

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

**ERZURUM İL MERKEZİ'NDE DOĞURGANLIK ÇAĞINDAKİ
KADINLARDA DEPRESİF BOZUKLUKLARIN YAYGINLIĞI VE
İLİŞKİLİ ETMENLER**

Dr. Neriman ARAS

**Tez Yöneticisi:
Yrd. Doç. Dr. Elif ORAL**

**UZMANLIK TEZİ
ERZURUM 2010**

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ONAY	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xi
I. GİRİŞ	1
II. GENEL BİLGİLER	4
A. Kadınlarda Depresyonla İlişkili Psikososyal Faktörler	4
1) Sosyal ve Demografik Faktörler	4
2) Psikolojik Faktörler	8
a. Stresli Yaşam Olayları	8
b. Kognitif Teoriler	9
B. Kadınlarda Depresyonla İlişkili Biyolojik Faktörler	10
a. Genetik Etkenler	10
b. Nörotransmitter Sistemler ve Fonksiyonel Beyin Asimetrisi	11
c. Hormonlar	12
C. Kadın Üreme Dönemi ve Depresyon	13
a. Ergenlik Dönemi	14
b. Adet Öncesi (Premenstrüel) ve Menstrüel Dönem	15
c. Doğum Kontrol Hapı Kullanımı	18
d. Gebelik	19
e. Lohusalık	22
f. Perimenopoz ve menopoz	23
D. Depresif Bozukluklar	24
a. Major Depresif Bozukluk	25
b. Distimik Bozukluk	33

c. Başka Türlü Adlandırılmayan Depresif Bozukluklar	36
I. Minör Depresif Bozukluk	36
II. Yineleyici (Rekürren) Kısa Depresif Bozukluk	39
III. Premenstrüel Disforik Bozukluk	40
IV. Şizofreninin Postpsikotik Depresif Bozukluğu	44
E. Postpartum Depresyon	45
III. GEREÇ VE YÖNTEM	50
IV. BULGULAR	58
V. TARTIŞMA	74
VI. SONUÇ VE ÖNERİLER	86
KAYNAKLAR	90
EKLER	

ONAY

“Erzurum İl Merkezi’nde Doğurganlık Çağındaki Kadınlarda Depresif Bozuklukların Yaygınlığı ve İlişkili Etmenler” isimli tez konusu Psikiyatri Anabilim Dalı’nın 25/03/2009 tarihli 20 sayılı oturumun 2. maddesinde Anabilim Dalı Kurulu’nda görüşülerek kabul edildi.

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından 17/04/2009 tarih ve 121 sayılı oturumunda gör s len tez teklifi 93 nolu karar ile etik kurallara uygun görüldü.

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı’nca 28/04/2009 tarih ve 3 sayılı oturum 35 nolu kararı ile tez  alısması olarak kabul edildi.

TEŞEKKÜR...

Uzmanlık eğitimim süresince değerli bilgi ve deneyimlerini aktararak katkıda bulunan değerli hocam Prof. Dr. İsmet Kırpınar'a, kendisini hem hayatta hem meslek hayatımda örnek aldığım Prof. Dr. Nazan Aydın'a ve desteğini her zaman yanımda hissettiğim tez danışmanım sevgili hocam Yard. Doç. Dr. Elif Oral'a, ayrıca Yrd. Doç. Dr. Erol Ozan'a ve Yrd. Doç. Dr. Tülin Fidan'a;

Uzmanlık eğitimi süreci ile birlikte aynı sevinçleri, üzüntüleri, endişeleri paylaştığımız asistan arkadaşlarıma;

Birlikte çalışma imkânı bulduğum psikolog, hemşire arkadaşlarım ve yardımcı sağlık personeline;

Tezimin saha çalışması kısmında bana yardımcı olan aile hekimi arkadaşlarıma,

Beni yetiştirip bugünlere getiren, eğitimim için hiçbir fedakarlıktan kaçınmayan annem Nazmiye ve babam Turhan Ustaoglu'na, benimle beraber sevinen ve üzülen, hep yanımda olan kardeşim Soner'e;

En az kendi ailem kadar anlayışlarını ve desteklerini yanımda hissettiğim kayınvalidem Şükran ve kayınpederim Hüseyin Aras'a;

Dünyaya gelişi ile hayatımı değiştiren ve vaktinden çaldığım canım oğlum Arda Balı'na,

ve her zaman her konuda en büyük destekçim olan sevgili eşim Selim'e

Teşekkür ederim...

ÖZET

Bu araştırmada Erzurum İl Merkezi'nde doğurganlık çağındaki kadınlarda Depresif Bozuklukların yaygınlığı ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Çalışmaya il merkezindeki 113 aile hekimi arasından basit rastgele yöntemle seçilen 32 aile hekiminin bölgesindeki 15-49 yaş grubu kadınlardan toplam 589 kişi dahil edilmiştir. Katılımcılara tarama testi olarak Genel Sağlık Anketi-28 ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği uygulanmıştır. Depresif Bozuklukların yaygınlığı SCID-I (DSM-IV için Yapılandırılmış Klinik Görüşme) ve premenstrüel sendrom için Premenstrüel Değerlendirme Formu; ilişkili risk faktörleri için sosyodemografik veri formu, depresyonun şiddeti için Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, işlevsellik ve yetiyitimi düzeyleri için İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi ve Kısa Yetiyitimi Ölçeği ile sosyal destek için Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanılarak araştırılmıştır.

Örneklemin yaş ortalaması 31.03 ± 13.37 , kadınların %73'ü evli, %23.8'i bekarı. Yaş dağılımları arasında farklılık yoktu. Evlilik yaşı ortalaması 20.65 ± 3.75 ve ortalama yaşayan çocuk sayısı 2.53 ± 1.49 ; anne olma yaşı 21.92 ± 3.76 idi. Kadınların %31.9'u okur-yazar değil veya sadece okur-yazar, %30.8'i sekiz yıl ve altı eğitime sahipti. %73'ü ev hanımı, %19.5'i 1500 YTL üzeri gelire sahipti. %5.1'i psikiyatrik semptomları nedeniyle ruh sağlığı hizmeti almıştı. Evli olanların %43.5'i 15-19 yaşlar arasında evlenmiş, çocuğu olanların %51.7'si 20-24 yaşlar arasında anne olmuştu.

Araştırmaya alınan kadınların %32.8'inde Depresif Bozukluk saptandı. Major Depresif Bozukluk %17.8, Çifte Depresyon %9.5, Minör Depresyon %5.3 oranlarındaydı. Premenstrüel Disforik Bozukluk için riskli olan, şiddetli belirtilere sahip kadınların oranı %14.1 idi.

Depresif Bozukluklarla ilişki olduğu belirlenen sosyodemografik veriler; medeni durumunun dul-boşanmış olması, eğitim ve gelir seviyesinin düşük olması, mesleğinin ev hanımı ya da işçi olması, evlilik ve anne olma yaşının erken olması, eşinin eğitim seviyesinin düşüklüğü ve eşinin çalışmıyor olması ile 3 ve daha fazla çocuğa sahip olma olarak belirlenmiştir. Depresif bozukluk saptanan kadınların %84.0'ında hafif ya da orta şiddetli depresyon olduğu, %82.9'unda yetiyitimi olduğu, depresyon şiddeti ile işlevsellik ve sosyal destek arasında negatif bir korelasyon olduğu saptandı.

İşlevsellikte kayıp ve yetiyitimine yol açan depresif bozuklukların erken tanısı ve tedavisi sağlanmalıdır. Bu amaçla birinci basamak hekimleri ile işbirliğinin artırılması ve birinci basamakta tanı ve tedavinin sağlanması gerekmektedir.

Anahtar Sözcükler: Depresif bozukluk, doğurganlık çağı, kadın

PREVALANCE OF DEPRESSIVE DISORDER AND RELATED FACTORS AMONG WOMEN IN FERTILITY PERIOD IN ERZURUM PROVINCE

ABSTRACT

In this study, the aim is to determine the prevalence of depressive disorders among women in fertility period who are residents in the provincial centre of Erzurum and associated factors as well.

The study included 589 women between 15-49 years old from the region of 32 family practitioners selected randomly among 113 family physicians in the provincial centre. General Health Questionnaire-28 and Edinburgh Postpartum Depression Scale were applied to participants as scanning tests. Prevalence of Depressive Disorders was determined by SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV) and Premenstrual Assessment Form for Premenstrual Syndrome; whereas the associated factors were established with socio-demographic questionnaire, severity of depression was assessed with Hamilton Rating Scale for Depression, functionality and disability was evaluated with General Assessment of Functionality and Brief Disability Scale and social support was determined with Scale of Perceived Social Support from the Family.

Average age of the sample was 31.03 ± 13.37 . Seventy-three percent of the women were married while 23.8% were single. There was no difference among age distributions. Average marriage age was 20.65 ± 3.75 ; average number of children was 2.53 ± 1.49 and age of first delivery was 21.92 ± 3.76 . Thirty-one point nine percent of women were illiterate or only literate; whereas 30.8% had educational level of eight years or less. Seventy-three percent of the sample were housewives and monthly income of them was TL 1500 and above. Five point one percent of women with psychiatric symptoms had taken mental health services. 5.1% of the women were suffering from mental diseases which were still followed-up and treated. 43.5% of the married women had got married at the age of 15-19; 51.7% of them who had children had given first ever-birth at the age of 20-24.

Thirty-two point eight of the women had Depressive Disorders who included to this study. The rate of Major Depressive Disorder was 17.8%; while the ones for Double Depression and Minor Depression were 9.5% and 5.3%, respectively. The risk for Premenstrual Dysphoric Disorder, the proportion of women with severe symptoms was 14.1%.

The socio-demographic data associated with Depressive Disorders were being a widow or divorced, having low levels of education and income, being a housewife or worker, getting married and giving birth at early ages, having a spouse who is unemployed or who has a low level of education and possessing three or more children. 84.0% of women with depressive disorder were observed to have mild or moderate depression levels; and 82.9% of them were suffering from disability. Severity of depression and functionality, and a negative correlation between social support was found.

Functional loss, disability caused by depressive disorders, early diagnosis and treatment must be provided. To this end, cooperation with primary care physicians and increasing diagnosis and treatment in primary care must be provided.

Key Words: Depressive disorder, fertility age, woman

KISALTMALAR DİZİNİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri
 APA: American Psychological Association
 BDNF: Beyin Kaynaklı Nörotrofik Faktör
 AASDÖ: Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
 DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
 DKH: Doğum Kontrol Hapı
 DALY: Disability Adjusted Life Years-Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılı
 DSM-III-R: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition-Revised- Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Üçüncü Baskı
 DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition- Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı
 DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition-Text Revision- Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin
 EDSÖ: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği
 EEG: Elektroensefalogram
 ESR1: Östrojen Reseptör Alfa Geni
 FSH: Folikül Stimüle Edici Hormon
 GnRH: Gonadotropin Releasing Hormon
 GSA: Genel Sağlık Anketi
 HDDÖ: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
 HPA: Hipotalamus-Hipofizier-Adrenal Aks
 ICD-10: International Classification of Disorders-10- Uluslararası Hastalık Sınıflaması
 İGD: İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği
 KYÖ: Kısa Yetiyitimi Ölçeği
 CRH: Kortikotropin Releasing Hormon
 LH: Luteinizan hormon
 MDB: Major Depresif Bozukluk
 PMDB: Premenstrüel Disforik Bozukluk
 PPD: Postpartum Depresyon
 PDF: Premenstrüel Değerlendirme Formu
 PMS: Premenstrüel sendrom
 SCID-I: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders
 SERT: Serotonin Taşıyıcısı
 SPSS : Statistical Package for Social Sciences
 WHO: World Health Organisation-Dünya Sağlık Örgütü
 YLD: Years Lost with Disability-Sakatlıkla Kaybedilen Yaşam Yılı
 5HT 2A: Serotonin 2A Reseptör Geni
 5HTTLPR: Serotonin Taşıyıcı Geni Promotor Polimorfizmi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Depresif Bozuklukların Dağılımı

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: DSM-IV-TR'a Göre Depresif Bozukluklar

Tablo 2: Kadınlarda Depresyon için Risk Faktörleri

Tablo 3: ICD-10'a Göre Depresyon Tanılarının Sınıflandırılması

Tablo 4: ICD-10'a Göre Depresif Nöbet Tanı Kriterleri

Tablo 5: DSM-IV-TR'ye Göre Major Depresif Epizod Tanı Ölçütleri

Tablo 6: Distimik Bozukluk için DSM-IV Tanı Kriterleri

Tablo 7: DSM-IV-TR Minör Depresif Bozukluk için Araştırma Ölçütleri

Tablo 8: DSM-IV-TR Rekürren Kısa Depresif Bozukluk için Araştırma Ölçütleri

Tablo 9: PMS için ICD-10 Tanı Ölçütleri

Tablo 10: DSM-IV-TR Premenstrüel Disforik Bozukluk için Araştırma Ölçütleri

Tablo 11: DSM-IV-TR Şizofreninin Postpsikotik Depresif Bozukluğu için Araştırma Ölçütleri

Tablo 12: Araştırmaya Alınan Kadınlara Ait Sosyodemografik Özellikler

Tablo 13: Araştırmaya Alınan Kadınların Geçirilmiş Ruhsal Hastalık ve Halen Takip ve Tedavisi Devam Etmekte Olan Ruhsal Hastalık Durumları

Tablo 14: : Evli Olan Kadınlara Ait Sosyodemografik Veriler

Tablo 15: Çocuğu Olan Kadınların Hamilelik Sırasında Geçirilmiş Ruhsal Hastalık Durumlarına Göre Dağılımı

Tablo 16: Araştırmaya Alınan Kadınların Depresif Bozukluklara Göre Dağılımı

Tablo 17: Depresif Bozukluklarla Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması

Tablo 18: Evli Olan Kadınlara Ait Sosyodemografik Veriler

Tablo 19: Çocuğu Olan Kadınlara Ait Sosyodemografik Veriler

Tablo 20: Depresif Bozuklukların Geçirilmiş ve Takip ve Tedavisi Devam Etmekte Olan Ruhsal Bozukluklar Açısından Karşılaştırılması

Tablo 21: Depresif Bozukluklarla İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi İçin Uygulanan Ölçeklere Ait Ortalama Puanlar

Tablo 22: HDDÖ'ne Göre Depresif Bozuklukların Şiddeti

Tablo 23: Depresif Bozukluklar ve HDDÖ'nin Karşılaştırılması

Tablo 24: KYÖ'ne Göre Depresif Bozukluklarda Görülen Yeti Yitimi Düzeyleri

Tablo 25: Depresif Bozukluklar ve KYÖ'nin Karşılaştırılması

Tablo 26: HDDÖ Skorları ile İGD Skorlarının Korelasyon Analizi

Tablo 27: HDDÖ Skorları ile AASDÖ Skorlarının Korelasyon Analizi

Tablo 28: Depresif Bozukluklarla İlişkili Risk Faktörlerinin Belirlenmesi için

Yapılan Lineer Regresyon Analizinin Sonuçları

I. GİRİŞ

Depresyon, tüm dünyada yeti yitimine yol açan hastalıklar listesinde dördüncü sırada yer almakta olup Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 2010'da ikinci sıraya yükseleceği öngörülmektedir (1). DSÖ'nün 2001'de yayınlanan Dünya Sağlık Raporu Global Hastalık Yüğü raporuna göre Unipolar Depresif Bozukluk YLD'nin (YLD: Years Lost with Disability-Sakatlıkla Kaybedilen Yaşam Yılı) ana nedeni olarak kalmaya ve yetiyitimine neden olan hastalıklar arasında dördüncü sırada kalmaya devam etmektedir (2). Dünya Bankası Ekonomik Gözden Geçirme sonuçlarına göre Unipolar Depresif Bozukluk DALY'nin (DALY: Disability Adjusted Life Years-Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılı) Amerika'da en önemli; Avrupa'da ise ikinci önde gelen sebebidir, aynı zamanda düşük gelir seviyelerine sahip ölkelerde de başlıca sebeplerinden biridir (3). Dünya Sağlık Örgütü ile yürütölen “Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Sorunlar” isimli çalışmanın Gölbaşı (Türkiye) ayağında, ruhsal bozuklukların özellikle de depresyonun sosyal yetiyitimi ile ilişkili olduğı gösterilmiştir. Ruhsal bozukluğu olan hastalarda yetiyitimi, sadece kronik bedensel hastalığı olanlardan daha fazla bulunmaktadır. Depresyonu olanların %67.2'sinde yetiyitimi bulunmuştur (4). Dünya Bankası Çalışması verileri kadınlar arasında nöropsikiyatrik bozukluklardan kaynaklanan yetiyitiminin % 30'unu depresif bozuklukların oluşturduğunu göstermiştir (5).

Duygudurum bozukluklarının prevalansları ile ilgili epidemiyolojik veriler major depresif bozukluğun kadınlarda erkeklerden iki kat yaygın olduğunu ve başlangıcın daha çok reproduktif yıllara denk geldiğini göstermektedir (6). Depresyon en sık geç adölesan ve erken yetişkinlik dönemi arasında başlamaktadır (7). Kadınlarda iki kat fazla görölme durumu erken adölesanlık dönemi ile başlar ve yetişkinlik döneminden yaşlılığa kadar devam eder (8-10). Özellikle doğurganlık çağındaki kadınlar depresyon ortaya çıkması açısından en riskli grupta yer almakta olup, bu risk ilk adetle başlayıp menopoş dönemi sonlanana dek yüksek kalmaktadır (11).

T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından Ulusal Hastalık Yüğü Ve Maliyet-Etkililik Projesi, Hastalık Yüğü Final Raporu'na göre Türkiye'de ulusal düzeyde YLD'ye (YLD: Years

Lost with Disability-Sakatlıkla Kaybedilen Yaşam Yılı) neden olan ilk 20 hastalık arasında Unipolar Depresif Hastalıkların kadınlarda % 10.7 ile ilk sırayı, erkeklerde % 6.4 ile ikinci sırayı aldığı bildirilmiştir (12). Unipolar Depresif Hastalıklar Türkiye'nin doğu bölgesinde, kentsel ve kırsal alanlarda her iki alanda ve kadınlarda yetiyitimine neden olan hastalıklar arasında ilk sırada yer almaktadır. Ülkemizde 15-59 yaş grubu kadınlarda Unipolar Depresif Hastalıkların YLD'ye neden olan hastalıklar arasında ilk sırada yer aldığı ve %14.4 oranında görüldüğü belirtilmektedir (13). Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması'nda Unipolar Depresif Hastalıkların kadınlarda tahmin edilen prevalans oranının %26.3 olduğu bildirilmektedir (14).

Türkiye'de ruhsal rahatsızlıkların yaygınlığını gösteren ve ülke genelini temsil eden bir örnekleme yapılmış ilk çalışma olan Türkiye Ruh Sağlığı Profili'nde hastalık tanılarının cinsiyete göre dağılımına bakıldığında herhangi bir ruhsal bozukluk bulunma oranının kadınlarda % 22.4, erkeklerde % 10.9 olduğu; ağrı bozukluğu dışında en sık rastlanan ruhsal hastalığın Majör Depresyon olduğu görülmektedir. Alkol bağımlılığı dışında tüm ruhsal hastalık tanıları kadınlarda daha yaygındır. Her beş kadından birinde herhangi bir ruhsal hastalık tanısı varken, erkeklerde bu oran onda birdir. Hastalıkların coğrafi bölgelere göre dağılımına bakıldığında doğuda depresif nöbet ve distiminin diğer bölgelerden daha fazla oranda olduğu görülmektedir (15).

Gelişmekte olan ülkelerde, düşük gelir düzeyine sahip bölgelerde yaşayan kadınlarda ruhsal bozuklukların daha yüksek oranlarda olduğu bildirilmektedir (16). Annelerin fiziksel ve ruhsal sağlığının kötü olmasının çocukların sağlığı, beslenmesi ve psikolojik iyilik halleri üzerine sonuçlarının olumsuz olacağı tahmin edilebilir.

Sosyoekonomik koşullar ve yardım için başvuru oranlarının yetersizliği göz önüne alındığında doğurgan çağdaki kadınlarda depresyonun tanınması ve tedavi edilmesi; postpartum depresyonun tanınması, önemi ve bebeğin bakım ve sağlığı açısından önem arzetmektedir. Ayrıca yapılan çalışmalar annenin her dönemdeki depresyonunun çocuğu etkilediğini göstermektedir. Annenin major depresyonu evlat edinilmiş ya da evlat edinilmemiş adölesanların tümünde major depresyon ve davranış bozuklukları riski ile yakından ilişkilidir (17, 18). Major depresyondan iyileşen annelerin çocuklarında

görülen psikopatolojilerin (özellikle depresyon ve anksiyete semptomlarında) ve işlevselliğin düzeldiği belirtilmiş, iyileşmeyen annelerin çocuklarında böyle bir değişiklik görülmemiştir (19). Kadınlarda postpartum depresyon için en önemli risk faktörlerinden biri olan antenatal depresyonun teşhis ve tedavi edilmesi, hem postpartum dönemde bebeğin hem de sonrasında çocuğun biyolojik ve psikolojik sağlığı üzerinde olumlu etkiler yapacaktır.

Major depresif bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı kadınlarda erkeklerden 2 kat yüksektir ve ilk başlangıç doğurganlık dönemindedir (6, 20-22). Kadınlarda gebelik ve postpartum dönemde bu risk artmaktadır (23). Ortalama başlangıç yaşı 40 olmakla birlikte hastaların %50'sinde başlangıcın 20-50 yaşlar arası olduğu göz önüne alındığında bu dönemin kadının doğurganlık çağı olan 15-49 yaşlar arasına denk geldiği görülmektedir (24).

Literatüre bakıldığında postpartum dönemdeki depresyon oranları ile ilgili çalışmalar ve çeşitli veriler olmakla birlikte bu dönemdeki depresyon sıklığının ne kadarının kadının zaten risk altında bulunduğu yaş grubu ve üreme çağındaki hormonal değişikliklerle ilişkili olduğuna dair yapılan çalışmalar genel popülasyonu temsil etmesi açısından yetersizdir. Depresyon oranlarının yüksek olmasının beklendiği Türkiye'nin doğusunda bu yaş grubunu ve örneklem açısından genel popülasyonu temsil eden bir örneklemde major depresif bozukluk dışında Depresif bozuklukların da araştırıldığı herhangi bir çalışma bulunmamaktadır.

Bu verilerden yola çıkarak bölgemizde doğurganlık çağındaki hamile olmayan kadınlarda depresif bozuklukların yaygınlığını tespit etmeyi amaçladık. Epidemiyolojik açıdan bu yaş grubunda olup da perinatal dönemde olmayan kadınlarda depresif bozuklukların oranını belirleyerek gebelik ve doğum sonrasında saptanan depresif bozuklukların ne kadarının gebelik ve doğumla ilişkili olduğu sorusuna ışık tutacak bir çalışma yürütmeyi planladık. Nispeten daha düşük sosyoekonomik koşullara sahip olan Doğu Anadolu Bölgesi'nde doğurganlık çağındaki hamile olmayan kadınlarda depresif bozuklukların yaygınlığı saptayarak epidemiyolojik açıdan bu yaş grubundaki kadınların depresyona maruz kalma durumları hakkında bilgi sahibi olmayı amaçladık.

II. GENEL BİLGİLER

Kadın cinsiyet, nörotik kişilik özellikleri ve depresojenik yatkınlık insanlarda major depresyona ait üç risk faktörüdür (25, 26).

Pek çok ülke, kültür ve etnik kökende kadınların depresyona erkeklere göre daha yatkın olduğu bildirilmektedir (27-30). Biyolojik yapısı, ruhsal özellikleri, kişilik yapısı, sorunlarla başa çıkma biçimi, toplumsal ve kültürel konumu kadını depresyona yatkın kılmaktadır (31).

Epidemiyolojik çalışmalar depresif bozuklukların prevalans, insidans ve mortalitesinin kadınlarda daha fazla olduğunu göstermektedir. Kadınlardaki risk artışı major depresyon, distimi, atipik depresyon ve mevsimsel depresyon için geçerlidir (32).

A. KADINLARDA DEPRESYON İLE İLİŞKİLİ PSİKOSOSYAL FAKTÖRLER

1) Sosyal ve Demografik Faktörler

Psikososyal stresörler erkeklerden farklı olarak kadınlarda major depresif bozukluk (MDB) riskini artırmaktadır. Evlilik çatışması ve düşük psikososyal destek depresyonla ilişkilidir (6). Örneğin evlilik uyumsuzluğu kadınlarda MDB için bir risk faktörüdür; ancak erkekler evlilik uyumsuzluğu boşanma ya da ayrılma ile sonuçlandığında depresyon yaşarlar (6, 33-35). Evlilikle ve ev hanımlarının görevleri ile beklentiler kadınlara ait özel stresörlerdir (25, 33-35).

Depresyondaki cinsiyet farklılıkları erkeklerin bağımsız, kendine fazla güvenli ve buyurucu olma eğilimi olduğu halde, kadınların pasif ve başkalarının ihtiyaçlarına daha duyarlı oluşu depresyondaki cinsiyet farklılığını açıklıyor olabilir (36).

Toplumsallaşma sürecinde kadınlara iyi bir eş ve anne olmaları, erkeklere çekici görünmeleri, bağımlı ve uysal olmaları öğretilirken, erkeklere baskın, mantıklı, kendine

güvenli, saldırgan insanlar olmaları öğretilmektedir. Kadınlar duygusal, başkalarını memnun etmeye yönelik, özerk olmayan kişiler olarak yetiştirildikleri için sevgi ve ilişki kaybından korkarken; erkekler yarışmacı ve saldırgan olmaya yönlendirildikleri için iş kaybı ve yasal sorunlar gibi durumlardan daha çok etkilenmektedir. Kadının sosyal durumunun yasal ve ekonomik açıdan erkeklere oranla daha olumsuz bir konumda olması da onun başkalarına bağımlı olmasına, benlik saygısının süregelen olarak düşük olmasına ve öğrenilmiş çaresizliğe yol açabilmektedir. Özellikle evlilikle ilgili roller kadında depresyon riskini arttırabilmektedir (31).

Geleneksel cinsiyet rollerinin ve beklentilerinin çaresizlik duygularına neden olması gibi psikolojik sonuçları ortaya çıkardığı, bu nedenle kadınların depresif reaksiyonlara erkeklerden daha hassas olduğu ileri sürülmektedir. Dul ve boşanmış olanlarda depresyon oranlarının evlilere göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir (23). Evli erkeklerde depresyon görülme sıklığı bekar, dul ve boşanmış erkeklere göre daha azdır; buna karşılık kadınlar için bu durumun tersi söz konusudur (37). Bu da evliliğin kadınlar için daha büyük bir yük oluşturmasıyla açıklanmıştır (38). Ülkemizde yapılan çalışmalar arasında evli olmanın, bekar olmaya göre duygulanım bozukluğu riskini artırdığını bildiren araştırmalar vardır. Buna göre, evlilik kadınlar için bir stres faktörüdür ve erkekleri kadınlara göre depresyondan daha fazla korumaktadır (39). Evli erkekler en düşük risk grubunu oluştururlar. Sırasıyla evli kadınlar; yalnız yaşayan ve dul kadınlar; yalnız, dul, boşanmış erkekler; ayrılmış veya boşanmış kadınlar artan oranda risk içersindedirler (40).

Kültürlerde kadınlardan farklı beklentiler olduğu için cinsiyet farklılığına yol açan etkiler kültürel bağlamda oluşmuş olabilir ve kadın geleneksel rollere karşı geldiğinde sosyal baskıyla karşılaşabilir (6, 41-44).

Son dönemdeki çalışmalar sosyal destek azlığının depresyon için bir risk etmeni olduğu sonucuna varmışlardır (37, 45). Günümüzün Batı toplumlarında sosyal desteğin büyük bölümü toplumun temel örgütlenme biçimi haline gelen çekirdek aile tarafından verilmektedir. Çekirdek aile desteğinden yoksun kalan bekar, dul ve boşanmışlarda depresyon görülme sıklığının evlilere göre daha sık olması sosyal destekle ilgili bu

görüşü desteklemektedir (46, 47). Sosyal destek yokluğu depresif semptomların başlayabileceğini gösterebilir (48). Arkadaşlık çatışmaları depresyonun yavaş düzeleceğini, eşin depresyona olumlu bakışı ise hızlı düzelmeyi göstermektedir (49).

Kadınlar aynı zamanda yakın ilişkilerdeki konumu nedeniyle depresyon açısından daha fazla risk altında olabilir ve araştırmalar kadınların ilişki anlaşmazlıklarından kaynaklanan depresyona daha duyarlı olduklarını göstermiştir (6, 50, 51).

Davranışçı ve feminist teorilere göre kadınların ruhsal durumları erkeklere göre olaylardan daha fazla etkilenebilir özelliktedir ve bu durum kadınların bulundukları konumdaki güçsüzlüklerden kaynaklanmaktadır. Sosyal konumlarındaki güçsüzlük kadınların yaşamlarında önemli konularda kontrolü ellerinde daha az tutmaları ve olumsuz olaylarla daha sık karşılaşmalarına neden olmaktadır. Özel yaşamlarındaki sorunlar, iki cinsiyet arasındaki ilişkide iş yükü ve eşitsizlikler kadınların depresyondan daha fazla etkilenmelerinde rol oynamaktadır. Kadın erkekten daha az para kazanmasına rağmen, yaşamdaki sorumlulukları erkeklerden daha fazladır. Ev işleri, çocuk bakımı ve aile büyüklerinin bakımı genellikle kadının sorumluluğu olarak algılanmakta, bu durum gittikçe artan bir stres oluşturmakta, artan iş yükü ve genel stres kadında tükenmişlik sendromu ve depresif belirtilere yol açmaktadır (52).

Bunların yanında çalışan anneler, iş yükü gibi diğer psikososyal zorluklarla da karşı karşıya kalırlar (32). Özellikle günümüz koşullarında kadınlar maddi manevi büyük yük altındadırlar. Endüstrileşmiş ülkelerde kadın hem anne, hem iş kadını, hem eş hem de ev hanımı rollerinin hepsini birden yüklenmek zorunda kalmıştır (40). Kadınların çalışma yaşamına atılmasının yanında, anne ve eş rollerini de sürdürmeleri; ev işleri ve çocuk bakımı çalışan kadınlar için ek sorumluluklar oluşturmakta ve daha fazla rol çatışması yaşamalarına neden olmaktadır (32, 40). Ücretli bir işi olmayan evli kadınlar sinir bozucu özellikler taşıyan ve modern toplumlarda düşük değer taşıyan “ev hanımı” kimliğini kabullenmek zorunda kalırlar. Diğer taraftan işi olan kadınlar ekonomik ayrımcılık ve iş eşitsizliğinin yanında ev işleri ve çocuk bakımı konularında primer sorumlu oldukları için eş zamanlı aşırı iş yükü ve görev çatışması ile karşı

karşıya kalırlar. İş sahibi olmanın psikolojik iyi olma üzerinde olumlu etkileri olmasına rağmen bu etkiler aşırı iş yükü ve görev çatışması varsa azalır ya da tersine döner (32). İngiltere'de evli kadınlar arasında, çocuğu olanlarda depresyon oranı olmayanlardan daha yüksek bulunmuştur (37). Çocuk sahibi olmanın sosyal statüsünün daha yüksek olduğu Akdeniz ülkelerinden Yunanistan ve İspanya'da ise böyle bir farklılık saptanmamıştır (41, 53).

Türk toplumunda kadın küçük yaşlardan itibaren erkeklerden daha değersiz olduğunu öğrenip düşük düzeyde bir benlik kavramı edinmektedir. Erkeklerden daha farklı bir sosyalleşme sürecinden geçen kadın baskı ve kontrol altındadır. Sonuç olarak daha tutucu, dindar, daha az başarı güdüsüne sahip bir kişilik yapısı meydana gelir ve geleneksel rol beklentilerine uyum sağlar (54).

Depresyonun sosyal değişkenlerle ilişkisini inceleyen çalışmalar gözden geçirildiğinde, ekonomik durum-depresyon ilişkisini inceleyen çalışmalarda farklı sonuçlar bulunduğu görülmektedir. Depresyonun üst sosyoekonomik düzeylere ilişkin bir hastalık olduğu, depresyon görülme sıklığının sosyodemografik değişkenlerden ilişkisiz olduğu ileri sürülmüştür (55, 56). Oysaki travmatik yaşam olaylarıyla ilişkili olduğu kesinlikle bilinen depresyonun daha fazla travmatik yaşam olayına maruz kalan yoksullarda daha fazla görülmesi beklenir (46). Sonraki dönem çalışmaları gözden geçirildiğinde sosyoekonomik düzey düşüklüğünün depresyon için önemli bir risk etmeni oluşturduğu ortaya çıkmıştır (46, 47, 57, 58).

Depresyon hastalarının sürekli sempati ve ilgi arayışı nedeniyle çevrelerindeki bireylerin kendilerinden uzaklaşmasına neden olmaktadır. Böylece depresyonun kendisi de sosyal destekleri azaltarak depresif epizodun kronikleşmesine neden olmaktadır. Buna "depresif döngü" adı verilmektedir (59). 35 yıl süre ile takip edilen bir popülasyonda depresyonun olumsuz yaşam olaylarına neden olduğu gösterilmiştir (60).

Depresif kadınların profesyonel yardım alma konusunda erkeklerden daha istekli olması kadınlarda depresyon oranlarının yüksekliğini açıklayabilir. Bu durum özellikle ülkemiz için oldukça açıklayıcıdır. Kadınlar depresyonun bütün şiddetlerinde ve

formlarında hekime gelirken erkekler daha çok ağır depresyonlarda -o da çoğu zaman ailenin zoru ile- yardım aramaktadır (40).

2) Psikolojik Faktörler

a. Stresli Yaşam Olayları

Yapılan çalışmalarda stresli yaşam olayları ile depresyon arasında belirgin ilişki olduğu saptanmıştır (32, 61-64). Pek çok insan stresli yaşam olayları ile karşılaşır ancak sonrasında hepsinde depresyon gelişmez. Stresli yaşam olayları sonrasında depresyon gelişiminde yaşam stresörleri sonrasında depresyon gelişimi ile ilgili genotipler ve altta yatan genetik bir yatkınlık olduğu belirtilmektedir (65). Genetik yatkınlık ve çocukluk çağındaki olaylar arasında depresyonun etyolojisine katkıda bulunan kompleks bir etkileşim bulunma olasılığı oldukça yüksektir (66).

Rekürren depresyonu olan kişilerde son epizod öncesinde veya son epizodun erken döneminde stresli bir yaşam olayı meydana gelmesi kişinin tedaviye az yanıt vereceğini ve remisyon için daha uzun süre geçeceğini gösterir (67).

Kadınlar travmatik yaşam olaylarına erkeklerden daha fazla maruz kalmakla birlikte, asıl farklılığın yaşam olayları karşısında erkekler kadar etkili başetme biçimleri kullanmamalarından kaynaklandığı ileri sürülmüştür (68). Bireyin kendisine ilişkin yaşam olaylarında her iki cinsiyetin duyarlılığının farklı olmadığı, ancak kişilerarası ilişki sorunlarında kadınların daha duyarlı olduğu ileri sürülmüştür (69). Bir bunalım sonrası kadınlar depresif bir epizod yaşama açısından erkeklere göre % 80 daha fazla risk altındadır (70).

Erken travmatik yaşantıların MDB'daki kadın predominansından kısmen sorumlu olabileceği belirtilmektedir. Kadınlar bazı stresli yaşam olayları (cinsel kötüye kullanım gibi) açısından daha fazla risk altındadır ve depresojenik etkilere daha açıktır (6, 32, 71-73). Aile içi şiddet de depresif bozukluklarla ilişkilidir (74-77).

Çocukluk çağındaki olumsuz yaşantıların ileriki yıllarda depresyon gelişme riskini biyolojik mekanizmalar (Hipotalamus-hipofizier-adrenal aksının (HPA) uzun süreli disregülasyonu), kişisel duyarlılık (düşük benlik saygısı, çaresizlik, zayıf başa çıkma stratejileri), olumsuz çevresel faktörler (sosyal destek yokluğu, düşük sosyal seviye, yalnız ebeveynlik veya planlanmamış gebelik gibi devam eden sorunlar) gibi farklı yollarla artırdığı gösterilmiştir (32, 78-80).

Doğu toplumlarında görülen kadercilik ve tevekkülün olumsuz yaşam koşullarını kabullenmeyi kolaylaştırdığı ve depresyon riskini azalttığı belirtilmektedir (47, 81, 82).

b. Kognitif Teoriler

Depresyonun kognitif teorisi hergün yaşanan olayların negatif bir yönde yorumlanması nedeni ile depresyon geliştiği düşüncesine dayalıdır (6, 83-86). Bilişsel davranışçı terapinin MDB tedavisinde etkili olduğu gösterilmiştir (87-89).

Kronik gerilim, ruminasyon gibi etkili olmayan baş etme mekanizmaları kadınların depresif semptomları daha fazla yaşamalarına sebep olur (90-95). Erken çocukluktaki stresli yaşam olayları (kadınlar bu olaylara daha fazla maruz kalırlar) kişiyi yetişkinlik döneminde stresli yaşam olayları meydana geldiğinde olası depresif epizodlara daha duyarlı hale getirir (94). Öğrenilmiş baş etme mekanizmaları cinsiyete ve depresyona yatkınlığa göre farklılık gösterebilir. Araştırmalar, olumsuz yaşam olaylarının erkekleri ileriki yaşamlarında onları depresyondan koruyacak etkili baş etme mekanizmaları geliştirmeye teşvik ettiğini, ancak kızları teşvik etmediğini göstermiştir (87).

Nörokognitif çalışmalar, ruminasyon gibi verbal stratejilerin sol posterior hemisferde aktivite artışına neden olduğunu göstermiştir. Posterior sol hemisferdeki aktivite eğilimi depresyona savunmasızlıkla ilişkilidir (96). Erkeklerin depresif duygudurumlarını fiziksel aktiviteler ile dağıtabildikleri, kadınların ise daha az aktif oldukları ve depresyonlarının olası nedenlerini düşünmeye daha eğilimli oldukları ve bu

yüzden depresif duygudurumlarının devam ettiği belirtilmektedir. Gerçekten kendini teselli edici baş etme stratejilerinin kadınlarda daha az olduğu bildirilmektedir (90). Bu nedenle depresif olan erkekler teşhis edilmemiş, tanı konulmamış ve tedavi edilmemiş olarak kalmaya devam etmektedir. Kültürel faktörler nedeni ile depresif duygudurumla ilgili affekt çoğu erkekte belirgin olmayabilir (98).

B. KADINLARDA DEPRESYON İLE İLİŞKİLİ BİYOLOJİK FAKTÖRLER

Biyolojik faktörler genetik etkenler, nörotransmitter sistemleri ve hormonal sistemleri içermektedir. Biyolojik etkiler depresyonun etyolojisini ya da depresyondaki cinsiyet farklılığını açıklamakta yeterli değildir ancak depresyona yatkınlığı ve savunmasızlığı açıklamaya katkıda bulunmaktadır. Depresyonu net bir biçimde gösterecek biyolojik bir marker tanımlanmamıştır (6).

MDB, stresli yaşam olaylarına aşırı bir nörobiyolojik yanıt olarak genetik açıdan savunmasızlık durumunda ortaya çıkabilir. Kadınlar; kadın ve erkekleri depresyondan koruyan otorite, kontrol ve sosyal değer duygularının yokluğunda daha fazla risk altında olabilir (99). 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 (6).

a. Genetik Etkenler

İkiz çalışmalarında yetişkin kadınlardaki major depresyonun büyük ölçüde genetik orijinli olduğu bildirilmektedir (63, 100). Genetik faktörler kadınlardaki depresyona direkt olarak katkıda bulunmamaktadır; bunun yerine genetik faktörler, farklı cinsiyetlerde stresin etkisi gibi diğer mekanizmalar aracılığı ile kadınlarda depresyona savunmasızlığı indirekt etkilemektedir (32). Adölesan kızlarda görülen yüksek depresyon oranları depresyona ve stresli yaşam olaylarına genetik predispozisyonu desteklemektedir (101).

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. Çalışmada cinsiyetler arasında genotip oranları açısından fark bulunamamıştır. Saptanan bu polimorfizm kadının ya da erkeğin genetik oluşumu aracılığıyla dengelenen çevre etkileşimine kanıt sağlamaktadır (65). Adölesanlarla yapılan bir çalışmada 5HT 2A (serotonin 2A reseptör geni), triptofan ve 5HTTLPR (serotonin taşıyıcı geni promotor polimorfizmi)'nin etkilerinin sadece kızlarda olduğu bildirilmektedir. Bireyler adölesan yaşta olduğundan kız bireylerde adölesan dönemde başlayan hormonal dalgalanmaların duygudurum bozuklukları ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (102).

b. Nörotransmitter Sistemler ve Fonksiyonel Beyin Asimetrisi

Depresyonun nöral temeli açısından en çok kabul gören görüş serotonin sistemlerinde bir disfonksiyon olduğudur (6, 103). Noradrenalin sistemi disfonksiyonuna duyarlılıkta yaşla ilişkili bir cinsiyet farklılığı olduğu ileri sürülmüştür (104).

Bazı araştırmalar total beyin hacmi, nöronal morfoloji ve sinaps tipi ve sayısını içeren nöroyapısal yapılarda cinsiyet farklılıkları olduğunu göstermiştir. Bu cinsiyet farklılıklarının hipotalamus, amigdala ve kortikal yollar gibi duygudurumun düzenlenmesinde etkisi olan yapısal bölgelerde belirgin olduğu ve cinsiyetler arasındaki depresyon oranlarının farklı olmasına katkıda bulunabileceği belirtilmektedir (44, 105-109).

Son dönemdeki çalışmalarda premenstrüel disforik bozukluğu olan kadınlarda, depresif bireylerdeki gibi frontal asimetri olduğu gösterilmiştir (6, 110). İstirahat sırasında frontal EEG (elektroensafalogram)'deki asimetri, depresyon ve premenstrüel disforik bozukluk riskini gösterebilir (111).

c. Hormonlar

Endokrin sistem yıllardır depresyon etyolojisinde anahtar rol oynamaktadır. Bu sistemden etkilenen bir hastalığı olan kişilerin zaman zaman şiddetli depresyon yaşamalarında nörohormonların rolü vardır. Depresif olan ve postpartum depresyonu olan kadınlarda, depresif olmayanlara göre HPA aksı anormallikleri bulunmaktadır (6). Suprafizyolojik gonadal hormon seviyelerinin (çocuğun doğumundan hemen önce yüksek östradiol), hipofizier-adrenal aks aktivitesini artırdığı (kortizol seviyesinin artması) ve postpartum depresyon öyküsü olan bir kadının hipofizier-adrenal aksının gonadal steroidlere artmış bir duyarlılığa sahip olduğu bildirilmektedir (112). Bu sonuçlar postpartum depresyonlu kadınlarda kortizol ve farklı gonadal hormonlar arasındaki etkileşimi açıklayabilir (6).

Kadınlardaki depresyon altta yatan bazı sosyal nedenler tarafından açıklanabilmişse de; kadınlarda depresyonda hormonların etkileri puberte öncesinde kızlar ve erkekler arasında oranların benzer olması ve cinsiyet farklılığının yaşlı insanlarda daha az belirgin olması ile desteklenmektedir (6). Prepubertal erkeklerle karşılaştırıldığında, HPA'nın matürasyonu ile adölesan kızlarda depresyon oranlarının artması arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (113). Araştırmalar çocuğun doğumunu takiben plasantanın ayrılmasıyla östrojen ve progesteron seviyelerinin hızlı bir şekilde düşmesinin psikiyatrik hastalık riskini artırdığını göstermiştir (114).

Hayvanlarda yapılan bir çalışmada hormonla ilişkili depresyon için olası bir mekanizma olduğu belirtilmektedir. Bu çalışmada östrojenin, SSRI'ların etkilerini gösterdiği 5-HT (2A) reseptör geninin ve dorsal rafe nukleusunda serotonin taşıyıcısının (SERT) ekspresyonunu indüklediğini gösterilmiştir. Bu genin ekspresyonu ratın önbeyninde 5-HT(2A)R ve SERT'in yoğunluklarında bir artışa neden olmaktadır. Etkilenen bu önbeyin bölgelerinin insanlarda duygudurum, mental durum, kognisyon ve emosyonun kontrolü ile ilişkisi vardır (115, 116). Ratlarda östrojenin, menstrüel siklusun ilk günlerinde hipotalamus ve hipokampusta dendritik dallanma ve sinaps formasyonu ile ilişkili olduğu; östrojen seviyelerinin düşmesi ile dendritik budanma olduğu bulunmuştur (117). Östrojendeki dalgalanmaların dendritik diken

formasyonunun down regülasyonu ile ilişkili olduğu ve depresif semptomlar ile nöroenezis arasındaki bağlantıyı desteklediği belirtilmektedir (118).

C. KADIN ÜREME DÖNEMİ VE DEPRESYON

Kadınlarda reproduktif yıllardaki depresyon etyolojisi sosyal, psikolojik ve biyolojik etkileri içermektedir ve komplekstir. Veriler stresli yaşam olayları ile biyolojik savunmasızlık (stres-yatkınlık modeli) arasındaki etkileşimlerin depresyona yol açtığını göstermektedir. Çalışmalar normal kadın menstrüel döngüsünün (menstrüel siklus sırasında, doğum sonrası, ve menopoza) bu stresli yaşam olaylarından biri gibi rol alabileceğini göstermektedir. Bu hormonal ve psikolojik stresörlerin bir araya gelmesi durumunda bilişsel mekanizmalar depresif hissetmeye veya major depresif epizoda neden olabilir (6).

MDB’da göze çarpan bu cinsiyet farklılığı, kadınların depresyondaki savunmasızlığında östrojen dalgalanmalarının potansiyel rolünü destekleyecek şekilde adolesan dönemi ile başlar (119).

Kadınlar menarştan menopoza kadar gonadal hormonlarda aylık dalgalanmalar yaşarlar. Östrojen ve progesteron santral sinir sisteminde nöromodulator etkilere sahiptir ve bu reproduktif hormonlardaki değişiklikler farklı nörotransmitterleri (örn. serotonin, norepinefrin) ve serebral fonksiyonları direkt olarak etkiler (32). Östrojen seviyesindeki değişikliklerin serotonin ve serotonin reseptör alt tiplerinin seviyelerini etkilediği ve serotonin agonistlerine yanıtı düzenlediği gösterilmiştir. Reprodüktif hormonlar ve depresyon arasındaki kesin ilişki net olmamakla birlikte, gonadal steroidlerin nöromodulator etkilerindeki dalgalanmalar, kadınlarda normal hormonal değişikliklere (örn. premenstrüel periyod, lohusalık ve perimenopoz sırasında) farklı duyarlılıkla birlikte duygudurum bozuklukları için artmış riskin sebebi olabilir (120).

Cinsiyetleri farklı olan ikizlerle yapılan bir çalışmada kadınların, düşük sosyal desteğin depresyona etkilerine daha duyarlı oldukları bildirilmektedir (121).

Depresyonda etkisi olan HPA, strese kadınlarda gonadal hormonların düzenleyici etkisinden dolayı daha reaktif gibi görünmektedir (32).

Hayvan modellerinde depresyon oluşturulan bir çalışmada; östrojen siklusu devresinde dişi hayvanların depresyona savunmasızlıklarının kısmen seks hormonları tarafından oluşturulduğu gösterilmiştir. Bu savunmasızlığın östrojenik siklusun erken döneminden itibaren östrojenik siklusu da içine alacak şekilde en yüksek olduğu bildirilmiştir. Araştırmacılar östradiol tedavisi sonrasında erkeklerin depresyona daha savunmasız hale geldiğini belirtmişlerdir. Östrojen ve HPA'nın dalgalanan aktiviteleri nörotropinlerdeki, kısmen antidepresanların etkinliğinde santral bir rol oynayan Beyin Kaynaklı Nörotrofik Faktör (BDNF)'deki, sinaptik yeniden yapılanmadaki değişikliklere eşlik eder (122, 123).

Nöronlar üzerinde koruyucu etkisi olan ve nöroplastisite ile ilişkili olan BDNF ile ilgili olarak; aynı çalışmada diğer araştırmalarla uyumlu olarak östrojen siklusu devresinde ve stresle ilişkili hormonların salgılandığı durumlarda hipokampusta ve prefrontal kortekste BDNF ekspresyonunun azaldığı gösterilmiştir (123). Antidepresan tedavinin BDNF ürünlerini artırdığı ve BDNF verilmesinin antidepresan benzeri etkisinin olduğu gösterilmiştir (124, 125).

Kadınlar üreme hormonlarında değişim olduğu dönemlerde depresyona daha yatkın hale gelmektedir. Bu değişim dönemleri puberte, doğum kontrol hapı kullanımı, adet döneminin geç luteal evresi, gebelik ve lohusalık dönemi ve perimenopoz dönemidir (126).

a. Ergenlik Dönemi

Depresif bozukluktaki cinsiyet farklılığı erken ergenlikte, 10–13 yaşları arasında ortaya çıkmaktadır. Pubertedeki hormonal ve bedensel değişiklikler ile aynı zamana rastlamaktadır. Cinsiyet farklılığını açıklamak için nörohormonal farklılıklar, genetik etkenler, cinsiyete bağlı sosyalizasyon farklılıkları gibi çeşitli varsayımlar ortaya atılmıştır (127). Kızlarda puberte ile meydana gelen değişiklikler, hormonal

değişiklikler, sosyokültürel etkenler, artmış stres, kızların stres verici olayları daha çok depresojenik olarak yaşamaları, strese maladaptif yanıtlar, sosyalizasyon beklentileri, ruminasyona eğilim cinsiyet farklılığında etken olabilir (128, 129).

Pubertal hormonal değişimlerden özellikle oksitosindeki artış ile yakın duygusal iletişim, yakınlık ve yanıt vermede gereksinim artışının sorumlu olduğu ileri sürülmüştür (130).

Pubertal durumun (hangi puberte evresinde olduğu), pubertal zamanlamanın (hangi yaşta pubertal değişimlerin başladığı), yaş ve hormonlardaki değişimlerin genç kızları olumsuz yaşam olaylarına ve bu olaylarla baş edememe konusunda duyarlı hale getirdikleri ileri sürülmektedir (131, 132, 133). Pubertel evre arttıkça kızlarda depresif semptom gelişme riskinin arttığı bildirilmektedir (134).

b. Adet Öncesi (Premenstrüel) ve Menstrüel Dönem

Üreme çağı boyunca adet öncesi dönemde kadınların büyük bir bölümünde farklı şiddette psikolojik ve bedensel belirtilerin ortaya çıktığı Hipokrat'tan beri bilinmektedir. İlk kez 1931'de Frank, Premenstrüel Gerginlik Sendromu kavramını ortaya atmıştır. 1950'lerde Premenstrüel Sendrom, 1987'de DSM-III-R'de Geç Luteal Evre Disforik Bozukluğu ve 1994'te DSM-IV'de Premenstrüel Disforik Bozukluk tanımlanmıştır (135).

Premenstrüel Disforik Bozukluk (PMDB); daha ılımlı fiziksel semptomlar, baş ağrısı ve daha hafif duygudurum değişiklikleri gösteren Premenstrüel Sendrom (PMS) 'dan ayırt edilmelidir. Epidemiyolojik araştırmalara göre düzenli menstrüel siklusları olan kadınların % 75 kadarı PMS'un bazı semptomlarını yaşarlar. PMDB bu gruptaki kadınların sadece % 3 ile 8'inde görülür ve yaygınlığı çok daha azdır (136).

PMDB duygusal, davranışsal ve bedensel belirtiler ile giden bir ruhsal bozukluktur. Bir gözden geçirmede kadınların % 85'inde menstrüel siklusla ilişkili bir ya da daha fazla semptom, % 20-40'ında PMS, % 2-9'u PMDB olduğu bildirilmektedir

(137). Siklik duygudurum değişiklikleri sadece adet döngüsünün belirli bir döneminde gözlenir. Belirtiler geç luteal fazda oluşur, kanamanın başlaması ile birlikte kısa zamanda ortadan kalkar, siklusun foliküler fazı sırasında semptomsuz bir dönem vardır; ve çoğu adet döngüsünde tekrarlar (138). PMDB tanısı için ileriye dönük izlemede en az iki ay yinelemesi ve belirtilerin işlevsellikte belirgin bozulma yapması gerekmektedir (139).

PMS tanısı koymak için ICD–10 tanı  l  tleri kullanılır. Bedensel ya da psikolojik belirtilerden birinin olması tanı koymak için yeterlidir. Sosyal ya da rol işlevselliğinde bozulma olması gerekmemektedir. %30 oranında görülmektedir. Belirtilerin sadece geriye dönük olarak taranması tanı koymaya yetmemektedir. İyi bir anamnez ile birlikte fizik bakı ve gerekirse laboratuvar tetikleri yapılmalıdır (126).

PMDB’da serotonerjik aktivitenin farklı roller oynadığına ilişkin kanıtlar vardır. Serotonerjik sistemle ilgili en güçlü kanıt PMDB’u olan hastaların serotonerjik antidepresanlardan belirgin olarak fayda görmesidir (6).

PMS ve PMDB'nin patofizyolojisi tam olarak açıklanamasa bile; serotonerjik sistem gonadal hormonlarla karşılıklı ilişki içindedir ve over kökenli streoidlerin döngüsel değişikliklerinin beyindeki nörotransmitter sistemler üzerine etkileri etyolojide sorumlu tutulmaktadır. Normal ovaryan fonksiyonun santral sinir sistemi ve diğer hedef organlarda premenstrüel dönemle ilişkili biyokimyasal olayları siklik olarak tetiklediği  ne s r lmektedir. Serotoninin PMDB patogenezinde önemli olabileceği belirtilmektedir. Beyinde 5-HT n rotransmisyonunun azalması; PMDB ile ilişkili tüm duygudurum ve davranışsal semptomlarına-zayıf impuls kontrolü, deprese duygudurum, iritabilite ve artmış karbonhidrat aşermesi-neden olmaktadır. Hipotalamusta progesteron 5-HT ‘nin turnover hızını artırırken,  strojen 5-HT’nin di rnl dalgalanmasını indükler. Premenstrüel disforisi olan kadınlarda anormal 5-HT fonksiyonları gösterilmiştir.  alışmalar, premenstrüel duygudurum değişiklikleri olan kadınlarda rekürren, siklik 5-HT disfonksiyonu olduğunu göstermiştir (136).

Menstrüasyonla ilişkili semptomların ortaya çıkışında genetik faktörler de etkili gibi görünmektedir. Annesinde PMS olan kadınların % 70'inde PMS olduğu bildirilmektedir. Diğer taraftan dizigotik olanlarda % 44 iken monozigotik ikizlerin % 90'dan fazlası PMDB için konkordans göstermektedir (6). PMDB'un östrojen reseptör alfa geni (ESR1)'de genetik bir varyasyonla ilişkili olduğu bildirilmiştir (139).

PMDB'de görülüp MDB'ta görülmeyen belirtiler anksiyete ve gerginlik, duygulanım oynaklığı, belirgin öfke ve irritabilite, her şeyi üzerine geliyor gibi algılama, göğüslerde şişkinlik-ağrı ve baş ağrısı gibi bedensel yakınmalardır (126).

Menstrüel siklusla ilişkili problemi olmayan kadınlarla karşılaştırıldığında; menstrüel siklusla ilişkili problemi olanlarda, önceki 1 yıl içerisinde 2.5-3 kat daha fazla anksiyete ve depresyon, insomnia, aşırı uyku ve ağrı olduğu saptanmıştır (137).

PMDB tanısı alanlarda yaşam boyu depresyon görülme sıklığı %30 ile 70 arasındadır (126, 141, 142).

Ayrıca PMDB tanısı alan kadınlar diğer üreme ile ilgili olaylarda (lohusalık ve perimenopoz gibi) da depresyon geçirme açısından risk altındadır (126, 143-145).

Ayrıca uygun sağıltım alsa bile MDB olan kadınların bir grubunda adet döngüsünün luteal evresinde depresif belirtilerde alevlenme, yineleme veya yeni semptomların ortaya çıktığı görülmüştür. Bazen dürtü kontrolünde azalma ve hastaneye başvurularda ve özkıyım girişimlerinde artış gözlenir. Etkin antidepresan sağıltım ile iyileşme gözlenen bir grup depresif kadın hastada premenstrüel evrede disfori ve irritabilitede artış gözlenmiştir (126, 146). Depresif kadınlarda premenstrüel evrede sosyal geri çekilme, öfkenin kontrol edilememesi ya da özkıyım düşüncelerinde artış olduğunu bildirilmiştir (126, 147, 148). Bir çalışmada kronik depresyonu olan kadınların yarısında premenstrüel evrede depresif duygudurum, irritabilite ve duygusal oynaklık gibi semptomlarda alevlenme gözlenmiştir (149).

PMDB'lu hastaların serotonerjik antidepresanlardan belirgin olarak fayda görmesi PMDB'ta serotonerjik sistemin rol oynadığını desteklemektedir (6). PMDB tedavisi için luteal faz sırasında farmakolojik ajanların verildiği bir araştırmada bu ajanlara yanıtın % 52 ile % 69 arasında değiştiği, plasebo grubunda ise yanıt oranlarının % 15 ile % 47 arasında olduğu bildirilmektedir (99, 150-152). Bu yanıtlar anormal serotonerjik aktivite ile ilişkili olan ve MDB'da görülen yanıtlara benzer. Bununla birlikte SSRI'lara yanıt MDB'dakinden daha hızlıdır ve luteal faz sırasında ilaç kullanımı yarar sağlar. Bu farklılıklar PMDB'da diğer depresif bozukluktan farklı mekanizmalar olduğunu destekler (153).

Kimi durumlarda, PMS bulgularının (özellikle de depresyon sırasında var olmayıp sadece premenstrüel evrede ortaya çıkan semptomların) depresif bozukluğun üzerine mi bindiği yoksa var olan depresif bozukluğun premenstrüel evrede alevlenmesine mi yol açtığını ayırmak güç olmaktadır (126).

c. Doğum Kontrol Hapı Kullanımı

1980'lerin başında doğum kontrol hapları (DKH) ile depresyon ilişkisi araştırılmış, yüksek doz DKH kullanan kadınların %30 ile 50'sinde depresyon gözlemlendiği belirtilmiştir. DKH'larının triptofan oksijenaz enzimini indükleyerek piridoksin eksikliğine yol açtığı ve B6 vitamini verilerek depresyonun önlenebileceği ileri sürülmüştür (154).

Progesteron/östrojen oranı düşük olan DKH'ları ve progesteron dozundan bağımsız olarak yüksek doz östrojen içeren ilaçlar depresif yakınmalara daha fazla yol açmaktadır. Ayrıca DKH'na bağlı depresyon gelişenlerde daha sıklıkta geçmiş depresyon öyküsü, dismenore, DKH öncesi PMS, gebelik sırasında depresyon, ailede DKH'a bağlı depresyon öyküsü, lohusalık dönemi ve yaşın risk etkeni olduğu görülmüştür (126).

Halen DKH'larının kesilmesine neden olan en yaygın durum depresyondur. DKH kullanımı ile ilişkili depresyonu araştıran az sayıda geniş çalışma vardır.

Çalışmalar kombine DKH kullanan kadınların kullanmayanlara göre daha depresif olduğunu göstermektedir (155, 156).

DKH kullanımı sırasında premenstrüel dönemde kadınların duygudurumlarının incelendiği bir araştırmada; kadınların % 16.3'ünde duygudurumda kötüleşme, % 12.3'ünde düzelme ve % 71.4'ünde değişiklik olmadığı bildirilmiştir. PMS'u olanların duygudurumlarında düzelme olduğu belirtilmiştir. DKH kullanımı ile depresyon öyküsü olan kadınların premenstrüel dönemde duygudurumlarının kötüleşmesi olasılığı daha yüksektir (157).

d. Gebelik

Gebeliğin ruhsal bozukluklar için koruyucu bir dönem ya da "kendini iyi hissetme" dönemi olduğu savı son yıllarda kabul görmemektedir. Yaygın kanının aksine gebelik depresyondan koruyucu değildir (126, 158). Gebe olan ve olmayan kadınlarda depresyon görülme sıklığı benzerdir (159). Antenatal depresyon hamile kadınların yaklaşık % 20'sini etkiler. Antenatal depresyon kadın ve bebek üzerindeki olumsuz etkilerinin yanı sıra postpartum depresyon gelişme riskini de artırır (160).

Daha önce depresyon geçirmiş olanlarda, ailesinde depresyon öyküsü olanlarda, genç annelerde, çok çocuklu olanlarda, istenmeyen gebelikte, sosyal desteği yeterli olmayanlarda ve evlilik sorunları olanlarda depresyon görülme sıklığı artar (161, 162). Gebelikteki diğer bir zorluk ise halen antidepresan sağaltımı alanların gebe kaldıkları zaman sağaltımlarını erken kesmelerinin gebelikte depresyonun yinelemesi ve alevlenmesi açısından risk oluşturmaktadır (145). Hamilelik sırasında antidepresan tedaviyi kesen ve tedaviye devam eden depresyon hastaları ile ilgili bir araştırmada, tedaviyi kesenlerde relaps oranlarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (158). Depresif bozukluk öyküsü olan kadınlarda antepartum depresyon riski daha fazladır (162).

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 (158, 163).

Östrojen, progesteron ve kortizol doğumdan sonraki 48 saat içinde dramatik olarak düşer. Postpartum depresyonu olan kadınlar östrojen, progesteron, prolaktin ve kortizol seviyeleri veya bu hormonlar hususunda depresif olmayan kadınlardan farklılık göstermez; ancak etkilenmiş bireylerin hormonal değişikliklere anormal sensitivitesi olabileceği ve eksojen östrojen veya progesteron ile tedavi edildiklerinde depresif semptomlar gelişebileceği öne sürülmektedir. Zayıf sosyal destek, evlilik uyumsuzluğu veya hoşnutsuzluğu, yeni yaşanmış olumsuz yaşam olayları olan kadınlarda postpartum depresyon daha sık görülür. Önceki depresyon öyküsü veya ailesinde duygudurum bozukluğu öyküsü olanlarda postpartum depresyon riski artmıştır. Postpartum depresyon veya psikoz öyküsü olan bir kadında rekürrens riski % 90'dır (164).

Maternal depresyon HPA eksenini aktive eder. Bunun yanında plasentadan kortikotropin uyarıcı hormon (CRH) salınmasını yoluyla katekolaminler ve kortizolün aktivitesini artırır. CRH'ın 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 bildirilmektedir (162, 165, 166).

Depresyon ve anksiyetenin vazoaktif hormonlar ve diğer nöroendokrin transmitterlerin salgılanmasını değiştirdiği ve böylece vazokonstriksiyona ve uterin arter direncinde artışa neden olduğu; bu nedenle depresyon ve anksiyetesi olanlarda preeklampsi riskinin arttığı bildirilmektedir (162).

Gebelik sırasındaki tedavi edilmemiş depresyon; spontan abortus, gebelik sırasında kanama, artmış uterin arter direnci, düşük Apgar skorları, yenidoğan bakım ünitesine giriş, yenidoğan büyüme geriliği, erken spontan doğum eylemi, fetal ölüm,

bebekte düşük doğum ağırlığı, gebelik haftasına göre küçük bebek, perinatal ve doğum komplikasyonları, erken doğum ve bebekte doğum sırasında yüksek kortizol seviyeleri ile ilişkili bulunmuştur. Depresyonu olan kadınlar doğum eylemini çok daha ağırlı olarak tariflemişlerdir (162, 167).

Sağaltılmayan depresif dönemlerde özellikle özkıyım görülme riski artar. Gebelik sırasında sağaltılmayan depresyonların yetersiz beslenme ve uykusuzluğa bağlı olarak erken doğum, düşük doğum kilosu ve neonatal sorunlarla birlikte sigara ve alkol kullanımında artışa yol açtığı bildirilmektedir. Gebelik sırasında sağaltılmayan depresyon, postpartum depresyonların % 50-62'si ile ilişkilidir ve lohusalıkta daha şiddetlenmektedir (21, 162, 168).

İştah, uyku ve yorgunluk gibi gebeliğin bedensel semptomlarını depresyonun bedensel semptomlarından ayırmak güçtür (169, 170). Birinci trimesterde bu semptomlar, uyku ve iştah değişiklikleri, duygulanım ve anksiyete durumlarında dalgalanma, aşırı yorgunluk, libido kaybı, konsantrasyon güçlüğü olarak görülebilir. 2. trimesterde ise bu semptomlar daha az görülmektedir (145, 171).

Maternal depresyon, çocukta uzun süreli kognitif, emosyonel ve davranışsal problemlerle ilişkilidir. Postpartum depresyonu olan anneler bebeklerinin daha fazla çaba gerektirdiğini ve daha zor bebekler olduğunu düşünürler. Daha içe kapanık veya müdahalecidirler; olumsuz yüz ifadeleri segilerler. Anne-bebek etkileşiminde erken dönemdeki bu olumsuzlukların çocuğun gelişiminde derin etkileri olabileceği bildirilmektedir. Postpartum depresyonlu annelerin çocuklarında depresyonu olmayan annelerin çocuklarına göre davranış problemleri (uyku ve yeme bozuklukları, öfke nöbetleri, hiperaktivite), kognitif gelişimde gecikmeler, emosyonel ve sosyal disregülasyon ve erken depresif bozukluk başlangıcı görülür (164).

Antidepresanların hepsi plasentadan geçer ve fetusa etkileri olabilir. Bu nedenle Amerika Birleşik Devletleri Besin ve İlaç Yönetmeliği gebelik sırasında hiçbir psikotrop ilaç kullanımını önermemektedir. Ancak sağaltılmayan depresyonun yaratacağı sorunlar da iyi bilinmektedir. Bu nedenle gebelik sırasında antidepresan

sağaltımı düzenlenirken ilacın fetusa olan etkileri ile sağaltılmayan depresyonun gebeye ve fetusa etkileri karşılaştırılmalıdır (126). İlaçlar arasında Bupropion ve Buspironun için gebelik kategorisi B'dir (172).

e. Lohusalık

Lohusalık (puerperium) doğumun sonundan ilk menstrüasyona kadar olan dönemdir(173). Lohusalık döneminde özellikle duygudurum bozuklukları çok sık görülür(174).

Psikiyatrik hastalanma ve depresyon oranlarının hemen doğumu izleyen dönemde arttığına ilişkin yaygın kanı, özellikle son 20 yılda konu ile ilgili yapılan çalışmalarda da desteklenmiştir. Postpartum depresyon, doğumdan sonraki 2-3. haftadan sonra (olguların %80'inde ilk 6 hafta içinde) sinsice başlar, ancak başlangıç doğumdan sonraki bir hatta ağır olgularda iki yıla kadar uzayabilir (175, 176).

Komplikasyonsuz doğumları izleyen ilk üç ay içinde ve bazılarında göre ilk iki yıl içinde, kadınların psikiyatrik nedenli hastane başvurularında belirgin bir artış olmaktadır (177).

Puerperal dönemdeki kadınların %10.0-30.0'unda psikolojik sorunların geliştiği bildirilmektedir (177, 178).

Hafif ya da ağır düzeyde, depresyon hamilelikte en sık görülen ruhsal bozukluktur (145, 179).

Lohusalık depresyonunun etiyolojisi tam olarak açıklanmasa da doğumdan hemen sonraki hormon değişiklikleri sorumlu tutulmaktadır. Doğumdan sonraki günlerde östrojendeki ani ve hızlı düşüşün yatkın kadınlarda depresyonu tetiklediği varsayılmaktadır. Sadece kadın üreme hormonları değil, kortizol de sorumlu tutulmaktadır (125, 163). Yapılan bir çalışmada daha önceden postpartum depresyon geçirmiş kadınlarda, yüksek östrojen ve progesteron düzeylerinin birden geri

çekilmesinin hipomani ya da depresyona neden olduğu bulunmuştur. Bu kadınlar aynı zamanda premenstrüel ve perimenopozal dönemlerdeki hormonal değişikliklere de çok duyarlıdır (173).

Doğumdan hemen sonraki emzirme dönemi ve bebeğin bir yaşına kadar olan zaman dilimi, doğum sonrası dönem olarak psikiyatrik tabloların görülebildiği önemli bir dönemdir (180). Geriye dönük epidemiyolojik taramalar ciddi ruhsal hastalıkların ortaya çıkması bakımından, doğum sonrası dönemin gebelik dönemine kıyasla üç veya dört kez daha riskli olduğunu ortaya koymaktadır (181, 182). Yeni bir bebeğin dünyaya gelmesi genellikle olumlu ve doyurucu bir yaşantı olsa da, annelerin bir kısmı için bazı duygusal sorunlar ortaya çıkar. Bunlardan en sık görüleni ve zorlayıcı olanı da depresyondur. Doğum sonrası depresyon, birkaç değişik şekilde ortaya çıkabilir. Bunlardan birisi erken dönemde ortaya çıkan ve kısa sürede iyileşen annelik hüznü, diğeri ise daha geç ortaya çıkan, daha uzun süren ve daha ciddi bir durum olan doğum sonrası depresyondur.

f. Perimenopoz ve Menopoz

Perimenopoz, kadınların adet düzenlerinin bozulmaya başladığı ve genellikle 45-49 yaşları arasında ortaya çıkan dönemdir. Menopoz ise ortalama 51 yaşında ortaya çıkan son adet dönemini takiben 12 aylık amenore olarak tanımlanır (183).

Geniş çaplı araştırmalar depresyon başlama riskinin perimenopozda arttığını ve cinsiyet hormonlarındaki değişimin bu riskle ilişkili olduğunu göstermiştir (158, 184, 185). Depresif semptomlar reproduktif hormonlarda oluşan değişikliklerin menopoza geçiş sırasında oluşması kadının hayatında sorun oluşturmaktadır (186). Bilindiği gibi kadınlarda depresyon hormonal dalgalanmaların yoğun olduğu zamanlarda (menopoz, postpartum ve menstrüel döngü ile ilişkili olarak) daha sık ortaya çıkmaktadır. Hormon seviyelerindeki düşüklük ya da yüksekliğin (gebelikteki yükseklik ya da postmenopozal dönemdeki düşüklük) dalgalanmalara maruz kalınmasından daha az riskli olduğu; stabil hormon seviyelerinin düşük depresyon insidansı ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (6).

Menopoz kliniklerinde takip edilen hastaların yaklaşık yarısı depresyondadır; bunların üçte birinden fazlası ilk depresif epizodlarını perimenopozal dönemde yaşarlar. Perimenopozal kadınlarda en yaygın olarak görülen belirtiler, kadınların yaklaşık % 75'i tarafından bildirilen duygudurum ve uyku sorunlarıdır. Menopoza geçiş sırasında depresif semptomların öngördürücüleri şiddetli PMS, uykuda azalma, sıcak basmaları ve işsizliktir (184). Perimenopozal depresyonu olan kadınların yarısından fazlasının daha öncesine ait bir depresif bozukluğu vardır. Menopozdaki psikiyatrik belirtiler ayrıca PMS, antenatal ve postpartum depresyon gibi üreme döngüsü ile ilişkili depresyonlarla da bağlantılıdır (183).

Depresyonun hormonal değişikliklerin şiddetli olduğu menopoz, postpartum ve menstrüel siklus sırasında meydana gelmesi; bu nedenle hormon seviyelerinde değişikliklere maruz kalınmasının önemli olduğu; hormonal olarak stabil dönemlerde depresyon insidansının düşük olduğu belirtilmektedir (6).

Cerrahi menopozda, doğal menopoza kıyasla depresyon sıklığının daha fazla olduğu belirtilmektedir (187).

Perimenopozal depresyonun olası nedenleri östrojen eksikliği olabilir. Çelişkili gibi görünmekle beraber, östrojenin hafif olarak antidepresif etkili olduğu bildirilmektedir (187). Ayrıca bu dönemde değişen roller ve psikososyal stresler de depresyon görülme riskini arttırabilir (126).

D. DEPRESİF BOZUKLUKLAR

Amerikan Psikiyatri Birliği, Psikiyatrik Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı-IV-TR (DSM-IV-TR)' de Depresif Bozukluklar içinde Major Depresif Bozukluk, Distimik Bozukluk ve Başka Türü Adlandırılmayan Depresif Bozukluk yer almaktadır. Başka Türü Adlandırılmayan Depresif Bozukluk kategorisi, Premenstrüel Disforik Bozukluk, DSM-IV Ekbölüm B'de ayrıca tartışılan

Minör Depresif Bozukluk, Rekürren (Yineleyen) Kısa Depresif Bozukluk, Şizofreninin Postpsikotik Depresif Bozukluğunu içermektedir.

Dünyada en fazla kabul görmüş sınıflandırma sistemi, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin sınıflandırma sistemi olan DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition)'tür. DSM-IV'e göre depresif bozukluklar şu alt gruplar şeklinde değerlendirilmiştir:

1. Majör depresif bozukluk
2. Distimik bozukluk
3. Bipolar bozukluktaki depresyon
4. Genel bir tıbbi duruma bağlı depresyon
5. Depresyonlu uyum bozukluğu
6. Başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk
 - a. Premenstrüel disforik bozukluk
 - b. Minör depresif bozukluk
 - c. Yineleyen kısa depresif bozukluk
 - d. Şizofreninin postpsikotik depresif bozukluğu

Tablo 1: DSM-IV-TR'a göre depresif bozukluklar

- 296.2x Major depresif bozukluk, tek epizod
- 296.3x Major depresif bozukluk, tekrarlayan
- 300.4 Distimik bozukluk
- 311 Başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk

a. Major Depresif Bozukluk

MDB sık görülen, süregelenleşme, depresme ve yineleme oranları yüksek, fiziksel ve psikososyal yetiyeitimine neden olan yıkıcı bir bozukluktur (188, 189).

MDB genel toplumda %15'lik, kadınlarda %10-25'lik ve erkeklerde %5-12 arasında değişen yaşam boyu prevalansı ile psikiyatrinin en sık görülen hastalıklarındandır. MDB'un yaşam boyu prevalansı % 16.2, 12-aylık prevalansı % 6.6'dır (190).

Major depresyonun ergenlik öncesi dönemdeki insidans oranları kızlarla erkekler arasında eşitken, ergenlikten sonra yaş ilerledikçe kadınlarda 2-3 kat daha sık görülmektedir. Kültür ya da ülkeden bağımsız olarak kadınlarda erkeklerden fazla görülür. Kadınlarda yaşam boyu depresyon görülme sıklığı erkeklerin yaklaşık 1.7 ile 2.7 katıdır (190, 191). Cinsiyetler arası farklar her yaş grubunda mevcut olmakla birlikte bu farklılık; gençlerde ve orta yaş grubunda, çocuklar ve yaşlılar grubundan daha belirgindir. Görülme sıklığındaki cinsiyet farklılığı tüm dünyada görülmektedir (192).

Major depresyonun ortalama başlangıç yaşı 27'dir, ancak her yaşta başlayabilir. Vakaların büyük çoğunluğunda başlangıç yaşı 20 ila 50 arasındadır (193).

Kesin bir bulgu olmamakla birlikte düşük sosyoekonomik durum ile depresyon arasında bir bağlantı kurulmuştur (194). Kırsal kesimde şehirlere göre depresyonun daha fazla görüldüğü öne sürülmüştür (14). Tayvan'da yapılmış kentsel ve kırsal alanı karşılaştıran bir çalışmada kentsel alanda depresyonun daha sık görüldüğü saptanmıştır (195). Avrupa'da yapılan araştırmalarda da benzer sonuçlar bildirilmektedir (196-200). Bu konuda ülkemizdeki araştırmalar kesin bir sonuç vermemekle birlikte, ampirik gözlemler bu görüşü desteklemektedir (40).

Cinsiyet farklılığı erken ergenlik yaşlarında başlamakta ve 50'li yaşların ortasına kadar sürmektedir, yani üreme çağını içermektedir. Hormonal farklılıklar, çocuk doğurmanın etkileri, kadınlar ve erkekler için psikososyal yüklenmelerin farklılığı ve öğrenilmiş çaresizlikle ilgili davranış modelleri bu farklılığın nedenleri olarak varsayılmaktadır (193).

Kadınlarda depresyon için risk faktörleri Tablo 2'de özetlenmiştir.

Tablo 2: Kadınlarda Depresyon için Risk Faktörleri (201)

- Ailede duygudurum bozukluğu öyküsü
- Erken reproduktif yıllarda duygudurum bozukluğu öyküsü
- 10 yaşından önce ebeveyn kaybı
- Çocuklukta fiziksel veya cinsel kötüye kullanım öyküsü
- Özellikle yüksek progesteronlu olanlar başta olmak üzere bir oral kontraseptif kullanımı
- İnfertilite tedavisinin bir parçası olarak gonadotropin salınımının uyarıcı ilaç kullanımı
- Tekrarlayan psikososyal stresörler
- Sosyal desteğin kaybı

Çocukluk çağı ve adölesan dönemdeki depresif epizodlar erişkinlik dönemde daha çok epizod geçirileceğini ve depresyon süresinin daha uzun olacağını öngördürür. Çocukluk çağındaki olumsuz yaşantılar ve erişkin dönemdeki depresyon arasında güçlü bir ilişki olduğunu gösterir (32, 78, 79, 202).

Kadınlarda depresyonun başlangıç yaşının daha erken olabileceği, epizod sürelerinin daha uzun olabileceği, depresyonun atipik semptomların ve suicidal davranışların daha sık yaşandığı bildirilmektedir (201).

Sigara içme ile depresyon arasında ilişki olduğu bildirilmektedir (203). Sigara içme ve alkol intoksikasyonunun birbirinden bağımsız olarak MDB için risk faktörü olduğu; riskin günlük içilen sigara sayısı ve sigara içme süresi, intoksikasyon sıklığı ile arttığı bildirilmektedir. Nikotinin MDB’te rolü olduğu düşünülen nörotransmitterler üzerinde direkt ve indirekt etkileri vardır. Sigara içme ve depresyon arasındaki ilişki hakkında depresyonun sadece nikotin bağımlı sigara içicilerinde görüldüğü şeklinde bildiriler bulunmaktadır. Günde 10’un altında sigara içenlerde ve düzensiz sigara içicilerinde bu oran daha azdır (204).

Depresyonun etyolojisinde genetik, nörobiyolojik ve psikososyal etkenler mevcuttur (193).

Depresif probandın birinci derece akrabaları, depresif bozukluk yönünden daha yüksek risk oranına sahiptir. Hastaların ailelerinde değişik duygudurum bozukluğu gelişme riski genel nüfusa oranla önemli derecede yüksektir (205).

Yapılan çalışmalarda noradrenalin, serotonin, dopamin ile ilgili değişiklikler olduğu bildirilmiştir. Endokrinolojik açıdan HPA ve tiroid ekseninde de anormallikler saptanmıştır (193). HPA aksındaki aktivasyon, azalmış negatif feedback kontrol ve ilişkili adrenal hipertropi depresyon başlangıcındaki çevresel etkilerin mediatörleri ve göstergeleridir. Aks, olasılıkla gonadal hormonların düzenleyici rolünden ötürü, strese kadınlarda erkeklerden daha reaktif gibi görünmektedir (32).

Bunların yanı sıra duygudurum bozukluğu olan hastalarda gösterilmiş olan diğer nöroendokrin bozukluklar, melatoninin noktürnal sekresyonunun azalması, triptofan uygulamasıyla prolaktin salıverilmesinin azalması, follikül stimüle edici hormon (FSH) ve luteinizan hormonun (LH) bazal düzeylerinin azalması ve erkeklerde testosteron düzeylerinin azalmasıdır (206).

Major depresif epizodu olan, ayaktan tedavi gören hastaların % 40-60'ında, yatarak tedavi gören hastaların yaklaşık % 90'ında uyku EEG'si anormallikleri bulunmaktadır. Yapılan çalışmalardan elde edilen bazı kanıtlar uyku bozukluklarının bazen klinik remisyondan sonra sürebildiğini ya da ilk major depresif epizodun başlamasından önce de bulunabildiğini düşündürmektedir (139, 207).

Nöroanatomik araştırmalarda depresif bozukluklarda tutarlı bir biçimde gösterilmiş bozukluk periventriküler bölge, bazal ganglionlar ve talamus ve subkortikal bölgelerde anormal hiperintensite artışıdır. Bazı çalışmalarda ventrikül genişlemesi, kortikal atrofi ve sulkuslarda genişleme bildirilmiştir. Depresif hastaların bazılarında ise ilişkili nöro-davranışsal sistemlerdeki fokal bozulmayı gösteren hipokampus ve kaudat nukleus volümlerinde azalma saptanmıştır. Depresif bozukluğu olan hastaların

mitojenlere yanıt olarak lenfosit proliferasyonunda azalma ve diğer hücresel tipte immunitesi bozuklukları gibi birçok immunolojik bozukluk görülebilir. İmmün bozukluk ve glukokortikoid senteziyle ilişkili gen aktivitesini başlatan sitokin olan interlökin-1, hastalığın şiddeti ve hiperkortizolizmle ilişkili görünmektedir (208).

Depresyonu olan kişilerin toplumsal çevrelerinden dayanak sağlayacak toplumsal becerilerden yoksun oldukları ileri sürülmüştür. Bilişsel kuramlar, bilişsel çarpıtmaların ve olumsuz benlik algılarının üzerinde dururlar. Yaşam olayları ve çevresel zorlanma, premorbid kişilik etkenleri, çocukluk döneminde ebeveyn kaybı, erişkin dönemde eş kaybı ya da boşanma gibi yaşam olayları depresyona sebep olan psikososyal etkenlerin en önemlileri arasındadır (193). Ayrıca kişilik yapısı ne olursa olsun uygun zeminde herkesin depresyon geçirebileceği bilinmelidir.

Sık görülen belirtiler şunlardır:

- 1) Dikkatin azalması ve dikkati toplayamama
- 2) Benlik saygısında düşme ve kendine güvende azalma
- 3) Suçluluk ve değersizlik düşünceleri
- 4) Geleceğe ilişkin karamsarlık ve güvensizlik
- 5) Kendine zarar verme ya da özkıyım düşünceleri veya eylemleri
- 6) Uyku bozukluğu
- 7) İştah azalması

Depresyonda toplumlara göre belirti dağılımları farklılık göstermektedir. Bazı belirtiler tüm toplumlarda ortak olarak görülebilmekte, bazı belirtiler ise farklılık göstermektedir; yani depresyonda bazı belirtiler kültürden bağımsız, bazıları ise kültüre bağımlıdır (47, 209). Kültürden bağımsız çekirdek belirtiler olan depresif duygudurum ve anhedoni tüm toplumlarda görülmektedir. Buna karşılık gelişmiş-Batılı toplumlarda suçluluk duyguları ve intihar düşünceleri, az gelişmiş-Batılı olmayan toplumlarda ise somatik yakınmalar daha fazla görülmektedir (209-211).

Tablo 5: DSM-IV-TR'ye Göre Major Depresif Epizod Tanı Ölçütleri

A. İki haftalık bir dönem sonrasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması: semptomlardan birinin ya depresif duygudurum ya da ilgi kaybı ya da artık zevk alamama olması gerekir.

Not: Açıkça genel tıbbi bir duruma bağlı olan ya da duyguduruma uygun olmayan hezeyan ya da halusinasyon semptomlarını katmayınız.

1. 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.

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 kadar 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 hergün iştahın azalmış ya da artmış olması. Not: Çocuklarda beklenen kilo alımının olmaması.

4. Hemen her gün, insomnia ya da hipersomninin 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 yas ile 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 düzeyinde uğraşıp durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir.

Major depresif epizod için tanı ölçütleri o sırada tam karşılanıyorsa, o sıradaki klinik durumunu veya özelliklerini belirtmek gerekir (DSM-IV-TR);

Hafif/ Orta / Psikotik özellikleri olmayan ağır/ Psikotik özellikleri olan ağır

Kronik

Katatonik özellikler gösteren

Melankolik özellikler gösteren

Atipik özellikler gösteren
Doğum sonrası başlangıçlı
Kısmi remisyonda, tam remisyonda

Tablo 3: ICD-10'a göre depresyon tanılarının sınıflandırılması

ICD-10 Dünya Sağlık Örgütü tarafından hastalıkların tanı ve sınıflamasında evrensel bir eşgüdüm oluşturulması amacıyla oluşturulmuş ve birincisi 1992 tarihinde yayınlanmış olan hastalıkların tanı ve sınıflandırma kılavuzudur.

F32. Depresif nöbet

F32.0. Hafif depresif nöbet

.00 Bedensel belirtiler yok.

.01 Bedensel belirtiler var

F32.1. Orta şiddetli depresif nöbet

.10 Bedensel belirtiler yok

.11 Bedensel belirtiler var

F32.2. Ağır depresif nöbet, psikotik belirtisiz

F32.3. Ağır depresif nöbet, psikotik belirtili

F32.8. Başka depresif nöbetler

F32.9. Depresif nöbet belirlenmemiş

F33. Yineleyici depresif bozukluk

F33.0. Yineleyici depresif bozukluk, şimdiki nöbet hafif depresyon

.00 Bedensel belirtiler yok

.01 Bedensel belirtiler var

F33.1. Yineleyici depresif bozukluk, şimdiki nöbet orta şiddetli depresyon

.10 Bedensel belirtiler yok

.11. Bedensel belirtiler var

F33.2. Yineleyici depresif bozukluk, şimdiki nöbet psikotik belirtisiz ağır depresyon

F33.3. Yineleyici depresif bozukluk, şimdiki nöbet psikotik belirtili ağır depresyon

F33.4. Yineleyici depresif bozukluk, iyilik dönemi

F33.8. Başka yineleyici depresif bozukluklar

- F33.9. Yineleyici depresif bozukluk, belirlenmemiş
 F34. İnatçı duygulanım bozuklukları
 F34.0. Siklotimi
 F34.1. Distimi
 F34.8. Başka inatçı duygulanım bozuklukları
 F34.9. İnatçı duygulanım bozuklukları, belirlenmemiş

Tablo 4: ICD-10'a göre depresif nöbet tanı kriterleri

Tipik depresif nöbette hasta, çökkün duygudurum, ilgisizlik, haz alamama ve enerji azlığından yakınır; enerji azlığı çabuk yorulmaya ve etkinliklerin azalmasına yol açar. Hastanın biraz güç harcamasından sonra ortaya çıkan belirgin yorgunluk sık görülür.

Depresyon kendini çökkün duygudurum başta olmak üzere ilgi-istek azalması, anhedonia, uyku ve iştah bozuklukları, psikomotor ajitasyon ya da retardasyon, yorgunluk, enerji, ümitsizlik-karamsarlık fikirleri, suçluluk-değersizlik düşünceleri, yineleyici intihar düşünceleri gibi çok farklı şekillerde kendini gösterir ve kişinin işlevselliğinde bozulmaya neden olur (139).

b. Distimik Bozukluk

Eskiden nörotik depresyon, depresif kişilik, nevrasteni olarak tanımlanan distimik bozukluk hemen hergün, gün boyu süren depresif duygudurumla belirlenen süregen bir bozukluktur. DSM-IV'te distimik bozukluk tanısı için en az 2 yıllık bir sürede zamanın büyük çoğunluğunu kaplayan depresif bir duygudurumun varlığı gereklidir (139).

Distimik bozukluk genel toplumda % 5–6 görülmektedir. Kadınlarda erkeklere göre daha siktir. Ayrıca evlenmemişlerde, gençlerde ve düşük gelirli grupta daha siktir (212).

Distimik bozukluk MDB'tan daha erken yaşta başlar. Distimik bozuklukta anhedoni ve nörovejetatif semptomlar MDB'tan daha az görülür. Sinsi başlangıçlı, eşik altı şiddet ve kronik seyir gösteren, düşük şiddette bir depresyon türü olan distimik bozukluk yaygınlığı fazla olmasına karşın, tanısı az koyulan ve bu nedenle uygun biçimde tedavi edilemeyen bir klinik tablodur. Distimik hastalar sıklıkla birinci basamaktaki tedavi merkezlerine başvururlar. Çoğu hiç tanı almaz ya da mevcut tabloya daha ciddi bir MDB eklenince tanı alırlar (213).

Distimik bozuklukta komorbidite sıktır. Distimiklerin sadece %25-30'unda yaşam boyu diğer psikiyatrik bozukluklar görülmemiştir. Distimik bozukluğun ilk 2 yılından sonra, yanı sıra major depresif epizodlar ortaya çıkabilir. Böyle durumlarda hemMDB, hem de distimik bozukluk tanısı konur ("çifte depresyon"). Çifte depresyon sıklığının MDB'lular arasındaki sıklığının %10-25 olduğu bildirilmektedir (216, 218). Klinikte yatarak tedavi gören distimiklerin ise % 80-90'ında distiminin üzerine eklenmiş MDB mevcuttur (213).

Ülkemizde yapılan distimik bozukluk ile ilgili bir araştırmada birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran hastalarda distimi sıklığının % 3.5 olduğu; sıklığın kadınlar ve erkeklerde farklılık göstermediği; distimi tanısı konan hastaların % 73.9'unda en az bir kronik hastalık bulunduğu; % 78.3'ünün aynı zamanda MDB tanı ölçütlerini karşıladığı gözlenmiştir. Distimili hastaların % 71.4'ü yalnız bedensel yakınmalarla hekime başvurmuştur (214).

Tablo 6: Distimik Bozukluk için DSM-IV Tanı Kriterleri

A. Kişinin, ya kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirli, en az 2 yıl, hemen her gün yaklaşık gün boyu süren depresif bir duygudurum içinde olması. Not: Çocuklarda ve ergenlerde duygudurum irritabl olabilir ve süresi en az 1 yıl olmalıdır.

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

1. İştahsızlık 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 2 yıllık bir dönemi sırasında (çocuklar ve ergenler için 1 yıl) kişide, bir seferde 2 aydan daha uzun süren, A ve B maddelerindeki semptomların olmadığı bir dönem hiç olmamıştır.

D. Bu bozukluğun ilk 2 yılı (çocuklarda ve ergenlerde ilk 1 yılı) boyunca Major Depresif Epizod geçirilmemiştir; yani bu bozukluk kronik Major Depresif Bozukluk ya da kısmi remisyonda Major Depresif Bozukluk olarak daha iyi açıklanamaz.

Not: Distimik Bozukluğun gelişmesinden önce tam remisyona girmiş olması koşuluyla (2 ay süreyle belirgin belirti ya da bulguların olmaması) daha önce bir Major Depresif Epizod geçirilmiş olabilir. Bunun yanı sıra, Distimik Bozukluğun ilk 2 yılından sonra (çocuklarda ve ergenlerde 1 yıl) üzerine Major Depresif Bozukluğun bindiği epizodlar da olabilir, Major Depresif Epizodun tanı ölçütlerinin karşılandığı bu durumlarda her iki tanı birlikte konur.

E. Daha öne bir Manik Epizod, bir Mikst Epizod ya da bir Hipomanik Epizod 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 semptomlar bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel bir tıbbi duruma (örn. hipotiroidizm) bağlı değildir.

H. Bu semptomlar 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

c. Başka Türlü Adlandırılmayan Depresif Bozukluk

I. Minör Depresif Bozukluk

Minör depresif bozukluk, MDB'ta görülenden daha az şiddette depresif belirtiler ile belirginleşir. DSM-IV Ekbölüm B'de tanı kategorisi olarak yer almaktadır. Tanı için DSM-IV'e göre MDB'taki belirtiler ile eşit sürede ancak daha az sayıda ve şiddette olan belirtiler vardır, daha az bozulma içerir. Major depresif epizoddaki belirtilerden en az iki ancak beşten az belirtili bulunmalıdır (139). "Minör Depresif Bozukluk" şiddet ve süre yönünden major depresif epizodun tanı ölçütlerinin karşılanmadığı depresif durumları tarif etmek için kullanılır (139).

Epidemiyolojisi tam olarak bilinmemektedir, ancak öncül veriler prevalansının genel toplumda %5 kadar olabileceğini ve kadınlarda erkeklere göre daha sık görüldüğünü göstermektedir (193).

Epidemiyolojik çalışmaların sonuçlarına göre;

- Minör depresyonun nokta prevalansı % 2-5'tir, kadınlarda daha sık görülür, herhangi bir yaş grubundaki bir kişide görülebilir.
- İşlevsel bozulma vardır; sağlık hizmetlerini daha fazla kullanırlar.
- MDB görülme riski artar. Eğer major depresif epizodun "A" tanı ölçütleri varsa, yani depresif duygudurum ya da anhedoni varsa işlev bozukluğu ve gelecekte MDB riski daha fazladır (139).

226 hastanın verilerinin değerlendirildiği bir çalışmada Minör depresif bozuklukta nörovegetatif belirtilerden çok duygudurum semptomları ve bilişsel semptomların görüldüğü; Minör depresif bozukluğun MDB'tan bağımsız olarak veya rekürren unipolar depresif bozukluğun seyri sırasında ortaya çıkabileceği bildirilmiştir (215).

Tablo 7: DSM-IV-TR Ekbölüm B Minör Depresif Bozukluk için Araştırma Ölçütleri:

A. Aşağıdaki gibi tanımlanmış bir duygudurum bozukluğu:

(1) Aşağıdaki belirtilerden en az ikisi (ama beşten azı) aynı 2 haftalık dönem sırasında bulunmuştur ve önceki işlevselliğe 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 kadar 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 hergün iştahın azalmış ya da artmış olması. Not: Çocuklarda beklenen kilo alımının olmaması.

(d) Hemen her gün, insomnia ya da hipersomninin 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 (sanrısallabilir) 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. Hiçbir zaman bir Majör Depresif Bozukluk 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. Not: Eğer tüm manik-, mikst- ya da hipomanik-benzeri epizodlar madde ya da tedaviyle uyarılmış ise, bu dışlama uygulanmaz.

D. Duygudurum bozukluğu sadece Şizofreni, Şizofreniform Bozukluk, Şizoaffektif Bozukluk, Sanrısall Bozukluk ya da Başka Türli Adlandırılmayan Psikotik Bozukluk sırasında ortaya çıkmaz.

II. Yineleyici (Rekürren) Kısa Depresif Bozukluk

Yineleyici Kısa Depresif Bozukluk, belirtilerin sayısı ve şiddeti olarak major depresif epizoda benzer ama 2 haftalık süre gereğini karşılamaz; kısa süreli (iki haftadan daha kısa) depresif belirtilerle giden ataklar görülür. DSM-IV Ekbölüm B’de tanı kategorisi olarak yer almaktadır. Bu hastalar atakları eğer daha uzun sürerse MDB ölçütlerini de karşılayacaktır. Epizodlar en az 2 gün ancak 2 haftadan daha kısa sürer ve en tipik olarak 2 ile 4 günlük süreye sahiptir. Epizodlar 12 ardışık ay süresinde en az ayda bir kez yinelemelidir ve sadece menstrüel döngüyle ilişkili olmamalıdır. Yineleyici kısa depresif bozukluk ve major depresif bozukluk için tanı ölçütleri temelde aynıdır. Klinik özellikleri hemen hemen MDB’takilerle aynıdır (139).

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 %7 olduğu tahmin edilmektedir. Kadınlar ve erkekler eşit olarak rekürren kısa depresif bozukluk geçirmeye eğilimlidirler ve en tipik başlangıç yaşı ergenlikte gibi görünmektedir (139).

Tanı sistemlerine bakıldığında ICD-10 yineleyici kısa depresif bozukluğa yer verirken DSM-IV Appendiks-B’de ileri inceleme gerektiren grup içerisinde yer almıştır.

ICD-10’a göre yıl boyunca hemen hemen ayda bir kez olmak üzere ortaya çıkan yineleyici kısa depresif nöbetler vardır, depresif nöbetlerin süresi iki haftadan kısadır (tipik olarak 2-3 gün sürer ve yakınmalar tamamen düzelir). Nöbetler belirtiler bakımından hafif, orta şiddetli veya ağır depresif nöbetler ölçütlerine uyar.

Tablo 8: DSM-IV-TR Ekbölüm 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 birmadde kullanımının (örn. kötüye kullanılan bir ilaç, tedavi amaçlı bir ilaç) ya da genel tıbbi birdurumun (örn.hipotiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

F. Hiçbir zaman bir Major Depresif Bozukluk 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 tedaviyle 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.

III. Premenstrüel Disforik Bozukluk

Türkiye’de toplum örnekleminde PMS ve/veya PMDB yaygınlığını araştıran çalışmalarda PMS yaygınlığı %5,9-76 arasında, PMDB yaygınlığı ise %4-8 olarak bulunmuştur (216-219).

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

alevlenme” denir (135). Çinli kadınlar arasında yapılan bir araştırmada premenstrüel dönemde özellikle anksiyete bozuklukları ve depresif bozukluklarda alevlenme olduğu bildirilmektedir (220).

PMS/PMDB’li kadınlarda yaşam boyu depresyon görülme sıklığı %30-76 arasında değişmektedir (221).

Disfori ve yorgunluk, PMS ve PMDB’ta görülebilen semptomlardır ve farklı medikal ve psikiyatrik bozukluklarda da görülebilir. Psikiyatrik hastalıklardan panik, anksiyete, bulimia ile ortak özellikler gösterir (136).

Aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha fazlası), belirtilerden en az biri ilk dördünden biri olmak üzere, luteal evrenin son haftası sırasında zamanın çoğunda bulunmalıdır:

- 1) Kendini üzgün, mutsuz ya da değersiz hissetme;
- 2) Gergin, anksiyeteli ya da “sınırdan” hissetme;
- 3) Sık ağlamaların eşlik ettiği duygulanımda belirgin değişkenlik;
- 4) Sürekli iritabilite, öfke ve kişilerarası çatışmada artma;
- 5) Toplumsal ilişkilerden kaçınma ile ilişkili olabilen olağan etkinliklere ilgide azalma;
- 6) Dikkati yoğunlaştırmada zorluk;
- 7) Yorgun, uyuşuk hissetme ya da enerji yitimi;
- 8) Tıkınırcasına yeme ya da bazı yiyecekleri aşırma ile ilişkili olabilen iştahta belirgin değişiklikler;
- 9) Aşırı uyku ya da uykusuzluk;
- 10) Öznel olarak bunalmış ya da denetimden çıkmış hissetme;
- 11) Memede gerginlik ya da şişme, baş ağrıları ya da giysilerin, ayakkabıların ya da yüzüklerin dar gelmesi ile birlikte “şişkinlik” ya da kilo alma duyguları.

Eklem ya da kas ağrıları bulunabilir. Belirtilere intihar düşünceleri eşlik edebilir. Belirtilerin döngüsel örüntüsü en azından ileriye dönük olarak günlük belirtilerin

ölçüldüğü 2 ardışık ayda desteklenmelidir. Bu belirtiler adet döngüsünün geç luteal evresinde ortaya çıkar, kanamanın başlaması ile birlikte kısa zamanda ortadan kalkar ve çoğu adet döngüsünde tekrarlar (192).

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 (136, 216). PMS belirtileri 25-35 yaş arasındaki kadınlarda diğer yaşlara göre daha şiddetlidir ve yaşla birlikte artarken, menopoza yaklaştıkça da azalmaktadır (216).

Tablo 9: PMS için ICD-10 Tanı Ölçütleri:

Aşağıdakilerden sadece biri yeterlidir:

1. Hafif psikolojik huzursuzluk
2. Şişme hissi/kilo alma
3. Memelerde hassasiyet
4. El ve ayaklarda şişme
5. Çeşitli ağrılar
6. Dikkatte azalma
7. Uyku bozukluğu
8. İştah değişikliği

Tablo 10: DSM-IV-TR Ekbölüm B Premenstrüel Disforik Bozukluk için 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 (veya daha fazlası) bulunmuştur, folliküler evrenin başlangıcından sonra birkaç gün içinde bu belirtiler düzelmeye başlamıştır ve menstrüasyondan sonraki haftada kaybolmuştur:

- (1) Belirgin olarak depresif duygudurum, umutsuzluk duyguları ya da değersizlik düşünceleri
- (2) Belirgin anksiyete, gerilim, “coşkulu” ya da “sınırdan” olma duyguları
- (3) Duygulanımda belirgin değişkenlik (örn. Kendini aniden üzgün ya da ağlamaklı hissetme ya da reddedilmeye duyarlılıkta artma)
- (4) Sürekli ve belirgin öfke, iritabilite ya da kişilerarası çatışmalarda artma
- (5) Olağan etkinliklere karşı ilgide azalma (örn. iş, okul, arkadaşlar, hobiler)
- (6) Öznel olarak dikkati yoğunlaştırmada zorluk
- (7) Uyuşukluk, kolay yorulma ya da belirgin enerji yitimi
- (8) İştahda 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: Menstrüasyon gören kadınlarda, luteal evre, ovulasyon ile menstrüasyonun başlangıcı arasındaki döneme karşılık gelir ve folliküler evre menstrüasyon ile başlar. Menstrüasyon 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 Major Depresif Bozukluk, Panik Bozukluğu, Distimik Bozukluk ya da bir 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 desteklenmelidir (Bu tanı bu saptamadan önce geçici olarak konabilir).

Bu tanı ölçütlerinden anlaşılacağı gibi PMS tanısı ICD-10 ile PMDB tanısı ise DSM-IV ile konulmaktadır. Bir tane belirti dahi bulunsa PMS tanısı konulabilirken PMDB tanısı için 11 belirtiden 5'inin bulunması gerekmektedir. PMDB'de işlevsellikte bozulma olması gerekirken PMS için bu gerekli değildir.

PMDB tedavisinde antidepresanlar (SSRI'lar başta olmak üzere), hormonlar (oral kontraseptifler, GnRH agonistleri, ooferektomi), anksiyolitikler (alprazolam, buspiron) ve egzersiz, B6 vitamini, kalsiyum, nonsteroid antienflamatuvar ilaçlar kullanılmaktadır. SSRI'lara yanıt daha ilk adet döngüsünde başlar, ilaç kesilmesi ile birlikte yakınmalar tekrarlar (125).

IV. Şizofreninin Postpsikotik Depresif Bozukluğu

Şizofreninin rezidüel evresiyle üst üste binmiş ve yalnızca bu sırada ortaya çıkan PMDB'tur. En tipik olarak, psikotik epizodun aktif evre belirtilerinin iyileşmesinden hemen sonra bunu bir major depresif epizod izler (139).

Postpsikotik depresif epizodları olmayan şizofrenili bireylerle karşılaştırıldığında, bu bireyler daha fazla yalnız yaşamaya ve daha az sosyal desteğe sahip olmaya eğilimlidirler. Diğer risk etkenleri arasında, önceden daha fazla sayıda hastaneye yatırılma, antipsikotik ilaçlarla tedavi edilirken psikotik yineleme öyküsü, sinisi başlangıçlı psikotik epizodlar, önceden depresyon epizodları ve önceden intihar girişimleri bulunabilir. Şizofrenisi olan bireylerin yaklaşık % 25'inde hastalıklarının gidişinde bir zamanda bu durum olabilir. Erkekler ve kadınlar eşit oranda duyarlı gibi görünmektedir (139).

Tablo 11: DSM-IV-TR Ekbölüm B Şizofreninin Postpsikotik Depresif Bozukluğu için Araştırma Ölçütleri:

A. Major Depresif Epizod ölçütleri karşılanır.

Not: Major Depresif Epizod A1 ölçütünü içermelidir: Depresif duygudurum. İlaç yan etkileri ya da Şizofreninin negatif belirtileri olarak daha iyi açıklanan belirtileri almayın.

B. Major Depresif Epizod, Şizofreninin rezidüel evresi ile üst üste biner ve yalnızca bu sırada ortaya çıkar.

C. Major Depresif Epizod bir maddenin ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

E. POSTPARTUM DEPRESYON

Doğum yapan kadınların %50 ile 80'inde "Annelik Hüznü"(Postpartum Blues) görülür, geçici bir durumdur. Beşinci günde doruğa ulaşır, onuncu günden sonra düzelir. %25'i postpartum depresyona dönüşebilir (174). Genellikle iki haftadan daha uzun sürmeyen ılımlı duygudurum değişiklikleri, çabuk ağlama, irritabilite, anksiyete ve insomnia gibi depresif bulgular ile seyreder (125). Genellikle benignidir; ancak şiddetli olması veya uzun sürmesi durumunda postpartum depresyon riski artar (222).

Postpartum depresyon (PPD), DSM-IV'de Duygudurum Bozuklukları içinde yer almakta ve "postpartum başlangıç belirleyicisi" ile tanımlanmaktadır. DSM-IV'e göre postpartum depresyon tanısı için belirtilerin postpartum 4 hafta içinde başlaması gerekir.

İlk 4–5 haftada depresyon insidansında 3 kat ve ruhsal yakınmalarla hastaneye başvurularda 7 kat artış söz konusudur. Lohusalık dönemindeki depresyonun en sık belirtileri uyku bozukluğu, yorgunluk, irritabilite, iştah azalması, dikkat dağınıklığı, yetersizlik düşünceleri, "Bebeğe zarar verir miyim?" düşüncesi ya da bebeğin sağlığı ile ilgili düşüncelerdir (126).

PPD'un belirti profili, yaşamın diğer dönemlerinde görülen major depresif epizoda benzemektedir. Bunlar: kendini değersiz hissetme, anksiyete ve hatta panik

ataklar, suçluluk, bebekle ilgili endişeler, ağlamaklı hal ve kontrolsüzce ağlama, hareket ve konuşmada yavaşlık, ajitasyon veya hiperaktivite, yeme bozuklukları, uyku bozuklukları, düşüncelerde karışıklık ve daha unutkan olma, duygusal dengesizlik, öfke hissi, umutsuzluk ve yetersizlik hissi, ölüm ve intiharla ilgili düşünceler, konsantrasyon ve karar verme yeteneğinde azalma, seks de içeren aktivitelerde azalmadır (175).

PPD doğumdan sonraki ilk birkaç ayda yeni anne olmuş kadınların % 13'ünü etkiler (223). PPD oranları adölesan anneler (19 yaş ve altında anne olanlar) arasında % 26'lara, düşük gelir seviyesine sahip kadınlarda ve ilk kez anne olanlarda % 38'lere kadar çıkabilmektedir (224, 225). Kadınların pek çoğunda PPD postpartum dönemde ilk birkaç ay içinde remisyona girer (6).

PPD geçiren kadınların %60'ında bunun, onların ilk depresyon atağı olduğu saptanmıştır. PPD, doğumdan sonraki 2-3. haftadan sonra (olguların %80'ninde ilk 6 hafta içinde) sinsice başlar, ancak başlangıç doğumdan sonraki 1 hatta 2 yıla kadar uzayabilir. Haftalar ya da aylar süren yavaş bir gelişme gösterir, daha sonra bir plato düzeyine ulaşır ya da düzelir. Bazen doğumdan sonraki 4-5. aylara kadar anlaşılmayarak gözden kaçabilir ya da var olan klinik belirtilerle doğum arasında bir bağlantı kurulamayabilir. Belirtilerin 6-9 ay sürebileceği de bildirilmektedir (226).

Özellikle Amerika gibi gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmaların sonuçları tutarlı biçimde, perinatal dönemdeki kadınlarda depresyon sıklığının ortalama % 10 olduğunu göstermektedir (227, 228). Avustralya gibi gelişmiş bir ülkede yapılan ve 1966 kadının incelendiği bir çalışmada, kadınların %3.4-8.5'inde gebelik sırasında, %6.6-8.5'inde ise doğum sonrasında depresyon olduğu; doğum sonrasında depresyon gelişmesi açısından en önemli risk etmeninin gebelikteki depresyon olduğu bildirilmiştir (229). Gebelik süresi içinde depresyon yaşayan kadınların doğumdan sonra depresyon yaşama oranlarının %50'nin üzerinde olduğu belirlenmiştir (230, 231).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda PPD prevalansı %14 ile %29 arasında değişmektedir (175, 179, 181, 228, 232-234). Türkiye'nin doğusunda yapılan bir çalışmada bu oranın %40 olduğu bildirilmiştir (235).

PPD görülen kadınların % 30'unun geçmiş depresyon öyküleri vardır (232). PPD prevalansı toplumlara ve bölgelere göre değişmekle birlikte, maddi durumu kötü, eğitim düzeyi düşük, çalışmayan, kendisi ve birinci derece akrabalarında psikiyatrik rahatsızlık öyküsü olan, bir önceki gebeliğinden sonra ruhsal sorunu olan kadınlarda daha sık gözlenmektedir (175, 233). PPD'un diğer risk faktörleri arasında; düşük sosyoekonomik seviye, annenin sağlık sorunları, erken postpartum periyotta yüksek depresyon skorları (6,183), prenatal depresyon ve anksiyetenin varlığı, geçirilmiş depresyon öyküsü, genç yaş, zayıf evlilik ilişkileri, çocuk bakımına ilişkin yaşanan stresler, sosyal destek eksikliği, stresli yaşam olayları, annelik hüznü, olumsuz evlilik ilişkileri, düşük benlik saygısı, bebeğin huzursuzluğu, annenin evlilikten memnuniyeti, gebeliğin istenme durumu bulunmaktadır (236).

Ülkemizin doğusunda yapılmış bir çalışmada PPD gelişimindeki yüksek risk etkenlerinin işsizlik, düşük eğitim düzeyi, yoksulluk, yetersiz aile ilişkileri, erken yaşta evlilik, yetersiz sağlık hizmetleri, mental hastalıklar, planlanmamış hamilelik, doğum öncesi bakım yetersizliği, erken yaşta hamile kalma, düşük yapma olduğu bildirilmiştir. Yine bu çalışmada bebeğin cinsiyeti ile depresyon gelişimi arasında bir risk olduğu tespit edilmiş ve kız çocuğu sahibi olan annelerde depresyon gelişimi açısından daha yüksek bir risk olduğu gözlenmiş ve bu durum, kültürel olarak erkek çocuğunun daha fazla tercih edilmesiyle ilişkilendirilmiştir (180).

Doğumla ilgili diğer psikiyatrik tablolara göre belirtilerin daha geç dönemde ortaya çıkması ve birçok kadının mutlu olmaları gerektiğine inandıkları bir dönemde çökkün duygular taşımalarından suçluluk duymaları nedeniyle belirtilerini saklamaları, PPD'un kolaylıkla gözden kaçabilmesine neden olmaktadır. Doğum sonrası dönemde annede ortaya çıkan depresyon, annenin, çocuğun ve ailenin çeşitli güçlükler yaşamasına neden olmakta anne ile çocuk arasında kurulan ilişkiyi, annenin bebek bakımı ve ebeveyn rolünü öğrenmesini etkileyebilmektedir (178, 232, 237).

PPD, özellikle hafif ve orta şiddette olduğunda ve yardım arayışı desteklenmediğinde, başlangıcı sinsi olabildiğinden gözden kaçabilir. Bu olgularda PPD uzun süre devam edip, sonunda hastaneye yatış gerekli olacak derecede ağırlaşabilir. Bu nedenle erken tanı çok önemlidir. PPD'un saptanmasının en önemli amaçlarından biri de tedavi edilmemiş depresyonu olan annelerin çocuğun gelişimini olumsuz yönde etkilemesini önlemektir (238).

Doğum sonrası dönemde annede ortaya çıkan depresyon; annenin, çocuğun ve ailenin çeşitli güçlükler yaşamasına neden olmakta anne ile çocuk arasında kurulan ilişkiyi, annenin bebek bakımı ve ebeveyn rolünü öğrenmesini etkileyebilmektedir (232, 234, 237).

Sadece postpartum dönemde değil sonraki dönemlerde de çocuğun gelişimi açısından annenin depresyonu önem arz etmektedir. Hızlı mental gelişme bebeklik ve erken çocukluk çağı boyunca olmaktadır. Zekanın, kişiliğin ve sosyal davranışların şekillenmesinde ilk yılların (özellikle de doğumdan 8 yaşına kadar olan erken çocukluk döneminin) kritik öneminin bulunduğu; bu dönemde annenin ilgisinin, ailenin esenliğinin ve yeterli uyaran almanın önemli olduğu belirtilmektedir (239).

Postpartum psikoz doğum sonrası dönemde ortaya çıkan psikiyatrik bozuklukların en şiddetli formudur; tipik olarak hastanede yatırılarak tedavi edilmeyi gerektiren psikiyatrik bir acildir. Her 1000 doğumdan 1'inde ve Bipolar Bozukluğu olan her iki kadından birinde görülür (174). Postpartum psikozların büyük kısmı doğumdan sonraki 3. haftadan sonra başlar ancak doğum sonrası ilk 3 ile 14. günden 1 yıla kadar değişen süreler de bildirilmiştir (240).

Postpartum Psikozu olan hastaların çoğunda Bipolar Bozukluk vardır; Bipolar Bozukluk dönemi ya da bir çeşit varyasyonu olarak kabul edilir (165). Hızlı duygudurum dalgalanmaları ve psikotik belirtiler gözlenir. İşitsel varsanımlar ve kötülük görme sanrılarına sık rastlanır. Özkıym riski nedeniyle hızla ve etkin bir biçimde sağaltım uygulanmalıdır. Suisid oranı % 5, infantisid oranları % 4 kadardır (164).

PPD'dan farklı olarak daha fazla biyolojik etkenlere dayanan bir ruhsal hastalıktır. Gençlerde, primiparlarda ve daha önce ruhsal bozukluk öyküsü olanlarda daha sık görülür (177, 241).

Postpartum psikoz tanısı konulan hastalarda, doğumla ilişkili olmayan ilk psikotik atak tanısı konulan hastalara ve PPD hastalarına göre konfüzyon daha yüksek oranda görülür. % 65'inde ruhsal bozukluk tekrarlar ve rekürrenslerin % 46'sı takip eden doğumlardan sonra olur (177).

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 İl Merkezi’nde, Mayıs 2008-Ekim 2008 tarihleri arasında yürütülmüştür. İl, arazi büyüklüğü bakımından Türkiye’nin 4. büyük ili konumundadır. Sosyo-ekonomik gelişmişlik sıralamasında 26 alt bölgeden, 22. alt bölgede bulunmaktadır ve kültürel olarak heterojen bir yapıdadır. Erzurum İl Merkezi’nde yaşayan kadınlarda görülen depresyonun ne oranda gebelik ve doğumla ilişkili olduğu hakkında fikir sahibi olabilmek için doğurganlık çağındaki (15-49 yaş) hamile olmayan kadınlar depresif bozukluklar açısından taranmıştır.

Örneklem hacmi:

Erzurum Merkez nüfusu:348186 (242)

15-49 yaş grubu kadın tahminen %25 olarak alındığında: 87000 kadın

Evren: Erzurum ili merkezde yaşayan 15–49 yaş grubu kadın: 87000

Örneklem Hacmi: Örneklem hacmi belirlenirken depresif bozuklukların en az görülenlerden biri olan distimik bozukluğın prevalansı (p) % 5 $d=0.02$ alınmış ve % 95 güven aralığında, $n=Nt2p.q/d2(N-1)+t2pq$ formülü kullanılmış, örneklem hacmi 454 olarak hesaplanmıştır.

Örneklem seçimi:

Örneklem 30 küme örneklem yöntemiyle seçilmiştir. İl merkezindeki 113 aile hekimi her biri bir küme alınarak basit rastgele yöntemle 30 küme oluşturulmuş ve oluşturulan bu kümelerin her birinden 17-18 kişi seçilmiştir.

Çalışmaya katılmayı kabul eden doğurganlık çağındaki kadınlar, depresif bozukluklar açısından kendilerine aile hekimleri tarafından ulaştırılan Genel Sağlık Anketi (GSA), Edinburgh Postnatal Depresyon leği (EPD), Premenstrüel Değerlendirme Formu (PDF) kullanılarak taranmıştır. Okur-yazarlığı olmayan kadınlar için ölçekler görüşmeci tarafından sorularak doldurulmuştur. Bu testlerde depresif bozukluklar açısından eşik değerlerin üzerinde olan kadınlar görüşmeci tarafından

Amerikan Psikiyatri Birliği Sayısal ve Tanımsal El Kitabı IV (DSM-IV)'e göre yapılandırılmış bir psikiyatrik görüşme olan SCID-I (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*) kullanılarak değerlendirilmiştir. Bu değerlendirme, doğurganlık çağındaki kadınlarda depresif bozuklukların yaygınlığını saptamak amacıyla yapılmıştır.

Depresif bozukluklardan herhangi biri saptanan kadınlara depresif bozukluklarla ilişkili faktörlerin belirlenmesi için Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ), İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği (İGD), Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (AASDÖ), Kısa Yetiyitimi Ölçeği (KYÖ) uygulanmış ve depresif bozukluklarla ilişkili faktörlerin belirlenmesi için tarafımızdan hazırlanan sosyodemografik özelliklerin kaydedildiği bir veri formu doldurulmuştur. Çalışmaya katılan tüm kadınlar yapılan çalışmayla ilgili bilgilendirilmiştir.

İstatistik örnekleme sonucu ulaşılmaması gereken kadın sayısı 454 olup görüşme ve değerlendirmeler bu sayıya ulaşılan kadar devam ettirilmiştir.

Çalışmaya Dahil Olma ve Çalışmaya Alınmama Kriterleri

- 1) 15–49 yaş grubu doğurganlık çağında kadın olmak.
- 2) Çalışmaya katılmayı kabul etmek.
- 3) İletişim kurmayı engelleyecek boyutta fiziksel ve mental yetersizliği bulunmamak
- 4) Doğum sonrası ilk 1 yıl içinde bulunmamak veya hamile olmamak.

Kullanılan istatistiksel analizler

İstatistiksel değerlendirmeler için SPSS for Windows 11.0 (*Statistical Package for Social Sciences 11.0*) paket programı kullanılmıştır. Sayımla elde edilen kategorik veriler sayı (n) ve yüzde (%); ölçümle elde edilen sayısal veriler aritmetik ortalama (X) ve standart sapma (SS) olarak gösterilmiştir.

Araştırmaya alınan kadınların sosyodemografik veriler, GSA ve EDDÖ'de kesme noktası üzerinde puan alanların oranları. MDB saptanan kadınlarda psikotik özellik sıklığına göre dağılımları ve SCID-I'e göre depresif bozuklukların yaygınlığı SPSS 11.0 paket programı kullanılarak belirlenmiştir.

Tarama testlerine ait ortalama puanlar, depresif bozukluklarla ilişkili faktörlerin belirlenmesi için uygulanan ölçeklere ait ortalama puanların belirlenmesi için *Student T testi* kullanılmıştır.

MDB olan kadınların premenstrüel semptomlar açısından değerlendirilmesi için *Independent Simple T Test* kullanılmıştır.

Depresif bozukluk saptanan ve saptanmayan grupların sosyodemografik özellikler yönünden karşılaştırılması için *Ki-Kare Testi* kullanılmıştır.

PMS'un saptanmasında örneklem grubu, belirtilerin şiddetine göre *K-means* küme analizi ile 3 kümeye ayrılmıştır. Örneklem grubunun PDF küme analizine göre şiddetli belirtilere sahip olan 3. grubu ve PMS ölçütlerini karşılaması açısından riskli grup olduğu kabul edilmiştir.

15-49 yaş grubundaki kadınların depresif bozuklukların prevalansı, bağımsız değişkenler için depresif bozukluk prevalansları, depresif bozukluklar için tahmini rölatif risklerin (*Odss Ratio*) % 95 güven aralığında *lineer regresyon* ile analizi yapılmıştır.

$p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI:

Sosyodemografik Veri Formu: Bireyi tanıttıcı bilgilerin bulunduğu görüşme formu. konu ile ilgili literatür taranarak hazırlanmıştır. Depresif bozukluklarla ilişkili faktörlerin belirlenmesi için sosyodemografik özellikler kaydedilmiştir.

Genel Sağlık Anketi-28 (GSA): Ülkemiz için geçerlik ve güvenirlik çalışması Kılıç tarafından 1996’da yapılmış olan form (243), toplum taramalarında psikiyatrik vaka bulmak amacıyla kullanılmaktadır. GSA, 1979’da David Goldberg tarafından toplumda sık rastlanan, akut ruhsal hastalıkları belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (244). 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. Sonuçlar değerlendirilirken, ilk iki sütun “0”, son iki sütun “1” olarak puanlanır. Ölçeğin değerlendirilmesinde 4 ve üzeri puan alanlar riskli olarak kabul edilir (243).

DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID-I): 1997 yılında DSM III-R tanı ölçütlerine uyarlanan testin DSM-IV tanı ölçütlerine göre yeniden gözden geçirilmesi ile Amerikan Psikiyatri Birliğince oluşturulmuştur. DSM-IV için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formunun özgün adı “*Structured Clinical Interview For DSM-IV Axis I Disorders*” (SCID-I): “*Structured Clinical Interview for DSM IV Axis I Disorders, Clinical Version (SCID-CV)*” dur ve First, Spitzer, Gibbon ve Williams tarafından geliştirilen bu ölçek DSM-IV’e göre I. eksen psikiyatrik bozukluk tanısı araştırılmasında, görüşmeci tarafından uygulanan yapılandırılmış bir klinik görüşmedir (245). Türkçe çevirisi ve geçerlik-güvenirliliği Çorapçıoğlu ve arkadaşları tarafından 1999’da yapılmış olan yarı yapılandırılmış tanısall görüşme çizelgesi olup DSM-IV tanıları içerir (246). 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. Yapılandırılmış görüşmeyi sürdürebilecek bilişsel yeterliliğe sahip olan, ajitasyon ve ağır psikotik belirtileri olmayan 18 yaşından büyük kişilere, bu görüşmenin eğitimini almış görüşmeci tarafından uygulanabilir. Bu ölçek, altı modülden oluşmakta, toplam 38 DSM-IV I. Eksen bozukluğunu tanı ölçütleri ile ve 10 tane I. Eksen bozukluğunu tanı ölçütleri olmadan “şu anda” ve “hayat boyu” olarak araştırmaktadır. Türkçe formun uyarlaması ve güvenilirlik çalışması Özkürkçügil ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.

Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HDDÖ): M. Hamilton ve B.W. Williams tarafından geliştirilmiş, depresyonun şiddetini belirlemek üzere kullanılan 17 maddeli ve 0-53 arası ortalama puan ile depresyon şiddeti konusunda bilgi verir. Klinisyen tarafından doldurulan bir ölçektir. Hastada depresyonun düzeyini ve şiddet değişimini ölçer, tedavi sırasında izlemi kolaylaştırır, tanı koydurmaz. Ölçeğin uykuya dalma güçlüğü, gece yarısı uyanma, sabah erken uyanma, somatik semptomlar, genital semptomlar, zayıflama ve içgörü ile ilgili maddeleri 0-2, diğer maddeleri 0-4 arasında derecelendirilmiştir. 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. Türkçe güvenilirlik ve geçerliği Akdemir ve arkadaşları tarafından 1996’da yapılmıştır (247).

Kısa Yetiyitimi Ölçeği (KYÖ): Bedensel ve sosyal yetiyitimini değerlendirmek üzere Stewart ve arkadaşları tarafından 1988’de geliştirilmiştir (248). Temel olarak sağlık sorunlarının günlük yaşamı nasıl etkilediği ile ilgilidir. Anket aslında kendi kendine doldurulması gereken bir anket olmakla birlikte araştırmada görüşmecinin kadınlara soruları sorarak yanıtları işaretlemesi ile doldurulmuştur. Türkçe’ye çevrilmiş ve test-tekrar test güvenilirlik çalışması Kaplan tarafından 1995’te yapılmıştır (249). Son bir aylık dönemin değerlendirildiği KYA 11 sorudan oluşur. Ayrıca anket son bir ay içinde günlük işlerin aksatıldığı ve yatakta geçirilen günlerin sayısının soruşturulduğu ve rakam olarak yazılan iki madde de içermektedir. Bedensel ve sosyal alandaki yetiyitimi 0 (hiç), 1 (bazen ya da biraz) veya 2 (her zaman ya da

oldukça) olarak puanlandırılır ve bunların toplanması ile yetiyitimi toplam puanları elde edilir. Ölçeğin toplam puan sınırları 0 ile 22 arasında değişmektedir. 0-4: yetiyitimi yok, 5-7: hafif yetiyitimi, 8-12: orta düzeyde yetiyitimi, 13 ve üstü: ağır düzeyde yetiyitimi olarak değerlendirilir.

İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği (İGD): 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 (139).

Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (AASDÖ): Procidano ve Heller tarafından 1983'te geliştirilen ölçeğin, 1993 yılında Eskin tarafından İsviçre'de yaşayan Türk nüfusu örneklemiyle geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (250, 251). Bu ölçeğin maddeleri "Evet", "Hayır", "Kısmen" şeklinde cevaplanan ölçek 20 maddeden oluşmaktadır. Tüm maddelerden alınan puanların toplanmasıyla toplam puan elde edilmektedir. 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.

Edinburgh Postnatal Depresyon Ölçeği (EPDÖ): Cox ve arkadaşları tarafından 1987'de tanımlanmış (252) ve günümüze kadar pek çok ülkede, farklı dillerde geçerliliğini ve güvenilirliğini kanıtlayarak erken postnatal depresyonun klinisyenlerce fark edilmesinde oldukça faydalı olmuştur. Postnatal dönem dışında depresyon için tarama testi olarak kullanılmaktadır. İngilizce ortamlarda ve Anglo-Amerikan ve Avustralya grupları için pek çok geçerlilik çalışmaları yapılmış ve zamanla diğer dillere de uyarlanmıştır. Türkiye'de Engindeniz ve arkadaşları tarafından 1997'de yapılan geçerlilik çalışması ile duyarlılık ve özgüllük sırasıyla %84 ve %88

olarak tespit edilmiş ve kesme puanının 12–13 olduğu gösterilmiştir (253). Kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam 10 soru içermekte ve depresyonu ölçmektedir. Dörtlü likert tipi ölçüm sağlamaktadır.

Premenstrüel Değerlendirme Formu (PDF): Adet öncesi belirtileri ve değişimleri ölçmek üzere geliştirilmiş 95 maddelik bir öz bildirim ölçeği olup Halbreich ve ark. tarafından 1982 yılında geliştirilmiştir (254). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Dereboy ve ark. tarafından 1994 yılında hemşirelik öğrencilerinde yapılmıştır (255). Sorular altılı likert skalası üzerinden yanıtlanmaktadır. “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. Premenstrüel bulguların şiddeti açısından kadınlar hafif-orta-şiddetli olarak 3 gruba ayrılmıştır. En yoğun belirtileri şiddeti gösteren 3. grup PMS için riskli grubu olarak kabul edilmiştir.

PDF alt ölçekleri:

1. Çökkün duygudurum,
2. Endojen depresif özellikler,
3. Labilite,
4. Atipik depresif özellikler,
5. Histeroid özellikler,
6. Düşmanlık/kızgınlık,
7. Sosyal geri çekilme,
8. Bunaltı,
9. Kendini iyi hissetmede artış,
10. İmpulsivite,
11. Organik mental özellikler,
12. Su tutulumu,
13. Fiziksel rahatsızlık,
14. Otonomik değişimler,
15. Yorgunluk,
16. Sosyal işlevsellikte bozulma.

17.Çeşitli duygudurum/davranış değişiklikleri,

18. Çeşitli fiziksel değişimler.

IV. BULGULAR

Bu araştırmaya Erzurum İl Merkezi'nde Mayıs 2008-Ekim 2008 tarihleri arasında; il merkezindeki 113 aile hekimi her biri bir küme alınarak basit rastgele yöntemle seçilen 32 aile hekiminin bölgesindeki 15-49 yaş grubu kadınlardan en az 18, en fazla 20 kişi seçilerek toplam 589 kişi dahil edildi.

A. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulgular

1) Araştırmaya Alınan Kadınlara Ait Sosyodemografik Veriler

Araştırmaya dahil edilen 589 kadın katılımcının yaş dağılımı 15-49 yaşlar arasında olup yaş ortalaması 31.03 ± 13.37 idi. Evde yaşayan kişi sayısı ortalama 4.92 ± 1.90 olarak bulundu. Evli olan 438 katılımcının evlilik yaşı ortalaması 20.65 ± 3.75 ve çocuk sahibi olan 414 katılımcının ortalama yaşayan çocuk sayısı 2.53 ± 1.49 ; ilk çocuğun doğumundaki yaş ortalamaları 21.92 ± 3.76 idi.

Örneklemin yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında katılımcıların büyük bir kısmı 20-29 ve 30-39 yaş gruplarına dahildi (sırasıyla % 34.8 ve %40.1). Kadınların % 73'ü evli, % 23.8'i bekar idi.

Eğitim durumuna bakıldığında katılımcıların % 5.8'i okur-yazar değilken; % 26.1'i okur-yazar, % 30.8'i sekiz yıl ve altı, % 23.1'i sekiz yıl ve üstü, % 14.1'i yüksek öğrenim mezunu idi.

Katılımcıların % 73'ü ev hanımı, % 12.1'i devlet memuru idi. Sadece % 19.5'i 1500 YTL üzeri gelire sahipti. % 78.9'u sigara kullanmıyordu.

Araştırmaya alınan kadınlara ait sosyodemografik özellikler Tablo 12'de verilmiştir.

Tablo 12: Araştırmaya Alınan Kadınlara Ait Sosyodemografik Özellikler

Sosyodemografik Özellikler	Sayı	Yüzde
Yaş Grupları		
15-19	62	10.5
20-29	205	34.8
30-39	236	40.1
40-49	86	14.6
Medeni Durum		
Evli	430	73.0
Bekar	140	23.8
Boşanmış	10	1.7
Dul	7	1.2
İmam Nikahlı	2	0.3
Eğitim Düzeyi		
Okur-Yazar Değil	34	5.8
Okur-Yazar	154	26.1
Sekiz Yıl ve Altı	182	30.9
Sekiz Yıl ve Üstü	136	23.1
Yüksek Öğrenim	83	14.1
Meslek		
Ev Hanımı	433	73.5
Devlet Memuru	71	12.1
Öğrenci	54	9.2
Elişi Yapıp Satma	18	3.1
İşçi	9	1.5
Çocuk Bakımı Temizlik	3	0.5
Tarım-Hayvancılık	1	0.2
Gelir Durumu		
500 YTL ve altı	240	40.7
501-1500 YTL	234	39.7
1501 YTL ve üzeri	115	19.5
Hane halkı sayısı		
4 ve altı	265	45
5 ve üstü	324	55
Sigara Kullanımı		
Yok	465	78.9
Ayda bir paket	21	3.6
Haftada bir paket	63	10.7
Günde bir paket ve üstü	40	6.8
Toplam	589	100.0

Katılımcıların % 8.5'i herhangi bir ruhsal hastalık geçirmişti. % 5.1'inin halen takip ve tedavisi devam etmekte olan bir ruhsal hastalığı vardı. Ruhsal hastalık durumları Tablo 13'te gösterilmiştir.

Tablo 13: Araştırmaya Alınan Kadınların Geçirilmiş Ruhsal Hastalık ve Halen Takip Ve Tedavisi Devam Etmekte Olan Ruhsal Hastalık Durumları

Ruhsal Hastalık		Sayı	Yüzde
Geçirilmiş	Var	50	8.5
	Yok	539	91.5
Takip ve Tedavisi Devam Eden	Var	30	5.1
	Yok	559	94.9

2) Araştırmaya Alınan Evli ve Çocuğu Olan Kadınlara Ait Sosyodemografik Veriler:

Araştırmaya alınan evli kadınların evlilik yaşına göre dağılımları incelendiğinde kadınların % 43.5'i 15-19 yaşlar arasında, % 43.3'ü 20-24 yaşlar arasında evlenmişlerdi; %19.8'i eşinin ailesi ile birlikte yaşıyordu. % 58.8'i görücü usulü-istekli olarak, % 30.1'i ise beraber karar vererek evlenmişti. Katılımcıların % 6.9'unun eşi ile II. dereceden, % 8.6'sının ise III. dereceden akrabılığı vardı. Evli olan katılımcıların % 80.8'i doğum kontrol yöntemi kullanıyorken % 19.2'si herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanmıyordu.

Evli olan kadınlara ait sosyodemografik veriler Tablo 14'te verilmiştir.

Çocuğu olan kadınların % 51.7'sinin anne olma yaşı 20-24 arasında idi; %1.9'unun hamileliği sırasında herhangi bir ruhsal hastalık geçirmişti. Hamilelik sırasında geçirilmiş ruhsal hastalık durumları Tablo 15'te gösterilmiştir.

Tablo 14: Evli Olan Kadınlara Ait Sosyodemografik Veriler

Sosyodemografik Özellikler	Sayı	Yüzde
Evlilik Şekli		
Beraber karar vererek	130	30.1
Görücü usulü-istekli	254	58.8
Görücü usulü-isteksiz	23	5.3
Kaçarak	25	5.8
Eşinin Ailesi ile Birlikte Yaşama		
Evet	86	19.9
Hayır	346	80.1
Eş ile Akrabalık		
Var		
II. dereceden	30	6.9
III. dereceden	37	8.6
Yok	365	84.5
Doğum Kontrol Yöntemi		
Kullanmıyor	83	19.2
Kullanıyor		
RIA	139	32.2
Hap	37	8.6
Kondom	91	21.1
Tarih	6	1.4
Diğer	76	17.6
Toplam	432	100.0

Tablo 15: Çocuğu Olan Katılımcıların Hamilelik Sırasında Geçirilmiş Ruhsal Hastalık Durumlarına Göre Dağılımı

Hamilelikte geçirilmiş ruhsal hastalık	Sayı	Yüzde
Var	8	1.9
Yok	406	98.1
Toplam	414	100.0

B. Klinik Değerlendirmelere İlişkin Bulgular

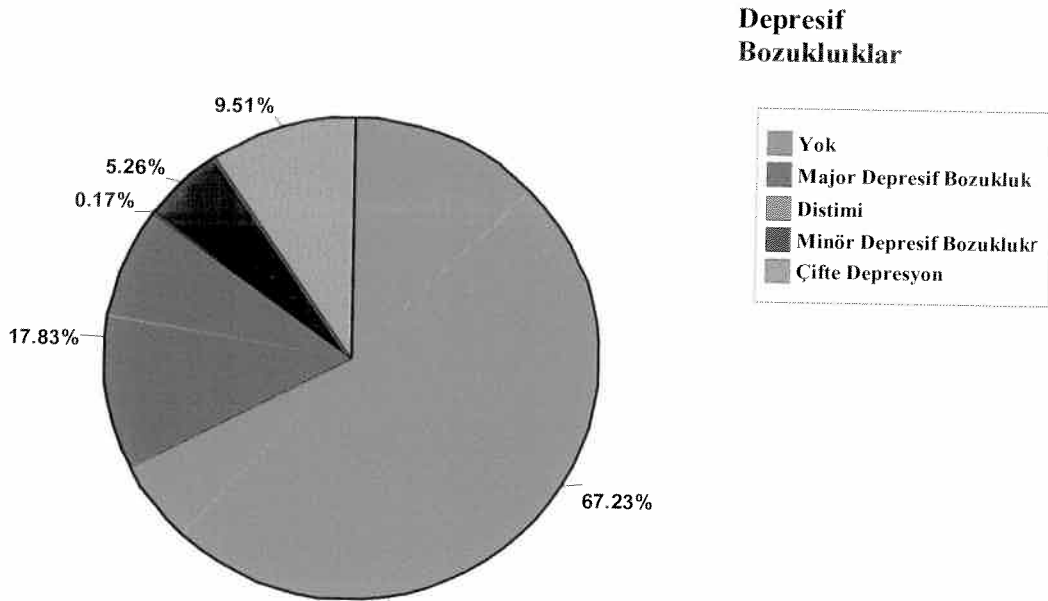
1) Katılımcılara Uygulanan Ölçeklere Ait Veriler

Depresif bozuklukların araştırılması için çalışmaya alınan katılımcılara uygulanan tarama testlerinin ortalama puanları GSA için 7.25 ± 6.11 , EPDÖ için 10.26 ± 7.02 ve PDF için ise 192.77 ± 82.62 idi. Kadınların % 63.8'i GSA için, % 35.8'i EPDÖ için kesme noktası üzerinde puan almıştı. Premenstrüel Değerlendirme Formu için kesme noktası olmadığından burada belirtilememiştir.

2) SCID-I'e Göre Depresif Bozuklukların Yaygınlığı

Araştırmaya dahil edilen 589 katılımcıdan % 32.8'inde herhangi bir Depresif Bozukluk varken % 67.2'sinde Depresif Bozukluk yoktu. Depresif Bozukluğu olan katılımcılardan % 17.8'sinde Major Depresif Bozukluk, % 9.5'unda *Double-Çifte* Depresyon, % 5.3'ünde Minör Depresif Bozukluk ve % 0.2'sinde Distimi saptandı. Yineleyici Kısa Depresif Bozukluk için ileriye dönük tanı kriterleri gerektiğinden bu araştırmada bu bozukluğun yaygınlığını belirlemek mümkün olmadı. Depresif bozuklukların yaygınlığına göre dağılım Şekil 1 ve Tablo 16'da verilmiştir.

Şekil 1: Depresif Bozuklukların Dağılımı



Tablo 16: Araştırmaya Alınan Kadınların Depresif Bozukluklara Göre Dağılımı

	Sayı	Yüzde
Depresif Bozukluk		
Var	193	32.8
Yok	397	67.4
Major Depresif Bozukluk		
Var	105	17.8
Yok	484	82.2
Distimi		
Var	1	0.2
Yok	588	99.8
Double(Çifte) Depresyon		
Var	56	9.5
Yok	533	90.5
Minör Depresif Bozukluk		
Var	31	5.3
Yok	558	94.7
Premenstrüel Sendrom		
Var	83	14.1
Yok	506	85.9

3) Premenstrüel Değerlendirme Formuna Ait Veriler

Premenstrüel Sendromun saptanmasında örneklem grubu, belirtilerin şiddetine göre K-means küme analizi ile 3 kümeye ayrılmıştır. Buna göre PDF küme analizine göre örneklem grubunun % 14.1'inin (n=83) şiddetli belirtilere sahip olduğu ve PMS ölçütlerini karşılaması açısından riskli grup olduğu kabul edilmiştir; % 26.7'sinin ise sadece orta şiddette belirtilere sahip olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada, katılımcılarla DSM-IV'te PMDB tanısı için gerekli olan ileriye dönük değerlendirme ölçütü karşılanamadığından PMDB yaygınlığını belirlemek olanaklı olmamıştır.

PDF skorları açısından Depresif Bozukluğu olmayan kadınların ortalama PDF skorlarının Depresif Bozukluğu olan kadınların ortalama PDF skorlarından anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı(sırasıyla 169.16 ± 67.388 ve 241.19 ± 89.776 , $p < 0.0001$).

4) Depresif Bozuklukların Sosyodemografik Özellikler Yönünden Karşılaştırılması

Depresif bozuklukların dağılımı tüm yaş gruplarında birbirlerine benzer oranlardaydı ($p>0.05$). Evli ve bekar olanlara göre dul-boşanmış kadınlarda depresif bozukluklar daha fazla idi ($p=0.002$). Depresif bozukluklar en fazla okur-yazar olmayan ve sadece okur-yazarlığı bulunan kadınlarda; en az oranda ise yüksek eğitimi tamamlamış olanlarda görülmekteydi ($p<0.0001$). Evde olup gelir sağlayanlarda (çocuk bakımı-temizlik, eliş yapıp-satma, tarım-hayvancılık) depresif bozukluk daha fazla görülürken, ev hanımlarında daha az olduğu ve en az ise devlet memuru-işçi olanlarda olduğu saptandı ($p=0.006$). Depresif bozukluk oranları gelir seviyesi ile ters orantılı idi; 500 TL ve altı gelire sahip olanların % 38.3'ünde, 1501 TL ve üzeri geliri olanların ise % 21.7'sinde depresif bozukluk görülmekteydi ($p=0.008$).

Araştırmaya alınan kadınlardan kendine ait yatak odasına sahip olmayanların % 42.5'inde; kendine ait yatak odası olanların ise 31.2'sinde depresif bozukluk saptanmıştır ($p=0.046$). Depresif bozukluğu olanların % 51.6'sının sigara içmediği, % 48.4'ünün ise sigara içtiği saptandı ($p<0.0001$).

Evlilik yaşı düştükçe depresif bozukluk görülme oranları artmaktaydı ($p=0.004$). Görücü usulü-isteksiz olarak evlenenler ve kaçarak evlenenlerde depresif bozukluklar çok daha sık; beraber karar vererek ve görücü usulü-istekli evlenenlerde daha azdı ($p<0.0001$). Eşinin yaşına göre depresif bozukluk görülme oranları değişiklik göstermemekteydi ($p>0.05$). Eşi okur-yazar olmayan ve sadece okur-yazar olanlarda depresif bozukluk oranları daha fazlaydı ($p=0.02$). Depresif bozukluklar en fazla eşi çalışmayanlarda saptandı ($p=0.001$). Eşinin ailesi ile yaşayanların % 31.4'ünde, eşinin ailesi ile yaşamayanların % 36.7'sinde depresif bozukluk vardı ($p>0.05$). Eşi ile akrabalığı olan ve olmayanlar arasında depresif bozukluk açısından fark yoktu ($p>0.05$).

Depresif bozuklukların oranı 19 yaş altında anne olanlarda daha yüksekti; anne olma yaşı azaldıkça oranlar düşmekteydi ($p=0.004$). Çocuğu olan kadınlar arasında 2 ve

daha az çocuğu olan kadınlardaki depresif bozukluk oranları 3 ve üzeri çocuğa sahip olan kadınlara göre daha düşüktü ($p=0.007$).

Depresif bozuklukların sosyodemografik veriler açısından karşılaştırılması Tablo 17, 18 ve 19’da verilmiştir.

Tablo 17: Depresif Bozukluklarla Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması

DEPRESİF BOZUKLUK								
	Yok		Var		Toplam			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	p	Ki-Kare
Yaş Grupları								
15-19	41	66.1	21	33.9	62	100.0	>0.05	2.404
20-29	146	71.2	59	28.8	205	100.0		
30-39	152	64.4	84	35.6	236	100.0		
40-49	57	66.3	29	33.7	86	100.0		
Toplam	396	67.2	193	32.8	589	100.0		
Medeni Durum								
Evli	278	64.6	154	35.4	432	100.0	=0.002	12.938
Bekar	110	78.6	30	21.4	140	100.0		
Diğer(dul veya boşanmış)	8	47.1	9	52.9	17	100.0		
Toplam	396	67.2	193	32.8	589	100.0		
Eğitim Durumu								
Okur-YazarDeğil	19	55.9	15	44.1	34	100.0	<0.0001	22.580
Okur-Yazar	85	55.2	69	44.8	154	100.0		
8 Yıl ve Altı	132	72.5	50	27.5	182	100.0		
8 Yıl Üzeri	92	67.6	44	32.4	136	100.0		
Yüksek	68	81.9	15	18.1	83	100.0		
Toplam	396	67.2	193	32.8	589	100.0		
Meslek								
Ev Hanımı	282	65.1	151	34.9	433	100.0	=0.006	12.277
DevletMemuru+İşçi	63	78.8	17	21.3	80	100.0		
EvdeGelir Sağlayan	10	45.5	12	54.5	22	100.0		
Öğrenci	41	75.9	13	24.1	54	100.0		
Toplam	396	67.2	193	32.8	589	100.0		
Gelir								
500 TL ve Altı	148	61.7	92	38.3	240	100.0	=0.008	9.733
1500 TL'ye Kadar	158	67.5	76	32.5	234	100.0		
1500 TL Üstü	90	78.3	25	21.7	115	100.0		
Toplam	396	67.2	193	32.8	589	100.0		
Kendine Ait Yatak Odası								
Var	350	68.8	159	31.2	509	100.0	=0.046	3.980
Yok	46	57.5	34	42.5	80	100.0		
Toplam	396	67.2	193	32.8	589	100.0		
Sigara İçme								
Yok	332	71.4	133	28.6	465	100.0	<0.0001	17.394
Var	64	51.6	60	48.4	124	100.0		
Toplam	396	67.2	193	32.8	589	100.0		
Evde yaşayan kişi sayısı								
4 ve altı	187	70.6	78	29.4	265	100.0	>0.05	2.430
5 ve üzeri	209	64.5	115	35.5	324	100.0		
Toplam	396	67.2	193	32.8	589	100.0		

Tablo 18: Evli Olan Kadınlara Ait Sosyodemografik Veriler

DEPRESİF BOZUKLUK								
	Yok		Var		Toplam			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	p	Ki-Kare
Evlilik Yaşı								
15-19	105	55.9	83	44.1	188	100.0	=0.004	15.168
20-24	126	67.4	61	32.6	187	100.0		
25-29	39	82.6	8	17.4	46	100.0		
30-34	7	77.8	2	22.2	9	100.0		
35 ve üzeri	2	100.0	-	-	2	100.0		
Toplam	278	64.4	154	35.6	432	100.0		
Evlilik Şekli								
BeraberKararVererek	84	64.6	46	35.4	130	100.0	<0.0001	30.637
Görücü Usulü-İstekli	180	70.9	74	29.1	254	100.0		
GörücüUsulüİsteksiz	7	30.4	16	69.6	23	100.0		
Kaçarak	7	28.0	18	72.0	25	100.0		
Toplam	278	64.4	154	35.6	432	100.0		
Eşinin Yaşı								
20-29	29	58.0	21	42.0	50	100.0	>0.05	1.880
30-39	147	67.1	72	32.9	219	100.0		
40-49	84	62.2	51	37.8	135	100.0		
50 ve üzeri	18	64.3	10	35.7	28	100.0		
Toplam	278	64.4	154	35.6	432	100.0		
Eşinin Eğitim Durumu								
Okur-YazarDeğil	2	25.0	6	75.0	8	100.0	=0.002	16.716
Okur-Yazar	40	55.6	32	44.4	72	100.0		
8 Yıl ve Altı	77	63.1	45	36.9	122	100.0		
8 Yıl Üzeri	73	61.3	46	38.7	119	100.0		
Yüksek	86	77.5	25	22.5	111	100.0		
Toplam	278	64.4	154	35.6	432	100.0		
Eşinin Mesleği								
Çalışmıyor	27	45.0	33	55.0	60	100.0	=0.001	18.128
İşçiAilesininYaşadığıYerde	93	60.0	62	40.0	155	100.0		
İşçi Başka Şehirde	9	75.0	3	25.0	12	100.0		
Devlet Memuru	94	74.0	33	26.0	127	100.0		
Ticaret	55	70.5	23	29.5	78	100.0		
Toplam	278	64.4	154	35.6	432	100.0		
Eşinin Ailesi ileYaşama								
Evet	59	68.6	27	31.4	86	100.0	>0.05	0.847
Hayır	219	63.3	127	36.7	346	100.0		
Toplam	278	64.4	154	35.6	432	100.0		
Eş ile Akrabalık								
Var	47	71.2	19	28.8	66	100.0	>0.05	1.598
Yok	231	63.1	135	36.9	366	100.0		
Toplam	278	64.6	154	35.4	432	100.0		

Tablo 19: Çocuğu Olan Kadınlara Ait Sosyodemografik Veriler

DEPRESİF BOZUKLUK									
	Yok		Var		Toplam				
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	p	Ki-Kare	
AnneOlma Yaşı									
15-19	59	51.8	55	48.2	114	100.0	=0.002	17.527	
20-24	137	64.3	76	35.7	213	100.0			
25-29	54	78.3	15	21.7	69	100.0			
30-34	14	87.5	2	12.5	16	100.0			
35 ve üzeri	1	50.0	1	50.0	2	100.0			
Toplam	265	64.0	149	36.0	414	100.0			
Çocuk Sayısı									
2 ve altı	164	69.5	72	30.5	236	100.0	0.007	7.160	
3 ve üzeri	101	56.7	77	43.3	178	100.0			
Toplam	265	64.0	178	36.0	414	100.0			

5) Depresif Bozuklukların Geçirilmiş ve Takip ve Tedavisi Devam Etmekte Olan Ruhsal ve Fiziksel Hastalıklar Açısından Karşılaştırılması

Depresif bozukluk saptanan kadınların % 15.5’inde geçirilmiş herhangi bir ruhsal hastalık vardı ($p<0.0001$). Depresif bozukluk saptanan kadınların sadece % 10.4’ünün bizim görüşmemiz öncesinde psikiyatrik başvuru ve tedavi alma öyküsü vardı ($p<0.0001$). Depresif bozuklukların ruhsal bozukluklar açısından karşılaştırılması Tablo 20’de verilmiştir.

Tablo 20: Depresif Bozuklukların Geçirilmiş ve Takip ve Tedavisi Devam Etmekte Olan Ruhsal Bozukluklar Açısından Karşılaştırılması

Depresif Bozukluk		Geçirilmiş Ruhsal Hastalık		Takip ve Tedavisi Sürmekte Olan Ruhsal Hastalık		Takip ve Tedavisi Sürmekte Olan Fiziksel Hastalık		Toplam
		Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	
Yok	Sayı	20	376	10	386	61	335	396
	Yüzde	5.1	94.9	2.5	97.5	61.0	68.5	100.0
Var	Sayı	30	163	20	173	39	154	193
	Yüzde	15.5	84.5	10.4	89.6	39.0	31.5	100.0
Toplam	Sayı	50	539	30	559	100	489	589
	Yüzde	8.5	91.5	5.1	94.9	100.0	100.0	100.0

p<0.0001

p<0.0001

p>0.005

Takip ve tedavisi devam etmekte olan hastalıklar akut ve kronik olarak sınıflandırıldığında akut ve kronik hastalıklar ile depresif bozukluklar karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$).

6) SCID'e Göre Depresif Bozukluk Saptanan Kadınlara Uygulanan Ölçeklere Ait Ortalama Puanlar

Depresif bozukluk saptanan katılımcılarda ortalama HDDÖ skoru: 13.15 ± 5.351 , İGD: 63.18 ± 7.506 , AASDÖ: 24.66 ± 8.812 , KYÖ: 8.52 ± 4.034 , KYÖ son bir ayda işlerini aksattığı gün sayısı: 8.15 ± 6.647 , KYÖ son bir ayda yatakta geçirdiği gün sayısı: 2.49 ± 5.549 olarak saptandı. Depresif bozukluklarla ilişkili faktörlerin belirlenmesi için uygulanan ölçeklere ait ortalama puanlar Tablo 21'de gösterilmiştir.

Tablo 21: Depresif Bozukluklarla İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi İçin Uygulanan Ölçeklere Ait Ortalama Puanlar

Ölçek	Sayı	Ortalama	Standart Sapma
HDDÖ*	192	13.15	5.351
İGDÖ**	192	63.18	7.506
AASDÖ***	192	24.66	8.812
KYÖ****	192	8.52	4.034
KYÖ aksatılan gün sayısı	192	8.15	6.647
KYÖ yatakta geçirilen gün sayısı	192	2.49	5.549

*HDDÖ: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

** İGDÖ: İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği

***AASDÖ: Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

****KYÖ: Kısa yetiyitimi Ölçeği

7) Depresif Bozuklukların ve HDDÖ, İGD, AASDÖ, KYÖ'ne göre Değerlendirilmesi

a) HDDÖ'ne Göre Depresif Bozuklukların Şiddeti

Depresif bozukluk saptanan katılımcıların HDDÖ'ne göre %16.1'inde depresyon yok (HDDÖ 0-7 arasında), % 53.9'unda hafif şiddette depresyon, % 30.1'inde orta şiddette depresyon olduğu belirlendi; ağır derecede depresyon saptanmadı. Depresif bozukluk tanılarına göre depresyon şiddetine bakıldığında MDB olanların % 6.7'sinde depresyon yok, % 61.0'ında hafif şiddette depresyon, %32.4'ünde

orta şiddette depresyon olduğu; Minör depresyon olanların % 71.0'ında depresyon yok, % 29.0'ında hafif şiddette depresyon olduğu; Çifte Depresyon olanların % 1.8'inde depresyon yok, % 55.4'ünde hafif şiddette depresyon, % 42.9'unda orta şiddetli depresyon olduğu saptanmıştır. Depresif bozukluklar HDDÖ'ne göre karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($p>0.0001$). MDB saptanan kadınların Çifte depresyon dışında Distimi sadece 1 kişide saptandığından yetiyitimi ve distimi arasındaki ilişki belirtmek istatistiksel olarak mümkün olmamıştır. HDDÖ'ne göre şiddeti ve HDDÖ ile karşılaştırılması Tablo 22 ve 23'te verilmiştir.

Tablo 22: HDDÖ'ne göre Depresif Bozuklukların Şiddeti

HDDÖ	MDB		Minör Depresyon		Çifte Depresyon	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Depresyon yok	7	6.7	22	71.0	1	1.8
Hafif Depresyon	64	61.0	9	29.0	31	55.4
Orta Şiddette Depresyon	34	32.4	-	-	24	42.9
Ağır Depresyon	-	-	-	-	-	-
Toplam	105	100.0	31	100.0	56	100.0

Tablo 23: Depresif Bozukluklar ve HDDÖ'nin Karşılaştırılması

DEPRESİF BOZUKLUKLAR	Depresyonun Şiddeti						p	Ki-kare
		Depresyon Yok	Hafif Depresyon	Orta Şiddette Depresyon	Ağır Depresyon	Toplam		
MDB	Sayı	7	64	34	-	105	<0.0001	93.395
	Yüzde	6.7	61.0	32.4	-	100.0		
Distimi	Sayı	1	-	-	-	1		
	Yüzde	100.0	-	-	-	100.0		
Minör Depresyon	Sayı	22	9	-	-	31		
	Yüzde	71.0	29.0	-	-	100.0		
Çifte Depresyon	Sayı	1	31	24	-	56		
	Yüzde	1.8	55.4	42.9	-	100.0		
Toplam	Sayı	31	104	58	-	193		
	Yüzde	16.1	53.9	30.1	-	100.0		

b) KYÖ ile Depresif Bozuklukların Karşılaştırılması

Depresif bozukluğu olan kadınların % 17.1'inde yetiyitimi olmadığı; % 29.0'ında hafif yetiyitimi, % 35.2'sinde orta yetiyitimi, % 18.7'sinde ağır yetiyitimi olduğu belirlenmiştir. Depresif bozukluk tanılarına göre yetiyitimine bakıldığında MDB'da yetiyitiminin % 90.5, Minör depresyonda % 43.2, Çifte depresyonda % 91.1 olduğu görülmektedir. Depresif bozukluğu olan kadınların son 1 ay içinde ortalama 8.15 ± 6.647 gün işlerini aksattığı ve ortalama 2.49 ± 5.549 günlerini yatakta geçirdiği saptandı (Tablo 21). Depresif bozuklukların KYÖ'ne göre dağılımı ve KYÖ ile karşılaştırılması Tablo 24 ve 25'te verilmiştir.

Tablo 24: KYÖ'ne göre Depresif Bozukluklarda Görülen Yetiyitimi Düzeyleri

KYÖ	MDB		Minör Depresyon		Çifte Depresyon	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Yok	11	10.5	17	54.8	5	8.9
Hafif Yetiyitimi	34	32.4	7	22.6	14	25.0
Orta Yetiyitimi	38	36.2	6	19.4	24	42.9
Ağır Yetiyitimi	22	21.0	1	3.2	13	23.2
Toplam	105	100.0	31	100.0	56	100.0

Tablo 25: Depresif Bozukluklar ve KYÖ'nin Karşılaştırılması

Depresif Bozukluklar	KYÖ'ne göre yetiyitimi						p	Ki-kare
		Yok	Hafif Yetiyitimi	Orta Yetiyitimi	Ağır Yetiyitimi	Toplam		
MDB	Sayı	11	34	38	22	105	<0.0001	42.360
	Yüzde	10.5	32.4	36.2	21.0	100.0		
Distimi	Sayı	-	1	-	-	1		
	Yüzde	-	100.0	-	-	100.0		
Minör Depresyon	Sayı	17	7	6	1	31		
	Yüzde	54.8	22.6	19.4	3.2	100.0		
Çifte Depresyon	Sayı	5	14	24	13	56		
	Yüzde	8.9	25.0	42.9	23.2	100.0		
Toplam	Sayı	33	56	68	36	193		
	Yüzde	17.1	29.0	35.2	18.7	100.0		

c) 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 ($p<0.0001$, $r=-0.696$) (Tablo 26).

Tablo 26: HDDÖ Skorları ile İGD skorlarının korelasyon analizi

		IGD
HAMILTON	r	-0.696
	p	<0.0001
	N	193

d) 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 ($p<0.0001$, $r=-0.280$) (Tablo 27).

Tablo 27: HDDÖ Skorları ile AASDÖ skorlarının korelasyon analizi

		AASDÖ
HAMILTON	r	-0.280
	p	<0.0001
	N	193

8) Takip ve Tedavisi Devam Etmekte Olan Fiziksel Hastalık Durumuna Göre Depresif Bozukluklar, Depresyonun Şiddeti, İşlevsellik ve Yetiyitiminin Karşılaştırılması

Takip ve tedavisi devam etmekte olan fiziksel bir hastalığı bulunan kadınlarda saptanan Depresif bozukluk oranları, depresyonun şiddeti, işlevselliğin genel değerlendirilmesi ve yetiyitimi oranları karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$).

9) Depresif Bozukluklar ve Sosyodemografik Veriler Arasındaki İlişki

Depresif bozukluklarla ilişkili faktörleri belirlemek için *Ki-kare* testinde $p<0.0001$ olan parametreler için yapılan *Lineer Regresyon Analizi* sonuçlarına göre; mesleğinin ev hanımı, işçi olması; eşi ile istemeden evlenme ve kaçarak evlenmiş olma, eşinin çalışmıyor olması ve mesleğinin işçi-aynı şehirde olması depresif bozukluklarla ilişkili risk faktörleri olarak belirlenmiştir (Tablo 28).

Tablo 28: Depresif Bozukluklarla İlişkili Risk Faktörlerinin Belirlenmesi için Yapılan Lineer Regresyon Analizinin Sonuçları

Bağımsız Değişkenler	t	p
Medeni Durum	0.212	0.832
Eğitim Durumu	-0.592	0.555
Meslek	2.686	0.008
Gelir Durumu	-0.236	0.813
Yatak Odası	-0.139	0.890
Sigara	3.757	0.000
Evlilik Yaşı	0.161	0.872
Evlilik Şekli	2.271	0.024
Eşinin Eğitim Durumu	-0.468	0.640
Eşinin Mesleği	-2.111	0.035
Anne Olma Yaşı	-1.460	0.145
Çocuk Sayısı	1.952	0.052

Bağımlı Değişken: Depresif Bozukluk

V. TARTIŞMA

Bu çalışmada Erzurum İl Merkezi'nde doğurganlık çağındaki kadınlarda Depresif Bozuklukların yaygınlığı ve ilişkili faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla Erzurum İl Merkezi'ndeki aile sağlığı merkezlerinde çalışan 113 aile hekimi arasından küme örneklem yöntemi ile seçilen 32 aile hekiminin bölgesinden doğurganlık çağındaki en az 18, en fazla 20 kişi seçilerek toplam 589 kadın araştırmaya alınmış ve veriler analiz edilerek bulgular elde edilmiştir.

Çalışmamızda Erzurum İl Merkezi'nde doğurganlık çağındaki kadınlarda SCID-I ile saptanan Depresif Bozuklukların sıklığı % 32.8 olarak bulunmuştur. Depresif Bozukluklar içerisinde Major Depresif Bozukluk sıklığı % 17.8, Çifte Depresyon sıklığı % 9.5, Minör Depresif Bozukluk sıklığı % 5.3, Distimi sıklığı % 0.2 olarak belirlenmiştir. Araştırmadaki oranlara Major Depresyon ve Distimi için Çifte Depresyon oranları da eklendiğinde MDB için % 27.3 ve Distimi için % 9.7 olduğu görülmektedir. Kadınlarda yapılan araştırmalarda literatürde verilen oranlar Major Depresif Bozukluk için % 10 ile 25 arasında; Çifte Depresyon için % 10-25; Minör Depresif Bozukluk için % 5; Distimik Bozukluk için % 5-6 (194, 196, 214, 216, 218)'dir. Oranlar Çifte Depresyon ve Minör Depresyon için literatürde verilen oranlarla uyumlu, MDB ve Distimi için literatürde verilen oranlardan daha yüksektir. Gelişmekte olan ülkelerde, düşük gelir düzeyine sahip bölgelerde yaşayan kadınlarda ruhsal bozuklukların daha yüksek oranlarda olduğu bildirilmektedir (16). Türkiye'de yalnızca kadınlardan oluşan bir örneklemle yapılmış ilk çalışma olan ve kadınlarda depresyon yaygınlığını inceleyen bir araştırmaya göre Eskişehir'de 17-65 yaş grubu kadınlarda depresyon oranı % 27.7 olarak saptanmıştır (23). İzmir'de sosyoekonomik, kültürel ve eğitim düzeyi düşük bir bölgede 15-49 yaş kadınlarda yapılan bir araştırmada Major Depresif Bozukluk oranı çalışmamızdaki orana benzer şekilde % 25.8 bulunmuştur (39). Şanlıurfa'da 15-49 yaş kadınlarda yapılan bir araştırmada kadınlar arasında en sık görülen ruhsal hastalığın % 7.3 ile MDB olduğu ve yine aynı araştırmada bu yaş grubu kadınlarda Distimi oranının % 1.6 olduğu bildirilmiştir (256). Geleneksel cinsiyet rollerinin ve beklentilerinin çaresizlik duygularına neden olması gibi psikolojik sonuçları ortaya çıkardığı bu nedenle kadınların depresif reaksiyonlara erkeklerden daha

fazla hassas olduğu ileri sürölmektedir (23, 257). Davranışçı ve feminist teorilere göre kadınlar sosyal konumları nedeni ile depresyondan daha fazla etkilenirler. Kadın erkekten daha az para kazanmasına rağmen, yaşamdaki sorumlulukları erkeklerden daha fazladır; ev işleri, çocuk bakımı ve aile büyüklerinin bakımı genellikle kadının sorumluluğu olarak algılanmakta, bu durum gittikçe artan bir stres oluşturmakta, artan iş yükü ve genel stres kadında tükenmişlik sendromu ve depresif belirtilere yol açmaktadır (52). Çalışmanın yapıldığı örneklemin kadınlardan oluşması, Doğu Anadolu Bölgesi'nin sosyal ve kültürel özellikleri, düşük sosyoekonomik durum, depresyon ile ilgili bilgi ve yardım arayışında yetersizlik ve kadınların depresyonu yaşam biçimi olarak kabul etmeleri bu oranlardaki yüksekliğı açıklayabilir. Ayrıca çalışmaya alınan kadınların büyük bölümünün sağlık ocağına başvuranlardan oluşması çifte depresyon ve distimide somatik yakınmalar nedeni ile sağlık yardımı arayışının yüksek oranlarda olmasından kaynaklanıyor olabilir. Çalışmamızda bulunan prevalans oranlarının yüksekliğı, bölgemizin özellikleri ve deneklerimizin kadın olması ile açıklanmakla beraber epidemiyolojik çalışmalarda kullanılan tanı araçları ve depresif bozukluk sınıflama farklılığı, araştırmaların yapılma şekli (kesitsel, kohort vb.) ve zamanı, farklı sonuçların alınmasında rol oynamaktadır. 2006 yılında yapılan Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması'nda Unipolar Depresif Hastalıkların kadınlarda tahmin edilen prevalans oranının %26.3 olduğı bildirilmektedir (14). Türkiye'de ruhsal rahatsızlıkların yaygınlığını gösteren ve ülke genelini temsil eden bir örneklemlle yapılmış ilk çalışma olan Türkiye Ruh Sağlığı Profili'ne göre doğuda depresyon ve distimi daha yüksek oranlarda görölmektedir (15). İleriye dönük toplum araştırmalarında depresyonun son 25 yılda 10-20 kat arttığı ve zaman ilerledikçe depresyon oranlarının yükseldiğı ve başlangıç yaşının küçüldüğü de belirtilmekte olup depresyonun yükselen prevalans oranlarında bu sonuçlar da dikkate alınmalıdır (23, 57, 257-261).

Bu çalışmada Premenstrüel Sendrom için orta ve şiddetli belirti gösteren kadınların oranı % 85.9, şiddetli belirti gösterenlerin oranı ise % 14.1 bulunmuştur. Araştırmamızda Depresif Bozukluğu olan kadınların ortalama PDF skorlarının olmayanlara oranla daha yüksek olduğı saptanmıştır. Sadece orta şiddette ya da şiddetli belirtilerin sıklığı ise, %2 ile %88 arasında değişmektedir (216). Ülkemizde Manisa'da yapılan bir araştırmada PMS için şiddetli belirti oranı % 6.1 olarak bildirilmiştir (216).

Bulgularımız PMS’de orta-şiddetli belirtiler için literatür ile uyumlu, şiddetli belirti gösteren PMS için literatürdeki verilerden yüksektir. Altta yatan psikiyatrik ya da medikal hastalık olması durumunda kadınların şikayetleri premenstrüel dönemde alevlenme gösterebilir (6, 136). Pek çok ruhsal bozukluğun veya bedensel hastalığın adet döngüsünün premenstrüel döneminde kötüleştiği bilinmektedir. “Adet öncesi alevlenme” adı verilen bu fenomen ile ilgili olarak Çinli kadınlar arasında yapılan bir araştırmada premenstrüel dönemde özellikle anksiyete bozuklukları ve depresif bozukluklarda alevlenme olduğu bildirilmektedir (135, 192, 220). Bulgularımız bu çalışmaları desteklemektedir. Depresif bozuklukların adet öncesi dönemde kötüleştiği göz önüne alınırsa Şiddetli PMS oranlarının yüksekliği açıklanabilir. Depresif bozukluğu olan kadınlar PMS semptomlarını daha şiddetli yaşarlar. Şiddetli PMS bildiren kadınların yüksekliği, depresif bozukluklar için belirlenen oranların yüksek olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda 15-19 yaş grubunda % 33.9, 20-29 yaşlarda % 28.8, 30-39 yaşlarda % 35.6, 40- 49 yaşlarda ise % 33.7 oranlarında depresif bozukluk saptandı. Bazı çalışmalarda, depresyonun 18-44 yaşları arasında özellikle de 25-34 yaşları arasında daha sık görüldüğü bildirilmektedir (188, 262, 263). Ayrıca depresyon prevalans hızlarının kadınlarda 35-45 yaşlarında pik yaptığını bildiren çalışmalar da vardır (260, 264). Türkiye’de yapılan araştırmalar arasında depresyonun 25-34 yaşlarında daha sık görüldüğünü bildiren çalışmaların yanında oranların 35-45 yaşlarında daha yüksek olduğunu bildirenler de vardır(23, 40, 57, 200, 265-267). Bunun yanında ülkemizde yapılan birçok alan çalışmasında depresyonun 40 yaş üstünde ve özellikle kadınlarda daha yaygın olduğu gösterilmiştir (268-271). Araştırmamızda depresif bozukluk prevalans hızları ile yaş arasında önemli bir ilişki saptanmadığı gibi tüm yaş gruplarında birbirine çok yakın oranlarda (%28.8-%33.9 arasında) bulunmuştur. Verilerimiz depresif bozuklukların tüm yaş gruplarında eşit oranlarda olduğunu destekler niteliktedir.

Araştırmamızda dul veya boşanmış olanlarda depresif bozukluk oranları % 52.9, evli olanlarda % 35.4 ve bekarlarda % 21.4 olarak saptanmıştır. Dünyada yapılan çalışmalarda çoğunda ve ülkemizdeki çalışmalarda dul veya boşanmış olmanın

depresyon için risk faktörü olduğu belirtilmektedir (23, 194, 200, 268, 272-276). Yine ülkemizdeki çalışmalar arasında evli kadınlarda depresyon oranlarının daha yüksek olduğunu bildirenler de vardır (39). Araştırmamızda dul veya boşanmış kadınlarda depresif bozuklukların daha fazla olduğu, en düşük oranların bekarlarda görüldüğü, evlilik yaşı düştükçe depresif bozukluk oranlarının arttığı görülmektedir. Boşanma veya ölüm sonucu dul kalma birtakım sorunları da beraberinde getirmektedir. Ekonomik kayıp ve yalnızlık duygusu, eş desteğinin eksikliği ve özellikle genç yaşta dul kalma ile başlayan yeniden evlenme yönündeki toplumsal baskılar bunlardan bazılarıdır (23). Çalışmamızda boşanmış ve dul olanlarda depresif bozuklukların daha yüksek oranlarda görülmesinin nedenlerini bu özellikler açıklayabilir.

Araştırmamızda okur-yazar olmayanların % 44.1'inde, okur-yazar olanların % 44.8'inde, eğitim durumu sekiz yıl ve altı olanların % 27.5'inde, sekiz yıl üzeri olanların % 32.4'ünde, yüksek eğitimi tamamlamış olanların % 18.1'inde depresif bozukluk saptanmıştır. Düşük eğitim alanlarda depresif bozuklukların daha yüksek olduğunu bildiren çalışmaların yanında bu bulguyu desteklemeyen çalışmalar da vardır(23, 31, 200, 257, 267, 276). İzmir'de 15-49 yaşları arasındaki kadınlarda eğitim düzeyi arttıkça depresyon görülme oranının azaldığı saptanmıştır (39). Ülkemizde kadınlarda eğitim düzeyi daha düşüktür (23). Eğitim seviyesi azaldıkça sadece depresyon oranları değil tüm ruhsal hastalıkların yaygınlığı artmaktadır (16, 39, 200, 276). 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 (277). Ayrıca kadınların eğitim düzeyi ile birlikte görülen çalışma oranlarında, ekonomik bağımsızlık kazanmalarında, aile içinde söz hakkı sahibi olmalarında, kendine olan güvenlerinde artma ve çocuk sayısında azalma olmaktadır (23). Çalışmamızda da eğitim durumu arttıkça depresif bozukluk oranlarının azaldığı, en düşük depresif bozukluk oranlarının yüksek eğitimi tamamlamış olanlarda olduğu görülmektedir.

Depresif bozukluk oranları; ev hanımlarında % 34.9, devlet memuru ve işçi olanlarda % 21.2, evde olup gelir sağlayanlarda (elişi yapıp satma, çocuk bakımı-temizlik, tarım-hayvancılık, çiftçi) % 54.5, öğrencilerde % 24.1 olarak saptanmıştır.

Ülkemizde kadınlarda eğitim seviyesi daha düşüktür ve çalışmamızdaki oranlarla da tutarlı olarak ekonomik özgürlüğü olan kadın sayısı azdır (23). Trabzon'da yapılan bir çalışmada depresyon sıklığı en yüksek düzeyde ev hanımlarında tespit edilmiştir (39, 278). Manisa'da yapılan ve hastanede yatarak tedavi gören major depresyon hastaları ile ilgili bir araştırmada ev hanımlarının oranı yüksek bulunmuştur (266). Çalışmamızda evde olup gelir sağlayanlarda depresif bozukluk oranlarının yüksekliği ekonomik yetersizliği nedeni ile gelir sağlama çabasından kaynaklanıyor olabilir. Ev hanımlığı rolü toplumumuzda büyük ölçüde benimsenmiştir ve olağan kabul edilmektedir (23). Özellikle evlilikle ilgili rollerin kadınlarda depresyon riskini artırdığı bildirilmektedir (278). Ev hanımlarındaki yükseklik oranı kadının eğitim durumu düşüklüğü, ekonomik özgürlüğünün olmaması, çocukların ve aile büyüklerinin bakımının kadının yükümlülüğü olarak algılanması, ev dışı toplumsal etkinlik olanaklarında azlıkla ilişkili olabilir.

Gelir durumu 500 YTL ve altı olanların % 38.3'ünde, 501-1500 YTL olanların % 32.5'inde, 1501 YTL ve üzeri geliri olanların ise % 21.7'sinde depresif bozukluk olduğu saptanmıştır. Sosyoekonomik düzey ile depresyon prevalansı arasında ters bir ilişki olduğu bilinmektedir. Çoğu çalışmada özellikle alt sosyoekonomik seviyedeki kadınların depresyon için yüksek riske sahip olduğu belirtilmektedir (23, 31, 279, 280). Bunun yanında depresyonun sosyoekonomik düzeyi yüksek olan toplum kesimlerinde daha sık görüldüğünü bildirenler de vardır (200). Ülkemizde de depresyonun daha çok gelir düzeyi düşük olanlarda görüldüğü bildirilmekle birlikte sosyoekonomik düzey ile depresyon arasında ilişki olmadığını bildiren araştırmalar da vardır (23, 47, 266, 267). Yoksul bireyler daha çok kaygı ve korku yaratan stres etkenleri ile karşı karşıya kalmakta, kendilerini güvensiz hissetmektedirler (200). Çalışmamızda da gelir durumu düştükçe depresif bozukluk oranlarının artması literatür ile uyumludur.

Araştırmamızda kendine ait yatak odası olanların depresif bozukluk oranları % 31.2 iken olmayanların oranı % 42.5 olarak saptanmıştır. Yatak odasına sahip olma durumu sosyoekonomik faktörlerle ve birleşik tip aile yapısında ev halkı sayısının fazla olması ve özel hayatındaki kısıtlılıklar ile ilişkili olabilir. Kendine ait yatak odasına

sahip olma durumu cinsel hayatın daha rahat yaşanabilirliğini de birlikte getirmektedir. Bu durum daha düşük depresif bozukluk oranlarını açıklayabilir.

Bu araştırmada kadınların % 21.1'inin sigara içtiği; depresif bozukluklu kadınların ise % 28.6'sının sigara içmediği, % 48.4'ünün ise sigara içtiği saptanmıştır. Türkiye genelinde 15 ve daha yukarı yaştaki bireylerin % 31,3'ü her gün veya ara sıra tütün ve tütün mamullerini kullanmaktadır. Bu oran erkeklerde % 47,9 iken, kadınlarda % 15,2 olarak gözlenmiştir (281). Depresyon ile birlikte sigara kullanımı ve nikotin bağımlılığının arttığı bilinmektedir (78, 265). Nikotin bağımlılarında ise major depresyon ve anksiyete bozukluklarının daha sık görüldüğü belirtilmektedir (282). Bir takip çalışmasında MDB öyküsü olanların daha yüksek seviyelerde nikotin bağımlılığının olduğu; nikotin bağımlısı olanlarda ise takip periyodunda MDB oranlarının daha fazla olduğu bildirilmektedir (283). Finlandiya'da yapılan bir araştırmada sigara içmenin majör depresif bozukluk ile anlamlı bir ilişkisinin olduğu saptanmıştır (284). Yatarak tedavi gören major depresif bozukluklu hastalarda yapılan bir araştırmada sigara içme oranı %41.1 bulunmuştur (267). Çalışmamızda da depresif bozukluklu kadınlarda sigara içme oranı % 31.1 olarak bulunmuştur.

Depresif bozukluk oranlarının evlilik yaşı ve anne olma yaşı 15-19 olanlarda diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (sırasıyla % 44.1 ve % 48.2).

Erzurum İl Merkezi'nde evlilik yaşı 15-19 yaşlar olan kadınların % 44.1'inde; 19 yaş ve altında anne olanların % 48.2'sinde depresif bozukluk görüldüğü belirlenmiştir. Evlilik yaşı ve anne olma yaşı düştükçe depresif bozukluk oranlarının arttığı görülmektedir. Adölesan dönemdeki kızlarda ve adölesan gebeliklerde depresyon riskinin daha fazla olduğu bildirilmektedir (6, 101, 285, 286). Evlilik yaşı ile paralel olarak ve genç yaşta evlenenlerin çocuk sahibi olma yaşları da erkendir. Psikososyal stres faktörlerine odaklanan çalışmalar evlilik ve anneliğin kadında depresyon riskini artırdığını bulmuştur. Evde çocukların varlığı ile kadınlarda daha yüksek şiddette depresyon görüldüğü bildirilmektedir (39). 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 % 69.6 ve % 72.0). İstemediği kişiyle evlenmiş olmak ve kaçarak evlenme sonucunda evlilikle ilgili beklentilerinin karşılanmaması, ailesinin sosyal desteğini kaybetme, kaçarak evlenenlere toplumsal bakış açısı gibi faktörler bu kadınlardaki yüksek depresif bozukluk oranlarını açıklayabilir.

Depresif bozukluklar ile eşinin yaşı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Yine aynı şekilde eşi ile arasında akrabalık bulunan ve bulunmayan kadınlar arasında da fark saptanmamıştır. Literatürde eşinin yaşı ya da eşi ile akrabalık durumu ile depresif bozuklukları karşılaştıran bir araştırmaya rastlanmamıştır.

Çalışmamızda eşi okur-yazar olmayanların % 75'inde, okur-yazar olanların % 44.4'ünde; eşi çalışmayanların % 55.0'ında depresif bozukluk görüldüğü saptanmıştır. Eşinin eğitim durumu okur-yazar olmayan ve sadece okur-yazar olanlarda ve eşi çalışmayanlarda depresif bozukluk oranları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Eşin eğitim durumunun kadının ruhsal hastalığı ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (256). Eşin eğitim ve iş durumu, işsizlik ve sosyoekonomik ve sosyokültürel seviye ile ilişkili olarak kadınlardaki yüksek depresif bozukluk oranlarını açıklayabilir.

Eşinin ailesi ile yaşayanlar ve eşinin ailesi ile yaşamayanlar arasında depresif bozukluk oranları açısından fark bulunamamıştır. Yani çekirdek aile ve birleşik tip aile arasında depresif bozukluk oranları değişmemektedir. Ülkemizde kırsal alanda yapılan bir araştırmada çekirdek aile yapısının depresyon için bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (269). Bölgenin ataerkil aile yapısına sahip olması, ailenin tüm yükünün kadının sırtında olması, aile içi uyumun sağlanabilmesi için kadının maddi ve manevi bazı ihtiyaçlarını erteleme ya da yok sayması, tüm bunlara rağmen aileyi ilgilendiren konularda kadının yeterince söz sahibi olmaması, aile içi ilişkilerde son sözü erkeğin söylemesi aile yapısına göre kadının toplumsal konumunu değiştirmemektedir; bu

nedenle aile yapısının çekirdek tip aile ya da birleşik tip aile olması ile depresif bozukluklar arasında ilişki olmaması beklenen bir sonuçtur (23).

Çocuk sayısı arttıkça depresyon oranlarının da arttığı bildirilmektedir (23). Gelişmiş ülkelerde evde çocuk sayısının üç veya daha fazla olmasının kadınlarda depresyon riskini artırdığı belirtilmektedir (39, 200). Araştırmamızda çocuk sayısı 3 ve altında olanlar ile 4 ve üzeri olanlar arasında depresif bozukluklar açısından fark bulunmamıştır. Ancak 2 ve daha az çocuğu olanlarla 3 ve üzeri çocuğa sahip olanlar arasında depresif bozukluk oranları ilişkili bulunmuştur ($p=0.007$). Depresif belirtilerin kadınlarda evdeki çocuk sayısı ile arttığı bildirilmektedir. Genç anneler ve daha fazla çocuğu olanlarda daha fazla depresyon gelişebilmektedir (39, 285). Kadınlar ev hanımı da olsa çalışsa da çocuk bakımı ağırlıklı olarak üstlendikleri bir görevdir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde ekonomik şartlar nedeniyle çocuk bakımı ve eğitimi oldukça güç koşullarda sağlanmaktadır. Çocuk sayısının ile depresyon oranlarının artması, çocuk sayısının artması ile birlikte karşılaşılan güçlükler ve buna bağlı stresin de artmasından kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmamızda depresif bozukluk saptanan kadınlar arasında halen takip ve tedavisi devam etmekte olan ruhsal hastalığı olanların oranı sadece % 10.4 idi. Ruhsal hastalıklar arasında sadece depresif bozuklukların araştırıldığı bu çalışmada depresif bozukluk oranı % 32.6 olduğu göz önüne alınırsa kadınların önemli bir kısmının gerekli olduğu halde ruh sağlığı hizmeti almadığı anlaşılmaktadır. Klinik tabloda somatik belirtilerin ön planda olması depresyon hastalarının ruh sağlığı dışında kalan sağlık kuruluşlarına başvurması ile sonuçlanmaktadır. Depresyon için psikiyatrik tedaviye başvurma kültürel etmenlerin yanı sıra pek çok diğer etmen tarafından belirlenmektedir (47). Türkiye'de de yakın zamanlara dek geleneksel toplum kesimlerinde depresyonun tedavi edilebilir bir durum olarak görülmemesi nedeniyle sağlık kuruluşlarına başvurunun sınırlı olduğu bildirilmiştir (57). Başvuruların büyük ölçüde diğer uzmanlık alanlarına yapıldığı, birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran depresyonlara sıklıkla tanı konamadığı bildirilmektedir (287-289, 290). Tedavi başvurusunu arttırdığı bildirilen sosyal değişkenler ise sosyal destek azlığı ve yetiyetimidir (291, 292). Kırsal bölgede depresyona ilişkin stigmanın birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuruyu

azalttığı bildirilmiştir (293). ABD'de yaşayan Çin kökenli kadınların depresyonu psikolojik bir sorun olarak gördüklerinde aileden, fiziksel bir sorun olarak gördüklerinde ise sağlık kuruluşlarından yardım istedikleri belirlenmiştir (294). ABD'de yaşayan Meksika kökenli ailelerin anksiyete bozukluklarında daha çok sağlık kuruluşlarına, depresyonda ise daha çok geleneksel tedavicilere başvurdıkları bildirilmiştir (295). Affektif bozukluklara yönelik tutumlar yönünden Ankara-Gölbaşı'nda sağlık sosyalizasyonu uygulanan ve uygulanmayan iki köyü karşılaştıran bir araştırmada, sosyalizasyon uygulanan köyde yaşayanların depresyonu daha çok tıbbi bir sorun olarak gördüklerini, buna karşılık diğer köyde yaşayanların daha çok dinsel ve geleneksel kurumlara başvurdıklarını saptamışlardır (296). Şanlıurfa'da 15-49 yaş grubu kadınlarda yapılan bir çalışmada kadınların % 25.9'unda herhangi bir ruhsal hastalık saptanmış, bunların sadece % 4.7'sinin psikiyatrik yardım aldığı saptanmıştır (256). Ruhsal hastalıklar için tedavi arayışı oranlarının az olmasının nedenleri; sağlık hizmetlerine erişilememesi, mental sağlık problemlerinin farkında olmama, stigmatizasyon, ekonomik durum ve ruh hastalıklarına kültürel ve toplumsal bakış açısı olabilir (256, 297). Toplumda ruhsal hastalıkların tanınmıyor olması bu nedenle de psikiyatrik yardım arayışı oranlarının düşük olması, depresyonun kadınlar tarafından bir yaşam biçimi olarak kabul edilmesinden kaynaklanıyor olabilir. Tedavi alan kadın sayısının düşük olması prevalans oranlarının yüksek bulunmasına neden olmuş olabilir.

Araştırmamızda halen takip ve tedavisi devam etmekte olan fiziksel hastalık bulunma oranları istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte depresif bozukluğu olanlarda olmayanlara göre daha fazladır (% 39.0 ve % 31.5). Depresyon dönemlerinde bedensel sorunların arttığı ve depresyonun fiziksel hastalıklarla eştanı oranlarının yüksek olduğu bildirilmektedir (267, 299). Aynı zamanda kadınlarda depresyonun fiziksel yakınmalar şeklinde ortaya çıkma eğilimi vardır, bu nedenle kadınlar psikiyatri dışı hekimlere başvuruyor olabilir. Ülkemizde genel sağlık hizmetleri arasında ruh sağlığı hizmetlerinin yerleşmemiş olması hem depresyon yaygınlığının artmasına hem de kronikleşmesine neden olmaktadır.

MDB olanlarda Distimi komorbiditesine (Double-Çifte Depresyon) bakıldığında MDB olanlara % 35.0 oranında distiminin eşlik ettiği saptanmıştır. Çifte depresyon

oranları % 10-25 olarak bildirilmektedir (212, 300). Bulduğumuz oranlar literatürde verilen oranlardan yüksektir. Depresyon ve distiminin doğuda diğer bölgelerden daha fazla görülmesi ve bölgedeki diğer psikososyal faktörlerin belirgin olması bu yüksekliği açıklayabilir (15).

HDDÖ'ne göre depresif bozukluk saptanan katılımcılarda HDDÖ'ne göre hafif ve orta şiddette depresyon olduğu, yine MDB saptanan kadınların büyük bir bölümünde hafif şiddette depresyon saptanmıştır. Bilindiği gibi Minör Depresyon MDB'den daha az semptom içermektedir (DSM-IV-TR). Minör Depresyon saptanan kadınların sadece % 29'u HDDÖ'ne göre depresyon olarak nitelendirilmiştir. Çifte Depresyon saptananlarda depresyonun şiddeti MDB saptananlara göre daha fazladır. Çifte Depresyon mevcut bir Distimik Bozukluk üzerine MDB binmesi ile oluştuğundan depresyonun şiddetinin daha fazla olması beklenen bir bulgudur.

Depresif bozukluk saptanan kadınların % 92.9'unda çeşitli derecelerde yetiyitimi olduğu saptanmıştır. Yetiyitimi, bir etkinliği, kişi için normal kabul edilen sınırlarda veya biçimde yapabilme yetisinde kısıtlanma ya da kayıp olarak tanımlanabilir (299). Bir hastalığın bir halk sağlığı sorunu olduğunu belirlemede önemli ölçütlerden birisi de hastalığın yarattığı yetiyitimidir (214). DSÖ ve Dünya Bankası'nın raporlarına göre toplumda yaygın görülen ve yetiyitimine yola açan bir ruhsal bozukluk olan depresyonun yaygınlığının daha da artacağı, kalp damar hastalıklarından sonra en yaygın görülen ikinci hastalık olacağı öngörülmektedir (300). Ruhsal bozukluğu olan hastalarda yetiyitimi, sadece kronik bedensel hastalığı olanlardan daha fazla bulunmaktadır. Sağlık ocağına başvuran hastaların %67.2'sinde yetiyitimi olduğu; ruhsal bozukluk tanısı alan hastalarda kronik bedensel hastalığı olanlara göre daha fazla sosyal ve bedensel yetiyitimi olduğu, bu hastaların değerlendirilen son bir ay içinde günlük işlerini daha sık aksattıkları ve daha fazla sayıda günlerini yatakta geçirdikleri bildirilmektedir(4). Depresyon tedavisi ile yetiyitimi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmada başlangıçta hastaların % 85'inde yetiyitimi olduğu bildirilmektedir (301). Ruhsal bozukluklardan özellikle de depresyonu olan hastalarda daha fazla sosyal ve bedensel yetiyitiminin olduğu, bu hastaları değerlendiren son 1 aylık dönem içinde günlük işlerini daha fazla aksattıkları ve daha fazla günlerini yatakta geçirdikleri

gösterilmiştir (4). Unipolar Depresif Hastalıklar, Türkiye'nin doğu bölgesinde, kentsel ve kırsal alanlarda her iki alanda ve kadınlarda yetiyitimiye neden olan hastalıklar arasında ilk sırada yer almaktadır. Araştırmamızda da depresif bozukluğa bağlı yetiyitimi oranlarının oldukça yüksek olduğu görülmektedir.

Depresif bozukluklarda HDDÖ ile belirlenen depresyon şiddeti ile İGD puanları arasında negatif bir korelasyon olduğu belirlenmiştir. 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.

Depresyonun şiddeti ile AASDÖ skorları arasında negatif bir korelasyon bulunmuştur. Sosyal destek azlığı depresyon için risk faktörlerinden biridir (6, 37, 45). Bulgularımız literatür ile uyumludur. Sosyal destek azaldıkça depresyonun şiddeti de artmaktadır.

Takip ve tedavisi devam etmekte olan fiziksel bir hastalığı bulunan kadınlarda saptanan depresif bozukluk oranları, depresyonun şiddeti, işlevselliğin genel değerlendirilmesi ve yetiyitimi oranları arasında ilişki saptanmamıştır. Çalışmanın sağlık ocağı koşullarında yürütülmüş olması çalışmanın kısıtlılıklarındandır. Örnekleme sağlık ocağına herhangi bir nedenle başvurmuş kadınlar oluşturmakla birlikte katılımcılar sadece kendi sağlık sorunları nedeni ile sağlık kurumuna müracaat edenlerden değil; aynı zamanda çocuğunun aşısı için, yakınına eşilik eden ve arkadaşı ile gelen kadınlardan da oluşmaktaydı. Bu konuda veri sağlayacak bilgiler kaydedilmemiş olmakla birlikte parametreler arasında istatistiksel olarak fark bulunmaması; araştırmamız her ne kadar sağlık ocaklarında yürütülmüş olsa da fiziksel hastalıklar depresif bozukluk oranlarını, depresif bozuklukların şiddetini ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi için uygulanan işlevsellik ve yetiyitimi ölçek puanlarını etkilemediğini desteklemektedir.

Araştırmamızda depresif bozukluklarla ilişkili 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.

VI. SONUÇ VE ÖNERİLER

Erzurum İl Merkezi'nde doğurganlık çağındaki kadınlarda Depresif Bozuklukların yaygınlığı ve ilişkili etmenleri belirlemek için yaptığımız çalışmada; 15-49 yaş grubu kadınlarda Depresif Bozukluk prevalansı % 32.8 olarak bulundu. Depresif Bozuklukların tiplerine göre dağılımları ise MDB % 17.8, Çifte Depresyon % 9.5, Minör Depresif Bozukluk % 5.3 şeklinde idi. MDB olanlara % 35.0 oranında distimi eşlik etmekteydi. Premenstrüel Sendrom için orta ve şiddetli belirti gösteren kadınların oranı % 85.9 olarak saptandı.

Depresif bozukluk saptanan kadınlar arasında yaş dağılımı açısından farklılık yoktu; dul ve boşanmış olanlarda, eğitim düzeyi ve gelir düzeyi düşük olanlarda, ev hanımlarında, istemediği kişi ile evlenen ve kaçarak evlenen kadınlarda, eşinin eğitim seviyesi düşük olanlarda, eşi çalışmayanlarda, çocuk sayısı 3 ve üzeri olanlarda ve kendine ait yatak odası olmayanlarda depresif bozukluk görülme oranları daha fazlaydı. Evlilik yaşı ve anne olma yaşı ile depresif bozukluk görülme oranları ters orantılı idi. depresif bozukluklu kadınlarda sigara içme oranları daha yüksekti.

Depresif bozukluk saptanan kadınların ancak % 10,4'ü ruhsal sorunları nedeniyle ruh sağlığı hizmeti almaktaydı, depresif bozukluk belirtileri gösteren kadınların % 90,6'sı herhangi bir ruh sağlığı hizmeti almamıştı. Halen takip ve tedavisi devam eden fiziksel hastalık bulunma oranları ise istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte Depresif Bozukluğu olanlarda daha fazlaydı. Halen bulunan fiziksel bir hastalığı olan kadınlarda; depresif bozukluk oranları, depresyonun şiddeti, işlevselliğin genel değerlendirilmesi ve yetiyitimi oranları arasında ilişki yoktu.

Depresif bozuklukların şiddetine bakıldığında MDB saptananların % 93.3'ünde ve Çifte Depresyonu olanların % 98.2'sinde hafif ve orta şiddette depresyon, Minör Depresyonu olanların % 29.0'ında hafif şiddette depresyon olduğu belirlendi.

Depresif bozuklukta yetiyitimi oranlarının % 88.9'unda çeşitli derecelerde yetiyitimi olduğu, tanılarına göre ise MDB'da % 90.5, Minör depresyonda % 43.2, Çifte depresyonda % 91.1 oranında yetiyitimi vardı.

Depresyonun şiddeti arttıkça işlevsellik oranları ve algılanan sosyal destek oranları azalmaktaydı.

Araştırmamızda depresif bozukluklarla ilişkili olduğu belirlenen risk faktörleri; mesleğinin ev hanımı ya da işçi olması; eşinin çalışmıyor olması ve eşinin aynı şehirde işçi olması idi.

Sonuç olarak doğurganlık çağındaki kadınlarda depresif bozukluklar oldukça yüksek oranlarda görülmektedir. Bu oran yaş gruplarına göre farklılık göstermemekle birlikte dul-boşanmış, eğitim ve gelir düzeyi düşük, eşinin eğitim seviyesi düşük ve eşi çalışmayan kadınlar ile erken yaşta evlenen ve anne olan kadınlar ile 3 ve daha fazla çocuğa sahip olan kadınlar depresif bozukluklar açısından risk altındadır. Depresif Bozukluğu olan doğurganlık çağındaki kadınlarda yetiyitimi, işlevsellik ve aileden algılanan sosyal destek oranları düşüktür.

Doğurganlık çağındaki kadınlarda görülen yüksek depresif bozukluk oranları toplumda ve özellikle de kadınlar arasında depresyonun tanınmaması, yaşam biçimi olarak kabul etmeleri, depresyonun tedavi edilebilir bir durum olarak görülmemesi, ruhsal hastalıklara toplumsal bakış açısı ve stigmatizasyon kaygıları ve ruh sağlığı hizmetlerine erişilememesinden kaynaklanmaktadır. Depresyonu olan kadınların çok az bir kısmı tedavi için başvurmaktadır ya da depresyonlarının farkında değildirler.

Bu nedenlerle toplum ve özellikle de kadınlar, depresyonun tanınması, tedavi edilebilir bir ruhsal hastalık olduğu konularında bilinçlendirilmelidir. Depresyon açısından risk altında olan bireyler ve depresyonun bedensel belirtileri konularında birinci basamak hekimlerine eğitim verilmeli; depresyon görülme olasılığı yüksek olan kadınlara erken teşhis açısından tarama testleri uygulanmalı, gerekli durumlarda psikiyatri hekimlerine ulaşimleri sağlanmalıdır. Depresif bozuklukların tanınmasında,

tedavisinde ve hastanın doğru yönlendirilmesinde aile hekimlerinin ve psikiyatri dışı hekimlerin önem arz etmektedir. Depresif bozukluklar için birinci basamakta tarama, tespit etme ve depresyondan etkilenen kadınları tedaviye yönlendirme yapılmalıdır.

Aile hekimleri tarafından özellikle kadınların başa çıkma becerilerini geliştirebilecek sosyal ve fiziksel aktivite alanlarının oluşturulması, sık karşılaşılan sorunlarla ilgili olarak başa çıkma önerilerinin olduğu kitapçıkların sağlanması yanında sorun tecrübe paylaşımı için periyodik grup çalışmaları (örn: öfkeli çocukla başa çıkma, relaksasyon teknikleri, nefes egzersizleri, kendi öfkenizle başa çıkma vb.) yapılabilir.

Depresyon toplumlarda sık görülmektedir, kadınlar arasında en sık görülen ruhsal hastalıktır; önemli derecede fiziksel ve psikososyal yetiyitimine neden olmaktadır. Kadınlarda antepartum ve postpartum depresyon için en önemli risk faktörlerinden biri olan geçirilmiş depresyon öyküsüdür. Depresyonun yarattığı yetiyitimi bebeği ve çocuğu da etkilemektedir. Bu nedenle doğurganlık çağındaki kadınların depresyon konusunda bilgilendirilmesi yetiyitimini azaltacak, antepartum ve postpartum depresyonu da tanımlarını sağlayacak, gebelik öncesinde depresyonun teşhisi ve tedavi edilmesi postpartum depresyonları azaltacak, postpartum dönemde bebeğin hem de sonrasında çocuğun biyolojik ve psikolojik sağlığı üzerinde olumlu etkileri olacaktır.

Bu araştırmada belirlenen veriler Türkiye’de toplum ruh sağlığı hizmetleri ile birinci basamakta kadınların açısından ruhsal hastalıkların ve özellikle de depresyonun tarama, erken tanı ve tedavisinin gerekli olduğunu ve Türkiye’de ruh sağlığı hizmetlerinin yeniden gözden geçirilmesi gerektiğini desteklemektedir.

Araştırmamız, Türkiye’nin doğusunda bu yaş grubunu ve örneklem açısından genel popülasyonu temsil eden bir örneklemde depresif bozukluklar oranları konusunda bilgi vermekte ve doğurganlık çağındaki hamile olmayan kadınlarda depresif bozukluklarla ilişkili risk faktörlerini tanımlamaktadır. Doğurganlık çağında ancak perinatal dönemde olmayan kadınlarda depresif bozukluk oranları belirlenerek

antepartum ve postpartum depresyonlarla ilgili araştırmalara bu depresyonların gerçek oranı ve ne kadarının sadece doğum sonrası ve gebelikle ilişkili olduğu konularında ışık tutacaktır.

KAYNAKLAR

1. Murray CA, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997;349:1436-42
2. The World Health Report 2001: Conquering Suffering Enriching Humanity: Report of the Director General. Geneva: World Health Organization, 2001.
3. Das J, Do QU, Friedman J, McKenzie D. Mental Health Patterns and Consequences: Results from Survey Data in Five Developing Countries. *The World Bank Economic Review* 2009;23(1):31-55
4. Kaplan İ. Yarı Kırsal bir alanda sağlık ocağına başvuran hastalarda yeti yitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1995;6:169-79
5. World Development Report 1993: Investing in Health. New York: Oxford University Press.
6. Accortt EE, Freeman MP, Allen JB. Women and Major Depressive Disorder: Clinical Perspectives on Causal Pathways. *Journal Of Women's Health* 2008; 17(10)
7. Rahman A, Ahmed M, Sikander S, Malik A, Tomenson B, Creed F. Young, single and not depressed: Prevalence of depressive disorder among young women in rural Pakistan. *J Affect Disord.* 2009;117(1-2):42-7
8. Nolen-Hoeksema S. Sex differences in depression. Stanford, CA: Stanford University Press 1990.
9. Hankin BJ, Abramson LY, Moffitt TE, Silva PA, McGee R, Angell KE. Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology.* 1998;107(1):128-140
10. Twenge JM, Nolen-Hoeksema S. Age, gender, race, socioeconomic status and birth cohort differences on the children's depression inventory: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Psychology.* 2002;Vol 111(4):578-588
11. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 1996; 276:293-9
12. T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi, Ulusal Hastalık Yüğü Ve Maliyet-Etkililik Projesi, Hastalık Yüğü, Final Raporu, Sayfa:268, Aralık – 2004

13. T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi, Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi Hastalık Yüğü Final Raporu, Sayfa:271, Aralık – 2004
14. Ünüvar N, Mollahaliloğlu S, Yardım N, T.C.Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzısıhhamerkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması, 2004 Ankara, Türkiye-Aralık 2006, Sayfa:56
15. Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusla ilgili sonuçlar. Ankara: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları, 1998
16. Marneros A. Mood disorders: epidemiology and natural history. *Psychiatry* 2006 5(4):119-122
17. Tully EC, Iacono WC, McGue M. An Adoption Study of Parental Depression as an Environmental Liability for Adolescent Depression and Childhood Disruptive Disorders. *Am J Psychiatry* 2008; 165:1148-1154
18. Markowitz JC. Depressed Mothers, Depressed Children. *Am J Psychiatry* 165:1086-1088
19. Pilowsky DJ, Wickramaratne P, Talati A, Tang M, Hughes CW, Garber J, Malloy E, King C, Cerda G, Sood B, Alpert JE, Trivedi MH, Fava M, Rush AJ, Wisniewski S, Weissman MM. Children of Depressed Mothers 1 Year After the Initiation of Maternal Treatment: Findings From the STAR*D-Child Study. *Am J Psychiatry* 2008; 165:1136–1147
20. Weissman MM, Olfson M. Depression in women: Implications for health care research. *Science* 1995;269:799-801
21. Burt VK. Women and depression: Special considerations in assesment and management. In: Lewis-Hall, F, Williams TS, Panetta JA, Herrera JM, eds. *Psychiatric illness in women*. Washington, DC: American Psychological Publishing Inc., 2002:113-116
22. Bromberger JT. A Psychosocial Understanding of Depression in Women: For the Primary Care Physician. *JAMWA*.2004;59:198-206
23. Önen FR, Kaptanoğlu C, Seber G. Kadınlarda depresyonun yaygınlığı ve risk faktörleri ile ilişkisi. *Kriz Dergisi* 1994;3(1-2): 88-103
24. Kaplan HI, Sadock BJ. Kaplan&Sadock Clinical Psychiatry, Abay E. Klinik Psikiyatri, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2004;159-188

25. Bebbington P. The origins of sex differences in depressive disorder: bridging the gap. *International Review of Psychiatry*, 1996;8(4):295-332
26. Kendler KS, Kuhn J, Prescott CA. The Interrelationship of Neuroticism, Sex, and Stressful Life Events in the Prediction of Episodes of Major Depression. *Am J Psychiatry* 2004;161:631-636
27. McGrath, E, Keita GP, Strickland BR, Russo NF (Eds.). *Women and depression: Risk factors and treatment issues*, Washington, DC: American Psychological Association, 1990. *Journal of Psychosomatic Research* 1996;40(3):341-342
28. Nolen-Hoeksema S. Stanford University Press, California 1990
29. Weissman MM, Klerman GL. Sex differences in the epidemiology of depression. *Archives of General Psychiatry* 1977;34:98-111.
30. Nolen-Hoeksema S, Grayson C. Explaining the gender difference in depressive symptoms. *J Personal Soc Psychol* 1999; 77:1061-1072
31. Ünal S, Özcan E. Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2000;1(1):41-48
32. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression *British Journal of Psychiatry* 2000;177: 486-492
33. Bebbington PE. Sex and depression. *Psychol Med* 1998;28:1-8
34. Bruce ML, Kim KM. Differences in the effects of divorce on major depression in men and women. *Am J Psychol* 1992;149:914-917
35. Monroe SM, Bromet EJ, Connell MM, Steiner SC. Social support, life events, and depressive symptoms: A 1-year prospective study. *J Consult Clin Psychol* 1986;54:424-431
36. Barlow DH. *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press, 1988.
37. Bebbington PE. Psychosocial causes of depression. *The Journal of Gender-Specific Medicine* 1999;2(6): 52-60
38. Der G, Bebbington PE. Depression in inner London: A register study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1987;22: 73-84
39. 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

40. Savrun M. Depresyonun Tanımı ve Epidemiyolojisi İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu 2-3 Aralık 1999, İstanbul,1999;11-17
41. Mavreas VG, Beis A, Mouyias A, Rigoni F, Lyketsos GC. Prevalence of psychiatric disorders in Athens. A community study. *Soc Psyc* 1986;21:172–181
42. Loewenthal K, Goldblatt V, Gorton T, et al. Gender and depression in Anglo-Jewry. *Psychol Med* 1995;25:1051–1063.
43. Egeland JA, Hostetter AM. Amish study. I: Affective disorders among the Amish, 1976–1980. *Am J Psychol* 1983;140:56–61.
44. Halbreich U, Lumley LA. The multiple interactional biological processes that might lead to depression and gender differences in its appearance. *J Affect Disord* 1993;29:159–173.
45. Hwang W-C, Myers HF, Takeuchi DT. Psychosocial predictors of first-onset depression in Chinese Americans. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2000;35(3): 133-145.
46. Blazer DG, George LK, Landerman R ve ark. Psychiatric disorders: A rural/urban comparison. *Arch Gen Psychiatry*, 1985;42:651
47. Cimilli C. Depresyonda Sosyal ve Kültürel Etmenler. *Duygudurum Dizisi* 2001;4:157-168
48. Joiner TE. Shyness and low social support as interactive diatheses, with loneliness as mediator: Testing an interpersonal-personality view of vulnerability to depressive symptoms. *J Abnorm Psychol* 1997;106:386–394
49. McLeod JD, Kessler RC, Landis KR. Speed of recovery from major depressive episodes in a community sample of married men and women. *J Abnorm Psychol* 1992;101:277–286.
50. Hammen C, Marks T, Mayol A, deMayo R. Depressive selfschemas, life stress, and vulnerability to depression. *J Abnorm Psychol* 1985;94:308–319.
51. Fincham FD, Beach SRH, Harold GT, Osborne LN. Marital satisfaction and depression: Different causal relationships for men and women? *Psyc Sci* 1997;8:351–357.

52. Nolen-Hoeksema S, Larson J, Grayson C. Explaining the Gender Difference in Depressive Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology* 1999;77(5): 1061-1072
53. Vazquez-Barquero J-L, Diez-Manrique LF, Pena C ve ark. (1987) A community mental health survey in Cantabria: A general description of morbidity. *Psychol Med*, 17: 227-242.
54. Kağıtçıbaşı Ç. Sosyal Değişme Bağlamında Psikolojik Araştırmaların Yeri 1. Ulusal Psikoloji Kongresi, 1980
55. Murphy HBM, Wittkower E, Chance N. Cross-cultural inquiry into the symptomatology of depression: A preliminary report. *Int J Psychiatry* 1967;3:6-15
56. Bebbington P. The epidemiology of depressive disorder. *Cult Med Psychiatry*, 1978;2(4): 297-341.
57. Küey L, Güleç C. Depresyonun epidemiyolojisi. Depresyon Monografaları Serisi, E Köroğlu (Ed), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1993;53-68
58. Karp DA. *Speaking of Sadness*, New York, Oxford University Press 1996
59. Lara ME, Klein DN. Psychosocial processes underlying the maintenance and persistence of depression: Implications for understanding chronic depression. *Clin Psychology Review*, 1999;19(5): 553-570.
60. Cui XJ, Vaillant GE. Does depression generate negative life events. *J Nerv Ment Dis*, 1997;185(3): 145-150.
61. Brown GW. Depression. In: Brown GW, Harris TO *Life events and illness*. New York: Guilford Press, 1989;49-93.
62. Brown GW, Harris TO, Hepworth C. Life events and endogenous depression. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:525-534.
63. Kendler KS, Prescott CA. A population-based twin study of lifetime major depression in men and women. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:39-44.
64. Maciejewsky PK, Prigerson HG, Mazure CM. Sex differences in event related risk for major depression. *Psychol Med* 2001;31:593-604
65. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, et al. Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 2003;301:386-390.
66. Goldberg D. The aetiology of depression. *Psychol Med* 2006;36:1341-1347.

67. Monroe SM, Kupfer DJ, Frank E. Life stress and treatment course of recurrent depression: I. Response during index episode. *J Consult Clin Psychol* 1992;60:718–724.
68. Cooke DJ, Hole DJ. The importance of stressful life events. *Br J Psychiatry*, 1983;143: 397-400
69. Turner RJ, Avison WR. Gender and depression: Assessing exposure and vulnerability to life events in a chronically strained population. *J Nerv Ment Dis*, 1989;177:443-455
70. Nazroo JY, Edwards AC, Brown GW. Gender difference in the prevalence of depression: artefact, alternative disorders, biology or roles? *Sociology of Health&Illness* 1990;20(3): 312-330
71. Veijola J, Puukka P, Letinen V. Sex differences in the association between childhood experiences and adult depression. *Psychol Med* 1998;28:21–27.
72. Roesler TA, McKenzie N. Effects of childhood trauma on psychological functioning in adults sexually abused as children. *J Nerv Ment Dis* 1994;182:145–150.
73. Bifulco A, Brown GW, Adler Z. Early sexual abuse and clinical depression in adult life. *Br J Psychiatry* 1991;159:115–122
74. Loxton D, Schofield M, Hussain R. Psychological health in midlife among women who have ever lived with a violent partner or spouse. *J Interpers Violence* 2006;21:1092–1107.
75. Robertiello G. Common mental health correlates of domestic violence. *Brief Treat Crisis Interv* 2006;6:111–121
76. Lindhorst TP. The effect of domestic violence on welfare use, employment and mental health: A quantitative and qualitative analysis. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences* 2001;62:2239–2240.
77. Satalim A. Reanalysis of the Omaha domestic violence experiment: Situational and socio-economic factors that affect abused women's fear, sense of personal control, self-esteem, and depression. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences* 2004;64:3089-3090
78. Kendler KS, Kessler RC, Neale MC, Heath AC, Eaves LJ. The prediction of major depression in women: toward an integrated etiologic model. *Am J Psychiatry* 1993; 150:1139-1148

79. Bifulco A, Brown GW, Moran P, Ball C, Campbell C. Predicting depression in women: the role of past and present vulnerability. *Psychological Medicine* 1998; 28:39-50
80. Weiss EL, Longhurst JG, Mazure CM. Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: psychosocial and neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry* 1999;156:816-818
81. Engelsmann F. Culture and depression. *Culture and Psychopathology*, I Al-Issa (Ed), Baltimore, University Park Press, 1982;251-274
82. Sayar K. Hüzün hastalığı. Depresyon-III. *Anadolu Psikiyatri Günleri*, Trabzon, Karadeniz Ruh Sağlığı Derneği Yayınları, 1995;385-396
83. Beck AT, Epstein N, Harrison R. Cognitions, attitudes and personality dimensions in depression. *Br J Cogn Psychother* 1983;1:1-16.
84. Gotlib IH, Roberts JE, Gilboa E. Cognitive interference in depression. In: Sarason IG, Pierce GR, Sarason BR *Cognitive interference: Theories, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum, 1996:347-377.
85. Gotlib IH, MacLeod C. Information processing in anxiety and depression: A cognitive-developmental perspective. In: Burack J, Enns J, eds. *Attention, development, and psychopathology*. New York: Guilford Press, 1997:350-378.
86. Lewinsohn PM, Rosenbaum M. Recall of parental behavior by acute depressives, remitted depressives, and nondepressives. *J Pers Soc Psychol* 1987;52:611-619
87. Peterson AL, Halstead TS. Group cognitive behavior therapy for depression in a community setting: A clinical replication series. *Behav Ther* 1998;29:3-18.
88. Dobson KS. A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *J Consult Clin Psychol* 1989;57:414-419.
89. Organista KC, Munoz RF, Gonzalez G. Cognitive-behavioral therapy for depression in low-income and minority medical outpatients: Description of a program and exploratory analysis. *Cogn Ther Res* 1994;18:241-259
90. Hänninen V, Aro H. Sex differences in coping and depression among young adults. *Soc Sci Med* 1996;43:1453-1460
91. Alloy LB, Lipman AJ, Abramson LY. Attributional style as a vulnerability factor for depression: Validation by past history of mood disorders. *Cogn Ther Res* 1992;16:391-407.

92. Alloy LB, Abramson LY, Hogan ME, et al. The Temple-Wisconsin Cognitive Vulnerability to Depression Project: Lifetime history of axis I psychopathology in individuals at high and low cognitive risk for depression. *J Abnorm Psychol* 2000;109:403–418.
93. Nolen-Hoeksema S. Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychol Bull* 1987;101:259–282.
94. Nolen-Hoeksema S, Girgus JS, Seligman ME. Predictors and consequences of childhood depressive symptoms: A 5-year longitudinal study. *J Abnorm Psychol* 1992;101:405–422.
95. Nolen-Hoeksema S, Larson J, Grayson C. Explaining gender differences in depressive symptoms. *J Pers Soc Psychol* 1999;77:1061–1072.
96. Heller W. Gender differences in depression: Perspectives from neuropsychology. *J Affect Disord* 1993;29:129–143.
97. Cochran S, Rabinowitz F. Gender-sensitive recommendations for assessment and treatment of depression in men. *Prof Psychol Res Pr* 2003;34:132–140.
98. Cochran S, Rabinowitz F. Gender-sensitive recommendations for assessment and treatment of depression in men. *Prof Psychol Res Pr* 2003;34:132–140.
99. Yonkers KA. The association between premenstrual dysphoric disorder and other mood disorders. *J Clin Psychiatry*, 1997;58(Suppl 15):19-25.
100. Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. A longitudinal twin study of 1-year prevalence of major depression in women. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:843–852.
101. Silberg J, Pickles A, Rutter M, et al. The influence of genetic factors and life stress on depression among adolescent girls. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:225–232.
102. Eley TC, Sugden K, Corsico A, et al. Gene-environment interaction analysis of serotonin system markers with adolescent depression. *Mol Psychiatry* 2004;9:908–915.
103. Durson SM, Blackburn JR, Kutcher SP. An exploratory approach to the serotonergic hypothesis of depression: Bridging the synaptic gap. *Med Hypotheses* 2000;56:235–243.
104. Halbreich U, Alarcon RD, Calil H, et al. Culturally sensitive complaints of depressions and anxieties in women. *J Affect Disord* 2007;102:159–176

105. Sramek JJ, Frackiewicz EJ. Effect of sex on psychopharmacology of antidepressants. In: Lewis-Hall F, Williams TS, Panetta JA, Herrera JM, eds. *Psychiatric illness in women*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2002:113–131.
106. Arato M, Frecksa E, Tekes K, MacCrimmon DJ. Serotonergic interhemispheric asymmetry: Gender difference in the orbital cortex. *Acta Psychiatr Scand* 1991;84:110–111.
107. Casper R. The psychopharmacology of women. In: Casper RC ed, *Women's Health: Hormones, emotions, and behavior*. Cambridge: Cambridge University Press, 1998:192–218.
108. Sprock J, Yoder CY. Women and depression: An update on the report of the APA task force. *Sex Roles* 1997;36:269–303.
109. Yonkers KA, Hamilton JA. Psychotropic medications. In: Oldham JM, Riba MB, eds. *Review of psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1995;14:307–332.
110. Baehr E, Rosenfeld JP, Miller, Baehr R. Premenstrual dysphoric disorder and changes in frontal alpha asymmetry. *Int J Psychophysiol* 2004;52:159–167.
111. Accortt EE, Allen JJB. Frontal EEG asymmetry and premenstrual dysphoric symptomatology. *J Abnorm Psychol* 2006;115:179–184.
112. Bloch M, Rubinow DR, Schmidt PJ, Lotsikas A, Chrousos GP, Cizza G. Cortisol response to ovine corticotropin-releasing hormone in a model of pregnancy and parturition in euthymic women with and without a history of postpartum depression. *J Clin Endocrinol Metab* 2005;90:695–699.
113. Angold A, Costello JE. Puberty and depression. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 2006;15:919–937.
114. Winstead BA, Sanchez J. Gender and psychopathology. In: Maddux JE, Winstead BA *Psychopathology: Foundations for a contemporary understanding*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 2005:39–62.
115. Fink G, Sumner B, McQueen J, Wilson H, Rosie R. Sex steroid control of mood, mental state and memory. *Clin Exp Pharmacol Physiol* 1998;25:764–775.
116. Sumner B, Grant K, Rosie R, Hegele-Hartung C, Fritzemeier K, Fink G. Effects of tamoxifen on serotonin transporter and 5–hydroxytryptamine(2A) receptor binding

- sites and mRNA levels in the brain of ovariectomized rats with or without acute estradiol replacement. *Brain Res Mol Brain Res* 1999;73:119–128.
117. Tanapat P, Hastings NB, Reeves AJ, Gould E. Estrogen stimulates a Transient Increase in the Number of New Neurons in the Dentate Gyrus of the Adult Female Rat. *The Journal of Neuroscience*, 1999, 19(14):5792-5801
 118. Genazzani AR, Monteleone P, Gambacciani M. Hormonal influence on the central nervous system. *Maturitas* 2002;43:S11–17.
 119. Payne JL. The role of estrogen in mood disorders in women. *Intern Rev Psychiatry* 2003;15: 280-290
 120. Stein DJ, Kupfer DJ, Schatzberg AF. *Textbook of Mood Disorders*, 2005; 688-689
 121. Kendler KS, Myers J, Prescott CA. Sex Differences in the Relationship Between Social Support and Risk for Major Depression: A Longitudinal Study of Opposite Sex Twin Pairs. *Am J Psychiatry*. 2005; 162 (2): 250-6.
 122. Aydemir C, Yalcın ES, Aksaray S, Kisa C, Yildirim SG, Uzbay T, Goka E. Brain-derived neurotrophic factor (BDNF) changes in the serum of depressed women. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 2006;30:1256–1260
 123. Sun MK, Alkon DL. Differential Gender-Related Vulnerability to Depression Induction and Converging Antidepressant Responses in Rats. *The Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics* 2006;316(2):926-932
 124. Russo-Neustadt AA, Beard RC, Huang YM, CotmanCW. Physical activity and antidepressant treatment potentiate the expression of specific brain-derived neurotrophic factor transcripts in the rat hippocampus. *Neuroscience* 2000;101(2):305-312
 125. Shirayama Y, Chen AC, Nakagawa S, Russell DS, Duman RS. Brain-derived neurotrophic factor produces antidepressant effects in behavioral models of depression. *J Neurosci*. 2002;15;22(8):3251-61
 126. Akdeniz F, Karadağ F. Adet Döngüsünün Duygudurum Bozuklukları Üzerine Etkisi Var Mıdır? *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006; 17(4):296-304
 127. Kessler RC, Avenevoli S, Merikangas KR. Mood disorders in children and adolescents: An epidemiologic perspective. *Biol Psychiatry*, 2001;49:1002-1014.

128. Çetinkaya S, Arslan S, Nur N, Demir ÖF, Özdemir D, Sümer H. Sivas İl Merkezinde Sosyoekonomik Düzeyi Farklı Üç İlköğretim Okulu Öğrencilerinin Depresyon Düzeyi. Yeni sempozyum 2008; 46:3
129. Rao U, Chen LA. Characteristics, correlates, and outcomes of childhood and adolescent depressive disorders. *Dialogues Clin Neurosci*. 2009; 11(1): 45–62
130. Cyranowski JM, Frank E, Young E, & Shear K. Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression. *Archives of General Psychiatry*, 2000;57, 21–27.
131. Kaltiala-Heino A, Kosunen E, Rimpel M. Pubertal timing, sexual behaviour and self-reported depression in middle adolescence. *Journal of Adolescence* 2003;26:531–545
132. Angold A, Rutter M. The effects of age and pubertal status on depression in a large clinical sample. *Dev Psychopathol*, 1992;4:5-28.
133. Angold A, Costello EJ, Worthman CM. Puberty and depression: The roles of age, pubertal status and pubertal timing. *Psychol Med*, 1998;28:51-61
134. Patton GC, Olsson C, Bond L, Toumbourou JW, Carlin J, Hemphill S, Catalano RF. Predicting female depression across puberty: A two-nation longitudinal study: *J Am Academy of Child&Adolescent* 2008;47(12):1424-1432
135. Pearlstein T, Stone AB. Premenstrual syndrome. *Psychiat Clin N Am*, 1998;21:577-590
136. Steiner M. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: guidelines for management. *J Psychiatry Neurosci*. 2000; 25(5): 459–468
137. Clayton AH. Symptoms related to the menstrual cycle: Diagnosis, prevalence, and treatment. *J Psychiatr Pract* 2008;4:13–21.
138. 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.
139. DSM-IV-TR, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision, APA, 2000. Köroğlu E. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin, Hekimler Yayın Birliği 2007;489-547

140. Huo L, Straub RE, Schmidt PJ, et al. Risk for premenstrual dysphoric disorder is associated with genetic variation in ESR1, the estrogen receptor alpha gene. *Biol Psychiatry* 2007;62:925–933.
141. Yonkers KA, Halbreich U, Freeman E. Symptomatic improvement of premenstrual dysphoric disorder with sertraline treatment: A randomized controlled trial. *JAMA* 1997;278:983–988.
142. Yücel U, Bilge A, Oran N, Ersoy MA, Gençdoğan B, Özveren Ö. Adölesanlarda premenstruel sendrom yaygınlığı ve depresyon riski arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2009; 10:55-61
143. Burt VK, Stein K. Epidemiology of depression: Throughout the female life cycle. *J Clin Psychiatry*, 2002;63(Suppl 7):9-15
144. Tot Ş. Menopozun psikiyatrik yönleri. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2004; 5:114-119
145. Marakoğlu K, Şahsıvar Ş. Gebelikte Depresyon Türkiye Klinikleri, *J Med Sci* 2008; 28:525-532
146. Yonkers KA, White K. Premenstrual exacerbation of depression: one process or two? *J Clin Psychiatry*, 1992;53:289-292.
147. Endicott J. The menstrual cycle and mood disorders. *J. Affect. Disord.* 1993;29: 193-200.
148. Hartlage SA, PhD, Brandenburg DL, Kravitz HM. Premenstrual Exacerbation of Depressive Disorders In a Community-Based Sample in the United States. *Psychosomatic Medicine* 2004;66:698-706
149. Kornstein SG. Depression in women across the life span. *J Clin Psychiatry*, 2001;62(Suppl 24):11-17.
150. Steiner M, Steinberg S, Stewart D, et al. Fluoxetine in the treatment of premenstrual dysphoria. *N Engl J Med* 1995;332:1529–1535.
151. Wood SH, Mortola JF, Chan YF. Treatment of premenstrual syndrome with fluoxetine: A double-blind, placebo-controlled, crossover study. *Obstet Gynecol* 1992;80:339–344.
152. Young SA, Hurt PH, Benedek DM. Treatment of premenstrual dysphoric disorder with sertraline during the lutealphase: A randomized, double-blind, placebo-controlled cross-over trial. *J Clin Psychiatry* 1998;59:76–80.

153. Freeman EW. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: Definitions and diagnosis. *Psychoneuroendocrinology* 2003;28(Suppl 3):25–37.
154. Slap GB. Oral contraceptives and depression: impact, prevalence and cause. *J Adolesc Health Care*, 1981;2:53-64
155. Kulkarni J, Liew J, Garland KA. Depression associated with combined oral contraceptives: A pilot study. *Australian Family Physician* 2005;34(11):898-992
156. Kulkarni J. Depression as a side effect of the contraceptive pill Expert Opinion on Drug Safety 2007;6(4) 371-374
157. Joffe H, Cohen LS, Harlow BL. Impact of oral contraceptive pill use on premenstrual mood: predictors of improvement and deterioration. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189:1523–1530.
158. Cohen LS, Altshuler LL, Harlow BL, Nonacs R, Newport DJ, Viguera AC, Suri R, Burt VK, Hendrick V, Reminick AM, Loughhead A, Vitonis AF, Stowe ZN. Relapse of Major Depression During Pregnancy in Women Who Maintain or Discontinue Antidepressant Treatment. *JAMA*. 2006;295:499-507
159. Altshuler LL, Szuba MP. Course of psychiatric disorders in pregnancy. *Neurol Clin*, 1994;12:613-635
160. Bowen A, Muhajarine N. Antenatal depression *Can Nurse*. 2006;102(9):26-30
161. Llewellyn AM, Stowe ZN, Nemeroff CB. Depression during pregnancy and the puerperium. *J Clin Psychiatry*, 1997;58(Suppl 15):26-32
162. Bonari L, Pinto N, Ahn E, Einarson A, Steiner M, Koren G. Perinatal Risks of Untreated Depression During Pregnancy. *Can J Psychiatry* 2004; 49:726-735
163. Nonacs R, Cohen LS. Depression during pregnancy: Diagnosis and treatment options. *J Clin Psychiatry*, 2002;63(Suppl 7):24-30
164. Nonacs R. Postpartum Depression 2007 <http://emedicine.medscape.com> Erişim Tarihi: 5 Aralık 2009
165. Dayan J, Creveuil C, MN Marks, Conroy S, Herlicoviez M, Dreyfus M, Tordjman S. Prenatal Depression, Prenatal Anxiety, and Spontaneous Preterm Birth: A Prospective Cohort Study Among Women With Early and Regular Care. *Psychosomatic Medicine* 2006;68:938-946

166. 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
167. Andersson L, Wulff M, Astro M, Bixo M. Implications of Antenatal Depression and Anxiety for Obstetric Outcome. *Obstetrics & Gynecology* 2004;104(3):467-476
168. Tashakori A, Shanesaz A, Rezapour A. Assessment of some potential risk factors of postpartum depression. *Pak J Med Sci* 2009;25(2):261-264
169. Kammerer M, Marks MN, Pinard C, Taylor A, Castelberg B, K nznli H, Glover V. Symptoms associated with the DSM IV diagnosis of depression in pregnancy and post partum. *Archives of Women's Mental Health* 2009;12(3):135-141
170. Marcus SM. Depression during Pregnancy: Rates, Risks and Consequences. *Can J Clin Pharmacol* 2009;16(1)
171. Vırt O, Akbaş E, Savaş HA, Sertbaş G, Kandemir H. Gebelikte Depresyon ve Kaygı D zeylerinin Sosyal Destek ile İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dizini* 2008; 45(1):9-13
172. Köroğlu E. Türkiye Pharmindex Psikiyatri, Psikiyatristin İlaç Rehberi, 2006;46-49
173. Bezares B, Sanz O, Jimenez I. Puerperal pathology. *An Sist Sanit Navar.* 2009;32 Suppl 1:169-75. 2009;32(1):169-75
174. Kocabaşoğlu N, Başer SZ. Gebelik ve Doğumla Tetiklenen Psikiyatrik Hastalıklar. *Sempozyum Dizisi* 2008;62:349-354
175.  zdemir S, Marakoğlu K, ivi S. Risk of Postpartum Depression and Affecting Factors in Konya Center. *TAF Prev Med Bull* 2008;7(5):391-398
176. Karamustafaoğlu N, Tomruk N. Postpartum Hüzün ve Depresyonlar. *Duygudurum Dizisi* 2000;2:64-71
177. Kısa C, Yıldırım SG. Gebelik postpartum dönem ve ruhsal bozukluklar. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 2004;12 (Ek 4):0-0
178. Sünter AT, G z H, Canbaz S, Dündar C. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi 2006;3(1):26-31
179. Yıldız M,  nal S. Gebelik ve psikiyatrik sorunlar. *Psycho Med*, 1996;2:141-146
180. Inandi T, Elci OC, Ozturk A, Egri M, Polat, Sahin TK. Risk factors for depression in postnatal first year, in eastern Turkey. *IJ Epidemiology* 2002;31:1201-1207

181. Ayvaz S, Hocaoglu Ç, Tiryaki A, Ak İ. Trabzon İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı ve Gebelikteki İlişkili Demografik Risk Etmenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006;17(4):243-251
182. Yıldırım SG, Kısa C, Aydemir Ç. Postpartum Depresyon. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi* 2004;12 (Ek 4):0-0.
183. Parry BL. Perimenopausal Depression. *Am J Psychiatry* 2008;165(1):3
184. 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.
185. Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Nelson DB. Associations of Hormones and Menopausal Status With Depressed Mood in Women With No History of Depression. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:375-382
186. Richardson T, Robinson R. Menopause and depression: A review of psychologic function and sex steroid neurobiology during the menopause (1). Primary care update. *Obst Gynecol* 2000;7:215–223.
187. Bayam L, Eğici MT, Bayam FB, Yenigün M. Postmenopozal Olgularda Psikiyatrik Depresyon, Anksiyete Envanterleri ile Hormon Seviyeleri Arasındaki İlişki. *J Gynecol Obst* 2007;17:73-80
188. Kessler RC, McGonagle KA, Nelson CB. Sex and Depression in the National Comorbidity Survey II Cohort effects. *Journal of Affective Disorders* 1994;30 15-26
189. Eker S, Akaya C, Akgöz S, Sarandöl A, Kırılı S. Majör Depresif Bozuklukta Sertralin ve Reboksetin'in Etkinlik ve Güvenilirliğinin Karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2005;16(3):153-163
190. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, Rush J, Walters EE, Wang PS. The Epidemiology of Major Depressive Disorder: Results From the National Comorbidity Survey Replication. *JAMA* 2003;289:3095-3105
191. Weissman MM, Bland R, Joyce PR ve ark. Sex differences in the rates of depression: Cross-national perspectives. *J Affect Disord*, 1993;29:77-84.
192. Akdeniz F, Gönül AS. Kadınlarda Üreme Olayları ile Depresyon İlişkisi. *Klinik Psikiyatri* 2004;Ek 2:70-74
193. Abay E. Kaplan&Sadock Klinik Psikiyatri, Nobel Tıp Kitabevleri, 2004

194. Doğan O, Gülmez H, Ketenoğlu C ve ark. Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi, Dilek Matbaası, Sivas 1995
195. Chiu HC, Chen CM, Huang CJ ve ark. Depressive symptoms, chronic medical conditions and functional status: a comparison of urban and rural elders in Taiwan. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2005;20: 635-644.
196. Liu CY, Wang SJ, Teng EL ve ark. Depressive disorders among older residents in a Chinese rural community. *Psychol Med*, 1997;27:943-949.
197. Woo J, Ho SC, Lau J ve ark. The prevalence of depressive symptoms and predisposing factors in an elderly Chinese population. *Acta Psychiatr Scand*, 1994;89: 8-13.
198. Kim JM, Shin IS, Yoon JS ve ark. Prevalence and correlates of late-life depression compared between urban and rural populations in Korea. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2002;17: 409-415.
199. Lehtinen V, Michalak E, Wilkinson C ve ark. Urban-rural differences in the occurrence of female depressive disorder in Europe: Evidence from the ODIN study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003;38: 283-289.
200. Kaya B, Kaya M. 1960'lardan Günümüze Depresyonun Epidemiyolojisi, Tarihsel Bir Bakış. *Klinik Psikiyatri* 2007;10(Ek 6):3-10
201. Bhatia SC, Bhatia SK. Depression in Women: Diagnostic and Treatment Considerations. *Am Fam Physician* 1999;60:225-40
202. Parker, G, Wilhelm, K. & Asghari, A. Early onset depression: the relevance of anxiety. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1997;32:30-37.
203. Kendler KS, Neale MC, MacLean CJ, Heath AC. Smoking and major depression: A causal analysis. *Archives of General Psychiatry* 1993;50:843–852.
204. Hamalainen J, Kaprio J, Isometsa E, Heikkinen M, Poikolainen K, Lindeman S, Aro H. Cigarette smoking, alcohol intoxication and major depressive episode in a representative population sample. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:573–576
205. Ersan E, Abay E. Depresyonun Genetik Nedenleri. *Duygudurum Dizisi* 2001;6:277-282
206. Köroğlu E. Psikonozoloji tanımlayıcı klinik psikiyatri. *Hekimler Yayın Birliği*, Ankara, 2004;254- 258

207. Özkürkçügil A, Kırılı S. Depresyonda Değerlendirme. *Psikiyatri Dünyası* 1998;1:26-34
208. Benjamin J, Sadock, M.D Virginia A. Sadock, M.D. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry 2. Cilt, Güneş Kitabevi 2007
209. Tseng WS, McDermott JF. Culture, Mind & Therapy, New York, Brunner/Mazel Publishers, 1981;109-121.
210. Leff J. Psychiatry Around the Globe, A. Transcultural View, New York, 1981 Marcel Dekker.
211. Uluşahin A, Başoğlu M, Paykel ES ve ark. A cross-cultural comparative study of depressive symptoms in British and Turkish clinical samples. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1994;29: 31-39.
212. Ertan T. Psikiyatrik bozuklukların epidemiyolojisi Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar. Sempozyum Dizisi 2008;62:25-30
213. Karamustafalıoğlu O. Distimik Bozukluk. *Psikiyatri Dünyası* 2001;5:30-35
214. Özmen E, Ögel K, Sağduyu A, Boratav C. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Distimik Bozukluk. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 2002; 13(1): 23-32
215. Rapaport MH, Judd LL, Schettler PJ, Yonkers KA, Thase ME, Kupfer DJ, Frank E, Plewes JM, Tollefson GD, Rush AJ. A Descriptive Analysis of Minor Depression. *Am J Psychiatry* 2002;159:637-643
216. Adıgüzel H, Taşkın EO, Danacı AE. Manisa İlinde Premenstrüel Sendrom Belirti Örüntüsü ve Belirti Yaygınlığının Araştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007; 18(2)
217. Gökkurt S. Park eğitim sağlık ocağı bölgesinde 15-49 yaş grubu kadınlarda premenstrüel sendrom prevalansı. *Türkiye’de Psikiyatri*, 1999;2: 123-132.
218. Müderris İ, Gönül AS, Sofuoğlu S, Taşçı S, Bayatlı M. Genç Kadınlarda Premenstrüel Disforik Bozukluk Prevalansı. *Klinik Psikiyatri* 1999;2:197-201
219. Üstün N, Karamustafalıoğlu O, Karadağ F ve ark. Premenstrüel disforik bozukluğun epidemiyolojisi ve semptom profili. 39. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı. Antalya, 2003;706-708.
220. Hsiao MC, Hsiao CC, Liu CY. Premenstrual symptoms and premenstrual exacerbation in patients with psychiatric disorders *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2004;58:593–599.

221. Kaspi SP, Otto MW, Pollack MH, Eppinger S, Rosenbaum JF. Premenstrual exacerbation of symptoms in women with panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders* 1994;8(2):131-138
222. Jalenques I, Legrand G. Post-partum blues and depression. *Rev Prat.* 2009;20;59(4):499-506
223. O'Hara M, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression-a meta-analysis. *International Review of Psychiatry* 1996;8(1):37-54
224. Atuyambe L, Mirembe F, Tumwesigye NM, Annika J, Kirumira EK, Fanelid E. Adolescent and adult first time mothers' health seeking practices during pregnancy and early motherhood in Wakiso district, central Uganda. *Reprod Health.* 2008; 5: 13
225. Hobfoll SE, Ritter C, Lavin J, Hulsizer MR, Cameron RP. Depression prevalence and incidence among innercity pregnant and postpartum women. *J Consult Clin Psychol* 1995;63:445–453.
226. Erdem Ö, Bez Y. Doğum Sonrası Hüzün ve Doğum Sonrası Depresyon. *Konuralp Tıp Dergisi* 2009;1(1):32-37.
227. Dietz PM, Williams SB, Callaghan WM, et al. Clinically identified maternal depression before, during, and after pregnancies ending in live births. *Am J Psychiatry* 2007;164:1515–20
228. Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, et al. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. Summary, evidence report/technology assessment: number 119. AHRQ Publication Number 05-E006-1. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; February 2005. Available at: <http://www.ahrq.gov/clinic/epcsums/peridepsum.ht>. Accessed June 9, 2008
229. 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
230. Heron J, O'Connor TG, Evans J, et al. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord* 2004; 80: 65–73
231. Lee AM, Lam SK, Sze Mun Lau SM, et al. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol* 2007;110: 1102–12

232. 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
233. Buğdaycı R, Şaşmaz CT, Tezcan H ve ark. A cross-sectional prevalence study of depression at various times after delivery in Mersin province in Turkey. *J Womens Health* 2004;13:63-68.
234. Nur N, Çetinkaya S, Bakır DA, Demirel Y. Prevalence of Postnatal Depression and Risk Factors in Women in Sivas City. *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 2004;26 (2): 55 – 59
235. Aydın N, İnandı 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
236. Beck CT. A Meta-Analysis of Predictors of Postpartum Depression. *Nursing Research* 1996;45(5):297-303
237. Deveci A. Postpartum Psikiyatrik Bozukluklar. Birinci Basamak İçin Psikiyatri. 2003;2:42-46
238. Sünter AT, Güz H, Ordulu F ve ark. Samsun il merkezinde doğum sonrası depresyonu prevalansı ve risk faktörleri. VIII. Ulusal halk sağlığı kongresi kitabı, 2002;855-858.
239. Çeber TE, Pektaş İ, Dikici İ. İzmir ili Bornova ilçesinde doğum yapmış kadınların doğum sonrası depresyon durumları ve bu durumu etkileyen etmenlerin incelenmesi. VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, 2002;858-861
240. Aydemir N. BEAH Sağlam Çocuk Polikliniğine Başvuran 0-1 Yaş Bebeği Olan Annelerde Depresyon Taraması ve Depresyonda Etkili Risk Faktörlerini Belirleme TC Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, 2007
241. Kırpınar İ, Coşkun I, Çayköylü A ve ark. First-case postpartum psychoses in Eastern Turkey: A clinical case and follow-up study. *Acta Psychiatr Scand*, 1999;100(3):199-204
242. TÜİK. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni, Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2008, Nisan 2009; Sayı:73

243. Kılıç C. Genel sağlık anketi: Güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg.* 1996;7(1): 3-9
244. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med* 1979;9:139-145
245. First MB, Spitzer RL, Gibbon M ve ark. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV). Washington DC: American Psychiatric Press, Inc 1996
246. Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. DSM-IV Eksen I Bozuklukları (SCID-I) için Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinik Versiyon. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1999
247. Akdemir, A, Örsel SD, Sağ İ, Türkçapar MH, İşcan N, Özbay H. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeğinin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *3P Dergisi*, 1996;4(4): 251-259.
248. Stewart AL, Hays RD, Ware JE Jr. The MOS short-form general health survey. Reliability and validity in a patient population. *Med Care* 1988;26:724-735
249. Kaplan İ. Yarıkırsal bir sağlık ocağına başvuran hastalarda ruhsal bozuklukların yetiyitimi ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1995;6:169-179
250. Procidano ME, Heller K. Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American journal of Community Psychology*, 1983;11(1):1-24.
251. Eskin M. Reliability of the turkish version of the perceived social support from friends and from family scales, scale for interpersonal behavior, and suicide probability scale. *Journal Of Clinical Psychology*, 1993;49(4): 515-522.
252. 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.
253. Engindeniz AN, Küey L, Kültür S. Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Bahar Sempozyumları 1. Kitabı*, Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara 1997;51-2.
254. Halbreich U, Endicott J, Schacht S, Nee J. The diversity of premenstruel changes as reflected in the Premenstrual Assesment Form. *Acta Psychiatr Scand.* 1982;65:46-65

255. Dereboy Ç, Dereboy İF, Yiğitol F, Coşkun A. Premenstrüel Değerlendirme Formunun Psikometrik Verileri: Küme Analitik Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1994;5(2):83-90
256. Simsek Z, Ak D, Altındag A, Günes M. Prevalance and predictors of mental disorders among women in Sanliurfa, Southeastern Turkey. *Journal of Public Health* 2008;30(4):487-493
257. Richman JA, Raskin VD, Gaines C. Gender Roles, Social Support, and Postpartum Depressive Symptomatology. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1991;179(3)139-147
258. Bromberger JT, Costello EJ. Epidemiology of Depression for Clinicians. *Social Work*, 1992;37(2): 120-5
259. Bromet JE, Parkinson DK, Curtis EC. Epidemiology of Depression and Alcohol Abuse/Dependence in a Managenal and Professional Work Force. *J Occup Med*. 1990;32(10):989-95
260. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51(1):8-19
261. Weissman MM. Advances in psychiatric epidemiology: Rates and risks for major depression. *American Journal of Public Health*, 1987;77:445-51
262. Murphy JM, Arthur MS, Donald CO. Prodromes of Depression and Anxiety The Stirling County. *Br J Psychiatry*, 1989;155 490-495
263. Klerman GL, Weissman MM. The Changing Epidemiology of Depression. *Clinical Chemistry* 1988;34(5) 807-812
264. Walters V. Stress, Anxiety and Depression Women's Accounts of Their Health Problems. *Soc Sci Med*, 1993;36(4) 393-402
265. Hauenstein EJ. Young Women and Depression Origin, Outcome, and Nursing Care. *Nursing Clinics of North America* 1991;26(3) 601-612
266. Sercan M, Yüksel Ş. Depresif Durumların Toplumda Yaygınlığı ve Dağılım Özellikleri (Epidemiyoloji). *Depresif Hastalıklar Kitabı, (İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı Mezuniyet Sonrası Eğitim Çalışmaları, Mayıs 1989)* 1990;9-18.

267. Deveci A, Yüksel EG, Gökalp F, Aydemir Ö, İçelli İ. Yatarak Tedavi Gören Majör Depresif Bozukluklu Hastalarda Sosyodemografik ve Klinik Özellikler. *Psychiatry in Turkey* 2005;7(2)
268. Mete HE. Kronik Hastalık ve Depresyon. *Klinik Psikiyatri* 2008;11(Ek 3):3-18
269. Güleç C. Affektif Bozuklukların Yaygınlığı ve Bu Konudaki Tutumlar Üzerine Sağlık Örgütlenişinin Etkisini Araştıran Bir Çalışma Basılmamış Doçentlik Tezi, HUTF Psikiyatri Bölümü, Ankara, 1981
270. Üstün TB, Ceylan M, Yaşar AK. Kazan Sağlık Ocağı bölgesinde (kırsal ve yarı kırsal kesimde) depresyon prevalansı ve ocakta verilen ruh sağlığı hizmetinin değerlendirilmesi. XVIII Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi'nde bildiri. İstanbul, 1981
271. Küey L. Yarı Kentsel Bir Bölgede Afektif Bozuklukların Yaygınlığı Ve Bu Bozukluklara Karşı Gösterilen Tutumları Araştıran Epidemiyolojik Bir Çalışma. Basılmamış Uzmanlık Tezi, EÜTF Psikiyatri Bölümü, İzmir, 1985
272. Stefansson JG, Lindal E, Björnsson JK ve ark. Lifetime prevalence of specific mental disorders among people born in Iceland 1931. *Acta Psychiatr Scand*, 1991;84:142-149.
273. Ohayon MM, Priest RG, Guilleminault C ve ark. The Prevalence of Depressive Disorders in the United Kingdom. *Biol Psychiatry*, 1999;45:300-307.
274. Gureje O, Kola OL, Afolabi E. Epidemiology of major depressive disorder in elderly Nigerians in the Ibadan Study of Ageing: a community-based survey. *Lancet*, 2007;370: 957-964.
275. Fekadu A, Alem A, Medhin G ve ark. Utility of the concept of minor depressive disorder: Evidence from a large rural community sample in a developing country setting. *J Affect Dis*, 2007;104: 111-118.
276. Jenkins R, Lewis G, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Gill B, Meltzer H. The National Psychiatric Morbidity Surveys of Great Britain--initial findings from the household survey. *Int Rev Psychiatry*, 2003;15(1-2):29-42.
277. Husain N, Gater R, Tomenson B ve ark. Social factors associated with chronic depression among a population-based sample of women in rural Pakistan. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2004;39:618-624.

278. Çetin I, Bilici M, Bekaroğlu M, Köroğlu MA, Uluutku N. Sağlık ocağına başvuran hastalarda depresyon yaygınlığı ve depresyonun sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi. 35. Ulusal Psikiyatri Kongresi Kitabı, Trabzon, 1999
279. Kessler RC, Price RH, Wortman CB ve ark. Social factors in psychopathology: stress, social support, and coping processes. *Annu Rev Psychol*, 1985;36:531-572.
280. Fleischer NL, Fernald LC, Hubbard AE. Depressive symptoms in low-income Women in rural Mexico. *Epidemiology*, 2007;18:678-685.
281. T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2008 www.tuik.gov.tr Erişim Tarihi: 18.01.2010
282. Çilli AS, Kaya N. Dergisi Üniversite Öğrencilerinde Nikotin Bağımlılığının Psikiyatrik Bozukluklarla Birlikteliği. *Türk Psikiyatri* 2003; 14(1): 42-49
283. Breslau N, Kilbey MM, Andreski P. Nicotine Dependence and Major Depression. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50(1):31-35.
284. Lindeman S, Hämäläinen J, Isometsä E ve ark. The 12-month prevalence and risk factors for major depressive episode in Finland: Representative sample of 5993 adults. *Acta Psychiatr Scand*, 2000;102:178-184.
285. Tonelli M. Depression and Adolescent Pregnancy. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 2005;18(2):137-138
286. Figueiredo B, Pacheco A, Costa R Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Arch Womens Ment Health* 2007;10: 103–109
287. Aşkın R. Depresyon El Kitabı, Konya, 1999;9-25
288. Kılıç C, Rezaki M, Üstün B. Ankara’da ruh sağlığı hizmetine ulaşım yolları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1992;3(3):190-198
289. Kırpınar İ, Çayköylü A, Kuloğlu M. Erzurum’da ruh sağlığı birimlerine ulaşım yolları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1994;5(3):175-181.
290. Rezaki M. Bir sağlık ocağına başvuran hastalarda depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1994;6(1):13-21
291. Özmen E, Sağduyu A. Temel sağlık hizmetlerinde depresyon: Tanı sorunları ve öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1997;8(2):93-101
292. Dew MA, Dunn LO, Bromet EJ. Factors affecting help-seeking during depression in a community sample. *J Affect Disord*, 1988;14(3):223-234

293. Van Hook MP. Challenges to identifying and treating women with depression in rural primary care. *Soc Work Health Care*, 1996;23(3):73-92
294. Ying YW. Explanatory models of major depression and implications for help-seeking among immigrant Chinese-American women. *Cult Med Psychiatry*, 1990;14(3):393-408
295. Chesney AP, Thompson BL, Guevara A. Mexican-American folk medicine: Implications for the family physician. *J Fam Pract*, 1980;11(4):567-574
296. Güleç C, Üstün B. Affektif bozukluklarda (depresyon ve manik nöbet) ilgili tutumlar üzerinde sağlık örgütlerinin etkisini araştıran bir çalışma. 18.Ulusal Nörolojik Bilimler ve Psikiyatri Kongresi Bildirisi, İstanbul, 1982
297. Goldberg DP, Huxley P. *Common Mental Disorders: A Bio-social model*. London, NewYork: Tavistock/Routledge, 1992
298. Paykel ES, Brugha T, Fryers T Size and burden of depressive disorders in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 2005;15:411-423.
299. WHO. *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps: a Manual of Classification Relating to the Consequences of Disease*, Cenevre, 1980
300. Üstün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S. Global burden of depressive disorder in the year 2000. *Br J Psychiatry*, 2004;184: 386-392
301. Cumurcu BE, Çelikel FÇ, Etikan İ, Erkorkmaz Ü. Depresyon İyileşirken Yeti Yitimi Nasıl Etkileniyor? *Psychiatry in Türkiye* 2006;8(3)

EKLER

EK I: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

ERZURUM İL MERKEZİ'NDE DOĞURGANLIK ÇAĞINDAKİ KADINLARDA DEPRESİF BOZUKLUKLARIN YAYGINLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİNDE ÇALIŞMAYA ALINACAK KADINLAR İÇİN 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 önlenabilir 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 kaçınca çocuk:

Çocuklar anne sütü almış mı: Evet () Hayır ()

Almamışsa kaçınca 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 yapılıyor: 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>Cok 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)							

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							
Sirt, 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 anlaşılıyor..
- 2. Hasta bu durumları kendiliginden söylüyor.
- 3. Hastada bunların bulunduğu yüz ifadesinden. Postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşılıyor.
- 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 sevisteki işlerin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir.

4. Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktiviteye göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yardımsız yapamayanlara 4 puan verilir.

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

0. Düşünceleri ve konuşması normal.

1. Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor.

2. Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor.

3. Görüşme yapabilmek çok zor.

4. Tam stuporda.

9) Ajitasyon

0. Yok

1. Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.

2. Ellerini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.

10) Psişik 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.

Solumunla 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 olduğunu farkında.
 - 1. Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, 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 başkalarının 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 çalışmaz; çocuk yaşıta 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 tuvalete gitmek () () ()
2. Bir hastalık ya da yaralanma nedeni ile daha önce yaptığınız hobilerinizi azaltmak ya da bırakmak zorunda kaldınız mı? () () ()
3. Evde üzerinize düşen günlük işlerden yapamadığınız oldu mu? () () ()
4. Kişisel sorunlarınız nedeni ile çalışma isteğinizde azalma oldu mu? () () ()
5. Kişisel sorunlarınız evde, okulda ya da işte veriminizi azalttı mı? () () ()
6. Arkadaşlarınız, birlikte çalıştığınız kişiler ya da başkaları ile ilişkileriniz bozuldu mu? () () ()
7. Son bir ay içinde günlük işlerinizi toplam kaç gün aksattınız?
.....gün
8. Hastalık ya da yaralanma nedeni ile son bir ay içinde toplam kaç gününüzü yatakta geçirdiniz?
.....gün

EK 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 hoşlanır.	()	()	()
6- Ailemdeki kisilerle ilgi alanlarımız büyük ölçüde çakışır.	()	()	()
7- Ailemdeki bazı kisilerin sorunları olduğunda danışmak amacıyla bana başvururlar.	()	()	()
8- Ailemin duygusal desteğine güveniyorum.	()	()	()
9- Ailemde, bir derdim olduğu zaman sonradan komik kaçacağını düşünmeden yanına gidebileceğim bir kisi var.	()	()	()
10- Ailemle çeşitli konulardaki düşüncelerimizi birbirimize açık açık söyleriz.	()	()	()
11- Ailem benim kisisel gereksinimlerime karşı duyarlıdır.	()	()	()
12- Ailemdeki kisiler duygusal desteğe ihtiyaçları olduğunda bana başvururlar.	()	()	()
13- Ailem sorunlarımı çözmede bana yardımcı olur.	()	()	()
14- Bazı aile fertleriyle aramda karşılıklı derin bir ilişki vardır.	()	()	()
15- Ailemdeki kisiler neyi nasıl yapacakları konusunda benden faydalı fikirler edinirler.	()	()	()
16- Ailemdeki kisilere sırlarımı açmak beni rahatsız eder.	()	()	()
17- Aile fertleri tarafından aranan biriyimdir.	()	()	()
18- Ailemin, problemlerini çözmede onlara yardımcı olduğumu düşündüklerini sanıyorum.	()	()	()
19- Ailemdeki hiç kimseyle, diğer insanların ailesindeki kisilerle olan ilişkisi kadar yakın bir iliskim yok.	()	()	()
20- Ailemin çok daha farklı olmasını isterdim.	()	()	()

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

ERZURUM İL MERKEZİNDE DOĞURGANLIK ÇAĞINDAKİ KADINLARDA
DEPRESİF BOZUKLUKLARIN SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ ETMENLER

Dr. Neriman ARAS

Uzmanlık Eğitimine Başlama Tarihi :04.08.2005

Uzmanlık Eğitimini Bitirme Tarihi : 16.03.2010

Uzmanlık Sınavı Tarihi : 16.03.2010

Tez Danışmanı : Yrd.Doç.Dr.Elif ORAL

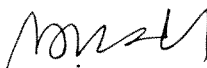
Jüri üyesi : Prof. Dr. İsmet KIRPINAR

Jüri üyesi : Prof.Dr.Nazan AYDIN

Jüri üyesi : Prof.Dr.Güngör AKÇAY

Jüri üyesi : Doç.Dr.Hızır ULVI

Jüri üyesi : Yrd.Doç.Dr.Elif ORAL


Prof. Dr. İsmet KIRPINAR
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı Başkanı

Mart-2010
ERZURUM