

T.C.
RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

GEBELİK DEPRESYONU VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

Uzmanlık Tezi

Dr. Esmâ OMAR

RİZE 2021

T.C.
RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

GEBELİK DEPRESYONU VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

Uzmanlık Tezi
Dr. Esmâ OMAR

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Cüneyt ARDIÇ

RİZE 2021

TEŞEKKÜR

Eğitim sürem boyunca ve tez çalışmalarım sırasında kıymetli bilgi ve tecrübelerini paylaşarak bana her fırsatta yardımcı olan, saygıdeğer hocam Doç. Dr. Cüneyt ARDIÇ'a,

Yalnızca tezim sırasında değil her zaman desteğini, anlayışını ve sevgisini yanımda hissettiğim ve varlığından güç aldığım hayat arkadaşım sevgili eşim Uzm. Dr. Mustafa OMAR'a, hayatımıza anlam katan yüreği kocaman kızım canım Leyla'ma, hayatımın her döneminde yanımda olan çok değerli annem, babam ve kardeşlerime,

Yaptığım rotasyonlar sırasında değerli bilgi ve tecrübelerini paylaşarak her zaman desteklerini gösteren saygıdeğer hocalarıma, asistan arkadaşlarıma, servis hemşilerine ve personeline,

Hem rotasyonlarım sırasında hem de tez çalışmalarım ve katıldığım eğitimlerde desteğini eğitim sürem boyunca hiç esirgemeyen görev yerim olan Çayeli 1 nolu Aile Sağlığı Merkezinde beraber çalıştığım kıymetli arkadaşlarıma,

Sonsuz teşekkürler.....

Dr. Esmâ OMAR

Rize 2021

ÖZET

Gebelik Depresyonu ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi

Giriş: Gebelik depresyonu, hem annenin hem de çocuğun sağlığını etkileyen oldukça sık rastlanan bir ruhsal bozukluktur. Gebelik depresyonu, fetüsü ve annenin iyilik halini olumsuz etkilemesi ve postpartum depresyona zemin hazırlaması nedeniyle üzerinde önemle durulması ve erken tanı koyulup tedavi edilmesi gereken bir sorundur. Çalışmamızda gebelerde depresyon görülme sıklığını ve buna etki eden sosyodemografik ve klinik özellikleri incelenmeyi böylece gebelik depresyonu için riskli grubu erken dönemde belirlemeyi amaçlıyoruz.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın yapısı tanımlayıcı kesitsel çalışma niteliğindedir. Çalışma 28 Mayıs 2020- 1 Temmuz 2020 tarihleri arasında Rize ili Çayeli ilçesine bağlı 1 nolu Aile Sağlığı Merkezine bağlı 6 Aile Hekimliği Birimi' nde yürütülmüştür. Çalışmanın evrenini Çayeli 1 nolu Aile Sağlığı Merkezine bağlı, düzenli gebe takibi yapılan, çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden rastgele seçilen 186 kişi oluşturmuştur.

Bulgular: Çalışmamıza aldığımız gebelerin yaş ortalaması $29,8 \pm 5.3$ (min:19-maks:43) yıl olup %19,4'ü 35 yaşın üzerindeydi. Araştırmaya dahil edilen gebelerin aylık toplam hane gelir düzeyleri, çalışma durumları ve sigara kullanma durumlarına göre depresyon durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0.05$). Ayrıca çalışan gebeler içinde depresyonu olanların yüzdesi çalışmayanlardan anlamlı olarak düşüktü. Buna ek olarak daha önce hiç sigara kullanmayanlar içinde depresyonu olanların yüzdesi gebelik öncesinde ve halen kullananlardan anlamlı olarak düşüktü. Depresyonu olan ve olmayan gebeler arasında gebelik sayısı ve ilk gebeliği olmayan gebelerin yaşayan sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (sırasıyla $p = 0.039$; $p = 0.040$). Buna ek olarak gebeliğin istenmeme durumuna göre depresyon durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p = 0.014$). Gebeliğini istemeyenler içinde gebelik depresyonu olanların yüzdesi isteyenlerden anlamlı olarak yüksekti.

Sonuç: Çalışmamızda incelediğimiz 186 gebenin; Beck depresyon ölçeğine göre kesme puanı 17 olarak alındığında, %17,74'ünde depresyon saptanmıştır. Çalışmamızda gebenin çalışma durumu, gelir seviyesi, sigara içme durumu, gebeliğin istenmeme durumu, gebelik sayısı ve yaşayan çocuk sayısı ile depresyon görülme oranları arasında ilişki saptanmıştır. Araştırma kapsamında incelenen 186 gebenin BDE puanlarına göre %57,0'ında minimal depresif semptom, %25,3'ünde hafif düzeyde, %16,1'inde orta derecede ve %1,6'ında şiddetli düzeyde depresif semptom mevcuttu. Yaptığımız çalışmada gelir düzeyi seviyesi, 35 ve üzeri gebe yaşı ve gebeliğin istenmeme durumuna göre depresyon seviyesi arasında ilişki saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: gebelik, depresyon, istenmeyen gebelik

SUMMARY

Depression in pregnancy and evaluation of related factors

Introduction: Pregnancy depression is a very common mental disorder that affects the health of both mother and child. Gestational depression is a problem that should be emphasized, diagnosed and treated early, as it negatively affects the well-being of the fetus and the mother and prepares the ground for postpartum depression. In our study, we aim to examine the prevalence of depression in pregnant women and the sociodemographic and clinical characteristics that affect it, thus determining the risk group for pregnancy depression in the early period.

Method: The structure of the research is a descriptive, cross-sectional study. The study was conducted between May 28, 2020 - July 1, 2020 in 6 Family Medicine Outpatient Clinics of the Çayeli district of the Rize city. The population of the study consisted of 186 randomly selected individuals who voluntarily accepted to participate in the study, under regular pregnancy follow-up, affiliated to Çayeli Family Health Center.

Results: The average age of the pregnant women included in our study was 29.8 ± 5.3 (min: 19-max: 43) years and 19.4% of them were over 35 years old. A statistically significant difference was found between the depression status of the pregnant women included in the study according to their monthly total household income levels, employment status and smoking status ($p < 0.05$). In addition, the percentage of those with depression among working pregnant women was significantly lower than those who did not. Also the percentage of those who had never smoked before with depression was significantly lower than those who used before and currently. A statistically significant difference was found between pregnant women with and without depression in terms of the number of pregnancies and the number of child who did not have their first pregnancy (respectively $p = 0.039$; $p = 0.040$). In addition, a statistically significant difference was found between the depression states according to the unplanned state of pregnancy ($p = 0.014$). Percentage of pregnancy depression is significantly higher than who want their pregnancy among those who did not want their pregnancy.

Conclusion: Of the 186 pregnant women we examined in our study; when the cut-off score is taken as 17 according to the Beck depression scale, depression was found in 17.74%. In our study, a relationship was found between the employment status, income level, smoking status, unintended pregnancy, the number of pregnancies and the number of living children and the depression status. According to the BDI scores of 186 pregnant women examined within the scope of the study, 57.0% had minimal depressive symptoms, 25.3% had mild, 16.1% moderate and 1.6% severe depressive symptoms. In our study, a relationship was found between the level of income, the age of 35 and above, and the level of depression according to the unplanned state of pregnancy

Key words: Pregnancy, depression, unplanned pregnancy.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
ÖZET.....	II
SUMMARY.....	III
İÇİNDEKİLER.....	IV
KISALTMALAR DİZİNİ.....	VII
TABLolar DİZİNİ.....	IX
1.GİRİŞ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1.DEPRESYON.....	4
2.1.1.Tanımı.....	4
2.1.2.Depresyonun tarihçesi.....	4
2.1.3.Depresyonun epidemiyolojisi.....	5
2.1.4.Depresyonun etiyolojisi.....	7
2.1.4.1.Genetik faktörler.....	7
2.1.4.2.Biyolojik faktörler.....	8
2.1.4.2.1.Biyolojik Aminler.....	8
2.1.4.2.2.Nöroendokrin Değişiklikler.....	9
2.1.4.2.3.Sirkadiyen ritim değişiklikleri.....	9
2.1.4.3.Psikososyal faktörler.....	10
2.1.5.Depresyon için Risk Faktörleri.....	11
2.1.5.1.Cinsiyet.....	11
2.1.5.2.Yaş.....	11
2.1.5.3.Medeni Durum.....	12
2.1.5.4.Genetik ve Aile öyküsü.....	12
2.1.5.5.Sosyoekonomik ve kültürel durum.....	13

2.1.5.6.Erken Dönem Çocukluk Yaşantıları.....	13
2.1.5.7.Olumsuz Yaşam Olayları ve Stres Etkenleri.....	13
2.1.5.8.Diğer Risk Etmenleri.....	14
2.1.6.Depresyonun Kliniği.....	14
2.1.7.Depresyonun Tanı Kriterleri.....	16
2.2.Gebelikte Duygu Durum Bozuklukları.....	18
2.2.1.Gebelik ve Depresyon.....	19
2.2.1.1.Gebelik Depresyonunda Epidemiyolojisi.....	19
2.2.1.2.Gebelik Depresyonunda Etiyoloji.....	20
2.2.1.2.1.Hormonal Faktörler.....	21
2.2.1.2.2.Genetik Faktörler.....	24
2.2.1.2.3.Psikososyal Faktörler.....	25
2.2.1.3.Gebelik Depresyonunda Risk Faktörleri.....	26
2.2.1.4.Gebelik Depresyonunda Klinik Bulgular.....	28
2.2.1.5.Gebelik Depresyonunun Etkileri ve Sonuçları.....	30
2.2.1.6.Gebelik Depresyonunda tarama ve alınacak önlemler.....	31
2.2.1.6.1.Aile hekimliğinde gebelerin psikososyal değerlendirilmesi.....	32
2.2.1.7.Gebelik Depresyonunda Tedavi.....	34
2.2.1.7.1.Psikoterapi.....	35
2.2.1.7.2.İlaç tedavisi.....	36
2.2.1.7.3.Farmakoloji dışı uygulamalar.....	37
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	39
3.1.Araştırmanın Amacı ve Şekli.....	39
3.2.Araştırmanın Yeri ve Tarihi.....	39
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	39
3.4.Araştırma Verilerinin Toplanması.....	41
3.4.1.Sosyodemografik Veri Formu.....	41

3.4.2.Beck Depresyon Envanteri.....	41
3.4.3.Laboratuvar sonuçları.....	42
3.5.İstatiksel Değerlendirme.....	42
3.6.Araştırmanın Etik İlkeleri.....	43
4.BULGULAR.....	44
5.TARTIŞMA.....	61
6.SONUÇLAR.....	77
7.ÖNERİLER.....	78
8.KAYNAKLAR.....	81
9.EKLER.....	107

KISALTMALAR DİZİNİ

DÖB: Doğum Öncesi Bakım

M.Ö: Milattan Önce

M.S: Milattan Sonra

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ICD-10: International Statistical Classification of Diseases

(Uluslararası Hastalıklar Sınıflandırması)

ABD: Amerik Birleşik Devletleri

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

CIDI: Composite International Diagnostic Interview

(Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi)

ÜSYE: Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu

NA: Noradrenalin

BOS: Beyin Omurilik Sıvısı

5-HİAA: 5-hidroksi-indol-asetik-asit

HVA: Homovalinik Asit

HHT: Hipotalamus-hipofiz-tiroid

HHa: hipotalamus-hipofiz-adrenal

DST: Deksametazon Supresyon Testi

TRH: Tirotropin Releasing Hormon

TSH: Tiroid Stimülan Hormon

HIV: İnsan İmmun Yetmezlik Virüsü

KKY: Konjestif Kalp Yetmezliği

SLE: Sistemik Lupus Eritematozus

RA: Romatoid Artrit

MSS: Merkezi Sinir Sistemi

Ark: Arkadaşları

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

EPDÖ: Edinburg Postnatal Depresyon Ölçeği

PPD: Post Partum Depresyon

GABA: Gama Amino Bütirik Asit
HCG: Human Koryonik Gonadotropinin
TBG: Tiroksin Bağlayıcı Globülin
T3: Triiyodotironin
T4: Tiroksin
FT3: Serbest Triiyodotironin
FT4: Serbest Tiroksin
SERT: 5-hydroxytryptamine transporter (seratonin Taşıyıcı)
5HTTLPR: Serotonin taşıyıcı geni promotor polimorfizmi
GDM: Gestasyonel Diyabetes Mellitus
ACOG: Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği
BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi
KİT: Kişilerarası İlişkiler Terapisi
SSRI: Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
SNRI: Serotonin-Norepinefrin Geri Alım İnhibitörleri
EKT: Elektrokonvülsif Terapi
RIA: Rahim İçi Araç
OKS: Oral Kontraseptif
C/S: Sezaryen Doğum
TDBK: Total Demir Bağlama Kapasitesi
BDE: Beck Depresyon Envanteri
BKİ: Beden Kütle İndeksi
DM: Diyabetes Mellitus
TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
DSD: Doğum Sonrası Depresyon

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 4.1.Gebelerin sosyodemografik özellikleri

Tablo 4.2.Gebelerin obstetrik öyküleri ile ilgili özellikleri

Tablo 4.3.Gebelerin laboratuvar değerleri ile anemi ve hipotiroidi durumu

Tablo 4.4.Gebelerin BDE puanı ve depresyon düzeyi

Tablo 4.5.Gebelerin sosyodemografik özelliklerine göre depresyon durumunun ilişkisi

Tablo 4.6.Gebelerin obstetrik öyküleri ile ilgili özelliklerine göre depresyon durumunun ilişkisi

Tablo 4.7.Gebelerin laboratuvar değerleri ile anemi ve hipotiroidi durumlarına göre depresyon durumunun ilişkisi

Tablo 4.8.Gebelerin BDE puanı ile BKİ, gebelik sayısı, demir, TDBK, Ferritin, açlık glukozu, hemoglobin, T4 ve TSH değerleri arasındaki ilişki

Tablo 4.9.Gebelerin sosyodemografik özelliklerine göre depresyon düzeylerinin ilişkisi

Tablo 4.10.Gebelerin obstetrik öyküleri ile ilgili özelliklerine göre depresyon düzeylerinin ilişkisi

Tablo 4.11.Gebelerin laboratuvar değerlerini ve anemi ile hipotiroidi durumlarının gebelik depresyon düzeylerine göre ilişkisi

1.GİRİŞ

Depresyon, insanın yaşama isteğinin kaybolduğu, çökkünlük, derin üzüntülü, sıkıntılı bir duygudurumla birlikte düşünce, konuşma, hareket ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanı sıra değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık, suçluluk düşüncelerinin ortaya çıktığı, hatta bazen özkıyım düşüncelerinin ortaya çıkarak sonucunda ölümün görülebileceği bir hastalıktır (1). Pek çok ruhsal veya ruhsal olmayan hastalıkta depresyon görülebilir. Depresyon, oldukça sık görülmesi ve iş gücü kaybına neden olması dolayısı ile önemli bir sağlık sorunudur.

Fizyolojik ve psikososyal değişikliklerin yaşandığı bir dönem olan gebelik ve doğum süreci, aynı zamanda kaygı ve strese yol açan birçok etkenle karşılaşma riskinin de yüksek olduğu; depresyon, anksiyete bozukluğu gibi ruhsal hastalıklara yatkınlığın artabileceği bir süreçtir (2).

Birçok kadın gebelik ve doğuma bağlı olarak oluşan fizyolojik, psikolojik, sosyal değişimlere kolaylıkla uyum sağlarken, bazı kadınlarda hafif, orta, şiddetli düzeylerde duygulanım bozuklukları ortaya çıkabilmektedir (3). Gebelerde en sık görülen duygulanım bozukluğu depresyondur (4). Yapılan çalışmalara göre gebelikte depresyon ve depresif semptom görülme sıklığının %5-51 arasında değiştiği bulunmuştur (5-12). Gebelerde görülen depresyon hem anne sağlığını hem de fetal sağlığı etkilediği ve sık görüldüğü için oldukça önemli bir sorundur.

Geçmişte gebelik ve doğum olaylarının psikiyatrik hastalıklardan koruduğuna inanılırken günümüzde bu görüş kabul görmemektedir (13,14). Çünkü gebelik kimileri için mutluluk kaynağı olabildiği gibi kimi gebeler için ise stres ve kaygı kaynağı olabilir. Her gebenin bu süreci karşılama ve sürece uyum sağlama becerisi farklıdır.

Gebeliğin her döneminde yaşanan stres ve kaygı kaynakları değişkendir ve kişiden kişiye farklılıklar gösterir. Gebeliğin ilk haftalarında özellikle gebenin an-

neliği kabul edip etmemesine göre değişen duygular ve yine hissedilen belirsizlik duygularına bağlı stres ve kaygı yaşanırken, ikinci trimesterde ortaya çıkan fiziksel değişikliklerle birlikte kadının gebeliğin fiziksel değişikliklerine uyum sağlamaya çalıştığı dönemdir (15). Gebeliğin son döneminde ise bebeğin sağlıklı olup olmayacağı, doğumun nasıl ve ne şekilde yapılacağı endişesi hem kadın hem de erkeklerin çoğunun doğumla ilgili bazı korkulara kapılmasına yol açar (16).

Gebelikte yaşanan anksiyete ve stres gebe ve fetüs sağlığı açısından uzun dönemde sorunlara yol açabilmektedir (17). Gebelik depresyonu hem anne hem de bebeğin sağlığı üzerine ciddi olumsuz etkileri olan en yaygın psikiyatrik bozukluktur (18). Duygusal gerilimin, özellikle kaygı ve depresyonun, gebelik ve doğum komplikasyonlarını arttırdığı, yenidoğanın sağlığını olumsuz etkilediği, erken doğuma, düşük doğum ağırlığına ve intrauterin gelişim geriliğine neden olduğu yapılan çalışmalar ile gösterilmiştir (19-20).

Gebelik depresyonun erken tanısı ve tedavisi anne ve bebek sağlığı açısından önem taşımaktadır. Doğum öncesi bakım (DÖB), gebeliğin saptanmasından doğuma kadar geçen sürede annenin ve fetusun düzenli aralıklarla, gerekli muayene, tetkik, bağışıklama ve danışmanlık hizmeti verilerek, bu konuda eğitilmiş sağlık çalışanı tarafından izlenmesidir (22,23). DÖB, antenatal bakım hizmeti olarak da adlandırılmaktadır (24). Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde yer alan görev yetki ve sorumluluklar kapsamında bu görev aile hekimlerinin asli görevleri arasında yer almaktadır. Tüm gebelere gebelikleri boyunca aile hekimliği birimlerinde en az 4 kez izlem yapılmaktadır. Bu izlemler yapılırken gebelerin ruhsal durumunu değerlendirmek için 2 kez psikososyal izleme formu düzenlenmektedir. Aile hekimliği birimleri çoğunlukla gebelik durumunda ilk başvurulacak yerlerdir. Aynı zamanda gebelerin en rahat ulaşabildiği ve zaman kısıtlaması olmadan sorularını ve sorunlarını dile getirebildikleri sağlık kuruluşlarıdır. Gebelik depresyonu gibi tanı konması oldukça güç olan ve sık görülen bu hastalıktan özellikle birinci basamakta yapılan ayrıntılı değerlendirme ile şüphelenilmesi erken tanı açısından değerlidir. Yapılan değerlendirmeler sonrasında gerekli hallerde tarama testi yapıl-

ması ve gebenin 2. Basamak sağlık kuruluşuna sevk edilmesi hem anne hem de fetüs için ciddi sonuçlar doğuran bu süreçte oldukça önemlidir. Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarına erişimin hızlı ve kolay olması birinci basamakta yapılan takiplerin düzenli ve sürekli olmasını sağlar. Bu süreklilik, gebeliğin ilerleyen dönemlerinde ortaya çıkacak sorunları erken tespit etmek açısından veya gebede ortaya çıkan duygudurum değişimlerini fark etmek açısından oldukça önemlidir.

Depresyon taramasında literatürde birçok ölçek bulunmaktadır. Bunlardan bir tanesi de Beck Depresyon Ölçeği' dir. Beck Depresyon Ölçeği kişilerde depresyon riskini saptamak ve depresyonun şiddetini belirlemek için kullanılmaktadır. Toplamda 21 başlık ve her başlığın dört tane maddesi vardır.

Çalışmamızın amacı, gebe kadınlarda depresyon sıklığını ve ilişkili risk faktörlerini Beck Depresyon Ölçeği' ni kullanarak belirlemektir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Depresyon

2.1.1.Tanımı

Depresyon sözcüğü Latince “depresus” tan gelmekte ve aşağı doğru bastırma, çekme; bitkin, üzüntülü, kederli olma anlamındadır. Tıbbi terminolojide çökkünlük olarak ifade edilir. Türkçe’ ye çöküntü olarak çevrilebilse de depresyon olarak kullanımı daha yaygındır. Depresyon, insanın yaşama isteğinin kaybolduğu, kişinin kendisini derin bir keder içinde hissettiği, geleceğe ilişkin karamsar düşüncelerin olduğu, geçmişe ilişkin yoğun pişmanlık ve suçluluk duygu ve düşüncelerinin olduğu, bazen özkıyım (suicidal) düşüncelerin ve sonucunda ölümün görülebileceği, düşünce, konuşma, hareket ve fizyolojik işlevlerde yavaşlamanın olduğu bir hastalıktır (1).

2.1.2. Depresyonun Tarihçesi

Tıp literatüründe depresyon ilk olarak Hipokrat (M.Ö. 460-377) tarafından tanımlanmıştır. Hipokrat insanın duygu durumunu vücut sıvılarıyla ilişkilendirmiş ve hafif kanlı, ağır kanlı, kara sevdalı ve sinirli mizaç şeklinde dört farklı duygudurum tipini tanımlamıştır. İnsanda karaciğer ve safra yollarındaki fonksiyonel bozukluğa bağlı olarak da durağanlaşmanın, ilgi ve istek kaybının, uyku sorunlarının, endişenin, yetersizlik duygularının, özkıyım düşüncelerinin varolduğu bir hastalık tanımlamış ve bu hastalığa kara safra anlamına gelen melankoli ismini vermiştir. Galen (M.S. 131-201) ise Hipokrat’ ın bu konudaki görüşlerini geliştirmeye devam etmiştir (25).

Orta çağda İbn-i Sina ruhsal çökkünlüğü tanımlayarak çeşitli örnekler vermiştir. Çağdaş psikiyatrinin öncülerinden biri olan Philippe Pinel kendinden önce var olan tüm isimlendirme ve sınıflandırmaları inceleyerek mani, melankoli, bunama ve zeka geriliği olmak üzere ruhsal bozuklukları dört ana gruba ayırmıştır ve bu hastalıkların yapısal bozukluklar sonucu ortaya çıktığını savunmuştur.

1621 yılında R.Burton’ un yazdığı “Melankolinin Anatomisi” adlı eser, duygu durum bozukluklarının anlatıldığı ilk İngilizce eserdir. Bu kitapta Burton melankolinin değişik tiplerini tanımlamış, bunlara ilişkin belirtileri, bulguları ve ayırıcı tanıları belirlemiş ve beyin yapısıyla ilgili açıklamalar dile getirmiştir ve bu kitapta bugünkü bilgilerimize çok yakın tanımlamalar yapmıştır (26).

Duygulanımla ilgili hastalıkların ayrıntılı olarak tanımlanması ve sınıflandırılması ilk olarak Kahlbaum, sonra Kraepelin tarafından gerçekleştirilmiştir. Emil Kraepelin “psikoz manyak depresif ” adlı hastalığı tanımlamış ve bu hastalığın mani ve melankoli belirtileriyle ortaya çıkan iki ayrı tablosu olduğunu savunmuştur (25). Kraepelin’ in öncülük ettiği, ruhsal hastalıkları sebeplerine göre tanımlayıp sınıflandırma görüşü sonrasında da etkisini sürdürmeye devam etmiştir.

1968 yılında yayınlanan DSM-II (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) psikotik ve nevrotik temel ayrımını yapmış ve Kraepelin’ in yaklaşımına devam edilmiştir. Fakat yirminci yüzyılın ikinci yarısından itibaren bu sınıflandırma görüşü değişikliğe uğramış ve ruhsal bozukluklar birer tepki (reaksiyon) olarak sınıflandırılmışlardır.

1980 ve 1987 yıllarında yayınlanan DSM-III ve DSM-III-R’ de ruhsal bozuklukların tanısı belirlenmiş çeşitli tanı ölçütlerine göre konmuştur (27). DSM-IV ve Uluslararası Hastalıklar Sınıflandırması (ICD-10: International Statistical Classification of Diseases)’ nda ise çeşitli depresyon türlerinin ve bipolar bozuklukların Duygudurum Bozuklukları başlığı adı altında toplanarak tanı kriterleri belirtilmiştir. Son olarak 2013 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından oluşturulan DSM-V kullanıma girmiştir ve günümüzde halen kullanılmaya devam edilmektedir.

2.1.3. Depresyonun Epidemiyolojisi

Depresyon psikiyatrik hastalıklar arasında en sık görülen hastalıktır ve sıklığı tüm dünyada giderek artmaktadır (28). Toplumda her 10 kişiden birinde gözlenmekte olup, ortalama her dört kadından biri ve her on erkekten biri yaşamı boyunca en az bir kez depresif atak geçirmektedir. Kadınlarda, erkeklerden 2 kat daha fazla görülmektedir. Her yaş grubunda görülmesine rağmen özellikle kadınlarda 25-44 yaş grubunda daha sık gözlenmektedir (29,30). Depresif bozukluklar yaşamları süresince erkeklerin %5-12' sini, kadınların ise %10-25' ini etkilemektedir (31).

Depresyon kronikleşme eğiliminin yanında iş kaybı, sosyal kayıplar ve gündelik hayatta sebep olduğu tüm olumsuzluklar nedeniyle tüm hastalıklar arasında yeti kaybı açısından 3. sırada yer almaktadır. 2020 yılında ise iskemik kalp hastalıklarından sonra en önemli ikinci yeti kaybı nedeni olacağı tahmin edilmektedir (32). 2030 yılında ise ilk sıraya yerleşeceği tahmin edilmektedir (33). Depresyon tedavi maliyeti yönünden de topluma ağır yük getiren bir hastalıktır (34).

Yaşam boyu depresyon prevalansı için farklı toplumlarda birçok çalışma yapılmıştır. Angst 1992' de ve Kessler 1994' te yaptıkları çalışmalarda, depresyonun yaşam boyu görülme sıklığını sırası ile % 4,4-19,6 ve %17 olarak bulmuşlardır. Ülkemizde Doğan ve ark. nın 1995 yılında yaptıkları çalışmada depresyon yaygınlığı ise %8-20 bulunmuştur. Ülkemizde Küey ve Güleç (1993)' in yaptığı çalışma sonuçlara göre, toplumun yaklaşık olarak %10' unda klinik düzeyde depresyon saptanmışken, bunların da yaklaşık üçte birinde bu durum kronikleşmiştir (35).

Depresyonun yaygınlığını belirlemek için 10 farklı ülkeden erişkinlerle yapılan bir çalışmada, major depresyonun yaşam boyu yaygınlığının Japonya' da %3' den %17' ye, ABD' de ise %8' den %12' ye kadar değişen bir aralıkta olduğu tespit edilmiştir (36). 2008-2012 yılları arasında ABD' de yapılan Ruh Sağlığı Sürveyans Çalışmasında ise ABD' de major depresyonun yıllık prevalansı yaklaşık %6 olarak bulunmuştur (37).

1989-1993 yılları arasında DSÖ işbirliği ile 14 ülkede gerçekleştirilen “Birinci Basamakta Ruhsal Bozukluklar” çalışmasında temel sağlık hizmeti veren bir kuruluşa başvuran hastalarda depresyonun %10,4 oranında görüldüğü tespit edilmiştir. Aynı çalışmanın Türkiye’ye ilişkin verilerinde ICD-10 tanı sistemini esas alan Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi (CIDI: Composite International Diagnostic Interview) kullanılmış ve depresyon oranı %11,6 olarak bulunmuştur (38).

DSÖ verilerine göre depresyon, birinci basamak sağlık kuruluşlarına yapılan başvuruların içinde ÜSYE’ den sonra en fazla görülen patolojidir (39).

2.1.4. Depresyonun Etiyolojisi

Depresyona neden olan durumlarla ilgili günümüze kadar çok çeşitli araştırmalar yapılmasına rağmen henüz altta yatan nedenler net bir şekilde ortaya konamamıştır. Depresyonun çok yönlü bir hastalık olması, alt tiplerinin ve altta yatan nedenlerin birden fazla olması depresyonu bir sendrom olarak tanımlamamıza sebep olmuştur.

Depresyonun etiyolojisinde genetik, biyolojik ve psikososyal faktörler olmak üzere 3 ana başlık rol oynar (40).

2.1.4.1 Genetik Faktörler

Depresyonda genetik faktörleri inceleyen birçok çalışma yapılmış olmasına rağmen geçişin tam olarak nasıl olduğu ortaya konamamıştır. Aile çalışmalarında depresif bozukluklarda ailesel bir yatkınlığın söz konusu olduğu görülmüştür. İkizlerde yapılan çalışmalarda monozigot ikizlerin depresyon riskinin dizigot ikizlere göre belirgin olarak yüksek olduğu, birlikte hastalık görülme oranı-

nın monozigotlar için %50, dizigotlar için %10–25 olduğu saptanmış (41); ikizleri farklı ailelerin yetiştirmesinin bu oranı çok fazla etkilemediği görülmüştür.

Majör depresyon hastalarının birinci dereceden akrabalarında, majör depresyon riskinin normal toplumdaki riske göre 2 ila 4 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir (42). Yapılan değişik çalışmalarda farklı oranlar vardır. Gershon ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada aile bireyleri için risk oranı %5,1-17,5 oranlarında bildirilmiştir. Andreasen ve arkadaşlarının yaptığı benzer çalışmada bu oran %14,3 ile %28,4 aralığında bildirirken, Kupfer ve arkadaşları ise bu oranı %20,7 olarak bildirmiştir (43).

Erken başlangıçlı veya tekrarlayan depresif bozukluklarda genetik faktörlerin etkisinin daha fazla olacağı düşünülmektedir (34).

2.1.4.2 Biyolojik Faktörler

2.1.4.2.1 Biyolojik Aminler

Başta serotonerjik ve noradrenerjik sistemler olmak üzere beyindeki çeşitli nörotransmitterlerin fonksiyonel bozukluğu depresyon oluşumunda önemli rol oynamaktadır. Noradrenalin (NA) daha çok anksiyete, kızgınlık, fobi gibi duyguların oluşmasında etkin olsa da selektif noradrenalin reuptake blokerlerinin depresyon tedavisinde kullanımıyla semptomların azalması ve yine depresyon geçiren bireylerin BOS (beyin omurilik sıvısı)‘larında NA seviyesinin düşük bulunması depresyon etyolojisinde önemli olduğunu göstermektedir (40,44).

Depresif bozukluğu olanlarda, serotoninin beyindeki temel yıkım ürünü olan 5-hidroksi-indol-asetik-asit (5-HIAA) düzeyinin hastaların BOS’larında düşük düzeyde bulunması sonucu serotonerjik etkinlikte azalma olabileceği varsayımı

ortaya atılmış ve depresyon tedavisinde sıklıkla kullanılan seçici serotonin geri alım inhibitörleri ile olumlu sonuç alınması serotonin metabolizması üzerinde daha çok durulmasına neden olmuştur (45,46).

Dopaminin de diğer biyolojik aminler gibi depresyonda azaldığı belirtilmektedir. Özellikle psikomotor yavaşlığı olan ve özkıyım eğilimli olan depresif hastaların BOS' larında dopaminin metaboliti olan HVA (homovalinik asit) düzeyleri düşük bulunmuştur (47).

2.1.4.2.2 Nöroendokrin Değişiklikler

Hipotalamus-hipofiz-tiroid (HHT) ve hipotalamus-hipofiz-adrenal (HHA) akslarındaki patolojiler, özellikle de adrenal akstaki bozukluklar yapılan çalışmalarda depresyon etiyolojisini aydınlatma açısından önemli bulunmuştur. Major depresyonlu hastaların çoğunda kortizol hipersekresyonuna bağlı plazma kortizol konsantrasyonu yükselmiştir. Şiddetli ve psikotik depresyonlarda, ciddi intihar girişimi olan depresif hastalarda deksametazon supresyon testi (DST) bozuklukları gözlenmiştir. DST nonsupresyonunun özellikle psikotik depresyonda pozitif olması, kortizol yüksekliğinin psikotik depresyonun patofizyolojisinde rol oynayabileceğini düşündürmeye sebep olmuştur (48).

Depresyonun adrenal tiroid ve büyüme hormonlarındaki salgılanma bozukluklarından da kaynaklandığı, depresif hastalarda kortizolün günlük sentezlenme düzeninin bozulduğu ve TRH' a yanıt olarak salgılanan TSH düzeyinin de düşük seviyelerde olduğu gösterilmiştir (40,44). Depresyonlu bireylerin %25 inde dışardan verilen TRH' a TSH cevabı yetersiz bulunmuştur (49).

2.1.4.2.3 Sirkadiyen Ritim Değişiklikleri:

Sirkadiyen ritimdeki aksaklıklar ve duygulanım bozuklukları arasındaki ilişki merak konusudur (50). Sirkadiyen ritimde meydana gelen değişimlerin psikiyatrik hastalıklarla ve özellikle de duygudurum bozuklukları ile güçlü bir bağlantısı vardır. Uyku, duygudurum, vücut sıcaklığı ve yeme davranışı gibi sirkadiyen ritimlerin zamanlaması hormonal aksları düzenleyen hipotalamus tarafından suprakiazmatik nukleus yoluyla düzenlenmektedir (51).

Uyku bozukluklarının depresyon gelişimiyle kuvvetli ilişkisi olduğu bildirilmiştir (52).

2.1.4.3 Psikososyal Faktörler

Genellikle majör depresyon dönemlerinden önce ayrılma ve kayıp gibi önemli yaşam stresleri görülür fakat bu gibi olaylar duygu durum bozukluğuna yatkınlığı olan bireyler haricinde kalıcı, şiddetli bir depresyona neden olmazlar (53).

Depresyonda çevre faktörünü oluşturan öğeler, kişinin doğup büyüdüğü çevre, arkadaş ilişkileri, anne babasından gördüğü şevkat, sevgi ve güven duyguları ile çevresinden gördüğü sosyal destekler, çocukluk döneminde yaşadığı ortam, maddi sıkıntılar, yakın çevrelerindeki bireylerinin kötü alışkanlıkları veya ciddi fizik ya da psikiyatrik hastalıkları yüksek genetik risk durumunda önemli rol oynarlar (54).

Depresif bozukluğu olanlara ilişkin özgül bir kişilik yapısı tanımlanmamıştır fakat bazı ortak özellikler olduğundan bahsedilmektedir. Depresif bozukluğa yatkınlık oluşturan kişilik tipleri incelendiğinde çoğunlukla sorumluluk duygusu yüksek, olaylar karşısında çabuk etkilenen ve üzülen, mükemmeliyetçi, öfkesini dışı vuramayan, fazla yardımsever ve herkesi mutlu etmeye çalışan, kedisi dâhil tüm çevresinden beklentileri yüksek, güvensiz ve titiz özelliklerle karşılaşmaktadır (46).

2.1.5. Depresyon İçin Risk Faktörleri

2.1.5.1 Cinsiyet

Yapılan birçok çalışmada depresyonla karşılaşan kadınların sayısı, erkeklerin sayısından fazla olarak bulunmuştur. Cinsiyet faktörü ele alındığında depresyonlu kadınların sayısı depresyonlu erkeklerin sayısının yaklaşık iki katı kadardır (55). Major Depresyon bozukluğunun yaşam boyunca yaygınlığı erkekler için %5 ile %12, kadınlar için ise %10 ile %25 arasındadır (56,57).

Değişik çalışmalarda genellikle varılan sonuç kadınların depresyon açısından daha yüksek risk altında olduğudur. 2009 yılında DSÖ' nün 15 ülkede 18 yaş üzerinde 72.933 bireyin katılımıyla gerçekleştirmiş olduğu çalışmada, cinsiyet ile mental bozukluklar arasındaki ilişki ortaya konmuştur. Bu çalışma sonucunda araştırma yapılan bütün ülkelerde majör depresif bozukluk ve distimik bozukluk oranı kadınlarda anlamlı derecede yüksek bulunmuş ve kadınlar erkeklere göre majör depresif bozukluk açısından 1,3-2,6 kat riskli olarak saptanmıştır (58).

Kadınların özellikle ergenlik sonrası ve menapoza kadar oldukları dönemde daha yüksek risk altında oldukları tespit edilmiştir. Menstrüel siklus, menapoz, hamilelik, doğum, hormon ve konstaseptif ilaçların etkileri gibi hormonal etkiler nedeni ya da hormonal dalgalanma depresyonun ortaya çıkmasında rol oynayabilmektedirler. Bu riski arttıran diğer faktörler kadınlarda tiroid fonksiyon bozukluklarının daha fazla görülmesi ve mono-amino oksidaz seviyelerinin yüksek olması olarak sayılabilir (34).

2.1.5.2 Yaş

Depresyon tüm yaş gruplarında görülebilen bir duygudurum bozukluğu olmasına rağmen, özellikle 18-44 yaşlarındaki bireyler major depresyon için risk grubunda yer almaktadır. 65 yaş ve üstündeki bireylerde ise major depresyon riski en düşük düzeydedir (56). Yapılan çalışmalarda majör depresif bozukluk için ortalama yaş 30-35 olarak bulunmuştur (59).

Son yıllarda yapılan çalışma sonuçları ve görüşler, depresyonun sıklığının ve yaygınlığının gençler arasında giderek arttığını ortaya koymaktadır. Bunun nedeninin ise alkol ve diğer maddelerin kullanılmasındaki artışa bağlı olduğu düşünülmektedir (60,61).

2.1.5.3 Medeni Durum

Birçok çalışma depresyon ile medeni durum arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktadır. Yapılan çalışmaların birçoğunda, boşanmış olanların, eşi vefat edenlerin, eşinden ayrı yaşayanların ya da hiç evlenmemiş olanların majör depresyon riskinin evlilere göre daha fazla olduğu gösterilmiştir (62).

2.1.5.4. Genetik ve Aile Öyküsü

Yapılan çalışmalar depresyon için genetik riskinin %33 civarında olduğunu göstermektedir (63). Majör depresyon hastalarının birinci dereceden akrabalarında, majör depresyon riskinin normal popülasyondaki riske göre 2-4 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir (42).

Birinci derece dışında akrabalarında depresyon öyküsü olan bireylere bakıldığında erkeklerde %11, kadınlarda %18 düzeyinde depresyon riski artmış olarak bulunmuştur (64,65).

2.1.5.5. Sosyoekonomik ve Kültürel Durum

Sosyal destek, depresyona karşı koruyucu bir faktördür. Yapılan çalışmalarda düşük sosyoekonomik durum ile depresyon arasında ilişki kurulmuştur. Özellikle de sosyoekonomik düzeyi düşük kadınlardaki depresyon oranı, daha yüksek sosyoekonomik sınıfta olan hemcinslerine göre daha yüksek bulunmuştur. İşsizlik veya ekonomik olarak kötüye gidişin de depresyonla ilişkili olduğu gösterilmiştir (66). Gilman ve Kessler tarafından yapılan çalışmalarda yüksek eğitim düzeyinin depresyona karşı koruyucu olduğu söylenmektedir (38). Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda göçmenlerde ve evsizlerde de depresyon gelişme riski yüksek bulunmuştur (67, 68).

2.1.5.6. Erken Dönem Çocukluk Yaşantıları

Bazı araştırmalar çocuğun anne ve babası tarafından sevgi ile büyütülmesinin depresyon gelişimini engellediğini, buna karşılık ebeveynlerden erken yaşta ayrılmanın ya da ebeveyn kayıplarının depresyon riskini arttırdığını göstermektedir. Yaşamın ikinci 6 ayından sonraki süreçte herhangi bir sebeple annesinden ayrılan bebeklerde bazı depresif semptomlar gözlemlenmiştir (64).

2.1.5.7. Olumsuz Yaşam Olayları ve Stres Etkenleri

Yaşam olaylarının tek başına klinik bir depresyona yol açmadığı, ama diğer etkenlerle birleşerek depresyonun gelişiminde rol oynadığı düşünülmektedir. Çünkü yaşanan olayların kendisinden çok, o olayın kişi tarafından nasıl algılandığı, bireyin ona yüklediği anlam, bireyin başa çıkma yetisi ve gördüğü toplumsal destek çok önemlidir (69).

Majör yaşam olayı ve depresyon bağlantısının araştırılması ile ilgili çalışmalarda genellikle duygu durum bozukluğunun ortaya çıkmasından önceki 6 ay içinde kişinin, yaşamı için önemli gördüğü bir kişi, ilişki ya da sevgi kaybı gibi olaylar yaşadığı görülmektedir.

Yapılan çalışmalar etkisi uzun süren olayların depresyon için tetikleyici bir etken olduğunu, etkisi kısa süren olayların ise depresyon için risk faktörü olmadığını öne sürmektedirler (64).

2.1.5.8. Diğer Risk Etmenleri

Yapılan çalışmalara göre birçok bedensel hastalık depresyon için risk faktörü olabilir.

Temporal Lob Epilepsisi, Parkinson, Alzheimer, Serebrovasküler Olay, Demans gibi nörolojik hastalıklar; Tiroid fonksiyon bozuklukları, Addison, Cushing gibi metabolik ve endokrin hastalıklar; HIV, İnfluenza, Viral Pnömoni, Tüberküloz gibi enfeksiyon hastalıkları; İskemik Kalp Hastalığı, KKY gibi kardiyovasküler sistem hastalıkları; SLE, RA gibi enflamatuvar hastalıklar; MSS kitleleri, Lenfoma gibi neoplastik hastalıkların depresyona yol açabileceği belirtilmiştir (70-72).

2.1.6. Depresyonun Kliniği (46,74,75,76)

Duygu durum belirli sınırlar içinde normal kişilerde dahi bir miktar dalgalanmalar gösterebilir. Duygulanımın uzun süreli olması ya da uygun olmayan tepkilerle ortaya çıkması bir duygu durum bozukluğunu düşündürür. Depresyonun temel özelliği depresif yani çökkün duygu durumudur. Hemen her hastada izlenir ve olmaması durumunda depresyon tanısından uzaklaşılır. Çökkün duygu durum, yaşamdan zevk alamama, kendini kederli hissetme, karamsarlık, moral bozukluğu, hayal kırıklığı, umutsuzluk, mutsuzluk, yalnızlık hissi, hüznün ve kendini boşlukta hissetme duygusu, kötümser düşüncelerle karakterizedir ve devamlılık gösterir.

Hastaların büyük çoğunluğu sabah saatlerinde kendilerini daha kötü hissederler. Gün içinde duygu durum dalgalanmalar gösterir, ilerleyen saatlerde kişi kendini nispeten daha iyi hissedebilir.

İlgi azlığı ve anhedoni, hasta daha önce işine ve çevresine gösterdiği ilgiyi gösteremez. Daha önce yapmaktan zevk aldığı aktivitelerden zevk alamaz hale gelir (73). Ağır depresyonda duygulanımda küntleşme görülebilir. Kişideki anhedoni durumunun ilerlemesiyle ağlayabilen bir birey ağlayamaz hale gelebilir.

Depresyonda oluşan fiziksel ve zihinsel faaliyetlerde yavaşlama, genel olarak tüm hareketlerde yavaşlama, sanki zamanın ilerlememesi veya yavaş ilerlemesi hissi, yakın bellek kayıpları, düşünce hızında yavaşlama, konuşmada ve cevap vermede yavaşlama olarak ortaya çıkabilir (54). Bazen hiç konuşmama (mutizm) durumu da oluşabilir. Konsantrasyon güçlüğü ve unutkanlık depresyonda görülen diğer belirtilerdir. Bu kişiler özellikle karar vermekte çok güçlük çekerler.

Kendini suçlama, değersiz, küçük görme düşünceleri depresyonlu olgularda oldukça fazladır. Bazı kişilerde bu düşünceler o kadar yoğundur ki kendilerini cezalandırmak için intihar girişiminde bulunabilirler. Hastaların yaklaşık %75' inde intihar düşünceleri oluşur ve %15' i intihar sonucu ölmektedir.

Depresyonlu kişilerin yaklaşık %25' inde hipokondriak belirtiler görülürken yarısından fazlasında ise bel, baş, boyun ya da eklem ağrıları görülür. Depresif hastaların ortalama %54' ünde baş ağrısı tespit edilmiştir.

Depresif hastaların genel olarak öz bakımları yetersizdir. Fizyolojik olarak hastalarda iştahta, uyku düzeninde ve cinsel fonksiyonda bozukluklar görülebilir. Hastalarda yemeğe olan ilginin azalması ve yemek yeme eyleminin eskiden olduğu gibi keyif vermemesinden dolayı genellikle kilo kaybı görülür. Bazı atipik hastalarda kilo artışı da gözlemlenebilir. Cinsel isteksizlik sık görülen başka bir bulgudur. Dep-

resyonda genel olarak toplam uyku süresi kısalır. Depresyonda uyuyamama, uykusuzluk problemi artmış olsa da bazı atipik vakalarda aşırı uyuma şeklinde uyku düzeni bozukluğu gözlenebilir (77). Özellikle sabah erken saatlerde uyanma depresyon için tipiktir (2).

2.1.7. Depresyonun Tanı Kriterleri

Psikiyatrik hastalıklarda tanılar için DSM kriterleri kullanılmaktadır. En son tanı algoritmaları DSM-V olarak güncellenmiştir.

DSM-V' e göre Major Depresyon Bozuklukları Tanı Ölçütleri :

- A- İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki belirtilerden beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; belirtilerden en az birinin ya depresif duygu durum ya da ilgi kaybı ya da artık zevk alamama (anhedoni) olması gerekir:
- 1- Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygu durum
 - 2- Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı (ya da çoğuna) ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamaması,
 - 3- Kilo alımı ya da kilo kaybı
 - 4- Hemen her gün, insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnia (aşırı uyku) olması
 - 5- Hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması
 - 6- Hemen her gün, yorgunluk bitkinlik ya da enerji kaybının olması
 - 7- Hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının olması
 - 8- Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinin azalması ya da kararsızlık
 - 9- Yineleyen ölüm düşünceleri, yineleyen özkıyım düşünceleri ve özkıyıma yönelik tasarılarının olması
- B- Karma atak dışlanmalıdır.
- C- Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal-mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olmalıdır.

D- Madde kullanımı ve genel tıbbi durumun etkileri dışlanmalıdır.

E- Yas' a bağı durum dışlanmalıdır (78).



2.2. Gebelikte Duygu Durum Bozuklukları

Gebelik biyolojik, psikolojik ve sosyal hayatta birçok değişikliğin ortaya çıktığı ve yeni oluşan bu duruma uyum sağlanması gereken önemli bir süreçtir. Bu nedenlerle gebelik ve postpartum dönem ruhsal bozuklukların gelişimi için riskli kabul edilmektedir. Daha önce gebeliğin ruhsal hastalıklara karşı koruyucu olduğuna inanılsa da günümüzde bu inanç ortadan kalkmıştır.

Birçok kadın için gebelik ve sonrası dönem; depresyon, anksiyete bozukluğu, yeme bozukluğu ve psikoz gibi çeşitli psikiyatrik hastalıklara yatkınlığın arttığı bir dönemdir (3). Depresyon ve anksiyete bozuklukları gibi ruhsal bozukluklar kadınların doğurganlık döneminde en yüksek prevalansa ulaşırlar (79).

Gebelikte ortaya çıkan kontrolsüz fiziksel ve hormonal değişimler duygu durum bozukluklarına yatkınlığı arttırmaktadır. Semptomların klinisyenler tarafından gebeliğin fizyolojik değişimlerine bağlanması ile de tanıda gecikme yaşanabilir ve yine gebelikte ortaya çıkan tıbbi durumlar depresyon tanısını daha da komplike hale getirebilir (80,81). Gebelikle birlikte görülen en yaygın psikiyatrik bozukluk bir duygu durum bozukluğu olan depresyondur (3).

Gebeliğin bir diğer duygu durum bozukluğu olan bipolar bozukluk tablosuna etkisi net olarak belli değildir (82). Bazı çalışmalarda gebelik öncesi ve doğum sonrası dönemler kıyaslandığında, gebeliğin koruyucu etkisi olabileceğinden bahsedilirken bazı çalışmalarda ise koruyucu olmadığı ve doğum sonrası dönemde daha fazla belirtinin görülebileceği bildirilmiştir (83,84). Yapılan diğer bir çalışmada ise bipolar bozukluk tanısı olan hastaların yaklaşık yarısının gebelikle birlikte atak geçirdiği bildirilmiştir (85). Viguera ve ark. yaptıkları çalışmada bipolar bozukluk için tedavisi birden kesilen hastalarda gebelikte atak riskinin arttığını bildirmişlerdir (86-88).

2.2.1. Gebelik ve Depresyon

Gebelik ve sonrasındaki doğum süreci kadınlar için doğal bir olay olmanın yanında önemli fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin ortaya çıktığı, kaygı ve stres oluşturabilecek birçok etkenle karşı karşıya kalma riskinin arttığı bir süreçtir (89).

Gebelik mutluluk, sevinç, doyum ve olgunluk kaynağı olabildiği gibi, yeni bir bebeği kucağına alma beklentisi içinde olan anne için aynı zamanda ruhsal bozuklukların gelişmesi açısından riskli bir dönem olabilir.

Doğacak bebeğin sağlık durumu ve doğum sürecinde ortaya çıkması muhtemel bazı sorunların bebeğe zarar verme ihtimali gibi fetus odaklı düşünceler anneyi strese sokar ve kaygılandırır. Gebelerde kaygının artması depresif semptomlara yol açabileceği gibi depresyonun olması da gebenin endişesinin, anksiyetesinin artmasına neden olabilmektedir.

İlk trimesterde gebe, anneliğe uygun olup olmadığını, gebeliğinin iş ve sosyal hayatına etkisini sorgulayıp kendi içinde gebeliği kabullenmeye çalışır. Zıt duyguların geliştiği bir dönemdir. İkinci trimester döneminde gebelikle ilgili daha olumlu duygu ve düşünceler gelişmeye başlar. Anne adayı gebeliği kabul eder. Annenin fetüsle arasındaki bağ daha derinleşir. Zıt duygular ortadan kalkar. Üçüncü trimesterde ise fiziksel yakınmalar artmaya başlar. Doğumla ilgili endişeler ortaya çıkmaya başlar. Doğumun nasıl olacağı, sonrasındaki sürecin nasıl işleyeceği, bebeğin bakımında yetersiz kalma korkusu zaten var olan anksiyeteyi biraz daha arttırabilir.

2.2.1.1. Gebelik Depresyonunda Epidemiyoloji

Yapılan birçok uluslararası çalışmada depresyonun büyük çoğunluğunun gebelik, doğum, lohusalık gibi doğurganlık süreçlerini de içine alan 18-44 yaş aralığındaki kadınlarda görüldüğünü belirtmektedir (90,91).

Postpartum depresyon üzerine çok çalışmalar yapılmış olmasına karşın gebelik depresyonu ile ilişkili araştırmalar sınırlı sayıdadır. Değişik kültürlerde gebelik döneminde depresyon yaygınlığını araştıran çalışmalarda depresif belirti görülme sıklığı Macaristan’ da %17,9 (92), Amerika’ da %20 (13), Kanada’ da %25 (93), Finlandiya’ da %30 (8) olarak bulunmuştur.

ABD’ de gebelikte depresyon prevalansını gebelik dönemlerine göre inceleyen bir çalışmada depresyon prevalansı birinci, ikinci ve üçüncü trimesterler için sırasıyla %7,4, %12,8 ve %12 olarak bildirilmiştir (94). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise gebelik depresyonunun trimesterlere göre prevalans oranları sırasıyla %22,2, %32 ve %36 olarak bulunmuştur (95). 2019 yılında yapılan uluslararası bir literatür tarama çalışmasında ise birinci trimesterde depresyon sıklığı %10,3, ikinci trimesterde %6,9, üçüncü trimesterde ise %28,7 olarak belirlenmiştir (96).

Türkiye’ de, Beck Depresyon Ölçeği’ ne göre yapılan çalışmalarda gebelikte depresif belirti görülme sıklığını; Karaçam ve Ançel %27,3 (97), Altınay %27,9 (98), Sevindik %36,3 (15) olarak bulmuşlardır. Gölbaşı ve arkadaşlarının, Edinburg Postnatal Depresyon Ölçeğine (EPDÖ) göre yaptıkları çalışmada, gebelikte depresif belirti görülme sıklığı %28,6 olarak belirlenmiştir (99). Ülkemizde 2013 yılında yapılan bir çalışmada 496 gebeye Beck Depresyon Ölçeği uygulanmış ve depresyon sıklığı %54,8 olarak bulunmuştur (100).

2.2.1.2. Gebelik Depresyonunda Etiyoloji

Kadınlarda yaşam boyu duygu durum bozukluğu prevalansı erkeklere oranla yaklaşık iki kat daha fazladır (29). Kadınlardaki yüksek duygu durum bozukluğu

insidansının nedenlerine bakıldığında bu yükseklik nöroendokrin sistemdeki değişimlere bağlı hormonlardaki dalgalanmalara, genetik yatkınlığa, daha fazla stresli yaşam olaylarına maruz kalmaya veya bu faktörlerin herhangi bir şekilde bir araya gelmesine bağlanabilir (30).

Gebelik depresyonunda etiyolojiyi hormonal, genetik ve psikososyal nedenler olmak üzere üç ana başlık altında inceleyebiliriz.

2.2.1.2.1. Hormonal Faktörler

Gebelik ve doğum sonrası dönemlerde birçok hormonal değişiklik gözlenmektedir. Bu değişimler, yapılan bazı çalışmalarda depresyonun başlaması veya tekrar etmesi ile ilişkilendirilmiştir.

Kadınlarda östrojen ve progesteron seviyeleri yaşam boyunca değişiklik göstermektedir. Pubertede östrojen üretiminde artışla birlikte östrojen üretimindeki döngüsel ve günlük değişimler görülmeye başlar. Gebelik ve doğum süreci östrojen ve progesteron seviyelerinde önemli değişimlere neden olur bunun sonucunda hipotalamo-pituiter-adrenal ekseninde belirgin baskılanma ortaya çıkar ve bu da depresyona yatkınlığa sebep olur (29).

Depresyon ve anksiyetenin başlangıcında seks hormonlarının seviyelerindeki değişikliklerin rol oynadığı öne sürülmektedir. Çocuklar ve adolesanlar üzerinde yapılan depresyon araştırmalarında hormonal değişikliklere bağlı depresyon oranlarında cinsiyete bağlı olarak görülen farklılıkların ilk olarak 11-14 yaşlarında ortaya çıktığını göstermiştir (101).

Gebelik döneminde üretilen ana östrojen östrioldür. Gebelik ilerledikçe konsantrasyonu giderek artar. Estriol seviyesi gebelikte gebelik öncesi döneme göre

1000 kat artmıştır. Estriol ilk kez gebeliğin 9. haftasında tespit edilir, 31-35. haftalarda plato çizer ve 35-36. haftalarda tekrar yükselişe geçer. Gebeliğin erken dönemlerinde serum progesteron değerleri ortalama 10 ng/ml iken, doğumda bu değer 100-200 ng/ml' ye kadar ulaşır. Gebelik döneminde serum prolaktin seviyesi yükselir ve ortalama gebeliğin sekizinci haftasında zirve yaparak 200-300 ng/ml düzeylerine ulaşır (102).

Gebelik dönemi boyunca yüksek seyreden östrojen ve progesteron düzeyleri doğumdan sonra hızla düşerler, bu ani değişimlerin de postpartum dönemdeki ruhsal bozuklukların etiyolojisinden sorumlu oldukları öne sürülmüştür. Fakat hormon düzeyleri ve postpartum depresyon arasında olduğu düşünülen ilişkiye dair tutarlı veriler elde edilememiştir (103). Yapılan bir çalışmada PPD görülen ve görülmeyen kadınlarda ortalama gonadal hormon seviyeleri arasında fark bulunamamıştır (104). Bloch ve arkadaşları tarafından yapılan farklı bir çalışmada PPD öyküsü olan ve olmayan iki grup kadına östrojen ve progesteron vererek yapay bir gebelik ve doğum sonrası döneme uygun hormonal ortam oluşturulmuştur. PPD öyküsü olan kadınlarda, östrojen ve progesteron düzeylerinde doğum sonrasına benzer şekilde ani bir düşüş olduğunda depresif belirtilerin arttığı veya şiddetlendiği gözlenmiştir. Böylece PPD öyküsü olan kadınların cinsiyet hormonlarının duygu durum stabilitesini bozucu etkilerine karşı daha duyarlı olduklarına dair dolaylı kanıt elde edilmiştir (105). Farklı bir çalışmada yüksek doz östrojenin PPD hızını düşürdüğü saptanmıştır (106).

Gebelik dönemi duygu durum değişimleri ve östrodiol, kortizol, prolaktin seviyelerindeki değişimler arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaların sonuçları da aynı şekilde tutarlı bulunamamıştır (107,108). Fakat yapılan çalışmalarda gonadal hormon seviyelerindeki azalmanın gebelik depresyonunda var olan belirtileri şiddetlendirebileceği veya yeni belirtilerin ortaya çıkmasına neden olabileceği bildirilmiştir (109). Yine östrojen yerine koyma tedavisiyle depresif belirtilerin azalması da cinsiyet hormonlarının gebelik depresyonunun etiyolojisinde önemli bir rolü olabileceğini destekleyen diğer bir bulgudur (105,110).

Cinsiyet hormonlarının düzeyindeki değişikliklere bağlı ortaya çıkan depresif bulguları inceleyen diğer çalışmalara bakıldığında progesteron/östrojen oranı düşük olan doğum kontrol haplarının ve progesteron dozundan bağımsız olarak yüksek doz östrojen içeren ilaçların daha fazla depresif yakınmalara yol açtığı (111), gebelik ve doğum sonrası dönemde testosteron ve progesteronun duygu durumuna olumsuz etkilerinin olduğu (112), perimenopozal dönemdeki kadınlarda depresif şikayetlerin arttığı (113,114), hormon replasman tedavisinin perimenopozal dönemdeki kadınlarda depresif yakınmaları azalttığı ve hatta yok ettiği gösterilmiştir (115). Ayrıca yapılan başka bir çalışmada premenstürel disforik bozukluğun diğer duygu durum bozuklukları ile yakın ilişkili olduğu ortaya konmuştur (116).

GABA, glutamat, serotonin, asetilkolin, noradrenalin ve nöropeptidleri içeren birçok nörotransmitter duygu durumu ve davranış kontrolünde rol oynar. Nörotransmitterler ve steroid hormonları birbiri ile yakın ilişkilidir ve birindeki değişim bir diğerinde önemli etkiye neden olur.

Östrojen, progesteron ve allopregnanolon gibi nörosteroidlerin serotonin ve GABA sistemleri üzerinden bilişsel fonksiyonları etkiledikleri ve bununla birlikte duygu durumun düzenlenmesi ve bellek üzerinde etkileri oldukları bilinmektedir. Östrojen ve progesteron bu etkilerini kendi reseptörleri üzerinden ortaya çıkarırken, allopregnanolon GABA-A reseptörleri üzerinden etki eder. Östrojen serotonin, noradrenalin ve asetilkolinin agonisti olarak tanımlanmıştır, bununla beraber dopaminerjik reseptörleri de düzenler. Östrojen tek başına duygu durumunda iyileşme sağlarken, progesteron tek başına duygu durum ve belleği olumsuz yönde etkiler. Östrojen tek olarak veya progesteronla beraber serotonin sistemini, beynin farklı bölgelerinde farklı etkiler. Bu da duygu durum üzerindeki negatif etkilerini kısmen de olsa açıklar.

Allopregnanolon gibi progesteron metabolitleri de bilişsel fonksiyonları etkiler. Bu yüzden allopregnanolon, menstrüel siklusta meydana gelen duygu durum

değişiklikleri, postpartum depresyon ve majör depresyonla da direkt veya dolaylı olarak ile ilişkilendirilmiştir (117-119).

Gebelik esnasında human koryonik gonadotropinin (HCG) tiroid bezi üzerine tiroid stimülan hormon (TSH) benzeri etkisi vardır ve HCG, tiroid aktivitesinin artmasından sorumlu tutulmaktadır. Ayrıca gebelikte artan östrojen düzeyine sekonder tiroksin bağlayıcı globülin (TBG) düzeyi artar ve sonuç olarak gebelikte tiroid bezi büyüyebilir, total T3, total T4 ve TSH artarken FT3, FT4 normal sınırlarda kalır. Yüksek olan tiroid hormonları doğum sonrası düşmeye başlamasına rağmen doğum sonrası ilk altı aylık dönemde kadınların % 6' sında tiroid fonksiyon bozukluğu gözlenebileceği bildirilmektedir (120).

Tiroksin düzeyleri, doğumdan sonra TSH' un azalmasıyla, giderek düşmektedir. Gebelik öncesindeki değerlerin altına inecek şekilde süren bu azalma, bazı olgularda depresif belirtilerin ortaya çıkmasına neden olabilir. Bazı kadınlarda doğum sonrası tiroksin düzeyinin düşmesinin PPD gelişiminde rolü olabileceği ileri sürülmektedir. Mikrozomal ve tiroglobulin antikorlarının olup olmamasına göre anneler, PPD yönünden karşılaştırıldığında antikorlar varlığı ile depresif duygu durum arasında bağlantı olabileceği gösterilmiştir. Tiroid peroksidaz antikor pozitif olan kadınların üçte birinde kalıcı hipotiroidi gelişebileceği ve bunun postpartum depresyona yatkınlık oluşturabileceği görüşü kabul görmektedir fakat PPD ile tiroid fonksiyon bozuklukları arasında açık bir ilişki bulunamamıştır (120-122).

Gebelikte birlikte östrojen, progesteron, prolaktin, TSH, triodothionine/thyoxine hormon düzeylerinde önemli değişimler görülür. Özellikle yükselmiş TSH hormonu ile gebelik depresyonu arasında güçlü bir ilişkinin olduğu belirtilmektedir (123).

2.2.1.2.2. Genetik Faktörler

Tüm gebelerde hormonal değişimlerin olması fakat hepsinde depresyon görölmemesi depresyon gelişimi için başka faktörlerin de etkili olabileceğini düşünürmüş genetik yatkınlığın bu faktörlerden biri olduğu öne sürölmüştür.

Halen tam aydınlatılamamış olan genetik kusurların muhtemelen çeşitli reseptör ve enzimlerin sayısında ve fonksiyonunda değişimlere böylece santral sinir sisteminde de karmaşık yapısal ve anatomik değişimlere sebep oluğu düşünölmektedir. Bu değişimler hormonal değişimlerle de birleşerek çevresel strese yanıtı ve duygu durum bozukluğu gelişimini belirler (95).

Gebelik depresyonu için yapılan kardeş ve ikiz çalışmalarının sonuçları genetik risk için kesin sonuçlar ortaya koyamamıştır. Bulunan sonuçlar majör depresyon için olan genetik yatkınlıktan daha güçlü değildir (124).

Stresli yaşam olaylarının bazı kişilerde neden depresyona neden olduğunu açıklamaya çalışan bir araştırmada, depresyonda stresli yaşam olaylarının etkilerini dengeleyen serotonin taşıyıcı geninin promotor bölgesinde polimorfizm olduğu bildirilmiştir (125). Serotonin taşıyıcı (5-hydroxytryptamine transporter, SERT) genin, serotoninin taşınmasındaki rolü nedeniyle psikiyatrik bozuklukların etiyolojisinde rol oynadığı öne sürölmektedir (126). Bu gen için iki farklı polimorfizm tanımlanmıştır. Bunlardan biri olan Serotonin taşıyıcı geni promotor polimorfizmi (5HTTLPR) psikiyatrik genetikte en çok araştırılmış polimorfizmlerden biridir. Perinatal depresyon için yapılan gen çalışmalarında da gebelikte depresyon tanısı alan kadınların SERT geninde polimorfizm olduğu belirtilmiştir (127).

2.2.1.2.3. Psikososyal Faktörler

Hormonal ve genetik faktörlerin yanı sıra psikososyal föktörler de duygudurum bozukluklarında önemli bir etkindir. Stresli yaşam olaylarının, kortizol gibi stres hormonlarını harekete geçirerek nörohormonlar ve nörotransmitterleri (özel-

likle serotonin) etkilediği ve bunların depresyonun ortaya çıkmasına neden olduğu düşünülmektedir (128).

Gebelikte depresyona neden olabilecek psikososyal faktörlerden bazıları gebeye karşı kötü tutum, sosyal destek eksikliği, mutsuz bir eş, eşinde psikiyatrik bozukluk olması, zorlu yaşam olaylarına karşı annedeki stres, kısa aralıklarla doğum yapma, göç etme ve düşük sosyo ekonomik düzey olarak sayılabilir (129,130).

2.2.1.3. Gebelik Depresyonunda Risk Faktörleri

Gebelikte depresyon riskini artıran faktörleri bilmek ve buna göre risk grubundaki kadınları yakından izleyip, erken tanı ve tedaviyle hastalığın uzun dönem için negatif etkilerini en az düzeye indirmek oldukça önemlidir.

Yapılan çalışmalara bakıldığında gebelik depresyonun en sık nedenlerinden biri daha önceden geçirilen depresyon atağıdır (131-135).

Gebenin öncesinde depresyon öyküsünün olması, önceden aldığı depresyon tedavisini kesmesi ve ailesinde depresyon öyküsü olması gebelik depresyonu için en belirgin risk faktörleridir. Bunların yanında ergenlik ve erken yaşta gebelik, ileri anne yaşı, eş ölümü ve boşanma gibi nedenlerle yalnız yaşayan anneler, aile içi şiddet, sorunlu evlilikler, yetersiz sosyal destek, istenmeyen gebelik, daha önceki düşükler, gebelikle ilgili endişelerin varlığı, stresli yaşam, düşük eğitim düzeyi, düşük sosyoekonomik düzey gebelikte depresyon riskini arttıran nedenlerdir (100,136,137).

Bazen antidepresan tedavi alan hastalar, gebe kaldıktan sonra tedavilerini yarıda bırakabilirler. Bu durum kendileri tedaviyi bırakmak istedikleri için veya doktor tavsiyesi ile ortaya çıkabilir. Özellikle tedavi kesildikten sonraki ilk 2-3 aylık dönem depresif semptomların tekrar alevlenmesi açısından oldukça riskli bir dönem-

dir (14,131,135). Amerika’ da yapılan bir çalışmada gebelik öncesi majör depresyon geçiren 201 gebenin %43’ nde gebelik döneminde relaps görülmüştür. Tedavisi gebelik sürecinde de devam eden gebelerin %26’ sında, gebelik nedeni ile tedaviyi kesen gebelerin ise %68’ inde depresyona rastlanmıştır (65).

Gebelik depresyonu açısından başka bir risk faktörü de travma öyküsüdür. Geçmişte fiziksel, duygusal ve cinsel travma öyküsü olan kadınlarda gebelik depresyonu ve diğerk ruhsal hastalıkların görülme riski artabilir (138).

Gebelikte fizyolojik değişim olarak ortaya çıkan kilo artışı gebelikte memnuniyetsizlik yaratmasına bağlı olarak gebelik döneminde depresif belirtilerin ortaya çıkmasına sebep olabilir (139).

Gebelikte ortaya çıkan ve gebelik ve doğumla ilgili riskleri arttıran her tıbbi sorun, psikiyatrik semptomlara yol açma potansiyelindedir. Yapılan çalışmalarda kronik hastalığa sahip bireylerde, depresyon ve anksiyete görülme oranının kronik hastalığı olmayan bireylere oranla daha fazla olduğu belirlenmiştir (140-142).

Gebelikte hipertansiyon ve diyabet gibi tıbbi sorunları olan kadınlarda bu tür hastalıkları olmayan sağlıklı gebe kadınlara göre daha fazla psikopatoloji saptanmıştır (143).

Çok sayıda çalışma özellikle gebelik sırasında diyabet ve depresyon arasında bir ilişki olduğunu tanımlamıştır (144,145). Bazı alışmalar, gestasyonel diyabetes mellituslu (GDM) hastalarda GDM olmayan kadınlara göre depresyon sıklığının daha yüksek olduğunu belirtse de tam tersini savunan çalışmalar da vardır (146-149).

Bir çalışmada GDM' lu gebelerde doğum öncesi depresyon oranı % 20 ve GDM' suz gebelerde bu oran % 13 olarak saptanmıştır. Yapılan başka bir çalışmada GDM' lu hamile kadınlarda depresif duygu durum prevalansında 3 kat artış saptanmıştır (150-152).

Anksiyete ve depresyon fiziksel rahatsızlıklara en çok eşlik eden psikiyatrik hastalıklardır. Yapılan bir çalışmada hipotirodi tanısı olan hastalarda depresyonun %43, anksiyete bozukluğunun %33 oranlarında görüldüğü bildirilmektedir (153). Başka bir çalışmada deresyonu olan hastalarda daha önce tanı konmamış hipotiroidizm görülme sıklığı %15 olarak bulunmuştur (154). Yine başka bir çalışmanın sonucunda hipotiroidi hastalarında psikiyatrik belirtilerin sık izlendiği ortaya çıkarılmıştır (155).

Gebelikte anemi ve depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışma sonuçları farklılık göstermektedir. Hindistan' da yapılan bir çalışmada anemisi olan hastalarda depresif semptomlar daha az sıklıkta görülürken (156), ülkemizde yapılan bir çalışmada ise anemisi olan gebelerde depresyon sıklığı olmayanlara göre yüksek bulunmuştur (157). 2019 yılında yeni yapılan ve perinatal depresyonla ilişkili faktörleri inceleyen bir çalışmada gebelikteki depresif belirtiler ve anemi arasında ilişki saptanmıştır (158). Daha önce İsveç ve İran' da yapılan iki farklı çalışmada da doğum sırasında ve doğum sonrası dönemde anemisi olan kadınlarda postpartum depresif belirtiler görülme sıklığının arttığı sonucuna ulaşılmıştır (159,160).

2.2.1.4. Gebelik Depresyonunda Klinik Bulgular:

Gebelerdeki depresif belirti ve bulguların gebeliğin doğal fizyolojik değişiklikleri ve yakınmalarıyla benzerlik göstermesi nedeniyle gebelik depresyonuna tanı koymak oldukça zor olabilir. Bu süreçte asıl güç olan depresyonu akla getirebilecek belirti ve bulguların gebeliğe bağlı mı ortaya çıktığı yoksa depresyonun belirtisi mi olduğunun ayırımını yapmaktır. Bu nedenle gebelikte depresyon tanısını koymak normal döneme göre daha zordur. Erken tanı konulamadığı takdirde de depresif be-

lirtiler kronikleşebilir ve bu sonuç olarak tedaviye verilecek cevabı azaltabilir (161).

Bu fizyolojik değişiklikler birinci trimesterde; uyku ve iştah durumlarında değişiklik, aşırı yorgunluk, konsantre olmada güçlük, duygulanımda dalgalanmalar ve anksiyete şeklinde ortaya çıkabilir. İkinci trimesterde bu belirtiler azalmaya başlar fakat üçüncü trimesterde doğumla ilgili kaygılar anksiyetiyi artırır beraberinde uyku düzeninde bozukluklar, iştah bozuklukları ve yorgunluk artar (14).

Gebelerde depresyon tanısı gözden kaçabildiği gibi yanlış depresyon tanısı koymak da olasıdır. Amerika Birleşik Devletleri' nde yapılan bir çalışmada gebelikte depresyon oranı %13,33 olarak bulunmuştur (81). Uyku bozukluğu, enerji kaybı, istek azalması gibi gebeliğin fizyolojik değişiklikleri aynı zamanda majör depresyon tanı kriterleri içinde de yer almaktadır. Aynı çalışmada bu semptomlar tanı kriterlerinden çıkarıldığında bu oran %10,10' a düşmüştür (81).

Gebelik depresyonu bulguları ile majör depresyon bulguları benzerlik göstermektedir; depresif duygu durum, yaşamdan zevk alamama, karamsarlık, ilgi istek kaybı, kendini değersiz hissetme, iştahsızlık, yeme bozuklukları, yorgunluk, anksiyete, suçluluk duyguları, bellek bozukluğu, konsantrasyon güçlüğü, karar vermede zorluk gebelik depresyonunun başlıca belirtilerdir.

Gebelerde sıklıkla intihar düşüncesi bildirilse bile aslında gebelikte depresyon gelişen kadınlarda kendine zarar verme ve intihar davranışı riski normal bireylere göre çok daha düşük görülmektedir (162,163).

Gebelik depresyonu semptomları ile majör depresyon semptomları benzerlik göstermektedir fakat gebelik depresyonu olan hastalarda bulantı, mide ağrısı, baş ağrısı, sık soluk alıp verme gibi somatik şikayetler majör depresyon hastalarına göre daha fazla görülmektedir (136).

2.2.1.5. Gebelik Depresyonunun Etkileri ve Sonuçları

Gebelikte ortaya çıkan ruhsal hastalıkların gebenin duygu durumunu etkileyerek, gebelikte ilgili olumsuz sonuçlar ortaya çıkarabileceği ve uygun bir şekilde tedavi almayanlarda özkıyım girişimleri de dahil olmak üzere maternal morbidite ve mortalite oranlarını arttırabileceği bilinmektedir (14,91).

Depresif belirtiler yaşayan gebelerde gebelik takiplerine uyumsuzluk, kötü beslenme, yetersiz kilo alımı, uyku bozukluğu, öz bakım eksikliği, tütün ve madde kullanımında artış gibi sağlıksız davranışların olması ve bununla birlikte yaşanan anksiyete ve depresyonun stres hormonlarını arttırması ile ortaya çıkan durumlar gebelik sürecini ve fetüsün gelişimini olumsuz yönde etkileyebilir ve bu durum gebelik ve doğum komplikasyonlarına yol açabilir (164).

Gebelik depresyonunda, depresyona bağlı olarak maternal kanda yükselen norepinefrin ve kortizol düzeyleri, uterusun kan akımını azaltarak gebe ve fetüs üzerinde çok ciddi obstetrik ve neonatal sonuçlar doğurabilmektedir.

Gebelik depresyonuna bağlı olarak spontan abortus (165), antenatal kanama (166), perinatal ve doğum komplikasyonları (167-169), neonatal yoğun bakıma yatış gerektiren bebek doğurma (170), düşük APGAR skoru (171), spontan erken doğum (172,173), düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma, prematüre bebek doğurma (167,168), intrauterin gelişme geriliği (166,170), preterm eylem (170,172,173), preeklampsi-eklampsi, artmış uterin arter direnci ve yüksek kortizol düzeyine sahip bebek doğurma gibi komplikasyonlar tespit edilmiştir (14,91,136).

Depresyonun ayrıca, sezaryen, forseps gibi müdahale gerektiren doğumlara (170) ve doğum eyleminin normale göre daha ağırlı gerçekleşmesine neden olduğunu belirten çalışmalar da vardır (174,175).

Depresyonu olan bir anneyle yaşayan çocuklar duygusal ve bilişsel açıdan risk altındadır (176). Antenatal depresyonun çocuklar üzerine etkisinin araştırıldığı 15 yıllık bir izlem çalışmasında, antenatal depresyonlu annelerin çocuklarında anksiyete, dil gelişiminde gerilik ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun artmış oranda görüldüğü bildirilmiştir (177).

Gebelik döneminde tedavi edilmeyen depresyonlar postpartum depresyon riskinde artışa neden olmaktadır. Postpartum depresyon için olası birçok risk faktörü arasında, en büyük etkiye sahip olan ve doğum sonrası depresyonu ile en tutarlı şekilde ilişkili olan faktör, kişinin gebelik döneminde veya gebelik öncesi dönemde geçirilmiş depresyon öyküsünün olmasıdır (178-180).

Türkiye’ de yapılan bir çalışmada gebelikte depresyon öyküsünün postpartum depresyon riskini arttırdığı bulunmuştur (181). Gebelik depresyonundan sonra %50-%62 oranlarında postpartum atak geçirme ve var olan ruhsal durumun daha da kötüleşmesi riskleri vardır. Gebelik döneminde depresyon geçiren kadınların diğer kadınlara göre postpartum depresyon açısından 6,5 kat daha fazla risklidirler (182).

Gebelikte görülen depresyon ile sigara, alkol ve kokain kullanımı arasında belirgin bir ilişki vardır. Bu toksik maddeler hem anneyi hem de fetüsün sağlığını tehlikeye sokup doğumun sağlıksız sonuçlanma riskinde artışa sebep olmaktadır (183).

Gebelikte görülen depresyonla ilgili önemli bir sorun da intihar düşüncesine veya girişimine yönlenecek kadar kişinin kendine zarar verebilme ihtimali olmasıdır.

2.2.1.6. Gebelik Depresyonunda Tarama ve Alınacak Önlemler

Oldukça sık görülen ve hem anne hem de fetüs için ciddi sonuçlara neden olan gebelik depresyonunda erken tanı oldukça önemlidir. Bu nedenle öncelikli olarak riskli grup gebelik öncesinde belirlenmeli ve mümkünse gerekli takip ve tedaviden sonra gebelik planlanmalıdır.

Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği (ACOG), sosyal konumu, eğitim düzeyi ve etnik kökeni ne olursa olsun tüm gebelerin, ruhsal hastalıklar açısından gebelik süresince her trimesterde en azından bir kere taranmasını önermektedir.

Gebelikte depresyon tespiti uygun tarama yöntemleri kullanılarak yapılmalıdır. Bu tanısal tarama için en yaygın kullanılan ölçekler Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Edinburgh Postnatal Depresyon Ölçeğidir (91,97).

2.2.1.6.1. Aile Hekimliğinde Gebelerin Psikososyal Değerlendirilmesi

Gebe kalmak isteyen veya gebelik planlayan bir kadını saptamanın en doğru yolu 15-49 yaş kadın izlemeleridir. Bu izlemler kişinin kayıtlı olduğu aile hekimliği birimlerinde yılda 2 kez yapılmaktadır. İzlemler esnasında kişilere gebeliğin gerçekleşmesi durumunda mutlaka aile hekimliği birimlerine veya başka bir sağlık kuruluşuna başvurması konusunda bilgi verilir.

Gebeliğin birinci basamakta izlenmesi, gebe ve doğacak olan bebeğe bağışıklama hizmeti ve uygun eğitimlerin verilmesi sonucunda, oluşabilecek komplikasyon veya morbidite riskinin erken dönemde saptanması gibi koruyucu hizmetlere erişim imkânını arttırır ve böylece istenmeyen sonuçların sıklığı azaltılmış olur. Sonuç olarak gebelerin maruz kaldığı risklerin iyi bir danışmanlık, erken teşhis ve tedavi ile birinci basamakta önemli ölçüde önlenmesi sağlanabilir (184).

Gebelik öncesi verilen danışmanlık sağlıklı gebelik için ebeveynleri hazırlar. Verilen bu danışmanlık, anne ve fetüs sağlığının, sonucunda da toplum sağlığının ge-

lişmesini sağlar. Gebelik öncesi izlem, gebe kalmayı düşünen tüm kadınlara yapılmalıdır. Gebelik öncesi izlemde öncelikle sistemik ve obstetrik öykü alınır. Bu izlemde sadece fiziksel sağlık değerlendirmesi değil psikososyal değerlendirme de yapılır. Böylece herhangi bir sorun saptanırsa gebelik öncesi dönemde erken teşhis ve tedavi imkanı sağlanmış olur.

Gebelik döneminde aile hekimliği birimlerinde Sağlık Bakanlığı ‘Gebe İzlem Protokolü’ gereğince tüm gebelere en az 4 kez izlem yapılmaktadır. 1. izlem: 0-14. hafta, 2. izlem: 18-24. hafta, 3. izlem: 28-32. hafta ve 4. izlem: 36-38. haftalarda yapılmaktadır. Bu izlemlerde gebelerin kişisel bilgileri, tıbbi ve obstetrik öyküleri ayrıntılı bir şekilde alınmaktadır. Daha sonra mevcut gebeliğe ait öykü alınıp ayrıntılı fizik muayene yapılmaktadır. Fizik muayeneden sonraki aşamada risk değerlendirme formundaki sorgulamalar yapılır. Risk değerlendirme formu; “riskli gebelikleri” saptamak için tüm gebelere uygulanmaktadır. Risk değerlendirme formu sevk kriterlerinin bir parçasıdır. Gebe eğer, risk değerlendirme formundaki kriterlerden birine bile “evet” cevabı verse sevk işlemi uygulanır. Gebeliğin haftasına göre uygun laboratuvar testleri yapılır. Gebeliğe bağlı olağan yakınmalar hakkında gebe bilgilendirilir ve danışmanlık hizmeti verilir (185).

Aile hekimliği birimlerinde gebe izlemleri esnasında gebelerin ruhsal ve sosyoekonomik durumunu değerlendirmek için gebelik boyunca 2 kez ‘gebe-bebek-çocuk psikososyal izleme formu’ (Ek-1) doldurulmaktadır. Formda gebeye kaç yıllık evli olduğu, evde kaç kişi yaşadıkları, ebeveynlerin çalışma durumları, sağlık güvencesi varlığı, ailede bedensel, zihinsel ya da ruhsal hastalık öyküsü olup olmadığı, evde alkol, sigara kullanım durumu, ailenin ekonomik durumunu değerlendirebilmek için zorunlu ihtiyaçlarını karşılayıp karşılayamadıkları ve gebeliğin ebeveynler tarafından istenip istenmediği sorgulanmaktadır. Bu sorular ile aile hekimliği birimlerinde gebelerin gebelik depresyonu açısından birçok risk faktörü ayrıntılı bir şekilde irdelenmektedir.

Ayrıca yapılan bu psikososyal izlemde gebeye kendi ruh sağlığının kendi ve ailesinin sağlığı açısından çok önemli olduğu vurgulanıp son 1 hafta içinde kendini aşırı mutsuz, hüzünlü veya çökkün hissedip hissetmediği sorgulanmaktadır. İzlem formunda gebenin duygu durumunu değerlendirmek için gebeye ayrıca kendini son 1 ay içinde çoğu zaman, günlük yaşamınızı kısıtlayacak kadar gergin, endişeli ya da önemsiz şeyler için kaygılanır hissedip hissetmediği sorgulanmaktadır. Depresyon açısından önemli risk faktörleri olan gebenin eşi veya çevresinden sosyal destek alıp almadığı, eşi veya başka bir kişi tarafından kendi veya çocuklarına zarar verilip verilmediği, incitilip incitilmediği sorgulanmaktadır.

Yapılan bu izlemler sonrasında riskli görülen gebeler yakın takibe alınmakta ve gerekli hallerde gebelerin 2. basamağa sevkı sağlanmaktadır.

Gebelerin en rahat ulaşabildiği sağlık kuruluşu birinci basamak sağlık kuruluşları yani aile hekimliği birimleridir. Birinci basamakta izlem, aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarına erişimin hızlı ve kolay olması bununla birlikte aile sağlığı merkezlerine ulaşımın rahat olması gibi nedenlerle takiplerde sürekliliği sağlar (186,187). Bu nedenle doğum öncesi dönemde annelere DÖB veren aile hekimlerinin gebelik dönemi depresyonu konusunda duyarlı olması, risk grubunda olan gebeleri tespit etmesi, risk grubunda olduğundan şüphelenilen gebelerin daha sık kontrollere çağırılması ve gerekli tarama testlerinin aile hekimlerince yapılması daha uygun olacaktır.

Yapılan bu izlemler ile gebelerin daha sağlıklı bir gebelik dönemi geçirmeleri ve daha sağlıklı bebeklere sahip olmaları amaçlanmaktadır.

2.2.1.7. Gebelik Depresyonunda Tedavi

Gebelerde depresyonu önlemede yapılması gereken ilk adım riskli grubun belirlenmesidir. Gebelikteki depresyonu belirlemek için güvenilir tarama yöntemle-

ri kullanılmalıdır (188). Riskli grubunun mümkün olan en erken dönemde belirlenmesi; mümkünse gebelik öncesi ve erken dönemde tedavi planlanması ile anne ve bebek üzerindeki olası riskleri azaltacaktır (97).

Gebelikte depresyon tanısı konan bir kadında ilk olarak diğer tıbbi hastalıkların ekarte edilmesi gerekmektedir. Gebelerde depresyon bulguları sıklıkla organik hastalıkların semptomları ile benzerlik gösterir. Bu nedenle altta yatan herhangi bir organik nedene dair en küçük bir şüphede gerekli laboratuvar tetkikleri yapılmalı ve risk altında olduğu düşünülen gebeler her trimester en az bir kez ya da bulguların şiddetine göre daha fazla olmak üzere postpartum 6-12. haftaya kadar izlenmelidir (103).

Gebelerde görülen depresyon sadece gebeyi değil doğacak olan bebek ve tüm aile için olumsuz sonuçlara neden olabileceğinden dolayı özel bir yaklaşım gerektirmektedir. Gebe ve emziren kadınlarda ruhsal bozuklukların tedavisi önemli bir klinik sorundur. Gebelerde depresyon için tedaviyi planlarken hafif veya orta şiddette depresyonda ilk önce psikoterapi düşünülmelidir. Depresyon orta şiddetliyse veya psikoterapiye beklenen yanıt alınamadıysa ilaç tedavisi planlanabilir.

Gebelikte depresyon tedavisini psikoterapi, ilaç tedavisi ve non-farmakolojik uygulamalar olarak sıralayabiliriz.

2.2.1.7.1 Psikoterapi

Gebelerde depresyon tedavisinde kullanılan psikoterapi yöntemleri normal popülasyonda kullanılan yöntemlerle benzerdir. Bu konuda en yaygın olarak kullanılan iki psikoterapi, bilişsel davranışçı terapi (BDT) ve kişilerarası ilişkiler terapisi (KİT) (15,189).

KİT, sınırlı, süreli ve yaşamsal olaylara odaklanan ve özellikle depresyon tedavisinde etkin olan bir psikoterapi yöntemidir. Bu terapide amaç, gebenin depresif belirtilerinin azaltılması ve gebenin kişilerarası ilişkilerini çözümleyebilmesi için gerekli sosyal becerileri kazanmasıdır (190).

BDT, kişilerin günlük yaşamlarında üstesinden gelmeyi başaramadıkları zorluklar ve yaşamsal problemleri olması halinde; öğrenme teorilerini uygulayan, problem odaklı, ‘burada ve şimdi’ ile ilgilenen ve davranışçı psikolojik danışma kuramından geliştirilmiş bir yöntemidir. BDT gebeyi bilgilendirmeyi, gebenin uyumunu arttırmayı bununla beraber gebenin yaşadığı gerilimle ve gebelik sorunlarıyla baş etmesini öğretmeyi ve gebenin sosyal becerilerinin geliştirilmesini amaçlar (191).

2.2.1.7.2 İlaç Tedavisi

Gebelik döneminde ortaya çıkan depresyonun tedavisinde kullanılan ilaçların yararlılığı üzerine yapılan çalışmaların sonuçları çelişkili bilgiler içermektedir. Ter Horst ve arkadaşları, yaptıkları literatür çalışmasında, gebelik boyunca veya laktasyon süresince depresyon tedavisinde uygulanan ilaç tedavisinin risksiz olamayacağını belirtmişlerdir (192).

Gebeler üzerinde ilaçların olası yan etkilerini değerlendiren çalışmalar kısıtlı olduğu için eldeki veriler sınırlıdır. Fakat depresyon süresince tedavi alınmamasının hem anne hem de bebek için ciddi sonuçlara neden olabileceği göz önüne alındığında depresyonun olası yan etkileri düşünülerek kar zarar hesabı yaparak eldeki verilerle mümkün olan en az yan etkili tedaviye başlamak bu süreçte oldukça önemlidir.

Günümüzde gebelerde depresyon tedavisinde en sık kullanılan ilaç grupları seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) , serotonin-norepinefrin geri alım in-

hibitörleri (SNRI) ve trisiklik antidepresanlardır (14,192). İlk tercih depresyonda yaygın olarak kullanılan ve klinik deneyimin fazla olduğu SSRI olmalıdır (193).

Tanı konmamış veya tedavi edilmemiş depresyon bebek ve anne için tehlikeli sonuçlara neden olabilir. Yapılan çalışmalarda depresif belirtileri şiddetli olan postpartum dönemdeki kadınların %86' sının herhangi bir tedavi almadıkları belirtilmektedir (194). Gebelik veya postpartum dönemdeki kadınların depresyon tedavisini kabul etmemelerinin ya da tedaviyi almak istememelerinin bazı nedenleri vardır. Bu nedenler, depresif bulgularla gebelik/lohusalık şikayetlerinin birbirine karışması ve bu nedenle depresyonun ayırt edilememesi, depresyon bulgularının hafif seyretmesi, annenin toplum tarafından etiketlenme korkusu ve alınacak tıbbi tedavinin bebeğine zarar verebileceğine yönelik kaygılardır (195,196).

Gebenin geçmişinde depresyon öyküsü varsa, psikoterapiye ulaşabilme imkânı yoksa, orta-şiddetli depresyon varsa, annenin kendine zarar verme olasılığı veya intihar girişimi varsa öncelikle hastanın kendi güvenliği için antidepresan ilaç kullanmaya başlanması önerilmektedir (192). Gebelikte mümkünse tek tip ve az sayıda antidepresan ilacın uygun olan en düşük dozda uygulanması tedavinin en önemli unsurunu oluşturur (91).

İlaç tedavisine başlamadan önce, gebelere mutlaka tedavinin olabilecek riskleri ile ilgili detaylı bilgi vermek çok önemli ve gereklidir(192,197).

2.2.1.7.3 Farmakoloji Dışı Uygulamalar

Farmakoloji dışı yöntemlerle ilgili sınırlı sayıda çalışma olsa da gebelerde depresyon tedavisinde kullanılan farmakolojik olmayan yöntemleri elektrokonvül-

sif terapi (EKT), yoga, meditasyon, egzersiz, masaj, beslenme (omega-3) olarak sıralayabiliriz (198,199).

Gebelere yapılan masajın ve EKT uygulamasının depresif belirtileri azalttığı ya da tamamen ortadan kaldırdığını belirten çalışmalar mevcuttur (200).

Chang ve ark. BDT ve müziğin perinatal depresyonun iyileşmesinde yarar sağladığını bildirmişlerdir (201). Amerikan Psikiyatri Birliği EKT' nin gebeliğin tüm dönemlerinde güvenilir olduğunu belirtmiştir (202).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Amacı ve Şekli

Araştırmamız Rize ili Çayeli ilçesi 01 Nolu Aile Sağlığı Merkezine bağlı 53.02.001, 53.02.002, 53.02.003, 53.02.004, 53.02.005 ve 53.02.006 numaralı Aile Hekimliği Birimlerine kayıtlı olan, düzenli gebe takibi yapılan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan gebeler üzerinde yapılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllülere, sosyodemografik özellikler içeren 24 soruluk bir anket formu ve depresif semptomları sorgulayan 21 sorudan oluşan bir ölçek uygulanmıştır.

Tanımlayıcı, kesitsel tipte planlanan çalışmamızda amaç gebelerde depresyon görülme sıklığını ve buna etki eden sosyodemografik ve klinik özellikleri incelenmek böylece depresyona eğilimli olabilecek riskli grupları erken dönemde belirleyip, hem anne hem fetus için erken dönemde olası komplikasyonlar gelişmeden depresyon ön tanısı koyarak hastanın uygun şekilde takibini ve gerekli hallerde psikiyatri polikliniğine sevki sağlamaktır.

3.2.Araştırmanın Yeri ve Tarihi

Araştırmanın verileri 28 Mayıs 2020- 1 Temmuz 2020 tarihleri arasında Rize ili Çayeli ilçesi 01 Nolu Aile Sağlığı Merkezine rutin gebe takibi için başvuran gebe kadınlar üzerinde anket yöntemi kullanılarak elde edilmiştir.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Rize ili Çayeli ilçesi 01 Nolu Aile Sağlığı Merkezine bağlı 53.02.001, 53.02.002, 53.02.003, 53.02.004, 53.02.005 ve 53.02.006 numaralı Aile Hekimliği Birimlerine kayıtlı olan, gebe kadınlar oluşturmuştur. Araştırmanın

örneklemini ise Rize ili Çayeli ilçesi 01 Nolu Aile Sağlığı Merkezine bağlı 53.02.001, 53.02.002, 53.02.003, 53.02.004, 53.02.005 ve 53.02.006 numaralı Aile Hekimliği Birimlerine kayıtlı olan, düzenli gebe takibi yapılan, çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden rastgele seçilen 186 kişi oluşturmuştur.

Örneklem seçiminde Openepi programı ile %95 güven aralığında en az alınması gereken hasta sayısı 182 olarak hesaplandı.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri, Rize ili Çayeli ilçesi 01 Nolu Aile Sağlığı Merkezlerine bağlı Aile Hekimliği Birimlerine kayıtlı olup, gebe takibini düzenli olarak yaptıran, testleri okuyup yanıt verecek düzeyde okur-yazar olan, bilinen ruhsal ve bedensel hastalık tanısı olmayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan gebelerdir.

Çalışma için dışlama kriterleri ise aktif olarak depresyon tedavisi gören gebeler, mental retardasyon, işitme kaybı ve ya okur-yazar olmadığı nedeni ile ölçek için uyum sağlayamayan gebeler, gebelik takiplerine düzenli gelmeyen gebeler ve çalışmaya katılmak için gönüllü olmayan gebelerdir.

Gebe olan katılımcı adaylar (n=196) ile bir ön görüşme yapılarak çalışma hakkında bilgi verildi ve çalışma kriterlerini karşılayanlar arasından çalışmaya katılmayı kabul edenlere bilgilendirilmiş onan formu imzalatılarak çalışmaya dahil edildi. Katılımcılarla yapılan ön görüşmede okur-yazar olmayan (n=3), mental retardasyonu olan (n=2), aktif olarak depresyon tedavisi gören (n=2) ve çalışmaya katılmayı kabul etmeyen (n=3) gebeler çalışmadan dışlandı.

Çalışmaya dahil edilen gebeler daha sonra gebeler trimesterlerine göre gruplara ayrıldı. 0-13 haftalar arası gebelikler 1. trimester, 14-26 haftalar arası gebelikler 2. trimester, 27 hafta ve üstü gebelikler 3. trimester olarak kabul edilmiştir.

Çalışmaya katılan gebelere bilgilendirilmiş gönüllü onam formu (Ek-2), sosyodemografik veri formu (Ek-4) ve Beck Depresyon Ölçeği (Ek-3) uygulanmıştır.

3.4.Araştırma Verilerinin Toplanması

3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu(Ek-4):

Gebelerin sosyodemografik özelliklerini ortaya koymak için gebelerin yaşı, eğitim düzeyleri, gelir düzeyleri, yaşadıkları yer, evde kimlerle yaşadıkları, çalışma durumları, sigara içip içmedikleri; gebelerin obstetrik öykülerini değerlendirebilmek için gebelik haftası, kaçınıcı gebelik olduğu, düşük, ölü doğum ve yaşayan çocuk sayıları, gebeliğin istenen gebelik olup olmadığı, gebelik öncesi korunma yöntemi, önceki doğum şekli, gebelik öncesi kronik hastalık öyküsü, ilaç kullanımı öyküsü, gestasyonel diyabet öyküsü, anemi öyküsü, psikiyatrik hastalık öyküsü ve psikiyatrik ilaç kullanım öyküsünü sorgulayan anket formu hasta ile yüzyüze konuşularak doldurulmuştur (Ek-4).

3.4.2. Beck Depresyon Envanteri (Ek-3):

Bu ölçek depresyon tanısı koymaktan ziyade depresif semptomların derecesini objektif olarak ortaya koymak için kullanılır. Ölçeğin özgün formu Beck ve ark. (74) tarafından hazırlanmıştır. Beck depresyon envanterinin iki versiyonu mevcuttur. Bir tanesi 1961 diğeri ise 1978 yılında yapılan iki düzenlemede Türkçe'ye çevrilmiş ve geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları Hisli ve ark. (44) tarafından 1989 yılında yapılmıştır. Bu ölçek 21 maddeden oluşmaktadır ve her madde için 4 seçenek vardır ve her madde 0-3 arasında puan almaktadır. Hastalardan son 2 haftadaki duygudurumlarına uygun şıkkın işaretlenmesi istenmektedir.

Ölçekteki maddeler depresyonun belirtilerine ilişkindir. Bu belirtiler sırası ile depresif ruh durumu, karamsarlık, başarısızlık duygusu, doyumsuzluk, suçluluk

duyguları, kendinden nefret etme, kendini suçlama, cezalandırılma isteği, ağlama nöbetleri, sosyal çekilme, kararsızlık, bedensel imajın çarpıtılması, çalışamama, uyku bozukluğu, yorgunluk, iştah azalması, kilo kaybı, somatik yakınmalar ve libido kaybıdır (74).

Hastalar en fazla 63 puan almaktadır ve bu test 15 yaş üstü tüm hastalara uygulanabilir. Bazı çalışmalar 17 ve üzeri puan alanlara depresyon tanısı konulabileceğini belirtirken, bazı çalışma sonuçlarında da hastalarda tarama amaçlı kullanıldığında 10 puan ve üzeri skora sahip hastalarda hafif depresyon görüleceği belirtilmiştir (43).

3.4.3. Laboratuvar Sonuçları

Araştırmada anemiyi, tiroid fonksiyon bozukluklarını ve gestasyonel diyabeti tanımlamak amacı ile kullanılan laboratuvar tetkikleri hastanın kendisinden veya Aile Hekimliği Bilgi Sisteminden elde edilmiştir.

3.5. İstatiksel Değerlendirme

Araştırma verisi “SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 (SPSS Inc, Chicago, IL)” aracılığıyla bilgisayar ortamına yüklendi ve değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma (minimum-maksimum), frekans dağılımı ve yüzde olarak sunuldu. Kategorik değişkenlerin değerlendirmesinde Pearson Ki-Kare Testi ve Fisher’in Kesin Testi (Fisher’s Exact Test) uygulandı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov Testi/Shapiro Wilk Testi) kullanılarak incelendi. Normal dağılıma uymadığı saptanan değişkenler için iki bağımsız grup arasındaki istatistiksel anlamlılıklarda Mann-Whitney U Testi, üç bağımsız grup arasında Kruskal Wallis Testi istatistiksel yöntem olarak kullanıldı. Normal dağılıma uyduğu saptanan değişkenler için ise; iki bağımsız grup arasındaki

istatistiksel anlamlılıklarda Student's T Testi, üç bağımsız grup arasında Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way ANOVA) istatistiksel yöntem olarak kullanıldı. Değişkenler arasındaki ilişki Spearman Korelasyon Testi ile değerlendirildi. Korelasyon katsayısı 0-0.25 arası "zayıf düzeyde", 0.26-0.50 arası "orta düzeyde", 0.51-0.75 arası "güçlü düzeyde" ve 0.76-1.00 arası "çok güçlü düzeyde" ilişki olarak yorumlandı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

3.6.Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın planlanması ve yürütülmesi süresince bilimsel etik ilkelere uyulmuştur. Çalışma için Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu' nun 04.06.2020 tarih ve 2020/83 karar numaralı etik kurulu onayı (Ek-5) ve Rize İl Sağlık Müdürlüğü Başvuru İnceleme Komisyonu' nun 15.05.2020 tarih ve 64247179-799 sayılı Bilimsel Araştırma İzni (Ek-6) alınmıştır.

Gönüllülere, araştırmaya katılma veya katılmama konusunda özgür oldukları, araştırmadan istedikleri zaman ayrılacakları, çalışmaya özel hiçbir invaziv girişimde bulunulmayacağı, elde edilen verilerin sadece bilimsel amaçlı kullanılacağı konusunda bilgi verilerek yazılı onamları alınmıştır.

4. BULGULAR

28 Mayıs 2020- 1 Temmuz 2020 tarihleri arasında Rize ili Çayeli ilçesi 01 Nolu Aile Sağlığı Merkezine bağlı 53.02.001, 53.02.002, 53.02.003, 53.02.004, 53.02.005 ve 53.02.006 numaralı Aile Hekimliği Birimlerine kayıtlı olan, düzenli gebe takibi yapılan, çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden ve rastgele seçilen 186 gebe çalışmaya dahil edilmiştir.

Araştırmada incelenen gebelerin sosyodemografik özellikleri **Tablo 4.1'** de sunulmuştur. Gebelerin yaş ortalaması $29,8 \pm 5,3$ (min:19-maks:43) yıl olup %19,4' ü 35 yaşın üzerindedir. Öğrenim durumlarına bakılacak olursa; araştırmaya dahil edilen gebelerin %25,8' i ilköğretim, %29,6' sı lise ve geriye kalan %44,6' sı üniversite mezunu idi. Gebelerin %12,4' ünün aylık toplam hane geliri düşük düzeyde iken %75,3' ü orta ve %12,4' ü yüksek düzeyde idi. Gebelerin %88,2' si kentte, %11,3' ü geniş ailede yaşadığını belirtirken %30,6' sı gelir getiren bir işte çalıştığını ifade etti (**Tablo 4.1**).

Araştırmaya dahil edilen gebelerin boy uzunluğu ortalaması $162,3 \pm 5,5$ (150-180) cm, vücut ağırlığı ortalaması ise $72,1 \pm 12,8$ (45-116) kg iken beden kütle indeksi ortalaması $27,4 \pm 4,8$ (18,5-43,1) kg/m^2 olup %41,4' ü fazla kilolu ve %27,4' ü obez idi. Gebelerin gebelik başlangıcında da vücut ağırlıkları ölçüldü ve buna göre BKİ değeri hesaplandı. Buna göre; gebelik başlangıcındaki vücut ağırlığı ortalaması $67,6 \pm 12,6$ (min:39-maks:116) kg, BKİ ortalaması $25,7 \pm 4,7$ (min:18,5-maks:43,1) kg/m^2 olup %34,9' u gebelik başlangıcında fazla kilolu ve %16,7' si obezdi (**Tablo 4.2**).

İncelenen gebelerin %16,7' si gebelik öncesinde sigara kullandığını, %1,6' sı ise halen sigara kullandığını ifade ederken %81,7' si hiç sigara kullanmadığını belirtti (**Tablo 4.1**).

Gebelerin obstetrik öyküleri ile ilgili özellikleri **Tablo 4.2'** de sunulmuştur. Araştırma kapsamında incelenen gebelerin gebelik sayısı ortalaması $2,2 \pm 1,4$ (min:1-maks:8) olup %41,4' ünün ilk gebeliğiydi. İlk gebeliği olmayan 109 gebe-

nin yaşıyan sayısı ortalaması $1,4\pm0,9$ (min:0-maks:4) idi. Bu 109 gebenin %12,8' i daha önce en az bir kez düşük yapmış olup yaptıkları düşük sayısı ortalaması $1,4\pm0,7$ (min:1-maks:3) idi. İlk gebeliği olmayan gebelerin %26,6' sı en az bir kez ölü doğum yapmış olup yaptıkları ölü doğum sayısı ortalaması $1,6\pm1,0$ (min:1-maks:5) idi (**Tablo 4.2**).

Tablo 4.1. Gebelerin sosyodemografik özellikleri

	(n=186)#
Yaş (yıl)	29.8±5.3 (19-43)
Yaş Grubu	
18-35 yaş	150 (80.6)
>35 yaş	36 (19.4)
Öğrenim Durumu	
İlköğretim	48 (25.8)
Lise	55 (29.6)
Üniversite	83 (44.6)
Aylık Toplam Hane Gelir Düzeyi	
Düşük	23 (12.4)
Orta	140 (75.3)
Yüksek	23 (12.4)
Yaşadığı Yer	
Kent	164 (88.2)
Köy	22 (11.8)
Aile Tipi	
Çekirdek	165 (88.7)
Geniş	21 (11.3)
Çalışma Durumu	
Çalışıyor	57 (30.6)
Çalışmıyor	129 (69.4)
Boy Uzunluğu (cm)	162.3±5.5 (150-180)
Vücut Ağırlığı (kg)	72.1±12.8 (45-116)
BKİ (kg/m²)	27.4±4.8 (18.5-43.1)
Obezite Düzeyi	
Normal	58 (31.2)
Fazla kilolu	77 (41.4)
Obez	51 (27.4)
Gebelik Başlangıcındaki Vücut Ağırlığı (kg)	67.6±12.6 (39-116)
Gebelik Başlangıcındaki BKİ (kg/m²)	25.7±4.7 (18.5-43.1)
Gebelik Başlangıcındaki Obezite Düzeyi	
Normal	90 (48.4)
Fazla kilolu	65 (34.9)
Obez	31 (16.7)
Sigara Kullanma Durumu	
Hiç kullanmamış	152 (81.7)
Gebelik öncesi kullanmış	31 (16.7)
Halen kullanıyor	3 (1.6)

n: Gebe sayısı; #Sürekli değişkenler "ortalama±standart sapma (minimum-maksimum)", kategorik değişkenler ise "sayı (yüzde)" şeklinde sunulmuştur

Araştırmaya dahil edilen gebelerin %48,4' ü herhangi bir korunma yöntemi kullandığını ifade etti. Korunma yöntemi kullananların kullandıkları yöntemlere bakıldığında; %50,0 ile ilk sırada geri çekme yer alırken bunu %33,3 ile kondom, %7,8 ile RİA ve %5,6 ile OKS izliyordu. En az kullanılan doğum kontrol yöntemi %3,3 ile enjeksiyondur. Gebelerin %18,3' ü mevcut gebeliklerini istemediğini belirtirken %24,2' sinin kötü obstetrik öyküsü mevcut idi (**Tablo 4.2**).

İlk gebeliği olmayan 109 gebenin %52,6' sı bir önceki doğumunu C/S ile gerçekleştirdiğini ifade etti. Gebelerin %1,6' sının şimdiki gebeliğinde, %2,2' sinin ise önceki gebeliğinde gestasyonel diyabetes mellitus gelişti. Gebelik haftalarına bakılacak olursa; incelenen 186 gebenin %36,0' ı gebeliğinin birinci trimesterinde, %38,2' si ikinci trimesterinde ve %25,8' i üçüncü trimesterinde idi (**Tablo 4.2**).

Gebelerin %40,3' ü gebelik öncesinde folik asit kullandığını ifade ederken %7,7' sinde gebelik öncesinde tanı konmuş herhangi bir kronik hastalık mevcuttu. Mevcut olan en sık kronik hastalık %75,8 ile tiroid hastalığı iken bunu %6,1 ile diyabetes mellitus ve %3,0 ile aritmi, hipertansiyon, tüberküloz ve HBsAg pozitifliği izliyordu. İncelenen gebelerin %9,1' ine son bir yıl içinde, %7,0' ına ise daha önceki gebeliklerinde anemi tedavisi uygulanmıştı. Gebelerin %18,3' ü gebelik öncesi düzenli olarak herhangi bir ilaç kullandığını belirtirken %9,7' sinde gebelik öncesi psikiyatrik hastalık öyküsü mevcut olup %9,1' i gebelik öncesi antidepresan kullandığını ifade etti. Gebelik öncesi antidepresan kullanan 17 gebenin %70,6' sı 6 ay ve daha uzun süre antidepresan kullandığını belirtti (**Tablo 4.2**).

Araştırma kapsamında incelenen gebelerin düzenli olarak kullandıkları ilaçlara bakılacak olursa; en sık kullanılan ilaç 23 (%12,4) gebe ile tiroid ilaçları (18 (%9,7) Levotiron ve 5 (%2,7) Euthrox) iken bunu 3 (%1,6) gebe destekleyici tedavi (2 (%1,1) demir ve 1 (%0,5) B12) 2 (%1,1) gebe ile antidiyabetik, yine 2 (%1,1) gebe ile antidepresan, 1 (%0,5) gebe antihipertansif, 1 (%0,5) gebe antitüberküloz ilacı kullanıyordu.

Tablo 4.2. Gebelerin obstetrik öyküleri ile ilgili özellikleri

	(n=186)
Gebelik Sayısı	2.2±1.4 (1-8)
Gebelik Sayı Grubu	
Bir	77 (41.4)
İki ve üzeri	109 (58.6)
İlk Gebeliği Olmayanların Yaşayan Sayısı (n=109)	1.4±0.9 (0-4)
İlk Gebeliği Olmayanların Düşük Yapma Durumu (n=109)	14 (12.8)
Düşük Sayısı (n=14), ort±SD (min-maks)	1.4±0.7 (1-3)
İlk Gebeliği Olmayanların Ölü Doğum Yapma Durumu (n=109)	29 (26.6)
Ölü Doğum Sayısı (n=29)	1.6±1.0 (1-5)
Herhangi Bir Korunma Yöntemi Kullanma Durumu	90 (48.4)
Kullanılan Korunma Yöntemi (n=90)	
Geri çekme	45 (50.0)
Kondom	30 (33.3)
RİA	7 (7.8)
OKS	5 (5.6)
Enjeksiyon	3 (3.3)
Gebeliğin İstenmeme Durumu	34 (18.3)
Kötü Obstetrik Öykü Varlığı	45 (24.2)
İlk Gebeliği Olmayanların Önceki Doğum Şekli (n=109)	
C/S	50 (52.6)
SVY	45 (47.4)
Gestasyonel DM Durumu	
Yok	179 (96.2)
Önceki gebeliğinde	4 (2.2)
Şimdiki gebeliğinde	3 (1.6)
Gebelik Trimerteri	
I.trimerster	67 (36.0)
II.trimerster	71 (38.2)
III.trimerster	48 (25.8)
Gebelik Öncesi Folik Asit Kullanımı	75 (40.3)
Gebelik Öncesi Kronik Hastalık Öyküsü Varlığı	33 (17.7)
Mevcut Olan Kronik Hastalıklar (n=33)	
Tiroid hastalığı	25 (75.8)
DM	2 (6.1)
Aritmi	1 (3.0)
HT	1 (3.0)
Tüberküloz	1 (3.0)
HBsAg (+)	1 (3.0)
Diğer	2 (6.1)
Gebelik Öncesi Anemi Tedavisi Uygulanma Durumu	
Hiç uygulanmamış	156 (83.9)
Son 1 yıl içinde uygulanmış	17 (9.1)
Daha önceden uygulanmış	13 (7.0)
Gebelik Öncesi İlaç Kullanımı	34 (18.3)
Gebelik Öncesi Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	18 (9.7)
Gebelik Öncesi Antidepresan Kullanımı	17 (9.1)
Gebelik Öncesi Antidepresan Kullanım Süresi (n=17)	
<6 ay	5 (29.4)
≥6 ay	12 (70.6)

n: Gebe sayısı; #Sürekli değişkenler “ortalama±standart sapma (minimum-maksimum)”, kategorik değişkenler ise “sayı (yüzde)” şeklinde sunulmuştur

Gebelerin laboratuvar değerleri ile anemi ve hipotiroidi durumu **Tablo 4.3'** te sunulmuştur.

Araştırma kapsamında incelenen gebelerin kan demir düzeyi ortalaması 91,1±41,1 (min:20-maks:230) ng/ml, total demir bağlama kapasitesi (TDBK) ortalaması 319,3±108,5 (min:68-maks:657) ug/dl, ferritin ortalaması 28,4±21,6 (min:2.8-maks:103.0) ng/ml, açlık glukozu ortalaması 87.9±11.0 (min:60-maks:141) g/dl, hemoglobin ortalaması 11,9±1,2 (min:8.9-maks:16.0) g/dl, T4 ortalaması 1,07±0,18 (min:0.71-maks:1.75) mcg/dl ve TSH ortalaması 2,34±1,54 (min:0.19-maks:11.6) mU/L olup gebelerin %22,6'sında anemi mevcuttu. Ayrıca gebelerin %25,8' i TSH değerine göre hipotiroidik iken %5,4' ü ilaçla normaldi ve geriye kalan %68,8' i normaldi (**Tablo 4.3**).

Tablo 4.3. Gebelerin laboratuvar değerleri ile anemi ve hipotiroidi durumu

	(n=186)
Demir (ng/ml)	91.1±41.1 (20-230)
TDBK (ug/dl)	319.3±108.5 (68-657)
Ferritin (ng/ml)	28.4±21.6 (2.8-103.0)
Açlık Glukozu (g/dl)	87.9±11.0 (60-141)
Hemoglobin (g/dl)	11.9±1.2 (8.9-16.0)
Anemi Durumu	
Var (<11)	42 (22.6)
Yok (≥11)	144 (77.4)
T4 (mcg/dl)	1.07±0.18 (0.71-1.75)
TSH (mU/L)	2.34±1.54 (0.19-11.6)
Hipotiroidi Durumu	
Normal	128 (68.8)
İlaçla normal	10 (5.4)
Hipotiroidi	48 (25.8)

n: Gebe sayısı; #Sürekli değişkenler "ortalama±standart sapma (minimum-maksimum)", kategorik değişkenler ise "sayı (yüzde)" şeklinde sunulmuştur TDBK: Total demir bağlama kapasitesi

Gebelerin Beck Depresyon Envanteri (BDE) puanı ve depresyon düzeyi **Tablo 4.4'** te sunulmuştur.

Araştırma kapsamında incelenen 186 gebenin BDE puanı ortalaması $9,6 \pm 6,5$ (min:0-maks:37) olup %57,0' ında minimal depresif semptom, %25,3' ün- de hafif düzeyde, %16,1' inde orta derecede ve %1,6' sında şiddetli düzeyde depre- sif semptom mevcuttu (**Tablo 4.4**).

Tablo 4.4. Gebelerin BDE puanı ve depresyon düzeyi

(n=186)	
BDE puanı	9.6±6.5 (0-37)
Depresyon Düzeyi	
Minimal depresyon (0-9)	106 (57.0)
Hafif depresyon (10-16)	47 (25.3)
Orta depresyon (17-29)	30 (16.1)
Şiddetli depresyon (30-63)	3 (1.6)

n: Gebe sayısı; #Sürekli değişkenler "ortalama±standart sapma (minimum-maksimum)", kategorik değişkenler ise "sayı (yüzde)" şeklinde sunulmuştur BDE: Beck depresyon envanteri

Araştırmaya dahil edilen gebelerden BDE puanları 17 ve üzerinde olanlarda depresyon var, 17' nin altında yok kabul edilerek sınıflandırıldı. Buna göre; gebele- rin sosyodemografik özelliklerine göre depresyon durumunun ilişkisi **Tablo 4.5'** te sunulmuştur.

Araştırmaya dahil edilen gebelerin aylık toplam hane gelir düzeyleri, çalış- ma durumları ve sigara kullanma durumlarına göre depresyon durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0.05$). Aylık gelir düzeyi yükseldikçe depresyonu olan gebelerin yüzdesi anlamlı olarak azalıyordu. Ayrıca çalışan gebe- ler içinde depresyonu olanların yüzdesi çalışmayanlardan anlamlı olarak düşüktü. Buna ek olarak daha önce hiç sigara kullanmayanlar içinde depresyonu olanların yüzdesi gebelik öncesinde ve halen kullananlardan anlamlı olarak düşüktü (**Tablo 4.5**).

Diğer taraftan gebelerin yaş gruplarına, öğrenim durumlarına, yaşadıkları yere, aile tipine, obezite düzeyine ve gebelik öncesindeki obezite düzeyine göre

depresyon durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.5**).

Ayrıca depresyonu olan ve olmayan gebeler arasında yaş, vücut ağırlığı, boy uzunluğu, BKİ değeri, gebelik öncesindeki vücut ağırlığı ve gebelik öncesindeki BKİ değeri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.5**).

Tablo 4.5. Gebelerin sosyodemografik özelliklerine göre depresyon durumunun ilişkisi

	Gebelik Depresyonu Durumu		p
	Var (BDE $\geq$ 17) (n=33)	Yok (BDE<17) (n=153)	
Yaş (yıl)	30.9 $\pm$ 6.0 (20-43)	29.6 $\pm$ 5.2 (19-43)	0.253 ^a
Yaş Grubu			
18-35 yaş	23 (15.3)	127 (84.7)	0.079 ^b
>35 yaş	10 (27.8)	26 (72.2)	
Öğrenim Durumu			
İlköğretim	11 (22.9)	37 (77.1)	0.472 ^b
Lise	10 (18.2)	45 (81.8)	
Üniversite	12 (14.5)	71 (85.5)	
Aylık Toplam Hane Gelir Düzeyi			
Düşük	9 (39.1)	14 (60.9)	0.012^{b*}
Orta	22 (15.7)	118 (84.3)	
Yüksek	2 (8.7)	21 (91.3)	
Yaşadığı Yer			
Kent	28 (17.1)	136 (82.9)	0.553 ^c
Köy	5 (22.7)	17 (77.3)	
Aile Tipi			
Çekirdek	26 (15.8)	139 (84.2)	0.065 ^c
Geniş	7 (33.3)	14 (66.7)	
Çalışma Durumu			
Çalışıyor	5 (8.8)	52 (91.2)	0.033^{a*}
Çalışmıyor	28 (21.7)	101 (78.3)	
Boy Uzunluğu (cm)	161.8 $\pm$ 6.0 (152-180)	162.4 $\pm$ 5.4 (150-175)	0.425 ^a
Vücut Ağırlığı (kg)	75.3 $\pm$ 13.7 (45-112)	71.4 $\pm$ 12.6 (46-116)	0.062 ^a
BKİ (kg/m²)	28.8 $\pm$ 5.4 (19.3-41.6)	27.1 $\pm$ 4.6 (18.5-43.1)	0.059 ^d
Obezite Düzeyi			
Normal kilolu	7 (12.1)	51 (87.9)	0.090 ^b
Fazla kilolu	12 (15.6)	65 (84.4)	
Obez	14 (27.5)	37 (72.5)	
Gebelik Başlangıcındaki Vücut Ağırlığı (kg)	70.6 $\pm$ 13.7 (45-112)	67.0 $\pm$ 12.3 (39-116)	0.107 ^a
Gebelik Başlangıcındaki BKİ (kg/m²)	27.0 $\pm$ 5.3 (19.3-42.4)	25.5 $\pm$ 4.5 (18.5-43.1)	0.111 ^a
Gebelik Başlangıcındaki Obezite Düzeyi			
Normal kilolu	13 (14.4)	77 (85.6)	0.182 ^b
Fazla kilolu	11 (16.9)	54 (83.1)	
Obez	9 (29.0)	22 (71.0)	
Sigara Kullanma Durumu			
Hiç kullanmamış	22 (14.5)	130 (85.5)	0.048^{b*}
Gebelik öncesi kullanmış	10 (32.3)	21 (67.7)	
Halen kullanıyor	1 (33.3)	2 (66.7)	

n: Gebe sayısı; #Sürekli değişkenler “ortalama $\pm$ standart sapma (minimum-maksimum)”, kategorik değişkenler ise “sayı (satır yüzdesi)” şeklinde sunulmuştur; BDE: Beck depresyon envanteri; ^aMann-Whitney U Testi; ^bPearson Ki-Kare Testi; ^cFisher’in Kesin Testi; ^dStudent’s T Testi; * $p<0.05$; ** $p<0.01$

Gebelerin obstetrik öyküleri ile ilgili özelliklerine göre depresyon durumunun ilişkisi **Tablo 4.6'** da sunulmuştur.

Depresyonu olan ve olmayan gebeler arasında gebelik sayısı ve ilk gebeliği olmayan gebelerin yaşayan sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (sırasıyla $p=0.039$; $p=0.040$). Depresyonu olan gebelerin gebelik sayısı olmayanlardan anlamlı olarak yüksekti. Ayrıca depresyonu olan ilk gebeliği olmayan gebelerin yaşayan sayısı depresyonu olmayanlardan anlamlı olarak yüksekti (**Tablo 4.6**).

Buna ek olarak gebeliğin istenmeme durumuna göre depresyon durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0.014$). Gebeliğini istemeyenler içinde gebelik depresyonu olanların yüzdesi isteyenlerden anlamlı olarak yüksekti (**Tablo 4.6**).

Diğer taraftan depresyonu olan ve olmayan gebeler arasında ilk gebeliği olmayıp düşük yapanların düşük sayısı ve ilk gebeliği olmayıp ölü doğum yapanların ölü doğum sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.6**).

Ayrıca gebelerin gebelik sayı grubuna, ilk gebeliği olmayanların düşük ve ölü doğum yapma durumuna, herhangi bir korunma yöntemi kullanma durumuna, kötü obstetrik öykü durumuna, ilk gebeliği olmayanların önceki doğum şekline, gestasyonel DM durumuna, gebelik trimesterine, gebelik öncesi folik asit kullanma durumuna, gebelik öncesi kronik hastalık öyküsüne, gebelik öncesi anemi tedavisi uygulanma durumuna, gebelik öncesi düzenli olarak ilaç kullanma durumuna, gebelik öncesi psikiyatrik hastalık öyküsü durumuna, gebelik öncesi antidepresan kullanma durumuna ve süresine göre depresyon durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.6**).

Tablo 4.6. Gebelerin obstetrik öyküleri ile ilgili özelliklerine göre depresyon durumunun ilişkisi

	Gebelik Depresyonu Durumu		p
	Var (BDE $\geq$ 17) (n=33)	Yok (BDE<17) (n=153)	
Gebelik Sayısı	2.7 $\pm$ 1.7 (1-8)	2.0 $\pm$ 1.2 (1-6)	0.039^{a*}
Gebelik Sayı Grubu			
Bir	9 (11.7)	68 (88.3)	0.069 ^b
İki ve üzeri	24 (22.0)	85 (78.0)	
İGO Yaşayan Sayısı (n=109)	1.8 $\pm$ 1.0 (0-4)	1.3 $\pm$ 0.8 (0-4)	0.040^{a*}
İGO Düşük Yapma Durumu (n=109)			
Yapmış	1 (7.1)	13 (92.9)	0.297 ^c
Yapmamış	23 (24.2)	72 (75.8)	
Düşük Sayısı (n=14)	3.0	1.2 $\pm$ 0.6 (1-3)	0.143 ^a
İGO Ölü Doğum Yapma Durumu (n=109)			
Yapmış	5 (17.2)	24 (82.8)	0.469 ^b
Yapmamış	19 (23.8)	61 (76.3)	
Ölü Doğum Sayısı (n=29)	2.4 $\pm$ 1.7 (1-5)	1.5 $\pm$ 0.8 (1-4)	0.222 ^a
Korunma Yöntemi Kullanma Durumu			
Kullanıyor	18 (20.0)	72 (80.0)	0.435 ^b
Kullanmıyor	15 (15.6)	81 (84.4)	
Gebeliğin İstenmeme Durumu			
İstenmeyen gebelik	11 (32.4)	23 (67.6)	0.014^{b*}
İstenen gebelik	22 (14.5)	130 (85.5)	
Kötü Obstetrik Öykü			
Var	7 (15.6)	38 (84.4)	0.659 ^b
Yok	26 (18.4)	115 (81.6)	
İGO Önceki Doğum Şekli (n=109)			
C/S	12 (24.0)	38 (76.0)	0.960 ^b
SVY	11 (24.4)	34 (75.6)	
Gestasyonel DM Durumu			
Yok	31 (17.3)	148 (82.7)	0.172 ^b
Önceki gebeliğinde	2 (50.0)	2 (50.0)	
Şimdiki gebeliğinde	0	3 (100)	
Gebelik Trimerteri			
I.trimerster	13 (19.4)	54 (80.6)	0.905 ^b
II.trimerster	12 (16.9)	59 (83.1)	
III.trimerster	8 (16.7)	40 (83.3)	
Gebelik Öncesi Folik Asit Kullanımı			
Kullanmış	13 (17.3)	62 (82.7)	0.905 ^b
Kullanmamış	20 (18.0)	91 (80.0)	
Gebelik Öncesi Kronik Hastalık Öyküsü			
Var	7 (21.2)	26 (78.8)	0.565 ^b
Yok	26 (17.0)	127 (83.0)	
Gebelik Öncesi Anemi Tedavisi			
Hiç uygulanmamış	28 (17.9)	128 (82.1)	0.973 ^b
Son 1 yıl içinde uygulanmış	3 (17.6)	14 (82.4)	
Daha önceden uygulanmış	2 (15.4)	11 (84.6)	
Gebelik Öncesi İlaç Kullanımı			
Kullanmış	7 (20.6)	27 (79.4)	0.631 ^b
Kullanmamış	26 (17.1)	126 (82.9)	
Gebelik Öncesi Psikiyatrik Hastalık Öyküsü			
Var	5 (27.8)	13 (72.2)	0.325 ^c
Yok	28 (16.7)	140 (83.3)	
Gebelik Öncesi Antidepresan Kullanımı			
Kullanmış	4 (23.5)	13 (76.5)	0.510 ^c
Kullanmamış	29 (17.2)	140 (82.8)	
Gebelik Öncesi Antidepresan Kullanım Süresi (n=17)			
<6 ay	2 (40.0)	3 (60.0)	0.538 ^c
$\geq$ 6 ay	2 (16.7)	10 (83.3)	

n: Gebe sayısı; #Sürekli değişkenler "ortalama $\pm$ standart sapma (minimum-maksimum)", kategorik değişkenler ise "sayı (sıra yüzdesi)" şeklinde sunulmuştur; BDE: Beck depresyon envanteri; İGO: İlk gebeliği olmayan; ^aMann-Whitney U Testi; ^bPearson Ki-Kare Testi; ^cFisher'in Kesin Testi; *p<0.05; **p<0.01

Gebelerin depresyon durumuna göre laboratuvar değerlerinin, anemi ve hipotiroidi durumunun ilişkisi **Tablo 4.7'** de sunulmuştur. Araştırma kapsamında incelenen gebelerden depresyonu olan ve olmayanlar arasında kan demir, TDBK, ferritin, açlık glukozu, hemoglobin, T4 ve TSH düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.7**).

Ayrıca anemi durumuna ve hipotiroidi durumuna göre gebelerin depresyon durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.7**).

Tablo 4.7. Gebelerin laboratuvar değerleri ile anemi ve hipotiroidi durumlarına göre depresyon durumunun ilişkisi

	Gebelik Depresyonu Durunu		p
	Var (BDE≥17)	Yok (BDE<17)	
	(n=33)	(n=153)	
Demir (ng/ml)	86.7±34.8 (34-158)	92.0±42.4 (20-230)	0.712 ^a
TDBK (ug/dl)	333.9±100.7 (185-565)	316.1±108.1 (68-657)	0.534 ^a
Ferritin (ng/ml)	29.6±25.1 (5.4-103.0)	28.1±20.8 (2.8-102.2)	0.782 ^a
Açlık Glukozu (g/dl)	84.8±7.3 (72-99)	88.5±11.5 (60-141)	0.111 ^a
Hemoglobin (g/dl)	11.8±1.4 (9.9-16.0)	11.9±1.1 (8.9-14.5)	0.293 ^a
Anemi Durumu			
Var (<11)	9 (21.4)	33 (78.6)	0.477 ^b
Yok (≥11)	24 (16.7)	120 (83.3)	
T4 (mcg/dl)	1.07±0.16 (0.79-1.46)	1.07±0.18 (0.71-1.75)	0.935 ^a
TSH (mU/L)	2.7±1.9 (0.6-7.4)	2.2±1.5 (0.2-11.6)	0.426 ^a
Hipotiroidi Durumu			
Normal	21 (16.4)	107 (83.6)	0.777 ^b
İlaçla normal	2 (20.0)	8 (80.0)	
Hipotiroidi	10 (20.8)	38 (79.2)	
Hipotiroidi Durumu			
Normal	23 (16.7)	115 (83.3)	0.515 ^b
Hipotiroidi	10 (20.8)	38 (79.2)	

n: Gebe sayısı; #Sürekli değişkenler "ortalama $\pm$ standart sapma (minimum-maksimum)", kategorik değişkenler ise "sayı (sıra yüzdesi)" şeklinde sunulmuştur; TDBK: Total demir bağlama kapasitesi; ^aMann-Whitney U Testi; ^bPearson Ki-Kare Testi

Gebelerin BDE puanı ile BKİ, gebelik sayısı, demir, TDBK, Ferritin, açlık glukozu, hemoglobin, T4 ve TSH değerleri arasındaki ilişki **Tablo 4.8'** de sunulmuştur.

Araştırma kapsamında incelenen gebelerin BDE puanı ile BKİ değeri arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanırken ($r=0.16$; $p=0.030$), BDE puanı ile gebelik sayısı, kan demir, TDBK, ferritin, açlık glukozu, hemoglobin, TSH ve T4 düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.8**).

Gebelerin TSH değeri ile demir ($r= -0.18$) ve ferritin ($r= -0.15$) değerleri arasında negatif yönde, zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanırken ($p<0.05$), TSH değeri ile BKİ, gebelik sayısı, tdbk, açlık glukozu, hemoglobin ve T4 değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.8**).

Araştırmaya dahil edilen gebelerin T4 değeri ile BKİ ($r= -0.020$) ve TDBK ($r= -0.24$) değerleri arasında negatif yönde, zayıf düzeyde, T4 değeri ile hemoglobin ($r=0.14$) değeri arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanırken ($p<0.05$), T4 değeri ile gebelik sayısı, demir, ferritin, açlık glukozu ve TSH değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.8**).

Tablo 4.8. Gebelerin BDE puanı ile BKİ, gebelik sayısı, demir, TDBK, Ferritin, açlık glukozu, hemoglobin, T4 ve TSH değerleri arasındaki ilişki

(n=186)	BDE		TSH (mU/L)		T4 (mcg/dl)	
	r	p	r	p	r	p
BKİ (kg(m²))	0.159	0.030*	-0.044	0.551	-0.203	0.005**
Gebelik Sayısı	0.047	0.528	-0.070	0.344	-0.061	0.410
Demir (ng/ml)	-0.046	0.537	-0.178	0.015*	0.079	0.284
TDBK (ug/dl)	0.086	0.246	0.070	0.339	-0.241	0.001**
Ferritin (ng/ml)	-0.063	0.397	-0.148	0.044*	0.131	0.074
Açlık Glukozu (g/dl)	-0.029	0.694	-0.105	0.154	0.068	0.356
Hemoglobin (g/dl)	-0.074	0.316	-0.074	0.316	0.145	0.048*
TSH (mU/L)	0.056	0.446	1.000	-----	-0.033	0.651
T4 (mcg/dl)	-0.120	0.104	-0.033	0.651	1.000	-----

n: Gebe sayısı; r: Spearman korelasyon katsayısı; BDE: Beck depresyon envanteri; BKİ: Beden kütle indeksi; *p<0.05; **p<0.01

Gebelerin depresyon düzeyine göre sosyodemografik özelliklerin ilişkisi **Tablo 4.9'** da sunulmuştur.

Araştırma kapsamında incelenen gebelerin yaş gruplarına ve aylık toplam hane geliri düzeylerine göre gebelik depresyonu durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (sırasıyla p=0.045; p=0.005). İncelenen gebelerden 35 yaş ve üzerinde olanlar içinde orta/şiddetli depresyonu olanların yüzdesi 18-35 yaş arasında olanlardan anlamlı olarak yüksekti. Ayrıca gelir düzeyi düşük olan gebeler içinde orta/şiddetli depresyonu olan gebelerin yüzdesi gelir düzeyi orta ve yüksek olanlardan anlamlı olarak yüksekti (**Tablo 4.9**).

Diğer taraftan gebelerin öğrenim durumlarına, yaşadığı yere, aile tipine, çalışma durumuna, obezite düzeyine, gebelik başlangıcındaki obezite düzeyine ve sigara kullanma durumuna göre gebelik depresyonu durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0.05) (**Tablo 4.9**).

Ayrıca gebelik depresyonu durumları arasında yaş, boy uzunluğu, vücut ağırlığı, BKİ değeri, gebelik başlangıcındaki vücut ağırlığı ve gebelik başlangıcındaki BKİ değeri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0.05) (**Tablo 4.9**).

Gebelerin obstetrik öyküleri ile ilgili özelliklerine göre gebelik depresyon düzeylerinin ilişkisi **Tablo 4.10'** da sunulmuştur. Araştırma kapsamında incelenen gebelerin gebeliği istememe durumlarına göre gebelik depresyonu düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0.032$). Gebeliğini istemeyenler içinde orta/şiddetli gebelik depresyonu olanların yüzdesi isteyerek gebe kalanlardan anlamlı olarak yüksekti (**Tablo 4.10**).

Diğer taraftan gebelik sayı grubuna, ilk gebeliği olmayanların düşük ve ölü doğum yapma durumuna, herhangi bir korunma yöntemi kullanılıp kullanılmamasına, kötü obstetrik öykü olup olmamasına, ilk gebeliği olmayanların önceki doğum şekline, gestasyonel diyabetes mellitus varlığına, gebelik trimesterine, gebelik öncesi folik asit kullanma durumuna, gebelik öncesi kronik hastalık öyküsüne, gebelik öncesi anemi tedavisi alınıp alınmamasına, gebelik öncesi düzenli olarak ilaç kullanma durumuna, gebelik öncesi psikiyatrik hastalık öyküsüne, gebelik öncesi anti-depresan kullanım durumuna ve antidepresan kullananların kullanma süresine göre gebelik depresyonu düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.10**).

Tablo 4.9. Gebelerin sosyodemografik özelliklerine göre depresyon düzeylerinin ilişkisi

	Gebelik Depresyonu Düzeyi			p
	Minimal (n=106)	Hafif (n=47)	Orta/Şiddetli (n=33)	
Yaş (yıl)	29.9±5.4 (19-43)	29.0±4.7 (21-40)	30.9±6.0 (20-43)	0.306 ^a
Yaş Grubu				
18-35 yaş	84 (56.0)	43 (28.7)	23 (15.3)	0.045^{b*}
>35 yaş	22 (61.1)	4 (11.1)	10 (27.8)	
Öğrenim Durumu				
İlköğretim	24 (50.0)	13 (27.1)	11 (22.9)	0.748 ^b
Lise	32 (58.2)	13 (23.6)	10 (18.2)	
Üniversite	50 (60.2)	21 (25.3)	12 (14.5)	
Gelir Düzeyi				
Düşük	10 (43.5)	4 (17.4)	9 (39.1)	0.005^{b**}
Orta	77 (55.0)	41 (29.3)	22 (15.7)	
Yüksek	19 (82.6)	2 (8.7)	2 (8.7)	
Yaşadığı Yer				
Kent	95 (57.9)	41 (25.0)	28 (17.1)	0.740 ^b
Köy	11 (50.0)	6 (27.3)	5 (22.7)	
Aile Tipi				
Çekirdek	97 (58.8)	42 (25.5)	26 (15.8)	0.129 ^b
Geniş	9 (42.9)	5 (23.8)	7 (33.3)	
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	35 (61.4)	17 (29.8)	5 (8.8)	0.096 ^b
Çalışmıyor	71 (55.0)	30 (23.3)	28 (21.7)	
Boy Uzunluğu (cm)	162.2±5.5 (150-175)	162.8±4.9 (155-172)	161.8±6.0 (152-180)	0.600 ^a
Vücut Ağırlığı (kg)	70.6±12.5 (46-116)	73.2±12.7 (51-108)	75.3±13.7 (45-112)	0.100 ^a
BKİ (kg/m²)	26.9±4.5 (18.5-43.1)	27.6±4.7 (20.0-41.7)	28.8±5.5 (19.3-41.6)	0.113 ^c
Obezite Düzeyi				
Normal kilolu	38 (65.5)	13 (22.4)	7 (12.1)	0.178 ^b
Fazla kilolu	45 (58.4)	20 (26.0)	12 (15.6)	
Obez	23 (45.1)	14 (27.4)	14 (27.5)	
Gebelik Başlangıcındaki Vücut Ağırlığı (kg)	66.8±12.4 (39-116)	67.4±12.2 (47-108)	70.6±13.7 (45-112)	0.267 ^a
Gebelik Başlangıcındaki BKİ (kg/m²)	25.4±4.4 (18.5-43.1)	25.5±4.8 (19.3-41.7)	27.0±5.3 (19.3-42.4)	0.274 ^a
Gebelik Başlangıcındaki Obezite Düzeyi				
Normal kilolu	54 (60.0)	23 (25.6)	13 (14.4)	0.446 ^b
Fazla kilolu	36 (55.4)	18 (27.7)	11 (16.9)	
Obez	16 (51.6)	6 (19.4)	9 (29.0)	
Sigara Kullanma Durumu				
Hiç kullanmamış	94 (61.8)	36 (23.7)	22 (14.5)	0.055 ^b
Gebelik öncesi kullanmış	11 (35.5)	10 (32.3)	10 (32.3)	
Halen kullanıyor	1 (33.3)	1 (33.3)	1 (33.3)	

n: Gebe sayısı; #Sürekli değişkenler "ortalama±standart sapma (minimum-maksimum)", kategorik değişkenler ise "sayı (sütun yüzdesi)" şeklinde sunulmuştur; BDE: Beck depresyon envanteri; ^aKruskal Wallis Testi; ^bPearson Ki-Kare Testi; ^cTek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA); *p<0.05; **p<0.01

Tablo 4.10. Gebelerin obstetrik öyküleri ile ilgili özelliklerine göre depresyon düzeylerinin ilişkisi

	Gebelik Depresyonu Düzeyi			p
	Minimal (n=106)	Hafif (n=47)	Orta/Şiddetli (n=33)	
Gebelik Sayısı	2.0±1.3 (1-6)	2.1±1.2 (1-5)	2.7±1.7 (1-8)	0.117 ^a
Gebelik Sayı Grubu				
Bir	48 (62.3)	20 (26.0)	9 (11.7)	0.183 ^b
İki ve üzeri	58 (53.2)	27 (24.8)	24 (22.0)	
İGO Yaşayan Sayısı (n=109)	1.3±0.9 (0-4)	1.4±0.7 (0-3)	1.8±1.0 (0-4)	0.095 ^a
İGO Düşük Yapma Durumu (n=109)				
Yapmış	9 (64.3)	4 (28.6)	1 (7.1)	0.354 ^b
Yapmamış	49 (51.6)	23 (24.2)	23 (24.2)	
Düşük Sayısı (n=14)	1.3±0.7 (1-3)	1.0	3.0	0.082 ^a
İGO Ölü Doğum Durumu (n=109)				
Yapmış	16 (55.2)	8 (27.6)	5 (17.2)	0.754 ^b
Yapmamış	42 (52.5)	19 (23.8)	19 (23.8)	
Ölü Doğum Sayısı (n=29)	1.6±0.9 (1-4)	1.2±0.5 (1-2)	2.4±1.7 (1-5)	0.280 ^a
Korunma Yöntemi Kullanma Durumu				
Kullanıyor	46 (51.1)	26 (28.9)	18 (20.0)	0.292 ^b
Kullanmıyor	60 (62.5)	21 (21.9)	15 (15.6)	
Gebeliğin İstenmeme Durumu				
İstenmeyen gebelik	14 (41.2)	9 (26.5)	11 (32.4)	0.032^{b*}
İstenen gebelik	92 (60.5)	38 (25.0)	22 (14.5)	
Kötü Obstetrik Öykü Durumu				
Var	26 (57.8)	12 (26.7)	7 (15.6)	0.899 ^b
Yok	80 (56.7)	35 (24.8)	26 (18.4)	
İGO Önceki Doğum Şekli (n=109)				
C/S	27 (54.0)	11 (22.0)	12 (24.0)	0.553 ^b
SVY	20 (44.4)	14 (31.1)	11 (24.4)	
Gestasyonel DM Durumu				
Yok	103 (57.5)	45 (25.1)	31 (17.3)	0.441 ^b
Önceki gebeliğinde	1 (25.0)	1 (25.0)	2 (50.0)	
Şimdiki gebeliğinde	2 (66.7)	1 (33.3)	0	
Gebelik Trimerteri				
I.trimerster	38 (56.7)	16 (23.9)	13 (19.4)	0.990 ^b
II.trimerster	41 (57.7)	18 (25.4)	12 (16.9)	
III.trimerster	27 (56.3)	13 (27.1)	8 (16.7)	
Gebelik Öncesi Folik Asit Kullanımı				
Kullanmış	46 (61.3)	16 (21.3)	13 (17.3)	0.549 ^b
Kullanmamış	60 (54.1)	31 (27.9)	20 (18.0)	
Gebelik Öncesi Krn. Hast. Öyküsü				
Var	16 (48.5)	10 (30.3)	7 (21.2)	0.553 ^b
Yok	90 (58.8)	37 (24.2)	26 (17.0)	
Gebelik Öncesi Anemi Tedavisi				
Hiç uygulanmamış	89 (57.1)	39 (25.0)	28 (17.9)	0.992 ^b
Son 1 yıl içinde uygulanmış	10 (58.8)	4 (23.5)	3 (17.6)	
Daha önceden uygulanmış	7 (53.8)	4 (30.8)	2 (15.4)	
Gebelik Öncesi İlaç Kullanımı				
Kullanmış	18 (52.9)	9 (26.5)	7 (20.6)	0.846 ^b
Kullanmamış	88 (57.9)	38 (25.0)	26 (17.1)	
Gebelik Öncesi Psik. Hast. Öyküsü				
Var	9 (50.0)	4 (22.2)	5 (27.8)	0.503 ^b
Yok	97 (57.7)	43 (25.6)	28 (16.7)	
Gebelik Öncesi Antidepresan Kullanımı				
Kullanmış	9 (52.9)	4 (23.5)	4 (23.5)	0.807 ^b
Kullanmamış	97 (57.4)	43 (25.4)	29 (17.2)	
Gebelik Öncesi Antidepresan Kullanım Süresi (n=17)				
<6 ay	3 (60.0)	0	2 (40.0)	0.279 ^b
≥6 ay	6 (50.0)	4 (33.3)	2 (16.7)	

n: Gebe sayısı; #Sürekli değişkenler "ortalama±standart sapma (minimum-maksimum)", kategorik değişkenler ise "sayı (sütun yüzdesi)" şeklinde sunulmuştur; BDE: Beck depresyon envanteri; İGO: İlk gebeliği olmayan; *Kruskal Wallis Testi; *Pearson Ki-Kare Testi; *p<0.05

Ayrıca gebelik depresyonu düzeyleri arasında gebelik sayısı, ilk gebeliği olmayanların yaşayan sayısı, ilk gebeliği olmayıp düşük yapanların düşük sayısı ve ilk gebeliği olmayıp ölü doğum yapanların ölü doğum sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.10**).

Gebelerin depresyon düzeyine göre bazı laboratuvar değerlerinin ve anemi ile hipotiroidi durumlarına göre gebelik depresyon düzeylerinin ilişkisi **Tablo 4.11**'de sunulmuştur.

Araştırma kapsamında incelenen gebelerin gebelik depresyon düzeyleri arasında kan demir, TDBK, ferritin, açlık glukozu, hemoglobin, T4 ve TSH düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.11**).

Ayrıca gebelerin anemi durumuna ve hipotiroidi durumuna göre gebelik depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.11**).

Tablo 4.11. Gebelerin laboratuvar değerlerinin ve anemi ile hipotiroidi durumlarının gebelik depresyon düzeylerine göre ilişkisi

	Gebelik Depresyonu Düzeyi			p
	Minimal (n=106)	Hafif (n=47)	Orta/Şiddetli (n=33)	
Demir (ng/ml)	93.3±43.7 (20-230)	89.3±39.5 (33-226)	86.7±34.8 (34-158)	0.799 ^a
TDBK (ug/dl)	308.4±100.8 (68-633)	333.4±122.5 (122-657)	333.9±110.7 (185-565)	0.526 ^a
Ferritin (ng/ml)	29.6±22.3 (2.8-102.2)	24.9±16.8 (5.4-70.0)	29.6±25.1 (5.4-103.0)	0.617 ^a
Açlık Glukozu (g/dl)	87.6±11.1 (60-138)	90.5±12.3 (71-141)	84.8±7.3 (72-99)	0.120 ^a
Hemoglobin (g/dl)	11.9±1.1 (8.9-14.4)	11.9±1.1 (10.1-14.5)	11.8±1.4 (9.9-16.0)	0.575 ^a
Anemi Durumu				
Var (<11)	22 (52.4)	11 (26.2)	9 (21.4)	0.728 ^b
Yok (≥11)	84 (58.3)	36 (25.0)	24 (16.7)	
T4 (mcg/dl)	1.09±0.20 (0.71-1.75)	1.02±0.14 (0.77-1.37)	1.07±0.16 (0.79-1.46)	0.094 ^a
TSH (mU/L)	2.3±1.6 (0.4-11.6)	2.1±1.2 (0.2-5.9)	2.7±1.9 (0.6-7.4)	0.637 ^a
Hipotiroidi Durumu				
Normal	73 (57.0)	34 (26.6)	21 (16.7)	0.900 ^b
İlaçla normal	5 (50.0)	3 (30.0)	2 (20.0)	
Hipotiroidi	28 (58.3)	10 (20.8)	10 (20.8)	
Hipotiroidi Durumu				
Normal	78 (56.5)	37 (26.8)	23 (16.7)	0.646 ^b
Hipotiroidi	28 (58.3)	10 (20.8)	10 (20.8)	

n: Gebe sayısı; #Sürekli değişkenler “ortalama±standart sapma (minimum-maksimum)”, kategorik değişkenler ise “sayı (sütun yüzdesi)” şeklinde sunulmuştur; BDE: Beck depresyon envanteri; TDBK: Total demir bağlama kapasitesi; ^aKruskal Wallis Testi; ^bPearson Ki-Kare Testi

5. TARTIŞMA

Gebelik depresyonu, anne ve çocuk sağlığı üzerinde etkileri dikkate alındığında önemszenmesi gereken bir halk sağlığı sorunudur. Kadınların hayatlarının belirli dönemleri içerisinde yaşadıkları değişimler onları psikiyatrik hastalıklara daha yatkın hale getirmektedir. Özellikle puberte, gebelik, lohusalık süreçleri gibi üreme hormonlarında önemli değişimlerin olduğu dönemlerde kadınlar depresyona daha yatkın olabilmektedirler (203). Tanı konmamış, tedavi edilmemiş depresyonun, annenin ve bebeğin sağlık durumuna olumsuz etkileri vardır. Gebelik depresyonunun anne ve fetus için oluşturduğu sonuçlar düşünüldüğünde toplumda prevalans ve nedeni ortaya koymaya yönelik çalışmalar yapılması gebelik depresyonunun önlenmesinde yapılacak en önemli adımlardır.

Yaptığımız bu çalışma ile gebelik depresyonunun sıklığı ve gebelik depresyonu olan kadınların çalışma durumu, gelir düzeyleri, sigara kullanımı gibi depresyon durumlarını etkileyen sosyodemografik özelliklerinin yanı sıra eşlik eden klinik özellikler belirlenmiş ve bulgular literatür bilgilerinin ışığında tartışılmıştır.

Çalışmamızda olguların yaşı, eğitim durumu, evlilik ilişkileri, gebelik ve doğum öyküleri gibi sosyodemografik veriler incelenmiştir.

Çalışmamıza katılan gebelerin yaş ortalaması $29,8 \pm 5,3$ yıl olup %19,4' ü 35 yaşın üzerinde olarak bulundu. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verilerine göre Türkiye' de kadınlar en yüksek doğurganlıklarını yirmili yaşlarda yaşamaktadır; en yüksek yaşa özel doğurganlık hızları 25-29 yaş grubundadır (204). Kölgeliler ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada gebelerin 249' u (%54,8) 26-35 yaş grubundadır (205). Bektaş E.'nin yaptığı bir çalışmada 25-34 yaş grubu gebeler tüm çalışmanın %54,5' ini oluşturmaktadır (206). Zaman ve arkadaşlarının gebelikte depresyonla ilgili yaptıkları çalışmada da yaş ortalaması çalışmamızla

benzer şekilde $30,87 \pm 7,39$ yıldır (207). Çalışma bulgularımız literatür ile uyumlu olup, anne olma yaşının genç yetişkinlik dönemi olduğu söylenebilir.

Öğrenim durumlarına bakılacak olursa araştırmaya dahil edilen gebelerin %25,8' i ilköğretim, %29,6' sı lise ve geriye kalan %44,6' sı üniversite mezunu idi. TNSA 2018 verilerine göre kadınlarda eğitim durumuna bakıldığında %41,3' ünün lise ve üzeri eğitim seviyesi olduğunu görüyoruz (204). Arslan ve arkadaşlarının 2011 yılında yaptığı bir araştırmada gebelerin %30,1' i lise mezunudur ve bu oran araştırmamız ile benzer seviyededir (208,209). Çalışmamıza katılan gebelerin eğitim seviyesi orta ve üst düzeyde olarak saptanmıştır.

TNSA 2018 verilerine göre ülkemizde kadınların %78,2' si kentsel alanlarda yaşamaktadır yaptığımız çalışmada da kadınların %88,2' sinin kentte yaşadığı saptandı (204). Sonuçlarımız TNSA verileri ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmamızdaki gebelerin %12,4' ünün aylık toplam hane geliri düşük düzeyde iken %75,3' ü orta ve %12,4' ü yüksek düzeyde saptandı. Bu sonuçlar Çakır ve Can' ın gebelikte sosyodemografik değişkenlerin depresyon düzeyine etkisini inceleyen çalışmalarında buldukları %19,7' sinin gelirinin giderinden az olduğu, %69,4' ünün gelirinin giderine eşit olduğu ve %11,0' ının gelirinin giderinden fazla olduğu sonucuna benzer şekilde dağılım göstermiştir (210).

Yaptığımız çalışmada gebelerin %30,6' sının gelir getiren bir işte çalıştığı saptanmıştır. TNSA 2018 verilerine göre 15-49 yaş grubundaki kadınların ülkemizde çalışma oranı %28 dir. Çakır ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada gebelerin %76,3' ünün ev hanımı olduğu, %23,7' sinin ise bir meslekle uğraştığı saptanmıştır (210). Balcı ve ark. nın yaptığı çalışmada gebelerin %67,6' sı, Kılıçarslan ve ark. nın araştırmasında da %71,2' si ev hanımıdır (211,212). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018 verilerine göre çalışan kadın oranının (%28) çalışmamızdaki oranlarla benzer olduğu görülmektedir (204).

Çalışmamızda gebelerin %48,4' ünün gebelik öncesi dönemde herhangi bir aile planlaması yöntemi kullandığı belirlendi. Kullandıkları yöntemlere bakıldığında, %50 ile ilk sırada geri çekme yer alırken bunu %33,3 ile erkek kondomu, %7,8 ile RİA ve %5,6 ile OKS izliyordu. TNSA 2018 verilerine bakıldığında halen evli kadınların %70' inin herhangi bir aile planlaması yöntemi kullandığı, en yaygın kullanılan yöntemin %20 ile geri çekme olduğu daha sonra sırası ile erkek kondomu (%19), RİA (%14) ve tüplerin bağlanması (%10) olduğu gösterilmiştir (204). Yöntemlerin kullanım sıklığı sırasına bakıldığında çalışmamızla benzer olduğu gözlenmektedir. Çalışmamızdaki gebelerin %18,3' ü mevcut gebeliklerini istemediğini belirtirken bu oran da TNSA 2018 verileri ile (%15) benzerlik göstermektedir (204).

Araştırmaya katılan gebelerin %41,4' ünün ilk gebeliğidir. Çakır ve ark. nın yaptığı çalışmada ilk gebelik oranı %34,1' dir (210). Cebeci ve ark. nın yaptığı araştırmada bu oran %33,0 olarak tespit edilmiştir (182). Akbaş E.' nin yaptığı çalışmada ise ilk gebelik oranı %28,8 olarak bulunmuştur (213). Çalışma bulguları literatürden farklılık göstermektedir.

Çalışmaya aldığımız gebelerin %12,8' inin en az bir kez kendiliğinden düşük yaptığı tespit edilmiştir. TNSA 2018 verilerine bakıldığında bu oran %12,7' dir ve çalışmaya aldığımız gebelerle benzer şekildedir. Çalışmamızda daha önce doğum yapmış 109 gebenin %52,6' sının bir önceki doğumu C/S ile gerçekleştirdiği belirlendi. Bu oran TNSA 2018 çalışmasında saptanan %52 ile benzerdir (204).

Yaptığımız çalışmada incelenen 186 gebenin %36,0' ı gebeliğinin birinci trimesterinde, %38,2' si ikinci trimesterinde ve %25,8' i üçüncü trimesterinde olarak saptandı. 2011 yılında 452 olgu ile yapılan bir çalışmada gebelerin %41,2' si 2. trimester gebelerden oluşmaktadır. Bunun nedeninin 2. trimesterde tarama testlerinin sık olması ve bu nedenle gebelerin polikliniği daha sık ziyaret etmesi olduğu düşünülmüştür (208). Bizim çalışmamızda da en çok gebeliğinin 2. trimester dö-

neminde olan gebeler bulunmaktadır. Zaman ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise her üç trimesterden eşit sayıda gebe çalışmaya dahil edilmiştir (207).

Çalışmamızda incelediğimiz 186 gebenin, Beck depresyon ölçeğine göre kesme puanı 17 olarak alındığında, %17,74' ünde depresyon saptanmıştır. BDÖ ile elde ettiğimiz bulgular daha önce ülkemizde BDÖ ile çalışma yapan Karaçam %30, Altınay %27,9, Sevindik %36,3, Yanikkerem %27,9 ve Çalışkan' ın %27,3 sonuçlarından farklı olarak düşük olarak saptanmıştır (97,98,15,214,215). Çalışmamızın sonuçlarını diğer ülkelerdeki çalışmalarla kıyasladığımızda, Tuksanawes (Tayland, %18,9), Bödecs (Macaristan, %17,9), Muhammad (Ürdün, %19), Da Costa (Kanada, %25), Pottinger (Jamaika, %25) ve DSÖ' nün Amerika sonuçlarıyla (%20) benzer; Kurki (Finlandiya, %30) ve Ishikawa' nın (Japonya, %32) sonuçlarından ise düşük olarak bulunmuştur (216,92,217,93,218,219,8,220). 2019 yılında yapılan bir metaanaliz çalışmasında gebelik depresyonu prevalansı çalışmamızla benzer şekilde %20,7 olarak bulunmuştur (221).

Araştırma kapsamında incelenen 186 gebenin BDE puanlarına göre %57.0' ında minimal depresif semptom, %25,3' ünde hafif düzeyde, %16,1' inde orta derecede ve %1,6' sında şiddetli düzeyde depresif semptom mevcuttu. Gebelerde görülen depresyon belirtilerinin düzeylerini inceleyen çalışmalara baktığımızda; Sevindik yaptığı çalışmasında; gebelerin %30' unda depresif belirti olmadığını, %33,8' inde hafif , %23,8' inde orta ve %12,5' inde ağır düzeyde depresif belirti olduğunu bildirmiştir (222). Aktaş ve arkadaşları, gebelerin %46,6' sında depresif belirti olmadığını, %34,5' inde hafif, %13,9' unda orta düzeyde, % 4,8' inin de ağır düzeyde depresif belirtilerinin olduğunu saptamışlardır (222). Birçok çalışmada gebelerin ortalama %18' inin major depresyon tanısı aldıkları bildirilmektedir (3,223).

Araştırmamızda çalışmaya dahil edilen gebelerin gelir düzeyleri, çalışma durumları ve sigara kullanma durumları ile gebelik depresyonu arasında ilişki saptandı.

Sosyoekonomik düzeyin gebelik depresyonu için en önemli risk faktörleri arasında olduğu ve gelir seviyesi düşük olan gebelerde hem gebelik depresyonunun hem de doğum sonrası depresyonunun daha çok görüldüğü pek çok çalışma ile gösterilmiştir (3,224-226). Literatürle uyumlu olarak bizim çalışmamızda, aylık gelir düzeyi yükseldikçe depresyonu olan gebelerin yüzdesi anlamlı olarak azalıyordu. Benzer şekilde Leigh ve arkadaşları da gelir düzeyi düşük gebelerde gebelik depresyonunun, gelir düzeyi iyi olanlara göre anlamlı düzeyde arttığını bulmuşlardır (131). Tayland’ da yeni yapılan bir çalışmada da düşük gelir düzeyi gebelik depresyonu ile ilişkili bulunmuştur (216). Yapılan pek çok çalışma, yaptığımız araştırmayı desteklemekle beraber gelir seviyesinin gebelik depresyonu için önemli bir risk faktörü olduğunu belirtmektedirler (227-231). Xiaoxv Yin ve ark. nın yaptıkları metaanaliz çalışmasında çok sayıda çalışma incelenmiş ve gebelik depresyonu prevelansının gelir düzeyi yüksek ülkelerde düşük, düşük-orta gelir düzeyi olan ülkelerde önemli ölçüde yüksek olduğunu belirtmişlerdir (221).

Akbaş ve ark. nın ülkemizde yaptıkları bir çalışmada ise gelir düzeyi ile depresyon arasında ilişki tespit edilmemiştir. Bu çalışmada aylık gelirle depresyon puanları arasında anlamlı farklılık gözlenmiş ve aylık gelir arttıkça depresyon puanının azaldığı belirlenmiştir (213). Yaptığımız çalışmada gelir düzeyi düşük olan gebeler içinde orta/şiddetli depresyonu olan gebelerin yüzdesi gelir düzeyi orta ve yüksek olanlardan anlamlı olarak yüksekti. Bulduğumuz bu sonuç ile çalışmamız Akbaş ve ark. nın yaptıkları çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan gebelerde, çalışma durumu ile depresyon arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup, çalışan gebelerde depresyonun daha az olduğu görülmüştür. Bödecs ve arkadaşları, yaptıkları çalışmada bizimkine benzer sonuçlar elde etmişlerdir. Yapılan çalışmada gelir getiren herhangi bir işte çalışan gebelerde gebelik depresyonunun daha az görüldüğünü saptamışlardır (92). Miyake ve ark. 1741 gebeyle yaptıkları çalışmalarında, çalışan gebelerde daha az sıklıkta depresyon görüldüğünü saptamışlardır (232). Aynı şekilde, Amerika’ da yapılan bir başka çalışmada, çalışmayan gebelerde depresyonun daha sık görüldüğü

belirtilmiştir (233). Türkiye’ de yapılan çalışma sonuçları da benzer olup, çalışmayan kadınlarda gebelik depresyonunun çalışan kadınlara göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir (234-236). 2020 yılında yayınlanan bir metaanaliz çalışmasının sonuçları da işsizlik ve gebelik depresyonu arasındaki ilişkiyi yeniden ortaya koymuştur (221).

Çalışmamızda daha önce hiç sigara kullanmayanlar içinde depresyonu olanların oranı gebelik öncesinde ve halen kullanmakta olanlardan düşük olarak bulundu. Bulduğumuz sonuçlarla benzer şekilde Zhu ve Valbø (237)’ nin araştırmasında da gebelik öncesinde ve gebelik sırasında sigara tüketiminin depresyon ile ilişkili olduğu görülmüştür. Jansen ve arkadaşları tarafından yapılan bir diğer araştırmada gebelik döneminde sigara kullanımının depresyon riskini 1,72 kat artırdığı belirlenmiştir (238). McCoy ve arkadaşları 209 kadınla yaptıkları bir çalışmada sigara içen annelerde depresyon oranının içmeyenlere göre anlamlı derecede yüksek olduğunu bildirmişlerdir (239). Güncel yapılan iki farklı çalışmada da gebelik depresyonu ile sigara arasındaki ilişki çalışmamızla benzer şekilde tekrar ortaya konmuştur. Çalışmalardan birinde depresyon semptomları ve aktif sigara kullanımı arasında ilişki saptanmış (216), diğerinde ise gebelik öncesinde veya gebelik sürecinde sigara içenlerde depresif olma ihtimalinin arttığı belirlenmiştir (221). Başka bir çalışma da ise çalışmamızdan farklı olarak annenin sigara kullanımı ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (240).

Yaptığımız çalışmamızda incelenen gebelerin %16,7’ si gebelik öncesinde sigara kullandığını ve gebelik nedeni ile sigarayı kullanmayı bıraktığını , %1,6’ sı ise halen sigara kullandığını ifade ederken %81,7’ si hiç sigara kullanmadığını belirtti. Bu bulgulardan yola çıkarak kadınların gebelikleri sırasında sigara içmeye ara vermeleri hatta bazılarının tamamen bırakmaları olumlu sayılabilecek bir sonuçtur. Gebelikte sigara içme sıklığı, 2003 yılında Sivas Doğumevi Hastanesi’ nde yapılan bir çalışmada %17,0 (241), 2008 yılında Kocaeli’ de yapılan başka bir çalışmada %11,6 olarak bulunmuştur (242). Yılmaz ve Tarhan 815 gebe ile gerçekleştirdikleri araştırmalarında sigara kullanım oranının gebelik öncesinde %26,6, gebelik sonrasında ise %11,9 olduğunu bulmuşlardır (243). Yine aynı araştırmaya göre gebelik

ya da gebelik planlaması döneminde sigara kullanımını azaltanların oranı %34' tür. Kişinin depresyonda olmasının, sigara kullanma oranını arttırması beklenirken gebelik sürecinin, bebeğin sağlığını koruma amacı ile gebenin sigarayı bırakmasına yardımcı olduğu düşünülmektedir.

Diğer taraftan gebelerin yaş gruplarına, öğrenim durumlarına, yaşadıkları yere, aile tipine, obezite düzeyine göre depresyon görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Araştırmamıza göre yaş ile depresyon görülme sıklığı arasında ilişki tespit edilmemiştir. Literatürde benzer şekilde, çalışma sonuçlarımızı destekleyen araştırmalar mevcuttur. Edirne' de 340 gebe ile yapılan bir çalışmada da yaşın depresyon ile ilişkisi olmadığı saptanmıştır (19). Yücel ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptığı bir çalışmada ise çalışmamızın aksine; gebelik yaşı 30' un üzerinde olan gebelerde depresyon görülme oranı daha yüksek bulunmuştur (244). Literatürde gebelik depresyonunun en önemli risk faktörlerinden birisinin yaş olduğu belirtilmekte olup, genç yaştaki ve ileri yaştaki gebeliklerde gebelik depresyonu sıklığının arttığı pek çok çalışma ile gösterilmiştir (133,134,245-247). Çalışmamızdaki gebelerin içinde en düşük yaş 19 olarak saptanmıştır. Ergenlik döneminde çocuk sahibi olan kadınları içeren çalışmalarda erken yaş gebeliklerin depresyon için risk faktörü olduğu bazı çalışmalarda belirtilmiştir fakat çalışmamızdaki örneklem grubunda ergen kadınların olmaması nedeniyle bu yönde bir ilişki incelenememiştir. Yaş ile depresyon varlığı arasında ilişki bulamamıza rağmen incelenen gebelerden 35 yaş ve üzerinde olanlar içinde orta/şiddetli depresyonu olanların oranı 18-35 yaş arasında olanlardan anlamlı olarak yüksek olarak bulundu. Sonuç olarak çalışmamızda ileri yaştaki gebelerde depresyon semptomları daha yüksekti. Bu sonuç, Türkiye' den Karaçam, Gölbaşı ve Yanikkerem' in bulgularıyla (97,99,214), Avustralya' dan Leigh' in (131) ve ABD' den Luke'un (246) bulgularıyla benzerdir.

Eğitim düzeyi açısından yaptığımız değerlendirmelerde gebelerin depresyon açısından farklılaşmadığı görüldü. Zaman ve arkadaşları tarafından yapılan araştır-

mada da çalışmamızın sonuçları ile benzer şekilde gebelik dönemindeki depresyonun eğitim düzeyine göre farklılaşmadığı tespit edilmiştir (207). Yine benzer şekilde Suphi ve arkadaşları da 174 gebe ile yaptıkları araştırmalarında eğitim düzeyi ile gebelik dönemindeki depresyonun anlamlı bir ilişkisinin olmadığı sonucuna ulaşmışlardır (248). Öte yandan Bunevicius ve arkadaşları (249) ile Arslan ve arkadaşları (208) düşük eğitim seviyesinin gebelik depresyonu için risk faktörü olduğu sonucuna varmışlardır. Literatürde yer alan araştırmalardan bazılarında da bulgumuzun aksine eğitim düzeyinin düşmesine bağlı olarak depresyon düzeyinin arttığı belirlenmiştir (209,213,244,250-252). Gözüyeşil, gebelerin depresyon puanları ile eğitim durumları arasında ilişki saptamış, üniversite mezunlarının daha düşük depresyon puanlarına sahip olduklarını belirtmiştir (253). Gotlib ve Whiffen eğitim düzeyi yükseldikçe kadının kendi yaşamı üzerinde etkinliğinin arttığını ve benlik saygısının yükseldiğini, depresyon oranının azaldığını bildirmişlerdir (254). Yanıkke-rem ve ark. eğitim düzeyi ilkokul ve daha düşük olanların depresyon puanlarında artış olduğunu belirtmişlerdir (214). Tüm bu çalışmalardan farklı olarak yaptığımız çalışmamızda depresyon puanları ve eğitim düzeyi arasında ilişki saptanmamıştır.

Yaptığımız bu çalışmada araştırmaya katılan gebelerin aile tiplerine göre Beck depresyon puanları arasında ilişki saptanmamıştır. Koyuncu ve Yılmaz geniş aileye sahip olan gebe kadınların psikososyal açıdan daha sağlıklı olduklarını saptamışlardır (256). Bowen ve ark. nın yapmış oldukları çalışmada geniş ailede yaşayan gebelerde depresyon puanı çekirdek ailede yaşayanlara göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur (136). Şahin ve Kılıçarslan kalabalık ailelerde yaşayanların depresyon düzeylerinin yüksek olduğunu saptamışlardır (19). Tuksanawes ve ark. nın Tayland’ da yaptıkları çalışmada geniş ailede yaşayan kadınlarda çekirdek ailede yaşayanlara göre 3 kat fazla depresif semptom görüldüğü saptanmıştır (216). Kalabalık ailelerde yaşayanlarda kişi başına düşen gelir gibi ekonomik kaygılar depresyon düzeylerini artırabilir. Literatürdeki pek çok çalışma sonuçları, bulgularımızdan farklı olup, evde eşi ile yaşayan ve uyumlu bir evliliğe sahip olan gebelerde gebelik depresyonunun daha az görüldüğü belirtilirken, evde yaşayan kişi sayısı arttıkça ve çekirdek ailenin dışına çıkıldıkça, özellikle de eşinin ailesi ile yaşayan gebelerde, gebelik depresyonu sıklığının arttığı belirtilmiştir (257,258). Bu araş-

tırmadaki katılımcıların toplandığı çevre genel olarak gelir durumu orta, çekirdek ailelerin olduğu bir bölgedir. Çalışmamıza katılan gebelerin %88,7' sinin aile yapısı çekirdek aile, %87,72' sinin gelir düzeyi genel olarak orta ve yüksek düzeydekilerden oluşmaktadır. Bu yüzden çalışmamızda depresyon ve yaşanan aile tipi arasında böyle bir fark gözlenmediği söylenebilir.

Yaptığımız çalışmada gebelerin obezite düzeyleri, gebelik öncesindeki vücut ağırlığı ve gebelik öncesindeki BKİ değerleri ile depresyon varlığı arasında ilişki saptanmadı fakat depresyon puanları ile BKİ arasında pozitif yönde ilişki saptandı. Gebelikten önce obez olmanın depresyon için risk faktörü olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur. LaCoursiere ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise kilo ile PPD prevalansı arasında karşılaştırma yapılmıştır ve depresyon prevelansı zayıflarda %27,7, normal kilolularda %22,8, kilolularda %24,8, obezlerde %30,8 olarak bulunmuştur (259).

Gebelik döneminde görülen fizyolojik değişikliklerin de gebelik depresyonuna neden olabileceği bilinmektedir. Bu değişikliklerden biri olan kilo artışı, gebede memnuniyetsizlik yaratmasına bağlı olarak gebelik sürecinde depresif belirtilerin artmasına neden olabilmektedir. Kadınlarda gebeliğe bağlı olarak fazla kilo alma ve gebelik sonrası eski kilolarına dönememe kaygısı postpartum dönemde de depresif belirtilere neden olabilmektedir (222,260). Tam tersi şekilde gebelikte ya da doğum sonrası dönemde depresyonu olan gebelerin daha az kilo aldıklarını belirten yayınlar da oldukça fazladır (183,261-263).

Çalışmamızda depresyonu olan ve olmayan gebeler arasında gebelik sayısı ve daha önce doğum yapmış gebelerin yaşayan çocuk sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Depresyonu olan gebelerde toplam gebelik sayısı daha yüksek olarak saptandı. Ayrıca depresyonu olan gebelerin yaşayan çocuk sayısı da depresyonu olmayan gebelerden daha yüksek olarak bulundu. Çalışmamızda gebelik sayısı arttıkça depresyon görülme oranının arttığı belirlenmiştir. Çalışkan ve arkadaşları yaptıkları çalışmada gebelikte depresyonun toplam gebelik sayısı ile pozitif

tif ilişkisinin olduğunu göstermişlerdir (215). Bu durum, gebe kadının diğer çocuklarının bakımında yaşadığı zorlu psikolojik süreci ortaya koymaktadır. Yine benzer şekilde Arslan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da çalışmaya katılan gebelerin toplam gebelik sayısı ile depresyon puanları arasında anlamlı ilişki gözlenmiştir; toplam gebelik sayısı arttıkça depresyon puanlarının arttığı belirlenmiştir (208). Yaptığımız çalışmada bu çalışmaların aksine yaşayan çocuk sayısı ve toplam gebelik sayıları ile depresyon puanları arasında bir ilişki saptanmadı. Gölbaşı ve Yanıkke-rem' in çalışmalarında (99,214) gebelik sayısı gebelik depresyonu için bir risk faktörü olarak bulunmuş, Teixeira ise bir ilişki olmadığını ortaya koymuştur (264).

Literatürde gebelik sayısı ve doğum sayısı artışının, gebelik depresyonu için risk faktörü olmadığını, aksine multiparitenin koruyucu etkisi olduğunu bildiren çalışmalar da olmasına rağmen (265,266) genel görüş gebelik sayısı arttıkça depresyonunun arttığı yönünde olup bizim çalışma sonuçlarımızla uyumludur (210,267,268). Doğum sayısı arttıkça, annelerin yaşadıkları biyolojik, ruhsal değişimler ve artan sorumluluğun depresyon sıklığının artmasına yol açtığı düşünülmektedir (269, 270).

İstenmeden yapılan düşüğü ve ölü doğumu kötü bir deneyim olarak ele alırsak daha önce geçirilmiş düşüğün veya ölü doğumun sonraki gebelikte depresyonu arttırmış olabileceği düşünülebilir. Fakat yaptığımız çalışmada gebelerin önceki gebeliklerinde düşük veya ölü doğum öyküsü olmasının depresyon ile ilişkisi saptanmadı. Llewellyn ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada düşük veya ölü doğum yapmış kadınların %36' sında ciddi depresif semptomlar belirlenmiş ve canlı doğum yapmış kadınlardan üç kat daha fazla ciddi depresif semptomlar taşıdıkları saptanmıştır (12). Honjo ve arkadaşları da depresyon ile düşük yapma arasında ilişki olduğunu saptamışlardır (271). Düşük öyküsü olan kadınlar daha sonraki gebeliklerinde tekrar düşük yapma kaygısıyla sıkıntılı bir gebelik dönemi geçirebilirler. Düşük yapan annelerde suçluluk duygusunun yaygın olduğu ve bu kadınlarda daha yüksek düzeyde depresyon geliştiği bildirilmiştir (272-274). Akbaş ve ark. nın yap-

tıkları çalışmada bizim çalışmamızla benzer şekilde düşük ile depresyon arasında ilişki tespit edilmemiştir (213).

Önceki doğum şekline göre gebelerin depresyon durumunu incelediğimizde, yaptığımız çalışmada, önceki doğum şekli ve depresyon arasında ilişki saptanmamıştır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada doğum şekline göre doğum sonrası depresyon arasındaki ilişki incelenmiş ve sezeryan doğum ile DSD arasında da bir ilişki bulunamamıştır (275). Önceki doğum şeklini gebelik depresyonu için bir risk faktörü olarak ele alırsak bu risk faktörünün literatürdeki yeri değişkendir (276-278). Kimi çalışmada ilişki görülmüşken kiminde anlamlı bir sonuç bulunamamıştır (279-281).

Çalışmamızda gebeliğini istemeyenler içinde depresyonu olanların oranı, isteyenlerden yüksek olarak bulundu. Çalışmamızda gebelerin %18,3' ü mevcut gebeliklerini istemediğini belirtti. İsteyerek ve planlı gebe kalan kadınların %85,5' inde depresyon saptanmazken, istemeden ve plansız gebe kalan kadınların %32,4' ünde depresyon saptandı. Araştırma kapsamında incelenen gebelerin gebeliği istememe durumlarına göre gebelik depresyonu düzeyleri arasında da ilişki saptandı. Gebeliğini istemeyenler içinde orta/şiddetli gebelik depresyonu olanların yüzdesi isteyerek gebe kalanlardan daha yüksek bulundu. Çalışma bulgumuzla benzer şekilde, istenmeyen gebeliğin depresyon için önemli bir risk etkeni olduğu birçok çalışmada ortaya konulmuştur. Yine çalışmamızla benzer şekilde Çakır ve arkadaşlarının 2011 yılında yaptığı çalışmada da gebelik isteme durumu ile depresyon puanı arasında anlamlı farklılık gözlenmiş ve gebeliği istemeyenlerde depresyon puanı daha yüksek bulunmuştur (210). Yanikkerem ve ark. istenmeyen gebelik yaşayanların depresyon puanlarının yüksek olduğunu belirtmiştir (255). Şahin ve Kılıçarslan istenmeyen gebeliklerde depresyon düzeyinin artış gösterdiğini saptamıştır (19). Planlanmayan veya istenmeyen gebeliklerin gebelik depresyon için risk faktörü olduğuna dair birçok çalışma mevcuttur (4,240,282-285). Ülkemizde İnandı ve arkadaşlarının 2514 kadınla, Ekuklu ve arkadaşlarının 210 kadın ile yaptıkları çalışmalarda planlanmayan gebelikte gebelik depresyonunun yaklaşık iki kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir (4,283). Yeni yapılan bir metaanaliz çalışmasında da isten-

meyen yani planmamış gebeliğin gebelik depresyonu ile ilişkili olduğu sonucu ortaya çıkmıştır (221). Bu sonuç bizim bulgularımızla uyumludur. Gebeliğin istenmediği durumlarda gebelik dönemi depresyonu beklendiği gibi yüksek görülmektedir. İstenmeyen bir gebelik, gebe için henüz hazır olmadığı yeni sorumluluklar ve yaşam tarzı değişikliklerine neden olabileceğinden dolayı yeni bir stres kaynağı olarak değerlendirilebilir. Akbaş ve ark. nın çalışmasında ise birçok çalışmanın aksine istenmeyen gebelik ve depresyon arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır (213).

Gebelikte depresif belirti görülme sıklığı gebelik trimesterlerine göre farklılık gösterebilmektedir fakat yaptığımız çalışmada depresyon durumu ve depresyon düzeyleri ile gebelik trimesterleri arasında ilişki saptanmamıştır. Yapılan bazı çalışmalarda duygulanım bozukluğunun ilk trimesterde arttığı şeklinde bildirimler yapılmışken (249), bazı çalışmalarda ise semptomların ikinci ve üçüncü trimester gebeliklerde arttığı yönünde bildirimler yapılmıştır (95,286). Bunevicius ve ark. nın yaptığı çalışmada gebelik depresyonunun en fazla ilk üç ayda görüldüğü ve bu dönemde yüksek oranda görülmesinin de gebeliğin planlanmamış ve istenmeyen olması ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (249). Literatür incelemesi yapıldığında gebeliğin ikinci trimesterine göre birinci ve üçüncü trimesterlerinde depresyonun daha fazla gözlemlendiği belirtilmektedir (213,222). Fekadu ve arkadaşlarının 2020 yılında yaptığı metaanaliz çalışmasında doğum öncesi depresyon prevalansının gebeliğin ilk üç ayından üçüncü üç ayına kadar arttığı gözlenmiştir (287). Çalışmamız literatür bulguları ile uyumsuz olarak değerlendirilmiştir.

Chen ve ark. yaptıkları çalışmada gebelikte trimesterlere göre depresif semptom görülme sıklığını araştırmış; ilk üç ayda % 8, ikinci üç ayda % 10 ve üçüncü üç ayda % 2 olarak tespit etmiştir (10). Akbaş ve arkadaşları gestasyon haftası 36 ve üzerinde olan gebelerdeki depresyon sıklığını araştıran çalışmalarında; bu gebelerin %42,3' ünün hafif, %39,4' ünün orta ve %18,3' ünün şiddetli ve ağır depresyon belirtileri gösterdiğini tespit edilmiştir (213). Bennet ve ark. nın yaptıkları derlemede; gebelikte depresyon prevalansı ile ilgili 714 çalışma incelemiş ve bu ça-

lişmanın sonucunda depresyon yaygınlığının gebeliğin ilk üç ayında % 7,4, ikinci üç ayında % 12,8 ve üçüncü üç ayında % 12 olduğu bildirilmiştir (94). Çalışmamızda depresyon oranları 1.trimesterde %19,4, 2. trimesterde %16,9 ve 3. trimesterde %16,7 olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda gebelerin %7,7' sinde gebelik öncesinde tanı konmuş herhangi bir kronik hastalık mevcuttu. Özgül' ün gebelerde yaptığı bir çalışmada kronik hastalık oranı %14,3 olarak bulunmuştur (288). Kılıçarslan' ın Edirne ilinde yaptığı bir çalışmada ise gebelerin %2,9' unda kronik hastalık öyküsü mevcuttur (212). Yaptığımız çalışmada depresyon durumu ve kronik hastalık varlığı arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmadı. Bulgumuza benzer şekilde Zaman ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada da gebelik dönemindeki depresyonun ek kronik hastalığa sahip olma durumuna göre farklılaşmadığı tespit edilmiştir (207). Çalışmamızın aksine yapılan bazı çalışmalarda kronik hastalığa sahip bireylerde, depresyon görülme oranının kronik hastalığı olmayan bireylere oranla daha fazla olduğu belirlenmiştir (140-142). Çalışmamızda kronik hastalığı olan gebelerde depresyonun istatistiki olarak anlamsız çıkmasının kronik hastalığa sahip gebelerin fetüse zarar gelmemesi için sağlıklarına daha fazla dikkat etmesi ve buna bağlı öz bakımlarının daha yüksek olması, böylece hastalıklarını kontrol altında tuttukları için depresyon görülme oranının bu gebelerde daha az olması nedeniyle olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızdaki gebelerin %2,2' sinin önceki gebeliklerinde gestasyonel diyabetes mellitus öyküsü mevcut iken %1,6' sının devam eden gebeliğinde gestasyonel diyabetes mellitus tanısı aldıkları saptandı. Yaptığımız çalışmada gebelerin gestasyonel DM durumu ile gebelerde depresyon varlığı ve depresyon şiddeti arasında bir ilişki saptanmadı. Bazı çalışmalarda yaptığımız araştırma ile benzer şekilde GDM' un gebelerde duygu durum değişikliklerine neden olmadığını ve gebelik-depresyonu için bir risk faktörü oluşturmadığını göstermiştir (147,148,289,290). Yapılan farklı bir çalışma ise GDM' un gebelerde emosyonel stresi artırdığı öne sürmüştür (291). Literatürde çalışmamızdan farklı olarak GDM tanısının gebelerde depresyona yol açabileceğini gösteren çalışmalar mevcuttur (144,145,151,291-

293). Gestasyonel diyabet ve gebelik depresyonu ile ilgili yapılan bir çalışmada, GDM' lu gebelerin % 20' sinde ve GDM' u olmayan gebelerin % 13' ünde gebelik depresyonu saptanmıştır (146). Bir başka çalışmada ise GDM' lu gebe kadınlarda depresif duygu durum prevalansında 3 kat artış saptandığı belirlenmiştir (151).

Çalışmamıza aldığımız 186 gebenin %9,7' sinde gebelik öncesi psikiyatrik hastalık öyküsü vardı. Fakat gebelik depresyonu ve gebelik öncesi psikiyatrik hastalık öyküsü arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Genel olarak çalışmalarda geçmişte herhangi bir zamanda depresyon ya da bir psikiyatrik hastalık tanısı almış olmanın gebelik depresyonu için bir risk faktörü olduğu şeklinde sonuçlar mevcut olup, çalışma bulgularımız literatür bulgularından farklılık göstermektedir (134,230,294-99). Yine yaptığımız araştırmada gebelik öncesi antidepresan kullanma durumu ile gebelik depresyonu arasında da ilişki saptanmadı. Gebelerde karşımıza çıkan önemli sorunlardan biri de antidepresan tedavi alan kadınların gebelik nedeni ile tedavilerini tamamlamadan kesmeleridir. Bu durum gebelik esnasında depresyonda alevlenme ya da tekrarlama riskini ortaya çıkarmaktadır. Özellikle tedavi kesildikten sonraki ilk 8 hafta alevlenme görülmesi açısından en riskli dönemdir (300). Çalışmamızda gebelik nedeni ile tedavisi tamamlanmadan yarıda kesilen hastamız olmaması, depresyon ve gebelik öncesi psikiyatrik hastalık öyküsü arasında ilişki ortaya koyamamamıza neden olmuş olabilir.

Yaptığımız çalışmamızda gebelerde anemi ve depresyon arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmamızda gebelerimizin %22,6' sının anemik olduğunu tespit edildi. Literatürde gebelerde anemi ve depresyon ilişkisini ortaya koyan bazı çalışmalar mevcuttur. Yapılan bir çalışmada anemi hastalarında depresif bozukluk yaygın olarak bulunmuştur (301). İsveç (159) ve İran' da (160) yapılan çalışmalarda gebelerde anemi ve depresyon arasında ilişki saptanmıştır. Çin' de yapılan bir çalışma da ise çalışmamızla benzer şekilde anemi ve depresyon arasında ilişki saptanmamıştır (302). Ankara' da Yılmaz ve ark. nın yaptığı çalışmada depresyon sıklığı, anemisi olan grupta olmayanlara göre yüksek oranda bulunmuş (157), aksine Hindistan' da Lukose ve ark. nın yaptığı çalışmada ise anemisi olan hastalarda dep-

resif semptomların daha az sıklıkta görüldüğü belirlenmiştir (156). Çalışmamızda anemi ile depresyon sıklık ve şiddeti arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Çalışmamızda baktığımız bir diğer parametre de gebelik öncesi ve gebelik döneminde folik asit kullanımınıdır. Çalışmamızda literatüre uygun olarak folik asit kullanımı ve gebelik depresyonu arasında ilişki saptanmadı. Cho ve arkadaşlarının gebelikte folik asit alımının gebelik depresyonunu azaltıcı etkisinin incelendiği 1276 gebe üzerindeki çalışmalarında folik asit alımının gebelik depresyonunu azaltıcı etkisinin olmadığı saptanmıştır (303). Araştırmacılar, beslenmenin gebelik depresyonu ile olan ilişkisini ortaya koyabilmek için beslenmenin çok boyutlu değerlendirilmesinin gerektiği ve bu konuda çok daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğunu belirtmektedir (198,304).

Çalışmamıza katılan gebelerin %25,8' i TSH değerine göre hipotiroidik iken %5,4' ü hipotiroidi tanısı olmasına rağmen tedavi aldıkları için TSH değerine göre ötiroid idi. Geriye kalan %68,8' i tiroid açısından normaldi. Literatürde gebelerde TSH düzeyleri ve depresyon arasında ilişkiye dair az sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada klinik ve subklinik düzeyde hipotiroidi olan bireylerde psikiyatrik semptomların kontrollerden anlamlı olarak daha yüksek düzeyde görüldüğü, depresif belirtilerin ve BDÖ' ne göre depresyon düzeylerinin kontrollerden anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (305). Yaptığımız çalışmamızda gebelerimizin TSH ve T4 düzeyleri ile hipotiroidi olma durumlarına göre depresyon durumları ve depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Gebelikte, TSH ve T4 hormon düzeylerinde ciddi değişiklikler görülür. Gebelikte östrojen ve progesteron düzeyindeki artışla maternal depresyon arasında ilişki bulunmadığı ancak yükselmiş TSH hormonu ile gebelik depresyonu arasında güçlü bir ilişkinin olduğu belirtilmektedir (91,198).Yapılan bazı çalışmalarda subklinik hipotiroidi ve/veya tiroid peroksidaz antikor pozitifliğinin gebelik depresyonu ve DSD ile ilişkili olduğu gözlenmiştir (306-307).

Çalışmamızın sınırlılıkları ve güçlü yanlarına baktığımızda;

- ✓ Araştırmanın sadece bir ilçede ve tek merkezli olarak yapılmış olması
- ✓ Anket sorularından gelir durumunun, kişilerin kendilerine göre gelir gider algısı olarak kaydedilmiş olması,
- ✓ Depresyonla ilişkili olabilecek diğer risk faktörlerinin değerlendirilmemesi çalışmamızın sınırlılıkları olarak sayılabilir.
- ✓ Araştırmanın verilerinin yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmayı yapan hekim tarafından toplanmış olması,
- ✓ Ülkemizde gebelik depresyonu ve ilişkili sosyodemografik özellikleri inceleyen az sayıda çalışmaya ulaşılmıştır. Bu nedenle, yapılan bu tez araştırması ülkemizde toplum tabanlı gebelik depresyonu ve ilişkili sosyodemografik ve klinik özellikleri araştıran ilk çalışma olması,
- ✓ En yaygın kullanılan depresyon belirti değerlendirme ölçeği olan BDÖ' ni kullanmış olmamız araştırmamızın sonuçlarının diğer araştırmalarla karşılaştırılmasına olanak sağlaması çalışmamızın güçlü yanları olarak sayılabilir.

6.SONUÇLAR

Rize ili Çayeli ilçesi 1 No. lu Aile Sağlığı Merkezine bağlı aile hekimlikleri polikliniklerine gebelik takibine gelen, 186 gebe üzerinde yürütülen ve BDÖ ile gebelik depresyonu sıklığı ve diğer ilişkili etmenleri belirlemeyi amaçlayan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar şu şekildedir:

- ✓ Araştırmaya katılan gebelerde BDÖ ölçeği ile depresyon sıklığı % 17,74 olarak bulunmuştur.
- ✓ Araştırma kapsamında incelenen gebelerin %57,0' ında minimal depresif semptom, %25,3' ünde hafif düzeyde, %16,1' inde orta derecede ve %1,6' sında şiddetli düzeyde depresif semptom saptanmıştır.
- ✓ Aylık gelir düzeyi yükseldikçe depresyonu olan gebelerin yüzdesi anlamlı olarak azalıyordu.
- ✓ Çalışan gebeler içinde depresyonu olanların yüzdesi çalışmayanlardan anlamlı olarak düşüktü.
- ✓ Daha önce hiç sigara kullanmayanlar içinde depresyonu olanların yüzdesi gebelik öncesinde ve halen kullananlardan anlamlı olarak düşüktü
- ✓ Depresyonu olan gebelerin gebelik sayısı olmayanlardan anlamlı olarak yüksekti.
- ✓ Depresyonu olan gebelerin yaşayan çocuk sayısı depresyonu olmayanlardan anlamlı olarak yüksekti.
- ✓ Gebeliğini istemeyenler içinde gebelik depresyonu olanların yüzdesi isteyenlerden anlamlı olarak yüksekti.
- ✓ İncelenen gebelerden 35 yaş ve üzerinde olanlar içinde orta/şiddetli depresyonu olanların yüzdesi 18-35 yaş arasında olanlardan anlamlı olarak yüksekti.
- ✓ Gelir düzeyi düşük olan gebeler içinde orta/şiddetli depresyonu olan gebelerin yüzdesi gelir düzeyi orta ve yüksek olanlardan anlamlı olarak yüksekti.
- ✓ Gebeliğini istemeyenler içinde orta/şiddetli gebelik depresyonu olanların yüzdesi isteyerek gebe kalanlardan anlamlı olarak yüksekti.

7.ÖNERİLER

Tüm dünyada yaygın olarak görülen ve hem anne hem de fetus için ciddi sonuçlara neden olan gebelik depresyonunda erken tanı oldukça önemlidir. Bu nedenle öncelikli olarak riskli grup gebelik öncesinde belirlenmeli ve mümkünse gerekli takip ve tedaviden sonra gebelik planlanmalıdır.

Depresyon gebelerde yaygın görülmesine rağmen konu ile ilgili araştırmalar postpartum depresyon kadar geniş sayıda değildir. Oysaki gebelik depresyonu geçiren kadının postpartum depresyon geçirme riski ortalama 6,5 kat daha fazladır. Eğer gebelik döneminde depresyon tanısı konur ve etkin biçimde tedavi edilirse postpartum depresyonun önlenmesine yönelik önemli bir adım atılmış olacaktır. Bu anlamda bu kadar ciddi sonuçları olan gebelik depresyonunun belirlenmesi, önlenmesi, korunması ve tedavisinde başta hekim, ebe ve hemşire olmak üzere sağlık profesyonellerine çok büyük sorumluluklar düşmektedir. Gelişmiş ülkelerde olduğu gibi, ülkemizde de gebelik depresyonuna yönelik olarak gebelerin uzman bir ekip tarafından periyodik aralıklarla izlendiği depresyon tarama programları başlatılmalıdır.

Gebelerin en rahat ulaşabildiği sağlık kuruluşu birinci basamak sağlık kuruluşları dolayısıyla aile hekimleridir. Aile hekimlerinin, bu duruma duyarlı olmaları, gebelik öncesi ve doğum sonrası dönemlerde uygun tarama testlerini yaparak risk altında olduğunu düşündükleri kadınları daha sık kontrollere çağırmaları, gerekli olgularda tedavi ve ikinci basamağa sevk seçeneklerini değerlendirmeleri gerekir.

Bulduğumuz yüksek gebelik depresyonu düzeyleri nedeniyle, depresyon DÖB hizmetlerinde dikkatle ele alınmalı, öncelikle hatırlanmalı, tanı ve tedavi yaklaşımları geliştirilmelidir.

Depresyon gelişimini etkileyen tüm risk etmenleri dikkatle irdelenmeli ve ön-
lenebilir risk faktörleri açısından gerekli önlemler alınmalıdır.

Çalışmamızda da saptadığımız gibi özellikle istenmeyen gebeliklerde hem
depresyon görülme oranı hem de depresyon şiddeti daha yüksek bulunmuştur. Bu
nedenle gebeliklerin planlı olması için özellikle birinci basamakta uygun danışman-
lık hizmeti verilmesi, istenmeyen gebeliklerin önüne geçebilmek için de gerekli aile
planlaması yöntemleri hakkında hem bilgilendirme hem de hastaların bu yöntem-
lerine erişiminin sağlanması gerekmektedir.

Kadınlarda gebelik ve yaşayan çocuk sayısı arttıkça depresyon sıklığı arttı-
ğından, ailelerin özellikle kadının gebelik isteğini göz önüne alarak, ailenin sosyoe-
konomik koşullarını değerlendirerek bilinçli tercihlerle çocuk sahibi olması sağ-
lanmalıdır. Çünkü gelir düzeyi de çalışmamızda hem depresyon sıklığını hem de
şiddetini etkileyen faktörlerden biri olarak bulunmuştur. Yine kadınlarda çalışma
durumunun da depresyon açısından bir risk faktörü olduğunu düşünürsek kadınların
çalışmaya teşvik edilmesi ve onlar için iş imkanları yaratılması da bu risk faktörünü
ortadan kaldıracaktır.

Gebelik öncesi ve gebelik döneminde sigara kullanmanın depresyonla ilişkili
olduğu gözlemlendiği için kadınlara gebelik öncesi dönemden itibaren sigaranın anne
ve bebeğin sağlığı açısından ortaya çıkaracağı riskler konusunda danışmanlık hiz-
meti verilmeli, sigara içmeyen anneler de pasif içicilik konusunda yeterli düzeyde
bilinçlendirilmelidir.

Sonuç olarak birçok kadın gebelik sürecinin ortaya çıkardığı değişimlere ko-
laylıkla uyum sağlarken, bazı kadınlarda farklı düzeylerde duygulanım bozuklukla-
rı ortaya çıkabilmekte, gebelik dönemi gebe ve diğer aile fertleri için stresli bir sü-
reç olabilmektedir. Gebelik döneminde yaşanan depresyon, gebelik ve doğum
komplikasyonlarını arttırmakta, yenidoğanın sağlığını olumsuz etkilemektedir. Bu

nedenlerle gebelik öncesi veya gebelik döneminde duygu durum bozukluklarının erken tanınması sadece gebe için değil bebek ve aile için de oldukça önemlidir.

Gebenin, planlı ve istenen bir gebelik geçirmesinden gebelik sürecine uyum sağlamasına, yeni ortaya çıkan veya tekrar alevlenen depresyon belirtilerinin erken dönemde saptanmasından ortaya çıkan sürecin yönetilmesine kadar bir çok noktada biz birinci basamak sağlık çalışanlarına kritik roller düşmektedir.



8.KAYNAKLAR

- 1.Çevik A, Volkan VD. Depresyonun psikodinamik etiyolojisi. Depresyon Monografları Serisi 3. 1993. p.109-122.
- 2.Tamam L, Namlı Z, Karaytuğ MO. Depresyon Kliniği. Türkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics. 2012;5(2):34-38
- 3.Carter D, Kostaras X. Psychiatric disorders in pregnancy, BC Medical Journal; 47: 96-99, 2005.
- 4.Ekuklu G, Tokuç B, Eskiocak M, Berberolu U, Saltık A. Prevalence of postpartum depression in Turkey (Edirne) and some related factors. J Reprod Med. 2004 49 : 908-914. ;
- 5.Yıldız M, Ünal S. Gebelik ve Psikiyatrik sorunlar. PsychoMed, 1996;2(4):141-146.
- 6.Özkan S. Psikiyatrik tıp. Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi Kitabı. 1.Baskı. İstanbul: Roche; 1993. p.201-9. 6. Marcus SM, Flynn HA, Blow FC, Barry KL. Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. J Womens Health (Larchmt) 2003;12:373-80.
- 7.Allister L, Lester BM, Carr S, Liu J. The effects of maternal depression on fetal-heart rate response to vibroacoustic stimulation. Dev Neuropsychol 2001;20:639-51.
8. Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. Obstet Gynecol 2000;95:487-90.
9. Smith MV, Brunetto WL, Yonkers KA. Identifying perinatal depression: Sooner is better. Contemporary Obstetrics and Gynecology 2004;49:58.
- 10.Chen H, Chan YH 3rd, Tan KH, Lee T. Depressive symptomatology in pregnancy a Singaporean perspective. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2004;39:975-9.
11. Stocky A, Lynch J. Acute psychiatric disturbance in pregnancy and the puerperium. Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2000;14:73-87.
- 12.Llewellyn AM, Stowe ZN, Nemeroff CB. Depression during pregnancy and the puerperium. J Clin Psychiatry 1997;58(Suppl15):26-32 6.

- 13.Marcus SM, Flynn HA, Blow FC, Barry KL. Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. J Womens Health (Larchmt) 2003;12:373-80.
- 14.Marakoğlu K, Şahsıvar MŞ. Gebelikte depresyon. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2008;28:525-532.
- 15.Sevindik F. Elazığ ilinde gebelikte depresyon prevalansı ve etkileyen faktörler (Yüksek lisans tezi). Elazığ, Fırat Üniversitesi, 2005
- 16.Taşkın, L. (2011). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara.
17. Szevereniyi P, Poka R, Hetey M, Torok Z. (1998). Contents of childbirth-related fear among couples wishing the partner's presence at delivery. J Psychosom Obstet Gynaecol., 19(1): 38-43.
- 18.Alderdice, F., McNeill, J., & Lynn, F. (2013). A systematic review of systematic reviews of interventions to improve maternal mental health and well-being. Midwifery, 29,389–399.
- 19.Allison SJ, Stanford J, Anumba DOC: The effect of stress and anxiety associated with maternal prenatal diagnosis on feto-maternal attachment. BMC Womens Health. 2011, 11.
- 20.Şahin EM, Kılıçaslan S. Son Dönem gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2010;27(1):51-58.
- 21.Eskici L, Demir Akca AS, Atasoy N, Arıkan İ, Harma M. Gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğunun obstetrik sonuçları ve yenidoğan üzerine etkileri. Anatol J Clin Investig 2012;6(1):10-16
22. Bertan M, Güler Ç. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: Güneş Kitabevi;1997.
- 23.Özvarış Ş.B, Akın A. Türkiyede Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinden Yararlanma Erişim Adresi: <http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/yayinarsag.shtml>, Erişim Tarihi:07.06.2004
- 24.Bilgel N. Halk Sağlığı Bakışıyla Ana ve Çocuk Sağlığı. Bursa: Güneş & Nobel Tıp Kitabevi; 1997
- 25.Köknel Ö. Duygudurum bozukluklarının tarihçesi. Duygudurum Dizisi.2000;1:5-11
- 26.Babaoğlu A. Psikiyatri tarihi: Okuyan Us Yayınları; 2002.

- 27.Boratav C. Duygudurum bozuklukları ve nozoloji: eleştirel bir inceleme. Duygudurum Dizisi. 2000;1:8-28
- 28.Cimilli C.,(2001). Depresyonda sosyal ve kültürel etmenler. Duygu durumu bozuklukları- 4. Çizgi Tıp yayınevi, Ankara; 157-68
- 29.Steiner M, Dunn E, Born L. Hormones and mood: from menarche to menopause and beyond.J Aff Disorders 2003; 74:67-83
- 30.Weissman MM, Olfson M. Depression in women: implications for health care research.Science 1995;269:799-801.
- 31.Klose, M., & Jacobi, F. (2004). Can gender differences in the prevalence of mental disorders be explained by sociodemographic factors?. Archives of women's mental health, 7(2), 133-148.
- 32.Murray CJ, Lopez AD, Organization WH. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020: summary. 1996.
- 33.Organization WH. Depression: a global crisis. World Mental Health Day.2012;10
- 34.İşık E., İşık U., Taner Y.(2013), Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar; Ziraat Gurup Matbaacılık, Ankara
- 35.Savrun B. Depresyonun tanımı ve epidemiyolojisi. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller sempozyumu. 1999:11-17
- 36.Andrade L, Caraveo-anduaga JJ, Berglund P, Bijl RV, Graaf RD, Vollebergh W,et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. International journal of methods in psychiatric research. 2003;12(1):3-21.
- 37.Karg RS, Bose J, Batts KR, Forman-Hoffman VL, Liao D, Hirsch E, et al. Past year mental disorders among adults in the United States: results from the 2008–2012 Mental Health Surveillance Study. CBHSQ Data Review. 2014:1-94
- 38.Kaya B, Kaya M. 1960'lardan Günümüze Depresyonun Epidemiyolojisi,Tarihsel Bir Bakış. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2007;10(6):3-10.
- 39.Rezaki M. Bir Sağlık Ocağına Başvuran Hastalarda Depresyon.TürkPsikiyatriDergisi1995;6(1):13-20.

- 40.Yemez B, Alptekin K. Depresyon etiyolojisi. Psikiyatri Dünyası 1998;2(1):21-25
- 41.Tarhan N, Çetin M. Depresyonda Biyolojik Göstergeler. Depresyon Monografları Serisi: Hekimler Yayın Birliği; 1993. p. 175-200
- 42.Yalvaç HD. Depresyonun Epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics. 2012;5(2):7
- 43.Ünal S, Özcan E. Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2000;1(1):41-8
- 44.Elgün S. Depresyon Nörobiyokimyası. Modern Tıp Seminerleri 2001, 18:8-19
- 45.Andreasen C, Black D. Introductory textbook of psychiatry. Arlington: American Psychiatric Association. Inc; 2006
- 46.Öztürk O, Uluşahin A. 'Ruh Sağlığı ve Bozuklukları' 11. Baskı Ankara, 2011
- 47.Brown A, Gershon S. Dopamine and depression. Journal of Neural Transmission/General Section JNT, 1993; 91:75-109
- 48.Nelson JC, Davis JM: DST Studies in Psychotic Depression: a meta-analysis. Am J Psychiatry, 154: 1497-1503, 1997
- 49.Musselman DL, Nemeroff CB: Depression and Endocrine Disorders: Focus on the thyroid and adrenal system. Br J Psychiatry, 168: 123-128, 1996
- 50.Bielen J, Melada A, Markelic I. Depression and circadian typology. Psychiatr Danub, 2015;27:190-2.
- 51.Parry BL. Rhythms and Blues. Journal of Women's Health, 2016.
- 52.Roberts RE, Shema SJ, Kaplan GA, Strawbridge WJ. Sleep complaints and depression
- 53.Bergfeld IO, Mantione M, Hoogendoorn MLC, et al: Deep brain stimulation of the ventral anterior limb of the internal capsule for treatment-resistant depression: A randomized clinical trial. JAMA Psychiatry 1:73(5):456–64, 2016
- 54.Prof. Dr. Müfit Uğur, İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Türkiyede Sık Karşılaşılan Psikiatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No: 62,S:59-84,2008
- 55.Hoeksema, S. N. (2011). Mood Disorders. S. N. Hoeksema içinde, Abnormal Psychology(5 b., s. 180-220). New York: McGraw-Hill
- 56.Leahy R, Holland S.; Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders. The Guilford Press; New York, NY: 2000
- 57.Doğan, Sociology of mental health and disorders 2006:24.

- 58.Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC, Berglund P, Bromet EJ, Brugha TS, et al. Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. Archives of general psychiatry.2009;66(7):785-95
- 59.Kavakçı Ö, Bilici M, Çam G, Ülgen M. Trabzon ilinde elli beş yağından büyüklerde depresyon ve bilişsel bozulma yaygınlığı. Anadolu Psikiyatri Derg 2011;12(4):258-65
- 60.Beekman AT et all. Major and Minor Depression in Later Life: A Study Of Prevalence And Risk Factors, J Affect Disord, s:65-75,(1995)
- 61.Roberts RE, et all. Does Growing Old İncrease The Risk For Depression? Am J Psychiatry, s:1384-1390,(1997)
- 62.Joska JA, Stein DJ. Mooodisorders. In: Hales RE, Yudofsky SC, Gabbard GO, eds. Textbook of Psychiatry. 5th Edition, pp.457-504, American Psychiatry Publishing, Washington DC, 2008
- 63.Fava M, Kendler KS. Major depressive disorder,Neuron. 2000; 28(2): 335-41.
- 64.İşık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar, Görsel Sanatlar Matbaacılık, Ankara,2003.s.20-32.
- 65.Doğan O. Depresyonun Epidemiyolojisi. Duygudurum dizisi 2000; 1:29-38
- 66.Lorant V, Croux C, Weich S, Deliege D,Mackenbach J, Ansseau M, Depression and socioeconomic risk factors,British Journal of Psychiatry, 2007;190:293-298
- 67.La Gory M, Ritchey FJ, Mullis J. Depression among the homeless. Journal of Health and Social Behavior. 1990;31(1):87-102.
- 68.Sıantz M. Correlates of maternal depression among Mexican-American migrant farmworker mothers. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing. 1990;3(1):9-13
- 69.Berksun OE, Ünal S, Göğüş AK: Psikiyatrik rahatsızlıklar ve presipitan faktör olarak yaşam olayları. Türk Psikiyatri Dergisi 1991;2(2):141-145
- 70.Black SA. Increased health burden associated with comorbid depression in older diabetic Mexican Americans. Results from the Hispanic Established Population for the Epidemiologic Study of the Elderly survey. Diabetes care. 1999;22(1):56-64.
- 71.Dew MA, Roth LH, Schulberg HC, Simmons RG, Kormos RL, Trzepacz PT, et al. Prevalence and predictors of depression and anxiety-related disorders during

- the year after heart transplantation. General Hospital Psychiatry. 1996;18:48-61.
72. Tezcan E. Depresyonun ayırıcı tanısı. Duygudurum Dizisi. 2000;2:77-98. 99. Işık U. Açıkyürek K., Işık, E. ,Depresyonun Biyolojik Etiyolojisi. Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluk, 2013, s:71-103
73. Annagür BB, Depresyon Hastalarında Dürtü Kontrol Bozuklukları Sıklığı, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, (2008)
74. Çelik FH, Hocaoglu Ç. Major depresif bozukluk'tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. Journal of Contemporary Medicine. 2016;6(1):51-66
75. Özpoyraz N, Taman L. Duygudurum Bozuklukları. Galenos Dergisi. 1998:37-46
76. Yavuz R. Depresyonun Kliniği. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu. 1999:29-34
77. Yakın G. İstanbul Dr. Lütfi Kırdar Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Sağlık Personellerinin (Hemşire, Ebe, Sağlık Memuru ve Acil Tıp Teknisyeni) Depresyon ve Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. T.C. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul. 2014
78. Amerikan Psikiyatri Birliği. DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri. In: Köroğlu E, ed. 2. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2000. p.151-63.
79. Cott AD, Wisner KL. Psychiatric disorders during pregnancy. Inter Rev. Psychiatry 2003; 15: 217–230.
80. Sonawalla SB, Rosenbaum JF (eds). Women's Health and Psychiatry. Philadelphia. Lippincott, Williams and Wilkins. 2002:115-123.
81. Klein M, Essex M. Pregnant or depressed ? The effects of overlap between symptoms of depression and somatic complaints of pregnancy on rates of major depression in the second trimester. Depression 1995;2:308-314.
82. Altshuler LL, Hendrick V, Cohen LS. Course of mood and anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period. Journal of Clinical Psychiatry. 1998; 59, Suppl. 2:29–33

83. Grof P., Robbins W, Alda M, Berghoefer A, Vojtechovsky M, Nilsson A, Robertson C. Protective effect of pregnancy in women with lithium-responsive bipolar disorder. *J. Aff Disorders*, 2001;61:31–39.
84. Freeman MP, Wosnitzer-Smith K, Freeman SA, McElroy SL, Kmetz GF, Wright R, Keck PE Jr. The impact of reproductive events on the course of bipolar disorder in women. *J. Clin Psychiatry*. 2002; 63:284–287
85. Blehar M, Depaulo J, Gershon E, Reich T, Simpson SG, Nurnberger J Jr. Women with bipolar disorder: findings from the NIMH genetics initiative sample. *Psychopharm Bulletin*. 1998;34:239–243
86. Viguera AC, Cohen LS, Baldessarini RJ, Nonacs R. Managing bipolar disorder during pregnancy: weighing the risks and benefits. *Can J Psychiatry*. 2002; 47:426–436.
87. Viguera AC, Cohen LS, Bouffard S, Whitfield TH, Baldessarini RJ. Reproductive decisions by women with bipolar disorder after prepregnancy psychiatric consultation. *Am J Psychiatry*. 2002;159: 2102–2104.
88. Viguera AC, Nonacs R, Cohen LS, Tondo L, Murray A, Baldessarini RJ. Risk of recurrence of bipolar disorder in pregnant and nonpregnant women after discontinuing lithium maintenance. *Am J Psychiatry*. 2000;157:179–184
89. Vırit O, Akba E, Sava HA, Sertba G, Kandemir H. Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arivi* 2008; 45:9-13
90. Stewart D. Depression during pregnancy . *Can Fam Physician* 2005; 51:1061-1063.
91. Muzik M, Marcus SM, Heringhausen JE, Flynn HA. When depression complicates child bearing: guidelines for screening and treatment during antenatal and postpartum obstetric care. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2009; 36:771–788
92. Bödecs T, Horvath B, Kovacs L, Diffellne Nemeth M, Sandor J. Prevalence of depression and anxiety in early pregnancy on a population based Hungarian sample. *Orv Hetil* 2009; 150:1888-1893.
93. Da Costa D, Larouche J, Dritsa M, Brender W. Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *J Affect Disord* 2000; 59:31-40.
94. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol* 2004; 103:698-709.

95. Karataylı S. Gebelerde trimesterler arası depresyon, anksiyete, diğer ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi düzeyleri, Uzmanlık Tezi, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Konya 2007
96. Okagbue HI, Adamu PI, Bishop SA, Oguntunde PE, Opanuga AA, Akhmetshin EM. Systematic Review of Prevalence of Antepartum Depression during the Trimesters of Pregnancy. Open Access Macedonian Journal Of Medical Sciences 2019 May 15; 7(9): 1555–1560
97. Karaçam Z, Ançel G . Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: A study in a Turkish population. Midwifery 2009; 25:344-356.
98. Altınay S. Gebelikte depresyon prevalansı, sosyodemografik özellikler, obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi (Uzmanlık tezi). Ankara, Ankara Üniversitesi, 1999.
99. Gölbaşı Z, Kelleci M, Kısacık G. Gebelikte depresif belirtiler: Prevelans ve risk faktörlerine ilişkin bir çalışma. 5. Uluslar Arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 19-22 Nisan 2007, Ankara, Türkiye. Kongre Özet Kitabı sayfa 255
100. Çelik, F.G.N. Köken, and M. Yılmaz, Gebelikte Depresyon Semptomlarının Sıklığı ve Depresyon Gelişimini Etkileyen Faktörler. The Anatolian Journal of Clinical Investigation, 2013. 7(2): s. 110-117.
101. Angold A, Costello EJ, Worthman CM. Puberty and depression: the roles of age, pubertal status and pubertal timing. Psychol. Med 1998; 28: 51–61.
102. Strauss JF, Barbieri RL. İnsan Gebelik Endokrinolojisi ve Fetal Plasental Nöroendokrin Gelişim. Yen & Jaffe Üreme Endokrinolojisi, Fizyoloji, Patofizyoloji ve Klinik Muayene. Mesiano S., Jaffe RB. (eds) Güneş Kitabevi 5. Baskı 2006; 213-307.
103. Harris B, Othman S, Davies JA. Association between postpartum thyroid dysfunction and thyroid antibodies and depression. BMJ, 1992; 305:152-156.
104. Williams KE, Casper RC. Reproduction and its psychopathology. Women's Health: Hormones, Emotions and Behavior, Casper RC, 1. baskı, Cambridge University Press, 1998;14-35
105. Bloch M, Schmidt PJ, Danaceau M. Effects of gonadal steroids in women with history of postpartum depression. Am J Psychiatry, 2000;157,6:924-930

106. Sichel DA, Cohen LS, Robertson LM, Rutenber A, Rosenbaum JF. Prophylactic estrogen in recurrent postpartum affective disorder. *Biological Psychiatry*. 1995;38(12):814-818.
107. O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, Wright EJ. Prospective study of postpartum blues. Biologic and psychosocial factors. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48(9):801-816. city Press, 1998;14-35
108. Harris B, Johns S, Fung H, Thomas R, Walker R, Read G. The hormonal environment of postnatal depression. *Br J Psychiatry* 1989;154:660-667.
109. Gregoire AJP, Kumar R, Evetitt B. Transdermal oestrogen for treatment of severe postnatal depression. *Lancet*, 1996; 347:930-933.
110. Ahokas A, Aito M, Turiainen S. Association between oestradiol and puerperal psychosis. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;101: 167-169.
111. Oinonen KA, Mazmanian D. To what extent do oral contraceptives influence mood effect? *J Affect Disord* 2002; 70: 229-40.
112. Buckwalter JG, Stanczyk FZ, McCleary CA, Bluestein BW, Buckwalter DK, Rankin KP, et al. Pregnancy, the postpartum, and steroid hormones: effects on cognition and mood. *Psychoneuroendocrinology*. 1999; 24: 69-84.
113. Bosworth HB, Bastian LA, Kuchibhatla MN, Steffens DC, McBride CM, Skinner CS, et al. Depressive symptoms, menopausal status, and climacteric symptoms in women at midlife. *Psychosom Med* 2001; 63: 603-8.
114. Freeman EW, Sammel MD, Liu L, Gracia CR, Nelson DB, Hollander L. Hormones and menopausal status as predictors of depression in women in transition to menopause. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 62-70.
115. Zweifel JE, O'Brien WH. A meta-analysis of the effect of hormone replacement therapy upon depressed mood. *Psychoneuroendocrinology* 1997, 22: 189-212.
116. Yonkers KA. The association between premenstrual dysphoric disorder and other mood disorders. *J Clin Psychiatry* 1997; 58 (Suppl 15): 19-25
117. Fink G, Sumner BE, Rosie R, Grace O, Quinn JP. Estrogen control of central neurotransmission: effect on mood, mental state, and memory. *Cell. Mol. Neurobiol*. 1996; 16: 325– 344.

- 118.Sumner BE, Fink G, The density of 5-hydroxy- tryptamine receptors in fo-
rebrain is increased at pro-oestrus in intact female rats. *Neuroscience Letters*.
1997; 234:7–10.
- 119.Birzniece V, Backstrom T, Johansson IM, et al. Neuroactive steroid effects on
cognitive functions with a focus on the serotonin and GABA systems. *Brain*
Res Rev. 2006;51:212-239.
- 120.Bloch M, Daly RC, Rubinow DR. Endocrine factors in the etiology of
postpartum depression. *Compr Psychiatry* 2003; 44:234-46.
- 121.Gülseren L. Postpartum depression: A Review. *Türk Psikiyatri Derg*
1999;10(1):58-67
- 122.Victoria Hendrick. *Psychiatric Disorders in Pregnancy and the Postpartum*
Humana Press Inc, 2006; 41-83, 179-195.
- 123.Diego MA, Field T, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, GonzalezQuin-
tero VH. Prenatal depression restricts fetal growth. *Early human development*.
2009;85(1):65-70
- 124.Steiner M, Yonkers K. *Depression in Women*. Martin Dunitz Ltd, 1998;26-
47.
- 125.Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, et al. Inf-
luence of life stres on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT
gene. *Science* 2003; 301: 386–90.
- 126.Erdal E, Herken H, Barlas Ö, Erdal N. Serotonin Transporter Gen Polimorfiz-
mi. *Klin Psikiyatr Derg* 2000; 3: 192-6.
- 127.MurphyK-Eberenz K, Zandi PP, March D, Crowe RR, Scheftner WA, Alexan-
der M, et al. Is perinatal depression familial? *J Affect Disord* 2006; 90: 49–55.
- 128.Accort EE, Freeman MP, Allen JB. Women and Major Depressive Disorder:
Clinical Perspectives on Casual Pathways. *Journal of Women’s Health* 2008;
17(10):1583-90.
- 129.O’Hara MW. *Postpartum depression: Causes and Consequences*. New
York,NY:Springer-Verlag ;168-194.1995.
- 130.Kumar R, Robson MK. A prospective study of emotional disorders in
childbearing women. *Br J Psychiatry* ;144:35-47.1984
- 131.Leigh B, Milgrom J. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression
andparenting stress. *BMC psychiatry*. 2008;8(1):24.

132. Bowen A, Muhajarine N. Prevalence of antenatal depression in women enrolled in an outreach program in Canada. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 20
133. Figueiredo B, Pacheco A, Costa R. Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Archives of women's mental health*. 2007;10(3):103-9.
134. Lau Y, Keung DWF. Correlates of depressive symptomatology during the second trimester of pregnancy among Hong Kong Chinese. *Social Science & Medicine*. 2007;64(9):1802-11.
135. Cohen LS, Altshuler LL, Harlow BL, Nonacs R, Newport DJ, Viguera AC, et al. Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. *Jama*. 2006;295(5):499-507. 06;35(4):491-8.
136. Bowen A, Muhajarine N. Antenatal depression. *Can Nurse*, 2006 102: 26-30.
137. Edwards B, Galletly C, Semmler-Booth T, Dekker G. Antenatal psychosocial risk factors and depression among women living in socioeconomically disadvantaged suburbs in Adelaide, South Australia. *Aust N Z J Psychiatry*, 2008 42: 45-50
138. Records K, Rice MJ. Lifetime physical and sexual abuse and the risk for depression symptoms in the first 8 months after birth. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2009;30: 181–190.
139. Clark A, Skouteris H, Wertheim EH, Paxton SJ, Milgrom J. The relationship between depression and body dissatisfaction across pregnancy and the postpartum: A prospective study. *J Health Psychol* 2009; 14:27-35
140. Sağduyu A, Ögel K, Özmen E, Boratav C. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyon. *Türk Psikiyatri Derg* 2000;11(1):3-16.
141. Aydın N, Gürel D, Vural A, Vargel S. Bronşial astım hastalarında depresyon ve anksiyete varlığı. *Türkiye Klinikleri J Alergi-Asthma* 2002;4:119-124.
142. Altan L, Bingöl Ü, Sağırkaya Z, Sarandöl A, Yurtkuran M. Romatoid artritli hastalarda anksiyete ve depresyon. *Romatizma* 2004;19(1):7-13.
143. Ryan, D, Milis L, Mirsi N. Depression During Pregnancy, *Canadian Familian Physician* 2005; 51: 1087-93

144. Bai X, Liu Z, Li Z, Yan D. The association between insulin therapy and depression in patients with type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis. *BMJ Open*. 2018;8:e020062.
145. Ross GP, Falhammar H, Chen R, Barraclough H, Kleivenes O, Gallen I. Relationship between depression and diabetes in pregnancy: a systematic review. *World J Diabetes*. 2016;7:554
146. Byrn M, Penckofer S. The Relationship Between Gestational Diabetes and Antenatal Depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2015;44(2):246-55
147. Kim C, Brawarsky P, Jackson RA, Fuentes-Afflick E, Haas JS. Changes in health status experienced by women with gestational diabetes and pregnancy-induced hypertensive disorders. *J Womens Health (Larchmt)* 2005;14(8):729-36.
148. Katon JG, Russo J, Gavin AR, Melville JL, Katon W. Diabetes and depression in pregnancy: Is there an association? *J Womens Health (Larchmt)* 2011;20(7):983–9.
149. Vesga-Lopez O, Blanco C, Keyes K, Olfson M, Grant BF, Hasin DS. Psychiatric Disorders in Pregnant and Postpartum Women in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65(7):805–15
150. Byrn M, Penckofer S. The Relationship Between Gestational Diabetes and Antenatal Depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2015;44(2):246-55
151. Daniells S, Grenyer BF, Davis WS, Coleman KJ, Burgess JA, Moses RG. Gestational diabetes mellitus: is a diagnosis associated with an increase in maternal anxiety and stress in the short and intermediate term? *Diabetes Care* 2003;26(2):385-9
152. Orbay E , Tüzün S , Çinkıt B , Ölmez M , Tekin S , Purut E , Bulut S , Sargın M . Antenatal Anxiety in Pregnant Women with Gestational Diabetes Mellitus. *Ankara Med J*. 2017; 17(2): 111-118.
153. Jain VK (1972) A psychiatric study of hypotiroidism, *Psychiatr Clin*, 5(2):121-130
154. Gold MS, Pottash AL, Extein I (1981) Hypothyroidism and depression, Evidence from complete thyroid function evaluation, *JAMA*, 15, 245(19): 1919-1922

- 155.Bauer M, Whybrow PC (2001) Thyroid hormone, neural tissue and mood modulation, *World J Biol Psychiatry*, 2(2): 59-69
- 156.Lukose, A., et al., Nutritional factors associated with antenatal depressive symptoms in the early stage of pregnancy among urban South Indian women.
- 157.Yilmaz, E., et al., Relationship between anemia and depressive mood in the last trimester of pregnancy. *The Journal of Maternal-Fetal Neonatal Medicine*, 2017. 30(8): s. 977-982 DOI: 10.1080/14767058.2016.1194389.
- 158.Adler L.Tsamir J.,Katz R.,Koren G.,Yehoshua I., Associations of sociodemographic and clinical factors with perinatal depression among Israeli women: a cross-sectional study. *Adler et al. BMC Psychiatry* (2019) 19:331
- 159.Eckerdal P, Kollia N, Löfblad J, Hellgren C, Karlsson L, Högberg U, et al. Delineating the association between heavy postpartum haemorrhage and postpartum depression. *PLoS One*. 2016;11:e0144274.
- 160.Goshtasebi A, Alizadeh M, Gandevani SB. Association between maternal anaemia and postpartum depression in an urban sample of pregnant women in Iran. *J Health Popul Nutr*. 2013;31:398–402
- 161.Robertson E, Grace S,Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression; a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry* 2004;26;289-295.
- 162.Marzuk M, Tardiff K, Leon AC et al. Lower risk of suicide during pregnancy. *Am J Psychiatry*; 154: 122-123.1997.
- 163.Appleby L. Suicide during pregnancy in the first postnatal year. *BMJ*;302:137-140.1991.
- 164.Davis EP, Glynn LM, Schetter CD, Hobel C, Chiciz-Demet A, Sandman CA. Prenatal exposure to maternal depression and cortisol influences infant temperament. *J Am Acad Child Psychiatry* 2007; 46:737-746.
- 165.Wolfrohm HM, The psychological factor in spontaneous abortion, *Journal of Psychosomatic Research*, 12;1,67-71,1968.
- 166.Hoffman S, Hatch MC. Depressive symptomatology during pregnancy: evidence for an association with decreased fetal growth in pregnancies of lower social class women. *Health Psychol*. 19(6):535-43, 2000.

- 167.Preti A, Cardascia L, Zen T, Pellizzari P, Marchetti M, Favaretto G, Miotto P.Obstetric complications in patients with depression--a population-based case-control study. *J Affect Disord*, 61(1-2):101-6.2000.
- 168.McAnarney ER, Stevens-Simon C. Maternal psychological stress/depression and low birth weight. Is there a relationship? *Am J Dis Child* 144:789–92. 1990.
- 169.Cohler BJ, Gallant DH, Grunebaum HU, Weiss JL, Gamer E. Pregnancy and birth complications among mentally ill and well mothers and their children. *Soc Biol*22:269–78,
- 170.Chung TKH, Lau TK, Yip AS, Chiu HF, Lee DT. Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. *Psychosom Med*; 63: 830–4, 2001
- 171.Zax M, Sameroff AJ, Babigian HM. Birth outcomes in the offspring of mentally disordered women. *Am J Orthopsychiatry* 47: 218–30. 1977
- 172.Dayan J, Creveuil C, Herlicoviez M, Herbel C, Baranger E, Savoye C, Thouin A. Role of anxiety and depression in the onset of spontaneous preterm labor. *Am JEpidemiol.* 15;155(4):293-301.2002.
- 173.Orr ST, James SA, Blackmore Prince C. Maternal prenatal depressive symptoms and spontaneous preterm births among African-American women in Baltimore, Maryland. *Am J Epidemiol.*1;156(9):797-802, 2002.
- 174.Smith R, Cubis J, Brinsmead M, Lewin T, Singh B, Owens P, and others. Moodchanges, obstetric experience and alterations in plasma cortisol, beta-endorphin andcorticotrophin releasing hormone during pregnancy and the puerperium. *JPsychosom Res* 34: 53–69, 1990
- 175.Mahomed K, Gülmezoglu AM, Nikodem VC, Wolman WL, Chalmers BE, Hofmeyr GJ. Labor experience, maternal mood and cortisol and catecholamine levels in low-risk primiparous women.*J Psychosom Obstet Gynaecol.*16(4):181-6, 1995.
- 176.Kurstjens S., Wolke D. Effects of Maternal Depression on Cognitive Development of Children Over the First 7 Years of Life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 2001; 42(5):623-636
- 177.Talge NM, Neal C, Glover V, Early Stress, Translational Research and Prevention Science Network: Fetal and Neonatal Experience on Child and Adolescent

- Mental Health Antenatal maternal stres and long-term effects on child neurodevelopment: how and why? *J Child Psychol Psychiatry*, 2007 48:245-261.
- 178.O'hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. *Annual review of clinical psychology*. 2013;9:379-407
- 179.Norhayati M, Hazlina NN, Asrenee A, Emilin WW. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *Journal of affective Disorders*. 2015;175:34-52.
- 180.O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2014;28(1):3-12
- 181.Ayvaz S, Hocaoglu Ç, Tiryaki A, Ak İ. Trabzon il merkezinde doum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri *Türk Psikiyatri Derg* 2006;17:4:243-251.
- 182.Cebeci SA, Aydemir Ç, Göka E. Puerperal dönemde depresyon semptom prevalansı: obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi. *Kriz Dergisi* 2002;10(1):11-18.
- 183.Zuckerman B, Amaro A, Bauchner H, Cabral H. Depressive symptoms during pregnancy: Relationship to poor health behaviours. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 160:1107-1111
- 184.Erdem Ö, Erten Bucaktepe G, Kara IH. Aile hekimliği polikliniğine başvuran kadınlarda demir eksikliği anemisi ve gestasyon öyküsü ilişkisi. *Dicle Tıp Dergisi* 2009;36(2):123-6
- 185.Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi" T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 925, Ankara, 2014.
- 186.Tucker J, Hall M, Howie P, Reid M, Barbour R, du V Florey C, et al. Should obstetricians see women with normal pregnancies? A multicentre randomised controlled trial of routine antenatal care by general practitioners and midwives compared with shared care led by obstetricians. *BMJ* 1996;312(7030):554-9.
- 187.Durusoy R, Davas A, Ergin I, Hassoy H, Tanik FA. İzmir'de ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuran gebelerin aile hekimi tarafından izlenme sıklıkları ve etkileyen etmenler. *Turkish Journal of Public Health* 2011;9(1):1.
- 188.Phillips K. Preventing, identifying and treating maternal depression: Tools for employers. *Center for prevention and health services. Issue Brief* 2005: 1-20.

- 189.Dimidjian S, Goodman S. Nonpharmacologic intervention and prevention strategies for depression during pregnancy and the postpartum. Clin Obstet Gynecol 2009; 52:498-515.
- 190.Alkan M. Kişilerarası ilişkiler terapisi. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics 2009;2:14-20
- 191.Demiralp M, Oflaz F. Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri ve psikiyatri hemşireliği uygulaması. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007; 8:132-139.
- 192.Ter Horst PG, Smit JP. Antidepressants during pregnancy and lactation. Tijdschr Psychiatr 2009; 51:307-314
- 193.Bulletin AP. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists Use of Psychiatric Medications During Pregnancy and Lactation. FOCUS. 2009;7(3):385-400
- 194.Marakoğlu K, Özdemir S, Çivi S. Postpartum depresyon. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences. 2009;29(1):206-14
- 195.Field T, Diego M, Dieter J, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, et al. Prenatal depression effects on the fetus and the newborn. Infant Behavior and Development. 2004;27(2):216-29.
- 196.Sidebotham M. Mental health problems. Mayes' Midwifery: A Textbook For Midwives, 13th ed(Eds C Henderson, S Macdonald). 2004:918-34.
- 197.Schimmell MS, Katz EZ, Shaag Y, Pastuszak A, Koren G. Toxic neonatal effects following maternal clomipramine therapy. Journal of Toxicology: Clinical Toxicology. 1991;29(4):479-84.
- 198.Brenda M, Leung Y, Bonnie ND, Kaplan J. Perinatal depression: prevalence, risks, and the nutrition link-a review of the literature. J Am Diet Assoc 2009; 109: 1566- 1577.
- 199.Dimidjian S, Goodman S. Nonpharmacologic intervention and prevention strategies for depression during pregnancy and the postpartum. Clin Obstet Gynecol 2009; 52:498-515
- 200.Veena N, Bairy KL, Virupaksha D. Treatment of depression during pregnancy.Kuwait Medical Journal. 2010;42(3):187-91.
- 201.Chang MY, Chen CH. Evidence-based management of perinatal depression. Hu Li Za Zhi 2008; 55:5-9

- 202.American Psychiatric Association. The Practice of Electroconvulsive Therapy: Recommendations for Treatment, Training, and Privileging. 2nd edition. Washington DC, American Psychiatric Association 2001
- 203.Akdeniz F, Gönül AS. (2004). Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. Klinik Psikiyatri, (Ek 2): 70-74.
- 204.Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara, Türkiye 2018.
205. Kölgelir S, Demiraslan H, Kandaş B, Güler D. Gebelerde Toksoplazma gondii seroprevalansı. Dicle Tıp Derg 2009;36(3):170-172.
- 206.Bektaş E. Hastanemiz gebe polikliniğine başvuran gebelerde normal doğum ve sezaryan tercihi ve nedenleri ile ilgili anket çalışması. Uzmanlık tezi. Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, 2008.
- 207.Zaman FK, Özkan N, Toprak D. Gebelikte depresyon ve anksiyete artar mı? Konuralp Tıp Dergisi. 2018;10(1):20-25.
- 208.Arslan B, Arslan A, Kara S ve arkadaşları. Gebelik anksiyete ve depresyonunda risk faktörleri: 452 olguda değerlendirme. Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi 2011;21(2):79-84.
- 209.Dağlar G, Nur N. Gebelerin stresle başa çıkma tarzlarının anksiyete ve depresyon düzeyi ile ilişkisi. Cumhuriyet Tıp Dergisi 2014;36:429-441.
- 210.Çakır L, Can H. Relation between sociodemographic variables with the levels of depression and anxiety in pregnancy. Turkish Family Physician 2012;3:35-42.
- 211.Balcı E, Gün İ, Özçelik B, Öztürk A. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Doğum Polikliniğine başvuran gebelerin sevk ve sağlık ocaklarını kullanma durumu. Sağlık Bilimleri Dergisi 2005;14(2):91-96.
- 212.Kılıçarslan S. Edirne şehir merkezindeki son trimester gebelerin sosyodemografik özellikleri, yaşam kalitesi, kaygı düzeyleri. Uzmanlık tezi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana bilim Dalı, 2008.
- 213.Akbaş E, Vırt O, Kalenderoğlu A, Savaş HA, Sertbaş G. Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi 2008;45(3):85-91.

214. 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 Apr;63(4):472-7.
215. 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 Gynaecol* 2007Dec;28(4):195-200
216. Tuksanawes, Pawanruj, Kasemsis Kaewkiattikun, and Nitchawan Kerdcharoen. "Prevalence and Associated Factors of Antenatal Depressive Symptoms in Pregnant Women Living in an Urban Area of Thailand." *International Journal of Women's Health* 12 (2020): 849.
217. Mohammad KI, Gamble J, Creedy DK. Prevalence and factors associated with the development of antenatal and postnatal depression among Jordanian women. *Midwifery* 2010; 27: 238-45.
218. Pottinger AM, Trotman-Edwards H, Younger N. Detecting depression during pregnancy and associated lifestyle practices and concerns among women in a hospital- based obstetric clinic in Jamaica. *Gen Hosp Psychiat* 2009; 31: 254-61.
219. World Health Organization (2009). *Mental Health Aspect's on Women's Reproductive Health: A Global Review of the Literature*. Geneva: World Health Organization
220. Ishikawa N, Goto S, Murase S, Kanai A, Masuda T, Aleksic B, et al. Prospective study of maternal depressive symptomatology among Japanese women. *J Psychosom Res* 2011; 71: 264-9.
221. YIN, Xiaoxv, et al. Prevalence and associated factors of antenatal depression: Systematic reviews and meta-analyses. *Clinical psychology review*, 2020, 101932.
222. Çalik, Kıymet Yeşilçiçek, and Songül Aktas. "Gebelikte depresyon: sıklık, risk faktörleri ve tedavisi/depression in pregnancy: prevalence, risk factors and treatment." *Psikiyatri Guncel Yaklasimlar* 3.1 (2011): 142.
223. Marcus SM. Depression during pregnancy: rates, risks and consequences – Motherisk Update 2008. *Can J Clin Pharmacol* 2009; 16: 15-22
224. Seguin, L., Potvin, L., ST-Denis, M., Loiselle, J. (1995). Chronic stressors, social support, and depression during pregnancy. *Obstet Gynecol.*, 85: 583-9.

- 225.Silva, R., Jansen, K., Souza, L., Quevedo, L., Barbosa, L., Moraes, I., Horta, B., Pinheiro R. (2012). Sociodemographic risk factors of perinatal depression: a cohort study in the public health care system. *Rev. Bras. Psiquiatr*, 34: 143-8.
- 226.Beeghly, M., Olson, K.L., Weinberg, M.K., Pierre, S.C., Downey, N., Tronick, E.Z. (2003). Prevalence, stability, and socio-demographic correlates of depressive symptoms in Black mothers during the first 18 months postpartum. *Matern Child Health J.*, 7: 157-68
- 227.Hobfoll, S.E., Ritter, C., Lavin, J., Hulsizer, M.R., Cameron, R.P. (1995). Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum women. *J Consult Clin Psychol.*, 63: 445-53.
- 228.Gülseren, L., Erol, A., Gülseren, S., Küey, L. Kılıç, B., Ergör, G. (2006). From antepartum to postpartum: a prospective study on the prevalence of peripartum depression in a semiurban Turkish community. *J Reprod Med.*, 51: 955-960.
- 229.Dennis, C.L., Heaman, M., Vigod, S. (2012). Epidemiology of postpartum depressive symptoms among Canadian women: regional and national results from a cross-sectional survey. *Can J Psychiatry.*, 57: 537-46.
- 230.Lancaster, C.A., Gold, K.J., Flynn, H.A., Yoo, H., Marcus, S.M., Davis, M.M. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.*, 202: 5-14.
- 231.Ritter, C., Hobfoll, S.E., Lavin, J., Cameron, R.P., Hulsizer, M.R. (2000). Stress, psychosocial resources, and depressive symptomatology during pregnancy in low-income, inner-city women. *Health Psychol.*, 19: 576-85.
- 232.Miyake, Y., Tanaka, K., Arakawa, M. (2012) Employment, income, and education and prevalence of depressive symptoms during pregnancy: the Kyushu Okinawa Maternal and Child Health Study. *BMC Psychiatry*, 12:117
- 233.Whooley, M.A., Kiefe, C.L., Chesney, M.A., Markovitz, J.H., Matthews, K., Hulley, S.B. (2002). Depressive symptoms, unemployment, and loss of income: The CARDIA Study. *Arch Intern Med.*, 162: 2614-20.
- 234.Gözüyeşil, E.Y., Şirin A., Çetinkaya. (2008). Gebe Kadınlarda Depresyon Durumu ve Bunu Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3: 39-66.

- 235.Arslan B. (2010). Gebelerde Anksiyete ve Depresyonla ilişkili Sosyodemografik Özellikler. Uzmanlık Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği.
- 236.Yılmaz, S.D., Beji, N.K. (2010). Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Genel Tıp Derg.*, 20: 99-108.
- 237.Zhu SH, Valbø A. Depression and smoking during pregnancy. *Addictive Behaviors*. 2002 Jul 1;27(4):649-58.
- 238.Jansen K, Curra AR, Souza LD, Pinheiro RT, Moraes IG, Cunha MS, Silva RA. Tobacco smoking and depression during pregnancy. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 2010;32(2):44-7
- 239.McCoy SJ, Beal JM, Shipman SB, Payton ME, Watson GH. Risk factors for postpartumdepression: a retrospective investigation at 4-weeks postnatal and a review of the literature. *J Am Osteopath Assoc*. 2006 ;106 : 193-198
- 240.Gülner D, Sunay D, Caylan A. Postpartum depresyon ile ilgili risk faktorleri, Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2010;20(3):141-8.
- 241.Marakoğlu K, Sezer RE. Sivas'ta gebelikte sigara kullanımı.Cumhuriyet Üniv Tıp Fak Derg, 2003; 25:157-64
- 242.Doğu, S.; Berkiten Ergin, A. Gebe kadınların sigara kullanımını etkileyen faktörler ve gebelikteki zararlarına ilişkin bilgiler. *Maltepe Üniv Hemşirelik Bilim ve Sanat Derg*, 2008, 1.1: 12-7
- 243.Yılmaz T, Tarhan P. Gebelikte sigara kullanımı ve etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2016:140-7.
- 244.Yücel P, Çayır Y, Yücel M. Birinci Dönem gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğu. *Klinik Psikiyatri* 2013;16:83-87.
- 245.Kazı, A., Fatmi, Z., Hatcher, J., Kadir, M.M., Niaz, U., Wasserman, G.A. (2006). Social environment and depression among pregnant women in urban areas of Pakistan: importance of social relations. *Soc Sci Med.*, 63: 1466-76
- 246.Luke, S., Salihu, H.M., Alio, A.P., Mbah, A.K., Jeffers, D., Berry, E.L., Mishkit, V.R. (2009). Risk factors for major antenatal depression among low-income African American women. *J Womens Health*, 18: 1841-6

- 247.Ali, N.S., Azam, I.S., Ali, B.S., Tabbusum, G., Moin, S.S. (2012). Frequency and associated factors for anxiety and depression in pregnant women: a hospitalbased cross-sectional study. *Scientific World Journal*, 653098: 1-9.
- 248.Suphi TU, Yenicesu O, Çakar E, Özcan H, Pekçetin S, Danışman N. Antenatal Dönemde Anksiyete Ve Depresyonun Görülme Sıklığı Ve İlişkili Faktörler. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*. 2012 Sep 1;9(35), 1431-1435.
- 249.Bunevicius R, Kusminskas L, Bunevicius A, Nadisauskiene RJ, Jureniene K, Pop VJ. Psychosocial risk factors for depression during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009; 88:599-605.
- 250.Yılmaz SD, Beli NK. Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Genel Tıp Dergisi* 2010;20(3).
- 251.Podvornik N, Velikonja VG, Praper P. Depression and Anxiety in Women During Pregnancy in Slovenia/Depresija In Anksioznost Pri Ženskah Med Nosečnostjo V Sloveniji. *Slovenian Journal of Public Health*. 2015 Mar 1;54(1):45-50.
- 252.Van de Loo KF, Vlenterie R, Nikkels SJ, Merkus PJ, Roukema J, Verhaak CM, Roeleveld N, van Gelder MM. Depression and anxiety during pregnancy: The influence of maternal characteristics. *Birth*. 2018 Mar 8.
- 253.Gözüyeşil E. Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ege üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,2003.
- 254.Gotlib IH, Whiffen VE, Mount JH, Milne K, Cordy NI. Prevalence rates and demografic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *J Consult Clin Psychol* 1989Apr;57(2):269-274.
- 255.Yanıkkerem E., Altan E., Demirtosun P., (2004). Manisa 1 nolu sağlık ocağı bölgesinde yaşayan gebelerde depresyon durumu. *Kadın Doğum Dergisi*; 2(4) : 301-306.
- 256.Koyuncu S.B., Yılmaz S.D., (2015). Son trimester gebelerde bazı sosyodemografik ve obstetrik özelliklerin psikososyal sağlık düzeyine etkisi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 31 (2): 53-66.

- 257.Faisal-Cury A, Menezes P, Araya R, Zugaib M (2009) Common mental disorders during pregnancy: prevalence and associated factors among low-income women in Sao Paulo, Brazil. *Arch Women Ment Health*, 12:335-339.
- 258.Loo, K. K., Li, Y., Tan, Y., Luo, X., Presson, A., & Shih, W. (2010). Prenatal anxiety associated with male child preference among expectant mothers at 10–20 weeks of pregnancy in Xiangyun County, China. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 111(3), 229-232.
259. Lacoursiere DY, Baksh L, Bloebaum L, Varner MW. Maternal body mass index and self-reported postpartum depressive symptoms. *Matern Child Health J*. 2006;10(4):385-390.
- 260.Abraham S. , Taylor A, Conti J. Postnatal depression, eating, exercise and vomiting before and during pregnancy. *IntJ Eat Disord*. 2001;29,482-487.
- 261.Cline, K.M., Decker, J. (2012). Does weight gain during pregnancy influence postpartum depression?. *J Health Psychol.*, 17: 333-42
- 262.Dipietro, J.A., Millet, S., Costigan, K.A., Gurewitsch, E., Caulfield, L.E.(2003). Psychosocial influences on weight gain attitudes and behaviors during pregnancy. *J Am Diet Assoc.*, 103: 1314-9.7
- 263.Hickey CA. (2000). Sociocultural and behavioral influences on weight gain during pregnancy. *Am J Clin Nutr.*, 71: 1364S-70S.
- 264.Teixeira C, Figueiredo B, Conde A, Pacheco A, Costa R. Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *J Affect Disord* 2009; 119: 142-8.
- 265.Barbadoro, P., Cotichelli, G., Chiatti, C., Simonetti, M.L., Marigliano, A., DI Stanislao, F., Prospero, E. (2012). Socio-economic determinants and self-reported depressive symptoms during postpartum period. *Women Health*, 52: 352-68.
- 266.Selçuk, M.Y., Usman, M.G., Oktay, M., İstanbullu, A., Özdemir, Ö., Saraçoğlu, F. (2011). Postpartum Depresyonun Gebelikte Alınan Kilo ve Sosyo-demografik Faktörlerle ilişkisi. *J Turgut Özal Med Cent.*, 19: 256-63
- 267.Righetti-Veltema, M., Conne-Perreard, E., Bousquet, A., Manzana, J. (1998). Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *J Affect Disord.*, 49:167-80.

- 268.Gavin, A.R., Tabb, K.M., Melville, J.L., GUO, Y., Katon, W. (2011). Prevalence and correlates of suicidal ideation during pregnancy. *Arch Womens Ment Health*, 14: 239-46.
- 269.Goldbort J. Transcultural analysis of postpartum depression. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2006; 31: 121-6.
- 270.Berlim MT, Flack PAM. Quality of life in major depression. In: *Quality of life Impairment in Schizophrenia, Mood and anxiety disorders*. Dordrecht: Springer; 2007. p. 241-52.
- 271.Honjo S, Arai S, Kaneko H, Ujiie T, Murase S, Sechiyama H, et al. Antenatal depression and maternal-fetal attachment. *Psychopatholog* 2003 Nov;36(6):304-311.
- 272.Hughes PM, Turton P, Evans CD. Stillbirth as risk factor for depression and anxiety in the subsequent pregnancy: cohort study. *BMJ* 1999 Jun;318(7200):1721-1724.
- 273.Lee DT, Yip AS, Leung TY, Chung TK. Identifying women at risk of postnatal depression: prospective longitudinal study. *Hong Kong Med J* 2000 Dec;6(4):349-354.
- 274.Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Samuelsen SO, Opjordsmoen S. Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *ActaPscyhiatr Scand* 2002 Dec;106(6):426-433.
- 275.Eren Tİ. Postpartum Depresyon Prevalansı ve Sosyodemografik Risk Faktörleri, Uzmanlık Tezi İstanbul-2007.
- 276.Ryding E, Wijma K, Wijma B. Psychologic impact of emergency Cesarean section in comparison with elective Cesarean section, instrumental and normal vaginal delivery. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*,1998;19: 135-44.
- 277.Paykel ES, Emms EM, Fletcher J, Rassaby L. Life events and social support in puerperal depression. *British Journal of Psychiatry*, 1980;136:339-46.
- 278.Gjerdingen D, Chaloner K. The relationship of women's postpartum mental health to employment, childbirth and social support. *The Journal of Family Practice*, 1994;38(5):465-72.

279. Atar Gürel S, Gürel H. The evaluation of determinants of early postpartum lowmood: the importance of parity and inter-pregnancy interval. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2000; 91(1): 21-4
280. Boyce PM, Todd AL. Increased risk of postnatal depression after emergency caesarean section. *Med J Aust*, 1992;157(3):172-4.
281. Gottlieb SE, Barrett DE. Effects of unanticipated caesarean section on mothers, infants and their interaction in the first month of life. *J Dev Behav Pediatr*, 1986;7: 180-5.
282. Kısa C, Yıldırım SG. Gebelik postpartum dönem ve ruhsal bozukluklar. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji(3p) Dergisi* 2004;12.
283. İnandı T, Elçi OC, Öztürk A, Eri M. Risk factors for depression in postnatal first year in eastern Turkey. *Int J Epidemiol* 2002; 31: 1201-1207.
284. Beck CT. A metaanalysis of predictors of postpartum depression. *Nurs Res* 1996;45(5):297-303.
285. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg.* 1998; 9:114
286. Pehlivan K. (2004). Kadın psikiyatrik hastalarının cinsel yaşam, evlilik, aile planlaması ve kontrasepsiyon, gebelik ve çocuk sahibi olması, aids, cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından riskli davranışlarının genel popülasyonla karşılaştırılmalı çalışması. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul
287. Fekadu Dadi, Abel, Emma R. Miller, and Lillian Mwanri. "Antenatal depression and its association with adverse birth outcomes in low and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis." *PloS one* 15.1 (2020): e0227323.
288. Özgül KÖ. Gebelerde HBs Ag ve Anti-HCV seroprevalansı. Uzmanlık tezi. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, 2008.
289. Langer N, Langer O. Comparison of pregnancy mood profiles in gestational diabetes and preexisting diabetes. *Diabetes Educ* 2000;26:667-72.
290. Mautner E, Greimel E, Trutnovsky G, Daghofer F, Egger JW, Lang U. Quality of life outcomes in pregnancy and postpartum complicated by hypertensive di-

- sorders, gestational diabetes, and preterm birth. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2009;30:231–7.
- 291.Lawson EJ, Rajaram S. A transformed pregnancy: the psychosocial consequences of gestational diabetes. *Sociol Health Illn* 1994;16(4):536–62
- 292.Moyer VA. U.S. Preventive Services Task Force: Screening for Gestational Diabetes Mellitus: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med* 2008;148:759-65
- 293.Trutnovsky G, Panzitt T, Magnet E, Stern C, Lang U, Dorfer M. Gestational diabetes: women’s concerns, mood state, quality of life and treatment satisfaction. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2012; 25(11):2464–6
- 294.Johnstone, S.J., Boyce, P.M., Hickey, A.R., Morris-Yatees, A.D., Harris, M.G. (2001). Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. *Aust N Z J Psychiatry*, 35: 69-74.
- 295.Danacı, A.E., Dinç, G., Deveci, A., Sen, F.S., İçelli, I. (2002). Postnatal depression in turkey: epidemiological and cultural aspects. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, 37: 125-9.
296. Josefsson, A., Berg, G., Nordin, C., Sydjo, G. (2001). Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand.*, 80:
- 297.Dündar, I., Erdoğan, S. (2007). Screening of Turkish women for postpartum depression within the first postpartum year: the risk profile of a community sample. *Public Health Nurs.*, 24: 176-83
- 298.Bowen, A., Stewart, N., Baetz, M., Muharajine, N. (2009). Antenatal depression in socially high-risk women in Canada. *J Epidemiol Community Health.*, 63: 414-416.
- 299.Topiwala, A., Hothi, G., Ebmmeyer, K.P.(2012). Identifying patients at risk of perinatal mood disorders. *Practitioner*, 256: 15-8, 2. 51-255.
- 300.Ünal S, Küey L, Güleç C, Bekaroğlu M, Evlice YE, Kırılı S. Depresif bozukluklarda risk etkenleri. *Klin Psik Derg*, 2002; 5: 8–15.
- 301.Onder G, Penninx BW, Cesari M, Bandinelli S, Lauretani F, Bartali B, Gori AM, Pahor M, Ferrucci L. Anemia is associated with depression in older adults: results from the InCHIANTI study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2005; 60(9): 1168-72.

- 302.Armony-Sivan R, Shao J, Li M, Zhao G, Zhao Z, Xu G, et al. No relationship between maternal iron status and postpartum depression in two samples in China. *J Pregnancy*. 2012;2012:521431.
- 303.Cho YJ, Han JY, Choi JS, Ryu HM, Kim MY et al. Prenatal multivitamins containing folic acid do not decrease prevalence of depression among pregnant women. *J Obstet Gynaecol* 2008; 28: 482-484.
- 304.Borja-Hart N, Marino J. Role of omega-3 fatty acids for prevention or treatment of perinatal depression. *Pharmacotherapy* 2010; 30:210-216.
- 305.Eren İ, Cüre E, İnanlı İÇ (2006) Klinik ve Subklinik Hipotiroidide Psikiyatrik Belirti Düzeyi ve Psikiyatrik Belirtilerin Tiroid Hormon Düzeyleri ile İlişkisi. *Klinik Psikiyatri*, 9: 131-137.
- 306.Casey BM, Dashe JS, Wells CE, McIntire DD, Leveno KJ, Cunningham FG. Subclinical hyperthyroidism and pregnancy outcomes. *Obstet Gynecol* 2006;107(2 Pt 1):337-41.
- 307.Abalovich M, Amino N, Barbour LA, et al. Management of thyroid dysfunction during pregnancy and postpartum: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2007;92(8):1-7.
- 308.Gharib H, Tuttle RM, Baskin HJ, Fish LH, Singer PA, McDermott MT. Consensus statement: subclinical thyroid dysfunction: a joint statement on management from The American Association of Clinical Endocrinologists, The American Thyroid Association, and The Endocrine Society. *J Clin Endocrinol Metab* 2005;90(1):581-5.

9.EKLER

1. Gebe-bebek-çocuk psikososyal izleme formu
- 2.Bilgilendirilmiş Gönüllü onam formu
- 3.Beck depresyon ölçeği
- 4.Sosyodemografik veri formu
- 5.Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul onayı karar yazısı
6. Rize İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma Başvuru Değerlendirme Komisyonu Bilimsel Araştırma İzin karar yazısı



EK-1

Gebe-bebek-çocuk psikososyal izleme formu

GEBE - BEBEK - ÇOCUK PSİKOSOSYAL İZLEME FORMU

GİRİŞ BÖLÜMÜ

(Bu bölüm yeni tespit edilen tüm olgularda, anne aday/anne ile ilk görüşmede uygulanacaktır.)

(.....) Hanım, ben çocuğunuz altı yaşına gelene kadar sizinle birlikte çalışacağım. Amacım sizin ve çocuğunuzun sağlığını korumak, desteklemek, çocuğunuzun sağlıklı gelişimine yardımcı olmak. Görüşmelerimiz sırasında bazı bilgileri kaydedeceğim. Bu sizinle görüşmelerimizi hatırlanama yardımcı olacak.

Kaç yıllık evlisiniz?

Evinizde kaç kişi yaşıyorsunuz? (Kimler?)

Siz ve eşiniz herhangi bir işte çalışıyor musunuz? (Hangi iş?) Anne: Baba:

Ailenizin herhangi bir sağlık güvencesi var mı? (Hangisi?)

Aile de ya da siz de bedensel, zihinsel veya ruhsal hastalık var mı? (Kim, hastalık ne?)

Evinizde sigara, alkol kullanan var mı? (Kim, ne, ne sıklıkta?)

Ailenizin yiyecek, giyecek, yakacak gibi ihtiyaçlarını karşılayabiliyor musunuz?

Gebeliğiniz siz ve eşiniz tarafından istenilen bir gebelik miydi?

GEBELİK DÖNEMİ GÖRÜŞMELERİ

	I. Görüşme (..... haftalık)	II. Görüşme (..... haftalık)
S.1. (.....) Hanım nasılsınız, gebeliğiniz nasıl gidiyor?		
S.2. Gebelik döneminde beslenmeniz siz ve bebeğiniz için çok önemli. Nasıl besleniyor, neye dikkat ediyorsunuz?		
S.3. Sizin ruh sağlığınız kendinizin, ailenizin sağlığı açısından önemli. Son bir haftada aşırı mutsuz, hüzünlü, çökkün hissettiniz mi? Cevap evet ise (Kaç gün süre ile?)	☐ Hayır/1-2 gün ☐ 3-4 gün ve üzeri	☐ Hayır/1-2 gün ☐ 3-4 gün ve üzeri
S.4. a- Ev işlerini, çocuklarınızın bakımı, sıkıntınızı paylaşma gibi konularda eşinizden ve çevrenizden yeterli destek alabiliyor musunuz? (Kimlerden?) Cevap hayır ise "b ve c" piksör sor.	☐ Evet ☐ Hayır	☐ Evet ☐ Hayır
b- Kimden destek alabiliyorsunuz?		
c- Almak istediğiniz destekleri diler getiriyor musunuz?	☐ Evet ☐ Hayır	☐ Evet ☐ Hayır
S.5. Eşiniz ve diğer yakınlarınız ile ilişkileriniz sizin ve çocuğunuzun sağlığı açısından önemli. Eşinizin ya da bir yakınınızın size, çocuklarınıza, eşyalarınıza zarar verdiği, sizi tehdit ettiği ya da incittiği olur mu?	☐ Evet ☐ Hayır	☐ Evet ☐ Hayır
S.6. Gebelik sonrası kullanmayı düşündüğünüz aile planlaması yöntemi var mı? (Hangisi?)	☐ Evet ☐ Hayır	☐ Evet ☐ Hayır
S.7. Kendinizi son bir ay içinde çoğu zaman, günlük yaşamın sürdürebileceği kadar gergin, endişeli ya da önemsiz şeyler için kaygılanan hissettiniz mi?	☐ Evet ☐ Hayır	☐ Evet ☐ Hayır
S.8. Bebeğiniz ne kadar süre ile sadece anne sütü vermeyi düşündüyorsunuz?		

GÖZLEM

Gebe/babada (çocuğuya) ilişkisini olumsuz yönde etkileyebilecek ağır ruhsal bozukluk (psizofreni vb.) veya mental retardasyon belirtileri olup olmadığı gözlemleniyor.

☐ Var

☐ Yok

DEĞERLENDİRME TABLOSU

Tarih	Normal Sık Sık	Hekime Yöneltilme

AİLE SAĞLIĞI ELEMANI NOTLARI :

Tarih	Hekime Yöneltilme Hedefi	Tarih	Hekime Değerlendirilmesi	İmza	Sonuç

1) Hekimin Adı Soyadı:	Tarih:	İmza:
2) Hekimin Adı Soyadı:	Tarih:	İmza:

EK-2

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi Dr.Cüneyt ARDIÇ tarafından **Gebelik Depresyonu ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi** başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Araştırmaya sizin dışınızda tahminen 200 kişi katılacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmada rutin tarama programları çerçevesinde size yapılmış olan gebe takip bilgileri ve rutin kan tetkiki sonuçlarınız kullanılacaktır. . Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya e-posta adresi ve numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının :

Adı-Soyadı :

İmzası:

İletişim Bilgileri: e-posta:

Telefon:

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;

Veli veya Vasisinin

Adı-Soyadı :

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı :

İmzası:

Şahidin:

Adı-Soyadı :

İmzası:

EK-3

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ UYGULAMASI

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını belirten bazı cümleler verilmiştir. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirten 4 seçenek vardır. **Şu an da dahil olmak üzere son bir haftaki** ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak size en uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.

1. (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
 - (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 - (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 - (3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
2. (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
 - (1) Gelecek için karamsarım.
 - (2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 - (3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
3. (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
 - (1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
 - (2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 - (3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4. (0) Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 - (1) Her şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
 - (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 - (3) Her şeyden sıkılıyorum.
5. (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
 - (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 - (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 - (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
6. (0) Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.
 - (1) Cezalandırılabilceğimi seziyorum.
 - (2) Cezalandırılmayı bekliyorum.
 - (3) Cezalandırıldığımı düşünüyorum.
7. (0) Kendimden memnunum.
 - (1) Kendimden pek memnun değilim.
 - (2) Kendime çok kızıyorum.
 - (3) Kendimden nefret ediyorum.

- 8.** (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
- (1) Zayıf yanlarım veya hatalarımdan dolayı kendi kendimi eleştiririm.
 - (2) Hatalarımdan her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 - (3) Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.
- 9.** (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
- (1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
 - (2) Kendimi öldürmek isterdim.
 - (3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 10.** (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
- (1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
 - (2) Çoğu zaman ağlıyorum.
 - (3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11.** (0) Her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
- (1) Eskisine oranla daha kolay kızıyorum.
 - (2) Şimdi kendimi hep sinirli hissediyorum.
 - (3) Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 12.** (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
- (1) Başkalarıyla eskisinden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
 - (2) Başkalarıyla görüşme ve konuşma isteğimi kaybettim.
 - (3) Hiç kimse ile görüşüp konuşmak istemiyorum.
- 13.** (0) Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.
- (1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 - (2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
 - (3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 14.** (0) Aynaya baktığımda kendimde bir değişiklik görmüyorum.
- (1) Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 - (2) Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.
 - (3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15.** (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
- (1) Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
 - (2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
 - (3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 16.** (0) Uykum her zamanki gibi.
- (1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
 - (2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.

(3) Her zamankinden çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

17. (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.

(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.

(2) Yaptığım her şey beni yoruyor.

(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

18. (0) İştahım her zamanki gibi.

(1) Eskisinden daha iştahsızım.

(2) İştahım çok azaldı.

(3) Artık hiç iştahım yok.

19. (0) Son zamanlarda kilo kaybetmedim.

(1) Son zamanlarda istemediğim halde iki kilodan fazla kilo kaybettim.

(2) Son zamanlarda istemediğim halde dört kilodan fazla kilo kaybettim.

(3) Son zamanlarda istemediğim halde altı kilodan fazla kilo kaybettim.

20. (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.

(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.

(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.

(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

21. (0) Son zamanlarda cinsel konulara karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.

(1) Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.

(2) Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.

(3) Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.

EK-4

Sosyodemografik veri formu

GEBELİK DEPRESYONU VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

1.ADI SOYADI

2.TC

3.YAŞI <18 18-35 >35

4.EĞİTİM DÜZEYİ İLKÖĞRETİM LİSE LİSANS-Y.LİSANS

5.GELİR DÜZEYİ GELİR<GİDER GELİR=GİDER GE-
LİR>GİDER

6.YAŞADIĞI YER KÖY KENT

7.EVDE KİMLERLE YAŞIYORSUNUZ ÇEKİRDEK AİLE GENİŞ AİLE

8.ÇALIŞMA DURUMU EV HANIMI ÇALIŞIYOR

9.BOY KİLO BMİ

10.SİGARA İÇMEDİ GEBELİK ÖNCESİ İÇİYOR HALEN İÇİYOR HİÇ

11.OBSTETRİK ÖYKÜ : GEBELİK SAYISI DÜŞÜK ÖLÜ DOĞUM
YAŞAYAN

12.GEBELİK ÖNCESİ KORUNMA YÖNTEMİ

13.İSTENEN GEBELİK Mİ? EVET HAYIR

14.KÖTÜ OBSTETRİK ÖYKÜ DÜŞÜK ÖLÜ DOĞUM PREEKLEMPİSİ EK-
LEMPİSİ

15.ÖNCEKİ DOĞUM ŞEKLİ C/S SVY

16.GESTASYONEL DİABET ŞİMDİKİ GEBELİKTE ÖNCEKİ GEBELİKTE
HAYIR

17.GEBELİK ÖNCESİ FOLİK ASİT KULLANIMI EVET HAYIR

18.GEBELİK ÖNCESİ KRONİK HASTALIK ÖYKÜSÜ DM HT KAH
TİROİD HAST DİĞER

19.GEBELİK ÖNCESİ ANEMİ TEDAVİSİ ALDINIZ MI ? SON 1 YILDA DAHA ÖNCEDEN
HİÇ

20.GEBELİK ÖNCESİ İLAÇ KULLANIMI

21.GEBELİK ÖNCESİ PSİKİATRİK HASTALIK ÖYKÜSÜ

22.GEBELİK ÖNCESİ ANTİDEPRESAN KULLANIMI >6AY <6AY HİÇ
KULLANMADI

23.DEMİR FEBK FERRİTİN HEMOGLOBİN TSH T4 AKŞ

24.BECK DEPRESYON ENVANTERİ PUANI

24.GEBELİK HAFTASI 1.TRM 2.TRM 3.TRM



**T.C.
RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**



Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı

Sayı: 40465587-050.02.04-110

16.06.2020

Konu : Karar Yazısı

Sayın Doç. Dr. Cüneyt ARDIÇ

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz **“Gebelik Depresyonu ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi”** isimli başvurunuz etik kurulumuz yönergesine göre **04.06.2020** tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, **2020/83** karar numarası ile bilimsel ve etik yönden **uygun** bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla rica ederim.

 **e-imzalıdır**
Prof. Dr. Hüseyin Avni UYDU
Başkan

EK-6



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
RİZE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

RİZE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ (Başvuru İnceleme Komisyonu Raporu)

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünün 10.05.2018 tarih ve 49654233-604.02-E.483 sayılı yazısı gereği; Sağlık Müdürlüğü Makamının 09/05/2018 tarih 40986104-605.99-E.193 sayılı Makam Onayı ile oluşturulan "Araştırma Başvuru Değerlendirme Komisyonu" 16.05/2020 tarihinde Sağlık Müdürlüğü toplantı salonunda toplanılmış ve aşağıdaki kararlar alınmıştır.

GENEL BİLGİLER

Araştırmacının Adı: Dr.Esma OMAR

Araştırmanın Açık Adı: Gebelik Depresyonu ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi

Kurumu/Üniversitesi: Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi /Aile Hekimliği A.B.D.

Çalışma Türü: Uzmanlık Tezi

Çalışma Özeti: Gebelerde depresyon görülme sıklığı ve buna etki eden sosyodemografik ve klinik özellikleri incelemek amacıyla; Çayeli 01 Nolu Aile Sağlığı Merkezine bağlı Aile Hekimliği Birimlerine kayıtlı düzenli gebe takibi yaptıran gebelere anket uygulanacaktır.

Çalışmanın Zaman Takvimi: 01/05/2020-01/07/2020

Karar: Yukarıda genel bilgileri verilen araştırmanın Sorumlu Araştırmacı Doç.Dr. Cüneyt ARDIÇ Yardımcı Araştırmacı Dr.Esma OMAR tarafından, Rize İli Sağlık Müdürlüğüne Çayeli 01 Nolu Aile Sağlığı Merkezine bağlı Aile Hekimliği Birimleri bünyesinde ilgili mevzuat hükümleri dahilinde yürütülmesi komisyonumuzca değerlendirilerek **UYGUN** görülmüştür. (15.05/2020)