

**T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**ERZURUM İL MERKEZİ'NDE GEBELİĞİNİN İLK ÜÇAYINDA
OLAN KADINLARDA DEPRESİF BOZUKLUKLARIN
YAYGINLIĞI VE İLİŞKİLİ ETMENLER**

Dr. Püren AKÇALI ASLAN

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

Uzmanlık Tezi

ERZURUM 2011

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ONAY	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
KISALTMALAR DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
I. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
II. GENEL BİLGİLER	4
2.1 Depresif Bozukluklar	4
2.1.1 Major Depresif Bozukluk	4
2.1.2 Distimik Bozukluk.....	7
2.1.3 Başka Türü Adlandırılmayan Depresif Bozukluk	10
2.1.3.1 Minör Depresif Bozukluk	10
2.1.3.2 Yineleyici Kısa Depresif Bozukluk.....	12
2.1.3.3 Premenstrüel Disforik Bozukluk.....	13
2.2 Gebeliğe Uyum.....	15
2.2.1 Gebelik Fizyolojisi	15
2.2.2 Gebelikte Oluşan Hormonal Değişiklikler.....	16
2.2.3 Gebelikte Oluşan Ruhsal Değişiklikler	16
2.2.4 Gebelik ve Psikiyatrik Hastalıklar.....	18
2.3 Gebelik ve Depresyon	19
2.3.1 Gebelikte Depresif Bozukluk Etiyolojisi.....	20
2.3.1.1 Genetik Faktörler	21
2.3.1.2 Hormonal Faktörler.....	21
2.3.1.3 Stres ve Çevresel Faktörler.....	23
2.3.2 Gebelikte Depresif Bozukluk Epidemiyolojisi	23
2.3.3 Gebelikte Depresif Bozukluk Risk Faktörleri.....	25
2.3.4 Gebelikte Depresif Bozukluk Belirti ve Bulguları.....	29

2.3.5 Gebelikte Depresif Bozukluk Sonuçları	29
III. GEREÇ VE YÖNTEM	32
3.1 Örneklem Oluşturulması	32
3.2 Uygulama	33
3.3 Veri Toplama Araçları	34
3.4 İstatiksel Değerlendirme	37
IV. BULGULAR.....	38
4.1 Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulgular	38
4.2 Klinik Değerlendirmelere İlişkin Bulgular.....	41
4.2.1 Değerlendirme Ölçek Skorları	41
4.2.2 SCID-I'e Göre Depresif Bozuklukların Yaygınlığı	42
4.3 Karşılaştırmalı Analizler	42
4.3.1 Sosyodemografik Veriler	42
4.3.2 Değerlendirme Ölçek Skorları ve Depresif Bozukluk İlişkisi	47
4.4 Korelasyon Analizleri	51
4.5 Depresif Bozukluk Öngördürücülerinin Belirlenmesi	51
V. TARTIŞMA	54
VI. SONUÇ VE ÖNERİLER	64
KAYNAKLAR	65
EKLER	

ONAY

“Gebeliğinin İlk Üç Ayındaki Kadınlarda Depresif Bozuklukların Yaygınlığı ve İlişkili Etmenler” isimli tez konusu Psikiyatri Anabilim Dalı’nın 31/08/2010 tarih ve 27 sayılı kararı ile Anabilim Dalı Kurulu’nda görüşülerek kabul edildi.

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı’nca 20/10/2010 tarih ve 4 sayılı oturum 22 nolu kararı ile tez çalışması olarak kabul edildi.

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından 26/11/2010 tarih ve 7 nolu oturumda görüşülen tez teklifi 5 nolu karar ile etik kurallara uygun görüldü.

TEŞEKKÜR...

Uzmanlık eğitimime önemli katkıları olan ve tez danışmanım olarak çalışmamın her aşamasında yakın ilgi ve desteği ile bana yol gösteren değerli hocam Prof. Dr. Nazan Aydın'a, eğitimim sırasında büyük emeği geçen değerli hocam Prof. Dr. İsmet Kırpınar'a, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım hocalarım Doç. Dr. Erol Ozan, Yrd. Doç. Dr. Elif Oral, Yrd. Doç. Dr. Mustafa Güleç'e ve Yrd Doç.Dr Onur Burak Dursun'a, uyum içinde çalıştığımız, çok şey paylaştığımız araştırma görevlisi arkadaşlarıma, birlikte çalışma imkanı bulduğum psikolog, hemşire arkadaşlarım ve yardımcı sağlık personeline, tezimin istatistiksel değerlendirmesindeki desteklerinden dolayı Doç. Dr. Armağan Hayırlı'ya, her zaman yanımda olan desteğini hiçbir zaman esirgemeyen aileme, eşime ve neşe kaynağım canım oğlum Çınar'ıma, bana her daim güvenmiş, mutlu etmiş olan çok özlediğim Babama,

Teşekkür ederim.

ÖZET

Erkeklerle kıyasla kadınlar daha fazla depresyon yaygınlık oranlarına sahiptir ve özellikle doğurganlık çağında depresyona daha da duyarlıdırlar. Annenin depresyonunun bebek üzerine olumsuz etkilerinin önemi, depresyonun gebeliğin erken döneminde tespit ve tedavisinin gerekliliğini artırmaktadır.

Bu çalışmada, kadınlarda depresyon oranlarının diğer bölgelere kıyasla daha yüksek olarak bulunduğu Doğu Anadolu Bölgesinde bulunan bir il merkezinde, ilk üç aylık dönemde depresif bozuklukların yaygınlığını, klinik özelliklerini, ilişkili faktörleri tespit etmek ve depresif bozukluk ortaya çıkmasına neden olabilecek risk faktörleri ile öngördürücü özelliklerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Bu amaçla gebeliğinin ilk üç ayında olan kadınlardan basit rastgele yöntemle seçilen 463 kişi çalışmaya dâhil edilmiştir. Katılımcılara tarama testi olarak Genel Sağlık Anketi-28 ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve Premenstrüel Değerlendirme Formu uygulanmış, SCID-I (DSM-IV için Yapılandırılmış Klinik Görüşme) ile depresif bozuklukların yaygınlığı araştırılmıştır. Klinik olarak depresif bozukluk saptanan gebelere; ilişkili risk faktörleri için sosyodemografik veri formu, depresif bozukluk klinik şiddetinin belirlenmesi için Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği, işlevsellik düzeyini belirlemek için Kısa Yeti Yitimi Ölçeği ile İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi, sosyal destek algısının değerlendirilmesi için Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeği uygulanmıştır.

Çalışmamızda gebeliğin ilk üç ayında depresif bozukluk yaygınlığı %16.8 olarak bulundu. Depresif Bozukluklarla ilişki olduğu belirlenen faktörler; eğitim ve gelir seviyesinin düşük olması, evlilik ve anne olma yaşının adolesan dönemde olması, düşük öyküsü, şiddete maruz kalma ve eşinin eğitim seviyesinin düşüklüğü olarak belirlenmiştir. Geçirilmiş ruhsal hastalık, önceki gebelikte ruhsal hastalık öyküsü, eşinin çalışmaması, mevcut gebeliğinde şiddet görme ve planlanmayan gebelik, gebeliğin ilk trimesterinde depresif bozuklukların ortaya çıkması için öngördürücü olarak tespit edilmiştir.

Gebelik depresyonu, hem annenin hem de bebeğin sağlığını olumsuz olarak etkileyen ciddi bir psikiyatrik bozukluktur. Özellikle ilk üç ayda öngördürücülerin

mevcut olduğu gebelerin depresif bozuklukların ortaya çıkması açısından değerlendirilmesi gebelik ve sonrasında ortaya çıkabilecek olumsuz sonuçları önleyebilir.

Anahtar Sözcükler: Depresif bozukluk, gebelik, risk faktörleri

ABSTRACT

Women have more prevalence rates of depression than men and they are particularly vulnerable to depression in childbearing years. The magnitude of the negative impact of depression in mothers on their infants has heightened the need to detect and treat depression in early pregnancy period.

In this study, it is aimed to identify the prevalence of depressive disorders, and to determine the risk factors that could cause the emergence of depressive disorder and predictive properties in the first three-month period, in a center of province in Eastern Anatolia Region where the rates of depression in women is higher compared to other regions.

For this purpose, total of 463 people were included in the study who were the women in the first three months of pregnancy selected by simple randomise method. The General Health Questionnaire-28, the Edinburgh Postnatal Depression Scale, and the Premenstrual Assessment Form were applied to participants as screening tests and the prevalence of depressive disorders were investigated with the SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV). The women had clinically depressive disorder were applied the demographic data form for the associated risk factors, Hamilton Depression Rating Scale to determine the clinical severity of depressive disorder, Global Assessment of Functioning Scale with Brief Disability Scale to determine the level of functionality, to assess the perception of social support to the Family Perceived Social Support Scale.

In our study, the prevalence of depressive disorder in the first three months of pregnancy was found to be 16.8%. The identified factors related with depressive disorders were that have a low level of education and income, marriage and becoming mother in adolescent age, abortion-story, exposure to violence and her husband's decline in the level of education, respectively. Previous mental illness, mental illness history in previous pregnancy, her husband's unemployment, exposure to violence in current pregnancy and unplanned pregnancy have been identified as predictors for the emergence of depressive disorders during the first trimester of pregnancy.

Depression in pregnancy is a serious psychiatric disorder that affects not only mothers but also babies health. Assesment of the depressive disorders in pregnants who had some predictors at the first three months can be protect from negative outcomes.

Key Words: Depressive Disorder, pregnancy, risk factors.

KISALTMALAR DİZİNİ

PPD	: Postpartum Depresyon
DSM-IV-TR	: Amerikan Psikiyatri Birliği, Psikiyatrik Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı, Dördüncü Baskı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin
MDB	: Major Depresif Bozukluk
BTA	: Başka Türlü Adlandırılmayan
PMDB	: Premenstruel Disforik Bozukluk
PMS	: Premenstruel Sendrom
HCG	: Human Koryonik Gonadotropin Hormon
LH	: Luteinizan Hormon
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu
SERT	: Serotonin taşıyıcı
5HTTLPR	: Serotonin taşıyıcı geni promotor polimorfizmi
HPA	: Hipotalamo-pituiter-adrenal eksen
BDE	: Beck Depresyon Envanteri
EPDÖ	: Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği
CES-D	: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası
CRH	: Kortikotropin Uyarıcı Hormon
GSA	: Genel Sağlık Anketi
PDF	: Premenstrüel Değerlendirme Formu
SCID	: DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme formu
HDDÖ	: Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği
KYÖ	: Kısa Yeti Yitimi Ölçeği
İGDÖ	: İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği
AASDÖ	: Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1: Araştırmaya Alınan Gebelere Ait Sosyodemografik Özellikler	39
Tablo 2: Araştırmaya Alınan Gebelerin Yaşam Alanına Ait Sosyodemografik Özellikler	39
Tablo 3: Araştırmaya Alınan Gebelerin Eşi ve Evlilik Durumu İle İlgili Sosyodemografik Özellikler	40
Tablo 4: Araştırmaya Alınan Gebelerin Şiddete Maruz Kalma Durumları	41
Tablo 5: Ruhsal Hastalık Öyküsü ve Şiddete Maruz Kalma ile Depresif Bozukluk İlişkisi	45
Tablo 6: Depresif Bozukluklar ile İlişkili Bulunan Gebelere Ait Özellikler	46
Tablo 7: Depresif Bozukluklar ve KYÖ Puanları	48
Tablo 8: Depresif Bozukluk Alt Gruplarında KYÖ Ortalama Puanları	48
Tablo 9: . Depresif Bozukluklar Alt Grupları Arasında KYÖ Puanlarının Karşılaştırılması	48
Tablo 10: Depresif Bozukluk Alt Gruplarında ortalama AASDÖ Puanlar	49
Tablo 11: Depresif Bozukluklar Alt Grupları Arasında AASDÖ puanlarının karşılaştırılması	49
Tablo 12: Depresif Bozukluklarda İGDÖ'nin Karşılaştırılması	49
Tablo 13: Depresif Bozukluklar Alt Grupları Arasında İGDÖ puanlarının karşılaştırılması	50
Tablo 14: Depresif Bozukluklarla İlişkili Risk Faktörlerinin Belirlenmesi için Yapılan Lineer Regresyon Analizinin Sonuçları	52

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Depresif bozuklukların yaygınlığı	42
Şekil 2: Evlilik yaşı ile Depresif Bozuklukların ilişkisi.....	44
Şekil 3: Depresif Bozukluk Alt Gruplarında HDDÖ, İGDÖ, AASDÖ ve KYÖ Puanları	50
Şekil 4: Depresif Bozukluk İçin Öngördürücü Etmenler	53

I. GİRİŞ ve AMAÇ

Depresyon yüksek oranda görülmesi, kronikleşme ve tekrarlama eğilimi yanı sıra iş gücü kaybı, maternal ve fetal morbidite ve mortaliteye neden olması ve intihar riskini arttırması nedeniyle önemli bireysel ve toplumsal bir sağlık sorunudur (1).

Bu önemli sağlık sorunun kadınlarda görülme oranları erkeklere kıyasla 1.7 ila 2.7 kat fazladır (2,3). Cinsiyet farklılığı kadınların aktif cinsellik ve üreme dönemlerinin olduğu erken ergenlik yaşlarında başlamakta ve 50' li yaşların ortasına kadar sürmektedir (4). Özellikle doğurganlık çağındaki kadınlar depresyon ortaya çıkması açısından en riskli grupta yer almakta olup, bu risk ilk adetle başlayıp menopoz dönemi sonlanana dek yüksek kalmaktadır (5). Gebelik ve doğum sonrası ilk bir yılı kapsayan süreç perinatal dönem olarak tanımlanmakta olup, bu dönemdeki kadınlar depresyon ortaya çıkması açısından özellikle yüksek risk taşımaktadırlar (6).

Ülkemizde postpartum depresyonla (PPD) ilgili çok sayıda çalışma olmasına rağmen gebelik depresyonuna ait sınırlı sayıda veri mevcuttur. PPD ile ilgili yapılan çalışmalarda PPD prevalansının %14-40 arasında olduğu gösterilmiştir (7-12). Gebelikteki depresif belirti sıklığını araştıran çalışmalarda ise bu oranın %12-36 arasında olduğu bildirilmiştir (13-16). Başka ülkelerde yapılan çalışmalarda perinatal dönem depresyon sıklığının; gelişmiş olanlarda % 5-30, gelişmekte olanlarda ise % 20 civarında olduğu bildirilmektedir (17-20). Depresif belirtilerin hem postpartum dönemde hem de gebelikte görülme sıklığı ile ilgili farklılıklar olduğu görülmektedir. Bu durum epidemiyolojik çalışmalarda kullanılan tanı araçlarının, depresif bozukluk sınıflama yöntemlerinin, araştırmaların yapılma şekli (kesitsel, kohort vb.), zamanı ve yerinin farklı olması ile açıklanabilir.

Gebelikte depresif belirti görülme sıklığı gebelik dönemlerine göre de değişkenlik gösterebilmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada 1.trimesterde % 22, 2.trimesterde % 32 ve 3.trimesterde % 36 oranında depresyon görüldüğü bildirilmiştir (21). Diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda ise 1. trimester gebelerde % 16 ila % 51.4,

2.trimesterde % 5.7-20.4, 3.trimesterde % 4.9-15 aralığında oranlar bildirilmektedir (22-24).

Gebelik depresyonunun risk faktörlerine yönelik birçok çalışma bulunmaktadır. Özgeçmişte depresyon öyküsünün olması (25), anne yaşının küçüklüğü (26), yalnız yaşama, yetersiz sosyal destek, evlilikteki uyumsuzluk, istenmeyen gebelik veya gebelikle ilgili ambivalan düşünceler (27) ve çocuk sayısının artışı (28) gebelikte depresyon ortaya çıkması ile ilişkili faktörlerdir. En belirgin olarak tanımlanmış risk faktörleri ise önceden depresyon öyküsünün olması, önceden depresyon öyküsü olan bir kadının tedaviyi bırakması, önceden postpartum depresyon öyküsü olması ve soy geçmişte depresyon öyküsü olmasıdır. Gebelikte depresyona katkı sağlayan psikososyal faktörler; gebeye karşı kötü tutum, sosyal destek eksikliği, zorlu yaşam olaylarına karşı annedeki stres ve gebelikten dolayı mutsuz olan bir eş veya aile üyesidir (26,28).

Perinatal depresyon; doğum yapan kadın, yeni doğan bebek, büyüme ve gelişme dönemindeki çocuk başta olmak üzere tüm aile birimini etkilemektedir. Psikiyatrik bozukluğu olan annelerin olmayanlara göre, doğum öncesi izlem süreçlerine daha geç başladığı ve düzenli kontrollere daha az geldiği bildirilmektedir (29). Perinatal depresyonun; annede bedensel hastalıklara yakalanma ve ölüm, yoğun sigara ve madde kullanımı, intihar, erken doğum gibi sorunlara yol açması yanı sıra, doğan çocuklarda hem büyüme gelişme hem de bilişsel ve davranışsal sorunlar ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (18,30-32).

Gebelik sırasında annede depresyon varlığı, gebelik ve doğumla ilgili komplikasyonların artışıyla da ilişkilendirilmiştir. 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 (33-36). 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, sütten erken kesilme, depresyon ve artmış stres nedeniyle bebeğin yüksek düzeyde kortizole maruz kalması da beklenebilecek durumlardır. (37-40).

Perinatal depresyon, büyüme ve gelişimi süren bebeği birçok yolla olumsuz yönde etkilemektedir. Gebelik döneminde 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 (41).

Gebelikte yaşanan hormonal ve fizyolojik değişimler ve buna eşlik eden duygusal çalkantılar diğer taraftan da değişen roller ve beklentilere hazırlanma süreci gebe bir kadın için bu dönemde hassasiyetin varlığını işaret etmektedir. Bu sürece eşlik edebilecek bir depresif bozukluk ise hem anne hem de bebeği olumsuz etkileyecek ve istenmeyen sonuçlara yol açacaktır. Bu nedenlerle bireysel özellikler yanında gebe kadının içinde bulunduğu ortam ve kültürel özelliklerin de hesaba katılarak risk faktörlerinin belirlenmesi ile depresyonun erken tanısı ve uygun yaklaşımın sağlanması açısından önemlidir.

Bu çalışmada kadınlarda depresyon oranlarının diğer bölgelere kıyasla daha yüksek olarak bulunduğu Doğu Anadolu Bölgesinde bulunan bir il merkezinde, ilk üç aylık dönemde depresif bozuklukların yaygınlığı, klinik özellikleri ve ilişkili faktörlerin tespit edilmesi amaçlanmıştır. Kadınların özellikle bedensel ve ruhsal olarak daha duyarlı olduğu bu dönemin başlangıcında depresif bozukluk ortaya çıkmasına neden olabilecek risk faktörlerinin ve öngördürücü özelliklerin belirlenmesine çalışılacaktır.

II. GENEL BİLGİLER

2.1 Depresif Bozukluklar

Depresyon derin üzüntülü, bazen de hem üzüntülü, hem bunaltılı bir duygudurumla birlikte düşünce, konuşma, hareket ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanı sıra değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile belirli bir sendromdur (42). Yüksek yaygınlık oranları gösterme dışında tanı güçlükleri içermesi, kronikleşme riskinin ve intihar davranışı sıklığının artması, yarattığı yeti yitimi ve ekonomik sonuçlar depresyon araştırmaların önemini giderek arttırmaktadır (43,44).

Amerikan Psikiyatri Birliği, Psikiyatrik Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı, Dördüncü Baskı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin’de (DSM-IV-TR) Depresif Bozukluklar içinde Major Depresif Bozukluk (MDB), Distimik Bozukluk ve Başka Türü Adlandırılmayan (BTA) Depresif Bozukluk yer almaktadır. BTA Depresif Bozukluk kategorisi, DSM-IV Ek Bölüm B’de ayrıca tartışılan Premenstrüel Disforik Bozukluk (PMDB), Minör Depresif Bozukluk, Rekürren (Yineleyen) Kısa Depresif Bozukluk, Şizofreninin Postpsikotik Depresif Bozukluğunu içermektedir (45).

2.1.1 Major Depresif Bozukluk

MDB, DSM-IV-TR sınıflandırmasında duygudurum bozuklukları başlığı altında yer alan bir tanıdır. En yaygın duygudurum bozukluğudur, tek ya da tekrarlayan epizodlarla seyrederek (46-48). Sık görülen, süregelenleşme, depresme ve yineleme oranları yüksek, fiziksel ve psikososyal yeti yitimine neden olan yıkıcı bir bozukluktur (49-50). 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 (51).

Hiç şüphesiz ki MDB tüm dünya uluslarındaki kadınların önemli bir sağlık sorunudur. Bu hastalık yalnızca çok sayıda kadının etkilenmesiyle kalmayıp ayrıca yüksek bir maluliyetle birlikte seyretmektedir (52). Kadınlar majör depresyonun ilk atağı için erken ergenlik yıllarından 50'li yaşların ortalarına kadar belirgin bir risk altındadırlar (53,54).

2008 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 (55). Eskişehir'de 2008 yılında 1475 kişi ile yapılan çalışmada MDB oranları tüm katılımcıların % 24.9'u, kadınların % 31.9'u, erkeklerin ise % 17.9'u olarak belirtilmiştir (56). 2006 yılında yapılan Türkiye Hastalık Yüğü Çalışmasında Unipolar Depresif Hastalıkların kadınlarda tahmin edilen prevalans oranının % 26.3 olduğu bildirilmektedir (57). Erzurum'da 2010 yılında yapılan bir çalışmada 15-49 yaş grubu kadınlarda MDB oranı % 27.3 olarak tespit edilmiştir (58). İzmir'de sosyoekonomik, kültürel ve eğitim düzeyi düşük bir bölgede 15-49 yaş kadınlarda yapılan bir çalışmada MDB oranı % 25.8 bulunmuştur (59).

Amerika'da psikiyatrik bozukluklar için yapılan çok ölçekli topluma dayalı iki çalışmada yaşam boyu MDB kadınlarda erkeklere oranla 1.7 ila 2.7 kat daha sık bulunmuştur (2-3). Ulusal Komorbidite Araştırmasına göre; 15-54 yaş arası erkek ve kadınlarda unipolar depresyonun hayat boyu sıklığı kadınlarda % 21.2 olup erkeklerde % 12.7'dir (54).

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 (60,61). 18-44 yaşlar arasında olmak, işsiz ve bekâr olmak, düşük sosyoekonomik durum da depresyon için diğer risk etkenleridir (62,63).

1970'li yıllardan günümüze dek yapılan çalışmalar birlikte değerlendirildiğinde bazı bulguların istikrarlı biçimde süreklilik gösterdiği dikkat çekmektedir. 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, erkeklerde genç yaşta başladığı 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. Araştırmaların tarihi günümüze doğru yaklaştıkça bu oran daha da yükselmektedir (64).

DSM-IV-TR'ye Göre Majör Depresif Dönem Tanı Ölçütleri

A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan besinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan 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 olan ya da duyguduruma uygun olmayan hezeyan ya da halüsinasyon semptomlarını 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 depresif duygudurum. **Not:** Çocuklarda ve ergenlerde irritabl 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 semptomlar bir mikst epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

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

D. Bu semptomlar 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.

E. Bu semptomlar yasla daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitirilmesinden sonra bu semptomlar 2 aydan daha uzun sürer ya da bu semptomlar, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık derecesinde uğraşıp durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir (49).

2.1.2 Distimik Bozukluk

Distimik Bozukluk hemen her gün, gün boyu süren depresif duygudurumla belirlenen süregelen bir bozukluktur. Distimik bozukluk tüm toplumda % 5-6 oranında görülmektedir. Kadınlarda erkeklere göre daha sıktır. Ayrıca bekârlarda, gençlerde ve düşük gelirli grupta daha sıktır (65). DSM-IV-TR’de distimik bozukluk tanısı için en az 2 yıllık bir sürede zamanın büyük çoğunluğunu kaplayan depresif bir duygudurumun varlığı gereklidir. Hasta asla manik ya da hipomanik ataklar geçirmemelidir ve hastada MDB’a daha iyi uyacak belirtiler bulunmamalıdır (45).

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 subseptomatik düzeyde olduğu görülmüştür.

Distimik bozuklukta komorbidite siktir. Distimiklerin sadece %25-30' unda yaşam boyu diğer psikiyatrik bozukluklar görülmemiştir. MDB ve alkol madde kötüye kullanımı sıklıkla eşlik eder. Klinikte yatarak tedavi gören distimiklerin ise %80-90'ında distiminin üzerine eklenmiş major depresyon mevcuttur. Distiminin üzerine major depresyonun eklenmesi çifte depresyon olarak isimlendirilmiştir (66).

Distimik bozukluk yaygınlığı fazla, tanısı az konulan bir klinik tablodur. Distimik hastalar sıklıkla birinci basamaktaki tedavi merkezlerine başvururlar. Çoğu hiç tanı almaz ya da mevcut tabloya daha ciddi bir major depresyon eklenince tanı alırlar (66). 2008 yılında yapılan “Türkiye Ruh Sağlığı Profili” araştırmasında toplumda distimi yaygınlığının % 1.6 olduğu görülmüştür (55).

Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ise birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran hastalarda distimi sıklığının % 3.5 olduğu; illere göre sıklığın %0-6.4 arasında değiştiği; sıklığın kadınlar ve erkeklerde farklılık göstermediği; distimi tanısı konan hastaların % 73.9'unda en az bir kronik hastalık bulunduğu; % 78.3'ünün aynı zamanda majör depresyon tanı ölçütlerini karşıladığı gözlenmiştir. Distimili hastaların % 71.4'ü yalnızca bedensel yakınmalarla hekime başvurmaktadır (67).

Distimik Bozukluk için DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri

A. Kişinin, ya kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirli, en az iki yıl ve hemen her gün yaklaşık gün boyu süren depresif bir duygulanımın olması. (Not: çocuklarda ve ergenlerde duygudurum irritabl 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. Bu bozukluğun ilk iki yılı (çocuklarda ve ergenlerde ilk bir yılı) boyunca MDB dönemi geçirilmemiştir; yani bu bozukluk kronik MDB ya da kısmi remisyonda MDB olarak daha iyi açıklanamaz.

Not: Distimik Bozukluğun gelişmesinden önce tam remisyona girmiş olması koşulu ile iki ay süreyle belirgin belirti ya da bulguların olmaması- daha önce bir MDB dönemi geçirilmiş olabilir. Bunun yanı sıra, Distimik bozukluğun ilk iki yılından sonra (çocuklarda ve ergenlerde bir yıl) üzerine MDB'un bindiği dönemler de olabilir; MDB dönemi tanı ölçütlerinin karşılandığı bu durumlarda her iki tanı birlikte konur.

E. Daha önce bir Manik Dönem, ya da bir Hipomanik Dönem geçirilmemiştir ve Siklotimik Bozukluk için tanı ölçütleri hiçbir zaman karşılanmamıştır.

F. Bu bozukluk sadece, Şizofreni ya da Sanrısız Bozukluk gibi kronik psikotik bir bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamıştır.

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

Varsa belirtiniz:

Erken başlangıçlı: 21 yaşından önce başlamışsa;

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

Belirtiniz (Distimik bozukluğun son 2 yılı için)

Atipik özellikler gösteren

2.1.3 Başka Türü Adlandırılmayan Depresif Bozukluk

2.1.3.1 Minör Depresif Bozukluk

Minör Depresif Bozukluk DSM-IV-TR Ek Bölüm B' de tanı kategorisi olarak yer almış ve major depresyon ölçütlerine gönderme yapılarak ele alınmıştır. Minör Depresif Bozukluk MDB'da görülenden daha az şiddette depresif belirti atakları ile belirginleşir. Buna göre minör depresif bozukluk, en az iki hafta süren ve major depresyonun sekiz semptomundan en az iki ancak beşten az belirti bulunması durumudur (45).

Distimik bozukluk ile minör depresif bozukluk arasındaki ayrım minör depresif bozukluktaki belirtilerin ataklarla giden doğasıdır. Ataklar arasında minör depresif bozukluklu hastalarda ötimik bir duygudurum bulunur, ancak distimik bozukluklu hastalarda özellikle hiçbir ötimik dönem bulunmaz.

Epidemiyolojik çalışmalar minör depresif bozukluk nokta prevalansının % 2-5 olduğunu, minör depresif bozuklukta işlevsellikte bozulma olduğunu ve MDB görülme riskinin arttığını, özellikle depresif duygudurum veya anhedoni varlığında işlev bozukluğu ve MDB gelişme riskinin daha fazla olduğunu göstermektedir (68).

DSM-IV-TR Ek Bölüm B Minör Depresif Bozukluk için Araştırma Ölçütleri:

A. Aşağıdaki gibi tanımlanmış bir duygudurum bozukluğu:

(1) Aşağıdaki belirtilerden en az ikisi (ama beşten azı) aynı iki haftalık dönem sırasında bulunmuştur ve önceki işlevsellığe göre değişikliği temsil eder; belirtilerden en az biri (a) ya da (b)'dir:

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

(b) 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).

(c) 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.

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

(e) 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).

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

(g) 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).

(h) 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).

(i) 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. Hiç bir zaman bir MDB bulunmamıştır ve Distimik Bozukluk ölçütleri karşılanmamıştır.

C. Hiçbir zaman bir Manik Epizod, bir Mikst Epizod ya da bir Hipomanik Epizod bulunmamıştır ve Siklotimik Bozukluk ölçütleri karşılanmamıştır.

D. Duygudurum bozukluğu sadece Şizofreni, Şizofreniform Bozukluk, Şizoaffektif Bozukluk, Sanrısız bozukluk ya da Başka Türü Adlandırılmayan Psikotik Bozukluk sırasında ortaya çıkmaz.

2.1.3.2 Yineleyici Kısa Depresif Bozukluk

Yineleyici Kısa Depresif Bozuklukta kısa süreli (iki haftadan daha kısa) depresif belirtilerle giden ataklar görülür. DSM-IV-TR ekinde tanı kategorisi olarak yer almaktadır. Bu hastalar atakları eğer daha uzun sürerse MDB ölçütlerini de karşılayacaktır. Distimik bozukluklu hastalardan iki noktada ayrılır; yineleyici kısa depresif bozukluk ataklarla seyrederek ve belirtileri daha şiddetlidir (45).

Epidemiyolojisi ile ilgili geniş çalışmalar bulunmamaktadır. Mevcut veriler yirmili yaşlarını süren kişilerde bu bozukluğun 10 yıllık prevalansının %10 olabileceğini göstermektedir. Genel toplumda 1 yıllık prevalans oranının % 5 olduğu tahmin edilmektedir (58).

DSM-IV-TR araştırma ölçütleri her atak için belirtilerin süresinin iki haftadan kısa olmasını belirler. Yineleyici kısa depresif bozukluk ve MDB için tanı ölçütleri temelde aynıdır. Klinik özellikleri hemen hemen major depresif bozukluklularla aynıdır (45).

DSM-IV-TR Ek Bölüm B Rekürren Kısa Depresif Bozukluk için Araştırma Ölçütleri:

- A. Süre dışında, ölçütler Major Depresif Epizodu karşılar.
- B. A ölçütündeki depresif dönemler en az 2 gün ama 2 haftadan kısa sürer.
- C. Depresif dönemler 12 ardışık ay boyunca, en az ayda bir kez ortaya çıkar ve menstrüel döngü ile ilişkili değildir.
- D. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.
- E. Bu semptomlar 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.
- F. Hiç bir zaman bir MDB bulunmamıştır ve Distimik Bozukluk ölçütleri karşılanmamıştır.

G. Hiçbir zaman bir Manik Epizod, bir Mikst Epizod ya da bir Hipomanik Epizod bulunmamıştır ve Siklotimik Bozukluk ölçütleri karşılanmamıştır. Not: Eğer tüm manik, mikst ya da hipomanik benzeri epizodlar madde ya da tedavi ile uyarılmış ise, bu dışlama uygulanmaz.

H. Duygudurum bozukluğu sadece Şizofreni, Şizofreniform Bozukluk, Şizoaffektif Bozukluk, Sanrısız bozukluk ya da Başka Türü Adlandırılmayan Psikotik Bozukluk sırasında ortaya çıkmaz.

2.1.3.3 Premenstrüel Disforik Bozukluk

DSM-IV-TR' in PMDB tanı kriterleri premenstrüel dönemde ortaya çıkan ve menstruasyon ile kaybolan fiziki ve emosyonel şikâyetleri olan hastaları tanımlamaktadır. DSM-IV-TR' de PMDB, “Başka Türü Adlandırılmayan Depresif Bozukluklar” altında sınıflandırılırlar. PMDB tanısı için DSM-IV-TR' de bildirilen 11 belirtiden en az beşinin bulunması, işlevsellikte bozulmanın olması ve ileriye yönelik olarak en az ardışık 2 ay belirtilerin görülmüş olması gerekmektedir. DSM-IV-TR'de Premenstrüel Sendrom (PMS) için ölçütler verilmemiş; şiddetinin hafifliği, işlev bozukluğunun daha hafif oluşu ile PMDB' dan ayırt edilebileceği belirtilmiştir (45).

ICD-10'a göre PMS demek için premenstrüel evrede bir psikolojik (huzursuzluk, konsantrasyon güçlüğü, uyku bozukluğu, iştah değişiklikleri) veya fiziksel (şişkinlik, kilo artışı, memelerde hassasiyet gibi) belirti olması yeterlidir (69).

PMS belirtileri menarştan sonra herhangi bir yaşta başlayabilir. Her ne kadar ortalama başlangıç yaşı 26 olarak bildirilmişse de aslında PMS gençlik döneminde başlayan bir bozukluktur, ancak gençlerde belirtiler tedavi gerektirecek kadar şiddetli değildir (70,71). PMS belirtileri 25-35 yaş arasındaki kadınlarda diğer yaşlara göre daha şiddetlidir ve yaşla birlikte artarken, menopoza yaklaştıkça da azalmaktadır (72).

Pek çok ruhsal bozukluğun (MDB, panik bozukluk, şizofreni, bulimiya nevroza gibi) veya bedensel hastalığın (migren, astım, epilepsi gibi) adet döngüsünün premenstrüel döneminde kötüleştiği bilinmektedir. Bu fenomene “adet öncesi

alevlenme” denir. Adet öncesi evrede alevlenme yaşayan kadınların adet döngüsünün kanama sonrası evresinde de belirgin yakınmaları vardır (73).

Türkiye’de PMS ve/veya PMDB yaygınlığını araştıran çalışmalarda PMS yaygınlığı % 5.9-76, PMDB yaygınlığı ise % 4-8 olarak bulunmuştur (74). PMDB tanısı alanlarda yaşam boyu depresyon görülme sıklığı % 30-70 arasındadır (75). Ayrıca PMDB tanısı alan kadınlar diğer üreme ile ilgili olaylarda (lohusalık ve perimenopoz gibi) da depresyon geçirme açısından risk altındadır (76).

DSM-IV-TR Ek Bölüm B Premenstrüel Disforik Bozukluk Araştırma Ölçütleri:

A. Son yıl içinde çoğu menstrüel siklusta, luteal evrenin son haftası sırasında, zamanın büyük bir bölümünde belirtilerden en az biri (1), (2), (3) ya da (4) olmak üzere aşağıdaki belirtilerin beşi ya da daha fazlası bulunmuştur, folliküler evrenin başlangıcından sonra birkaç gün içinde bu belirtiler düzelmeye başlamıştır ve menstruasyondan sonraki haftada kaybolmuştur.

(1) Belirgin olarak depresif duygudurum, umutsuzluk duyguları ya da değersizlik düşünceleri

(2) Belirgin anksiyete, gerilim, coşkulu ya da sınırdan olma duyguları veya gerginlik (esas belirti)

(3) Duygulanımda belirgin değişkenlik (örn. Kendini aniden üzgün ya da ağlamaklı hissetme ya da reddedilmeye duyarlılıkta artma)

(4) Sürekli ve belirgin öfke, irritabilite ya da kişilerarası çatışmalarda artma

(5) Olağan etkinliklere karşı ilgide azalma (örn. İş, okul, arkadaşlar, hobiler)

(6) Öznel olarak dikkatini yoğunlaştırmada zorluk

(7) Uyuşukluk, kolay yorulma ya da belirgin enerji yitimi

(8) İştahta belirgin değişiklik, aşırı yeme ya da belirli gıdalara aşırma

(9) Aşırı uyku ya da uykusuzluk

(10) Öznel olarak bunalma ya da denetimden çıkma duygusu

(11) Memelerde gerginlik ya da şişkinlik, baş ağrıları, eklem ya da kas ağrısı, şişkinlik duygusu, kilo alma gibi diğer fiziksel semptomlar.

Not: Menstruasyon gören kadınlarda, luteal evre, ovulasyon ile menstruasyonun başlangıcı arasındaki döneme karşılık gelir ve folliküler evre menstruasyon ile başlar. Menstruasyon görmeyen kadınlarda (örn. histerektomi geçirmişlerde), luteal ve folliküler evrelerin zamanlaması dolaşımdaki üreme hormonlarının düzeylerinin ölçümünü gerektirir.

B. Bu bozukluk belirgin olarak iş ya da okulu ya da olağan toplumsal etkinlikleri ve diğer insanlarla ilişkileri engeller (örn. Toplumsal etkinliklerden kaçınma, okul veya işte üretkenlikte ve etkililikte azalma).

C. Bu bozukluk sadece MDB, panik bozukluk, distimik bozukluk veya kişilik bozukluğu gibi başka bir bozukluğun belirtilerinin alevlenmesi değildir.

D. A, B ve C ölçütleri en az iki ardışık belirtili döngüde ileriye dönük günlük ölçümlerle destelenmelidir (Bu tanı saptamadan önce geçici olarak konabilir).

2.2 Gebeliğe Uyum

2.2.1 Gebelik Fizyolojisi

Normal gebelik fertilizasyondan doğuma kadar yaklaşık 267 günlük bir sürede herhangi bir rahatsızlık veya antenatal komplikasyon olmadan, canlı bir fetüsün doğumuyla sonuçlanan fizyolojik bir olaydır (77). Spermilerin vajene dökülmesinden sonra spermlerden birinin yumurta ile birleşmesi sonucunda fertilizasyon gerçekleşir. Zigot adını alan bu döllenmiş yumurtadan önce morula sonra blastosist meydana gelir. Blastosist 3. gün uterus kavitesine ulaşır, 24 saat kadar kavitede serbest kaldıktan sonra implantasyon başlar. İmplantasyonun gerçekleşmesi için endometrium hazırlanmış olmalıdır. İmplantasyon uyarısından kaynaklanan endometriyumun hücresel ve vasküler değişiklikleri desidual reaksiyon adıyla tanımlanır. Gebeliğin devamı için yeterli progesteron desteği ve zigottan gelen erken parakrin işaretler var olmalıdır (78-80).

Gebelik 40 hafta devam eden bir süreçtir ve her biri yaklaşık üçer aydan oluşan bölümlerin her biri gebelikte bir dönüm noktasıdır. Fetüs açısından bakıldığında ilk üç ay daha çok hücrelerin çoğaldığı ve organların oluştuğu dönemdir, sonraki ikinci ve üçüncü üç aylık dönemde oluşan bu organların gelişme süreci açısından önemlidir (81).

2.2.2 Gebelikte Oluşan Hormonal Değişiklikler

Plasental hormonlar insan gebeliğindeki endokrin ortama hakimdir. İnsan plasentası özellikle hipotaloma-hipofizer aksı taklit eder. Human Koryonik Gonadotropin Hormonu (HCG), biyolojik ve immünolojik olarak hipofizer Luteinizan hormona (LH) benzerlik gösterir (82). Sinsitotrofoblast hücreleri tarafından salgılanan HCG gebeliğin 9. gününde anne plazmasında saptanabilir. Erken gebelikte salgılanmaya başlayan HCG hızla artar, 9-12. haftalarda pik değerlere ulaşır, sonra azalır, plato çizer ve tüm gebelik boyunca aynı seviyelerde devam eder. HCG korpus luteumun işlevinin devam etmesini sağlar, bu etkiyle korpus luteumdan östradiol ve progesteron salgılanır, daha sonra plasenta bunları yeteri kadar üretmeye başlayınca HCG geriler (79).

İnsan gebeliğinde üretilen ana östrojen, östrodiol değil östrioldür. Gebelik ilerledikçe konsantrasyonları artar. Gebelikte östron ve östrodiol gebelik öncesi döneme göre 100 kat artmıştır. Östriol ise gebelikte gebelik öncesi döneme göre 1000 kat artmıştır. Östriol ilk kez gebeliğin 9. haftasında tespit edilir, 31-35. haftalarda plato çizer, 35-36. haftalarda tekrar yükselir. Gebeliğin erken dönemlerinde maternal serum progesteron değerleri ortalama 10 ng/ml iken, doğumda bu değer 100-200 ng/ml'e ulaşır. Gebelik sırasında prolaktin düzeyleri yükselir. Sekizinci haftada zirve yaparak 200-300 ng/ml düzeylere ulaşır. Amnion sıvısı düzeyleri yirminci haftaya kadar belirgin dereceye kadar artar ve doğuma kadar azalır (82).

Gebe bir kadında üretilen östrojen miktarı gebe olmayan bir kadının üç yılda ürettiği miktara eşittir. Progesteron hormonu da gebe bir kadında gebe olmayan bir kadına göre 10 kez daha fazladır. Östrojen uterus kaslarının büyümesini, pelvis eklemleri ve bağlarında gevşeme ve yumuşama yapar. Memenin kanal sisteminin büyümesini arttırır (79).

2.2.3 Gebelikte Oluşan Ruhsal Değişiklikler

Gebe kadınların gebeliğe karşı tutumlarını etkileyen bazı faktörler vardır. Bu faktörler; gebenin kendi bireysel ve kişisel deneyimleri, kültür düzeyi, yaşam felsefesi, ailedeki mutluluk derecesi, ailedeki bireylerin gebeliğe karşı tutumları, ailenin sosyal ekonomik yapısı, anneliğe hazırlıklı olma, önceki ruhsal hastalıklar, önceki abortus,

gebelikte medikal olarak yüksek risklerin olup olmadığı, ailedeki çocuk sayısı, gebeliğin istenen ya da istenmeyen, planlanmış ya da planlanmamış olmasıdır (83,84).

Gebelikte her trimesterin kendine özgü psikolojik uyum süreci olduğu belirtilmektedir (85). Gebe kadın özellikle ilk trimesterde bir dizi ruhsal ve duygusal süreçler yaşar. İlk trimesterde, kadın fiziksel durumdaki değişikliklere uyum sağlamak zorundadır. Bu dönemde yorgunluk, bulantı ve kusma gibi fizyolojik belirti ve bulgulara paralel olarak, oral döneme gerileme özellikleri görülür. Sıklıkla hafif düzeyde depresif ruh hali ortaya çıkar, ancak bu durum genellikle ikinci ve üçüncü trimesterlere kadar devam etmez (86). İlk trimester genellikle yeni duruma ve gebe olduğu gerçeğine uyumdur. Eğer istenilen gebelikse mutluluk, haz, doyum duygusu yaşanır. Kuşkusuz kadının aile durumu, iş durumu, eşle ilişkisi, gebelik durumunun yaratacağı yeni güçlük ve gereksinimler; bu gerçeğe karşı geliştirilen tutum da etkilidir. Bu dönemde duygu ve mizah değişiklikleri de görülür.

İkinci trimesterde, 16–20 haftalar arasında, bebeğin hareketleri anne tarafından hissedilmeye başlanır ve bu dönem annenin doğacak bebeğine ilişkin beklentilerinin belirlendiği dönemdir (85). Kendi vücudunda taşıdığı bebek ile olan ilişkisi, gebe kadının geçmişte kendi annesiyle ve ailesiyle yaşadığı duyguları ortaya çıkarır. Kendisi anne rolüne uyum sağlarken, kendi annesiyle yaşadığı özdeşleşmeye ilişkin duygular ortaya çıkar. Fetüsle olan biyolojik bağ daha derin ve yakından hissedilir. Bu simbiyotik ilişki ve bağ yanında, yeni canlı ayrı bir varlık olarak hissedilmeye başlanır (86).

Üçüncü trimesterde ise doğum olayı ile ilgili bir takım kaygılar ortaya çıkmaya başlar (85). Yeni canlı annenin bütün sistemlerini etkilemiştir. Doğum yaklaştıkça, doğumun nasıl olacağına, bebeğin sağlıklı olup olmayacağına ilişkin endişeler ön plana çıkar. Bunun yanında, doğumu takiben bebeğin bakımı, annelik rol ve işlevlerini yeterince yürütüp yürütemeyeceği endişeleri dikkati çeker. Doğum korkusunun, yetersizlik, kendini kontrol edememe, beden ve duygusal denetim endişesi ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Bu dönemde gebe kadının bilgilendirilmesi, açıklamalarla yönlendirilmesi yararlı olabilmektedir. Eş desteği kuskusuz önemlidir. Bu ruhsal tepki ve kaygılar şiddetlenirse veya gebeliği komplike hale getirirse, psikiyatrist ile işbirliği gerekebilir (85,86).

Gebe kadınların gebeliğe karşı tutumlarını etkileyen bazı faktörler vardır. Bu faktörler; gebenin kendi bireysel ve kişisel deneyimleri, kültür düzeyi, yaşam felsefesi, ailedeki mutluluk derecesi, ailedeki bireylerin gebeliğe karşı tutumları, ailenin sosyal ekonomik yapısı, anneliğe hazırlıklı olma, önceki ruhsal hastalıklar, önceki abortus, gebelikte medikal olarak yüksek risklerin olup olmadığı, ailedeki çocuk sayısı, gebeliğin istenen ya da istenmeyen, planlanmış ya da planlanmamış olmasıdır (83,84).

2.2.4 Gebelik ve Psikiyatrik Hastalıklar

Gebelik dönemi kadınların ruhsal olarak en hassas oldukları ve bu nedenle psikiyatrik hastalık riskinin arttığı bir dönemdir (87). Gebelik ve doğum önemli biyolojik değişikliklerin yaşandığı fizyolojik bir süreç olduğu kadar, erken gelişim dönemlerine ilişkin bastırılmış ve çözülmemiş çatışmaların yeniden gündeme geldiği karmaşık psikolojik bir süreçtir. Birçok kadın gebelik ve doğuma bağlı olarak oluşan fizyolojik, psikolojik, sosyal değişimlere kolaylıkla uyum sağlarken, bazı kadınlarda hafif, orta, şiddetli düzeylerde ruhsal hastalıklar ortaya çıkmaktadır (88).

Gebelik ve doğum sonrası dönemde karşılaşılan anksiyete yaygınlığı üzerine çalışma bulguları çok sınırlıdır ve oldukça farklılık göstermektedir. Goebert ve ark.nın 2007 yılında 84 gebe kadının dahil edildiği çalışmalarında örneklemin % 61'inde en az bir ruhsal rahatsızlık bulunduğu, % 13'ünde olası bir anksiyete belirtisinin olduğu bildirilmiştir (89). Gebelik ve doğum sonrası dönemdeki Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) ve Yaygın Anksiyete Bozukluğunun (YAB) yaygınlığı genel topluma oranla daha yüksek olup yaygınlık oranları gebelik ve doğum sonrası dönemde de farklılık göstermektedir. Ross ve Mclean gebelik dönemindeki OKB yaygınlığının (% 0.2-1.2) doğum sonrası döneme (% 2.7-3.9) göre daha düşük olduğunu bildirmiştir (90). Geriye dönük yapılan çalışmalarda gebe olmayan OKB'li hastaların önemli bir kısmında başlangıcın postpartum dönem olduğu ya da bu dönemde alevlendiği bildirilmiştir (91-93). OKB başlangıcı ilk çocuğun doğumundan sonra daha sıktır. Gebelik esnasında başlayan OKB'de bulaşma obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları daha sıkken, gebeliği takiben gelişen OKB' de ise çocuğuna zarar geleceği düşünceleri ve fobik kaçınmanın ön planda olduğu bildirilmiştir (94).

Gebeliğin bipolar bozukluk üzerine etkisi belirsizdir (4). Bazı yazarlar bipolar bozukluklu kadınlarda gebelikten önceki ve sonraki dönemle kıyaslandığında gebeliğin koruyucu etkisinden söz ederken bazıları ise gebeliğin duygudurum bozukluklarına karşı koruyucu olmadığını ve depresyonun daha çok postpartum dönemde görüldüğünü bildirmişlerdir (95,96). Geniş bir çalışmada önceden tanımlı bipolar bozukluklu hastaların yaklaşık yarısının gebelikte ataklar yaşadığı bildirilmiştir (97). Viguera ve ark.nın yaptıkları bir çalışmada, idame tedavisi hızlıca kesilmiş bipolar bozukluklu kadınlarda gebeliğin yeni ataklar için riski artırdığı bildirilmiştir (98-100). Bipolar kadınlar doğum sonrası dönemde akut ve sıklıkla psikotik mizaç atağı açısından yüksek risk altındadırlar. Bu riskin % 20-50 arasında değiştiği bildirilmiştir (101).

Gebelik sırasında ilk psikoz atağı görülmesi oldukça nadirdir. Önceden psikoz öyküsü olan kadınlarda, özellikle de önceki gebeliğinde psikotik atak öyküsü olanlarda gebelikte nüks oranları yüksektir (102). Psikotik semptomların gebelikte en yaygın görülme şekli bipolar bozukluktur, psikotik depresyon ve şizofreni izleyen sırayla görülen diğer şekillerdir (101,103).

Gebe kadınlarda yeme bozukluğu prevalansı yaklaşık %4.9'dur (104). Çalışmalar gebelik sırasında yeme bozukluğu belirtilerinin şiddetinin azaldığı yönünde bildirimler verirken (105), anne ve fetus üzerinde bu hastalığın pek çok olumsuz etkisi bilinmektedir. Yakın tarihli bir çalışmada aktif yeme bozukluğu olan gebe kadınların sezaryen ile doğum ve postpartum depresyon için artmış risk taşıdıkları bildirilmiştir (106). Ayrıca gebelik sırasında görülen yeme bozukluğu düşük ve düşük doğum ağırlıklı bebek riskini artırmaktadır (107).

2.3 Gebelik ve Depresyon

Uluslararası çalışmalar depresyonun büyük çoğunluğunun gebelik, doğum, lohusalık gibi doğurganlık süreçlerini içine alan 18-44 yaş aralığındaki kadınlarda görüldüğünü belirtmektedir (108,109). Bu süreçlerden 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 (110). Gebeliğin ruhsal bozukluklar için koruyucu bir dönem ya da “kendini iyi hissetme” dönemi olduğu düşüncesi son yıllarda kabul görmemektedir (14,111).

Literatürde gebelik ve doğum dönemlerinin neden olduğu nöroendokrin ve psikososyal değişikliklerin yaşamın diğer dönemleriyle kıyaslanmasının mümkün olamayacağı belirtilmektedir (112).

Depresyon, hafif ya da ağır düzeyde, hamilelikte en sık görülen ruhsal bozukluktur (10). Yapılan çalışmalara göre gebelikte depresyon ve depresif semptom görülme sıklığının % 5-51 arasında değiştiği bildirilmektedir (109).

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 komplike hale getirir (113,114).

Yapılan bir çalışmada gebelik süresince yaşanan anksiyete ve depresif semptomların doğum sonrası dönemde görülen postpartum depresyonla arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir. Gebe kadınların % 70 ve fazlasında depresif semptomlar bildirilmiş ve %10-16 kadarının ise major depresyon için tüm kriterleri içerdiği belirtilmiştir (112). Gebelikte depresyon, % 50-62 oranında postpartum 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 (111).

2.3.1 Gebelikte Depresif Bozukluk Etiyolojisi

Kadınlarda hayat boyu duygudurum bozukluğu prevalansı erkeklere kıyasla yaklaşık iki kez daha fazladır (115). 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 (116).

2.3.1.1 Genetik Faktörler

Genetik ve hormonal etkenler gibi biyolojik değişkenler, gebelik dönemindeki depresyonu, psikososyal stresörlere ve anksiyete semptomlarına direnci düşürerek dolaylı yoldan etkilemektedir (117). 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 (21).

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 (118). Serotonin taşıyıcı (5-hydroxytryptamine transporter, SERT) gen, serotoninin taşınmasındaki rolü nedeniyle psikiyatrik bozuklukların etiyolojisinde rol oynadığı öne sürülmektedir (119). Bu gen için iki polimorfizm tanımlanmıştır. Bunlardan biri olan Serotonin taşıyıcı geni promotor 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 (120).

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 (121). Seks hormonları seviyesindeki değişikliklerle ilgili olarak diğer tecrübeler de depresyonla ilişkili bulunmuştur. Bu tecrübelerin 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 (122), PMDB'un diğer duygudurum bozuklukları ile yakın ilişkisi ve benzerlikleri (75), gebelik ve postpartum dönemde testosteron ve progesteronun duyguduruma kötü etkileri (123), perimenopozal dönemde kadınlarda depresif yakınmaların arttığı (124,125) ve hormon replasman tedavisinin perimenopozal dönemdeki depresif belirtileri azalttığı ya da yok ettiği gösterilmiştir (126).

Östrojen ve diğer seks steroidlerinin psikiyatrik hastalıklarla ilgili rolü ve potansiyel ilişkisi bilimsel ilginin odağı olmuştur. Östrojen, progesteron, allopregnanolon gibi nörosteroidlerin serotonin ve GABA sistemleri üzerinde etkili oldukları ve bu sistemler üzerinden bilişsel fonksiyonları etkiledikleri, duygudurumun düzenlenmesi ve bellek üzerinde etkili oldukları bilinmektedir. Östrojen ve progesteron kendi spesifik reseptörleri üzerinden etki ederken allopregnanolon GABA-A reseptörleri üzerinden etki eder. Östrojen; serotonin, noradrenalin ve asetilkolinin agonisti olarak tanımlanmıştır, aynı zamanda dopamin sistemi üzerine modüle edici etkisi vardır. Östrojen tek başına duygudurumda düzelme sağlarken, progesteronun tek başına duygudurum ve bellek üzerinde kötü etkileri vardır. Östrojen tek başına veya progesteronla birlikte beyin farklı bölgelerinde serotonin sistemini farklı etkiler. Bu da kısmen duygudurum üzerindeki negatif etkileri açıklar. Allopregnanolon gibi progesteron metabolitleri de kognitif fonksiyonları etkiler. Bu nedenle, menstrüel siklusa meydana gelen duygudurum değişiklikleri, postpartum depresyon, majör depresyon ve epilepsi direkt veya dolaylı olarak allopregnanolon ile ilişkilidir (127).

Gebelik ve doğum sonrası dönemde birçok hormonal değişiklikler gözlenir. Hamilelik dönemi boyunca yüksek düzeylerde seyreden östrojen ve progesteron seviyelerinde doğum sonrası gözlenen ani düşüş, hipotalamo-pituiter-adrenal eksenini (HPA) belirgin olarak baskılar, bu da depresyona yatkınlıkta artışa sebep olur (115). Doğum sonrası 9. haftada Beck Depresyon Envanteri (BDE) kullanarak yapılan bir çalışmada hamileliğin 36 haftası süresince ve postpartum 2. günde ölçülen serum

östradiol seviyelerinin depresif kadınlarda, depresyonu olmayan kadınlara göre daha düşük seviyelerde olduğu bulunmuştur. Benzer sonuçlar gebeliğin 34, 38. ve postpartum dönemin 1, 3, 4, 6 ve 8. günlerinde ölçülen östradiol sonuçlarıyla da elde edilmiştir. Östrojen ve progesteron gebeliğin üçüncü trimesterinin sonunda menstürel siklustaki en yüksek seviyeleri olan 10 ve 50 katına çıkarlar, doğumdan sonra da normal seviyelerine dönerler (128).

Postpartum dönemdeki kadınların duygudurumları ve altında yatan etiyojisi hakkında yapılan çalışmaların çoğunun retrospektif metotlarla yapılması birbiriyle çelişen verilerin ortaya çıkmasına sebep olmuştur (129). Fakat çoğu araştırmacı ve klinisyen, perinatal duygudurum değişikliklerinde biyolojik ve psikososyal risk faktörlerinin birleşik etkilerinin sorumlu olduğunda görüş birliği içindedir (130).

2.3.1.3 Stres ve Çevresel Faktörler

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 (131).

2.3.2 Gebelikte Depresif Bozukluk Epidemiyolojisi

Postpartum depresyon üzerine çok sayıda çalışmalar yapılmış olmasına karşın gebelik depresyonuna ilişkin araştırmalar sınırlı sayıdadır (109). Ayrıca 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 (hangi trimester, 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 (21).

Değişik kültürlerde gebelik döneminde depresyon yaygınlığını araştıran çalışmalarda depresif belirti görülme sıklığı Macaristan'da % 17.9 (132), Amerika'da %20 (133), Kanada'da % 25 (134) ve Finlandiya'da % 30 (135) olarak bulunmuştur.

Yapılan araştırmalara göre gebelikte depresyon ve depresif belirti görülme sıklığının % 5–51 arasında değiştiği bulunmuştur (129).

Türkiye'de bu konuda sınırlı sayıda çalışma mevcut olmakla birlikte, BDE'ne 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 bulmuşlardır (14-16). Gölbaşı ve ark. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği'ne (EPDÖ) göre yaptıkları çalışmada; gebelikte depresif belirti görülme sıklığını % 28.6 olarak belirtmişlerdir (136).

Gebelikte depresyon yaygınlığı ile ilgili popülasyon bazlı yapılmış birkaç çalışma vardır. Evans ve ark.nın EPDÖ'ne göre yaptıkları çalışmada 13.799 kadının %13,5'inde gebelik sırasında depresif semptomlar tespit edilmiş, postpartum sekizinci haftada bu oran % 9.1 bulunmuştur (137). Depresif semptomların EPDÖ ile değerlendirildiği başka bir çalışma Josefsson ve ark. tarafından 2001'de yapılmış, çalışmaya alınan 1558 kadının gebelik sırasında depresyon prevalansı % 17, postpartum depresyon prevalansı % 13 olarak bildirilmiştir (138).

Gebelikte depresif belirti görülme sıklığı gebelik trimesterlerine göre de değişkenlik gösterebilmektedir. Literatürde gebeliğin ikinci trimesterine göre birinci ve üçüncü trimesterinde anksiyete ve depresyonun daha fazla yaşandığı belirtilmektedir (110,139).

Bennet ve ark.nın, sistematik gözden geçirme çalışmasında depresyon yaygınlığı; gebeliğin ilk trimesterinde %7.4, ikinci trimesterde %12.8 ve üçüncü trimesterde % 12 olarak bildirilmiştir. Bu araştırmada gebelikte depresyon prevalansı ile ilgili 714 çalışma incelemiş ve bu çalışmalardan incelemeler sonunda 21 çalışma analiz edilmiştir. Makalelerin 11'i kesitsel, 10'u prospektif çalışma olup sekiz makalede hem BDE hem de EPDÖ kullanılmıştır. Yedi makalede yapılandırılmış görüşme kullanılmış ve iki makalede hem yapılandırılmış görüşme hem de BDE kullanılmıştır. Oranlar

metotlar arasında kıyaslandığında (BDE, EPDÖ ve yapılandırılmış görüşme) sadece BDE ve yapılandırılmış görüşme arasında anlamlı fark bulunmuş, BDE kullanılarak yapılan çalışmalarda daha yüksek oranlarda depresyon prevalansı saptandığı bildirilmiştir (90).

Bunevicius ve ark. çalışmalarında gebelik depresyonunun en fazla ilk trimesterde görüldüğünü ve bu trimesterde yüksek oranda görülmesini de gebeliğin plansız ve istenmeyen olması, düşük gelir ve eğitim düzeyinde olunması, gelir getiren bir işte çalışmama değişkenleriyle ilişkili olduğunu saptamıştır (140). Chen ve ark. Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası-Centre for Epidemiological Studies and Depression (CES-D) ile gebelikte depresif semptom görülme sıklığını araştırmışlar; 1. trimesterde %8, 2.trimesterde %10 ve 3.trimesterde %2 olarak bulmuşlardır (141).

2.3.3 Gebelikte Depresif Bozukluk Risk Faktörleri

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

Yaş

Gebelik depresyonun yaş ile ilişkisini inceleyen çalışmalar gözden geçirildiğinde farklı sonuçlar olduğu görülmektedir. Arslan'ın gebelerle yaptığı çalışmasında yaş ile depresyon puanları arasında ilişki olmadığı bildirilmiştir (142). Gözüyeşil'in çalışmasında da yaşın gebelik depresyonunu etkilemediği belirtilmiştir (143). Bazı çalışmalarda ise genç yaşın gebelikte depresyon için bir risk etkeni olduğu bildirilmiştir (144). Lau ve ark.nın ikinci trimesterde olan 2178 gebe üzerinde yaptıkları bir araştırmada genç yaşta olma ile depresif bulgular arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir (145). Bödecs ve ark. 18 yaş altında olan gebelerde gebelik depresyonunun daha çok görüldüğünü saptamışlardır (132).

Medeni Durum

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 (146).

Eğitim Düzeyi

Literatürde birçok çalışma düşük eğitim düzeyinin gebelik depresyonu için bir risk faktörü olduğunu belirtmektedir. Gözüyeşil gebelerin depresyon puanları ile eğitim durumları arasında ilişki tespit etmiş olup üniversite mezunlarının daha düşük depresyon puanlarına sahip olduklarını belirtmiştir (143). Arslan'ın çalışmasında da eğitim düzeyi arttıkça depresyon puanının azaldığı bildirilmektedir (142). Benzer şekilde Virit ve ark.nın çalışmasında da gebelik depresyonunun eğitim düzeyi ile negatif yönde bir bağıntısı olduğu saptanmıştır (147).

Meslek

Bödecs ve ark. gelir getiren herhangi bir işte çalışmayanlarda gebelik depresyonunun daha çok görüldüğünü saptamışlardır (132).

Sosyoekonomik Durum

Gebelikte, özellikle düşük sosyoekonomik koşullara sahip kadınlarda depresif belirtilerin daha yaygın olduğunu gösteren birçok çalışma mevcuttur. Arslan'ın Isparta'da 2010 yılında yaptığı araştırmada gelir düzeyi azaldıkça depresyon puanlarının arttığı belirtilmiştir (142). Yanikkerem'in çalışmasında da benzer şekilde düşük gelir düzeyine sahip gebelerde depresyon puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (148). Figueiredo ve Secco'nun 2007 yılında yapmış oldukları iki ayrı çalışmada düşük sosyoekonomik koşullara sahip olan gebelerde depresyon semptomların yaygın olduğu belirtilmiştir (149,150).

Evlilik Yaşı

Literatürde ergenlikte ya da küçük yaşta gebe kalmanın depresyon için bir diğer risk faktörü olduğu belirtilmektedir. Figueiredo ve ark.nın Hollanda'da yaptıkları randomize bir çalışmada; 17-40 yaş arası gebelere göre ergenlik çağındaki gebeler hem gebelik süresince hem de postpartum dönemde anlamlı olarak daha fazla depresif belirti göstermişlerdir.(149). Gözüyeşil ve ark.nın çalışmasında genç yaşta evlenmenin depresyonu arttırmada etkili olduğu tespit edilmiştir (143).

İstenmeyen Gebelik

İstenmeyen gebelik depresyon için önemli bir risk etkeni olarak birçok çalışmada ortaya konulmuştur. Gözüyeşil'in yaptığı çalışmada istenmeyen gebelik, depresyon için bir risk faktörü olarak bulunmuştur (143) Yanikkerem ve ark.da çalışmalarında gebeliğini planlamayan kadınlarda depresyon puanlarını anlamlı olarak

daha yüksek bulmuşlardır (48). Lau ve arkadaşlarının ikinci trimesterde olan 2178 gebe üzerinde yaptıkları bir araştırmada, istenmeyen gebelik ile depresif bulgular arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir (145).

Şiddet Öyküsü

Literatürde geçmişinde şiddet gören kadınlarda gebelik depresyonu riskinin artış olduğunu belirten çalışmalar vardır. Sevindik' in çalışmasında şiddete uğrayan gebe kadınlarda depresyon puanları daha yüksek olarak bulunmuştur (14). Leigh ve ark. Avustralya'da 367 gebe üzerinde yaptıkları randomize çalışmada; geçmişinde şiddet gören kadınlarda gebelik depresyonu riskinin yüksek olduğunu saptamışlardır (151).

Ruhsal Hastalık Öyküsü

Daha önce geçirilmiş, psikiyatrik hastalıkların gebelikte depresyon için önemli bir risk etkeni olduğu birçok çalışmada bildirilmiştir (16,144,152). Önceki gebelikte depresyon öyküsü varsa sonraki gebelik ve doğumlarda % 50-60 oranında tekrarlama riski vardır (83). Yonkers'ın araştırmasında antenatal fazda depresyon öyküsünün olmasının gebelik ve lohusa döneminde depresyon gelişimi için çok önemli bir belirleyici olduğu bildirilmiştir. (153).

Gebelikte İlaç Bırakılması

Gebelikteki diğer bir zorluk ise halen antidepresan sağaltımı alanların gebe kaldıkları zaman sağaltımlarını erken kesmeleridir. Gelişmiş toplumlarda bile planlanmamış gebelik oranı % 50'ye yakındır. Çoğu gebe kadın "bebek mi yoksa ilaç mı?" sorusuna ilacı kesme ile yanıt vermektedir. Bu durumda gebelik sırasında depresyonda alevlenme ya da yinelenme riski doğmaktadır. Özellikle de sağaltım kesildikten sonraki ilk 8 hafta alevlenme görülmesi açısından en riskli dönemdir (154).

Genel Tıbbi Durumlar

Gebelik ve postpartum dönem, latent olan ruhsal bozukluğu ortaya çıkarabilen bir dönemdir. Gebelikte ortaya çıkan her komplikasyon ve gebeliği riskli hale getiren her tıbbi sorun, psikiyatrik semptomlara yol açma potansiyelindedir. Gebelikte hipertansiyon ve diyabet gibi tıbbi sorunları olan hamile kadınlarda bu tür komplikasyonları olmayan gebe kadınlara göre daha fazla psikopatoloji saptanmıştır (155). Kalken ve ark.nın 230 gebe üzerine yaptıkları çalışmada; gebeliğin erken dönemindeki şiddetli bulantı ve kusmanın gebelikteki yaşanan anksiyete ve depresyonla ilişkisinin olduğu saptanmıştır (156).

Obstetrik Komplikasyonlar

Yanikkerem ve ark.nın 2004 yılında Manisa’da yaptıkları çalışmada düşük öyküsü olan kadınlarda gebelik depresyonunun daha sık görüldüğü tespit edilmiştir (148). Ülkemizde yapılan bir diğer çalışmada da düşük yapan kadınların bir sonraki gebeliğinde depresyon görülme riskinin arttığı belirtilmiştir (143). 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 (112).

Sosyal Destek

Sosyal destek eş, aile ve arkadaşlar tarafından sağlanan destektir. Sosyal destek gebeyi duygusal ve bilişsel olarak rahatlatmakta, sosyal imkânlardan daha fazla yararlanmalarına, stres etkeni ve kaygı ile daha fazla baş etmelerine yardımcı olmakta ve annelik rolüne geçişi kolaylaştırmaktadır. Gebenin sosyal destek sistemleri ile gebelik depresyonu arasında sıkı bir ilişki bulunmaktadır (147). Altınay gebelikte eş desteğinin olmamasının ya da yakın çevre ile iletişim zayıflığının depresyon gelişimine etkisi olduğunu saptamıştır (16). Aktaş ve arkadaşları, gebenin sosyal destek sistemleri ile depresyonu arasında negatif yönde güçlü bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir (139). Sosyal desteğin eksikliği ya da yokluğu hem gebelik hem de postpartum depresyon gelişimi için önemli risk faktörleridir. Sosyal destek düzeyinin, gebelik ve postpartum depresyonla ilişkisinin araştırıldığı Kanada’da yapılan bir çalışmada, gebelikte düşük düzeyde sosyal destek sistemine sahip olanlarda hem gebelik hem de postpartum depresyon riskinin anlamlı derecede arttığı gözlenmiştir (157). Leigh ve ark. Avustralya’da 367 gebe üzerinde yaptıkları randomize çalışmada sosyal desteği az ya da hiç olmayanlarda gebelik depresyonu riskinin yüksek olduğunu saptamışlardır (151). Gözüyeşil ve ark.nın yaptıkları bir çalışmada eşiyle evlilik uyumu iyi olmayan gebelerin depresyon puan ortalaması uyumu iyi olan gebelere göre anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır (143). Bu bulgular, evlilik ilişkisindeki sorunların gebelik depresyonu için bir risk etmeni olabileceğini telkin etmektedir.

2.3.4 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 (111,158).

Gebeliğin birinci trimesterindeki başlıca depresif belirti ve bulgular; uyku ve iştah değişiklikleri, duygulanım ve anksiyete durumlarında dalgalanma, aşırı yorgunluk, libido kaybı, konsantrasyon güçlüğüdür. Benzer şekilde gebeliğin üçüncü trimesterinde anksiyete, aşırı yorgunluk, uyku ve iştah bozuklukları, doğumla ilgili kaygılar görülebilmektedir. Bu depresif belirtiler gebeliğin ikinci trimesterinde daha az görülmektedir (111).

Literatürde, depresif belirtilerin gebe kadınlarda en az postpartum dönemdeki veya gebe olmayan kadınlardaki kadar sık ve yoğun görüldüğü belirtilmektedir (110). Gebelikteki depresif belirtiler genel depresyon belirtilerinden farklı olmamakla birlikte; hamile depresif hastalarda diğer depresif hastalara göre bulantı, mide ağrısı, sık soluk alıp verme, baş ağrısı gibi somatik şikâyetler anlamlı derecede fazla görülmektedir (158). Gebelikte de görülebilen bu belirtilere depresyon varlığında elemli affekt ve zevk alamama da eşlik eder. Gebeliğe bağlı fiziksel semptomlarda ise depresif duygudurum görülmez.

2.3.5 Gebelikte Depresif Bozukluk Sonuçları

Ruhsal hastalıkların annenin duygudurumunu etkileyerek, gebelikle ilgili olumsuz sonuçlar doğurabileceği ve tedavi almayanlarda maternal morbidite ve mortalite hızını (intihar girişimleri dâhil olmak üzere) arttırdığı bilinmektedir (109,111). Bu konu ile ilgili yapılan çalışmalarda depresyonun müdahale edilmediği takdirde çeşitli obstetrik komplikasyonlara ve doğumsal patolojilere yol açabileceği bulunmuştur (130,159).

Gebelik esnasında görülen psikopatolojik semptomların fetüs üzerinde olumsuz etkiler yarattığı düşünülmektedir. Gebeliğin hipertansif hastalıkları (preeklampsi-eklampsi), gebelikteki depresyonla ilişkili bulunan en önemli durumlar arasındadır.

Depresif annelerin; gebeliği sırasında sağlık personelinin 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 (109,160,161).

Depresyonda olan gebe kadınlarda, bulantı ve kusma, mide ağrısı, solunum problemleri, gastrointestinal sistem yakınmaları, kalp çarpıntısı ve baş dönmesi sorunları daha sık ortaya çıkmaktadır (158).

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 gestasyon haftasına göre daha küçük olduğu bildirilmiştir (162). Rahman ve ark. depresyondaki annelerin bebeklerinin ağırlıklarının depresyonda olmayan annelerin bebeklerine oranla 1.9 kat daha düşük bulmuşlardır (163).

Maternal depresyon HPA eksenini aktive eder. Bunun yanında plasentadan Kortikotropin Uyarıcı Hormon (Corticotropin Releasing Hormone-CRH) salınması yoluyla katekolaminler ve kortizolün aktivitesini artırır. CRH’ un 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. Antenatal duygudurum bozuklukları ve obstetrik olaylar arasında CRH ve HPA ekseninin rolü olduğu bilinmektedir (18,164,165).

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 belirtmişlerdir (166). Bu annelerin intrauterin dönemdeki bebeklerinin 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 (108,161,167).

Gebelikteki depresyon postpartum 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 (109,162,167,168). Stewart kesitsel çalışmasında; maternal depresyon yaşayan annelerin bebeklerinde büyüme gerilikleri, malnütrisyon, solunum ve ishal gibi sağlık problemleri görülme sıklığının daha fazla olduğunu belirtmiştir (108). Gebelik depresyonunun tüm bu olumsuz sonuç ve etkilerinin yanında, postpartum depresyonu riskini yaklaşık 6.5 kat artırdığı belirlenmiştir (158).

Perinatal depresyon; doğum yapan kadın, yeni doğan bebek, büyüme ve gelişme dönemindeki çocuk başta olmak üzere tüm aile birimini etkilemektedir. Kısaca özetlemek gerekirse perinatal depresyon, annede bedensel hastalıklara yakalanma ve ölüm, yoğun sigara ve madde kullanımı, intihar, erken doğum, spontan abortus, düşük doğum ağırlıklı bebek, doğan çocuklarda hem büyüme gelişme hem de bilişsel ve davranışsal sorunlara neden olabilmekte, ayrıca postpartum depresyon riskini de artırmaktadır (18,30-32).

III. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma gelişmekte olan bir ülke olan Türkiye’ de nispeten daha az gelişmiş bir bölge olan Doğu Anadolu Bölgesi’nde bulunan Erzurum il merkezinde Ekim 2010-Ekim 2011 tarihleri arasında yürütülmüştür. Çalışma başlamadan önce yerel etik kuruldan 26.11.2010 tarih ve 5 no’lu sayı ile etik kurul onayı alınmıştır. Erzurum il merkezinde yaşayan gebelerin ilk üç ayında depresif bozukluk prevalansının tespiti ve ilişkili etmenler hakkında fikir sahibi olabilmek için gebeliğinin ilk üç ayındaki kadınlar depresyon açısından taranmıştır.

3.1 Örneklem Oluşturulması

Türkiye İstatistik Kurumu’nun 2009 yılı verilerine göre Erzurum merkez nüfusu 368146, il merkezinde yaşayan kadın sayısı 106761, kaba doğum hızı binde 17.4 ve genel doğurganlık hızının binde 72.9 olduğu göz önüne alındığında yılda 7783 canlı doğum yapan kadının örneklem evrenini oluşturduğu hesaplanmıştır (169).

Örneklem hacmi:

Örneklem hacmi belirlenirken depresif bozuklukların en az görülenlerden biri olan distimik bozukluğun prevalansı (p) % 5, $d=0.02$ alınmış ve % 95 güven aralığında, $n=Nt2p.q/d2(N-1)+t2pq$ formülü kullanılmış, örneklem hacmi 457 olarak hesaplanmıştır.

Örneklem seçimi

Örneklem küme örneklem yöntemiyle seçilmiştir. Erzurum il merkezinde gebeliğinin ilk 3 ayında bulunan kadınlardan örneklem oluştururken her sosyoekonomik ve kültürel seviyeden katılımcı sağlamak amacıyla aile hekimliği sistemi üzerinden örneklem seçimi yapılmıştır. Erzurum İl genelinde toplam 229 Aile Hekimi olup 113’ merkezdedir. İl merkezindeki 113 aile hekiminden coğrafik konumlarına göre 3-4’nden oluşan 30 küme oluşturulmuş, bu kümelerin her birinden aile hekiminin sorumluluğundaki 15-16 kişi çalışmaya dâhil edilmiştir. Hamileliğinin ilk 3 ayında olan

kadınlara öncelikle çalışma hakkında bilgi verilmiş ve bilgilendirilmiş olur formu ile çalışmaya katılım onayı alınmıştır.

3.2 Uygulama

Çalışmaya katılmayı kabul eden gebeliğinin ilk üç ayındaki kadınlara ilk önce Genel Sağlık Anketi (GSA), Premenstrüel Değerlendirme Formu (PDF) ve EPDÖ ile tarafımızdan hazırlanan sosyodemografik veri formu uygulanmıştır. Bunlardan EPDÖ için eşik değeri olan 12-13 puanın üzerinde alan katılımcılar depresif bozukluk klinik tanısının doğrulanması için Amerikan Psikiyatri Birliği Sayısal ve Tanımsal El Kitabı'na göre yarı yapılandırılmış bir psikiyatrik görüşme olan SCID (DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme formu-Structured Clinical Interview for DSM-IV, Clinical Version) kullanılarak değerlendirilmiştir. Bu değerlendirme, gebeliğin ilk üç ayındaki kadınlarda depresif bozukluk prevalansını saptamak amacıyla kullanılmıştır. SCID'e göre depresif bozukluk saptanan kadınlara depresif bozukluk klinik şiddetinin belirlenmesi için Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HDDÖ), işlevsellik düzeyini belirlemek için Kısa Yeti Yitimi Ölçeği (KYYÖ- Brief Disability Questionnaire) ile İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi (İGD- Global Assessment of Functionality), sosyal destek algısının değerlendirilmesi için Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (AASD- Perceived Support from Family) uygulanmıştır.

Olguların Çalışmaya Kabul Edilme ve Dışlama Ölçütleri

Erzurum il merkezinde yaşayan, hamileliğin ilk üç ayında bulunan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 15-49 yaş grubu kadınlar araştırmaya dahil edilmiştir. Bilişsel işlevleri ya da entelektüel düzeyleri testleri anlamaya engel olacak düzeyde olanlar (mental retardasyon, öğrenme güçlüğü gibi) veya depresyon ve anksiyete bozuklukları dışında başka bir ruhsal bozukluğa sahip olan kadınlar çalışmaya alınmamıştır.

3.3 Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik Veri Formu: Konu ile ilgili literatür taranarak hazırlanan formun ilk sayfası aydınlatılmış onam belgesinden oluşturulmuştur. Formda kişiyi tanımlayıcı ve sosyodemografik özelliklerini belirleyici sorular yanında evliliğe ilişkin özellikleri, doğurganlık özelliklerini (çocuk sayısı, gebelik sayısı, önceki gebeliklerinde geçirdiği ruhsal ve bedensel hastalıklar, düşük ve ölü doğum öyküsü), şimdiki gebeliğine ait özellikleri (gebelikteki ruhsal ve fiziksel hastalık durumu, gebeliğin planlanmış olup olmadığı) ve şiddet varlığını belirlemeye yönelik sorulara da yer verilmiştir.

Genel Sağlık Anketi-28 (GSA): Ülkemiz için geçerlik ve güvenirlik çalışması Kılıç tarafından 1996'da yapılmış olan form, psikiyatrik vakaları taramak amacıyla kullanılmaktadır. GSA, David Goldberg tarafından toplumda sık rastlanan, akut ruhsal hastalıkları belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Psikotik olmayan depresyon ve bunaltı belirtilerinin saptanmasında güvenle kullanılabileceği belirtilirken, psikotik ve manik hastalarda ve kronik ruhsal hastaların saptanmasında kullanılması önerilmemektedir. Hastaların kendilerinin doldurdıkları 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. Ölçeğin 12, 28, 30 ve 60 soruluk biçimleri vardır. Her soru son birkaç haftadaki belirtileri sorgular ve dörder şıklıdır ("hiç olmuyor, her zamanki kadar, her zamankinden sık, çok sık") bu dört sütun yanıtlayıcı tarafından 0, 1, 2, 3 olarak kodlanır ya da uygulayıcı tarafından yüksek sesle okunarak verilen yanıtlar kodlanır. "5" puan üzerinde alan bireyler ruhsal sorunlu olarak (anksiyete ve depresyon) belirlenmektedir (170).

DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme formu (Structured Clinical Interview for DSM-IV, Clinical Version, SCID): Türkçe çevirisi ve geçerlik-güvenirliliği Çorapçıoğlu ve ark. tarafından 1999 yılında yapılmış yarı yapılandırılmış tanısal görüşme çizelgesi olup DSM-IV tanılarını içerir (171). 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 güvenilirliği yüksektir. Klinik çalışmalarda tanıyı doğrulamak için standart görüşme olarak kullanılmaktadır.

Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HDDÖ): 1960 yılında Hamilton tarafından geliştirilmiş ve depresyonun şiddetini ölçmek amacıyla tasarlanmıştır. Depresif semptomları ölçmek amacıyla klinisyen tarafından uygulanan ölçekler arasında en sık kullanılanıdır. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması 1996 yılında Akdemir ve ark. tarafından yapılmıştır Orijinal ölçek 21 madde içermesine karşın, Hamilton ilk 17 maddenin kullanılmasını önermiştir. Geriye kalan 4 madde ya seyrek (depersonalizasyon) olarak görülür ya da şiddet yerine hastalığın boyutunu (günlük değişimler) tanımlar (172). HDDÖ ölçeğinde maddeler 0-4 ve 0-2 arasında işaretlenmektedir. Ölçülebilir şiddette olanlar 0-4 arasında derecelendirilir ve 4, o semptomun şiddetli olduğunu gösterir. Hamilton bazı semptomları ölçmenin ise oldukça zor olduğunu düşünüp 0-2 arasında derecelendirmiştir. En yüksek 53 puan alınır. Uygulanması ortalama 15 dakika sürer. İlk yayınlandığında herhangi bir rehber içermeyen ölçek, daha sonra her maddeyi ölçmek için önerilerle birlikte yayınlanmıştır. 0-7 puan depresyon olmadığını, 8-15 puan arası hafif derecede depresyonu, 16-28 arası orta derecede depresyonu, 29 ve üzeri ağır derecede depresyonu göstermektedir.

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 (173). Türkçeye çevrilmiş ve test-tekrar test güvenirlik çalışması yapılmıştır. Son bir aylık dönemin değerlendirildiği KYYÖ 11 sorudan oluşur. Ayrıca son bir ay içinde günlük işlerin aksatıldığı ve yatakta geçirilen günlerin sayısının soruşturulduğu iki madde içermektedir. Bedensel ve sosyal alandaki yeti yitimi 0 (hiç), 1 (bazen ya da biraz) veya 2 (her zaman ya da oldukça) olarak puanlandırılır ve bunların toplanması ile yeti yitimi toplam puanları elde edilir. 0-4: yeti yitimi yok, 5-7: hafif yeti yitimi, 8-12: orta düzeyde yeti yitimi, 13 ve üstü: ağır

düzeyde yeti yitimi olarak değerlendirilir (174).

İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi (Global Assessment of Functioning-GAF): DSM-IV içinde yer alan bu ölçek genel çerçevesiyle kişilerin klinik gidişini izlemeye yardımcı bir ölçektir. İGD ölçeğiyle sadece psikolojik, toplumsal ve mesleki işlevsellik derecelendirilir. Ölçekle yapılan değerlendirme, o sıradaki veya geçmişteki bir dönem için klinisyen tarafından 1-100 arasında bir puan verilerek kişinin işlevselliğinin derecelendirilmesi ile yapılır (45).

Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (AASDÖ): Kişinin destek algısını değerlendiren bir ölçektir. Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Procidano ve Heller tarafından 1983'te geliştirilmiş (175) ve Türkçe çevirisi ile geçerlilik çalışması Eskin tarafından 1993'de yapılmıştır. Ölçekte “evet”, “hayır” ve “kısmen” cevap seçeneklerinden birini işaretleyerek cevap verilecek 20 madde bulunmaktadır. Ölçekte 3, 4, 16, 19 ve 20. sorulara “hayır (2)”, “evet (0)”, “kısmen (1)” olarak ağırlık puanı verilirken, diğer tüm sorular “hayır (0)”, “evet (2)”, “kısmen (1)” olarak puanlanmıştır. Tüm maddelerden alınan puanların toplanmasıyla toplam puan elde edilmektedir. Ölçekten alınan puan 0–40 arasında değişmektedir. Ölçeklerden elde edilen puanların yüksekliği algılanan sosyal desteğin yüksekliğini, ölçekten alınan puanın düşüklüğü ise algılanan sosyal desteğin düşüklüğünü yansıtmaktadır (176).

Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Değerlendirme Ölçeği (Edinburgh Postpartum Depression Scale-EPDS): Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği, Cox ve ark. tarafından 1987'de tanımlanmış ve günümüze kadar pek çok ülkede, farklı dillerde geçerliliğini ve güvenilirliğini kanıtlayarak erken postnatal depresyonun klinisyenlerce fark edilmesinde oldukça faydalı olmuştur (177). Aynı zamanda gebeliğin tüm trimesterlerinde de depresyon taraması için oldukça etkili bir biçimde kullanılmaktadır (24). 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 (178,179).

Premenstrüel Değerlendirme Formu (Premenstrual Assesmant Form-PDF):

Adet öncesi belirtileri ve değişimleri ölçmek üzere geliştirilmiş kadınların kendilerinde gözlemledikleri değişimleri ölçmeye yönelik 95 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Halbreich ve ark. tarafından 1982 yılında geliştirilmiştir. Türkiye’deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Dereboy ve ark. tarafından 1994 yılında yapılmıştır. Sorular altılı likert skalası üzerinden yanıtlanmakta; “değişim yok” yanıtı 1 puan ile, “aşırı değişim var” yanıtı 6 puan ile puanlanmaktadır. PDF’nin 18 alt ölçeği bulunmaktadır. Bir alt ölçekten alınan ham skorun o ölçekten alınacak en yüksek skora oranı “olanaklı maksimum değişim yüzdesi”ni oluşturmaktadır. PDF alt ölçekleri; çökkün duygudurum, endojen depresif özellikler, labilite, atipik depresif özellikler, histeroid özellikler, düşmanlık/kızgınlık, sosyal geri çekilme, bunaltı, kendini iyi hissetmede artış, impulsivite, organik mental özellikler, vücutta su tutulumu, fiziksel rahatsızlık, otonomik değişimler, yorgunluk, sosyal işlevsellikte bozulma, çeşitli duygudurum/davranış değişiklikleri ve çeşitli fiziksel değişimlerden oluşmaktadır (74).

3.4 İstatiksel Değerlendirme

İstatistiksel analiz “SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) 16.0 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 varyans analizi 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. PMS’un saptanmasında örneklem grubu, belirtilerin şiddetine göre K-means küme analizi ile 3 kümeye ayrıldı. Örneklem grubunun PDF küme analizine göre şiddetli belirtilere sahip olan 3. grubu ve PMS ölçütlerini karşılaması açısından riskli grup olduğu kabul edildi. Değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ kabul edildi.

IV. BULGULAR

4.1 Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulgular

Araştırmaya son adet tarihine göre gebeliğinin ilk üç ayı içinde olan toplam 463 gebe dâhil edildi. Araştırmaya katılanların yaş ortalaması 27.52 ± 5.61 olup en küçük yaş 16, en büyük yaş ise 45 idi. Katılımcılarda 8 yıl ve altı eğitim düzeyi, ev hanımı olma, görücü usulü-istekli olarak evlenme, eşlerinin işçi olması, ailenin gelir düzeyinin 500-1500 TL arası olması egemen özellikler idi.

Katılımcıların hemen hemen hepsi evli olup sadece bir kişi dul ve bir kişi de boşanmış idi. Katılımcıların evlilik yaşı ortalaması 21.54 ± 4.19 , en düşük evlenme yaşı 14, en yüksek evlenme yaşı 42 olarak bulundu. Katılımcıların 160'ı (% 34.6) eşinin ailesi ile birlikte yaşıyordu. Evde sürekli birlikte yaşayan kişi sayısı ortalama 4.21 ± 2.11 idi. Katılımcıların 159'unda (% 34.3) evde yaşayan kişi sayısı 5 ve üzeri idi.

Çalışmamıza katılan gebelerin toplam gebelik sayısı ortalaması 2.49 ± 1.41 idi. Yaşayan çocuk sayısına bakıldığında 463 gebenin 152'sinin (%32.8) yaşayan çocuğunun olmadığı, çocuk sahibi olan 311 katılımcının ortalama çocuk sayısının 1.63 ± 0.86 olduğu tespit edildi. Katılımcıların % 27.6'sının geçmiş yaşantısında düşük öyküsü mevcuttu, 322'si (% 69.5) şimdiki gebeliğini planlamıştı.

Araştırmaya alınan gebelere ait sosyodemografik özellikler Tablo 1-2 ve 3. de gösterilmiştir.

Tablo 1. Araştırmaya Alınan Gebelere Ait Sosyodemografik Özellikler

Sosyodemografik Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş Grupları		
15-19	27	5,8
20-29	277	59,8
30-39	147	31,7
40-49	12	2,6
Eğitim Düzeyi		
Okur-Yazar Değil	39	8,4
Okur-Yazar	76	16,4
Sekiz Yıl ve Altı	214	46,2
Sekiz Yıl ve Üstü	91	19,7
Yüksek Öğrenim	43	9,3
Meslek		
Ev Hanımı	409	88,3
Devlet Memuru	25	5,4
Öğrenci	6	1,3
İşçi	7	1,5
El işi Yapıp Satma	6	1,3
Çocuk Bakımı Temizlik	7	1,5
Tarım-Hayvancılık	3	0,6
Medeni Durum		
Evli	456	98,5
Bekar	-	-
Boşanmış	1	0,2
Dul	1	0,2
İmam nikahlı	5	1,1
Gelir Düzeyi		
500 TL ve altı	140	30,2
501-1500 TL	242	52,3
1501 TL ve üzeri	81	17,5
Gebeliğinde Sigara Kullanımı		
Yok	420	90,7
Ayda bir paket	12	2,6
Haftada bir paket	27	5,8
Günde bir paket ve üstü	4	0,9
Doğum Kontrol Yöntemi		
Kullanmıyor	260	56,2
RIA	70	15,1
Hap	35	7,6
Kondom	59	12,7
Tarih yöntemi	2	0,4
Diğer (geri çekme)	37	8,0
Toplam	463	100

Tablo 2. Araştırmaya Alınan Gebelerin Yaşam Alanına Ait Sosyodemografik Özellikler

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Eşinin ailesi ile birlikte yaşama		
Evet	160	34,6
Hayır	303	65,4
Hane halkı sayısı		
4 ve altı	304	65,7
5 ve üzeri	159	34,3
Yaşadıkları ev		
Kira	216	46,7
Kendilerinin	153	33,0
Eşinin ailesinin	94	20,3
Kendine ait yatak odası		
Var	446	96,3
Yok	17	3,7
Isınma		
Soba	155	33,5
Kalorifer	308	66,5
Toplam	463	100

Tablo 3. Araştırmaya Alınan Gebelerin Eşi ve Evlilik Durumu İle İlgili Sosyodemografik Özellikler

Sosyodemografik Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evlilik Yaşı		
15-19	177	38,2
20-24	180	38,9
25-29	84	18,1
30-34	17	3,7
35 ve üzeri	5	1,1
Evlilik Biçimi		
Beraber Karar Vererek	148	32,0
Görücü Usulü-İstekli	271	58,5
Görücü Usulüİsteksiz	10	2,2
Kaçarak	34	7,3
Eşinin Yaşı		
20-29	164	35,4
30-39	250	54,0
40-49	46	9,9
50 ve üzeri	3	0,6
Eşinin Eğitim Düzeyi		
Okur-Yazar Değil	13	2,8
Okur-Yazar	51	11,0
8 Yıl ve Altı	154	33,3
8 Yıl Üzeri	159	34,3
Yüksek	86	18,6
Eşinin Mesleği		
Çalışmıyor	26	5,6
İşçi Ailesinin Yaşadığı Yerde	208	44,9
İşçi Başka Şehirde	12	2,6
Devlet Memuru	97	21,0
Ticaret	95	20,5
Özel sektör-ücretli	25	5,4
Eşi ile Akrabalık		
Yok	376	81,2
II. derece	54	11,7
III. derece	33	7,1
Toplam	463	100

Bu çalışmada halen mevcut olan depresyon ve anksiyete bozuklukları dışındaki ruhsal hastalıklar dışlanmış olup veriler bu hastalıkları yansıtmaktadır. Buna göre çalışmaya katılan 463 gebenin 36'sında (% 7.8) bilinen bir psikiyatrik hastalık öyküsü bulunurken, sadece 5'inde (% 1.1) halen takip ve tedavisi devam etmekte olan bir ruhsal hastalık mevcuttu. Önceki gebeliğinde ruhsal hastalık öyküsü katılımcıların % 3.5' inde tespit edildi.

Araştırmaya katılan gebelerin 48'i (%10.4) yaşamlarının herhangi bir döneminde şiddete uğramışlardı. Mevcut gebeliğinin ilk üç ayı içinde şiddete uğrayan kadın sayısı 6 (%1.3), son bir yıl içinde şiddete uğrayan kadın sayısı 17 (%3.7) idi. Şiddete uğrayan 48 gebeden 38'i (%79.2) şiddeti eşlerinden, 10'u (%20.8) ise kayınpeder ya da kayınvalideden gördüklerini ifade etmişlerdir. Katılımcıların şiddete maruz kalma durumları Tablo 4.de gösterilmiştir.

Tablo 4. Araştırmaya Alınan Gebelerin Şiddete Maruz Kalma Durumları

Şiddet	Sayı (n)	Yüzde (%)
Şiddet Öyküsü		
Yok	415	89,6
Fiziksel Şiddet	20	4,3
Ruhsal Şiddet	18	3,9
Fiziksel ve Ruhsal Şiddet	10	2,2
Son Bir Yılda Şiddet		
Yok	446	96,3
Fiziksel Şiddet	4	0,9
Ruhsal Şiddet	7	1,5
Fiziksel ve Ruhsal Şiddet	6	1,3
Mevcut Gebeliğinde Şiddet		
Yok	457	98,7
Fiziksel Şiddet	1	0,2
Ruhsal Şiddet	4	0,9
Fiziksel ve Ruhsal Şiddet	1	0,2
Toplam	463	100

4.2 Klinik Değerlendirmelere İlişkin Bulgular

4.2.1 Değerlendirme Ölçek Skorları

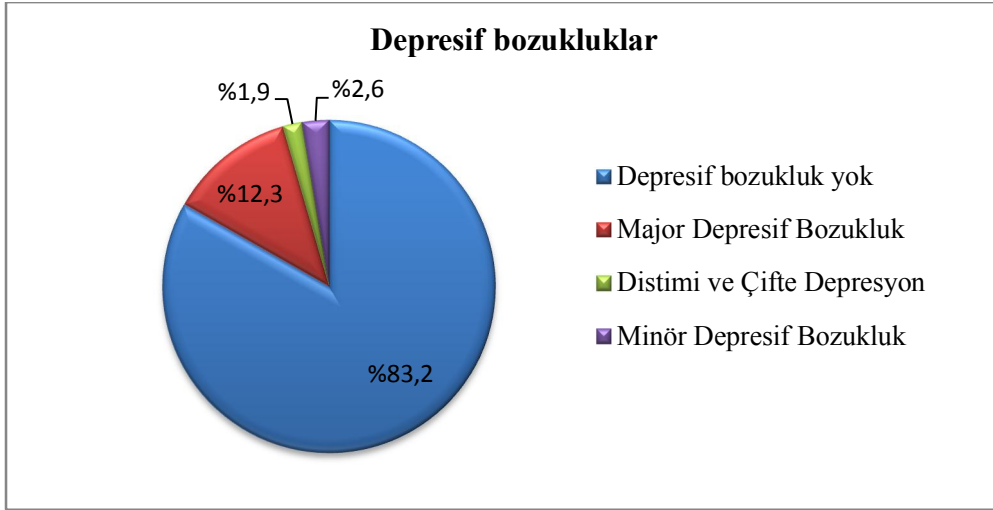
Çalışmaya dâhil edilen gebelere depresif bozuklukların tespiti ve ilişkili etmenler için tarama testleri uygulandı. Gebelerden 96'sı (% 20,7) EPDÖ için, 151'i (% 32,6) GSA için kesme noktası üzerinde puan aldı. PDF için kesme noktası olmadığından burada belirtilememiştir. EPDÖ'den kesme noktası olan 12 ve üzerinde puan alan 96 katılımcının 78'inde (% 81,2) SCID'e göre depresif bozukluk tespit edilirken, 18'inde (%18,8) SCID'e göre depresif bozukluk yoktu. SCID'e göre depresif bozukluk tanısı alanlara ayrıca HDDÖ, KYÖ, İGDÖ ve AASDÖ uygulandı.

Premenstrüel Değerlendirme Formuna Ait Veriler

PMS' un saptanmasında örneklem grubu, belirtilerin şiddetine göre K-means küme analizi ile 3 kümeye ayrılmıştır. Buna göre PDF küme analizine göre örneklem grubunun % 7.4'ünün (n=34) şiddetli belirtilere sahip olduğu ve PMS ölçütlerini karşılaması açısından riskli grup olduğu kabul edilmiştir; % 65.8'inin (n=305) orta şiddette belirtilere sahip olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada, katılımcılarla DSM-IV-TR'de PMDB tanısı için gerekli olan ileriye dönük değerlendirme ölçütü karşılanamadığından PMDB yaygınlığını belirlemek olanaklı olmamıştır.

4.2.2 SCID-I'e Göre Depresif Bozuklukların Yaygınlığı

Çalışmaya katılan 463 gebenin 78'inde (%16.8) SCID-I ile Depresif Bozukluk tespit edilirken 385'inde (%83.2) herhangi bir depresif bozukluk yoktu. Depresif Bozuklukların dağılımı değerlendirildiğinde 463 katılımcının 57'sinde (%12.3) MDB, 7'sinde (%1.5) Double-Çifte Depresyon, 12'sinde (%2.6) Minör Depresif Bozukluk ve 2'sinde (%0.4) Distimi saptandı. Yineleyici Kısa Depresif Bozukluk için ileriye dönük tanı kriterleri gerektiğinden bu çalışmada bu bozukluğun yaygınlığı tespit edilemedi. Depresif bozuklukların yaygınlığına göre dağılım Şekil 1.de verilmiştir.



Şekil 1: Depresif bozuklukların yaygınlığı

4.3 Karşılaştırmalı Analizler

4.3.1 Sosyodemografik Veriler

Depresif bozukluk olan ve olmayan gruplar arasında yaş, meslek, medeni durum ve gebelikte sigara kullanımı açısından anlamlı bir fark yoktu. Katılımcılar eğitim düzeyleri açısından değerlendirildiğinde; depresif bozukluk okuma yazması olmayan ve sadece okur-yazar olan gruplarda en fazla, yüksek eğitim düzeyinde olan katılımcılarda ise en az oranda gözlenmekteydi ($p=0.04$).

Gruplar arasında gelir düzeylerinde anlamlı farklılık olup gelir düzeyi arttıkça depresif bozukluk görülme oranı azalmaktaydı ($p=0.004$).

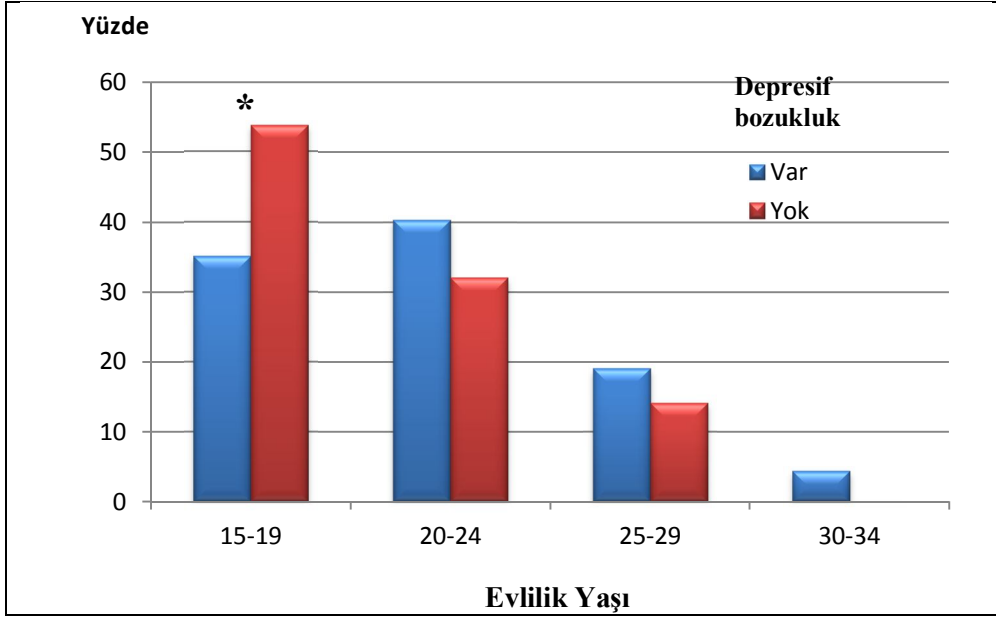
Yaşamlarının herhangi bir döneminde şiddete maruz kalan katılımcıların %29.2'sinde depresif bozukluk görülürken; şiddet öyküsü olmayanlarda depresif bozukluk görülme oranı % 15.4'dür ($p=0.016$). Son bir yılda şiddete maruz kalanlarda depresif bozukluk görülme oranı son bir yılda şiddet görmeyenlere göre daha fazlaydı ($p=0.001$). Depresif bozukluk, mevcut gebeliklerinde şiddet gören katılımcılarda şiddet yaşamayanlara göre daha fazlaydı ($p=0.009$).

Bilinen bir ruhsal hastalık öyküsü (depresyon, anksiyete bozukluğu) olan katılımcılar ($p<0.0001$) ile halen takip ve tedavisi devam eden ruhsal hastalığı (depresyon, anksiyete bozukluğu) olan katılımcılarda ($p=0.036$) depresif bozuklukların görülme oranı anlamlı derecede yüksek idi. Geçirilmiş veya devam etmekte olan fiziksel hastalık durumlarına göre depresif bozukluk görülme oranları değişiklik göstermemektedir.

Evlilik yaşına göre depresif bozukluklar en fazla 15-19 yaş grubunda evlenenlerde görülmektedir. Evlilik yaşı arttıkça depresif bozukluk görülme oranları azalmaktaydı ($p=0.015$). Evlilik yaşı ile Depresif Bozuklukların ilişkisi Şekil 2.de gösterilmiştir.

Görücü usulü-isteksiz olarak evlenenler ve kaçarak evlenenlerde depresif bozukluklar çok daha sık; beraber karar vererek ve görücü usulü-istekli evlenenlerde daha az görülmektedir ($p=0.04$). Eşi ile akrabalığı olan ve olmayanlar arasında depresif bozukluk açısından fark yoktu.

Katılımcıların eşlerinin yaşına göre depresif bozukluk görülme oranları değişiklik göstermemektedir. Eşi okur-yazar olmayan ve sadece okur-yazar olan kadınlarda depresif bozukluklar daha fazla görülmektedir ($p=0.004$).



Şekil 2: Evlilik yaşı ile Depresif Bozuklukların ilişkisi

*: $p < 0.005$

Çalışmaya katılan gebelerin eşlerinin meslekleri ile depresif bozukluk görülme oranları arasında anlamlı farklılık olup en fazla eşi çalışmayanlarda depresif bozukluklar görülmekteydi ($p=0.002$). Depresif bozukluklar 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.

Eşinin ailesi ile birlikte yaşayanlarda depresif bozukluk görülme oranları daha fazlaydı ($p=0.036$). Depresif bozukluk evde sürekli birlikte yaşayan kişi sayısı 5 ve üzerinde olanlarda daha fazla oranlarda gözlenmekteydi ($p=0.037$).

Anne olma yaşı azaldıkça depresif bozukluk görülme oranı artmaktaydı. Depresif bozukluklar en fazla 19 yaşın altında anne olanlarda görülmekteydi ($p=0.012$). Yaşayan çocuk sayısına göre 2 ve daha az çocuğu olan kadınlardaki depresif bozukluk oranları 3 ve üzeri çocuğa sahip olan kadınlara göre daha düşüktü ($p=0.042$). Toplam gebelik sayısı ile depresif bozukluk arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı, toplam gebelik sayısı arttıkça depresif bozukluk görülme oranı artmaktaydı ($p=0.008$).

Düşük öyküsü olanlarda depresif bozukluk oranı % 22.7 iken düşük öyküsü olmayanlarda bu oran %14.6 idi ($p=0.039$). Çocuk kaybı yaşayanlarda depresif bozukluk görülme oranı daha fazlaydı ($p=0.027$). Bir yaştan altında çocuk sahibi olma ile depresif bozukluklar arasında fark yoktu.

Gebeliği planlama durumu değerlendirildiğinde gebeliğini planlamayanlarda depresif bozukluk görülme oranı daha fazlaydı ($p=0.004$).

Depresif bozukluklar önceki gebeliklerinde ruhsal hastalık öyküsü olanlarda daha fazla görülmekteydi ($p=0.004$). Önceki gebeliklerde fiziksel hastalık öyküsü ile depresif bozukluklar arasında fark yoktu.

Depresif Bozukluklar ile ilişkili olduğu tespit edilen faktörler Tablo 5 ve 6.da gösterilmiştir.

Tablo 5. Ruhsal Hastalık Öyküsü ve Şiddete Maruz Kalma ile Depresif Bozukluk İlişkisi

	Depresif Bozukluk				Toplam		p
	Yok		Var				
Geçirilmiş Ruhsal Hastalık							
Var	19	% 52.8	17	% 47.2	36	% 100	<0.0001
Yok	366	% 85.7	61	% 14.3	427	% 100	
Önceki Gebelikte Ruhsal Hastalık							
Var	6	% 50	6	% 50	12	% 100	0.014
Yok	270	% 82.1	59	% 17.9	329	% 100	
Şiddet Öyküsü							
Var	34	% 70.8	14	% 29.2	48	% 100	0.024
Yok	351	% 84.6	64	% 15.6	415	% 100	
Son Bir Yılda Şiddete Maruz Kalma							
Var	8	% 47.1	9	% 52.9	17	% 100	<0.0001
Yok	377	% 84.5	69	% 15.5	446	% 100	
Şimdiki Gebeliğinde Şiddete Maruz Kalma							
Var	2	% 33.3	4	% 66.7	6	% 100	0.009
Yok	383	% 83.8	74	% 16.2	457	% 100	

Tablo 6. Depresif Bozukluklar ile İlişkili Bulunan Gebelere Ait Özellikler

Sosyodemografik Özellikler	Depresif Bozukluk		Toplam	p
	Yok	Var		
Eğitim Düzeyi				
Okur-Yazar Değil	25 % 64.1	14 % 35.9	39 % 100	0.014
Okur-Yazar	62 % 81.6	14 % 18.4	76 % 100	
Sekiz Yıl ve Altı	186 % 86.9	28 % 13.1	214 % 100	
Sekiz Yıl ve Üstü	76 % 83.5	15 % 16.5	91 % 100	
Yüksek Öğrenim	36 % 83.7	17 % 16.3	43 % 100	
Evlilik Yaşı				
15-19	135 % 76.3	42 % 46.2	177 % 100	0.015
20-24	155 % 86.1	25 % 27.5	180 % 100	
25-29	73 % 86.9	11 % 17.5	84 % 100	
30-34	17 % 100	-	17 % 100	
35 ve üzeri	5 % 100	-	5 % 100	
Evlilik Biçimi				
Beraber Karar Vererek	124 % 83.8	24 % 16.2	148 % 100	0.047
Görücü Usulü-İstekli	231 % 85.2	40 % 14.8	271 % 100	
Görücü Usulü-İsteksiz	7 % 70	3 % 30	10 % 100	
Kaçarak	23 % 67.6	11 % 32.4	34 % 100	
Eşinin Eğitim Düzeyi				
Okur-Yazar Değil	7 % 53.8	6 % 46.2	13 % 100	0.004
Okur-Yazar	37 % 72.5	14 % 27.5	51 % 100	
8 Yıl ve Altı	127 % 82.5	27 % 17.5	154 % 100	
8 Yıl Üzeri	138 % 86.8	21 % 13.2	159 % 100	
Yüksek	73 % 88.4	10 % 11.6	83 % 100	
Eşinin Mesleği				
Çalışmıyor	16 % 61.5	10 % 38.5	26 % 100	0.002
İşçi Ailesinin Yaşadığı Yerde	165 % 79.3	43 % 20.7	208 % 100	
İşçi Başka Şehirde	10 % 83.3	2 % 16.7	12 % 100	
Devlet Memuru	85 % 87.6	12 % 12.4	97 % 100	
Ticaret	84 % 88.4	11 % 11.6	95 % 100	
Özel sektör-ücretli	25 % 100	-	25 % 100	
Gelir Düzeyi				
500 TL ve altı	106 % 75.7	34 % 24.3	140 % 100	0.004
501-1500 TL	204 % 84.3	38 % 15.7	242 % 100	
1501 TL ve üzeri	75 % 92.6	6 % 7.4	81 % 100	
Eşinin ailesi ile birlikte yaşama				
Evet	125 % 78.1	35 % 21.9	160 % 100	0.036
Hayır	260 % 85.8	43 % 14.2	303 % 100	
Hane halkı sayısı				
4 ve altı	261 % 85.9	43 % 14.1	304 % 100	0.037
5 ve üzeri	124 % 78.0	35 % 22.0	159 % 100	
Anne olma Yaşı				
15-19	94 % 73.4	34 % 26.6	128 % 100	0.012
20-24	180 % 86.1	29 % 13.9	209 % 100	
25-29	86 % 86.9	13 % 13.1	99 % 100	
30-34	20 % 90.9	2 % 9.1	22 % 100	
35 ve üzeri	5 % 100	-	5 % 100	
Çocuk Sayısı				
2 ve altı	352 % 84.8	63 % 15.2	415 % 100	0.008
3 ve üzeri	33 % 68.8	15 % 31.2	48 % 100	
Gebelik Planlı mı				
Evet	279 % 86.6	43 % 13.4	322 % 100	0.004
Hayır	106 % 75.2	35 % 24.8	141 % 100	
Düşük Öyküsü				
Evet	286 % 85.4	49 % 14.6	335 % 100	0.039
Hayır	99 % 77.3	29 % 22.7	128 % 100	

4.3.2 Değerlendirme Ölçek Skorları ve Depresif Bozukluk İlişkisi

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

GSA ve Depresif Bozukluk İlişkisi

SCID'e göre depresif bozukluk tanısı alan ve almayan katılımcıların t testi ile GSA ortalama puanları karşılaştırıldığında depresif bozukluk tanısı alanlarda GSA puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edildi ($p<0.0001$).

PDF ve Depresif Bozukluk İlişkisi

Katılımcılar PDF skorları açısından değerlendirildiğinde; depresif bozukluğu olanlarda ortalama PDF puanı, depresif bozukluğu olmayanlardan anlamlı derecede daha yüksek idi (sırasıyla 203.58 ± 72.62 , 138.09 ± 36.34 ve $p<0.0001$).

Depresif Bozukluklar ile HDDÖ Puan İlişkisi

Depresif bozukluk tanılarına göre HDDÖ ile depresyon şiddetine bakıldığında MDB'da orta şiddette depresyon (% 82.5), minör depresif bozuklukta hafif şiddette depresyon (% 58.3), çifte depresyonda ise orta şiddette depresyonun (% 100) en yüksek oranlarda görüldüğü tespit edildi.

Depresif Bozukluklar ile KYÖ Puan İlişkisi

Depresif bozukluk tanılarına göre yeti yitimine bakıldığında MDB olanlarda en fazla orta düzeyde yeti yitimi olduğu (% 42.1), çifte depresyon olanlarda en fazla ağır düzeyde yeti yitimi olduğu görülmüştür. Minör depresyon ve distimide ise yeti yitimi önemsenmeyecek düzeyde idi (Tablo 7).

Tablo 7. Depresif Bozukluklar ve KYÖ Puanları

DEPRESİF BOZUKLUKLAR	KYÖ'e Göre Yeti Yitimi							p	X2
		Yeti Yitimi Yok	Hafif Yeti Yitimi	Orta Yeti Yitimi	Ağır Yeti Yitimi	Toplam			
MDB	Sayı Yüzde	5 % 8,8	15 % 26,3	24 % 42,1	13 % 22,8	57 % 100,0	<0.0001	37.460	
Distimi	Sayı Yüzde	2 % 100,0	- -	- -	- -	2 % 100,0			
Çifte Depresyon	Sayı Yüzde	- -	1 % 14,3	2 % 28,6	4 % 57,1	7 % 100,0			
Minör Depresyon	Sayı Yüzde	8 % 66,7	3 % 25,0	1 % 8,3	- -	12 % 100,0			
Toplam	Sayı Yüzde	15 % 19,2	19 % 24,4	27 % 34,6	17 % 21,8	78 % 100,0			

Depresif bozukluk alt grupları, KYÖ ortalama puanlarına göre karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0.0001$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek için Post-Hoc Scheffe Testi kullanıldı. Buna göre çifte depresyon ve MDB' da ki yeti yitimi düzeyleri ile minör depresif bozukluk ve distimide ki yeti yitimi düzeyleri birbirine benzer olup en yüksek yeti yitimi düzeyleri çifte depresyon ve MDB' da idi (Tablo 8-9).

Tablo 8. Depresif Bozukluk Alt Gruplarında KYÖ Ortalama Puanları

Depresif Bozukluklar	Sayı (n)	Ortalama
Major Depresif Bozukluk	57	9.28±3.95
Distimi	2	2.0
Çifte Depresyon	7	12.43±2.82
Minör Depresif Bozukluk	12	4.42±2.81
Total	78	8.63±4.31

Tablo 9. Depresif Bozukluklar Alt Grupları Arasında KYÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Depresif Bozukluk		p
Major Depresif Bozukluk	Distimi	0.037
	Çifte Depresyon	0.153
	Minör Depresif Bozukluk	<0.0001
Distimi	Major Depresif Bozukluk	0.037
	Çifte Depresyon	0.004
	Minör Depresif Bozukluk	0.826
Çifte Depresyon	Major Depresif Bozukluk	0.153
	Distimi	0.004
	Minör Depresif Bozukluk	<0.0001
Minör Depresif Bozukluk	Major Depresif Bozukluk	<0.0001
	Distimi	0.826
	Çifte Depresyon	<0.0001

Depresif Bozukluklar ile AASDÖ Puan İlişkisi

Depresif bozukluk alt grupları arasında ortalama AASDÖ puanları karşılaştırıldığında çifte depresyon ile minör depresif bozukluk arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p=0.034$) olup en düşük değerler çifte depresyon ve MDB grubundaydı.(Tablo 10-11).

Tablo 10. Depresif Bozukluk Alt Gruplarında ortalama AASDÖ Puanları

Depresif Bozukluklar	Sayı (n)	Ortalama
Major Depresif Bozukluk	57	18,68±8.44
Distimi	2	23,50±20.51
Çifte Depresyon	7	13,71±7.48
Minör Depresif Bozukluk	12	24,83±6.58
Toplam	78	19,31±8.73

Tablo 11. Depresif Bozukluklar Alt Grupları Arasında AASDÖ puanlarının karşılaştırılması

Depresif Bozukluk		p
Major Depresif Bozukluk	Distimi	0,856
	Çifte Depresyon	0,456
	Minör Depresif Bozukluk	0,106
Distimi	Major Depresif Bozukluk	0,856
	Çifte Depresyon	0,471
	Minör Depresif Bozukluk	0,997
Çifte Depresyon	Major Depresif Bozukluk	0,456
	Distimi	0,471
	Minör Depresif Bozukluk	0,034
Minör Depresif Bozukluk	Major Depresif Bozukluk	0,106
	Distimi	0,997
	Çifte Depresyon	0,034

Depresif Bozukluklar ile İGDÖ Puan İlişkisi

İGDÖ ortalama puanı distimide en yüksek, çifte depresyonda en düşüktür. Depresif bozukluk alt gruplarına göre ortalama İGDÖ puanları Tablo 12.de gösterilmektedir.

Tablo 12. Depresif Bozukluklarda İGDÖ'nin Karşılaştırılması

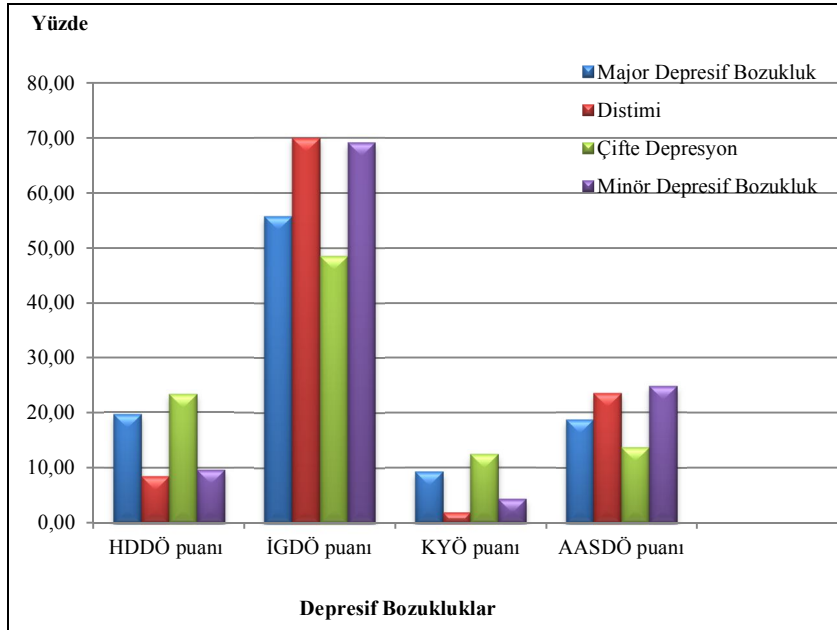
	İGDÖ		
	Sayı	Ortalama	Standart sapma
Major Depresif Bozukluk	57	55,70	7,22
Distimi	2	70	0
Çifte Depresyon	7	48,57	3,78
Minör Depresif Bozukluk	12	69,17	4,17
Toplam	78	57,50	8,74

Depresif bozukluk alt grupları arasında İGDÖ ortalama puanları, distimi ile minör depresif bozuklukta birbirine benzer olup diğer tüm gruplar arasında ortalama puanlar anlamlı olarak farklıydı. (Tablo 13).

Tablo 13. Depresif Bozukluklar Alt Grupları Arasında İGDÖ puanlarının karşılaştırılması

Depresif Bozukluk		p
Major Depresif Bozukluk	Distimi	0,018
	Çifte Depresyon	0,041
	Minör Depresif Bozukluk	<0.0001
Distimi	Major Depresif Bozukluk	0,018
	Çifte Depresyon	0,001
	Minör Depresif Bozukluk	0,998
Çifte Depresyon	Major Depresif Bozukluk	0,041
	Distimi	0,001
	Minör Depresif Bozukluk	<0.0001
Minör Depresif Bozukluk	Major Depresif Bozukluk	<0.0001
	Distimi	0,998
	Çifte Depresyon	<0.0001

Tüm Depresif bozukluk alt gruplarının HDDÖ, KYÖ, İGDÖ ve AASDÖ ortalama puanlarına göre karşılaştırılması Şekil 4.de verilmiştir.



Şekil 3: Depresif Bozukluk Alt Gruplarında HDDÖ, İGDÖ, AASDÖ ve KYÖ Puanları

4.4 Koreslayon 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 ($p<0.0001$, $r=-0.868$)

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 ($p<0.0001$, $r=-0.508$).

HDDÖ Skorları ile KYÖ 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 ($p<0.0001$, $r=0.747$).

4.5 Depresif Bozukluk Öngördürücülerinin Belirlenmesi

Depresif bozukluk olan ve olmayanlar arasında anlamlı olarak farklılık bulunan parametrelerin bağımsız etkinliklerini doğrulamak üzere çoklu lineer regresyon analizi yapıldı. Sosyodemografik özellikler arasında anlamlı sonuçlar verenler, bağımsız değişkenler olarak alınıp Depresif Bozukluk için öngördürücü olup olmadıklarına bakıldı. Geçirilmiş ruhsal hastalık, önceki gebelikte ruhsal hastalık öyküsü, eşinin mesleği, mevcut gebeliğinde şiddet görme ve planlanmayan gebelik, gebeliğin ilk trimesterinde depresif bozuklukların ortaya çıkması için öngördürücü olarak tespit edildi (Tablo 14). Şekil 5.de öngördürücüler gösterilmiştir.

Tablo 14. Depresif Bozukluklarla İlişkili Risk Faktörlerinin Belirlenmesi için Yapılan Lineer Regresyon Analizinin Sonuçları

Bağımsız Değişkenler	t	p
Eğitim Durumu	0,230	0,818
Hane Halkı Sayısı	-0,955	0,341
Eşinin Ailesi ile Birlikte Yaşama	-1,874	0,062
Gelir Düzeyi	-0,661	0,509
Evlilik Yaşı	-1,093	0,275
Evlilik Şekli	0,957	0,340
Eşinin Eğitim Durumu	-0,581	0,562
Eşinin Mesleği	-2,479	0,014
Anne Olma Yaşı	0,419	0,676
Çocuk Sayısı	0,677	0,499
Geçirilmiş Ruhsal Hastalık	-4,402	0,000
Önceki Hamilelikte Ruhsal Hastalık Öyküsü	-3,209	0,001
Planlanmayan Gebelik	2,457	0,015
Şiddet Öyküsü	-0,186	0,853
Son Bir Yılda Şiddet Görme	-0,276	0,783
Mevcut Gebelikte Şiddet Görme	2,621	0,009

Bağımlı Değişken: Depresif Bozukluk



Şekil 4. Depresif Bozukluk İçin Öngördürücü Etmenler

V. TARTIŞMA

5.1 Depresif Bozuklukların Yaygınlığı

Araştırmamızda Erzurum İl Merkezi'nde gebeliğinin ilk üç ayı içinde olan kadınlarda SCID-I ile saptanan Depresif Bozuklukların sıklığı %16.8 olarak bulunmuştur. Depresif Bozukluklar içerisinde Major Depresif Bozukluk sıklığı % 12.3, Çifte Depresyon sıklığı % 1.5, Minör Depresif Bozukluk sıklığı % 2.6, Distimi sıklığı %0.4 olarak belirlenmiştir. Araştırmadaki oranlara Major Depresyon ve Distimi için Çifte Depresyon oranları da eklendiğinde MDB için % 13.8 ve Distimi için % 1.9 olduğu görülmektedir. Literatüre bakıldığında trimesterler için bildirilen depresyon oranlarının metodoloji ve örneklem farklılıklarına bağlı olarak değişkenlik gösterdiği görülmektedir. Gebelikte ve postpartum dönemde depresyon prevalansı ölçülen çalışmaların çoğunda klinik değerlendirmeden ziyade tarama ölçekleri kullanılmıştır. Ölçeklerle hesaplanan depresif semptom oranlarına örnek vermek gerekirse EPDÖ ile bildirilen depresyon oranları %11.2 ila %17, BDE ile bildirilen oranlar % 24.5 ila %51, CES-D ile bildirilen oranlar ise %14-48'dir (21). Chen ve ark. Çin'de CES-D Skalasına göre gebelikte depresif semptom görülme sıklığını araştırmışlar; 1. trimesterde %8.2 olarak tespit etmişlerdir (141). Kitamura ve ark. Japonya'da 1993'te yapılandırılmış psikiyatrik görüşme ile yaptıkları çalışmada 1. trimester gebeler için Major Depresyon oranını % 16 olarak bildirmişlerdir (23). Evans ve ark.nın EPDÖ'e göre yaptıkları çalışmada 13.799 kadının %13.5'inde gebelik sırasında depresif semptomlar tespit edilmiş (137). Banti ve ark. İtalya'da EPDÖ ve SCID ile yaptıkları çalışmada gebeliğin 3.ayındaki minör ve major depresyon oranlarını % 8.6 olarak bildirmişlerdir. (180). Gavin ve ark. tarafından yapılan gözden geçirme çalışmasında birinci trimesterdeki ortalama depresyon prevalansı %11.0 olarak bulunmuştur (181). Literatürdeki EPDÖ ve yapılandırılmış psikiyatrik görüşmelerle yapılmış çalışmalarla araştırmamızdaki depresif bozukluk oranlarımız benzer olup epidemiyolojik çalışmalarda kullanılan tanı araçları ve depresif bozukluk sınıflama farklılığı, araştırmaların yapılma şekli (kesitsel, kohort vb.) ve zamanı, bazı çalışmalarla farklı sonuçların alınmasında rol oynamaktadır.

Depresif bozukluk alt grupları açısından bakıldığında epidemiyolojik çalışmalarda minör depresif bozukluk nokta prevalansının %2 ila %5 arasında olduğu bildirilmiştir (68). Türkiye’de 1998 yılında yapılmış bir çalışma olan “Türkiye Ruh Sağlığı Profili” araştırmasında ülkemizde 12 aylık depresif nöbet yaygınlığının kadınlarda % 5.4, erkeklerde % 2.3, tüm nüfusta % 4 olduğu, distimi yaygınlığının tüm toplumda % 1.6 olduğu görülmüştür (55). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ise birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran hastalarda distimi sıklığının %3.5 olduğu; illere göre sıklığın % 0-6.4 arasında değiştiği bulunmuştur (67). Erzurum’da 2010 yılında Aras tarafından SCID uygulanarak yapılan araştırmada 15-49 yaş grubu kadınlarda, MDB % 17.8, *double*-çifte depresyon % 9.5, minör depresif bozukluk % 5.3 ve distimi % 0.2 oranında görülmüştür (58). Bizim çalışmamızdaki depresif bozukluk alt gruplarının görülme oranları Aras’ın bulgularına göre daha düşük olmakla birlikte Aras’ın örneklemini gebe olmayan kadınların oluşturduğu göz önüne alınırsa (58) gebeliğin özellikle ilk üç ay için depresyon açısından koruyucu bir dönem olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda depresif Bozukluğu olan kadınların ortalama PDF skorlarının olmayanlara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürde PMS ve PMDB’un, eksen I tanılarından özellikle duygudurum bozuklukları ile beraber görüldüğü belirtilmekte, PMS tanısı almış kadınlarda % 57-100 arasında değişen yaşam boyu MDB prevalansı bildirilmektedir (69). Erzurum’da yapılan bir çalışmada Majör depresif bozukluğu olan hastaların tamamının retrospektif olarak PMS tanısını aldığı, sağlıklı kontrollerde ise çok daha az oranda PMS bulunduğu bildirilmiştir(182). Çalışmamızda katılımcıların %7.4’ünün şiddetli belirtilere sahip olduğu ve PMS ölçütlerini karşılaması açısından riskli grup olduğu kabul edilmiş; % 65.8’inin orta şiddette belirtilere sahip olduğu belirlenmiştir. Manisa’da yapılan bir araştırmada PMS için şiddetli belirti oranı % 6.1 olarak bildirilmiştir (74). Sonuçlarımız literatürü desteklemektedir.

5.2 Depresif Bozukluklar ve Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması

Tüm yaş grupları arasında depresif bozukluk görülme sıklığı açısından fark yoktu ($p>0.05$). Sonuçlarımıza benzer şekilde Arslan’ın gebelerle yaptığı çalışmasında

(142) ve Aras'ın bölgemizde doğurganlık çağındaki kadınlarla olan araştırmasında (58) yaş ile depresyon puanları arasında ilişki olmadığı bildirilmiştir.

Çalışmamızda Depresif Bozukluk en fazla oranda okuma yazması olmayan ve sadece okur-yazar olan gruplarda; en az yüksek eğitim düzeyinde olan katılımcılarda gözlenmekteydi. Gözüyeşil ve ark. yaptıkları çalışmada gebelerin depresyon puanları ile eğitim durumları arasında ilişki tespit etmiş olup üniversite mezunlarının daha düşük depresyon puanlarına sahip oldukları belirtilmiştir (143). Aras'ın doğurganlık çağındaki kadınlarla yaptığı çalışmada eğitim durumu arttıkça depresif bozukluk oranlarının azaldığı bildirilmektedir (58). Çalışmamızda da eğitim durumu arttıkça depresif bozukluk oranlarının azaldığı, en düşük depresif bozukluk oranlarının yüksek eğitimi tamamlamış olanlarda olduğu görülmektedir. Gotlib ve Whiffen eğitim düzeyi yükseldikçe kadının kendi yaşamı üzerinde etkinliğinin arttığı ve benlik saygısının yükseldiğini, depresyon oranının azaldığını bildirmişlerdir (183). Eğitim seviyesi arttıkça artan bilgi ve yeteneklerin sorunlarla başa çıkma yeteneğini artırdığı, aynı zamanda yeterlilik ve kontrol duygularını da geliştirdiği, böylece depresif bozukluk görülme oranının düştüğü belirtilmektedir (184). Araştırma sonuçlarımız literatürü desteklemektedir. Kadınların artan eğitim düzeyleri ile birlikte görülen çalışma oranında, kazanılan ekonomik bağımsızlık da, aile içi söz hakkında ve kendine güvende artma depresif bozulukların daha az görülmesine neden olabilir.

Meslek grupları arasında depresif bozukluklar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Sevindik çalışmasında gebe kadınların gelir getirici bir işte çalışma durumlarının, depresif semptomların varlığını etkilemediği bulunmuştur (14). Altınay'ın çalışmasında da benzer sonuçlar bulunmuştur (16). Casanueva ve ark. da gebe kadınlarda mesleğin depresif belirtileri etkilemediğini bulmuşlardır (185). Bölgemizde doğurganlık çağında olan kadınlarla yapılan çalışmada bulgularımızla uyumlu olarak mesleğin depresif bozuklukla ilişkili olmadığı bildirilmiştir (58). Bundan önceki birçok çalışmada, ev kadınları ile çalışan kadınların ruhsal sağlığı karşılaştırılmış olup çelişkili bulgular bildirilmiştir. Bazı araştırmacılar, ev kadınlığı rolünün kısıtlayıcı, sinir bozucu olduğunu ve ödüllendirilmemişlik duyguları yarattığını kabul ederken; bazıları da rollerin kendisinin değil, niteliğinin (hoşnutluk derecesi gibi) önemli olduğunu kabul eder (186). Ev kadınlarının çalışan kadınlara göre daha fazla sosyal

destek alabildiği de bildirilmektedir (187). 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 (188).

Araştırmamızda gelir düzeyi arttıkça depresif bozukluk görülme oranı azalmaktaydı ($p=0.004$). Sequin ve Lovise 1995’de yapmış olduğu bir çalışmada, gebelik sırasında, özellikle düşük sosyoekonomik koşullara sahip kadınlarda depresif semptomların daha yaygın olduğu ve bu semptomların çoğunlukla çevresel faktörlerle bağlantılı olduğu gösterilmiştir(189). Figueiredo ve ark. (149) ile Secco ve ark. (150) çalışmalarında benzer şekilde düşük sosyoekonomik koşullara sahip olan gebelerde depresyon semptomların yaygın olduğu belirtilmiştir. Kitamura ve ark. da 1329 gebe ile Avusturalya’da yaptıkları çalışmada ailenin yıllık gelir düzeyi azaldıkça depresyonun arttığını bulmuşlardır (190). Ülkemizde yapılmış çalışmalar olan Altınay (16), Aras (58) ve Sevindik’in (14) çalışmalarında araştırmamızla benzer sonuçlar bulunmuştur.

Çalışmamızda gebelikte sigara kullanan gebe oranı % 9.3 olup sigara kullanımı ile depresif bozukluklar arasında istatistikî anlamlılık düzeyinde bir fark saptanmamıştır. Gözüyeşil ile Arslan’ın çalışmalarında sigara kullanımı ile depresyon puanı arasında anlamlı farklılık gözlenmemiştir (142,143). Aras’ın gebe olmayan kadınlarla yaptığı çalışmada sigara kullanma ile depresif bozukluk arasında ilişki olduğu bildirilmiştir. Kişinin depresyonda olmasının, madde kullanma oranını arttırması beklenirken gebelik durumunun annenin çocuğunun sağlığını korumak için bu maddelerden uzak durmasını sağladığı düşünülmektedir (14).

Araştırmamızda şiddete maruz kalan gebelerde depresif bozukluğun daha sık görüldüğü tespit edilmiştir. Sevindik’in çalışmasında şiddete uğrayan gebe kadınlarda BDÖ skorları daha yüksek olarak bulunmuştur (14). Benedict ve ark. 1998 yılında 357 gebe ile Amerika’da yaptıkları çalışmada, geçmiş hayatında cinsel şiddete uğrayan gebelerde depresyonun anlamlı olarak daha fazla görüldüğünü bulmuşlardır (191). Leigh ve ark. Avustralya’da 367 gebe üzerinde yaptıkları randomize çalışmada; geçmişinde şiddet gören kadınlarda gebelik depresyonu riskinin yüksek olduğunu

saptamışlardır (151). Ülkemizde ciddi bir problem olan kadına karşı şiddetin gebelik döneminde de devam etmesi özellikle düşündürücüdür. Depresif bozukluklarla bağlantısı da beklenebilecek bir sonuçtur.

Bilinen bir ruhsal hastalık öyküsü olan (depresyon ve anksiyete bozukluğu) katılımcılar ($p<0,0001$) ile halen takip ve tedavisi devam eden ruhsal hastalığı olan katılımcılarda ($p=0,036$) depresif bozuklukların görülme oranı diğer gebe kadınlara kıyasla anlamlı derecede yüksek idi. Yonkers'ın araştırmasında antenatal fazda depresyon öyküsünün olmasının gebelik ve lohusa döneminde depresyon gelişimi için çok önemli bir belirleyici olduğu bildirilmiştir. (153). Araştırmamızda halen takip ve tedavisi devam etmekte olan fiziksel hastalık bulunma oranları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Depresyon dönemlerinde bedensel sorunların arttığı ve depresyonun fiziksel hastalıklarla eş tanı oranlarının yüksek olduğu bildirilmektedir (192,193). Ancak gebelikte de bazı bedensel şikayetler gebeliğin kendisine bağlı olarak ortaya çıkabileceğinden hatalı sonuçlara yol açabilir. Bizim çalışmamızda depresyonun klinik değerlendirilmesi ile teşhis konulduğundan gebelik ile ilişkili bedensel şikayetlerin depresif yakınmalarla karıştırılması ihtimali büyük ölçüde önlenebilmiştir.

Çalışmamızda Depresif Bozukluklar en fazla 15-19 yaş grubunda evlenenlerde ve 19 yaş altında anne olanlarda görülmekteydi. Aras'ın çalışmasıyla benzer şekilde (58) evlilik yaşı ($p=0.015$) ve anne olma yaşı ($p=0.012$) arttıkça depresif bozukluk görülme oranları azalmaktaydı. Gözüyeşil ve ark.nın çalışmasında genç yaşta evlenmenin depresyon gelişme olasılığını arttırdığı bildirilmiştir (143). Evlilik yaşı ile paralel olarak genç yaşta evlenenlerin çocuk sahibi olma yaşları da erkendir. Psikososyal stres faktörlerine odaklanan çalışmalar evlilik ve anneliğin kadında depresyon riskini artırdığını bulmuştur (59). Çocuk sahibi olmanın zorluklarının yanı sıra evlilik sorumluluklarının da erken yaşta yüklenilmesi, ergenlik döneminin bilinen zorlukları ve anne-eş olmanın getirdiği sorumluluklarla birleşince adölesan yaşta evlenme ve anne olma ile depresif bozuklukların ilişkisi açıklanabilir.

Evlilik şekli görücü usulü-isteksiz olanlarda ve kaçarak evlenenlerde depresif bozukluk oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla % 30 ve % 32.4). Aras'ın çalışması bulgularımızı desteklemektedir ve isteksiz-görücü usulü ve kaçarak evlenenlerde depresif bozukluk oranlarının daha sık görüldüğü, evlilikle ilgili

beklentilerinin karşılanmaması, ailesinin sosyal desteğini kaybetme, kaçarak evlenenlere toplumsal bakış açısı gibi faktörlerin yüksek depresif bozukluk oranlarına neden olabileceği bildirilmiştir (58). İsteksiz olarak evlenme mutsuz bir evlilik hayatına ve eş ile uyum sorunlarının olmasına neden olabilir. Evlilik problemleri ve depresyon arasındaki pozitif ilişki literatürde en tutarlı bulgulardan biridir (194). Kadınların eşleri ile olumsuz ilişkisi düşük benlik saygısına yol açabilir, bu da depresyon için hazırlayıcı bir etken olabilir.

Çalışmamızda katılımcılardan eş ile akrabalığı olan ve olmayanlar arasında depresif bozukluk açısından fark yoktu. Bulgularımızla uyumlu olarak Arslan'ın çalışmasında da akraba evliliği öyküsü ile depresyon puanı arasında anlamlı farklılık gözlenmediği bildirilmiştir (142).

Çalışmamızda katılımcıların eşlerinin yaşına göre depresif bozukluk görülme oranları değişiklik göstermemektedir. Literatürde gebelikte depresif bozukluk ile eşinin yaşını karşılaştıran bir araştırmaya rastlanmamıştır.

Araştırmamızda eşin eğitim durumuna göre okur-yazar olmayanların %46.2'sinde, okur-yazar olanların %27.5'inde depresif bozukluk tespit edilmiştir. Eşinin eğitim durumu okur-yazar olmayan ve sadece okur-yazar olanlarda depresif bozukluk oranları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Sevindik'in çalışmasında gebe kadınların eşlerinin eğitim seviyesi yükseldikçe BDE puan ortalamalarının azaldığı bulunmuştur (14). Yine Kılıçarslan'ın (195) ve Aras'ın (58) çalışmalarında da gebenin eşinin eğitim durumunun artmasının gebede depresyon durumunu azalttığı gösterilmiştir. Eşin eğitim düzeyinin düşük olması sosyoekonomik ve sosyokültürel düzeyin düşük olmasına neden olabilir ve bu da yüksek depresif bozukluk oranlarını açıklayabilir. Ayrıca eğitim düzeyi arttıkça eşin daha anlayışlı ve destek olacağı da beklenebilir.

Depresif bozukluklar en fazla oranda eş çalışmayanlarda görülmüştür. Yapılan bir çalışmada eş işsiz olanların gebelerin depresyon puan ortalaması daha yüksek olarak bildirilmiştir (143). Eş çalışmayanlarda hem ekonomik güçlükler hem de eşinin işsizlik nedeniyle yaşadığı sıkıntılar ve eşine yeterince destek olamaması; gebelerde depresif belirtilerin ortaya çıkmasına neden olabilir.

Depresif bozukluklar ile katılımcıların eşlerinin fiziksel ve ruhsal hastalık öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Eşlerin takip ve tedavisi devam eden fiziksel ve ruhsal hastalıklar ile depresif bozukluklar karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır. Bulgularımızla ilgili literatürde her hangi bir veriye rastlanmamıştır.

Çalışmamızda eşinin ailesi ile birlikte yaşayanlarda depresif bozukluklar daha sık görülmekteydi. Kılıçarslan' ın araştırmasında da kalabalık aile ortamında yaşayan gebelerin daha çok depresyona girdiği bildirilmiştir (195). Geniş aile koruyucu yapısı nedeni ile aile içi memnuniyetin yoğun olduğu aileler gibi görünse de, aile içindeki bireylerin ruhsal sağlığı açısından genellikle olumsuz etkileşimin olduğu aile şeklidir. Bu ailelerde aile içindeki dinamiklerin değiştiği, çatışmaların arttığı, kadının ruhsal iyilik halinin sürdürülemediği ve benlik saygısının düştüğü, depresyon ve anksiyete açısından çekirdek ailede yaşayan kadınlardan daha yüklü oldukları belirlenmiştir (196). Elde ettiğimiz sonuca bu açıdan bakıldığında, geniş ailede gebe kadın kendisine daha az zaman ayırabilir, rol ve sorumlulukları daha fazla olabilir, aile içinde birey sayısı daha fazla olduğundan daha çok çatışma yaşayabilir. Bu nedenlerden dolayı kadınlarda benlik saygısı daha düşük olabilir ve depresyona daha yatkın hale gelebilirler.

Literatürde çocuk sayısı arttıkça depresyon oranlarının da arttığını bildiren çalışmalar mevcuttur (187). Araştırmamızda toplam gebelik sayısı arttıkça depresif bozukluk görülme oranı artmaktaydı. Yine yaşayan çocuk sayısı arttıkça depresif bozukluk görülme oranı artmaktaydı. Bu bulgumuz Murray D ve ark. 1995'te gebelikte depresyon riskinin çocuk sayısı ile arttığını bildirdikleri çalışmayla uyumludur (28). Ayrıca Karataylı, çalışmasında artan çocuk sayısının gebelerde depresyon düzeyini artırdığını bildirmiştir (21). Aras'ın araştırmasında da 3 ve daha fazla çocuğu olan kadınlarda depresif bozukluklar daha fazla görüldüğü belirtilmiştir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde ekonomik şartlar nedeniyle çocuk bakımı ve eğitimi oldukça güç koşullarda sağlanmaktadır. Çocuk sayısının artması ile birlikte karşılaşılan güçlükler ve buna bağlı olarak stresin artması depresyonla ilişkili olabilir.

Çalışmamızda düşük öyküsü olanlarda depresif bozukluk oranı % 22.7 iken düşük öyküsü olmayanlarda bu oran % 14.6 idi ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı. Literatürde düşük yapan gebelerde depresyon puanlarının daha yüksek

olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (142,143). 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 (112). Honjo ve ark. da depresyon ile düşük yapma arasında ilişki olduğunu saptamışlardır (197). Düşük yapan annelerde suçluluk duygusu ve bundan dolayı acı çekmenin yaygın olduğu daha önceki gebeliğinde düşük yapan kadınlarda daha yüksek düzeyde depresyon geliştiği bildirilmiştir (198-200). Araştırma sonuçlarımız literatürü desteklemektedir. Daha önce yaşanan düşük gibi olumsuz bir olay gebelerde tekrar aynı durumun yaşanacağı endişesini yaratarak duygu durumlarını bozabilir.

Sequin ve Lovise gebeliğin istemeden, uygun olmayan zamanda olmasının gebenin depresyonuna neden olduğunu saptamışlardır (189). Yanikkerem ve ark. çalışmalarında gebeliğini planlamayan kadınlarda depresyon puanlarını anlamlı olarak daha yüksek bulmuşlardır (148). Yine ülkemizde yapılan başka bir çalışmada da gebeliği istemeyenlerde depresyon puanının daha yüksek saptandığı bildirilmiştir (143). Literatürle uyumlu olarak araştırmamızda gebeliğini planlamayan kadınlarda depresif bozukluk oranlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamızda depresif bozukluğu olan katılımcıların % 80.8’inde çeşitli derecelerde yeti yitimi olduğu saptanmıştır. Yeti yitimi, bir etkinliği, kişi için normal kabul edilen sınırlarda veya biçimde yapabilme yetisinde kısıtlanma ya da kayıp olarak tanımlanabilir (193). Aras’ın çalışmasında 15-49 yaş grubu gebe olmayan kadınlarda depresif bozukluk saptananların %92.9’unda çeşitli derecelerde yeti yitimi olduğu bildirilmiştir (58). 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 (58).

Depresif bozukluklarda HDDÖ ile belirlenen depresyon şiddeti ile İGD puanları arasında negatif bir korelasyon olduğu belirlenmiştir. Bulgularımızla uyumlu olarak Aras’ın çalışmasında 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. 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 (147). Altınay, gebelikte eş desteğinin olmamasının ya da yakın çevre ile iletişim zayıflığının depresyon gelişimine etkisi olduğunu saptamıştır (16). Aktaş ve ark. gebenin sosyal destek sistemleri ile depresyonu arasında negatif yönde güçlü bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir (139). Sosyal desteğin eksikliği ya da yokluğu hem gebelik hem de postpartum depresyon gelişimi için önemli risk faktörleridir. Sosyal destek düzeyinin, gebelik ve postpartum depresyonla ilişkisinin araştırıldığı Kanada’da yapılan bir çalışmada, gebelikte düşük düzeyde sosyal destek sistemine sahip olanlarda hem gebelik hem de postpartum depresyon riskinin anlamlı derecede arttığı gözlenmiştir (157). Bulgularımız literatür ile uyumlu olup sosyal desteği az olan gebeler kendilerini daha yalnız ve bir bebeğin sorumluluğu ve bakımını tek başına üstlenme konusunda yetersiz hissedebilirler. Ayrıca yeterli sosyal destek olmayışı annenin gebelik sürecinde doğum sonrası dönem için de kaygılı olmasına yol açacağı ve bunun da depresyon için kolaylaştırıcı olacağı beklenebilir.

5.3 Depresif Bozukluk için Öngördürücüler

Çalışmamızda 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 edildi. 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 (58).

Bulgularımızla uyumlu olarak ruhsal hastalık öyküsü bir çok çalışmada depresif bozukluk için risk faktörü olduğu bildirilmiştir.

VI. SONUÇ VE ÖNERİLER

Erzurum İl Merkezi'nde doğurganlık çağındaki kadınlarda Depresif Bozuklukların yaygınlığı ve ilişkili etmenleri belirlemek için yaptığımız çalışmada; depresif bozukluk yaygınlığı %16.8 olarak bulundu. Depresif Bozuklukların alt gruplarına göre dağılımları ise MDB % 12.3, minör depresif bozukluk % 2.6, Çifte depresyon % 1.5 ve distimi % 0.4 şeklinde idi. Premenstrüel Disforik Bozukluk için riskli olan, şiddetli belirtilere sahip kadınların oranı %7.4 idi.

Depresif Bozukluklarla ilişki olduğu belirlenen faktörler; eğitim ve gelir seviyesinin düşük olması, evlilik ve anne olma yaşının adolesan dönemde olması, düşük öyküsü, eşinin eğitim seviyesinin düşüklüğü ve şiddete maruz kalma olarak belirlendi. Geçirilmiş ruhsal hastalık, önceki gebelikte ruhsal hastalık öyküsü, eşinin çalışmaması, mevcut gebeliğinde şiddet görme ve planlanmayan gebelik, gebeliğin ilk trimesterinde depresif bozuklukların ortaya çıkması için öngördürücüler olarak tespit edildi.

Gebelik depresyonu, doğum yapan kadın, yeni doğan bebek, büyüme ve gelişme dönemindeki çocuk başta olmak üzere tüm aile birimini etkileyen ciddi bir psikiyatrik bozukluktur. Gebelikte depresyonunu önlemede atılacak ilk adım riskli grubun belirlenmesidir. Bu risk grubunun erken dönemde belirlenmesi ve erken tedavisi anne ve bebek üzerindeki olası riskleri de azaltacaktır. Gelişmiş ülkelerde olduğu gibi, ülkemizde de depresyonun erken tanısı ve uygun yaklaşımın sağlanması açısından gebelerin uzman bir ekip tarafından periyodik aralıklarla izlendiği depresyon tarama programlarının başlatılması yararlı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Marakoğlu K, Çivi S, Şahsivar S, Özdemir S. Tıp fakültesi birinci ve ikinci sınıf öğrencilerinde sigara içme durumu ve depresyon yaygınlığı arasındaki ilişki. Bağımlılık Dergisi 2006; 7: 129-134.
2. 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.
3. Zajicek E. Psychiatric problems during pregnancy. In: Wolkind S, Zajicek E (eds). Pregnancy: a psychological and social study. London: Academic Press, 1981: 57-73.
4. Akdeniz F, Gönül AS. Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. Klin Psikiyatr Derg 2004; Ek 2: 70-74.
5. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. JAMA 1996; 276: 293-299.
6. Dossett EC, 2008. Perinatal depression. Obstet Gynecol Clin North Am 2008; 35(3): 419-434.
7. Aydın N, Inandi T, Karabulut N. Depression and associated factors among women within their first postnatal year in Erzurum province in Eastern Turkey. Women Health 2005; 41(2): 1-12.
8. 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.
9. Yıldız M, Ünal S. Gebelik ve Psikiyatrik Sorunlar. Psycho Med 1996; 2: 141-146.
10. Ayvaz S, Hocaoglu Ç, Tiryaki A, Ak İ. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. Turk Psikiyatri Derg 2006; 17(4): 243-251.
11. 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.
12. 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.

13. Çalık KY, Aktaş S. Gebelikte depresyon: Sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011; 3: 142-162.
14. Sevindik F. Elazığ İlinde Gebelikte Depresyon Prevalansı ve Etkileyen Faktörler. Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Elazığ, 2005.
15. Karaçam Z, Ançel G. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: A study in a Turkish population. *Midwifery* 2009; 25: 344-356.
16. 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.
17. 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.
18. Dayan J, Creveuil C, Marks MN, Conroy S, Herlicoviez M, Dreyfus M, 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.
19. 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.
20. 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.
21. 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.
22. 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.
23. 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.

24. Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, et al. Perinatal Depression: Prevalence, Screening Accuracy, and Screening Outcomes. *Evid Rep Technol Assess* 2005; 119: 1-8.
25. O'Hara MW, Alloy LB, Michael W (eds). *Postpartum depression: Causes and Consequences*. New York: Springer-Verlag: 1995; 168-194.
26. Frank E, Kupfer DJ, Perel JM. Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 1093-1099.
27. Kumar R, Robson MK. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J Psychiatry* 1984; 144: 35-47.
28. 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.
29. 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.
30. 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.
31. 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.
32. 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.
33. 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.
34. Ferri CP, Mitsuhiro SS, Barros MC, Chalem E, Guinsburg R, Patel V, 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.

35. 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.
36. Hanlon C, Medhin G, Alem A, Araya M, Abdulahi A, Hughes M, 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.
37. Cooper PJ, Tomlinson M, Swartz L, Woolgar M, Murray L, Molteno C. Post-partum depression and the mother-infant relationship in a South African peri-urban settlement. *Br J Psychiatry* 1999; 175: 554-8.
38. Seckl JR, Meaney MJ. Glucocorticoid "programming" and PTSD risk. *Ann N Y Acad Sci* 2006; 1071: 351-78.
39. Weinstock M. Gender Differences in the Effects of Prenatal Stress on Brain Development and Behaviour. *Neurochem Res* 2007; 32(10): 1730-40.
40. Engle PL, Black MM, Behrman JR, Cabral de Mello M, Gertler PJ, Kapiriri L, 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.
41. 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.
42. Öztürk M.O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 9. Baskı, Feryal Matbaası. Ankara, 2002.
43. Küey L, Küey Y Depresyon ve kadın: Gözden geçirme. 24. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, Ankara, 1988.
44. 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.

45. DSM-IV TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision, Washington DC: APA, 2000. Koroğlu E. Ruhsal Bozuklukların tanısı ve Sayımsal El Kitabı. Yeniden gözden geçirilmiş Tam Metin, Hekimler Yayın Birliği; 2007; 489-547.
46. Andrews G. Should depression be managed as a chronic disease? British Medical Journal 2001; 322: 419-421.
47. 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).
48. Judd LL. The clinical course of unipolar major depressive disorders. Arch Gen Psychiatry 1997; 54: 989-991.
49. Kessler RC, McGonagle KA, Nelson CB. Sex and Depression in the National Comorbidity Survey, II Cohort Effects. J Affect Disord 1994; 30: 15-26.
50. Eker S, Akaya C, Akgöz S, Sarandöl A, Kırılı S. Majör Depresif Bozuklukta Sertralin ve Reboksetin'in Etkinlik ve Güvenilirliğinin Karşılaştırılması. Turk Psikiyatri Derg 2005; 16(3): 153-163.
51. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The Epidemiology of Major Depressive Disorder: Results From the National Comorbidity Survey Replication. JAMA 2003; 289: 3095-3105.
52. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: global burden of disease study. Lancet 1997; 349: 1498–1504.
53. Burke KC, Burke JD, Regier DA, Rae DS. Age at onset of selected mental disorders in five community populations. Arch Gen Psychiatry 1990; 47: 511-518.
54. Kessler RC, McGonagle KA, Swartz M, Blazer DG, Nelson CB. Sex and depression in the Natural Comorbidity Survey, I: lifetime prevalence, chronicity and recurrence. J Affect Disord 1993; 29: 85-96.
55. Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı profili: Erişkin Nüfusla ilgili sonuçlar. Ankara: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü yayınları, 1998.
56. Keskin A. Eskişehir İlinde Ruhsal Hastalıkların sıklığı ve Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2008.

57. Ünüvar N, Mollahaliloğlu S, Yardım N. T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması, Ankara, 2004: 56.
58. Aras N. Erzurum İl Merkezinde Doğurganlık Çağındaki Kadınlarda Depresif Bozuklukların Yaygınlığı ve İlişkili etmenler. Atatürk Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Erzurum, 2010.
59. 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.
60. Akiskal HS. Duygudurum bozukluklarının doğası ve çeşitliliğine yeni bir bakış. *Türk Psikiyatri Derg* 1992; 3(3): 163-169.
61. 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.
62. Antony JC, Petronis KR. Suspected risk factors for depression among adults 18-44 years old. *Epidemiology* 1991; 2: 123-132.
63. Bruce ML, Taceuchi DT, Leaf PJ. Poverty and psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 470-474.
64. Kaya B, Kaya M. 1960'lardan Günümüze Depresyonun Epidemiyolojisi: Tarihsel Bir Bakış. *Klin Psikiyatr Derg* 2007; 10(Ek 6): 3-10.
65. Ertan T. Psikiyatrik bozuklukların epidemiyolojisi Türkiye' de sık karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar. Sempozyum Dizisi 2008; 62: 25-30.
66. Karamustafalıoğlu O. Distimik Bozukluk. *Psikiyatri Dünyası* 2001; 5: 30-35.
67. Özmen E, Ögel K, Sağduyu A, Boratav C. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Distimik Bozukluk. *Türk Psikiyatri Derg* 2002; 13(1): 23-32.
68. Rapaport MH, Judd LL, Schettler PJ, Yonkers KA, Thase ME, Kupfer DJ, et al. A Descriptive Analysis of Minor Depression. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 637-643.
69. Akdeniz F, Karadağ F. Adet döngüsünün duygudurum bozuklukları üzerine etkisi var mıdır? *Türk Psikiyatri Derg* 2006; 17: 296-304.
70. Freeman EW, Rickels K, Sondheimer SJ. Premenstrual symptoms and dysmenorrhea in relation to emotional distress factors in adolescents. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1993; 14 (1): 41-50.

71. Yonkers KA. Antidepressants in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. J Clin Psychiatry 1997; 58: 4-10.
72. Yonkers KA. Anxiety symptoms and anxiety disorders: How are they related to premenstrual disorders. J Clin Psychiatry 1997; 58 (Suppl 3): 62-67.
73. Pearlstein T, Stone AB. Premenstrual syndrome. Psychiat Clin N Am 1998; 21: 577-590.
74. Adıgüzel H, Taşkın EO, Danacı AE. Manisa ilinde Premenstrüel sendrom belirti örüntüsü ve belirti yaygınlığının araştırılması. Turk Psikiyatri Derg 2007; 18: 215-222.
75. Yonkers KA. The association between premenstrual dysphoric disorder and other mood disorders. J Clin Psychiatry 1997; 58 (Suppl 15): 19-25.
76. Burt VK, Stein K. Epidemiology of depression: Throughout the female life cycle. J Clin Psychiatry 2002; 63 (Suppl 7): 9-15.
77. Kimya Y, Cengiz C. Maternal Fizyoloji. İçinde Kişnişci HA (yazar). Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Güven Kitabevi, Ankara, 1996: 239-250.
78. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hauth JC, Wenstrom KD. Gebelik; Genel Bakış. Williams Doğum Bilgisi Cilt 1. 1. baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2005: 15-30
79. Özgünen T. Üreme Fizyolojisi. İçinde Çiçek MN, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A (yazarlar). Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara, Güneş Kitabevi, 2004: 99-107.
80. Varol FG, Sayın NC. Fertilizasyon ve Yarıklanma. İçinde: Beksas MS, Demir N, Koç A, Yüksel A (yazarlar). Obstetrik, Maternal ve Fetal Tıp ve Perinatoloji. Ankara, Medikal Network, 2001:42-51.
81. Fenkçi IV. Maternal Fizyoloji. İçinde: Çiçek MN (yazar). Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Ankara, Öncü Basımevi, 2004: 161-169.
82. Strauss JF, Barbieri RL (eds). In: Yen and Jaffe's Reproductive Endocrinology, Physiology, Pathophysiology, and Clinical Management. Çeviri: Günalp S. İnsan Gebelik Endokrinolojisi ve Fetal Plasental Nöroendokrin Gelişim. Güneş Kitabevi 5. Baskı. 2006; 213-307.
83. Kısa C, Yıldırım SG. Gebelik; postpartum dönem ve ruhsal bozukluklar. 3P 2004; ek 4: 30-7.

84. Sarah LB, Barbara LP, Jill MC. V. Kaplan & Sadock Comprehensive Textbook of Psychiatry. Çeviri: Aydın H, Bozkurt A. Psikiyatri ve Reprodüktif Süreç. Cilt 3. 8. baskı. Ankara: Güneş Kitabevi; 2007: 2305-14.
85. Sen D, Yücel B. Gebelikte Psikotrop ilaç Kullanımı, Derlemeler: İst. Tıp Fak. Mec 1998; 61: 2.
86. Özkan S. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Kitabı. İ.Ü. Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul, 1993; 201-9.
87. Altınay SA, Aydemir Ç, Göka E. Puerperal dönemde depresyon semptom prevalansı: Obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destekle ilişkisi. Kriz Dergisi 2002; 10(1): 11-8.
88. Kara B, Çakmaklı B, Nacak E, Türeci F. Doğum sonrası depresyon. STED 2001; 10(9): 333-4.
89. Goebert D, Morland L, Frattarelli LA, Onoye J, Matsu C. Mental Health During Pregnancy: A Study Comparing Asian, Caucasian and Native Hawaiian Women. Matern Child Health J. 2007 M; 11(3): 249-55.
90. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. Obstet Gynecol 2004; 103: 698-709.
91. Ingram IM. Obsessional illness in mental hospital patients. J Ment Sci 1961; 107: 382-402.
92. Lo WH. A follow-up study of obsessional neurotics in Hong Kong Chinese. Br J Psychiatry 1967; 113: 823-832.
93. Rasmussen SA, Tsuang MT. Clinical characteristics and family history in DSM III obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry 1986; 143: 317-322.
94. Buttolph ML, Holland AD. Obsessive-compulsive disorders in pregnancy and childbirth. In: Jenike MA, Baer L, Minichiello WE, eds. Obsessive-compulsive disorder: theory and management, 2nd ed. Chicago: Yearbook Medical Publishers, 1990: 89-95.
95. Grof P, Robbins W, Alda M, Berghoefer A, Vojtechovsky M, Nilsson A, et al. Protective effect of pregnancy in women with lithium-responsive bipolar disorder. J. Aff Disorders 2001; 61: 31-39.

96. Freeman MP, Wosnitzer-Smith K, Freeman SA, Mcelroy SL, Kmetz GF, Wright R, et al. The impact of reproductive events on the course of bipolar disorder in women. *J. Clin Psychiatry* 2002; 63: 284–287.
97. Blehar M, Depaulo J, Gershon E, Reich T, Simpson SG, Nurnberger JIIr. Women with bipolar disorder: findings from the NIMH genetics initiative sample. *Psychopharm Bulletin* 1998; 34: 239–243.
98. Viguera AC, Cohen LS, Baldessarini RJ, Nonacs R. Managing bipolar disorder during pregnancy: weighing the risks and benefits. *Can J Psychiatry* 2002; 47: 426–436.
99. Viguera AC, Cohen LS, Bouffard S, Whitfield TH, Baldessarini RJ. Reproductive decisions by women with bipolar disorder after prepregnancy psychiatric consultation. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 2102–4.
100. Viguera AC, Nonacs R, Cohen LS, Tondo L, Murray A, Baldessarini RJ. Risk of recurrence of bipolar disorder in pregnant and nonpregnant women after discontinuing lithium maintenance. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 179–84.
101. Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 662-73.
102. Carter D, Kostaras X. Psychiatric disorders in pregnancy, *BC Medical Journal* 2005; 47: 96-9.
103. McNeil TF. A prospective study of postpartum psychoses in a high-risk group. Relationships to demographic and psychiatric history characteristics. *Acta Psychiatr Scand* 1987; 75: 35-43.
104. Turton P, Hughes P, Bolton H, Sedgwick P. Incidence and demographic correlates of eating disorder symptoms in a pregnant population. *Int J Eat Disord* 1999; 26: 448-52.
105. Blais MA, Becker AE, Burwell RA, Flores AT, Nussbaum KM, Greenwood DN, et al. Pregnancy: Outcome and impact on symptomatology in a cohort of eating disordered women. *Int J Eat Disord* 2000; 27: 140-9.
106. Franko DL, Blais MA, Becker AE, Delinsky SS, Greenwood DN, Flores AT, et al. Pregnancy complications and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1461-6.

- 107.Brinch M, Isager T, Tolstrup K. Anorexia and motherhood: Reproduction pattern and mothering behaviour of 50 women. *Acta Psychiatr Scand* 1988; 77: 611-7.
- 108.Stewart D. Depression during pregnancy. *Can Fam Physician* 2005; 51: 1061-3.
- 109.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.
- 110.Vırt 0, Akbaş E, Savaş HA, Sertbaş G, Kandemir H. Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi. *Noropsikiyatr Ars* 2008; 45: 9-13.
- 111.Marakoğlu K, şahsıvar Mř. Gebelikte depresyon. *Turkiye Klinikleri J Med Sci* 2008; 28: 525-32.
- 112.Llewellyn, M, Stowe Z, Nemerrof D. "Depression During Pregnancy and The Puerperium", *Journal of Clinical Psychiatry* 1997; 58: 26-32.
- 113.Sanowolla SB. *Women's Healty and Psychiatry*, Phidelfhia. Lippincott, Williams and Wilkins, 2002; 115-23.
- 114.Klein M, Essex M. Peganant or depressed. The effect of overlop between symptoms of depression and somatic complaints of pregnancy on rates of major depression in the second trimester. *Depression* 1995; 2: 308-14.
- 115.Steiner M, Dunn E, Born L. Hormones and mood: from menarche to menopause and beyond. *J Aff Disorders* 2003; 74: 67-83.
- 116.Weissman MM, Olfson M. Depression in women: implications for health care research. *Science* 1995; 269: 799-801.
- 117.O'hara MW, Swain AM. "Rates and risk of postpartum depression- A meta-analysis", *Int Rev Psychiatry* 1996; 8(2): 37-54.
- 118.Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, et al. Influence of life stres on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 2003; 301: 386-90.
- 119.Erdal E, Herken H, Barlas 0, Erdal N. Serotonin Transporter Gen Polimorfizmi. *Klin Psikiyatr Derg* 2000; 3: 192-6.
- 120.MurphyK-Eberenz K, Zandi PP, March D, Crowe RR, Scheftner WA, Alexander M, et al. Is perinatal depression familial? *J Affect Disord* 2006; 90: 49-55.
- 121.Angold A, Costello EJ, Worthman CM. Puberty and depression: the roles of age, pubertal status and pubertal timing. *Psychol. Med* 1998; 28: 51-61.

- 122.Oinonen KA, Mazmanian D. To what extend do oral contraceptives influence mood affect? *J Affect Disord* 2002; 70: 229-40.
- 123.Buckwalter JG, Stanczyk FZ, McCleary CA, Bluestein BW, Buckwalter DK, Rankin KP, et al. Pregnancy, the postpartum, and steroid hormones: effects on cognition and mood. *Psychoneuroendocrinology*. 1999; 24: 69-84.
- 124.Bosworth HB, Bastian LA, Kuchibhatla MN, Steffens DC, McBride CM, Skinner CS, et al. Depressive symptoms, menopausal status, and climacteric symptoms in women at midlife. *Psychosom Med* 2001; 63: 603-8.
- 125.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.
- 126.Zweifel JE, O'Brien WH. A meta-analysis of the effect of hormone replacement therapy upon depressed mood. *Psychoneuroendocrinology* 1997, 22: 189-212.
- 127.Birzniece V, Bäckström T, Johansson IM, Lindblad C, Lundgren P, Löfgren M, et al. Neuroactive steroid effects on cognitive functions with a focus on the serotonin and GABA systems. *Brain Res Rev* 2006; 51: 212-39.
- 128.Bloch M, Daly RC, Rubinow DR. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Compr Psychiatry* 2003; 44: 234-46.
129. 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.
- 130.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.
- 131.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.
- 132.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: 1888-93.
- 133.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.

134. Da Costa D, Larouche J, Dritsa M, Brender W. Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *J Affect Disord* 2000; 59: 31-40.
135. 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.
136. 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.
137. 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.
138. Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjö G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80: 251-5.
139. 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.
140. 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.
141. Chen H, Chan YH, Tan KH, Lee T. Depressive symptomatology in pregnancy. *Soc Psychiatry Psych Epidemiol* 2004; 39: 975-9.
142. Arslan B. Gebelerde Anksiyete ve Depresyonla ilişkili Sosyodemografik Özellikler. Süleyman Demirel Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Isparta, 2010.
143. Gözüyeşil EY, Şirin A, Çetinkaya Ş. Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2008; 3: 40-66.
144. 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.
145. 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.

146. Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar, Görsel Sanatlar Matbacılık. Ankara, 2003: 20-32.
147. Akbaş A, Vırıt O, Kalenderoğlu A, Savaş H, Sertbaş G. Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyiyle ilişkisi. *Noropsikiyatr Ars* 2008; 45: 85-91.
148. Yanikkerem E, Atlan E, Demirtosun P. Manisa 1 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesinde Yasayan Gebelerde Depresyon Durumu. *Kadın Doğum Dergisi* 2004; 2(4): 301-6.
149. 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(3): 103-9.
150. 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.
151. Leigh B, Milgrom J. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stres. *BMC Psychiatry* 2008; 8-24.
152. 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.
153. 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.
154. Nonacs R, Cohen LS. Depression during pregnancy: Diagnosis and treatment options. *J Clin Psychiatry* 2002; 63(Suppl7): 24-30.
155. Ryan, D, Milis L, Mirsi N. Depression During Pregnancy, *Canadian Familian Physician* 2005; 51: 1087-93
156. 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: 91-5.
157. Xie RH, He G, Koszycki D, Walker M, Wen SW. Prenatal social support, postnatal social support, and postpartum depression. *Ann Epidemiol* 2009; 19: 637-43.

158. Bowen A, Muhajarine N. Antenatal depression. *Canadian Nurse Journal* 2006; 102: 26-30.
159. Zax M, Sameroff AJ, Babigian HM. Birth outcomes in the offspring of mentally disordered women. *Am J Orthopsychiatry* 1977; 47: 218-30.
160. Sidebotham M. Mental health problems. In: Henderson C, Macdonald S (eds). *Mayes' Midwifery: A Textbook For Midwives*, 13th ed. London: Elsevier, 2008: 918-34.
161. Raynor MD, Oates MR. Perinatal mental health. In: DM Fraser, MA Cooper (eds) *Myles Textbook For Midwives*, 15 th ed. London: Elsevier, 2009: 679-703
162. 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.
163. 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.
164. 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.
165. 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.
166. 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.
167. Field T, Diego M, Dieter J, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C et al. Prenatal depression effects on the fetus and newborn. *Infant Behav Dev* 2004; 27: 216-29.
168. 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: 1566-77.
169. TÜİK. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni, Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2009; Sayı:73.
170. Kılıç C. Genel sağlık anketi: Güvenilirlik ve geçerlilik çalışması; *Türk Psikiyatri Derg* 1996; 7(1): 3-9.

- 171.Çorapçioğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M, Danacı AE, Köroğlu E. DSM-IV Eksen I Bozuklukları (SCID-I) için Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinik Versiyon. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1999.
- 172.Akdemir, A, Örsel SD, Sağ İ, Türkçapar MH, İşcan N, Özbay H. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeğinin geçerliliği, güvenirliği ve klinikte kullanımı. 3P 1996; 4(4): 251-9.
- 173.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: 724-35.
- 174.Kaplan İ. Yarı kırsal bir sağlık ocağına başvuran hastalarda ruhsal bozuklukların yeti yitimi ile ilişkisi. Turk Psikiyatri Derg 1995; 6: 169-79.
- 175.Procidano ME, Heller K. Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. Am J Community Psychol 1983; 11(1): 1–24.
- 176.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. J Clin Psychol 1993; 49(4): 515–22.
- 177.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.
- 178.Engindeniz AN, Küey L, Kültür S. Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenirlik çalışması. Bahar Sempozyumları 1. Kitabı, Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, 1997; 51-2.
- 179.Aydin N, Inandi 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.
- 180.Banti S, Mauri M, Oppo A, Borri C, Rambelli C, Ramacciotti D, et al. From the third month of pregnancy to 1 year postpartum. Prevalence, incidence, recurrence, and new onset of depression. Results from the perinatal depression-research & screening unit study. Compr Psychiatry. 2011; 52(4): 343-51.
- 181.Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. Obstet Gynecol. 2005; 106: 1071-83.

- 182.Özer H, Kırpınar İ. Depresif bozukluklu ve kontrol grubu kadınlarda premenstrüel sendrom taraması. *Düşünen Adam* 197; 10(2): 16-19.
- 183.Gotlib IH, Whiffen VE, Mount JH, Milne K, Cordy NI. Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *J Consult Clin Psychol*. 1989; 57(2): 269-74.
- 184.Husain N, Gater R, Tomenson B, Creed F. Social factors associated with chronic depression among a population-based sample of women in rural Pakistan. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39: 618-24.
- 185.Casanueva E, Labastida J, Sanz C, Morales-Carmona F. (2000). Depression and Body Fat Deposition in Mexican Pregnant Adolescent. *Arch Med Res*. 2000; 31(1): 48-52.
- 186.Bromberger JT, Costello EJ. Epidemiology of depression for clinicians. *Soc Work*. 1992; 37(2): 120-5.
187. 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.
- 188.Önen RF, Kaptanoğlu C, Seber G. Kadınlarda depresyon yaygınlığı ve risk faktörleriyle ilişkisi. *Kriz Dergisi* 1995; 3(1-2) 88-103.
- 189.Séguin L, Potvin L, St-Denis M, Loiselle J. Chronic Stressors, Social Support and Depression During Pregnancy. *Obstet Gynecol*. 1995; 85(4): 583-9.
- 190.Kitamura T, Toda MA, Shima S, Sugawara K, Sugawara M. Social Support and Pregnancy: II. Its Relationship With Depressive Symptoms Among Japanese Women. *Psychiatry Clin Neurosci* 1998; 52(1): 37-45.
- 191.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.
- 192.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.
- 193.WHO. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps: a Manual of Classification Relating to the Consequences of Disease, Cenevre, 1980.

194. Gotlib IH, Whiffen VE. Depression and marital functioning: an examination of specificity and gender differences. *J Abnorm Psychol.* 1989; 98(1): 23-30.
195. Kılıçarslan S. Edirne şehir merkezindeki son trimester gebelerin sosyodemografik özellikleri, yaşam kalitesi, kaygı düzeyleri. *Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi*, Edirne, 2008.
196. Sonuga-Barke EJ, Mistry M. The effect of extended family living on the mental health of three generations within two Asian communities. *Br J Clin Psychol.* 2000; 39(2): 129-41.
197. Honjo S, Arai S, Kaneko H, Ujiie T, Murase S, Sechiyama H, et al. Antenatal depression and maternal-fetal attachment. *Psychopathology* 2003; 36: 304-11.
198. Hughes PM, Turton P, Evans CD. Still birth on risk factor for depression and anxiety in the subsequent pregnancy: cohort study. *BMJ* 1999; 318: 1721-4.
199. Lee DT, Yip AS, Leung TY, Chung TK. Identifying women at risk of postnatal depression: prospective longitudinal study. *Hong Kong Med J.* 2000; 6(4): 349-54.
200. 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.

EKLER

EK I: SOSYODEMOGRAFİK 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 ()

Evde yaşayan kişi sayısı:

Evli ise eşinin ailesi ile mi yaşıyor: Evet () Hayır ()

Gelir düzeyi: 500 TL ve altı () 1500 TL'ye kadar () 1500 TL'nin üstü ()

Kendisi ile ilgili

Boy:

Kg:

Kan grubu:

Doğum kontrol yöntemi kullanıyor mu? : Evet () Hayır ()

Kullanıyorsa kullanılan doğum kontrol yöntemi:

Rahim içi araç (Spiral)() Hap() Kondom()

Tarih yöntemi ile() Diğer ()

Sigara kullanımı:

Yok() Ayda 1 paket() Haftada 1 paket() Günde 1paket ve üstü()

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:

Daha önceki hamileliklerinde geçirilmiş bedensel hastalık:

Var () Yok ()

Varsa ne olduğu:

Kaçıncı hamileliğinde:

Daha önceki hamileliklerinde geçirilmiş ruhsal hastalık:

Var () Yok ()

Varsa ne olduğu:

Kaçıncı hamileliğinde:

Yaşanan yer ve aile yapısı ve beslenme ile ilgili

Ev: Kira () Kendilerinin () Eşinin ailesinin ()

İmar: Gece kondu () Değil ()

Yapının türü: Ahşap () Toprak-kerpiç () Yığma () Betonarme ()

Kendisine/ ailesine ait oda (yatak odası): Var () Yok ()

Isınma: Soba () Kalorifer ()

Su temini: Tesisat mevcut () Tesisat mevcut değil ()

Kanalizasyon: Tesisat mevcut () Tesisat mevcut değil ()

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:

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

8 yıl ve üstü() Yüksek()

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

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

Kan grubu:

Evlenme biçimi: Beraber karar vererek() Görücü- istekli()

Görücü-isteksiz() Kaçarak ()

Eş ile aralarında akrabalık: Var () Yok ()

Varsa akrabalık derecesi:

Eşinin evlenme sırasındaki yaşı:

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:

Varsa Çocuklar ile ilgili:

Annenin ilk çocuğun doğumundaki yaşı:
Babanın ilk çocuğun doğumundaki yaşı:

Çocuk sayısı:

Çocukların yaşları:

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

Diğerleri:

1 yaş altı çocuk: Var () Yok ()

1 yaş altı çocuk kaybı: Var () Yok ()

Varsa nedeni: Doğumsal anomali () Edinilmiş enfeksiyon hastalığı ()

Edinilmiş diğer hastalıklar () Aşı ile önlenebilir hastalıklar ()

Gebeliğinin ilk 3 ayında düşük: Var () Yok ()

Gebeliğinin 4-6. ayları arasında bebek kaybı: Var () Yok ()

Gebeliğinin 7-9. ayları arasında bebek kaybı: Var () Yok ()

Ölü doğum: Var () Yok ()

Sakat bebek: Var () Yok ()

Çocukların aşıları eksiksiz mi: Evet () Hayır ()

Eksikse kaçınıcı çocuk:

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 ()

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

Höllük yapıyor mu: Evet () Hayır ()

Çocuklar hastalandığında ne yapıyor: Öncelikle beslenme desteği ve geleneksel yöntemleri denemek ()

Birinci basamak sağlık kurumuna müracaat ()

2. veya 3. basamak sağlık kurumuna müracaat () Dini hocalara göstermek ()

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.

Son zamanlarda...

	<u>Hiç olmuyor</u>	<u>Her zamanki kadar</u>	<u>Her zamank inden sık</u>	<u>Çok 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: PREMENSTRÜEL DEĞERLENDİRME FORMU

Bu ölçek adet öncesi dönemlerde ortaya çıkabilen değişiklikleri sorgulamaktadır. Değerlendirmeyi yaparken son üç adet öncesi dönemde kendinizde farkettiğiniz değişiklikleri düşünün. Her bir maddede söz edilen durumun, adet öncesi dönemlerde diğer zamanlara göre ne oranda şiddetlendiğine karar verin. Değişimin şiddetini uygun sayıyı daire içine alarak belirtin.

1. Değişim yok (belirti hiçbir zaman yok ya da her zamankinden farklı değil)
2. Çok az değişim (sadece sizin tarafınızdan hafifçe fark edilmektedir, başkaları sideki bu değişikliğin muhtemelen farkında değildir)
3. Hafif değişim (sizin için belirgindir ve belki de sizi iyi tanıyanlar tarafından farkedilebilmektedir)
4. Orta şiddette değişim (siz ve sizi iyi tanıyanlar tarafından kesin olarak fark edilmektedir)
5. Şiddetli değişim (siz ve sizi iyi tanıyanların gözünde çok belirgindir)
6. Aşırı değişim (değişim o kadar şiddetlidir ki, sizi iyi tanımayan kişiler bile farkedebilmektedir)

Aynı gün içinde ruhsal değişimler (gülme, ağlama, kızma, mutluluk gibi)						
Enerji azlığı veya çabuk yorulma						
Sakarlaşma						
Sıkıntılı hissetme veya her zamankinden sıkıntılı olma						
Çok fazla uyuma, sabahları ya da gündüz uykularından güç uyanma						
Kendini hasta hissetme (yani genel kötülük hali, bedensel ya da ruhsal olarak rahatsızlık hissi)						
Sinirli veya huzursuz hissetme						
İştah kaybı						
Göğüslerde acı, duyarlılık, büyüme, şişme						
Baş ağrıları ya da migren nöbetleri						
Dikkatini toplayamama (yani dikkatin kolaylıkla ve çabucak dağılması)						
Kaza yapmaya yatkınlık, düşme, kesme veya bir şeyleri istemeden kırma						
Mide bulantısı veya kusma						
Bedensel huzursuzluk, sıkıntılı davranışlarda bulunma (tedirginlik, devamlı ellerini ovuşturma, sürekli dolanma, rahat oturamama)						

Güçsüzlük, dermansızlık hissi						
Günlük işlerin altından kalkamama duygusu						
Kendini güvensiz hissetme						
Alerjik olayların alevlenmesi, nefes alma zorluğu, tıkanma duygusu, burun akıntısı						
Kendini çökkün hissetme						
Baş dönmesi, göz kararması, bayılma hissi, kulak çınlaması, deride uyuşukluk, karıncalanma, titreme sersemlik hissi						
Önemsiz konularda sürekli söylenme, tartışma çıkarma						
Kendine bir şey yapmanın nasıl olacağını düşünme (arabayı çarpma gibi, uykuya dalıp uyanmamayı isteme, ölüm veya intiharı düşünme)						
Konuşmak, yerinden kıpırdamak konusunda isteksiz olma (bunları yapmak çaba gerektirir)						
Daha unutkan olma						
Dış görünüşünden hoşnut olmama						
Kişilere veya eşyalara şiddet gösterme (kasıtlı olarak bir şeyler kırma, birbirine vurma)						
Gün içinde uyuma veya dayanılmaz bir uyuma isteği duyma						
Gerçeklikten uzaklaşma duygusu, rüyada olma, gerçek olmama gibi						
Kalbin çarpıntısını veya hızlı attığını hissetme						
Küçük şeylerden daha fazla haz alma veya heyecan duyma						
Zihnini bir noktada toplamada güçlük çekme						
Kendini kafası karışık ve sersem gibi hissetme						
Azalan yargılama gücü (adet öncesi dönemdeki yargıların her zamanki kadar iyi olmadığını fark etme)						
Kendini pasif hissetme, kararları başkalarının vermesini, sorumluluğunu yüklenmesini isteme						
Kendini iyi hissetme duygusunda artış						
Kendini kontrol edememe						
Daha çocuksu olmaya eğilim gösterme						
Kendini ağlamaklı hissetme, gözü yaşlı olma veya ağlama						
Daha sık idrara çıkma, idrar miktarında artma						
Kabızlık çekeme						
Zamanı kullanma, para harcama, yemek konusunda kendini düşünme, kendini hoş görme						
Düşünmeden ve elinde olmadan ani davranışlarda bulunma						
Daha fazla sigara içme, alkol alma veya alışkanlık yapan ilaçları kullanma						
Kendini baskı altında hissetme						
Derisini ovuşturma, kaşıma, dişleme, tırnak yeme gibi davranışlar						

Ruhsal durumda yükselmeler, alçalmalar						
Bir şeye canı sıkılınca ortalığı telaşa verme, feveran etme						
Suçluluk duyguları						
Kendini bomboş hissetme						
Parlamaya hazır olma veya hırçınlık						
Kendini mutsuz veya üzgün hissetme						
Bacaklarda yorgunluk hissi						
Sırt, eklem ve kas sertliği ya da ağrıları çekmeye yatkınlık						
Arkadaşlar ve aile tarafından “bugün huylu gününde” diye bilinme						
Sabahları sinirleri ayakta uyanma ya da eski sorunları gündeme getirme veya patlama						
Kindar davranışlar gösterme						
Kendini yalnız hissetme						
Daha seyrek idrara çıkma veya idrar miktarında azalma						
Kilo alma						
Hoşgörüsüz veya sabırsız olmaya eğilim gösterme, başkalarının ihtiyaçlarına cevap verme veya hatalarını anlama yeteneğini kaybetme						
Çok konuşma eğiliminde olma						
Nispeten kalıcı olarak karında dolgunluk, rahatsızlık veya ağrı hissetme						
Artmış cinsel ilgi ve aktivite (cinsel hayaller kurma, kendisiyle veya başkalarıyla ilgili)						
Uyku sorunları-sabah erken uyanıp uyuyamama						
Karında ara ara ağrı veya kramplar olması						
Kendine saygıda azalma (kendinden memnun olmama veya başarısız hissetme)						
Sorunlar için başkalarını suçlama (kişisel, ev, iş, okul gibi)						
Evde ya da işte artmış etkinlik, düzenlilik, yetkinlik veya başkalarıyla daha çok birlikte olma						
Hoş olmayan olaylar üzerine kafa yorma						
Sivilce veya çıban gibi cilt problemleri						
Ödem, şişkinlik, vücutta su tutulumu						
Evde daha fazla oturma						
Daha az cinsel ilgi ya da aktivite (cinsel hayaller, kendiyle veya başkalarıyla ilgili)						
İnsan içine karışmaktan kaçınma eğilimi						
Kendini şiş gibi hissetme						
İş, ev veya hobileriyle ilgili görevleri yerine getirmede zorluk çekme, yetersiz kalma						
Adet öncesi değişikliklerden dolayı çalışırken zaman kaybetme						

Yalnız kalmayı isteme						
İlham ve yaratıcılıkta azalma hissetme						
Özel bazı yiyecekleri ısrarla arama (tatlılar, hamur işi, çikolata, turşu gibi)						
İştahta artış veya daha fazla yemeye eğilim						
Sabahları kendini daha kötü hissetme						
Nasıl görüldüğüne daha az dikkat etme						
Üşüme ve/veya ısı değişimlerine daha duyarlı olma						
Enerji patlaması veya kendini daha fazla enerjik hissetme						
Reddedilmeye karşı daha duyarlı olma veya katlanamama						
Kendini daha sevgi dolu hissetme						
Basit konularda veya daha sık başkalarına akıl danışma eğilimi						
Karamsar görünme						
Kahve, çay veya kafeinli soğuk içecekleri daha fazla içme						
Cinsel ilişki sırasında acı veya rahatsızlık hissetme						
Daha az ev işi yapma (temizlik, çamaşır yıkama gibi)						
Boş zaman faaliyetlerine daha az zaman ayırma (hobiler, tv, okuma)						
Ateş basması veya soğuk algınlığı görünümü, ishal, uyuşukluk, kendiliğinden olan çürükler, çınlama, varis damarları, hemoroid, sara nöbeti, cildin güneşe duyarlı olması (hangisinin olduğunu belirtin)						
Göz problemlerinde artış veya görüntüde değişiklikler (kızarma, sulanma, yanma, dumanlı görme, arpacık, ışığa duyarlılık gibi)						

EK V:HAMİLTON 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, mütereddit 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 servisteki 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 üzülüyor.

3. Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.

4. Korkularını, daha sorulmadan anlatıyor.

11) Somatik anksiyete

0. Yok.

1. Hafif

2. Orta

diyare.

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. İştahsız, 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 olduğunun farkında.
- 1. Hastalığını biliyor ama bunu iklim, kötü yiyecekler, virüslere, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor.
- 2. Hasta olduğunu kabul etmiyor.

EK VI: 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 mutizmdeydir).

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 VII: 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 tualete 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 VIII: 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 kişilerle ilgi alanlarımız büyük ölçüde çakışır.	()	()	()
7- Ailemdeki bazı kişilerin 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 kişisel gereksinimlerime karşı duyarlıdır.	()	()	()
12- Ailemdeki kişiler 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 kişiler neyi nasıl yapacakları konusunda benden faydalı fikirler edinirler.	()	()	()
16- Ailemdeki kişilere 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 kişilerle olan ilişkisi kadar yakın bir ilişkim yok.	()	()	()
20- Ailemin çok daha farklı olmasını isterdim.	()	()	()

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

RUH SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**Erzurum İl Merkezi'nde Gebeliğinin İlk Üç Ayında Olan Kadınlarda Depresif
Bozuklukların Yaygınlığı ve İlişkili Etmenler**

Dr. Püren AKÇALI ASLAN

Uzmanlık Eğitimine Başlama Tarihi : 12.06.2007

Uzmanlık Eğitimini Bitirme Tarihi : 04.01.2012

Uzmanlık Sınavı Tarihi : 04.01.2012

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Nazan AYDIN

Jüri üyesi : Prof. Dr. Nazan AYDIN

Jüri üyesi : Prof. Dr. Recep AYGÜL

Jüri üyesi : Doç. Dr. Erol OZAN

Jüri üyesi : Yrd. Doç. Dr. Elif ORAL

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

Prof. Dr. Nazan AYDIN
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı Başkanı

Ocak-2012
ERZURUM