı için kaygılarının geçmesini istememektedirler. AN hastalarının iştahını kontrol etmek için uyguladığı aşırı çabanın, yaşam boyu hissettikleri yetersizlik hissi içerisinde imrendiği başarma ve üstesinden gelme duygusunu sağlamak için olduğu düşünülmektedir. BN hastalarının çekirdek inanışları kusurluluk, noksanlık, utanç, kendilik kontrolünün zayıf olması, emosyonel baskı ve zarara yatkınlıktır. AN hastalarında derin bir değersizlik duygusu, kötülük ve güçsüzlük temel inanışlar olup BN hastalarında da saptanmıştır (42,163,168).

Yeme ve beden ağırlığı üzerinde düzenleyici rolü olan nörotransmitterler ve nöropeptidler üzerine önemli sayıda çalışma vardır. AN hastalarında gıda alımını inhibe eden serotonin, leptin, beyin kaynaklı nörotrofik faktör, melanokortin stimulan hormon gibi maddelerin kontrollere göre daha düşük; grelin ve nöropeptid Y gibi gıda alımını artıran maddelerin düzeylerinin ise yüksek olduğu ve bu bozuklukların klinik iyileşme ile normale döndüğü tespit edilmiştir. Yapısal beyin görüntüleme çalışmalarında BN'de ventriküler genişleme ve hipofiz boyutlarında küçülme saptanmış olup, bunun uzun süreli yetersiz ve dengesiz beslenmeden kaynaklanmış olduğu düşünülmüştür. AN'nın beyin görüntülemesinde ise beyinde atrofi, ventrikül genişlemesi tespit edilmiştir (169,170).

Yeme bozukluklarında çocukluk ve ergenlik döneminde yaşanan fiziksel, duygusal ya da cinsel istismar gibi birçok travmatik yaşantıya rastlanabilmektedir. YB olan hastalarda travma öyküsüne rastlandığında bu durum prognozu ve tedaviye cevabı olumsuz etkilemektedir. (171).

Yeme bozukluğunda eştanı sık görülmektedir ve eştanılı durumlarda hastalığın daha şiddetli ve gidişin daha kötü olduğu bildirilmiştir. Herzog ve arkadaşlarının çalışmasında kısıtlayıcı AN olgularına %73, BN olgularına da %82 oranında bir

psikiyatrik hastalığın eşlik ettiğini bildirmiştir (172). YB'ye en sık depresyon, anksiyete bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları eşlik etmektedir (173) . Ayrıca Carter ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada ise, 2000-2005 yılları arasında yatarak tedavi gören AN tanısı konmuş 77 kişinin %48'inin yeme bozukluğu başlamadan önce gerçekleşen bir cinsel travma öyküsünün olduğu, travma öyküsü olanların daha fazla ek tanısının olduğu, depresyon ve anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu, daha fazla kişiler arası ilişki sorunları yaşadıkları, daha fazla obsesif kompulsif semptom gösterdikleri, benlik saygılarının daha düşük olduğu bulunmuştur (174).

2.2.5.4. Belirti ve Bulgular

Anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza, yeme bozukluklarının iki farklı türü olarak tanımlanmış olmalarına rağmen; kilo ve beden şekline aşırı derecede önem verme, aşırı diyet yapma, kusma, aşırı laksatif kullanma veya aşırı egzersiz yapma yoluyla beden şeklini ve kilosunu kontrol etmeye çalışmak her iki durumda da karşılaşılan benzer özelliklerdir (175). Ayrıca her iki tür yeme bozukluğunda da eşlik eden çeşitli psikopatolojik belirtilere (depresyon ve kaygı semptomları, obsesyonel özellikler, konsantrasyon bozukluğu ve sosyal işlevlerde bozukluk gibi) rastlanmaktadır.

Bulimiya nervoza aşırı miktarda yemeği kısa sürede tüketme ve sonucunda kilo almamak için kusma, laksatif ve diüretik kullanma ya da aşırı egzersiz yapma gibi davranışlarla karakterize bir hastalıktır. Tıkınırcasına yeme atakları genelde planlı ve gizlidir. Tıkınmanın başlangıcında rahatlama duygusu, sonrasında da suçluluk ve tiksinti oluşur. BN hastası sürekli ve önemli derecede besin kısıtlamasını başaramaz ve genellikle normal veya hafif kiloludur (163,176).

Anoreksiya nervoza hastaları ise tipik olarak aşırı zayıftırlar, zayıf olmalarına rağmen kilo alma konusunda aşırı direnç gösterirler. Bu hastalar besin alımını kısıtlama, aşırı fiziksel egzersiz, laksatif ve diüretik kullanımı, iştah azaltıcı maddeler kullanma ve kendilerinin uyardığı ya da spontan kusmalar ile beden ağırlığını kontrol edici davranışlar yaparlar (177).

2.2.5.5. Perinatal Depresyonda Yeme Bozukluklarının Etkileri ve Sonuçları

Yeme bozukluğu esas olarak üreme çağındaki kadınları etkilemektedir ve bu geçmişte YB yaşamış veya yaşamakta olan birçok kadının gebelik deneyimi yaşayacağı anlamına gelmektedir.

Bulimiya nervoza hastaları korunma amaçlı oral kontraseptif alırken, kusma ve laksatif kullanmaları nedeniyle ilacın etkinliğini düşürebilir ve istenmeyen gebeliklere maruz kalabilirler ve istenmeyen gebelikler de perinatal depresyon için risk faktörüdür (178). Eşzamanlı olarak YB tanısının da konduğu epidemiyolojik çalışmalarda yer alan gebe kadınların oranı yaklaşık % 0.6'dır. Gebe kadınlarda aşırı kilo ve şekil bozukluğu kaygılarının %5.6 oranında ortaya çıktığı belirtilmiştir (179). Yeme bozukluğu olan kadınların beden imgesi sorunları, aşırı kilo kaygıları ve anksiyeteleri nedeniyle doğum sonrası dönemde depresyona daha duyarlı hale geldikleri tahmin edilmektedir. Ayrıca YB olan kadınların yaklaşık %40'ı duygudurum bozukluğu öyküsüne sahiptir bu da onları PPD açısından daha riskli duruma getiriyor olabilir (55,180).

Yeme bozukluğu olan hasta için gebelikteki kilo artışı ve yeni beslenme baskılarının yarattığı ek gerginlikler doğum sonrası dönemde belirli güçlükler yaratabilir ve perinatal depresyon gelişebilir. Perinatal depresyonda YB'nu araştıran çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Franko ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada gebelik sırasında YB semptomları olan kadınlarda PPD gelişme oranının %35 olduğunu bulunmuştur, YB tanısı konmuş hastalarda PPD gelişme riskinin genel popülasyona göre yaklaşık üç kat arttığı bildirilmiştir (181). Benzer bir çalışmada Morgan ve arkadaşlarının 94 bulimik kadını kapsayan çalışmasında kadınların üçte birinde PPD olduğu saptanmıştır. Ayrıca AN öyküsü olan bulimik kadınların da üçte ikisine PPD tanısı konmuştur (15). BN hastalarıyla yapılan bir başka çalışmada 26 kadının 9'unun PPD nedeniyle tedavi edildiği ve bu 9 kadının 7'sinde de gebelik sırasında YB belirtilerinin devam ettiği bildirilmiştir (182).

Yeme bozukluğu öyküsü olan kadınlarda utanma ve belirtileri gizleme eğilimi fazladır. YB olan kadınlar ilk trimesterde gebe olduklarını geç söyleyebilirler. Gebeliğin ilk dönemlerinde fiziksel bitkinlik önemli ölçüde artar ve kendi fiziksel ihtiyaçlarını sıklıkla ihmal ve inkar edebilir, açlık ve bitkinlikteki artış dehşet verici algılanabilir ve kontrolü kaybetme düşüncesine yol açabilir. Bu olumsuz algılamalar kısıtlayıcı diyet yapma veya tıknırcasına yeme bozukluğu gibi davranışları tetikleyebilir. Gebeliğin

ikinci trimesterden itibaren ard arda iki kontrolde kilo artışı olmaması ve hiperemesis gravidarum varsa gebelikte YB açısından uyanık olunmalıdır. Gebe BN hastası hiperemesis gravidarumu gebelik sırasında kilosunu kontrol etmenin bir yolu olarak görebilir. Gebeliğin üçüncü trimesterinde hasta artık kilo almıştır ve doğumdan sonra kilolardan nasıl kurtulacağı ile ilgili endişeler başlamıştır. Gebelikteki iştah artışı kontrol kaybı olarak algılamakta ve iştah artışı dengelemek için purgatif kullanma ya da besin alımını kısıtlama yoluna başvurabilir. Gebenin vücudunu algılaması da bozulmuştur, kendisini olduğundan daha şişman görerek, daha fazla kilo alımını engellemek amacıyla besin alımını en az miktarda tutmaya çalışabilir (75,183).

Gebelikte yeme bozukluğunun seyri ile ilgili çelişkili sonuçlar mevcuttur; bazı çalışmalarda hamilelik sırasında düzelme gözlenmesine rağmen bazı çalışmalar gebeliğin YB semptomlarını artırdığını ve diyet kısıtlamasında artışa, kötü beslenmeye ve kusma davranışında artışa yol açtığını ifade etmektedirler. Birçok çalışma gebeliğin YB semptomları üzerindeki etkisini incelemiştir. Morgan ve arkadaşlarının yaptığı BN tanısı olan ve gebelik süresince genel olarak düzelme gösteren 94 kadını kapsayan bir çalışmada doğumdan sonra bu kadınların %34'ünde iyileşme görülmesine karşın %57'sinin belirtileri doğum öncesine kıyasla kötüleşmiştir (15). Çalışmalar belirtilerdeki iyileşmenin gebelik dönemi ile doğumdan sonraki sürenin kısa olmasından kaynaklanabileceğini, ancak kadınların önemli bir kısmında doğum yaptıktan sonra YB belirtilerinin tekrar başladığı ileri sürülmektedir (15,184).

Gebelik sırasında YB olduğunda bunun hem anne hem fetus için potansiyel olarak zararlı sonuçlar doğurabileceği bilinmektedir (75). Blais ve arkadaşları YB olan 54 kadınla gebelik öncesinde, sırasında ve sonrasında görüşmeler yapmıştır. Çalışmanın sonucunda canlı doğum oranı beklenen popülasyon oranından %10'dan daha düşük bulunmuştur (184). YB olan kadınlarda en sık görülen gebelik komplikasyonları yetersiz veya aşırı kilo alma, düşük yapma, hiperemezistir. Ayrıca YB belirtilerinin gebelikte devam etmesi erken doğum, sezaryan, vajinal kanama, hipertansiyon, mikrosefali, nöral tüp defekti, yarı damak gibi doğum kusurları, ölü doğum, ters doğum, düşük doğum ağırlığı ve düşük Apgar skoru gibi perinatal komplikasyonlara neden olabilmektedir (16,17).

YB olan kadınlar bebeğini besleme konusunda da güçlükler yaşayabilir. YB olan kadınların bebeklerinin başlangıç ve 1 yaşındaki ağırlıklarının kontrollere kıyasla daha düşük olduğu, daha fazla emzirme ve biberondan kesme sorunları yaşadığı ve yeme davranışı bozuklukları olduğu saptanmıştır. YB olan annelerin, çocuklarıyla ilgili daha fazla negatif duygulanım, kız çocuklarının kilosuna için daha fazla endişelendikleri ve daha zayıf bebek tercih ettikleri belirtilmiştir (185,186).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. YÖNTEM

Çalışmamıza Bakırköy Bölgesi İstanbul İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde psikiyatri polikliniğine başvuran DSM-IV-TR'ye göre hayatlarının bir döneminde perinatal depresyon tanısı konmuş 40 hasta çalışmaya alınmıştır.

Kontrol grubu olarak Bakırköy Bölgesi İstanbul İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne psikiyatri polikliniğine başvuran sosyodemografik özellikleri araştırma grupları ile benzer, DSM-IV-TR'ye göre majör depresyon tanısı almış 50 kadın ve DSM-IV-TR ölçütlerine göre psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan 43 kadına perinatal depresyon grubu araştırma grubuna uygulanan testler uygulanmıştır. Majör depresyon grubundaki hastalar daha önce gebelik geçirmiş fakat perinatal depresyon öyküsü olmayan hastalardan seçilmiştir. Bu çalışmaya bilgilendirme metni okutulmuş, bilgilendirilmiş onayı alınmış ve çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 133 kadın alınmıştır.

Çalışmaya katılan perinatal depresyon öyküsü olan kadınlara ve kontrol gruplarına, sosyodemografik veri formu, DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu, Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği, Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği ve Çocukluk Çağı Travma Ölçeği birebir görüşme yapılarak uygulandı.

Bu çalışma için Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden 07.08.2012 tarihinde 226 protokol no ile Etik Kurul onayı alınmıştır.

ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME ÖLÇÜTLERİ:

Okuma yazma biliyor olmak

18-45 yaş kadınlar

Hayatlarının bir döneminde perinatal depresyon tanısı almak

Çalışmaya katılmayı kabul etmek

ÇALIŞMADAN DIŞLANMA ÖLÇÜTLERİ:

Mental retardasyonu olmak

Psikotik bozukluk, Bipolar bozukluk gibi yargılamayı bozan psikiyatrik eştanısı olmak

Okuma yazma bilmemek

İnfertilite tedavisi sonrası gebe kalmış olmak

Kafa travması, beyin ameliyatı, dejeneratif bir beyin hastalığı veya epilepsi öyküsü olmak

Testlerin uygulanması sırasında alkol ya da psikoaktif madde etkisinde olmak

3.2. ÖLÇME ARAÇLARI

1) Sosyodemografik Veri Formu: Araştırmacı tarafından hazırlanan kişisel bilgi formunda cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, çocuk sayısı, medeni hali, mesleği, çalışma durumu, kiminle yaşadığı, sosyoekonomik durumu, madde kullanımı, sosyal güvencesi, sosyal desteği, üreme sağlığı, evlilik hayatı, doğum öyküsü, fiziksel hastalık öyküsü ile ilgili seçenekler yer almıştır.

2) SCID-I: Majör DSM-IV Eksen I tanılarının konması için geliştirilmiş, yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir. SCID-I 'in Türkçe uyarlama ve geçerlilik güvenilirlik çalışması Çorapçıoğlu ve arkadaşları (1997) tarafından yapılmıştır (187,188).

3) Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği: Max Hamilton tarafından 1960'ta yayımlanmıştır ve depresyonun şiddetini ölçmek için en yaygın olarak kullanılan ölçeklerdendir. Değerlendiriciler arasında güvenilirliğin daha yüksek olması amacıyla 1978'de Williams tarafından yapılandırılmış formu geliştirilmiştir (Hamilton Depresyon Ölçeği için Yapılandırılmış Görüşme Ölçeği). Ölçeğin Türkçe formunun

geçerlilik ve güvenilirliği Akdemir ve arkadaşları (1996) tarafından yapılmıştır (189,190) .

4) Çocukluk Çağı Travma Ölçeği: 1998 yılında Bernstein tarafından 70 madde olarak geliştirilmiş 1995 de 50 maddeye düşürülmüş 1998 yılında 28 madde olarak kısa form haline getirilmiş ve Şar tarafından 1996 da Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (191).

5) Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (EDE): Yeme bozukluğu şiddetini yansıtan alt ölçekler sunar. Bu alt ölçekler 1. kısıtlama, 2. yeme ilgili endişeler, 3. beden şekli ile ilgili endişeler ve 4. kilo ile ilgili endişeler. Dört alt ölçeğin her biri, yeme bozukluklarıyla ilişkili olan ancak tanı kriterleri için gerekli olmayan davranışlar ve inançları değerlendiren spesifik sorulardan oluşmaktadır. Türkçe formu geçerlik güvenilirlik çalışması Yücel (2011) ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (192,193).

6) Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAÖ): Hamilton (1959) tarafından geliştirilen bu ölçek bireylerde anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla hazırlanmıştır. Hem ruhsal hem bedensel belirtileri sorgulayan 14 maddeden oluşur. Ölçekte maddelerin varlığı ve şiddeti görüşmeci tarafından değerlendirilir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır (194,195) .

3.3. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

Değerlendirmeye alınan üç gruba ait düzeyler normal dağılım göstermediğinden; grupların karşılaştırmasında kategorik veriler için ki kare ve Fisher testi; normal dağılım gösteren sürekli veriler için tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA), normal dağılım göstermeyen sürekli veriler için Kruskal-Wallis varyans analizi kullanıldı. Ki-kare analizinde $p < 0.05$ bulunduğu grupların ikişerli karşılaştırmasına (Bonferroni düzeltmesiyle) başvuruldu. Kruskal-Wallis varyans analizinde $p < 0.05$ bulunduğu post hoc Mann-Whitney U testi (Bonferroni düzeltmesi ile birlikte) kullanıldı. Tek yönlü varyans analizinde $p < 0.05$ bulunduğu post hoc Tukey analizi uygulandı. $p < 0.05$ olan değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Tüm istatistiksel işlemler SPSS 10.0 paket programı kullanılarak gerçekleştirildi.

4. BULGULAR

Çalışmamıza Bakırköy Bölgesi İstanbul İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniklerine başvuran perinatal depresyon tanısı konmuş 40, majör depresyon tanısı konmuş 50 kadın hasta ve sağlıklı kontrol grubunu oluşturan 43 gönüllü kadın olmak üzere toplam 133 kişi alınmıştır. Majör depresyon grubundaki hastalar daha önce gebelik geçirmiş fakat perinatal depresyon öyküsü olmayan hastalardan seçilmiştir.

Çalışmaya alınan olgulardan PND grubunun yaş ortalaması 31.5 ± 5.3 , MD grubunun yaş ortalaması 33.5 ± 6.7 , sağlıklı kontrol grubunun yaş ortalaması ise 33.2 ± 5.8 idi, yaş ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p > 0.05$) (Tablo 1).

Tablo 1: Yaş Dağılımı

	PND (N=40)	MD (N=50)	Sağlıklı (N=43)	P
	Ortalama $\pm$ SS	Ortalama $\pm$ SS	Ortalama $\pm$ SS	
Yaş	31,5 $\pm$ 5,3	33,5 $\pm$ 6,7	33,2 $\pm$ 5,8	0,24

ANOVA testi uygulanmıştır

Perinatal depresyon, majör depresyon ve sağlıklı kontrol grupları sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırıldığında;

Gruplara göre olguların öğrenim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p > 0.05$).

Gruplara göre olguların medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p > 0.05$). Gruplar evli olup olmamalarına göre karşılaştırıldı.

Gruplara göre olguların çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Emekli ve düzensiz çalışan olgular analiz dışında bırakıldı.

Her hangi bir mesleği mevcut olup olmaması göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 2).

Gruplara göre olguların çocuk sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 2: Perinatal Depresyon, Majör Depresyon ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının Sosyodemografik Özellikleri Açısından Karşılaştırılması

		PND		MD		Sağlıklı		P
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Öğrenim Durumu	Eğitimi yok	0	0	0	0	0	0	0,3
	Okuryazar	1	2,5	0	0	0	0	
	İlkokul	15	37,5	25	50	18	41	
	Ortaokul	8	20	13	26	5	12	
	Lise	6	15	14	28	10	24	
	Yüksek Okul	10	25	8	16	10	23	
Medeni Hal	Evli	36	90	45	90	41	95	0,6
	İmam nikahlı	2	5	0	0	0	0	
	Boşanmış	2	5	2	4	1	2,5	
	Ayrı yaşıyor	0	0	2	4	0	0	
	Dul	0	0	1	2	0	0	
	Bekar	0	0	0	0	1	2,5	
Çalışma Durumu	Düzenli çalışıyor	8	20	14	28	15	35	0,2
	Ev kadını	32	80	35	70	25	58	
	Emekli	0	0	0	0	1	2	
	Düzensiz çalışıyor	0	0	1	2	2	5	
Herhangi bir mesleği mevcut		25	62	21	42	22	51	0,3

Kruskal –Wallis testi kullanılmıştır

Perinatal depresyon, majör depresyon ve sağlıklı kontrol gruplarının yaşadığı yer, geldiği yer ve göç özellikleri incelendiğinde;

Gruplar arasında olguların yaşadığı yere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Gruplar arasında olguların geldiği yere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Köyden gelen hasta sayısı bir olduğu için analiz dışında bırakıldı.

Gruplar arasında olguların göç geçmişine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 3).

Tablo 3: Perinatal Depresyon, Majör Depresyon ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının Yaşadığı Yer, Geldiği Yer ve Göç Özellikleri Açısından Karşılaştırılması

		PND		MD		Sağlıklı		P
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Yaşadığı yer	Kent	35	87,5	47	94	41	95	0,4
	İlçe	4	10	3	6	2	5	
	Köy	1	2,5	0	0	0	0	
Geldiği yer	Batı	24	60	17	34	15	35	
	Kuzey	6	15	15	30	10	23	
	Güney	2	5	0	0	2	5	
	Doğu	6	15	7	14	6	14	
	Orta	2	5	7	14	7	16	
	Güneydoğu	0	0	4	8	3	7	
Göç geçmişi mevcut		23	57,5	34	68	28	65	0,5

Fisher testi ve ki-kare testi kullanılmıştır

Perinatal depresyon, majör depresyon ve sağlıklı kontrol gruplarının evlilik ve aile özellikleri incelendiğinde;

Gruplar arasında olguların evlenme biçimlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Anlaşarak evlenenler ile görücü usulü evlenenler karşılaştırılmıştır.

Gruplar arasında olguların evlenme yaşlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Gruplar arasında olguların akraba evliliği durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Gruplar arasında olguların evlilikten memnuniyetine göre istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulundu ($p<0,01$). PND grubunda ve MD grubunda sağlıklı grubuna göre evlilik memnuniyeti anlamlı düzeyde daha kötü bulundu.

Gruplar arasında olguların eşiyle iletişimi göre istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulundu ($p<0,01$). PND grubunda ve MD grubunda sağlıklı grubuna göre anlamlı düzeyde daha kötü bulundu. PND grubu ile MD grubu arasında fark bulunmadı.

Gruplar arasında olguların aile tipine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Gruplar arasında olguların sosyal destek durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Gruplar arasında olguların aile içi şiddet durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). PND grubunda MD ve sağlıklı gruba göre aile içi şiddet anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,02$). Kruskal-Wallis testi ile gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu görüldüğü ve Post Hoc analizi ile PND olgularında MD olgularına göre ($p=0,1$); PND olgularında sağlıklı kontrollere göre ($p=0,006$); MD olgularında sağlıklı kontrollere göre farklılık saptandı($p=0,1$) (Tablo 4).

Tablo 4: Perinatal Depresyon, Majör Depresyon ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının Evlilik ve Aile Özellikleri Açısından Karşılaştırılması

		PND		MD		Sağlıklı		P
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Evlenme biçimi	Anlaşarak	26	65	25	50	30	70	0,3
	Görücü Usulü	12	30	19	38	12	28	
	Aile İsteği Dışında	2	5	1	2	1	2	
	Ailenin Zoruyla	0	0	5	10	0	0	
Evlilikten Memnuniyeti	İyi	16	40	28	56	35	81	0,001**
	Orta	16	40	10	20	6	14	
	Kötü	4	10	6	12	1	2,5	
	Çok Kötü	4	10	6	12	1	2,5	
Sosyal Destek	Yeterli	18	45	18	36	23	54	0,7
	Kısmen Yeterli	6	15	16	32	4	9	
	Yetersiz	16	40	16	32	16	37	
Eşiyle İletişimi	İyi	21	52,5	32	64	38	89	0,002**
	Orta	13	32,5	8	16	4	9	
	Kötü	4	10	5	10	0	0	
	Çok Kötü	2	5	5	10	1	2	
Akraba Evliliği Mevcut		2	5	8	16	8	19	0,1
Aile İçi Şiddet		12	30	8	16	3	7	0,02*
Geniş Aile Tipi		7	17,5	7	14	11	25,5	0,3

Fisher testi, Kruskal –Wallis testi ve ki-kare testi kullanılmıştır

*: İstatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05).

**: İstatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır(p<0,01).

Perinatal depresyon, majör depresyon ve sağlıklı kontrol gruplarının psikiyatrik ve tıbbi özellikleri incelendiğinde;

Perinatal depresyon öyküsü olanların önceki gebeliklerinde depresyon öyküsü %27 oranında bulundu ($p<0,01$).

Gruplar arasında 1. derece akrabalarında perinatal depresyon öyküsüne göre karşılaştırma yapıldığında olanların perinatal depresyon öyküsünde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). PND grubunda %17, MD grubunda %2, sağlıklı kontrol grubunda ise %4 oranında tespit edildi ($p=0,01$).

Gruplar arasında olguların eşlik eden tıbbi hastalıklarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Gruplar arasında 1. derece akrabalarında psikiyatrik hastalık öyküsüne göre karşılaştırma yapıldığında PND grubunda MD ve sağlıklı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0,05$). PND grubunda %55, MD grubunda %28, sağlıklı kontrol grubunda ise %19 oranında tespit edildi ($p=0,002$). Kruskal-Wallis testi ile gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu görüldü ve Post Hoc analizi ile PND olgularında MD olgularına göre ($p=0.01$); PND olgularında sağlıklı olgularına göre ($p=0.0006$); MD olgularında sağlıklı kontrollere göre ($p=0.2$) bulundu.

Gruplar arasında olguların geçmiş dönemdeki psikiyatrik tedavi öyküsüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 5).

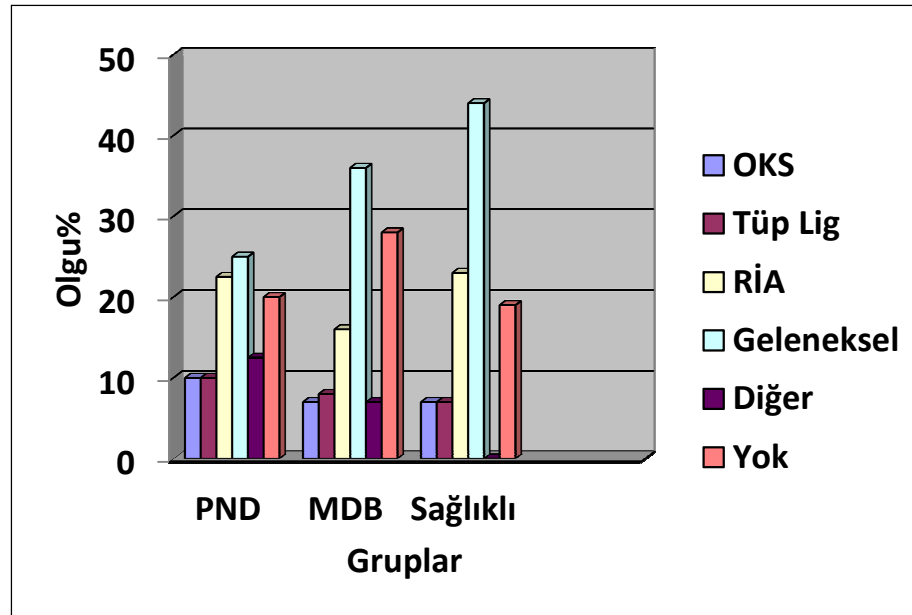
Tablo 5: Perinatal Depresyon, Majör Depresyon ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının Psikiyatrik ve Tıbbi Özellikleri Açısından Karşılaştırılması

		Post-hoc Test Sonuçları Mann-Whitney U				
		n	(%)	p	Karşılaştırılan alt grupla	p
Eşlik eden tıbbi hastalık	PND	8	20	0,4		
	MD	12	24			
	Sağlıklı	14	32			
Geçmiş psikiyatrik hastalık öyküsü	PND	28	70	1		
	MD	35	70			
	Sağlıklı	0	0			
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü	PND	22	55	0,002**	PND- MD	0,01
	MD	14	28		PND- Sağlıklı	0,0006**
	Sağlıklı	8	19		MD -Sağlıklı	0,2
1.derece akrabada PND öyküsü	PND	7	17	0,01	PND- MD	0,013
	MD	1	2		PND- Sağlıklı	0,06
	Sağlıklı	2	4		MD -Sağlıklı	0,4

Kruskal –Wallis testi, Fisher testi, Mann Whitney U test kullanılmıştır

*: İstatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05). **: İstatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır (p<0,01).

Gruplar arasında olguların korunma yöntemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (p>0,05). Burada kondom geleneksel yöntemler içerisinde değerlendirilmiştir ve herhangi bir yöntem kullanmayanların birçoğu ise gebelik planlıyordu (Şekil 1).



Şekil 1: Perinatal Depresyon, Majör Depresyon ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının Korunma Yöntemlerine Göre Dağılımı

Perinatal depresyon, majör depresyon ve sağlıklı kontrol gruplarının gebelik ve doğum özellikleri incelendiğinde;

Gruplar arasında olguların gebelik sayılarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Gruplar arasında olguların doğum sayılarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Gruplar arasında olguların düşük sayılarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p<0,05$). Düşük öyküsüne göre karşılaştırma yapıldığında PND grubunda %40, MD grubunda %20, sağlıklı grubunda ise %18 oranında tespit edildi ($p=0,04$). PND grubunda MD ve sağlıklı grubuna göre anlamlı farklılık görüldü.

Gruplara göre olguların kürtaj sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (Tablo 6) . Kürtaj öyküsüne göre karşılaştırma yapıldığında PND grubunda %37, MD grubunda %28, sağlıklı grubunda ise %14 oranında tespit edildi. PND grubunda MD ve sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı farklılık görüldü.

Gruplara arasında olguların doğum şekline göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Gruplar arasında olguların doğum zamanına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 6: Perinatal Depresyon, Majör Depresyon ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının Gebelik ve Doğum Özellikleri Açısından Karşılaştırılması

	PND		MD		Sağlıklı		P
	Ortalama± SS	Medyan - Min,Max	Ortalama± SS	Medyan - Min,Max	Ortalama± SS	Medyan - Min,Max	
Gebelik sayısı	3.15±2	3 (1-9)	2.4±1.1	3 (1-6)	2.3±1.4	2 (1-9)	0,12
Düşük sayısı	0.6±0.9	0 (0-3)	0.4±1.1	0 (0-6)	0.26±0.6	0 (0-3)	0,05*
Doğum sayısı	1.9±0.9	2 (1-5)	1.8±0.9	2 (1-4)	1.8±0.8	2 (1-5)	0,8
Kürtaj sayısı	0.6±1.1	0 (0-5)	0.3±0.6	0 (0-3)	0.2±0.7	0 (0-4)	0,06

Kruskal –Wallis testi kullanılmıştır. *: İstatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Perinatal depresyon, majör depresyon ve sağlıklı kontrol gruplarının premenstrual sendrom özellikleri incelendiğinde;

Gruplar arasında premenstrual sendrom görülmesine göre istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulundu ($p<0,01$). PND grubunda %67,5, MD grubunda %58, sağlıklı grubunda ise %30 oranında tespit edildi. PND ve MD grubunda sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı farklılık görüldü ($p=0,002$). Kruskal-Wallis testi ile gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu görüldü ve ikili alt gruplar için Post Hoc karşılaştırması yapıldığında PND olgularında MD olgularına göre ($p=0,5$); PND olgularında sağlıklı olgularına göre ($p=0,0007$); MD olgularında sağlıklı kontrollere göre ($p=0,007$) bulundu (Tablo 7).

Gruplar arasında olguların menstruasyon yaşlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Gruplar arasında olguların menstruasyon düzeninin bozukluğuna göre arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı($p>0,05$).

Tablo 7: Perinatal Depresyon, Majör Depresyon ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının Premenstrual Sendrom Özellikleri Açısından Karşılaştırılması

				Kruskal - Wallis		Post-hoc Test Sonuçları Bonferroni	
		n	(%)	χ^2	p	Karşılaştırılan alt gruplar	p
Premenstrual Sendrom	PND	27	67.5	12,7	0,002 *	PND- MD	0,5
	MD	29	58			PND- Sağlıklı	0,0007 *
	Sağlıklı	13	30			MD -Sağlıklı	0,007 *

Kruskal –Wallis testi, İkili alt gruplar için Bonferroni testi

*: İstatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). **: İstatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır ($p<0,01$).

Perinatal depresyon, majör depresyon ve sağlıklı kontrol grupların cinsel işlev bozukluğu açısından incelendiğinde;

Perinatal depresyon ve majör depresyon öyküsü olanlarda sağlıklı kontrol grubuna göre cinsel işlev bozukluğunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,01$). PND grubunda %47, MD grubunda %42, sağlıklı kontrol grubunda ise %16 oranında tespit edildi. Kruskal-Wallis testi ile gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu görüldü ve ikili alt gruplar için Bonferroni test ile PND olgularında MD olgularına göre ($p=0.1$); PND olgularında sağlıklı olgularına göre ($p=0.002$); MD olgularında sağlıklı kontrollere göre ($p=0.007$) bulundu (Tablo 8).

Tablo 8: Perinatal Depresyon, Majör Depresyon ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının Cinsel İşlev Bozukluğu Açısından Karşılaştırılması

				Kruskal - Wallis		Post-hoc Test Sonuçları Bonferroni	
		n	(%)	χ^2	p	Karşılaştırılan alt gruplar	p
Cinsel İşlev Bozukluğu	PND	19	47	10,3	0,006 *	PND- MD	0,1
	MD	21	42			PND- Sağlıklı	0,002 *
	Sağlıklı	7	16			MD -Sağlıklı	0,007 *

Kruskal –Wallis testi, İkili alt gruplar için Bonferroni testi

*: İstatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05). **: İstatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır (p<0,01).

Perinatal depresyon, majör depresyon ve sağlıklı kontrol gruplarının gruplarının sigara kullanımına göre karşılaştırıldığında;

Gruplara göre olguların sigara kullanım durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu (p<0,05). PND grubunda %42,5, MD grubunda %40, sağlıklı grubunda ise %18,5 oranında tespit edildi. Kruskal-Wallis testi ile gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu görüldü ve ikili alt gruplar için Post Hoc karşılaştırması yapıldığında PND olgularında MD olgularına göre (p=0.8); PND olgularında sağlıklı olgularına göre (p=0.001); MD olgularında sağlıklı kontrollere göre (p=0.02) bulundu (Tablo 9) .

Gruplar arasında olguların alkol madde kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (p>0,05).

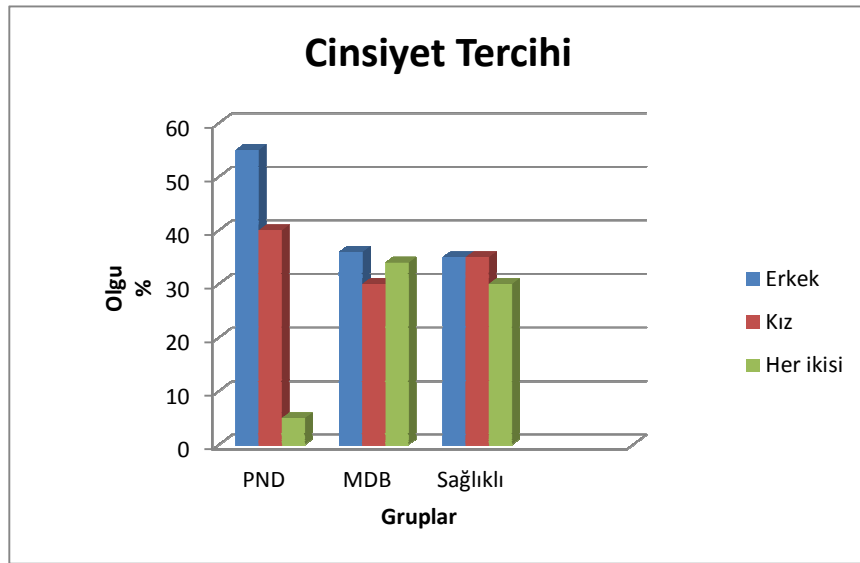
Tablo 9: Perinatal Depresyon, Majör Depresyon ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının Sigara Kullanımı Açısından Karşılaştırılması

				Kruskal - Wallis		Post-hoc Test Sonuçları Mann-Whitney U	
		n	(%)	χ^2	p	Karşılaştırılan alt gruplar	p
Sigara Kullanımı	PND	17	42,5	6,6	0,03 *	PND- MD	0,8
	MD	20	40			PND- Sağlıklı	0,001 *
	Sağlıklı	8	18,5			MD -Sağlıklı	0,02 *

Kruskal –Wallis testi, İkili alt gruplar için Bonferroni testi

*: İstatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05). **: İstatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır (p<0,01).

Gruplar arasında olguların gebelikte cinsiyet tercihi yapmasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Ancak PND grubunda her iki cinsiyet olabilir diyenlerin oranı hem MD ($p=0.004$) hemde sağlıklı kontrollere ($p=0.009$) göre anlamlı düzeyde düşük bulundu. PND grubunda cinsiyet tercihlerine göre erkek %55, kız % 40, her ikisi % 5, MD grubunda cinsiyet tercihlerine göre erkek %36, kız % 30, her ikisi % 34, sağlıklı grubunda ise cinsiyet tercihlerine göre erkek %35, kız % 35, her ikisi % 30 oranında tespit edildi (Şekil 2) .



Şekil 2: Perinatal Depresyon, Majör Depresyon ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının Cinsiyet Tercihine Göre Dağılımı

Perinatal depresyon ve majör depresyon öyküsü olanlarda sağlıklı kontrol grubuna göre gebeliğin planlanmamış olması açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). PND grubunda %47, MD grubunda %44, sağlıklı grubunda ise %23 oranında tespit edildi ($p=0,04$) (Tablo 10).

Tablo 10: Perinatal Depresyon, Majör Depresyon ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının Gebeliğin Planlanmamış Olmasına Göre Karşılaştırma

				Kruskal - Wallis		Post-hoc Test Sonuçları Bonferroni	
		n	(%)	χ^2	p	Karşılaştırılan alt gruplar	p
Planlanmamış gebelik	PND	19,	47	6,2	0,04 *	PND- MD	0,7
	MD	22	44			PND- Sağlıklı	0,02 *
	Sağlıklı	10	23			MD -Sağlıklı	0,03 *

Kruskal –Wallis testi, İkili alt gruplar için Bonferroni testi

*: İstatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05).

Gruplar arasında emzirme süresine göre değerlendirme yapıldığında sağlıklı ve majör depresyon kontrol gruplarının perinatal depresyon grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla emzirdikleri tespit edildi (p=0,01). Emzirme süresi PND grubunda ortalama 7.4±5.3 ay, MD grubunda 11±6.6 ay, sağlıklı grubunda ise 11±6.9 ay olarak tespit edildi (Tablo 11).

Tablo 11: Perinatal Depresyon, Majör Depresyon ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının Emzirme Süresi Açısından Karşılaştırılması

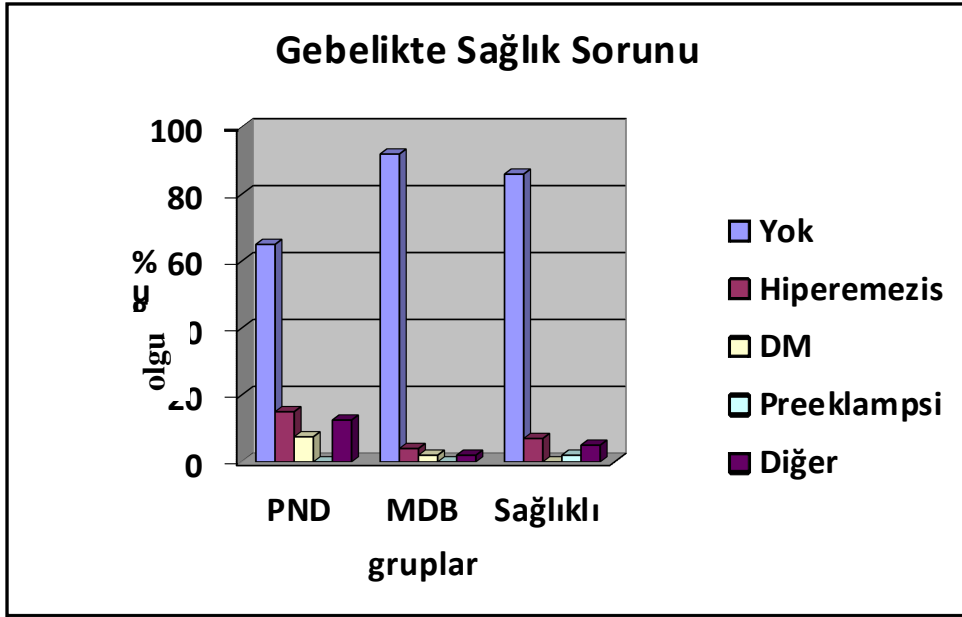
			ANOVA		Post-hoc Tukey Test Sonuçları	
			Ortalama±SS	F	p	Karşılaştırılan alt gruplar
Emzirme Süresi	PND	7.4±5.3	4,6	0,01*:	PND- MD	0,001**
	MD	11±6.6			PND- Sağlıklı	0,01*
	Sağlıklı	11±6.9			MD -Sağlıklı	0,9

ANOVA testi kullanılmıştır. İkili alt gruplar için Tukey testi kullanılmıştır

*: İstatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05). **: İstatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır (p<0,01).

Gruplar arasında gebelikte düzenli tıbbi kontrol yaptırması açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (p>0,05).

Gruplar arasında karşılaştırma yapıldığında perinatal depresyon öyküsü olanlarda MD ve sağlıklı kontrol grubuna göre gebelikte sağlık sorunu görülmesi istatistiksel olarak ileri düzeyde yüksek bulundu ($p=0,003$). Ancak herhangi bir sağlık sorununun daha fazla olup olmadığına göre karşılaştırma yapıldığında anlamlı farklılık bulunmadı (Şekil 3).



Şekil 3: Perinatal Depresyon, Majör Depresyon ve Sağlıklı Kontrol Grupları Arasında Gebelikte Sağlık Sorununa Göre Dağılımı

Gruplar gebelikte kilo alımına göre değerlendirildiğinde majör depresyon öyküsü olanlarda kilo alımı PND ve sağlıklı kontrollere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). PND grubunda ortalama 12.4 ± 5 kg, MD grubunda ortalama 16.4 ± 7 kg, sağlıklı grubunda ise ortalama 14.6 ± 5.4 kg oranında kilo artışı olduğu tespit edildi. PND grubunda olguların daha az kilo aldığı tespit edildi.

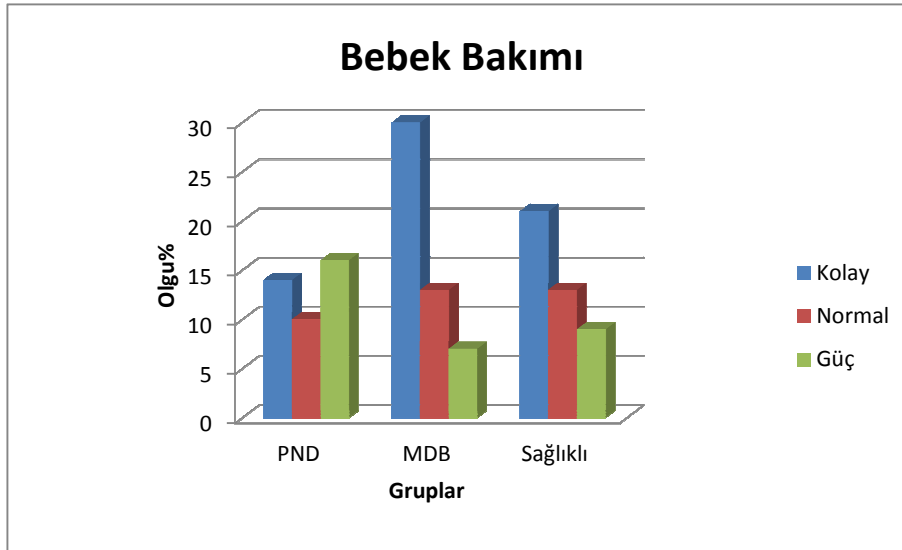
Tablo 12: Perinatal Depresyon, Majör Depresyon ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının Gebelikte Kilo Alımı Açısından Karşılaştırılması

		ANOVA		Post-hoc Tukey Test Sonuçları	
		Ortalama±SS	F	p	Karşılaştırılan alt gruplar
Gebelikte kilo alımı	PND	12.4±5	4,7	0,02*	PND- MD
	MD	16.4±7			PND- Sağlıklı
	Sağlıklı	14.6±5.4			MD -Sağlıklı
					P
					0,02*
					0,08
					0,04*

ANOVA testi kullanılmıştır. İkili alt gruplar için Tukey testi kullanılmıştır

*: İstatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05).

Gruplar arasında olguların bebeğin bakımını zorluk derecesine göre değerlendirmesi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu (p=0,01). MD grubunda PND grubuna göre anlamlı olarak daha kolay olarak değerlendirdikleri tespit edildi (p=0,009) (Şekil 4).



Şekil 4: Perinatal Depresyon, Majör Depresyon ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının Bebeğin Bakımının Zorluk Derecesine Göre Karşılaştırılması

Gruplara arasında olguların bebeklerinde sağlık sorunu olmasına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Perinatal depresyon öyküsü olan olgularda sadece 2 hastada bebeğine zarar verme düşüncesi, 1 hastada da bebeğini öldürme düşüncesi tespit edildi, kontrol gruplarında ise bebeğine zarar verme düşüncesi ve bebeğini öldürme düşüncesi hiç tespit edilmedi.

Perinatal depresyon öyküsü olan olguların %42'sindei majör depresyon öyküsü olanların ise %30'unda intihar düşüncesi tespit edildi. Sağlıklı kontrol grubunda ise hiç intihar düşüncesine rastlanmadı. Gruplara göre olguların intihar düşüncesi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Perinatal depresyon öyküsü olan olguların %10'unda majör depresyon öyküsü olanların ise %8'inde intihar girişimi tespit edildi. Sağlıklı kontrol grubunda ise hiç intihar girişimi saptanmadı. Gruplara göre olguların intihar girişimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Depresyonun başlangıç zamanına göre kıyaslama yapıldığında perinatal depresyon öyküsü olan grubun %55'inin gebelikte , %45'inin postpartum dönemde depresif belirtilerin başladığı tespit edildi.

4.1. KULLANILAN ÖLÇEKLERLE İLGİLİ PUANLAR

4.1.1. Hamilton Depresyon Ölçeği Puanı

Perinatal depresyon öyküsü olan olguların Hamilton depresyon ölçeği puanı kontrol gruplarına göre ileri düzeyde yüksek farklılık bulundu. PND grubunda 35 ± 8 , MD grubunda 31 ± 7 , sağlıklı kontrol grubunda ise 19 ± 2.3 oranında tespit edildi. Anova testi ile gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu görüldü ve Tukey-Post Hoc Tukey ikili karşılaştırması ile PND olgularında MD olgularına göre ($p= 0,04$); PND olgularında sağlıklı olgularına göre ($p=0.0001$); MD olgularında sağlıklı kontrollere göre ($p=0.0001$) skorlar anlamlı düzeyde yüksek bulundu (Tablo 13).

Tablo 13: Perinatal Depresyon, Majör Depresyon ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının Hamilton Depresyon Puanlarına Göre Karşılaştırılması

		ANOVA		Post-hoc Tukey Test Sonuçları	
		Ortalama±SS	F	p	Karşılaştırılan alt gruplar
Hamilton depresyon ölçeği	PND	35±8	65	0,0001**	PND- MD
	MD	31±7			PND- Sağlıklı
	Sağlıklı	19±2.3			MD -Sağlıklı

ANOVA İkili alt gruplar için Tukey testi kullanılmıştır

*: İstatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05). **: İstatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır (p<0,01).

4.1.2. Hamilton Anksiyete Ölçeği Puanı

Perinatal depresyon öyküsü olan olguların Hamilton anksiyete toplam puanı kontrol gruplarına göre ileri düzeyde anlamlı farklılık bulundu. PND grubunda 24.5±10.5, MD grubunda 16±11.6, sağlıklı kontrol grubunda ise 3.6±4.4 oranında tespit edildi. Anova testi ile gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu görüldü farklılaşmanın hangi gruptan kaynaklandığını görebilmek için Post Hoc Tukey analizi yapılarak daha ayrıntılı inceleme yapıldı. PND olgularında MD olgularına göre (p=0.001); PND olgularında sağlıklı olgularına göre (p=0.0001); MD olgularında sağlıklı kontrollere göre (p=0.0001) skorlar anlamlı düzeyde yüksek bulundu.

Hamilton anksiyete ölçeği alt gruplarına göre değerlendirildiğinde somatik alt ölçeğine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu (p=0,01). PND grubunda 13.7±6.6, MD grubunda 8.6±6.8, sağlıklı kontrol grubunda ise 1.5±2 oranında tespit edildi. Anova testi ile gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu görüldü farklılaşmanın hangi gruptan kaynaklandığını görebilmek için Post Hoc Tukey analizi yapılarak daha ayrıntılı inceleme yapıldı. PND hastalarında MD hastalarına göre (p=0.001); PND hastalarında sağlıklı kontrollere göre (p=0.0001); MD hastalarında sağlıklı kontrollere göre (p=0.0001) skorlar anlamlı düzeyde yüksek bulundu.

Hamilton anksiyete ölçeği alt gruplarına göre değerlendirildiğinde psikişik alt ölçeğine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p=0,01$). PND grubunda 10.8 ± 4.8 , MD grubunda 7.7 ± 5 , sağlıklı grubunda ise 2 ± 2.6 olarak tespit edildi. Anova testi ile gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüş farklılaşmanın hangi gruptan kaynaklandığını görebilmek için Post Hoc Tukey analizi yapılarak daha ayrıntılı inceleme yapılmıştır. PND hastalarında MD hastalarına göre ($p=0.004$); PND hastalarında sağlıklı kontrollere göre ($p=0.0001$); MD hastalarında sağlıklı kontrollere göre ($p=0.0001$) skorlar anlamlı düzeyde yüksek bulundu (Tablo 14).

Tablo 14: Perinatal Depresyon, Majör Depresyon ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının Hamilton Anksiyete Puanlarına Göre Karşılaştırılması

			ANOVA		Post-hoc Tukey Test Sonuçları	
		Ortalama±SS	F	p	Karşılaştırılan alt gruplar	p
Hamilton Anksiyete Ölçeği	PND	24.5±10.5	50	0,0001**	PND- MD	0,001**
	MD	16±11.6			PND- Sağlıklı	0,0001**
	Sağlıklı	3.6±4.4			MD -Sağlıklı	0,0001**
Hamilton Somatik Alt Ölçeği	PND	13.7±6.6	48	0,0001**	PND- MD	0,001**
	MD	8.6±6.8			PND- Sağlıklı	0,0001**
	Sağlıklı	1.5±2			MD -Sağlıklı	0,0001
Hamilton Psişik Alt Ölçeği	PND	10.8±4.8	42	0,0001**	PND- MD	0,004**
	MD	7.7±5			PND- Sağlıklı	0,0001**
	Sağlıklı	2±2.6			MD -Sağlıklı	0,0001**

** $p<0,01$, ANOVA

* $p<0,05$, İkili alt gruplar için Tukey test

4.1.3. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Toplam ve Alt Ölçek Puanları

Gruplar arasında olguların yeme bozukluğu değerlendirme ölçeğinin toplam puanına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$). PND grubunda 3.1 (0-17.3), MD grubunda 3.3 (0-19.3), sağlıklı kontrol grubunda ise 2.2 (0-14.1) olarak tespit edildi.

Kısıtlama alt tipine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$). PND grubunda 0 (0-4.8), MD grubunda 0.6 (0-5), sağlıklı kontrol grubunda ise 0 (0-5) olarak tespit edildi.

Yemek yeme endişesi alt tipine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$). PND grubunda 0.2 (0-5), MD grubunda 0.2 (0-7.2), sağlıklı kontrol grubunda ise 0 (0-1.8) olarak tespit edildi.

Beden şekli ile ilgili alt tipine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$). PND grubunda 1 (0-5.1), MD grubunda 1.1 (0-5.5), sağlıklı kontrol grubunda ise 1.4 (0-5.1) olarak tespit edildi.

Kilo endişesi ile ilgili alt tipine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$). PND grubunda 0.6 (0-5.1), MD grubunda 0.9 (0-5.4), sağlıklı kontrol grubunda ise 0.6 (0-4.8) olarak tespit edildi (Tablo15).

Tablo 15: Perinatal Depresyon, Majör Depresyon ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Puanlarına Göre Karşılaştırılması

Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği	PND		MD		Sağlıklı		P
	Ortalama $\pm$ SS	Medyan – Min,Max	Ortalama $\pm$ SS	Medyan – Min,Max	Ortalama $\pm$ SS	Medyan – Min,Max	
YEDÖ Toplam	4.5 $\pm$ 5	3.3(0-19.3)	5.2 $\pm$ 5.3	3.3(0-19.3)	3.5 $\pm$ 3.5	2.2(0-14.1)	0,3
YEDÖ Kısıtlama	0.85 $\pm$ 1.3	0 (0-4.8)	1.1 $\pm$ 1.2	0.6 (0-5)	0.9 $\pm$ 1.2	0 (0-5)	0,3
YEDÖ Yeme Endişesi	0.8 $\pm$ 1.3	0.2 (0-5)	0.8 $\pm$ 1.3	0.2 (0-7.2)	0.3 $\pm$ 0.4	0 (0-1.8)	0,1
YEDÖ Beden Şekli	1.7 $\pm$ 1.7	1 (0-5.1)7	1.8 $\pm$ 1.7	1.1 (0-5.5)	1.3 $\pm$ 1.3	1.4 (0-5.1)	0,5
YEDÖ Kilo Endişesi	1.1 $\pm$ 1.4	0.6 (0-5.1)	1.3 $\pm$ 1.5	0.9 (0-5.4)	0.9 $\pm$ 1	0.6 (0-4.8)	0,4

Kruskal –Wallis testi kullanılmıştır

4.1.4. CTQ-28 Toplam ve Alt Ölçek Puanları

CTQ-28 toplam ölçek ve alt ölçek puanları PND grubu (n 40) , MD kontrol grubu (n 50) sağlıklı kontrol grubu (n 43) arasında kıyaslandı. Puanların ortalamalarının gruplara göre dağılımı Tablo14’de görülmektedir.

PND grubunda duygusal istismar, duygusal ihmal, fiziksel istismar, cinsel istismar ve toplam travma puanları kontrol gruplarından istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulundu ($p<0,01$).

Her üç grup arasında fiziksel ihmal puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

CTQ-28 toplam ölçek puanlarına göre kıyaslama yapıldığında PND grubunda MD ve sağlıklı kontrol gruplarına göre istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulundu ($p<0,01$). PND grubunda 9.2 (6.8-18.6), MD grubunda 8 (5.6-15.8), sağlıklı kontrol grubunda ise 7.4 (5.2-11) olarak tespit edildi. Kruskal- Wallis testi ile gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüş farklılaşmanın hangi gruptan kaynaklandığını görebilmek için Post Hoc analizi yapılarak daha ayrıntılı inceleme yapıldı. PND hastalarında MD hastalarına göre ($p=0.001$); PND hastalarında sağlıklı kontrollere göre ($p=0.0001$); MD hastalarında sağlıklı kontrollere göre ($p=0.1$) skorlar anlamlı düzeyde yüksek bulundu.

Duygusal istismar alt ölçeğinde PND grubu MD ve sağlıklı kontrol gruplarına göre ileri düzeyde anlamlı bulundu ($p<0,01$). PND grubunda 2 (1-4.2), MD grubunda 1.2 (1-3.2), sağlıklı grubunda ise 1.2 (1-3.4) oranında tespit edildi. Kruskal- Wallis testi ile gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu görüldü farklılaşmanın hangi gruptan kaynaklandığını görebilmek için Post Hoc analizi yapılarak daha ayrıntılı inceleme yapılmıştır. PND hastalarında MD hastalarına göre ($p=0.001$); PND hastalarında sağlıklı kontrollere göre ($p=0.0001$) anlamlı düzeyde yüksek bulundu.

Duygusal ihmal alt ölçeğinde PND grubu MD ve sağlıklı kontrol gruplarına göre ileri düzeyde anlamlı bulundu ($p<0,01$). PND grubunda 2.8 (1-5), MD grubunda 2 (1-5), sağlıklı kontrol grubunda ise 1.6 (1-4.2) olarak tespit edildi. Kruskal- Wallis testi ile gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu görüldü farklılaşmanın hangi gruptan

kaynaklandığını görebilmek için Post Hoc analizi yapılarak daha ayrıntılı inceleme yapıldı. PND hastalarında MD hastalarına göre ($p=0.008$); PND hastalarında sağlıklı kontrollere göre ($p=0.0001$) anlamlı düzeyde yüksek bulundu.

Fiziksel istismar alt ölçeği puanı PND ve MD grupları sağlıklı kontrol grubuna göre ileri düzeyde anlamlı bulundu ($p<0,01$). PND grubunda 1 (1-2.6), MD grubunda 1 (1-3.2), sağlıklı kontrol grubunda ise 1 (0-1.2) olarak tespit edildi. Kruskal- Wallis testi ile gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu görüldü farklılaşmanın hangi gruptan kaynaklandığını görebilmek için Post Hoc analizi yapılarak daha ayrıntılı inceleme yapıldı. PND hastalarında MD hastalarına göre ($p=0.2$); PND hastalarında sağlıklı kontrollere göre ($p=0.0001$); MD hastalarında sağlıklı kontrollere göre ($p=0.001$) skorlar anlamlı düzeyde yüksek bulundu.

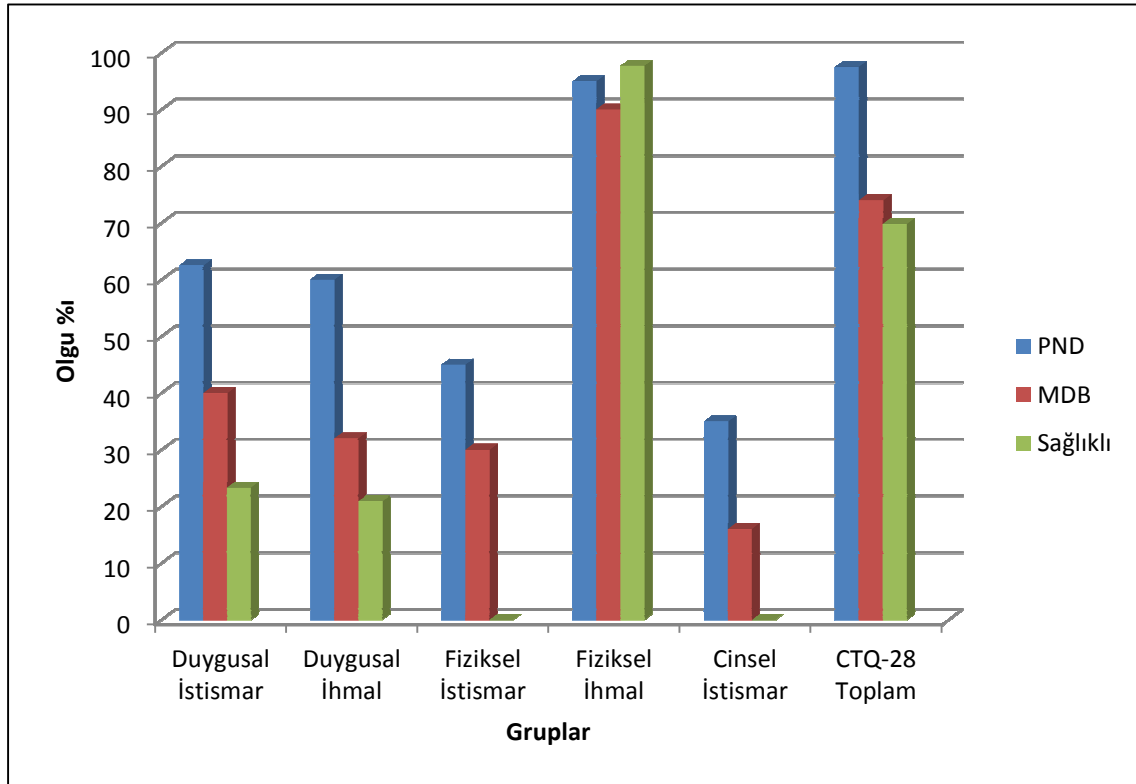
Cinsel istismar alt ölçeği puanı PND grubu MD ve sağlıklı kontrol gruplarına göre ileri düzeyde anlamlı bulundu ($p<0,01$). PND grubunda 1 (1-5), MD grubunda 1(1-5), sağlıklı grubunda ise 1 (0-1) olarak tespit edildi Kruskal-Wallis testi ile gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu görüldü farklılaşmanın hangi gruptan kaynaklandığını görebilmek için Post Hoc analizi yapılarak daha ayrıntılı inceleme yapıldığında; PND hastalarında MD hastalarına göre ($p=0.05$); PND hastalarında sağlıklı kontrollere göre ($p=0.0001$); MD hastalarında sağlıklı kontrollere göre ($p=0.006$) skorlar anlamlı düzeyde yüksek bulundu (Tablo16).

Tablo 16: Perinatal Depresyon, Majör Depresyon ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının CTQ-28 Puanlarına Göre Karşılaştırılması

Çocukluk Çağı Travma Ölçeği				Kruskal - Wallis		Post-hoc Test Sonuçları Mann-Whitney U	
		Ortalama ±SS	Medyan - Min,Max	H (df=2)	p	Karşılaştırılan alt gruplar	p
CTQ-28 Toplam	PND	9.3±2.7	9.2 (6.8-18.6)	13	0,0001**	PND- MD	0,001**
	MD	8±2.2	8 (5.6-15.8)			PND- Sağlıklı	0,0001**
	Sağlıklı	7.7±1.1	7.4 (5.2-11)			MD -Sağlıklı	0,1
CTQ-28 Duygusal istismar	PND	2±0.8	2 (1-4.2)	21,2	0,0001**	PND- MD	0,001**
	MD	1.5±0.7	1.2 (1-3.2)			PND- Sağlıklı	0,0001**
	Sağlıklı	1.3±0.5	1.2 (1-3.4)			MD -Sağlıklı	0,2
CTQ-28 Duygusal ihmal	PND	2.8±1	2.8 (1-5)	15,1	0,001**	PND- MD	0,008*
	MD	2.2±1	2 (1-5)			PND- Sağlıklı	0,0001**
	Sağlıklı	1.9±0.8	1.6 (1-4.2)			MD -Sağlıklı	0,2
CTQ-28 Fiziksel ihmal	PND	2.5±0.5	2.6 (1-3.6)	5	0,06	PND- MD	0.1
	MD	2.3±0.5	2.4 (1-4)			PND- Sağlıklı	0.6
	Sağlıklı	2.5±0.5	2.6 (1-3.6)			MD -Sağlıklı	0.2
CTQ-28 Fiziksel istismar	PND	1.3±0.4	1 (1-2.6)	18	0,0001**	PND- MD	0,2
	MD	1.2±0.5	1 (1-3.2)			PND- Sağlıklı	0,0001**
	Sağlıklı	1±0.05	1 (0-1.2)			MD -Sağlıklı	0,0001**
CTQ-28 Cinsel istismar	PND	1.5±1	1 (1-5)	17,8	0,0001**	PND- MD	0,05
	MD	1.2±0.7	1(1-5)			PND- Sağlıklı	0,0001**
	Sağlıklı	1	1 (0-1)			MD -Sağlıklı	0,006**

Kruskal –Wallis testi , Mann Whitney U test

Gruplara göre olguların CTQ-28 alt ölçek puanlarına göre kıyaslama yapıldığında PND olgularının %95'inde fiziksel ihmal, %62.5'unda duygusal istismar, %60'ında duygusal ihmal, %45'inde fiziksel istismar, %35'inde cinsel istismar tespit edildi. MD olgularının %90'ında fiziksel ihmal, %40'ında duygusal istismar, %32'sinde duygusal ihmal, %30'unda fiziksel istismar, %16'ında cinsel istismar tespit edildi. Sağlıklı kontrol olgularının ise %97.7'sinde fiziksel ihmal, %23.3'ünde duygusal istismar, %20.9'unda duygusal ihmal, %4.7'sinde fiziksel istismar tespit edildi. Sağlıklı olgularda cinsel istismar öyküsü olan olgu saptanmadı (Şekil 5).



Şekil 5: Perinatal Depresyon, Majör Depresyon ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının CTQ-28 Toplam ve Alt Ölçeklerine Göre Karşılaştırılması

5. TARTIŞMA

Çalışmamızın amacı perinatal depresyon öyküsü olan kadınların sosyodemografik özelliklerinin yanı sıra eşlik eden yeme bozukluğu ve çocukluk çağı travmasını araştırmaktır. Çalışmamıza psikiyatri polikliniğine başvuran, DSM-IV-TR'ye göre hayatlarının bir döneminde perinatal depresyon tanısı konmuş 40, majör depresyon tanısı konmuş 50, psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan 43 gönüllü kadın olmak üzere üç grup katılmıştır. Majör depresyon grubundaki hastalar daha önce gebelik geçirmiş fakat perinatal depresyon öyküsü olmayan hastalardan seçilmiştir. Çalışmamızda olguların yaş, eğitim durumu, evlilik ilişkileri, gebelik ve doğum öyküleri gibi sosyodemografik verileri de incelenmiştir.

Çalışmaya üreme çağında olan 18-45 yaş arası kadınlar alınmıştır. Çalışmamızda PND grubunun yaş ortalaması 31.5 ± 5.3 , MD grubunun yaş ortalaması 33.5 ± 6.7 , sağlıklı kontrol grubunun yaş ortalaması ise 33.2 ± 5.8 olarak tespit edilmiştir ve aralarında anlamlı fark saptanmamıştır. Çalışmanın bulguları literatür ile uyumlu bulunmuştur. (Tablo 1) (196,197). Ergenlik döneminde çocuk sahibi olan kadınları içeren çalışmalarda erken yaş gebeliklerinin doğum sonrası depresyon için risk faktörü olduğu çeşitli literatürlerde belirtilmiştir fakat çalışmamızdaki örneklem grubunda ergen kadınların olmaması nedeniyle bu yönde bir ilişki incelenmemiştir. Olguların medeni durumu, çalışma hayatı, yaşadığı yer gibi sosyodemografik özelliklerine bakıldığında gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 2).

Çalışmamızın sonuçlarını araştırmaya katılan annelerin eğitim durumlarına göre değerlendirdiğimizde; PND olgularının %37,5'u ilkokul, %20'si ortaokul, %15'i lise, %25'i yüksek okul mezunu iken MD olgularının %50'si ilkokul, %26'sı ortaokul, %28'i lise, %16'sı yüksek okul mezunuydu. Sağlıklı kontrol olgularının ise %41'i ilkokul, %11'i ortaokul, %23'ü lise, %23'ü yüksek okul mezunu olarak tespit edilmiştir ve aralarında anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 2). Literatürde eğitim düzeyi ile ilgili yapılan çalışmalarda çelişkili sonuçlar mevcuttur. Robertson ve arkadaşlarının 1000

kadınla yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi ile PPD arasında anlamlı bir ilişki olmadığını ileri sürerken, Campbell ve arkadaşları ise annenin eğitim düzeyi ile PPD arasında ilişki olduğunu, düşük eğitim düzeyine sahip annelerde PPD riskinin arttığını belirtmiştir (54,95). Eğitim düzeyi yetersiz kadınların bebek bakımı hakkında yeterli bilgi ve beceri sahibi olamayabileceği, benlik saygılarının azalabileceği ve anne olmanın getirdiği psikososyal ve duygusal zorlanmalarla baş etmekte güçlük yaşayabileceği için perinatal dönemde depresyona yatkın olabilecekleri ileri sürülmüştür (54).

Çalışmamızda PND ve MD olgularının sağlıklı kontrollere göre eşiyile iletişiminin ve evlilikten memnuniyetinin anlamlı düzeyde daha kötü olduğu bulunmuştur ($p<0,01$). PND ve MD olguları arasında fark saptanmamıştır. Ayrıca çalışmamızda PND olgularının %30'unda, MD olgularının %16'sında, sağlıklı kontrol olgularının ise % 7'sinde aile içi şiddet yaşadığı tespit edilmiştir ve PND olgularında kontrol grubuna göre anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 4). Literatürde evlilik problemleri, aile içi anlaşmazlıklar ve aile içi şiddet yaşayan, eşinin ailesiyle sorunları olan, ekonomik zorunluluklardan dolayı eşinin ailesi ile birlikte yaşayan kadınlarda perinatal depresyonun daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (8,10,69,87,102,198). Bizim çalışmamızda elde edilen bulgular literatüre benzer şekilde bulunmuştur fakat geniş aile yapısı ile arasında ilişki bulunmamıştır.

Çalışmamızda planlanmamış gebelik oranı PND grubunda %47, MD grubunda %44, sağlıklı grubunda ise %23 olarak tespit edilmiştir (Tablo 10). Çalışmamızda hem perinatal depresyon hem de majör depresyon öyküsü olanlarda sağlıklı kontrol grubuna göre gebeliğin planlanmamış olması açısından anlamlı farklılık bulunmuştur ancak PND ile MD grubu arasında fark bulunmamıştır. Planlanmayan veya istenmeyen gebeliklerin perinatal depresyon için risk faktörü olduğuna dair birçok çalışma mevcuttur (7,10,87,93,195,199). Ülkemizde İnandı ve arkadaşlarının 2514 kadınla, Ekuklu ve arkadaşlarının 210 kadın ile yaptıkları çalışmalarda planlanmayan gebelikte perinatal depresyonun yaklaşık iki kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir (10,93). Bu sonuç bizim bulgularımızla uyumludur ancak çalışmamızda PND ve MD grupları arasında fark olmaması risk artışının perinatal döneme özgü olmadan depresyon riskinde artışa işaret ediyor olabileceğini düşündürmektedir. Yapılan çalışmalarda kontrol grubu olarak sadece sağlıklı grup alınırken bizim çalışmamızda farklı olarak majör depresyon hastaları ve sağlıklı gönüllüler olmak üzere 2 kontrol grubunun olması bu sonucu

destekleyebilir. Plansız bir gebelik psikolojik ve ekonomik ek yükümlülükler getirerek, yaşam tarzında değişikliklere neden olabileceği için annelerde ek bir stresör faktör olabilir.

Çalışmamızda annelerin cinsiyet tercihi gruplar arasında karşılaştırıldığında; PND grubunda cinsiyet tercihlerine göre erkek %55, kız % 40, her ikisi % 5, MD grubunda cinsiyet tercihlerine göre erkek %36, kız % 30, her ikisi % 34, sağlıklı kontrol grubunda ise cinsiyet tercihlerine göre erkek %35, kız % 35, her ikisi % 30 oranında tespit edilmiştir (Şekil 2) . Bizim çalışmamızda çocuğun cinsiyet tercihi ile perinatal depresyon arasında ilişki bulunmamıştır. Fakat PND olgularında her iki cinsiyet olabilir diyenlerin oranı gerek MD gerekse sağlıklı kontrollere göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (Şekil 2). Kız bebek doğuran anneler bazı kültürlerde aile ve toplum içerisinde yeterince destek göremeyebilir ve bu nedenle suçluluk ve yetersizlik düşünceleri gelişebilir. Ülkemizde ise kız çocuğu sahibi olan annelerde depresyon gelişimi açısından daha yüksek bir risk olduğu bulunmuştur ve bu durumun kültürel olarak erkek çocuğun daha fazla tercih edilmesiyle ilişkili olduğu tespit edilmiştir (10). Fakat başka bir çalışmada çocuğun cinsiyeti perinatal depresyon açısından belirgin bir risk kaynağı olmadığı ileri sürülmüştür (200). Batı toplumlarındaki araştırmalarda çocuk cinsiyeti ile postpartum depresyon ilişkisiz bulunurken, Çin ve Hindistan'daki çalışmalar, çocuk cinsiyeti ile ilgili olarak eşin hayal kırıklığının depresyon gelişimi ile ilişkili olduğunu göstermiştir (97,98).

Çalışmamızda gruplar düşük öyküsüne göre karşılaştırıldığında PND olgularının %40'ında, MD olgularının %20'sinde, sağlıklı olguların %18'inde düşük öyküsü tespit edilmiştir ($p=0,04$) ve PND olgularında MD ve sağlıklı olgularına göre anlamlı farklılık bulunmuştur. Çalışmamızda kürtaj öyküsüne göre değerlendirme yapıldığında düşük öyküsüne benzer sonuçlar tespit edilmiştir (Tablo 6). Literatürde yapılan bir çalışmada daha önceki dönemlerde 3 ya da daha fazla düşük öyküsü olan kadınların depresyon oranının düşük öyküsü olmayan kadınlara göre 2.4 kat daha fazla arttığı bildirilmiştir (10). Yapılan başka bir çalışmada ise PPD ile düşük öyküsü arasında istatistiksel bir ilişki saptanmamıştır. (201). Literatürde düşük, kürtaj öyküsü ve planlanmamış gebelik öyküsünün postpartum depresyon gelişimi için risk oluşturduğu bildirilmiştir (202). Düşük öyküsü olan kadınlar daha sonraki gebeliklerinde tekrar düşük yapma kaygısıyla sıkıntılı bir gebelik dönemi geçirebilirler. Daha önce yaşanmış olan hayal

kırıklıkları yanında eş, aile ve toplumun sağlıklı bebek beklentileri annenin sıkıntısını artırabilir ve yetersizlik duygusuna kapılmasına neden olabilir ve PND riskini artırabilir.

Çalışmamızda gruplar bebek bakımını nasıl algıladıklarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,01$). PND olguları bebeğin bakımını daha güç yaptıklarını, MD olguları ise daha kolay yaptıklarını ifade etmiştir ($p=0,009$) (Şekil 4). Çalışmamızın bu bulgusu yapılan diğer çalışmalarla uyumludur (203,204). Doğum sonrası dönemde bebeğe bakım vermek, bebek için güvenli bir çevre oluşturmak, bebekle iletişim kurmak, ebeveyn olarak yeni rolleri öğrenmek ve bebekle ilgili problemlerle baş etmek gerekmektedir. PND olguları bebeğin bakımının güç olduğunu, yeterince bakım veremediğini, ilgi gösteremediğini, bebek bakımı zor geldiği için yakınlarından yardım talep ettiklerini bildirmişlerdir. Literatürlerde düşük doğum ağırlıklı bebek sahibi olmak ve çocuğun bakımıyla ilgili sorunların varlığı doğum sonrası depresyon için önemli bir risk etmeni olarak tespit edilmiştir (50,205).

Çalışmamızda anneler sigara kullanımına göre değerlendirildiğinde PND grubunda %42.5, MD grubunda %40, sağlıklı grubunda ise %18.5 oranında sigara kullanımı olduğu tespit edilmiştir (Tablo 9). Çalışmamızda hem perinatal depresyon hem de majör depresyon öyküsü olanlarda sağlıklı kontrol grubuna göre sigara kullanımı açısından anlamlı farklılık saptanmıştır ancak PND ile MD grubu arasında fark bulunmamıştır. Ayrıca gruplar madde kullanımına göre de değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Sigara içen kadınlarda sağlık problemlerinin daha fazla yaşayabilir ve gebelikte veya bebeklerinin bulunduğu ortamlarda sigara içmeye devam etmesi halinde bebekte de bazı sağlık problemlerine neden olabilmektedir. Perinatal depresyon ile sigara kullanımı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. McCoy ve arkadaşları 209 kadınla yaptıkları bir çalışmada sigara içen annelerde PPD oranının içmeyenlere göre anlamlı derecede yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Başka bir çalışma da ise annenin sigara kullanımı ile PPD arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (199, 206).

Çalışmamızda gruplar PMS açısından karşılaştırıldığında PND olgularında %67.5, MD olgularında %58, sağlıklı olgularda %30 oranında PMS öyküsü tespit edilmiştir (Tablo 8). PND ve MD olgularında sağlıklı kontrollere göre PMS açısından

anlamli derecede farklılık bulunmuştur, PND ve MD arasında fark saptanmamıştır. Çalışmamızda elde ettiğimiz bu veri, premenstrüel dönemde yaşanan gerginlik, duygudurum değişiklikleri ve irritabilitenin perinatal depresyona özgü olmadan depresyon ile bağlantılı olabileceğini desteklemektedir ve literatürle benzer sonuçlar bulunmuştur. Garcia-Esteve ve arkadaşları postnatal depresyon tanısı olan 100 kadınla yaptığı çalışmada depresyon tanısı olanların %40'ında PMS öyküsü, PND öyküsü olanların da %41,7 sinde PMS öyküsü bildirmiştir (195). Ülkemizde 728 anne ile yapılan bir çalışmada ise EPDS 13 ve üzeri olanların %34,6'sında PMS bildirilmiştir (10). Kadınlarda premenstrüel döneme özgü duygusal ve fiziksel belirtiler yaygındır. Premenstrüel dönemde yaşanan irritabilite, anksiyete gibi duygudurum değişiklikleri ile perinatal dönemdeki ruhsal sorunlar arasında bir ilişki olduğu, PMS'un özellikle de perinatal depresyonda risk faktörü olduğu düşünülmektedir (10,55,195).

Çalışmamızda gruplar emzirme sürelerine göre karşılaştırıldığında PND grubundaki annelerin ortalama 7.4 ± 5.3 ay, MD grubundaki annelerin 11 ± 6.6 ay, sağlıklı kontrol grubundaki annelerin ise 11 ± 6.9 ay emzirdiği tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda sağlıklı ve majör depresyon kontrol gruplarının perinatal depresyon grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla emzirdikleri tespit edilmiştir (Tablo 11). Çalışmamız literatürle uyumlu bulunmuştur. Emzirme süresi annelerin tedavi nedeniyle emzirmeyi kesmesiyle ilişkili olarak da kısa olabilmektedir. Literatürde anne sütü verme süresi uzun olanların depresif belirti düzeylerinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Postpartum dönemde depresyonu olan kadınların emzirmeye devamlılık konusunda daha başarısız oldukları ve emzirmeyi bırakma oranlarının yüksek olduğu vurgulanmıştır (13,101). Misri ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise PPD olan ve anne sütü kesilen 51 kadından, %83'ünde depresyonun anne sütünün kesilmesinden sonra başladığı, %17'sinde ise depresyona bağlı olarak anne sütünün kesildiği, ayrıca depresyonun derecesinin anne sütü ile besleme süresini anlamlı olarak etkilemediği gösterilmiştir (207). Anne sütü ile beslemenin genel yararları iyi bilinmektedir. PPD açısından ele alındığında ise anne sütü ile beslemenin olumlu ve olumsuz etkileri olabilmektedir. Depresif annelerin emzirme konusunda daha fazla kaygılandıkları, sütlerinin besleyiciliği ve yeterliliği konusunda olumsuz düşüncelere sahip oldukları söylenebilir. Anne sütü veren kadınlar, kendilerine ayıracak zamanlarının çok az oluşu, emzirme nedeniyle uykusuz kalmaları, ilaç kullanmaları

gerektiğinde bebeğe zararı olacak endişesi duymaları gibi nedenlerle kolaylıkla depresif belirtiler gösterebilirler. Bunun yanında anne sütünün hızla kesilmesinin bazı hormonal değişiklikler yoluyla depresif belirtileri daha da kötüleştirdiği düşünülmektedir (208). PPD ile emzirme arasındaki ilişkinin daha iyi anlaşılması için ayrıntılı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda PND grubunun %47'sinde, MD grubunun %42'sinde, sağlıklı grubun ise %16'sında cinsel işlev bozukluğu tespit edilmiştir (Tablo 7). Perinatal depresyon ve majör depresyon öyküsü olanlarda sağlıklı kontrol grubuna göre cinsel işlev bozukluğunda anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,01$) fakat PND ile MD arasında fark saptanmamıştır. Ülkemizde Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği kullanılarak yapılan bir çalışmada, son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlarda cinsel işlevler değerlendirilmiştir. Kadınların %90'ında cinsel işlev bozukluğu saptanmıştır ayrıca yaş, gebelik sırasındaki cinsel sorunlar ve doğumdan sonra geçen süre ile cinsel işlev bozukluklarının ilişkili olduğu bildirilmiştir (209). Emziren annelerde kan prolaktin düzeyi yüksek, androjen ve östrojen düzeyleri düşüktür. Söz konusu hormonal değişiklikler cinsel istek azalması ve vajinal kuruluk yapabilir. Cinsel isteksizlik postpartum depresyonun bir belirtisi olabileceği gibi kullanılan antidepresan ilaçların yan etkisi de olabilir (210). Bizim çalışmamızda da PND ve MD hastalarımızın çoğunun antidepresan ilaç kullanmasının cinsel işlev bozukluğu oranını etkilemiş olabileceği düşünülmektedir. Annelikle kadınlığı bütünleştirememeye, yeni doğum yapmış kadınların cinsel yaşamdan uzak durmalarına ve isteksiz olmalarına yol açabilir (211). Palgi-Hacker emziren annenin kültürel olarak cinselliği olmayan kutsal bir figür gibi görülmesinin de cinsel işlev bozukluğunun gelişiminde etkili olduğu ifade etmiştir (82).

Perinatal depresyon intihar ve bebeğe zarar verme riski nedeniyle dikkatli olunması gereken bir hastalıktır. Çalışmamızda PND olgularının %42'sinde, MD olgularının %30'unda intihar düşüncesi, ayrıca PND olgularının %10'unda ve MD olgularının da %8'inde intihar girişimi tespit edilmiştir. PND olgularından sadece 2 hastada bebeğe zarar verme düşüncesi 1 hastada da bebeği öldürme düşüncesi tespit edilmiştir. Literatürde postpartum depresyon tanısı ile yatarak tedavi gören kadınları kapsayan çalışmada, kadınların %43'ü bebeği öldürme düşüncesi, %36'sı da bebeğe zarar verici davranıştan bahsetmiştir. ABD'de yapılan başka bir çalışmada ise 3 yaşından küçük çocuğu olan depresif annelerin %41'i, kontrol grubundaki annelerin ise

% 7'si bebeklerine zarar verme düşünceleri olduğundan bahsetmiştir (211,212). Bu oranın yüksek olmasının sebebi örneklem grubunun hastanede yatış kriterlerini karşılayan hastaları kapsadığından kaynaklanmış olabilir, bizim çalışmamızda hem olguların çoğunluğu polikliniğe başvuran hastalardan oluştuğu hem de psikotik belirtilere sahip olanlar çalışmaya dahil edilmediği için bu oran daha düşük bulunmuş olabilir. PND belirtileri değerlendirilirken mutlaka intihar düşüncesi ve bebeğe zarar verme ile ilgili düşünceler sorgulanmalıdır.

Çalışmamızda perinatal depresyon öyküsü olanların önceki gebeliklerinde depresyon öyküsü %27 oranında tespit edilmiştir (Tablo 5). Ekuklu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada önceki gebeliklerinde ruhsal sorun yaşayanlarda PPD anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Başka bir çalışmada da PPD olgularının %41,4'ü önceki gebeliklerinde psikiyatrik sorun yaşadığını bildirmiştir (93,213). Kişinin kendisinde veya ailesinde postpartum başlangıçlı depresyon öyküsü varsa perinatal depresyon için önemli bir risk faktörü olduğu çeşitli çalışmalarda ifade edilmiştir ve bu kişilere PND açısından yakın takip önerilmiştir (18,85,86,196,197,199).

Çalışmamızda PND olguların %70'inde geçmiş dönemde psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu tespit edilmiştir (Tablo 5). Danacı'nın yaptığı çalışmada geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü olan kadınlarda PPD'un 8,87 kat artmış olduğu tespit edilmiştir (102). Durat ve arkadaşlarının 126 postpartum kadın ile yaptığı çalışmada olguların %19.8'inde psikiyatrik bir öykü olduğu belirlenmiştir ve bunların EPDS puanları diğer gruba göre daha yüksek bulunmuştur (69). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmaya PPD tanısı konan 56 kadın alınmıştır ve bu kadınlardan psikiyatrik hastalık öyküsü olan 25 kadından %72'sinde depresyon, %12'sinde geçirilmiş PPD öyküsü, %16'sında bipolar bozukluk olduğu saptanmıştır (204). Ayrıca ülkemizde yapılan başka bir çalışmada da geçmişte depresyon tanısı olan annelerin postpartum depresyon ihtimalinin 5.7 kat arttığı saptanmıştır (199).

Çalışmamızda PND olguları ile kontrol grupları birinci derece akrabalarında perinatal depresyon öyküsü varlığı açısından karşılaştırıldığında, perinatal depresyon öyküsü olanların birinci derece akrabalarında perinatal depresyon öyküsünün daha fazla olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). PND grubunda %17, MD grubunda %2, sağlıklı kontrol grubunda ise %4 oranında bulunmuştur ($p=0,01$). Ayrıca perinatal depresyon

öyküsü olanların birinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık öyküsü de MD ve sağlıklı kontrol gruplarına göre daha fazla görüldüğü saptanmıştır ($p<0,05$). PND grubunda %55, MD grubunda %28, sağlıklı grubunda ise %19 oranında tespit edilmiştir ($p=0,002$) (Tablo 5). Literatürde yapılan çeşitli çalışmalarda bizim çalışmamıza benzer sonuçlar bulunmuştur. Ülkemizde yapılan bir çalışmada gebelikten önce ruhsal hastalık geçiren ve birinci derece yakınlarında ruhsal hastalık olanlarda doğum sonrası depresyon prevalansı, kendisi ve birinci derece yakınlarında psikiyatrik öyküsü olmayanlara göre 2.87 kat daha fazla bulunmuştur (8). Bu bulgular perinatal depresyon öyküsü olanların birinci derece akrabalarında daha fazla psikiyatrik hastalık öyküsünün bulunmasının hastalığın genetik geçişiyle ilgili olabileceğini desteklemiştir. Bu da perinatal depresyonda, kalıtsal ya da ailesel yükün araştırılması gereken önemli bir faktör olduğunu göstermektedir (56).

Çalışmamıza psikotik belirtiler gösteren perinatal depresyon ve majör depresyon öyküsü olan kadınlar alınmamıştır çünkü bipolar bozukluğun başlangıcı sıklıkla postpartum dönemde depresif belirtilerle ortaya çıkabilmektedir. Postpartum dönemde depresyonda psikotik belirtiler olmasa da bipolar bozukluk açısından dikkatli olmak gerekmektedir. Ayrıca postpartum dönemde depresif belirtilerin doğumdan sonra ani başlaması, atipik özellikler göstermesi, birinci derece akrabalarda bipolar bozukluk öyküsü ve hastanın antidepresanlara verdiği yanıtın hızlı olması klinik tablonun bipolar bozukluğun depresyon dönemi olabileceğine işaret eden önemli ipuçlarıdır (49). Ülkemizde yapılan bir çalışmada postpartum depresyon tanısı olan 13 hastayı, uzun süreli izlediklerinde (2-6yıl) 10'una majör depresif bozukluk ve 3'üne de bipolar bozukluk tanısı konulmuştur (215). Hastanemizde yapılan bir çalışmada da bipolar bozukluğu olan 81 kadının 3'ünün (%37) ilk duygudurum atağını postpartum dönemde geçirdiği, bu 3 hastanın da ilk atağının depresif olduğu tespit edilmiştir (216).

Çalışmamızda gruplar gebelikte kilo alımına göre karşılaştırıldığında; PND grubunda ortalama 12.4 ± 5 kg, MD grubunda ortalama 16.4 ± 7 kg, sağlıklı kontrol grubunda ise ortalama 14.6 ± 5.4 kg artış olduğu tespit edilmiştir (tablo 12). PND grubundaki olguların daha az kilo alması ilgi çekicidir. Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde çelişkili sonuçlar bildirilmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada EPDS puanı 13'ten az olan grubun ortalama kilo alımı $14 \pm 4,15$ kg iken, EPDS puanı 13'ten fazla olan grubun ise $10,5 \pm 6,28$ kg olarak bulunmuştur (217). Bardora ve

arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise gebelik sırasında 16 kg veya daha fazla kilo artışının postpartum depresyon riskini anlamlı derecede artırdığı bulunmuştur (218). Gebelikten önce obez olmanın depresyon için risk faktörü olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur. LaCoursiere ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise kilo ile PPD prevalansı arasında karşılaştırma yapılmıştır ve zayıflarda %27.7, normal kilolularda %22.8, kilolularda %24.8, obezlerde %30.8 olarak bulunmuştur (219)

Gebelikteki fizyolojik değişiklikler de gebelik depresyonuna neden olabilmektedir. Bu değişikliklerden biri olan kilo artışı, gebede memnuniyetsizlik yaratmasına bağlı olarak hem gebelik süresince hem de postpartum dönemde depresif belirtileri arttırabilmektedir. Kadınlarda gebeliğe bağlı olarak fazla kilo alma ve gebelik sonrası şişmanlayıp eski kilosuna dönememe endişesi postpartum dönemde depresif belirtilere neden olabilmektedir (90,183). Buna karşın literatürde depresyonda olan kadının, iştah azlığından dolayı gebelik boyunca kilo alımının daha az olabileceğini belirten çalışmalar da mevcuttur (17). Gebelik döneminde hem kilo alma kaygısı hem kilo alma ile birlikte vücuttaki değişikliklere uyum sağlayamama da depresif belirtilere neden olabilir. Bu nedenlerin ortaya konması için daha detaylı ve kilo takibini içeren prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır. Gebelikten sonra bedensel değişiklikler ile pekiştirilen yeni annelik ve beden imajı kaygıları postpartum dönemde depresyon için risk oluşturmaktadır. Bu risklere bir de yeme bozukluğunun eklenmesi, medikal ve psikolojik riskleri daha da açık hale getirebilir. Gebelik döneminde beklenen kilo artışının olmaması özellikle ikinci trimesterden itibaren yetersiz kilo artışının olması durumunda yeme bozukluğu açısından dikkatli olunmalı, yeme bozukluğu hastalarının belirtilerini gizleme eğiliminde olabileceği unutulmamalıdır (75).

Çalışmamızda gruplar yeme bozukluğu öyküsüne göre karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada yaşam boyu yeme bozukluğunu değerlendirmek için SCID-I ve son 28 gün içindeki belirtileri değerlendirmek için Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (EDE) kullanılmıştır. EDE ölçeği kısıtlama, yemek yeme endişesi, beden şekli ile ilgili, kilo endişesi ile ilgili endişeler şeklinde alt ölçeklerden oluşmaktadır. EDE ölçeğinin alt grupları çok spesifik sorulardan oluşmaktadır ve hastalar açık belirtileri inkar ettiğinden saklı olan belirtileri değerlendirmeyi amaçlayan bir ölçektir. Çalışmamızda hasta ve kontrol grupları arasında yeme bozukluğu açısından farklılık saptanmadı ayrıca çalışmaya katılan gruplarda hiç yeme bozukluğu öyküsü olan hasta tespit edilmedi

(Tablo 16). Bu sonuç çalışmamızın hipotezini desteklememektedir. Literatürde bu konuda az sayıda çalışma yapılmıştır.

Meltzer-Brody ve arkadaşlarının 99 gebe, 59 postpartum depresyonu olan kadın üzerinde yaptığı çalışmada perinatal depresyon tanısı alan kadınların %37,3'ünde eşlik eden YB tespit edilmiştir. Perinatal depresyonu olan kadınlardaki YB prevalansı genel popülasyona göre 3-4 kat daha yüksek bulunmuştur. Çalışmaya katılan kadınların %10'unda AN, %10'unda BN , %10'unda BTA YB ,% 7'sinde de TYB saptanmıştır. YB alt tiplerinde BN ve BTA YB olan kadınlarda perinatal depresyon şiddetinin YB hikayesi olmayan kadınlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır (220). Micali ve arkadaşları geçirilmiş depresyon ve yeme bozukluğunun perinatal dönemde depresyon ve anksiyete üzerindeki etkilerinin araştırıldığı bir çalışma yapmıştır. Bu çalışmada 18 aylık bir süre içerisinde gebe 10,887 kadın çalışmaya alınmıştır, bu kadınlara 12. haftada herhangi bir psikiyatrik hastalığı olup olmadığı sorulmuş, çoğul gebelik ve öz geçmişinde yeme bozukluğu ve depresyon dışında psikiyatrik hastalığı olanlar dışlanmıştır. Bu çalışmada Yeme Bozukluğu Değerlendirme, Crown-Crisp Experiential Index (CCEI) ve EPDS kullanılmıştır, gebelikte ve postpartum dönemde görüşmeler yapılmıştır. Depresyon ve YB öyküsü olan grupta perinatal dönemde anksiyete ve depresyon oranları belirgin derecede derecede yüksek bulunmuştur. Özellikle gebelikte YB semptomları olan grupta anksiyete ve depresyon daha fazla bulunmuştur (221). Mazzeo ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 1934-1974 yılları arasında doğan, ikiz eşi olan 1119 perinatal dönemdeki kadın çalışmaya alınmıştır. Bu çalışmada EPDS ve SCID-I kullanılmıştır. Bu çalışmada YB öyküsü olan kadınlarda gebelik boyunca ve postpartum dönemde depresif belirtiler daha yüksek oranda saptanmıştır. Özellikle BN ve TYB olan grup postpartum depresyon belirtileri geliştirmesi açısından riskli saptanmıştır. Ayrıca bu çalışmada YB tanısı olan kadınlar MD öyküsü olan kadınlar ile karşılaştırıldığında gebelikte ve postpartum dönemde depresyon geliştirme riski benzer veya daha fazla bulunmuştur (14). Abraham ve arkadaşları doğum sonrası 1. haftada olan 181 kadınla EPDS ölçeği ve EDE ölçeğini kullanarak yaptıkları çalışmada doğum sonrası dönemde olan bu kadınların %26'sının doğum sonrası dönemde beden algıları ve yeme davranışları ile ilgili olarak sıkıntı yaşadıkları tespit edilmiştir fakat EPDS puanı ile yeme bozukluğu arasında ilişkili saptanmamıştır (183). Başka bir çalışmada da bulimiya nervoza ve postpartum depresyon arasında özel bir bağlantı olabileceği

araştırılmış fakat bulimik davranışlarla postpartum depresyon arasındaki ilişki ile bulunmamıştır (15). Bizim çalışmamızda SCID-I ve son 28 günlük yeme bozukluğunu değerlendiren EDE ölçeği kullanılmıştır ve hiç yeme bozukluğu hastası saptanmamıştır. Çalışmamızın örneklem grubunun ve metodunun diğer çalışmalarla benzerlik göstermemesi, örneklem grubumuzun polikliniğe başvuran kısıtlı sayıda hasta ile yapılması, hasta sayısının az olması ve tek görüşme yapılması nedeniyle sonuçlar farklı olabilir. Daha büyük örneklem grubuyla, daha uzun süreli izlem ile yapılan çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda ayrıca perinatal depresyon öyküsü olan kadınlarda ve kontrol gruplarında çocukluk çağı travma öyküsüne bakılmıştır. Bu araştırma için CTQ-28 ölçeği kullanılmıştır. Çalışmamızın sonuçlarına göre PND olgularında, MD ve sağlıklı kontrollere göre daha fazla çocukluk çağı travmasına maruz kaldığı tespit edilmiştir. Çalışmamızda CTQ-28 ile toplam ölçek ve alt ölçek puanları gruplar arasında kıyaslandığında; PND olgularının duygusal istismar, duygusal ihmal, fiziksel istismar, cinsel istismar ve toplam travma puanları sağlıklı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,01$). Ayrıca PND olgularının duygusal istismar, duygusal ihmal, toplam travma puanları majör depresyon kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,01$). MD olgularının da fiziksel istismar ve cinsel istismar puanları sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (tablo 15). Bu sonuçlar çalışmamızın ilk hipotezini doğrulamaktadır. Bulgularımız, çocukluk çağı travması ile psikopatoloji arasındaki ilişki olduğunu belirten çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur.

Çalışmamızda PND olgularının %95'inde fiziksel ihmal, %62.5'unda duygusal istismar, %60'ında duygusal ihmal, %45'inde fiziksel istismar, %35'inde cinsel istismar tespit edilmiştir (şekil 5). Literatürde PND ile çocukluk çağı travma arasındaki ilişkiyi araştıran çalışma pek bulunmamaktadır. Ülkemizde ise bu konu ile ilgili çalışma yapılmamıştır. Ayrıca literatürde kontrol grubu olarak MD grubunun kullanıldığı çalışma bulunmamaktadır. Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde; postpartum depresyon tanısı konmuş 103 kadın ile yapılan bir çalışmada da %63'ünde çocukluk çağı travması olduğu tespit edilmiştir (19). Başka bir çalışmada da perinatal depresyon tanısı olan kadınların % 48,7 'sinde yaşam boyu ya da devam eden fiziksel veya cinsel travma öyküsü tespit edilmiştir (220). Grote ve arkadaşlarının EPDS puanı 12 üzerinde

olan 52 perinatal dönemdeki kadınla yaptığı bir çalışmada; CTQ-28 ölçeği kullanılmıştır ve bu perinatal dönemdeki kadınları istismar çeşitlerine göre incelediklerinde; %40.5’inde duygusal istismar, %38.5’unda fiziksel istismar, %17.3’ünde cinsel istismar, % 38.5’unda duygusal ihmal, %40.5’inde fiziksel ihmal olduğu tespit edilmiştir (126) . Bizim çalışmamızda SCID-1, HDÖ, CTQ-28 ölçeğini kullanılmıştır.

Çalışmamızda PND, MD ve sağlıklı kontrol olgularında çocukluk çağı travması alt tiplerinden en sık fiziksel ihmal tespit edilmiştir. Literatürde çocukluk çağı ihmali en sık görülen travmatik yaşantı olmasına rağmen sonuçları ile ilgili çalışmalar kısıtlıdır. Bir çalışmada ihmal öyküsü olanlarda depresif semptomların daha fazla gözlemlendiği bildirilmiştir ve fiziksel ihmalin ise en sık görülen ihmal alt tipi olduğu bulunmuştur (222). Bizim çalışmamızda da fiziksel ihmal en sık görülen alt tiptir ve çalışmamızda gruplar arasında farklılık saptanmamıştır.

Çocukluk çağı kötüye kullanımı ve ihmeline maruz kalan bireyin, çocukluktan başlayarak anne-baba-kardeş gibi birinci dereceden yakınları ile kurduğu ilişkileri olumsuz etkilenebilmekte, bunlar yetişkin yaşamda kurulacak ilişkilerde de çeşitli sağlıksız örüntülere neden olmaktadır. Çocuklukta yaşanan cinsel kötüye kullanılma ve ebeveynlerin ilgisinden mahrum kalma erişkinlerdeki depresyonla ve depresyonun derecesi ile ilişkili bulunmuştur. Literatürde perinatal depresyonun derecesi ile çocukluk çağı travma öyküsünün araştırıldığı çalışmalar mevcuttur. Records ve arkadaşları yaptığı bir çalışmada 139 gebe kadını gebelik ve postpartum dönem boyunca depresif semptomlar açısından değerlendirmişlerdir. Çalışmaya alınan kadınların %37’sinde (n:51) yaşam boyu ya da devam eden travma öyküsünün varlığı tespit edilmiştir ve bu kadınların (n:51) %21’inde cinsel, %18’inde fiziksel, %12’sinde her iki travma da bulunmuştur. Yaşam boyu cinsel travmaya maruz kalan kadınların travmaya uğramayan kadınlara göre PPD’na yakalanma riski 3.6-8.4 kat daha fazla bulunmuştur. Cinsel ve fiziksel travma hikayesinin PPD ‘nun şiddetini ve kronikleşme riskini artırdığı ileri sürülmüştür (18). Bizim çalışmamızda sadece çocukluk çağı travma ölçeği kullanılmıştır yaşam boyu travma ayrıntılı sorgulanmamıştır fakat aile içinde şiddete maruz kalma ile perinatal depresyon arasında ilişki tespit edilmiştir. Ayrıca çalışmamızda hastalarla sadece tek görüşme yapılmıştır çocukluk çağı travmasının

etkilerini gözlemleyebilmek için daha uzun süreli izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Bizim çalışmamıza katılan olgulara Hamilton Depresyon ve Anksiyete Ölçeği uygulanmıştır. HDÖ puanları PND olgularında 35 ± 8 , MD olgularında 31 ± 7 , sağlıklı olgularda ise 19 ± 2.3 olarak bulunmuştur. HAÖ göre değerlendirildiğinde de PND olgularında 24.5 ± 10.5 , MD olgularında 16 ± 11.6 , sağlıklı olgularda ise 3.6 ± 4.4 olarak bulunmuştur. Çalışmamız hem HAÖ hem de HDÖ'ne göre değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır. Ergen gebelerin takip edildiği bir klinikte yapılan çalışmada 16 yaş öncesi 79 gebe kadını gebelik ve postpartum 6. Hafta ve 6 ayda EPDS, HAÖ ve HDÖ ile değerlendirilmiştir ve bu kadınların %20,5'unda fiziksel istismar %9'uda da cinsel istismara maruz kaldığı saptanmıştır. Cinsel ve fiziksel istismar postpartum depresyon ve anksiyete ile ilişkili iken gebelik dönemindeki depresyon ve anksiyete ile ilişkili bulunmamıştır (161). Bizim çalışmamızda hastalarla bir kez görüşme yapıldı ve PND ve MD öyküsü olan ve çalışmaya alınan hastaların bazıları iyileşme dönemindeydiler buna rağmen gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Ergenlik döneminde ya da küçük yaşta anne olan kadınlarda perinatal depresyon görülme oranının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızdaki örneklem grubunun yaş dağılımı ergenleri kapsamadığından ergen gebeliğindeki travma öyküsü incelenmemiştir (10,51,92).

Buist ve arkadaşlarının HDÖ, Beck Depresyon Ölçeği ve Speilberger Anksiyete Ölçeği kullanarak yaptıkları çalışmasında postpartum depresyon tanısı olan 56 kadını 3 yıl boyunca izlemişler ve cinsel travma öyküsü olan kadınların depresyon ve anksiyete puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (162). Çocukluk döneminde yaşanan olumsuz yaşam olayları, kişilerarası ilişkilerde sorunlara ve erişkin dönemde depresyonun kronikleşmesine neden olabilmektedir. Bizim çalışmamızda hastalarla bir kez görüşme yapılmasına, PND ve MD öyküsü olan hastalar çalışmaya alınmasına ve hastaların bazılarının iyileşme döneminde olmasına rağmen gruplar arasında depresyon ve anksiyete puanları açısından anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Perinatal depresyon öyküsü olanlarda çocukluk çağı travmasının ve alt tiplerinin etkilerinin neler olduğu ve hastalık prognozunu nasıl etkilediği ile ilgili prospektif çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Meltzer-Brody ve arkadaşları 99 gebe, 59 postpartum depresyonu olan kadın

üzerinde yaptığı çalışmada perinatal depresyon tanısı konan kadınları YB alt tipleri ve yaşam boyu veya devam eden travma öyküsü açısından karşılaştırıldığında AN'lı kadınların % 62,5'unda cinsel travma, %56,3'ünde fiziksel travma ve BN'lı kadınların da %66,7'sinde cinsel travma %50'sinde fiziksel travma tespit edilmiştir. Bu çalışmada AN'nin kısıtlı tipi ve perinatal depresyon birlikteliğinde travma öyküsünün anlamlı derecede daha fazla olduğu bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmada YB'nun başlangıcı ile travmanın varlığı sorgulanmıştır fakat anlamlı ilişki saptanmamıştır (220). Bizim çalışmamızda perinatal depresyon öyküsü olan kadınlarda çocukluk çağındaki travma öyküsü ve yeme bozukluğu araştırılmıştır fakat hiç yeme bozukluğu hastasına rastlanmamıştır. Gruplar arasında yeme bozukluğu hastası tespit edilmediğinden perinatal depresyon öyküsü olan kadınlarda çocukluk çağı travması ile yeme bozukluğu arasındaki ilişki araştırılamamıştır.

Çalışmamızın çeşitli kısıtlılıkları bulunmaktadır. Konuyla ilgili benzer çalışmalara baktığımızda örneklem sayımız yeterli olsa da nispeten küçük olduğu söylenebilir. Bu nedenle daha büyük bir örneklemde olguların dağılımı ve birbirleriyle ilişkisinin istatistiksel geçerlilikleri daha yüksek olacaktır.

Çalışmanın kesitsel nitelikte olması bir diğer kısıtlılıktır. Örneklem grubumuz poliklinikten takipli perinatal depresyon öyküsü olan kadınlardan oluşmuştur ve hastalarla tek bir görüşme yapılmıştır. Çalışmaya katıldıkları esnada hastaların bir kısmının psikiyatrik tedavi görmesi ve bir kısmının da kısmen iyileşme döneminde olması nedeniyle depresyonun dirençli ve kronik olmasıyla ilgili olarak ayrıntılı değerlendirme yapılamamıştır bu nedenle uzamsal çalışmaların yapılması gerekmektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Çalışmamıza Bakırköy Bölgesi İstanbul İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran DSM-IV-TR'ye göre hayatlarının bir döneminde perinatal depresyon tanısı konmuş 40, majör depresyon tanısı konmuş 50 ve psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan 43 gönüllü kadın olmak üzere üç grup katılmıştır. Majör depresyon grubundaki hastalar daha önce gebelik geçirmiş fakat perinatal depresyon öyküsü olmayan hastalardan seçilmiştir. Bu çalışmada perinatal depresyon öyküsü olan kadınlarda eşlik eden yeme bozukluğu ve çocukluk çağı travma öyküsü araştırılmıştır. Çalışmamızda olguların yaş, eğitim durumu, evlilik ilişkileri, gebelik ve doğum öyküleri gibi sosyodemografik verileri de incelenmiştir.

Çalışmamızda olguların yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durumu, sosyal destek, aile tipi, yaşadığı yere göre karşılaştırıldığında gruplar arasında fark saptanmadı.

Çalışmaya alınan PND ve MD olgularının sağlıklı kontrollere göre eşiyle iletişimi ve evlilikten memnuniyeti anlamlı düzeyde daha kötü olduğu tespit edildi. Çalışmamızda ayrıca aile içi şiddet öyküsü olan kadınlar ile perinatal depresyon arasında ilişki tespit edildi.

Çalışmamızda planlanmamış gebelik oranı PND grubunda %47, MD grubunda %44, sağlıklı grubunda ise %23 oranında tespit edildi. Çalışmamızda gruplar plansız gebelik açısından karşılaştırıldığında hem perinatal depresyon hem de majör depresyon öyküsü olanlarda sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı farklılık bulundu.

Çalışmamızda düşük öyküsüne göre karşılaştırma yapıldığında PND olgularının %40'ında düşük öyküsü saptandı ve PND olgularında MD ve sağlıklı kontrol olgularına göre anlamlı farklılık tespit edildi.

Çalışmamızda PND olgularının %42,5'i, MD olguların %40'ı, sağlıklı olgularında %18,5'unda sigara kullanılmış olduğu tespit edildi.

Çalışmamızda PND olgularının %67.5'i, MD olgularının %58'inde PMS öyküsü tariflendi. PND ve MD olgularında PMS sağlıklı kontrollere göre anlamlı derecede yüksek bulundu.

Çalışmaya alınan olgular cinsel işlev bozukluğuna göre değerlendirildiğinde PND olgularının %47'sinde, MD olgularının da %42'sinde cinsel işlev bozukluğu tespit edildi. Perinatal depresyon ve majör depresyon öyküsü olanlarda sağlıklı kontrol grubuna göre cinsel işlev bozukluğu anlamlı derecede yüksek bulundu.

Emzirme süresine göre karşılaştırıldığında PND grubundaki annelerin ortalama 7.4 ± 5.3 ay, MD grubundaki annelerin 11 ± 6.6 ay, sağlıklı kontrol grubundaki annelerin ise 11 ± 6.9 ay emzirdiği tespit edildi ve kontrol gruplarına göre perinatal depresyon olgularının anlamlı düzeyde daha kısa süre emzirdikleri saptandı.

Gebelikte kilo alımına göre değerlendirildiğinde PND grubunda ortalama 12.4 ± 5 kg, MD grubunda ortalama 16.4 ± 7 kg, sağlıklı kontrol grubunda ise ortalama 14.6 ± 5.4 kg aldığı tespit edildi. PND grubundaki olguların kontrol gruplarına göre anlamlı düzeyde daha az kilo aldığı saptandı.

PND olguların %70'inde geçmiş dönemde psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu saptandı ve PND olguların %27'sinin önceki gebeliklerinde depresyon öyküsü olduğu tespit edildi. Ayrıca perinatal depresyon öyküsü olanların 1. derece akrabalarında perinatal depresyon öyküsü %55 oranında tespit edildi.

PND olgularının duygusal istismar, duygusal ihmal, fiziksel istismar, cinsel istismar ve toplam travma puanları sağlıklı kontrol gruplarına göre anlamlı derecede yüksek tespit edildi. Ayrıca PND olgularının duygusal istismar, duygusal ihmal, toplam travma puanları majör depresyon kontrol grubundan istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı derecede yüksek tespit edildi. PND olgularının %95'inde fiziksel ihmal, %62.5'unda duygusal istismar, %60'ında duygusal ihmal, %45'inde fiziksel istismar, %35'inde cinsel istismar tespit edildi. MD olgularının fiziksel istismar ve cinsel istismar puanları da sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek tespit edildi.

Çocukluk çağı travması son zamanlarda çalışmalarda öne çıkan bir konudur. Perinatal depresyon öyküsü olanlarda çocukluk çağı travmasının ve alt tiplerinin anne ve çocuk üzerindeki etkilerinin neler olduğu ve hastalık prognozunu nasıl etkilediği ile ilgili prospektif çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Çalışmamızda hasta ve kontrol grupları arasında hiç yeme bozukluğu öyküsü olan hasta saptanmadı. Çalışmamızın örneklem grubunun, metodunun diğer çalışmalarla benzerlik göstermemesi, örneklem grubumuzun polikliniğe başvuran nispeten kısıtlı sayıda hasta ile yapılması, hasta sayısının az olması ve tek görüşme yapılması nedeniyle sonuçlarda farklılık bulunmuş olabilir. YB çok sık görülen bir hastalık olmadığı için daha büyük örneklem grubuyla, daha uzun süreli izlem ile yapılan çalışmalara ihtiyaç vardır.

7. KAYNAKLAR

1. Altshuler LL, Hendrick, Cohen LS. Course of mood and anxiety disorders during pregnancy and postpartum period. J Clin Psychiatry 1998; (suppl2)59: 29-33.
2. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV), E Köroğlu (1994'ten çeviri ed.), Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1995.
3. Dünya Sağlık Örgütü. ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması (1992). MO Öztürk, B Uluđ (Çeviri ed.), Ankara, Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, 1993.
4. O'Hara M, Swain A. Rates and risk of postpartum depression: A meta-analysis. Int Rev Psychiatry 1996;8: 37-54.
5. Dietz PM, Williams SB, Callaghan WM, Bachman DJ, Whitlock EP, Hornbrook MC. Clinically identified maternal depression before, during, and after pregnancies ending inlive births. Am J Psychiatry 2007;164:1515-1520.
6. Ayvaz S, Hocaođlu Ç, Tiryaki A, Ak İ.Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri Türk Psikiyatri Derg 2006;17:4:243-251.
7. Kısa C,Yıldırım SG. Gebelik postpartum dönem ve ruhsal bozukluklar. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji(3p) Dergisi 2004;12.
8. Nur N, Çetinkaya S, Bakır DA, Demirel Y, Sivas il merkezindeki kadınlarda postnatal depresyon prevelansı ve risk faktörleri. CÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2004;26:55-59.
9. Sevindik F. Elazığ ilinde gebelikte depresyon prevelansı ve etkileyen faktörler. Yüksek lisans tezi, Elazığ, Fırat Üniversitesi, 2005.
10. İnandi T, Elçi OC, Öztürk A, Eğri M. Risk factors for depression in postnatal first year in eastern Turkey. Int J Epidemiol 2002; 31: 1201-1207.
11. Cebeci SA, Aydemir Ç, Göka E. Puerperal dönemde depresyon semptom prevelansı: obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi. Kriz Dergisi 2002;10(1):11-18.

12. Kocamanoğlu B, Şahin AR. Postpartum psikiyatrik bozukluklar. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2011;12: 226-232.
13. Cooper PJ, Murray L. Postpartum depression, *Br Med J* 1998;316:1884-1886.
14. Mazzeo SE, Slof-Op't Landt MC, Jones I. Associations among postpartum depression, eating disorders, and perfectionism in a population-based sample of adult women. *Int J Eat Disord* 2006;39:202–211.
15. Morgan JF, Lacey JH, Chung E. Risk of postnatal depression, miscarriage, and preterm birth in bulimia nervosa: Retrospective controlled study. *Psychosom Med* 2006;68:487–492.
16. Mitchell-Gielegheem A, Mittelstaedt ME, Bulik CM. Eating disorders and childbearing: Concealment and consequences. *Birth* 2002;29:182–191.
17. Stewart DE, Raskin J, Garfinkel PE, Macdonald OL, Robinson GE. Anorexia nervosa and bulimia nervosa pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1987;157:1194-1198.
18. Records K, Rice MJ. Lifetime physical and sexual abuse and the risk for depression symptoms in the first 8 months after birth. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2009;30: 181–190.
19. Plaza A, Garcia-Esteve L, Ascaso C, Navarro P, Gelabert E, Halperin I, Valdés M, Martín-Santos R. Childhood sexual abuse and hypothalamus-pituitary-thyroid axis in postpartum major depression. *Affect Disord*. 2010 ;122(1-2): 159-163.
20. Mohler E, Matheis V, Marysko M. Complications during pregnancy, peri- and postnatal period in a sample of women with a history of child abuse. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2008;29: 193–198.
21. Rayworth BB, Wise LA, Harlow BL. Childhood abuse and risk of eating disorders in women. *Epidemiology* 2004;15:271–278.
22. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 11. baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevi 2008: 342-354.
23. Cimilli C. Depresyonda sosyal ve kültürel etmenler. Duygu durumu bozuklukları- 4. Çizgi Tıp yayınevi, Ankara 2001; 157-68.
24. Kendler KS, Prescott CA. A population-based twin study of life time major depression in men and women. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 39-46

25. Kessler RC, Mc Gonagle KA, Zhao S. Life time and 12 month prevalence of DSM III-R psychiatric disorders in the US; Result from the national comorbidity survey. Arch Gen Psychiatry 1994; 51:8-19.
26. Kitamura T Psychiatric epidemiology in Japan: towards psychological understanding of the etiology of minor psychiatric disorders. Psychiatry Clin Neurosci 1998;52(Suppl):75-77.
27. Üstün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S. Global burden of depressive disorders in the year 2000. Bri Jour Psychiatry, 2004; 184(5): 386-392.
28. Rezaki M. Bir sağlık ocağına başvuran hastalarda depresyon. Türk Psikiyatri Derg 1995;6:13-20.
29. Doğan O, Gülmez H, Ketenoğlu C. Ruhsal bozuklukların epidemiyolojisi. Dilek Matbaası, Sivas 1995.
30. Weissman MM, Klerman GL. Sex differences and the epidemiology of depression. Arch Gen Psychiatry 1977; 34 98-111.
31. F. Rabia Önen, Cem Kaptanoğlu, Gülten Seber. Kadınlarda depresyonun yaygınlığı ve risk faktörlerle ilişkisi. Kriz Dergisi 3(1-2) 88-103.
32. Manki H, Kanba S, Muramatsu T. Dopamine D2,D3, and D4 receptor and transporter gene polymorphism and mood disorders. J Affect Disord, 1996; 40:7-13.
33. Ogilvie AD, Battersby S, Bubb VJ. Polymorphism in serotonin transporter gene associated with susceptibility to majör depression. Lancet, 1996; 347:731-733.
34. Köroğlu E. Psikozoloji Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri Ankara, Hekimler Yayın Birliği 2004:254-277.
35. Sadock BJ, Sadock VA. Comprehensive Textbook of Psychiatry.8 baskı, H Aydın, A Bozkurt (Çeviri ed.), Ankara, Güneş Kitapevi, 2007, s.1537-1538, 1604-1608.
36. Parker KJ, Schatzberg AF, Lyons DM. Neuroendocrine aspects of hypercortisolism in major depression. Horm Behav, 2003;43:60-66.
37. Brown E S, Varghese F P, McEwen BS. Association of depression with medical illness: does cortisol play a role? Biol. Psychiatry, 2004; 55: 1-9.

38. Gold P W, Chrousos G P. Organization of the stress system and its dysregulation in melancholic and atypical depression: high vs low CRH/NE states. *Mol Psychiatry*, 2002;7: 254–275.
39. Harrison P J. The neuropathology of primary mood disorder. *Brain*, 2002; 125:1428–1449.
40. Ressler K J, Mayberg H S. Targeting abnormal neural circuits in mood and anxiety disorders: from the laboratory to the clinic. *Nature Neurosci*, 2007; 10: 1116–1124.
41. Çevik A, Volkan VD. Depresyonun Psikodinamik Etyolojisi. *Galenos Tıp Dergisi* 2001; 5: 44-6.
42. Savaşır I, Kabakçı E, Soygüt G. Bilişsel Davranışçı Terapiler 3.Baskı Ankara Türk Psikologlar Derneği Yayınları 2003:20.
43. Işık E, Taner E, Işık U. Güncel Klinik Psikiyatri, Golden Print Matbaası Ankara 2008:133-145.
44. Sarchiapone M, Carli V, Cuomo C, Roy A. Childhood trauma and suicide attempts in patients with unipolar depression. *Depress Anxiety* 2007; 24 (4): 268-272.
45. Halbreich U, Khan LS. Atypical depression, somatic depression and anxious depression in women: are they gender-preferred phenotypes? *J Affect disord*, 2007,102:245-258.
46. Grigoriadis S, Robinson GE. Gender issues in depression. *Ann Clin Psychiatry*, 2007; 19:247-255.
47. Gale S ve Harlow B. Postpartum Mood Disorders: A review of clinical and epidemiological factors. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2003;24: 257-266.
48. Meltzer-Brody. New insights into perinatal depression: Pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum. *Dialogues Clin Neurosci* 2011;13: 89-100.
49. Sharma V. A cautionary note on the use of antidepressants in postpartum depression. *Bipolar Disord*, 2006; 8:411-414.
50. O'Hara MW, Neunaber DJ, Zekoski EM. Prospective study of postpartum; prevalence, course and predictive factor, *J Abnom Psychol* , 1984;93:158-171.

51. Henshaw C. Mood disturbance in the early puerperium: a review. *Arch Womens Ment Health*,6(2 suppl) 2003;33-42.
52. Williams KE, Casper RC. Reproduction and its psychopathology. *Women's Health: Hormones, Emotions and Behavior*, Casper RC, 1. baskı, Cambridge University Press, 1998;14-35.
53. Llewellyn AM, Stowe ZN, Nemeroff CB. Depression during pregnancy and the puerperium. *J Clin Psychiatry*, 1997; 58 (Suppl 15):26-32.
54. Campbell SB, Cohn JF. Prevalence and correlates of postpartum depression in first time mothers. *J Abnorm Psychol* 1991; 100: 594-599.
55. O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, Wright EJ. Prospective study of postpartum blues. Biologic and psychosocial factors. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48(9):801-816.
56. Bloch M, Daly RC, Rubinow DR. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Compr Psychiatry* 2003; 44:234-46.
57. Brandes M, Soares CN, Cohen LS. Postpartum onset obsessive-compulsive disorder: diagnosis and management. *Arch Womens Ment Health*, 2004;7: 99-110.
58. Ahokas A, Aito M, Turiainen S. Association between oestradiol and puerperal psychosis. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;101: 167-169.
59. Sharma V, Smith A, Khan M. The relationship between duration of labour, time of delivery and puerperal psychosis. *J Affect Disorders*, 2004; 83(2-3):221-225.
60. Grigoriadis S. Postpartum and It's Mental Health Problems. *Women's Mental Health*. Romans SE, Seeman MV Ed. Philadelphia; Lippincott, Williams and Wilkins 2006.283-296.
61. Benvenuti P, Cabras PL, Servi P, Rossetti S, Marchetti G, Pazzagli A. Puerperal psychoses: A clinical case study with follow-up. *J Affect Disorders* 1992; 26:25-30.
62. Vırit O, Akbaş E, Savaş HA, Sertbaş G, Kandemir H. Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2008; 45:9-13.
63. Gülseren L. Postpartum depression: A Review. *Türk Psikiyatri Derg* 1999;10(1):58-67.

64. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol* 2004; 103:698-709.
65. Karataylı S. Gebelerde trimesterler arası depresyon, anksiyete, diğer ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi düzeyleri, Uzmanlık Tezi, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Konya 2007.
66. Evins GG, Theofrastous PJ. Postpartum Depression: A review of postpartum screening , *Prim Care Update Obstetric Gyns*1997;4:241-246.
67. Bashiri N, Spielvogel AM. Postpartum Depression: A crosscultural perspective 1999;6:82-87.
68. Dennis CL, Janssen PA, Singer J. Identifying women at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period. *Acta Psychiatr Scand* 2004;110:338-346.
69. Durat G, Kutlu Y. Sakarya’da doğum sonrası depresyon sıklığı ve ilişkili faktörler. *New Symposium Journal* 2010 ; 48(1):63-68.
70. Harris B, Othman S, Davies JA. Association between postpartum thyroid dysfunction and thyroid antibodies and depression. *BMJ*, 1992; 305:152-156.
71. Harris B, Johns S, Fung H, Thomas R, Walker R, Read G. The hormonal environment of postnatal depression. *Br J Psychiatry* 1989;154:660-667.
72. Gregoire AJP, Kumar R, Evetitt B. Transdermal oestrogen for treatment of severe postnatal depression. *Lancet*, 1996; 347:930-933.
73. Bloch M, Schmidt PJ, Danaceau M. Effects of gonadal steroids in women with history of postpartum depression. *Am J Psychiatry*, 2000;157,6:924-930.
74. Grover MW, Morgan K. Immune, healthy and endocrine characteristics of depressed postpartum mothers. *Psychoneuroendocrinology*, 2007;32:133-139.
75. Victoria Hendrick. *Psychiatric Disorders in Pregnancy and the Postpartum* Humana Press Inc, 2006; 41-83, 179-195.
76. Troisi A, Moles A, Panepuccia L. Serum cholesterol levels and mood symptoms in the postpartum period. *Psychiatry Res*, 2001;109:213-219.
77. Selvi Y, İnci R, Kıran ÜK, Ağargün MY, Özer ÖA, Eryonucu B. Postpartum depresyon ve serum kolesterolü. *Klinik Psikiyatri* 2004;7:48-50.

78. Borja-Hart N, Marino J. Role of omega-3 fatty acids for prevention or treatment of perinatal depression. *Pharmacotherapy* 2010; 30:210-216.
79. Rouillon F, Thalassinos M, Miller HD, Lemperiere T. Folates and postpartum depression. *J Affect Disord* 1992;25(4):235-241.
80. Steiner M, Yonkers K. *Depression in Women*. Martin Dunitz Ltd, 1998;26-47.
81. Landy S, Montgomery J, Walsh S. Postpartum depression: a clinical view. *Matern Child Nurs J* 1989;18(1):1-29.
82. Palgi-Hacker. Özne olarak anne/öteki. Psikoanalitik kuramda bir eksiklik. *Psikanaliz Yazıları, Baharlık Kitap Dizisi 19*, Ankara Bağlam Yayınları, 2009; S. 53-66.
83. Nicolson P. Understanding postnatal depression: a mother-centred approach. *J Adv Nurs* 1990;15(6):689-695.
84. Güra A, Özkan H, Ongun H, Eryılmaz M, Oygür N. Postpartum maternal depresyonun nedenleri ve preterm bebeklerde büyüme üzerine etkileri, *The Journal of the Child* 2004; 4 :168-172.
85. O'Hara MW. Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43(6):569-73.
86. Stowe ZN, Nemeroff CB. Women at risk for postpartum onset major depression. *Am J Obstet Gynecol*, 1995; 173:639-645.
87. Beck CT. A metaanalysis of predictors of postpartum depression. *Nurs Res* 1996;45(5):297-303.
88. Xie RH, He G, Koszycki D, Walker M, Wen SW. Prenatal social support, postnatal social support, and postpartum depression. *Ann Epidemiol* 2009; 19:637-643.
89. Clark A, Skouteris H, Wertheim EH, Paxton SJ, Milgrom J. The relationship between depression and body dissatisfaction across pregnancy and the postpartum: A prospective study. *J Health Psychol* 2009; 14:27-35.
90. Aktaş S, Yeşilçiçek Çalık K, Dinçkol M, Kara H, Budak S, Güney S. Gebelikte depresyon, depresyona etki eden faktörler ve gebelik depresyonu ile sosyal destek arasında ilişki. 9. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi, 15-18 Ocak 2009, Bursa, Türkiye. Kongre Özet Kitabı s: 459-460.

91. Kalken G, Yilmazer M, Coşar E, Şahin FK, Çevrioğlu S, Geçici O. Nausea and vomiting in early pregnancy: Relationship with anxiety and depression. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2008; 29:91-95.
92. Lau Y, DWF Keung DWF. Correlates of depressive symptomatology during the second trimester of pregnancy among Hong Kong Chinese. *Soc Sci Med* 2007; 64:1802-1811.
93. Ekuklu G, Tokuç B, Eskiocak M, Berberoğlu U, Saltık A. Prevalence of postpartum depression in Turkey (Edirne) and some related factors. *J Reprod Med.* 2004 49 : 908-914.
94. Berga SL, Parry BL, Cyranowski JM. Psychiatry and reproductive medicine. *Comprehensive textbook of Psychiatry* (eds. Sadock BJ , Sadock BA),8. Baskı 2.cilt Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 2005; 2293-2315.
95. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression; a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry* 2004;26;289-295.
96. Akman C. Postpartum başlangıçlı depresyonun sosyodemografik özellikler ve kişilik bozuklukları ile ilişkisi. *Uzmanlık Tezi Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Konya*, 2006.
97. Hau F W L, Levy VA. The maternity blues and Hong Kong Chinese women: an exploratory study. *J of Affective Disorders* 2003; 75:197-203.
98. Chandran M, Tharyan P, Muliyil J. Postpartum depression in a cohort of women from a rural area of Tamil Nadu, India. *Br J Psychiatry* 2002; 181: 499-504.
99. Sabuncuoğlu O, Berkem M. Bağlanma biçimi ve doğum sonrası depresyon belirtileri arasındaki ilişki: Türkiye’den Bulguları 2006; 17(4):252-258.
100. Annagür BB, Annagür A, Doğum sonrası ruhsal durumun emzirme ile ilişkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2012; 4(3):279-292.
101. Papinczak TA, Turner CT. An analysis of personal and social factors influencing initiation and duration of breastfeeding in a large Queensland maternity hospital. *Breastfeed Rev* 2000; 8:25-33.
102. Danacı AE, Dinç G, Deveci A. Manisa il merkezinde doğum sonrası depresyon yaygınlığı ve etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Derg* 2000; 11(3):204-211.

103. Akdeniz F, Gönül AS. Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. *Klin Psikiyatr Derg* 2004;2:70-74.
104. Righetti Velterna M, Conne-Perreard E, Bosquet A. Postpartum depression and mother- infant relationship at 3 months old. *J Affect Disord* 2002;70:291-306.
105. Marakoğlu K, Şahsıvar MŞ. Gebelikte depresyon. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2008;28:525-532.
106. Karamustafalıoğlu N, Tomruk N. Postpartum hüzn ve depresyonlar. *Duygudurum Dizisi* 2000;2:64-71.
107. Bowen A, Muhajarine N. Antenatal depression. *Canadian Nurse Journal* 2006; 102:26-30.
108. Appleby L, Mortensen PB, Faragher EB. Suicide and other causes of mortality after postpartum psychiatric admission. *Br J Psychiatry* 1998;173:209-211.
109. Oates M. Perinatal psychiatric disorder; a leading cause of maternal morbidity and mortality. *British Medical Bulletin* 2003;67:219-229.
110. Lindahl V, Pearson J L, Colpe L. Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Arch Womens Ment Health* 2005; 8: 77-87.
111. Scrandis DA, Sheikh TM. Depression after delivery: Risk factor, diagnostic and therapeutic considerations. *The Scientific World Journal*, 2007; 7: 1670-1682.
112. Muzik M, Marcus SM, Heringhausen JE, Flynn HA. When depression complicates child bearing: guidelines for screening and treatment during antenatal and postpartum obstetric care. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2009; 36:771-788.
113. Davis EP, Glynn LM, Schetter CD, Hobel C, Chicz-Demet A, Sandman CA. Prenatal exposure to maternal depression and cortisol influences infant temperament. *J Am Acad Child Psychiatry* 2007; 46:737-746.
114. Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S. Perinatal depression: Prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evid Rep Technol Assess (Summ)* 2005;119:1-8.
115. Field T, Prenatal depression effects on the foetus and neonate in different ethnic and socio-economic status groups. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2002,20:149-157.

116. Erdem Ö, Bucaktepe GE. Postpartum depresyon görülme sıklığı ve tarama yöntemleri. *Dicle Tıp Dergisi* 2012;3: 458-461.
117. Addis A, Koren G. Safety of fluoxetine during the first trimester of pregnancy: a metaanalytical review of epidemiological studies. *Psychol Med*, 2000; 30:89-94.
118. Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Clinical practice. Postpartum depression. *N Engl J Med* 2002; 18:194-99.
119. Elkin I, Shea MT, Watkins JT, Imber SD, Sotsky SM, Collins JF. National institute of mental health treatment of depression collaborative research program: general effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46:971-982.
120. Zlotnick C, Miller IW, Pearlstein T, Howard M, Sweeney P. A preventive intervention for pregnant women on public assistance at risk for postpartum depression. *Am J Psychiatry* 2006; 163:1443-1445.
121. Güdücü F, Çalıyurt O, Vardar E, Tuğlu C, Abay E. Major depresyonda sertralin ile birlikte uygulanan uyku yoksunluğu ve ışık tedavisinin etkinliğinin sertralin tedavisi ile karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Derg* 2005;16:245-251.
122. Cohen LS, Altshuler LL, Harlow BL. Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. *JAMA* 2006;295:499-507.
123. Lanza Di Scalea T, Wisner KL Pharmacotherapy of postpartum depression expert opin pharmacother, 2009;10: 2593-2607.
124. Wisner KL, Perel JM, Peindl KS, Prevention of recurrent postpartum depression a pilot randomized clinical trial. *Am J Psychiatry*, 2004; 161:1290-1292.
125. Figueira P, Malloy-Diniz LF, Romano Silva MA, Neves FS, Correa H. Postpartum depression and comorbid disorders: frequency and relevance to clinical management. *Arch Womens Ment Health* 2009; 12:451.
126. Grote NK, Spieker SJ, Lohr MJ, Geibel SL, Swartz, HA, Frank E, Houck PR, Katon W. Impact of childhood trauma on the outcomes of a perinatal depression trial. *NIH Public Access Depress Anxiety*. 2012 July ; 29(7): 563–573.
127. Navarro P, Garcia- Esteve L, Ascaso C. Non-psychotic psychiatric disorder after childbirth: prevalence and comorbidity sample, *J Affect Disord*, 2008;109: 171-176.

128. Bener A, Gerber Lm, Sheikh J. Prevalence psychiatric disorders and associated risk factors in women during their postpartum period: a major public health problem and global comparison. *Int J Wom Health*, 2012; 4:191-200.
129. Niloufer SA, Iqbal SA, Badar SA, Ghurnata T, Sana SM. Frequency and associated factors for anxiety and depression in pregnant women: a hospital-based cross-sectional study, *The Scientific World Journal* 2012;1-9.
130. Uğuz F, Akman C, Kaya N. Postpartum onset obsessive – compulsive disorder: incidence, clinical feature and related factors. *J Clin Psychiatry* 2007;68: 132-138.
131. Wenzel A, Haugen EN, Jackson LC. Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum *J Anxiety Disord* 2005;19:295-311.
132. Hofberg K Brockington I. Tocophobia: an unreasoning dread of childbirth. A series of 26 cases *Br J Psychiatry*, 2000;176:83-85.
133. WHO. World Report on Violence and Health; Child WHO. World Report on Violence and Health; Child Abuse and Neglect by Parents and other Caregivers, Page 60. Geneva 2002.
134. Şar V. Kötüye kullanım ve ihmalle ilişkili sorunlar. *Temel Psikiyatri*, Güleç C, Köroğlu E, (ed) Ankara: Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık 1997; 823-834.
135. Polat O. Çocuk ve Şiddet. İstanbul, Der Yayınları, 2001.
136. Şahin F. Fiziksel istismar. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği 2008, 462-469.
137. Bernet W. Practice parameters for the forensic evaluation of children and adolescent who may have been physically or sexually abused. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36:423-442.
138. Brown GR, Anderson B. Psychiatric morbidity in adult inpatients with histories of sexual and physical abuse. *Am J Psychiatry* 1991; 148:55-60.
139. Akço S, Aksel Ş, Arman AR, Beyazova U, Dağlı T. Çocuk istismarı ve ihmali uygulama kitabı. İstanbul: Türk Adli Tıp Kurumu-Unicef, 2004.
140. Dursunkaya D. Duygusal örseleme ve ihmal. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği 2008, 478-487.

141. Johnson JG, Cohen P, Brown J, Smailes EM, Bernstein DP. Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 600-606.
142. Yanık M, Özmen M. Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda çocukluk çağı kötüye kullanım/ihmal yaşantıları ile özkıyım, kendine fiziksel zarar verme ve dissosiyatif belirtiler arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002; 3: 140-146.
143. Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS. Çocuk istismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2004; 47: 140-151.
144. Topçu S. Çocuk istismarının Tarihçesi: Çocuk ve Gençlerin istismarı, Doruk Yayıncılık, Ankara, 1997, 30-34.
145. Aktepe E. Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2009;1:95-119.
146. Bulut I. Genç Anne ve Çocuk istismarı, Bizim Büro, Ankara.1996.
147. Ünal F. Ailede Çocuk istismarı ve ihmali. 2008 TSA, 1: 9-18.
148. Armağan E.Çocuk ihmali ve istismarı: Psikoz Tablosu Sergileyen Bir istismar Olgusu. *New/Yeni Symposium Journal*, 2007; 45: 170-173.
149. Oates RK, Forrest D. Self-esteem and early background of abusive mothers. . *Child Abuse Negl*.1985;9:89-93.
150. Wilson SL, Kuebli JE, Hughes HM. Pattern of maternal behavior among neglectfull families: implication for research and intervation. *Child Abuse Negl* 2005;20:985-1001.
151. Kaplan SJ, Pelcovitz D. Labruna V. Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years partı. *J. Am Acad Child Adoles Psychiatry*. 1999;38:1214-1222.
152. Janssen I, Krabbendam L, Bak M. Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109, 38-45.
153. Yargıç İ, Ersoy E, Oflaz SB. Çocukluk çağı travmalarının intihar girişimi ve kendine zarar verme davranışı ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2012; 13: 277-284.

154. Van Egmond M, Garnefski N, Jonker D, Kerkhof A. The relationship between sexual abuse and female suicidal behavior. *Crisis* 1993; 14: 129–139.
155. McCauley J, Kern D, Kolodner K ve ark. Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse. *JAMA* 1997;277:1362-1368.
156. Shannon N. Lenze, Chengjie Xiong and Yvette I. Sheline. Childhood adversity predicts earlier onset of major depression but not reduced hippocampal volume, 2007; 162(1):39-49.
157. Yıldırım EA, Gokalp P, Hacıoğlu M, Koçak YE, Özer Ş. Çocukluk Çağı Cinsel Travması Olan iki Olguda Travma Belirtilerinin Ortaya Çıkmasında Anne Olmalarının Etkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2010; 47: 174-177.
158. Buist A. Childhood abuse, parenting and postpartum depression Australian and New Zealand. *Journal of Psychiatry* 1998; 32:479-487.
159. Waldby C. Breaking the silence - A report based on finding of women against incest phone in survey, Haberfield. NSW: Dymphna House, 1985.
160. Figueiredo B, Pacheco A, Costa R. Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Arch Womens Ment Health* 2007; 10:103–109.
161. Gilson KJ, Lancaster S. Childhood sexual abuse in pregnant and parenting adolescents. *Child Abuse Negl.* 2008;32(9):869-877.
162. Buist A, Janson H. Childhood sexual abuse, parenting and postpartum depression a 3-year follow-up study, *Child Abuse & Neglect* 25 2001; 909–921.
163. Yüksel Ş, Gülseren L, Başterzi AD, Kadınların yaşamı ve kadın ruh sağlığı, *Türk Psikiyatri Derneği Yayınları* Ankara 2013:260-273, 287-312, 381-397.
164. Hoek HW, Van Hoeken D. Review of prevalence and incidence of eating disorder. *Int J Eat Dis*, 2003 :34:383-396.
165. Uzun Ö, Güleç N, Özşahin A, Doruk A, Özdemir B, Çalışkan U. Screening disordered eating attitudes and eating disorders in a sample of Turkish female college students. *Comprehensive Psychiatry* 2006; 47:123-126.
166. Kuğu N, Akyüz G, Doğan O, Ersan E, Özgiç F. The prevalence of eating disorders among university students and the relationship with some individual characteristics. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2006;40: 129-135.

167. Maner F. Yeme Bozuklukları. Psikiyatri Dünyası 200;5:130-139
168. Waller G, Kennerley H. Cognitive behavioural treatments. Handbook of Eating Disorders, 2. Baskı, J Treasure, U Schmidt, E Van Furt(ed), West Sussex John Wiley and Sons 2003;233-251.
169. Kuruoğlu AÇ Yeme Bozuklukları Güncel Klinik Psikiyatri, 1.Baskı, E Isık, E Taner, U Işık. Ankara, Golden Print Matbaası 2008: 351-369.
170. Favaro A, Monteleone P, Santonastaso P, Maj M. Psychobiology of eating disorders. Annual Review of Eating Disorders 2008 Radcliff, Oxford, UK.
171. Brewerton TD. Eating Disorder, trauma and comorbidity: focus on PTSD. Eat Disord 2007; 15:285-304.
172. Herzog DB, Nussbaum KM, Marmor AK. Comorbidity and outcome in eating disorders. Psychiatr Clin North Am 1996;19:843-859.
173. Halmi KA, Eckert E, Marchip. Comorbidity of psychiatric diagnosis in anorexia nervosa . Arch Gen Am 1991; 48:712-718.
174. Carter JC, Bewell C, Blackwell E, Woodside DB. The impact of childhood sexual abuse on anorexia nervosa. Child Abuse, Neglect 2006; 30: 257–269.
175. Fairburn CG, Cooper PJ. Eating Disorders. In K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk, D. M. Clark (Eds.). Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problem Oxford: Oxford University Press 1989;277-314.
176. Yücel B. Estetik Bir Kaygıdan Hastalığa Uzanan Yol: Yeme Bozuklukları. Klinik Gelişim Dergisi 2009 : 22; 39-44.
177. Williamson DA, Womble LG. Smeets Mam Latent structure of eating disorder symptom : a factor analytic and taxometric investigation. Am J Psychiatry 2002;159; 412-418.
178. Antenatal and postnatal mental health Clinical management and service guidance National Institute for Health and Clinical Excellence 2007:32.
179. Bulik C, Von Holle A, Hamer R. Patterns of remission, continuation, and incidence of eating disorders during pregnancy in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). Psychol Med 2007;37: 1109–1118.
180. Wonderlich SA, Mitchell JE. Eating disorders and comorbidity: empirical , conceptual and clinical implications. Eat Disord res 1997: 33;381-388.

181. Franko DF, Blais MA, Becker AE. Pregnancy complications and neonatal outcome in eating disordered women. *Am J Psych* 2001; 158: 1461-1466.
182. Abraham S. Sexuality and reproduction in bulimia nervosa patient over 10 years. *J. Psychosom Res* 1998; 44; 491-502.
183. Abraham S. , Taylor A, Conti J. Postnatal depression, eating, exercise and vomiting before and during pregnancy. *IntJ Eat Disord.* 2001;29,482-487.
184. Blais MA, Becker AE, Burwell RA. Pregnancy: outcome and impact in a Eating disordered women. *Int J Eat Disord* 2000; 27 :140-149.
185. Park, RJ, Senior R, Stein A. The offspring of mothers with eating disorders. *Eur. Child Adolesc. Psych.* 2003;12(suppl 1),110-119.
186. Stein A, Woolley H, McPherson, K Conflict. Between mothers with eating disorders and their infants during mealtimes. *Br. J.Psych*1999; 175, 455-461.
187. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M. DSM-IV Eksen I Bozukluklari için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999; 12:233-236.
188. First MB, Spitzer RL, Gibbon M. Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version (SCID-I/CV). Washington DC: American Psychiatric Press; 1997.
189. Williams BW. A structure interview guide for Hamilton Depression Rating Scale.*Arch Gen Psychiatry* .1978;45:752-757.
190. Akdemir A, Örsel S, Dağ I. Hamilton Depresyon Derecelendirme ölçeğinin geçerliliği, güvenirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1996; 4: 251-259.
191. Bernstein DP, Fink L, Hande Isman L, Foot J, Lovejoy M, Wenzel K, Sapareto E, Ruggiero J. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect, *American Journal of Psychiatry*, 1994;51,8:1132-1136.
192. Yücel B, Polat A, İkiz T, Dugor BP, Yavuz AE, Sertel-Berk O. The Turkish version of the Eating Disorder Examination Questionnaire: Reliability and validity in adolescents. *Eur Eat Disorder Rev*, 2011;1104.
193. Fairburn CG, Cooper Z. The Eating Disorder Examination. 12th ed.In: Fairburn CG, Wilson GT, eds. *Binge eating: Nature, assessment, and treatment*. New York: Guilford Press, 1993:317–356.

194. Hamilton M The assessment of anxiety states by rating. Br J Med Psychol,1959; 32:50-55.
195. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenirlik ve geçerlilik çalışması. Türk Psikiyatri Derg. 1998; 9:114.
196. Garcia-Esteve L, Navarro P, Ascaso C, Torres A, Aguado J, Gelabert E, Martín-Santos R. Family caregiver role and premenstrual syndrome as associated factors for postnatal depression. Arch Womens Ment Health. 2008 Jul;11(3):193-200.
197. Leigh B, Milgrom J. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stres. BMC Psychiatry 2008; 8:24.
198. Yücesoy G, Özkan S, Yıldız M, Çakıroğlu Y, Bodur H. Postpartum depression: prevalence and contributing risk factorsTürkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2011;21(1):6-12.
199. Gülnar D, Sunay D, Caylan A. Postpartum depresyon ile ilişkili risk faktorleri, Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2010;20(3):141-8.
200. Erdem Ö, Bucaktepe GE, Özen Ş, Kara İ H. Prepartum ve postpartum dönemde annelerin depresyon ve kaygı düzeylerinin incelenmesi Düzce Tıp Dergisi 2010; 12(3): 24-31.
201. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Samuelsen SO, Opjordsmoen S. Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors Acta psychiatr scand 2002; 106 : 426-433.
202. Barber JS, Axinn WG, Thornton A. Unwanted childbearing, heath and mother-child relationships. J Health Soc Behav 1999; Sep;40 (3):231-257.
203. Righetti-Veltima M, Conne-Perreard E, Bousquet A, Manzano J. Risk factors and predictive signs of postpartum depression. J Affect Disord 1998; 49: 167-180.
204. Nurcihan Aydemir, BEAH sağlam çocuk polikliniğine başvuran 0-1 yaş bebeği olan annelerde depresyon taraması ve depresyonda etkili risk faktörlerini belirleme. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği İstanbul, 2007.
205. Gümüş AB, Keskin G, Alp N, Özyar S, Karsak A. postpartum depresyon yaygınlığı ve ilişkili değişkenler, New Symposium Journal, Eylül 2012 ;50 :3.

206. McCoy SJ, Beal JM, Shipman SB, Payton ME, Watson GH. Risk factors for postpartumdepression: a retrospective investigation at 4-weeks postnatal and a review of the literature. J Am Osteopath Assoc. 2006 ;106 : 193-198.
207. Misri S, Sinclair DA, Kuan AJ. Breast-feeding and postpartum depression: is there a relationship? Can J Psychiatry. 1997 Dec;42(10):1061-1065.
208. Kara B, Çakmaklı P, Nacak E, Türeci F. Doğum sonrası depresyon. 2001; 10: 9 ;333-334.
209. Acele EÖ, Karaçam Z. Sexuel problems in women during first postpartum year and related conditions. J Clin Nurs, 2012;21(7-8): 929-937.
210. Leeman LM, Roger RGSex after childbirth postpartum sexual function. Obstet Gynecol, 2012;119:647-655.
211. Abreva E Psikanaliz yazıları. Özne olarak anne. Baharlık Kitap Dizisi 19, Ankara Bağlam Yayınları, 2009;11-13.
212. Chandra PS, Venkatasubramanian G, Thomas T. Infanticidal ideas and infanticidal behavior in Indian women with severe postpartum psychiatric disorders. J. Nerv. Ment. Dis. 2002; 190, 457–461.
213. Jennings KD, Ross S, Popper S ve ark. Thoughts of harming infants in depressed and nondepressed mothers. J Affect Disord 1999;54(1–2), 21–28.
214. Saniye Özdemir Konya ilinde postpartum depresyon sıklığı ve sıklığı sosyodemografik etmenler, Uzmanlık Tezi, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Konya, 2007.
215. Kısa C, Aydemir Ç, Kurt A, Gülen S, Göka E. Doğum ardı psikoz tanısı konulan hastaların uzun süreli izlemi. Türk Psikiyatri Derg 2007; 18(3):223-230.
216. Tuna Güzide Yener Örüm. Bipolar bozuklukta perimenopoz ve menopozun hastalık seyri üzerine etkileri. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi İstanbul, 2011.
217. Selçuk MY, Usman MG, Oktay M, İstanbullu A, Özdemir Ö, Saraçoğlu F, Postpartum depresyonun gebelikte alınan kilo ve sosyodemografik faktörlerle ilişkisi, j Turgut Ozal Tıp Med Cent 2012;19(4):256-263.

218. Barbadoro P, Cotichelli G, Chiatti C, Simonetti ML, Marigliano A, Di Stanislao F, et al. Socio-economic determinants and self-reported depressive symptoms during postpartum period. *Women Health*. 2012;52:352-368.
219. Lacoursiere DY, Baksh L, Bloebaum L, Varner MW. Maternal body mass index and self-reported postpartum depressive symptoms. *Matern Child Health J*. 2006;10(4):385-390.
220. Meltzer-Brody S, Zerwas S, Leserman J, Holle AV, Regis T, Bulik C. Eating Disorders And Trauma History In Women with Perinatal Depression. *Journal of Women's Health* 2011; 20: 6.
221. Micali N, Simonoff E, Treasure J. Pregnancy and postpartum depression and anxiety in a longitudinal general population cohort: the effect of eating disorders and past depression. *J Affect Disord*. 2011;131(1-3):150-157.
222. Hildyard KL, Wolfe DA. Child neglect: Developmental issues and outcomes. *Child Abuse Negl* 2002;26: 679-695.

8. EKLER

EK 1 - ETİK KURUL ONAYI



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN
RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI E. A. HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ

SAYI :B.10.4.İSM.04.34.26.08-226

07.08.2012

KONU: Etik Kurul Başvurusu Hakkında

KARAR

Sayın Asist. Dr. Sevilay KANTEKİN AKCAN,

İlgi: 02.08.2012 tarih ve 34974 sayılı Etik Kurul başvuru dilekçeniz,

İlgi yazınızda belirttiğiniz "Perinatal Depresyon Öyküsü Olan Kadınlarda Yeme Bozukluğu ve Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları" konulu tez protokolünüz, 07.08.2012 tarihinde hastanemiz Etik Kurul'una sunulmuş makale ve ekleri, Hasta Hakları Yönetmeliği, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi kurallarına göre incelenmiş ve tez protokolünüzün sonuçlarının yayın yapılması Etik Kurulumuz tarafından uygun görülmüştür.

Etik Kurul Üyeleri	Katılım Durumu	Onay
BASKAN Doç. Dr. Baki ARPACI Nöroloji Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu		
Doç. Dr. M. Cem İLNEM Psikiyatri Kliniği 7. Ünite Koordinatörü Eğitim Görevlisi	YILLIK İZİNDE	YILLIK İZİNDE
Uz. Dr. Şahap N. ERKOÇ Psikiyatri Kliniği 2. Ünite Koordinatörü Eğitim Görevlisi		
Uz. Dr. Nihat ALPAY Psikiyatri Kliniği 1. Ünite Koordinatörü Eğitim Görevlisi		
Op. Dr. Erhan EMEL Nöroşirürji Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu		
Uz. Dr. Ramazan KONKAN Başhekim Yardımcısı		

EK 2 - BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Bu çalışma Bakırköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde 1. Psikiyatri ünitesinde görev yapmakta olan As. Dr. Sevilay Kantekin Akcan tarafından yürütülmektedir. Bu çalışmaya ayaktan takipli olan hayatlarının bir döneminde gebelik ve gebelik sonrası depresyon tanısı almış hastalar alınacaktır. Bu çalışmada gebelik ve gebelik sonrası depresyon tanısı alanlarda yeme bozukluğu ve çocukluk çağı travması öyküsü araştırılması planlanmıştır. Bu çalışma daha önce yapılmadığından perinatal depresyon ile ilgili bilime ve hastalığın tedavi sürecine ileride önemli katkı sağlayacaktır.

Bu çalışma bedensel ya da ruhsal sağlığa zarar verebilecek hiçbir öge içermemektedir. Katıldığınız takdirde size herhangi bir girişimsel ya da görüntülenme yöntemi uygulanmayacak, kan tetkiki ya da benzeri test yapılmayacaktır. Çalışmada yalnızca basılı kağıt materyali olan bir kısmını doğrudan sizin dolduracağınız anket ve benzeri soru formları uygulanacaktır (Sosyodemografik ve klinik veri formu, CTQ-28, Hamilton Depresyon Ölçeği, EDE, Hamilton Anksiyete Ölçeği, SCID I değerlendirme ölçeği) .Bir sorun tespit edildiğinde bilgilendirileceksiniz ve dilediğiniz takdirde tedaviniz araştırmacılar tarafından üstlenilecektir. İsminiz her koşulda saklı tutulacaktır. Araştırmanın yalnızca veriler kısmı bilimsel makalelerde yayınlanabilir ve bilimsel toplantılarda sunulabilir. Bilimsel etik kuralları gereği tüm kişisel bilgileriniz saklı tutulacak, üçüncü kişi ve kurumlarca paylaşılmayacaktır.

Katılımcının Beyanı

Araştırmacılar tarafından bilgilendirildim. Bana verilen bu bilgiler temelinde, bu araştırmada kendi rızamla yer alıyorum ve istediğim herhangi bir anda, hiçbir açıklama yapmaksızın verilerimin araştırmaya dahil edilmesinden vazgeçebileceğimi beyan ediyorum.

Tarih:

İsim:

İmza:

Telefon no:

Gözlemci

Tarih:

İsim:

İmza:

EK 3 - SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1.Yaş:

2.Öğrenim düzeyi: 1.yok 2.okur-yazar 3.ilkokul 4.orta okul 5.lise 6.üniversite

3.Meslek:

4.Çalışma durumu: 1.düzenli çalışıyor 2.düzensiz çalışıyor 3.işsiz 4.emekli 5.ev kadını

6.öğrenci

6.Medeni Durum: 1.bekar 2.evli 3.imam nikahlı 4.boşanmış 5.dul 6.birlikte yaşıyor 7.ayrı yaşıyor

7.Çocuk Sayısı: yaş : cinsiyet : yaş : cinsiyet
yaş : cinsiyet : yaş : cinsiyet

8.Sosyoekonomik Durum (hasta ve klinisyene göre): 1.alt 2.orta alt 3.orta üst 4.üst

9.Yaşadığı Yer: 1.kent 2.ilçe 3.köy

10.Geldiği Yer: 1.batı 2.kuzey 3.güney 4.doğu 5.orta 6.güneydoğu

11.Göç : 1.var 2. yok

12.Sosyal Güvence: 1.var 2. yok

13.Aile Tipi:1.çekirdek 2.geniş

14.Sosyal Destek: 1.yeterli 2. kısmen 3.yetersiz

15.Sigara: 1.var 2. yok

16.Madde - Alkol : 1.var 2. yok

17.Soygeçmişte tanısı kesinleşmiş psikiyatrik hastalık: 1.var 2. yok 3.bilinmiyor

Varsa tanısı 1.BP 2.UP 3.SCH 4 diğer

18.Özgeçmişte psikiyatrik tedavi öyküsü : 1.var 2. yok

19.Perinatal psikiyatrik hastalık 1.derece akrabada : 1.var 2. yok

20.Eşlik eden hastalık: 1.var 2. yok

21.Önceki gebeliklerde psikiyatrik hastalık : 1.var 2. yok

Varsa kaçınıcı gebelik

EVLİLİK ÖYKÜSÜ

- 1.Evlenme Sayısı:
2. Evlenme Biçimi: 1.anlaşarak 2.görücü 3.ailenin zoruyla 4.ailelerin isteği dışında
- 3.Akraba Evliliği: 1.var 2. yok
- 4.Evlenme Yaşı:
- 5.Eşiyle İletişimi :1.iyi 2.orta 3.kötü 4.çok kötü
- 6.Evlilikten Memnuniyeti :1.iyi 2.orta 3.kötü 4.çok kötü
- 7.Eşinin Yaşı:
8. Eşinin Öğrenim Düzeyi: 1.yok 2.okur-yazar 3.ilkokul 4 ortaokul 5.lise 6.üniversite
- 9.Çalışma Hayatı: 1.düzenli çalışıyor 2.düzensiz çalışıyor 3.işsiz 4.emekli 5.ev kadını
- 10.Eşinin Geldiği Yer: 1.batı 2.kuzey 3.güney 4.doğu 5.orta 6.güneydoğu
- 11.Aile içi şiddet :1 .yok 2. fiziksel 3.cinsel 4. her ikisi
- 12.Cinsel işlev bozukluğu tanınıyor mu : 1.var 2. yok

ÜREME SAĞLIĞI

- 1.Menstruasyon Yaşı:
- 2.Menstruasyon Düzeni: 1.düzenli 2.düzensiz
- 3.PMS: 1.var 2. yok
- 4.Gebelik Sayısı:
- 5:Düşük Sayısı :
- 6:Doğum Sayısı:
- 7:Yaşayan Çocuk Sayısı:
- 8:Ölü doğum: 1.var 2. yok
- 9:Doğum Kontrol Yöntemi: 1.oral kontroseptif 2. tüp ligasyonu 3. RİA
4. genelleksel yöntemler 5.diğer 6.yok
- 10:Kürtaj:

DOĞUM ÖYKÜSÜ

- 1.Gebelik:1.planlanmış 2.planlanmamış
- 2.Bebğin cinsiyet tercihi: 1.yapılmış 2.yapılmamış
- 3.Bebğin cinsiyeti: 1.erkek 2 .kız
- 4.Yardımcı üreme desteğı: 1.var 2. yok
- 5.Gebelikte düzenli takip: 1.var 2. yok
6. Gebelikte sağık sorunu:1.yok 2.Hiperezezis 3.Preeklamsi / Eklamsi 4.DM
- 5.Diğer
- 7.Depresyon dönemi ne zaman başladı:
- 8.Miada göre:1.miadında 2.premature 3.postmatür
- 9.Doğum şekli:1.NSD 2.Forseps/vakum 3.C/S
- 10.Doğumda annede sağık sorunu: 1.yok 2.hafif 3.orta 4.ciddi
- 11.Doğumun yapıldığı yer: 1.ev 2.1.basamak 3.hastane
- 12.Bebekte sağık sorunu: 1.var 2. yok
- 13.Bebğin bakımı :1.kolay 2.normal 3.güç
- 14.Gebelikte kilo alımı:
- 15.Bebği emzirme süresi .

EK 4 - YEME BOZUKLUĞU DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

YÖNERGE : Aşağıdaki sorular sadece son 4 hafta ile ilgilidir. Lütfen her soruyu dikkatlice okuyunuz ve

tüm soruları yanıtlayınız. Teşekkürler.

1'den 12'ye kadar olan sorular: Lütfen sağdaki uygun olan sayıyı yuvarlak içine alınız.
Soruların sadece son dört haftayı içerdiğini (28 gün) unutmayınız

	Son 28 günün kaçında...	Hiçbirin- de	1 -5	6 -12	13 -15	16 -22	23 -27	Hergün
1-	Kilonuzu ya da bedeninizin şeklini değiştirmek amacıyla yiyecek miktarınızı kasıtlı olarak sınırlandırmaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)	0	1	2	3	4	5	6
2-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla uzun bir süre (uyanık olduğunuz 8 saat boyunca ya da daha fazla bir süre için) hiçbir şey yemediğiniz oldu?	0	1	2	3	4	5	6
3-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla hoşlandığınız yiyecekleri beslenme düzeninizden çıkarmaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)	0	1	2	3	4	5	6
4-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla yemenizle ilgili (örn. kalori sınırlandırması) belli kurallara uymaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)	0	1	2	3	4	5	6
5-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkilemek amacıyla boş bir mideye sahip olmak için belirgin bir arzu duydunuz?	0	1	2	3	4	5	6
6-	Tamamen düz bir karına sahip olmak için belirgin bir arzu duydunuz?	0	1	2	3	4	5	6
7-	<u>Yiyecek, yemek yeme ya da kalorilerle</u> ilgili düşünmenin, ilgilendiğiniz konulara (örn. çalışma, bir konuşmayı takip etme ya da okuma) yoğunlaşmanızı çok zorlaştırdığı oldu?	0	1	2	3	4	5	6

	Son 28 günün kaçında...	Hiçbirin- de	1 -5 gün	6 -12 gün	13 -15 gün	16 -22 gün	23 -27 gün	Her gün
8-	Bedeninizin şekli ve kiloyla ilgili düşünmenin, ilgilendiğiniz konulara (örn. İşinize, bir konuşmayı takip etmenize ya da okumanıza) yoğunlaşmanızı çok zorlaştırdığı oldu?	0	1	2	3	4	5	6
9-	Yemek yemeye ilgili kontrolü kaybetmekten belirgin biçimde korktuğunuz oldu?	0	1	2	3	4	5	6
10-	Kilo alabileceğinizden belirgin bir biçimde korktunuz?	0	1	2	3	4	5	6
11-	Kendinizi şişman hissettiniz?	0	1	2	3	4	5	6
12-	Kilo vermek için güçlü bir arzunuz oldu?	0	1	2	3	4	5	6

13'ten 18'e kadar olan sorular: Lütfen sağdaki boşluğa uygun sayıyı yazınız. Soruların yalnızca son dört haftaya yönelik olduklarını (28 güne) hatırlayınız.

	Son dört hafta içinde (28 gün)...
13-	Son 28 gün içinde, kaç kere, başka insanların alışılmadık miktarda fazla (şartlara göre) olarak tanımlayacakları biçimde yemek yediniz?
14-	Bu süre içinde kaç kere yemek yemenizle ilgili kontrolü kaybetme hissine kapıldınız (yediğiniz sırada) ?
15-	Son 28 günün kaç GÜNÜNDE aşırı yemek yeme nöbetleri ortaya çıktı (örn. Alışılmadık miktarda fazla yemek yediğiniz ve o sırada kontrolü kaybettiğiniz duygusunu yaşadınız)?
16-	Son 28 gün içinde, bedeninizin şekli ya da kilonuzu kontrol amacıyla, kaç <u>kere</u> kendinizi kusturdunuz?
17-	Son 28 gün içinde, bedeninizin şekli ya da kilonuzu kontrol amacıyla, kaç <u>kere</u> müşil (bağırsak çalıştırıcı) kullandınız?
18-	Son 28 gün içinde, kilonuzu, bedeninizin şeklini ya da yağ miktarınızı kontrol etmek, kalorileri yakmak amacıyla, kaç kere “kendinizi kaybedercesine” ya da “saplantılı” biçimde egzersiz yaptınız?

9'dan 21'e kadar olan sorular: Lütfen uygun sayıyı yuvarlak içine alınız. Lütfen bu sorular için “tıkınırcasına yeme” teriminin, mevcut koşullarda başkalarına göre alışılmadık miktarda ve kontrolü kaybetme duygusuyla beraber fazla yemeyi ifade ettiğini göz önünde bulundurunuz.

19-	Son 28 gün içinde, kaç kere gizlice (örn. Saklanarak) yemek yediniz? (Tıkınırcasına yeme durumlarını saymayınız.)	Hiçbirinde	1 -5 gün	6 -12 gün	13 -15 gün	16 -22 gün	23 -27 gün	Hergün
		0	1	2	3	4	5	6
20-	Yemek yediğiniz zaman bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkilediği için ne oranda kendinizi suçlu hissettiniz (hata yaptığınızı hissettiniz)? (Tıkınırcasına yemek yeme durumlarını saymayınız.)	Hiçbir zaman	Nadiren	Yarıdan az	Yarı yarıya	Yarıdan fazla	Çoğu zaman	Her zaman
		0	1	2	3	4	5	6
21-	Son 28 gün içinde, başkalarının sizi yemek yerken görmesiyle ilgili ne kadar endişelendiniz? (Tıkınırcasına yeme durumlarını saymayınız.)	Hiç Biraz Orta Önemli ölçüde						

22'den 28'e kadar olan sorular: Lütfen sağda uygun bulduğunuz sayıyı yuvarlak içine alınız. Soruların yalnızca son dört haftaya yönelik olduklarını (28 güne) hatırlayınız.

		Hiç	Biraz	Orta	Önemli ölçüde			
22-	<u>Kilonuz</u> , kişi olarak kendiniz hakkında düşüncenizi ve yargınızı etkiledi mi?	0	1	2	3	4	5	6
23-	<u>Bedeninizin şekli</u> , kendiniz hakkındaki düşüncenizi (yargınızı) etkiledi mi?	0	1	2	3	4	5	6
24-	Önümüzdeki dört hafta boyunca, haftada 1 kez tartılmanız istense (ne daha sık ne daha seyrek), bu <u>sizi ne kadar üzerdi</u> ?	0	1	2	3	4	5	6
25-	<u>Kilonuzdan</u> ne derece memnun değilsiniz ?	0	1	2	3	4	5	6
26-	<u>Bedeninizin şeklinden</u> ne derece memnun değilsiniz?	0	1	2	3	4	5	6
27-	Bedeninizi görmekten ne kadar rahatsız oluyorsunuz (örn. Aynada, mağazanın camında, soyunurken, banyo ya da duş yaparken)?	0	1	2	3	4	5	6
28-	<u>Başkalarının</u> bedeninizin şeklini görmesinden ne derece rahatsız oluyorsunuz? (örn. Soyunma odalarında, yüzerken ya da dar elbiseler giyerken)	0	1	2	3	4	5	6

Şu andaki kilonuz nedir? (Lütfen en yakın tahmini yapınız)

Boyunuz ne kadar? (Lütfen en yakın tahmini yapınız)

Kadınlara : Geçtiğimiz üç-dört aylık dönemde hiç aybaşı (regl) olmadığınız oldu mu?.....
Aksama olduysa kaç tane?.....

Bu nedenle ilaç kullanıyor musunuz?.....

*Yucel B, Polat A, İkiz T, Dugor BP, Yavuz AE, Sertel-Berk O. The Turkish version of the Eating Disorder Examination Questionnaire: Reliability and validity in adolescents. *Eur Eat Disord Rev*, 2011, doi:10.1002/erv.1104

EK 5 - HAMİLTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

HAMİLTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

		Puan
1. DEPRESİF (ÇÖKKÜN) RUH HALİ	(1-5)	☐
2. ÇALIŞMA VE ETKİNLİKLER	(1-5)	☐
3. GENİTAL SEMPTOMLAR	(1-3)	☐
4. SOMATİK SEMPTOMLAR –GASTROİNTESTİNAL	(1-3)	☐
5. KİLO KAYBI		
A. ÖZGEÇMİŞİNİ DEĞERLENDİRİRKEN	(1-4)	☐
B. GERÇEK KİLO DEĞİŞİMİ	(1-4)	☐
6. UYKUSUZLUK (BAŞLARKEN)	(1-3)	☐
7. UYKUSUZLUK (ORTA)	(1-3)	☐
8. UYKUSUZLUK (GEÇ)	(1-3)	☐
9. SOMATİK BELİRTİLER (GENEL)	(1-3)	☐
10. SUÇLULUK DUYGULARI	(1-5)	☐
11. İNTİHAR	(1-5)	☐
12. PSİŞİK KAYGI	(1-5)	☐
13. SOMATİK KAYGI	(1-5)	☐
14. HİPOKONDİRİ	(1-5)	☐
15. İÇGÖRÜ	(1-3)	☐
16. YAVAŞLAMA	(1-5)	☐
17. AJİTASYON	(1-5)	☐
TOPLAM		*****

EK 6 - HAMILTON ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (HARS)

Lütfen her konu başlığı için 0-4 arası bir puan verin

	Puan
1. ANKSİYETELİ MİZAÇ	☐
2. GERİLİM	☐
3. KORKULAR	☐
4. UYKUSUZLUK	☐
5. ENTELLEKTÜEL (kognitif)	☐
6. DEPRESİF MİZAÇ	☐
7. SOMATİK (muskuler)	☐
8. SOMATİK (duygusal)	☐
9. KARDİOVASKÜLER SEMPTOMLAR	☐
10. SOLUNUM SEMPTOMLARI	☐
11. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR	☐
12. GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR	☐
13. OTONOMİK SEMPTOMLAR	☐
14. GÖRÜŞME SİRASINDAKİ DAVRANIŞ	☐
TOPLAM PUAN:	
PSİŞİK (1,2,3,5,6)	
SOMATİK (4,7,8,9,10,11,12,13,14)	

EK 7 - ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA ÖLÇEĞİ

Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içersine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
3. Ailemdelikiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
6. Yırtık, söktük ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
7. Sevdiğimi hissediyordum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
11. Ailemdelikiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
13. Ailemdelikiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
14. Ailemdelikiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

-
-
15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
16. Çocukluğum mükemmeldi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farketmediği oluyordu.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
19. Ailemdelikler kendilerini birbirlerine yakın hissederdiler.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götüreceği birisi vardı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
-
-