

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**GEBELİK VE DOĞUM SONRASI DÖNEMDE DEPRESYON
YAYGINLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER: BİR İZLEM
ÇALIŞMASI**

Dr. Tülay SATI KIRKAN

**Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Nazan AYDIN**

Uzmanlık Tezi

ERZURUM - 2014

İÇİNDEKİLER

Onay	v
Teşekkür	vi
Özet	vii
Abstract	ix
Kısaltmalar Dizini	xi
Şekiller Dizini	xii
Tablolar Dizini	xiii
1.Giriş ve Amaç	1
2. Genel Bilgiler	6
2.1 Depresyon Bozuklukları	6
2.1.1 Major Depresyon Bozukluğu	6
2.1.2 Süregiden Depresyon Bozukluğu (Distimi)	10
2.2 Gebelik ve Depresyon	12
2.2.1 Gebelikte Depresif Bozukluk Etiyolojisi	13
2.2.2 Gebelikte Depresif Bozukluk Epidemiyolojisi	13
2.2.3 Gebelikte Depresif Bozukluk Risk Faktörleri	15
2.2.4 Gebelikte Depresif Bozukluk Belirti ve Bulguları	18
2.2.5 Gebelikte Depresif Bozukluk Sonuçları	19
2.3 Doğum Sonrası Dönem ve Depresyon	20
2.3.1.Doğum Sonrası Depresyon Etiyolojisi	21
2.3.1.1 Genetik Faktörler	21
2.3.1.2 Hormonal Faktörler	22
2.3.1.3 Stres Faktörü	22
2.3.1.4. Sosyokültürel Faktörler	23
2.3.2 Doğum Sonrası Depresyon Epidemiyolojisi	24
2.3.3 Doğum Sonrası Depresyon Gelişiminde Risk Etmenleri	26
2.3.4 Doğum Sonrası Depresyonda Kronisite	28
2.3.5 Doğum Sonrası Depresyonda Sonuç	29

3. Gereçler ve Yöntemler	31
3.1 Örneklem Hacmi	31
3.2 Uygulama	31
3.3 Veri Toplama Araçları	32
3.4 İstatiksel Değerlendirme	34
4. Bulgular	35
4.1 Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulgular	35
4.2 Klinik Değerlendirmelere İlişkin Bulgular	39
4.2.1 Değerlendirme Ölçek Skorları	39
4.2.2 SCID-I'e Göre Depresif Bozuklukların Yaygınlığı	40
4.3 Doğum Sonrası Depresyon Açısından Karşılaştırmalı Analizler	41
4.3.1 Sosyodemografik Veriler	41
4.3.2 Değerlendirme Ölçek Skorları ve Doğum Sonrası Depresyon İlişkisi	44
4.4 Korelasyon Analizleri	45
4.5 Doğum Sonrası Depresyon Öngördürücülerinin Belirlenmesi	49
4.6 Gebeliğin İlk Üç Ayında ve Doğum Sonrası Dönemdeki Depresyon Açısından Karşılaştırmalı Analizler	50
4.6.1 Gebeliğin İlk Üç Ayında ve Doğum Sonrası Dönemde Depresyon Olanlara Ait Sosyodemografik Veriler	50
4.6.2 Değerlendirme Ölçek Skorları ile Gebeliğin İlk Üç Ayında ve Doğum Sonrası Dönemde Depresyon İlişkisi	53
4.7 Gebeliğin İlk Üç Ayında ve Doğum Sonrası Dönemde Depresyon Öngördürücülerinin Belirlenmesi	54
4.8 Değerlendirme Ölçek Skorları ile Doğum, Bebek ve Emzirme Durumu İle İlgili Parametrelerin İlişkisi	56
4.8.1 Değerlendirme Ölçek Skorları ile Doğumda Tıbbi Komplikasyon Olmasının İlişkisi	56
4.8.2 Değerlendirme Ölçek Skorları ile Emzirme İlişkisi	57
4.8.3 Değerlendirme Ölçek Skorları ile Bebeğin Sağlık Durumunun İlişkisi	58
4.8.4 Değerlendirme Ölçek Skorları ile Bebeğin Doğum Ağırlığının İlişkisi	59

5. Tartışma	60
5.1 Doğum Sonrası Depresyon Yaygınlığı	60
5.2 Doğum Sonrası Depresyon ve Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması	62
5.3 Depresif Bozukluk için Öngördürücüler	72
6. Sonuç ve Öneriler	73
Kaynaklar	74
Ekler	100

ONAY

“Gebelik ve Doğum Sonrası Dönemde Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Faktörler: Bir İzlem Çalışması” isimli tez konusu Psikiyatri Anabilim Dalı’nın 02/03/2012 tarih ve 84 sayılı kararı ile Anabilim Dalı Kurulu’nda görüşülerek kabul edilmiştir. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından 26/04/2012 tarih ve 2 nolu oturumda görüşülen tez teklifi 6 nolu karar ile etik kurallara uygun görülmüştür. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı’nca 14/03/2012 tarih ve 1 sayılı oturum 13 nolu kararı ile tez çalışması olarak kabul edilmiştir.

TEŞEKKÜR

Engin bilgileri ile bizlere rehberlik eden değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Nazan Aydın'a ve klinik deneyimlerinden çok şey öğrendiğim değerli hocalarım Prof. Dr. İsmet Kırpınar'a, Doç. Dr. Mustafa Güleç'e, Doç. Dr. Erol Ozan'a, Yrd. Doç. Dr. Elif Oral'a ve Yrd. Doç. Dr. Halil Özcan'a, tezimin istatistik değerlendirmelerinin yapılmasında destek olan Prof. Dr. Armağan Hayırlı ve Doç. Dr. Hamit Acemoğlu'na ve tez çalışmama katılmayı kabul eden katılımcılara...

Yalnızca tezim sırasında değil her zaman desteğini, anlayışını ve sevgisini yanımda hissettiğim ve varlığından güç aldığım hayat arkadaşım sevgili eşim Sermet'e, hayatımıza anlam katan canım kızım Yaren'ime, çok değerli ailelerimize ve birlikte çalışmaktan zevk aldığım arkadaşlarım Uzm. Dr. Püren Akçalı Aslan'a, Uzm. Dr. Murat Mutlu'ya, Dr. Ünsal Aydınoğlu'na, asistan arkadaşlarıma, kliniğimiz hemşire ve personeline,

Çok teşekkürler...

ÖZET

Gebelik ve doğum sonrası dönem ruhsal hastalıkların ilk kez başlaması ve/veya var olan bir hastalığın alevlenmesi açısından en riskli dönemlerdendir. Depresif bozukluklar kadınlarda en sık görülen ruhsal hastalıklar arasında olup yaygınlığı da bu dönemde en yüksek düzeydedir. Erken tanı, tedavi ve önleme çalışmaları için risk faktörlerinin bilinmesi gereklidir. Bu çalışmada, üreme çağındaki kadınlarda depresyon yaygınlığının diğer bölgelere kıyasla daha yüksek olduğu Doğu Anadolu Bölgesinde bulunan bir il merkezinde, gebelik ve doğum sonrası dönemdeki depresyon yaygınlığı, ilişkili faktörleri, klinik özellikleri ve öngördürücülerinin tespit edilmesi amaçlanmıştır.

Bu çalışma, gebeliğinin ilk üç ayı içerisinde olan kadınlarda depresif bozuklukların yaygınlığını araştırmak üzere yapılmış daha önceki bir çalışmaya katılan gebeler ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmamızda, bu kadınlara doğum sonrası 6.haftada tekrar ulaşılmış ve çalışmamız dahil edilme ölçütlerini sağlayan 360 kişi ile yürütülmüştür. Katılımcılara ilişkili risk faktörlerini belirlemek için sosyodemografik veri formu, Genel Sağlık Anketi-28, depresif belirtileri taramak için Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve sosyal destek algısının değerlendirilmesi için Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeği uygulanmış, SCID-I (DSM-IV için Yapılandırılmış Klinik Görüşme) ile depresif bozuklukların yaygınlığı araştırılmıştır. SCID'e göre depresif bozukluk saptananlara; depresif bozukluk klinik şiddetinin belirlenmesi için Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği, işlevsellik düzeyini belirlemek için İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi ile Kısa Yeti Yitimi Ölçeği uygulanmıştır.

Çalışmamızda Doğum Sonrası Depresyon (DSD) yaygınlığı % 35 olarak bulunmuştur. Depresif bozuklukların alt gruplarına göre dağılımları ise major depresif bozukluk % 26.1, minör depresif bozukluk % 7.5 ve çifte depresyon % 1.4 şeklinde bulunmuştur. Tüm katılımcılar arasında % 0.8 oranında distimi tespit edilmiştir. Ayrıca hem gebeliğinin ilk üç ayında hem de doğum sonrasında depresyonu olmasının yaygınlığı % 13.3 olarak tespit edilmiştir.

DSD ile ilişki olduğu belirlenen faktörler; düşük öyküsü, planlanmamış gebelik, sigara kullanımı, eşinin çalışmaması, bebeğin doğumunda komplikasyon olması, bebeğin düşük doğum ağırlıklı olması olarak belirlendi. Gebeliğin ilk üç ayında depresyon öyküsü, geçirilmiş ruhsal hastalık öyküsü, geçirilmiş fiziksel hastalık öyküsü,

mevcut gebeliğinde şiddet görme, bebeğin doğumdan sonra kuvözde kalma öyküsü ve bebeği emzirmemek DSD ortaya çıkması için öngördürücü olarak tespit edildi.

Hem gebeliğinin ilk üç ayında ve hem de doğum sonrasında depresyonu olanlarda; planlanmamış gebelik, sigara kullanımı ve eşinin çalışmaması depresyonla ilişkili bulundu. Geçirilmiş ruhsal hastalık öyküsü ve mevcut gebeliğinde şiddet görme gebeliğinin ilk üç ayında ve doğum sonrasında depresyon ortaya çıkması için öngördürücü olarak tespit edildi.

Biyolojik faktörler yanı sıra kültürel ve bölgesel özellikler de depresyonun ortaya çıkışı ve klinik görünümünü etkileyebilmektedir. Riskli bireylerin saptanması, erken tanı ve tedavinin sağlanması için ilişkili ve öngördürücü faktörleri belirlemek üzere farklı bölgeler ve kültürlerde gebeliğin erken dönemlerini de içine alacak şekilde yapılacak izlem çalışmalarına gereksinim vardır.

Anahtar sözcükler: Doğum sonrası depresyon, yaygınlık, öngördürücüler, risk faktörleri

ABSTRACT

Pregnancy and postpartum period are one of the most risky periods which mental disorders appear the first time and / or exacerbate the terms of an existing disease. Depressive disorders in women are among the most common mental disorder and its prevalence is highest in this period. Knowing the risk factors is necessary for early diagnosis, treatment and prevention studies. In this study, we aimed to determine the prevalence of depression in pregnancy and the postpartum period, associated factors, clinical features and predictors in a city center where is the located in Eastern Anatolia Region where the prevalence of depression of reproductive-age women is higher, compared to other regions.

This study, in the first trimester of pregnancy of women who performed to investigate the prevalence of depressive disorders, participated in an earlier study was conducted with pregnant women. In our study, these women were interviewed again six weeks after birth and providing criteria for inclusion were conducted with 360 people. The sociodemographic data form and the General Health Questionnaire-28 were applied to participants to determine related risk factors, The Edinburgh Postpartum Depression Scale was applied to scan depressive symptoms, Family Perceived Social Support Scale was applied for the assessment of perceived social support, the prevalence of depressive disorders was investigated with SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV). According to SCID patients diagnosed depressive disorder; Hamilton Depression Rating Scale was applied to determine the intensity of clinical depression, Brief Disability Questionnaire and Global Assessment of Functioning Scale were applied to determine the level of functionality.

In our study, the prevalence of postpartum depression was 35%. The distribution according to the subgroups of depressive disorder was found as major depression 26.1%, minor depression 7.5% and double depression 1.4%. 0.8% of all participants have been identified Dysthymia. Also in the first trimester of pregnancy as well as postpartum depression has been identified as being 13.3 % prevalence.

Postpartum depression is associated with factors identified; miscarriages, unplanned pregnancy, smoking, unemployed husband, birth complications, low birth weight. History of depression in the first trimester of pregnancy, mental illness history,

physical disease history, violence during pregnancy, incubator history of baby and no breastfeeding were found as postpartum depression emergence predictor. Depression in the first trimester of pregnancy and postpartum period as well; unplanned pregnancies, smoking and unemployed husband have been associated. Mental disorder history and violence during current pregnancy have been identified as a predictor for the emergence of depression in the first trimester of pregnancy and postpartum.

Biological factors as well as cultural and regional characteristics may impact the emergence of depression and clinical manifestation of depression. Follow-up studies are needed to determine risky individuals, to ensure early diagnosis and treatment and to identify related factors and predictors which would include of different regions and cultures of the early stages of pregnancy.

Key words: Postpartum depression, prevalence, predictors, risk factors

KISALTMALAR DİZİNİ

DSD	: Doğum Sonrası Depresyon
DSM-IV-TR	: Amerikan Psikiyatri Birliği, Psikiyatrik Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı, Dördüncü Baskı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin
DSM V	: Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı
MDB	: Major Depresyon Bozukluğu
PMDB	: Premenstrüel Disfori Bozukluğu
SERT	: Serotonin Taşıyıcı Gen
5HTTLPR	: Serotonin Taşıyıcı Geni Promotor Polimorfizmi
HPA	: Hipotalamo-Pitüiter-Adrenal Eksen
BDE	: Beck Depresyon Envanteri
EPDÖ	: Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği
CES-D	: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası
CRH	: Kortikotropin Releasing (Salgılatıcı) Hormon
GSA	: Genel Sağlık Anketi
SCID	: DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu
HDDÖ	: Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği
KYYÖ	: Kısa Yeti Yitimi Ölçeği
İGDÖ	: İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği
AASDÖ	: Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Depresif Bozuklukların Yaygınlığı	40
Şekil 2. Doğum Sonrası Depresyonu Olanların HDDÖ, İGDÖ, KYYÖ, AASDÖ ve GSA Ortalama Puanları	45
Şekil 3. HDDÖ Skorları ile İGD Skorlarının Korelasyon Analizi	46
Şekil 4. HDDÖ Skorları ile AASDÖ Skorlarının Korelasyon Analizi	46
Şekil 5. HDDÖ Skorları ile KYYÖ Skorlarının Korelasyon Analizi	47
Şekil 6. HDDÖ Skorları ile GSA Skorlarının Korelasyon Analizi	48
Şekil 7. HDDÖ Skorları ile EPDÖ Skorlarının Korelasyon Analizi	48
Şekil 8. Doğum Sonrası Depresyon için Öngördürücü Etmenler	50
Şekil 9. Gebeliğinin İlk Üç Ayında ve Doğum Sonrasında Depresyonu Olanların HDDÖ, İGDÖ, KYYÖ, AASDÖ ve GSA Ortalama Puanları	54
Şekil 10. Gebeliğinin İlk Üç Ayında ve Doğum Sonrası Dönemde Depresyon için Öngördürücü Etmenler	56

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Ülkemizdeki Doğum Sonrası Depresyon ile İlgili Çalışmalardan Bazılarına Ait Veriler	25
Tablo 2. Diğer Ülkelerdeki Doğum Sonrası Depresyonu ile İlgili Çalışmalardan Bazılarına Ait Veriler	26
Tablo 3. Araştırmaya Alınan Kadınlara Ait Sosyodemografik Özellikler	36
Tablo 4. Araştırmaya Alınan Kadınların Evlilik Durumu ve Eşi ile İlgili Sosyodemografik Özellikler	37
Tablo 5. Araştırmaya Alınan Kadınların Gebeliklerine Ait Sosyodemografik Özellikler	38
Tablo 6. Araştırmaya Alınan Kadınların Doğan Bebeklerine Ait Sosyodemografik Özellikler	39
Tablo 7. Ruhsal Hastalık Öyküsü ile Doğum Sonrası Depresyon İlişkisi	42
Tablo 8. Doğum Sonrası Depresyon ile İlişkili Bulunan Katılımcılara Ait Özellikler	43
Tablo 9. Doğum Sonrası Depresyon ile İlişkili Risk Faktörlerinin Belirlenmesi İçin Yapılan Lojistik Regresyon Analizinin Sonuçları	49
Tablo 10. Katılımcıların Gebeliğinin İlk Üç Ayı ve Doğum Sonrasında Depresyon Görülmesi ile İlişkili Özellikleri	52
Tablo 11. Gebeliğin İlk Üç Ayında Depresif Bozukluk ile Bebeğin Doğum Ağırlığının İlişkisi	52
Tablo 12. Gebeliğin İlk Üç Ayında ve Doğum Sonrası Dönemde Depresyon ile İlişkili Risk Faktörlerinin Belirlenmesi İçin Yapılan Lojistik Regresyon Analizinin Sonuçları	55
Tablo 13. Doğumda Tıbbi Komplikasyon Olması ile GSA ve AASDÖ Ortalama Puanların İlişkisi	57
Tablo 14. Emzirme ile GSA, HDDÖ, KYYÖ ve İGDÖ Ortalama Puanların İlişkisi	58
Tablo 15. Bebeğin Doğum Ağırlığı ile GSA ve AASDÖ Ortalama Puanların İlişkisi	59

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Tüm dünyada sık görülen önemli bir sağlık sorunu olan depresyon, bireyin işlevselliğini, yaratıcılığını, mutluluğunu ve doyumunu engelleyerek yaşam kalitesini düşürmekte, intihar riskini arttırmakta, işgücü kayıplarına ve ayrıca maternal ve fetal morbidite ve mortaliteye yol açmaktadır (1,2). Bu önemli sağlık sorununun kadınlarda görülme oranları erkeklere kıyasla 1.7 ila 2.7 kat fazladır (3,4). Özellikle doğurganlık çağındaki kadınlar depresyon ortaya çıkması açısından en riskli gruptadır (3).

Gebelik ve doğum sonrası ilk bir yılı kapsayan süreç perinatal dönem olarak tanımlanmakta olup, bu dönemdeki kadınlar, depresyon ortaya çıkması açısından yüksek risk taşıyan özellikli bir grubu oluşturmaktadır (5).

Gebelik depresyonunun risk faktörlerine yönelik birçok çalışma bulunmaktadır. Gebelikte depresyon ortaya çıkması ile ilişkili faktörler; önceden depresyon öyküsünün olması (6), anne yaşının küçüklüğü (7), yalnız yaşama, yetersiz sosyal destek, evlilikteki uyumsuzluk, gebelik ile ilgili ambivalan düşünceler (8) ilk gebelik ya da planlanmamış gebelik, bedensel yakınmalar (bulantı gibi), ölü doğum öyküsünün olması (9,10), gebelik sırasında olumsuz hayat olaylarının olması (11) ve çocuk sayısının artışıdır (12). Ayrıca doğum öncesi bakımın yapılmayışı, aile dinamiklerinin kötü olması, yeniden evlenme ve madde kullanımı ya da bağımlılığı da gebelik sırasında depresyon gelişimi için risk faktörleri olarak belirlenmiştir (13-15).

Gebelik depresyonunun en belirgin olarak tanımlanmış risk faktörleri ise önceden depresyon öyküsünün olması, önceden depresyon öyküsü olan bir kadının tedaviyi bırakması, önceden doğum sonrası depresyon (DSD) öyküsünün olması ve soy geçmişte depresyon öyküsü olmasıdır. Gebelikte depresyona katkı sağlayan psikososyal faktörler ise; gebelikten dolayı mutsuz olan anne, annedeki stres, anneye karşı kötü tutum ve sosyal destek eksikliğidir (7,12).

Depresyonun belirtileri gebeliğin herhangi bir döneminde ortaya çıkabilir ve yoğunluğu, süresi ve tipi farklılık gösterebilir. Gebeliğin ilk üç ayında ortaya çıkan depresyon varlığında, ikinci ve üçüncü üç aylarda depresif belirtilerde iyileşme olduğunu bildiren çalışmaların (16) yanı sıra, depresif belirtilerin özellikle üçüncü üç ayda en fazla görüldüğü de gösterilmiştir (17). Bunevicius ve ark. ise çalışmasında gebelik depresyonunun en fazla ilk üç ayda görüldüğünü ve bu dönemde yüksek oranda görülmesini de gebeliğin planlanmamış ve istenmeyen olması, düşük gelir ve eğitim

düzeyinde olunması, gelir getiren bir işte çalışmama değişkenleriyle ilişkili olduğunu saptamıştır (18).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda gebelikteki depresif belirti sıklığının % 12-36 arasında olduğu bildirilmiştir (19-22). Başka ülkelerde yapılan çalışmalarda ise perinatal dönem depresyon sıklığının; gelişmiş olanlarda % 5-30, gelişmekte olanlarda ise % 20 civarında olduğu bildirilmiştir (23-26).

Gebelikte depresif belirti görülme sıklığı gebelik dönemlerine göre de değişkenlik gösterebilmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada ilk üç ayda % 22, ikinci üç ayda % 32 ve üçüncü üç ayda % 36 oranında depresyon görüldüğü bildirilmiştir (27). Diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda ise ilk üç ayda % 16-51.4, ikinci üç ayda % 5.7-20.4, üçüncü üç ayda % 4.9-15 aralığında oranlar bildirilmektedir (28-30).

Gebelik sırasında annede depresyon varlığı, gebelik ve doğumla ilgili komplikasyonların artışıyla da ilişkilendirilmiştir. Psikiyatrik bozukluğu olan annelerin olmayanlara göre, doğum öncesi izlem süreçlerine daha geç başladığı ve düzenli kontrollere daha az geldiği bildirilmektedir (31).

Gebelik sırasında ortaya çıkan bir ruhsal hastalığı değerlendirirken hem anne hem de bebeği göz önünde bulundurmak gerekir. Yapılan çalışmalarda, annede gebelik sırasında depresyon varlığının bebekte düşük doğum ağırlığı riskini 1.1 ila 3.4 kez artırdığı, ayrıca doğum eyleminin uzaması ve bebeğin anne sütü almasında gecikmeye yol açtığı gösterilmiştir (33-35). Bu durumun olası nedenleri, depresyon nedeniyle gebelik sırasında daha az bakım, yetersiz beslenmeyle ilgili olarak vitamin-mineral eksikliği, tütün ve alkol kullanımı, kendini ihmal sonucu bedensel sağlığın kötüleşmesi olabilir. Bunun yanı sıra bebekle ilgili olarak anne-çocuk bağlanmasının depresyon nedeniyle bozulması, süttten erken kesilme, depresyon ve artmış stres nedeniyle bebeğin yüksek düzeyde kortizole maruz kalması da beklenebilecek durumlardır (36-39). Ayrıca annedeki depresyonun çocuklarda hem büyüme-gelişme hem de bilişsel ve davranışsal sorunlar ile ilişkili olduğu da gösterilmiştir (24,40-42).

Tedavi edilmeyen depresyon ve anksiyetenin erken doğum riskini artırdığı da bildirilmiştir. Dayan ve ark.nın 2006 yılında yayınladığı, doğum öncesi bakım hizmetine erken ve düzenli olarak katılan gebelerin incelendiği bir çalışmada, ölçeklerde yüksek depresyon puanları alan gebelerde, kendiliğinden başlayan erken

doğum oranlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bildirilmiştir (24). Anksiyetenin de depresyonun olmadığı durumlarda tek başına erken doğuma yol açabilen bir etmen olduğu belirlenmiştir (43). Bunun nedeni olarak da stres hormonu olarak bilinen kortizolün anksiyete ve depresyonla ilişkili olarak artışının, doğum eylemini hızlandırması öne sürülmüştür (44). Nepal’de yapılan bir çalışmada, anneye yönelik destek programları olarak beslenmeye vitamin-mineral eklenmesi ile bebekle annenin oyun ilişkisi içinde olmasını da sağlayan anne odaklı programlar karşılaştırılmış; daha etkili bulunan ikinci programın bebek ölüm oranlarını % 30 azalttığı gösterilmiştir (45).

Doğumdan hemen sonraki emzirme dönemi ve bebeğin bir yaşına kadar olan zaman dilimi, doğum sonrası dönem olarak psikiyatrik tabloların görülebildiği önemli bir dönemdir (46). Geriye dönük epidemiyolojik taramalar ciddi ruhsal hastalıkların ortaya çıkması bakımından, doğum sonrası dönemin gebelik dönemine kıyasla üç veya dört kez daha riskli olduğunu ortaya koymaktadır (47,48). Yeni bir bebeğin dünyaya gelmesi genellikle olumlu ve doyurucu bir yaşantı olsa da, annelerin bir kısmı için bazı duygusal sorunlar ortaya çıkar. Bunlardan en sık görüleni ve zorlayıcı olanı da depresyondur.

Doğum Sonrası Depresyonu, DSM V’te (Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı), DSM-IV-TR’den (Amerikan Psikiyatri Birliği, Psikiyatrik Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı, Dördüncü Baskı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin) farklı olarak Depresyon Bozuklukları içinde yer almakta ve “doğum zamanı (peripartum) başlayan” belirleyicisi ile tanımlanmaktadır. Doğumdan sonraki 2-3. haftadan sonra (olguların % 80’inde ilk 6 hafta içinde) sinsice başlamakta, ancak başlangıç doğumdan sonraki bir hatta iki yıla kadar uzayabilmektedir (49).

Doğum sonrasında depresyon gelişmesi açısından en önemli risk etmeninin gebelikteki depresyon olduğu bildirilmiştir (25). Gebelik süresi içinde depresyon yaşayan kadınların doğumdan sonra depresyon yaşama oranlarının % 50’nin üzerinde olduğu belirlenmiştir (25,50). DSD geçiren bir kadının, önündeki beş yıl içerisinde yeni bir depresyon atağı geçirme olasılığının, geçirmeyenlere göre iki kat daha fazla olduğu belirlenmiştir(51).

Ülkemizde doğum sonrası 1. hafta ile 18. ay arasında yapılan çalışmalarda DSD prevalansı % 12,5 ile % 42.7 arasında değişmektedir (48,49,52-60). Bölgemizde yapılan bir çalışmada bu oranın % 34.6 olduğu bildirilmiştir (61).

Yurtdışında doğum sonrası 1.gün ile 12. ay arasında yapılan çalışmalarda ise DSD prevalansı araştırmalarda kullanılan tanı yöntemine göre farklılık göstererek % 3.5-% 46 arasında değişmektedir (62-77).

Ayrıca doğum sonrası anksiyete semptomu % 35, bağlanma bozukluğu ise % 11 civarında tespit edilmiştir (78).

Doğum sonrası depresyonun risk faktörleri arasında; prenatal depresyon ve anksiyetenin varlığı, gebelik sırasında tedavi edilmemiş depresyon, geçirilmiş depresyon ve geçirilmiş DSD öyküsü, ailede depresyon öyküsü, genç yaş, zayıf aile ve evlilik ilişkileri, çocukluk döneminde aile ilişkilerinde bozukluklar, menstürasyon ile ilgili problemler, çocuk bakımına ilişkin yaşanan stresler, sosyal destek eksikliği, stresli yaşam olayları, annelik hüznü, düşük benlik saygısı, bebeğin huzursuzluğu, annenin evlilikten memnuniyeti, sosyoekonomik durumu, gebeliğin istenmeme durumu, düşük doğum ağırlığı ve erken doğum yer almaktadır (51,62-68).

Beklenmeyen bir erken doğum ve erken doğan bebeğin yoğun bakıma yatırılması anneye ilave psikolojik stres yaratmaktadır. Yapılan bir çalışmada, erken doğum yapan annelerde DSD insidansının zamanında doğum yapan annelerden daha yüksek olduğu bildirilmiştir (69).

Annede var olan kişilik bozukluğunun doğum sonrası dönemde depresyon gelişimine yatkınlık yaratabileceği düşünülebilir (70). Yapılan bir çalışmada sinirli, öfkeli veya utangaç, çekingen, karamsar annelerin doğum sonrası dönemde depresyon gelişimine yatkınlık gösterdikleri bulunmuştur (63). Doğum öncesi dönemde yaşanan anksiyetenin DSD riskini artıran etmenler arasında yer aldığı literatürde net olarak belirtilmektedir (62,63).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada DSD gelişimindeki yüksek risk etkenleri; işsizlik, düşük eğitim düzeyi, yoksulluk, yetersiz aile ilişkileri, erken yaşta evlilik, yetersiz sağlık hizmetleri, mental hastalıklar, planlanmamış gebelik, doğum öncesi bakım yetersizliği, erken yaşta hamile kalma ve düşük yapma olarak tespit edilmiştir. Yine bu çalışmada bebeğin cinsiyeti ile depresyon gelişimi arasında bir risk olduğu tespit edilmiş ve kız çocuğu sahibi olan annelerde depresyon gelişimi açısından daha

yüksek bir risk olduğu gözlenmiş ve bu durum, kültürel olarak erkek çocuğunun daha fazla tercih edilmesiyle ilişkilendirilmiştir (53).

Doğum sonrası depresyonun belirti profilinde bilinen depresyon belirtilerine ilaveten bebekle ilgili endişe yer almaktadır (49). Doğumla ilgili diğer psikiyatrik tablolara göre belirtilerin daha geç dönemde ortaya çıkması ve birçok kadının suçluluk duymaları nedeniyle belirtilerini saklamaları, DSD'nin kolaylıkla gözden kaçabilmesine neden olmaktadır. Doğum sonrası dönemde annede ortaya çıkan depresyon, annenin, çocuğun ve ailenin çeşitli güçlükler yaşamasına neden olmakta anne ile çocuk arasında kurulan ilişkiyi, annenin bebek bakımı ve ebeveyn rolünü öğrenmesini etkileyebilmektedir (52).

Doğum sonrası depresyonun her ne kadar klinik, etiyoloji ve tedavi seçenekleri yönünden majör depresyonla benzer olduğu düşünülse de DSD vakalarının yarıya yakını tanı alamamakta ve tedavisiz kalmaktadır (63,88,89). Tedavi edilmeyen DSD çocukta bilişsel, davranışsal, sosyal ve psikolojik bozukluklarla sonuçlanmaktadır (88-91). Perinatal dönemde depresyon geçirmiş annelerin çocukları ile yapılan ve çocukların 13 yaşına kadar izlendiği bir çalışmada, anksiyete ve depresif bozuklukların en yüksek oranda özellikle geç tanı konan ve depresyonu kronikleşen annelerin çocuklarında saptandığı bildirilmiştir (92).

Doğum sonrası depresyon, özellikle hafif ve orta şiddette olduğunda ve yardım arayışı desteklenmediğinde, başlangıcı sinsi olabildiğinden gözden kaçabilir. Bu olgularda DSD uzun süre devam edip, sonunda hastaneye yatış gerekli olacak derecede ağırlaşabilir. Bu nedenle erken tanı çok önemlidir. DSD'nin saptanmasının en önemli amaçlarından biri, tedavi edilmemiş depresyonu olan annelerin çocuğun gelişimini olumsuz yönde etkilemesini önlemektir (46).

Bu çalışmada kadınlarda depresyon oranlarının diğer bölgelere kıyasla daha yüksek olarak bulunduğu Doğu Anadolu Bölgesinde bulunan bir il merkezinde, gebeliğin erken dönemlerinde ve doğum sonrası dönemde kadınlarda depresyon yaygınlığı ve ilişkili faktörlerin tespit edilmesi planlanmıştır. Kadınların özellikle bedensel ve ruhsal olarak daha duyarlı olduğu bu dönemde depresif bozukluk ortaya çıkmasına neden olabilecek risk faktörlerinin ve öngördürücü özelliklerin belirlenmesine de çalışılacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Depresyon Bozuklukları

Depresyon, çökkün duygudurum başta olmak üzere ilgi-istek azalması, uyku ve iştah bozuklukları, psikomotor ajitasyon ya da retardasyon, yorgunluk, anergi, ümitsizlik-karamsarlık fikirleri, suçluluk-değersizlik düşünceleri, yineleyici intihar düşünceleri gibi çok farklı şekillerde kendini gösterir ve kişinin işlevselliğinde bozulmaya neden olur.

Yüksek yaygınlık oranları göstermesi dışında tanı güçlükleri içermesi, kronikleşme riskinin ve intihar davranışı sıklığının artması, yarattığı yeti yitimi ve ekonomik sonuçlar depresyon araştırmalarının önemini giderek arttırmaktadır (93,94).

Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı, Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı'nda Depresyon Bozuklukları içinde Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu, Major Depresyon Bozukluğu (MDB), Süregiden Depresyon Bozukluğu (Distimi), Premenstrüel Disfori Bozukluğu, Maddenin/İlacın Yol Açtığı Depresyon Bozukluğu, Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Depresyon Bozukluğu, Tanımlanmış Diğer Bir Depresyon Bozukluğu (Yineleyen Kısa Depresyon, Kısa Süreli Depresyon Dönemi, Yeterli Belirtisi Olmayan Depresyon Dönemi) ve Tanımlanmamış Depresyon Bozukluğu yer almaktadır (95).

2.1.1 Major Depresyon Bozukluğu

Major Depresyon Bozukluğu DSM V sınıflandırmasında depresyon bozuklukları başlığı altında yer alır, en yaygın duygudurum bozukluğudur, tek ya da tekrarlayan epizodlarla seyreder (95-98). Sık görülen, süregenleşme, depreşme ve yineleme oranları yüksek, fiziksel ve psikososyal yeti yitimine neden olan yıkıcı bir bozukluktur (99,100). Genel toplumda % 15'lik, kadınlarda % 10-25'lik ve erkeklerde % 5-12 arasında değişen yaşam boyu prevalansı ile psikiyatrinin en sık görülen hastalıklarındandır. Kültür ve ülkeden bağımsız olarak kadınlarda 2 kat daha sık görülmektedir (101).

Major depresyon bozukluğunun yaşam boyu prevalansı % 16.2, 12 aylık prevalansı % 6.6'dır (101). 1998 yılında yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Profili

araştırmasına göre ülkemizde 12 aylık depresif nöbet yaygınlığının kadınlarda % 5.4, erkeklerde % 2.3, tüm nüfusta % 4 olduğu tespit edilmiştir (102). İzmir’de sosyoekonomik, kültürel ve eğitim düzeyi düşük bir bölgede 15-49 yaş kadınlarda yapılan bir araştırmada MDB oranı % 25.8 bulunmuştur (103). Eskişehir’de 2008 yılında 1475 kişi ile yapılan araştırmada MDB oranları tüm katılımcıların % 24.9’u, kadınların % 31.9’u, erkeklerin ise % 17.9’u olarak belirtilmiştir (104). Erzurum’da 2010 yılında yapılan bir çalışmada 15-49 yaş grubu kadınlarda MDB oranı % 27.3 olarak tespit edilmiştir (105).

Çeşitli çalışmalarda ailesel genetik yüklülük, depresif kişilik özellikleri, cinsiyetin kadın olması, eğitim düzeyi düşüklüğü, olumsuz yaşam olayları, yakın ilişki azlığı, bedensel hastalıklar ve bunların tedavisi, yeti yitimine yol açan psikiyatrik bozukluklar major depresyon için temel risk etkenleri olarak ileri sürülmüştür (106,107). 18-44 yaşlar arasında olmak, işsiz ve bekâr olmak, düşük sosyoekonomik durum da depresyon için diğer risk etkenleridir (108,109).

Depresyon en yaygın görülen ruhsal bozuklukların başında gelmektedir. Tüm çalışmalarda depresyonun sıklıkla 30’lu yaşlarda başladığı, genç yaşlarda görülme sıklığının arttığı, orta yaş grubunda daha yüksek yaygınlık gösterdiği gözlenmiştir. Tüm çalışmalarda yinelenen bulgular kadınların erkeklere göre daha yüksek yaygınlık oranları göstermesi, boşanmış, dul ya da ayrı yaşayanlarda daha sık görülmesidir. Depresyon yaygınlığı kentsel alanlarda yüksek olup, kırsal alanlara doğru gidildikçe azalmaktadır (110).

DSM V’e Göre Majör Depresyon Bozukluğu 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 (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama olması gerekir.

Not: Açıkça genel tıbbi duruma bağlı belirtileri katmayınız.

(1) Ya hastanın kendisinin bildirmesi (örn. kendisini üzgün ya da boşlukta hissediyor) ya da başkalarının gözlemesi (örn. ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren çökkün duygudurum. **Not:** Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygudurum bulunabilir.

(2) Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirlendiği üzere).

(3) Perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örn. ayda vücut kilosunun % 5'inden fazlası olmak üzere) ya da hemen her gün iştahının azalmış ya da artmış olması. **Not:** Çocuklarda beklenen kilo alımının olmaması.

(4) Hemen her gün, uykusuzluk (insomnia) ya da aşırı uyku (hipersomnia) olması.

(5) Hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarınca da gözleniyor olması gerekir).

(6) Hemen her gün, yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması.

(7) Hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (hezeyan düzeyinde olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).

(8) Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık (ya hastanın kendisi söyler ya da başkaları bunu gözlemiştir).

(9) Yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması.

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

C. Bu belirtiler bir madde kullanımının (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. hipotiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Not: A-C tanı ölçütleri bir majör depresyon dönemini oluşturur.

Not: Önemli bir yitim (kayıp) (örn. yas, batkınlık, doğal bir yıkım sonucu yitirilenler, önemli bir hastalık ya da yetiyitimi) karşısında gösterilen tepkiler arasında, A tanı ölçütünde belirtilen, yoğun bir üzüntü duygusu yaşama, yitimle ilgili düşünüp durma, uykusuzluk çekme, yeme isteğinde azalma ve kilo verme gibi belirtiler olabilir ve bunlar da bir depresyon dönemini andırabilir. Bu gibi belirtiler anlaşılabilir ya da

yaşanan yitime göre uygun bulunabilirse de, önemli bir yitime olağan tepkinin yanı sıra bir majör depresyon döneminin de olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu karar, kişiden alınan öykünün ve yitim bağlamında yaşanan acının kültürel ölçülere göre dışavurumunun değerlendirilmesini gerektirir.

D. Majör depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir.

Not: Mani benzeri ya da hipomani benzeri dönemler maddenin yol açtığı dönemlerse ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanabiliyorsa bu dışlama uygulanmaz.

Varsa belirtiniz:

- ✓ Anksiyeteyle birlikte
- ✓ Mikst özellikli
- ✓ Melankolik özellikler gösteren
- ✓ Atipik özellikler gösteren
- ✓ Psikotik özelliklerle birlikte
- ✓ Katatoniyle giden
- ✓ Peripartum başlangıç
- ✓ Mevsimsel örüntü gösteren

Ağırlık belirleyicisi

- Ağır olmayan
- Orta derecede
- Ağır

Varsa belirtiniz:

- Kısmi remisyon
- Tam remisyon

2.1.2 Süregiden Depresyon Bozukluğu (Distimi)

Distimik Bozukluk hemen hergün, gün boyu süren depresif duygudurumla belirlenen süregen bir bozukluktur. DSM V'te distimik bozukluk tanısı için en az 2 yıllık bir sürede zamanın büyük çoğunluğunu kaplayan çökkün bir duygudurumun varlığı gereklidir. Hasta asla manik ya da hipomanik ataklar geçirmemelidir ve hastada siklotimi bozukluğu için tanı ölçütleri hiçbir zaman karşılanmamıştır (95).

Distimik bozukluk tüm toplumda % 5-6 oranında görülmektedir. Kadınlarda erkeklere göre daha sıktır. Ayrıca bekârlarda, gençlerde ve düşük gelirli grupta daha sıktır (111). 1998 yılında yapılan "Türkiye Ruh Sağlığı Profili" araştırmasında toplumda distimi yaygınlığının % 1.6 olduğu görülmüştür (102).

Distimik bozuklukta bilişsel, afektif (disforik duygudurum) ve sosyal-motivasyonel (ilgi, istek kaybı, sosyal çekilme, zevk alamama) gibi semptomlar vejetatif belirtilerden daha sık olarak görülmektedir. Distimik bozukluk toplumda araştırıldığında hastaların % 50' sinde belirtilerin eşikaltı düzeyde olduğu görülmüştür.

Distimik bozuklukta komorbidite sıktır. Distimiklerin sadece %25-30' unda yaşam boyu diğer psikiyatrik bozukluklar görülmemiştir. Alkol madde kötüye kullanımı sıklıkla eşlik eder (112).

Süregiden Depresyon Bozukluğu (Distimi) İçin DSM V Tanı Ölçütleri

Bu bozukluk, DSM-IV'te tanımlanmış olan süregen (kronik) majör depresyon bozukluğu ile distimi bozukluğunun birleşimidir.

A. Kişinin, ya kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirli, en az iki yıl ve hemen her gün yaklaşık gün boyu süren çökkün bir duygulanımın olması. (Not: Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygudurum olabilir ve süresi en az bir yıl olmalıdır).

B. Depresyondayken aşağıdakilerden ikisi (ya da daha fazlası) bulunur:

- (1) iştahsızlık ya da aşırı yemek yeme
- (2) uykusuzluk ya da aşırı uyku
- (3) düşük enerji düzeyi ya da yorgunluk
- (4) düşük benlik saygısı
- (5) düşüncelerini yoğunlaştırma güçlüğü ya da karar vermede güçlük
- (6) umutsuzluk duyguları

- C. Bu bozukluğun iki yıllık dönemi sırasında (çocuklar ve ergenler için bir yıl) kişide, bir seferde iki aydan daha uzun süren, A ve B maddelerindeki belirtilerin olmadığı bir dönem hiç olmamıştır.
- D. MDB için tanı ölçütleri, iki yıl süreyle, sürekli olarak bulunabilir.
- E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da hipomani dönemi geçirilmemiştir ve siklotimi bozukluğu için tanı ölçütleri hiçbir zaman karşılanmamıştır.
- F. Bu bozukluk, süregiden şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.
- G. Bu belirtiler bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, sağaltım için kullanılan bir ilaç) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel bir tıbbi duruma (örn. hipotiroidizm) bağlı değildir.
- H. Majör depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.
- I. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

Not: Majör depresyon dönemi için tanı ölçütleri, süregiden depresyon bozukluğu (distimi) için sıralanan belirtiler arasında olmayan dört belirtiyi kapsadığı için, çok az sayıda kişide, iki yıldan daha uzun süren depresyon belirtileri olacak, süregiden depresyon bozukluğu için tanı ölçütleri karşılanmayacaktır. O sıradaki hastalık döneminin belirli bir aşamasında majör depresyon dönemi için tanı ölçütleri tam karşılanmışsa, majör depresyon bozukluğu tanısı konmalıdır. Yoksa tanımlanmış diğer bir depresyon bozukluğu ya da tanımlanmamış depresyon bozukluğu tanısının konması gerekir.

Varsa belirtiniz:

- ✓ Anksiyeteyle birlikte
- ✓ Mikst özellikli
- ✓ Melankolik özellikler gösteren
- ✓ Atipik özellikler gösteren
- ✓ Psikotik özelliklerle birlikte
- ✓ Katatoniyle giden
- ✓ Peripartum başlangıç

Varsa belirtiniz:

Kısmi remisyon

Tam remisyon

Başlangıç yaşı

Erken başlangıçlı: 21 yaşından önce başlamışsa;

Geç başlangıçlı: 21 yaşında ya da daha ileri bir yaşta başlamışsa

Son iki yıla ait belirleyiciler

- ✓ Saf distimi (son iki yılda Majör Depresyon Dönemi (MDD) için tanı ölçütleri tam olarak karşılanmamıştır)
- ✓ Dirençli MDD ile giden (son iki yıldır sürekli kriterleri karşılanan MDD var)
- ✓ Aralıklı MDD' ler, şuanda epizotta
- ✓ Aralıklı MDD' ler şuanda epizotta değil

Ağırlık belirleyicisi

Ağır olmayan

Orta derecede

Ağır

2.2 Gebelik ve Depresyon

Gebelik, kadınlar için doğal bir yaşam olayı olmanın yanı sıra önemli biyolojik ve psikososyal değişimlerin yaşandığı kaygı ve stres oluşturabilecek birçok etkenle karşılaşma riskinin de yüksek olduğu bir dönemdir (113). Gebeliğin ruhsal bozukluklar için koruyucu bir dönem ya da “kendini iyi hissetme” dönemi olduğu düşüncesi son yıllarda kabul görmemektedir (114,115).

Doğurganlık dönemi, kadınlarda depresyonun başlaması açısından yüksek riskli dönemdir hemen hemen hiçbir yaşam olayını, gebelik ve doğumun neden olduğu nöroendokrin ve psikososyal değişikliklerle kıyaslamak mümkün olamaz (116).

Depresyon, hafif ya da ağır düzeyde, hamilelikte en sık görülen ruhsal bozukluktur (48). Yapılan çalışmalara göre gebelikte depresyon ve depresif belirti görülme sıklığının % 5-51 arasında değiştiği bildirilmektedir (117).

Gebelikte depresyon sıklıkla atlanır. Gebe kadınlarda da, uyku ve iştah bozukluğu, enerji ve istek kaybı gibi majör depresyonla örtüşen pek çok klinik bulgu ve belirtiyeye rastlanır. Gebelikte sıklıkla görülen tıbbi hastalıklar gebelikte depresyon tanısını daha karmaşık hale getirir (118,119).

Gebe kadınların % 70 ve fazlasında depresif semptomlar bildirilmiş ve % 10-16 kadarının ise majör depresyon için tüm kriterleri içerdiği belirtilmiştir (116). Gebelikte depresyon, % 50-62 oranında doğum sonrası depresif atak geçirme ve mevcut psikiyatrik durumun daha da kötüleşmesi risklerini taşımaktadır. Gebelik sırasında depresif olup tedavi almayan gebelerin % 15'inin intihar girişiminde bulunduğu belirtilmiştir (115).

2.2.1 Gebelikte Depresif Bozukluk Etiyolojisi

Kadınlarda hayat boyu duygudurum bozukluğu prevalansı erkeklere kıyasla yaklaşık iki kez daha fazladır (120). Kadınlarda depresyonun bu yüksek insidansı ilk olarak ergenlikten itibaren görülmeye başlar ve menopoz sonrası yıllarda daha az belirgindir. Kadınlardaki yüksek duygudurum bozukluğu insidansı; genetik yatkınlığa, daha fazla stresli yaşam olaylarına maruz kalmaya, nöroendokrin sistemdeki değişimlere bağlı gonadal hormonların dalgalanmasına veya bu faktörlerin herhangi bir kombinasyonuna veya hepsine bağlı olabilir (121).

2.2.2 Gebelikte Depresif Bozukluk Epidemiyolojisi

Gebelikte depresyon prevalansını bildiren çalışmalar incelendiğinde metodoloji farklılıkları (depresyon tanısı için kullanılan yöntem; psikiyatrik görüşme / ölçekler, kullanılan ölçekte esas alınan kesme puanında farklılıklar gibi), örneklem çeşitlilikleri

(gebeliğin kaçınıcı haftası, alkol veya madde bağımlılığı veya bilinen fiziksel veya ruhsal hastalık olup olmaması gibi) ve sosyodemografik özelliklerdeki (sosyokültürel ve ekonomik düzey farklılıkları) heterojenlik dikkat çekicidir ve buna bağlı olarak da gebelerde depresyon prevalansı oranları ile ilgili çok farklı bildirimler bulunmaktadır (122).

Değişik kültürlerde gebelik döneminde depresyon yaygınlığını araştıran çalışmalarda depresif belirti görülme sıklığı Macaristan'da % 17.9 (123), Amerika'da % 20 (124), Kanada'da % 25 (125) ve Finlandiya'da % 30 (126) olarak bulunmuştur.

Türkiye'de bu konuda sınırlı sayıda çalışma mevcut olmakla birlikte, Gölbaşı ve ark. Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Değerlendirme Ölçeği'ne (EPDÖ) göre yaptığı çalışmada; gebelikte depresif belirti görülme sıklığını % 28.6 olarak bulmuşlardır (127). Beck Depresyon Envanterine (BDE) göre (kesme puan 17 ve üzeri) yapılan çalışmalarda gebelikte depresif belirti görülme sıklığını; Karaçam ve Ançel % 27.3, Altınay % 27.9, Sevindik % 36.3 olarak belirtmiştir (114,128,129).

Gebelikte depresyon yaygınlığı ile ilgili toplum temelli olarak yapılmış birkaç çalışma vardır. Evans ve ark.nın EPDÖ'ye göre yaptığı çalışmada 13.799 kadının % 13,5'inde gebelik sırasında depresif semptomlar tespit edilmiş, doğum sonrası sekizinci haftada bu oran % 9.1 olarak bulunmuştur (130). Depresif semptomların EPDÖ ile değerlendirildiği başka bir çalışmada, çalışmaya alınan 1558 kadının gebelik sırasında depresyon prevalansı % 17, DSD prevalansı % 13 olarak bildirilmiştir (131).

Gebelikte depresif belirti görülme sıklığı gebelik dönemlerine göre de değişkenlik gösterebilmektedir. Literatürde gebeliğin ikinci üç ayına göre birinci ve üçüncü üç ayda anksiyete ve depresyonun daha fazla yaşandığı belirtilmektedir (113,132).

Bunevicius ve ark.nın yaptığı çalışmada gebelik depresyonunun en fazla ilk üç ayda görüldüğünü ve bu dönemde yüksek oranda görülmesini de gebeliğin planlanmamış ve istenmeyen olması, düşük gelir ve eğitim düzeyinde olunması, gelir getiren bir işte çalışmama değişkenleriyle ilişkili olduğunu belirtmiştir (133).

Chen ve ark. Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası-Centre for Epidemiological Studies and Depression (CES-D) ile gebelikte depresif semptom görülme sıklığını araştırmış; ilk üç ayda % 8, ikinci üç ayda % 10 ve üçüncü üç ayda % 2 olarak tespit etmiştir (134).

Bennet ve ark.nın sistematik gözden geçirme çalışmasında; gebelikte depresyon prevalansı ile ilgili 714 çalışma incelemiş ve bu çalışmalardaki incelemeler sonunda 21 çalışma analiz edilmiştir. Sonuç olarak depresyon yaygınlığının gebeliğin ilk üç ayında % 7.4, ikinci üç ayında % 12.8 ve üçüncü üç ayında % 12 olduğu bildirilmiştir. (135).

2.2.3 Gebelikte Depresif Bozukluk Risk Faktörleri

Gebelik depresyonundaki risk faktörlerinin çok boyutlu olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Literatürde gebelik depresyonunun risk faktörlerine yönelik birçok çalışma bulunmaktadır.

Gebelikteki sosyodemografik ve obstetrik faktörler gebelik depresyonunu etkileyebilmektedir. Bu faktörlerden bazıları üzerinde yapılan bir çalışmada; gebelik depresyonunun evlilik süresi ile pozitif, eğitim düzeyi ile negatif yönde bir bağıntısı olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada geniş ailede yaşayan gebelerde depresyon puanı çekirdek ailede yaşayanlara göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur (113). Depresyon ayrı yaşayan ya da boşanmış eşler arasında daha yüksek oranda izlenmektedir. Yalnız yaşayan annelerde, evli olanlara göre, depresyon gelişme riski iki kat daha fazladır (136).

Ergenlikte ya da küçük yaşta gebe kalma ve istenmeyen gebelik de depresyon için diğer risk faktörleridir. Figueiredo ve ark. Hollanda’da yaptığı randomize bir çalışmada; 17-40 yaş arası gebelere göre ergenlik çağındaki gebeler hem gebelik süresince hem de doğum sonrası dönemde anlamlı olarak daha fazla depresif belirti göstermiştir (137). Aynı çalışmada depresif belirti gösteren ergen gebelerin daha çok sosyal desteğe ihtiyaç duyabileceği de vurgulanmaktadır. Benzer amaçlı bir çalışma olan Lau ve ark.nın gebeliğin ikinci üç ayında olan 2178 gebe üzerinde yaptığı bir araştırmada, istenmeyen gebelik ve genç yaşta olma ile depresif bulgular arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir (138). Gözüyeşil ve ark.nın çalışmasında istenmeyen gebeliğin ve genç yaşta evlenmenin depresyonu arttırmada etkili olduğu tespit edilmiştir (139).

Gebelerin sosyoekonomik düzeyi ve gelir getiren bir işte çalışma durumu da depresyonu etkilemektedir. Arslan’ın Isparta’da 2010 yılında yaptığı araştırmada gelir düzeyi azaldıkça depresyon puanlarının arttığı belirtilmiştir (140). Yanıkkerem’in

çalışmasında da benzer şekilde düşük gelir düzeyine sahip gebelerde depresyon puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (141). Bödecs ve ark. gelir getiren herhangi bir işte çalışmayanlarda ve 18 yaş altında olan gebelerde gebelik depresyonunun daha çok görüldüğünü saptamıştır (123). Benzer şekilde Leigh ve ark. da gelir düzeyi düşük gebelerde gebelik depresyonunun, gelir düzeyi iyi olanlara göre anlamlı düzeyde arttığını bulmuştur (142). Figueiredo ve Secco'nun 2007 yılında yapmış oldukları iki ayrı çalışmada da düşük sosyoekonomik koşullara sahip olan gebelerde depresyon semptomlarının yaygın olduğu belirtilmiştir (137,143).

Gebenin şimdiki veya geçmişteki gebelik öyküsü (düşük ya da küretaj), ve gebelikte yaşadığı duygusal ve fiziksel sorunlar gebelik depresyonu için risk faktörleridir (117,144). Yanikkerem ve ark.nın 2004 yılında Manisa'da yaptıkları çalışmada düşük öyküsü olan kadınlarda gebelik depresyonunun daha sık görüldüğü bulunmuştur (141). Llewellyn ve ark.nın yapmış olduğu bir çalışmada düşük veya ölü doğum yapmış kadınların % 36'sında ciddi depresif semptomlar belirlendiğini ve canlı doğum yapmış kadınlardan 3 kat daha fazla ciddi depresif semptomlar taşıdıkları belirlenmiştir (116). Gözüyeşil ve ark. gebelik haftası 36 ve üzeri olan 136 gebe ile yaptığı çalışmada, düşük yapan kadınların bir sonraki gebeliğinde depresyon görülme riskinin arttığını tespit etmiştir. Aynı çalışmada eşiyle evlilik uyumu iyi olmayan gebelerin depresyon puan ortalaması uyumu iyi olan gebelere göre anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır (139). Bu bulgular, evlilik ilişkisindeki sorunların gebelik depresyonu için bir risk etmeni olabileceğini telkin etmektedir (19).

Literatürde geçmişinde şiddet gören kadınlarda, gebelik depresyonu riskinde artış olduğunu belirten çalışmalar vardır. Sevindik' in çalışmasında şiddete uğrayan gebe kadınlarda depresyon puanları daha yüksek olarak bulunmuştur (114). Leigh ve ark. Avustralya'da 367 gebe üzerinde yaptığı randomize çalışmada; özsaygısı düşük olan, anksiyete yaşayan, sosyal desteği az ya da hiç olmayan, sürekli olumsuz yönde düşünme eğilimi olan, yaşamında büyük bir travma yaşamış, geçmişinde şiddet gören kadınlarda gebelik depresyonu riskinin yüksek olduğunu saptamıştır. Aynı çalışmada ilk ebeveyn olma stresi ile gebelik depresyonu arasında da anlamlı bir ilişki bulunmuştur (142).

Daha önce geçirilmiş psikiyatrik hastalıkların gebelikte depresyon için önemli bir risk etkeni olduğu birçok çalışmada bildirilmiştir (129,145,146). Önceki gebelikte

depresyon öyküsü varsa sonraki gebelik ve doğumlarda % 50-60 oranında tekrarlama riski vardır (147). Yonkers'ın araştırmasında antenatal fazda depresyon öyküsünün olmasının gebelik ve lohusa döneminde depresyon gelişimi için çok önemli bir belirleyici olduğu bildirilmiştir (148).

Gebelikteki fizyolojik değişiklikler gebelik depresyonuna neden olabilmektedir. Bu değişikliklerden biri olan kilo artışı, gebede memnuniyetsizlik yaratmasına bağlı olarak hem gebelik süresince hem de doğum sonrası dönemde depresif belirtileri arttırabilmektedir (149). Kalken ve ark.nın 230 gebe üzerine yaptığı çalışmada; gebeliğin erken dönemindeki şiddetli bulantı ve kusmanın, gebelikteki yaşanan anksiyete ve depresyonla ilişkisinin olduğu saptanmıştır (150). Gebelikteki depresyon ile gebenin yaşadığı anksiyete arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Bödecs ve ark. çalışmasında depresyon yaşayan gebelerin, tamamına yakınında anksiyete bulguları da saptanmıştır (123). Benzer şekilde Karaçam ve Ançel gebelik depresyonu ile anksiyete arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulmuşlardır (128). Gebelerdeki doğum korkusu da ayrıca önemli bir depresyon nedeni olabilmektedir (151).

Sosyal destek gebeyi duygusal ve bilişsel olarak rahatlatmakta, sosyal imkanlardan daha fazla yararlanmalarına, stres etkeni ve kaygı ile daha fazla baş etmelerine yardımcı olmakta ve annelik rolüne geçişi kolaylaştırmaktadır. Sosyal destek eş, aile ve arkadaşlar tarafından sağlanan destektir. Gebenin sosyal destek sistemleri ile gebelik depresyonu arasında sıkı bir ilişki bulunmaktadır (113). Altınay, gebelikte eş desteğinin olmamasının ya da yakın çevre ile iletişim zayıflığının depresyon gelişimine etkisi olduğunu saptamıştır (129). Aktaş ve ark. gebenin sosyal destek sistemleri ile depresyonu arasında negatif yönde güçlü bir ilişki olduğunu belirlemiştir (132). Sosyal desteğin eksikliği ya da yokluğu hem gebelik hem de DSD gelişimi için önemli risk faktörleridir. Sosyal destek düzeyinin, gebelik ve DSD ile ilişkisinin araştırıldığı Kanada'da yapılan bir çalışmada, gebelikte düşük düzeyde sosyal destek sistemine sahip olanlarda hem gebelik hem de DSD riskinin anlamlı derecede arttığı gözlenmiştir (152).

Gebelik depresyonuna yatkınlığı artırdığı düşünülen bir diğer olası faktör gebelikteki beslenme düzenidir. Beslenme, nörotransmitter geçişi için temel elementi sağlayarak Hipotalamus-Pitüiter-Adrenal (HPA) eksenindeki işlevlerin düzenli

çalışmasını sağlar (153). Gebelikte B6 ve B12 vitamini, çinko, magnezyum gibi vitamin ve elementler yeterince alınması halinde serotonin hormonu üzerinde olumlu etki yaratarak depresyonu önlenmesine yardımcı olur (154).

Gebelik depresyonunu etkileyebileceği düşünülen bir diğer element ise Omega-3'tür. Kanıta dayalı çalışmalar, vücutta Omega-3 yağ asiti düzeyinin düşüklüğünün gebelik boyunca ve doğumdan sonraki süreçte ortaya çıkan depresif belirtilerle ilişkili olduğunu göstermiştir. Omega-3 yağ asidinin serotonin işlevleri üzerindeki etkisinden dolayı antidepresan etki gösterebileceği belirtilmektedir. Perinatal depresyonların tedavisi ve önlenmesine yönelik Omega-3 yağ asidi kullanımı üzerine yapılan klinik çalışmalarda, Omega-3 yağ asidi kullananlarda kullanmayan gruba göre anlamlı düzeyde daha az depresif belirti görülmüştür (155).

2.2.4 Gebelikte Depresif Bozukluk Belirti ve Bulguları

Gebelerdeki depresif belirti ve bulguların; gebeliğin fizyolojik değişiklikleri ve yakınmalarıyla benzer özellikte olması ve subsendromal özellik gösterebilmesi nedeniyle gebelik depresyonuna tanı koymak bazen güç olabilir (115,156).

Gebeliğin ilk üç ayındaki başlıca depresif belirti ve bulgular; uyku ve iştah değişiklikleri, duygulanım ve anksiyete durumlarında dalgalanma, aşırı yorgunluk, libido kaybı, konsantrasyon güçlüğüdür. Gebeliğin üçüncü üç ayında ise anksiyete, aşırı yorgunluk, uyku ve iştah bozuklukları, doğumla ilgili kaygılar görülebilmektedir. Bu depresif belirtiler gebeliğin ikinci üç ayında daha az görülmektedir (115).

Literatürde, depresif belirtilerin gebe kadınlarda en az doğum sonrası dönemdeki veya gebe olmayan kadınlardaki kadar sık ve yoğun görüldüğü belirtilmektedir (113). Gebelikteki depresif belirtiler genel depresyon belirtilerinden farklı olmamakla birlikte; gebe depresif hastalarda diğer depresif hastalara göre bulantı, mide ağrısı, sık soluk alıp verme, baş ağrısı gibi somatik şikâyetler anlamlı derecede fazla görülmektedir (156). Gebelikte de görülebilen bu belirtilere depresyon varlığında elemli affekt ve zevk alamama da eşlik eder. Gebeliğe bağlı fiziksel semptomlarda ise depresif duygudurum görülmez.

2.2.5 Gebelikte Depresif Bozukluk Sonuçları

Depresyondaki gebe kadında gebeliğin seyri esnasında nörendokrin ekseninde ve uterusu olan kan akımındaki değişiklikler sonucunda hem gebenin hem fetüsün sağlığı olumsuz etkilenmektedir. Depresyona bağlı olarak gebelerde norepinefrin ve kortizol düzeyleri yükselmekte, bu süreçte yükselmiş norepinefrin ve kortizol uterusu olan kan akımını azaltarak hem gebe, hem fetüs üzerinde çok ciddi obstetrik ve neonatal sonuçlar doğurmaktadır (117,156,157).

Depresif annelerin; gebeliği sırasında sağlık personelinde daha az bakım aldığı ve kendi öz bakımına daha az özen gösterdiği belirtilmektedir. Antenatal bakımdaki bu yetersizlik sonucu gebelerde ağrı ve rahatsızlıklar daha fazla görülebilmektedir (117,151,158).

Depresyonda olan gebe kadınlarda, bulantı ve kusma, mide ağrısı, solunum problemleri, gastrointestinal sistem yakınmaları, kalp çarpıntısı ve baş dönmesi sorunları daha sık ortaya çıkmaktadır (156).

Literatürde gebelik depresyonunun sonuçlarına ilişkin önemli çalışmalar mevcuttur. Amerika’da BDE ile yapılan bir izlem çalışmasında; gebeliğinde depresyon yaşayan kadınlarda depresyon yaşamayanlara göre erken doğum görülme insidansının % 13, düşük doğum ağırlıklı bebek olma insidansının % 15 oranında arttığı saptanmıştır. Yine aynı çalışmada, gebelik depresyonu tanısı alanlarda prenatal kortizol düzeylerinin daha yüksek, fetüslerin gebelik haftasına göre daha küçük olduğu bildirilmiştir (157). Rahman ve ark. yaptığı çalışmada, depresyondaki annelerin bebeklerinin ağırlıklarının depresyonda olmayan annelerin bebeklerine oranla 1.9 kat daha düşük olduğunu bulmuştur (159).

Maternal depresyon HPA eksenini aktive eder. Bunun yanında hipotalamustan Kortikotropin Salgılatıcı Hormon (Corticotropin Releasing Hormone-CRH) salınması yoluyla katekolaminler ve kortizolün aktivitesini artırır. CRH’nın aynı zamanda doğumun zamanlamasını ve başlangıcını etkileyebileceği, depresyonu olan kadınlarda doğum sancılarının bu yüzden erken başladığı belirtilmektedir. Hayvan çalışmaları, gebelik sırasındaki stresin HPA aksı disfonksiyonu ve fetal dokuların anormal gelişimi ile ilişkili olduğunu göstermiştir. (24,160,161).

Gebelikteki depresyon doğum sonrası dönemde de devam ederse çocuğun ileri yaşamına ait olumsuz etkilenme riski de artmaktadır. Bu olumsuz etkiler; anne-bebek bağının kurulmasında sorunların oluşması, büyümede gerilik, motor ve dil gelişiminde gecikme, duygusal gelişimde bozukluk ve davranış problemleridir (117,153,157,162). Gebelik depresyonunun tüm bu olumsuz sonuç ve etkilerinin yanında, DSD riskini yaklaşık 6.5 kat artırdığı belirlenmiştir (156).

2.3 Doğum Sonrası Dönem ve Depresyon

Doğum sonrası dönem, annede oluşan fizyolojik değişikliklerin yanında ebeveynliğe geçişin yaşandığı, yeni rollerin ve sorumlulukların üstlenildiği zor bir dönemdir (163). Doğum sonrası dönem psikiyatrik bozuklukların başlaması ve alevlenmesi bakımından riskli bir dönemdir. Özellikle doğumdan sonraki ilk bir yıl kadınlar, psikiyatrik hastalıklar açısından anlamlı düzeyde risk altındadırlar (33). Doğum sonrası dönemde ortaya çıkan duygudurum bozuklukları belirtilerin şiddetine, özelliklerine, tedavilerine ve prognozlarına göre sınıflandırılarak; annelik hüznü (maternity blues), DSD ve doğum sonrası psikoz olmak üzere başlıca üç grupta toplanmaktadır (165). Annelik hüznü, en sık rastlanan puerperal hastalıktır (166). Yaygınlığı % 30 ile 75 arasında değişmektedir. Belirtiler hafif düzeydedir ve duygudurum düzensizliği, iritabilite, korku, anksiyete, uyku ve iştah bozukluklarını içermektedir. Belirtiler doğumdan sonraki birkaç gün içinde başlayıp ilerleyen günlerde düzeliş tedavi gerektirmez (56,167).

Doğum Sonrası Depresyonu, DSM-IV-TR'den farklı olarak DSM V'te, hem majör depresyon hem de süregiden depresyon bozukluğu (distimi) alt tipi olarak yer almakta ve “doğum zamanı (peripartum) başlayan” belirleyicisi ile tanımlanmaktadır. DSD semptomları diğer depresif hastalıklardan farklı değildir. DSM V kriterleri doğumdan sonraki dört hafta içinde başlamak kaydı ile DSD için de geçerlidir. Depresif duygudurum, zevk alamama, kilo ve iştah bozuklukları, psikomotor bozukluk, yorgunluk, enerji kaybı, değersizlik, suçluluk duygusu ile karakterizedir. DSD'nin fenomenolojik olarak diğer depresyon türlerinden farkı, daha genç yaşta başlaması, intihar düşünce ve davranışlarının daha az olması, anksiyete semptomlarının daha fazla olması, bebekle ilgili zarar verici obsesyonel düşüncelerin varlığıdır. Uyku, iştah

bozukluğu, libido ve enerjide azalma normal puerperal dönemde de görülebilen semptomlardır. Bu durumda duygudurum ve kognitif şikayetlerin değerlendirilmesi önem kazanmaktadır (168).

Doğum sonrası depresyonun genç annelerde görülme oranı % 26 civarındadır. Bazı annelerde annelik hüznü devam etmekte ve belirtiler giderek şiddetlenmektedir. Çalışmalar doğum sonrası duygudurum bozukluklarının diğer duygudurum bozukluklarından farklı olmadığını göstermiştir. Buna rağmen belirtilerin içeriği doğumla ilgilidir ve hastalık anne, bebek ve tüm aileyi etkilemektedir (166,169,170). Doğum sonrası depresyonu olanların çoğu aylar içerisinde düzelmekte, bununla birlikte bazı kadınlarda doğum olayı tekrarlayan ve kronik depresif atakların tetiğini çekebilmektedir (171).

2.3.1.Doğum Sonrası Depresyon Etiyolojisi

DSD'nin nedenleri içinde genetik, biyolojik (hormonal), psikolojik (psikososyal) faktörler ile stres ve çevresel faktörlerin etkili olduğu ifade edilmektedir (165, 172, 173). Doğum sonrası hormon düzeylerinde gözlenen değişiklikler, stres oluşturan durumların varlığı, evlilik ilişkisinin zayıf olması, destek sistemlerindeki yetersizlikler, benlik saygısında düşme, beden imgesindeki değişiklikler, sosyokültürel düzey ile bireyin işindeki konumu gibi pek çok faktör DSD gelişimine zemin hazırlayabilmektedir (174-177)

2.3.1.1 Genetik Faktörler

Genetik ve hormonal etkenler gibi biyolojik değişkenler, perinatal dönemdeki depresyonu, psikososyal stresörlere ve anksiyete semptomlarına direnci düşürerek dolaylı yoldan etkilemektedir (178). Biyolojik faktörler gerek genetik, gerekse hormonal, kişinin hayati durumlara stres veya anksiyete duyguları ile cevap vermesine sebep olmaktadır.

Hormonal değişimler tüm kadınlarda olduğundan, duygudurum bozukluklarının gelişmesinde hormon dalgalanmalarından başka faktörlerin de olduğunu söylemek yanlış değildir. Genetik yatkınlık da bu faktörlerden biridir. Halen tam aydınlatılamamış olan bu genetik kusurlar muhtemelen çeşitli reseptör ve enzimlerin sayısında ve

fonksiyonunda karmaşık değişimlere, santral sinir sisteminde karmaşık yapısal ve anatomik değişimlere sebep olurlar. Genetik polimorfizmin sebep olduğu bu değişimler hormonal değişimlerle birleşerek sistemin değişen çevresel strese nasıl yanıt vereceğini ve duygudurum bozukluğu gelişimini belirler (122).

Stresli olayların neden bazı insanlarda depresyona yol açtığını açıklamaya çalışan bir araştırmada, depresyonda stresli yaşam olaylarının etkilerini dengeleyen serotonin taşıyıcı geninin promotor bölgesinde polimorfizm olduğu bildirilmiştir (179). Serotonin Taşıyıcı (5-hydroxytryptamine transporter, SERT) Genin, serotoninin taşınmasındaki rolü nedeniyle psikiyatrik bozuklukların etiyolojisinde rol oynadığı öne sürülmektedir (180). Serotonin Taşıyıcı Genin promotor bölgesindeki polimorfizmi (5HTTLPR), psikiyatrik genetikte en çok araştırılmış polimorfizmlerden biridir. Perinatal MDB için yapılan gen çalışmaları da gebelikte depresyon tanısı alan kadınların SERT geninde polimorfizm olduğunu vurgulamaktadır (181).

2.3.1.2 Hormonal Faktörler

Depresyon başlamasında seks hormonlarının seviyelerindeki değişikliğin etkili olduğu öne sürülmüştür. Çocuklar ve adolesanlar üzerinde yapılan depresyon araştırmaları; hormonal değişimlere bağlı depresyon oranlarındaki ilk cinsiyet farklılıklarının, 11-14 yaşlarında ortaya çıktığını göstermiştir (182). Seks hormonları seviyesindeki değişikliklerle ilgili olarak diğer deneyimler de depresyonla ilişkili bulunmuştur. Bu deneyimlerin örnekleri: Progesteron/östrojen oranı düşük olan doğum kontrol haplarının ve progesteron dozundan bağımsız olarak yüksek doz östrojen içeren ilaçların daha fazla depresif yakınmalara yol açtığı (183), PMDB'un diğer duygudurum bozuklukları ile yakın ilişkisi ve benzerlikleri (184), gebelik ve doğum sonrası dönemde testosteron ve progesteronun duyguduruma kötü etkileri (185), perimenopozal dönemde kadınlarda depresif yakınmaların arttığı (186,187) ve hormon replasman tedavisinin perimenopozal dönemdeki depresif belirtileri azalttığı ya da yok ettiği gösterilmiştir (188).

Gebelik ve doğum sonrası dönemde birçok hormonal değişiklikler gözlenir. Hamilelik dönemi boyunca yüksek düzeylerde seyreden östrojen ve progesteron seviyelerinde doğum sonrası gözlenen ani düşüş, HPA sistemini belirgin olarak

baskılar, bu da depresyona yatkınlıkta artışa sebep olur (120). Doğum sonrası 9. haftada BDE kullanarak yapılan bir çalışmada; hamileliğin 36 haftası süresince ve doğum sonrası 2. günde ölçülen serum östradiol seviyelerinin depresif kadınlarda, depresyonu olmayan kadınlara göre daha düşük seviyelerde olduğu bulunmuştur. Benzer sonuçlar, gebeliğin 34, 38. ve doğum sonrası dönemin 1, 3, 4, 6 ve 8. günlerinde ölçülen östradiol sonuçlarıyla da elde edilmiştir.

Doğum sonrası dönemdeki kadınların duygudurumları ve altında yatan etiyoloji hakkında yapılan çalışmaların çoğunun geriye yönelik inceleme metotlarıyla yapılması birbiriyle çelişen verilerin ortaya çıkmasına sebep olmuştur (189). Fakat çoğu araştırmacı ve klinisyen, perinatal duygudurum değişikliklerinde biyolojik ve psikososyal risk faktörlerinin birleşik etkilerinin sorumlu olduğunda görüş birliği içindedir (190).

2.3.1.3 Stres Faktörü

Hormonal ve genetik faktörlerin yanı sıra stresli yaşam olayları da duygudurum bozukluklarında önemli bir etkidir. Depresif bozukluk, stresli yaşam olaylarına aşırı bir nörobiyolojik yanıt olarak genetik açıdan savunmasızlık durumunda ortaya çıkabilir. Stresli yaşam olaylarının, nörohormonlar ve nörotransmitterler (özellikle serotonin) üzerinde geniş kapsamlı etkisi bulunan kortizolü de içeren stres hormonlarını harekete geçirdiği ve depresyonun ortaya çıkmasına neden olduğu düşünülmektedir (191).

2.3.1.4. Sosyokültürel Faktörler

Kültür ve bununla ilgili stres faktörleri üzerinde az sayıda çalışma mevcuttur. Yapılan çalışmalarda batı kültürü dışındaki toplumlarda DSD oranının daha az olduğu belirtilmiştir (192). Bu farklılığı açıklamak için yapılan çalışmalar özellikle sosyal ve geleneksel yapı üzerine yoğunlaşmıştır. Çalışmalar kültürlerarası sorunlara odaklanmamasına rağmen doğu kültürlerinde daha yaygın olan doğum sonrası dönemdeki destek sisteminin DSD'den koruyucu bir faktör olduğunu göstermiştir(193).

Batı toplumlarında aileler birbirlerinden uzakta oturmakta, yeni anne kendi ailesinin desteğinden uzakta kalmakta ve doğum sonrası dönemdeki ihtiyaçlarını tek başına karşılamaktadır (69). Bebeğin beslenmesi için gece uykusuz kalmak ve sosyal

izolasyon psikolojik stresin ilk basamağını oluşturmaktadır. Doğu kültürlerinde ise anne-çocuk beraber uyumakta, anne gece daha az uyanmaktadır. Modern eğilimler anne ve bebeği ayırmakta ve doğum sonrası dönemde aile üyeleri ile duygusal teması azaltmaktadır (74,193). Genel olarak puerperal dönemde DSD'ye duyarlılık yaratan etken anneye destek sağlayan geleneksel yapının yıkılması ve doğum sırasında tıbbi girişimlerin kullanımıdır (193).

ABD, Kanada ve Avrupa'da yapılan çalışmalar incelendiğinde, yüksek doğum sonrası depresif belirtilerin çocuk bakımındaki stres faktörleri, gebelik ve doğum komplikasyonları, gebelikteki stresler, tıbbi sorunları olan bir bebeğin olması, zor bir bebeğin olması, doğumdan sonra karşılaşılan yaşam olayları ile ilintili olduğu belirtilmiştir (193,194). Sosyokültürel model, mevcut sosyal destekteki farklılıkların DSD'den koruyucu olduğunu belirtmektedir. Bu bakışa göre arkadaşlık ilişkisi, duygusal desteğin anne tarafından belirtilmesi, eş ilişkisi dahil olmak üzere arkadaşlıkların niteliği doğum öncesi ve sonrası depresyonun öngördürücüsü olabilir (193). Diğer bazı çalışmalar da evlilik sorunlarının DSD'yi etkilediğini göstermiştir (195). Bu çalışmalar sosyal ortamın anneliğe uyumu etkilemesi bakımından önemini göstermektedir (193).

Başka bir sosyokültürel faktör de anneliğe yönelik inanışlardır (195). Yapılan çalışmalarda uzun süre evde kalıp çocuğuna bakmak isteyen anneler geleneksel rollerden muaf tutulmuş, ancak işe dönenlerde depresyon riskinin daha fazla olabileceği belirtilmiştir (193). Arap toplumunda ve kendi kültürümüzde de annelik onurlu bir durumdur ve doğum sonrası dönemde kendi ailesi tarafından desteklenir. Doğumdan sonraki ilk kırk gün içinde anne evdeki eski sorumluluklarından muaf tutulmaktadır (196).

2.3.2 Doğum Sonrası Depresyon Epidemiyolojisi

Doğum sonrası depresyon yaygınlığı ile ilgili ülkemizde kısıtlı sayıda çalışma mevcuttur. İlk yaygınlık çalışmasını yapan Danacı ve ark. 1337 kişilik örneklemden rastgele seçerek yaptığı araştırmada; doğum sonrası ilk 6 ayda % 14 oranında depresyon olduğunu saptamıştır (56). Ülkemizde doğum sonrası 1. hafta ile 18. ay arasında yapılan

çalışmalarda prevalansı % 12.5 ile % 42.7 arasında değişmektedir (48,49,52-61). Bu çalışmalardan bazılarıyla ilgili detaylı bilgi Tablo 1.de verilmiştir.

Tablo 1. Ülkemizdeki Doğum Sonrası Depresyon ile İlgili alışmalardan Bazılarına Ait Veriler

Çalışmanın Yapıldığı Yer/Yılı	Örneklem Büyüklüğü	Doğum Sonrası Zaman	Doğum Sonrası Depresyon Prevalansı (%)
Manisa (1998)	257	6 Ay	14.0
Erzurum, Elazığ Malatya, Kayseri, Konya (2001)	2514	12 Ay	27.2
Sivas (2003)	750	12 Ay	28.0
Edirne(2004)	178	6 Hafta	40.4
Mersin(2004)	1447	0-2 Ay	29.0
		3-6 Ay	36.6
		7-12 Ay	36.0
		13 Ay ve Üzeri	42.7
Erzurum(2005)	728	12 Ay	34.6
Trabzon(2006)	192	6 Hafta-6 Ay	28.1
İstanbul (2007)	109	4 Hafta	17.5
Konya (2008)	242	2-6 Ay	36.9
Aydın (2009)	248	6-8 Hafta	29.0
Erzurum(2009)	479	1 Hafta	17.7
		6 Hafta	14.0
Ankara (2010)	708	2 Hafta-18 Ay	15.0

Dünyada diğer bölgelerde DSD ile ilgili çalışmaların çoğu batı kültürünün egemen olduğu ölkelerde yapılmıştır. Bu çalışmalara göre DSD, beyaz kadınların % 15'ini, batıdaki beyaz olmayan kadınların % 30'unu etkilemektedir. Doğu toplumlarındaki oran % 0-40 arasında değişmektedir (192). Bu konu ile ilgili olarak çeşitli ölkelerde yapılan yaygınlık çalışmalarında farklı oranlar saptanmıştır (62-77). Bu çalışmalardan bazılarının detayları Tablo.2 de gösterilmiştir.

Doğum sonrası depresyonun yaygınlığını saptamak için yapılan çalışmalarda birbiri ile çelişen sonuçlar çıkmasının sebebi, yapılan çalışmaların bazılarının depresyonu tanısal değerlendirmesine, bazılarının da depresyon belirtilerinin şiddetinin ölçümüne dayanmasından kaynaklanmaktadır. DSD'nin görölme sıklığı, hastaların doğumdan sonra farklı zamanlarda değerlendirilmelerine, örneklem hacmi ve

popülasyon farklılığına ve tanı koyma aracına bağlı olarak da değişiklik göstermektedir. Genel olarak yapılan birçok çalışmada, DSD prevalansı % 6-16 DSD insidansı % 10-15 arasında bulunmuştur (8,197-199).

Tablo 2. Diğer Ülkelerdeki Doğum Sonrası Depresyonu ile İlgili Çalışmalardan Bazılarına Ait Veriler

Çalışmanın Yapıldığı Yer/Yılı	Örneklem Büyüklüğü	Doğum Sonrası Zaman	Doğum Sonrası Depresyon Prevalansı (%)
Dubai (1997)	95	2-7 Gün	18.0
İsveç (1997)	1584	8 Hafta 12 Hafta	12.5 8.3
İngiltere (1997)	98	3 Ay	12.0
İsrail (1998)	288	6 Hafta	22.6
Hindistan (2002)	359	6-12 Hafta	11.0
ABD (2003)	163	2-18 Ay	23.0
Japonya (2006)	290	3 Ay	5.0
İsviçre (2009)	892	6 Hafta	4.3

2.3.3 Doğum Sonrası Depresyon Gelişiminde Risk Etmenleri

Risk etmenlerine ilişkin olarak üzerinde en çok çalışılmış konulardan birisi sosyal destek kavramıdır. Özellikle eşlerinden yeterli destek almayan, evlilik ilişkilerinde sorunları olan kadınlarda doğum sonrası dönemde depresif belirtilerin ortaya çıkma riskinin daha yüksek olduğu, iyi bir sosyal desteğin bebeğin sağlığını da olumlu yönde etkilediği belirtilmiştir (165).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada DSD gelişimindeki yüksek risk etkenleri; işsizlik, düşük eğitim düzeyi, yoksulluk, yetersiz aile ilişkileri, erken yaşta evlilik, yetersiz sağlık hizmetleri, mental hastalıklar, planlanmamış gebelik, doğum öncesi bakım yetersizliği, erken yaşta gebe kalma ve düşük yapma olarak tespit edilmiştir. Yine bu çalışmada bebeğin cinsiyeti ile depresyon gelişimi arasında bir risk olduğu tespit edilmiş ve kız çocuğu sahibi olan annelerde depresyon gelişimi açısından daha yüksek bir risk olduğu gözlenmiş ve bu durum, kültürel olarak erkek çocuğunun daha fazla tercih edilmesiyle ilişkilendirilmiştir (53). Robertson ve ark. DSD ile ilişkili risk faktörlerini tanımlamak için yaptığı çalışmada en güçlü ilişkinin, gebelik sırasında

depresyon ve anksiyete, geçmişte psikiyatrik hastalık, yaşam olayları ve sosyal destek olduğunu saptamıştır. Yine aynı çalışmada orta derecede ilintili durumlar olarak, psikolojik faktörler (nörotisizm), evlilik ilişkisi ve en az ilintili durumların, obstetrik faktörler, sosyoekonomik durum olduğunu belirtmişlerdir (166, 195).

Kişilik özelliklerine ilişkin risk etmenlerini araştıran Boyce, çelişkili sonuçlar elde etmekle beraber, işlevsel olmayan bilişsel şemaların ve nörotisizmin önemli risk etmenleri olduğu saptamıştır (194).

Risk faktörlerini belirlemek amacıyla çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Yapılan bu çalışmalar içinde en ayrıntılı ve en kapsamlı çalışma Beck'in DSD'nin risk faktörleri ile ilgili yaptığı meta-analiz çalışmasıdır. Beck, DSD ön göstergelerini araştıran 1974-1994 arasında yapılan 44 çalışmayı incelemiştir. Bu meta-analiz çalışması sonucunda DSD'nin risk faktörleri arasında en çok; Prenatal depresyon ve anksiyetenin varlığı, geçirilmiş depresyon öyküsü, çocuk bakımına ilişkin yaşanan stresler, sosyal destek eksikliği, stresli yaşam olayları, annelik hüznü, olumsuz evlilik ilişkileri, düşük benlik saygısı, bebeğin huzursuzluğu, annenin evlilikten memnuniyetsizliği, sosyoekonomik durumun kötülüğü, gebeliğin istenmeme durumu yer almaktadır (79).

Genel olarak DSD ile ilişkisi saptanamayan durumlar, anne yaşı, eğitim düzeyi, çocuk sayısı, partnerle ilişkinin uzunluğudur (200). Batı toplumlarındaki araştırmalarda çocuk cinsiyeti ile DSD ilişkisiz bulunurken, Çin ve Hindistan'daki çalışmalar, çocuk cinsiyeti ile ilgili olarak eşin hayal kırıklığının depresyon gelişimi ile ilintili olduğunu göstermiştir (201). Chandran Hindistan'da DSD için risk faktörlerini araştırdığı çalışmada, geçmişte psikiyatrik bozukluk, doğum öyküsü (çocuk sayı ve cinsiyeti, doğum ve gebelik komplikasyonları), çevresel sorunlar, kişilerarası ilişkiler, doğumdan önceki bir yıl içinde olumsuz yaşam olayları, korku ve beklentilerin (gebeliğin istenip istenmemesi, cinsiyet konusunda beklentiler, çocuk sağlığı ile ilgili endişeler) DSD gelişiminde risk etmenleri olduğunu belirtmiştir. Yine bu çalışmada gebeliğin son üç ayında depresyon oranının aynı olduğu, fakat DSD şiddetinin daha fazla olduğu, hastaların 2/3'ünde doğum öncesi depresyonun mevcut olduğu saptanmıştır. Doğum öncesi depresyonun DSD gelişimi için risk faktörü olabileceği belirtilmiştir. Bu çalışmada Hindistan'ın birçok bölgesinde çocuk cinsiyeti nedeniyle evlilik içi şiddetin DSD için önemli bir risk faktörü olduğu belirlenmiştir (74).

Doğum sonrası depresyon gelişiminde risk etmenleri üzerinde en çok görüş birliğine varılmış etken geçirilmiş psikiyatrik hastalık öyküsüdür (165,194). Daha önce depresyon geçirmiş olma ve birinci derece akrabalarda depresyon öyküsü önemli risk etmenleri olarak tanımlanırken, aksi yönde bulgular da mevcuttur. Premenstrüel dönemde yaşanan irritabilite, anksiyete gibi duygudurum değişiklikleriyle perinatal dönemdeki ruhsal sorunlar arasında da ilişki olduğu gösterilmiştir (200).

Emzirmenin DSD için risk faktörü olup olmadığı konusunda ise çelişkili sonuçlar bildirilmektedir. Artmış prolaktinin irritabilite, depresyon ve libido azalması ile ilgili olduğu ve emziren kadınlarda bu hormonal ortamın DSD'nin semptomlarına yol açabileceği ileri sürülmüştür (202). Cox ve ark. çalışmasında kısmen emzirip kısmen mama veren kadınlara kıyasla, yoğun olarak emziren kadınlarda daha çok depresif semptom bildirmiştir (203). Ancak daha sonraki bir çalışmada emzirme ile hormon düzeyleri (östradiol, prolaktin) ve mizaç arasında bir ilişki bulunamamıştır (204). Hannah ve ark. doğum sonrası ilk 6 hafta içindeki depresyonların biberon ile beslenme ve sectio ile ilişkili olduğunu bildirmiştir (205). Eldeki bilgiler emzirme ve DSD arasında bağlantı bulunduğunu desteklememekte ve kadınlara emzirmeden kaçınmaları önerilmemektedir.

2.3.4 Doğum Sonrası Depresyonda Kronisite

Doğum sonrası depresyon genelde 3-6 ay arasında çözülmetedir. Çalışmalarda kadınların % 20-25'inde ilk bir yılda, % 13'ünde ikinci yılda, % 17'sinde üçüncü yılda hala depresif semptomların devam ettiği saptanmıştır. Tedavi altındaki depresyonların % 50'sinde alevlenme/tekrarlama bildirilmektedir (168,196,206-208).

Birçok çalışma DSD için risk faktörlerini incelerken, çok az çalışma dirençli depresif semptomları incelemiştir (206). Çocukluk dönemindeki olumsuz yaşam olayları, kişilerarası ilişki faktörleri ve kognitif faktörler olasılıkla erişkin dönemde depresyonun kronisite kazanmasına neden olmaktadır. Çocuklukta olumsuz aile ortamının deneyimleri, kişinin kendi ailesini kurduğu ilk aylarda önem kazanmaktadır (178,196,209,210). Çocuklukta özellikle güvensiz bağlanma tarzı depresif belirtiyi şiddetlendirmekte ve daha yoğun olumsuz duygulara neden olmaktadır (196,206). Yine

kişide düşük benlik saygısı ve öz eleştirici tutumun varlığı da DSD gelişimi için risk etmenidir (206,211).

2.3.5 Doğum Sonrası Depresyonda Sonuç

Anneler, DSD'yi kontrol edilemeyen endişe, suçluluk ve obsesif düşüncelerle dolu bir kabus olarak tanımlamışlardır (212). DSD'si olan kadınlar yalnızca kendilerine değil çocuklarına da zarar vermeyi planlarlar. Hayatlarının bir daha normale dönmeyeceği korkusuyla kuşatılan DSD hastaları, çocuğa bakmanın gerektirdiği sorumluluk hissini bunaltıcı bulurlar ve kimi zaman hayatta kalabilmek için kendilerini çocuklarından fiziksel ve psikolojik olarak tamamen koparırlar (213).

Depresif olmayan annelere göre depresif olanlar çocuklarıyla daha az şefkat içeren temas hareketi sergilerler. Bu sebeple bu annelerin çocuklarının da depresif olmayan anne çocuklarına göre daha sinirli, çekingen ve daha az yüz mimiği kullanan, az konuşan çocuklar oldukları gözlenmiştir (214). Yine bu annelerin çocukları, anneleri depresif olmayan çocuklara kıyasla daha sık davranış problemi göstermekte ve kognitif işlevleri daha alt düzeyde bulunmaktadır. Çocukluk dönemi uyku problemleri de DSD ile ilişkilendirilmiştir (215,216).

Zuckerman ve ark. depresif annelerin bebeklerinin artmış kortizol ve katekolamin düzeylerine bağlı olarak doğum sonrası daha sık ağladığını, daha geç avunduğunu ve daha geç uykuya daldıklarını belirtmiştir (217). Bu annelerin bebeklerinin intrauterin dönemde hiperaktif ve fetal kalp atımlarının normalin üzerinde olduğu, yenidoğan döneminde de düşük apgar skoru ile doğdukları ve daha fazla oranda yoğun bakım ünitelerine başvurdıkları saptanmıştır (157, 162, 218).

Stewart kesitsel çalışmasında; maternal depresyon yaşayan annelerin bebeklerinde büyüme gerilikleri, malnütrisyon, solunum ve ishal gibi sağlık problemleri görülme sıklığının daha fazla olduğunu belirtmiştir (218).

Gebelik depresyonu ve DSD'nin, başta bebek olmak üzere tüm aile birimini etkileyen en ağır sonucu ise annenin intiharıdır. Gebelik sırasında depresif olup tedavi almayan gebelerin % 15'inin intihar girişiminde bulunduğu belirtilmiştir (115). İngiltere, Vietnam ve Hindistan gibi bazı ülkelerde gebelik ile ilgili en önde gelen ölüm nedenlerinden birisinin intihar olduğu (219) doğumdan sonraki anne ölümlerinin %

20'sinin intihara bağlı olduğu bildirilmiştir (220). Hindistan'da yapılan ve 1995 yılında yayınlanan, doğum yapan 9894 kadının değerlendirildiği bir çalışmada, doğum sonrasında kadınların 219'unun intihar ya da kazara olan yanıklardan dolayı öldüğü bildirilmiştir (221). Vietnam'da 2000- 2001 yılları arasında ölen annelerin % 8'inin intihardan öldüğü ve annesiz kalan çocukların ölme ihtimalinin 5 kez daha yüksek olduğu bildirilmiştir (222).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma öncesinde, aynı merkezde gebeliğin ilk üç ayında olan kadınlarda depresif bozuklukların yaygınlığını araştırmak üzere bir tez çalışması yürütülmüştür.

Bu çalışmada önceki çalışma ile araştırma yapılan bu kadınlara doğum sonrası 6.haftada tekrar ulaşıp depresyon yaygınlığı ve ilişkili etmenler ile ilgili araştırma yapılmıştır. Çalışma başlamadan önce yerel etik kuruldan 6 sayılı ve 26/04/2012 tarihli etik kurul onayı alınmıştır.

3.1 Örneklem hacmi

Önceki çalışmada örneklem hacmi belirlenirken depresyon prevalansı (p) % 5 $d=0.02$ alınmış ve % 95 güven aralığında, $n=Nt2p.q/d2(N-1)+t2pq$ formülü kullanılmış, örneklem hacmi 457 hesaplanmıştır. Bu çalışmada da aynı örneklem hacmi kullanılmıştır.

3.2 Uygulama

Çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlara ilk önce sosyodemografik durumlarını belirlemek üzere tarafımızca hazırlanan anket formu uygulanmıştır. Daha sonra Genel Sağlık Sorguluğu, Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (AASDÖ- Perceived Support from Family) ve Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Değerlendirme Ölçeği (EPDÖ-Edinburgh Postpartum Depression Scale) uygulanmıştır. EPDÖ ile 12/13 kesme noktası üzerinde puan alan kadınlar, depresyon klinik tanısının doğrulanması için Amerikan Psikiyatri Birliği Sayısal ve Tanımsal El Kitabı'na göre yapılandırılmış bir psikiyatrik görüşme olan SCID (Structured Clinical Interview for DSM Disorders) kullanılarak değerlendirilmiştir. Bu değerlendirme doğum sonrası dönemde kadınlarda depresif bozukluk prevalansını saptamak amacıyla kullanılmıştır. Bu dezavantajlı bölgede kadınlarda depresif bozuklukların oranının, doğu bölgesine has bir şekilde literatüre göre yüksek görülmesini beklemekteyiz. Depresif bozukluk saptanan kadınlarda depresyon şiddetini belirlemek üzere Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır. İşlevsellik düzeyi ve hastalığa bağlı yeti yitiminin

değerlendirilmesi için, Kısa Yeti Yitimi Ölçeği ile İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi uygulanmıştır.

3.3 Veri Toplama Araçları:

Sosyodemografik Veri Formu: Bireyi tanıtıcı bilgilerin bulunduğu görüşme formu, konu ile ilgili literatür taranarak tarafımızca hazırlanmıştır.

Genel Sağlık Anketi-28 (GSA): Ülkemiz için geçerlik ve güvenirlik çalışması Kılıç tarafından yapılmış olan form, toplum taramalarında psikiyatrik vaka bulmak amacıyla kullanılmaktadır. Psikotik olmayan depresyon ve bunaltı belirtilerinin saptanmasında güvenle kullanılabileceği belirtilirken, psikotik ve manik hastalarda ve kronik ruhsal hastalıkların saptanmasında kullanılması önerilmemektedir. Hastaların kendilerinin doldurdukları ve genel olarak ruhsal rahatsızlık olup olmadığını belirlemeyi hedefleyen ölçek, bir sağlık sorunuyla sağlık kurumuna başvuran hastalarda, son haftalarda ortaya çıkmış ruhsal rahatsızlıkların taranması amacıyla kullanılmaktadır. “5” puan üzerinde alan bireyler ruhsal sorunlu olarak (anksiyete ve depresyon) belirlenmektedir (223).

SCID (Structured Clinical Interview for DSM Disorders): Türkçe çevirisi ve geçerlik-güvenirliliği Çorapçıoğlu ve ark. tarafından yapılmış yarı yapılandırılmış tanısal görüşme çizelgesi olup DSM-IV tanılarını içerir. Bir sosyodemografik veri kılavuzu ile başlar ve mizaç bozuklukları, psikotik bozukluklar, alkol madde ile ilgili bozukluklar, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, yeme bozuklukları ve uyum bozuklukları olmak üzere yedi tanı grubunu kapsar. Ciddi psikiyatrik bozukluklar için güvenirliliği yüksektir. Klinik çalışmalarda tanıyı doğrulamak için standart görüşme olarak kullanılmaktadır (224).

Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HDDÖ): Depresyonun şiddetini belirlemek üzere kullanılan 17 maddeli ve 0-54 arası ortalama puan ile depresyon şiddeti konusunda bilgi verecektir. Türkçe güvenirlik ve geçerliği A.Akdemir ve ark. tarafından 1996’ da yapılmıştır (225).

Kısa Yeti Yitimi Ölçeği – Brief Disability Questionnaire (KYYÖ): 8 maddelik kişinin günlük aktivitelerinde güçlüklerini gösteren toplam 16 puanlı bir araçtır. Bedensel ve sosyal yeti yitimini değerlendirmek üzere, Genel Sağlık Taraması Kısa Formundaki yeti yitimine ilişkin sorular temel alınarak Stewart ve ark. tarafından 1988’de geliştirilmiştir (226).

İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği - Global Assesment of Functioning (İGDÖ): 100 maddeli klinisyen tarafından doldurulan kişinin psikolojik, sosyal ve mesleki işlevselliğini değerlendiren bir ölçektir (227).

Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (AASDÖ): Kişinin destek algısını değerlendiren bir ölçektir. Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Procidano ve Heller tarafından 1983’te geliştirilmiş (228) ve Türkçe çevirisi ile geçerlilik çalışması Eskin tarafından 1993’de yapılmıştır (229).

Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Değerlendirme Ölçeği - Edinburgh Postpartum Depresyon Scale (EPDÖ): EPDÖ, Cox ve ark. tarafından 1987’de tanımlanmış ve günümüze kadar pek çok ülkede, farklı dillerde geçerliliğini ve güvenilirliğini kanıtlayarak erken doğum sonrası depresyonun klinisyenlerce fark edilmesinde oldukça faydalı olmuştur (230). Türkiye’de 2 ayrı araştırmada geçerlilik çalışması yapılmış ve kesme puanının 12-13 olduğu gösterilmiştir. Kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam 10 soru içermekte ve depresyonu ölçmektedir. Dörtlü likert tipi ölçüm sağlamaktadır (231,232).

Olguların Çalışmaya Kabul Edilme Ölçütleri:

1. Erzurum ili merkezde yaşayan, daha önce yapılan çalışmada gebeliğin ilk üç ayı içerisinde iken depresyon yaygınlığı yönünden değerlendirme yapılmış ve doğum sonrası 6. haftasında olan kadınlar

2.Çalışmaya katılmayı kabul etmek

Dışlama Ölçütleri:

1. Bilişsel işlevlerin ya da entelektüel düzeyin testleri anlamada yetersiz kalması (mental retardasyon, öğrenme güçlüğü gibi) , ölü doğum, düşükle sonuçlanmış gebelik, preeklampsi, bedensel ya da ruhsal hastalık nedeniyle ilaç kullanımı, aktif kronik bedensel hastalık, kafa travması öyküsü.

3.4 İstatistiksel Değerlendirme

İstatistiksel analiz “SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) 15.0 for Windows” programı kullanılarak yapıldı. Gruplar karşılaştırılırken kategorik değişkenler için ki-kare, sürekli değişkenler için iki grubun karşılaştırılmasında t testi, ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında ise non parametrik test uygulandı. Değişkenler arasındaki ilişkinin yönü ve düzeyinin belirlenebilmesi amacı ile Pearson korelasyon katsayısı hesaplandı. Ki-kare testi ile depresif bozuklukla ilişkili olduğu tespit edilen faktörleri depresyon için öngördürücü olup olmadığını değerlendirmek için lojistik regresyon analizi kullanıldı. Değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1 Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulgular

Bu çalışma öncesinde, aynı merkezde son adet tarihine göre gebeliğin ilk üç ayında olan toplam 463 gebe kadında depresif bozuklukların yaygınlığını araştırmak üzere bir araştırma yürütülmüştür. Bu çalışmada önceki çalışma ile araştırma yapılan bu kadınlar doğum sonrası 6.haftada tekrar değerlendirilmek üzere aranmış ve 405 kişiye ulaşılmıştır. Ölü doğum (n=1), doğumdan hemen sonra bebeğini kaybetme (n=1), düşükle sonuçlanmış doğum (n=7), kronik fiziksel hastalık (n=3) ve başka kente taşınma nedeniyle 45 kişi dışlanmış, toplam 360 kişi çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırmaya katılanların yaş ortalaması 32.4 ± 5.69 olup en küçük yaş 17, en büyük yaş ise 46 idi. Katılımcılarda 8 yıl ve altı eğitim düzeyi, ev hanımı olma, gebelik haftasına göre zamanında doğum yapma, eşlerinin eğitim düzeyinin 8 yıl ve üstü olması, eşlerinin işçi olması, ailenin gelir düzeyinin 1000-2000 TL arası olması egemen özellikler idi.

Katılımcıların hemen hemen hepsi evli olup sadece iki kişi imam nikahlı, bir kişi de boşanmış idi. Katılımcıların evlilik yaşı ortalaması 19.56 ± 4.42 , en düşük evlenme yaşı 14, en yüksek evlenme yaşı 42, anne olma yaşı ortalaması 21.17 ± 4.6 , en düşük anne olma yaşı 14, en yüksek anne olma yaşı 45 olarak bulundu. Katılımcıların 125'i (% 34.7) eşinin ailesi ile birlikte yaşıyordu. Evde sürekli birlikte yaşayan kişi sayısı ortalama 4.44 ± 2.1 idi. Katılımcıların 201'inde (% 55.8) evde yaşayan kişi sayısı 5 ve üzeri idi.

Çalışmamıza katılan kadınların doğum yapma sayısı ortalaması 1.15 ± 1.07 idi. Katılımcıların ortalama çocuk sayısının 1.09 ± 1.04 olduğu, en az 1 en fazla 6 çocuğa sahip oldukları tespit edildi. Katılımcıların % 30'nun geçmiş yaşantısında düşük öyküsü mevcuttu, 257'si (% 71.4) şimdiki gebeliğini planlamıştı. Araştırmamıza katılan kadınların 59'u (% 16.4) gebeliğinde hastalık ya da tıbbi problem yaşadıklarını, 19'u (% 5.3) ise doğum sırasında komplikasyon yaşadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların % 70.6'sı normal vajinal yolla doğum yapmıştı.

Araştırmaya katılan kadınların 17'si (% 4.7) mevcut gebeliğinde şiddete uğramışlardı. Şiddete uğrayan 17 kadından 15'i (% 88.2) şiddeti eşlerinden, 2'si (% 11.8) ise kayınpeder ya da kayınvalideden gördüklerini ifade etmişlerdir.

Araştırmaya alınan gebelere ait sosyodemografik özellikler Tablo 3-4 ve 5.te gösterilmiştir.

Tablo 3. Araştırmaya Alınan Kadınlara Ait Sosyodemografik Özellikler

Sosyodemografik Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş Grupları		
15-19	16	4.4
20-29	205	56.9
30-39	124	34.4
40-49	15	4.2
Eğitim Düzeyi		
Okur-Yazar Değil	16	4.4
Okur-Yazar	39	10.8
8 Yıl ve Altı	191	53.1
8 Yıl Üzeri	74	20.6
Yüksek	40	11.1
Meslek		
Ev hanımı	316	87.8
Devlet memuru ve İşçi	32	8.9
Evde Gelir Sağlayan	6	1.7
Öğrenci	6	1.7
Medeni Durum		
Evli	357	99.2
Boşanmış	1	0.3
İmam nikahlı	2	0.6
Yaşadığı Yer		
İl merkezi	253	70.3
İlçe merkezi	74	20.6
Köy	33	9.2
Gelir Düzeyi		
1000 TL ve altı	97	26.9
1001 -2000 TL	191	53.1
2001 TL ve üzeri	72	20.0
Eşinin ailesi ile birlikte yaşama		
Evet	125	34.7
Hayır	235	65.3
Hane halkı sayısı		
4 ve altı	159	44.2
5 ve üzeri	201	55.8
Toplam	360	100

Tablo 4. Araştırmaya Alınan Kadınların Evlilik Durumu ve Eşi ile İlgili Sosyodemografik Özellikler

Sosyodemografik Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evlilik Yaşı		
14-19	140	38.9
20-24	138	38.3
25-29	63	17.5
30 -34	15	4.2
35 yas ve üzeri	4	1.1
Anne Olma Yaşı		
14-19	98	27.2
20-24	146	40.6
25-29	89	24.7
30-34	22	6.1
35 yas üzeri	5	1.4
Eşinin Yaşı		
20-29	109	30.3
30-39	203	56.4
40-49	44	12.2
50 ve üzeri	4	1.1
Eşinin Eğitim Düzeyi		
Okur-Yazar Değil	11	3.1
Okur-Yazar	32	8.9
8 Yıl ve Altı	117	32.5
8 Yıl Üzeri	129	35.8
Yüksek	71	19.7
Eşinin Mesleği		
Çalışmıyor	23	6.4
İşçi	170	47.2
Diğer	167	46.4
Eşinin Sigara Kullanımı		
Var	227	63.1
Yok	133	36.9
Toplam	360	100

Tablo 5. Araştırmaya Alınan Kadınların Gebeliklerine Ait Sosyodemografik Özellikler

Sosyodemografik Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Gebeliğinde Hastalık /Tıbbi Problem		
Evet	59	16.4
Hayır	301	83.6
Gebeliğinde Sigara Kullanımı		
Var	52	14.4
Yok	308	85.6
Gebeliğinde Şiddet Öyküsü		
Var	17	4.7
Yok	343	95.3
Planlı Gebelik		
Evet	257	71.4
Hayır	103	28.6
Düşük Öyküsü		
Yok	252	70
Var	108	30
Doğum Süresi		
Zamanında	328	91.1
Premature	20	5.6
Postmature	12	3.3
Doğum Şekli		
Normal Vajinal Yol	254	70.6
Sezaryen	106	29.4
Doğumda Komplikasyon		
Evet	19	5.3
Hayır	341	94.7

Katılımcıların kırk birinin (% 11.4) bebeği düşük doğum ağırlıklıydı, kırk üçünün (% 11.9) bebeği kuvözde kalmıştı. Araştırmamıza katılan kadınların çoğunluğu (% 97.2) bebeğini emziriyordu.

Araştırmaya alınan kadınların doğan bebeklerine ait sosyodemografik özellikler Tablo 6.da gösterilmiştir.

Tablo 6. Araştırmaya Alınan Kadınların Doğan Bebeklerine Ait Sosyodemografik Özellikler

Sosyodemografik Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bebğin Doğum Ağırlığı		
2500'ün altı	41	11.4
2500-4200	313	86.9
4200'ün üzeri	6	1.7
Tıbbi Hastalık/Problem		
Morarma	31	8.6
Sarılık	48	13.3
Emme güçlüğü	21	5.8
Normal	260	72.2
Kuvöz Öyküsü		
Evet	43	11.9
Hayır	317	88.1
Anne Sütü İle Beslenme		
Evet	350	97.2
Hayır	10	2.8
Toplam	360	100

Bu çalışmada halen mevcut olan depresyon ve anksiyete bozuklukları dışındaki ruhsal hastalıkları olanlar dışlanmış olup veriler bu hastalıkları olanların durumunu yansıtmaktadır. Buna göre çalışmaya katılan 360 kadından 94'ünde (% 26.1) bilinen bir psikiyatrik hastalık öyküsü bulunurken, 14'ünde (% 3.9) halen devam etmekte olan bir ruhsal hastalık mevcuttu. Önceki gebeliklerinden sonra DSD geçirme öyküsü katılımcıların % 3.3'ünde tespit edildi.

4.2 Klinik Değerlendirmelere İlişkin Bulgular

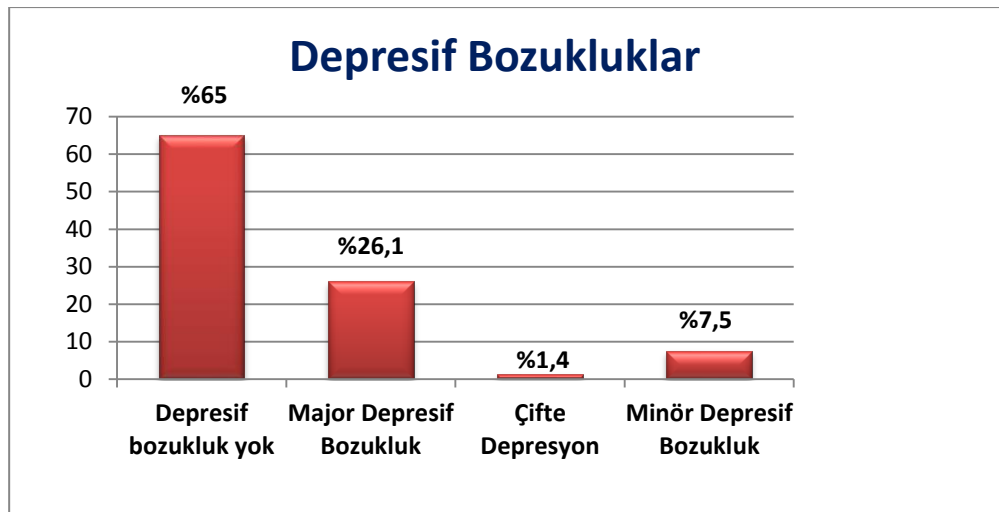
4.2.1 Değerlendirme Ölçek Skorları

Çalışmaya dahil edilen kadınlara depresif bozuklukların tespiti ve ilişkili etmenler için tarama testleri uygulandı. Kadınlardan 167'si (% 46.4) EPDÖ için, 222'si (% 61.7) GSA için kesme noktası üzerinde puan aldı. EPDÖ'den kesme noktası olan 12

ve üzerinde puan alan 167 katılımcının 126'sında (% 75.45) SCID'e göre depresif bozukluk tespit edilirken, 41'inde (% 24.55) SCID'e göre depresif bozukluk yoktu. SCID'e göre depresif bozukluk tanısı alanlara ayrıca HDDÖ, KYYÖ ve İGDÖ uygulandı.

4.2.2 SCID-I'e Göre Depresif Bozuklukların Yaygınlığı

Genel bilgiler bölümünde Depresif Bozukluklar DSM V ölçütlerine göre sunulmuş olsa da bu araştırmanın yapıldığı tarihlerde henüz yayınlanıp yürürlüğe girmediğinden değerlendirmeler DSM IV sınıflandırma sistemi doğrultusunda yapılmıştır. Çalışmamızda genellikle altın standart olarak adlandırılan, klinik tanı ve perinatal dönemde depresyon tanısı için yaygın olarak kullanılan Structured Clinical Interview for DSM IV (SCID) (233) kullandık. Çalışmaya katılan 360 kadının 126'sında (% 35) SCID-I ile Depresif Bozukluk tespit edilirken 234'ünde (% 65) herhangi bir depresif bozukluk yoktu. Gebeliğinin ilk üç ayında depresyonu olup da doğum sonrası altıncı haftada da depresyonu olan katılımcıların sayısı 48 (% 13.3) idi. Depresif Bozuklukların dağılımı değerlendirildiğinde 360 katılımcının 94'ünde (% 26.1) MDB, 5'inde (% 1.4) Double-Çifte Depresyon, 27'sinde (% 7.5) Minör Depresif Bozukluk saptandı. Ayrıca tüm katılımcılar arasından 3 kişide (% 0.8) Distimi tespit edildi. Depresif bozuklukların yaygınlığına göre dağılım Şekil 1.de verilmiştir.



Şekil 1: Depresif Bozuklukların Yaygınlığı

4.3 Doğum Sonrası Depresyon Açısından Karşılaştırmalı Analizler

4.3.1 Sosyodemografik Veriler

Doğum sonrası depresyon olan ve olmayan gruplar arasında yaş, meslek, medeni durum, eğitim ve gelir düzeyi açısından anlamlı bir fark yoktu.

Katılımcılardan düşük öyküsü olanlarda DSD görülme oranı düşük öyküsü olmayanlara göre anlamlı olarak farklıydı ($p=0.048$). Düşük öyküsü olanlar 1.60 kat daha fazla DSD geçiriyorlardı (Odds Ratio=1.60).

Gebeliği planlama durumu değerlendirildiğinde gebeliğini planlamayanlarda DSD görülme oranı % 44.7 iken gebeliğini planlayanlarda bu oran % 31.1 idi ($p=0.015$). Gebeliğin planlanmamış olması DSD ortaya çıkma riskini 1.8 kat artırıyordu (Odds Ratio=1.8).

Gebeliğinde sigara kullanan kadınların % 50'sinde DSD görülmekteydi ($p=0.014$).

Gebeliğinin ilk üç ayında depresif bozukluk geçiren katılımcılarda ($p<0.0001$) DSD görülme oranı anlamlı derecede yüksek idi. Gebeliğinin ilk üç ayında depresif bozukluk geçiren 73 katılımcının 48'inde (% 65.8) DSD görüldü. Gebeliğinin ilk üç ayında depresif bozukluk geçiren kadınlarda geçirmeyenlere göre 5.14 kat daha fazla DSD görülmekteydi (Odds Ratio= 5.1446).

Bilinen bir ruhsal hastalık öyküsü (depresyon, DSD, anksiyete bozukluğu) olan katılımcıların % 56.4'ünde ($p<0.0001$) DSD gelişti.

Geçirilmiş fiziksel hastalık öyküsü olanlarda olmayanlara göre DSD görülme oranı anlamlı olarak farklıydı ($p=0.025$).

Doğum sonrası depresyon, mevcut gebeliklerinde şiddet gören katılımcılarda şiddet yaşamayanlara göre anlamlı derecede yüksek idi ($p<0.0001$).

Katılımcıların toplam doğum sayısı ve doğum şekline göre DSD görülme oranları değişiklik göstermemekteydi.

Çalışmaya katılan kadınların eşlerinin meslekleri ile DSD görülme oranları arasında anlamlı farklılık olup en fazla eşi çalışmayanlarda DSD görülmekteydi ($p=0.043$).

Katılımcılardan, bebeğinin doğumu sırasında herhangi bir tıbbi komplikasyon yaşayanlarda DSD görülme oranı anlamlı olarak fazlaydı ($p=0.008$). Doğumdan sonra bebeği kuvözde kalan kadınlarda DSD görülme oranı bebeği kuvözde kalmayanlara göre anlamlı olarak farklılık göstermekteydi ($p=0.006$).

Bebeğini emzirme durumu değerlendirildiğinde; emzirmeyenlerde DSD görülme oranı % 70 iken emzirenlerde bu oran % 34 idi ($p=0.019$). Bebeğini emzirmeyenler 4.5 kat daha fazla DSD yaşamaktaydı (Odds Ratio=4.5294).

Katılımcıların bebeğinin doğum ağırlığı ile DSD görülme oranları arasında anlamlı farklılık olup en fazla bebeği düşük doğum ağırlıklı olanlarda DSD görülmekteydi ($p=0.003$).

Doğum sonrası depresyon ile ilişkili olduğu tespit edilen faktörler Tablo 7 ve 8.de gösterilmiştir.

Tablo 7. Ruhsal Hastalık Öyküsü ile Doğum Sonrası Depresyon İlişkisi

	Doğum Sonrası Depresyon				Toplam	P	
	Yok		Var				
	n	%	n	%			
Gebeliğinin İlk Üç Ayında Depresyon						<0.0001	
Yok	209	72.8	78	27.2	287		100
Var	25	34.2	48	65.8	73		100
Geçirilmiş Ruhsal Hastalık						<0.0001	
Yok	193	72.6	73	27.4	266		100
Var	41	43.6	53	56.4	94		100

Tablo 8. Doğum Sonrası Depresyon ile İlişkili Bulunan Katılımcılara Ait Özellikler

Sosyodemografik Özellikler	Doğum Sonrası Depresyon				Toplam		p
	Yok		Var				
	n	%	n	%	n	%	
Planlı Gebelik							
Evet	177	68.9	80	31.1	257	100	0.015
Hayır	57	55.3	46	44.7	103	100	
Düşük Öyküsü							
Var	62	57.4	46	42.6	108	100	0.048
Yok	172	68.3	80	31.7	252	100	
Sigara Kullanımı							
Evet	26	50	26	50	52	100	0.014
Hayır	208	67.5	100	32.5	308	100	
Gebeliğinde Şiddet Öyküsü							
Var	3	17.6	14	82.4	17	100	<0.0001
Yok	231	67.3	112	32.7	343	100	
Geçirilmiş Fiziksel Hastalık Öyküsü							
Var	10	43.5	13	56.5	23	100	0.025
Yok	224	66.5	113	33.5	337	100	
Eşinin Mesleği							
Çalışmıyor	10	4.5	13	56.5	23	100	0.043
İşçi	108	63.5	62	36.5	170	100	
Diğer	116	69.5	51	30.5	167	100	
Doğumda Komplikasyon							
Var	7	36.8	12	63.2	19	100	0.008
Yok	227	66.6	114	33.4	341	100	
Emzirme Durumu							
Evet	231	66	119	34	350	100	0.019
Hayır	3	30	7	70	10	100	
Bebek Kuvözde Kaldı Mı?							
Evet	20	46.5	23	53.5	43	100	0.006
Hayır	214	67.5	103	32.5	317	100	
Bebeğin Doğum Ağırlığı							
Düşük	17	41.5	24	58.5	41	100	0.003
Normal	213	68	100	32	313	100	
Yüksek	4	66.7	2	33.3	6	100	

4.3.2 Değerlendirme Ölçek Skorları ve Doğum Sonrası Depresyon İlişkisi

Bu bölümde DSD varlığı ile GSA, HDDÖ, İGDÖ, KYYÖ ve AASDÖ ortalama puanlarının karşılaştırılması verilmiştir.

GSA ve Doğum Sonrası Depresyon İlişkisi: SCID'e göre DSD tanısı alan ve almayan katılımcıların t testi ile GSA ortalama puanları karşılaştırıldığında DSD tanısı alanlarda GSA puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edildi ($p<0.0001$).

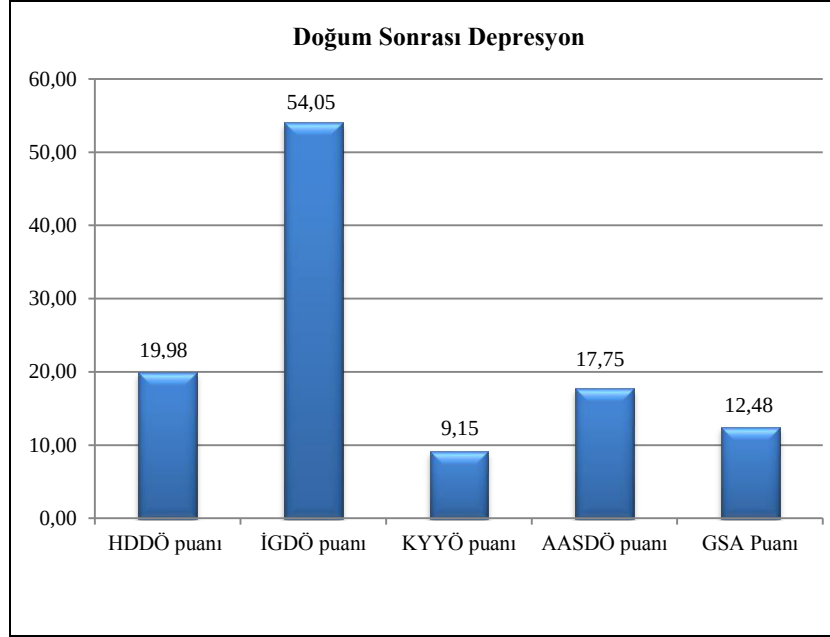
HDDÖ ve Doğum Sonrası Depresyon İlişkisi: SCID'e göre DSD tanısı alanlarda HDDÖ ile depresyon şiddetine bakıldığında en fazla orta şiddette depresyon (% 69) tespit edilmiştir.

IGDÖ ve Doğum Sonrası Depresyon İlişkisi: Doğum sonrası depresyon tanısı olanlarda ortalama IGDÖ puanı 54.04 ± 0.85 olup en düşük puan 35, en yüksek puan 75 idi.

KYYÖ ve Doğum Sonrası Depresyon İlişkisi: Doğum sonrası depresyonu olan katılımcılarda yeti yitimine bakıldığında en fazla orta düzeyde yeti yitimi olduğu (% 43.65) görülmüştür. Aksatılan gün sayısı ortalama 10 ± 0.6 , yatakta geçirilen gün sayısı ortalama 2.82 ± 0.46 olarak tespit edildi.

AASDÖ ve Doğum Sonrası Depresyon İlişkisi: SCID'e göre DSD tanısı alan ve almayan katılımcıların t testi ile AASDÖ ortalama puanları karşılaştırıldığında DSD tanısı alanlarda AASDÖ puanlarının anlamlı derecede düşük olduğu tespit edildi ($p<0.0001$).

Doğum sonrası depresyon tanısı olan katılımcıların HDDÖ, İGDÖ, KYYÖ, AASDÖ ve GSA ortalama puanları Şekil 2.de verilmiştir.

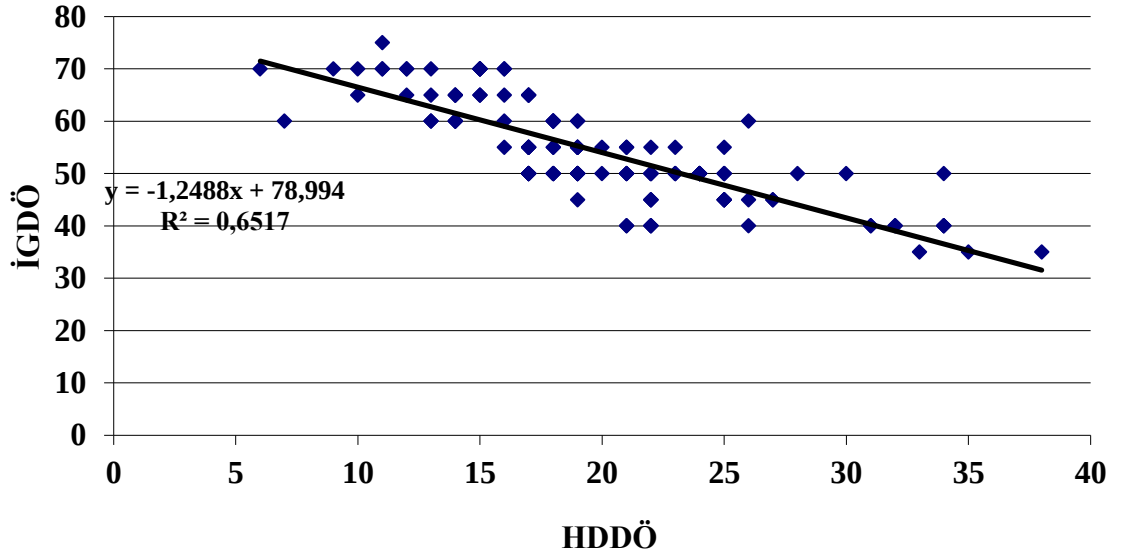


Şekil 2: Doğum Sonrası Depresyonu Olanların HDDÖ, İGDÖ, KYYÖ, AASDÖ ve GSA Ortalama Puanları

4.4 Korelasyon Analizleri

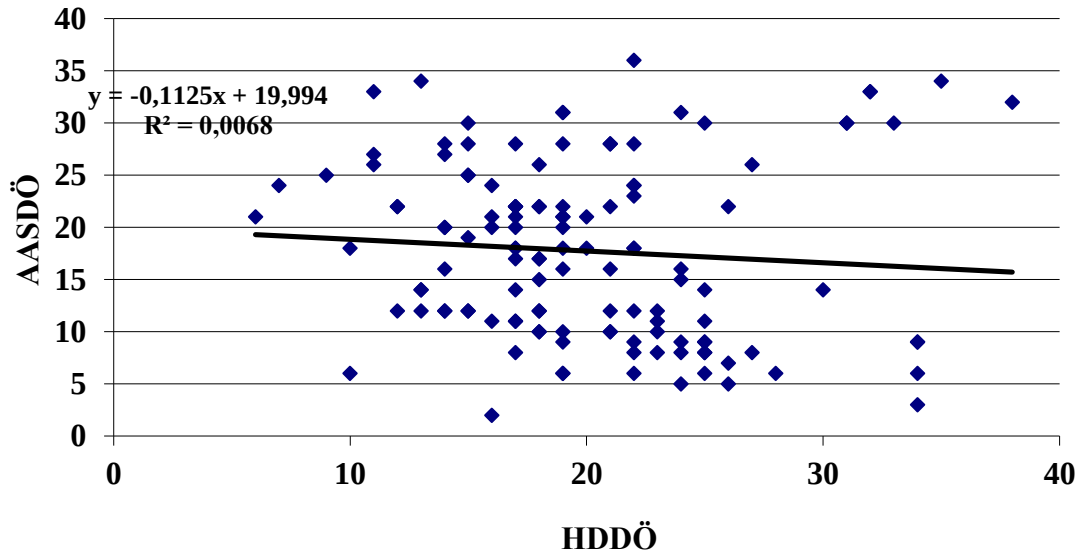
HDDÖ Skorları ile İGD Skorlarının Korelasyon Analizi

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği ve İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi ölçekleri arasında yapılan Pearson korelasyon analizinde HDDÖ ve İGD skorları arasında negatif bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($p < 0.0001$, $r = -0.807$) (Şekil 3).



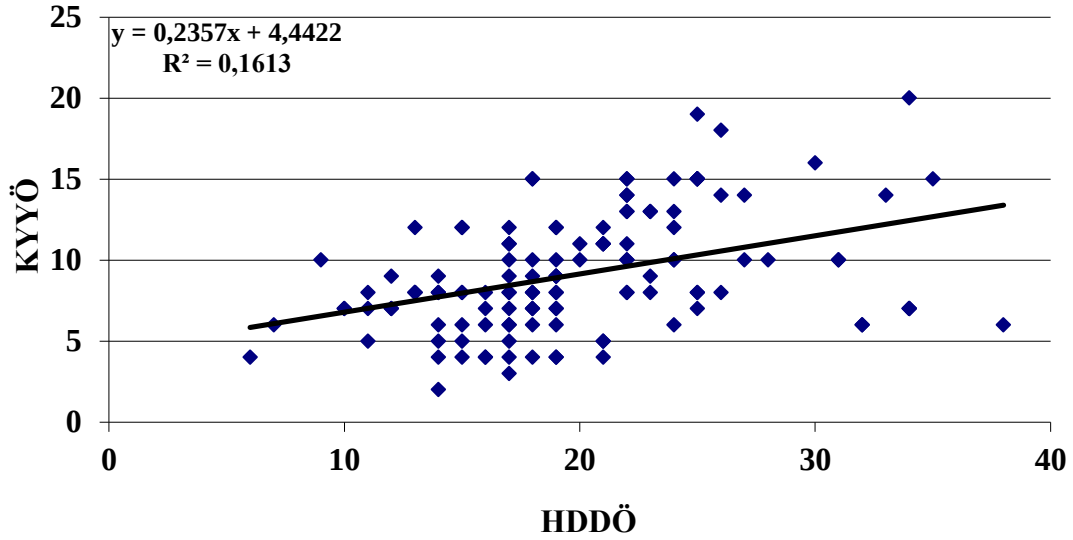
Şekil 3: HDDÖ Skorları ile İGD Skorlarının Korelasyon Analizi

HDDÖ Skorları ile AASDÖ Skorlarının Korelasyon Analizi: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği ve Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeği arasında yapılan Pearson korelasyon analizinde HDDÖ ve AASDÖ skorları arasında negatif bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($p=0.35$, $r=-0.082$) (Şekil 4).



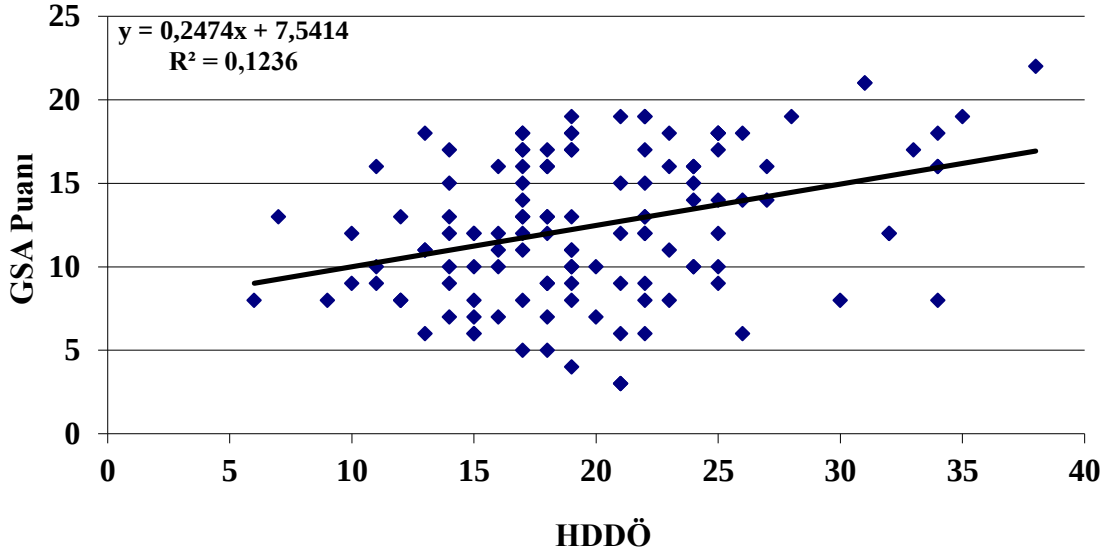
Şekil 4: HDDÖ Skorları ile AASDÖ Skorlarının Korelasyon Analizi

HDDÖ Skorları ile KYYÖ Skorlarının Korelasyon Analizi: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği ve Kısa Yeti Yitimi Ölçeği arasında yapılan Pearson korelasyon analizinde HDDÖ ve KYÖ skorları arasında pozitif bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($p<0.0001$, $r=0.401$) (Şekil 5).



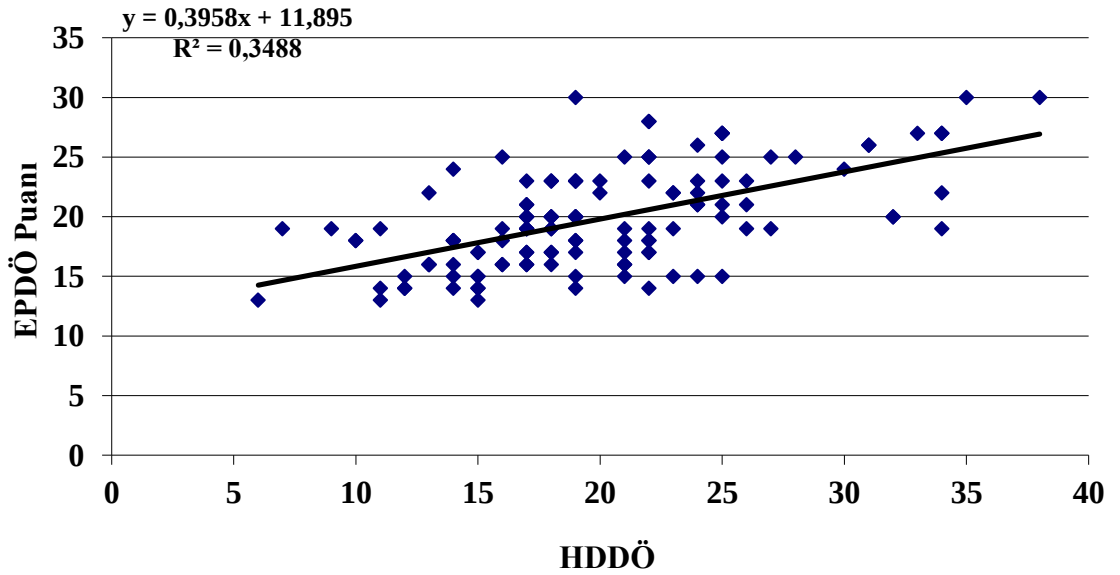
Şekil 5: HDDÖ Skorları ile KYYÖ Skorlarının Korelasyon Analizi

HDDÖ Skorları ile GSA Skorlarının Korelasyon Analizi: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği ve Genel Sağlık Anketi ölçekleri arasında yapılan Pearson korelasyon analizinde HDDÖ ve GSA skorları arasında pozitif bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($p<0.0001$, $r=0.351$) (Şekil 6).



Şekil 6: HDDÖ Skorları ile GSA Skorlarının Korelasyon Analizi

HDDÖ Skorları ile EPDÖ Skorlarının Korelasyon Analizi: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği ve Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Değerlendirme Ölçeği arasında yapılan Pearson korelasyon analizinde HDDÖ ve EPDÖ skorları arasında pozitif bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($p < 0.0001$, $r = 0.590$) (Şekil 7).



Şekil 7: HDDÖ Skorları ile EPDÖ Skorlarının Korelasyon Analizi

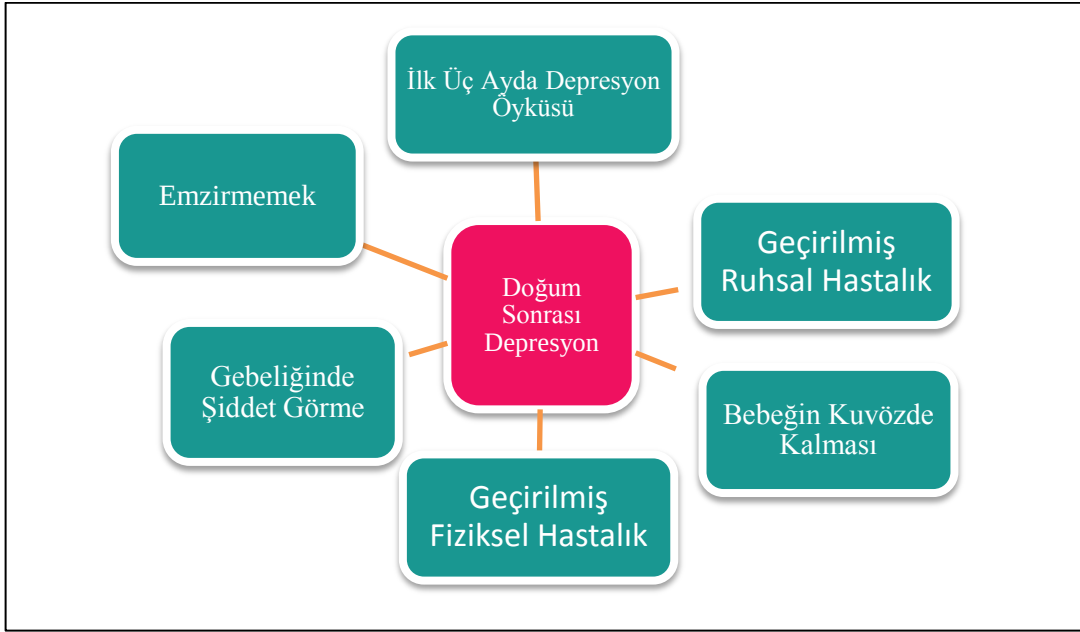
4.5 Doğum Sonrası Depresyon Öngördürücülerinin Belirlenmesi

Doğum sonrası depresyon olan ve olmayanlar arasında anlamlı olarak farklılık bulunan parametrelerin bağımsız etkinliklerini doğrulamak üzere lojistik regresyon analizi yapıldı. Sosyodemografik özellikler arasında anlamlı sonuçlar verenler, bağımsız değişkenler olarak alınıp DSD için öngördürücü olup olmadıklarına bakıldı. Gebeliğinin ilk üç ayında depresif bozukluk öyküsü, geçirilmiş ruhsal hastalık, geçirilmiş fiziksel hastalık, gebeliğinde şiddet görme, bebeğin kuvözde kalması ve emzirmemek DSD ortaya çıkması için öngördürücü olarak tespit edildi (Tablo 9). Şekil 8.de öngördürücüler gösterilmiştir.

Tablo 9: Doğum Sonrası Depresyon ile İlişkili Risk Faktörlerinin Belirlenmesi İçin Yapılan Lojistik Regresyon Analizinin Sonuçları

Bağımsız Değişkenler	t	p
Eşinin Mesleği	0.168	0.526
Düşük Öyküsü	-0.225	0.420
Planlı Gebelik	-0.263	0.345
Gebeliğinin İlk Üç Ayında Depresyon	1.154	0.001
Sigara Kullanımı	0.184	0.618
Gebeliğinde Şiddet Öyküsü	2.332	0.001
Doğumda Komplikasyon	0.049	0.937
Geçirilmiş Ruhsal Hastalık	0.674	0.032
Geçirilmiş Fiziksel Hastalık	1.038	0.035
Bebeğin Kuvözde Kalması	0.856	0.036
Bebeğin Doğum Ağırlığı	1.616	0.213
Emzirme Durumu	1.599	0.032

Bağımlı Değişken: Doğum Sonrası Depresyon



Şekil 8: Doğum Sonrası Depresyon için Öngördürücü Etmenler

4.6 Gebeliğin İlk Üç Ayında ve Doğum Sonrası Dönemdeki Depresyon Açısından Karşılaştırmalı Analizler

4.6.1 Gebeliğin İlk Üç Ayında ve Doğum Sonrası Dönemde Depresyon Olanlara Ait Sosyodemografik Veriler

Gebeliğinin ilk üç ayında depresyonu olup da doğum sonrası altıncı haftada da depresyonu olan katılımcılarla (n=48) her iki dönemde de depresyonu olmayan katılımcılar (n=209) arasında yaş, ilk anne olma yaşı, eğitim düzeyi, meslek, gelir düzeyi ve toplam doğum sayısı açısından anlamlı bir fark yoktu. Katılımcılar mevcut gebeliğinin planlı olup olmaması açısından değerlendirildiğinde; gebeliğini planlamayanlarda hem gebeliğinin ilk üç ayında hem de doğum sonrasında depresyon görülme oranları, planlayanlara göre anlamlı olarak daha fazlaydı (p=0.008).

Mevcut gebeliklerinde sigara kullanan katılımcıların % 38.7'sinde gebeliğinin ilk üç ayında ve doğum sonrasında depresyon tespit edildi (p=0.002).

Bilinen bir ruhsal hastalık öyküsü (depresyon, DSD, anksiyete bozukluğu) olan katılımcıların % 60.4'ünde (p<0.0001) her iki dönemde de depresyon görülürken her iki dönemde de depresyon görülmeyenlerde bu oran % 9.1 idi.

Hem gebeliğinin ilk üç ayında hem de doğum sonrasında depresyon görülme oranları mevcut gebeliklerinde şiddet gören katılımcılarda şiddet yaşamayanlara göre anlamlı derecede yüksek idi ($p<0.0001$). Şiddet görenlerin % 71.4'ünde depresyon tespit edilmişken şiddet görmeyenlerde bu oran % 17.2 idi.

Düşük öyküsü ve geçirilmiş fiziksel hastalık öyküsü DSD'si olanlarda olmayanlara göre anlamlı olarak daha fazla iken, hem gebeliğinin ilk üç ayında hem de doğum sonrasında depresyonu olanlarda düşük öyküsünün ve geçirilmiş fiziksel hastalık öyküsünün olup olmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu.

Çalışmaya katılan kadınların eşlerinin meslekleri ile her iki dönemde de depresyon görülme oranları arasında anlamlı farklılık olup eşi çalışmayanlarda % 53.8 oranında depresyon görülmekteydi ($p=0.002$). Gebeliğinin ilk üç ayında ve doğum sonrasında depresyon görülme oranları ile katılımcıların eşlerinin fiziksel ve ruhsal hastalık öyküsü arasında ve eşlerin takip ve tedavisi devam eden fiziksel ve ruhsal hastalıklarının olup olmadığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu.

Katılımcıların eşlerinin yaşına ve eğitimine göre her iki dönemde de depresyon görülme oranları değişiklik göstermemekteydi.

Gebeliğinin ilk üç ayında ve doğum sonrasında depresyon görülmesi ile ilişkili olduğu tespit edilen faktörler Tablo 10.da gösterilmiştir.

Gebeliğin ilk üç ayında depresif bozukluk görülmesinin doğum ve bebek üzerine etkisine bakıldığında; depresyonu olan ve olmayan gruplar arasında doğumda tıbbi komplikasyon olması ve katılımcıların doğan bebeklerinin sağlık sorunu yaşayıp kuvözde kalması açısından anlamlı farklılık yoktu ($p>0.05$).

Araştırmaya katılan kadınların bebeklerinin doğum ağırlığına bakıldığında; gebeliğinin ilk üç ayında depresyonu olan kadınların % 21.9'unun bebekleri düşük doğum ağırlıklıyken depresyonu olmayan kadınlarda bu oran % 8.7 idi ($p=0.007$).

Gebeliğin ilk üç ayında depresif bozukluk görülmesi ile bebeğin doğum ağırlığının ilişkisi Tablo 11.de verilmiştir.

Tablo 10. Katılımcıların Gebeliğinin İlk Üç Ayı ve Doğum Sonrasında Depresyon Görülmesi ile İlişkili Özellikleri

Sosyodemografik Özellikler	Depresyon				Toplam		p
	Yok		Var				
	n	%	n	%	n	%	
Planlı Gebelik							
Evet	161	85.2	28	14.8	189	100	0.008
Hayır	48	70.6	20	29.4	68	100	
Sigara Kullanımı							
Evet	19	61.3	12	38.7	31	100	0.002
Hayır	190	84.1	36	15.9	226	100	
Gebeliğinde Şiddet Öyküsü							
Var	2	28.6	5	71.4	7	100	<0.0001
Yok	207	82.8	43	17.2	250	100	
Geçirilmiş Ruhsal Hastalık Öyküsü							
Var	19	39.6	29	60.4	48	100	<0.0001
Yok	190	90.9	19	9.1	209	100	
Eşinin Mesleği							
Çalışmıyor	6	46.2	7	53.8	13	100	0.002
İşçi	95	80.5	23	19.5	118	100	
Diğer	108	85.7	18	14.3	126	100	

Tablo 11. Gebeliğin İlk Üç Ayında Depresif Bozukluk Bulunması ile Bebeğin Doğum Ağırlığının İlişkisi

	Gebeliğin İlk Üç Ayında Depresif Bozukluk				Toplam n %		P
	Yok n %		Var n %				
Bebeğin Doğum Ağırlığı							0.007
Düşük	25	60.9	16	39.1	41	100	
Normal	257	82.1	56	17.9	313	100	
Yüksek	5	83.3	1	16.7	6	100	

4.6.2 Değerlendirme Ölçek Skorları İle Gebeliğin İlk Üç Ayında ve Doğum Sonrası Dönemde Depresyon İlişkisi

Bu bölümde hem gebeliğinin ilk üç ayında depresif bozukluğun varlığı hem de DSD varlığı ile GSA, HDDÖ, İGDÖ, KYYÖ ve AASDÖ ortalama puanlarının karşılaştırılması verilmiştir.

GSA İle Gebeliğin İlk Üç Ayında ve Doğum Sonrası Dönemde Depresyon İlişkisi: SCID'e göre hem gebeliğinin ilk üç ayında depresif bozukluk tanısı alan hem de doğum sonrası altıncı haftada depresyon tanısı alan 48 katılımcı ve her iki dönemde de depresyon tanısı almayan 209 katılımcının t testi ile GSA ortalama puanları karşılaştırıldığında hem gebeliğinin ilk üç ayında depresif bozukluk tanısı alan hem de DSD tanısı alanlarda GSA puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edildi ($p<0.0001$).

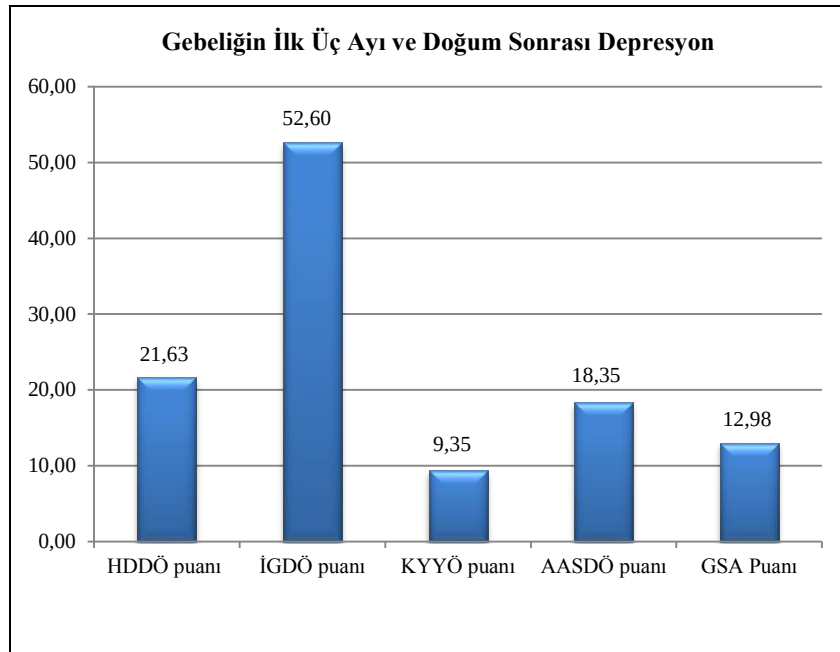
HDDÖ İle Gebeliğin İlk Üç Ayında ve Doğum Sonrası Dönemde Depresyon İlişkisi: SCID'e göre gebeliğin ilk üç ayında ve doğum sonrası her iki dönemde de depresyon tanısı alanlarda HDDÖ ile depresyon şiddetine bakıldığında en fazla orta şiddette depresyon (% 79.2) tespit edilmiştir.

IGDÖ İle Gebeliğin İlk Üç Ayında ve Doğum Sonrası Dönemde Depresyon İlişkisi: Hem gebeliğinin ilk üç ayında depresif bozukluk tanısı alan hem de doğum sonrası altıncı haftada depresyon tanısı alanlarda ortalama IGDÖ puanı 52.6 ± 9.39 olup en düşük puan 35, en yüksek puan 70 idi.

KYYÖ İle Gebeliğin İlk Üç Ayında ve Doğum Sonrası Dönemde Depresyon İlişkisi: SCID'e göre gebeliğin ilk üç ayında ve doğum sonrası her iki dönemde de depresyon tanısı olan katılımcılarda yeti yitimine bakıldığında en fazla orta düzeyde yeti yitimi olduğu (% 36.6) görülmüştür. Aksatılan gün sayısı ortalama 10.83 ± 7.6 , yatakta geçirilen gün sayısı ortalama 3.6 ± 6.54 olarak tespit edildi.

AASDÖ İle Gebeliğin İlk Üç Ayında ve Doğum Sonrası Dönemde Depresyon İlişkisi: SCID'e göre gebeliğinin ilk üç ayında depresif bozukluk tanısı olup da doğum sonrası altıncı haftada da depresyon tanısı olan ve her iki dönemde de depresyon tanısı olmayan katılımcıların t testi ile AASDÖ ortalama puanları karşılaştırıldığında; gebeliğinin ilk üç ayında ve doğum sonrası dönemde depresyon tanısı olanlarda AASDÖ puanlarının anlamlı derecede düşük olduğu tespit edildi ($p<0.0001$).

Gebeliğinin ilk üç ayında depresif bozukluk tanısı olup da doğum sonrası da depresyon tanısı olan katılımcıların HDDÖ, İGDÖ, KYYÖ, AASDÖ ve GSA ortalama puanları Şekil 9.da verilmiştir.



Şekil 9: Gebeliğinin İlk Üç Ayında ve Doğum Sonrasında Depresyonu Olanların HDDÖ, İGDÖ, KYYÖ, AASDÖ ve GSA Ortalama Puanları

4.7 Gebeliğin İlk Üç Ayında ve Doğum Sonrası Dönemde Depresyon Öngördürücülerinin Belirlenmesi

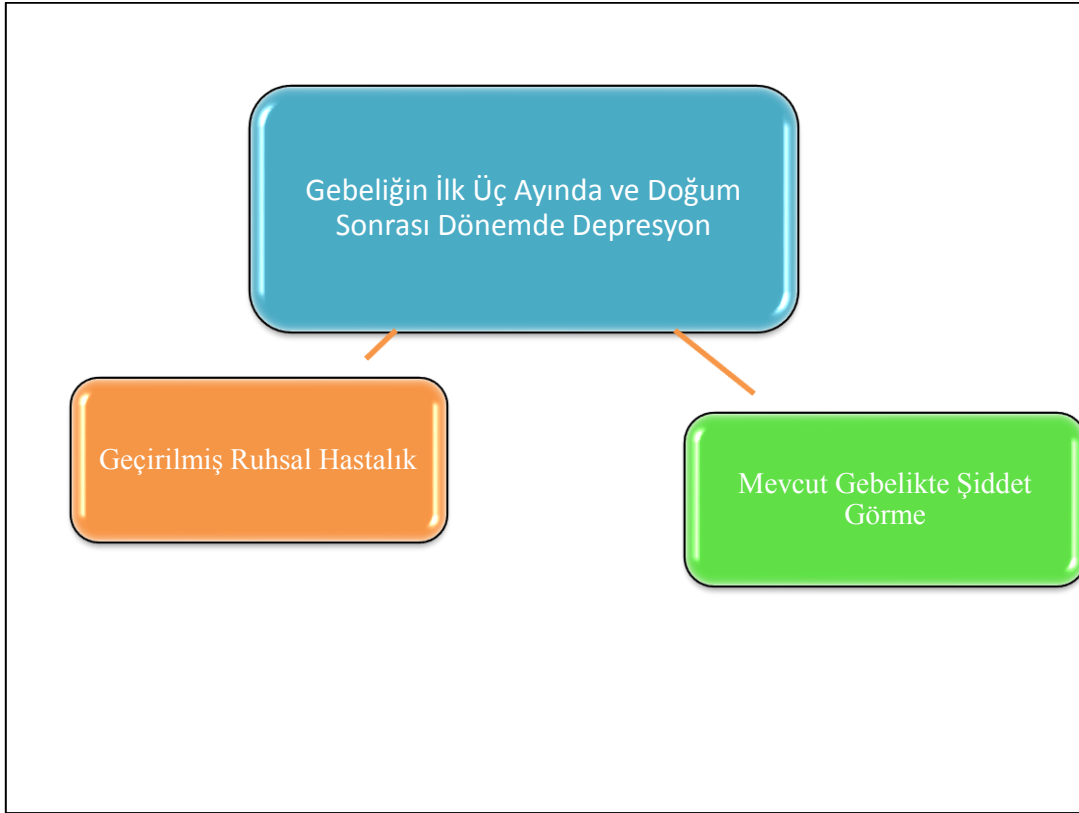
Gebeliğinin ilk üç ayında ve doğum sonrası altıncı haftada depresyon olan ve olmayanlar arasında anlamlı olarak farklılık bulunan parametrelerin bağımsız etkinliklerini doğrulamak üzere lojistik regresyon analizi yapıldı. Sosyodemografik özellikler arasında anlamlı sonuçlar verenler, bağımsız değişkenler olarak alınıp gebeliğin ilk üç ayında ve doğum sonrası altıncı haftada depresyon için öngördürücü

olup olmadıklarına bakıldı. Geçirilmiş ruhsal hastalık ve mevcut gebeliğinde şiddet görme hem gebeliğin ilk üç ayında hem de doğum sonrası altıncı haftada depresyon ortaya çıkması için öngördürücü olarak tespit edildi (Tablo 12). Şekil 10.da öngördürücüler gösterilmiştir.

Tablo 12: Gebeliğin İlk Üç Ayında ve Doğum Sonrası Dönemde Depresyon ile İlişkili Risk Faktörlerinin Belirlenmesi İçin Yapılan Lojistik Regresyon Analizinin Sonuçları

Bağımsız Değişkenler	t	p
Eşinin Mesleği	1,144	0,167
Planlı Gebelik	-0,359	0,409
Sigara Kullanımı	0,981	0,070
Gebeliğinde Şiddet Öyküsü	2,774	0,005
Geçirilmiş Ruhsal Hastalık	2,660	<0.0001

Bağımlı Değişken: Gebeliğin İlk Üç Ayında ve Doğum Sonrası Dönemde Depresyon



Şekil 10: Gebeliğin İlk Üç Ayında ve Doğum Sonrası Dönemde Depresyon için Öngördürücü Etmenler

4.8 Doğum, Bebek ve Emzirme Durumu Açısından Karşılaştırmalı Analizler

4.8.1 Değerlendirme Ölçek Skorları ile Doğumda Tıbbi Komplikasyon Olmasının İlişkisi

Bu bölümde doğumda tıbbi komplikasyon olması ile GSA ve AASDÖ ortalama puanlarının karşılaştırılması verilmiştir.

GSA ve Doğumda Tıbbi Komplikasyon Olmasının İlişkisi: Bebeğinin doğumunda tıbbi komplikasyon olan katılımcılarla olmayanların t test ile GSA ortalama puanları karşılaştırıldığında; tıbbi komplikasyon olanların GSA puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edildi ($p=0.007$).

AASDÖ ve Doğumda Tıbbi Komplikasyon Olmasının İlişkisi: Bebeğin doğumunda tıbbi komplikasyon olan katılımcılarla olmayanların t test ile AASDÖ ortalama puanları karşılaştırıldığında; tıbbi komplikasyon olanların AASDÖ puanlarının anlamlı derecede düşük olduğu tespit edildi ($p<0.0001$).

Bebeğin doğumunda tıbbi komplikasyon olan katılımcıların GSA ve AASDÖ ortalama puanları Tablo 13.te verilmiştir.

Tablo 13. Doğumda Tıbbi Komplikasyon Olması ile GSA ve AASDÖ Ortalama Puanların İlişkisi

	Doğumda Tıbbi Komplikasyon					
	Var			Yok		
	N	Ortalama	Std. Sapma	N	Ortalama	Std. Sapma
GSA	19	10.47	4.765	341	7.13	5.218
AASDö	19	19.00	10.111	341	27.26	9.332

4.8.2 Değerlendirme Ölçek Skorları ile Emzirme İlişkisi

Bu bölümde emzirme ile GSA, HDDÖ, İGDÖ ve KYYÖ ortalama puanlarının karşılaştırılması verilmiştir.

GSA ve Emzirme İlişkisi: Doğum sonrası bebeklerini emziren ve emzirmeyen katılımcıların nonparametrik test ile GSA ortalama puanları karşılaştırıldığında emzirmeyenlerde GSA puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edildi ($p=0.008$).

HDDÖ ve Emzirme İlişkisi: Katılımcılardan bebeklerini emziren ve emzirmeyenlerin nonparametrik test ile HDDÖ ortalama puanları karşılaştırıldığında emzirmeyenlerde HDDÖ puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edildi ($p=0.013$).

İGDÖ ve Emzirme İlişkisi: Araştırmaya katılan kadınlardan bebeklerini emziren ve emzirmeyenlerin nonparametrik test ile İGDÖ ortalama puanları karşılaştırıldığında emzirmeyenlerde İGDÖ puanlarının anlamlı derecede düşük olduğu tespit edildi ($p=0.001$).

KYYÖ ve Emzirme İlişkisi: Bebeklerini emziren ve emzirmeyen katılımcıların nonparametrik test ile KYYÖ ortalama puanları karşılaştırıldığında emzirmeyenlerde KYYÖ puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edildi ($p=0.017$).

Emzirme ile GSA, HDDÖ, KYYÖ ve İGDÖ ortalama puanların ilişkisi Tablo 14.te gösterilmiştir.

Tablo 14. Emzirme ile GSA, HDDÖ, KYYÖ ve İGDÖ Ortalama Puanların İlişkisi

	Emzirme Durumu					
	Evet			Hayır		
	N	Ortalama	Std. Sapma	N	Ortalama	Std. Sapma
GSA	350	7.15	5.138	10	12.60	6.363
HDDö	119	19.60	5.918	7	26.43	7.502
KYYö	119	8.93	3.500	7	12.86	4.059
IGDö	119	54.75	9.294	7	42.14	5.669

4.8.3 Değerlendirme Ölçek Skorları ile Bebeğin Sağlık Durumunun İlişkisi

Bu bölümde bebeğin sağlık durumu ile GSA ortalama puanlarının karşılaştırılması verilmiştir.

GSA ve Bebeğin Sağlık Durumunun İlişkisi: Doğum sonrası bebeğinde sağlık sorunu olup bebeği kuvözde kalan katılımcılarla bebeğinde herhangi bir sağlık sorunu olmayan katılımcıların t test ile GSA ortalama puanları karşılaştırıldığında bebeğinde

sağlık sorunu olup bebeği kuvözde kalanların GSA puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edildi ($p<0.0001$).

4.8.4 Değerlendirme Ölçek Skorları ile Bebeğin Doğum Ağırlığının İlişkisi

Bu bölümde bebeğin doğum ağırlığı ile GSA ve AASDÖ ortalama puanlarının karşılaştırılması verilmiştir.

GSA ve Bebeğin Doğum Ağırlığının İlişkisi: Bebekleri düşük doğum ağırlıklı olan katılımcılarla olmayanların t test ile GSA ortalama puanları karşılaştırıldığında; bebekleri düşük doğum ağırlıklı olanların GSA puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edildi ($p=0.001$).

AASDÖ ve Bebeğin Doğum Ağırlığının İlişkisi: Bebekleri düşük doğum ağırlıklı olan katılımcılarla olmayanların t test ile AASDÖ ortalama puanları karşılaştırıldığında; bebekleri düşük doğum ağırlıklı olanların AASDÖ puanlarının anlamlı derecede düşük olduğu tespit edildi ($p=0.005$).

Bebeğin doğum ağırlığı ile GSA ve AASDÖ ortalama puanların ilişkisi Tablo 15.te gösterilmiştir.

Tablo 15. Bebeğin Doğum Ağırlığı ile GSA ve AASDÖ Ortalama Puanların İlişkisi

	Bebeğin Doğum Ağırlığı					
	Düşük			Düşük Değil		
	N	Ortalama	Std. Sapma	N	Ortalama	Std. Sapma
GSA	41	9.76	6.082	319	6.99	5.050
AASDÖ	41	22.93	10.135	319	27.33	9.360

5. TARTIŞMA

5.1 Doğum Sonrası Depresyon Yaygınlığı

Araştırmamızın örneklemini oluşturan kadınlarda; gebeliklerinin ilk üç ayı içerisinde iken depresif bozukluk yaygınlığı daha önceki araştırma ile % 16.8 olarak bulunmuştur (234). Doğum sonrası 6. haftada bu kadınlardan çalışmamıza dahil edilme ölçütlerini sağlayan 360 katılımcıda DSD yaygınlığı % 35 olarak bulunmuştur. Depresif Bozukluklar içerisinde Major Depresif Bozukluk yaygınlığı % 26.1, Çifte Depresyon yaygınlığı % 1.4, Minör Depresif Bozukluk yaygınlığı % 7.5 olarak belirlenmiştir. Ayrıca % 0.3 oranında Distimi tespit edilmiştir. Gebeliğinin ilk üç ayında depresyonu olup da doğum sonrasında da depresyonu olan kadınların oranı % 13.3 ve gebeliğinde depresyonu olmayan sadece doğum sonrasında depresyon tespit edilen kadınların oranı ise % 21.6 idi. Literatür incelendiğinde, yeni anne olan kadınların % 13'ünde doğum sonrası ilk birkaç ay içinde klinik depresyon gelişebileceği görülür (178). Ergen annelerde bu oran % 26'ya, düşük gelirli ve ilk kez doğum yapmış kadınlarda % 38.2'ye kadar yükselmektedir (235,236). Standardize edilmiş metotlar kullanılan çalışmalarda orta ve üst şiddette depresyonu olan gebelerin oranı % 3.5-9, DSD'si olan kadınların oranı ise % 3.5-16 olarak bulunmuştur (197). Boyce ve ark tarafından yapılan araştırmada hayat boyu prevalans değeri % 33, 6 aylık prevalans değeri % 17'dir (237). Portekizde yapılan bir çalışmada doğumdan sonraki ilk 3 ayda depresyona giren kadınların neredeyse yarısı 4 ila 12 ay sonrasına kadar depresif olmaya devam etmişlerdir (238). Benzer araştırmalarda erken doğum sonrası dönemde depresif olan kadınların % 30 la % 54 arası değişen oranlarda doğumdan sonraki altıncı aya kadar depresif kaldıkları görülmüştür (239-241).

Gebelikte ve doğum sonrası dönemde depresyon prevelansı ölçülen çalışmaların çoğunda klinik değerlendirmeden ziyade tarama ölçekleri kullanılmıştır. Ülkemizde doğum sonrası 1.hafta ile 18.ay arasında çoğunluğu EPDÖ kullanılarak yapılan çalışmalarda DSD prevelansı % 12.5 ile % 42.7 arasında değişmektedir (48,49,52-61). Erzurum'da Aydın ve ark.nın doğum sonrasındaki ilk yılında olan 728 katılımcı ile yaptıkları çalışmada EPDÖ ile DSD prevelansı % 34.6 (61), yine Kırpınar ve ark.nın Erzurum'da 479 kişiyi gebeliklerinin her 3 üç aylık döneminde ve doğum sonrası

birinci ve altıncı haftada değerlendirdiği çalışmasında DSD prevalansı EPDÖ ile birinci haftada % 17.7, altıncı haftada % 14 (57) olarak tespit edilmiştir. BDE kullanılarak yapılan araştırmalar incelendiğinde ise Trabzon il merkezinde yapılan çalışmada DSD sıklığı % 28.1 (48), İstanbul Üsküdar'da yapılan çalışmada % 17 (242), Gaziantep'te yapılan çalışmada % 21.8 (243) olarak saptanmıştır. Ülkemizde klinik değerlendirme ölçeği kullanılarak yapılan çok az sayıdaki çalışmadan birinde EPDÖ'nün Türkçe versiyonunun doğrulaması amacıyla son bir yıl içinde doğum yapmış 341 kadın katılmış ve SCID'e göre DSD oranı % 14.4, EPDÖ'nün kesme puanı 12.5 olarak alındığında ise oran % 35.8 olarak bulunmuştur (232).

Yurtdışında doğum sonrası 1.gün ile 12. ay arasında yapılan çalışmalarda ise DSD prevalansı araştırmalarda kullanılan tanı yöntemine göre farklılık göstererek % 3.5 ile % 46 arasında değişmektedir (62-77). Doğum öncesi depresyon üzerine İsveç'te 259 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada doğum öncesi depresyon öyküsü olan kadınların % 46'sında ilk 6-8 hafta arası ve/veya ilk 6 ay içinde doğum sonrası depresyon gelişmiştir (65). Literatürde klinik değerlendirme ölçekleri kullanılarak yapılan çalışmalar incelendiğinde Chandran ve ark. ICD-10 tanı kriterlerine göre Hindistan'daki DSD insidansını % 11 olarak bulmuştur (74). Kitamura ve ark. Japonya'da DSM-III-R kriterlerini kullanmış ve DSD insidansını % 5 olarak bulmuştur (75). A.B.D.'de 802 kadında SCID-I kullanarak yapılan bir çalışmada DSD insidansı % 4.2 olarak bulunmuştur (76). 2009'da M. Kammerer'in İsviçre'de yaptığı bir çalışmada 892 kadın 9 ay boyunca gebeliklerinde ve doğum sonrasındaki 6. haftada SCID kullanılarak değerlendirilmiş, gebelik depresyon prevelansı % 14.8 (132/892) ve DSD prevelansı % 4.3 (38/892) olarak tespit edilmiştir. Bunlardan 115'i (% 12.9) sadece gebeliğinde, 17'si (% 1.9) hem gebeliğinde hem de doğum sonrası dönemde ve 21'i (% 2.4) ise sadece doğum sonrası dönemde bir depresif nöbet bildirmiştir (77).

Doğum sonrası depresyon için prevalans değerlerinin Ortadoğu'ya gittikçe yükseldiği düşünülürse, ülkemizin doğusunda bulunan ve gelişmişlik düzeyi açısından geride kalan bir şehir olan Erzurum'da yaptığımız çalışmamızda bulunan yüksek değerlerin literatürle benzer olduğu görülmektedir.

5.2 Doğum Sonrası Depresyon ve Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması

Tüm yaş grupları arasında DSD görülme sıklığı açısından fark yoktu ($p>0.05$). Sonuçlarımıza benzer şekilde çalışmamız öncesinde Aslan'ın gebeliğinin ilk üç ayındaki kadınlarla yaptığı çalışmasında (234), Aras'ın bölgemizde doğurganlık çağındaki kadınlarla olan araştırmasında (105), Durukan ve ark.nın Ankara'da 2 hafta - 18 aylık bebeği olan annelerde DSD sıklığını araştırdığı çalışmasında yaş ile depresyon puanları arasında ilişki olmadığı bildirilmiştir (58). İnandı ve ark.nın çalışmasında küçük anne yaşı DSD için risk faktörü olarak belirtilmiştir (244).

Araştırmamızda meslek grupları arasında DSD açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Aslan'ın çalışmasında (234) ve bölgemizde doğurganlık çağındaki kadınlarla yapılan çalışmada (105) da bulgularımızla uyumlu olarak mesleğin depresif bozuklukla ilişkili olmadığı bildirilmiştir. Durukan ve ark.nın araştırmasında annenin çalışma durumu ile DSD sıklığı arasında ilişki saptanmamıştır (58). Ülkemizin orta bölgesi ve doğusunda yapılan çalışmalarda annenin çalışmıyor olmasının (55,244), Zonguldak'ta ise annenin çalışmasının DSD sıklığını artırdığı bildirilmiştir (245). Ev kadınlarının çalışan kadınlara göre daha fazla sosyal destek alabildiği bildirilmektedir (246). Ev kadınlığı rolünün toplumumuzda büyük çoğunlukla benimsendiği ve olağan kabul edildiği, sosyal destek sistemlerinin ev kadınları için daha geçerli olduğu gözlenmektedir. Özellikle aile yakınları, arkadaşları ve çocukları ile daha yakın ilişkiler kurabilmeleri ve destek alabilmeleri önemlidir. Ev kadınlarının klinik olarak yüksek oranlarda depresif bozukluk göstermemeleri bununla açıklanabilir (247).

Çalışmamızda annenin eğitim düzeyi ile DSD sıklığı arasında ilişki saptanmamıştır. Benzer şekilde Durukan ve ark.nın araştırmasında tek yönlü analizde annenin eğitim seviyesi düştükçe DSD sıklığının arttığı gözlenirken, lojistik regresyon analizinde eğitim durumu ile DSD arasında ilişki saptanmamıştır (58). Arslantaş ve ark.nın Aydın'da yaptığı çalışmada da annenin eğitim düzeyi ile DSD arasında ilişki olmadığı tespit edilmiştir (59). Vural ve Akkuzu'nun, Altınay'ın ve Evcimen ve Sudak'ın yaptıkları çalışmalarda; eğitim düzeyi ile DSD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (22,168,248). Hong Kong'da 269 Çinli kadın üzerinde DSD ve ilişkili risk faktörleri ile ilgili olarak yapılan çalışmada yaş, eğitim ve gelir

düzeyi ile DSD arasında bir ilişkiye rastlanmamıştır (249). Aslan'ın gebeliğinin ilk üç ayındaki kadınlarla yaptığı çalışmasında ise depresif bozukluk en fazla oranda okuma yazması olmayan ve sadece okur-yazar olan gruplarda; en az yüksek eğitim düzeyinde olan katılımcılarda tespit edilmiştir (234). Aras'ın doğurganlık çağındaki kadınlarla yaptığı çalışmada eğitim durumu arttıkça depresif bozukluk oranlarının azaldığı bildirilmektedir (105). Van Yüzüncü Yıl Üniversitesinde 85 yeni doğum yapmış kadınla yapılan bir başka çalışmada düşük derecede eğitimin DSD için önemli bir risk faktörü olduğu bulunmuş ve kısa doğum aralığı, çok çocuk ve çocuk bakımı kalitesinde düşüş gibi yan sonuçlara sebep olarak depresyon açısından bir kısır döngü yaratmakla suçlanmıştır (250). Çalışmamızda eğitim durumu ve mesleğin DSD ile ilişkili olmaması, araştırmaya alınan grubun çoğunluğunun benzer özelliklere sahip olmasına bağlanabilir.

Çalışmamızda düşük öyküsü olanlarda DSD görülme oranı düşük öyküsü olmayanlara göre anlamlı olarak farklıydı ($p=0.048$). Düşük öyküsü olanlar 1.60 kat daha fazla DSD geçiriyorlardı. Aslan'ın çalışmasında da benzer olarak düşük öyküsü olan gebelerde depresif bozukluk daha sık görülmüştür (234). İnandı ve ark.nın ülkemizin doğusunda yaptığı çalışmada düşük öyküsü DSD gelişimindeki yüksek risk etkenlerinden biri olarak tespit edilmiştir (53). Literatürde düşük yapan kadınlarda depresyon puanlarının daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (139, 140). Llewellyn ve ark. 1997'de yapmış olduğu bir çalışmada düşük veya ölü doğum yapmış kadınların % 36'sında ciddi depresif semptomlar belirlendiğini ve canlı doğum yapmış kadınlardan 3 kat daha fazla ciddi depresif semptomlar taşıdıkları belirlenmiştir (116). Honjo ve ark. da depresyon ile düşük yapma arasında ilişki olduğunu saptamıştır (251). Düşük yapan annelerde suçluluk duygusu ve bundan dolayı acı çekmenin yaygın olduğu daha önceki gebeliğinde düşük yapan kadınlarda daha yüksek düzeyde depresyon geliştiği bildirilmiştir (252-254). Araştırma sonuçlarımız literatürü desteklemektedir.

Gebeliği planlama durumu değerlendirildiğinde; gebeliğini planlamayanlarda DSD görülme oranı gebeliğini planlayanlara göre anlamlı olarak daha fazlaydı. Aynı zamanda hem gebeliğinin ilk üç ayında hem de doğum sonrasında depresyon görülme oranı gebeliğini planlamayanlarda istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($p=0.008$). Aslan'ın çalışmasında da çalışmamıza benzer şekilde gebeliğini planlamayan kadınlarda depresif bozukluk oranlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (234).

İstenmeyen gebelikler ülkemizde önemli bir sorundur. Yapılan çalışmalar her 100 gebeliğin 11,3'ünün isteyerek düşük ile sonuçlandığını göstermektedir (255). Edirne'de yapılmış bir araştırmada, istenmeyen gebeliklerde DSD'nin 2,84 kat fazla görüldüğü tespit edilmiştir (60). Yine Aydın'da yapılan çalışmada istenen bebek olmamasının DSD yaşama olasılığını arttırdığı tespit edilmiştir (59).

Çalışmamızda gebeliğinde sigara kullanan kadınlarda DSD görülme oranı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,014$). Ayrıca sigara kullananların % 38.7'sinde ($p=0,002$) hem gebeliğinin ilk üç ayında hem de doğum sonrasında depresyon tespit edilmiştir. Eren'in 2007 yılında İstanbul'da yaptığı çalışmasında sigara kullanan gebelerde DSD daha sık görülmüştür (256). Aras'ın gebe olmayan kadınlarla yaptığı çalışmada da sigara kullanma ile depresif bozukluk arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (105). Gebelikte sigara kullanımı ile ilgili yapılan araştırmalarda, göze çarpan en önemli değişken anne adayının sosyokültürel durumu olmuştur. Yapılan farklı çalışmalarda eğitim düzeyi düşük olan kadınların sigara içmeye daha meyilli oldukları ve yüksek okul bitiren kadınların aksine, gebelik döneminde sigara bırakma oranlarında herhangi bir değişiklik göstermedikleri saptanmıştır (257,258). İngiltere'de, 1997'de yapılan bir çalışmada, 119 gebe erken gebelik döneminden itibaren takibe alınmış ve sigara kullanımının uzun dönem zararları doğumdan sonra 4 seneye kadar takip edilerek tespit edilmeye çalışılmıştır. Sigara içme davranışı, DSD ile anlamlı derecede ilişkilendirilmiştir (259). Çocuk gelişimi ile sigara kullanan ebeveyn arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmanın sonucunda depresyonun sigara kullanımı ile örtüştüğü bulunmuştur (260).

Gebeliğinin ilk üç ayında depresif bozukluk geçiren katılımcılarda ($p<0.0001$) ve bilinen bir ruhsal hastalık öyküsü (depresyon, DSD, anksiyete bozukluğu) olan katılımcılarda ($p<0.0001$) DSD görülme oranı anlamlı derecede yüksek idi. Bilinen bir ruhsal hastalık öyküsü (depresyon, DSD, anksiyete bozukluğu) olanların % 60.4'ünde hem gebeliğinin ilk üç ayında hem de doğum sonrasında depresyon tespit edilmiştir ($p<0.0001$). Çalışmamızın sonucunda katılımcının son gebeliğinin ilk üç ayında depresyon öyküsü olması ve bilinen bir ruhsal hastalık öyküsü olması durumu lojistik regresyon analizine göre DSD için öngördürücü olarak tespit edilmiştir. Yine aynı şekilde bilinen bir ruhsal hastalık öyküsü olması durumu gebeliğinin ilk üç ayı ve doğum sonrası her iki dönemdeki depresyon için öngördürücü olarak bulunmuştur.

Daha önce bir depresyonun geçirilmiş olması, hormonal dengesizliklerin olduğu bu dönemde anneye çocuk bakımı ile ilgili artan sorumluluk rollerinin yüklenmiş olması, aynı zamanda anneden çok fazla beklentinin olması bu yatkınlığı tetikleyebilmektedir. Benzer şekilde Aslan'ın çalışmasında da bilinen bir ruhsal hastalık öyküsü olan katılımcılar ile halen takip ve tedavisi devam eden ruhsal hastalığı olan katılımcılarda depresif bozuklukların görülme oranı diğer gebe kadınlara kıyasla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (234). Doğum öncesi dönemde anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik hastalığı olanların DSD için riskli grup olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (80,261). Literatürde önceki doğumda depresyon hikayesinin olması DSD riskini arttıran etmenler arasında yer almaktadır (178, 262, 263). Aydın'ın bölgemizde yaptığı çalışmada gebelikten önceki ve gebelikteki psikiyatrik hastalık öyküsünün DSD ile ilişkili öngördürücü faktörlerden olduğu tespit edilmiştir (61). Kırpınar ve ark.nın yine bölgemizde yaptığı çalışmada gebelik boyunca psikiyatrik hastalık öyküsünün DSD için en önemli öngördürücü faktörlerden olduğu saptanmıştır (57). Danacı ve ark.nın Manisa'da yaptığı çalışmada daha önce psikiyatrik hastalık geçirme, daha önceki gebelik sırasında ya da doğum sonrasında psikiyatrik hastalık geçirme ve bu gebeliğinde psikiyatrik bir hastalık geçirme ile DSD arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır (52). Ayvaz ve ark.nın 2006 yılında yaptığı çalışmada katılımcının önceki doğum sonrasında depresyon öyküsü olmasının DSD tahmini riskini 5.7 kat arttıran bir etmen olduğu bulunmuştur (48). Ekuklu ve ark.nın yaptığı çalışmada, önceki gebelik ya da doğumlarından sonra ruhsal sorun yaşayan annelerde DSD sıklığı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (60). Untermann ve ark.nın 1990'da yaptığı çalışmada önceden DSD ile birlikte son gebeliğinde de depresyon geçirmesi DSD için önemli risk etmeni olarak bulunmuştur (264). Yonkers'ın araştırmasında antenatal fazda depresyon öyküsünün olmasının gebelik ve doğum sonrası dönemde depresyon gelişimi için çok önemli bir belirleyici olduğu bildirilmiştir. (148). DSD ile ilgili 118 makale üzerinde yapılan gözden geçirmede, makalelerce sorgulanan 129 antenatal risk faktörü kanıtlanabilir ilişki açısından değerlendirmeye alınmış, psikiyatrik hastalık öyküsüyle DSD ilişkisinin ispatı B sınıf delil sayılmıştır. Aynı çalışmada antepartum depresyon sınıf A delil kabul edilmiştir (265). 59 çalışmayı baz alarak yapılan bir meta-analizde, geçmiş psikiyatrik ya da psikolojik problemler, doğumdan sonraki birkaç ay içinde görülen depresyonun belirgin

habercisi olarak kabul edilmişlerdir (178). Amerika’da Viva Projesi adı altında 1662 katılımcıyla gerçekleştirilen prospektif bir kohort çalışmada, geçirilmiş depresyon anamnezi DSD için en güçlü risk faktörü olarak değerlendirilmiş ve antenatal depresif semptomlarda dört kata varan bir artışa sebep olduğu öne sürülmüştür (83). Yine Amerika’da yapılan ve 1996-99 yılları arası 3 büyük eyalette doğum yapan 14.609 kadın üzerinde yapılan çalışmada geçirilmiş depresyon öyküsü DSD habercisi olarak kabul edilmiştir (266). Ülkemizde ve yurt dışında yapılan pek çok diğer çalışmada da bizim çalışmamızla uyumlu sonuçlar alınmış ve depresyon hikayesi olan kadınlarda DSD oranları belirgin olarak yüksek bulunmuştur (49,55,56,58,256,267-269).

Araştırmamızda geçirilmiş fiziksel hastalık öyküsü olanlarda olmayanlara göre DSD görülme oranı anlamlı olarak farklıydı. Yapılan lojistik regresyon analizinde geçirilmiş fiziksel hastalık öyküsü DSD için öngürdürücü olarak tespit edilmiştir. Fiziksel hastalık ve DSD arasındaki ilişkiyi araştıran çok az çalışma mevcuttur. Eren’in İstanbul’da yaptığı çalışmada kronik hastalığı mevcut kadınların % 50’sinde DSD görülmüştür (256). İki parçadan oluşan genel fizyolojik sağlık ölçümü yapılan bir çalışmada, DSD olanların % 78’inin doğum öncesi dönemde fizyolojik morbiditeye sahip olduğu bulunmuştur (167). Yapılan çalışmalar annenin genel sağlık durumunun kötü olmasının DSD’yi artırdığı yönündedir (270-272). Johns Hopkins üniversite hastanesinin çeşitli klinikleri tarafından 175 gebe üzerinde yapılan çalışmada, depresyon semptomu gösteren kadınlarda belirgin derecede düşük sağlık kalitesi tespit edilmiştir (273). Antenatal risk faktörleri ile doğum sonrası sonuçları tarayan ve 118 makale ve yayının gözden geçirildiği bir eleştiride, fiziksel hastalık ve DSD arasında ilişki bulunmuştur (265). Amerika’da 1163 kadında yapılan bir başka çalışmada, kötüleşmiş sağlık durumu olan kadınların normal popülasyona oranla 2 kat daha fazla depresif semptom geliştirme risklerinin olduğu tespit edilmiştir (274). Benzer şekilde Avustralya’da yapılan ve 1336 gebenin dahil edildiği bir çalışmada, annenin ruhsal iyilik hali ile fiziksel sağlığı arasındaki ilişki doğrulanmıştır (275).

Çalışmamızda DSD, mevcut gebeliklerinde şiddet gören katılımcılarda şiddet yaşamayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulundu. Aynı zamanda gebeliklerinde şiddete maruz kalanlarda gebeliğinin ilk üç ayında ve doğum sonrasında yüksek oranda depresyon tespit edildi. Yapılan lojistik regresyon analizinde gebeliğinde şiddete maruz kalma durumu; hem DSD için hem de gebeliğinin ilk üç ayı ve doğum sonrası her iki

dönemdeki depresyon için öngürdürücü olarak bulunmuştur. Benzer şekilde Aslan'ın araştırmasında da şiddete maruz kalan gebelerde depresif bozukluğun daha sık görüldüğü tespit edilmiştir (234). Arslantaş ve ark.nın yaptığı çalışmada eş şiddetinin DSD riski yaşama olasılığını artırdığı tespit edilmiştir (59). Patel'in 2002 yılında yaptığı çalışmada, eş tarafından şiddet uygulanıyorsa DSD riskinin üç kata varan oranlarda arttığından bahsedilmektedir (167). Leigh ve ark. Avustralya'da 367 gebe üzerinde yaptığı randomize çalışmada; geçmişinde şiddet gören kadınlarda gebelik depresyonu riskinin yüksek olduğunu bulmuştur (142). Benedict ve ark. 1999 yılında 357 gebe ile Amerika'da yaptığı çalışmada, geçmiş hayatında cinsel şiddete uğrayan gebelerde depresyonun anlamlı olarak daha fazla görüldüğünü saptamıştır (276). Şiddetin DSD yaşama olasılığını arttırması beklendik bir bulgudur. Kadının kendini değersiz hissetmesine, benlik saygısının düşmesine neden olabilecek bu durum, kadının çocuk bakımını da olumsuz olarak etkileyecektir. Günümüzde kadına karşı şiddetin gebelik döneminde de yüksek oranda görülmesi özellikle düşündürücüdür.

Çalışmamızda ailenin gelir düzeyi ile DSD sıklığı arasında ilişki saptanmamıştır. Bu bulgu araştırmaya dahil edilen grubunun sosyodemografik açıdan benzerliğinden kaynaklanmış olabilir. Aslan'ın araştırmasında gelir düzeyi arttıkça depresif bozukluk görülme oranının azaldığı tespit edilmiştir (234). Ailenin aylık gelir düzeyi ile DSD arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. Danacı ve ark. çalışmasında, ailenin aylık gelir düzeyi ile DSD sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulmamıştır (56). Arslantaş ve ark.nın Aydın'da yaptığı çalışmada da ailenin ekonomik durumunun DSD ile ilişkili olmadığı tespit edilmiştir (59). Small ve ark.nın yaptığı çalışmada ailenin gelir düzeyi DSD görülme olasılığını etkilememiştir (277). Wang ve ark.nın yaptığı çalışmada da ekonomik durum DSD görülme sıklığını etkilememiştir (278). İnandı ve ark.nın çalışmasında, ailenin gelir düzeyi kötü olanlarda DSD 3,30 kez, çok kötü olanlarda 6.15 kez daha fazla olduğu tespit edilmiştir (53).

Katılımcıların toplam doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı ve doğum şekline göre DSD görülme oranları değişiklik göstermemekteydi. Durukan ve ark.nın Ankara'da yaptığı çalışmada çocuk sayısının DSD ile ilişkili olduğu saptanmıştır (58). Eren'in çalışmasında da yüksek parite ile DSD arasında belirgin bir ilişki görülmüştür (256). Doğum sayısı arttıkça, annelerin yaşadıkları biyolojik, ruhsal değişimler ve artan sorumluluğun depresyon sıklığının artmasına yol açtığı düşünülmektedir (279, 280).

Çalışmamıza benzer şekilde Eren'in çalışmasında da sezeryan doğum ile DSD arasında da bir ilişki bulunamamıştır (256). Bu risk faktörünün literatürdeki yeri de değişkendir (281-283). Kimi çalışmada ilişki görülmüşken kiminde anlamlı bir sonuç bulunamamıştır (250, 284, 285).

Çalışmaya katılan kadınların eşlerinin meslekleri ile DSD görülme oranları arasında anlamlı farklılık olup en fazla eşi çalışmayanlarda depresyon görülmekteydi. Aynı zamanda eşi çalışmayanlarda gebeliğin ilk üç ayı ve doğum sonrası her iki dönemde de depresyon görülme oranları istatistiki olarak yüksek derecede anlamlıydı. Aslan'ın çalışmasında da depresif bozukluklar en fazla oranda eşi çalışmayan gebelerde görülmüştür (234). Aydın'ın bölgemizde yaptığı çalışmada eşin işsiz olması ile DSD arasında ilişki tespit edilmiştir (61). Yapılan başka bir çalışmada eşi işsiz olanların depresyon puan ortalaması daha yüksek olarak bildirilmiştir (139). Arslantaş'ın çalışmasında kadının eşinin mesleği ile DSD'nin ilişkili olmadığı saptanmıştır (59).

Doğum sonrası depresyon ile katılımcıların eşlerinin fiziksel ve ruhsal hastalık öyküsü arasında ve eşlerin takip ve tedavisi devam eden fiziksel ve ruhsal hastalıklarının olup olmadığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu. Benzer şekilde Aslan'ın çalışmasında da depresif bozukluklar ile katılımcıların eşlerinin fiziksel ve ruhsal hastalık öyküsü ile eşlerin takip ve tedavisi devam eden fiziksel ve ruhsal hastalıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (234). Literatürde DSD ile eşlerin fiziksel ve ruhsal hastalık öyküsünü karşılaştıran herhangi bir veriye rastlanmamıştır.

Katılımcıların eşlerinin yaşına ve eğitimine göre DSD görülme oranları değişiklik göstermemekteydi. Benzer şekilde Aslan'ın çalışmasında da katılımcıların eşlerinin yaşına göre depresif bozukluk görülme oranlarının değişmediği saptanmıştır. Fakat eşinin eğitim durumu okur-yazar olmayan ve sadece okur-yazar olanlarda depresif bozukluk oranları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (234). Literatürde DSD ile kadının eşinin yaşını karşılaştıran başka bir bulguya rastlanmamıştır. Arslantaş'ın Aydın'da yaptığı çalışmasında kadının eşinin eğitim durumu ile DSD'nin ilişkili olmadığı saptanmıştır (59). Nur'un Sivas'ta yaptığı çalışmada ise eş eğitim düzeyi üniversite altı olan kadınlardaki DSD prevalansı eş eğitim düzeyi üniversite olan kadınlara göre 2.21 kat daha fazla bulunmuştur (55). Campbell ve ark. eğitim düzeyi

daha iyi olan kadınların ebeveynliğe daha iyi uyum sağladıkları ve eğitim düzeyi daha iyi olan eşlerin de daha destekleyici olduklarını bildirmiştir (286).

Katılımcılardan, bebeğinin doğumu sırasında herhangi bir tıbbi komplikasyon yaşayanlarda DSD görülme oranı anlamlı olarak fazla bulundu. Bulgularımızla ilgili literatürde her hangi bir veriye rastlanmamıştır.

Doğumdan sonra bebeği kuvözde kalan kadınlarda DSD görülme oranı bebeği kuvözde kalmayanlara göre anlamlı olarak farklılık göstermekteydi. Bu durumun ileri analizlerde DSD için öngördürücü olduğu tespit edilmiştir. Bölgemizde Aydın ve ark.nın yaptığı çalışmada da bebekte sağlık problemi varlığının DSD olasılığı için öngördürücü olduğu bulunmuştur (61). Ülkemizin doğusunda yapılan çok merkezli bir çalışmada bebekte sağlık problemi olması DSD için önemli risk faktörlerinden biri olarak tespit edilmiştir (53). Ülkemizin batısında Danacı ve ark. tarafından yapılan çalışmada bebekte ciddi sağlık probleminin bulunmasının depresyon prevalansını arttıran faktörlerden biri olduğu saptanmıştır (52). Taşdemir ve ark.nın çalışmasında bebeğin sağlık durumu ile DSD arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (243). Yapılan başka bir çalışmada bebekte sağlık sorunları ya da huysuzluk olması DSD için risk faktörü olarak belirlenmiştir (287). Gebelik döneminden ebeveynliğe geçiş, anneler için gelişimsel bir adımdır. Anneliğe geçiş, kendi başına zor bir durum iken bir de aileye yeni katılan üyenin sağlık sorunlarının bulunması zor bir süreç başlatmış olur. Bu durum annede suçluluk duygusuna, hastane masraflarının oluşturduğu ekonomik güçlüklerle, yakın arkadaşları ve çevresindeki insanlardan uzak kalma düşüncesine, dolayısıyla olumsuz duyguların gelişmesine neden olur. Aynı zamanda yeni rolüne uyum sağlamaya çalışan annede bebeğin kaybı bu olumsuz duyguların yoğun yaşanmasına neden olur (288).

Literatürde yapılan pek çok çalışmada emzirme ile DSD arasında belirgin bir ilişki tespit edilmiştir (76,289,290). Araştırmamıza göre bebeğini emzirmeyenler 4.5 kat daha fazla DSD yaşamaktaydı. Çalışmamızın sonunda yaptığımız lojistik regresyon analizine göre bebeği emzirmemek DSD öngördürücülerindendi. Eren'in çalışmasında da tamamen veya kısmen mama ile besleyenlerde depresyon görülme oranı sadece anne sütü alanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır (256). Bazı çalışmalarda emzirmenin DSD ile ilişkisi görülme de, emzirmenin oksitosin salgısı aracılığıyla anne ve bebek arasındaki bağı sağladığı diğer çalışmalarla gösterilmiştir (291,292).

Hatta emzirme, DSD tedavisi için bile önemli bir konu olarak gösterilmiş ve emzirmeyi bırakmanın oluşturduğu sosyal baskı ve suçluluk duygusu dolayısıyla başlı başına ek bir stresör haline geleceği söylenmiştir (293). Hannah ve ark. doğum sonrası ilk 6 hafta içindeki depresyonların biberonla beslenme ile ilişkili olduğunu bildirmiştir (205). Bir diğer hipotezde de, emzirmemeyle depresyon arasında orta derece bir ilişki bulunan bir çalışma sonucu ileri sürülmüştür. Gebelikte Risk Saptanması İzleme Sistemi (PRAMS) bünyesinde Amerika’da 32 eyalette sürdürülen araştırmaların 3 eyaletten 14.609 kadının sonuçlarını değerlendiren bu çalışmada, emzirmemenin depresyon için bir risk faktörü değil, depresyonun sonucu olduğu varsayılmıştır. Yaşadıkları deneyimin zorluğu dolayısıyla, doğum sonrası ileri derecede depresif hissettiklerini ifade eden kadınların emzirmeye başlayamamış olabildikleri ve buna ek olarak, bazı kadınların aldıkları anti-depresif ilaç tedavisi sebebiyle emzirmemeyi de seçmiş olabilecekleri düşünülmüştür (266).

Katılımcılardan gebeliğinin ilk üç ayında depresyonu olanların % 21.9’unun bebeği düşük doğum ağırlıklıydı ve bu oran istatistiksel olarak yüksek derecede anlamlıydı. Bebeğin doğum ağırlığı ile DSD görülme oranları arasında da anlamlı farklılık olup en fazla bebeği düşük doğum ağırlıklı olanlarda DSD görülmekteydi. Bu durumda gebeliğin erken dönemlerindeki depresyon bebekte düşük doğum ağırlığına, bebeğin düşük doğum ağırlıklı olması da DSD’ye sebep olmaktadır. Kırpınar ve ark.nın bölgemizde yaptığı çalışmada DSD ile bebeğin düşük doğum ağırlıklı olması arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (57).

Çalışmamızda DSD’si olan katılımcıların % 90.48’inde, gebeliğinin ilk üç ayı ve doğum sonrası her iki dönemde de depresyonu olanların % 85,4’ünde çeşitli derecelerde yeti yitimi olduğu saptanmıştır. Ayrıca bebeğini emzirmeyenlerde de yeti yetiminin yüksek oranlarda görüldüğü tespit edilmiştir. Yeti yitimi, bir etkinliği, kişi için normal kabul edilen sınırlarda veya biçimde yapabilme yetisinde kısıtlanma ya da kayıp olarak tanımlanabilir (294). Aslan’ın gebelerle yaptığı çalışmasında depresif bozukluğu olan katılımcıların % 80.8’inde (234) ve Aras’ın 15-49 yaş grubu gebe olmayan kadınlarla yaptığı çalışmasında depresif bozukluk saptananların % 92.9’unda çeşitli derecelerde yeti yitimi olduğu bildirilmiştir (105). Unipolar Depresif Hastalıklar, Türkiye’nin doğu bölgesinde, kentsel ve kırsal alanlarda her iki alanda ve kadınlarda yeti yitimine neden olan hastalıklar arasında ilk sırada yer almaktadır (105).

Araştırmamızda HDDÖ ile belirlenen depresyon şiddeti ile İGD puanları arasında negatif bir korelasyon olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde Aslan'ın gebelerle yaptığı çalışmasında (234) ve Aras'ın çalışmasında (105) da depresyon şiddeti arttıkça İGD puanları azalmaktaydı. İGD ruhsal bozukluğun toplumsal ve mesleki işlevsellik üzerindeki etkilerini değerlendirmektedir. Bilindiği gibi depresyon tanısının konması için işlevsellikte bozulma olması gerekmektedir. Depresyonun şiddetinin artması ile işlevsellik düzeylerinin azalması beklenen bir bulgudur.

Çalışmamızda depresyonun şiddetini belirleyen HDDÖ ile AASDÖ skorları arasında negatif bir korelasyon bulunmuştur. Sosyal destek azaldıkça depresyonun şiddeti de artmaktadır. Bulgularımızla uyumlu olarak Aslan'ın çalışmasında da depresyon şiddeti arttıkça AASDÖ puanları azalmaktaydı (234). Sosyal destek yaşanan sorunların ve problemlerin paylaşımında önemli bir etkidir. Bireyler herhangi bir problemle karşılaştıkları zaman profesyonel olmayan yardım kaynaklarına başvururlar ki, bunlar da birinci derece akrabalar, eş ve yakın arkadaşlardır. Bu bulguyu destekler şekilde, Leung ve ark.nın yaptığı çalışmada doğumdan sonraki her türlü desteğin (eş, aile, bilgi v.b.) DSD görülme olasılığını azalttığı saptanmıştır (249). Roux ve ark.nın boylamsal olarak yaptığı bir çalışmada, kadınların evlilik problemleri yaşamalarının DSD için bir risk oluşturduğu tespit edilmiştir (295). Small ve ark. Avustralya'ya göç eden Filipinli, Türk ve Vietnamlı kadınlarda DSD riskini, bulundukları yerde akrabaların olmamasının ve kadınların güvенеbilecekleri bir arkadaşlarının olmamasının arttırdığını bulmuştur (277). Martinez-Schallmoser ve ark. Meksika kökenli Amerikalı kadınlarda DSD'deki kültürleşme ve sosyal desteğin etkisini araştırdığı çalışmasında sosyal desteği yeterli olan kadınların DSD oranlarının daha düşük olduğunu bulmuştur (272). Danacı ve ark. benzer şekilde kadının eşi ve eşinin ailesi ile ilişkilerinin kötü olmasının DSD riskini arttırdığını bulmuştur (56). Bulgularımız literatür ile uyumlu olup sosyal desteği az olan kadınlar kendilerini daha yalnız ve bir bebeğin sorumluluğu ve bakımını tek başına üstlenme konusunda yetersiz hissedebilirler. Ayrıca yeterli ilgi ve desteğin hem anne hem de bebeğin sağlığını olumlu yönde etkileyeceği ve anneyi depresyondan koruyacağı beklenen bir durumdur.

5.3 Depresif Bozukluk için Öngördürücüler

Çalışmamızda gebeliğin ilk üç ayında depresyon öyküsü, geçirilmiş ruhsal hastalık öyküsü, geçirilmiş fiziksel hastalık öyküsü, mevcut gebeliğinde şiddet görme, bebeğin doğumdan sonra kuvözde kalma öyküsü ve bebeği emzirmemek doğum sonrası altıncı haftada depresyon ortaya çıkması için risk faktörleri olarak tespit edildi. Ayrıca gebeliğinin ilk üç ayında depresyonu olup da doğum sonrası altıncı haftada da depresyonu olanlarda; geçirilmiş ruhsal hastalık öyküsü ve mevcut gebeliğinde şiddet görme risk faktörleri olarak bulunmuştur. Aslan'ın araştırmasında geçirilmiş ruhsal hastalık, önceki gebelikte ruhsal hastalık öyküsü, eşinin çalışmıyor olması, mevcut gebeliğinde şiddet görme ve gebeliğin planlanmamış olması gebeliğin ilk trimesterinde depresif bozuklukların ortaya çıkması için risk faktörleri olarak tespit edilmiştir (234). Aras'ın çalışmasında 15-49 yaş grubu kadınlarda depresif bozukluk için risk faktörleri mesleğinin ev hanımı ya da işçi olması; eşi ile istemeden evlenme ve kaçarak evlenme, eşinin çalışmıyor olması ve eşinin aynı şehirde işçi olması olarak belirlenmiştir (105).

Bulgularımızla uyumlu olarak ruhsal hastalık öyküsünün birçok çalışmada depresif bozukluk için risk faktörü olduğu bildirilmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Erzurum İl Merkezi'nde gebelik ve doğum sonrası dönemde depresyon yaygınlığı ve ilişkili faktörleri belirlemek için yaptığımız çalışmada; DSD yaygınlığı % 35 olarak bulundu. Depresif Bozuklukların alt gruplarına göre dağılımları ise MDB % 26.1, minör depresif bozukluk % 7.5 ve çifte depresyon % 1.4 şeklinde idi. Ayrıca tüm katılımcılar arasından % 0.8 distimi tespit edildi.

Doğum sonrası depresyon ile ilişki olduğu belirlenen faktörler; düşük öyküsü, planlanmamış gebelik, sigara kullanımı, eşinin çalışmaması, bebeğin doğumunda komplikasyon olması, bebeğin düşük doğum ağırlıklı olması olarak belirlendi. Gebeliğin ilk üç ayında depresyon öyküsü, geçirilmiş ruhsal hastalık öyküsü, geçirilmiş fiziksel hastalık öyküsü, mevcut gebeliğinde şiddet görme, bebeğin doğumdan sonra kuvözde kalma öyküsü ve bebeği emzirmemek doğum sonrası altıncı haftada depresyon ortaya çıkması için risk faktörleri olarak tespit edildi.

Gebeliğinin ilk üç ayında depresyonu olup da doğum sonrası altıncı haftada da depresyonu olanlarda; planlanmamış gebelik, sigara kullanımı ve eşinin çalışmaması depresyonla ilişkili bulunmuştur. Geçirilmiş ruhsal hastalık öyküsü ve mevcut gebeliğinde şiddet görme gebeliğinin ilk üç ayında depresyonu olup da doğum sonrası altıncı haftada da depresyon ortaya çıkması için risk faktörleri olarak tespit edildi.

Biyolojik faktörler yanı sıra kültürel ve bölgesel özellikler de depresyonun ortaya çıkışı ve klinik görünümünü etkileyebilmektedir. Riskli bireylerin saptanması, erken tanı ve tedavinin sağlanması için ilişkili ve öngördürücü faktörleri belirlemek üzere farklı bölgeler ve kültürlerde gebeliğin erken dönemlerini de içine alacak şekilde yapılacak izlem çalışmalarına gereksinim vardır.

KAYNAKLAR

1. Sağduyu A, Ögel K, Özmen E, Boratav C. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyon. Turk Psikiyatri Derg 2000; 11: 3-16.
2. Marakoğlu K, Çivi S, Şahsıvar S, Özdemir S. Tıp fakültesi birinci ve ikinci sınıf öğrencilerinde sigara içme durumu ve depresyon yaygınlığı arasındaki ilişki. Bağımlılık Dergisi 2006; 7: 129-134.
3. Weismann MM, Bland R, Joyce PR, Wells JE, Wittchen HU. Sex differences in rates of depression: crossnational perspectives. J Affect Disord 1993; 29: 77-84.
4. Zajicek E. Psychiatric problems during pregnancy. In: Wolkind S, Zajicek E (eds). Pregnancy: a psychological and social study. London: Academic Press, 1981: 57-73.
5. Dossett EC. Perinatal depression. Obstet Gynecol Clin North Am. Sep; 2008; 35(3): 419-34, VIII. Review
6. O'Hara MW, Alloy LB, Michael W (eds). Postpartum depression: Causes and Consequences. New York: Springer-Verlag: 1995; 168-194.
7. Frank E, Kupfer DJ, Perel JM. Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. Arch Gen Psychiatry 1990; 47: 1093-1099.
8. Kumar R, Robson MK. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. Br J Psychiatry 1984; 144: 35-47.
9. Sabers A, Buchholt JM, Uldall P, Hansen EL. Lamotrigine plasma levels reduced by oral contraceptives. Epilepsy Res, 2001; 47: 151-4.
10. Dose DR, Wang SS, Padmanabhan M, Schwabe S, Jacobs D, Bialer M. Effect of topiramate or carbamazepine on the pharmacokinetics of an oral contraceptive containing norethindrone and ethinyl estradiol in healthy obese and nonobese female subjects. Epilepsia, 2003; 44: 540-9.
11. Abernathy DR, Greenblatt DJ, Shader RI Imipramine disposition in users of oral contraceptive steroids. Clin Pharmacol Ther, 1984; 35: 792-7
12. Murray D, Cox JL, Chapman G, Jones P. Childbirth: life event or start of a long term difficulty? Further data from the Stoke-on-Trent controlled study of postnatal depression. Br J Psychiatry 1995; 166: 595-600.
13. Kitamura T, Sugawara M, Sugawara K, Toda MA. Shima S Psychosocial study of depression in early pregnancy. Br J Psychiatry, 1996; 168: 732-8.

14. Johanson R, Chapman G, Murray D, Johnson I, Cox J. The North Staffordshire Maternity Hospital prospective study of pregnancy-associated depression. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 2000; 21: 93-7.
15. Mäki P. Parental Separation at Birth and Maternal Depressed Mood in Pregnancy: Associations with Schizophrenia and Criminality in the Offspring. Oulu. Oulu University Press, 2003.
16. Kumar R, Robson MK. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J Psychiatry*, 1984; 144: 35-47.
17. O'Hara MW, Zekoski EM, Philipps LH, Wright EJ. Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and nonchildbearing women. *J Abnorm Psychol*, 1990; 99: 3-15.
18. 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.
19. Çalık KY, Aktaş S. Gebelikte depresyon: Sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011; 3: 142-162.
20. Sevindik F. Elazığ İlinde Gebelikte Depresyon Prevalansı ve Etkileyen Faktörler. Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Elazığ, 2005.
21. Karaçam Z, Ançel G. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: A study in a Turkish population. *Midwifery* 2009; 25: 344-356.
22. Altınay S. Gebelikte Depresyon Prevalansı, Sosyodemografik Özellikler, Obstetrik Risk Faktörleri, Kaygı Düzeyi ve Sosyal Destek ile İlişkisi. Ankara Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara, 1999
23. Dietz PM, Williams SB, Callaghan WM, Bachman DJ, Whitlock EP, Hornbrook MC. Clinically identified maternal depression before, during, and after pregnancies ending in live births. *Am J Psychiatry* 2007;164:1515–20.
24. Dayan J, Creveuil C, Marks MN, et al. Prenatal depression, prenatal anxiety, and spontaneous preterm birth: a prospective cohort among women with early and regular antenatal care. *Psychosom Med* 2006;68: 938-46.

25. Bilszta JL, Gu YZ, Meyer D, Buist AE. A geographic comparison of the prevalence and risk factors for postnatal depression in an Australian population. *Aust N Z J Public Health* 2008; 32(5):424-30.
26. Pereira PK, Lovisi GM, Pilowsky DL, Lima LA, Legay LF. Depression during pregnancy: prevalence and risk factors among women attending a public health clinic in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saude Publica* 2009;25(12):2725-36.
27. Karataylı S. Gebelerde Trimesterler Arası Depresyon, Anksiyete, Diğer Ruhsal Belirtiler ve Yaşam Kalitesi Düzeyleri. Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Konya, 2007.
28. Mckee MD, Cunningham M, Jankowski KRB, Zayas L. Health-related functional status in pregnancy: Relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. *Obstet Gynecol* 2001;97: 988-93.
29. Kitamura T, Shima S, Sugawara M, Toda MA. Psychological and social correlates of the onset of affective disorders among pregnant women. *Psychol Med* 1993;23: 967–75.
30. Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, et al. Perinatal Depression: Prevalence, Screening Accuracy, and Screening Outcomes. *Evid Rep Technol Assess* 2005; 119: 1-8.
31. Kim HG, Mandell M, Crandall C, Kuskowski MA, Dieperink B, Buchberger RL. Antenatal psychiatric illness and adequacy of prenatal care in an ethnically diverse inner-city obstetric population. *Arch Womens Ment Health* 2006; 9: 103-7.
32. Rahman A, Iqbal Z, Bunn J, Lovel H, Harrington R. Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness: a cohort study. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61(9): 946-52.
33. Ferri CP, Mitsuhiro SS, Barros MC, et al. The impact of maternal experience of violence and common mental disorders on neonatal outcomes: a survey of adolescent mothers in Sao Paulo, Brazil. *BMC Public Health* 2007; 7: 209-32.
34. Adewuya AO, Ola BO, Aloba OO, Mapayi BM, Okeniyi JA. Impact of postnataldepression on infants growth in Nigeria. *J Affect Disord* 2008; 108(1-2): 191-3.

35. Hanlon C, Medhin G, Alem A, et al. Detecting perinatal common mental disorders in Ethiopia: validation of the self-reporting questionnaire and Edinburgh Postnatal Depression Scale. *J Affect Disord* 2008; 108(3): 251-62.
36. Cooper PJ, Tomlinson M, Swartz L, Woolgar M, Murray L, Molteno C. Postpartum depression and the mother-infant relationship in a South African peri-urban settlement. *Br J Psychiatry* 1999; 175: 554-8.
37. Seckl JR, Meaney MJ. Glucocorticoid "programming" and PTSD risk. *Ann N Y Acad Sci* 2006; 1071: 351-78.
38. Weinstock M. Gender Differences in the Effects of Prenatal Stress on Brain Development and Behaviour. *Neurochem Res* 2007; 32(10): 1730-40.
39. Engle PL, Black MM, Behrman JR, et al; International Child Development Steering Group. Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world. *Lancet* 2007; 369(9557): 229-42.
40. Flynn HA, Walton MA, Chermack ST, Cunningham RM, Marcus SM. Brief detection and co-occurrence of violence, depression, and alcohol risk in prenatal care settings. *Arch Womens Ment Health* 2007; 10: 155-61.
41. Evans J, Heron J, Patel RR, Wiles N. Depressive symptoms in pregnancy and low birth weight at term: longitudinal study. *Br J Psychiatry* 2007; 191: 84-5.
42. Cicchetti D. Maternal depressive disorder and contextual risk: contributions to the development of attachment insecurity and behavior problems in toddlerhood. *Dev Psychopathol* 1998; 10: 283-300.
43. Glynn LM, Schetter CD, Hobel CJ, et al. Pattern of perceived stress and anxiety in pregnancy predicts preterm birth. *Health Psychol* 2008; 27: 43-51.
44. Halbreich U. The association between pregnancy processes, preterm delivery, low birth weight, and postpartum depressions: the need for interdisciplinary integration. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 193: 1312-22.
45. Manandhar DS, Osrin D, Shrestha BP, et al. Members of the MIRA Makwanpur trial team. Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal: cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 2004 Sep 11-17;364(9438):970-9.

46. Yıldırım SG, Kısa C, Aydemir Ç. Postpartum Depresyon. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi* 2004, 12 (Ek 4):0-0.
47. Deveci A, Yüksel EG, Gökalp F, Aydemir Ö, İçelli İ. Yatarak Tedavi Gören Majör Depresif Bozukluklu Hastalarda Sosyodemografik ve Klinik Özellikler. *Türkiye’de Psikiyatri* 2005;7(2): 68-72.
48. Ayvaz S, Hocaoglu Ç, Tiryaki A, Ak İ. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. *Türk Psikiyatri Derg* 2006;17(4):243-251.
49. Özdemir S, Marakoğlu K, Çivi S. Risk of Postpartum Depression and Affecting Factors in Konya Center. *TAF Prev Med Bull* 2008;7(5):391-398.
50. Heron J, O’Connor TG, Evans J, et al. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord* 2004; 80: 65–73
51. Lee AM, Lam SK, Sze Mun Lau SM, Chong CS, Chui HW, Fong DY. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol* 2007;110: 1102–12.
52. Danacı AE, Dinç G, Deveci A, Şen FS, İçelli İ. Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural Aspects. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*,2002;37: 125-129.
53. İnandı T, Elçi OÇ, Öztürk A, Eğri M, Polat A, Şahin TK. Risk Factors for depression in postnatal first year, in Eastern Turkey. *Int J Epidemiol* 2002; 31: 1201-7.
54. Buğdaycı R, Şaşmaz CT, Tezcan H, Kurt AO, Öner S. A cross-sectional prevalence study of depression at various times after delivery in Mersin province in Turkey. *J Womens Health* 2004; 13: 63-68.
55. Nur N, Çetinkaya S, Bakır DA, Demirel Y. Prevalence of Postnatal Depression and Risk Factors in Women in Sivas City. *Cumhuriyet Tıp Derg* 2004; 26: 55-9.
56. Danacı EA, Dinç G, Deveci A, Sen FS, İçelli İ. The Prevalence of Postpartum Depression in Manisa Province and Influencing Factors. *Türk Psikiyatri Derg* 2000; 11: 204-11.
57. Kirpınar İ, Gözüm S, Pasinlioğlu T. Prospective study of postpartum depression in eastern Turkey prevalence, socio-demographic and obstetric correlates,

- prenatal anxiety and early awareness. *Journal of Clinical Nursing*, 2009; 19, 422–431
58. Durukan E, İlhan MN, Bumin MA, Aycan S. Postpartum Depression Frequency and Quality of Life Among a Group of Mothers Having a Child Aged 2 Weeks-18 Months. *Balkan Med J* 2011; 28: 385-393
 59. Arslantaş H, Ergin F, Balkaya NA. Aydın İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı ve İlişkili Risk Etmenleri, *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2009; 10(3) : 13 – 22
 60. Ekuklu G, Tokuç B, Eskiocak M, Berberoğlu U, Saltık A. Prevalence of postpartum depression in Edirne, Turkey, and related factors. *J Reprod Med.*2004; 49(11): 908-14.
 61. Aydın N, İnandi T, Karabulut N. Depression and Associated Factors Among Women Within Their First Postnatal Year in Erzurum Province in Eastern Turkey. *Journal of Women & Health*, 2005;41(2):1-12
 62. Baker D, North K. Does employment improve the health of lone mothers? The ALSPAC Study Team. *Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood. Soc Sci Med* 1999; 49: 121-31.
 63. Moses-Kolko EL, Roth EK. Antepartum And Postpartum Depression: Healthy Mom, Healthy Baby. *J Am Med Womens Assoc* 2004; 59: 181-91. 6.
 64. Manfredi G, Lazanio S, Kotzalidis GD, Ruberto A, Girardi P, Tatarelli R. Postpartum depression without delivering a child? *Acta Psychiatr Scand* 2005;112:233-7.
 65. Larsson C, Sydsjö G, Josefsson A. Health, sociodemographic data and pregnancy outcome in women with antepartum depressive symptoms. *Obstetr Gynecol*, 2004;104:459-66.
 66. Abou Saleh MT, Ghubash R. The prevalence of early postpartum psychiatric morbidity in Dubai; transcultural perspective. *Acta Psychiatr Scand.* 1997; 95: 428-32.
 67. Wickberg B, Hwang CP. Screening for postnatal depression in a population based Swedish sample. *Acta Psychiatr Scand.* 1997; 95: 62-6.
 68. Jadresic E, Araya R. Prevalence of postpartum depression and associated factors in Santiago, Chile. *Rev Med Chil.* 1995;123: 694-9.

69. Yoshida K, Marks MN, Kibe N, Kumar R, Nakano H, Tashiro N. Postnatal depression in Japanese women who have given birth in England. *J affect Disord.* 1997; 43: 69-77.
70. Augusto A, Kumar R, Calheiros JM, Natos E, Figueiredo E. Postnatal depression in an urban area of Portugal: Comparison of childbearing women and matched controls. *Psychol Med.* 1996; 26: 135-41.
71. Beeghly M, Olson KL, Weinberg MK, Pierre SC, Downey N, Tronick EZ. Prevalence, stability, and socio-demographic correlates of depressive symptoms in Black mothers during the first 18 months postpartum. *Matern Child Health* 2003; 7: 157-68.
72. Baker L, Cross S, Greaver L, Wei G, Lewis R. Prevalence of postpartum depression in a native american population. *Matern Child Health* 2005; 9: 21-5.
73. Onazawa K, Kumar RC, Adams D, Dore C, Glover V. High EPDS scores in women from ethnic minorities living in London. *Arch Women Ment Health* 2003; 6: 51-5.
74. Chandran M, Tharyan P, Mulyil J, et al. Post-partum depression in a cohort of women from a rural area of Tamil Nadu, India. *Br J Psychiatry.* 2002, 499-504.
75. Kitamura T, Yoshida K, Okano T, et al. Multicentre prospective study of perinatal depression in Japan: incidence and correlates of antenatal and postnatal depression. *Arch Womens Ment Health*, 2006, 9: 121-130.
76. Yonkers KA, Ramin SM, Rush AJ, et al. Onset and persistence of postpartum depression in an inner-city maternal health clinic system. *Am J Psychiatry.* 2001, 158: 1856-1863.
77. Kammerer M, Marks MN, Pinard C, et al. Symptoms associated with the DSM IV diagnosis of depression in pregnancy and postpartum. *Arch Womens Ment Health* (2009) 12: 135–141).
78. Edhborg M, Nasreen HE, Kabir ZN. Impact of postpartum depressive and anxiety symptoms on mothers' emotional tie to their infants 2-3 months postpartum: a population-based study from rural Bangladesh. *Arch Womens Ment Health.* 2011 Aug;14(4):307-16. Epub 2011 May 28.
79. Beck CT. A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nurs Res.* 1996; 45: 297-303.

80. Robertson E, Grace S, Wallington T, et al. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry* 2004; 26: 289-295.
81. Verkerk GJ, Denollet J, Van Heck GL, et al. Patient preference for counseling predicts postpartum depression: a prospective 1-year follow up study in high-risk women. *J Affect Disord* 2004; 83: 43-48.
82. Agoub M, Moussaoui D, Battas O. Prevalence of postpartum depression in a Moroccan sample. *Arch Womens Ment Health* 2005; 8: 37-43.
83. Rich-Edwards JW, Kleinman K, Abrams A, et al. Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60: 221-227.
84. Bloch M, Daly RC, Rubinow DR. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Compr Psychiatry* 2003; 44: 234-246.
85. Felice E, Saliba J, Grech V, et al. Prevalence rates and psychosocial characteristics associated with depression in pregnancy and postpartum in Maltese women. *J Affect Disord* 2004; 82: 297-301.)
86. Gra A, zkan H, Ongun H ve ark. Postpartum Maternal Depresyonun Nedenleri ve Preterm Bebeklerde Byme zerine Etkileri. *The Journal of the Child* 2004; 4: 168-172
87. Erdem , Bez Y. Doğum Sonrası Hzn ve Doğum Sonrası Depresyon. *Konuralp Tıp Dergisi* 2009;1(1):32-37
88. Boyd RC, Le HN, Somberg R. Review of screening instruments for postpartum depression. *Arch Womens Ment Health* 2005; 8: 141-53.
89. Dennis CL, Ross LE. The clinical utility of maternal self-reported personal and familial psychiatric history in identifying women at risk for postpartum depression. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006; 85: 1179-85.
90. Hipwell AE, Goossens FA, Melhuish EC, Kumar R. Severe maternal psychopathology and infant -mother attachment. *Dev Psychopathol* 2000; 12: 157-75.
91. Murray L, Cooper P, Hipwell A. Mental health of parents caring for infants. *Arch Womens Ment Health* 2003; 6: 71-7.

92. Halligan SL, Herbert J, Goodyer IM, Murray L. Exposure to postnatal depression predicts elevated cortisol in adolescent offspring. *Biol Psychiatry* 2004; 55(4): 376-81.
93. Küey L, Küey Y. Depresyon ve kadın: Gözden geçirme. 24. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, Ankara, 1988.
94. Goodwin RD, Jacobi F, Bittner A, Wittchen HU. Epidemiology of Mood Disorders. In *The American Psychiatric Publishing Textbook of Mood Disorders*. Çeviri: T Oral. Duygudurum bozukluklarının epidemiyolojisi. *Duygudurum Bozuklukları Temel Kitabı*. İstanbul, Sigma Publishing, 2007; 33-54.
95. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM V), Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
96. Andrews G. Should depression be managed as a chronic disease? *British Medical Journal* 2001; 322: 419-421.
97. Keller MB, Hanks DL. The natural history and heterogeneity of depressive disorders: implications for rational antidepressant therapy. *Journal of Clinical Psychiatry* 1994; 55: 25-31 (Suppl A).
98. Judd LL. The clinical course of unipolar major depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 989-991.
99. Kessler RC, McGonagle KA, Nelson CB. Sex and Depression in the National Comorbidity Survey, II Cohort Effects. *J Affect Disord* 1994; 30: 15-26.
100. Eker S, Akaya C, Akgöz S, Sarandöl A, Kırılı S. Majör Depresif Bozuklukta Sertralin ve Reboksetin'in Etkinlik ve Güvenilirliğinin Karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Derg* 2005; 16(3): 153-163.
101. Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. The Epidemiology of Major Depressive Disorder: Results From the National Comorbidity Survey Replication. *JAMA* 2003; 289: 3095-3105.
102. Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı profili: Erişkin Nüfusla ilgili sonuçlar. Ankara: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü yayınları, 1998.

103. Kayahan B, Altıntoprak E, Karabilgin S, Öztürk Ö. On beş-kırk dokuz yaşları arasındaki kadınlarda depresyon prevalansı ve depresyon şiddeti ile risk faktörleri arasındaki ilişki. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2003; 4: 208-219.
104. Keskin A. Eskişehir İlinde Ruhsal Hastalıkların Sıklığı ve Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2008.
105. Aras N. Erzurum İl Merkezinde Doğurganlık Çağındaki Kadınlarda Depresif Bozuklukların Yaygınlığı ve İlişkili etmenler. Atatürk Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Erzurum, 2010.
106. Akiskal HS. Duygudurum bozukluklarının doğası ve çeşitliliğine yeni bir bakış. *Türk Psikiyatri Derg* 1992; 3(3): 163-169.
107. Swindle RW Jr, Cronkite RC, Moos RH. Risk factors for sustained nonremission of depressive symptoms: a 4-year follow-up. *J Nerv Ment Dis* 1998; 186(8): 462-9.
108. Antony JC, Petronis KR. Suspected risk factors for depression among adults 18-44 years old. *Epidemiology* 1991; 2: 123-132.
109. Bruce ML, Taceuchi DT, Leaf PJ. Poverty and psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 470-474.
110. Kaya B, Kaya M. 1960'lardan Günümüze Depresyonun Epidemiyolojisi: Tarihsel Bir Bakış. *Klin Psikiyatr Derg* 2007; 10(Ek 6): 3-10.
111. Ertan T. Psikiyatrik bozuklukların epidemiyolojisi Türkiye' de sık karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar. Sempozyum Dizisi 2008; 62: 25-30.
112. Karamustafaloğlu O. Distimik Bozukluk. *Psikiyatri Dünyası* 2001; 5: 30-35.
113. Akbaş A, Vırt O, Kalenderoğlu A, Savaş H, Sertbaş G. Gebelikte sosyo demografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyiyle ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2008; 45: 85-91.
114. Sevindik F. Elazığ İlinde Gebelikte Depresyon Prevalansı ve Etkileyen Faktörler. Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Elazığ, 2005.
115. Marakoğlu K, Şahsıvar MŞ. Gebelikte depresyon. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2008; 28: 525-32.

116. Llewellyn, M, Stowe Z, Nemeroff D. "Depression During Pregnancy and The Puerperium", *Journal of Clinical Psychiatry* 1997; 58: 26-32.
117. 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: 771-88.
118. Sanowolla SB. *Women's Healty and Psychiatry*, Phidelphia. Lippincott, Williams and Wilkins, 2002; 115-23.
119. Klein M, Essex M. Pregnant or depressed. The effect of overlap between symptoms of depression and somatic complaints of pregnancy on rates of major depression in the second trimester. *Depression* 1995; 2: 308-14.
120. Steiner M, Dunn E, Born L. Hormones and mood: from menarche to menopause and beyond. *J Aff Disorders* 2003; 74: 67-83.
121. Weissman MM, Olfson M. Depression in women: implications for health care research. *Science* 1995; 269: 799-801.
122. Karataylı S. Gebelerde Trimesterler Arası Depresyon, Anksiyete, Diğer Ruhsal Belirtiler ve Yaşam Kalitesi Düzeyleri. Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Konya, 2007.
123. 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.
124. Marcus SM, Flynn HA, Blow FC, Bary KL. Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *J Women's Healty* 2003; 12: 373-80.
125. Da Costa D, Larouche J, Dritsa M, Brender W. Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *J Affect Disord* 2000; 59: 31-40.
126. 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.
127. 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.
128. Karaçam Z, Ançel G. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: A study in a Turkish population. *Midwifery* 2009; 25: 344-356.
 129. Altınay S. Gebelikte Depresyon Prevalansı, Sosyodemografik Özellikler, Obstetrik Risk Faktörleri, Kaygı Düzeyi ve Sosyal Destek ile İlişkisi. Ankara Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara, 1999.
 130. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 2001; 323: 257-60.
 131. Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjo G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80: 251-5.
 132. Aktaş S, Yeşilçiçek Çalık K, Dinçkol M, Kara H, Budak S, Güney S. Gebelikte depresyon, depresyona etki eden faktörler ve gebelik depresyonu ile sosyal destek arasında ilişki. 9. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi, Bursa, Türkiye. Kongre Özet Kitabı. 2009: 459-60.
 133. 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.
 134. Chen H, Chan YH, Tan KH, Lee T. Depressive symptomatology in pregnancy. *Soc Psychiatry Psych Epidem* 2004; 39: 975-9.
 135. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol* 2004; 103: 698-709.
 136. Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar, Görsel Sanatlar Matbacılık. Ankara, 2003: 20-32.
 137. Figueiredo B, Pacheco A, Costa R. Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Arch Womens Ment Health* 2007; 10: 103-109.
 138. Lau Y, Keung DW. Correlates of depressive symptomatology during the second trimester of pregnancy among Hong Kong Chinese. *Soc Sci Med* 2007; 64: 1802-11.

139. Gözüyeşil EY, Şirin A, Çetinkaya Ş. Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2008; 3: 40-66.
140. Arslan B. Gebelerde Anksiyete ve Depresyonla ilişkili Sosyodemografik Özellikler. Süleyman Demirel Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Isparta, 2010.
141. Yanıkkörem E, Atlan E, Demirtosun P. Manisa 1 Nolu Sağlık Ocakı Bölgesinde Yasayan Gebelerde Depresyon Durumu. Kadın Doğum Dergisi 2004; 2(4): 301-6.
142. Leigh B, Milgrom J. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. BMC Psychiatry 2008; 8: 24.
143. Secco ML, Profit S, Kennedy E, Walsh A, Letourneau N, Stewart M. Factors Affecting Postpartum Depressive Symptoms of Adolescent Mothers. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2007; 36(1): 47-54.
144. Cebeci SA, Aydemir Ç, E Göka. Puerperal dönemde depresyon belirtileri prevalansı: obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi. Kriz Dergisi 2002; 10: 11-18.
145. Çalışkan D, Oncu B, Köse K, Ocaktan MF, Özdemir O. Depression scores and associated factors in pregnant women: A community based study in Turkey. J Psychosom Obstet Gynecol 2007; 11: 1-6.
146. Lee AM, Lam SK, Sze Mun Lau SM, Chong CS, Chui HW, Fong DY. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. Obstet Gynecol 2007; 110: 1102-12.
147. Kısa C, Yıldırım SG. Gebelik; postpartum dönem ve ruhsal bozukluklar. 3P 2004; ek 4: 30-7.
148. Yonkers KA, Kidner CL. Sex differences in anxiety disorders. In: Lewis HF, Williams TS, Panetta JA, Herron JM (Eds.). Psychiatric illness in women. Emerging treatments and research. London: American Psychiatric Publishing; 2002: 5-30.
149. 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.

150. Kalken G, Yilmazer M, Coşar E, Sahin FK, Çevrioglu S, Geçici O. Nausea and vomiting in early pregnancy: Relationship with anxiety and depression. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2008; 29: 91-95.
151. Sidebotham M. Mental health problems. In Mayes' *Midwifery: A Textbook For Midwives*, 13th ed. (Eds C Henderson, S Macdonald), London, Elsevier, 2008; 918-934.
152. Xie RH, He G, Koszycki D, Walker M, Wen SW. Prenatal social support, postnatal social support, and postpartum depression. *Ann Epidemiol* 2009; 19: 637-643.
153. 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.
154. Pinto E, Barros H, Dos Santos S. Dietary intake and nutritional adequacy prior to conception and during pregnancy. A follow up study in the north of Portugal. *Public Health Nutr* 2008; 12: 922-931.
155. Borja-Hart N, Marino J. Role of omega-3 fatty acids for prevention or treatment of perinatal depression. *Pharmacotherapy* 2010; 30:210-216.
156. Bowen A, Muhajarine N. Antenatal depression. *Canadian Nurse Journal* 2006; 102: 26-30
157. Diego MA, Field T, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, Gonzalez Quintero V. Prenatal depression restricts fetal growth. *Early Hum Dev* 2009; 85: 65-7.
158. Raynor MD, Oates MR. Perinatal mental health. In: DM Fraser, MA Cooper (eds) *Myles Textbook For Midwives*, 15th ed. London: Elsevier, 2009: 679-703
159. Rahman A, Bunn J, Lovel H, Creed F. Association between antenatal depression and low birthweight in a developing country. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 115: 481-6.
160. Bonari L, Pinto N, Ahn E, Einarson A, Steiner M, Koren G. Perinatal Risks of Untreated Depression During Pregnancy. *Can J Psychiatry* 2004; 49: 726-35.
161. Qiu C, Sanchez SE, Lam N, Garcia P, Williams MA. Associations of depression and depressive symptoms with preeclampsia: results from a Peruvian case-control study. *BMC Women's Health* 2007; 7: 15.

162. Field T, Diego M, Dieter J, et al. Prenatal depression effects on the fetus and newborn. *Infant Behav Dev* 2004; 27: 216-29.
163. Gereklioğlu Ç, Poçan AG, Başhan İ. Annelerin doğum sonrası psikiyatrik sorunları. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2007; 17: 126-133.
164. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ*. 2001; 323: 257-60.
165. Gülseren L. Doğum sonrası depresyon: Bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1999; 10: 58-67.35
166. Robertson E, Grace S, Wallington T, et al. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hospital Psychiatry* 2004;289-295.
167. Patel V, Rodrigues M, DeSouza N. Gender, poverty and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 43-47.
168. Alici-Evcimen Y, Sudak D. Postpartum depression. *Prim Care Update* 2003; 10(5):210-216.
169. Cooper P J, Murray L, Wilson A, et al. Controlled trial of the short-and long-term effect of psychological treatment of postpartum depression. *Br J Psychiatry* 2003; 182:412-419.
170. Huang Y, Mathers N. Postnatal depression-biological or cultural? A comparative study of postnatal women in the UK and Taiwan. *J of Advanced Nursing* 2003; 33(3):279-287.
171. Verkerk G J M, Pop V J M, Van Son M J M, et al. Prediction of depression in the postpartum period: a longitudinal follow-up study in high-risk and low-risk women. *J of Affective Disorders* 2003; 77: 159-166.
172. Karaçam Z, Öz F, Taskın L. Postpartum depresyon: önleme, erken tanı ve hemsirelik bakımı. *Sağlık ve Toplum* 2004; 3: 14-24. 14.
173. Wang SY, JiangXY, JanWC, Chen CH. A comparative study of postnatal depression and its predictors in Taiwan and Mainland China. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189:1407-12).
174. O'Hara MW. Social support, life events and depression during pregnancy and the puerperium. *Arch Gen Psychiatry*,1986 Jun;43(6):569-73.

175. Viinamaki H, Niskanen L, Pesonen P, Saarikoski S. Evolution of postpartum mental health. *J Psychosom Obstet. Gynecol* 1997; 18: 213-9.
176. Seguin L, Potvin L, St-Denis M, Loisele J. Depressive symptoms in the late postpartum among low socioeconomic status women. *Birth* 1999; 26: 3.
177. Dankner R, Goldberg RP, Fisch RZ, Crum RM. Cultural elements of postpartum depression: A study of 327 Jewish Jerusalem Women. *J Reprod Med* 2000; 45:2.
178. O'hara MW, Swain AM. "Rates and risk of postpartum depression- A meta-analysis", *Int Rev Psychiatry* 1996; 8(2): 37-54.
179. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, et al. Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 2003; 301: 386-90.
180. Erdal E, Herken H, Barlas Ö, Erdal N. Serotonin Transporter Gen Polimorfizmi. *Klin Psikiyat Derg* 2000; 3: 192-6.
181. Murphy K, Eberenz K, Zandi PP, March D, et al. Is perinatal depression familial? *J Affect Disord* 2006; 90: 49-55.
182. Angold A, Costello EJ, Worthman CM. Puberty and depression: the roles of age, pubertal status and pubertal timing. *Psychol. Med* 1998; 28: 51-61.
183. Oinonen KA, Mazmanian D. To what extent do oral contraceptives influence mood affect? *J Affect Disord* 2002; 70: 229-40.
184. Yonkers KA. The association between premenstrual dysphoric disorder and other mood disorders. *J Clin Psychiatry* 1997; 58 (Suppl 15): 19-25.
185. Buckwalter JG, Stanczyk FZ, McCleary CA, et al. Pregnancy, the postpartum, and steroid hormones: effects on cognition and mood. *Psychoneuroendocrinology*. 1999; 24: 69-84.
186. Bosworth HB, Bastian LA, Kuchibhatla MN, et al. Depressive symptoms, menopausal status, and climacteric symptoms in women at midlife. *Psychosom Med* 2001; 63: 603-8.
187. 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.
188. Zweifel JE, O'Brien WH. A meta-analysis of the effect of hormone replacement therapy upon depressed mood. *Psychoneuroendocrinology* 1997, 22: 189-212.

189. Mckee MD, Zayas LH, Fletcher J, Boyd RC, Nam SH. Results of an Intervention To Reduce Perinatal Depression Among Low-Income Minority Women in Community Primary Care. *J Soc Serv Res* 2006; 32: 63-81.
190. Chung TK, Lau TK, Yip AS, Chiu HF, Lee DT. Antepartum Depressive Symptomatology is Associated with Adverse Obstetrics And Neonatal Outcomes. *Psychosom Med* 2001; 63(1): 830–4.
191. 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.
192. Stern G, Kruckman L. Multi-disciplinary perspectives on post-partum depression: an antropological crituque. *Soc Science and Medicine* 1983; 17: 1027-1041.
193. Hayes MJ, Roberts S, Davare A. Transactional conflict between psychobiology and culture in the etiology of postpartum depression. *Medical Hypotheses* 2000; 54(1): 7-17.
194. Boyce P M. Risk factors for postnatal depression: a review and risk factors in Australian populations. *Arch Women Ment Health* 2003; 6(suppl.2):43-50.
195. Bernazzani O, Conroy S, Marks M N. Contextual assessment of the maternity experience: development of an instrument for cross-cultural research. *Br J Psychiatry* 2004; 184 (suppl 46):24-30.
196. Stuchbery M, Matthey S, Barnett B. Postnatal depression and social supports in Vietnamese, Arabic and Anglo-Celtic mothers. *Soc Psychiatry Epidemiol* 1998; 33: 483-490.
197. Gotlib IH, Whiffen VE, Mount JH, et al. Prevalence rates and dermographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *J Consult Clin Psychol* 1989; 57: 269-74.
198. Whiffen VE. Vulnerability to postpartum depression: A prospective multivariate study. *J Abnorm Psychol* 1988; 97: 467-74.
199. Ghubash R, Abou-Saleh MT. Postpartum psychiatric illness in Arabculture: Prevalence and psychosocial correlates. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 65-8.
200. Bashiri N, Spielvogel A M. Postpartum depression: a cross-cultural perspective. *Prim Care Update* 1999; 6(3):82-87.

201. Hau F W L, Levy V A. The maternity blues and Hong Kong Chinese women: an exploratory study. *J of Affective Disorders* 2003; 75: 197-203.
202. Koppelman MSC, Parry BL, Hamilton JA, et al. Effect of bromocriptine on affect and libido in hyperprolactinemia. *Am J Psychiatry*, 1987; 8: 1037-1041.
203. Cox JL, Connor Y, Kendell RE. Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth. *Br J Psychiatry*, 1982; 140:111-117.
204. Williams KE, Casper RC Reproduction and its psychopathology. *Women's Health: Hormones, Emotions and Behavior*, Casper RC (Ed), 1. baskı, Cambridge University Press, 1998; s.14-35.
205. Hannah P, Adams D, Lee A, et al. Links between early postpartum mood and post-natal depression. *Br J Psychiatry*, 1992; 160:777-780.
206. McMahon C, Barnett B, Kowalenko N, et al. Psychological factors associated with persistent postnatal depression: past and current relationships, defence styles and the mediating role of insecure attachment style. *J of Affective Disorders* 2005; 84: 15-24.
207. Gorman L L, O'Hara M W, Figueiredo B. Adaptation of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders for assessing depression in women during pregnancy and post-partum across and cultures. *Br J Psychiatry* 2004; 184 (suppl 46):17-23.
208. Lee DTS, Yip ASK, Leung TYS, et al. Etnoepidemiology of postnatal depression. *Br J Psychiatry* 2004; 184 (suppl 46):34-40.
209. Murray L, Carothers A D. The validation of Edinburgh postnatal depression scale on a community sample. *Br J Psychiatry* 1990; 157:288-290.
210. Murray L. The impact of postnatal depression on infant development. *J of Child Psychology and Psychiatry* 1992; 33: 543-561.
211. Applebey L, Kumar R, Warner R. Perinatal psychiatry. *International Review of Psychiatry* 1996; 8: 64-73.
212. Beck CT. The lived experience of postpartum depression: A phenomenological study. *Nursing Research*, 1992;41: 166-170
213. Beck CT. Postpartum depressed mothers' experiences interacting with their children. *Nursing Research*, 1996; 45:98-104

214. Field T. Infants of depressed mothers. *Infant Behaviour and Development*, 1995; 18: 1-13
215. Armstrong K, O'Donnell H, McCallum R, Dadds M. Childhood sleep problems: Association with prenatal factors and maternal distress/depression. *Journal of Pediatric and Child Health*, 1998; 34: 260-62.
216. Armstrong K, van Haeringen A, Dadds M, Cash R. Sleep deprivation or postnatal depression in later infancy: Separating the chicken from the egg. *Journal of Pediatric and Child Health*, 1998; 34: 260-62.
217. Zuckerman B, Amaro A, Bauchner H, Cabral H. Depressive symptoms during pregnancy: Relationship to poor health behaviours. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 160: 1107-11.
218. Stewart D. Depression during pregnancy. *Can Fam Physician* 2005; 51: 1061-3.
219. Izutsu T. UNFPA-WHO International Expert Meeting: The Interface between Reproductive Health and Mental Health: Maternal Mental Health and Child Health and Development in Resource Constrained Settings. 21-23 June 2007
220. Lindahl V, Pearson JL, Colpe L. Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Arch Womens Ment Health*. 2005 Jun; 8(2):77-87. Review.
221. Lal S, Satpathy S, Khanna P, Vashisht BM, Punia MS, Kumar S. Problem of mortality in women of reproductive age in rural area of Haryana. *Indian J Matern Child Health*. 1995 Jan-Mar; 6(1):17-21.
222. Ngoc NN. Vietnam MOH, WHO WPRO, Maternal Mortality in Vietnam 2000.
223. Kılıç C. Genel sağlık anketi: Güvenilirlik ve geçerlilik çalışması; *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1996; 7(1): 3-9
224. Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. DSM-IV Eksen I Bozuklukları (SCID-I) için Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinik Versiyon. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1999
225. Akdemir A, Örsel SD, Sağ İ, Türkçapar MH, İşcan N, Özbay H. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeğinin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *3P Dergisi*, 1996; 4(4): 251-259.
226. Stewart AL, Hays RD, Ware JE Jr. The MOS short-form general health survey. Reliability and validity in a patient population. *Med Care* 1988; 26: 724-735.

227. DSM-IV-TR, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision, APA, 2000. K ro lu E. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin, Hekimler Yayın Birliği 2007;489-547.
228. Procidano ME, Heller K. Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American journal of Community Psychology*, 1983;11(1):1–24.
229. Eskin M. Reliability of the turkish version of the perceived social support from friends and from family scales, scale for interpersonal behavior, and suicide probability scale. *Journal Of Clinical Psychology*, 1993;49(4): 515–522.
230. Cox JL, Holden JM. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Br J Psychiatry*, 1987;150:782-6.
231. Engindeniz AN, K ey L, Kültür S. Edinburgh doğum sonrası depresyon  l eği Türkçe formu geçerlilik ve g venilirlik  alışması. Bahar Sempozyumları 1. Kitabı, Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara 1997;51-2.
232. Aydın N, İnandı T, Yigit A, Hodoglugil NN. Validation of the Turkish version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale among women within their first postpartum year. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39(6): 483-6.
233. Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M, et al. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49(8): 624-9.
234. Aslan PA. Erzurum İl Merkezinde Gebeliğinin İlk    Ayında Olan Kadınlarda Depresif Bozuklukların Yaygınlığı ve İlişkili etmenler. Atatürk Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Erzurum, 2011.
235. Troutman B, Cutrona C. Nonpsychotic postpartum depression among adolescent mothers. *Journal of Abnormal Psychology*, 2000; 99: 67-78.
236. Hobfoll SE, Ritter C, Lanvin J, Hulsizer MR, Cameron RP. Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1995;63(3):445-53.

237. Boyce P, Harris M, Silove D, Morgan A, Wilhelm K, Hadzi-Pavlovic D. Psychosocial factors associated with depression: a study of socially disadvantaged women with young children. *J Nerv Ment*, 1998;186(1):3-11.
238. Areias MEG, Kumar R, Barros H, Figueredo E. Comparative incidence of depression in women and men during pregnancy and after childbirth. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese mothers. *British Journal of Psychiatry*, 1996; 169: 30-5.
239. Beeghly M, Weinberg MK, Olson K, et al. Stability and change in level of maternal depressive symptomatology during the first postpartum year. *Journal of Affective Disorders*, 2002;71: 169-80.
240. Campbell SB, Cohn JF. The timing and chronicity of postpartum depression: Implications for infant development. *Postpartum Depression and Child Development*. PJ Cooper (Ed.) New York, Guilford; 1997:165-97.
241. Zelkowitz P, Milet TH. The course of postpartum psychiatric disorders in women and their partners. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2001;189(9): 575-82.
242. Kara B, Çakmaklı P, Nacak E ve ark. Doğum Sonrası Depresyon. *Sted*. 10(9):333-334, 2001.
243. Taşdemir S, Kaplan S, Bahar A. Doğum Sonrası Depresyonu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2006; 1(2): 106-118.
244. Inandı T, Buğdaycı R, Dündar P, Sümer H, Şaşmaz T. Risk factors for depression in the first postnatal year. A Turkish study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40: 725-30.
245. Atasoy N, Bayar Ü, Sade H ve ark. Clinical and sociodemographic risk factors effecting level of postpartum depressive symptoms during postpartum period. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, 2004; 14: 252-7.
246. Richman JA, Raskin VD, Gaines C. Gender roles, social support, and postpartum depressive symptomatology. The benefits of caring. *J Nerv Ment Dis* 1991; 179(3): 139-47.
247. Önen RF, Kaptanoğlu C, Seber G. Kadınlarda depresyon yaygınlığı ve risk faktörleriyle ilişkisi. *Kriz Dergisi* 1995; 3(1-2) 88-103.

248. Vural G, Akkuzu G. "Normal Vajinal Yolla Doğum Yapan Primipar Annelerin Doğum Sonu 10. Günde Depresyon Yaygınlıklarının İncelenmesi", Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1999; 3(1); 33-37.
249. Leung SSK, Martinson IM, Arthur D. Postpartum depression and related psychosocial variables in Hong Kong Chinese women: Findings from a prospective study. *Res Nurs Health* 2005; 28: 27-38.
250. Atar Gürel S, Gürel H. The evaluation of determinants of early postpartum lowmood: the importance if parity and inter-pregnancy interval. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2000; 91(1): 21-4
251. Honjo S, Arai S, Kaneko H, et al. Antenatal depression and maternal-fetal attachment. *Psychopathology* 2003; 36: 304-11.
252. Hughes PM, Turton P, Evans CD. Still birth on risk factor for depression and anxiety in the supsequent pregnancy: cohort study. *BMJ* 1999; 318: 1721-4.
253. Lee DT, Yip AS, Leung TY, Chung TK. İdentifying women at risk of postnatal depression: prospective longitutinal study. *Hong Kong Med J.* 2000; 6(4): 349-54.
254. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Samuelsen SO, Opjordsmoen S. Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Pscyhiatry Scand* 2002; 106: 426-33.
255. Tezcan S, Bozbeyoglu AC. Düşükler ve ölü doğumlar. Hacettepe University Institute of Population Statistics, Turkish Demographic and Health Survey, Ankara, Turkey, 2003: 81-9.
256. Eren Tİ. Postpartum Depresyon Prevalansı ve Sosyodemografik Risk Faktörleri, Uzmanlık Tezi İstanbul-2007.
257. Reitzel LR, Virdine JI, Li Y, et al. The influence of subjective social status on vulnerability to postpartum smoking among young pregnant women. *Am J PublicHealth*, 2007;97(8):1476-82.
258. Kahn RS, Certasn L, Whitaker R. A reexamination of smoking before, durin and after pregnancy. *Am J Public Health*, 2002;92(11):1801-8.
259. Morales AW, Marks MN, Kumar R. Smoking in pregnancy: a study of psychosocial and reproductive risk factors. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 1997 Dec;18(4):247-54.

260. Leftwich MJT, Collins JFL. Parental smoking, depression, and child development: persistent and unanswered questions. *Pediatr. Psychol*, 1994; 19: 557-70.
261. Pfost KS, Stevens MJ, Lum CU. The relationship of demographic variables, antepartum depression, and stress to postpartum depression. *J Clin Psychol* 1990;46: 588-92.
262. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res* 2001;50: 275-2-85.
263. Johnstone SJ, Boyce PM, Hickey AR, Morris-Yates AD, Meredith G, Haris MG. Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. *Aust N Z J Psychiatry* 2001; 35: 69-74.
264. Unterman RR, Posner NA, Williams KN. Postpartum depressive disorders: changing trends. *Birth* 1990; 17: 131-7.
265. Wilson LM, Reid AJ, Midmer DK, Biringier A, Carroll JC, Stewart DE. Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes. *Can Med Assoc J*, 1996;154:785-99.
266. Gross KH, Wells CS, Radigan-Garcia A, Dietz PM. Correlates of self-reports of being very depressed in the months after delivery: results from the pregnancy risk assessment monitoring system. *Maternal and Child Health Journal*, 2002;6(4):247-53.
267. Stein A, Cooper PJ, Campbell EA, Day A, Altham PM. Social adversity and perinatal complications: their relation to postnatal depression. *BMJ*, 1989; 289: 1073-4.
268. Kelly A, Deakin B. Postnatal depression and antenatal morbidity. *Br J Psychiatry*, 1992;161:577-8.
269. Appleby L, Gregoire A, Platz C, Prince M, Kumar R. Screening women for high risk of postnatal depression. *J Psychosom Res*, 1994; 38: 539-45).
270. Hung CH. Predictors of postpartum women's health status. *J Nurs Scholarsh* 2004;36: 345-51.
271. Hung CH. Women's postpartum stress, social support, and health status. *West J Nurs Res* 2005;27:148-59.

272. Martinez-Schallmoser L, Tellen S, Macmullen NJ. The effect of social support and acculturation on postpartum depression in Mexican American women. *J Transcult Nurs* 2003;14: 329-38.
273. Nicholson WK, Setse R, Hill-Briggs F, Cooper LA, Strobino D, Powe NR. Depressive symptoms and health-related quality of life in early pregnancy. *Obstetrics & Gynaecology*, 2006;107:798-806.
274. Orr St, Blazer DG, James SA, Reiter JP. Depressive symptoms and indicators of maternal health status during pregnancy. *J Womens Health (Larchmt)*, 2007;16(4):535-42.
275. Brown S, Lumley J. Physical health problems after childbirth and maternal depression at six to seven months postpartum. *BJOG*. 2000 Oct;107(10):1194-201.
276. Benedict MI, Paina LL, Paine LA, Brandt D, Stallings R. The Association of Childhood Sexual Abuse with Depressive Symptoms During Pregnancy, and Selected Pregnancy Outcomes. *Child Abuse Negl*. 1999; 23(7): 659-70.
277. Small R, Lumley J, Yelland J. Cross-cultural experiences of maternal depression: associations and contributing factors for Vietnamese, Turkish and Filipino immigrant women in Victoria, Australia. *Ethn Health* 2003;8:189-206.
278. Wang SY, Chen CH, Chin CC, Lee SL. Impact of postpartum depression on the mother-infant couple. *Birth* 2005; 32: 1.
279. Goldbort J. Transcultural analysis of postpartum depression. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2006; 31: 121-6.
280. 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.
281. 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.
282. Paykel ES, Emms EM, Fletcher J, Rassaby L. Life events and social support in puerperal depression. *British Journal of Psychiatry*, 1980;136:339-46.

283. 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.
284. Boyce PM, Todd AL. Increased risk of postnatal depression after emergency caesarean section. *Med J Aust*, 1992;157(3):172-4.
285. 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.
286. Campbell SB, Cohn JF. Prevalence and correlates of postpartum depression in first-time mothers. *J Abnorm Psychol* 1991; 100: 594-599.
287. Martin CJ, Brown GW, Goldberg DP, et al. Psychosocial stress and puerperal depression. *J Affect Disord*, 1989; 16: 283-293.
288. Görak, G. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Riskli Yenidoğanların Anne ve Babalarındaki Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi ve Karşılaştırılması, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Bilim Uzmanlığı Tezi, İstanbul, 1999.
289. Warner R, Appleby L, Whitton A, Faragher B. Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. *Br J Psychiatry*, 1996;168:607-11.
290. McLennan JD, Kotelchuck M, Cho H. Prevalence, persistence and correlates of depressive symptoms in a national sample of mothers of toddlers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2001; 40: 1316-23.
291. Edhborg M, Matthiesen AS, Widström AM. Some early indicators for depressive symptoms and bonding 2 months postpartum- a study of new mothers and fathers. *Arch Womens Ment Health*, 2005; 8: 221-31.
292. Nissen E, Lilja G, Widström AM, Uvnäs-Moberg. Elevation of oxytocin levels early postpartum women. *Acta Obstet Scand*. 1995;74: 530-3.
293. Karamustafaoğlu N, Tomruk N. Postpartum Hüzün ve Depresyonlar. *Duygudurum Dizisi* 2000;2: 64-71
294. WHO. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps: a Manual of Classification Relating to the Consequences of Disease, Cenevre, 1980.

295. Roux G, Anderson C, Roan C. Postpartum depression, marital dysfunction, and infant outcome: A longitudinal study. *J Perinat Educ* 2002;11:25-36.

EKLER

EK I: SOSYODEMOGRAFIK VERİ FORMU

Adı-soyadı:**Yaşı:****Telefon no:****Medeni hali:** Evli () Bekâr () Boşanmış () Dul () İmam nikâhlı ()**Evli ise evlenme sırasındaki yaşı:****Yaşadığı yer:** İl merkezi () İlçe merkezi () Köy ()**Eğitim:** Okuma-yazma yok () Okuma-yazma var () 8 yıl ve altı () 8 yıl ve üstü () Yüksek ()**Meslek:** Ev hanımı () Devlet memuru () İşçi () Elişi yapıp satma ()

Tarla-bahçe-hayvancılık () Çocuk bakımı-temizlik () Öğrenci ()

Gelir düzeyi: 500 TL ve altı () 1500 TL'ye kadar () 1500 TL'nin üstü ()**Evde yaşayan kişi sayısı:****Evli ise eşinin ailesi ile mi yaşıyor:** Evet () Hayır ()***Kendisi ile ilgili*****Hamilelikte herhangi bir hastalık ya da tıbbi problem yaşandı mı?**

Evet Hayır

Yaşandı ise aşağıdakilerden hangisi?

Kanama () Hastalık () Enfeksiyon () Travma () diğer: belirtiniz

Bu problem kaçınıcı ayda ne kadar süre ile yaşandı, belirtiniz

Hamileliğinde sigara kullanımı oldu mu?: Evet () Hayır ()**Hamileliğinde şiddet gördü mü?** Evet () Hayır ()

Şiddet gördüyse kimden gördü?

Kaçınıcı doğumdu?**Doğum:** Zamanında () Premature () Postmature () (hafta olarak süre belirtiniz)**Doğum şekli:** Normal () Sezaryan ()**Doğum nerede oldu?** Evde () Hastanede ()**Doğumda komplikasyon oldu mu?** Evet () Hayır ()**Geçirilmiş Fiziksel hastalık:** Var () Yok ()

Varsa ne olduğu:

Geçirilmiş Ruhsal hastalık: Var () Yok ()

Varsa ne olduğu:

Takip ve tedavisi süren fiziksel hastalık: Var () Yok ()

Varsa ne olduğu:

Varsa kullandığı ilaçlar:

Takip ve tedavisi süren ruhsal hastalık: Var () Yok ()

Varsa ne olduğu:

Varsa kullandığı ilaçlar:

Yaşanan yer ve aile yapısı ve beslenme ile ilgili**Ailenin genel beslenme alışkanlığında ağırlıklı olarak tüketilen:**

Et () Sebze () Unlu gıdalar () Baklagiller ()

Düzenli süt ve süt ürünü tüketimi: Var () Yok ()

Evli ise eşi ile ilgili

Yaşı:

Mesleği: Çalışmıyor () İşçi-ailesinin yaşadığı yerde ()

İşçi-başka şehirde () Devlet memuru () Ticaret ()

Eğitim: Okuma-yazma yok () Okuma-yazma var () 8 yıl ve altı ()

8 yıl ve üstü () Yüksek ()

Alkol kullanımı: Yok () Sosyal kullanıcı () Kötüye kullanım () Bağımlılık ()

Geçirilmiş Fiziksel hastalık: Var () Yok ()

Varsa ne olduğu:

Geçirilmiş Ruhsal hastalık: Var () Yok ()

Varsa ne olduğu:

Takip ve tedavisi süren fiziksel hastalık: Var () Yok ()

Varsa ne olduğu:

Varsa kullandığı ilaçlar:

Takip ve tedavisi süren ruhsal hastalık: Var () Yok ()

Varsa ne olduğu:

Varsa kullandığı ilaçlar:

Çocuklar ile ilgili:

Bebeğin doğum ağırlığı:

Bebeğin doğum boyu:

Bebekte doğum sonrası : Morarma () Sarılık () Emme güçlüğü () süre belirtin

Bebek kuvözde kaldı mı? Evet () Hayır () süre belirtin

Bebek anne sütü alıyor mu? Evet () Hayır () aldığı süre toplam ne kadar

Bebeğin aşıları eksiksiz mi: Evet () Hayır ()

Çocuk sayısı:

Çocukların yaşları:

1.çocuk: 2.çocuk: 3.çocuk: 4.çocuk: 5.çocuk:

Diğer çocukların aşıları eksiksiz mi: Evet () Hayır ()

Eksikse kaçınıcı çocuk:

Diğer çocuklar anne sütü almış mı: Evet () Hayır ()

Almamışsa kaçınıcı çocuk:

Almadıysa nedeni: Süt yetmediği için () Anne bebekten ayrıldığı için (hastalık, çalışma vs...) () Anne sütü alerjisi () Diğer () süresi

Çocuklar için ne tür bez kullanılıyor: Yıkanabilir () Kullanıp atılan bez ()

EK II: GENEL SAĞLIK ANKETİ

Lütfen bu açıklamayı dikkatle okuyunuz:

Son birkaç hafta içinde herhangi bir tıbbi şikâyetinizin olup olmadığını, genel olarak sağlığınızın nasıl olduğunu öğrenmek istiyoruz.

Bütün soruları size en uygun cevabı işaretleyerek cevaplayın. Geçmişte değil, yalnız son dönemdeki ve şu andaki şikayetlerinizi sorduğumuzu unutmayınız.

Teşekkür ederim.

Soruların hepsini cevaplamanız çok önemlidir.

<i>Son zamanlarda...</i>		<u>Hiç</u> <u>olmuyor</u>	<u>Her</u> <u>zamanki</u> <u>kadar</u>	<u>Her</u> <u>zamank</u> <u>inden</u> <u>sık</u>	<u>Cok</u> <u>sık</u>
1-	Kendinizi çok iyi ve sağlıklı hissediyor musunuz?	(0)	(1)	(2)	(3)
2-	Sizi dinçleştirecek bir ilaca ihtiyaç duyuyor musunuz?	(0)	(1)	(2)	(3)
3-	Kendinizi tükenmiş ve dağınık hissediyor musunuz?	(0)	(1)	(2)	(3)
4-	Kendinizi hasta hissediyor musunuz?	(0)	(1)	(2)	(3)
5-	Başınızda ağrı oluyor mu?	(0)	(1)	(2)	(3)
6-	Başınızda sıkışma veya basınç hissi oluyor mu?	(0)	(1)	(2)	(3)
7-	Sıcak ya da soğuk basması oluyor mu?	(0)	(1)	(2)	(3)
8-	Endişeleriniz nedeniyle uykusuzluk çekiyor musunuz?	(0)	(1)	(2)	(3)
9-	Uykunuzun bölündüğü oluyor mu?	(0)	(1)	(2)	(3)
10-	Kendinizi sürekli zor altında hissediyor musunuz?	(0)	(1)	(2)	(3)
11-	Öfkeli ve huysuz oluyor musunuz?	(0)	(1)	(2)	(3)
12-	Ortada bir neden yokken korkuya yada paniğe kapıldığınız oluyor mu?	(0)	(1)	(2)	(3)
13-	Her şey üzerinize yüklenmiş gibi hissediyor musunuz?	(0)	(1)	(2)	(3)
14-	Kendinizi sürekli sinirli ve tedirgin hissediyor musunuz?	(0)	(1)	(2)	(3)
15-	Bir işle meşgul olabiliyor musunuz?	(0)	(1)	(2)	(3)
16-	İşlerinizi bitirmeniz daha uzun zaman alıyor mu?	(0)	(1)	(2)	(3)
17-	Genel olarak işlerinizi iyi yaptığınızı hissediyor musunuz?	(0)	(1)	(2)	(3)
18-	Görevlerinizi yerine getirişinizden memnun musunuz?	(0)	(1)	(2)	(3)
19-	İşe yaradığınızı düşünüyor musunuz?	(0)	(1)	(2)	(3)
20-	Karar vermekte güçlük çekiyor musunuz?	(0)	(1)	(2)	(3)
21-	Günlük işlerinizden zevk alıyor musunuz?	(0)	(1)	(2)	(3)
22-	Kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz?	(0)	(1)	(2)	(3)
23-	Yaşamdan hiç umudunuzun kalmadığını hissediyor musunuz?	(0)	(1)	(2)	(3)
24-	Hayat yaşamaya değmez diye düşünüyor musunuz?	(0)	(1)	(2)	(3)
25-	Kendi canınıza kıyabileceğinizi düşünüyor musunuz?	(0)	(1)	(2)	(3)
26-	Sinirleriniz bozulduğu için hiçbir şey yapamadığınız oluyor mu?	(0)	(1)	(2)	(3)
27-	Kendi kendinize “ölsem de kurtulsam” dediğiniz oluyor mu?	(0)	(1)	(2)	(3)
28-	Kendinizi öldürme düşünceniz sürekli aklınıza geliyor mu?	(0)	(1)	(2)	(3)

EK III: EDİNBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ (EDSDÖ)

Sizin son hafta içindeki duygularınızı öğrenmek istiyoruz. Böylelikle size daha iyi yardımcı olabileceğimize inanıyoruz.

Lütfen yalnızca bugün değil son 7 gün içinde, kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz.

Son 7 gündür;

1. Gülebiliyor ve olayların komik taraflarını görebiliyorum.

Her zaman olduğu kadar

Artık pek o kadar değil

Artık kesinlikle o kadar değil

Artık hiç değil

Son 7 gündür;

2. Geleceğe hevesle bakıyorum.

Her zaman olduğu kadar

Artık pek o kadar değil

Artık kesinlikle o kadar değil

Artık hiç değil

Son 7 gündür;

3. Birşeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

Evet, çoğu zaman

Evet, bazen

Çok sık değil

Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

Hayır, hiçbir zaman

Çok seyrek

Evet, bazen

Evet, çoğu zaman

Son 7 gündür;

5. İyi bir neden olmadığı halde korkuyor ya da panikliyorum.

Evet, çoğu zaman

Evet, bazen

Çok sık değil

Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

6. Herşey giderek sırtıma yükleniyor.

Evet, çoğu zaman başa çıkamıyorum.

Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum.

Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkabiliyorum.

Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

Son 7 gündür;

7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.

Evet, çoğu zaman

Evet, bazen

Çok sık değil

Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

8. Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.

Evet, çoğu zaman

Evet, bazen

Çok sık değil

Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

9. Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

Evet, çoğu zaman

Evet, oldukça sık

Çok seyrek

Hayır, asla

Son 7 gündür;

10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

Evet, oldukça sık

Bazen.

Hemen hemen hiç

Asla

EK IV: HAMILTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ(HDDÖ)

1) Depresif ruh hali (keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)

0. Yok.

1. Yalnızca soruları cevaplarken anlaşıyor..
2. Hasta bu durumları kendiliginden söylüyor.
3. Hastada bunların bulunduğu yüz ifadesinden. Postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşıyor.
4. Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğu, konuşma sırasında sözlü veya sözsüz olarak belirtiyor.

2) Suçluluk duyguları

0. Yok.

1. Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.
2. Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.
3. Şimdiki hastalığı bir cezalandırmadır. Suçluluk hezeyanları.
4. Kendisini ihbar ya da itham eden sesler işitiyor ve/veya kendisini tehdit eden görsel hallüsinasyonlar görüyor.

3) İntihar

0. Yok.

1. Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.
2. Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzeri düşünceler besliyor.
3. İntiharı düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden jestler yapıyor.
4. İntihar girişiminde bulunmuş (herhangi bir ciddi girişim, 4 puanla değerlendirilir).

4) Uykuya dalamamak

0. Bu konuda zorluk çekmiyor.

1. Bazen yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından şikayetçi.
2. Gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikayet ediyor.

5) Geceyarısı uyanmak

0. Herhangi bir sorunu yok.

1. Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikayetçi.
2. Gece yarısı uyanıyor. Yataktan kalkmak, 2 puanla değerlendirilir (herhangi bir neden olmaksızın).

6) Sabah erken uyanmak

0. Herhangi bir sorunu yok.

1. Sabah erkenden uyanıyor ama tekrar uykuya dalıyor.
2. Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.

7) Çalışma ve aktiviteler

0. Herhangi bir sorunu yok.

1. Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlarda meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.
2. Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlardaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, müteredit olduğunu belirtiyor (işinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor)
3. Aktivitelere harcadığı süre veya üretim azalıyor. Hastanede yatarken her gün en az 3 saat, işlerin dışında sevisteki işlerin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir.
4. Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktiviteye göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yardımsız yapamayanlara 4 puan verilir.

8) Retardasyon (düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)

0. Düşünceleri ve konuşması normal.

1. Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor.
2. Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor.
3. Görüşme yapabilmek çok zor.
4. Tam stuporda.

9) Ajitasyon

0. Yok

1. Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.
2. Ellerini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.

10) Psşik anksiyete

0. Herhangi bir sorunu yok.

1. Subjektif gerilim ve irritabilite.
2. Küçük şeylere üzüleniyor.
3. Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.
4. Korkularını, daha sorulmadan anlatıyor.

11) Somatik anksiyete

0. Yok.

1. Hafif
 2. Orta
 3. Şiddetli
 4. Çok şiddetli
- çekme.

Anksiyeteye eşlik eden fizyolojik sorunlar:

Gastrointestinal: Ağız kuruması, yellenme, sindirim bozukluğu, kramp, geğirme,

Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı.

Solunumla ilgili: Hiperventilasyon, iç

Sık idrara çıkma. Terleme.

12) Somatik semptomlar (gastrointestinal)

0. Yok.

1. İstahsız, ancak personelinin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor.
2. Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.

13) Somatik Semptomlar (genel)

0. Yok.

1. Ekstremitelerinde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlanma. Enerji kaybı, kolay yorulma.
2. Herhangi bir kesin şikayet, 2 puanla değerlendirilir.

14) Genital semptomlar (libido kaybı, adet bozuklukları vb.)

0. Yok.

1. Hafif
2. Şiddetli
3. Anlaşılamadı.

15) Hipokondriaklık

0. Yok.

1. Kuruntulu.
2. Aklını sağlık konularına takmış durumda.
3. Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.
4. Hipokondriaklık delüzyonları.

16) Zayıflama (A ya da B'yi doldurunuz)

A. Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)

0. Kilo kaybı yok.

1. Önceki hastalığına bağlı olası zayıflama.

2= Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.

B. Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan, hastanın tartıldığı kontrollerde.

0. Haftada 0.5 kg'dan daha az kilo kaybı.

1. Haftada 0.5 kg'dan daha fazla kilo kaybı.

17) Durumu hakkında görüşü

0. Hasta ve depresyonda olduğunu farkında.

1. Hastalığını biliyor ama bunu iklim, kötü yiyecekler, virüslere, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor.

2. Hasta olduğunu kabul etmiyor.

EK V: İŞLEVSELLİĞİN GENEL DEĞERLENDİRİLMESİ (İGD) ÖLÇEĞİ

Mental sağlık-hastalık'ın varsayımsal sürekliliği üzerinde psikolojik, toplumsal ve Mesleki işlevselliği göz önünde bulundurunuz. Fiziksel (ya da çevresel) kısıtlamalara Bağlı işlevsellik bozulmalarını bu kapsam içinde değerlendirmeyiniz.

İGD değerlendirmesi: Şu anda:- - Geçen yıl:- -

Kod (Not: Uygun düştüğünde ara kodları da kullanınız, örn. 45, 68, 72.)

100 Çok çeşitli etkinlik alanlarında üst düzeyde işlevsellik, yaşam sorunları hiçbir zaman denetim dışı kalmıyor gibi görünmektedir, birçok olumlu niteliği olduğu için başkalarınca aranan biridir. Herhangi bir semptomu yoktur.

91

90 Hiçbir belirti olmaması ya da çok az belirti olması (örn. Sınavdan önce hafif bir anksiyete duyma), **tüm alanlarda işlevselliğin iyi olması, çok çeşitli etkinliklerle ilgilenme ve bunlara katılma, toplumsal yönden etkindir, genellikle yaşamı doyumludur, günlük sorunlar ya da kaygılardan öte sorun ya da kaygıların olmaması** (örn. aile bireyleriyle ara sıra olan tartışmalar)

81

80 Semptomlar varsa bile bunlar gelip geçicidir ve psikososyal stres kaynaklarına verilen beklenir tepkilerdir (örn. aile tartışmasından sonra düşüncelerini belli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme); **toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte hafif bir bozulma olmasından daha ileri bir durum yoktur** (örn. Geçici olarak okuldan geri kalma)

71

70 Birtakım hafif semptomlar (örn. Depresif duygudurum ve hafif insomnia) **YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte birtakım zorlukların olması** (örn. Ara sıra okuldan kaçmalar ya da ev içinde hırsızlık yapma), **ancak genelde oldukça iyi bir biçimde işlevselliğini sürdürür, anlamlı kişilerarası ilişkileri vardır.**

61

60 Orta derecede semptomlar (örn. Donuk duygulanım ve çevresel konuşma, ara sıra gelen panik ataklar) **YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte orta derecede bir zorluğu vardır** (örn. Az sayıda arkadaşı vardır, çalışma arkadaşları ile çatışmaları vardır).

51

50 Ağır semptomlar (örn. İntihar düşünceleri, ağır obsesyonel törensel davranışlar, sık sık mağazalardan mal çalma) **YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte ciddi bir bozukluk vardır** (örn. Hiç arkadaşı yoktur, işini koruyamaz)

41

40 Gerçeği değerlendirmede ya da iletişimde bazı bozukluklar vardır (örn. Konuşması kimi zaman mantık dışı, çapraşık ya da konuşulan konuyla ilgisizdir) **YA DA iş/okul, aile ilişkileri, yargılama, düşünme ya da duygudurum gibi birçok alanda temel birtakım bozukluklar vardır** (örn. Depresif bir kişi arkadaşlarından kaçır, ailesini ihmal eder ve çalışamaz; çocuk yaşta olan bir kişi kendinden daha küçükleri döver, evde hep karşı gelir ve okulda başarısızdır).

31

30 Davranışları hezeyanlar ve halusinasyonlardan oldukça etkilenir YA DA iletişim ya da yargıda ciddi bir bozukluk vardır (örn. Bazen enkoherandır, ileri derecede uygunsuz bir biçimde davranır, intihar düşünceleriyle uğraşır durur) **YA DA hemen tüm alanlarda işlevsel değildir** (örn. Bütün gün yataktan çıkmaz; işi, evi ya da arkadaşları yoktur).

21

20 Kendisini ya da başkalarını yaralayacak olma tehlikesi zaman zaman vardır (örn. Açıkça ölüm beklentisi olmadan intihar girişimleri; sıklıkla şiddete başvurur; manik eksitasyon) **YA DA ara sıra kişisel bakımın en temel gereklerini bile yerine getiremez** (örn. dışkı sürer) **YA DA iletişimde ileri derecede bir bozukluk vardır** (örn. İleri derecede enkoherandır ya da mutizmdir).

11

10 Kendisi ya da başkalarını ağır bir biçimde yaralayacak olma tehlikesi sürekli vardır (örn. yineleyen şiddet gösterileri) **YA DA kişisel bakımın en temel gereklerini sürekli olarak yerine getiremez YA DA açıkça ölüm beklentisi içinde ciddi intihar eylemi**

1

0 Bilgi yetersiz.

EK VI: KISA YETİYİTİMİ ANKETİ

Aşağıdaki sorular sağlık sorunlarınızın günlük yaşamınızı ne ölçüde etkilediğini öğrenmek için sorulmuştur. Lütfen soruları uygun şekilde yanıtlayınız.

0=Hayır, hiç

1=Evet, bazen ya da biraz

2=Evet, her zaman ya da oldukça

Lütfen her soru için yalnızca birini işaretleyiniz.

0 1 2

1. Sağlık sorunlarınız aşağıdaki uğraşlarınızdan herhangi birine engel oldu mu?

a) Ağır işler kaldırmak, koşmak ya da spor yapmak gibi ağır işler () () ()

b) Bir masayı çekmek, file, çanta taşımak gibi orta güçlükte işler () () ()

c) Merdiven ya da yokuş çıkmak () () ()

d) Eğilmek, doğrulmak () () ()

e) Uzun mesafe yürümek (1-2 km) () () ()

f) Yemek yemek, giyinmek, banyo yapmak ya da tuvalete gitmek () () ()

2. Bir hastalık ya da yaralanma nedeni ile daha önce yaptığınız hobilerinizi azaltmak ya da bırakmak zorunda kaldınız mı? () () ()

3. Evde üzerinize düşen günlük işlerden yapamadığınız oldu mu? () () ()

4. Kişisel sorunlarınız nedeni ile çalışma isteğinizde azalma oldu mu? () () ()

5. Kişisel sorunlarınız evde, okulda ya da işte veriminizi azalttı mı? () () ()

6. Arkadaşlarınız, birlikte çalıştığınız kişiler ya da başkaları ile ilişkileriniz bozuldu mu? () () ()

7. Son bir ay içinde günlük işlerinizi toplam kaç gün aksattınız?gün

8. Hastalık ya da yaralanma nedeni ile son bir ay içinde toplam kaç gününüzü yatakta geçirdiniz?

.....gün

EK VII: AİLEDEN ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

	<u>Evet</u>	<u>Hayır</u>	<u>Kısmen</u>
1- Ailem bana gereğince destek olur.	()	()	()
2- Neyi nasıl yapacağım konusunda ailemden faydalı öğütler alırım.	()	()	()
3- Pek çok insan ailesine benim aileme olduğumdan daha yakındır.	()	()	()
4- Ailemde kendime yakın hissettiğim birine derdimi açtığımda bunun onları rahatsız ettiği fikrine kapılıyorum.	()	()	()
5- Ailem fikirlerimi duymaktan hoslanır.	()	()	()
6- Ailemdeki kisilerle ilgi alanlarımız büyük ölçüde çakışır.	()	()	()
7- Ailemdeki bazı kisilerin sorunları olduğunda danışmak amacıyla bana başvururlar.	()	()	()
8- Ailemin duygusal desteğine güveniyorum.	()	()	()
9- Ailemde, bir derdim olduğu zaman sonradan komik kaçacağını düşünmeden yanına gidebileceğim bir kişi var.	()	()	()
10- Ailemle çeşitli konulardaki düşüncelerimizi birbirimize açık açık söyleriz.	()	()	()
11- Ailem benim kisisel gereksinmelerime karşı duyarlıdır.	()	()	()
12- Ailemdeki kisiler duygusal desteğe ihtiyaçları olduğunda bana başvururlar.	()	()	()
13- Ailem sorunlarımı çözmede bana yardımcı olur.	()	()	()
14- Bazı aile fertleriyle aramda karşılıklı derin bir ilişki vardır.	()	()	()
15- Ailemdeki kisiler neyi nasıl yapacakları konusunda benden faydalı fikirler edinirler.	()	()	()
16- Ailemdeki kisilere sırlarımı açmak beni rahatsız eder.	()	()	()
17- Aile fertleri tarafından aranan biriyimdir.	()	()	()
18- Ailemin, problemlerini çözmede onlara yardımcı olduğumu düşündüklerini sanıyorum.	()	()	()
19- Ailemdeki hiç kimseyle, diğer insanların ailesindeki kisilerle olan ilişkisi kadar yakın bir iliskim yok.	()	()	()
20- Ailemin çok daha farklı olmasını isterdim.	()	()	()

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

“GEBELİK VE DOĞUM SONRASI DÖNEMDE DEPRESYON
YAYGINLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER: BİR İZLEM ÇALIŞMASI”

Dr. Tülay SATI KIRKAN

Uzmanlık Eğitimine Başlama Tarihi : 08.09.2009

Uzmanlık Eğitimini Bitirme Tarihi : 15.01.2014

Uzmanlık Sınavı Tarihi : 15.01.2014

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Nazan AYDIN

Jüri üyesi : Yrd. Doç. Dr. Halil ÖZCAN

Jüri üyesi : Prof. Dr. Nazan AYDIN

Jüri üyesi : Prof. Dr. Hızır ULVİ

Jüri üyesi : Yrd. Doç. Dr. Mehmet Fatih ÜSTÜNDAĞ

Jüri üyesi : Yrd. Doç. Dr. Onur Burak DURSUN

Yrd. Doç. Dr. Halil ÖZCAN
Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları
Anabilim Dalı Başkan V.



OCAK-2014

ERZURUM