



T.C
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ GEBE POLİKLİNİĞİNE
BAŞVURAN KADINLARDA DEPRESYON VE İLİŞKİLİ
FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ: TEK
MERKEZLİ KESİTSEL TANIMLAYICI ÇALIŞMA**

Dr. Esranur AKILLI ÖDEMİŞ
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Çiğdem GEREKLİOĞLU

ADANA-2024



T.C
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ GEBE POLİKLİNİĞİNE
BAŞVURAN KADINLARDA DEPRESYON VE İLİŞKİLİ
FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ: TEK
MERKEZLİ KESİTSEL TANIMLAYICI ÇALIŞMA**

Dr. Esranur AKILLI ÖDEMİŞ
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Çiğdem GEREKLİOĞLU

ADANA-2024

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez sürecim boyunca engin bilgi birikimi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren; nezaketini, zarifliğini, anlayışını, güler yüzünü ve en önemlisi desteğini benden esirgemeyen, tez öğrencisi olmaktan gurur duyduğum ve çok kıymetli tez danışmanım, değerli hocam Doç. Dr. Çiğdem GEREKLİOĞLU'na,

Asistanlığa başladığım günden bu yana bilgisi ve deneyimleriyle bizlere yol gösteren, hayattaki duruşuyla örnek aldığım değerli hocam Prof. Dr. Sevgi Özcan'a, tüm eğitim sürecimde çok kıymetli bilgileriyle, bilimsel katkılarıyla ve tecrübeleriyle her daim yanımda olan değerli hocam Prof. Dr. Hatice Kurdak'a, asistanlık sürecimdeki desteklerinden dolayı her zaman minnettar olacağım değerli hocalarım Prof. Dr. Esra Saatçı'ya, Prof. Dr. Ersin Akpınar'a, özellikle eğitim aile sağlığı merkezinde çalıştığım dönem ve uzmanlık eğitimimde desteklerini her zaman hissettiğim, güler yüzleri ve naiflikleriyle bizlere örnek olan değerli hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Zeliha Yelda Özer'e ve Öğr. Gör. Dr. Ayşe Nur Topuz'a,

Asistanlığım boyunca her zaman yanımda olan ve bundan sonraki hayatımda da hep yanımda olacak olan, bana her zaman destek olan çok kıymetli asistan arkadaşlarıma ve çalışma arkadaşlarıma,

Tüm eğitim hayatım boyunca beni destekleyen, bu konuma gelmemi sağlayan, yaptığı fedakarlıklarla hakkını asla ödeyemeyeceğim canım annem Nurcan Akıllı'ya ve canım kardeşim Mustafa Akıllı'ya, hayatımın her anında yanımda olan desteğini her zaman hissettiğim canım dayım Murat Dağlı'ya ve sevgili ailesine,

Her koşulda destekleyenim, yol arkadaşım, varlığına şükrettiğim, gün ışığım sevgili eşim Erkan Ödemiş'e ve bana bu hayatın en güzel hediyesi olan dünyam, canım kızım Masal'a,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Esranur Akıllı Ödemiş

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLolar LİSTESİ.....	I
ŞEKİLLER LİSTESİ	II
KISALTMALAR LİSTESİ	III
ÖZET	V
ABSTRACT.....	VII
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Gebelik.....	4
2.1.1. Gebelikte Görülen Fizyolojik Değişiklikler	4
2.1.1.1. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri.....	5
2.1.1.2. Solunum Sistemi Değişiklikleri	5
2.1.1.3. Gastrointestinal Sistem Değişiklikleri	6
2.1.1.4. Genital Sistem Değişiklikleri.....	6
2.1.1.5. Üriner Sistem Değişiklikleri	7
2.1.1.6. Kas ve İskelet Sistemi Değişiklikleri.....	7
2.1.1.7. Hormonal Değişiklikler ve Metabolizma Değişiklikleri	8
2.1.1.8. Hematolojik Sistem Değişiklikleri.....	9
2.1.1.9. Memede Görülen Değişiklikler	9
2.1.1.10. Ciltte Görülen Değişiklikler.....	9
2.1.2. Gebelikte Görülen Psikolojik Değişiklikler.....	10
2.1.2.1. Birinci Trimesterde Görülen Psikolojik Değişiklikler.....	10
2.1.2.2. İkinci Trimesterde Görülen Psikolojik Değişiklikler.....	11

2.1.2.3. Üçüncü Trimesterde Görülen Psikolojik Değişiklikler	12
2.1.3. Kadının Gebeliğe Psikolojik Uyumu	12
2.2. Depresyon	13
2.2.1. Depresyonun Tanımı.....	13
2.2.2. Depresyonun Tarihçesi	14
2.2.3. Depresyonun Epidemiyolojisi.....	14
2.2.4. Depresyonun Etiyolojisi	16
2.2.4.1. Genetik Faktörler	16
2.2.4.2. Biyolojik Faktörler.....	17
2.2.4.3. Psikolojik Faktörler.....	18
2.2.5. Depresyonun Olası Risk Faktörleri.....	19
2.2.6. Depresyonda Klinik Belirtiler.....	20
2.2.7. Depresyonun Tedavisi	21
2.3. Postpartum Dönemde Görülen Ruhsal Bozukluklar.....	22
2.3.1. Annelik Hüznü (Postpartum Blues).....	22
2.3.2. Postpartum Depresyon	24
2.3.2.1. Postpartum Depresyonun Epidemiyolojisi	25
2.3.2.2 Postpartum Depresyonun Etiyolojisi	25
2.3.2.3. Postpartum Depresyonun Patofizyolojisi.....	26
2.3.2.4. Postpartum Depresyonun Klinik Belirtileri	27
2.3.2.5. Postpartum Depresyonun Tedavisi	28
2.3.3. Postpartum Psikoz.....	30
2.4. Gebelerde Depresyon.....	32
2.4.1. Gebelerde Depresyonun Görülme Sıklığı.....	33
2.4.2. Gebelerde Depresyon İçin Olası Risk Faktörleri	33
2.4.3. Gebelerde Depresyonun Belirti ve Bulguları.....	34

2.4.4. Gebelerde Depresyonun Anne ve Bebeğe Etkileri	35
2.4.5. Gebelerde Depresyonun Tedavisi	37
2.4.5.1. Psikoterapi	37
2.4.5.2. Farmakolojik Tedavi	38
2.4.5.3. Farmakoloji Dışı Tedaviler	39
3. GEREÇ ve YÖNTEM	40
3.1. Araştırmanın Zamanı, Yeri ve Tipi.....	40
3.2. Araştırmanın Etik Yönü.....	40
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	40
3.4. Araştırmada Kullanılan Anket ve Ölçekler	41
3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	41
3.4.2. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği	42
3.4.3. Obstetrik Muayene Bulgularında Hastayla İlgili Edinilen Özellikler	43
3.5. İstatistiksel Analiz.....	43
4. BULGULAR.....	45
5. TARTIŞMA	58
5.1. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Kısıtlılıkları	78
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	80
6.1. Sonuçlar	80
6.2. Öneriler	81
7. KAYNAKLAR	84
8. EKLER.....	106
8.1. Ek 1. G*Power Version 3.1.9.2 Programı	106
8.2. Ek 2. Aydınlatılmış Onam Formu.....	108
8.3. Ek 3. Sosyodemografik Veri Formu	109
8.4. Ek 4. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği	111

TABLÖLAR LİSTESİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Gebelerin sosyodemografik bulguları	45
Tablo 2. Gebelerin gebelik özelliklerine ilişkin bulgular	48
Tablo 3. Önceki ve mevcut gebelikte risk faktörlerinin varlığı ve dağılımı	49
Tablo 4. Gebelerin psikososyal parametreler açısından değerlendirilmesi	50
Tablo 5. Gebelerin demografik bulguları ile risk grupları arasındaki farklılıkların incelenmesi.....	52
Tablo 6. Gebelerin gebelik özellikleri ile depresyon riski arasındaki ilişkilerin incelenmesi.....	54
Tablo 7. Riskli gebelik durumu ile depresyon riski arasındaki ilişkilerin incelenmesi	55
Tablo 8. Psikososyal parametrelerle depresyon riski arasındaki ilişkilerin incelenmesi.....	56
Tablo 9. Gebelerin depresyon düzeyini arttıran faktörlerin incelenmesi	57

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No

Sayfa No

Şekil 1. Gebelerde gözlenen kronik hastalıkların dağılımı.....	46
Şekil 2. Gebelerde gözlenen tekil ve çoğul kronik hastalık oranları.....	47
Şekil 3. Edinburgh postpartum depresyon ölçeğine göre gebelerin depresyon riski oranlarının dağılımı.....	50



KISALTMALAR LİSTESİ

5-HT	: 5-Hidroksitriptamin (Serotonin)
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
bHCG	: Beta Human Chorionic Globulin
CES-D	: Center for Epidemiological Studies Depression (Depresyon Epidemiyolojik Çalışmaları Merkezi)
CRH	: Corticotropin Releasing Hormon (Kortikotropin Salıcı Hormon)
DM	: Diyabetes Mellitus
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EKT	: Elektrokonvulsif tedavi
EPDS	: Edinburgh Postnatal Depression Scale (Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği)
EUROSTAT	: European Community Statistical Office (Avrupa İstatistik Ofisi)
FDA	: U.S. Food and Drug Administration (Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi)
GFR	: Glomerüler Filtrasyon Hızı
GWAS	: Genome Wide Association Studies (Genom Geneline İlişkilendirme Çalışması)
HPA	: Hipotalamik-Hipofiz-Adrenal
HT	: Hipertansiyon
ICD	: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Hastalıkların ve İlgili Sağlık Sorunlarının Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırması)
IV	: İntravenöz
M.Ö.	: Milattan Önce
M.S.	: Milattan Sonra
MAOI	: Monoaminoksidaz İnhibitörleri
MDB	: Majör Depresif Bozukluk

MDQ	: Mood Disorder Questionnaire (Duygudurum Bozukluğu Anketi)
OGTT	: Oral Glukoz Tolerans Testi
PDSS	: Panic Disorder Severity Scale (Panik Bozukluk Şiddet Ölçeği)
PHQ-9	: Hasta Sağlığı Anketi-9
PMS	: Premenstrüel Sendrom (Adet Öncesi Sendromu)
PPD	: Postpartum Depresyon (Doğum Sonrası Depresyon)
SCID-I	: Structured Clinical Interview for DSM Disorders-I
SLE	: Sistemik Lupus Eritematozus
SNP	: Single Nucleotide Polymorphism (Tek Nükleotit Polimorfizmi)
SNRI	: Serotonin Norepinefrin Geri Alım İnhibitörleri
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
SSRI	: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
STAI	: Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri
TCA	: Trisiklik Antidepresan
TGB	: Tiroid Hormonu Bağlayıcı Protein
TMS	: Transkraniyal Manyetik Stimülasyon
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TSH	: Tiroid Stimulan Hormon

ÖZET

Çukurova Üniversitesi Gebe Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Depresyon ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi: Tek Merkezli Kesitsel Tanımlayıcı Çalışma

Amaç: Depresyon genel popülasyonda olduğu gibi gebelerde de sık rastlanan bir psikiyatrik problemdir. Gebelik depresyonu hem annenin hem de bebeğin sağlığını olumsuz anlamda etkileyip, postpartum depresyona zemin hazırladığı için üzerinde önemle durulması ve erken tanı koyulup tedavi edilmesi gereken bir sorundur. Çalışmamızın amacı gebe polikliniğine başvuran kadınlarda depresyon görülme sıklığını ve bununla ilişkili olabilecek risk faktörlerini inceleyerek, gebelik depresyonu için riskli olabilecek grubu erken dönemde tanımak ve depresyonla ilgili önlem alınmasını sağlamak için sağlık çalışanları üzerinde farkındalık yaratmaktır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız kesitsel tanımlayıcı bir çalışma olarak planlanmıştır ve Çukurova Üniversitesi gebe polikliniğine başvuran 18 yaş ve üzeri, 14 hafta ve üzeri gebeliği olan, Türkçe konuşabilen, okuma yazma bilen, araştırmaya katılmayı kabul eden, ardışık 311 gebe ile çalışılmıştır. Veri toplama aracı olarak sosyodemografik veri formu, gebelerin obstetrik muayene bulgularını içeren bilgi formu ve Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDS) kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 20.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir ve istatistiksel önemlilik düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza katılan gebelerin yaş ortalamalarının $28,9 \pm 5,9$ yıl olduğu %97,7'sinin ($n=304$) evli olduğu, %42,1'inin ($n=131$) ilköğretim ve %29,9'unun ($n=93$) lise mezunu olduğu, %15,1'inin ($n=47$) çalıştığı, %20,6'sında ($n=64$) kronik hastalık olduğu, %35,0'inde ($n=109$) ise mevcut gebeliğinde riskli bir durum varlığı saptanmıştır. Gebelerin %33,76'sının EPDS puanları 13 ve üzeri olup depresyon riski bulunmuştur. Gebelerin yaş, medeni durum, düzenli egzersiz yapma, akraba evliliği yapma, eşten şiddet görme ve doğacak bebeğin bakımı konusunda yardım alma durumlarıyla depresyon riski açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$). Eğitim düzeyinin azalmasının ($p=0,001$), çalışmamanın ($p=0,008$), eşlerinin işsiz olmasının ($p=0,034$), yetersiz aylık gelirin ($p < 0,001$), geniş ailede yaşamının ($p < 0,001$), kronik hastalık varlığının ($p=0,028$), sigara kullanımının ($p < 0,001$), premenstrüel sendrom öyküsü olmasının ($p=0,004$), önceden depresyon tanısı olmasının ($p < 0,001$) ve eşlerinden destek görmemenin ($p < 0,001$) depresyon riskini arttırdığı bulunmuştur. Obstetrik özelliklerden gebelik sayısı, gebelik tipi, trimesteri ve mevcut gebeliğinde risk varlığı ile depresyon riski açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$). Ancak önceki gebeliğinde riskli durum yaşayanların ($p=0,038$) ve gebeliği plansız olanların ($p < 0,001$) daha yüksek depresyon riskine sahip olduğu bulunmuştur.

Sonuç: Çalışmamıza göre gebelerde depresyon riskini arttıran olası faktörler olarak düşük sosyoekonomik düzey, düşük eğitim düzeyi, geniş ailede yaşamak, sigara kullanımı, kronik hastalık öyküsü, premenstrüel sendrom öyküsü, önceden depresyon tanısı alma, plansız gebelik, önceki gebeliğinde riskli bir durum yaşama ve eşlerinden

yeterince destek görememe olarak belirlenmiştir. Aile hekimlerinin antenatal bakım sürecinde gebelerin ruh sağlığını göz ardı etmemeleri, tarama testlerini bilmeleri ve riskli gebeleri tanımları önem arz etmektedir.

Anahtar Sözcükler: Depresyon, gebelik, risk faktörleri



ABSTRACT

Assessment of Depression and Associated Factors in Women Who Admit to Çukurova University Obstetrics Outpatient Clinic: A Single-center Cross-sectional Descriptive Study

Objective: Depression is a common psychiatric problem in pregnant women as well as in the general population. Antenatal depression is a problem that should be emphasized, diagnosed and treated early as it impairs the health of both the mother and the baby and predisposes to postpartum depression. Our study aims at examining the prevalence of depression in women presenting to the obstetrics outpatient clinic and the associated risk factors, early recognition of the risky group and raising awareness among health professionals to ensure that measures are taken against depression.

Materials and Methods: Our study was planned as a cross-sectional descriptive study and was conducted with 311 consecutive pregnant women aged 18 years and over, with a pregnancy of 14 weeks or more, who could speak Turkish, literate, and who agreed to participate in the study, who were admitted to Çukurova University Obstetrics Outpatient Clinic. Sociodemographic data form, information form including obstetric examination findings of and Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) were used as data collection tools. The statistical analysis of the data was evaluated using SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 20.0 package program and the statistical significance level was taken as $p < 0.05$.

Results: The mean age of the pregnant women was 28.9 ± 5.9 years, 97.7% (n=304) were married, 42.1% (n=131) were primary school graduates, 29.9% (n=93) were high school graduates, 15.1% (n=47) were employed, 20.6% (n=64) had chronic diseases, and 35.0% (n=109) had a risky condition in their current pregnancy. EPDS scores of 33.76% of the pregnant women were 13 indicating depression risk. There was no significant difference between the risk of depression and age, marital status, regular exercise, consanguineous marriage, spousal violence, and receiving help for the care of the baby ($p > 0.05$). Low education level ($p = 0.001$), not working ($p = 0.008$), having an unemployed spouse ($p = 0.034$), insufficient monthly income ($p < 0.001$), living in an extended family ($p < 0.001$), and having a chronic disease ($p = 0.028$), smoking ($p < 0.001$), having a history of premenstrual syndrome ($p = 0.004$), having a previous diagnosis of depression ($p < 0.001$), and not receiving support from their spouses ($p < 0.001$) increased the risk of depression. No significant difference was found between the number of pregnancies, pregnancy type, trimester and the presence of risk in the current pregnancy and the risk of depression ($p > 0.05$). However, those who experienced a risky situation in their previous pregnancy ($p = 0.038$) and those with unplanned pregnancy ($p < 0.001$) were found to have a higher risk of depression.

Conclusion: Our study has revealed that low socioeconomic status, low educational level, living in an extended family, smoking, history of chronic diseases, history of premenstrual syndrome, previous diagnosis of depression, unplanned pregnancy, experiencing a risky situation in a previous pregnancy, and not receiving

support from their spouses were determined as factors increasing the risk of depression in pregnant women. It is important that family physicians should not ignore the mental health of pregnant women during antenatal care, know the screening tests, and identify risky pregnant women.

Keywords: Depression, pregnancy, risk factors



1. GİRİŞ ve AMAÇ

Gebelik bir kadının yaşamında fertilizasyonla başlayan ve kadının vücudunda hücrel, metabolik ve hormonal değişiklikler de dahil olmak üzere birçok değişikliğe neden olan fizyolojik bir durum olup, hem fiziksel hem psikolojik hem de sosyal anlamda özel bir adaptasyon gerektiren önemli bir dönemdir.^{1,2} Gebelikte oluşan fizyolojik değişiklikler genel olarak hormonal değişikliklerden kaynaklı olup, annenin vücudunu sistemsal olarak etkilemektedir.^{3,4} Bu fiziksel değişimlerle beraber psikolojik değişimler de meydana gelmektedir. Böylece gebelik dönemi, kadının hem beden algısının değişmesine hem de psikolojik açıdan farklı bir ruh haline bürünmesine sebep olur. Gebeliğin başından itibaren annede doğuma ilişkin kaygılar başlar, bebeğin sağlığı, sonrasındaki bakımı, ailedeki diğer bireylerin bu durumdan nasıl etkileneceği gibi düşünceler oluşur.^{5,6} Anneliğe uyum sağlamak kadınlar için zor bir süreç olduğu gibi kadının inançları, davranışları, sorumluluk duygusunun kendisi için ne ifade ettiği, aile bireyleriyle olan ilişkileri ve olaylar karşısındaki tutumu gebeliğin benimsenmesini etkileyen faktörlerdendir.^{3,7}

Gebelikte her trimesterin kendine özgü psikolojik açıdan uyum süreci bulunmaktadır.⁶ Gebeliğin ilk trimesterinde kadınlar anneliği benimseme ve kabul etme, gebeliğin iş ve sosyal yaşantılarına etkisi gibi farklı düşüncelerin olduğu bir alışma evresindedirler.⁸ İkinci trimestere gelindiğinde ise artık gebelik kabullenilmiş ve fetüsle bağ kurulmaya başlanmıştır. Genel olarak gebelik ile ilgili daha olumlu düşüncelerin hakim olduğu bir dönemdir.⁹ Üçüncü trimester ise fiziksel yakınmaların arttığı, yaklaşan doğumla ilgili korkuların arttığı, doğacak bebeğin bakımıyla ilgili yetemeyecek olma hissinin ön plana çıktığı annenin daha kaygılı olduğu bir dönem olarak düşünülmektedir.⁹ Bedensel, fizyolojik ve psikolojik değişimlere bazı kadınlar uyum sağlarken, bazılarında ise ruhsal problemler oluşmaktadır ya da önceden var olan bir takım ruhsal sorunlar bu dönemde yeniden ortaya çıkmaktadır.¹⁰

Depresyon; kişide yaşama isteğinin kaybolduğu, çökkünlük hali ve derin üzüntünün eşlik ettiği bir duygudurumla birlikte, düşüncelerde ve konuşmada yavaşlamanın ve fizyolojik işlevlerde aksamaların olduğu, durgunluk, kendini değersiz hissetme, hayattan zevk alamama, güçsüzlük, karamsarlık gibi duygu ve düşüncelerin eşlik ettiği ruhsal bir hastalıktır.^{11,12} Günümüz dünyasında depresyon; sıklığı,

kronikleşme ve tekrarlama oranlarının yüksek olması, klinik anlamda belirgin bir rahatsızlığa neden olması, toplumsal ve mesleki açıdan ciddi iş gücü kaybına yol açması ve kişilerde intihar riskini arttırarak ölüme kadar varabilen ciddi sonuçlar doğurması nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunu ve birinci basamakta sık karşılaşılan bir psikiyatrik problemdir.^{13,14}

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2017 yılındaki verilerine göre dünyada depresyon hastası sayısının 300 milyondan fazla olduğu, yani dünya nüfusuna oranlarsak nüfusun yaklaşık %4,4'ünün depresyonda olduğu, Türkiye'de ise depresyonda olan kişi sayısının 3 milyondan fazla olduğu belirtilmektedir.¹⁵ Depresyon her yaş grubunda ve cinsiyette görülmesine karşın kadınlarda (%5,1) erkeklerden (%3,6) daha yaygın görüldüğü bulunmuştur.¹⁵ Aynı zamanda her yıl nüfusun %10-15'ini etkilediği tahmin edilmektedir. Ancak etkili psikolojik ve farmakolojik tedavilerin varlığına rağmen depresyonun tanı konulma ve tedavi oranları düşük kalmaktadır.^{16,17} Ülkemizdeki depresyon yaygınlığı, yapılan çalışmalarda %8-20 arasında değişen oranlarda bulunmuş olup, dünyadaki çalışmalara benzer şekilde depresyonun sıklığının ve yaygınlığının Türkiye'de yaşayan kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğu gösterilmiştir.¹⁸

Literatür incelendiğinde araştırmalar dünyada sık görülen ve önemli bir sağlık sorunu olan depresyonun büyük çoğunluğunun gebelik, doğum, lohusalık gibi dönemleri içeren 18-44 yaş aralığındaki kadınlarda görüldüğünü belirtmektedir.¹³ Postpartum depresyon daha iyi bilinmesine ve daha çok araştırılmasına rağmen gebelikte depresyonu inceleyen araştırma sayısı görece azdır.¹³ Gebelik döneminde yaşanan depresyon bebeğin ve annenin sağlığını hem kısa hem uzun vadede sebep olduğu olumsuz sonuçlarla ciddi anlamda etkilemektedir. Yapılan araştırmalarda gebelikte depresyon tanısı alanlarda ciddi peripartum komplikasyonlar, sezaryen ve/veya müdahaleli vajinal doğum, uzamış riskli doğum gibi durumların oranı yüksek bulunmuştur.^{19,20} Gebelik depresyonu aynı zamanda doğum sonrası depresyon riskini de artırır ve annenin uzun süre depresyonda kalması durumunda, bebeğin sağlığı zarar görebilmektedir.²¹ Ayrıca şiddetli depresyonlar anne ölümünün önemli bir nedeni olan intiharla sonuçlanabilmektedir.²¹

Depresyon zamanında tanı alıp tedavisine başlandığında olası zararların önlenmesi mümkündür. Yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlardan yola çıkarak

genel popölasyonda olduğu gibi gebelikteki ve gebelik sonrasındaki depresyonu tanımak ve risk faktörlerini tespit edebilmek, doğabilecek olumsuz sonuçları önlemek aile hekimliği açısından da önemli bir konudur.

Çalışmamızda gebe polikliniğine başvuran kadınlarda depresyon sıklığını ve bununla ilişkili olabilecek risk faktörlerini inceleyerek, gebelik depresyonu için riskli olabilecek grubu erken dönemde tanımak ve depresyonla ilgili önlem alınmasını sağlamayı amaçladık. Bu şekilde hem bilimsel açıdan literatüre katkıda bulunabileceğimiz hem de birinci basamak hizmeti veren aile hekimleri ve kadın doğum uzmanları arasında farkındalık yaratabileceğimiz kanısındayız.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelik

Gebelik, üreme çağına gelmiş kadın ve erkeğin cinsel ilişki sırasında erkek bireyden gelen sperm ile kadın bireyin yumurtalıklarında oluşan yumurtanın döllenmesi sonucu meydana gelen, embriyonun büyüyüp gelişerek kadının vücudunda birtakım değişikliklere sebep olduğu ve doğuma kadar yeni bir canlının olduğu dönemdir.³ Gebelik döllenme ile başlar. Döllenme, 24 saatte tamamlanan karmaşık ve çok aşamalı bir süreçtir. Erkeğin spermi, dişinin yumurtasıyla buluşur ve bir zigot oluşturur. Böylece gebelik başlar ve kadın için yaklaşık 40 haftadan (280 gün) oluşan bir süreç başlamış olur.²² Döllenme sonrası oluşan zigot mitoz bölünmeyle hızla büyür ve otuz iki hücre aşamasına ulaştığında “morula” olarak adlandırılır.²² Beş ile altı günlük süreçte morula fallop tüplerine ilerleyerek uterusu ulaşır, “blastosist” adını alarak uterusu yerleşir ve iki haftalık süreçte de embriyo şeklini alır.²³ Böylece sağlıklı gebelik oluşur.

Fertilizasyondan 10. haftaya kadar uterustaki yapıya “embriyo” adı verilmekteyken, sonraki dönem ve doğuma kadar “fetüs” adı verilmektedir.^{3,24} Gebelik dönemsel olarak da “embriyonik dönem” ve “fetal dönem” olarak adlandırılmaktadır. Gebelik süreci üçer aylık periyotlara ayrılır. Birinci trimester ilk 13 hafta, ikinci trimester 14-27. haftalar arası ve 3. trimester 28. hafta ve sonrasında doğuma kadar olan dönemdir.^{3,24}

Gebelik süreci kadının yaşamında doğal ve fizyolojik bir dönem olarak düşünülse de gelişimsel bir kriz dönemi olarak da değerlendirilebilir.^{25,26} Çünkü kadın vücudu kısa bir süre içinde çok sayıda fiziksel ve hormonal değişikliğe maruz kalır. Bu kısa süreçte meydana gelen ve gebelik boyunca süren bu değişimler; fiziksel ve psikolojik uyumu gerektiren, annenin ve bebeğin sağlık ve iyilik halini devam ettirmek, metabolizmanın ihtiyaçlarını karşılamak, doğum için gerekli yapıyı sağlamak, doğum sırasında anneyi ve bebeği risklerden korumak ve doğum sonrası dönemde bebeğin beslenmesi için laktasyon dönemine hazırlık yapmak sebebiyle oluşmaktadır.^{3,27}

2.1.1. Gebelikte Görülen Fizyolojik Değişiklikler

Gebelik hücresel, metabolik ve hormonal değişiklikler de dahil olmak üzere vücut fonksiyonlarında birçok değişikliğe neden olan fizyolojik bir durumdur.¹ Gebelikteki

fizyolojik değişimler, annenin vücudunu sistemsel olarak etkilemektedir. Bu değişimler her gebede farklı derecelerde oluşmakta ve doğumdan sonraki ilk 6-8 hafta içinde genellikle normale dönmektedir.^{3,4} Oluşan fizyolojik değişiklikler genel olarak hormonal değişikliklerden kaynaklanır. Bu değişiklikler genitoüriner sistemde (uterusta, overlerde, vajina ve vulvada), kardiyovasküler sistemde, solunum sisteminde, memelerde, kas iskelet sisteminde, hematolojik sistemde, deride, gastrointestinal sistemde, metabolik ve endokrin sistemde görülür.^{24,27}

2.1.1.1. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri

Gebelerde, doğum eylemi esnasında oluşabilecek komplikasyonlardan biri olan fazla miktarda kan kaybı ile fetüsün ve uteroplasental birimin ihtiyaçlarını karşılayabilmek için kan hacminde artış olur. Kan hacmindeki artış 34. haftada en yüksek düzeye ulaşır. Ventrikül duvarı kalınlaşır, miyokard kontraktilitesi artar. Kalbin atım hızı ve atım volumü arttığından maternal kardiyak output %40 civarında artar.¹ Progesteronun vazodilatasyon etkisine bağlı ilk dönemlerde kan basıncında azalma olur. Sonrasında ise vasküler direnç ve aldosteron artışına bağlı olarak kan basıncı artabilir. Hatta bazı gebeliklerde hipertansiyon gelişimi kolaylaşır ve preeklampsi, eklampsi gibi problemler ortaya çıkabilir.^{28,29}

Annenin pozisyonu kan basıncını etkiler ve sırtüstü pozisyonda, oturur veya yan yatar pozisyona göre kan basıncı daha düşük olur.²⁷ Toplam vücut sıvısı, kan hacmi ve kapiller hidrostatik basınç artar. Serum albumin ve diğer plazma proteinlerinin vücuttaki konsantrasyonu azalır. Uterus büyüdüğü için venöz yapılara ve lenfatik drenaja yaptığı baskı artar ve aynı zamanda hipoproteinemi vb. unsurların da etkisiyle vücutta ödem meydana gelir.³⁰

2.1.1.2. Solunum Sistemi Değişiklikleri

Solunum yolları ve solunum mekaniği de dahil olmak üzere solunum sisteminde, gebelikte artan metabolik ihtiyaçları karşılamak için gerekli olan önemli değişiklikler gözlenir. Uterus boyutunun büyümesi, fetal tüketimin ve annenin metabolizma hızının yaklaşık %15 artması nedeniyle, gebe kadınların oksijen ihtiyaçları gebelikten önceki döneme göre yaklaşık %30 üzerinde artar.¹

Uterus büyüklüğünün artmasına bağlı olarak diyafragma 3-4 cm kadar yükselir. Diyafragmanın yükselmesi sonucu fonksiyonel rezidüel kapasite ve toplam akciğer kapasitesi azalırken, tidal volüm %30-50 oranında artar.³⁰ Sonuç olarak gebe kadınlarda hipoksi, hiperventilasyon ve nefes darlığı daha sık görülür.¹

Ayrıca gebelerin üst solunum yolu mukozaları östrojene duyarlıdır ve östrojen artışına bağlı olarak mukozanın vaskülaritesi ve ödemi artar. Bunun sonucunda burun tıkanıklığı ve burun kanaması gibi durumlar da görülebilir.³¹

2.1.1.3. Gastrointestinal Sistem Değişiklikleri

Gebelik sürecinde progesteronun artması, mide boşalmasının gecikmesine ve ince barsaklara geçme süresinin uzamasına neden olur. Aynı zamanda büyüyen uterus, çevre organlara baskı yaparak intestinal motilitenin azalmasına sebep olur.²⁸ Bu değişikliklere bağlı olarak tükürük salgısı artar, özefagus alt sfinkter basıncının azalması ve intraabdominal basıncın artmasıyla da gastroözofageal reflü, mide ve barsaklarda gaz, kabızlık, iştahta artma veya azalma görülebilir.²⁸

Gebelikte mide ekşimesi de sık görülen bir semptomdur. Bu duruma gastrik sekresyon pH'ındaki azalma, sekresyon miktarındaki artış ve alt özofagus sfinkter tonusundaki azalmanın sebep olduğu düşünülmektedir.³² Alt özofagus sfinkter tonusunda azalma bulantı ve kusmaya da sebep olabilir. Gebelikte bulantı ve kusma hastaların yaklaşık %80'inde yaygındır ancak şiddeti değişkenlik göstermektedir.³² Özellikle ilk trimesterde gözlenir ve genellikle 12. haftadan sonra yavaş yavaş kendiliğinden geçer.²⁸

2.1.1.4. Genital Sistem Değişiklikleri

Uterus normalde 50-70 gr iken, termde 800-1200 gr olur. Gebeliğin 6. haftasına kadar doğal şeklini korur. Östrojen ve progesteronun düz kas lifleri ve endometrium üzerine olan etkisi nedeniyle hipertrofi ve hiperplaziye uğrar. Daha sonra 6-12. haftalar arasında yuvarlak bir şekil alır ve 12. haftadan sonra pelvis dışına çıkar. Pelvisten çıktıktan sonra da hafif sağa rotasyon yapar. 12. haftada pelvisi aşan uterus, 20. haftada umblikus seviyesine gelir ve 36. haftada ksifoid seviyesindedir.³³ İlk trimesterden sonra irregüler, ağrısız kontraksiyonlar olur (Braxton-Hicks).³⁴

Serviksin fibröz dokulu bir yapısı vardır. Gebelikte hipertrofi ve hiperplazinin etkisiyle bol mukus salgılar ve bir miktar yumuşayarak morumsu bir renk alır. Çok koyu ve yapışkan olan bu mukus serviks kanalını doldurarak uterus ve dış ortam arasında bir bariyer görevi görür ve fetüsü dış etkenlere karşı korur. Vajen mukozasında ise belirgin bir kalınlaşma olur. Damarlanma artar ve buna bağlı olarak vajina ödemlenir ve morumsu bir renk alır.³⁵

2.1.1.5. Üriner Sistem Değişiklikleri

Gebeliğin ilk üç aylık döneminin sonunda böbrek kan damarları vazodilatasyona uğrar ve bu da böbrek plazma akışında ve glomerüler filtrasyon hızında (GFR) %40-50'lik bir artışa neden olur. İkinci trimesterin ortasında böbrek plazma akışı gebelik öncesine göre %60-80 oranında artar ve gebeliğin üçüncü trimesterinde bu artış %50'ye düşer.¹ Artan renal kan akışı ve GFR, kan kreatinin, üre ve ürik asit konsantrasyonlarını azaltır.¹

Gebelikte progesteron hormonunun etkisiyle üriner sistemde dilatasyon gelişir ve bunun sonucunda üriner enfeksiyonlara yatkınlık olur. Günlük idrar hacmi de %25 oranında artar. Gebeliğin son aylarında da idrar miktarında artış görülür. Bunun nedeni ise bebeğin başının pelvise angaje olması ile mesaneye baskı yapmasından kaynaklanmaktadır.³⁶⁻³⁸

2.1.1.6. Kas ve İskelet Sistemi Değişiklikleri

Sağlıklı bir gebelik için vücut anatomisinde ve metabolizmasında büyük adaptasyonlar oluşmaktadır. Gebeliğin ilerleyen dönemlerinde daha belirgin hale gelen bu adaptasyon mekanizmalarının gebelikteki kas ve iskelet sistemi sorunlarına neden olduğu görülmektedir. Karın kasları elastik sınırlarına kadar gerilir. Her iki rektus abdominis kası arasındaki mesafe genişler. Eklemlerdeki mekanik stres yükü kilo alımından da kaynaklı olarak son trimestere doğru artar. Uterusun büyümesiyle, vücudun ağırlık merkezini kaydırarak hiperlordoza neden olur. Buna bağlı olarak bel ve sırt ağrıları görülür.^{39,40}

2.1.1.7. Hormonal Değişiklikler ve Metabolizma Değişiklikleri

Gebelerde en önemli değişiklikler hormonal sistemde gerçekleşir. Gebelikte prolaktin hormonu salınır ve ilerleyen dönemlerde seviyesi yaklaşık 10 katına çıkar. Prolaktin süt kanallarını geliştirir ve süt üretimini sağlar. Tiroid hormonu bağlayıcı (TGB) proteinin artmasına bağlı olarak total tiroid hormon düzeyi artar. Gebeliğin ilk 3 ayında Tiroid stimulan hormonda (TSH) azalma olur. Kanda “beta human chorionic globulin” (bHCG) hormonunun TSH’nın beta alt ünitesine %85 sekans homolojisi göstermesinden dolayı, bHCG ilk 12 haftada hafif tirotropik aktivite gösterir. bHCG yükselirken TSH düşme eğilimindedir. Gebeliğin 13-14. haftalarında bu durumun düzelmesi beklenir.^{28,41,42}

Parathormon ilk trimesterde azalır, sonra artar. Total kalsiyum azalır. Pankreas beta hücrelerinde hiperplazi ve insülin sekresyonunda artış vardır. Maternal insülin direnci fazla artarsa, gestasyonel diyabet ortaya çıkabilir. Toplam trigliserid düzeyi artar. Total kolesterol termde %50-60 artış gösterir. VLDL, LDL ve diğer lipoproteinler artar.^{28,41,42}

Gebelikte serbest kortizol düzeyinde artış meydana gelir. Gebeliğin son trimesterinde anne, Cushingoid bir sürece girmektedir. Bunun nedeni plasentadan gebelik süresince kortikotropin salıcı hormon (corticotropin releasing hormone-CRH) salınımının olmasıdır. Doğumdan sonra CRH dolaşımdan kısa sürede temizlenir. Kortizol ise daha yavaş bir azalma gösterir.¹

Annenin bazal metabolizma hızı %20-25 oranında artar. Normalde ortalama 2100 kalori olan günlük kalori ihtiyacı, gebelikte 2500 kaloriye kadar ulaşır. Gebeliğin ilk dönemlerinde kilo artış hızı daha yavaştır. Ancak ikinci ve üçüncü trimesterde kilo artışı hızlanır. Tüm gebelik boyunca kilo artışı ideali annenin normal kilosuna göre değişim göstermekle birlikte ideal ortalama kilo alımı 11-13 kg’dır.^{28,41,42}

Gebeliğin normal fizyolojik değişikliklerinden biri de artmış su retansiyonudur. Term dönemde fetüs, plasenta ve amniyotik sıvının toplam su içeriği yaklaşık 3500 mililitredir. Su retansiyonuyla birlikte sodyum, potasyum, fosfor ve magnezyum gibi elektrolitlerde de artış görülmektedir.^{3,43}

2.1.1.8. Hematolojik Sistem Değişiklikleri

Gebelikte plazma hacmi ilk trimesterde %15 oranında, ikinci trimesterde daha hızlı, üçüncü trimesterde ise daha yavaş bir hızda artmaktadır. Doğumdan birkaç hafta öncesinde plato noktasına ulaşır. Sonuç olarak, gebelikten önceki döneme göre ortalama %30 ila 50 oranında veya bir litreden fazla kan hacminde artış olur.⁴⁴ Bu durum gebeliğin artan metabolik gereksinimleri açısından anne ve fetus için avantajlıdır. Ayrıca doğum sırasında meydana gelen kan kaybı açısından da önemli ve koruyucudur.³²

Kan hacmindeki artışa, plazmadaki artışla beraber eritrosit hacmindeki artış da neden olmaktadır. Plazma hacmindeki artış (yaklaşık 1200 ml) eritrosit hacmindeki artıştan (yaklaşık 450 ml) daha büyük olduğundan, hemoglobin konsantrasyonu ve hematokrit seviyelerinde bir düşüş yaşanır. Bu durum dilüsyonel anemi veya “gebelik anemisi” olarak bilinir.³²

Gebelikte lenfosit değerleri gebelik öncesi döneme göre daha yüksektir; ortalama 15.000/mm³ civarındadır. Trombosit sayısı ise kademeli olarak azalma eğiliminde olabilir ancak genelde normal sınırlar içerisindedir.³²

Gebelikte çeşitli pıhtılaşma faktörleri örneğin; faktör VIII, IX ve X artar. Fibrinolitik aktivite azalırken %50’ye kadar bir oranda daha fazla fibrinojen üretilir. Protein S ve antitrombin konsantrasyonları ise azalarak denge tromboz lehine değişir ve artan tromboz riski doğumdan sonraki 6. Aya kadar devam eder.¹

2.1.1.9. Memede Görülen Değişiklikler

Memeler, gebeliğin ilk trimesterinin ortalarından itibaren östrojen, progesteron ve prolaktin hormonlarının etkisi altında değişmeye başlar. Memelerde dolgunluk ve hassasiyet olur. Memeler büyüdükçe cilt inceler ve cilt altı venleri daha da belirgin hale gelir. Meme başı erektile olur, areolanın rengi koyulaşır ve büyür. İkinci trimesterden sonra memelerden kolostrum gelmeye başlayabilir.⁴¹

2.1.1.10. Ciltte Görülen Değişiklikler

Gebelikte hormonların değişimine bağlı olarak ciltte hiperpigmentasyon, kloazma, nevüs, telenjiyektazi, spider anjioma, stria gravidarum gibi lezyonlar görülebilir. Yine

hormonlardan kaynaklı annede hirsutismus görülebilir ve doğumdan sonra geriler. Gebelik döneminde tırnaklar daha hızlı uzar ve saç tellerinde kalınlaşma gözlenir. Doğumdan sonra ise “telogen effluvium” adı verilen saç dökülmesi ortaya çıkar.⁴⁵

2.1.2. Gebelikte Görülen Psikolojik Değişiklikler

Gebelik döneminde hormonların etkisiyle, fiziksel değişimler dışında psikolojik değişimler de meydana gelir. Yaşanan bu biyopsikososyal değişiklikler kadının hem beden algısının değişmesine hem de psikolojik açıdan farklı bir ruh haline bürünmesine sebep olur. Gebeliğin başından itibaren annede doğuma ilişkin kaygılar başlar, bebeğin sağlığı, sonrasındaki bakımı, ailedeki diğer bireylerin bu durumdan nasıl etkileneceği gibi düşünceler oluşur.^{5,6} Geçmişte gebelik, kadınların ruh sağlığı açısından koruyucu bir dönemi gibi görülse de günümüzde bu görüş geçerliliğini yitirmiştir.⁴⁶

Gebelik dönemi; neşeli ruh hali, olgunluk kazanma, kişisel doyuma ulaşma gibi olumlu kazanımlarının yanında stres, çökkünlük, kaygılanma, annenin fazla sorumluluk hissetmesi gibi olumsuz duyguları da beraberinde getirmektedir.⁴⁷ Anneliğe uyum sağlamaya çalışmak kadın için zorlu bir süreçtir ve bu süreç annenin geçmiş yaşam deneyimlerine göre değişkenlik gösterir.⁷ Kadının inançları, davranışları, sorumluluk duygusunun kendisi için ne ifade ettiği, aile bireyleriyle olan ilişkileri ve olaylar karşısındaki tutumu gebeliği benimsemesini etkileyen faktörlerdir.³ Bedensel, fizyolojik ve psikolojik değişimlere bazı kadınlar uyum sağlarken, bazılarında ise ruhsal problemler oluşmaktadır ya da önceden var olan bir takım ruhsal sorunlar bu dönemde yeniden ortaya çıkmaktadır.¹⁰ Gebelikte her trimesterin kendine özgü psikolojik açıdan uyum süreci bulunmaktadır.¹³

2.1.2.1. Birinci Trimesterde Görülen Psikolojik Değişiklikler

Gebeliğin henüz kesinleşmediği belirsizlik döneminde kadınlar gebelik belirtilerini doğrulamak için istekli olurlar ya da bu olasılıktan dolayı endişe duyarlar.⁸ Gebe oldukları kesinleştiğinde ise genelde çelişkili ve karmaşık duygular yaşarlar.⁴⁸ Kadın ve erkek ebeveyn olmayı çok istese bile yaşamlarında olan bu büyük değişiklik ve yeni rolleri nedeniyle çelişkili bir ruh haline bürünmeleri normaldir.⁴⁹ Her iki bireyin de aile yaşantıları, birbirleriyle olan ilişkileri, iş hayatları, çevreleriyle olan iletişimleri, gebelik durumunun getirdiği yeni zorluklar ve gereksinimler bu yeni durumla beraber

etkilenir. Plansız bir gebelik durumu ise kadında çatışma duyguları ve korkunun oluşmasına neden olmakta ve bu durum kadının sürece uyum sağlamasını zorlaştırabilmektedir. Böyle durumlarda gebeliği sürdürmek kadında kaygı ve depresyon gibi duygudurum bozukluklarına neden olabilir.⁵⁰

İlk trimester genelde anne adayının gebe olma durumunu kabullenmesi ve yeni bir durumu olduğuna uyum sağlamasıyla ilgilidir. Bu trimesterde kadının ilgisi kendi üzerindedir.⁸ Gebeliğin ilk zamanlarında kadın; sabah bulantıları, meme hassasiyeti, vücuttaki fiziksel değişimlerin başlaması, cinsel isteğin artması ya da azalması, uyku problemleri, beslenme ve egzersiz gibi konularda meydana gelen değişimlere uyum göstermeye çabalamaktadır.⁵¹ Gebeliğin birinci trimesterinin sonunda gebeliğin kabullenildiğini gösteren belirtiler; gebe olduğu için mutlu olma, fiziksel sorunların üstesinden gelebilme, aile olarak gebelik ve doğumla başa çıkabilecekleri konusunda kendilerine güvenme ve geleceğe dair umutlu olma gibi duyguların hissedilmesi olarak görülmektedir. Eğer kadın kendini üzüntülü ve mutsuz hissediyorsa, gebelikten dolayı hayatının daha da zorlaşacağını düşünüyorsa, kendini sürekli hasta hissediyorsa ve gebeliğe dair pişmanlık duygusu varsa bu belirtiler gebeliği kabullenemediğini gösterebilir.³ Gebelik kabullenilmiş olmasına rağmen bu süreçte yine de aşırı duyarlı olma, alınganlık, ani sinirlenmeler, ağlama nöbetleri ve huzursuzluk gibi hızlı duygu geçişleri ortaya çıkabilmektedir.⁵²

2.1.2.2. İkinci Trimesterde Görülen Psikolojik Değişiklikler

Bu dönemde fiziksel yakınmalardan bazıları hafıflediğinden ve kadın gebeliğe daha fazla uyum sağladığından kendini daha mutlu ve rahat hissetmektedir.⁹ Bu trimesterde kadın fetüsün hareketlerini hisseder ve vücudunda kendinden ayrı bir canlının geliştiği gerçeğini algılamaya başlar.⁴⁹ Odak noktası kendinden bebeğe yönelir ve bebeğin sağlığı için yapması gerekenlere odaklanmaya çalışır.⁸

İkinci trimesterde gebe, fetüsü koruyabilme konusunda endişelidir. Giydiği kıyafetleri, beslenmesini ve yaşadığı çevreyi bebeğin sağlığına uygunluk açısından öncesine göre daha fazla önemser.^{3,49} Bu dönemde gebelikten kaynaklı abdomenin genişlemesi, bel bölgesinin kalınlaşması, memelerin büyümesi gibi kadının bedenindeki fiziksel değişimler, bebeğin büyüdüğünü ve geliştiğini gösterdiği için genellikle anne adayları tarafından olumlu karşılanmaktadır. Bazıları ise bu değişimleri beden

imgesinin bozulması gibi algılayıp uyum sağlamakta zorluk yaşarlar.³ Bütün bu değişimler eşlerin cinsel hayatlarını da etkilemektedir. Hormonların etkisiyle ve gebelik döneminde korunma durumu ortadan kalktığı için cinsel aktivite artabilir. Orgazm gebelik değişikliklerinden dolayı daha sık ve yoğun olabilir. Ancak riskli gebelik durumlarında abortus korkusu ya da gebenin yaşadığı bulantı, kusma, bel ağrıları gibi fiziksel semptomların yoğun olması cinsel aktiviteyi azaltabilmektedir.⁵³ Sonuç olarak bu trimesterde fiziksel değişimler, cinsellik, odağın bebek olması, narsisizm ve içe dönme gibi durumlar ön planda olur.⁵⁴

2.1.2.3. Üçüncü Trimesterde Görülen Psikolojik Değişiklikler

İlk trimesterde yaşanan çelişkili ve karmaşık duygular üçüncü trimesterde yeniden hissedilmeye başlar. Kadın, bir taraftan anne olacağı için mutluluk duyarken diğer taraftan doğum korkusuyla yüzleşir ve ölü bebek doğurma, zor doğum, doğum sancıları, ölüm korkusu, doğduktan sonra bebeğine iyi bir bakım veremeyeceği gibi düşüncelerle anksiyetesini arttırabilir.^{3,9} Gebeler bu dönemde genel olarak daha duyarlı hale gelirler. Bebeğine bir zarar geleceği korkusu artabilir ve daha dikkatli olmaya çalışırlar.³

Üçüncü trimester, fetüsün büyümesi ve uterusun hacminin artması ile gebenin ağırlaştığı hareketlerinin kısıtlanmaya başladığı, varislerin ortaya çıktığı, yorgunluğun ön planda olduğu bir dönemdir ve gebe psikolojik olarak doğuma hazırlanma ihtiyacı duyar.¹³ Bu hazırlık sürecinde anne için en önemli parametrelerden biri de eş ve aile desteğidir. Doğum, bebek bakımı, evin diğer işleri gibi konularda kadının eşinden ve yakınlarından destek görmesi kaygılarını azaltarak doğuma daha kolay hazırlanmasını sağlar.^{55,56}

Özellikle son trimesterde kadınlara doğuma hazırlanma, lohusalık döneminde karşılaşılabilecek zorluklar, emzirme ve bebek bakımı ile ilgili eğitimler verilerek anne olmaya hazırlanma sürecindeki kaygıları azaltılmalıdır.

2.1.3. Kadının Gebeliğe Psikolojik Uyumu

Kadınlar gebelik sürecinin tüm aşamalarını geçmiş yaşam deneyimlerine ve içinde bulundukları toplumun etkisiyle kendilerine biçilen rollere göre farklı ve kendilerine özgü psikolojik tepkiler vererek yaşamaktadırlar. Kadınlar, gebelik boyunca yaşanan

fizyolojik ve psikolojik değişimlerin etkisiyle her trimesterde farklı bir düşünce ve davranış şekli geliştirebilmektedirler.⁶

Gebeliğe uyum sürecinde gebeliğin kabullenilmiş bir durum olması önemlidir. Planlı bir gebelik olup olmaması, kişiye ait korku ve kaygıları, gebelik konusundaki bilgi ve deneyimleri, sosyal yaşamındaki olumlu ve olumsuz rol modelleri, ailenin sosyoekonomik durumu gibi birçok faktör gebeliğin kabullenilmesini etkilemektedir.⁵⁷ Kadın gebeliğe uyum sağlayamazsa; ağlama ve öfke nöbetleri, yaşama isteğinde azalma, içe kapanıklık, keyif aldığı durumlardan uzaklaşma, kendini değersiz hissetme, bebeğin istenmemesi gibi duygu ve düşüncelere kapılarak depresyon ve anksiyete bozukluklarına zemin hazırlayabilir.^{58,59} Tüm bu duygu ve düşüncelerdeki dalgalanmanın sebebinin gebenin yeni hayatı için düzen kurma arayışı ve annelik rolüne uyum sağlama çabası olduğu düşünülebilir.⁶⁰

2.2. Depresyon

2.2.1. Depresyonun Tanımı

Depresyon sözcüğü tıbbi terminolojide “çökkünlük, kederli hissetme, işlevselliğin azalması” anlamlarında kullanılmaktadır. Kelimenin kökeni Latince olup “depressus” yani aşağı doğru bastırma/çekme, bitkinlik hissetme ve kederli olma anlamındadır. Depresyon; kişide yaşama isteğinin kaybolduğu, çökkünlük hali ve derin üzüntünün eşlik ettiği bir duygudurumla birlikte, düşüncelerde ve konuşmada yavaşlamanın ve fizyolojik işlevlerde aksamaların olduğu, durgunluk, kendini değersiz hissetme, hayattan zevk alamama, güçsüzlük, karamsarlık gibi duygu ve düşüncelerin eşlik ettiği ruhsal bir hastalıktır.^{11,12}

Birincil bir duygudurum bozukluğu şeklinde görülebileceği gibi, bazı psikiyatrik ve fizyolojik rahatsızlıklara sekonder olarak da gelişebilmektedir. Depresyon aynı zamanda sıklığı, kronikleşme ve tekrarlama oranlarının yüksek olması, klinik anlamda belirgin bir rahatsızlığa neden olması, toplumsal ve mesleki açıdan ciddi iş gücü kaybına yol açması ve kişilerde intihar riskini arttırarak ölüme kadar varabilen ciddi sonuçlar doğurabilmesi nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir.^{13,14}

2.2.2. Depresyonun Tarihçesi

Babil, Eski Mısır ve Çin gibi birçok uygarlıkta depresif ve manik durumlara ait betimlemelerden bahsedildiği görülse de bu tanımlamaları ilk kez yapan kişi Hipokrat (M.Ö. 400-367) olmuştur. Hipokrat insanda karaciğer ve safra yollarındaki fonksiyon bozukluklarına bağlı olarak durgunlaşmanın, ilgi ve istek kaybının, yetersiz ve değersiz hissetmenin, uyku sorunlarının ve intihar düşüncelerinin eşlik ettiği bir hastalık tanımlamış ve bu hastalığa “kara safra” anlamına gelen “melaine chole” ismini vermiştir. M.S. 1. yüzyılda yaşayan Kapadokyalı Aretaeus ve Galen (M.S. 131-201) Hipokrat’ın bu konudaki görüşlerini geliştirmeye devam etmiştir.⁶¹

Orta çağ döneminde İbn-i Sina ruhsal çökkünlüğü tanımlayarak çeşitli örnekler vermiştir. Richard Burton’un 1621 yılında yazdığı “Melankolinin Anatomisi” adlı eser, duygudurum bozukluklarının anlatıldığı ilk İngilizce eserdir. Bu kitapta Burton melankolinin farklı tiplerini tanımlamış, bunlara ait belirtileri, bulguları ve ayırıcı tanıları belirlemiştir.⁶²

On dokuzuncu yüzyılda ise Pinel, Esquirol, Falret, Baillarger, Mendel ve Kraepelin’in yaptığı tanımlamalarla mani ve depresyonun bugün bilinen kavramlarına çok yaklaşmış olduğu görülmüştür. Emil Kraepelin psikiyatrik hastalıkları nedenlerine göre tanımlayıp sınıflandırmıştır. 1968 yılında DSM-II (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı) yayınlanmış, psikotik ve nevrotik temel ayrımını yapmış ve Kraepelin’in yaklaşımına devam edilmiştir.⁶² 1980 ve 1987 yıllarında yayınlanan DSM-III ve DSM-III-R’de ruhsal bozuklukların tanısı belirlenmiş ve çeşitli tanı kriterleri konulmuştur.⁶³

21. yüzyılda ise teknolojik gelişmelerle beraber McLennan, Brodie, Shor, Alec Coppen gibi bilim insanları depresyonu fizyolojik temellere dayandıran birtakım çalışmalar yapmışlardır. Ayrıca psikoloji biliminde gelişen psikanalitik, davranışçı ve bilişsel bakış açıları da depresyonun tanımının geliştirilmesini sağlamıştır.⁶⁴ Son olarak 2013 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından oluşturulan DSM-V yayınlanmıştır ve günümüzde halen kullanılmaya devam edilmektedir.⁶³

2.2.3. Depresyonun Epidemiyolojisi

Depresyon dünyada ve ülkemizde en sık görülen psikiyatrik bozukluktur ve sıklığı her geçen yıl daha da artmaktadır. 2018 yılında Dünya Sağlık Örgütü’ne (DSÖ) göre

hastalık yükü açısından üçüncü sırada yer alırken, 2030 yılında birinci sıraya yerleşeceği öngörülmektedir.⁶⁵ Dünya Sağlık Örgütü'nün 2017 yılındaki verilerine göre dünyada depresyon hastası sayısının 300 milyondan fazla olduğu, Türkiye'de ise depresyonda olan kişi sayısının 3 milyondan fazla olduğu belirtilmektedir. Dünya nüfusuna oranlarsak nüfusun yaklaşık %4,4'ünün depresyonda olduğu belirtilmiştir. Bu oranın %26,57'si Güney Doğu Asya, %20,53'ü Batı Pasifik Bölgesi, %16,43'ü Afrika, %14,93'ü Amerika, %12,49'u Avrupa, %9,05'i Doğu Akdeniz olmak üzere dağılım göstermektedir. Depresyon her yaş grubunda ve cinsiyette görülmesine karşın kadınlarda (%5,1) erkeklerden (%3,6) daha yaygın görüldüğü bulunmuştur. Hazırlanan raporda dünyada her yıl 800 bin kişinin intihar ettiği, 15-29 yaş aralığındaki ölümlerin en sık ikinci sebebinin intiharlar olduğu bulunmuştur. Türkiye'de ise her 100 bin kişiden %12,6'sının intihar ettiği tespit edilmiştir. Refah düzeyi yüksek ülkelerde depresyonda olan kişilerin yarısının tedavi alabildiği, refah düzeyi düşük ülkelerde ise bu oranın %10'lara kadar düştüğü saptanmıştır.¹⁵

EUROSTAT'ın (European Community Statistical Office-Avrupa İstatistik Ofisi) 2019 yılında hazırladığı raporda Avrupa Birliği ülkelerinde depresyon görülme sıklığı ortalama %7,2 olarak bulunmuş olup ilk sırada Portekiz (%12,2) yer alırken, bunu İsveç (%11,7), Almanya ve Hırvatistan (her ikisi de %11,6) izlemiştir.⁶⁶ Goodwin ve arkadaşlarının 2015 yılından 2020 yılına kadar ABD'de depresyonun yaygınlığındaki artışı inceledikleri çalışmaya göre depresyon yaygınlığı 2015'te %7,3 oranında iken 2020 yılında %9,2'ye çıktığı bulunmuştur.⁶⁷

Ülkemizdeki depresyon yaygınlığı çalışmalarda %8-20 arasında değişen oranlarda bulunmuştur. Yine dünyadaki çalışmalara benzer şekilde depresyonun sıklığının ve yaygınlığının Türkiye'de yaşayan kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğu bulunmuştur.¹⁸ Türkiye'de birinci basamağa başvuran hastalara yönelik yapılan bir çalışmada ise Hastalıkların ve İlgili Sağlık Sorunlarının Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırması'nın 10. revizyonuna (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-ICD) göre %11,6 oranında depresyon tanısı alan hasta olduğu saptanmıştır.⁶⁸

2.2.4. Depresyonun Etiyolojisi

Depresyon tek bir nedene bağılı olmayıp birden fazla durumla ilişkilendirilmiş çok yönlü bir ruh sağlığı problemidir. Etiyolojisinde genetik, psikolojik ve biyolojik etmenlerin rol oynadığı düşünülmektedir.¹⁸

2.2.4.1. Genetik Faktörler

Depresyonun etiyolojisi hala belirsiz olmasına rağmen hastalıkla ilgili genetik faktörler, çevresel faktörler ve gen-çevre etkileşimlerini araştırmak için çok sayıda çalışma yapılmış ve çeşitli modeller kullanılmıştır. Yakın zamanda yapılan aile, ikiz ve evlat edinme çalışmaları, genetik faktörlerin depresyonun ortaya çıkmasında çok önemli bir rol oynadığını göstermektedir.⁶⁹ Yapılan çalışmalarda riski büyük oranda arttıran tek bir genetik varyasyon tespit edilememiştir. Genetik varyantların genel hastalık riski üzerinde daha az etkiye sahip olduğu ve depresyon gelişiminin muhtemelen çevresel faktörlerle birlikte çok sayıda genetik faktörün etkisiyle birlikte ortaya çıktığı düşünülmektedir.⁷⁰ Yapılan aile çalışmalarında depresif bozukluklarda ailesel bir yatkınlık olduğu tespit edilmiştir ve kalıtsallığı %30-50 oranında bulunmuştur.⁷¹ Majör depresyon hastalarının birinci derece akrabalarında, majör depresyon riskinin normal toplumdaki riske göre 2 ila 4 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir. İkizlerde yapılan çalışmalarda ise monozigot ikizlerin depresyon riskinin dizigot ikizlere göre daha yüksek olduğu, birlikte hastalık görülme oranının monozigotlar için %50, dizigotlar için %10-25 olduğu saptanmıştır. Başka ailelerde yetişen ikizlerde ise bu oranın çok fazla etkilenmediği görülmüştür.^{70,72}

Yapılan bağlantı analizi çalışmalarında en çok 1p, 3p, 4q, 7p, 8p, 11, 12q, 13q, 15q, 18q ve 21q kromozomlarında bulunan gen bölgelerinin depresyonla bağlantıları bulunmuştur.⁷³ Bir milyondan fazla katılımcıyı içeren bugüne kadarki en büyük genom çapında depresyon ilişkilendirme çalışması GWAS (Genome Wide Association Studies-Genom Geneline İlişkilendirme Çalışması) majör depresif bozukluk ile ilişkili 178 genetik risk lokusu ve 223 bağımsız SNP (single nucleotide polymorphism-tek nükleotit polimorfizmi) tanımlamıştır. Bu çalışmada ilişkilendirilen önemli genlerden bazıları NEGR1, DRD2, CELF4, CCDC71, FADS1, SPPL3, TRAF3 ve KUZU2'dir.⁷⁴

Depresyonun etiyolojisi hala çok karmaşık ve tam çözümlenememiş olmakla birlikte genetik faktörlerin depresyon üzerindeki etkisine dair öngörüler ve yapılan çalışmalar, depresyon tedavisi için büyük umut vaat etmektedir.⁷¹

2.2.4.2. Biyolojik Faktörler

Son yıllarda yapılan nörogörüntüleme çalışmalarında majör depresif bozukluk hastalarının beyinlerinde yapısal ve işlevsel değişiklikler tespit edilmiştir. Kortikal ve subkortikal yapıların hacimlerinde azalma, beyindeki gri madde hacminin azalması, lateral ventriküllerde genişleme ve miyelin bütünlüğünün bozulduğunu düşündüren beyaz maddede yapısal farklılıklar gözlenmiştir.^{75,76}

Depresyonun etiyolojisinde ilk öne sürülen biyolojik mekanizmalardan biri, monoamin (serotonin, noradrenalin ve dopamin) seviyelerindeki eksikliklerdir. Bu nörotransmitterler uyku, iştah ve duygusal süreci yöneten beyin limbik sisteminde yoğun olarak bulunmaktadır. Bu nörotransmitterlerin sentez aşamasında ya da işlevini etkileyen bir anormallik olduğunda depresyon oluşabilmektedir.⁷⁷ “Depresyonun monoamin hipotezi” monoamin oksidaz inhibitörlerinin ve trisiklik antidepresanların, serotonin (5-HT ya da 5-hidroksitriptamin) ve noradrenalin aktivitesini artırarak depresif semptomları iyileştirebildiğine dair bulgularla desteklenmiştir. Bu alanda yapılan birçok çalışma bu teoriyi desteklese de sınırlama olarak antidepresanların monoamin düzeylerini artırma etkilerinin anında gerçekleşmesine rağmen antidepresanlarla tedavilerin klinik etkilerinin görülmesinin genellikle haftalar alması gösterilmiştir.⁷⁸ Başka bir çalışmada depresyonlu hastaların yaklaşık üçte biri, yalnızca monoamin geri alımını inhibe ederek çalışan antidepresanlara yanıt vermemiş ve 5-HT öncüsü olan triptofanın azaltılması, tüm hastalarda depresif atakları tetiklememiştir. Bu da monoamin teorisinin tüm hastalarda geçerli olmadığını göstermektedir.⁷⁹ Böylece majör depresif bozukluk için başka yolların ve farklı nörotransmitterlerin de etkinliğinin olabildiği düşünülmüştür.⁷⁸

Depresyonun patogenezinde monoamin hipotezi dışında hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) aks fonksiyon bozukluğu hipotezi, sitokin hipotezi, nöroplastisite hipotezi ve sistemik etki hipotezi dahil olmak üzere çeşitli hipotezler geliştirilmiştir. Ancak bu hipotezlerin hiçbiri tek başına depresyonun patolojik temelini tam olarak açıklayama yeterli değildir.⁶⁹

2.2.4.3. Psikolojik Faktörler

Doğumdan sonraki 10 ile 18. aylar arasındaki oral dönemde anne ile bebek arasında yaşanan sorunların, erken çocukluk döneminde bağlanma problemlerinin ve travmatik ayrılıkların depresyona yatkınlık yarattığı düşünülmektedir.⁸⁰ Gelişim sürecinde, özgüven duygusu sağlanamadığında depresyona meyil oluşur. Bireyin yüksek ideallerinin olması veya çevresindeki kişilerin kendisiyle ilgili yüksek beklentilerinin olması ve kişinin ideallerini gerçekleştiremeyeceğini veya beklentileri karşılayamayacağını fark etmesi de depresyona girmesinde etkilidir.⁸⁰

Psikososyal anlamda depresyonla ilişkili olduğu ileri sürülen çeşitli görüşler mevcuttur. Yapılan çalışmalarda bu görüşler ayrı alt başlıklarda incelenmiştir.

Psikanalitik Kuramlar

Freud “Yas ve Melankoli” başlığı altında depresyona ait ilk kez psikoanalitik görüşten bahseder ve bu iki süreci benzer kayıplara farklı tepkilerin geliştirildiği, birbirleriyle ilişkili durumlar olarak tanımlar.¹⁸ Freud’un klasik psikanalitik teorisine göre kişinin gerçek ya da gerçek olmayan bir sevgi nesnesi kaybı vardır. Bunun sonucunda bireyde terk edilmişlik duygusu ve benlik saygısında azalma meydana gelmektedir. Kaybedilen nesneye karşı duyulan nefret zamanla bireyin kendisine dönmektedir ve kişinin kendini cezalandırmasıyla sonuçlanmaktadır.^{81,82}

Bağlanma Kuramı

Bazı teorisyenlere göre kişilerin depresyona yatkın olmasındaki önemli sebeplerden biri de yaşamlarının erken döneminde edindikleri deneyimlerdir. Bowlby, bebeklerin kendilerine birincil bakım veren kişilerle tekrarlayan ilişkiler aracılığıyla bağlanma geliştirdiğini ve bu süreçte yaşanan deneyimlerin sonradan ortaya çıkan depresyon gibi ruh sağlığı bozukluklarına neden olabileceğini öne sürmüştür.^{18,83}

Davranışçı Kuram

Davranışsal teoriye göre yaşam stresinin ve olumsuz olayların depresyonu tetiklediği ve pozitif düşünme eğilimini azalttığı düşünülür. Öğrenilmiş çaresizlikte ise; kişiler bazı olumsuz yaşam olaylarını sık tekrarlayan dönemlerde ve uzun süreli bir biçime dönüşmüş olarak yaşadıklarında, bu durum kişilerde yaşanan olumsuz olayların

sonuçları üzerinde kontrol sahibi olma noktasında çaresiz olduklarına dair bir algı oluşturur.^{18,84} Bu çaresizlik duygusu da kişilerde motivasyon ve özgüven kaybına yol açar. Hatta çevrelerinde kontrol etmeleri mümkün olan olaylara karşı bile tepkisiz kalırlar. Bu öğrenilmiş çaresizlik durumu; düşük motivasyon, pasiflik, kararsızlık gibi depresyon belirtilerine benzemektedir. Seligman'ın öğrenilmiş çaresizlik modelinde, çocukluktan itibaren çaresizliği ve çaresizlik duygularını kontrol çabalarının işe yaramadığını öğrenmiş kişilerin, herhangi bir olumsuzlukla karşılaştıklarında 'Nasıl olsa bunun da üstesinden gelemem' duygusuyla kendilerini bırakma eğiliminde olduklarını ve bu durumun depresyona neden olabileceği görüşü ileri sürülmektedir.^{18,84}

Bilişsel Kuram

Aaron Beck (1967) depresyonu olan kişilerin dünyaya negatif bilişsel üçlü çerçevesiyle baktığını ileri sürmüştür. Bu kişilerin kendileriyle, dünyayla ve gelecekle ilgili olumsuz bir bakış açısı vardır.⁸⁴ Kişinin yaşadığı herhangi bir olayın, daha önceden var olan ancak işlevsel olmayan olumsuz şemaları harekete geçirmesiyle birtakım otomatik düşünceler oluşur. Bu düşünceler kişide üzüntü, kaygı, suçluluk, kararsızlık, davranışlarda yavaşlama, motivasyon kaybı, çevresine olan ilginin azalması, sorunlarla baş edebilme gücünde azalma gibi sonuçlar doğurur ve böylece depresif belirtiler ortaya çıkar.⁸⁴

2.2.5. Depresyonun Olası Risk Faktörleri

Depresyon kalıcı düşük ruh haliyle karakterize edilen, ölüm ve sakatlık oranları yüksek olan, Dünya çapında çok yaygın bir hastalık ve ciddi bir halk sağlığı problemidir.⁸⁵ Bu sebepten olası risk faktörlerini belirlemek, değiştirilebilir risk faktörlerine karşı hastaları eğitmek ve uygun önlemleri almak önemlidir. Yaş, cinsiyet, aile öyküsü, stresli yaşam olayları, aile işlev bozuklukları, yetersiz anne-baba bakımı, erken olumsuz yaşantılar, bağımlı ve obsesif özellikler gibi kişilik özellikleri, güvenli olmayan bağlanma stili, kronik psikiyatrik ve bedensel hastalık, sosyal destek azlığı, sosyoekonomik durum, düşük eğitim düzeyi gibi durumlar majör depresyon için olası risk faktörleridir ve hastalığın seyrini etkilerler.⁸⁶ Bunların dışında sigara içmek, düşük eğitim düzeyi, kötü uyku kalitesi gibi durumların da yapılan çalışmalarda depresyona sebep olduğu gösterilmiştir.⁸⁵

2.2.6. Depresyonda Klinik Belirtiler

Dünya çapında engelliliğin ana nedeni olan majör depresif bozukluk (MDB), yorgunluk, kilo kaybı ve iştah kaybı gibi fiziksel değişikliklerle karakterizedir.⁸⁵ Anhedoni, dürtü eksikliği, uyku sorunları, bilişsel zorluklar ve suçluluk gibi duygusal belirtiler de MDB'ye eşlik eder. Bunlara ek olarak çökkünlük, sıkıntı ve bunaltı hissi, değersizlik hissi, sürekli olumsuz düşünme eğilimi, kararsızlık, isteksizlik, psikomotor yavaşlık, hipokondriyak uğraşlar ve ağrı, fobiler ve obsesyonlar, bellek ve algıda bozulma, kişisel bakımın azalması, aileden ve çevreden uzaklaşma, ilgilerin sınırlandırılması, dikkat toplamada zorluk yaşama, gelecekte umutsuzluk ve geçmişten pişmanlık, cinsel istekte azalma, adet düzensizlikleri ve intihar düşünceleri de görülebilir.^{11,18,69,87} Depresyon tanısını koymak için DSM ve ICD yaygın olarak kullanılan sınıflandırmalardır, ancak klinik uygulamada DSM baskın kullanılan yöntemdir.⁶⁵

DSM-V'e Majör Depresif Bozukluğun Tanı Kriterleri

Psikiyatrik hastalıklarda tanı koymak için DSM kriterleri kullanılmaktadır. En son DSM-5 olarak güncellenmiştir.¹¹

Majör Depresif Bozukluğu olan kişilerde;

A- Aynı iki haftalık dönem boyunca aşağıdaki belirtilerden beşi ya da daha fazlası bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur. Bu belirtilerden en az biri ya çökkün duygudurum ya da ilgisini yitirme, zevk almama olmalıdır.

- Çökkün duygu durum neredeyse günün tamamına hâkimdir ve kişinin kendisi veya başkaları bu durumu bildirir.
- Neredeyse bütün etkinliklerin tamamına karşı zevk alamama ve ilgi kaybı bulunur.
- Kilo vermeye ya da almaya çalışmıyorken kilo alımı ya da azalışı olur. Yemek yeme isteği artmış ya da azalmıştır.
- Neredeyse her gün uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma gözlemlenir.
- Neredeyse her gün psikodevinsel kıskırma ya da yavaşlama gözlemlenir.
- Neredeyse her gün bitkinlik ya da enerji düşüklüğü gözlemlenir.
- Neredeyse her gün değersizlik ya da aşırı suçluluk duyguları hissedilir.

- Neredeyse her gün düşünmekte ve odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama gözlemlenir.

- Yineleyici ölüm düşünceleri ya da öznel bir eylem tasarlama meydana gelir.

B- Bu belirtiler klinik, toplumsal ve işlevsel anlamda sıkıntıya yol açmaktadır.

C- Bu belirtiler madde kullanımı, başka bir sağlık durumu veya nörolojik bir durumun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

D- Bu dönemi ortaya çıkaran sebepler olarak; şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış durumlarla daha iyi açıklanamaz.

E- Hiçbir zaman bir mani ya da hipomani dönemi geçirmemiştir.

2.2.7. Depresyonun Tedavisi

Depresyonun akut dönemde tedavi başarısı çok değişkenlik göstermekle birlikte hastalığın şiddetine göre tedavinin etkinliği de artmaktadır. Dikkat edilmesi gereken, ilk etapta çoklu ilaç kullanımından kaçınmak ve başlangıç için daha sade bir tedavi tercih etmektir.⁶⁸ Sonrasında hastanın uyumunu arttırmak adına hastanın yaşı ve işlevselliği, başka bir hastalığı olup olmadığı, düzenli ilaç kullanımı, seçilen ilacın yan etki profili detaylandırılarak uygun ilaç seçimi önerilmektedir.⁶⁸ Kılavuzlar, ilk depresyon atağı için akut dönemde 6-12 hafta süreyle antidepresan ilaçla tedaviye başlanmasını ve bu dönemden sonra tedaviye 4-9 ay devam edilmesini önermektedir.¹⁷

Hastalar depresif dönemin yanıtına ve ciddiyetine bağlı olarak farklı bir ilaca veya kombinasyon tedavisine geçerek daha fazla bakım tedavisine ve uzun süreli tedaviye ihtiyaç duyabilir.⁸⁸ Semptom şiddetinde bir azalma olmadığı takdirde ilaç dozu arttırılabilir ya da aynı gruptaki başka bir ilaca ya da farklı gruptan bir ilaca geçmek veya başka bir ilaç eklemek gerekebilir.⁸⁸ Antidepresanlar; monoaminoksidaz inhibitörleri (MAOI), seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI), serotonin norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI), trisiklik antidepresanlar, tetrasiklik antidepresanlar, serotonin modölatörleri, alfa2 adrenerjik otoresptör antagonistleri, dopaminerjik ilaçlar, benzodiazepinler ve atipik antidepresanlar olarak depresyonun farmakolojik tedavisinde kullanılmaktadır.⁸⁹⁻⁹¹ Birincil olarak SSRI, SNRI, mirtazapin ve bupropion ajanları tercih edilmektedir.⁸⁸

Klinik rehberler depresyonun tedavisinde farmakolojik ve psikososyal girişimlerin birlikte kullanımını önermektedir.⁹² Psikososyal girişimler akut dönemde kısmen düzelme olduktan sonra, fayda ve gerekliliği ispatlanmış çeşitli yöntemlerdir. Psikoterapi, “kişilerin davranışlarını, duygularını ve/veya diğer kişisel özelliklerini hastalarının talep ettiği yönde değiştirmelerine yardımcı olmak amacıyla yerleşmiş psikolojik ilkelere dayanan klinik yöntemlerin ve kişilerarası tutumların bilgilendirici ve kasıtlı olarak uygulanması” olarak tanımlanabilir.⁹² Bunlardan bazıları psikodinamik terapi, davranışçı terapi, hümanistik ve varoluşçu terapi, sorun çözme terapisi, aile ve çift terapisi, destekleyici terapi, kişilerarası terapi gibi yöntemlerdir. Bunların dışında elektrokonvulsif tedavi (EKT) ve ışık terapisi gibi yöntemler de depresyonun tedavisinde kullanılmaktadır.⁹³

2.3. Postpartum Dönemde Görülen Ruhsal Bozukluklar

Gebelik dönemi ve doğum zor ve yorucu bir süreçtir. Kadınlar bu süreçte hormonal, fiziksel, duygusal ve psikolojik olarak birçok değişimden geçerler.⁹⁴ Doğumdan sonra yaşanan bu değişimler annede mutluluktan sevince üzüntüden ağlama nöbetlerine kadar çok çeşitli duygulanımlara sebep olmaktadır. Doğum süreci ile ruh sağlığı bozuklukları arasındaki ilişki Hipokrat zamanından beri bilinmekte olup, ilk kez 1858 yılında Victor Luis Marce tarafından gebelikte ve postpartum dönemde psikiyatrik bozuklukların geliştiği öne sürülmüştür.⁹⁵ Doğum sonrası dönemde ortaya çıkan psikiyatrik rahatsızlıkları tanımlamak için postpartum ruhsal bozukluk kavramı kullanılırken bu kavram genel olarak üç tip duygulanım bozukluğunu içerir. Bunlar annelik hüznü, postpartum depresyon ve postpartum psikozdur.⁹⁴

2.3.1. Annelik Hüznü (Postpartum Blues)

Genellikle doğumdan sonraki 2. veya 3. günden sonra ortaya çıkan, yaklaşık 2 hafta içerisinde gerileme eğilimi gösteren, kendini sınırlayan düşük ruh hali ve hafif depresif belirtiler “annelik hüznü” olarak tanımlanmıştır.⁹⁶ Literatürde “annelik hüznü” yerine “postpartum keyifsizlik”, “doğum sonrası hüznü”, “bebek hüznü”, “3. gün depresyonu” gibi tabirler de kullanılmaktadır. Oldukça yaygın gözlenen bu durumun yeni doğum yapan annelerin %50 veya daha fazlasında görüldüğü gözlenmiştir.⁹⁷

Doğum sonrası majör depresyon ise annelik hüznüne sahip kadınlar arasında yaklaşık 4 ila 11 kat daha yaygındır.⁹⁷

Belirti olarak annede nedensiz ağlama nöbetleri, sinirlilik, kaygı, uykusuzluk, sürekli hüzünlü olma hali, çaresizlik hissi, baş ağrısı, konsantrasyonda güçlük, unutkanlık, enerji azlığı, yalnız kalma isteği, iştah kaybı, doğum eylemi ve çocuk bakımı ile ilgili bunalmışlık hissi ve bebeğe karşı ilgi eksikliği, dış etkenlere karşı aşırı duyarlı olma ve ani ruh hali değişiklikleri görülmektedir.^{98,99}

Annelik hüznünün gelişmesinde çok çeşitli risk faktörleri rol alabilmektedir. Bunlar arasında adet döngüsüyle ilişkili ruh hali değişiklikleri veya gebelikle ilişkili ruh hali değişiklikleri öyküsü, majör depresyon veya distimi geçmişi, ailede doğum sonrası depresyon öyküsü, medeni durum, gebeliğin planlı olup olmaması, doğum korkusu, doğum şekli, primipar olma, sosyal uyum güçlüğü, sosyal destek azlığı, düşük eğitim düzeyi ve düşük sosyoekonomik düzey gibi faktörlerin etkili olabileceği düşünülmektedir.^{99,100}

Ayrıca yapılan çalışmalar annelik hüznünün başlangıç zamanının doğum sonrası östrojen ve progesteron düzeylerinin ani düşmesiyle eş zamanlı olduğunu göstermiştir. Yine annelik hüznüne sahip kadınlarda progesteron metaboliti allopregnanolon önemli ölçüde düşük düzeylerde bulunmuştur. Bu durum annelik hüznünün endokrin bir fenomen olabileceğini düşündürmektedir.¹⁰¹

Annelik hüznünün kadınlarda doğum sonrası depresyon, doğum sonrası psikoz ve düzeltilemez duygusal ve bilişsel bozuklukların ortaya çıkmasında spesifik bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Görülme oranının yüksek olduğu göz önüne alındığında, erken tanı koymak anneye yeterli ve hızlı destek sağlamak için önemlidir.¹⁰²

Annelik hüznünün kesin kabul edilmiş tanı kriterleri olmamakla birlikte zaman içinde geliştirilen çok sayıda değerlendirme yöntemiyle tanısı koyulabilmektedir. Ölçümde en sık kullanılan araçlar standart görüşmeler, anketler ve/veya ruh hali derecelendirme ölçekleridir. Bunlar arasında Hamilton Ölçeği, Yalom Ölçeği, Davidson Ölçeği, Blues Derecelendirme Ölçeği, Stein Annelik Hüzün Ölçeği, Kendell Ölçeği, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI), Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği, Kennerley'in Blues Anketi, NEO Beş Faktörlü Kişilik Envanteri, Berlin Sosyal Destek Ölçeği, Mieczyslaw Plopa ve Jan Rostowsky Evlilik Anketi gibi anketler kullanılmaktadır.¹⁰³

Annelik hüznü geçici ve kendini sınırlayan bir durum olduğu için belirtilerin şiddeti zamanla azalarak genellikle iki hafta içerisinde kişilerin iyileşmeleri beklenir.⁹⁷ Bu sebepten eğitim, güvence ve psikososyal destek dışında herhangi bir medikal tedaviye ihtiyaç duyulmaz. Ancak annelik hüznü belirtilerinin iki haftadan daha uzun sürmesi durumunda, annenin mutlaka doğum sonrası psikiyatrik bozukluklar açısından değerlendirilmesi gerekir.⁹⁶

Annelik hüznü yaşayan annelerin, aileleri ve sağlık personelleri tarafından desteklenmeleri önemlidir. Yalnızca fizyolojik olarak değil psikolojik olarak da zor geçen postpartum dönemde kadının kendine güvenini kazandırmak, annelik hüznüyle nasıl baş edeceği konusunda bilgilendirmek, bebek bakımına ilişkin varsa bilgi eksikliklerini gidermek suretiyle anneye sosyal destek ve psikoterapi girişimleri kadının süreci aşmasında yararlı olmaktadır.¹⁰⁴

2.3.2. Postpartum Depresyon

Doğum sonrası dönemde en sık görülen psikolojik rahatsızlıklardan biri de doğum sonrası depresyondur. Annelik hüznü yaşayan kadınlar daha hızlı iyileşme eğilimindeyken; postpartum depresyon yaşayanlarda süreç daha uzundur ve annelerin normal işlevlerine dönme yetenekleri ve bebekleriyle olan ilişkileri ciddi şekilde etkilenir. Doğum sonrası depresyon (postpartum depresyon-PPD), tedavi edilmediği takdirde çocuğun duygusal, zihinsel ve entelektüel gelişimi üzerinde olumsuz etkilere sahiptir ve daha sonra uzun vadeli komplikasyonlara neden olabilir.¹⁰⁵

DSM-V, doğum sonrası depresyonu, gebelikte başlayan, doğum ve doğumdan sonraki ilk 4 haftayı içeren “peripartum depresyon” olarak yeniden tanımlamıştır.¹¹ ICD sınıflandırmasına göre ise doğum sonrası depresyon, doğumdan sonraki dönemin ilk altı haftasında başlayan depresyon olarak tanımlanmıştır.¹⁰⁶ Çoğu araştırma, doğumdan sonraki ilk altı ay içinde başlayan depresyonu doğum sonrası depresyon olarak kabul ederken, çok az çalışma doğum sonrası depresyonun başlangıcı için doğum dönemini takiben ilk bir yıla kadar olan zamanı kabul etmektedir.¹⁰⁷

Dünya Sağlık Örgütü 2015 yılında yayınladıkları sağlık planlarında, annelerin ruhsal durumu ile ilgili erken tanı, tedavi ve önleme çalışmalarına yer vermiş ve doğum sonrası depresyonun önemini vurgulamıştır.¹⁰⁸ Ülkemiz sağlık politikalarında da annelerin ruh sağlığının önemine dikkat çekilmektedir. Sağlık Bakanlığı’nın yayınladığı

Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi'nde (2018) annelerin ruhsal sağlık durumlarının doğumdan sonraki 30. ve 42. günlerde Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDS) kullanılarak değerlendirilip yüksek depresyon riski taşıyan annelerin bir uzmana yönlendirilmesi ve bu annelerin doğum sonrası 8. haftada tekrardan değerlendirilmesi önerilmektedir.¹⁰⁹

2.3.2.1. Postpartum Depresyonun Epidemiyolojisi

Postpartum depresyonun görülme sıklığı kültürlere, kullanılan ölçeklere, hastaya uygulanan zamana, popülasyon genişliğine ve bunun gibi birçok faktöre bağlı olarak değişkenlik göstermekle beraber dünya çapındaki prevalansı ortalama %15 civarındadır.¹¹⁰ Asya ülkelerinde bildirilen oran ise %3,5 ila %63,3 arasında değişmektedir.¹¹¹

Türkiye' de yapılan bir çalışmada son bir yıl içerisinde doğum yapan 272 kadında postpartum depresyon görülme sıklığı %18,4 olarak belirlenmiştir.¹¹² Başka bir çalışmada postpartum 8. haftada toplam 495 hastanın 101'inde (%20,4) depresyon saptanmıştır.¹¹³ Erzurum'da son dönemde EPDS ve SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM Disorders-I) ile yapılan izlem çalışmasında postpartum 6. haftada depresif bozukluk oranı %35 olarak tespit edilmiştir. Aynı çalışmada, gebeliğin ilk üç ayında depresif bozukluk oranının ise %16,8 olduğu bildirilmiştir.¹¹⁴

Genel olarak değerlendirildiğinde, postpartum depresyon görülme sıklığı gelişmiş ülkelerde %5-15, gelişmekte olan ülkelerde ise genelde %20 ve üzerinde olup %50'lere yaklaşan oranların bildirildiği söylenebilmektedir.¹¹⁰

2.3.2.2 Postpartum Depresyonun Etiyolojisi

Postpartum depresyonun etiyolojisi kesin olarak bilinmemekle beraber gebelik ve doğum sürecinde gerçekleşen hızlı fizyolojik değişikliklerin rol alabileceği düşünülmektedir.¹⁰⁶ Ancak doğum yapan tüm kadınlarda hormonal ve biyokimyasal değişiklikler olmasına rağmen psikiyatrik rahatsızlıkların sadece bir kısmında görülmesi fizyolojik etmenler dışında sosyal faktörlerin de göz önünde bulundurulması gerektiğini akla getirmektedir.¹¹⁵

Psikososyal Faktörler: Gebelikte depresyon veya anksiyete, annelik hüznü, nevroz, aşırı strese neden olan yaşam olayları, geçmişte depresyon veya anksiyete

öyküsü, zayıf evlilik ilişkileri, düşük özsaygı, adet öncesi sendromu (premenstrüel sendrom-PMS), bebeğe karşı olumsuz tutum, bebeğin cinsiyetindeki isteksizlik, duygusal veya fiziksel şiddet, cinsel istismar öyküsü, sosyal destek eksikliği gibi durumlar doğum sonrası depresyonun gelişmesinde kalıcı faktörlerdir.¹¹⁵

Postpartum depresyonda kadının yaşı da önemli bir risk faktörüdür. Çok erken yaşta veya çok ileri yaşta anne olmak, depresyon ve anksiyete açısından önemli bir etmendir.¹¹⁶ İleri yaşta anne olanlar bebeğin bakımı konusunda yetersizlik ve daha fazla sorumluluk hissetmekte, bu da annenin daha fazla kaygılı olmasına sebep olmaktadır. Erken yaşta anne olanlarda ise tecrübesizlik aynı şekilde yetersizlik hissine sebep olarak kaygı düzeyini arttırmaktadır.¹¹⁶ Ayrıca yeme alışkanlıkları, uyku döngüsü, fiziksel aktiviteler ve egzersiz de doğum sonrası depresyonu etkileyebilir. Fiziksel aktivite ve egzersiz depresif belirtilerin görülme sıklığını ve depresyonun neden olduğu düşük benlik saygısını azaltır. Egzersiz sırasında, endojen endorfinler ve opioidler artar, bu durum da ruh sağlığı üzerinde olumlu etkiler sağlamaktadır.¹¹⁶

Fizyolojik ve Obstetrik Risk Faktörleri: Acil sezaryen ve gebelik sırasında hastaneye yatışları içeren riskli gebelik durumları (mekonyum aspirasyonu, göbek kordonu dolanması, preeklampsi, erken doğum veya ölü doğum gibi durumlar) doğum sonrası depresyonla ilişkilendirilmiştir.¹¹⁷ Chang ve arkadaşlarının Tayvan’da yaptığı çalışmaya göre sezaryen ile doğum yapan kadınlarda postpartum depresyon sıklığının daha fazla olduğu gösterilmiştir. İlk doğumu olan, gebelik süresince düşük riski taşıyan ve doğum korkusu yaşayan kadınların postpartum depresyon görülme oranı açısından daha fazla risk taşıdıkları gösterilmiştir.¹¹⁷ Emzirme ve postpartum depresyon arasındaki ilişki net olmasa da bazı çalışmalarda risk faktörü olarak ifade edilmiştir. Emzirmeye başlamanın depresif belirtileri azalttığı, emzirmeyi erken kesmenin ise depresyonu arttırdığı ileri sürülmüştür.¹¹⁸

2.3.2.3. Postpartum Depresyonun Patofizyolojisi

Postpartum depresyonun gelişim mekanizması kesin olmamakla birlikte zaman içinde geliştirilen birçok farklı model ve teori öne sürülmüştür. Biyolojik modelde; progesteron, östradiol ve kortizol gibi hormonların gebelik sürecinde yükselmesinin ardından doğumdan sonra ani bir düşüşle gebelik öncesi dönemdeki düzeylerine dönmesinin, hormonal sistemde düzensizliğe yol açarak depresyona neden olabileceğini

akla getirmiştir.¹¹⁵ HPA aksının da postpartum depresyon sürecinde rol oynadığı bilinmektedir. HPA aksı travma ve stres durumlarında kortizol salınımına neden olur ve aksın işlevi normal değilse katekolamin salınımını azaltarak zayıf bir stres yanıtına yol açar.¹⁰⁵

Oksitosin ve prolaktin de postpartum depresyon patogeneğinde önemli rol oynamaktadır. Bu hormonlar süt salınım refleksini ve anne sütünün sentezini düzenler. Düşük oksitosin seviyeleri özellikle PPD’de ve istenmeyen erken süttten kesme durumunda görülür. Laktat yetersizliği ile PPD’nin başlangıcının aynı anda meydana geldiği sıklıkla görülmektedir. Yapılan çalışmalarda üçüncü trimesterde düşük oksitosin seviyeleri, gebelik sırasında ve doğum sonrasında artan depresif belirtilerle ilişkilendirilmiştir.¹⁰⁵

2.3.2.4. Postpartum Depresyonun Klinik Belirtileri

Postpartum depresyon, DSM-IV’te majör depresyonun bir alt tipi olan “Doğum sonrası başlangıçlı majör depresif bozukluk” olarak tanımlanmıştır.¹¹⁹ Günümüzde ise PPD majör depresif bir dönem olarak, DSM-V’e “gebelik sırasında veya doğumdan sonraki dört hafta içinde duygudurum semptomlarının ortaya çıkması halinde peripartum başlangıçlı” olarak dahil edilmiştir.¹¹⁹ ICD-10’da ise doğumdan sonraki 6 hafta içinde başlayan depresif bozukluk olarak tanımlanmaktadır. ICD-10 depresif dönemi şu şekilde tanımlamaktadır:

- Tipik hafif, orta veya şiddetli depresif ataklarda olan hasta, aktivite ve enerjide azalma ile birlikte depresif bir duygudurum gösterir.
- Hastada zevk alamama, ilgi kaybı ve konsantre olmada güçlük gibi durumlar gözlenir. Kişi minimum efordan sonra bile kendini çok yorgun hisseder. Aynı zamanda suçluluk veya değersizlik hissiyle beraber azalmış özgüven de sıklıkla mevcuttur.
- Ajitasyon, kilo kaybı, libido kaybı, iştah azalması, uyku bozukluğu ve belirgin psikomotor gerilik gibi somatik semptomlar mevcuttur. Bu semptomlar günden güne çok az değişiklik gösterir ve çevresinden gelen tepkilere yanıt vermez.¹⁰⁵

Postpartum depresyonun belirti ve semptomları, lohusalık dışı görülen majör depresyon epizodları ile aynıdır. ICD-10’ da tanımlanan belirtilere ek olarak hastalarda

sanrılar ve halüsinasyonlar (bebeğine zarar verdiğini söyleyen sesler) gibi psikotik belirtiler ve intihar, bebeğe zarar verme gibi düşünceler de bulunabilir.¹⁰⁵

Postpartum depresyon doğumdan 2-3 hafta sonra (olguların %80'inde ilk 6 hafta içinde) sinsice başlar ancak başlangıç doğumdan sonraki 1 hatta 2 yıla kadar uzayabilir. Haftalar ya da aylar süren yavaş bir gelişme gösterir, daha sonra bir plato düzeyine ulaşır ya da hastalar iyileşme gösterir. Bazen doğumdan sonraki 4-5. aylara kadar anlaşılmayarak gözden kaçabilir ya da var olan klinik belirtilerle doğum arasında bir bağlantı kurulamayabilir. Belirtilerin 6-9 ay sürebileceği de bildirilmektedir.^{120,121}

PPD taraması doğumdan 2 ila 6 ay sonra yapılabilir. Çeşitli tarama araçları mevcuttur ve en sık kullanılanlardan biri EPDS'dir. Diğer onaylanmış tarama araçları arasında Depresyon Epidemiyolojik Çalışmaları Merkezi (Center for Epidemiological Studies-Depression-CES-D), Hasta Sağlığı Anketi (PHQ-9) ve Panik Bozukluk Şiddet Ölçeği (Panic Disorder Severity Scale-PDSS) bulunmaktadır.¹²⁰ Değerlendirme sırasında ayrıntılı bir öykü almak önemlidir. Ayrıca doğum sonrası dönemin ve bebek bakım sürecinin getirdiği normal fizyolojik durumlarla (uyku bozuklukları, iştah değişiklikleri gibi) karıştırılmaması ya da yaşanan patolojik değişikliklerin normal fizyolojik sürece bağlanmaması konusunda dikkatli olunmalı ve hastalar gözden kaçırılmamalıdır.

PPD, zayıf anne-bebek bağlarına, emzirmede başarısızlığa, olumsuz ebeveynlik uygulamalarına, evlilik uyumsuzluğuna ve ayrıca çocuğun fiziksel ve psikolojik gelişimiyle ilgili daha kötü sonuçlara yol açabilir. Semptomların azalması, çocukta davranışsal ve psikiyatrik sorunların ortaya çıkma riskini azaltacaktır.¹⁰⁵

2.3.2.5. Postpartum Depresyonun Tedavisi

Postpartum depresyonun tedavisi psikoterapiyi, antidepresanları, hormonal tedavileri ve nöromodülasyonu içerir.¹²² Psikoterapinin, özellikle de bilişsel davranışçı terapi ve kişilerarası psikoterapinin PPD tedavisindeki etkinliğine ilişkin sağlam bir kanıt temeli vardır.¹²²

Psikososyal ve psikolojik psikoterapi, hafif ile orta şiddette postpartum depresyonu olan kadınlar için, özellikle de ilaca başlama konusunda tereddütü olanlarda ve emzirenlerde ilk basamak tedavi seçeneğidir.¹²⁰ Orta ile şiddetli depresyonu olan kadınlar için ise terapi ve antidepresan ilaçların kombinasyonu önerilir.¹¹⁵ SSRI'lar

yaygın olarak PPD için farmakoterapinin ilk basamağı olarak kabul edilir. Fluoksetin, paroksetin ve sertralinin her biri klinik çalışmalarda etkili bulunmuştur.¹²⁰ SSRI'ların anne sütüne minimal düzeyde geçmeleri ve bebeğe yönelik önemli yan etkilerin bulunmaması nedeniyle emzirmede güvenilir olarak tercih edilirler. Ancak fluoksetinin, anne sütüne nispeten daha fazla geçmesi ve uzun yarılanma ömrü nedeniyle bu sınıfın en az tercih edileni olarak kabul edilir.¹²³ Nortriptilin ve imipramin gibi trisiklik antidepressanların (TCA) da etkili olduğu kanıtlanmıştır.¹⁰⁵ Emzirilen bebeklerde ciddi yan etkilerin raporlanması nedeniyle doğum sonrası doksepin kullanımından genellikle kaçınılırken diğer TCA'ların emzirme ile uyumlu olduğu kabul edilir. İlaçlarda etkili doza ulaşıldığında semptomların tekrarlanmasını önlemek için tedaviye 6 ila 12 ay devam edilmesi önerilmektedir.¹⁰⁵

Üçüncü bir tedavi sınıfı hormonal tedavidir. Doğum sonrası östrojen seviyelerindeki düşüş depresyonun başlamasına katkıda bulunabileceğinden, transdermal estradiol denenmiş ancak sınırlı bir başarı elde edilmiştir.¹²²

Emziren ve bebeklerinin ilaca maruz kalmasından endişe duyan kadınlar için alternatif bir tedavi yöntemi de tekrarlayan transkraniyal manyetik stimülasyondur (TMS). TMS, invaziv olmayan ve sinir hücrelerini uyarmak ve aktive etmek için manyetik dalgaları kullanan bir prosedürdür.¹²⁴ Bu hücrelerin majör depresyonlu kişilerde aktivitesi azdır. Etkili olması için genellikle 4 ila 6 hafta boyunca haftada beş kez, antidepressanlara ve psikoterapiye yanıt vermeyen hastalarda yapılır. TMS genel olarak güvenlidir ve iyi tolere edilir ancak baş ağrısı, baş dönmesi, kafa derisi rahatsızlığı ve yüz kaslarının seğirmesi gibi bazı yan etkileri de olabilmektedir.¹²⁴

Şiddetli doğum sonu depresyonu olan hastalar psikoterapi ve farmakoterapiye yanıt vermeyebilir. Art arda dört ilaç tedavisine dirençli hastalar için EKT önerilmektedir. EKT özellikle psikotik depresyonu olan, intihar etme veya çocuk öldürme niyetinde olan veya bunu yapmayı planlayan, yemek yemeyi reddeden, yetersiz beslenme ve dehidrasyona neden olan hastalarda faydalı bulunmuştur.¹²⁵

EKT'yi reddeden veya yanıt vermeyen şiddetli doğum sonrası depresyonu olan hastalar için intravenöz Brexanolone önerilir. Brexanolone, Mart 2019'da FDA (U.S. Food and Drug Administration-Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi) onayı ile doğum sonrası depresyon için özel olarak onaylanan ilk ilaçtır.^{126,127} Brexanolone, bir progesteron metaboliti olan allopregnanolonun bir formülasyonudur. Brexanolone,

sınırlı bulunabilirliği ve sınırlı klinik deneyimi nedeniyle yalnızca hastalarda antidepresanlar veya EKT ile iyileşme sağlanmaması durumunda önerilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde Brexanolone yalnızca sertifikalı sağlık tesislerinde mevcuttur ve hastaların Risk Değerlendirme ve Azaltma Strateji Programına kaydolmaları gerekmektedir. Bu program aracılığıyla hastalar, IV (intravenöz) infüzyonları sırasında artan sedatif etkiler, ani bilinç kaybı ve hipoksi açısından bir klinisyen tarafından sürekli olarak izlenir. Brexanolon, yaklaşık 2,5 gün süren, 60 saatlik sürekli bir infüzyon halinde intravenöz olarak uygulanır. Çok sayıda klinik çalışma, brexanolonun orta ila şiddetli doğum sonrası depresyonu olan kadınlarda genellikle iyi tolere edildiğini ve hızlı bir yanıt sağlayabildiğini göstermektedir.^{126,127}

2.3.3. Postpartum Psikoz

Postpartum psikoz nadir görülen, akut ve doğum sonrası gelişen psikiyatrik rahatsızlıklardan en ciddi ve acil olan zihinsel bozukluktur.¹²⁸ Anneler ve bebekleri için ciddi sonuçları olan bu rahatsızlık genellikle hastaneye yatışı gerektirir. Psikozlu gebelerde ise obstetrik ve neonatal komplikasyon riski daha yüksektir ve ileri olgularda intihar ve/veya kendi bebeğine zarar verme gibi durumlar gözlenebilmektedir.¹²⁸ Dünya'da yaygınlığı her 1000 doğumda 0,089 ila 2,6 arasında değişmektedir.¹²⁹

Postpartum psikoz primipar kadınlarda daha sık görülmekle birlikte, hayatında bir kez postpartum psikoz geçiren bir kadının, sonraki gebeliklerinde hastalığının tekrarlanma riski yüksektir.¹³⁰ Doğum sonrası psikoz yaşayan kadınların %40'ında daha önceden ciddi bir psikiyatrik hastalık öyküsü yokken, geri kalanında geçmişteki psikiyatrik rahatsızlığının tekrarlanması sonucu ortaya çıktığı gözlenmiştir.¹³¹ Risk faktörleri arasında, bipolar bozukluk öyküsü, önceki gebelikte doğum sonrası psikoz öyküsü, ailede psikoz veya bipolar bozukluk öyküsü, şizoaffektif bozukluk veya şizofreni öyküsü ve gebelik sırasında psikiyatrik ilaçların kesilmesi yer almaktadır. Özellikle bipolar bozukluk öyküsü olan primipar annelerin en riskli grupta yer aldığı gözlenmiştir.¹²⁹ Konjenital malformasyonu olan bebeğin doğması, erken doğum (otuz iki haftadan önce) olması ve bebek ölümü gibi olumsuz gebelik ve doğum sonuçları da yalnızca ilk kez doğum yapan annelerde değil, tüm annelerde psikoz ve majör depresif bozukluk riskini arttırmaktadır.¹²⁹

Patofizyolojisinde genetik, hormonal ve immünolojik faktörlerin etkisi ve stresli yaşam öyküsü, olumsuz travmatik deneyimler gibi psikososyal durumların katkısı araştırılmaktadır.¹³¹ Postpartum psikozun belirtileri doğumdan sonraki ilk 2 hafta içerisinde aniden ortaya çıkar ve genellikle ilerler. Hastada uykusuzluk, yorgunluk, iştahsızlık, huzursuzluk, ağlama ve duygulanım nöbetleri, şüphecilik, bebeğin sağlığı ile ilgili obsesif düşünceler, yüksek ruh hali, depresyon, oryantasyon bozukluğu, işitsel, görsel ve kokusal halüsinasyonlar, sanrılar (zulüm görme, ilişki kurma), ketlenme kaybı, yarışan düşünceler, sinirlilik, düşünce içeriğinde bozulmalar, kafa karışıklığı ve tuhaf davranışlar, psikomotor ajitasyon, intihar ve cinayet düşünceleri görülebilmektedir. Daha az yaygın olarak da Capgras sanrıları veya katatoni gözlenebilir.¹²⁸

Postpartum psikoz ayrıca bir hastalık antitesi olarak DSM-5 veya ICD-10'a dahil edilmemiştir. Gebelik sırasında veya doğumdan sonraki 4 hafta içinde psikotik özelliklere sahip duygudurum bozukluklarını karakterize etmek için DSM-5'te "perinatal başlangıçlı" terimi kullanılmaktadır. Tanıda hastalığa spesifik araçların ve objektif tanı testlerinin bulunmaması nedeniyle zorlanılmaktadır. EPDS ve MDQ (mood disorder questionnaire-duygudurum bozukluğu anketi), risk altındaki kişilerde depresyon ve mani belirtilerini tanımlamak için hızlı ve etkili tarama araçlarıdır.¹²⁸ Öncelikle hastadan kapsamlı bir öykü alınmalı ve detaylı fizik muayene yapılmalı ardından psikozun organik nedenleri laboratuvar testleri de kullanılarak belirlenmeli ve organik nedenler dışlanmalıdır.¹²⁹

Postpartum psikoz psikiyatrik bir acil durum olduğu için hastalığın erken tanılması büyük önem taşımaktadır. Tedaviye hızlı yanıt veren bir hastalıktır ancak hastanın hastaneye yatırılması gerekir. Mümkünse anne-bebek üniteleri, ikili ilişkinin güvenli olduğu durumlarda anneyle bebek arasındaki bağ açısından ideal seçeneklerdir.¹³¹

Doğum sonrası psikozu yönetmek için güncel bir kılavuz yoktur ve hastalığın yönetimi nedene bağlıdır. Organik nedenler dışlandıktan sonra akut psikozu kontrol altına alacak farmakolojik tedavi başlanabilir. Bu tedavi duygudurum düzenleyicileri, atipik antipsikotikleri, antidepresanları ve antiepileptik ilaçları içerir.^{128,129,132} Bu sınıflardan yaygın olarak kullanılan lityum, sodyum valproat, lamotrijin, karbamazepin, benzodiazepinler, ketiapin, olanzapin vb. ilaçlar yer alır. Farmakoterapi annenin

bebeğini emzirme tercihine göre seçilmelidir. Tedavide genellikle antipsikotik ilaçlar kullanılmaktadır fakat tedaviye iyi yanıt alınamadığı, hastanın tedaviye dirençli olduğu, yan etkileri nedeniyle ilacın tolere edilemediği veya ilacın etki etme süresinin beklenmeyecek kadar hayati risklerin olduğu durumlarda EKT de kullanılabilir.^{128,129,132} EKT, şizofreni ile ilişkili psikoz ve antipsikotik ilaç tedavisine dirençli şizoaffektif bozukluk hastalarında çok büyük fayda sağlayan bir tedavi yöntemidir. Postpartum dönemde de minimal komplikasyon riskiyle birlikte güvenli ve etkili bir tedavi olarak kabul edilmektedir.¹²⁹

2.4. Gebelerde Depresyon

Gebelik ve doğum süreci üreme çağındaki kadınların hormonal değişiklikler nedeniyle biyolojik, fizyolojik, psikolojik ve sosyal anlamda pek çok değişikliğe uğradığı hayatlarının en önemli dönemlerinden biridir. Dünya çapında yapılan çalışmalarda kadınların bu dönemlerde yaşadıkları nöroendokrin ve psikolojik değişikliklerin yaşamın diğer dönemlerinden çok daha farklı ve mukayese edilemez olduğu belirtilmiştir.¹³

Literatür araştırmaları dünyada sık görülen ve önemli bir sağlık sorunu olan depresyonun büyük çoğunluğunun gebelik, doğum, lohusalık gibi dönemleri içeren 18-44 yaş aralığındaki kadınlarda görüldüğünü belirtmektedir.¹³ Gebelerin ruh sağlığı yaş, ekonomik durum, çalışma durumu, beraber yaşadığı aile tipi, kronik bir hastalığı olup olmadığı, alışkanlıkları, önceki gebelik deneyimleri, yaşayan çocuk sayısı, gebeliğin planlı bir gebelik olup olmama durumu, sosyal destek durumu, şimdiki gebeliğindeki risk durumu, gebelik öncesi herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığının olup olmaması gibi pek çok faktörden etkilenmektedir.¹³³

Gebeliğin ilk trimesterinde kadınlar anneliği benimseme ve kabul etme, gebeliğin iş ve sosyal yaşantılarına etkisi gibi farklı düşüncelerin olduğu bir alışma evresindedirler.⁸ İkinci trimestere gelindiğinde ise artık gebelik kabullenilmiş ve fetüsle bağ kurulmaya başlanmıştır. Genel olarak gebelikle ilgili daha olumlu düşüncelerin hakim olduğu bir dönemdir.⁹ Üçüncü trimester ise fiziksel yakınmaların arttığı, yaklaşan doğumla ilgili korkuların arttığı, doğacak bebeğin bakımıyla ilgili yetemeyecek olma hissinin ön plana çıktığı annenin daha kaygılı olduğu bir dönem olarak düşünülmektedir.⁹

2.4.1. Gebelerde Depresyonun Görülme Sıklığı

Literatür incelendiğinde gebelikte görülen depresyonun prevalansı ile ilgili çok değişken oranlar bulunmuştur. Bu değişkenlikte ülkenin gelir ve gelişmişlik düzeyi, çalışmanın yapıldığı popülasyonun özellikleri, bireylere uygulanan ölçeklerin farklılıkları gibi birçok faktörün etkili olabileceği düşünülmektedir.

2020 yılında yapılan bir çalışmada literatürdeki 306 çalışma incelenmiş ve gebelerde depresyonun Dünya çapında prevalansının %15 ila %65 arasında değiştiği bulunmuştur.¹³⁴ 2016 yılında Gelaye ve ark. tarafından düşük ve orta gelirli ülkelerdeki perinatal depresyona ilişkin bir inceleme yapılmış ve gebelikte depresyon yaygınlığı %25,8, doğum sonrası depresyon yaygınlığı ise %19,7 oranında bulunmuştur.¹³⁵ 2016 yılında gebeliğin ve doğum sonrası dönemin beraber incelendiği bir başka çalışmada ise gebelikte görülen depresyon oranı %17 iken doğum sonrası görülen depresyon oranı %13 bulunmuştur.¹³⁶ Ayrıca gebelik döneminde depresyon yaşayanların ortalama %39'unun doğum sonrası dönemde de depresyon yaşamaya devam ettiği gözlenmiştir. Benzer şekilde doğum sonrası depresyonu olanların ortalama %47'si aynı zamanda gebelikte de depresyon yaşamıştır. İnceleme, gebelikte depresyon oranlarının doğumu takip eden ilk yıla göre daha yüksek olma eğiliminde olduğuna dair kanıtlar sağlamıştır. Ayrıca doğum sonrası depresyonun genellikle gebelikte var olan depresyonun devamı olduğuna dair güçlü kanıtlar mevcuttur.¹³⁶

Türkiye'de bu konuda yapılan çalışmalar sınırlı sayıdadır. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanılarak (kesme puan 17 ve üzeri) yapılan çalışmalarda gebelikte depresif belirtilerin görülme sıklığını; %27,3 ila %36,3 oranında değişken şekilde bulmuşlardır.¹³ Gölbaşı ve ark. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği'ni kullanarak yaptıkları çalışmada gebelikte depresif belirtiler görülme sıklığını %27,5 olarak belirlemişlerdir.¹³⁷ Yine ülkemizde 2013 yılında yapılan bir çalışmada 496 gebeye Beck Depresyon Ölçeği uygulanmış ve depresyon sıklığı %54,8 olarak bulunmuştur.⁶

2.4.2. Gebelerde Depresyon İçin Olası Risk Faktörleri

Gebelikte depresyon için risk faktörlerini bilmek ve risk altında bulunan kadınları belirlemek, erken tanı ve oluşabilecek olumsuz sonuçların önlenmesi açısından oldukça önemlidir. Gebelikte depresyonla orta ve büyük düzeyde ilişkisi olan risk faktörlerini şu şekilde sıralayabiliriz:

- Geçmişte bir psikiyatrik hastalık öyküsü
- Stresli yaşam ve yaşanmış büyük ve olumsuz yaşam olayları
- Aile içi şiddet
- Düşük sosyoekonomik durum

Sosyal destek azlığı ve annenin yaşının genç olması ise daha düşük kanıt düzeylerine sahiptir.²¹ Bunların dışında ailede bir ruhsal bozukluk ya da perinatal depresyon öyküsü, önceden aldığı depresyon tedavisini kesmesi, istenmeyen gebelik durumu, çoklu doğum öyküsü, tek ebeveynlik durumu, düşük eğitim düzeyi, geçirilmiş zor veya travmatik gebelik ya da doğum öyküsü, bebekte devam eden bir sağlık sorunu, fiziksel ya da cinsel istismar öyküsü ve madde bağımlısı olma durumu gebelikte depresyona sebep olabilecek risk faktörlerindendir.¹³⁸ Ayrıca beden algısının değişerek eşe karşı çekiciliğinin kaybedildiği düşüncesi, sigara içmek ve annede premenstrüel sendrom öyküsü olması da risk faktörleri arasında görülmektedir.¹³⁹

Gebeliği riskli hale getiren her türlü fiziksel sorun ya da komplikasyon, ruhsal sorunlara neden olma potansiyeline sahiptir. Hipertansiyon, diyabet, preeklampsi, erken doğum tehdidi, poli/oligohidroamnios, intrauterin gelişme geriliği gibi obstetrik açıdan riskli durumların olduğu gebe kadınlarda, herhangi bir sağlık problemi yaşamayanlara göre gebelik ve doğum sonrası dönemde daha fazla depresyon görüldüğü belirlenmiştir.¹⁴⁰

2.4.3. Gebelerde Depresyonun Belirti ve Bulguları

Gebelerde gözlenen depresif belirtilerin gebeliğin fizyolojik değişiklikleri ve yakınmalarıyla benzer şekilde olması nedeniyle gebelik depresyonuna tanı koymak sağlık profesyonelleri tarafından zor olabilmektedir. Doğru tanıyı koymak için gebeye her yönüyle detaylı bir değerlendirme yapılmalı, etkin tarama yöntemleri uygulanmalıdır.

Gebelikte görülen başlıca depresif belirtileri özetlersek; uykusuzluk veya aşırı uyku, yorgunluk veya enerji kaybı, iştahın azalması veya artması, günlük aktivitelere ilginin azalması, çökkün ruh hali, değersizlik hissi veya uygunsuz suçluluk duyguları, öz güven eksikliği, düşünme veya konsantre olma yeteneğinin azalması, psikomotor ajitasyon veya gerileme ve tekrarlayan ölüm düşünceleri şeklindedir.^{139,140} Ayrıca gebelikte depresyonu olan kadınların gebelikleri sırasında kadın doğum uzmanına

muayene olma, aşırı doğum korkusu yaşama ve mide bulantısı, kusma, baş ağrısı, baş dönmesi, nefes almada zorluk gibi somatik semptomlar yaşamanın depresyonu olmayan kadınlara göre daha fazla olduğu gözlenmiştir.¹³⁹

Depresyon tanısı, Dünya Sağlık Örgütü veya Amerikan Psikiyatri Derneği'nin yayınlamış olduğu tanı ölçütleri kullanılarak koyulur. Tanı kriterlerinden ve depresyonun genel belirtilerinden depresyonun alt başlıklarında bahsetmiştik. Gebelikteki depresif belirtiler genel popülasyonda görülen depresif belirti ve bulgulardan farklı değildir. DSÖ'ye göre peripartum başlangıçlı depresyon, gebelik ya da doğum sonrası ilk altı hafta içerisinde belirtilerin görülmesi ve en az iki hafta süreyle devam etmesi şeklinde tanımlanırken, Amerikan Psikiyatri Derneği'ne göre, gebelik ya da doğum sonrası ilk dört hafta içerisinde başlayıp en az iki hafta süreyle devam etmesi şeklinde tanımlanmıştır.^{11,141}

2.4.4. Gebelerde Depresyonun Anne ve Bebeğe Etkileri

Yeni bir hayata uyum sağlamaya çalışan anne için vücudundaki değişikliklere adapte olmak ve kendini anneliğe hazırlamak gibi durumlarla birlikte depresyonun belirtileri ile uğraşmak çok zorlu bir süreç olacaktır. Gebelik döneminde yaşanan depresyon, bebeğin ve annenin sağlığını hem kısa hem uzun vadede sebep olduğu olumsuz sonuçlarla ciddi anlamda etkilemektedir.¹³⁹ Depresyonu olan gebe kadınların stresli, zayıf bir sosyal etkileşim içinde ve üretkenlik kayıpları olduğu gözlenmiştir.¹⁴²

Yapılan araştırmalarda gebelikte depresyon tanısı alanlarda ciddi peripartum komplikasyonlar, sezaryen ve/veya müdahaleli vajinal doğum, uzamış riskli doğum gibi durumların oranı yüksek bulunmuştur.^{20,143} Gebelik depresyonuyla bağlantılı olduğu düşünülen sonuçlardan bazıları, daha yavaş fetal gelişim, intrauterin gelişme geriliği, istemli küretaj, düşük doğum ağırlığı, erken doğum, erken membran rüptürü, annede anemi ve diyabet, hipertansif bozukluklar (preeklampsi dahil), plasental anomaliler, düşük apgarlı bebek ve doğum sonrası da gelişen depresyon şeklinde sıralanabilir.^{139,144} Gebelik sırasında depresyona giren annelerden doğan bebekler daha sinirli, daha az aktif ve gelişimsel gecikmeler yaşama olasılıkları daha yüksektir ve bu gebelerin bebeklerinde doğum sonrası dönemde bronkopulmoner displazi, intraventriküler hemoraji gibi komplikasyonlar daha sık görülmektedir.¹⁴⁵

Gebelik depresyonu annelerde emzirmenin sağlanamaması ya da emzirme süresinin kısaltılması ile de ilişkili bulunmuştur.¹⁴⁶ Ayrıca depresyonla birlikte gebelik bakımına uyum zayıflayabilir ve sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı, sağlıksız beslenme ve egzersiz eksikliği vakalarında artış görülebilmektedir.¹⁴⁶ 2020 yılında Al Rawahi ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada gebelik döneminde depresyonu olan kadınların doğum sonrası depresyona yakalanma oranı, gebelikte depresyonu olmayan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur.²⁰ Doğum öncesi depresyon aynı zamanda doğum sonrası depresyon riskini de artırır ve annenin uzun süre depresyonda kalması durumunda bebeğin sağlığı, zarar görebilir. Ayrıca şiddetli depresyonlar anne ölümünün önemli bir nedeni olan intiharla sonuçlanabilmektedir.²¹ İntihar, doğum sonrası dönemdeki ölümlerin önde gelen nedeni olmakla birlikte doğumdan sonraki ilk yılda anne ölümlerinin %20'sinin sebebidir.¹⁴⁷

Gebelik depresyonunun postpartum dönemde de devam etmesi çocuğun ileriki yaşamında olumsuz etkilenme riskini arttırmaktadır. Bu olumsuz etkiler; anne ile bebek arasındaki bağın zayıf kurulması, çocuğun büyüme ve gelişmesinde gerilik, motor ve dil becerisi gelişiminde gecikme, duygusal gelişimde bozukluk ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu gibi davranış problemleri yaşaması şeklinde karşımıza çıkabilmektedir.¹⁴⁸

Gebelik depresyonunun ciddi sonuçlarına ve uygun tarama ve tedavinin olumsuz doğum sonuçlarını azaltmaya yardımcı olabileceği ihtimaline rağmen, araştırmaların çoğu yalnızca doğum sonrası depresyon üzerine yoğunlaşmıştır.¹³ Amerika Birleşik Devletleri'ndeki araştırmalar, taramanın depresyonlu annede sonuçları iyileştirdiği sonucuna varmıştır.¹³⁸ ABD Önleyici Hizmetler Görev Gücü, Amerikan Kadın Doğum Uzmanları ve Jinekologlar Koleji ve Amerikan Pediatri Akademisi gibi kuruluşlar, kadınların gebelik ve doğum sonrası duygudurum ve anksiyete belirtileri açısından mutlaka taranması gerektiğini pozitif çıkan taramaların ya birinci basamak hekimleri tarafından tedavi edilmesini ya da bir psikiyatri kliniğine yönlendirilmesini tavsiye etmişlerdir.^{149,150}

Tüm bu olumsuz sonuçlardan dolayı depresyonu olan gebeler sağlık profesyonelleri tarafından önemle üzerinde durulması gereken bir hasta grubunu oluşturmaktadır. Birinci basamak hekimleri, gebe ve lohusa kadınları duygudurum ve

anksiyete bozuklukları açısından tarayarak tespit ve teşhis oranını önemli ölçüde arttırmalıdır. Hastalar en erken şekilde tanı almalı ve tedavilerine başlanmalıdır.

2.4.5. Gebelerde Depresyonun Tedavisi

Literatürdeki çalışmalar çoğunlukla depresyon tedavisi sırasında gebe kalan ve anne karnında antidepresana maruz kalan fetüsün yaşayacağı riskler üzerinde durmuşlardır. Ancak gebelikte depresyon geçiren ve tedavisiz kalan kadınların ve bebeklerinin fiziksel ve ruhsal sağlığıyla ilgili olumsuz sonuçların ortaya çıkmasıyla, yapılan çalışmaların ortak görüşü gebelik döneminde depresyonun mutlaka tedavi edilmesi gerektiği yönündedir. Gebelerde depresyonun tedavisi için psikoterapi, farmakolojik tedavi ve non-farmakolojik yöntemler kullanılabilir. ¹³ Tedavi kararı alırken hastadaki depresyonun şiddetini belirlemek ve tedavi kararını hastayla ortak bir şekilde vermek önemlidir. Hafif şiddetteki depresyonda ilk seçenek olarak psikoterapi ve farmakoloji dışı tedavilerin uygulanması önerilirken, orta ve şiddetli depresyonda farmakolojik tedavilerin yani antidepresanların kullanımıyla birlikte klinisyenin kararına göre gerekli görülen hastalarda, psikoterapi ve farmakoloji dışı yöntemlerin de beraberinde uygulanmasının daha etkili olacağı düşünülmektedir. ^{13,146}

2.4.5.1. Psikoterapi

Psikoterapi, çeşitli psikolojik tedavi yöntemleri olan bilişsel davranışçı terapi veya kişiler arası ilişkiler terapisi gibi yöntemler için ortak kullanılan bir terimdir. Hastanın depresif düşünce içeriği ve davranışlarının azaltılmasına, problem çözme becerilerinin gelişmesine ve varoluşsal seçimlerine yardımcı olmaya çalışılır. ¹⁴⁶

Kişilerarası ilişkiler terapisi kısa süreli, özellikle yaşamsal olaylara ve kişilerarası ilişkilere odaklanan hastanın depresif belirtilerinin azaltılmasına ve kişilerarası ilişkilerini çözümleyebilmesine ya da bu ilişkilerle ilgili beklentilerini değiştirmesine yardımcı olmayı amaçlayan bir yöntemdir. ¹⁵¹ Buna ek olarak hastaların stresle baş etme becerilerini sağlamak için sosyal destek sistemlerinin geliştirilmesine de yardımcı olmayı hedeflemektedir. ¹⁵¹ Bu psikoterapi yöntemi, bireyde rol geçişine, sosyal destek oluşturmaya ve kişiler arası konulara önem gösterdiği için özellikle gebelikte kullanılması daha uygundur. ¹⁴⁸

Çalışmalar aynı zamanda bilişsel davranışçı terapi ile tedavinin de gebelik depresyonunda faydalı olduğunu ileri sürmektedir. Bilişsel davranışçı terapi kişinin düşüncelerinin, ruh halini ve işlevselliğini etkilediği fikrine dayanmaktadır.¹⁵² Duygusal sıkıntı ve uyumsuz davranışların, işlevsiz biliş kalıplarından kaynaklandığı görüşüne sahip bir psikoterapi şeklidir.¹⁵³ Kişinin kendisi, başkaları ve gelecek ile ilgili olumsuz düşüncelerini değiştirmek tedavinin hedeflerini oluşturmaktadır.¹⁵² Hastaların işlevsiz inançları belirlemesine, değerlendirmesine, sorgulamasına ve uyumsuz davranışları değiştirmesine yardımcı olmayı amaçlamaktadır.¹⁵³ Terapide bireyin hastalığı hakkında bilgilendirilmesi sağlanarak uyumunun ve zevk aldığı aktivitelerin artırılmasıyla, sorunlarıyla baş etme becerisinin sağlanmasına odaklanılır.^{13,152}

2.4.5.2. Farmakolojik Tedavi

Gebelerde depresyonun ilaçlarla tedavisi konusunda yapılan çalışmalar çelişkiler içermektedir. İlaçların yan etkileriyle ilgili çalışmalar kısıtlı düzeyde olduğu için bu konudaki bilgiler sınırlıdır. Ancak depresyonun hem anne hem de bebek üzerindeki olumsuz etkileri düşünüldüğünde kar zarar oranı düşünülerek klinisyen tarafından hasta için uygun karar verilmelidir.

Gebelerde depresyonun tedavisinde ilk sırada SSRI'lar olmak üzere SNRI ve trisiklik antidepresanlar kullanılmaktadır.^{21,154} SSRI'ların Amerika Birleşik Devletleri'ndeki gebelerin yaklaşık %7'si tarafından kullanıldığı, Avrupa'da ise bu oranın daha düşük olduğu tahmin edilmektedir.¹⁴⁸ Bazı hastalar, fetüsün antidepresana maruziyetini en aza indirmek için gebelik fark edildiğinde ilaçları hemen bırakırlar.¹⁵⁵ Gebe kalma döneminde antidepresan kullanımı nedeniyle ötimik olan, önceden depresyonu olan kadınlar üzerinde yapılan prospektif bir çalışmada, antidepresanlarını bırakan kadınlarda gebelik boyunca antidepresanlarını sürdüren kadınlara kıyasla depresyonun tekrarlama riski beş kat daha fazla bulunmuştur.¹⁵⁶

Nispeten güvenli olduğu düşünülse de gebelik sırasında SSRI kullanımında; erken doğum, düşük doğum ağırlığı, doğum sonrası kanama, kardiyak malformasyon, neonatal adaptasyonun zayıf olması ve yenidoğanın kalıcı pulmoner hipertansiyonu gibi durumlar, bildirilen ciddi olumsuz sonuçlardır.¹⁵⁴ Bütün bu riskler hem anneyi hem de hekimi kaygılandıracağı için anneye ve ailesine detaylı bilgi verilmeli olası tüm riskler anlatılmalıdır. Gebelikte ilaçla tedaviye karar vermek detaylı irdelemeyi gerektiren bir

durumdur. Annenin geçmişinde depresyon öyküsü varsa, şiddetli düzeyde bir depresyon geçirilmişse ve intihar düşüncesi ya da girişimi öyküsü varsa gebelik durumuna bakılmaksızın hastanın kendi güvenliği için antidepresan ilaç tedavisine başlanması önerilmektedir.¹⁵⁷

2.4.5.3. Farmakoloji Dışı Tedaviler

Farmakolojik olmayan yöntemlerle ilgili çalışmalar sınırlıdır. Bu yöntemler arasında ışık tedavisi, akupunktur, Omega-3 yağ asitleri ve folat kullanımı bilinmektedir.¹⁴⁸ Ayrıca egzersizin gebe kadınlarda depresyon skorlarını düşürdüğü gözlenmiştir.¹⁵⁸ Yine gebelikte yoga yapmanın depresyonu olmayanlarda depresyon puanına bir etkisi görülmezken depresyonu olan gebelerde depresyon puanlarında düşüş saptanmıştır.¹⁵⁹

Elektrokonvülsif tedavi ise genellikle psikotik veya şiddetli depresyonda, katatoni, şiddetli mani, ya da hastanın hayatını tehdit eden durumlarda, diğer tedavilere yanıt vermediği veya hızlı yanıtın gerekli olduğu durumlarda endikedir.¹⁶⁰ Gebelik dışı durumlarda etkinliğine dair iyi kanıtlar olmasına rağmen, perinatal dönemdeki kanıt temeli daha sınırlıdır, ancak bu dönemde de iyi yanıt verdiğine dair klinik deneyimi destekleyen çalışmalar mevcuttur.¹⁶¹

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Zamanı, Yeri ve Tipi

Bu araştırma 01 Ağustos 2022 ile 15 Eylül 2022 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Obstetri Polikliniğine başvuran 18 yaş ve üzeri 311 katılımcı ile yapılmıştır. Çalışma kesitsel tanımlayıcı nitelikte bir çalışma olarak tasarlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmaya başlamadan önce “Çukurova Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu’ndan” 03.06.2022 tarihli, 42/123 numaralı etik kurul onayı alınmıştır. Çalışma öncesinde katılımcılar çalışmanın amacı ve yöntemi konusunda bilgilendirilip yazılı ve sözlü onamları alınmıştır. Çalışma Helsinki Deklarasyonu ilkelerine uygun bir şekilde yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Obstetri polikliniğine başvuran gebeler, örneklemi ise 01.07.2022 ile 01.08.2022 tarihleri arasında başvuran, 18 yaş ve üzeri ardışık 311 gebe oluşturmuştur. Güç analizi Levis ve ark. tarafından 2020 yılında “Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: systematic review and meta-analysis of individual participant data” adlı çalışmasındaki etki büyüklüğü baz alınarak; yapılan çalışmada orta düzeyde etki büyüklüğünün (effect size) 0,20 fark kabul edilmesi öngörülerek alfa anlamlılık seviyesi 0,05 ve %95 güven aralığı ölçü alınarak en az 298 katılımcıya ulaşılması gerektiği sonucuna varılmıştır.¹⁶² Örneklem büyüklüğü G*Power Version 3.1.9.2 programı ile hesaplanmıştır (Ek 1).¹⁶³

Tests : Linear bivariate regression: One group, size of slope

Analysis : A priori: Compute required sample size - given α , power, and effect size

Input : Effect size f = 0.20

α err prob = 0.05

Power (1- β err prob) = 0.95

Output	: Noncentrality parameter λ	= 3.6170891
	Critical t	= 1.9675965
	Total sample size	= 311
	Actual power	= 0.9501149

Çalışmaya dahil edilme kriterleri Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Obstetri Polikliniğine başvurma, 18 yaş ve üzerinde olma, Türkçe okuma-yazma biliyor olma, gebeliğin ikinci ve üçüncü trimesterinde olma ve çalışmaya katılmaya gönüllü olma olarak belirlenmiştir.

Çalışma sırasında 18 yaş altında olanlar, yardımcı üreme teknikleri yoluyla gebeliği gerçekleştirenler, çalışmaya katılmaya engel oluşturabilecek fiziksel/bilişsel bozukluğu olanlar ile gebeliğinin birinci trimesterinde olanlar çalışmaya alınmamıştır.

3.4. Araştırmada Kullanılan Anket ve Ölçekler

Aydınlatılmış onam formu (Ek 2) ile birlikte gerekli bilgilendirmeler yapıldıktan sonra çalışmaya katılmayı kabul eden gebelerden sosyodemografik bilgi formunu ve Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeğini doldurmaları istenmiştir. Ayrıca gebelerin Kadın Hastalıkları ve Doğum doktorları tarafından yapılan poliklinik muayeneleri sonucunda elde edilen obstetrik özelliklerinin olduğu muayene bilgi formlarından yararlanılmıştır. Veriler araştırmaya gönüllü katılım gösteren 311 gebenin verdiği bilgiler neticesinde toplanmıştır.

3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Gebelere ait tanımlayıcı özelliklerin saptanması için araştırmacılar tarafından literatür eşliğinde hazırlanan, sosyodemografik özellikleri, kronik hastalık varlığını, alışkanlıkları, şimdiki ve önceki gebelik özelliklerini, psikososyal özellikleri sorgulayan toplam 19 açık ve kapalı uçlu sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır (Ek 3). Form araştırmacı tarafından katılımcılara yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Anket formunun doldurulması ortalama 5-10 dakika almıştır. Veri formumuzda katılımcının:

- Yaşı
- Eğitim durumu
- Çalışma durumu

- Medeni durumu
- Eşinin çalışma durumu
- Aylık gelirin kişi için yeterli olup olmadığı
- Birlikte yaşadığı aile tipi
- Kronik hastalık durumu
- Sigara kullanımı
- Düzenli egzersiz yapma durumu
- Toplam gebelik sayısı
- Önceki gebelik özellikleri
- Önceki gebeliklerindeki risk durumu
- Şimdiki gebeliğinin planlı olma durumu
- Premenstrüel sendrom öyküsü olup olmadığı
- Daha önceden depresyon tanısı alıp almadığı
- Gebelik sürecinde eşinden destek alma durumu
- Gebelikte veya öncesinde eşinden şiddet görme durumu
- Doğumdan sonra bebeğin bakımıyla ilgili destek alma durumu sorulmuştur.

3.4.2. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği

Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği Cox ve ark. tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir. Toplam 10 sorudan oluşan 4'lü likert tipi, her sorudan 0 ile 3 puan arası alınabilen, toplamda 0 ile 30 puan arası alınabilen bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin kesme noktası 13 olarak hesaplanmış olup, ölçek puanı 13 ve daha fazla olan kadınlar risk grubu olarak kabul edilmiştir (Ek 4).¹⁶⁴

Hem gebelik sürecinde, hem de doğum sonrası dönemde, depresyon riskini belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla en yaygın kullanılan ölçeklerden birisi olup, doğum sonrası depresyonu belirlemek amacıyla geliştirilmiş olmasına karşın gebelik döneminde de sıklıkla kullanılmaktadır. Hem gebelik esnasında, hem de gebelik sonrasında kullanılmak için geçerliliği olan tek kendini değerlendirme ölçeğidir.¹⁶⁵ Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Engindeniz ve ark. tarafından 1996 yılında yapılmış olup Türkçe versiyonunun duyarlılığı %84,

özgüllüğü ise %88'dir.¹⁶⁶ EPDS kısa, kolay uygulanabilir, objektif ve hem spesifik hem de duyarlı olması nedeniyle depresyon için yararlı bir tarama aracıdır.

Ölçek araştırmacı tarafından katılımcılara yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Anket formunun doldurulması ortalama 5-10 dakika almıştır.

3.4.3. Obstetrik Muayene Bulgularında Hastayla İlgili Edinilen Özellikler

- Geçirdiği tüm gebeliklerin doğum süreci ve bebekle ilgili özellikleri
- Kronik hastalık öyküsü
- Kullandığı ilaçlar
- Geçirilmiş ameliyat öyküsü
- Eşiyle akrabalık durumu
- Kan hastalığı olup olmadığı
- Sigara, alkol, madde kullanım durumu
- Kan sulandırıcı ilaç kullanımı
- İkili test sonucu
- Varsa üçlü test sonucu
- Antenatal tarama sonucu
- Şeker yükleme testi (50 gr OGTT) sonucu
- Gebenin ek bir şikayeti olup olmadığı
- Gebenin vital bulguları (Tansiyon, nabız, ateş, oksijen saturasyonu)
- Gebenin şimdiki kilosu
- Gebenin son adet tarihi ve gebelik yaşı
- Fetusa ve uterusu ait ultrasonografik ölçümler

3.5. İstatistiksel Analiz

Verilerin istatistiksel analizinde IBM SPSS 20 paket programı (SPSS, Inc., Chicago, Illinois, USA) kullanıldı. Kategorik ölçümler sayı (n) ve yüzde (%) olarak, sürekli ölçümler ortalama $\pm$ standart sapma, medyan ve minimum-maksimum değer olarak özetlendi. Kategorik ifadelerin karşılaştırılmalarında Ki-kare testi ve gerekli durumlarda Fisher exact testi kullanıldı. Çalışmada yer alan parametrelerin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemede Kolmogorov-Smirnov testi kullanıldı.

Normal dağılım göstermeyen parametrelerde iki grup karşılaştırmasında Mann Whitney U testi kullanıldı. Gebelerin depresyon düzeyini etkileyen faktörlerin belirlenmesinde tekil analizde anlamlı çıkan değişkenler çok değişkenli lojistik regresyon modeline eklendi ve Forward LR metodu ile final modeli oluşturuldu. Modelde her değişkene ait elde edilen OR ve güven aralıkları sunuldu. Tüm testlerde istatistiksel önemlilik düzeyi $p<0,05$ olarak alındı.



4. BULGULAR

Çalışmaya Çukurova Üniversitesi gebe polikliniğine başvuran, gebeliğin ikinci ve üçüncü trimesterinde olan 311 gebe dahil edildi. Gebelerin yaşlarının en düşüğü 18, en yükseği 43 olmak üzere; yaş ortalamalarının $28,9 \pm 5,9$ yıl olduğu saptandı.

Gebelerin eğitim durumlarının sırasıyla 18'i (%5,8) herhangi bir eğitim almamış olup sadece okuryazar, 131'i (%42,1) ilköğretim, 93'ü (%29,9) lise, 69'u (%22,2) ise üniversite mezunu olarak tespit edildi.

Gebelerin 304'ünün (%97,7) evli oldukları gözlenirken, 7 (%2,3) gebenin bekar oldukları saptandı.

Gebelerden 47'sinin (%15,1) herhangi bir işte çalıştıkları gözlenirken; 277 (%89,1) gebenin ise eşlerinin herhangi bir işte çalıştıkları tespit edildi.

Gebelerden 116'sı (%37,3) aylık gelirlerini yeterli bulurken, 195 (%62,7) gebenin ise aylık gelirlerini yeterli bulmadıkları belirlendi.

Aile tipi açısından 249 (%80,1) gebenin çekirdek aile, 62 (%19,9) gebenin ise geniş aile tipinde yaşadıkları saptandı.

Sigara kullanımı gebelerden 39'unda (%12,5) gözlenirken, 14 (%4,5) gebenin gebelik sürecinde sigarayı bıraktıkları, 258 (%83,0) gebenin ise ne gebelik öncesi ne de gebelik sürecinde sigara kullandıkları tespit edildi.

Gebelerden 64'ünün (%20,6) düzenli egzersiz yaptığı görüldü.

Akraba evliliği gebelerden 58'inde (%18,6) gözlemlendi (Tablo 1).

Tablo 1. Gebelerin sosyodemografik bulguları

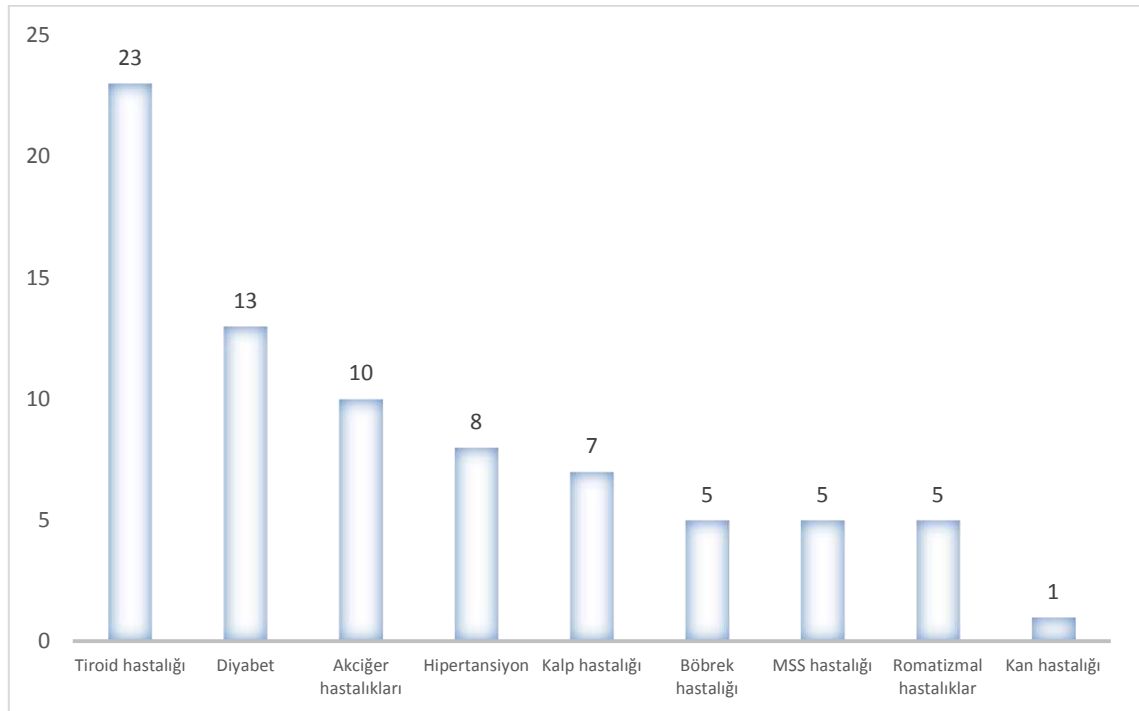
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Eğitim durumu		
Okuryazar	18	5,8
İlköğretim	131	42,1
Lise	93	29,9
Üniversite	69	22,2
Çalışma durumu		
Çalışıyor	47	15,1
Çalışmıyor	264	84,9
Medeni durum		
Bekar	7	2,3
Evli	304	97,7
Eşin çalışma durumu		
Çalışıyor	277	89,1
Çalışmıyor	34	10,9

Tablo 1'in devamı

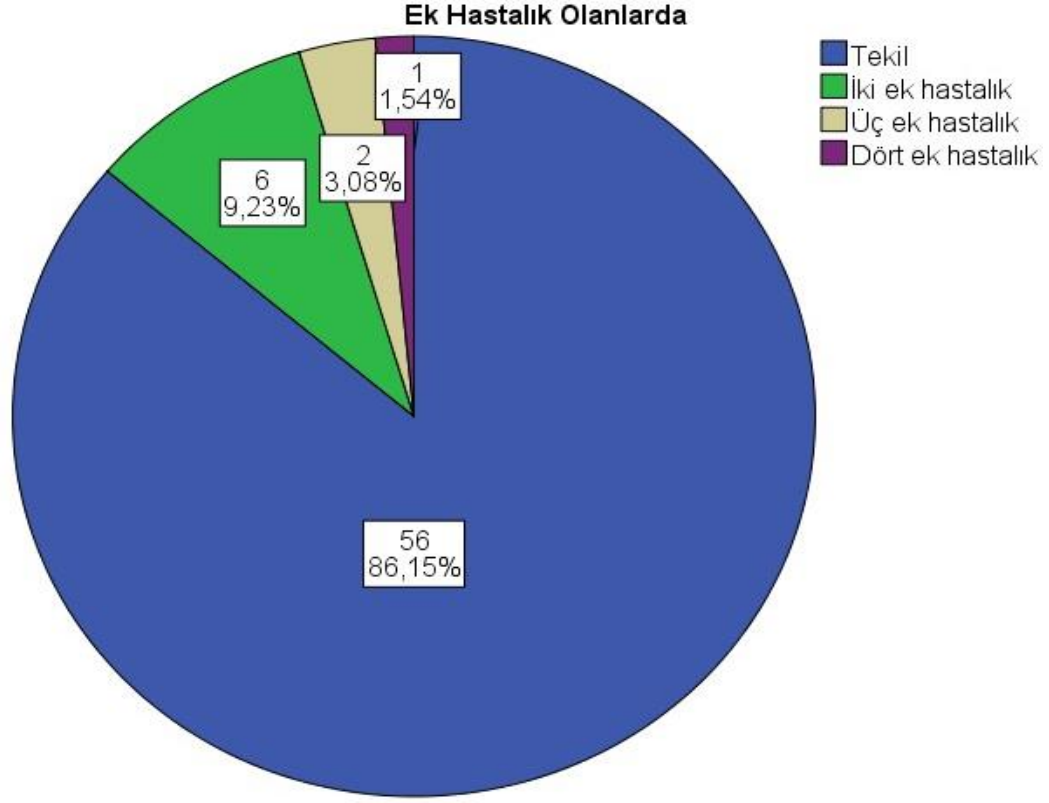
Aylık gelir		
Yeterli	116	37,3
Yetersiz	195	62,7
Aile tipi		
Çekirdek	249	80,1
Geniş	62	19,9
Kronik hastalık varlığı		
Yok	247	79,4
Var	64	20,6
Sigara kullanımı		
Evet	39	12,5
Gebelikte bırakmış	14	4,5
Hayır	258	83,0
Düzenli egzersiz durumu		
Evet	64	20,6
Hayır	247	79,4
Akraba evliliği		
Var	58	18,6
Yok	253	81,4
	Ort±SS	Medyan (Min-Maks)
Yaş	28,9±5,9	29 (18-43)

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, Med: Medyan, Min: Minimum, Maks: Maksimum

Gebelerin 64'ünde (%20,6) bir veya daha fazla kronik hastalık olduğu tespit edildi. En sık rastlanan kronik hastalık tiroid hastalığı (n=23, %35,9) iken sadece 1 (%1,6) hastada görülen kan hastalığı en az görülen kronik hastalıktı. Kronik hastalıkların dağılımı Şekil 1'de gösterilmiştir.



Şekil 1. Gebelerde gözlenen kronik hastalıkların dağılımı



Şekil 2. Gebelerde gözlenen tekil ve çoğul kronik hastalık oranları

Gebelerden 155'inin (%49,8) 2. trimesterde, 156'sının (%50,2) ise 3. trimesterde olduğu saptandı. Katılımcıların ortalama gebelik haftasının $27,5 \pm 7,6$ hafta olduğu gözlemlendi. Gebeliklerin 225'inin (%72,3) planlı olduğu öğrenildi (Tablo 2).

Gebelik tipi olarak gebelerden 16'sının (%5,1) çoğul, 295'inin (%94,9) tekil gebelik olduğu tespit edildi (Tablo 2).

Çalışmaya alınan gebelerin 82'sinin (%26,4) ilk gebeliği iken 229'u (%73,6) daha önce bir gebelik yaşamıştı. Bunlardan 81'i (%26,0) ikinci gebeliğini, 148'i (%47,6) üçüncü veya daha sonraki gebeliğini yaşamaktaydı (Tablo 2).

Geçmiş gebelik öyküsüne sahip olan 229 gebeden 208'inin (%90,8) doğumda bebeklerinin sağ olduğu gözlenirken. Gebelik sırasında 27 (%11,8) gebede (>10 hafta) bebek kaybı (ölü bebek), 71'inde (%31,0) ise gebelik sırasında düşük meydana geldiği saptandı (Bir gebede bunlardan birden fazlası olabildiği için toplam sayı 229'dan fazladır) (Tablo 2).

Tablo 2. Gebelerin gebelik özelliklerine ilişkin bulgular

	Sayı (n)	Yüzde (%)	Ort±SS	Medyan (Min-Maks)
Kaçıncı gebelik				
1	82	26,4		
2	81	26,0		
3+	148	47,6		
Önceki gebelik öyküsü				
Var	229	73,6		
Yok	82	26,4		
Sağ (n=229)			1,81±0,9	2 (1-6)
Yok	21	9,2		
Var	208	90,8		
Ölü (n=229)			1,26±0,5	1 (1-3)
Yok	202	88,2		
Var	27	11,8		
Düşük (n=229)			1,34±0,7	1 (1-4)
Yok	158	69,0		
Var	71	31,0		
Şu anki gebeliğin planlı olma durumu				
Evet	225	72,3		
Hayır	86	27,7		
Trimester				
2	155	49,8		
3	156	50,2		
Gebelik tipi				
Çoğul	16	5,1		
Tekil	295	94,9		

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, Med: Medyan, Min: Minimum, Maks: Maksimum

Geçmiş gebelik öyküsü olan 229 gebeden 99'unun (%43,2) önceki gebeliklerinde riskli bir gebelik durumu yaşadıkları saptandı. Gebelerden önceki gebeliklerindeki risk faktörlerine ilişkin detaylı bilgi elde edilemediğinden sadece toplam sayı verilmiştir (Tablo 3).

Mevcut gebeliğini yaşayan 311 gebenin 109'unda (%35,0) riskli bir duruma rastlandı. Bunların 72'si (%66,1) fetal, 43'ü (%39,4) maternal, 6'sı (%5,5) hem fetal hem de maternal faktörlerdi. Fetal nedenlerden en sık rastlanana Rh uyuşmazlığı (n=21, %19,3) iken en sık rastlanan maternal risk faktörü gestasyonel diyabetti (n=20, %18,3). Maternal ve fetal risk faktörlerinin dağılımı tabloda verilmiştir (Tablo 3).

Önceki gebeliğinde riskli durumu olduğu öğrenilen 99 gebenin 42'sinin şimdiki gebeliğinde de riskli durumu vardı. Ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (p>0,05).

Tablo 3. Önceki ve mevcut gebelikte risk faktörlerinin varlığı ve dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Önceki gebelikte riskli durum yaşama (n=229)		
Evet	99	43,2
Hayır	130	56,8
Mevcut gebelikte risk faktörleri (n=311)		
Yok	202	65,0
Var	109	35,0
Gebelikte risk faktörleri tespit edilenlerde (n=109)		
Fetal risk faktörleri	72	66,1
Maternal risk faktörleri	43	39,4
Fetal ve Maternal risk faktörleri	6	5,5
Fetal risk faktörleri		
Rh uyumsuzluğu	21	19,3
Plasenta previa	13	11,9
2li testte risk artışı	15	13,8
3lü testte risk artışı	7	6,4
İntra uterin gelişme geriliği	4	3,7
Fetal kardiyak anomali	6	5,5
Fetal koroid pleksus kisti	4	3,7
Fetusta gastroşizis	1	0,9
Oligohidroamniyoz	3	2,8
Hidrops fetalis	1	0,9
Maternal risk faktörleri		
Gestasyonel DM	20	18,3
Preeklampsi/Gestasyonel HT	6	5,5
Annede romatizmal hastalık (SLE)	1	0,9
Annede Hbs Ag Pozitifliği	1	0,9
Annede hipertansiyon öyküsü	5	4,6
Annede DM öyküsü	12	11,0
Annede mol gebelik öyküsü	1	0,9
Annede böbrek hastalığı	3	2,8
Annede kanama bozukluğu	1	0,9
Annede servikal yetmezlik	2	1,8
Annede toxoplazma Ig M pozitifliği	1	0,9

Gebelerin sosyal öyküleri depresyona yol açabilecek parametreler açısından incelendiğinde, 139 (%44,7) gebede premenstrüel sendrom öyküsü tespit edildi. Gebelerin 26'sı (%8,4) önceden depresyon tanısı almıştı (Tablo 4).

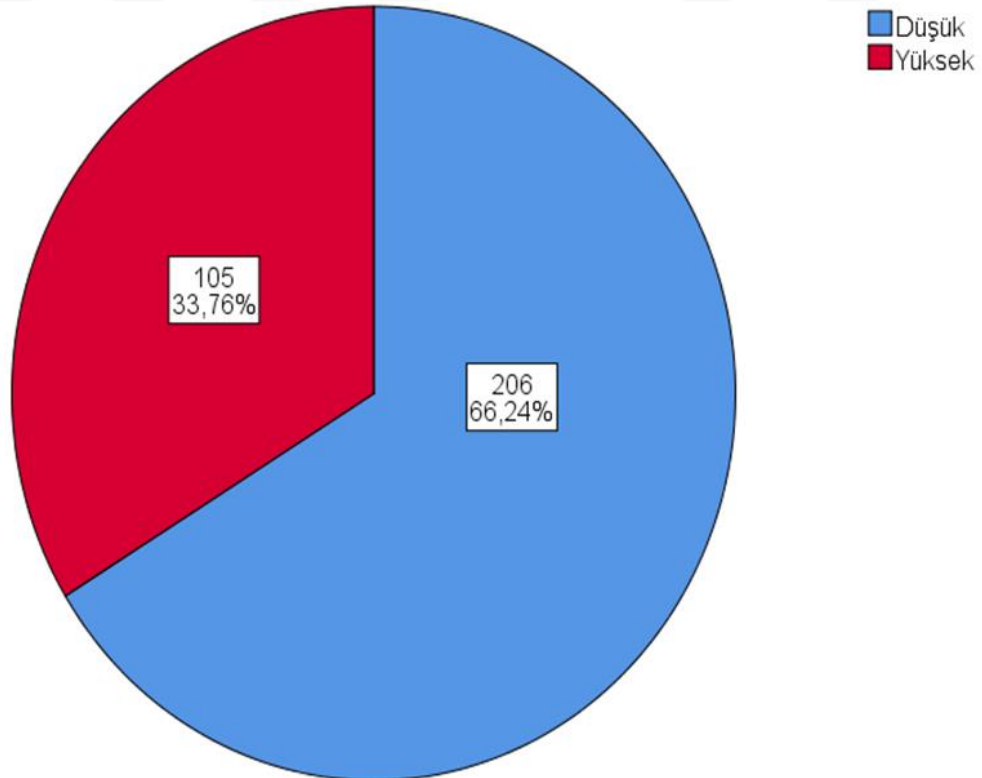
Gebelerden 267'sinin (%85,9) gebelik sürecinde eşlerinden destek aldıkları tespit edildi. Gebelik veya öncesinde eşten şiddet görme öyküsünün gebelerden 23'ünde (%7,4) bulunduğu öğrenildi (Tablo 4).

Doğacak bebeğin bakımı konusunda gebelerden 101'inin (%32,5) aileden, 3'ünün (%1,0) bakıcıdan destek almayı planladıkları gözlenirken, 13'ünün (%4,1) durumlarının belli olmadığı, 194'ünün (%62,4) ise bebeklerine kendisinin bakacakları öğrenildi (Tablo 4).

Tablo 4. Gebelerin psikososyal parametreler açısından değerlendirilmesi

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Premenstrüel sendrom öyküsü		
Evet	139	44,7
Hayır	172	55,3
Önceden depresyon tanısı alma durumu		
Evet	26	8,4
Hayır	285	91,6
Gebelik sürecinde eşlerinden destek alma		
Evet	267	85,9
Hayır	44	14,1
Gebelik veya öncesinde eşten şiddet görme öyküsü		
Evet	23	7,4
Hayır	288	92,6
Doğacak bebeğin bakımı konusunda yardım durumu		
Aileden destek alacağım	101	32,5
Bakıcı bakacak	3	1,0
Belli değil	13	4,1
Kendim bakacağım	194	62,4

Gebelerin Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği ortalama skoru $9,95 \pm 6,2$ (aralık 0-30) olarak bulunmuştur. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeğine göre gebelerin depresyon risklerinin dağılımı Şekil 3’de gösterilmiştir.



Şekil 3. Edinburgh postpartum depresyon ölçeğine göre gebelerin depresyon riski oranlarının dağılımı

Çalışmaya katılan gebelerde depresyon düzeyini etkileyen faktörler incelendi. Depresyon riski düşük olan grupta yaş ortalaması $28,9 \pm 5,7$ yıl, medyan 29 (18-43), depresyon riski yüksek olan grupta ise yaş ortalaması $28,7 \pm 6,3$ yıl, medyan 28 (18-42) olup depresyon riski düşük olan ve yüksek olan gruplar arasında yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (Mann Whitney U testi, $u = -0,375$, $p = 0,707$).

Eğitim durumu ile ilgili yapılan değerlendirmede bir eğitim almayan fakat okuryazar olan 18 gebenin 12'si (%66,7) yüksek depresyon riskine sahipken, ilköğretim mezunlarının %39,7'si, lise mezunlarının %29,0'u ve üniversite mezunlarının %20,3'ü yüksek depresyon riskine sahipti. Eğitim düzeyine göre depresyon riski oranları istatistiksel olarak farklı bulundu ($p = 0,001$). Eğitim düzeyi arttıkça depresyon riskinin azaldığı görüldü (Tablo 5).

Gebeler çalışma durumu açısından incelendiğinde, çalışan 47 gebenin 8'i (%17) yüksek depresyon riskine sahipken, çalışmayan 264 gebenin 97'si (%36,7) yüksek depresyon riskine sahipti. Çalışma durumuna göre gebelerin depresyon risk oranları istatistiksel olarak farklı bulundu ($p = 0,008$). Çalışmayan gebelerde depresyon riskinin daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 5).

Eşin çalışma durumu ile ilgili yapılan değerlendirmede eşi çalışan 277 gebenin 88'i (%31,8) yüksek depresyon riskine sahipken eşi çalışmayan 34 gebenin 17'si (%50) yüksek depresyon riskine sahipti. Eşlerinin çalışma durumuna göre depresyon riski oranları istatistiksel olarak farklı bulundu ($p = 0,034$). Eşleri çalışmayan gebelerin depresyon riskinin daha yüksek olduğu gözlemlendi (Tablo 5).

Gebelerin aylık gelirlerini yeterli bulup bulmaması açısından yapılan değerlendirmede aylık gelirlerini yeterli bulan 116 gebenin 25'i (%21,6) yüksek depresyon riskine sahipken gelirlerini yeterli bulmayan 195 gebeden 80'i (%41) yüksek depresyon riskine sahipti. Aylık gelirlerine göre gebelerin depresyon riski oranları istatistiksel olarak farklı bulundu ($p < 0,001$). Aylık gelirlerini yeterli bulmayan gebelerin depresyon riskinin daha yüksek olduğu gözlemlendi.

Gebeler yaşadıkları aile tipi açısından incelendiğinde çekirdek ailede yaşayan 249 gebeden 70'inin (%28,1) yüksek depresyon riskine sahip olduğu görülürken geniş ailede yaşayan 62 gebeden 35'inde (%56,5) yüksek depresyon riski saptandı. Yaşadıkları aile tipine göre gebelerin depresyon riski oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı

farklılık gözlemlendi ($p<0,001$). Geniş aile tipinde yaşayan gebelerin depresyon riskinin daha yüksek olduğu görüldü.

Gebelerin kronik hastalık varlığı açısından yapılan incelemede kronik hastalığı olmayan 247 gebenin 76'sı (%30,8) yüksek depresyon riskine sahipken kronik hastalığı olan 64 gebeden 29'u (%45,3) yüksek depresyon riskine sahipti. Kronik hastalık varlığına göre gebelerin depresyon riski oranları istatistiksel olarak farklı bulundu ($p=0,028$). Kronik hastalığı olan gebelerin depresyon riskinin daha yüksek olduğu görüldü. Ancak gebeler sahip oldukları kronik hastalıkların tiplerine göre incelendiğinde kronik hastalık tipleri ile yüksek depresyon riski arasında anlamlı farklılık gözlenmedi (hepsi için $p>0,05$) (Tablo 5).

Sigara kullanımı açısından yapılan değerlendirmede sigara kullanan 39 gebenin 26'sı (%66,7) yüksek depresyon riskine sahipken, gebelik döneminde sigarayı bırakanların %42,9'u, hiç sigara kullanmayanların ise %28,3'ü yüksek depresyon riskine sahipti. Gebelerin sigara kullanımına göre depresyon risk oranları istatistiksel olarak farklı bulundu ($p<0,001$). Sigara kullanan gebelerin depresyon riskinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu, gebelikte sigarayı bırakanların ise hiç sigara kullanmayan gebelerden daha yüksek depresyon riski oranlarına sahip oldukları görüldü (Tablo 5).

Gebelerin medeni durum, akraba evliliği ve düzenli egzersiz yapma durumu ile yüksek depresyon riski oranları arasında anlamlı bir farklılığa rastlanmadı ($p>0,05$) (Tablo 5).

Tablo 5. Gebelerin demografik bulguları ile risk grupları arasındaki farklılıkların incelenmesi

	Depresyon Risk Düzeyi		χ^2	p
	Düşük (n=206)	Yüksek (n=105)		
	n(%)	n(%)		
Eğitim durumu				
Okuryazar	6 (33,3)	12 (66,7)	17,307	0,001**
İlköğretim	79 (60,3)	52 (39,7)		
Lise	66 (71,0)	27 (29,0)		
Üniversite	55 (79,7)	14 (20,3)		
Çalışma durumu				
Çalışıyor	39 (83,0)	8 (17,0)	6,939	0,008**
Çalışmıyor	167 (63,3)	97 (36,7)		
Medeni durum				
Bekar	6 (85,7)	1 (14,3)	1,215	0,430
Evli	200 (65,8)	104 (34,2)		

Tablo 5'in devamı

Eşin çalışma durumu				
----------------------------	--	--	--	--

Çalışıyor	189 (68,2)	88 (31,8)	4,501	0,034*
Çalışmıyor	17 (50,0)	17 (50,0)		
Aylık gelir				
Yeterli	91 (78,4)	25 (21,6)	12,334	<0,001**
Yetersiz	115 (59,0)	80 (41,0)		
Aile tipi				
Çekirdek	179 (71,9)	70 (28,1)	17,827	<0,001**
Geniş	27 (43,5)	35 (56,5)		
Kronik hastalık varlığı				
Yok	171 (69,2)	76 (30,8)	4,807	0,028*
Var	35 (54,7)	29 (45,3)		
Tiroid hastalığı				
Yok	192 (66,7)	96 (33,3)	0,320	0,572
Var	14 (60,9)	9 (39,1)		
Diyabet				
Yok	198 (66,4)	100 (33,6)	0,134	0,768
Var	8 (61,5)	5 (38,5)		
Akciğer hastalıkları				
Yok	200 (66,7)	100 (33,3)	0,697	0,518
Var	6 (54,5)	5 (45,5)		
Hipertansiyon				
Yok	203 (67,0)	100 (33,0)	3,032	0,125
Var	3 (37,5)	5 (62,5)		
Kalp hastalığı				
Yok	203 (66,8)	101 (33,2)	1,751	0,231
Var	3 (42,9)	4 (57,1)		
Böbrek hastalığı				
Yok	202 (66,0)	104 (34,0)	0,430	0,666
Var	4 (80,0)	1 (20,0)		
MSS hastalığı				
Yok	204 (66,7)	102 (33,3)	1,564	0,340
Var	2 (40,0)	3 (60,0)		
Romatizmal hastalıklar				
Yok	203 (66,3)	103 (33,7)	0,088	0,999
Var	3 (60,0)	2 (40,0)		
Kan hastalığı				
Yok	206 (66,5)	104 (33,5)	1,968	0,338
Var	0 (0,0)	1 (100,0)		
Sigara kullanımı				
Evet	13 (33,3)	26 (66,7)	22,848	<0,001**
Gebelikte bırakmış	8 (57,1)	6 (42,9)		
Hayır	185 (71,7)	73 (28,3)		
Düzenli egzersiz durumu				
Evet	44 (68,8)	20 (31,2)	0,227	0,633
Hayır	162 (65,6)	85 (34,4)		
Akraba evliliği				
Var	37 (63,8)	21 (36,8)	0,191	0,662
Yok	169 (66,8)	84 (33,2)		

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, χ^2 : Ki-kare

Gebelerin gebelik özellikleri ile depresyon riski arasındaki farklılıklar incelendi. Depresyon riski düşük olan grupta ortalama gebelik haftası $27,0 \pm 7,5$, medyan 26,4

(aralık 13,4-39,6) iken depresyon riski yüksek olan grupta ortalama gebelik haftası $28,4 \pm 7,8$, medyan 30 (aralık 14,1-39,9) idi. Risk grupları arasında gebelik haftası açısından anlamlı fark bulunmadı (Mann Whitney U testi, $u = -1,392$, $p = 0,164$).

Mevcut gebeliğin planlı olması açısından veriler incelendiğinde gebeliği planlı olan 225 gebeden 61'inin (%27,1) yüksek depresyon risk düzeyine sahip olduğu görülürken gebeliği planlı olmayan 86 gebeden 44'ünde (%51,2) yüksek depresyon riski saptandı. Mevcut gebeliğin planlı olması durumuyla gebelerin depresyon risk oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p < 0,001$). Gebeliği plansız olan gebelerin depresyon riskinin daha yüksek olduğu görüldü.

Gebelik sayısı, trimesteri ve gebelik tipi ile depresyon riski arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (sırasıyla $p = 0,481$, $p = 0,129$ ve $p = 0,386$) (Tablo 6).

Tablo 6. Gebelerin gebelik özellikleri ile depresyon riski arasındaki ilişkilerin incelenmesi

	Depresyon Risk Düzeyi		χ^2	p
	Düşük (n=206)	Yüksek (n=105)		
	n(%)	n(%)		
Kaçıncı gebelik				
1	57 (69,5)	25 (30,5)	1,462	0,481
2	56 (69,1)	25 (30,9)		
3+	93 (62,8)	55 (37,2)		
Önceki gebelik öyküsü				
Var	149 (65,1)	80 (34,9)	0,534	0,465
Yok	57 (69,5)	25 (30,5)		
Sağ (n=229)				
Yok	12 (57,1)	9 (42,9)	0,638	0,424
Var	137 (65,9)	71 (34,1)		
Ölü (n=229)				
Yok	134 (66,3)	68 (33,7)	1,218	0,270
Var	15 (55,6)	12 (44,4)		
Düşük (n=229)				
Yok	106 (67,1)	52 (32,9)	0,918	0,338
Var	43 (60,6)	28 (39,4)		
Şu anki gebeliğin planlı olma durumu				
Evet	164 (72,9)	61 (27,1)	16,094	<0,001**
Hayır	42 (48,8)	44 (51,2)		
Trimester				
2	109 (70,3)	46 (29,7)	2,305	0,129
3	97 (62,2)	59 (37,8)		
Gebelik tipi				
Çoğul	9 (56,3)	7 (43,8)	0,752	0,386
Tekil	197 (66,8)	98 (33,2)		

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, χ^2 : Ki-kare

Gebeler önceki gebeliklerinde riskli durum yaşama açısından incelendiğinde riskli durum yaşamayan 130 gebenin 92'si (%70,8) düşük depresyon riskine sahipken, 38'i

(%29,2) yüksek depresyon riskine sahipti ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,038$). Önceki gebeliklerinde riskli durum yaşamayan gebelerde depresyon riskinin daha düşük olduğu görüldü. Mevcut gebeliğinde risk bulunma ile depresyon riski arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p=0,119$) (Tablo 7).

Tablo 7. Riskli gebelik durumu ile depresyon riski arasındaki ilişkilerin incelenmesi

	Depresyon Risk Düzeyi		χ^2	p
	Düşük (n=206)	Yüksek (n=105)		
	n(%)	n(%)		
Önceki gebelikte riskli durum yaşama (n=229)				
Evet	57 (57,6)	42 (42,4)	4,304	0,038*
Hayır	92 (70,8)	38 (29,2)		
Gebelikte risk faktörleri				
Yok	140 (69,3)	62 (30,7)	2,427	0,119
Var	66 (60,6)	43 (39,4)		
Fetal risk faktörleri (n=109)				
Yok	20 (54,1)	17 (45,9)	0,990	0,320
Var	46 (63,9)	26 (36,1)		
Maternal risk faktörleri (n=109)				
Yok	43 (65,2)	23 (34,8)	1,483	0,223
Var	23 (53,5)	20 (46,5)		

* $p<0,05$, ** $p<0,01$, χ^2 : Ki-kare

Gebeler psikososyal parametreler açısından incelendiğinde, premenstrüel sendrom öyküsü olmayan 172 gebenin 126'sında (%73,3) depresyon riski düşük bulunurken, 46'sı (%26,7) yüksek depresyon riskine sahipti ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,004$). Premenstrüel sendrom öyküsü olmayan gebelerde riskin daha düşük olduğu görüldü (Tablo 8).

Gebeler önceden depresyon tanısı alma durumları açısından incelendiğinde önceden depresyon tanısı alan 26 gebeden 19'u (%73,1) yüksek depresyon riskine sahip iken 7'si (%26,9) düşük depresyon riskine sahipti ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,001$). Önceden depresyon tanısı alan gebelerin depresyon riskinin daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 8).

Gebeler, gebelik sürecinde eşlerinden destek alma durumları açısından incelendiğinde eşlerinden destek alan 267 gebenin 189'u (%70,8) düşük depresyon riskine sahipken, 78'i (%29,2) yüksek depresyon riskine sahipti ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,001$). Gebelik sürecinde eşlerinden destek alan gebelerde depresyon riskinin daha düşük olduğu görüldü (Tablo 8).

Gebelik öncesinde ve gebelik sürecinde eşten şiddet görme ve doğacak bebeğin bakımı için destek alma ile depresyon riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (sırasıyla $p=0,572$ ve $p=0,711$) (Tablo 8).

Tablo 8. Psikososyal parametrelerle depresyon riski arasındaki ilişkilerin incelenmesi

	Depresyon Risk Düzeyi		χ^2	p
	Düşük (n=206)	Yüksek (n=105)		
	n(%)	n(%)		
Premenstrüel sendrom öyküsü Evet Hayır	80 (57,6) 126 (73,3)	59 (42,4) 46 (26,7)	8,475	0,004**
Önceden depresyon tanısı alma durumu Evet Hayır	7 (26,9) 199 (69,8)	19 (73,1) 86 (30,2)	19,610	<0,001**
Gebelik sürecinde eşlerinden destek alma Evet Hayır	189 (70,8) 17 (38,6)	78 (29,2) 27 (61,4)	17,460	<0,001**
Gebelik veya öncesinde eşten şiddet görme öyküsü Evet Hayır	14 (60,9) 192 (66,7)	9 (39,1) 96 (33,3)	0,320	0,572
Doğacak bebeğin bakımı konusunda yardım durumu Aileden destek alacağım Bakıcı bakacak Belli değil Kendim bakacağım	69 (68,3) 3 (100,0) 8 (61,5) 126 (64,9)	32 (31,7) 0(0,0) 5 (38,5) 68 (35,1)	1,589	0,711

* $p<0,05$, ** $p<0,01$, χ^2 : Ki-kare

Tekil analizde anlamlı bulunan eğitim durumu, çalışma durumu, eşinin çalışma durumu, aylık geliri, birlikte yaşadığı aile tipi, kronik hastalık durumu, sigara kullanımı, önceki gebeliklerde riskli durum yaşaması, şu anki gebeliğin planlı olması, premenstrüel sendrom öyküsü, önceden depresyon tanısı almış olması gebelik sürecinde eşinden destek alma durumu değişkenleri lojistik regresyon modeline dahil edilmiş ve Forward LR ile nihai final modeli oluşturulmuştur. Kurulan modele göre en sık sırasıyla; önceden depresyon tanısı almanın 7,21 kat (OR: 7,21), gebelerin geniş ailede yaşamalarının 4,37 kat (OR: 4,37), sigara kullanmanın 4,29 kat (OR: 4,29), gebelik sürecinde eşinden destek almamanın 2,94 kat (OR: 2,94), yetersiz aylık gelire sahip olmanın ise 2,19 kat (OR: 2,19) gebelerin depresyon düzeylerini arttırdığı saptanmıştır (sırasıyla $p=0,001$; $p<0,001$; $p=0,002$; $p=0,015$; $p=0,028$) (Tablo 9).

Tablo 9. Gebelerin depresyon düzeyini arttıran faktörlerin incelenmesi

	p	OR	OR için %95 Güven Aralığı	
			Alt sınır	Üst sınır
Yetersiz aylık gelir	0,028	2,19	1,09	4,41
Sigara kullanımı (kullanmamak referans)	0,007	Ref.	-	-
Sigara kullanmayı gebelikte bırakmak	0,553	1,58	0,35	7,16
Sigara kullanıyor olmak	0,002	4,29	1,74	10,59
Geniş ailede yaşıyor olmak	<0,001	4,37	2,00	9,54
Önceden depresyon tanısı olması	0,001	7,21	2,27	22,89
Gebelikte eş desteği almamak	0,015	2,94	1,23	7,02

**p<0,05, **p<0,01, Çok değişkenli logistik regresyon testi*

5. TARTIŞMA

Kadınlar puberte, gebelik, lohusalık dönemleri gibi hormonal değişikliklerin yüksek olduğu dönemlerde psikiyatrik rahatsızlıklara daha yatkın hale gelirler. Bu rahatsızlıklardan en sık görüleni depresyondur. Depresyonun anne ve bebek üzerinde neden olduğu çok ciddi olumsuz sonuçlar olmasına rağmen literatürde antenatal dönemde doğum sonrası döneme kıyasla daha az araştırma yapılmıştır.¹³⁵ Gebelik dönemi depresyonunu önleme çalışmalarının yapılabilmesi için olası risk faktörlerinin bilinmesi çok önemlidir. Biz de bu çalışmada gebelerde görülen depresyonun sıklığı ve ilişkili olabilecek faktörleri inceleyerek elde ettiğimiz bulguları literatür ışığında tartıştık.

Çalışmamızda incelediğimiz 311 gebenin Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeğine göre kesme noktası 13 puan ve üzeri olarak alındığında, gebelerin %33,76'sında depresyon riski yüksek bulunmuştur. Literatürdeki EPDS'nin kullanıldığı ve kesme noktasının 13 puan ve üzeri olarak alındığı çalışmalar incelendiğinde Brezilya'da Coll ve ark. %16,¹⁶⁷ Pakistan'da Husain ve ark. %25,8,¹⁶⁸ İspanya'da Kovacheva ve ark. %27,9,¹⁶⁹ Afrika'da Biratu ve ark. %24,9,¹⁷⁰ Hindistan'da Srinivasan ve ark. %65¹⁷¹ oranında bulmuşlardır. Türkiye'de ise Gölbaşı ve ark. 258 gebeyle yaptığı çalışmada %27,5,¹³⁷ Ocaktan ve ark. 66 gebeyle yaptığı çalışmada %31,8,¹⁷² Şentürk ve ark. 751 gebeyle yaptığı çalışmada %33,1¹⁷³ oranında depresyon riski bulmuşlardır. İran'ın kırsal kesiminde yaşayan ve gebeliğin üçüncü trimesterinde olan 2156 kadınla Beck Depresyon Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada da depresyon sıklığı %22,8 bulunmuştur.¹⁷⁴ İsrail'de Glasser ve ark. tarafından 58 ayrı klinikte 1254 gebe ve 2326 lohusa kadınla EPDS'nin kullanıldığı bir çalışmada gebe kadınlarda %20,8 oranında depresyon riski bulunmuştur. Yapılan çalışmada kadınlar inançlarına göre detaylı incelenmiş ve Kuzey İsrail'deki Müslüman Arap kadınlar arasında doğum öncesi ve doğum sonrası depresyon oranı, aynı bölgedeki Yahudi İsrailli kadınlara göre biraz daha yüksek ve İsrail'in güneyindeki Arap Bedevi kadınlarınkinden ise oldukça düşük bulunmuştur.¹⁷⁵ Yapılan bu çalışma bize depresyon sıklığının toplumlar ve coğrafi bölgeler arasında farklılık gösterebildiği gibi aynı ülkenin farklı bölgelerinde de değişen yaşam koşullarına bağlı olarak farklılık olabileceğini göstermektedir.

Yurt dışında yapılan çalışmalarda en yüksek oran Hindistan'da yapılan çalışmada bulunurken en düşük oran Brezilya'da yapılan çalışmada elde edilmiştir. Hindistan'daki çalışma kırsal kesimdeki 100 kadınla yürütülmüştür, bu nedenle sonuçların tüm topluma genellenmesi uygun olmayabilir. Brezilya'daki çalışma ise 4130 kadınla yürütülmüş olup bu sonuç yüksek gelir düzeyine sahip ülkelere kıyasla daha yüksek, düşük ve orta gelirli ülkelere ise benzer bulunmuştur. Farklı ülkelerdeki farklı oranlar çalışmanın yapıldığı popülasyonun tipi, sosyoekonomik düzeyi, ülkenin gelişmişlik düzeyi gibi durumların etkisinden kaynaklanabilir. Bizim çalışmamızda bulunan sonuç ülkemizde yapılan diğer çalışmalar ile benzer bulunmuştur.

Finlandiya'da 2002 ile 2010 yılları arasında 511.938 gebenin sağlık verileri incelenmiş ve ICD-10 koduyla, hamilelik döneminde tespit edilip hekim tarafından depresyon tanısı alma oranı %0,8 olarak bulunmuştur.¹⁷⁶ Bu çalışma bize gebelik döneminde taramayla tespit edilen depresyon sıklığının, bir hekim tarafından tanı konulan depresyon sıklığına göre çok daha yüksek olduğunu, birçok gebenin tanı konulmadığı için tedavi alamadığını bu sebepten de gebelik depresyonunun olası komplikasyonlarına maruz kalabildiğini göstermektedir.

Çalışmamızda gebelerin yaş ortalamaları $28,9 \pm 5,9$ yıl olarak bulunmuş olup, depresyon riski düşük olan ve yüksek olan gruplar arasında yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ajinkya ve ark. 185 gebeyle yaptığı çalışmada ortalama yaşı $27,3 \pm 3,1$ yıl,¹⁷⁷ Fadzil ve ark. 175 gebeyle yaptığı çalışmada $31,02 \pm 4,9$ yıl,¹⁷⁸ Goecke ve ark. 161 gebeyle yaptığı çalışmada $29,9 \pm 4,0$ yıl,¹⁷⁹ Ortaarık ve ark. 126 gebeyle yaptığı çalışmada $26,03 \pm 5,03$ yıl¹⁸⁰ bulmuş olup çalışmamızla benzer şekilde depresyon riskinin düşük ve yüksek bulunduğu gruplar arasında yaş açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Gölbaşı ve ark., Çalışkan ve ark., Ali ve ark., Fisher ve ark. yaptıkları çalışmalarda gebelerin yaşlarının depresyon puanıyla pozitif korelasyon gösterdiğini bulmuşlardır.^{137,181-183} Karaçam ve ark. ise Türkiye'de yapılan diğer çalışmaların aksine erken yaşta gebe kalan kadınların depresyon riskinin yüksek olduğunu bulmuşlardır.¹⁸⁴ Karaçam ve ark. çalışmasına benzer şekilde, Çin'de Hu ve ark. tarafından 996 gebeyle yapılan bir çalışmada ileri yaşın depresyon açısından koruyucu olduğu bulunmuştur.¹⁸⁵ Görüldüğü gibi bazı çalışmalarda ileri yaşın, bazılarında ise erken yaşta gebe olmanın depresyon için risk oluşturabileceği gösterilmiştir. İleri yaşta anne olanlarda depresyon riskini daha yüksek bulan

çalışmalarda yaş ılerledıkçe annede gebelikle ilgili komplikasyonların ve kötü yaşam deneyimlerinin artabileceği ve bunun da depresyona zemin hazırladığı d ş n lebilir. Genç yaşta anne olanlarda depresyon riskinin artması ise deneyimsizliğin annelerde kaygıyı ve yetersizlik hissini arttırarak annenin ruh sağlığı üzerinde olumsuz bir etkiye neden olduğunu düşündürmektedir. Bu nedenle kişilere modern aile planlaması eğitiminin verilmesiyle uygun yaşta sağlıklı gebelik geçirmeleri sağlanabilir.

Çalışmamızda gebelerin eğitim düzeyleri açısından incelendiğinde; %5,8'i sadece okuryazar, %42,1'i ilköğretim mezunu, % 29,9'u lise mezunu, %22,2'si ise  niversite ve daha üst seviye bir eğitim almış olup, eğitim düzeyi arttıka depresyon riskinin azaldığı bulunmuştur. Literatürde 4130 gebeyle Coll ve ark. tarafından geniş bir popülasyonla yapılan bir çalışmada, çalışmamıza benzer şekilde eğitim düzeyi arttıka depresyon riskinin azaldığı bulunmuştur.¹⁶⁷ Fellenzer ve ark., Martini ve ark., Goecke ve ark., Hu ve ark. tarafından yapılan çalışmalarda da eğitim düzeyinin azalmasının depresyon için bir risk faktörü olduğu saptanmış ve çalışmamızla benzer olduğu g r lm ştur.^{179,185-187} Türkiye'den Yanıkkerem ve ark. yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi ilkokul ve daha düşük olanların depresyon risklerinde artış olduğunu belirtmişlerdir.¹⁸⁸ Gölbaşı ve ark. tarafından yapılan çalışmada ise ilkokul ve daha düşük seviyede eğitim alanlarla ilkokul üzeri eğitim alanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.¹³⁷ çoğu çalışmanın aksine Malavi'de Stewart ve ark., Pakistan'da Karmaliani ve ark. tarafından yapılan çalışmalarda artan eğitim süresinin kadınlarda kaygıyı ve depresyon yaşama riskini arttırdığı bulunmuştur.^{189,190} Bulgularımız literatürdeki birçok çalışmayla uyumlu olup, bu sonuçtan kadının eğitim düzeyinin artmasının kendi hayatında daha aktif bir rol almasına, kendine olan güveninin ve öz saygısının artmasına katkı sağlayarak depresyon riskini azalttığını düşünebiliriz.

Çalışmamıza katılan gebelerin %97,7'si evli olup %2,3'  bekardı ve yaptığımız istatistiksel analizde gebelerin medeni durumlarıyla depresyon risk düzeyi arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Literatür incelendiğinde bekar anne olmak, eşle birlikte yaşamamak veya eşle belirli düzeyde bir bağlılığa sahip olmamak gebelikte artan depresyon riskiyle ilişkilendirilmiştir.¹⁹¹⁻¹⁹⁷ Literatürdeki diğer bulgulardan farklı olarak Karaçam ve ark. tarafından Türkiye'de yapılan bir çalışmada evli olmanın depresyon açısından bir risk faktörü olduğu bulunmuştur.¹⁸⁴ Gonzalez ve ark. tarafından Türk ve İşpanyol kadınlarla yapılan bir çalışmada da evli olmanın depresyon riskini

arttırdığı bulunmuştur.¹⁹⁸ Bu farklılık evlilik kurumunun algılanışının toplumlar arasında farklılık göstermesinden kaynaklanıyor olabilir. Günümüzde bizim toplumumuzda da bu algı, eğitilmiş grupta bir ölçüde değişmiş olmakla birlikte eski yıllarda ve genel olarak evlilik kadına daha çok yük getiren bir kurum olarak algılanmıştır. Chen ve ark. tarafından yapılan Çin’de 773 gebeye yapılan bir çalışmada ise bizim çalışmamızla benzer şekilde medeni durum ve depresyon riski arasında anlamlı bir farklılık yoktur.¹⁹⁹ Evlilik veya eşle birlikte yaşama kadınlar için gebelik döneminde sağlık çıktılarına olumlu etkileyen bir sosyal destek olarak algılandığı için birçok çalışmada bekar olan annelerin depresyon riski daha yüksek çıkmıştır. Bekar anne olmak hem doğacak bebeğin bakımını tek başına üstlenmek hem de ekonomik kaygıları beraberinde getirmektedir. Ancak birçok toplumda olduğu gibi bizim toplumumuzda da bekar anne sayısı çok az olduğu için sonuçlarda anlamlı bir fark bulunamamış olabilir. Bunun dışında sadece evli olmak değil evlilikten memnuniyet duyma, eşle belirli bir düzeyde bağ kurmuş olma gibi birçok faktör medeni durumla depresyon riski arasındaki ilişkiyi etkileyebilmektedir. Bizim çalışma popülasyonumuzda da bekar anne sayısı çok düşük olduğu için veriler istatistiksel analiz için yeterli olmamış olabilir. Bu konuyla ilgili daha geniş bir popülasyona ve daha kapsamlı bir araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Katılımcılarımızın %84,9’u herhangi bir işte çalışmıyor olup, çalışmayan gebelerde depresyon riskinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Kheirabadi ve ark. İran’da, Giardinelli ve ark. İtalya’da, Bodecs ve ark. Macaristan’da, Hu ve ark. Çin’de Rubertsson ve ark. İsveç’te yaptıkları çalışmalarda kadının işsiz olması ya da ev hanımı olmasının bizim bulgumuzla benzer şekilde depresyon riskini arttırdığı görülmüştür.^{174,185,200-202} Türkiye’den Karaçam ve ark., Yanıkkerem ve ark. ve Arslan ve ark. tarafından yapılan çalışmalarda da ev hanımı olmanın depresyon riskini arttırdığı yine çalışmamızla benzer şekilde bulunmuştur.^{184,188} Cooklin ve ark. tarafından 2007 yılında Avustralyalı gebe kadınlarla yapılan bir başka çalışma ise çalışan kadınların iş yerinde yaşadığı zorluklarla ilgili bir analiz üzerineydi ve çalışmanın sonucunda gebe kadınlar, gebeliğin fiziksel sınırlamalarına uyum sağlayamadıklarını, işverenleriyle doğum izni konusunda sorunlar yaşadıklarını ve iş yerinde olumsuz anlamda hak ayrımcılığı yaşadıklarını bildirmişlerdir.²⁰³ Çalışmayan kadınların çoğunun eğitim düzeyi azlığı, ekonomik özgürlüğünün kısıtlı olması ve sosyal çevre desteğinin eksikliği

gibi durumlarla birlikteliği çalışan kadınlara göre daha olasıdır. Bütün bu etmenler birleştğinde çalışmamanın depresyon riskini arttırabileceği düşünülmektedir. Ancak çalışan gebe kadınların da iş ortamında yaşadığı zorlukların ruh sağlıkları üzerinde olumsuz etkilerinin olabileceği göz ardı edilmemelidir.

Bulgularımızda gebe kadınların %10,9'unun eşleri çalışmıyordu. Eşlerin çalışmama durumlarında gebe kadınların depresyon riskinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Literatür incelendiğinde Türkiye'den Erzurum'da Akçalı ve ark., Husain ve ark. Pakistan'da Srinivasan ve ark. tarafından Güney Hindistan'da yapılan çalışmalarda çalışmamızda elde ettiğimiz sonuca benzer şekilde eşleri işsiz olan ya da düzenli bir işte çalışmayan gebe kadınların depresyon riskinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.^{168,171,204} Hemen hemen her toplumda işsizlik veya düzenli bir gelire sahip olmama durumu maddi kaygıları, gelecek kaygılarını, doğacak bebeğin bakımı konusunda maddi yetersizlik düşüncelerini de beraberinde getirmektedir. Kişilerin sosyoekonomik düzeylerini hem kadının hem de erkeğin çalışma durumu belirler. Eşlerden birinin ya da her ikisinin çalışmaması ya da düzenli gelirlerinin olmaması sosyoekonomik düzeylerinin düşük olmasına, kişilerin kendilerini her anlamda yetersiz hissetmelerine neden olarak depresyon olasılığını arttırmaktadır.

Çalışmamızda gebelerin %62,7'si aylık gelirlerini yeterli bulmuyordu ve aylık gelirlerini yeterli bulmayan gebelerin depresyon riskinin daha yüksek olduğu gözlemlendi. Fisher ve ark. tarafından Vietnam'da 419 gebeye yapılan çalışmada düşük gelire sahip olma ve ekonomik zorluklar yaşamamanın çalışmamızla benzer şekilde depresyon için önemli bir risk faktörü olduğu bulunmuştur.¹⁸¹ Bödecs ve ark. tarafından Macaristan'da 502 gebeye yapılan çalışmada sosyoekonomik düzeyin düşüklüğünün depresyon riskini arttırdığı bulunmuştur.²⁰¹ Weng ve ark. tarafından 3867 gebenin katıldığı, Tayvan'da beş farklı hastaneyi kapsayan geniş bir popülasyonla yapılan bir çalışmada bizim çalışmamızla benzer şekilde düşük gelire sahip olmanın depresyon riskini anlamlı düzeyde arttırdığı tespit edilmiştir.¹⁹¹ Arslan ve ark. tarafından 452 gebeye Türkiye'de yapılan bir çalışmada aylık gelir arttıkça depresyon riskinin azaldığı bulunmuştur.²⁰⁵ Diğer çalışmalardan farklı olarak Ortaarık ve ark. tarafından 126 gebeye yapılan çalışmada aylık gelir düzeyiyle depresyon arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.¹⁸⁰ Ekonomik zorlukların; kişide yarattığı stres, imkanların kısıtlı olması

ve bebeğin bakımıyla ilgili kaygılarla birlikte depresyona neden olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda gebeleri birlikte yaşadıkları aile tipine göre incelediğimizde, %19,9'u geniş ailede yaşıyordu ve geniş ailede yaşayan gebelerin çekirdek ailede yaşayanlara göre depresyon riskinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çin'de 773 gebeye yapılan bir çalışmada 2-3 aile üyesiyle birlikte yaşayan kadınların 4-5 kişiyle bir arada yaşayan kadınlara göre depresyon oranının daha düşük olduğu bulunmuştur.¹⁹⁹ Benzer şekilde İspanyol ve Türk kadınlarıyla yapılan bir çalışmada evde 5 kişi ve üzeri sayıda kişiyle beraber yaşayan gebelerde depresyon riski daha yüksek bulunmuştur.¹⁹⁸ Tayland'da, Brezilya'da ve Nijerya'da yapılan çalışmalarda ise bulgularımızla benzer şekilde geniş ailede yaşamanın depresyon risk düzeyini arttırdığı bulunmuştur.^{193,206,207} Türkiye'den Kaplan ve Yanikkerem tarafından yapılan çalışmada evde 5 ve daha üzeri kişiyle yaşayanlarda bizim bulgularımızla uyumlu olarak depresyon riskinin daha fazla olduğu bulunmuştur.²⁰⁸ Kalabalık ailede yaşamanın kişi başına düşen geliri azaltması ekonomik kaygılara sebep olarak depresyon düzeylerini arttırabildiği düşünülmektedir. Ayrıca iki ve daha fazla kuşağın aynı evi paylaşmasının kişiye ait özel alanı kısıtlaması bazı sosyal ve psikolojik sorunları beraberinde getiriyor olabilir. Türkiye hem Batılı toplumlardaki çekirdek aile yapısının hem de Orta Doğu toplumlarının geleneksel geniş aile yapısının bir arada olduğu karma bir toplumdur. Bu nedenle kadının birlikte yaşadığı aile tipinin ruh sağlığı üzerine olan etkisinin Türkiye'deki bir örneklem üzerinden incelenmesi daha anlamlı olabilir.

Ankara'da Şentürk ve ark. tarafından 751 gebeye yapılan çalışmada geniş aile ve çekirdek ailede yaşamanın depresyon görülme sıklığıyla bir ilişkisi bulunmamıştır.¹⁷³ Bulgularımızdan farklı olarak Sivas'ta Gölbaşı ve ark. ve Gaziantep'te Koyuncu ve ark. tarafından yapılan çalışmalarda çekirdek ailede yaşamanın depresyon risk düzeyini arttırdığı bulunmuştur.^{137,209} Bu sonuçlar kalabalık ailede yaşayan kişilerin sosyal destek anlamında ailelerinden daha fazla destek gördüklerini ve bu durumun da depresyon risklerini azaltmış olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca zayıf eş ilişkisinin olduğu evliliklerde geniş ailedeki diğer bireyler bu ilişkilerde koruyucu bir rol üstlenip kadının sosyal desteğini arttırarak depresyona girme riskini azaltabilirler. Dünya genelinde bakıldığında gelişmiş ülkelerde geniş aile şeklinde yaşama çok fazla görülmediği için çalışmalarda bu parametre yeterince irdelenmemiştir. Öte yandan az gelişmiş

toplumlarda ise kanıksanmış bir yaşam biçimi olduğundan risk faktörü olarak görülmeyip incelenmemiş olabilir. Bu faktörler ve çalışmalardan elde edilen farklı sonuçlar göz önüne alındığında bu konuyla ilgili daha geniş popülasyonlu çalışmalara ihtiyaç olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda akraba evliliği oranı %18,6 olarak bulunmuştur. Literatür incelendiğinde Dünya’da akraba evliliği oranının yaklaşık %20 civarında olduğu düşünülmektedir.²¹⁰ Bu oran gelişmiş ülkelerde daha az olmakla birlikte Afrika, Orta Doğu, Orta Asya gibi gelişmekte olan ve Müslüman nüfusun fazla olduğu yerlerde daha fazla görülmektedir.^{210,211} Türkiye’de ise 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-2018) verilerine göre akraba evliliği son 50 yılda %27’den %24’e gerilemiştir.²¹⁰

Çalışmamızda gebeler akraba evliliği ve depresyon risk düzeyleri açısından incelendiğinde, akraba evliliği yapan gebelerle yapmayanlar arasında depresyon riski açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Literatürde akraba evliliği ile antenatal depresyon ilişkisini araştıran çok az sayıda çalışma mevcuttur. İsrail’de 2021 yılında yayınlanan ve 376 Arap-Bedevi gebe kadınla yapılan bir çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde akraba evliliği ve depresyon görülme riski arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.²¹² Alfayumi ve ark. tarafından 2024 yılında yayınlanan ve 305 Bedevi kadınla yapılan başka bir çalışmada katılımcılara önce gebelik döneminde sonra da doğumdan sonraki 2 ile 4. aylar arasında EPDS ölçeği uygulanmış ve postpartum depresyonun en önemli risk faktörleri belirlenmiştir. Bunlardan birincisi gebelik dönemindeki depresyon ve diğer önemli nedenlerden biri de akraba evliliğiyle ilişkili durumlar olarak belirlenmiştir.²¹³ Katar’da birinci basamağa başvuran 1379 postpartum kadına EPDS uygulanmış ve akraba evliliğinin postpartum depresyon riskini artıran bir faktör olduğu bildirilmiştir.²¹⁴ Türkiye’den Ortaarık ve ark. tarafından Ankara’da 126 gebe ile yapılan bir çalışmada çalışma grubunun %26,1’inde eşler arasında akraba evliliği olduğu bildirilmiş fakat depresyon ile ilişkisi çalışılmamıştır. Anksiyete bozukluğu olan gebelerin ise %33,3’ünde akraba evliliğinin mevcut olduğu ancak akraba evliliği ile anksiyete bozukluğu arasında anlamlı bir fark bulunmadığı bildirilmiştir.¹⁸⁰ Hindistan’da gebelerde yapılan, ancak depresyonu değil, anksiyeteyi araştıran bir çalışmada anksiyetesi olan ve olmayan gruplar arasında akraba evliliği açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.²¹⁵ Uyar ve ark. tarafından yapılan çalışmada

ise eşiyle akrabalığı olmayan gebelerin depresyon risk düzeylerinin daha az olduğı bulunmuştur.²¹⁶ Bu çalışmanın sonucu gebe kadının eşiyle akraba olmasının doğacak bebeğın engelli olma riskinin artmasıyla duyulan endişeden dolayı depresyon riskinin artmış olabileceğıyle ilişkilendirilebilir. Yine de bulguların genellenebilmesi için daha fazla örnekleme yapılan çalışmalara ihtiyaç vardır.

Yaptığımız çalışmada gebeleri kronik hastalık varlığı ve var olan kronik hastalıklarının tiplerine göre incelediğimizde, kronik hastalığı olan 64 (%20,6) gebede depresyon riskinin daha yüksek olduğı görölmüştür. Ancak gebeler sahip oldukları kronik hastalıkların tiplerine göre incelendiğinde kronik hastalık tipleri ile yüksek depresyon riski arasında anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Literatürde çalışmamızla benzer sayıda katılımcıları olan çalışmalarda kronik hastalığı olan ve olmayan gruplar arasında gebelik depresyonu açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.^{170,183,202,206} Ayrıca Brezilya’da Coll ve ark. tarafından 4130 gebeyle yapılan çalışmada katılımcılardan gebelik öncesinde hipertansiyon (n=485, %11,8) ve diyabeti (n=181, %4,5) olanlarda depresyon riskinin arttığı bulunmuştur.¹⁶⁷ Türkiye’den Uyar ve ark., Yanikkerem ve ark., Çakır ve Can tarafından yapılan çalışmalarda da bizim çalışmamızla benzer şekilde kronik hastalığı olan gebelerde depresyon riskinin arttığı görölmüştür.^{5,188,216} Kronik hastalıkların kişinin günlük hayatının kısıtlanması, kendine özel diyet uygulamak zorunda olması, süreç içinde gelişen komplikasyonların varlığı, var olan kronik hastalıklarının gebeliğini ve bebeğini etkileyeceğı kaygısı gibi durumlardan kaynaklı olarak gebelerde depresyon riskini arttırabileceğı düşünölebilir. Sonuç olarak, kronik hastalık varlığı, tipleri ve gebelik depresyonu arasındaki ilişkinin daha detaylı incelenmesi için daha geniş katılımcılı çalışmalar yapılabilir.

Gebeler sigara kullanımı açısından incelendiğinde, katılımcıların %12,5’i gebelikte hala sigara kullanıyor, %4,5’i önceden sigara kullanıyor ancak gebelik döneminde bırakmış ve %83’ü ise sigara kullanmayanlar olup, sigara kullanan gebelerin depresyon riskinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğı, gebelikte sigarayı bırakanların ise hiç sigara kullanmayan gebelerden depresyon risklerinin daha yüksek olduğı görölmüştür. Literatür incelendiğinde, Weng ve ark. tarafından Tayvan’da yapılan bir çalışmada gebelikte pasif sigara dumanına maruz kalmanın depresyon riskini arttırdığı bulunmuştur. Ancak Tayvan’da gebelikte sigara içiciliğı yasal olmadığı için gebeler sigara içiciliğı konusunda bilgi vermemişlerdir.¹⁹¹ Çalışmamızdaki bulgularla

uyumlu olarak literatürde yapılan çalışmalarda gebelikte sigara içiciliğinin depresyon riskini arttırdığı bulunmuştur.^{176,194,205,217-222} Smedberg ve ark. tarafından 15 Avrupa ülkesini kapsayan 4295 gebeyle yapılan bir çalışmada gebelikte sigara içen ve gebelik öncesinde sigara içip gebelik döneminde bırakan kadınların depresyon durumları karşılaştırılmış ve gebelikte sigara içmeye devam edenlerde depresyon oranı daha yüksek bulunmuştur.²²³ Tayland'da yapılan bir çalışmada ise gebe kadınların sigara içme ve depresyon durumları çalışmamızla benzer şekilde hiç sigara kullanmayanlar, gebelikte bırakanlar ve gebelikte sigara içmeye devam edenler şeklinde karşılaştırılmış ve gebelikte sigara içmeye devam edenlerin depresyon oranının en yüksek olduğu, gebelik öncesi bırakanların ise hiç içmeyenlere göre depresyon oranının daha yüksek olduğu bizim bulgularımızla benzer şekilde bulunmuştur.²⁰⁶ Sigara içiciliği konusunda çalışmalar hemfikirdir. Sigara kullanımı anne ve bebek sağlığı özellikle de yenidoğanla ilişkili ölü doğum, düşük doğum ağırlığı, erken doğum gibi birçok olumsuz sonuçla ilişkilendirilmiştir. Bu sebepten özellikle gebe kadınlar sigarayı bırakmaları konusunda teşvik edilmeli, pasif sigara içiciliğine maruz kalmaları önlenmelidir. Aile hekimliğinin özelliğinden dolayı kişiler hekime sadece hasta olduklarında değil, yaşamlarının farklı dönemlerinde farklı konularla ilgili danışmanlık almak için de başvurdukları göz önüne alınırsa prekonsepsiyonel bakım için başvurmuş olan ve sigara kullanan kadınlarda bu dönemin fırsat olarak değerlendirilmesinin değerli olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda gebelerin fiziksel aktivite durumlarıyla ilgili düzenli egzersiz yapıp yapmadıklarını incelediğimizde, %20,6'sının egzersiz yaptığı bulunmuş olup gruplar arasında depresyon riski açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Düzenli egzersiz yapmak sağlıklı bir yaşam tarzının en önemli bileşenlerinden biridir. Genel popülasyonda düzenli egzersiz yapmanın depresyon riskini azalttığı bilinmektedir.²²⁴ Literatür incelendiğinde, çalışmamızla benzer şekilde gebelikte düzenli egzersiz yapmanın depresyon riskini etkilemediğini gösteren çalışmalar mevcuttur.^{225,226} Öte yandan, literatürde gebelikte düzenli egzersiz yapmanın depresyon riskini azalttığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır.^{167,227} Çalışmamızda yürüyüş, pilates, yoga ve ev egzersizinden birini veya birkaçını yapan gebeler egzersiz yapanlar grubuna alınmıştır. Literatürdeki çelişkili sonuçlara da bakıldığında ve gebeliğin farklı dönemlerinin farklı egzersizler için uygun olduğu düşünüldüğünde, bu konuda daha kesin sonuçlara ulaşabilmek için daha yüksek örneklem sayısı ile yapılan, egzersizin net olarak

tanımlandığı ve grupların homojen olduğu girişimsel çalışmalara ihtiyaç olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda gebeler obstetrik özellikleri açısından incelendiğinde katılımcıların ortalama gebelik haftasının $27,5 \pm 7,6$ hafta, %49,8'inin 2. trimesterde ve %50,2'sinin 3.trimesterde, %94,9'unun tekil ve %5,1'inin çoğul gebelik (tamamı ikiz gebelik) olduğu tespit edilmiştir. Gebelerin %26,4'ünün ilk gebeliği iken %73,6'sı daha önce bir gebelik yaşamıştı (%26,0 ikinci gebelik, %47,6 üçüncü veya daha sonraki gebelik) Gebelerin gebelik haftası, trimesteri, gebeliğin tipi ve toplam gebelik sayısı ile depresyon risk düzeyi arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ayrıca gebeler önceki gebelik öykülerinde sağ doğum, ölü doğum, düşük, istemli küretaj sayılarına göre de sorgulanmış, önceki gebelik özellikleriyle depresyon riski açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Chen ve ark. tarafından 3 ayrı merkezde 773 gebe kadınla yapılan bir çalışmada çalışmamızla benzer şekilde gebelik sayısı (1, 2, 3 ve üzeri) ile depresyon riski arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ancak bu çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak, çoğul gebeliği olanlarda depresyon risk düzeyi daha yüksek bulunmuştur.¹⁹⁹ Türkiye'de Ferahkaya ve Geyik tarafından 35 tekil ve 36 spontan ikiz gebeliği olan 71 gebe kadınla yapılan çalışmada ikiz gebeliği olanlarda Chen ve ark. sonuçlarına benzer şekilde depresyon riski daha yüksek bulunmuştur.²²⁸ Çin'de Zhou ve ark. ve Wang ve ark. tarafından ikiz gebelerle yapılan iki ayrı çalışmada da ikiz gebeliklerde depresyon riskinin arttığı bulunmuştur.^{229,230} Gana'da 20.920 gebeyle yapılan bir çalışmada bizim çalışmamızla benzer şekilde tekil ve çoğul gebelikler arasında depresyon riski açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.²³¹ Thompson ve ark tarafından Nijerya'da 314 gebeyle yapılan bir çalışmada çalışmamıza benzer şekilde gebelik haftası, gebelik sayısı, trimesteri, ölü doğum veya düşük yapmayla depresyon riski açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.¹⁹³ Raisanen ve ark. tarafından Finlandiya'da 2002-2010 yılları arasında 511.938 gebenin sağlık verileri incelenmiş ve bizim çalışmamızdan farklı olarak gebelik sayısı ile depresyon tanısı alma arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Çalışmada nullipar gebelerin multiparlara göre depresyon tanısı alma oranları daha yüksek bulunmuştur.¹⁷⁶ Coll ve ark. tarafından Brezilya'da yapılan bir çalışmada toplam gebelik sayısı arttıkça depresyon riskinin arttığı bulunmuştur.¹⁶⁷ Dame ve ark. tarafından yapılan çalışmada gebelik sayısı arttıkça depresyon riskinin arttığı bulunmuş olup küretaj öyküsüyle depresyon riski arasında

anlamli bir farklılık bulunmamıştır.²³² Etiyopya’da 393 gebeyle yapılan bir çalışmada çalışmamızla benzer şekilde trimesterler, toplam gebelik sayısı, ölü doğum yapma ya da küretaj öyküsüyle gebelik depresyonu açısından anlamli bir farklılık bulunmamıştır.¹⁷⁰ Türkiye’den Arslan ve ark. tarafından 452 gebeyle yapılan bir çalışmada gebelik sayısı ve ölü doğum yapma sayısı arttıkça depresyon riskinin arttığını ancak düşük yapmayla depresyon riski arasında anlamli bir farklılık olmadığı bulunmuştur.²⁰⁵ 2018 yılında 250 Türk, 264 İspanyol gebe kadının katıldığı bir çalışmada 3 ve üzeri çocuğı olanların depresyon risk düzeyi diğ er gruplardan yüksek, 1 ile 2 çocuğı olanların ise hiç çocuğı olmayanlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ancak geçmiş gebelik özelliklerinden ölü doğum ve düşük yapma öyküsü durumlarıyla depresyon riski açısından çalışmamızla benzer şekilde anlamli farklılık bulunmamıştır.¹⁹⁸ Bir önceki çalışmaya benzer şekilde, Hindistan’da Ajinkya ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada ilk gebeliğı olanların depresyon riskinin 2. veya daha fazla gebeliğı olanlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur ve bizim çalışmamıza benzer şekilde trimesterler arasında depresyon riski açısından anlamli bir farklılık bulunmamıştır. Ayrıca bu çalışmada düşük öyküsü olan kadınlarda depresyon riski daha yüksek bulunmuştur.¹⁷⁷ Kuveyt’te Pampaka ve ark. tarafından 1916 gebe kadınla yapılan bir çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak gebelerin trimesterleri ve gebelik sayıları ile depresyon riskleri arasında anlamli farklılıklar bulunmuştur. Çalışmada 2. trimesterdeki gebelerin ve ilk gebeliğini yaşayan kadınların diğ er gruplara göre depresyon riskinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir.²³³ Banti ve ark. tarafından yapılan çalışmada ise gebelerde depresyon görölme sıklığı trimesterlere göre kıyaslanmış ve bizim çalışmamızdan farklı olarak ilk trimesterde en yüksek, 2.trimesterde daha düşük, 3.trimesterde ise daha da düşük bulunmuştur.²³⁴ Tayland’da yapılan bir çalışmada ise trimesterler arasında depresyon riski açısından anlamli bir farklılık bulunmamış olup, küretaj öyküsü olanlarda depresyon riskinin artığı görölmüştür.²⁰⁶ İsrail’de 376 gebe kadınla yapılan çalışmada gebelik haftası arttıkça depresyon riskinde artış olduğu bulunmuştur.²¹² Türkiye’den Gölbaşı ve ark. tarafından yapılan çalışmada da bizim çalışmamızla benzer şekilde trimesterlere göre depresyon riski açısından anlamli bir farklılık bulunmamış ancak çalışmamızdan farklı olarak multipar olmanın ve ölü doğum öyküsü bulunmasının depresyon riskini arttırdığı bulunmuştur.¹³⁷ Türkiye’den Çalışkan ve ark. tarafından yapılan çalışmada 2. ve 3. trimesterde depresyon riskinin benzer, 1.

trimesterden ise yüksek oldukları bulunmuştur. Bu çalışmada aynı zamanda küretaj öyküsü olan kadınlarda depresyon riskinin yüksek olduğu görülmüştür.¹⁸³ Türkiye’den Ocaktan ve ark. tarafından yapılan çalışmada ise bizim çalışmamızla benzer şekilde toplam gebelik sayısı (1, 2, 3 ve üzeri) ve düşük yapma öyküsü ile depresyon riski açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.¹⁷² Zaman ve ark. tarafından 50 gebe ve 50 gebe olmayan kadınla yapılan çalışmada gebe olan kadınlardan 3. trimesterde olanların depresyon riski 1.trimesterdeki gebe kadınlara göre daha yüksek ve düşük veya istemli küretaj öyküsü olan kadınların olmayanlara göre depresyon riski daha yüksek bulunmuş olup, gebelerin toplam gebelik sayıları ve depresyon riski arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.²³⁵ Ortaarık ve ark. tarafından yapılan çalışmada ise çalışmamızla benzer şekilde düşük veya küretaj öyküsü olanlarla olmayanlar arasında depresyon riski açısından anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.¹⁸⁰

Genel olarak bakıldığında, obstetrik özelliklerin depresyon riskini farklı çalışmalarda farklı şekilde etkilemiş olduğu görülmektedir. Geniş bir bakış açısıyla bakıldığında, bu farklılığın toplumlar ve kültürler arasındaki farklılıklardan kaynaklanmış olabileceği düşünülebilir. Nulliparlarda depresyon riskinin daha yüksek bulunmasının sebebi kadının kendisi için önemli bir yaşam olayını ilk kez deneyimleyecek olması olabilir. Öte yandan, bazı çalışmalarda da bunun tersi bir sonuca ulaşılmıştır. Buna da kadının mevcut çocuğun bakım yüküne ek olarak ikinci ve üçüncü çocuğun bakımının gündeme gelmesi ve bunun doğuracağı maddi ve manevi yüklerin artmasının sebep olduğu düşünülebilir. Bu noktada gebeliğin planlı veya plansız olması da önem taşıyabilir. Gebelik sayısına ek olarak önceki gebeliklerinde düşük ya da ölü doğum yapmış olmak anne açısından olumsuz bir yaşam deneyimidir ve annenin aynı durumları tekrar yaşayacak olma endişesinin depresyon açısından risk oluşturabileceği düşünülebilir.

Çalışmaların bazılarında trimester arttıkça depresyon riski artıyorken, bazılarında azaldığı, diğer çalışmalarda da etkilenmediği görülmektedir. Erken dönemde riskin yüksek olmasını kadının henüz gebeliğin getirdiği bedensel ve ruhsal değişikliklere adapte olamamış olması, annelik duygusunu henüz yeterince benimseyememiş olması ile ilişkilendirebilirken, ilerleyen dönemde riskin daha yüksek bulunması ise doğumun yaklaşması nedeniyle doğum ile ilgili korku ve endişelerin artması, bebeğin bakımı ile

ilgili endişeler, anne olma konusunda öz yeterlik kaygısı ve bedensel değişimlerin daha belirgin hale gelerek tolere edilmesinin güçleşmesi olarak düşünülebilir.

Chen ve ark. ve Ferahkaya ve ark. çoğul gebeliği olanlarda depresyon riskini daha yüksek bulurken bizim çalışmamızda farklılık bulunmamıştır. Literatür incelendiğinde ikiz gebelikler ve diğer çoğul gebelikler riskli gebelik kategorisindedir.²³⁶ Çoğul gebeliklerde düşük, erken doğum, doğum kusurları, perinatal morbidite ve mortalite riski, gestasyonel hipertansiyon, gestasyonel diyabet ve anneyle ilgili diğer komplikasyonların gelişme ihtimali tekil gebeliklere göre daha yüksektir.²²⁹ Hem olası komplikasyon ihtimalinin yüksek olması hem de gebeliğin fizyolojik değişikliklerinin çoğul gebeliklerde daha belirgin ve tolere edilmesinin daha zor olması çoğul gebeliklerde depresyon riskinin artmasına neden olabilir.

Çalışmamıza katılan kadınların %27,7'sinin gebeliklerinin plansız olduğu bulunmuş olup gebeliği plansız olan gebelerin depresyon riskinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Hindistan'da Ajinkya ve ark. tarafından 185 gebeyle, Smedberg ve ark. tarafından 15 Avrupa ülkesini kapsayan 4295 gebeyle, Nijerya'da Thompson ve ark. tarafından 314 gebeyle, Fellenzer ve ark. tarafından Amerika Birleşik Devletleri'nde 19.219 gebeyle, Gana'da Weobong ve ark. tarafından 20.920 gebeyle, Yunanistan'da 157 gebeyle, Afganistan'da 691 gebeyle ve Gonzalez ve ark. tarafından İspanya ve Türkiye'de 514 gebeyle yapılan bir çalışmada gebeliği plansız olanların depresyon riskinin planlı gebeliklerden daha yüksek olduğu bulunmuştur.^{177,186,193,198,222,223,231,237} Biratu ve ark. tarafından Etiyopya'da 393 gebeyle yapılan bir çalışmada planlı olmayan gebeliğin depresyon riskini 2,78 kat arttırdığı bulunmuştur.¹⁷⁰ Türkiye'den Gölbaşı ve ark., Karaçam ve ark., Akçalı Aslan ve ark. ve Yanikkerem ve ark. tarafından yapılan çalışmalarda da Dünya'da yapılan çalışmalara ve bizim çalışmamıza benzer şekilde planlı olmayan gebeliğin depresyon riskini arttırdığı bulunmuştur.^{137,184,188,204} Literatürdeki birçok çalışmadan farklı olarak Choi ve ark. tarafından 467 Koreli kadınla yapılan bir çalışmada planlanmamış gebelikte planlı gebelik arasında depresyon riski açısından anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.²³⁸ Hem yurt dışında hem de ülkemizde yapılan çoğu çalışmada plansız gebeliğin depresyon riskini arttırdığı görülmektedir. Planlanmamış gebelikler kadın üzerinde çok ciddi duygusal bir yük oluşturur. Kadının gebelik ve anne olmak gibi hayatını tam anlamıyla değiştirecek bir duruma maddi, psikolojik ve sosyal anlamda hazır olmamasının depresyon riskini

önemli ölçüde arttırabileceğini düşünebiliriz. Bu noktada birinci basamak hekimlerinin modern aile planlaması konusunda hastaları üzerinde eğitim ve bilgilendirme anlamında etkin bir rol üstlenmesi ve plansız gebeliklerin önüne geçilmesi önemli olmaktadır.

Çalışmamızda gebelerin kadın hastalıkları ve doğum uzmanı hekimleri tarafından obstetrik muayeneleri yapılmış ve mevcut gebeliğinde riskli görülen durumları hekimleri tarafından belirlenmiştir. Gebelerin %35,0'inde mevcut gebeliğinde risk tespit edilmiş olup bu gebeliklerin %39,4'ü maternal, %66,1'i fetal, %5,5'i ise hem fetal hem de maternal risk faktörlerine sahipti. Maternal risk faktörlerinden en sık ilk sırada %18,3 oranından gestasyonel diyabet, ikinci sırada %11,0 oranında annede gebelik öncesinde tanı konulmuş olan diyabet ve üçüncü sırada da %5,5 oranında gestasyonel hipertansiyon olarak bulunmuştur. Fetal risk faktörlerinden ise en sık %19,3 oranında Rh uygunsuzluğu, ikinci sırada %13,8 oranında 2'li testte risk artışı ve üçüncü sırada %11,9 oranında plasenta yerleşim anomalileri bulunmuştur. Bulgularımız sonucunda mevcut gebeliğinde risk bulunanlar ile bulunmayanlar arasında ve risklerin tipleriyle depresyon risk düzeyi açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Çalışmamızdan farklı olarak Ajinkya ve ark. Hindistan'da 185 gebeyle, Agostini ve ark. tarafından İtalya'da 404 gebeyle yapılan çalışmalarda mevcut gebeliğinde risk faktörü bulunduran gebelerde depresyon riskinin arttığı bulunmuştur.^{177,239} Thompson ve ark. tarafından Nijerya'da yapılan bir çalışmada gebelerin eşlik eden tıbbi durumlarına bakılmış ve bu durumlar bizim çalışmamızda bulunan maternal risk faktörleriyle uyumlu olup, eşlik eden tıbbi bir durum varlığında depresyon riskinin arttığı bulunmuştur.¹⁹³ Bangladeş'te 748 gebe kadınla yapılan bir çalışmada gestasyonel diyabeti olan kadınların olmayanlara göre depresyon riski daha yüksek bulunmuştur.²⁴⁰ İran'da 405 gebe kadınla yapılan bir çalışmada preeklampsi, erken membran rüptürü, erken doğum, intrauterin gelişme geriliği ve intrauterin ölüm oranlarının artmasıyla depresyon riskinin arttığı bulunmuş olup gestasyonel diyabetle depresyon riski arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.¹³⁹ Raisanen ve ark. tarafından Finlandiya'da yapılan bir çalışmada fetusta konjenital anomali varlığı, annede gestasyonel diyabet ve önceden var olan diyabet durumlarında depresyon riskinin arttığı bulunmuş olup plasental anomaliler, preeklampsi ve depresyon riski arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.¹⁷⁶ Keskin ve ark. tarafından Türkiye'de 44 gestasyonel diyabeti olan ve 45 sağlıklı gebeyle yapılan bir çalışmada gruplar arasından depresyon riski açısından anlamlı bir farklılık

bulunmamıştır.²⁴¹ Dagklis ve ark. tarafından Yunanistan’da 157 gebeyle yapılan bir çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde obstetrik risk faktörleri belirlenmiş, risk faktörü olan gebelerde depresyon açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.²²² Etiyopya’da 393, Tayland’da 402 gebeyle yapılan iki ayrı çalışmada mevcut gebeliğinde risk faktörü olanlarda depresyon riski açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.^{170,206} Literatürde riskli gebeliklerde depresyon riskini inceleyen çalışmalarda çıkan sonuçlar çelişkilidir. Ancak riskli gebeliklerde depresyon riskinin arttığı çalışmalar mevcut olduğu için bu hasta grubu hekim tarafından fiziksel ve psikolojik sağlığı ile ilgili yakından takip edilmesi gereken bir popülasyondur.

Çalışmamızda gebeler önceki gebeliklerinde riskli bir durum yaşama açısından sorgulandıklarında önceden gebelik öyküsü olan 229 gebenin %43,2’si önceki gebeliğinde riskli bir durum yaşadıklarını belirtmişlerdir ve önceki gebeliğinde riskli durum yaşayan gebelerde depresyon riskinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Literatür incelendiğinde Husain ve ark. tarafından Pakistan’da 1357 gebeyle yapılan bir çalışmada bizim çalışmamızla benzer şekilde önceki gebeliğinde riskli bir durum yaşayanların depresyon riski daha yüksek bulunmuştur.¹⁶⁸ Ali ve ark. tarafından Pakistan’da 165 gebeyle yapılan başka bir çalışmada ise bir önceki çalışmaya benzer şekilde önceki gebeliğinde riskli bir durum yaşayanlarda depresyon riskinin arttığı bulunmuştur.¹⁸² Ajinkya ve ark. tarafından Hindistan’da 185 gebeyle, Choi ve ark. tarafından 467 Koreli kadınla, Tayland’da 402 gebeyle yapılan çalışmalarda da önceki gebeliğinde komplikasyon yaşayanlarda depresyon riski daha yüksek bulunmuştur.^{177,206,238} Uyar ve ark. tarafından Konya’da 330 gebeyle yapılan bir çalışmada önceki gebeliğinde olumsuz doğum öyküsü ve düşük yapma öyküsü olan kadınlarda depresyon riskinin arttığı bulunmuştur.²¹⁶ Akçalı ve ark. tarafından Erzurum’da 463 gebeyle yapılan bir çalışmada önceki gebeliğinde düşük öyküsü olanlarda depresyon riski daha yüksek bulunmuştur.²⁰⁴ Weobong ve ark. tarafından Gana’da 20.920 gebeyle yapılan çalışmada önceki gebeliklerinde kayıp yaşayanlarda depresyon riski daha yüksek bulunmuştur.²³¹ Pampaka ve ark tarafından Kuveyt’te 1916 gebe kadınla yapılan bir çalışmada önceki gebeliklerinde riskli durumlar yaşayan kadınlarda yaşamayanlara göre depresyon riski açısından anlamlı bir farklılık görülmemiştir.²³³ Gonzalez ve ark. tarafından Türk ve İspanyol kadınlardan oluşan 514 gebeyle yapılan bir çalışmada önceki gebeliklerinde düşük yapma ve ölü doğum yapma

öyküsü ile depresyon riski arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.¹⁹⁸ Biratu ve ark. tarafından 393 gebeyle yapılan bir çalışmada daha önceki gebelik ve doğum komplikasyonu, ölü doğum ve düşük öyküsü durumlarıyla depresyon riski açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.¹⁷⁰ Bu sonuçlardan yola çıkarak olumsuz ya da riskli gebelik öyküsünün çoğunlukla depresyon riskini arttırdığı görülmektedir. Önceki kötü yaşam deneyimlerinden kaynaklı olarak mevcut gebeliklerinde herhangi bir sorun yaşama endişesi ve gebelikte fetal kayıpların olmasının annede yetersizlik hissine neden olması gibi durumlardan dolayı gebelerde depresyon riskinin artmış olabileceği düşünülmektedir.

Üreme çağındaki birçok kadın, adet öncesi sendromu (premenstrüel sendrom-PMS) olarak bilinen adet döngüsünün adet öncesi aşamasında bir veya daha fazla duygusal, davranışsal ve fiziksel semptom yaşar.^{242,243} PMS'nin yaygınlığının %20 ila 30 arasında olduğu tahmin edilmektedir.²⁴⁴ Türkiye'de Ongan ve ark. tarafından 2021 yılında 155 kadınla yapılan bir çalışmada PMS yaygınlığı %61,3 oranında bulunmuştur.²⁴⁵ Semptomların çoğu hafif olmasına rağmen, üreme çağındaki kadınların %1,2-6,4'ü Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı Beşinci Baskı'da (DSM-V) tanımlanan premenstrüel disforik bozukluk (PMDD) olarak adlandırılan orta ila şiddetli semptomlardan muzdariptir.²⁴⁴ PMS/PMDD'nin tipik ruh hali ve davranışsal semptomları arasında sinirlilik, gerginlik, depresif ruh hali, ağlamaklı olma ve ani ruh hali değişimleri yer almaktadır.²⁴² Çalışmamızda gebelerin %44,7'sinde premenstrüel sendrom öyküsü mevcuttu ve premenstrüel sendrom öyküsü olan gebelerde depresyon riskinin daha yüksek olduğu görüldü. Literatür incelendiğinde Tayland'da Roomruangwong ve ark. tarafından 126 gebeyle, Abe ve ark. tarafından 120 gebeyle yapılan iki ayrı çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde premenstrüel sendrom öyküsü olan kadınlarda depresyon riskinin arttığı bulunmuştur.^{243,246} Jeong ve ark. tarafından Koreli 1262 kadınla yapılan bir çalışmada bir önceki çalışmalara ve bizim çalışmamıza benzer şekilde premenstrüel öyküsü olan kadınlarda depresyon riskinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.¹⁹⁷ Türkiye'de Tunç ve ark. tarafından 174 gebeyle, Ersoy ve ark. tarafından 417 gebeyle yapılan iki ayrı çalışmada literatürdeki diğer bulgularla uyumlu olarak premenstrüel sendrom öyküsü olan kadınlarda depresyon riskinin arttığı bulunmuştur.^{247,248} Genel olarak literatürde ve diğer çalışmalara benzer şekilde bizim çalışmamızda premenstrüel sendrom öyküsünün gebelerde depresyon

riskini arttırdığı bulunmuştur. Bu sonuçlardan adet döngüsünün hormonal değişimlerinden ruh sağlığı olumsuz etkilenen bu kadınların, gebelikteki daha büyük hormonal değişikliklerde diğer gruba göre depresyon açısından daha fazla risk altında olabileceklerini düşünebiliriz.

Katılımcılardan %8,4'ünde önceden depresyon tanısı alma öyküsü mevcut olup önceden depresyon tanısı alan gebelerin depresyon riskinin daha yüksek olduğu ve çok değişkenli logistik regresyon modeline göre depresyon riskini 7,21 kat arttırdığı bulunmuştur. Literatür incelendiğinde İran'da 1291 gebeyle yapılan bir çalışmada geçmiş depresyon öyküsünün hem gebelik depresyonunu hem de doğum sonrası depresyon riskini arttırdığı bulunmuştur.¹⁷⁴ Brezilya'da Coll ve ark. tarafından 4130 gebeyle yapılan bir çalışmada geçmiş depresyon öyküsünün gebelerde depresyon riskini 2,81 kat arttırdığı bulunmuştur.¹⁶⁷ Brezilya'da Couto ve ark. tarafından 318 gebeyle yapılan bir başka çalışmada ise geçmiş depresyon öyküsünün gebelikte depresyon riskini 11,32 kat arttırdığı bulunmuştur.²⁴⁹ Kore'de 1262 kadınla yapılan bir çalışmada önceden depresyon geçirmiş olmanın gebelikte depresyon riskini 2,57 kat arttırdığı bulunmuştur.¹⁹⁷ Kuveyt'te Pampaka ve ark. tarafından 1916 gebeyle yapılan bir çalışmada geçmiş depresyon öyküsünün gebelikte depresyon riskini 5,31 kat arttırdığı bulunmuştur.²³³ Avustralya'da Patton ve ark. tarafından 384 gebeyle yapılan bir çalışmada ise ergenlikte depresyon öyküsü olmasının gebelik depresyon riskini 2 kat, genç erişkinlik döneminde depresyon öyküsü olmasının 4,57 kat, hem ergenlik hem genç erişkinlikte depresyon öyküsü olmasının ise 8,36 kat arttırdığı bulunmuştur.²⁵⁰ Raisanen ve ark. tarafından Finlandiya'da 551.938 gebenin sağlık verileri incelenmiş ve önceden depresyon tanısı almanın gebelikte depresyon tanısı alma durumunu 22,4 kat arttırdığı bulunmuştur.¹⁷⁶ Bayrampour ve ark. tarafından Kanada'da 3021 gebeyle yapılan bir çalışmada ise geçmişte ruh sağlığı problemi yaşamış olmanın gebelikte depresyon riskini 2,2 kat arttırdığı bulunmuştur.²⁵¹ Etiyopya'da Biratu ve ark. tarafından 393 gebeyle yapılan bir çalışmada önceden depresyon öyküsü olan kadınlarda olmayanlara göre gebelikte depresyon riskini 2,57 kat arttırdığı tespit edilmiştir.¹⁷⁰ Ülkemizde ise Akçalı ve ark. tarafından 463 gebeyle, Uyar ve ark. tarafından 330 gebeyle, Ortaarık ve ark. tarafından 126 gebeyle yapılan çalışmalarda da literatürde ve çalışmamızda bulunduğu gibi geçmiş depresyon öyküsünün gebelikte depresyon riskini arttırdığı bulunmuştur.^{180,204,216}

Hem yurt dışında hem de ülkemizde yapılan birçok çalışmada önceden depresyon öyküsü olmasının veya geçmişte herhangi bir ruh sağlığı bozukluğu yaşamının ya da psikiyatrik ilaç kullanımı öyküsü olmasının gebelikte depresyon riskini arttırdığı bulunmuştur. Bu ilişki gebelikte meydana gelen fiziksel değişikliklerin yanı sıra yaşam tarzı değişiklikleri ve hormonların etkisiyle yaşanan duygusal değişikliklerin önceden var olan ruhsal bir bozukluğun tetiklenmesine bağlı olabilir. Bir başka neden de önceden psikiyatrik rahatsızlığı olup düzenli ilaç kullanan gebelerin, ilaçların fetüse teratojenik etkilerinin olabileceğinden korkmaları nedeniyle gebeliğin başlangıcında tedaviye ara vermeleri ve var olan ruhsal sorunlarının tetiklenmesi olarak görülebilir.

Çalışmamıza katılan gebelerin %85,9'u gebelik sürecinde eşlerinden sosyal destek aldıklarını bildirmişlerdir. Yaptığımız istatistiksel analiz sonucu eşlerinden destek alan gebelerde depresyon riskinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Literatür incelendiğinde Ürdünlü 353 kadınla yapılan bir çalışmada eşleriyle kötü bir evlilik ilişkisi içerisinde olup eşlerinden sosyal destek görmeyen kadınlarda depresyon riskinin arttığı bulunmuştur.²⁵² Güney Afrika'da 946 kadınla yapılan bir çalışmada eşlerinden destek görmeyen, eşlerinin kendi hayatlarını zorlaştırdığını beyan eden kadınlarda depresyon riskinin arttığı bulunmuştur.²⁵³ Afganistan'da 691 gebeyle yapılan bir çalışmada eşinden destek görmeyen kadınlarda depresyon riskinin arttığı bulunmuştur.²³⁷ 250 Türk ve 264 İspanyol gebe kadınla ortak yapılan bir çalışmada Türk kadınlarının İspanyollara göre eşlerinden daha az destek gördükleri ve eş desteği olmayanlarda depresyon riskinin arttığı bulunmuştur.¹⁹⁸ Etiyopya'da 627 ve 393 gebeyle yapılan iki ayrı çalışmada eşlerinden destek gören kadınlarda depresyon riskinin azaldığı bulunmuştur.^{170,254} İsviçre'de 228 göçmen gebe kadınla yapılan bir çalışmada eş desteğinden yoksun olan kadınlarda depresyon riskinin arttığı bulunmuştur.²⁵⁵ Çin'de 292 gebe kadınla yapılan bir çalışmada eşleriyle ilişkileri iyi olan ve sosyal desteği fazla olan kadınlarda depresyon riskinin azaldığı bulunmuştur.²⁵⁶ Tayland'da 402 gebeyle yapılan bir çalışmada ise evliliklerinde çatışmalı ilişki yaşayan ve eşlerinden destek görmeyen kadınlarda depresyon riskinin arttığı bulunmuştur.²⁰⁶ Avustralya'da 17.564 gebeyle yapılan bir çalışmada eş desteği olmayan kadınlarda depresyon riskinin arttığı bulunmuştur.¹⁴² Türkiye'den Şentürk ve ark. tarafından 730 gebeyle yapılan bir çalışmada eş desteğinin az olmasının depresyon riskini arttırdığı bulunmuştur.¹⁷³ Yanikkerem ve ark. tarafından 651 gebeyle yapılan bir çalışmada ise eşlerinden destek

gören ve iyi bir evlilik ilişkisi içinde olan kadınlarda depresyon riskinin azaldığı bulunmuştur.¹⁸⁸ Yapılan çalışmalar genel olarak bulgularımızla benzer şeklide iyi bir evlilik ilişkisi olan ve eşlerinden destek gören kadınlarda depresyon riskinin azaldığını göstermektedir. Kadın için öncelikle eşinin ve onunla birlikte aile ve sosyal çevresinin sağladığı iyi bir destek çok önemlidir. Destekleyici bir eşin varlığı ebeveynliğe geçişte yaşanan zorluklara karşı koruyucu bir görev görür. Tam tersi sorunlu bir ilişkide ise kadında ek bir strese yol açar, gebeliğe ve anneliğe uyumu zorlaştırır ve annenin ruh sağlığını bozarak depresyona zemin hazırladığı düşünülebilir.

Çalışmamıza katılan gebelerin %7,4'ü gebelik döneminde veya öncesinde eşlerinden fiziksel, sözlü, ekonomik veya duygusal şiddete maruz kaldıklarını bildirmişlerdir. Eşlerinden şiddet gören kadınlarla görmeyenler arasında depresyon riski açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Literatür incelendiğinde Cauto ve ark. tarafından Brezilya'da 318 gebeyle yapılan bir çalışmada kadınların %32,6'sı geçmişte veya şu anda eşlerinden şiddet gördüklerini belirtmiş olup eşlerinden şiddet gören kadınlarda depresyon riski daha yüksek bulunmuştur.²⁴⁹ Thompson ve ark. tarafından Nijerya'da 314 gebeyle yapılan bir çalışmada kadınların %17,8'inin eşlerinden şiddet gördüğü ve eşlerinden şiddet görenlerde depresyon riskinin arttığı bulunmuştur.¹⁹³ Brezilya'da 358 gebeyle yapılan bir çalışmada yakın partner şiddet oranı %17,6 olarak bulunmuş ve şiddet gören kadınlarda depresyon riskinin arttığı tespit edilmiştir.²⁵⁷ Kaliforniya'da Latin kökenli 210 gebeyle yapılan bir çalışmada yakın partner şiddeti oranı %44 olarak bulunmuş olup şiddete maruz kalan kadınlarda depresyon riskinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir.²⁵⁸ Ogbo ve ark. tarafından Avustralya'da 17.564 gebeyle, Ali ve ark. tarafından Pakistan'da 165 gebeyle, Nasreen ve ark. tarafından Bangladeş'te 720 gebeyle yapılan çalışmalarda da eş şiddeti olan kadınlarda olmayanlara göre depresyon riskinin arttığı bulunmuştur.^{142,259} Flynn ve ark. tarafından Amerika'da 1054 gebeyle yapılan bir çalışmada eş şiddetine maruz kalmanın gebelikte depresyon riskini arttırdığı bulunmuştur.²⁶⁰ Amerika'da Benatar ve ark. tarafından yapılan bir başka çalışmada ise 2013 ile 2017 yılları arasında 37.287 gebeye ait sağlık verileri toplanmış ve yakın partnerden şiddet görenin gebelikte depresyon riskini 18,5 kat arttırdığı tespit edilmiştir.²⁶¹ Fisher ve ark. tarafından Vietnam'da 419 gebeyle yapılan bir çalışmada kadınların eşlerinden şiddet görme oranı %17,2 olarak bulunmuş olup eşlerinden şiddet gören kadınlarda depresyon riskinin arttığı gözlenmiştir.¹⁸¹

Türkiye’de Akçalı ve ark. tarafından Erzurum’da yaşayan 463 gebeyle yapılan bir çalışmada geçmişte eşten şiddet görme öyküsü, son bir yıl içinde şiddete maruz kalan ve şu anki gebeliğinde eşlerinden şiddet gören kadınlarda, her üç parametre açısından ayrı ayrı bakıldığında depresyon riskinin arttığı gözlenmiştir.²⁰⁴ Kaplan ve Yanikkerem tarafından Manisa’da yaşayan 600 gebeyle yapılan bir çalışmada eş şiddetine maruz kalma oranı %22,9 olarak bulunmuş olup şiddet gören kadınlarda depresyon riskinin arttığı gözlenmiştir.²⁰⁸

Literatür genel olarak incelendiğinde eşlerinden şiddet gören kadınlarda bulgularımızdan farklı olarak depresyon riskinin arttığı bulunmuştur. Dünya Sağlık Örgütüne göre gebelikte eşlerinden şiddet gören kadınların oranı ülkelere göre değişmekle birlikte %4 ile %12 arasında değişkenlik göstermektedir.²⁶² Ancak literatürde yapılan çalışmalarda eşten şiddet görmenin daha yüksek oranlara çıktığını gözlemledik. Ülkemizde ise gebelikte fiziksel şiddete uğrama oranı ulusal rapora göre %8,3’tür.²⁶³ Ancak Türkiye’de yapılan farklı çalışmalarda gebelikte fiziksel şiddet sıklığı %4,8 ile %36,4, duygusal şiddet sıklığı %26,7 ile %63,1, cinsel şiddet sıklığı ise %4,4 ile %36,4 arasında değişmektedir.²⁶⁴ Bu oranların değişken olmasının sebebi kadınların şiddeti bildirmelerinde aile içi dinamiklerinden dolayı çekingen davranışları olabilir. Bizim çalışmamızda da eşlerinden şiddet gören kadınların tamamı şiddet gördüklerini beyan etmemiş olabilirler ve bu da genel literatürden farklı olarak depresyonla anlamlı bir ilişki bulunmaması sonucuna sebep olmuş olabilir.

Çalışmamıza katılan gebelerin doğacak bebeğin bakımı konusunda kimden destek alacaklarını sorduğumuzda %62,4’ü bebeğine kendisinin bakacağını, %32,5’i ailesinden destek alacağını, %1’i bakıcı tarafından bakılacağını, %4,1’i de durumun belli olmadığını bildirmiştir. Bulgularımızda bebeğin bakımı konusunda alınacak olan destekle depresyon riski açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Literatür incelendiğinde Tunç ve ark. tarafından Ankara’da 174 gebeyle yapılan bir çalışmada doğacak bebeğin bakımı konusunda ailesinden ya da çevresinden yardım alacak olan kişilerde bizim bulgumuzdan farklı olarak depresyon riskinin azaldığı bulunmuştur.²⁴⁷ Eryılmaz ve ark. tarafından Kırşehir’de 520 gebeyle yapılan bir çalışmada Tunç ve ark. çalışmasına benzer şekilde doğacak bebeğin bakımı konusunda yardım alacak olan kişilerde depresyon riski daha düşük bulunmuştur.²⁶⁵ Sevinç ve ark. tarafından Elazığ’da 240 gebeyle yapılan bir çalışmada ise bizim çalışmamızla benzer şekilde

doğacak bebeğin bakımı konusunda ailesinden veya çevresinden yardım alacak olan kadınlarla diğer grup arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.²⁶⁶

Literatürde doğacak bebeğin bakımı konusunda yardım alma durumunun depresyonla ilişkisi arasında yapılan çalışma sayısı çok azdır. Bebeğin bakımı konusunda yardım almayla ilgili durumlar annenin çalışması, yaşanan aile tipi, evde yaşayan kişi sayısı ve çocuk sayısı, kadının sosyal desteği gibi pek çok faktöre bağlı olarak değişkenlik gösterebilmektedir. Bakım konusunda yardım almak kadın için iyi bir sosyal destek olabilir ve bu durum depresyon için koruyucu bir faktör olarak görülebilir. Bu konuda daha net veriler elde edebilmek için daha kapsamlı ve daha çok çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

5.1. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Kısıtlılıkları

Araştırmamızın güçlü yönlerine ve kısıtlılıklarına bakacak olursak;

- Çalışmamızda veri toplamak amacıyla kullanılan sosyodemografik bilgi formu ve Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği, birinci basamakta da kolaylıkla uygulanabilecek yöntemler olmakla birlikte; birinci basamakta yapılamayan 2'li test, 3'lü test, amniyosentez ve/veya antenatal organ taraması sonucu, oral glukoz tolerans testi, ultrasonografik fetal ölçümler ve ek olarak detaylı obstetrik muayene bulgularının çalışmamıza eklenmesi, araştırmamızın bilimsel gücünü arttıran önemli bir faktör olarak değerlendirilebilir.
- Veri toplama aracı olarak kullandığımız ölçeğin ve sosyodemografik bilgi formunun katılımcılarda bir farkındalık yaratmış olması, hem araştırmamızı yapmamızı hem de hasta bakımına katkı sağlamış olabileceğini düşünüyoruz.
- EPDS bir tarama testi olup, katılımcılarımıza uyguladığımızda depresyon açısından risk düzeyi yüksek saptanan kişilerin psikiyatri uzmanına yönlendirilmesinin hem tedavi hem de hizmet anlamında katkı sağladığını düşünüyoruz.
- Veriler toplanırken tek bir araştırmacı tarafından ve yüz yüze görüşme yöntemiyle yapılmış olması, araştırmacıların taraflı davranarak analiz sonucunu etkilemesi gibi durumların engellenmesine neden olarak çalışmanın güçlü bir yönü olarak değerlendirilebilir.

- Çalışmamız bir üniversite hastanesinin kadın hastalıkları ve doğum polikliniğinde yürütülmüştür. Çalışmanın tek bir merkezde yürütülmüş olması tüm şehre veya tüm ülkeye genellenememesi açısından bir kısıtlılık olmasına rağmen tek bir Aile Sağlığı Merkezi gibi dar bir coğrafik bölgede yapılan çalışmalara kıyasla, tüm şehirden ve çevre illerden gelen katılımcıları kapsıyor olması güçlü bir yön olarak değerlendirilebilir. Yine de bulguların genellenebilmesi için daha fazla sayıda katılımcıyla ve çok merkezli yapılan çalışmaların yapılması gereklidir.
- Çalışmamızda obstetrik risk faktörlerini de incelemek istedik. İlgili poliklinikte detaylı fetal ölçümler, detaylı obstetrik muayene ve gebelikle ilgili testler 14. haftadan önce yapılamadığı için ilk trimesterde olan gebeleri çalışmamıza dahil etmedik. Yeni yapılacak çalışmalarda her trimesterden gebeler alınıp her üç trimester arasında da karşılaştırmalar yapılabilir.
- Çalışmamızda eş desteği ve eş şiddetini katılımcıları sadece sorgulayarak değerlendirdik. Özellikle bu konulara ışık tutmak isteyen çalışmalarda konular özelinde geçerlik ve güvenirliği kanıtlanmış olan ölçeklerle değerlendirme yapmak daha detaylı verilerin elde edilmesini sağlayabilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Çukurova Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Obstetri Polikliniğine başvuran, takipli 311 gebe ile yürütülen çalışmada EPDS ölçeği kullanılarak gebelikte yüksek depresyon riskinin sıklığı ve bununla ilişkili olabilecek risk faktörlerini belirlemeyi amaçladığımız bu çalışmada elde ettiğimiz sonuçlar şu şekildedir:

- Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeğine göre gebelerin %33,76'sında depresyon riski yüksek bulundu.
- Depresyon riski düşük olan ve yüksek olan gruplar arasında yaş, medeni durum, akraba evliliği ve düzenli egzersiz yapma durumu, gebelik haftası, gebelik sayısı, trimesteri ve gebelik tipi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.
- Eğitim düzeyi arttıkça depresyon riskinin azaldığı görüldü.
- Çalışmayan gebelerin, eşleri çalışmayan gebelerin, aylık gelirlerini yeterli bulmayanların ve geniş aile tipinde yaşayan gebelerin depresyon riskinin daha yüksek olduğu görüldü.
- Kronik hastalığı olan gebelerin depresyon riskinin daha yüksek olduğu görüldü. Ancak gebeler sahip oldukları kronik hastalıkların tiplerine göre incelendiğinde kronik hastalık tipleri ile yüksek depresyon riski arasında anlamlı farklılık gözlenmedi.
- Sigara kullanan gebelerin yüksek depresyon riskinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu, gebelikte sigarayı bırakanların ise hiç sigara kullanmayan gebelerden daha yüksek depresyon riski oranlarına sahip oldukları görüldü.
- Gebeliği plansız olanların, önceki gebeliğinde risk yaşayanların, premenstrüel sendrom öyküsü olanların, önceden depresyon tanısı alanların ve eşlerinden destek almayan gebelerin depresyon riskinin daha yüksek olduğu görüldü.
- Mevcut gebeliğinde risk bulunma, gebelik öncesinde ve/veya gebelik sürecinde eşten şiddet görme ve doğacak bebeğin bakımı ile ilgili destek alma ile depresyon riski arasında anlamlı farklılık bulunmadı.

6.2. Öneriler

Tüm dünyada yaygın olarak görülen ve hem anne hem de bebek için gebelik ve doğum sonrası dönemde ciddi sonuçlara neden olan gebelik depresyonunda erken tanı oldukça önemlidir. Çalışmamızda depresyon riskini %33,76 gibi yüksek bir oranda bulmuştuk. Bu nedenle gebelerin en kolay ulaşabildiği ve belli sıklıklarda takip edildiği birinci basamakta çalışan hekimlere, idealde tüm gebelere ama özellikle risk faktörü olduğu düşünülen veya depresif belirti gösteren gebelere tarama testini uygulamaları ve risk düzeyi yüksek çıkanları psikiyatri uzmanına sevk etmeleri gerektiğini önerebiliriz.

Tarama testlerinin genel özellikleri düşünüldüğünde EPDS'nin gebelik ve doğum sonrası dönemde depresyon için birinci basamakta kullanılan ideal ölçeklerden biri olduğu ve kullanımının yaygınlaştırılmasının önemli olduğu söylenebilir. Gebelerde depresyon yaygın görülmesine rağmen postpartum depresyon kadar yaygın çalışılmamıştır. Yapılan çalışmalarda postpartum depresyonun en önemli risk faktörlerinden biri gebelik döneminde görülen depresyondur. Bu nedenle gebelik döneminde depresyonun tanısı konur ve etkin biçimde tedavi edilirse postpartum depresyonun önlenmesine yönelik de önemli bir adım atılmış olacaktır.

Çalışmamızda gebelerin yaşlarıyla depresyon riski açısından bir farklılık bulmasak da literatürdeki diğer çalışmalarda hem erken yaşta hem de ileri yaşta anne olanlarda depresyon riskinin arttığı bulunmuştur. Bu nedenle kişilere modern aile planlaması eğitiminin verilmesiyle uygun yaşta sağlıklı gebelik geçirmeleri sağlanabilir.

Eğitim düzeyinin önemi toplumun geneli için en az sağlık kadar önemlidir. Kişilerin eğitim düzeyinin artması kendi hayatlarında daha aktif bir rol almalarına, kendilerine olan güvenleri ve öz saygılarının artmasına katkı sağlar ve bu durumlar ruh sağlıklarına olumlu yansır. Bu nedenle eğitim konusunda özellikle kadınları teşvik etmek önemli olacaktır.

Sosyoekonomik düzeyin sağlık parametrelerinin birçoğunu etkilediği gibi ruhsal durumlarını da etkilediğini bulduk. Kişilerin sosyoekonomik düzeylerini hem kadının hem de erkeğin çalışma durumu belirler. Bu sebepten kadınların tıpkı eğitime olduğu gibi çalışma hayatına da teşvik edilmesi sosyoekonomik düzeylerinin artması açısından yararlı olabilir.

Yaptığımız çalışmada akraba evliliği ve depresyon riski açısından anlamlı bir farklılık bulmasak da akraba evliliğinin depresyon riskini arttırdığını bulan birçok

Çalışma mevcuttur. Bu nedenle kişilere evlilik öncesi akraba evliliği yapmanın genel risklerinin anlatıldığı eğitimler verilebilir.

Düzenli egzersiz yapmanın depresyon için koruyucu bir faktör olduğunu, egzersizin kişilerin ruh ve beden sağlığını olumlu yönde etkilediğini gösteren birçok çalışma mevcuttur. Bizim alışmamızda düzenli egzersiz yapmayla depresyon riski açısından anlamlı bir farklılık bulunmasa da, kişilere egzersizin sağlıklı yaşam tarzının önemli bir parçası olduğu anlatılmalıdır.

Birinci basamakta yapılan periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri kişilerde kronik hastalıkların tespit edilmesi için bir fırsat olarak değerlendirilmelidir. Kadınlar gebe kalmadan mevcut hastalıklarının kontrol altına alınması önemlidir. Sadece bebeğin sağlığı değil annenin ruh sağlığının da etkilenmemesi adına kronik hastalıkların regüle edilerek uygun zamanda gebeliğin planlanması sağlanabilir.

Sigara kişilerin sağlığı için birçok hastalıkta çok önemli bir risk faktörüdür. Özellikle gebelikte hem bebeğin hem de annenin sağlığını olumsuz anlamda etkilediği bilinmektedir. Özellikle reme çağındaki kadınlarda sigara kullanımı mutlaka sorgulanmalı ve kullananları bıraktırmak için gerekli görüşmeler yapılmalıdır.

Bizim alışmamızda olduğu gibi birçok çalışmada planlı gebeliğin depresyondan koruduğunu gözlemledik. Planlı gebeliklerde prekonsepsiyonel bakımın daha etkin yapılacağını ve bu durumun kişilerin hem ruh hem de beden sağlığını olumlu yönde etkileyeceğini düşünebiliriz.

nceki gebeliklerinde riskli bir durum yaşayan kadınlarda depresyon riskinin artması sonucuyla, bu kadınlara gerekli bilgilendirmeleri yaparak, kaygılarını azaltmak önemli olabilir.

Premenstrüel sendrom öyküsü olan ve önceden depresyon tanısı olan kadınlarda daha dikkatli olmak gerekir. Önceden depresyon tanısı olması gebelikte depresyonun en önemli risk faktörleri arasındadır. Bu gebelerde tedavilerinin bilinçsiz kesilmemesi adına bilgi vermek ve belki bir psikiyatri uzmanına yönlendirerek takipli olmalarını sağlamak önemli olacaktır.

Eşlerinden destek almayan kadınlarda ise bu konuda farkındalığı arttırmak ve aile hekiminin genelde tüm aile bireylerinin hekimi olması avantajından faydalanarak gebelerle ve eşleriyle birlikte bilgi vermek ve destek amaçlı uygun görüşmeler yapmak yararlı olabilir.

Aile içi şiddet çok önemli bir halk sağlığı sorunudur. Sadece annenin ruh sağlığını değil, hem annenin hem de bebeğin sağlığını olumsuz anlamda etkileyerek kötü sonuçlara neden olabilir. Bu noktada birinci basamak çalışanları aileyi tüm bireyleriyle birlikte yakından tanıyan ve olası şiddeti en yakından gözlemleyebilecek kişiler olduğu için aile içi şiddet konusunda önemli bir rol üstlenmektedirler.

Anne ve bebek açısından ciddi olumsuz sonuçları olan gebelikte depresyonunun belirlenmesi, önlenmesi ve tedavi edilmesi konusunda öncelikle hekim, ebe ve hemşireler olmak üzere sağlık profesyonellerine çok büyük sorumluluklar düşmektedir.

Aile hekimliği; gebelik döneminde kadınların en sık başvurduğu, ilk temas noktası olmakla birlikte açık bir erişimin sağlandığı, prekonsepsiyonel bakımdan başlayan ve lohusalık dönemini de kapsayan süreçte kadınların tüm sağlık sorunlarıyla ilgilendiği, gebelik dönemi için sağlık sisteminin önemli bir parçasıdır. Kişilere özellikle ruh sağlığı problemleriyle ilgili tek muayenede tanı koymak zor olabilir ancak aile hekimliği gebe izlemleri yaparken kadınları birden çok kez görebildiği için bu görüşmelerde kadındaki değişiklikleri fark eder ve böylece olası patolojileri saptama şansı daha yüksektir. Depresif belirtiler çoğu kez gebelikte görülen semptomlarla karışabilmektedir ya da gebelik semptomları tarafından maskelenebilmektedir. Özgün problem çözme yeterliliğiyle antenatal depresyonun aslında sık görülen bir durum olduğu, semptomların ayrıştırılarak doğru tanıyı koymanın önemli olduğu unutulmamalıdır. Aynı zamanda gebelikte depresyon için risk faktörlerini belirleyerek bireylere birincil koruma ve tarama yapıp erken tanı koyarak ikincil koruma yapılması sağlanmalıdır. Gebelerin sadece obstetrik açıdan değerlendirilmesi değil; biyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel ve varoluşsal açıdan da değerlendirilmesi anlamında aile hekimliği ideal konumdadır ve bu fırsatın iyi değerlendirilmesi önemlidir.

7. KAYNAKLAR

1. **Eke AC, Gebreyohannes RD, Fernandes MFS, Pillai VC.** Physiologic Changes During Pregnancy and Impact on Small-Molecule Drugs, Biologic (Monoclonal Antibody) Disposition, and Response, *J. Clin. Pharmacol.*, **2023**; 63(1):34-50.
2. **Koss J, Bidzan M, Smutek J, Bidzan L.** Influence of perinatal depression on labor-associated fear and emotional attachment to the child in high-risk pregnancies and the first days after delivery, *Med. Sci. Monit.*, **2016**; 22:1028-1037.
3. **Taşkın L.** *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 16th ed. Akademisyen Kitapevi, **2019**.
4. **Nedim Çiçek TM.** *Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji*. Güneş Tıp Kitapevi, **2007**.
5. **Çakır L, Can H.** Gebelikte Sosyodemografik Değişkenlerin Anksiyete ve Depresyon Düzeyleriyle İlişkisi, *J. Turkish Fam. Physician*, **2012**; 32:35-42.
6. **Çelik F, Köken GN, Yılmaz M.** Gebelikte depresyon semptomlarının sıklığı ve depresyon gelişimini etkileyen faktörler, *Anatol J Clin Investig*, **2013**; 7(2):110-117.
7. **Gözüyeşil E, Şirin A, Çetinkaya Ş.** Gebe Kadınlarda Depresyon Durumu ve Bunu Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi, *Fırat Sağlık Hizmetleri Derg.*, **2008**; 3(1):343-354.
8. **McKinney ES.** *Maternal-child nursing*. Elsevier Inc., **2022**.
9. **Nayak SK, Poddar R, Jahan M.** Psychological Problems during Advance Stage of Pregnancy,” *Int. J. Indian Psychol.*, **2015**; 2(2).
10. **Dağlar G, Nur N.** Gebelerin stresle başa çıkma tarzlarını n anksiyete ve depresyon düzeyi ile ilişkisi, *Cumhur. Med. J.*, **2014**; 429-441.
11. **American Psychiatric Association.** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association, **2013**.
12. **Öztürk MO, Uluşahin NA.** *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Nobel Tıp Kitabevleri, **2023**.

13. **Çalık KY, Aktaş S.** Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi, *Psikiyatr. Güncel Yaklaşımlar*, **2011**; 3(1):142-162.
14. **Yalçın BM, Öztürk O.** Birinci Basamakta Depresyon Tedavisine Yaklaşım, *Türkiye Klin.*, **2017**; 8(1):29-37.
15. **WHO.** Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates, *World Heal. Organ.*, **2017**.
16. **Trivedi MH.** Major Depressive Disorder in Primary Care: Strategies for Identification, *J. Clin. Psychiatry*, **2020**; 81(2)..
17. **Sharman Moser S, Chodick G, Gelerstein S, Barit Ben David N, Shalev V, et al.** Epidemiology of treatment resistant depression among major depressive disorder patients in Israel, *BMC Psychiatry*, **2022**; 22(1):1-11.
18. **Helvacı Çelik F, Hocaoglu Ç.** Major Depressive Disorder' Definition, Etiology and Epidemiology: A Review, *J. Contemp. Med.* 2016; 6(1):51-66.
19. **Weobong B.** Association of antenatal depression with adverse consequences for the mother and newborn in rural Ghana: Findings from the DON population-based cohort study, *PLoS One*, **2014**; 9(12):1-16.
20. **Al Rawahi A.** The Effect of Antepartum Depression on the Outcomes of Pregnancy and Development of Postpartum Depression: A prospective cohort study of Omani women, *Sultan Qaboos Univ Med J*, **2020**; 20:179-186.
21. **Vigod SN, Wilson CA, Howard LM.** Depression in pregnancy, *BMJ*, **2016**; 352:1547.
22. **Oliver R, Basit H.** Embryology, Fertilization, Treasure Island (FL), **2024**.
23. **Atwood CS, Vadakkadath Meethal S.** The spatiotemporal hormonal orchestration of human folliculogenesis, early embryogenesis and blastocyst implantation", *Mol. Cell. Endocrinol*, **2016**; 430:33-48.
24. **Ahsen Şirin OK.** *Kadın sağlığı*. Bedray Yayıncılık, **2014**.
25. **Yildiz H.** Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği Geliştirme Çalışması, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Derg.*, **2011**; 64-74.

26. **Kıymet Yeşilçiçek Çalık SA.** Kadınların Gebeliği Algılama Durumu Ve Bunu Etkileyen Faktörler, *Sağlık Bilim. ve Meslekleri Derg.*, **2019**; 6(1):179-192.
27. **Fenkçi İV, Çabuş Ü.** *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi.* Akademisyen Kitabevi, **2019**.
28. **McPhee SJ, Papadakis MA.** *Current Medical Diagnosis and Treatment 2011.* Mc Graw Hill, **2011**.
29. **Seely EW, Ecker J.** Clinical practice. Chronic hypertension in pregnancy, *N. Engl. J. Med.*, **2011**; 365(5):439-446.
30. **Pacheco LD, Costantine MM, Hankins GDV.** Physiologic Changes During Pregnancy, in *Clinical Pharmacology During Pregnancy*, Elsevier, **2012**:5-16.
31. **Dzieciolowska-Baran E, Teul-Swiniarska I, Gawlikowska-Sroka A, Poziomkowska-Gesicka I, Zietek Z.** Rhinitis as a cause of respiratory disorders during pregnancy, *Adv. Exp. Med. Biol.*, **2013**; 755:213-220.
32. **Kazma JM, van den Anker J, Allegaert K, Dallmann A, Ahmadzia HK.** Anatomical and physiological alterations of pregnancy, *J. Pharmacokinet. Pharmacodyn.*, **2020**; 47(4):271-285.
33. **Leveno KJ.** *Williams Obstetrics, 25th Edition.* McGraw-Hill Education, **2018**.
34. **Potur DC, Nuran K.** Dismenore Yönetiminde Tamamlayıcı Tedaviler, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **2013**; 10(1):8-13.
35. **Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF, Nygaard I.** *Danforth's Obstetrik ve Jinekoloji.* Güneş Tıp Kitabevi, **2010**.
36. **van Brummen HJ, Bruinse HW, van der Bom JG, Heintz APM, van der Vaart CH.** How do the prevalences of urogenital symptoms change during pregnancy?, *Neurourol. Urodyn*, **2006**; 25(2):135-139.
37. **Wesnes SL, Hunskaar S, Bo K, Rortveit G.** Urinary incontinence and weight change during pregnancy and postpartum: a cohort study, *Am. J. Epidemiol.*, **2010**; 172(9):1034-1044.
38. **Kızılkaya Beji N, Satır G, Çayır G.** Effect of Pregnancy Process on Urinary System and Pelvic Floor and Nursing Approach, *Bezmialem Sci.*, **2020**; 8(2):206-211.

39. **Casagrande D, Gugala Z, Clark SM, Lindsey RW.** Low Back Pain and Pelvic Girdle Pain in Pregnancy, *J. Am. Acad. Orthop. Surg.*, **2015**; 23(9):539-549.
40. **Thabab M, Ravindran V.** Musculoskeletal problems in pregnancy, *Rheumatol. Int.*, **2015**; 35(4):581-587.
41. **Melmed S, Polonsky KS, Reed Larsen P, Kronenberg HM.** *Williams Textbook of Endocrinology*, 13th ed. Elsevier, **2016**.
42. **Costantine MM.** Physiologic and pharmacokinetic changes in pregnancy, *Front. Pharmacol.*, **2014**; 5:1-5.
43. **Yanamandra N, Chandraharan E.** Anatomical and physiological changes in pregnancy and their implications in clinical practice, *Obstet. Intrapartum Emergencies A Pract. Guid. to Manag*, **2012**; 1-8.
44. **de Haas S, Ghossein-Doha C, van Kuijk SMJ, van Drongelen J, Spaanderman MEA.** Physiological adaptation of maternal plasma volume during pregnancy: a systematic review and meta-analysis, *Ultrasound Obstet. Gynecol. Off. J. Int. Soc. Ultrasound Obstet. Gynecol*, **2017**; 49(2):177-187.
45. **Bitirgen E, Köşüş A, Kalem MN, Duran M, Köşüş N, Özal T.** Gebelikte Cilt Hastalıkları Skin Diseases In Pregnancy, *Jinekoloji - Obstet. ve Neonatoloji Tıp Derg*, **2016**; 79-83.
46. **Mukherjee S, Trepka MJ, Pierre-Victor D, Bahelah R, Avent T.** Racial/Ethnic Disparities in Antenatal Depression in the United States: A Systematic Review, *Matern. Child Health J.*, **2016**; 20(9):1780-1797.
47. **Atasever İ, Çelik AS.** Prenatal stresin ana-çocuk sağlığı üzerine etkisi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilim. Derg*, **2018**; 21(1):60-68.
48. **Piğta B, Jurczyk MU, Wszolek K, Opala T.** Emotional changes occurring in women in pregnancy, parturition and lying-in period according to factors exerting an effect on a woman during the peripartum period, *Ann. Agric. Environ. Med.*, **2014**; 21(3):661-665.
49. **Sunal N, Demiryay A.** Gebe Kadınların algıladıkları fiziksel ve emosyonel yakınmalar, *Fırat Sağlık Hizmetleri Derg*, **2009**; 4(12):99-110.
50. **Yucel P, Cayir Y, Yucel M.** Depression and anxiety among first trimester pregnancies, *Birinci Trimester Gebelerde Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu*, **2013**; 16(2):83-87.

51. Kızılkaya Beji N. *Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*. 2022.
52. Demirbas H, Kadioglu H. Adaptation of Pregnancy in Prenatal Period Women and Factors Associated With Adaptation, *J. Marmara Univ. Inst. Heal. Sci*, 2014; 4(4):1.
53. Zakšek TŠ. Sexual Activity during Pregnancy in Childbirth and after Childbirth, *Sexol. Midwifery*, 2015.
54. Özorhan EY, Ejder Apay S, Şahin Altun Ö. Gebelikte Ruh Sağlığı, *Yıldırım Beyazıt Hemşirelik Derg.*, 2014; 33-42.
55. Leigh B, Milgrom J. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress, *BMC Psychiatry*, 2008; 8:1-11.
56. Pereira PK, Lovisi GM, Pilowsky DL, Lima LA, Legay LF. Depression during pregnancy: prevalence and risk factors among women attending a public health clinic in Rio de Janeiro, Brazil, *Cad. Saude Publica*, 2009; 25(12):2725-2736.
57. Babacan Gümüş A, Çevik N, Hyusni SH, Biçen Ş, Keskin G, Malak AT. Gebelikte benlik saygısı ve beden imajı ile ilişkili özellikler, *Anatol. J. Clin. Investig*, 2011; 7-14.
58. Marakoğlu K, Şahsivar MŞ. Gebelikte Depresyon, *Türkiye Klin. J. Med. Sci.*, 2008; 28(4):525-532.
59. Çapık A, Ejder Apay S, Sakar T. Gebelerde Distres Düzeyinin Belirlenmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilim. Derg.*, 2005; 18(3).
60. Solmuş T. *Kadınlık ve annelik psikolojisi*. Nobel Yayın Dağıtım, 2012.
61. Köknel Ö. Duygudurum Bozukluklarının Tarihçesi, *Türk Psikiyatr. Dizin*, 2000; 5-11.
62. Babaoğlu A. *Psikiyatri tarihi*. Okuyan Us Yayınları, 2021.
63. Atbaşoğlu C, Gülöksüz S. Bilim, Psikiyatri, DSM'ler, *Türk Psikiyatr. Derg*, 2013; 24:202-212.
64. Yetkin S, Özgen F. Tarihsel Bakış İçinde Depresyon, *Türkiye Klin. Dahili Tıp Bilim. Derg.*, 2007; 3(47):1-5.

65. **Malhi GS, Mann JJ.** Depression, *Lancet (London, England)*, **2018**; 392(10161):2299-2312.
66. **Eurostat.** 7.2% of people in the EU suffer from chronic depression - Products Eurostat News - Eurostat. <https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-eurostat-news/-/edn-20210910-1>
67. **Goodwin RD, Dierker LC, Wu M, Galea S, Hoven CW, Weinberger AH.** Trends in U.S. Depression Prevalence From 2015 to 2020: The Widening Treatment Gap, *Am. J. Prev. Med.*, **2022**; 63(5):726-733.
68. **Akdeniz F.** *Aile Hekimleri İçin Psikiyatri*. Bayt Yayın Hizmetleri, **2017**.
69. **Cui L.** *Major depressive disorder: hypothesis, mechanism, prevention and treatment*, Springer US, **2024**.
70. **Lohoff FW.** Overview of the genetics of major depressive disorder, *Curr. Psychiatry Rep*, **2010**; 12(6):539-546.
71. **Kendall KM.** The genetic basis of major depression, *Psychol. Med.*, **2021**; 51(13):2217-2230.
72. **Yalvaç HD.** Depresyonun Epidemiyolojisi, *Türkiye Klin. Psikiyatri - Spec. Top.*, **2024**; 5(2):7-13.
73. **Opmeer EM, Kortekaas R, Aleman A.** Depression and the role of genes involved in dopamine metabolism and signalling, *Prog. Neurobiol.*, **2010**; 92(2):112-133.
74. **Levey DF.** Bi-ancestral depression GWAS in the Million Veteran Program and meta-analysis in >1.2 million individuals highlight new therapeutic directions, *Nat. Neurosci.*, **2021**; 24(7):954-963.
75. **Zhuo C.** The rise and fall of MRI studies in major depressive disorder, *Transl. Psychiatry*, **2019**; 9(1).
76. **Nolan M.** Hippocampal and Amygdalar Volume Changes in Major Depressive Disorder: A Targeted Review and Focus on Stress, *Chronic Stress (Thousand Oaks, Calif.)*, **2020**; 4.
77. **Hamon M, Blier P.** Monoamine neurocircuitry in depression and strategies for new treatments, *Prog. Neuro-Psychopharmacology Biol. Psychiatry*, **2013**; 45:54-63.

78. **Fries GR, Saldana VA, Finnstein J, Rein T.** Molecular pathways of major depressive disorder converge on the synapse, *Mol. Psychiatry*, **2022**; 28(1):284-297.
79. **Kaltenboeck A, Harmer C.** The neuroscience of depressive disorders: A brief review of the past and some considerations about the future, *Brain Neurosci. Adv*, **2018**; 2.
80. **Kulaksızoğlu IB, Tükel R, Üçok A, Yargıç İ, Yazıcı O.** *Psikiyatri*. İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi, **2009**.
81. **Sargın AE, Türkçapar MH.** Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler: Tarihçe ve Gelişim, *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Derg.*, **2012**; 1(1):7-14.
82. **Taylor D, Richardson P.** The psychoanalytic/psychodynamic approach to depressive disorders, *Oxford Textbook of Psychotherapy*. Oxford University Press, **2005**.
83. **Set Z.** Bağlanma ve Depresyon Arasındaki İlişkinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi: Teorik Bir Çalışma, *Psikiyatr. Güncel Yaklaşımlar*, **2021**; 13(1):23-33.
84. **Işık E, Işık U, Taner YI.** *Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar*. Rota Tıp Yayın Evi, **2013**.
85. **Zheng X, Tong L, Zhang C, Zhang C, Zhang C, Wan B.** Modifiable risk factors of major depressive disorder: A Mendelian randomization study, *PLoS One*, **2023**; 18(8):289.
86. **Ünal S, Küey L, Güleç C, Bekaroğlu M, Evlice YE, Kırılı S.** Depresif Bozukluklarda Risk Etkenleri, *Klin. Psikiyatr*, **2002**; 5:8-15.
87. **Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P.** *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins, **2014**.
88. **Kennedy SH.** A review of antidepressant therapy in primary care: current practices and future directions", *Prim. care companion CNS Disord*, **2013**; 15(2).
89. **Henssler J, Alexander D, Schwarzer G, Bschor T, Baethge C.** Combining Antidepressants vs Antidepressant Monotherapy for Treatment of Patients With Acute Depression: A Systematic Review and Meta-analysis, *JAMA psychiatry*, **2022**; 79(4):300-312.
90. **Örsel S.** Depresyonda Tedavi: Genel İlkeler ve Kullanılan Antidepresan İlaçlar, *Klin. Psikiyatr.*, **2004**; 4:17-24.

91. **Luo Y, Kataoka Y, Ostinelli EG, Cipriani A, Furukawa TA.** National Prescription Patterns of Antidepressants in the Treatment of Adults With Major Depression in the US Between 1996 and 2015: A Population Representative Survey Based Analysis, *Front. Psychiatry*, **2020**; 11:1-11.
92. **Campbell LF, Norcross JC, Vasquez MJT, Kaslow NJ.** Recognition of psychotherapy effectiveness: the APA resolution, *Psychotherapy (Chic)*, **2013**; 50(1):98-101.
93. **Başıoğlu C, Buldukoğlu K.** Depresif Bozukluklarda Psikososyal Girişimler, *Psikiyatr. Güncel Yaklaşımlar*, **2015**; 7(1):1-15.
94. **Gereklioğlu Ç, Poçan AG, Başhan İ.** “ostpartum Psychiatric Problems Of Mothers: Review, *Annelerin Doğum Sonrası Psikiyatr. Sorunları*, **2007**; 17(2):126-133.
95. **Kiliç Y, Eser E.** Lohusalık Sendromu (al ana/alkarısı/albastı)’nın Eskiçağ Yakınoğu Kültürlerindeki İzleri: Lilith Gerçeği, **2018**.
96. **Balaram K, Marwaha R.** Postpartum Blues, Treasure Island (FL), **2024**.
97. **Howard LM, Molyneaux E, Dennis CL, Rochat T, Stein A, Milgrom J.** Non-psychotic mental disorders in the perinatal period, *Lancet (London, England)*, **2014**; 384(9956):1775-1788.
98. **The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion 630.** Screening for perinatal depression, *Obstet. Gynecol*, **2015**; 125(5):1268-1271.
99. **Pius Kamsu Moyo G, Djoda N.** Relationship Between the Baby Blues and Postpartum Depression: A Study Among Cameroonian Women, *Am. J. Psychiatry Neurosci*, **2020**; 8(1):26.
100. **Rezaie-Keikhaie K, Arbabshastan ME, Rafiemanesh H, Amirshahi M, Ostadkelayeh SM, Arbabisarjou A.** Systematic Review and Meta-Analysis of the Prevalence of the Maternity Blues in the Postpartum Period, *J. Obstet. Gynecol. neonatal Nurs. JOGNN*, **2020**; 49(2):127-136.
101. **Schiller CE, Schmidt PJ, Rubinow DR.** Allopregnanolone as a mediator of affective switching in reproductive mood disorders, *Psychopharmacology (Berl)*, **2014**; 231(17):3557-3567.
102. **Norhayati MN, Hazlina NHN, Asrenee AR, Emilin WMAW.** Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review, *J. Affect. Disord.*, **2015**; 175:34-52.
103. **Tosto V.** Maternity Blues: A Narrative Review, *J. Pers. Med.*, **2023**; 13(1).

- 104. Hammes T, Sebold LF, Kempfer SS, Girondi JBR.** Nursing care in postpartum adaptation: perceptions of Brazilian mothers, *J. Nurs. Educ. Pract.*, **2014**; 4(12)..
- 105. Mughal S, Azhar Y, Siddiqui W.** Postpartum Depression, Treasure Island (FL), **2024**.
- 106. Erdoğan A, Hocaoglu Ç.** Doğum Sonrası Depresyonun Tanı ve Tedavisi: Bir Gözden Geçirme, *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Derg*, **2020**; 11(39):31-37.
- 107. Sharma V, Mazmanian D.** The DSM-5 peripartum specifier: prospects and pitfalls, *Arch. Womens. Ment. Health*, **2014**; 17(2):171-173.
- 108. WBG.** World Health Organization, United Nations Children's Fund, Postnatal Care for Mothers and Newborns: Highlights from the World Health Organization 2013 Guidelines, *World Heal. Organ.*, **2015**; 1-8.
- 109. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı,** *Doğum Sonu Bakım*, **2018**.
- 110. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM.** Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review, *J. Affect. Disord.*, **2016**; 191:62-77.
- 111. Nguyen HTH, Hoang PA, Do TKL, Taylor-Robinson AW, Nguyen TTH.** Postpartum depression in Vietnam: a scoping review of symptoms, consequences, and management, *BMC Womens. Health*, **2023**; 23(1):391.
- 112. Mehmetoğlu Karakaş N, Güneş G, Sarıbiyık M.** Battalgazi'de Postpartum Depresyon Riski ve Etkili Faktörler, *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Mesl. Yüksek Okulu Derg*, **2014**; 2(1):1-12.
- 113. Tahaoğlu AE.** Factors affecting postpartum depression in Diyarbakır, *Perinat. J.*, **2015**; 23(1):26-29.
- 114. Kirkan TS, Aydın N, Yazici E, Aslan PA, Acemoglu H, Daloglu AG.** The depression in women in pregnancy and postpartum period: A follow-up study, *Int. J. Soc. Psychiatry*, **2015**; 61(4):343-349.
- 115. Suryawanshi O, Pajai S.** A Comprehensive Review on Postpartum Depression, *Cureus*, **2022**; 14(12):32745.
- 116. Falah-Hassani K, Shiri R, Dennis CL.** Prevalence and risk factors for comorbid postpartum depressive symptomatology and anxiety, *J. Affect. Disord.*, **2016**; 198:142-147.

117. **Chang SR.** Depressive symptoms, pain, and sexual dysfunction over the first year following vaginal or cesarean delivery: A prospective longitudinal study, *Int. J. Nurs. Stud.*, **2015**; 52(9):1433-1444.
118. **Figueiredo B, Canário C, Field T.** Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression, *Psychol. Med.*, **2014**; 44(5):927-936.
119. **Payne JL, Maguire J.** Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression, *Front. Neuroendocrinol.*, **2019**; 52:165-180.
120. **DelRosario GA, Chang AC, Lee ED.** Postpartum depression: symptoms, diagnosis, and treatment approaches, *JAAPA*, **2013**; 26(2):50-54.
121. **Gülseren L.** Doğum sonrası depresyon: Bir gözden geçirme, *Türk Psikiyatr. Derg.*, **1999**; 10(1):58-67.
122. **Carlini SV, Osborne LM, Deligiannidis KM.** Current pharmacotherapy approaches and novel GABAergic antidepressant development in postpartum depression, *Dialogues Clin. Neurosci.*, **2023**; 25(1):92-100.
123. **Anderson PO.** Antidepressants and Breastfeeding, *Breastfeed. Med. Off. J. Acad. Breastfeed. Med.*, **2021**; 16(1):5-7.
124. **Milgrom J, Gemmill AW, Ericksen J, Burrows G, Buist A, Reece J.** Treatment of postnatal depression with cognitive behavioural therapy, sertraline and combination therapy: a randomised controlled trial, *Aust. N. Z. J. Psychiatry*, **2015**; 49(3):236-245.
125. **Stewart DE, Vigod SN.** Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics, *Annu. Rev. Med.*, **2019**; 70:183-196.
126. **Kanes S.** Brexanolone (SAGE-547 injection) in post-partum depression: a randomised controlled trial, *Lancet (London, England)*, **2017**; 390(10093):480-489.
127. **Meltzer-Brody S.** Brexanolone injection in post-partum depression: two multicentre, double-blind, randomised, placebo-controlled, phase 3 trials, *Lancet (London, England)*, **2018**; 392(10152):1058-1070.
128. **Michalczyk J, Milosz A, Soroka E.** Postpartum Psychosis: A Review of Risk Factors, Clinical Picture, Management, Prevention, and Psychosocial Determinants, *Med. Sci. Monit. Int. Med. J. Exp. Clin. Res.*, **2023**; 29:942520.

129. Raza SK, Raza S. Postpartum Psychosis, Jan. 2024.
130. Perry A, Gordon-Smith K, Jones L, Jones I. Phenomenology, Epidemiology and Aetiology of Postpartum Psychosis: A Review, *Brain Sci.*, 2021; 11(1).
131. Friedman SH, Reed E, Ross NE. Postpartum Psychosis, *Curr. Psychiatry Rep.*, 2023; 25(2):65-72.
132. Teodorescu A, Dima L, Popa MA, Moga MA, Bîgiu NF, Ifteni P. Antipsychotics in Postpartum Psychosis, *Am. J. Ther.*, 2020; 28(3):341-348.
133. Atalay D, Özyürek A. Uluslararası Anadolu Sosyal Bilimler Dergisi Sayfa 46 Uluslararası Anadolu Sosyal Bilimler Dergisi, *Uluslararası Anadolu Sos. Bilim. Derg.* 2022; 46-59.
134. Dadi AF, Miller ER, Bisetegn TA, Mwanri L. Global burden of antenatal depression and its association with adverse birth outcomes: an umbrella review, *BMC Public Health*, 2020; 20(1):173.
135. Gelaye B, Rondon MB, Araya R, Williams MA. Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries, *The lancet. Psychiatry*, 2016; 3(10):973-982.
136. Underwood L, Waldie K, D'SouzaS, Peterson ER, Morton S. A review of longitudinal studies on antenatal and postnatal depression, *Arch. Womens. Ment. Health*, 2016; 19(5):711-720.
137. Golbasi Z, Kelleci M, Kisacik G, Cetin A. Prevalence and Correlates of Depression in Pregnancy Among Turkish Women, *Matern. Child Health J.*, 2010; 14(4):485-491.
138. Van Niel MS, Payne JL. Perinatal depression: A review, *Cleve. Clin. J. Med.*, 2020; 87(5):273-277.
139. Khanghah AG, Khalesi ZB, Hassanzadeh RA. The importance of depression during pregnancy, *JBRA Assist. Reprod.*, 2020; 24(4):405-410.
140. Benute GRG, Nomura RMY, Reis JS, Fraguas Junior R, de Lucia MCS, et al. Depression during pregnancy in women with a medical disorder: risk factors and perinatal outcomes, *Clinics (Sao Paulo)*, 2010; 65(11):1127-1131.
141. World Health Organization. *International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision (ICD-10)*, 10th revis. Geneva PP - Geneva: World Health Organization, 2016. Online. Available: <https://iris.who.int/handle/10665/246208>

- 142. Ogbo FA.** Determinants of antenatal depression and postnatal depression in Australia, *BMC Psychiatry*, **2018**; 18(1):49.
- 143. Weobong B.** Association of antenatal depression with adverse consequences for the mother and newborn in rural Ghana: findings from the DON population-based cohort study, *PLoS One*, **2014**; 9(12).
- 144. Jahan N.** Untreated Depression During Pregnancy and Its Effect on Pregnancy Outcomes: A Systematic Review, *Cureus*, **2021**; 13(8):17251.
- 145. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı,** *Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi*. **2018**.
- 146. Christensen T, Videbech P.** Pregnancy and depression, *Ugeskr. Laeger*, **2021**; 183(11).
- 147. Kendig S.** Consensus Bundle on Maternal Mental Health: Perinatal Depression and Anxiety”, *Obstet. Gynecol*, **2017**; 129(3):422-430.
- 148. Pearlstein T.** Depression during Pregnancy, *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol*, **2015**; 29(5):754-764.
- 149. Earls MF.** Incorporating recognition and management of perinatal and postpartum depression into pediatric practice, *Pediatrics*, **2010**; 126(5):1032-1039.
- 150. Siu AL.** Screening for Depression in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement, *JAMA*, **2016**; 315(4):380-387.
- 151. Altın GE.** Perinatal Depresyon Tedavisinde Kişilerarası Psikoterapi TT - Interpersonal Psychotherapy in the Treatment of Perinatal Depression, *Psikiyatr. Güncel Yaklaşımlar*, **2012**; 4(2):188-203.
- 152. Stuart S, Koleva H.** Psychological treatments for perinatal depression, *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.*, **2014**; 28(1):61-70.
- 153. Sockol LE.** A systematic review of the efficacy of cognitive behavioral therapy for treating and preventing perinatal depression, *J. Affect. Disord.*, **2015**; 177:7-21.

154. **Malm H.** Pregnancy Complications Following Prenatal Exposure to SSRIs or Maternal Psychiatric Disorders: Results From Population-Based National Register Data, *Am. J. Psychiatry*, **2015**; 172(12):1224-1232.
155. **Petersen I, Gilbert RE, Evans SJW, Man SL, Nazareth I.** Pregnancy as a major determinant for discontinuation of antidepressants: an analysis of data from The Health Improvement Network, *J. Clin. Psychiatry*, **2011**; 72(7):979-985.
156. **Cohen LS.** Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment, *JAMA*, **2006**; 295(5):499-507.
157. **Ter Horst PGJ, Smit JP.** Antidepressants during pregnancy and lactation, *Tijdschr. Psychiatr.*, **2009**; 51(5):307-314.
158. **Ribeiro MM, Andrade A, Nunes I.** Physical exercise in pregnancy: benefits, risks and prescription, *J. Perinat. Med.*, **2022**; 50(1):4-17..
159. **Lin IH, Huang CY, Chou SH, Shih CL.** Efficacy of Prenatal Yoga in the Treatment of Depression and Anxiety during Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis, *Int. J. Environ. Res. Public Health*, **2022**; 19(9).
160. **Cantwell R.** Mental disorder in pregnancy and the early postpartum, *Anaesthesia*, **2021**; 76(4):76-83.
161. **Haxton C, Kelly S, Young D, Cantwell R.** The Efficacy of Electroconvulsive Therapy in a Perinatal Population: A Comparative Pilot Study, *J. ECT*, **2016**; 32(2):113-115.
162. **Levis B, Negeri Z, Sun Y, Benedetti A, Thombs BD.** Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: systematic review and meta-analysis of individual participant data, *BMJ*, **2020**; 371:4022.
163. **Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG.** Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses, *Behav. Res. Methods*, **2009**; 41(4):1149-1160.
164. **Cox JL, Holden JM, Sagovsky R.** Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale, *Br. J. Psychiatry*, **1987**; 15:782-786.
165. **Murray D, Cox JL.** Screening for depression during pregnancy with the edinburgh depression scale (EDDS), *J. Reprod. Infant Psychol.*, **1990**; 8(2):99-107.

166. Engindeniz AN, Küey L, Kültür S. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, *Ankara Psikiyatr. Derneği Yayınları*, **1996**:51-52.
167. de VC, Coll N. Antenatal depressive symptoms among pregnant women: Evidence from a Southern Brazilian population-based cohort study, *J. Affect. Disord*, **2017**; 2(9):140-146.
168. Husain N. Prevalence and psychosocial correlates of perinatal depression: a cohort study from urban Pakistan, *Arch. Womens. Ment. Health*, **2011**; 14(5):395-403.
169. Kovacheva K, de la Fe M, Rodríguez-Muñoz D, Gómez-Baya S, Domínguez-Salas S, Motrico E. Relationship between social support and perinatal depression during the COVID-19 pandemic, *J. Reprod. Infant Psychol.* **2023**; 1-14.
170. Biratu A, Haile D. Prevalence of antenatal depression and associated factors among pregnant women in Addis Ababa, Ethiopia: a cross-sectional study, *Reprod. Health*, **2015**; 12(1):99.
171. Srinivasan N, Murthy S, Singh AK, Upadhyay V, Mohan SK, Joshi A. Assessment of burden of depression during pregnancy among pregnant women residing in rural setting of chennai, *J. Clin. Diagn. Res.*, **2015**; 9(4):8-12.
172. Ocaktan ME, Çalışkan D, Öncü B, Özdemir O, Köse K. Antepartum and postpartum depression in a primary health care center area,” *J. Ankara Univ. Fac. Med.* **2006**; 151-157.
173. Senturk V, Abas M, Berksun O, Stewart R. Social support and antenatal depression in extended and nuclear family environments in Turkey: a cross-sectional survey, *BMC Psychiatry*, **2011**; 11(1):48.
174. Kheirabadi GR, Maracy MR. Perinatal depression in a cohort study on Iranian women, *J. Res. Med. Sci. Off. J. Isfahan Univ. Med. Sci.*, **2010**; 15(1):41-49.
175. Glasser S, Tanous M, Shihab S, Goldman N, Ziv A, Kaplan G. Perinatal depressive symptoms among Arab women in northern Israel, *Matern. Child Health J*, **2012**; 16(8):1197-1205.
176. Räisänen S, Lehto SM, Nielsen HS, Gissler M, Kramer MR, Heinonen S. Risk factors for and perinatal outcomes of major depression during pregnancy: a population-based analysis during 2002-2010 in Finland, *BMJ Open*, **2014**; 4(11).
177. Ajinkya S, Jadhav PR, Srivastava NN. Depression during pregnancy: Prevalence and obstetric risk factors among pregnant women attending a tertiary care hospital in Navi Mumbai, *Ind. Psychiatry J.*, **2013**; 22(1):37-40.

178. **Fadzil A.** Risk factors for depression and anxiety among pregnant women in Hospital Tuanku Bainun, Ipoh, Malaysia, *Asia-Pacific psychiatry Off. J. Pacific Rim Coll. Psychiatr.*, **2013**; 5(1):7-13.
179. **Goecke TW, Voigt F, Faschingbauer F, Spangler G, Beckmann MW, Beetz A.** The association of prenatal attachment and perinatal factors with pre- and postpartum depression in first-time mothers, *Arch. Gynecol. Obstet.*, **2012**; 286(2):309-316.
180. **Ortaarık E, Tekgöz İ, Ak M, Kaya E.** İkinci Trimestir Gebelerde Depresyon Ve Anksiyete Bozukluğu İle İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi, *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilim. Derg.*, **2012**; 1:16-20.
181. **Fisher J.** Prevalence and risk factors for symptoms of common mental disorders in early and late pregnancy in Vietnamese women: a prospective population-based study”, *J. Affect. Disord.*, **2013**; 146(2):213-219.
182. **Ali NS, Azam IS, Ali BS, Tabbusum G, Moin SS.** Frequency and associated factors for anxiety and depression in pregnant women: a hospital-based cross-sectional study, *Scientific World Journal*, **2012**; 653-98.
183. **Caliskan D, Oncu B, Kose K, Ocaktan ME, Ozdemir O.** Depression scores and associated factors in pregnant and non-pregnant women: A community-based study in Turkey, *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.*, **2007**; 28(4):195-200.
184. **Karaçam Z, Ançel G.** Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population, *Midwifery*, **2009**; 25(4):344-356.
185. **Hu Y.** Association between social and family support and antenatal depression: a hospital-based study in Chengdu, China, *BMC Pregnancy Childbirth*, **2019**; 19(1):420.
186. **Fellenzer JL, Cibula DA.** Intendedness of pregnancy and other predictive factors for symptoms of prenatal depression in a population-based study, *Matern. Child Health J.*, **2014**; 18(10):2426-2436.
187. **Martini J, Petzoldt J, Einsle F, Beesdo-Baum K, Höfler M, Wittchen HU.** Risk factors and course patterns of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after delivery: a prospective-longitudinal study”, *J. Affect. Disord*, **2015**; 17(5):385-395.
188. **Yanikkerem E, Ay S, Mutlu S, Goker A.** Antenatal depression: prevalence and risk factors in a hospital based Turkish sample, *J. Pak. Med. Assoc.*, **2013**; 63(4):472-477.

189. **Stewart RC, Umar E, Tomenson B, Creed F.** A cross-sectional study of antenatal depression and associated factors in Malawi, *Arch. Womens. Ment. Health*, **2014**; 17(2):145-154.
190. **Karmaliani R.** Prevalence of anxiety, depression and associated factors among pregnant women of Hyderabad, Pakistan, *Int. J. Soc. Psychiatry*, **2009**; 55(5):414-424.
191. **Weng SC, Huang JP, Huang YL, Lee TSH, Chen YH.** Effects of tobacco exposure on perinatal suicidal ideation, depression, and anxiety, *BMC Public Health*, **2016**; 16:623.
192. **Melo EFJ, Cecatti JG, Pacagnella RC, Leite DFB, Vulcani DE, Makuch MY.** The prevalence of perinatal depression and its associated factors in two different settings in Brazil, *J. Affect. Disord.*, **2012**; 136(3):1204-1208.
193. **Thompson O, Ajayi I.** Prevalence of Antenatal Depression and Associated Risk Factors among Pregnant Women Attending Antenatal Clinics in Abeokuta North Local Government Area, Nigeria, *Depress. Res. Treat*, **2016**; 451-97.
194. **Waldie KE.** Depression symptoms during pregnancy: Evidence from Growing Up in New Zealand, *J. Affect. Disord.*, **2015**; 186:66-73.
195. **Brittain K.** Risk Factors for Antenatal Depression and Associations with Infant Birth Outcomes: Results From a South African Birth Cohort Study, *Paediatr. Perinat. Epidemiol.*, **2015**; 29(6):505-514.
196. **Yin X.** Prevalence and associated factors of antenatal depression: Systematic reviews and meta-analyses, *Clin. Psychol. Rev.*, **2021**; 83:101932.
197. **Jeong HG, Lim JS, Lee MS, Kim SH, Jung IK, Joe SH.** The association of psychosocial factors and obstetric history with depression in pregnant women: focus on the role of emotional support, *Gen. Hosp. Psychiatry*, **2013**; 35(4):354-358.
198. **González-Mesa E, Kabukcuoglu K, Körükcü O, Blasco M, Ibrahim N, Kavas T.** Cultural factors influencing antenatal depression: A cross-sectional study in a cohort of Turkish and Spanish women at the beginning of the pregnancy, *J. Affect. Disord*, **2018**; 23(8):256-260.
199. **Chen J.** The risk factors of antenatal depression: A cross-sectional survey, *J. Clin. Nurs.*, **2019**; 28(19):3599-3609.
200. **Rubertsson C, Hellström J, Cross M, Sydsjö G.** Anxiety in early pregnancy: prevalence and contributing factors, *Arch. Womens. Ment. Health*, **2014**; 17(3):221-228.

- 201. Bödecs T.** Prevalence and psychosocial background of anxiety and depression emerging during the first trimester of pregnancy: data from a Hungarian population-based sample, *Psychiatr. Danub*, **2013**; 25(4):352-358.
- 202. Giardinelli L.** Depression and anxiety in perinatal period: prevalence and risk factors in an Italian sample, *Arch. Womens. Ment. Health*, **2012**; 15(1):21-30.
- 203. Cooklin AR, Rowe HJ, Fisher JRW.** Employee entitlements during pregnancy and maternal psychological well-being, *Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol*, **2007**; 47(6):483-490.
- 204. Akçalı Aslan P, Aydın N, Yazıcı E, Aksoy AN, Kirkan TS, Daloglu GA.** Prevalence of depressive disorders and related factors in women in the first trimester of their pregnancies in Erzurum, Turkey, *Int. J. Soc. Psychiatry*, **2014**; 60(8):809-817.
- 205. Arslan B, Arslan A, Kara S, Öngel K, Mungan MT.** Risk Factors For Pregnancy Anxiety And Depression: Assessment In 452 Cases, *Anatol. J. Gen. Med. Res.*, **2011**; 21(2):79-84.
- 206. Tuksanawes P, Kaewkiattikun K, Kerdcharoen N.** Prevalence and Associated Factors of Antenatal Depressive Symptoms in Pregnant Women Living in an Urban Area of Thailand, *Int. J. Womens. Health*, **2020**; 12:849-858.
- 207. Faisal-Cury A, Menezes P, Araya R, Zugaib M.** Common mental disorders during pregnancy: prevalence and associated factors among low-income women in São Paulo, Brazil: depression and anxiety during pregnancy, *Arch. Womens. Ment. Health*, **2009**; 12(5):335-343.
- 208. Kapan M, Yanikkerem E.** Partner violence, depression and loneliness in pregnant women living in rural and urban areas, *TAF Prev. Med. Bull.*, **2016**; 15(5):431-439.
- 209. Boybay Koyuncu S, Dereli Yılmaz S.** Son Trimester Nullipar Gebelerde Bazı Sosyo-Demografik Ve Obstetrik Özelliklerin Psikososyal Sağlık Düzeyine Etkisi, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Derg.*, **2015**; 31(2):53-66.
- 210. Koç İ.** Türkiye’de akraba evliliklerinin yaygınlığının değişimi ve dirençli grupların belirlenmesi: 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması’ndan evlilik kuşaklarına göre analizler, *Türkiye Halk Sağlığı Derg.*, **2022**; 20(3):423-438.
- 211. Alp Şahin İ, Şen S.** Akraba Evliliği Tutum Ölçeği: Bir Metodolojik Çalışma, *Int. Anatolia Acad. Online J. Heal. Sci.*, **2020**; 6(2):168-191.

- 212. Alfayumi-Zeadna S.** Direct and indirect determinants of prenatal depression among Arab-Bedouin women in Israel: The role of stressful life events and social support, *Midwifery*, **2021**; 96:102937.
- 213. Alfayumi-Zeadna S, Ghalion HA, O'Rourke N, Azbarga Z, Daoud N.** Direct and indirect predictors of postpartum depression symptoms among indigenous Bedouin mothers in Israel, *Res. Nurs. Health*, **2024**; 47(2):114-124.
- 214. Burgut FT, Bener A, Ghuloum S, Sheikh J.** A study of postpartum depression and maternal risk factors in Qatar, *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.*, **2013**; 34(2):90-97.
- 215. Nath A, Venkatesh S, Balan S, Metgud CS, Krishna M, Murthy GVS.** The prevalence and determinants of pregnancy-related anxiety amongst pregnant women at less than 24 weeks of pregnancy in Bangalore, Southern India, *Int. J. Womens. Health*, **2019**; 11:241-248.
- 216. Uyar M, Yıldırım Öztürk EN, Duman H, Şahin TK.** Konya ili Meram ilçesinde yaşayan 18 yaş ve üzeri gebe kadınların depresyon riski sıklığının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi, *Jinekoloji - Obstet. ve Neonatoloji Tıp Derg.* **2021**; 894-900.
- 217. Abuidhail J, Abujiilban S.** Characteristics of Jordanian depressed pregnant women: a comparison study, *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.*, **2014**; 21(7):573-579.
- 218. Bottomley KL, Lancaster SJ.** The association between depressive symptoms and smoking in pregnant adolescents, *Psychol. Health Med.*, **2008**; 13(5):574-582.
- 219. Bowen A, Stewart N, Baetz M, Muhajarine N.** Antenatal depression in socially high-risk women in Canada, *J. Epidemiol. Community Health*, **2009**; 63(5):414-416.
- 220. Lydsdottir LB, Howard LM, Olafsdottir H, Thome M, Tyrfinngsson P, Sigurdsson JF.** The mental health characteristics of pregnant women with depressive symptoms identified by the Edinburgh Postnatal Depression Scale, *J. Clin. Psychiatry*, **2014**; 75(4):393-398.
- 221. Vander Weg MW, Ward KD, Scarinci IC, Read MC, Evans CB.** Smoking-related correlates of depressive symptoms in low-income pregnant women, *Am. J. Health Behav.*, **2004**; 28(6):510-521.
- 222. Dagklis T, Papazisis G, Tsakiridis I, Chouliara F, Mamopoulos A, Rousso D.** Prevalence of antenatal depression and associated factors among pregnant women hospitalized in a high-risk pregnancy unit in Greece, *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, **2016**; 51(7):1025-1031.

223. **Smedberg J, Lupattelli A, Mårdby AC, Øverland S, Nordeng H.** The relationship between maternal depression and smoking cessation during pregnancy-a cross-sectional study of pregnant women from 15 European countries, *Arch. Womens. Ment. Health*, **2015**; 18(1):73-84.
224. **Shivakumar G.** Antenatal depression: a rationale for studying exercise, *Depress. Anxiety*, **2011**; 28(3):234-242.
225. **Poudevigne MS, O'Connor PJ.** Physical activity and mood during pregnancy, *Med. Sci. Sports Exerc.*, **2005**; 37(8):1374-1380.
226. **Tsakiridis I, Bousi V, Dagklis T, Sardeli C, Nikolopoulou V, Papazisis G.** Epidemiology of antenatal depression among women with high-risk pregnancies due to obstetric complications: a scoping review, *Arch. Gynecol. Obstet.*, **2019**; 300(4):849-859.
227. **Robledo-Colonia AF, Sandoval-Restrepo N, Mosquera-Valderrama YF, Escobar-Hurtado C, Ramírez-Vélez R.** Aerobic exercise training during pregnancy reduces depressive symptoms in nulliparous women: a randomised trial, *J. Physiother.*, **2012**; 58(1):9-15.
228. **Ferahkaya E, Geyik M.** İkiz Gebeliği Olan Bireylerde Anksiyete Ve Depresyon Düzeyleri TT - Anxiety And Depression Levels In Individuals With Twin Pregnancy, *J. Contemp. Med.*, **2021**; 11(3):346-351.
229. **Zhou Y, Huang J, Baker PN, Liao B, Yu X.** The prevalence and associated factors of prenatal depression and anxiety in twin pregnancy: a cross-sectional study in Chongqing, China, *BMC Pregnancy Childbirth*, **2022**; 22(1):877.
230. **Wang W.** Maternal prenatal stress and its effects on primary pregnancy outcomes in twin pregnancies, *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.*, **2020**; 41(3):198-204.
231. **Weobong B.** Prevalence and determinants of antenatal depression among pregnant women in a predominantly rural population in Ghana: the DON population-based study, *J. Affect. Disord.*, **2014**; 16(5):1-7.
232. **Damé P.** Depressive Symptoms in Women with Gestational Diabetes Mellitus: The LINDA-Brazil Study, *J. Diabetes Res.*, **2017**; 734-893.
233. **Pampaka D.** Depressive symptoms and comorbid problems in pregnancy - results from a population based study, *J. Psychosom. Res.*, **2018**; 11(2):53-58.

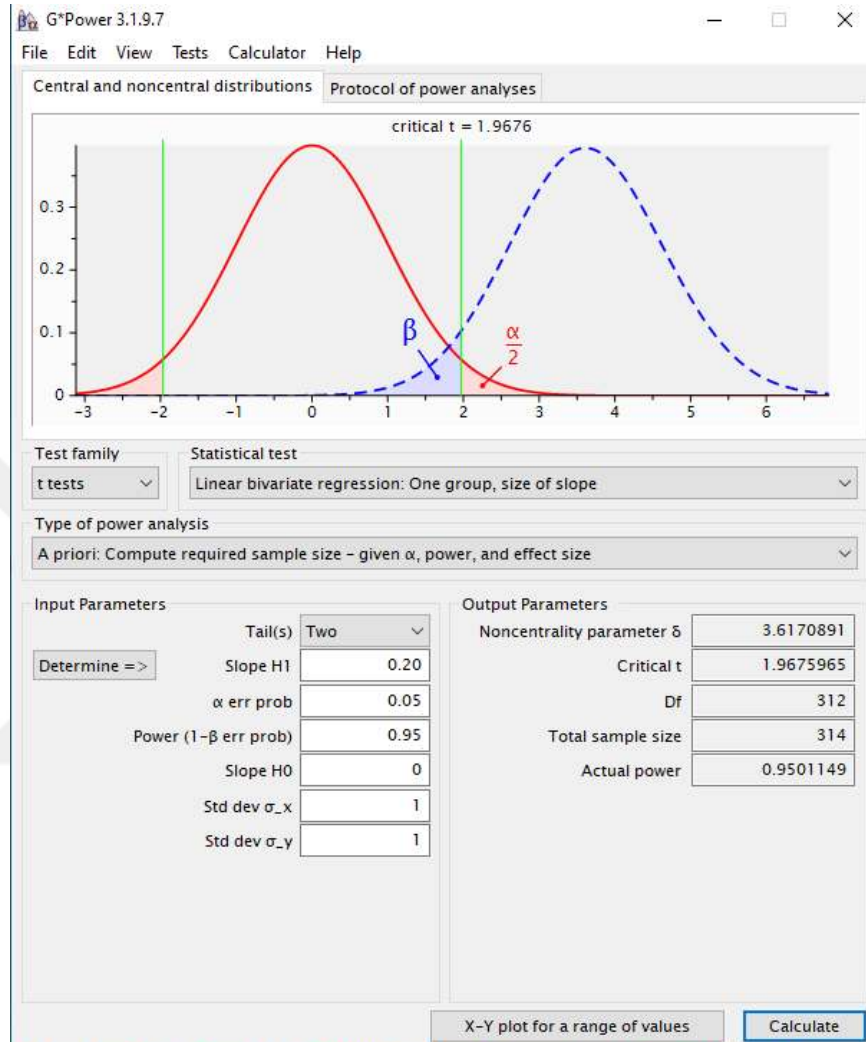
234. **Banti S.** From the third month of pregnancy to 1 year postpartum. Prevalence, incidence, recurrence, and new onset of depression. Results from the perinatal depression-research & screening unit study, *Compr. Psychiatry*, **2011**; 52(4):343-351.
235. **Kaya Zaman F, Özkan N, Toprak D.** Gebelikte Depresyon ve Anksiyete, *Konuralp Tıp Derg.*, **2018**; 10(1):20-25.
236. **Visintin C, Mugglestone MA, James D, Kilby MD.** Antenatal care for twin and triplet pregnancies: summary of NICE guidance, *BMJ*, **2011**; 343:5714.
237. **Niazi AUR, Alekozay M, Osmani K, Najm AF.** Prevalence and associated factors of depression, anxiety, and stress among pregnant women in Herat, Afghanistan: A cross-sectional study, *Heal. Sci. reports*, **2023**; 6(8):1490.
238. **Choi SK, Park YG, Park IY, Ko HS, Shin JC.** Impact of antenatal depression on perinatal outcomes and postpartum depression in Korean women, *J. Res. Med. Sci. Off. J. Isfahan Univ. Med. Sci.*, **2014**; 19(9):807-812.
239. **Agostini F, Neri E, Salvatori P, Dellabartola S, Bozicevic L, Monti F.** Antenatal Depressive Symptoms Associated with Specific Life Events and Sources of Social Support Among Italian Women, *Matern. Child Health J.*, **2015**; 19(5):1131-1141.
240. **Natasha K, Hussain A, Khan AKA.** Prevalence of depression among subjects with and without gestational diabetes mellitus in Bangladesh: a hospital based study, *J. Diabetes Metab. Disord.*, **2015**; 14:64.
241. **Keskin FE.** Evaluation of cognitive functions in gestational diabetes mellitus, *Exp. Clin. Endocrinol. diabetes Off. journal, Ger. Soc. Endocrinol. and Ger. Diabetes Assoc.*, **2015**; 123(4):246-251.
242. **Kwan I, Onwude JL.** Premenstrual syndrome, *BMJ Clin. Evid.*, **2015**; 2015.
243. **Roomruangwong C, Carvalho AF, Geffard M, Maes M.** The menstrual cycle may not be limited to the endometrium but also may impact gut permeability, *Acta Neuropsychiatr*, **2019**; 31(6):294-304.
244. **Yonkers KA, Simoni MK.** Premenstrual disorders, *Am. J. Obstet. Gynecol.*, **2018**; 218(1):68-74.
245. **Ongan D, Songür Bozdağ AN, Kuleli M, Ünsal B, Yildirim E.** Premenstrual Sendromu Olan Kadınlarda Yeme Bağımlılığı: Bulmacanın Yeni Parçası, **2021**; 6(2):39-46.

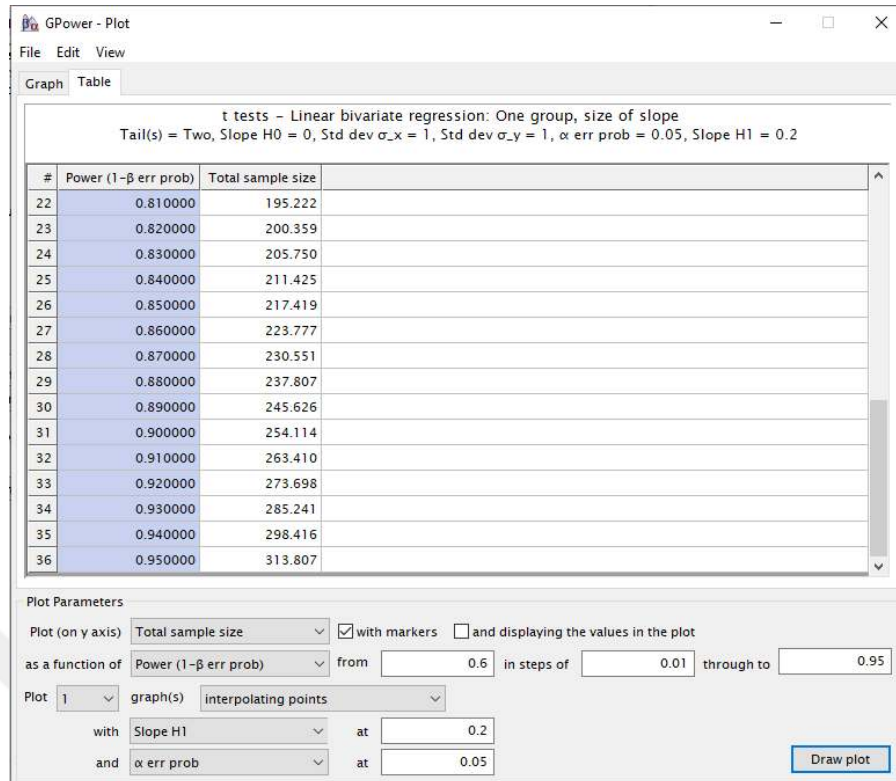
246. Abe Y, Sirichokchatchawan W, Sangkomkamhang U, Satthapisit S, Maes M. Antenatal depressive symptoms are strongly predicted by the severity of pre-menstrual syndrome: results of partial least squares analysis, *Int. J. Clin. Health Psychol.*, **2023**; 23(2):100356.
247. Tunc S, Yenicesu O, Cakar E, Ozcan H, Pekcetin S, Danisman N. Anxiety and Depression Frequency And Related Factors During Pregnancy, *JGON-The J. Gynecol. Obstet. Neonatol.*, **2012**; 9(35):1431-1435.
248. Ersoy E, Özcan H, Ersoy AÖ, Tokmak A, Yaşar Çelik E, Taşcı Y. The relationship between sociodemographic variables and depressive symptoms in uncomplicated pregnant women at term, *Medeni. Med. J.*, **2016**; 31(3):199-204.
249. Castro e Couto T. Antenatal depression: Prevalence and risk factor patterns across the gestational period, *J. Affect. Disord.*, **2016**; 19(2):70-75.
250. Patton GC. Prediction of perinatal depression from adolescence and before conception (VIHCS): 20-year prospective cohort study, *Lancet (London, England)*, **2015**; 386(9996):875-883.
251. Bayrampour H, McDonald S, Tough S. Risk factors of transient and persistent anxiety during pregnancy, *Midwifery*, **2015**; 31(6):582-589.
252. Mohammad KI, Gamble J, Creedy DK. Prevalence and factors associated with the development of antenatal and postnatal depression among Jordanian women, *Midwifery*, **2011**; 27(6):238-45.
253. Redinger S, Norris SA, Pearson RM, Richter L, Rochat T. First trimester antenatal depression and anxiety: prevalence and associated factors in an urban population in Soweto, South Africa, *J. Dev. Orig. Health Dis.*, **2018**; 9(1):30-40.
254. Dibaba Y, Fantahun M, Hindin MJ. The association of unwanted pregnancy and social support with depressive symptoms in pregnancy: evidence from rural Southwestern Ethiopia, *BMC Pregnancy Childbirth*, **2013**; 13(1):135.
255. Ratcliff BG, Sharapova A, Suardi F, Borel F. Factors associated with antenatal depression and obstetric complications in immigrant women in Geneva, *Midwifery*, **2015**; 31(9):871-878.
256. Zeng Y, Cui Y, Li J. Prevalence and predictors of antenatal depressive symptoms among Chinese women in their third trimester: a cross-sectional survey, *BMC Psychiatry*, **2015**; 15(1):66.
257. de O. Fonseca-Machado M. Depressive disorder in pregnant Latin women: does intimate partner violence matter?, *J. Clin. Nurs.*, **2015**; 24(9):1289-1299.

- 258. Rodriguez MA, Heilemann MV, Fielder E, Ang A, Nevarez F, Mangione CM.** Intimate partner violence, depression, and PTSD among pregnant Latina women, *Ann. Fam. Med.*, **2008**; 6(1):44-52.
- 259. Nasreen HE, Kabir ZN, Forsell Y, Edhborg M.** Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms during pregnancy: A population based study in rural Bangladesh, *BMC Womens. Health*, **2011**; 11(1):22.
- 260. Flynn HA, Walton MA, Chermack ST, Cunningham RM, Marcus SM.** Brief detection and co-occurrence of violence, depression and alcohol risk in prenatal care settings, *Arch. Womens. Ment. Health*, **2007**; 10(4):155-161.
- 261. Benatar S, Cross-Barnet C, Johnston E, Hill I.** Prenatal Depression: Assessment and Outcomes among Medicaid Participants, *J. Behav. Health Serv. Res.*, **2020**; 47(3):409-423.
- 262. World Health Organization.** Information sheet Intimate partner violence during pregnancy, **2011**. Online. Available: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3901658&tool=pmcentrez&rendertype=abstract%5Cnhttp://www.ijcmph.com/?mno=172761>
- 263. Çilli B, Aydın AN, Küğcumen G.** Gebelikte Fiziksel ve Ruhsal Şiddet Durumunda Ebelik Yaklaşımı, *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilim. Derg.*, **2019**; 2(2):1-14. Online. Available: <https://dergipark.org.tr/en/pub/husagbilder/issue/47250/571685>
- 264. Bozkurt OD, Daşikan Z.** Gebelikte Eş Şiddeti : Risk Faktörleri , Sağlık Sonuçları ve Tarama Araçları, *Türkiye Klin. J Obs. Womens Heal. Dis Nurs*, October, **2017**.
- 265. Eryılmaz S.** Gebelikte Beden İmajı ve Depresif Davranışlar Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi, **2017**.
- 266. Sevindik F.** Elazığ ilinde gebelikte depresyon prevalansı ve etkileyen faktörler, **2005**.

8. EKLER

8.1. Ek 1. G*Power Version 3.1.9.2 Programı





8.2. Ek 2. Aydınlatılmış Onam Formu

Çukurova Üniversitesi Gebe Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Depresyon Ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi: Tek Merkezli Kesitsel Tanımlayıcı Çalışma

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Çukurova Üniversitesi gebe polikliniğine başvuran kadınlarda depresyon ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesine yönelik bir çalışma planlanmıştır. Sonuçlar öncelikle bilimsel amaçla kullanılacak, kişisel bilgileriniz gizli tutulacak, sorun saptanması halinde durum size bildirilecek ve alınması gereken önlemler konusunda ayrıntılı bilgilendirme yapılacaktır. Parasal bir bedel ödemenizi gerektirmeyen ve size de bir ödeme yapılması söz konusu olmayan bu çalışmaya katılmama ve katıldıktan sonra çekilme hakkınız bulunmaktadır. Ek bilgi talebiniz olursa sözlü olarak karşılanacaktır.

Araştırmamıza katılmayı kabul ediyorsanız, lütfen aşağıdaki bölüme adınızı-soyadınızı yazıp tarih ve imza atınız. Teşekkür ederiz.

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Araştırma Ekibi: Arş. Gör. Dr. Esranur AKILLI ÖDEMİŞ,
Doç. Dr. Çiğdem GEREKLİOĞLU

Tarih:

Katılımcı Adı-Soyadı:

İmza :

8.3. Ek 3. Sosyodemografik Veri Formu

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ GEBE POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN KADINLARDA DEPRESYON VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ: TEK MERKEZLİ KESİTSEL TANIMLAYICI ÇALIŞMA

Bu anket gebelerde depresyonun sıklığı, depresyonla ilişkili olabilecek faktörlerin ve obstetrik özelliklerinin değerlendirilmesine yönelik tıpta uzmanlık tezimize ilgilidir. Anket kapsamında paylaşacağınız bilgiler tamamıyla bilimsel amaçlı kullanılacak olup, kesinlikle başka kurum ve kuruluşlarla paylaşılmayacaktır. Kimlik bilgisi sorulmamaktadır. Soruları eksiksiz ve dikkatli doldurmanız çalışmanın doğru sonuçlanması için önemli olup, göstereceğiniz dikkat ve ayırmış olduğunuz zaman için teşekkür ederiz.

Arş. Gör. Dr. Esranur AKILLI ÖDEMİŞ
Doç. Dr. Çiğdem GEREKLİOĞLU
ÇÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Katılımcı No:

- 1) Yaşınız:
.....
- 2) Eğitim durumunuz
☐Okur yazar ☐İlkokul ☐Ortaokul ☐Lise ☐Üniversite/Lisans üstü
- 3) Çalışma durumunuz
☐Çalışıyor ☐Çalışmıyor
- 4) Medeni durumunuz
☐Bekar ☐Evli ☐Eşinden ayrılmış ☐Eşi vefat etmiş
- 5) Eşinizin çalışma durumu (Eşiniz yok ise boş bırakınız)
☐Çalışıyor ☐Çalışmıyor
- 6) Aylık gelirinizin sizin için yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?
☐Yeterli ☐Yetersiz
- 7) Birlikte yaşadığınız aile tipi
☐Çekirdek aile ☐Geniş aile
- 8) Kronik bir hastalığınız var mı? (Hipertansiyon, Diyabet, Kalp Hastalığı, Tiroid Hastalığı, Romatizmal Hastalık gibi)
☐Var ☐Yok
Var ise buraya hastalığın adını yazınız:.....
- 9) Sigara kullanıyor musunuz?
☐Evet ☐Hayır ☐Gebelik sürecinde bıraktım
- 10) Düzenli egzersiz yapıyor musunuz?
☐Evet ☐Hayır

11) Kaçınıcı gebeliğiniz

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ve üzeri

12) Varsa önceki gebelik öykünüz (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

☐ Yok ☐ Sağ doğum ☐ Ölü doğum ☐ Düşük ☐ Küretaj

13) Önceki gebeliklerinizde riskli bir gebelik durumu yaşadınız mı? (İlk gebeliğiniz ise boş bırakınız)

☐ Evet ☐ Hayır

14) Şu anki gebeliğiniz planlı bir gebelik mi?

☐ Evet ☐ Hayır

15) Gebelikten önce adet dönemlerinizde adet öncesi gerginlik yaşıyor muydunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

16) Daha önce hiç depresyon tanısı aldınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

17) Gebelik sürecinde eşinizden yeterince destek aldığınızı düşünüyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

18) Gebelikte veya öncesinde eşiniz tarafından fiziksel, sözlü, ekonomik veya duygusal şiddete maruz kaldınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

19) Bebeğiniz doğduktan sonra bakımı konusunda yardım alacak mısınız?

☐ Kendim bakacağım ☐ Aileden destek alacağım ☐ Bakıcı bakacak
☐ Bilmiyorum/Belli değil

8.4. Ek 4. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği

EDINBURGH POSTPARTUM DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Değerli Hastamız;

Yakın zamanlarda bir bebeğiniz olacak ve sizin son hafta içindeki duygularınızı öğrenmek istiyoruz. Bu süreçte size daha iyi yardımcı olabileceğimize inanıyoruz. Aşağıdaki soruları yanıtlarken son 7 gün içinde, kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. Sağlıklı ve mutlu günler dileriz.

Son 7 gündür

1) *Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.*

- ☐ Her zaman olduğu kadar (0 puan)
- ☐ Artık pek o kadar değil (1 puan)
- ☐ Artık kesinlikle o kadar değil (2 puan)
- ☐ Artık hiç değil (3 puan)

2) *Geleceğe hevesle bakıyorum.*

- ☐ Her zaman olduğu kadar (0 puan)
- ☐ Her zamankinden biraz daha az (1 puan)
- ☐ Her zamankinden kesinlikle daha az (2 puan)
- ☐ Hemen hemen hiç (3 puan)

3) *Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.*

- ☐ Evet, çoğu zaman (3 puan)
- ☐ Evet, bazen (2 puan)
- ☐ Çok sık değil (1 puan)
- ☐ Hayır, hiç bir zaman (0 puan)

4) *Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.*

- ☐ Hayır, hiç bir zaman (0 puan)
- ☐ Çok seyrek (1 puan)
- ☐ Evet, bazen (2 puan)
- ☐ Evet, çoğu zaman (3 puan)

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

- ☐ Evet, çoğu zaman (3 puan)
- ☐ Evet, bazen (2 puan)
- ☐ Hayır, çok sık değil (1 puan)
- ☐ Hayır, hiç bir zaman (0 puan)

6) *Her şey giderek sırtıma yükleniyor.*

- ☐ Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum (3 puan)
- ☐ Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum (2 puan)
- ☐ Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkamıyorum (1 puan)
- ☐ Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum (0 puan)

7) *Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.*

- ☐ Evet, çoğu zaman (3 puan)
- ☐ Evet, bazen (2 puan)
- ☐ Çok sık değil (1 puan)
- ☐ Hayır, hiç bir zaman (0 puan)

8) *Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.*

- ☐ Evet, çoğu zaman (3 puan)
- ☐ Evet, oldukça sık (2 puan)
- ☐ Çok sık değil (1 puan)
- ☐ Hayır, hiç bir zaman (0 puan)

9) *Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.*

- ☐ Evet, çoğu zaman (3 puan)
- ☐ Evet, oldukça sık (2 puan)
- ☐ Çok seyrek (1 puan)
- ☐ Hayır, asla (0 puan)

10) *Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.*

- ☐ Evet, oldukça sık (3 puan)
- ☐ Bazen (2 puan)
- ☐ Hemen hemen hiç (1 puan)
- ☐ Asla (0 puan)

TOPLAM PUAN:

Değerlendirme: Ölçek bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin değerlendirilmesinde tüm sorular 0-3 arasında puanlandırılır ve ölçekte alınabilecek en yüksek puan 30'dur. Ölçekteki sorulardan 1., 2. ve 4. sorular 0-1-2-3 biçiminde puanlanırken; 3., 5., 6., 7., 8., 9. ve 10. sorular ise 3-2-1-0 biçiminde puanlanmaktadır. Ölçeğin kesme noktası 13 olarak hesaplanmıştır.