

## Postpartum Depresyonun Risk Faktörleri ve Nedenleri

Özgür Erdem<sup>1</sup>, Tahsin Çelepkolu<sup>2</sup>

1 Kayapınar 9 Nolu ASM / Diyarbakır

2 Dicle Üniversitesi Tıp Fak. Aile Hekimliği AD Diyarbakır

### ÖZET

#### Postpartum Depresyonun Risk Faktörleri ve Nedenleri

Postpartum depresyonun nedeni, henüz tam olarak aydınlatılmamış olmakla birlikte, bu konuda biyolojik ve psiko-sosyal risk faktörleri suçlanmaktadır. Depresyonun gelişmesine, nörotransmitter olarak bilinen, beyne özel kimyasal maddelerdeki düzensizliklerin neden olduğu belirlenmiştir. Hamilelik dönemi boyunca, yüksek düzeylerde seyreden östrojen ve progesteron seviyelerinde gözlenen ani düşüş, postpartum depresyon etiolojisinde önemli bir etken olarak düşünülmektedir. Doğum sonrası dönemde, kortizol ve tiroksin düzeyindeki değişikliklerle, psikiyatrik belirtiler arasında bir bağlantı olabileceği bildirilmektedir. Gebelik, bireylerin ebeveynlik rolüne adım attıkları ilk basamaktır. Ancak, gebe olmaya ya da ebeveyn olmaya karar verme her zaman planlı, bilinçli ve yalnızca bireylerin kendi isteğine bağlı olarak gelişmemektedir. Kadın istemese bile, başkalarını mutlu etmek için gebe kalmaya karar verebilmektedir. Gebelik deneyimini şekillendiren sosyal çevredeki faktörler; aile, kültür, din, sosyal, ekonomik, politik ve entelektüel koşullar olarak sıralanabilmektedir. Doğum yapan tüm kadınlarda, endokrin ve biyokimyasal değişiklikler olmasına karşın psikiyatrik bozuklukların ancak kadınların bir bölümünde gelişmesi, etiolojide sosyal stres etmenleri, kişiler arası ilişkiler, sosyal destek sistemleri gibi etmenlerinde göz önünde bulundurulması gerektiğini düşündürmektedir. Duygusal yönden desteklenmemiş ve beslenmemiş olan kadınların, bebekleriyle sağlıklı bir iletişim kurmaları güç olacaktır. Bu noktada aile hekimlerine çok iş düşmektedir. Bu konuda duyarlı olan aile hekimleri, postpartum dönemde gelen anneleri, bu gözle değerlendirirlerse birçok problem çözümler kanaatindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Postpartum depresyon, Risk faktörleri, Aile hekimleri

### ABSTRACT

#### Risk Factors and Causes of Postpartum Depression

Although the causes of biological and psychosocial risk factors are blamed the Postpartum Depression has not yet been fully clarified. It has been reported that irregularities of brain specific chemical agents known as neurotransmitters causes to developing depression. Sudden drop of high levels estrogen and progesterone observed during the period of pregnancy is considered to be an important factor in the etiology of Postpartum Depression. There should be a possible link among the psychiatric symptoms and the changes in cortisol and thyroxin level in the postnatal period. Pregnancy is the first step of individuals for being parents. However, being a pregnant or a parent does not always appear as planned, conscious, and discretionary decision. Even if she does not feel happy, for others she may decide to conceive. Social environment factors that shape the experience of pregnancy are listed as familial, cultural, religious, social, economical, political and intellectual conditions. Although there has been endocrine and biochemical changes in all women who give birth, but some of them develop psychiatric disorders. For this reason, social stress factors, interpersonal relationships, factors such as social support systems are suggested a need to be taken into consideration. It is difficult for women who are not emotionally supported, to constitute a healthy communication with their babies. At this point, family physicians have to work better. We hope a lot of problem will be solved, if family physician who is sensitive at this subject considers the women with this perspective at the postpartum period.

**Key Words:** Postpartum depression, Risk factors, Family physicians

Erdem Ö, Çelepkolu T. Postpartum Depresyonun Risk Faktörleri ve Nedenleri. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care 2014;8(3):93-99. DOI: 10.5455/tjfm.158709

#### Corresponding author:

Özgür Erdem

Kayapınar 9 Nolu ASM / DİYARBAKIR

E-mail: dr.oerdem@hotmail.com

Received Date: May 02, 2014

Accepted Date: September 18, 2014

## Giriş

Ebeveyn olma kararı, insan yaşamındaki önemli kararlardan birisidir. Gebelik, bireylerin ebeveynlik rolüne adım attıkları ilk basamaktır. Ancak, gebe olmaya ya da ebeveyn olmaya karar verme her zaman planlı, bilinçli ve yalnızca bireylerin kendi isteğine bağlı olarak gelişmemektedir. Çoğu zaman bireyler, bir çocuk doğurmaya yönelik kendilerini motive eden faktörlerin farkında değildirler. Böyle olduğunda gebelik ve ebeveynlik rolüne uyum sağlamak daha da güç olmaktadır. Kadınlar, toplumda bir statü elde etmek, üreme yeteneği kanıtlamak için ya da kültürel baskılardan dolayı bir çocuğa sahip olmak isteyebilmektedirler.<sup>1</sup>

Postpartum dönemde ebeveynler, bebek bakımı sağlamak, bebek için güvenli bir çevre oluşturmak, bebekle iletişim kurmak, yeni rolleri öğrenmek, aile duyarlılığı geliştirmek ve bebekle ilgili problemlerle baş etmek zorundadır. Bu nedenle, postpartum dönem aile için bir kriz yaşantısına dönüşebilmektedir.<sup>2</sup> Bu dönemde, annede en sık görülen problemlerden bir tanesi de postpartum depresyondur (PPD).

PPD, doğumdan sonraki 2. ve 3. haftadan sonra başlar, ancak başlangıç doğumdan sonraki 1-2 yıla kadar uzayabilir. Bazen doğumdan sonraki 4. ve 5. aylara kadar anlaşılmayarak gözden kaçabilir, ya da var olan klinik belirtilerle doğum arasında bir bağlantı kurulamayabilir. PPD belirtileri, majör depresyon belirtilerine benzemektedir. Bunlar; "kendini değersiz hissetme, suçluluk hissi, ağlamaklı hal ve kontrolsüzce ağlama, hareket ve konuşmada yavaşlık, ajitasyon veya hiperaktivite, iştah bozuklukları, uyku bozuklukları, duygusal dengesizlik, öfke hissi, umutsuzluk ve yetersizlik hissi, ölüm ve intiharla ilgili düşünceler, konsantrasyon ve karar verme yeteneğinde azalma, enerji ve motivasyon kaybı, yoğun umutsuzluk, yalnızlık, kayıp, kontrol kaybı ya da çıldırma korkusu, yetersizlik ve kendine güvensizlik, yaşamı anlamsız bulma, kendini çaresiz hissetme, içe kapanma, cinsel isteksizlik, bellek zayıflığı, bebeğe karşı aşırı ilgisizlik, bebeği için aşırı endişelenme, bebeğe zarar verme" ile ilgili düşüncelerdir.<sup>3</sup>

Batı ülkelerinde yapılan çalışmalarda, kadınların yaklaşık %10-20'si PPD yaşamakta iken,<sup>4</sup> Asya ülkelerinde yürütülen çalışmalarda ise, PPD prevalansının %1'den %20'ye kadar daha geniş bir yaygınlık gösterdiği bulunmuştur.<sup>5</sup> Ülkemizde ise, annelerin %6.3-50.7'inde PPD belirtilerinin bulunduğu bildirilmektedir.<sup>6</sup>

Sağlık ve hastalık kültürel yapı içinde şekillenen ve kültürden kültüre değişebilen kavramlardır. Doğum, kadın yaşamında fizyolojik bir olay olmasının yanı sıra, toplumun sosyal ve

kültürel özellikleri ile şekillenmektedir. Bu nedenle, PPD prevalansında, ülkelerarası farklılıkların yanı sıra, aynı ülkedeki bölgesel farklılıkların olmasının da kültürün bir sonucu olabileceği düşünülmektedir.<sup>7</sup>

Multifaktöriyel bir ortamda, PPD'ye yakın anneleri, erken tanımlamak ve tedavi girişimlerinde bulunmak, hastalığın uzun dönemli olumsuz etkilerini en düşük düzeye indirmede yararlı olacaktır. Bu nedenle, PPD gelişimine yakınlık yaratan risk etmenlerini bilmek ve riskli kabul edilebilecek anneleri yakından izlemek önemlidir.<sup>8</sup> PPD'nin nedenleri henüz tam olarak aydınlatılmamıştır.<sup>9</sup> Bununla birlikte PPD'nin nedenleri biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörler ile açıklanmaktadır.<sup>10-12</sup>

### A- PPD'nin Risk Faktörleri

Risk faktörlerini belirlemek amacıyla çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Arjantin'de yapılan bir çalışmada PPD sezeryan, multiparite, yetersiz anne sütü ve perinatal komplikasyonlar ile ilişkili bulunmuştur.<sup>13</sup>

Türkiye'de yapılan bir çalışmada, planlanmayan/beklenmeyen gebelikler, bebeğin sadece mama ile beslenmesi, annenin bebeğin uyku düzeninden memnun olmaması, bebek bakımında annenin yalnız kalması ve aile desteğinin olmaması, evlilik ilişkilerinin kötü olması ve aile içi şiddetin PPD ile anlamlı derecede ilişkili olduğu saptanmıştır. Aile desteğinin olmaması, aile içi şiddet ve kötü evlilik ilişkileri ile bebeğin biberonla beslenmesi, PPD gelişiminde primer faktör olarak saptanmıştır.<sup>14</sup> Selçuk ve ark.,<sup>15</sup> gebelik sürecinde daha az kilo alan annelerin, depresyona eğilim oranının daha fazla olduğunu ve PPD için risk faktörü olarak gebelik sürecinde yetersiz beslenme sonucu, düşük kilo alımının da üzerinde durulması gerektiğini vurgulamıştır.

Yapılan bu çalışmalar içinde en ayrıntılı ve en kapsamlı çalışma, Beck'in PPD'nin risk faktörleri ile ilgili yaptığı meta-analiz çalışmasıdır. Beck, PPD ön göstergelerini araştıran 1974-1994 yılları arasında yapılan 44 çalışmayı incelemiştir. Bu meta-analiz çalışması sonucunda, PPD'nin en önemli risk faktörleri Tablo 1'de gösterilmiştir.<sup>16</sup> PPD'nin diğer risk faktörleri de, yapılan birçok araştırma ile literatürde bize yol gösterir nitelikte olup Tablo 2'de belirtilmiştir.<sup>10,17-19</sup>

Farklı araştırmalarda D vitamini ve demir eksikliği ile PPD arasındaki ilişki de incelenmiştir. İran'da yapılan çalışmada, başlangıçta hemoglobinin seviyesi normal olan ve doğumdan sonra anemi gelişenlerde, PPD prevalansının anlamlı derecede daha fazla olduğu tespit edilmiştir.<sup>20</sup> Suudi Arabistan da yapılan bir çalışmada ise, PPD risk faktörleri olarak yaş, meslek, parite gibi nedenlerin sayılabileceği belirtilmiş ancak özellikle gebelikte

**Tablo 1.** Postpartum depresyonun risk etmenleri

1.	Prenatal depresyon ve anksiyetenin varlığı
2.	Geçirilmiş depresyon öyküsü
3.	Çocuk bakımına ilişkin yaşanan stresler
4.	Sosyal destek eksikliği
5.	Stresli yaşam olayları
6.	Annelik hüznü
7.	Olumsuz evlilik ilişkileri
8.	Düşük benlik saygısı
9.	Bebegın huysuzluğu
10.	Annenin evlilikten memnuniyeti
11.	Sosyoekonomik durum
12.	Gebeliğin istenme durumu

**Tablo 2.** Postpartum depresyonun diğerk risk etmenleri

1.	Ailede depresyon öyküsünün bulunması
2.	Eğitim düzeyi
3.	Doğum sayısı
4.	Prematüre doğum
5.	Şiddetli premenstrüel sendrom
6.	Emzirmeme
7.	Tiroid hastalıkları
8.	Gebelik komplikasyonları
9.	Erkek bebek beklentisinin gerçekleşmemesi
10.	Fiziksel yorgunluk
11.	Ağır aile içi anlaşmazlık
12.	Psikiyatrik tedavi öyküsünün olması
13.	Sosyal destek yokluğu
14.	Sigara kullanımı
15.	Gebelikte aşırı bulantı
16.	İlk gebelik
17.	Kadının kendi anne-babasının erken ölümü
18.	Anne bakım eksikliği
19.	Kadına gebeliğindeki negatif tutumlar
20.	Kocasının yakınlığının kaybı
21.	Yeniden evlenmesi
22.	Madde bağımlılığı
23.	Sosyal çevreyle olan yaşanmış güçlükler
24.	Evlenme yaşı
25.	Kadının çocukluğunda babasının aşırı koruması altında olması

hemoglobin seviyesinin düşüklüğü ve aneminin PPD açısından risk oluşturduğu belirtilmiştir.<sup>21</sup> Diğer taraftan gebelerde D vitamini düşüklüğü, antenatal depresyon semptomlarını artırdığı ve PPD için bir risk faktörü olduğu da belirtilmiştir.<sup>22,23</sup> Ayrıca, kadınların doğumdan sonra gebelik dönemine göre daha az uydukları tespit edilmiştir. Daha önce depresyon öyküsü olan gebelerde uykusuzluk, postpartum dönemde depresyonun yeniden ortaya çıkmasında bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir.<sup>24</sup>

## B- PPD'nin Biyolojik Faktörleri

Beyin biyokimyasındaki bozuklukların, depresyonda önemli bir faktör olduğu gösterilmektedir. Depresyonun gelişmesine, nörotransmitter olarak bilinen beyine özel kimyasal maddelerdeki düzensizliklerin neden olduğu belirlenmiştir. Bu nörotransmitterler şunlardır;

- Norepinefrin (NE),
- Serotonin (5-HT),
- Dopamin,
- Asetilkolin,
- Gama Amino Butirik Asit (GABA)'dır.

Depresyon etiolojisinde, bu nörotransmitterler, özellikle NE ve 5-HT etkinliğinde azalma olduğu en çok kabul gören bulgulardan birisi olarak bildirilmektedir. NE'nin 5-HT'nin etkinliğini arttırdığı bilinmektedir. Noradrenerjik işlev yetersizliği ve NE'nin salınımını azaltıp kandaki seviyesini düşüren ilaçların kullanılması (ör: rezerpin, propranolol gibi), NE'nin etkinliğini dolayısıyla da 5-HT'nin etkinliğini azaltmaktadır. Aynı zamanda, dopamin azalması (kolinerjik etkiyi azaltır), asetilkolinin (kolinerjik etkiyi artırır) artmasına neden olmaktadır. GABA, NE ve Serotonin etkinliğini düzenlemektedir. GABA'nın artması, NE ve serotonin etkinliğinde azalmaya neden olabileceği düşünülmektedir. Dolayısıyla, tüm bu nörotransmitterlerin salınımındaki dengesizliklerin depresyon gelişimi için risk yarattıkları bildirilmektedir.<sup>25,26</sup>

Gebelik ve doğum sonrası dönemde, birçok hormonal değişiklikler gözlenir. Hamilelik dönemi boyunca yüksek düzeylerde seyreden östrojen ve progesteron seviyelerinde doğum sonrası gözlenen ani düşüş, PPD etiolojisinde önemli bir etken olarak düşünülmektedir.<sup>26,27</sup> Doğum sonrası 9. haftada Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanarak yapılan bir çalışmada, hamileliğin 36 haftası süresince ve postpartum 2. günde ölçülen serum östradiol seviyelerinin, depresif kadınlarda, depresyonu olmayan kadınlara göre daha düşük seviyelerde olduğu bulunmuştur. Benzer sonuçlar, gebeliğin 34, 38. ve postpartum dönemin 1,3,4,6 ve 8. günlerinde ölçülen östradiol sonuçlarıyla da elde edilmiştir. Östrojen ve progesteron gebeliğin üçüncü trimestrinin döneminin sonunda, menstrüel siklustaki en yüksek seviyelerine, 10 ve 50 katına çıkarlar, doğumdan sonra da normal seviyelerine dönerler.<sup>27</sup>

Östrojenin, serotonerjik, noradrenerjik, dopaminerjik ve GABA gibi birçok nörotransmitter sistemini modüle ettiği ve gen ekspresyonu gibi diğer beyin aktivitelerini etkilediği bilinmektedir.<sup>27-</sup><sup>29</sup> Östradiol çekilmesinin dopamin aşırı duyarlılığı ve beyindeki dopamin transporter mRNA seviyelerinde artma ile sonuçlandığı ileri

sürülmüştür. Ratlarda progesteronun seviyesinin düşmesi ise, benzodiazepinlere GABA-A duyarsızlaşması ile sonuçlanmıştır. Doğum sonrası dönemde düşen gonadal steroid düzeyleri, santral serotonerjik aktiviteyi azaltabilmektedir.<sup>27</sup> Östrojen, beyinde Mono Amino Oksidaz (MAO) ve 5HT2 aktivitesini azaltarak, 5HT1 reseptörlerin aktivitesini arttırarak etki eder. Bu birleşik etki, östrojenin serotonerjik fonksiyon üzerinde 5HT agonisti gibi etki göstermesine neden olur. Üstelik östrojen duyarlılığı, noradrenerjik aktiviteyi arttırır ve dopamin 2 reseptörlerini azaltır. Östrojenin, santral nörotransmitter fonksiyona dönük bu kombine etkisi, östrojenin antidepresan etkisinin yanında, antipsikotik etkisinin de olabileceğini düşündürmektedir.<sup>28</sup>

Doğum sonu dönemde, majör depresyon öyküsü olan kadınlarda, olmayanlara göre vücutta apomorfın miktarında artma olduğu belirtilmektedir. Apomorfının, bedende fazla miktarda bulunması, hipotalamustan salgılanan dopamin salınımını arttırmaktadır. Ancak, dopamin salınımında artma olmasına rağmen, etkinliğinde azalma olduğu belirtilmektedir. Dopamin hormonunun etkinliğinde azalma olması, depresyona olan yatkınlığı arttırmaktadır.<sup>25</sup>

Gebelik esnasında, Human Coryonik Gonadotropin (HCG)'nin tiroid bezi üzerinde, Troid Stümülan Hormon (TSH) benzeri etkisi vardır. Gebelikte ayrıca artmış östrojen düzeyine, sekonder Troid Bağlayan Globulin (TBG)'de artar. Sonuç olarak da, gebelikte tiroid bezi büyüyebilir, total T3, total T4 ve TSH artar. FT3, FT4 ise normal sınırlarda kalır. Yükselen tiroid hormonları, doğum sonrasında düşer, ayrıca doğumdan sonraki ilk 6 ayda kadınların %6'sında tiroid fonksiyonu bozukluğu gözlenir. Mikrozoal ve tiroglobulin antikoları, pozitif ve negatif olan anneler, PPD yönünden karşılaştırıldığında, a antikoların varlığı ile depresif duygu-durum arasında bağlantı olabileceği gösterilmiştir. Tiroksin düzeyinin, doğumdan sonra düşmesinin bir grup kadında doğum sonrası depresyon gelişiminde rolü olabileceği ileri sürülmektedir. Bu durumun, gebeliğin erken dönemlerinde tiroid antikolarlarının ölçümüyle tanımlanabileceği bildirilmektedir. Bununla birlikte, PPD ile tiroid disfonksiyonu fonksiyonu bozukluğu arasında açık bir ilişki bulunmamıştır.<sup>27,30</sup>

PPD'si olan ve olmayan kadınlarda yapılan hormonsal ölçümler çelişkili sonuçlar vermektedir. Çalışmaların verilerine göre, anormal üreme endokrin fonksiyonları ile PPD gelişimi arasında bir sonuç bulunamamıştır. Bununla birlikte, üreme hormon değişikliklerinin meydana geldiği postpartum periyotta depresyon riski artabilir ve genel kanı da hormon seviyelerindeki hızlı düşüşün, duyarlı kişilerde depresyonun ortaya

çıkışında büyük önemi olduğu seklindedir.<sup>27</sup> Yapılan bir çalışmada, yapay uyarıyla östrojen serum seviyelerinde ani düşüşle birlikte, PPD öyküsü olan kadınların %63'ünde depresyon ortaya çıktığı belirtilmiştir.<sup>29</sup>

Doğumdan hemen sonraki günlerde, hipofizin hacmi, dolaşımı ve salgılayıcı aktivitesinde önemli düzeyde bir azalma olur. Gebeliğin son üç ayında, yüksek olan serum kortizol düzeyi, doğum sonrası dönemde düşer. Kortizol düzeyindeki değişikliklerle, psikiyatrik belirtiler arasında bir bağlantı olabileceği bildirilmektedir.<sup>17,30</sup>

Prolaktin düzeyi, doğum sonrası 1. haftanın sonuna kadar, östrojenin düşüşüne ters olarak artmaktadır. Emzirmeyen annelerde, prolaktin düzeyinin hızlı düşüşü ile PPD arasında muhtemel bir ilişkinin bulunduğu bildirilmektedir.<sup>30</sup> Harris ve ark.,<sup>31</sup> tükürükteki progesteron ve prolaktin düzeyleri ile, PPD arasında anlamlı bağlantı olduğunu saptamışlardır. Bebeklerini emzirmeyen kadınlarda, tükürük progesteron konsantrasyonu ile depresyon arasında pozitif bir ilişki bulunurken, süt veren kadınlarda bu ilişkinin negatif yönde olduğu görülmüştür. buradan yola çıkılarak, bebeğini emziren ve emzirmeyen kadınlarda depresyon tedavisinin farklı olabileceği öne sürülmüştür.

### C- PPD'nin Psikolojik Faktörleri

Gebe kadının, gebelik ve ebeveynlik rolüne uyum sağlaması, fiziksel durumu, davranışları ve tepkileri büyük ölçüde, içinde yaşadığı sosyal çevre tarafından belirlenmektedir. Gebelik deneyimini şekillendiren sosyal çevredeki faktörler, aile, kültür, din, sosyal, ekonomik, politik ve entelektüel koşullar olarak sıralanabilmektedir.<sup>1,32</sup>

Hemen her toplumda, özellikle kadınlar, gebe olma ve annelik rolünü üstlenme konusunda, önemli bir baskı altında bulunmaktadır.<sup>32</sup> Annelik, birçok toplumda bir yetişkin olarak, bireyin yerine getirmesi gereken görev olarak bakılmakta ve kadınlar sosyal olarak bu göreve yönelik hazırlanmaktadır. Eş, akran grubu ve aileden gelen baskılar da, kadınların çocuk sahibi olma kararında etkileyici bir faktör olabilmektedir. Kadın istemese bile, başkalarını mutlu etmek için gebe kalmaya karar verebilmektedir.<sup>1,32</sup>

Çocuk sahibi olmak kadın için bir kazanç olmakla birlikte, beden algısında, sosyal ilişkilerde, aile içindeki ve toplum içindeki rollerde değişiklikler, entelektüel yetilerde kayıp algısı, bağımsız kadın rolünden sorumlu, geleneksel kadın rolüne geçiş gibi, kimliğe ilişkin değişikliklerin yaşanması, kadında depresyon gelişimine yatkınlık yaratabilmektedir.<sup>33</sup> Doğum yapan tüm kadınlarda, endokrin ve biyokimyasal değişiklikler olmasına karşın, psikiyatrik bozuklukların ancak kadınların bir bölümünde gelişmesi, etiolojide sosyal stres

etmenleri, kişiler arası ilişkiler, sosyal destek sistemleri gibi etmenlerinde göz önünde bulundurulması gerektiğini düşündürmektedir.<sup>17</sup>

Landy ve ark.,<sup>34</sup> kendi hayatlarını kendilerinden çok, dış etmenlerin kontrol ettiğini düşünen annelerin, PPD açısından daha yüksek risk taşıdıkları yönünde bulgular olduğunu bildirmektedirler.

Özellikle ilk doğumunu yapmış olan kadınlar, ambivalans ve kayıp duygusu 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 öfkelerini bebeğe ya da kendisine yöneltmekte ve olumlu bir annelik imajını içselleştirememektedir.<sup>17,34</sup>

Ayrıca gebe kadınların, kendi anneleriyle ilişkilerindeki duygu karmaşası, anne ile yeterli özdeşimin yapılmamış olması, çocukluk döneminde ölüm ya da boşanma nedeniyle ebeveyn kaybı, erken gelişim dönemlerinde her iki ebeveyn ile olan ilişkinin ne ölçüde yakın ve destekleyici olduğu gibi etmenlerin önemine de dikkat çekilmektedir.<sup>17</sup>

Duygusal yönde desteklenmemiş ve beslenmemiş olan kadınların, bebekleriyle sağlıklı bir iletişim kurmaları güç olacaktır.<sup>17</sup> Nicolson,<sup>35</sup> PPD'yi açıklamada iki model geliştirdiğini bildirmektedir. Klinik model, PPD'yi bir hastalık ya da bozukluk olarak tanımlarken, sosyal model de, doğumun bir yaşam olayı olduğunu ve PPD'nin bu yaşam olayına bir yanıt olarak ortaya çıktığı kabul edilmektedir.

Aile öyküsünde, postpartum döneme ilişkin ruhsal hastalık öyküsü olan kadınlar, riskli olarak kabul edilmelidir. Ayrıca istenmeyen gebelikler, bozuk aile içi ilişkiler, sosyal destek sistemlerinin yoksunluğu depresyon gelişimini kolaylaştırıcı etkenlerdir. Anne olma olayı, kadın için bir olgunlaşma krizi anlamına gelir. Genç kadın klinikten çıkıp eve gelince hem anne, hem de ev kadını olarak birdenbire yepyeni görevlerle karşı karşıya kalır ve gerek çocuğuna, gerekse yeni kurulmuş ailesine uyumda güçlük çeker.<sup>36</sup>

#### D- PPD'nin Sosyo-kültürel Faktörleri

Asyalı kadınlarda PPD, fiziksel/biyolojik, psikolojik, obstetrik/pediyatrik, sosyo-demografik ve kültürel faktörlerle ilişkili olarak beş ana grupta kategorize edilmiştir.<sup>12</sup> Danacı ve ark.'nın<sup>37</sup> çalışmasında, sosyoekonomik faktörlere ilişkin, yaşayan çocuk sayısının fazla olması, gecekonduda yaşama, göç etme, bebeğinde önemli sağlık sorunu olması, kadının kendisinde daha önce psikiyatrik bir bozukluğun olması, eşinde psikiyatrik bozukluk olması, eşiyile ve eşinin ailesiyle ilişkisinin iyi

olmaması da depresyonun ortaya çıkışıyla ilişkili etmenler olarak saptanmıştır.

Doğumla birlikte, kadınlara yüklenen rollere ve batı kültüründe doğumdan sonra kadının koşulsuz olarak bebeğini seveceği, ailesiyle ilgileneceği ve "ondan sonra hep mutlu yaşayacağı" şeklindeki güçlü beklentilere dikkat çekilmektedir. Bu düşünceler anne üzerine genellikle dayanılmaz baskılar yüklemektedir.<sup>17,34</sup>

Ataerkil toplumlarda, bebeğin cinsiyetinin kız olması, kadınlarda sosyal baskıya neden olup PPD görülme durumunu etkileyebilir. Örneğin, Çin'de bir atasözü "18 tarıca gibi bir kız çocuğu, kambur olan bir oğlan çocuğunun yerinin tutamaz". Türkiye'de de "oğlan olsun çamurdan olsun" deyiimi çok yaygındır. Ancak son yıllarda ülkemizde ebeveynlerin beklentilerinin, daha çok bebeğin sağlıklı doğmasından yana olmasına karşın, özellikle kırsal kesimde erkek lehine cinsiyet tercihleri, halen beklenen ve istenen bir durum olma özelliğini koruduğunu söyleyebiliriz. Dolayısıyla kadının kültürüne özgü ritüellerle, doğum sonrası dönemde destek verildiği, destek eksikliği durumunda artan PPD görülme olasılığının artacağı söylenebilir. Kültürel faktörler, doğum sonu dönemde PPD gibi, sık karşılaşılan sağlık sorunlarının ortaya çıkmasında etkili olabilmektedir. PPD, anne sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin yanı sıra bebeğin gelişimini de etkilemektedir.<sup>11</sup>

#### Sonuç

Sonuç olarak PPD, genellikle hekimler tarafından göz ardı edilen bir konudur. Ancak, ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan, doğum sonrası depresyon tarama ölçeği, Beck depresyon ölçeği, Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği ve durumluluk-süreklilik kaygı envanteri gibi, PPD tarama yöntemleri vardır.<sup>38</sup> Ayrıca psikoterapi, farmakolojik tedavi ve elektrokonvülsif tedavi<sup>39</sup> seçenekleri gibi çok sayıda alternatif tedavi yöntemleri de mevcuttur. Buna rağmen, hastalar çoğu zaman uygun tanı ve yeterli tedavi almadan toplumda dolaşıp dururlar.

Bu noktada, aile hekimlerine çok iş düşmektedir. Ülkemizde aile hekimliği uygulamasına geçilmesi ile beraber, aile hekimleri ilk ve en önemli tıbbi temas noktası haline gelmiştir. Artık, herkesin mahallesinde rahatlıkla ulaşabileceği ve ücretsiz hizmet alabileceği bir aile hekimi bulunmaktadır. Bu sayede, kadın, gebe ve bebek izlemleri daha sık ve kolay yapılır hale gelmiştir. Bir kadın, gebeliği boyunca "doğum öncesi bakım" almak için en az dört kez aile hekimi tarafından görülmektedir. Doğum sonrası dönemde ise, lohusa izlemi ile beraber bebeğini aşılatmak için, anneler en az yedi-sekiz kez aile hekimlerine başvururlar. Bu konuda duyarlı olan hem aile

hekimleri, hem de aile sağlığı elemanları, postpartum dönemde gelen anneleri bu gözle değerlendirirlerse birçok problem çözümlerine ulaşabiliriz.

#### Kaynaklar

1. Beydağ KD. Adaptation to motherhood in the postpartum period and the nurse's role. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007;6(6):479-84.
2. Marakoğlu K, Özdemir S, Çivi S. Postpartum depression: Review. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2009;29(1):206-14.
3. Erdem O, Bez Y. Postpartum blues and postpartum depression. *Konuralp Tıp Dergisi* 2009;1(1):32-7.
4. Miller LJ. Postpartum depression. *Journal of the American Medical Association* 2002;287(6):762-65.
5. Bina R. The impact of cultural factors upon postpartum depression: A literature review. *Health Care for Women International* 2008;29(9):568-92.
6. Durukan E, İlhan NM, Bumin AM, Aycan S. 2 hafta-18 aylık bebeği olan annelerde postpartum depresyon sıklığı, etkileyen faktörler ve yaşam kalitesi. *Balkan Medical Journal* 2011;28(4):385-93.
7. Gölbacı Z, Eğri G. Doğum sonu dönemde annenin bakımına yönelik yapılan geleneksel uygulamalar. *Cumhuriyet Tıp Dergisi* 2010;32:276-82.
8. Collins NL, Dunkel-Schetter C, Lobel M, Scrimshaw SC. Social support in pregnancy: psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *J Pers Soc Psychol* 1993;65(6):1243-58.
9. Yıldırım GS, Kısa C, Aydemir Ç. Postpartum depression. *3P Dergisi* 2004;(4):12-20.
10. Evins GG, Theofrastous PJ. Postpartum depression: a review of postpartum screening. *Prim Care Update for Ob/Gyns* 1997;4(6):241-6.
11. Öztürk R, Kavlak O, Sevil Ü. Postpartum depresyonda kültürel faktörlerin önemi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2012;28(3):107-16.
12. Klainin P, Arthur GD. Postpartum depression in Asian cultures: a literature review *International Journal of Nursing Studies* 2009;46(10):1355-73.
13. Mathisen SE, Glavin K, Lien L, Lagerløv P. Prevalence and risk factors for postpartum depressive symptoms in Argentina: a cross-sectional study. *Int J Womens Health* 2013;21(5):787-93.
14. Poçan AG, Aki OE, Parlakgümüş AH, Gereklioğlu C, Dolgun AB. The incidence of and risk factors for postpartum depression at an urban maternity clinic in Turkey. *Int J Psychiatry Med* 2013;46(2):179-94.
15. Selçuk MY, Usman MG, Oktay M, İstanbullu A, Özdemir Ö, Saraçoğlu F. The relationship of postpartum depression with weight gain during pregnancy and sociodemographic factors. *J Turgut Ozal Med Cent* 2012;19(4):256-63.
16. Beck CT. A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nurs Res* 1996;45(5):297-303.
17. Josefsson A, Angelsiöö L, Berg G, Ekström CM, Gunnervik C, Nordin C, et al. Obstetric, somatic and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstet Gynecol* 2002;99(2):223-8.
18. Yücesoy G, Özkan S, Yıldız M, Çakıroğlu Y, Bodur H. Postpartum depression: prevalence and contributing risk factors. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2011;21(1):6-12.
19. Erdem O, Bucaktepe PG, Özen Ş, Kara İH. Evaluation of anxiety and depression levels of mothers during prepartum and postpartum periods. *Düzce Tıp Dergisi* 2010;12(3):24-31.
20. Goshtasebi A, Alizadeh M, Gandevani SB. Association between maternal anemia and postpartum depression in an urban sample of pregnant women in Iran. *J Health Popul Nutr* 2013;31(3):398-402.
21. Alharbi AA, Abdulghani HM. Risk factors associated with postpartum depression in the Saudi population. *Neuropsychiatry Dis Treat* 2014;17(10):311-6.
22. Robinson M, Whitehouse AJ, Newnham JP, Gorman S, Jacoby P, Holt BJ et al. Low maternal serum vitamin D during pregnancy and the risk for postpartum depression symptoms. *Arch Womens Ment Health* 2014;7(3):213-9.
23. Cassidy-Bushrow AE, Peters RM, Johnson DA, Li J, Rao DS. Vitamin D nutritional status and antenatal depressive symptoms in African American women. *J Womens Health* 2012;21(11):1189-95.
24. Dørheim SK, Bjorvatn B, Eberhard-Gran M. Can insomnia in pregnancy predict postpartum depression? A longitudinal, population-based study. *Plos One* 2014;9(4):e94674.
25. Akkaya C. Serotonin and noradrenalin in the etiology of depression. *Yeni Symposium* 2005;43(3):91-6.
26. Noble RE. Depression in women. *Metabolism Clinical and Experimental* 2005;54:49-52.
27. Bloch M, Daly RC, Rubinow DR. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Compr Psychiatry* 2003;44:234-46.
28. Ahokas A, Kaukoranta J, Aito M. Effect of estradiol on postpartum depression. *Psychopharmacology* 1999;146:108-10.
29. Riecher-Rössler A, Hofecker Fallahpour M. Postpartum depression: do we still need this diagnostic term? *Acta Psychiatr Scand* 2003;108(418):51-6.
30. Parry BL. Postpartum psychiatric syndromes. In: Kaplan HI, Sadock BJ, eds. Volume 1

- Comprehensive textbook of psychiatry, 6th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995;p1059-66.
31. Harris B, Johns S, Fung H, Thomas R, Walker R, Read G. et al. The hormonal environment of postnatal depression. *Br J Psychiatry* 1989;154:660-7.
32. Güler K, Coşkun A, Ekizler H, Karanisoğlu H, Tekin N. Epidemiological study on factors affecting prenatal care. *Hemşirelik Bülteni* 1988;12(3):58-64.
33. Adewuya AO. The maternity blues in Western Nigerian women: Prevalence and risk factors. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193(4):1522-5.
34. Landy S, Montgomery J, Walsh S. Postpartum depression: A clinical view. *Matern Child Nurs J* 1989;18(1):1-29.
35. Nicolson P. Understanding postnatal depression: a mother-centred approach. *J Adv Nurs* 1990;15(6):689-95.
36. Gereklioğlu Ç, Poçan AG, Başhan İ. Postpartum psychiatric problems of mothers: review. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2007;17(2):126-33.
37. Danacı AE, Dinç G, Deveci A, Şen FS, İçelli İ. Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural aspects. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003;37(3):125-29.
38. Erdem O, Bucaktepe PG, Postpartum depresyonun görülme sıklığı ve tarama yöntemleri. *Dicle Med J* 2012;39(3):458-61.
39. Erdem O. Doğum sonrası depresyon tedavisi. *STED* 2010;19(4):162-5.