

Postpartum depresyon görölme sıklığı ve tarama yöntemleri

The prevalence and screening methods of postpartum depression

Özgür Erdem¹, P. Gamze Erten Bucaktepe²

ÖZET

Doğum olayının en sık komplikasyonu olan postpartum depresyon, yeni doğum yapan kadınların yaklaşık %10-15'inde görülmektedir. Birçok kadının mutlu olmaları gerektiğine inandıkları bir dönemde, depresif duygular taşıdıklarından dolayı suçluluk duymaları, belirtilerini saklamalarına ve postpartum depresyon tablosunun kolaylıkla gözden kaçabilmesine neden olmaktadır. Gebelikte, ağır düzeyde psikiyatrik hastalıkların görölme riski düşük olmakla birlikte, postpartum dönemde ruhsal hastalık sıklığında dramatik bir artışın ortaya çıktığı ve bu riskli dönemin 6 ay, bir yıl ve hatta iki yıl sürebildiği bildirilmektedir. Başlangıcı sinsi olabildiğinden postpartum depresyon, özellikle hafif ve orta şiddette olduğunda ve yardım arayışı desteklenmediğinde rahatlıkla gözden kaçabilir. Bu olgularda postpartum depresyon uzun süre devam edip, sonunda hastaneye yatış gerekli olacak derecede ağırlaşabilir. Bu nedenle erken tanı çok önemlidir ve birinci basamakta çalışan hekim ve diğer sağlık çalışanlarına çok iş düşmektedir. Yeni doğum yapan kadınlarda, doğum sonu depresyon, güvenilir tanımlama yöntemleri kullanılarak belirlenmelidir. 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 ölçekler gebe ve lohusa izlemleri sırasında kullanılabilir.

Anahtar kelimeler: Postpartum depresyon, tarama yöntemleri, birinci basamak sağlık çalışanları.

GİRİŞ

Kadınlar erkeklere kıyasla iki kat daha fazla duygudurum bozuklukları yaşar. Çocuk doğurma yaşlarında bu hastalıkların insidansı tepe noktasına ulaşır. Doğum sonrası dönem kadının psikiyatrik hastalıklara en fazla yakalanma riski taşıdığı dönemdir.

ABSTRACT

Postpartum Depression is the most common complication of the delivery and affects approximately 10%-15% of women who had just gave birth. During a period in which women believe that they should be happy, the depressive mood experienced by most women leads to feelings of guilt, hiding the symptoms, and postpartum depression to be overlooked. Although the incidence of serious psychiatric disorders during pregnancy is low, it is reported that the incidence shows a dramatic increase during the postpartum period and this risky period may continue up to six months, one year or even two years.

As the onset of postpartum depression is insidious it can easily be overlooked if the patient's seeking help is not supported, especially when the severity of postpartum depression is mild or moderate. In these cases, postpartum depression may persist for a long time and at last it can be so severe that hospitalization would be needed. Therefore, early diagnose is very important and primary care physicians and other health care workers should be alert.

Postpartum Depression should be diagnosed using reliable descriptive methods in puerperant women. The scales such as Postnatal Depression Screening Scale, Beck Depression Inventory, Edinburgh Postnatal Depression Scale and State-Trait Anxiety Inventory, all of which were tested for validity and reliability in our country can be used during follow-up of pregnant and puerperal women.

Key words: Postpartum depression, screening methods, primary health care professionals

Gebelik ve doğum sonrası dönemde annede gelişen psikiyatrik hastalık hem çocuğun gelişimini olumsuz etkilemekte hem de annede belirgin hastalıklara yol açmaktadır.¹ Bu yazıda doğum sonrası görülen depresyon sıklığı ve tarama yöntemleri konusundaki uygulamalar ele alınmıştır.

¹ Kayapınar 9 Nolu Aile Sağlığı Merkezi, Kayapınar, Diyarbakır, Türkiye

² Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye

Yazışma Adresi /Correspondence: Dr. Özgür Erdem,

Kayapınar 9 Nolu Aile Sağlığı Merkezi, Diyarbakır Email: dr.oerdem@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received: 22.12.2011, Kabul Tarihi / Accepted: 01.06.2012

Copyright © Dicle Tıp Dergisi 2012, Her hakkı saklıdır / All rights reserved

POSTPARTUM DEPRESYON

Gebelik ve doğum sonrası dönem birçok insan için özel ve mutlu bir dönem olarak kabul edilmekte birlikte, yeni doğan çocuğunu kucagına sağlıklı bir şekilde alma beklentisi içinde olan anne için aynı zamanda ruhsal bozuklukların gelişimi açısından da riskli bir dönemdir. Doğum sonrası dönemde ortaya çıkan farklı klinik görünümdeki ruhsal bozuklukları tanımlamak için postpartum ruhsal bozukluk kavramı kullanılmaktadır.²

Psikiyatrik tanı sistemlerinde (DSM-IV ve ICD-10) gebelikte ve postpartum dönemde görülen psikiyatrik bozukluklar ayrı bir klinik tanı olarak tanımlanmamıştır.³ Postpartum depresyon (PPD), DSM-IV’de “Duygu Durum Bozuklukları” içinde yer almakta ve “Postpartum Başlangıç Belirleyicisi” başlığı altında postpartum dört hafta içinde epizotun başlaması şeklinde tanımlanmaktadır.⁴ ICD-10’da ise “Fizyolojik Bozukluklar ve Fiziksel Etkenlerle Bağlantılı Davranış Sendromları” ana başlığı altında “Lohusalıkla Bağlantılı ve Başka Yerde Sınıflandırılmamış Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar” olarak bir bölüm ayrılmıştır.⁵ ICPD-2-R (International Classification of Primary Care)’de Psikoloji başlığı altında ise “P03 Depresyon Hissi” ve “P76 Depresif Bozukluğu” olarak yer almaktadır.⁶ PPD’de belirtiler, ‘annelik hüznü’ tablosuna göre daha şiddetli olup hastada özkiyım düşünceleri olabilmektedir.⁷ Bazı annelerde depresyonun aksine mizaçta yükselmenin görülebileceği de bildirilmektedir.⁸

Postpartum dönemde görülen depresyon, sadece anne için değil, bebek ve tüm aile için olumsuz sonuçlar doğurabileceğinden özel bir yaklaşım gerektirmektedir. PPD’de anne-bebek arasındaki bağ ciddi bir şekilde bozulur. Depresif anneler, bebekle duygusal bağ kurmakta güçlük çekerler. Bu annelerin çocukları, davranışsal ve duygusal güçlüklerin yanı sıra bilişsel fonksiyonlarda da güçlük yaşarlar.³

Birçok kadının mutlu olmaları gerektiğine inandıkları bir dönemde, depresif duygular taşıdıklarından dolayı suçluluk duymaları, belirtilerini saklamalarına ve PPD’nin kolaylıkla gözden kaçabilmesine neden olmaktadır.⁹ Bu nedenle, birinci basamakta gebe ve lohusa izlemleri sırasında PPD akılda bulundurulması gereken önemli bir durumdur.¹⁰

POSTPARTUM DEPRESYONUN GÖRÜLME SIKLIĞI

Doğum olayının en sık komplikasyonu olan PPD’nin yaygınlığı için kullanılan yöntem farklılıklarından dolayı değişik oranlar verilmekte ise de araştırmalar, yeni doğum yapan kadınların yaklaşık %10-15’inde geliştiğini göstermektedir.^{11,12} Edinburgh Postpartum Depresyon Skalası (EPDS) uygulanan bir grupta postpartum depresyon oranı %35.5 olarak saptanmıştır.¹³ PPD yaygınlığını saptamak için yapılan çalışmalarda çelişkili sonuçlar elde edilmesinin nedeni, bazı çalışmalarda depresyonun tanınal değerlendirilmesinin bazılarında ise depresyon belirtilerinin şiddetinin ölçülmesinin temel alınmasıdır.^{9,14,15}

Gebelikte ve postpartum dönemde ortaya çıkan birçok fizyolojik değişikliğin (cinsel ilgide azalma, iştah değişikliği, halsizlik, uyku bozukluğu gibi) depresyonda da görülen belirtiler ile aynı olduğu, bu nedenle yalnızca belirtilere odaklanan araştırmalardan yanıltıcı sonuçlar ortaya çıkabileceği belirtilmektedir.^{9,14} Yapılan çalışmalarda PPD görülme sıklığı; hastaların doğumdan sonra farklı zamanlarda değerlendirilmelerine, örneklem büyüklüğüne, popülasyon farklılığına ve tanı koyma aracına bağlı olarak da değişiklik göstermektedir.¹⁶⁻¹⁸

DSM-IV’e göre depresyonun özellikle doğum sonu, ilk dört hafta içinde başlaması durumunda annenin PPD açısından değerlendirilebileceği belirtilmektedir.⁴ Diğer bazı çalışmalarda, başlangıç döneminin daha çok 6–12. haftalarda olmak üzere bir yıl içinde herhangi bir zamanda olabileceği bildirilmiştir.¹⁶⁻¹⁸

Geriye dönük epidemiyolojik taramalar, ciddi duygusal ve ruhsal hastalıkların ortaya çıkması açısından, postpartum dönemin, gebelik dönemine kıyasla 3-4 kez daha riskli olduğunu ortaya koymaktadır. Postpartum dönemin ilk dört haftası bu açıdan en riskli dönemdir ve bu süre altıncı aya kadar uzayabilir.¹⁹ Gebelikte ağır psikiyatrik hastalık görülme riski düşük olmakla birlikte, postpartum dönemde ruhsal hastalık sıklığında dramatik bir artışın ortaya çıktığı ve bu riskli dönemin 6 ay, bir hatta iki yıl sürebildiği bildirilmektedir.^{9,20}

Depresyonun gebelik döneminde de doğum sonrası dönemdeki kadar yaygın olduğu, ancak bu

iki dönemde farklı etiyolojik ve psikolojik etmenlerin rol oynayabileceği yönünde görüşler de vardır.^{14,21} Depresyon insidansında artış, sıklıkla postpartum ilk 30 gün içindedir ve bu süre, ağır olgularda iki yıla kadar uzayabilir. Prenatal anksiyete ve depresyonun, PPD'yi öngörmeye en güçlü belirleyicilerden biri olduğu ileri sürülmüştür.²¹⁻²⁵ Başlangıcı sinsi olabilen PPD, özellikle hafif ve orta şiddette olduğunda ve hastanın yardım arayışı desteklenmediğinde, gözden kaçabilir. Bu olgularda PPD uzun süre devam edip, sonunda hastaneye yatış gerekli olacak derecede ağırlaşabilir. Bu nedenle erken tanı çok önemlidir.²⁴

DOĞUM SONU DEPRESYONA YÖNELİK TARAMA YÖNTEMLERİ

Yeni doğum yapan kadınlarda, güvenilir tanımlama yöntemleri kullanılarak PPD belirlenmelidir. PPD'yi belirlemek için, ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan, Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği (DDTÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDDÖ) ve Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanteri kullanılabilir (STAI). Bu ölçekler, doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon riskini belirlemeye yönelik tarama amaçlı olarak hazırlanmış olup, depresyon tanısı koymaya yönelik değildir. Bu ölçeklerden alınan puanlar ile beraber hastanın genel durumu ve anamnez ile ayırıcı tanıya gidilebilir.

Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği (DDTÖ): DDTÖ, 35 madde, yedi boyut ve her boyutta beş madde içeren, beşli Likert biçiminde (1=Kesinlikle katılmıyorum, 5= Kesinlikle katılıyorum) bir kendini bildirim ölçeğidir. Her madde, annenin doğumdan sonraki duygularını tanımlamaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 35–175 arasındadır. Minör ya da majör depresyonu belirlemede DDTÖ'nün kesme noktası 60 olarak belirlenmiştir.²⁶

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Beck ve arkadaşlarının geliştirdiği bu ölçek, Hisli tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. BDÖ, depresyonda görülen duygusal, somatik, bilişsel ve motivasyona dayalı belirtileri ölçen, 21 maddelik, kendini bildirim ölçeğidir. Ölçeğin amacı, depresyon tanısı koymak değil, depresyon belirtilerinin derecesini objektif olarak belirlemektir. BDÖ'nün 17 ve üstündeki puanlarının %90'dan daha fazla doğrulukla tedavi ge-

rektirebilecek depresyonu ayırt edebildiği belirlenmiştir. Değerlendirmede her madde 0 ile 3 arasında puan almakta ve her maddeden alınan puanların toplanması ile depresyon puanı elde edilmektedir. Alınabilecek en yüksek puan 63'tür.^{26,28}

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDDÖ); EDDÖ 10 maddeden oluşan, dörtlü Likert biçiminde kendini bildirim ölçeğidir. Dört seçenekten oluşan yanıtlar 0–3 arasında puanlanmakta, ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 30 olmaktadır. Değerlendirmede 1.,2. ve 4. maddeler 0,1,2,3 şeklinde puanlanırken, 3.,5.,6.,7.,8.,9., ve 10. maddeler 3,2,1,0 şeklinde ters olarak puanlanmaktadır. EDDÖ'nün Türkçe uyarlaması Engindeniz tarafından gerçekleştirilmiştir. Engindeniz'in yaptığı geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında, bu ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,79, iki yarım güvenilirliği 0,80, kesme noktası 12/13 alındığında duyarlılığı 0,84, özgüllüğü 0,88, pozitif tahmin ettirici değeri 0,69 ve negatif tahmin ettirici değeri 0,94 olarak bulunmuştur. EDDÖ ile Genel Sağlık Anketi arasındaki korelasyon r: 0,7 (p<0.001) bulunarak geçerlilik kabul edilmiştir. EDDÖ'nün kesme noktası 13 olarak hesaplanmış olup, ölçek puanı 13 ve daha fazla olan kadınlar risk grubu olarak kabul edilmiştir.^{26,27}

STAI (State-Trait Anxiety Inventory) Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanteri: Spielberger ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu envanter, her biri 20 sorudan oluşan sürekli ve durumlu olmak üzere iki alt ölçekten oluşmaktadır. 14 yaş üstü bireylere uygulanabilmektedir. Durumluluk kaygı ölçeği, bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini, sürekli kaygı ölçeği ise bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirler. Durumluluk ve Süreklilik Kaygı Envanterinin Türkçeye adaptasyonu, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Öner ve Le Compte tarafından yapılmıştır.²⁹

PPD tanısı, sıklıkla atlanabilir. Bu hastalar, psikiyatri polikliniğine başvurmak istemezler. Aile hekimi, doğumdan sonraki dönemde annenin sık başvurduğu hekimdir. Anne kendisi için gitmese bile çocuğuna aşı yaptırmak için yılda beş-altı kez aile hekimine başvurmaktadır. Bu başvurular esnasında aile hekiminin anneyi gözlemlemesi, sorgulaması ve gerekli ipuçları yakalandığında uygun tarama ölçeğiyle tanı koyması çok yerinde bir karar olacaktır. Aile hekimlerinin ve diğer sağlık personellerinin bu

konudaki bilgi, beceri, tutum ve davranışlarının geliştirilmesi ve farkındalık yaratılması önemlidir.

KAYNAKLAR

- Dilbaz N, Enez A. Kadın ve depresyon: Doğum sonrası görülen duygudurum bozuklukları. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2007;3(47):32-40.
- Kısa C, Yıldırım SG. Gebelik postpartum dönem ve ruhsal bozukluklar. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi* 2004;12(4):3-6.
- Yıldırım GS, Kısa C, Aydemir Ç. Postpartum Depresyon. *3P Dergisi* .2004;(ek 4):12-20.
- Köroğlu E (çeviren) Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması el kitabı, yeniden gözden geçirilmiş dördüncü baskı (DSM-IV-TR). Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2001; 152-53.
- Çuhadaroğlu F, Kaplan İ, Özgen G, Öztürk MO, Rezaki M. Dünya Sağlık Örgütü ICD-10 Ruhsal ve davranışsal bozukluklar sınıflandırması. Uluğ B (Çev.Ed). *Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını* Ankara, 1993;184-87.
- Aktürk Z, Dadeviren N (eds). Birinci Basamağın Uluslararası sınıflaması. ICPC- 2-R Kitabı. Turkish Association of Family Physicians. Ankara:RNA Yayıncılık. 2006.
- Landy S, Montgomery J, Walsh S et al. Postpartum Depression: A clinical view. *Matern Child Nurs J* 1989;18(1):1-29.
- Parry BL. Postpartum depression in relation to other reproductive cycle mood changes. *Postpartum Mood Disorders*, Miller LJ (Ed), Washington DC, American Psychiatric Press, Inc 1999; 21-45.
- Gülseren L. Doğum Sonrası Depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1999;10(1):58-67.
- Stowe ZN, Nemeroff CB. Women at risk for postpartum-onset major depression. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173(5):639-45.
- Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E. Risk factors for early postpartum depressive symptoms. *Gen Hosp Psychiatry* 2006;28(1):3-8.
- Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry* 2004;26(2):289-95.
- Gülner D, Sunay D, Çaylan A. Postpartum depresyon ile ilişkili risk faktörleri. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2010;20(3):141-8.
- O'Hara MW, Neunaber DJ, Zekoski EM et al. Prospective study of postpartum depression: Prevalence, course and predictive factors. *J Abnorm Psychol* 1984;93(2):158-71.
- Eltutan H, Öncüoğlu C. Kadınlara özgü psikiyatrik bozukluklar. *Depresyon Dergisi* 1997;2(1):74-80.
- Bashırı N, Spielvogel MA. Postpartum depression: A cross-cultural perspective. *Prim Care Update Ob/Gyns* 1999;6(1):82-7.
- Evins GG, Theofrastous PJ. Postpartum depression: A review of postpartum screening. *Prim Care Update Ob/Gyns* 1997;4(2):241-6.
- Georgiopoulos AM, Bryan TL, Yawn BP et al. Population-based screening for postpartum depression. *Obstet Gynecol* 1999;93(6):653-7.
- Özkan S. Psikiyatrik tıp: Konsultasyon-liyezon psikiyatrisi. İstanbul, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı 1993;201-20.
- Parry BL. Postpartum psychiatric syndromes. In: HI Kaplan, BJ Sadock eds. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 6. baskı, cilt 1. Baltimore: Williams & Wilkins, 1995:1059-66.
- Gotlib IH, Whiffen VE, Mount JH et al. Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *J Consult Clin Psychol* 1989;57(2):269-74.
- Buesching DP, Glasser ML, Frate DA. Progression of depression in the prenatal and postpartum periods. *Women Health* 1986;11(1):61-78.
- O'Hara MW. Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43(4):569-73.
- Karamustafahoğlu N, Tomruk N. Postpartum hüznün ve depresyonlar. *Duygu Durum Dizisi* 2000;2(1):64-70.
- Hannah P, Adams D, Lee A et al. Links between early postpartum mood and postnatal depression. *Br J Psychiatry* 1992;160(6):777-80.
- Karaçam Z, Kitiş Y. Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği: Türkçede Geçerlik ve Güvenirliği, *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007;(18):3-9.
- Engindeniz AN, Küey L, Kültür S. Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Türkçe Formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, *Bahar Sempozyumları* 1997;1(1):51-2.
- Beck T, Reynolds M, Rutowski P. Maternity Blues and postpartum Depression. *JOGNN*1992;21(4):287-93.
- Öner N, Lecompte A. Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanteri El Kitabı. 2. baskı İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Matbaası, 1998;2-10.