



Afektif Mizaçlar Postpartum Depresyonu Öngörebilir: Bir Ön Çalışma

Affective Temperaments May Predict Postpartum Depression: A Preliminary Study

İD Erson AKSU¹, İD Elmas BEYAZYÜZ²,

¹Rumeli Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, İstanbul, Türkiye

²Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Tekirdağ, Türkiye

ÖZ

Amaç: Postpartum depresyon (PPD) anne, bebek ve eşleri etkileyen ciddi bir klinik durumdur. PPD, duygudurum bozukluğu olarak kabul edilmekle birlikte, PPD ve gebelikte afektif mizaçları araştıran sınırlı sayıda çalışma vardır. Ayrıca, gebelikte afektif mizaçların PPD'yi yordayıp yordamayacağını araştıran herhangi bir çalışma bulunmamaktadır.

Gereç ve Yöntem: Alınma ve dışlanma kriterlerine göre 114 gebe çalışmaya dahil edildi. Hastalar, gebeliğin üçüncü trimesterinde Memphis, Pisa, Paris ve San Diego'nun Mizaç Değerlendirmesi anketi ile ve sosyo-demografik formlarla değerlendirildi. Doğumu takip eden ilk dört haftada, hastaların PPD'ye eğilimi olup olmadığını değerlendirmek için Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği uygulandı.

Bulgular: PPD eğilimi olan hastaların hipertimik mizaç dışındaki tüm afektif mizaç puanlarında anlamlı olarak daha yüksek puanları vardı. Lojistik regresyon analizinde, yüksek siklotimik mizaç ve anksiyete mizaç (AT) puanlarının doğum sonrası depresyona yakınlıkla ilişkili olduğu bulunmuştur (Odds oranı: 1,26 ve 1,47).

Sonuç: Siklotimik ve AT, doğum sonrası depresyon eğilimini yordamak için aday olabilirler. Özellikle siklotimik ve AT puanları yüksek olan gebeler afektif bozukluklar açısından değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Postpartum, depresyon, afektif, mizaç

ABSTRACT

Aim: Postpartum depression (PPD) is a serious clinical condition, which affects both mother and baby as well as partners. Although PPD is accepted as a mood disorder, there have been limited numbers of studies that investigated affective temperaments in PPD and pregnancy. Moreover, no study has been carried out on the subject of whether affective temperaments assessed during pregnancy can predict PPD.

Materials and Methods: One hundred-fourteen pregnant women were included in present study considering specific criteria. Patients were assessed with the Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego auto-questionnaire and socio-demographic forms during the third trimester of pregnancy. In the following four weeks of delivery, patients were assessed with the Edinburgh Postpartum Depression Scale for evaluating the presence of tendency to PPD.

Results: The patients who had a tendency to PPD had significantly higher scores on all affective temperament scores except hyperthymic temperament. In logistic regression analysis, it was found that higher scores of cyclothymic temperament and anxious temperament (AT) were associated with tendency to PPD (Odds ratio: 1.26 and 1.47).

Conclusion: Cyclothymic and anxious temperaments are candidates for predicting tendency to PPD. Pregnant women, who have higher scores specifically for cyclothymic and ATs should be considered in terms of affective disorders.

Keywords: Postpartum, depression, affective, temperament

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Elmas BEYAZYÜZ, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Tekirdağ, Türkiye

Tel.: +90 282 250 72 34 **E-posta:** elmasbeyazyuz@yahoo.com **ORCID ID:** orcid.org/0000-0001-5680-0101

Geliş tarihi/Received: 28.10.2020 **Kabul tarihi/Accepted:** 11.12.2020

GİRİŞ

Depresif bozukluk, tüm dünyada kadınlarda en yaygın güçsüzlük nedenlerinden biridir ve depresyon prevalansı kadınlarda erkeklere göre iki kat fazladır¹. Postpartum dönem aynı zamanda kadınlar arasında depresyonun gelişmesi için önemli bir zaman aralığıdır. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-5. baskısı (APA 20013), postpartum depresyonu (PPD), doğumdan sonraki dört haftada başlayan, orta ila şiddetli arasında değişen semptomları olan depresif bir durum olarak tanımlar²⁻⁴.

Postpartum psikiyatrik bozukluklar, PPD, postpartum hüzün ve postpartum psikozdan oluşur⁵. PPD, ciddi sosyal ve mesleki işlevsel bozukluklara neden olur ve partner, aile ve bebekle etkileşimdeki problemlerle yakından ilişkilidir⁶⁻⁸. PPD için en güçlü risk faktörleri antenatal depresyon veya anksiyete, majör depresif bozukluk öyküsü, evlilik sorunları, zayıf sosyal destek ve stresli yaşam olayları olarak belirlenmiştir^{9,10}. Ayrıca, PPD öyküsü olan hastaların doğumları takiben daha yüksek PPD yüzdelerine sahip oldukları bildirilmiştir^{11,12}.

Şu anda, afektif mizaçların bazı duygudurum bozukluklarının yordayıcıları olduğu düşünülmektedir¹³. Depresif mizacın (DT) depresif bozuklukla ilişkili olduğu, irritabl mizaç (IT), hipertimik mizacın (HT) bipolar 1 bozukluk ile ilişkili olduğu ve siklotimik mizacın (CT) bipolar 2 bozukluğuna eğilim olarak kabul edildiği bildirilmiştir^{13,14}. Bununla birlikte, gebelikte ve doğum sonrası dönemde afektif mizaçları araştıran sınırlı sayıda çalışma vardır. Yazıcı ve ark.¹⁵ gebelerin afektif mizaç skorlarının sağlıklı kontrol grubunun skorlarından farklı olduğunu bildirmişlerdir. Bir başka çalışmada, psikiyatrik tanısı olmayan kadınlarda gebelik ve postpartum dönemlerin HT ile ilişkili olduğu bildirilmiştir¹⁵. PPD hastalarında afektif mizaçları değerlendiren sadece bir çalışma yapılmıştır¹⁶. Bununla birlikte, gebelik sırasında değerlendirilen afektif mizaçların PPD'yi öngörüp öngöremeyeceğini değerlendiren bir çalışma yapılmamıştır.

Bu çalışmada, gebelikte değerlendirilen afektif mizaçlar ile PPD arasında ilişki olup olmayacağını araştırmayı amaçladık. Bazı afektif mizaçların PPD'yi öngörebileceğini varsaydık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum ve Psikiyatri Anabilim Dallarında yapıldı. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi İnvaziv Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylandı (tarih ve onay numarası: 2018/124/08/15).

Dahil edilme kriterleri, gebeliğin üçüncü döneminde olma, daha önce veya şu anda psikiyatrik tanısı almamış olma, bu çalışmada kullanılan öz değerlendirme testlerini tamamlayabilecek yeterli eğitime sahip olma ve çalışmaya katılmaya istekli olma olarak

tanımlandı. Daha önce veya halihazırda psikiyatrik tanısı olan, araştırmanın amacını anlamak ve çalışmada kullanılan testleri yapabilmek için yeterli bilgiye sahip olmayanlar ve çalışmaya katılmak istemeyen hastalar çalışma dışı bırakıldı. Dahil etme ve dışlama kriterlerine göre, gebeliğinin 3. trimesterinde olan 170 kadın hasta başlangıçta bu çalışmaya dahil edildi. Tüm hastalar gebelikte Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Oto-Anket (TEMPS-A) mizaç değerlendirme formu ve sosyo-demografik formunu doldurdu. Doğumdan sonra TEMPS-A'yı tamamlayan tüm hastalar, doğumdan sonraki dört hafta içinde rutin kontrollerde Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDS) ile değerlendirildi. Yüz on dört hasta ikinci turu tamamladığı için, sonunda 114 hasta çalışmaya dahil edildi. Tüm hastalar çalışmaya katılmadan önce yazılı bilgilendirilmiş onam formunu imzaladı.

Değerlendirme Gereçleri

Sosyo-demografik Form

Bu form, yazarlar tarafından literatür ışığında oluşturulmuştur. Bu form; yaş, evlilik süresi, çocuk sahibi olma, eğitim ve meslek durumu, aile yapısı, gelir oranı, doğum yeri, sigara içme durumu ve alkol kullanımına ilişkin verileri içermektedir.

Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Otomatik Anketinin Mizaç Değerlendirmesi

TEMPS-A, orijinal olarak Vahip ve ark.¹⁷ tarafından tasarlanmış, daha sonra Vahip ve ark.¹⁷ tarafından Türkçe'ye uyarlanmış bir ölçektir. Bu çalışmada, alt boyutların skorlarını değerlendirmek için bu ölçek kullanılmıştır. Bireyin tüm yaşamının ruh hali ve mizaç özelliklerini soran "doğru" veya "yanlış" endikasyonları içeren bir öz değerlendirme ölçeğidir. Alt boyutlar depresif, siklotimik, hipertimik, irritabl (DT, CT, HT, IT) ve anksiyete mizaçtan (AT) oluşmaktadır.

Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği

EPDS, Cox ve ark. tarafından oluşturulmuş ve Engindeniz ve ark.¹⁸ tarafından Türkçe'ye çevrilerek uyarlanmıştır (1997). Ölçeğin amacı kadınların PPD düzeylerini değerlendirmektir ve dörtlü Likert ölçeğinde 0 ile 3 arasında derecelendirilen 10 maddeden oluşur. Alınabilecek en düşük toplam puan 0, en yüksek 30'dur. On üç ve üzeri puan alan bireyler depresyon riski altında kabul edilmektedir.

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler R 3.5.3, Statistical Package for the Social Sciences 23.0., STATA 14.0 ve G * Power 3.1 ile yapıldı. Çalışmanın gücünü belirlemek için güç analizi yapılmıştır. EPDS skorunu kesme noktası ile kullanarak yeni bir değişken tanımladık. Buna göre yeniden tanımlanmış EPDS değişkenini Binary Outcome Logistic Regression kullanarak tahmin etmeye

çalıştık. Bu yeni değişken, EPDS boyutlarının ortalamasının farklı olup olmadığını belirlemek için de kullanıldı. Parametrik testlerin varsayımları için, verilerin normalliğini test etmek için Kolmogorov-Smirnov testi ve aynı zamanda kutu grafiği kullanılmıştır. Varyans homojenliği için Levine testi kullanıldı.

Güç Analizi

Dağılım oranı 0,29 olan Mann-Whitney U testi istatistiği, test istatistiği olarak kullanılmıştır. 20'lik bir örneklem büyüklüğü, 0,05 anlamlılık düzeyi (alfa) ile Mann-Whitney U testini kullanarak 1,3978'lik bir etki boyutunu (d) saptamak için %70 güce ulaşır. Örneklem büyüklüğü $n=45$ olduğunda, testin gücü zaten %95'e ulaşmıştır. Ancak çalışmanın örneklem büyüklüğü 114 olarak belirlenmiştir. Verilen parametreler için 0,05 alfa ve 114 gözlemlilik örneklem büyüklüğü için tip 2 hata 0,0003 ve güç $\cong 1.0$ 'dır (Şekil 1).

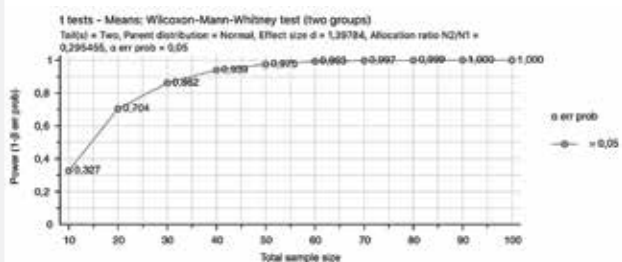
BULGULAR

Çalışmaya 114 hasta dahil edildi. Katılımcıların ortalama yaşı $29,72 \pm 5,73$ yılı. DT, CT, HT, IT ve AT'nin medyan skorları sırasıyla 4, 6, 10, 2 ve 7 idi. EPDS'de 13 ve üzeri puan alan hasta sayısı 26 (%22,8) idi. Hastaların demografik ve klinik değişkenlerine ait veriler Tablo 1'de gösterildi.

Kolmogorov-Smirnov testi, PPD dağılımlarına eğilimin varlığı-yokluğunun normalliğini incelemek için kullanıldı. Hiçbiri normal dağılmadı. Hem Kolmogorov-Smirnov testi hem de kutu grafikleri, PPD dağılımlarına eğilim varlığı-yokluğunun asimetrik olduğunu gösterdi (Şekil 2). İki bağımsız örnek karşılaştırması için, normal dağılım varsayımı uymadığında Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. EPDS'ye dayanarak PPD'ye eğilimin varlığı-yokluğuna göre DT puanları (yokluk: $4,34 \pm 2,83$, varlık: $6,35 \pm 2,91$), CT puanları (yokluk: $6,64 \pm 5,16$, varlık: $8,96 \pm 4,86$), IT puanları (yokluk: $2,80 \pm 2,85$, varlık: $5,27 \pm 4,31$) ve AT puanları (yokluk: $6,12 \pm 6,00$, varlık: $14,35 \pm 5,76$) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur (Tablo 2).

Lojistik regresyon modelinin genel formülü şöyledir:

$$\text{logit}(P)=a+b_1x_1+b_2x_2+b_3x_3+...+b_kx_k$$



Şekil 1. Çalışmanın güç analizi

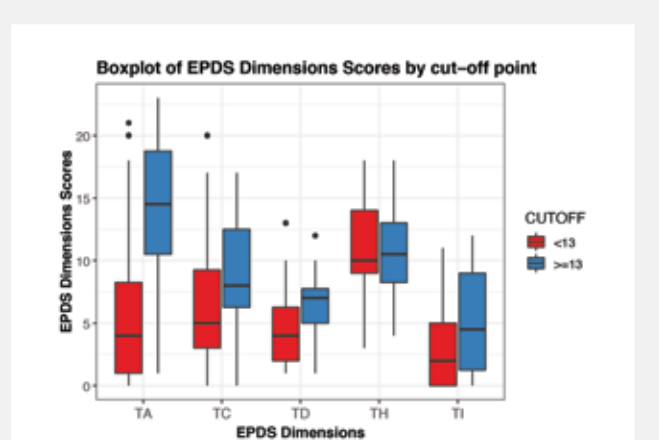
burada $\text{logit}(P)=Y$ bağımlı değişkendir ve $x_1, x_2, x_3, \dots, x_k$ bağımsız değişkenlerdir.

$b_1, b_2, b_3, \dots, b_k$ parametreleri lojistik regresyon katsayılarıdır. İkili yanıt değişkeni 0 veya 1 olarak alınır. 1 değeri PPD'nin varlığını ve 0 değeri PPD'nin yokluğunu gösterir. P PPD eğiliminin bulunma olasılığı olarak belirtilir. 2'den büyük bir psödo R^2 nispeten iyi bir uyumu göstermektedir. 1'e eşitlik mükemmel bir uyumu, 0 eşitliği ilişki olmadığını göstermektedir. Tablo 3'e göre model nispeten iyi bir uyuma sahiptir (psödo $R^2=0,48$). Cox ve Snell's R^2 ve Nagelkerke R^2 yaklaşık %40 ve %61 değerleriyle bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenleri açıklayabileceğini göstermektedir. Tüm bunlar için, tahmin edilen doğruluk depresyon yokluğu için %94, tahmin edilen doğruluk PPD eğilimi varlığı için %73 ve genel tahmin edilen doğruluk %89 idi. Model %5 anlamlılık düzeyinde anlamlı idi. CT, AT, çocuk sahibi olmak ve doğum yeri, PPD eğilimi varlığında istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahipti (Tablo 3).

TARTIŞMA

Bu çalışmada ana bulgularımız şu şekildedir; HT dışında TEMPS-A'nın tüm alt boyutları doğum sonrası depresyona yatkınlığı yansıtan EPDS'de ≥ 13 puan alan hasta grubunda anlamlı olarak daha yüksekti. Ayrıca, yüksek CT ve AT puanlarının PPD eğilimi ile ilişkili olduğunu bulduk.

PPD, hem anneyi hem de çocuğu etkileyen ciddi bir zihinsel bozukluktur¹⁹⁻²¹. PPD'nin kesin etiyolojisi belirsiz kabul edilmektedir; ancak ovaryen steroidler, oksitosin ve glukokortikoidler gibi biyolojik faktörlerin yanı sıra duygudurum bozuklukları ile de ilişkili diğer nörotransmitterler etiyolojik faktörler olarak bildirilmiştir⁶. Afektif mizaçlar,



Şekil 2. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği boyutlarının kutu grafiğinde kesme noktasına göre sunulması

EPDS: Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği

Mavi renk depresif grubu göstermektedir, kırmızı renk depresif olmayan grubu göstermektedir

afektif bozukluklarının gelişmesi için iyi bilinen faktörler arasındadır^{22,23}. Akiskal ve Akiskal²⁴, sağlıklı tepkilerden majör afektif bozukluklara kadar tüm afektif durumları belirlemek için modern afektif mizaç kavramını ortaya koydular.

Hamile kadınlarda afektif mizaçları inceleyen iki çalışma yapılmıştır. İlk çalışmada Yazıcı ve ark.¹⁵ hamile kadınlar ile sağlıklı kadınlar arasındaki afektif mizaçları karşılaştırmışlar, gebelerin siklotimik, IT ve endişeli mizaç skorlarının gebelerde anlamlı olarak daha düşük olduğunu bildirmişler ve afektif mizaç farklılıklarının gebeliğin trimesterleri ile ilişkili olabileceği sonucuna varmışlardır. Yazıcı ve ark.¹⁶, farklı trimesterlerdeki gebeler, doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde olan kadınlar ve aynı yaşta sağlıklı kadınlar arasındaki afektif mizaçları araştırdı. Araştırmacılar, aktif psikiyatrik tanısı olmayan kadınlarda gebelik ve postpartum dönemlerin HT özellikleriyle ilişkili olduğu sonucuna varmışlardır.

Çalışmamızda PPD eğilimi olan ve olmayan gebeler arasında üçüncü trimesterde elde edilen afektif mizaçları EPDS'ye göre karşılaştırdık. EPDS'de ≥ 13 puan alan hasta grubunda HT dışında TEMPS-A'nın tüm alt boyutlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğunu bulduk. Bu mizaçlar, karışık epizodları olan afektif hastalarda daha sık bildirilmiştir, bu durum da karışık afektif epizodlar ile ters mizaç tiplerinin eşzamanlı varlığı arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir²⁵.

Bu açıdan bakıldığında postpartum depresif bozukluk riski olan ve olmayan gebelerde afektif mizaçların farklılaştığını söyleyebiliriz. Ancak asıl amacımız postpartum depresif bozukluğun gelişmesi için afektif mizaçların yordayıcı rollerini sağlamaktır. Lojistik regresyon analizi yaptık ve yüksek CT ve kaygılı mizaç skorlarının PPD eğilimi ile ilişkili olduğunu bulduk (sırasıyla odds oranı: 1,26 ve 1,47). PPD tanısı alan hastalarda afektif mizaçları araştıran tek bir çalışma yapılmıştır. Bu

Tablo 1. Katılımcıların sosyo-demografik ve klinik özellikleri

		n	%	±	Medyan	Standart sapma	Minimum	Maksimum
Yaş		114		29,72	30,00	5,731	16,0	41,0
Evlilik süresi		114		7,33	6,50	5,111	1,0	20,0
Çocuk sahibi olma	Evet	88	77,2	-	1,00	-	1,0	2,0
	Hayır	26	22,8	-		-		
Eğitim	İlkokul	19	16,7	-	2,00	-	1,0	3,0
	Ortaokul/lise	73	64,0	-		-		
	Yüksek okul	22	19,3	-		-		
Meslek	Hayır	82	71,9	-	1,00	-	1,0	2,0
	Evet	32	28,1	-		-		
Aile yapısı	Çekirdek	88	77,2	-	1,00	-	1,0	2,0
	Geniş	26	22,8	-		-		
Gelir durumu	Yüksek	2	1,8	-	2,00	-	1,0	3,0
	Orta	95	83,3	-		-		
	Düşük	17	14,9	-		-		
Doğum yeri	Metropol	11	9,6	-	2,00	-	1,0	3,0
	Diğer şehir	69	60,5	-		-		
	Köy/kasaba	34	29,8	-		-		
Alkol madde kullanımı	Hayır	114	100,0	-	1,00	-	1,0	1,0
Sigara kullanımı	Evet	14	12,3	-	2,00	-	1,0	2,0
	Hayır	100	87,7	-		-		
EPDS		114	-	7,28	5,00	6,507	1,0	24,0
DT		114	-	4,79	4,00	2,957	1,0	13,0
CT		114	-	7,17	6,00	5,166	0,0	20,0
HT		114	-	10,91	10,00	4,088	3,0	18,0
IT		114	-	3,36	2,00	3,387	0,0	12,0
AT		114	-	8,00	7,00	6,864	0,0	23,0
EPDS	Kesme değeri <13	88	77,2	-	1,00	-	1,0	2,0
	Kesme değeri ≥ 13	26	22,8	-		-		

EPDS: Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği, DT: Depresif mizaç, CT: Siklotimik mizaç, HT: Hipertimik mizaç, IT: İrritabl mizaç, AT: Anksiyete mizacı

çalışmada afektif mizaç ve postpartum depresif bozukluğun varlığı eş zamanlı olarak değerlendirilmiş ve siklotimik ve endişeli mizacın psikososyal faktörlerden bağımsız olarak önemli risk faktörleri arasında olduğu bildirilmiştir¹⁷. Çalışmamızın metodolojisi Masmoudi ve ark.'nın²⁶ araştırmasından farklıydı. İlk olarak, gebeliğin üçüncü trimesterinde, mevcut veya daha önce psikiyatrik bozukluğu olmayan kadınlarda afektif

mizaçları değerlendirdik. İkinci olarak çalışmamız, hem gebelik hem de doğum sonrası dönemde hastaları inceleyen bir takip çalışmasıdır. Sonuçlarımız ilk olarak, doğum sonrası depresif bozukluğa eğilim geliştirmeye aday olarak siklotimik ve endişeli mizaçları göstermektedir. Ayrıca çocuk sahibi olmak ve doğum yeri postpartum depresif bozukluk için diğer risk faktörleri olarak bulunmuştur.

Tablo 2. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği'ne göre ayrılan gruplar arasında afektif mizaçların karşılaştırılması

EDSDO	n	Ortalama derece	Toplam derece	Mann-Whitney U	p değeri
DT	Kesme değeri <13	88	52,28	4600,50	684,500
	Kesme değeri ≥13	26	75,17	1954,50	
CT	Kesme değeri <13	88	53,60	4716,50	800,500
	Kesme değeri ≥13	26	70,71	1838,50	
HT	Kesme değeri <13	88	58,20	5121,50	1082,500
	Kesme değeri ≥13	26	55,13	1433,50	
IT	Kesme değeri <13	88	53,13	4675,00	759,000
	Kesme değeri ≥13	26	72,31	1880,00	
AT	Kesme değeri <13	88	48,85	4298,50	382,500
	Kesme değeri ≥13	26	86,79	2256,50	
Yaş	Kesme değeri <13	88	57,52	5062,00	1142,000
	Kesme değeri ≥13	26	57,42	1493,00	

EPDS: Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği, DT: Depresif mizaç, CT: Siklotimik mizaç, HT: Hipertimik mizaç, IT: İrritabl mizaç, AT: Anksiyete mizacı

Tablo 3. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği'ne göre Postpartum depresyon eğilim yordayıcıları

Model	B	Standart sapma	Wald	df	p değeri	Exp (B)	%95 C.I. for Exp (B)
DT	-0,006	0,166	0,002	1	0,969	0,994	0,716-1,376
CT	-0,261	0,128	4,144	1	0,042	1,264	0,599-0,990
HT	-0,127	0,110	1,338	1	0,247	0,881	0,710-1,092
IT	0,235	0,157	2,230	1	0,135	0,771	0,929-1,720
AT	0,385	0,092	17,658	1	p<0,001	1,470	1,228-1,759
Yaş	0,046	0,069	0,438	1	0,508	1,047	0,914-1,197
Evlilik süresi	-0,129	0,108	1,409	1	0,235	0,879	0,710-1,087
Çocuk sahibi olma	3,401	1,517	5,025	1	0,025	2,990	1,533-5,55
Eğitim	0,177	0,660	0,072	1	0,788	1,194	0,327-4,349
Meslek	-0,861	0,898	0,920	1	0,337	0,423	0,072-2,455
Aile yapısı	-2,474	1,170	4,474	1	0,054	0,084	0,008-0,833
Gelir durumu	-0,590	0,861	0,469	1	0,493	0,555	0,102-2,997
Doğum yeri	1,797	0,721	6,217	1	0,013	6,033	1,468-24,78
Sabit değer	-8,947	4,232	4,469	1	0,035	0,000	0,000-0,520
Psödo R ²	0,479						
Cox ve Snell's R ²	0,402						
Nagelkerke R ²	0,611						
χ ²	58,66						
p değeri							p<0,001

İkili sonuç lojistik regresyon.

EPDS: Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği, DT: Depresif mizaç, CT: Siklotimik mizaç, HT: Hipertimik mizaç, IT: İrritabl mizaç, AT: Anksiyete mizacı, GA: Güven aralığı

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Bu çalışma için güç analizi yapmamıza rağmen, postpartum depresif bozukluğun yordayıcılarının belirlenmesi açısından genel bir sonuca varmak için hasta sayılarının küçük olduğu düşünülebilir. Bu, çalışmamızın en büyük sınırlamasıdır. Psikiyatrik bozukluğu olmayan gebeler de dahil olmak üzere, aynı trimesterdeki hastaların değerlendirilmesi, PPD'nin ilk dört hafta içinde değerlendirilmesi ve çalışmamızın prospektif dizaynı çalışmamızın güçlü yönleri arasında sayılabilir.

SONUÇ

Sonuç olarak, diğer risk faktörlerinin yanı sıra, siklotimik ve endişeli mizaçların PPD eğilimini öngörmeye aday olarak kabul edilebileceğini savunuyoruz. Özellikle siklotimik ve anksiyeteli mizaçlar için daha yüksek puan alan gebeler afektif bozukluklar açısından değerlendirilmelidir.

Etik

Etik Kurul Onayı: Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi İnvaziv Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylandı (tarih ve onay numarası: 2018/124/08/15).

Hasta Onayı: Tüm hastalar çalışmaya katılmadan önce yazılı bilgilendirilmiş onam formunu imzaladı.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Cerrahi ve Medikal Uygulama: E.A., E.B., Konsept: E.A., E.B., Dizayn: E.A., E.B., Veri Toplama veya İşleme: E.A., E.B., Analiz veya Yorumlama: E.A., E.B., Literatür Arama: E.A., E.B., Yazan: E.A., E.B.

Çıkar Çatışması: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

Finansal Destek: Çalışmamız için hiçbir kurum ya da kişiden finansal destek alınmamıştır.

Kaynaklar

1. Kessler RC. Epidemiology of women and depression. *J Affect Disord.* 2003;74:5-13.
2. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders: DSM-5 Vol. American Psychiatric Publishing. 2013, Washington, DC.
3. Brummelte S, Galea LA. Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Horm Behav.* 2016;77:153-66.
4. Patel M, Bailey RK, Jabeen S, Ali S, Barker NC, Osiezagha K. Postpartum depression: a review. *J Health Care Poor Underserved.* 2012;23:534-42.
5. Cohen LS, Wang B, Nonacs R, Viguera AC, Lemon EL, Freeman MP. Treatment of mood disorders during pregnancy and postpartum. *Psychiatr Clin North Am.* 2010;33:273-93.
6. Norhayati MN, Hazlina NH, Asrenee AR, Emilin WM. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *J Affect Disord.* 2015;175:34-52.

7. Dubber S, Reck C, Müller M, Gawlik S. Postpartum bonding: the role of perinatal depression, anxiety and maternal-fetal bonding during pregnancy. *Arch Womens Ment Health.* 2014;18:187-95.
8. Darcy JM, Grzywacz JG, Stephens RL, Leng I, Clinch CR, Arcury TA. Maternal depressive symptomatology: 16-month follow-up of infant and maternal health-related quality of life. *J Am Board Fam Med.* 2011;24:249-57.
9. Beck CT. Predictors of postpartumdepression: An Update. *Nurs Res.* 2001;50:275-85.
10. Rubertsson C, Wickberg B, Gustavsson P, Rådestad I. Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. *Arch Womens Ment Health.* 2005;8:97-104.
11. Banti S, Mauri M, Oppo A, Borri C, Rambelli C, Ramacciotti D, et al. From the third month of pregnancy to 1 year postpartum. Prevalence, incidence, recurrence, and new onset of depression. Results from the perinatal depression-research & screening unit study. *Compr Psychiatry.* 2011;52:343-51.
12. Rasmussen MH, Strøm M, Wohlfahrt J, Videbech P, Melbye M. Risk, treatment duration, and recurrence risk of postpartum affective disorder in women with no prior psychiatric history: A population-based cohort study. *PLoS Med.* 2017;14:e1002392.
13. Rihmer Z, Akiskal KK, Rihmer A, Akiskal HS. Current research on affective temperaments. *Curr Opin Psychiatry.* 2010;23:12-8.
14. Vázquez GH, Tondo L, Mazzarini L, Gonda X. Affective temperaments in general population: a review and combined analysis from national studies. *J Affect Disord.* 2012;139:18-22.
15. Yazici E, Terzi H, Bosgelmez S, Yazici AB, Zincir SB, Kale A. Affective temperaments in pregnancy. *Gynecol Endocrinol.* 2014;30:894-8.
16. Yazici E, Uslu Yuvaci H, Yazici AB, Cevrioglu AS, Erol A. Affective temperaments during pregnancy and postpartum period: a click to hyperthymic temperament. *Gynecol Endocrinol.* 2018;34:265-9.
17. Vahip S, Kesebir S, Alkan M, Yazici O, Akiskal KK, Akiskal HS. Affective temperaments in clinically-well subjects in Turkey: initial psychometric data on the TEMPS-A. *J Affect Disord.* 2005;85:113-25.
18. Engindeniz AN, Küey L, Kültür S. Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Bahar Sempozyumları 1. Kitabı, Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara 1997. p. 51-2.*
19. Giallo R, Cooklin A, Wade C, D'Esposito F, Nicholson JM. Maternal postnatal mental health and later emotional-behavioural development of children: the mediating role of parenting behaviour. *Child Care Health Dev.* 2014;40:327-36.
20. Goodman SH, Rouse MH, Connell AM, Broth MR, Hall CM, Heyward D. Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2011;14:1-27.
21. McMahon CA, Barnett B, Kowalenko NM, Tennant CC. Maternal attachment state of mind moderates the impact of postnatal depression on infant attachment. *J Child Psychol Psychiatry.* 2006;47:660-9.
22. Akiskal HS. [The depressive patient before depression]. *Encephale.* 1992;4:485-9.
23. Kelsoe JR. Arguments for the genetic basis of the bipolar spectrum. *J Affect Disord.* 2003;73:183-97.
24. Akiskal KK, Akiskal HS. The theoretical underpinnings of affective temperaments: implications for evolutionary foundations of bipolar disorder and human nature. *J Affect Disord.* 2005;85:231-9.
25. Röttig D, Röttig S, Brieger P, Marneros A. Temperament and personality in bipolar I patients with and without mixed episodes. *J Affect Disord.* 2007;104:97-102.
26. Masmoudi J, Trabelsi S, Charfeddine F, Ben Ayed B, Guermazi M, Jaoua A, et al. Evaluation des tempéraments affectifs dans la symptomatologie dépressive du post-partum [Evaluation of affective temperaments in the postpartum depressive symptomatology]. *Encephale.* 2010;36:14-21.