



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

ANTALYA SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**BİRİNCİ BASAMAKTA SAĞLIK HİZMETİ ALAN
KADINLARDA, GEBELİKTE VE DOĞUM
SONRASI DÖNEMDE DEPRESYON SIKLIĞININ
VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN SAPTANMASI**

Dr. Ahmet Duran ŞAHİN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANTALYA, 2021



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

ANTALYA SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**BİRİNCİ BASAMAKTA SAĞLIK HİZMETİ ALAN
KADINLARDA, GEBELİKTE VE DOĞUM
SONRASI DÖNEMDE DEPRESYON SIKLIĞININ
VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN SAPTANMASI**

Dr. Ahmet Duran ŞAHİN

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Mehmet ÖZEN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANTALYA, 2021

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
TEŞEKKÜR.....	ii
KISALTMALAR.....	iii
TABLO LİSTESİ.....	iv
ŞEKİL LİSTESİ.....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	viii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	12
4. BULGULAR.....	15
5. TARTIŞMA.....	43
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	58
7. KAYNAKLAR.....	61
8. EKLER	71

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca desteğini ve ilgisini esirgemeyen Aile Hekimliği Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu, tez danışmanım Sayın Doç.Dr. Mehmet ÖZEN'e,

Bilimsel ve huzurlu bir ortamında çalışmamızı sağlayan Klinik eğiticilerimiz Uzm. Dr. Zeynep AŞIK, Uzm.Dr. Ramazan VURAL, Dr. Remziye NUR EKE ve çok değerli çalışma arkadaşlarıma,

Tez çalışması sırasında değerli bilgileriyle katkı sunan psikiyatrist Doç.Dr. Mustafa Levent KÜEY'e

Eğitim hayatımdaki başarıların temelini atan, bana ilk harfi öğreten, en büyük şansım olarak gördüğüm ilk öğretmenim Nilüfer UÇAR'a,

Eğitim hayatımda her daim yanımda olan anneme, destekleri için eşime ve biricik kızım Gülce'ye,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Ahmet Duran ŞAHİN

Antalya, 2021

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ASM	: Aile sağlığı merkezi
BDI	: Beck Depression Scale
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
DSD	: Doğum sonrası depresyon
DSM-5	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EPDÖ	: Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği
EPDS	: Edinburgh Postpartum Depression Scale
GD	: Gebelik depresyonu
HGB	: Hemoglobin
PPD	: Postpartum depression
TPO	: Anti tiro-peroksidaz
TSH	: Tiroid stimulan hormon
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

TABLO LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Tablo 1. Türkiye'de 15 yaş ve üzeri bireylerin son 12 ay içerisinde yaşadığı depresyon sorununun cinsiyete göre dağılımı, 2014-2019.	10
Tablo 2. Gebelerin demografik ve klinik özellikleri	16
Tablo 3. Kadınların gebelik süreci ile ilgili bilgileri	17
Tablo 4. Kadınların doğum süreci ile ilgili bilgileri	19
Tablo 5. Kadınların doğum öncesi psikolojik durumları	20
Tablo 6. Kadınların ölçek puanlarına ait tanımlayıcı istatistikler	21
Tablo 7. Edinburgh depresyon skoruna göre depresyonu olan ve olmayan hastaların genel özelliklerinin karşılaştırılması	22
Tablo 8. Edinburgh depresyon skoruna göre depresyonu olan ve olmayan kadınların gebelik süreci ile ilgili bilgilerinin karşılaştırılması	24
Tablo 9. Edinburgh depresyon skoruna göre depresyonu olan ve olmayan hastaların doğum süreci ile ilgili bilgilerinin karşılaştırılması	25
Tablo 10. Edinburgh depresyon skoruna göre depresyonu olan ve olmayan hastaların doğum öncesi psikolojik durumlarının karşılaştırılması	26
Tablo 11. Beck depresyon skoruna göre depresyonu olan (≥ 10) ve olmayan (< 10) hastaların genel özelliklerinin karşılaştırılması	28
Tablo 12. Beck depresyon skoruna göre depresyonu olan (≥ 10) ve olmayan (< 10) hastaların gebelik süreci ile ilgili bilgilerinin karşılaştırılması	30
Tablo 13. Beck depresyon skoruna göre depresyonu olan (≥ 10) ve olmayan (< 10) hastaların doğum süreci ile ilgili bilgilerinin karşılaştırılması	31
Tablo 14. Beck depresyon skoruna göre depresyonu olan (≥ 10) ve olmayan (< 10) hastaların doğum öncesi psikolojik durumlarının karşılaştırılması	32
Tablo 15. Beck depresyon skoruna göre depresyonu olan (≥ 17) ve olmayan (< 17) hastaların genel özelliklerinin karşılaştırılması	34
Tablo 16. Beck depresyon skoruna göre depresyonu olan (≥ 17) ve olmayan (< 17) hastaların gebelik süreci ile ilgili bilgilerinin karşılaştırılması	36
Tablo 17. Beck depresyon skoruna göre depresyonu olan (≥ 17) ve olmayan (< 17) hastaların doğum süreci ile ilgili bilgilerinin karşılaştırılması	37
Tablo 18. Beck depresyon skoruna göre depresyonu olan (≥ 17) ve olmayan (< 17) hastaların doğum öncesi psikolojik durumlarının karşılaştırılması	38
Tablo 19. Beck ve Edinburgh ölçek skoru ile diğer faktörlerin korelasyonu	39
Tablo 20. Beck skoruna (≥ 10) göre belirlenen gebelik dönemi depresyonun Edinburgh skoruna göre belirlenen gebelik sonrası depresyona etkisi	40
Tablo 21. Beck skoruna (≥ 17) göre belirlenen gebelik dönemi depresyonun Edinburgh skoruna göre belirlenen gebelik sonrası depresyona etkisi	40
Tablo 22. Gebelik depresyonu ve doğum sonrası depresyonu etkileyen faktörler	41

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa

Şekil 1. Beck ve Edinburgh skorları arasındaki korelasyon

43



ÖZET

Birinci Basamakta Sağlık Hizmeti Alan Kadınlarda, Gebelikte ve Doğum Sonrası Dönemde Depresyon Sıklığının ve İlişkili Faktörlerin Saptanması

Giriş: Kadınların hayatlarının en özel zamanlarından biri olan antepartum ve postpartum dönemlerde görülen depresyon gebenin ve bebeğin sağlığını olumsuz şekilde etkileyen ciddi bir halk sorunudur. Çalışmamızda gebelik ve doğum sonrası dönemde görülen depresyon prevalansı, ilişkili faktörlerin belirlenmesi ve birbirleriyle ilişkilerini saptayarak anne ve bebek sağlığı için yapılacak çalışmalara katkı sunmak amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya Nisan 2018 - Mart 2020 tarihleri arasında Antalya'nın Döşemealtı, Korkuteli, Elmalı ilçelerinde aile sağlığı merkezi (ASM) polikliniğine başvuran 18 yaş ve üzeri gebe kadınlar dahil edilmiştir. Döşemealtı'ndan 108, Korkuteli'nden 90, Elmalı'dan 73 kişi katılmıştır. Araştırmaya dahil olma kriterlerini taşıyan ve gönüllü olan toplam 271 kadınla araştırma tamamlanmıştır. Araştırma tek merkezli, kesitsel, tanımlayıcı, yüzyüze anket çalışması olup, ilk aşamada son trimesterinde olan gebelere sosyodemografik veri formu doldurulmuş ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) uygulanmıştır. İkinci aşamada aynı katılımcılara postpartum dönemin ilk dört haftasını kapsayan dönemde gebelik ve doğum süreci ile ilgili bilgileri içeren anket ve Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) uygulanmıştır. Gebelik döneminde uygulanan BDÖ verileri; depresif belirtilerin ortaya çıktığı 10 puan ve üzeri puan alanlar ile kesme noktası 17 olarak iki ayrı şekilde değerlendirilmiştir. EPDÖ için kesme noktası 13 puan ve üzeri alınarak veriler değerlendirilmiştir.

Bulgular: Gebelik döneminde uygulanan BDÖ'den 10 ve üzerinde puan alan katılımcıların oranı %33.2, kesme noktası 17 puan ve üzeri alındığında gebelik depresyonu görülme sıklığı %13.65 olarak belirlenmiştir. Doğum sonrası dönemde uygulanan EPDÖ'den 13 ve üzerinde puan alanların oranı %12.9 olarak belirlenmiştir. Gebelerin BDÖ skorları ile EPDÖ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde orta seviyede bir korelasyon bulunmuştur ($r=0.416$; $p<0.001$). Buna göre GD görülmesi DSD için ciddi bir risk faktörü olarak saptanmıştır.

Gebenin eğitim durumu, mesleği, planlı gebelik, düzenli gebelik kontrolleri, hemoglobin düzeyleri, gebelikte aldığı kilo, düzenli doğum sonrası kontrolleri, bebeğin sadece anne sütü ile beslenmesi, yeterli annelik hissi, stres varlığı, eşi ve ailelerle ilişkileri gibi faktörler gebelik depresyonu ve/veya postpartum depresyon için risk diğer faktörleri olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sonuç: Önemli bir toplum sağlığı sorunu olan GD ile postpartum depresyonun ilişkili olması ve bunları etkileyen birçok risk faktörünün bulunması nedeniyle, kişilerin ilk başvurdukları ve en sık temas halinde oldukları birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından kapsamlı ve bütüncül yaklaşımla değerlendirilmesi çok önemlidir. Eşin ve ailelerin desteği, emzirme, gebelik ve doğum sonrası dönemde düzenli sağlık kontrolleri, doğum hakkında yeterli bilgi sahibi olmalarının gebelerin depresif belirtilerin az görülmesine katkıda bulunduğu saptanmıştır.

Birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından gebelere eşlerin de katılımıyla annelik, emzirme, bebek bakımı, öz bakımı, rutin sağlık kontrolleri gibi konularda yeterli bilgilendirme ve eğitimlerin verilmesi sağlanmalıdır. Birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından gebelerin rutin kontrollerinde BDÖ ile taranması, doğum sonrası dönemde ortaya çıkabilecek DSD'nin önlenmesi için uyarıcı olabilir. Doğum sonrası kontrollerde EPDÖ ölçeği ile yapılacak değerlendirme ile olası DSD durumu erken dönemde saptanabilir.

Anahtar kelimeler: Gebelik, birinci basamak, gebelik depresyonu, postpartum depresyon.

ABSTRACT

Detection of Depression Frequency and Associated Factors in Pregnancy and Postpartum Period in Women Receiving Primary Health Care Service

Introduction: Depression seen in the antepartum and postpartum periods, which is one of the most special times of women's lives, is a serious public problem that adversely affects the health of the pregnant woman and the baby. In our study, it was aimed to contribute to the studies to be done for mother and baby health by determining the prevalence of depression in the antenatal and postnatal period, determining the related factors and their relations with each other.

Methods: Pregnant women aged 18 and over who applied to the family health center polyclinics in Antalya's Döşemealtı, Korkuteli, Elmalı districts between April 2018 and March 2020 were included in the study. One hundred eight pregnant women from Döşemealtı, 90 from Korkuteli and 73 from Elmalı participated. The study was completed with a total of 271 women who met the inclusion criteria and volunteered. The study was a single-center, cross-sectional, descriptive, face-to-face survey study. Sociodemographic data forms were filled in at the first stage and the Beck Depression Scale (BDI) was applied to the pregnant women who were in their last trimester. In the second stage, the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) and a questionnaire containing information about pregnancy and childbirth in the first four weeks of the postpartum period were applied to the same participants. The BDI data applied during pregnancy were evaluated in two different ways: those with a score of 10 and above, in which depressive symptoms occur, and those with a cut-off point of 17. The data were evaluated by taking the cut-off point of 13 points and above for EPDS.

Results: The rate of participants who scored 10 and above on the BDI administered during pregnancy was 33.2%, and the incidence of antenatal depression was determined as 13.65% when the cut-off point was 17 points and above. The rate of those who scored 13 and above in the EPDS applied in the postpartum period was determined as 12.9%. A statistically significant positive moderate correlation was

found between the BDI scores of the pregnant women and the EPDS scores. ($r=0.416$; $p<0.001$). Accordingly, the presence of antenatal depression was determined as a serious risk factor for postpartum depression (PPD). Factors such as education level of the pregnant woman, occupation, planned pregnancy, regular pregnancy check-ups, hemoglobin levels, weight gained during pregnancy, regular postpartum check-ups, feeding the baby only with breast milk, adequate sense of motherhood, stress, relationships with spouse and families, appear to be other risk factors for antenatal depression and/or postpartum depression.

Conclusion: Antenatal depression, which is an important public health problem, is related to postpartum depression and there are many risk factors affecting them. For this reason, it is very important that these people are evaluated with a comprehensive and holistic approach by the primary health care providers they first apply to and with whom they are in contact most frequently. It has been determined that the support of the spouse and families, breastfeeding, regular health checks during pregnancy and postpartum period, and sufficient information about birth contribute to the low incidence of depressive symptoms in pregnant women.

Adequate information and training should be provided to pregnant women on issues such as motherhood, breastfeeding, baby care, self-care, routine health checks, with the participation of their spouses, by primary health care providers. Screening of pregnant women with BDI in their routine controls by primary health care providers may be a stimulus for the prevention of PPD that may occur in the postpartum period. Potential PPD status can be detected in the early period with the evaluation to be made with the EPDS scale in the postpartum controls.

Key words: Pregnancy, primary care, antenatal depression, postpartum depression.

1. GİRİŞ

Gebelik ve doğum normal fizyolojik bir süreç olarak kabul edilmekle birlikte, anne-baba için hayatlarının en önemli zaman dilimleri arasında yer almaktadır.

Gebelik, kadında fizyolojik, biyokimyasal ve anatomik değişikliklerin yanı sıra psikolojik değişimlerin de görüldüğü bir süreçtir. Gebelik sürecinde hem annenin hem de bebeğin sağlığını etkileyen faktörlerden biri de gebelik depresyonudur (GD). Uluslararası çalışmalar depresyonu, doğurganlık çağındaki bulunan 18-44 yaş arası kadınlarda daha sık görülen ve tedavi edilebilir bir hastalık olarak belirtmektedir (1). Gebe kadınların aynı yaştaki gebe olmayan kadınlara göre daha az ruhsal bozukluklarla karşılaştığı görüşü son yıllarda kabul edilmemektedir (2). Depresyon gebelik döneminde en sık karşılaşılan bir ruhsal bozukluk olarak tanımlanmıştır (3). Gebelik ve doğumda yaşanan nöroendokrin ve psikososyal değişiklikler, gebelik ve doğum sonrası dönemindeki kadınların endişe ve depresyonla karşılaştıkları stresli bir dönemi yaşamasına neden olmaktadır. Gebelik döneminde görülen depresyon annenin, fetüsün sağlığını olumsuz etkilemesi ve doğum sonrası depresyon (DSD) ile ilişkili olduğu için erken dönemde tanınması ve tedavisine en kısa sürede başlanması gereken önemli bir sağlık sorunudur (4).

Gebelik döneminde görülen depresyonun görülme sıklığı toplumlara göre %12 ile %36 arasında değişiklik göstermektedir (5).

Gebeliğin son zamanlarında doğum ve bebek bakımı gibi konular doğuma hazırlanan gebelerde sosyal içe kapanmaya neden olabilmektedir (6). Bebeğini kucağına almayı planlayan gebeler de doğum sonrası duygusal sorunlar yaşayabilmektedir. Bazen bu duygusal sorunlar DSD gibi ağır tablolarla karşımıza çıkabilmektedir. Doğum sonrası depresyon hem anne, hem bebek, hem de tüm aile için sorunlar oluşturabilmektedir. Anne-bebek bağlanması DSD nedeniyle bozulur. Bu bebekler ileriki yaşamlarında davranışsal, duygusal ve bilişsel sorunlar yaşayabilmektedir (7).

Dünya genelinde toplumlar arasındaki farklılıklar nedeniyle %7.6 ile %39.0 arasında değişen görülme oranı ile DSD önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Doğum sonrası depresyona neden olan etmenler arasında daha önce depresyon öyküsü, gebelik dönemi depresyonu, yaş, gebeliğin planlı olup olmaması,

bebeğin cinsiyeti, doğum şekli, beslenme şekli, gebenin eşi ve ailesiyle ilişkileri, gebenin annelik yetisi, anemi, tiroid hastalıkları sayılabilir. Doğum sonrası depresyonun uzun vadede aile ve toplum üzerindeki etkileri nedeniyle erken dönemde tanı ve tedavisi önem kazanmaktadır (8).

Gebelik döneminde görülen depresyon ve DSD görülme sıklığı toplumlar arasında farklılık gösterse de anne, bebek, aile ve toplum üzerindeki etkileri göz önünde bulundurulduğu zaman ciddi bir toplum sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Tespit edilen olumsuz etkilerin en aza indirgenmesi için gebelere gebelikleri döneminde ve sonrasında sağlık hizmeti veren sağlık çalışanlarının dikkatli olması gerekmektedir.

Ülkemizde gebeler gerek doğum öncesi dönemde gerekse doğum sonrası dönemde izlemlerinin yapılması için sıklıkla aile hekimlerine başvurmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın doğum öncesi ve doğum sonrası bakım yönetim rehberleri doğrultusunda, aile hekimleri gebelerle ilk görüşmeden itibaren gebelik dönemi ve sonrasında depresyon açısından hastalarını izlemeleri, depresyon için risk faktörü bulunan gebeleri tarama programına almaları beklenmektedir. Bu yolla anne, bebek, aile ve toplum üzerinde ciddi yan etkileri olan GD ve DSD tanıları erken dönemde konularak tedavisi sağlanabilmekte ve ciddi yan etkileri önemli ölçüde azaltılabilmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. DEPRESYON

İlk olarak Homeros'un destanlarında yer alan depresyonun Latince kökü "depresus" aşağı doğru bastırmak, çekmek, bitkin – gamlı - kederli olmak anlamına gelmektedir. Depresyon; düşünce, konuşma, hareket ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, zevk alamama, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile karşımıza çıkan yoğun bir mutsuzluğun eşlik ettiği duygudurum bozukluğudur. Türkçe karşılığı "ruhsal çöküntü" olarak adlandırılır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2017 yılındaki raporuna göre 2015 yılında Dünyada depresyon hastası sayısının 300 milyonu aştığı belirtilmektedir. Bunların yaklaşık yarısı Güneydoğu Asya'da yaşamaktadır. Dünyada depresyon görülme oranında 2005-2015 yılları arasında yaklaşık %18.4 oranında artış olmuştur. Depresyon yılda yaklaşık 800.000 kişinin ölümüyle sonuçlanan özkıym (intihar) olaylarına neden olmaktadır. Kadınlarda %5.1, erkeklerde %3.6 oranında görülen depresyonun 2015 yılında dünya nüfusunun %4.4'ünde görülmekte olduğu tahmin edilmektedir. Depresyon yaygınlık oranları yaşa göre değişiklik göstermekle beraber çocuklar ve 15 yaş altı ergenlerde de görülmektedir (9). Depresyonun 2030 yılında HIV/AIDS ve iskemik kalp hastalıklarıyla birlikte işlev kaybına neden olan sağlık sorunlarının üç temel nedeninden biri olacağı tahmin edilmektedir (10).

Depresyon etiyolojisinde klasik nörotransmitter (GABA, glutamat), monoaminler (serotonin, dopamin, noradrenalin), nörotransmitterlerin öncüsü olan fenilalanin (tirozinin öncüsü), tirozin (norepinefrin, epinefrin ve dopaminin öncüsü), triptofan (serotoninin öncüsü), glutamik asit (glutamatın öncüsü), arjinin (nitrik oksitin öncüsü), homosistein gibi aminoasitler, folat, B6 ve B12 vitaminlerinin rol alabileceğine ilişkin çalışmalar bulunmaktadır (11-16).

Kişiler çoğu zaman depresyon durumunun farkında olmadıkları için tedavi olmaları için bir çaba içerisine girmemektedir. Durumunun farkında olup tıbbi bir yardım almak isteyenlerin de tedaviye uyum sürecinde sıkıntılar yaşadığı görülmektedir (17).

Sağlık hizmetlerine ulaşmadaki sorunlar, gelir durumu, ruhsal hastalıklara karşı toplumun tutumu gibi nedenlerden dolayı tedavi edilmeyen depresyon sıklığı DSO tarafından %50 olarak belirtilmiştir. Dünya genelinde artış gösteren depresyon, klinik, ekonomik ve sosyal olarak önemli bir toplum sağlığı sorunudur (18).

2.2. DEPRESYONUN TANISI

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayımlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı DSM-5'e (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5*) göre depresyon tanı ölçütleri şöyledir (19):

A. *Aşağıdaki semptomlardan beş veya daha fazla semptomun iki hafta boyunca görülmesi ve işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması gerekmektedir. Bu semptomlardan en az bir tanesi depresif duygu durum veya kişinin ilgi kaybı veya zevk almama durumu ile ilgili olmalıdır:*

1. *Kişinin kendisi veya çevresindekilerin tespit ettiği, hemen her gün, gün boyu devam eden depresif duygudurum*
2. *Kişinin kendisi veya çevresindekilerin tespit ettiği, hemen her gün ve gün boyunca devam eden, olaylara olan ilginin gitgide azalması ya da bu etkinliklerden zevk almama*
3. *Kişinin isteği olmadan kendi kilosunun %5'i kadar kilo alması ya da vermesi durumu veya yaklaşık olarak her gün devam eden yemek yeme durumunda yaşanan isteksizlik*
4. *Uyku problemlerinin yaşanması (uykusuzluk ya da aşırı uyku hali)*
5. *Ajitasyon ya da retardasyon*
6. *Bitkinlik hali ve kişinin kendisini enerjik hissedememe durumu*
7. *Uygunsuzluk, değersizlik ya da suçluluk duygularının (sanrısallık olabilir) yaşanması ve bu durumun sürekli olması.*
8. *Odaklanma eksikliği ve karar vermede yaşanan güçlük.*
9. *Tekrarlayan ölüm düşüncesi veya tekrarlayan intihar düşünceleri ya da girişimi.*

B. *Semptomlar klinik olarak sıkıntıya veya sosyal, mesleki, diğer işlevsel alanlarda sorunlara neden olur.*

C. *Bu dönem bir maddenin fiziki etkilerine veya başka bir tıbbi nedene bağlanamaz.*

D. Major depresif dönem şizoaffectif bozukluk, şizofreni, şizofreniform bozukluk, sanrılı bozukluk veya diğer belirtilmiş ve belirtilmemiş şizofreni spektrumu ve diğer psikotik bozukluklarla açıklanamaz olmalıdır.

E. Bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir.

2.3. GEBELİK DÖNEMİ DEPRESYONU

Ergenlik, gebelik ve doğum sonrası gibi üreme hormonlarının değişime uğradığı dönemlerde kadınların depresyona yatkınlıkları artmaktadır (20). Depresyon, fizyolojik ve psikolojik değişimlerin eşlik ettiği gebelik döneminde hem anne hem de bebeğin sağlığını olumsuz etkileyen en yaygın psikiyatrik bozukluklardan biridir. Gebelik depresyonu olan kadınlar preeklampsi, erken membran rüptürü, kanama, baş ağrıları, doğum sonrası depresyon gibi durumlar için artmış risk altındadır (21). Gebelik depresyonu tanısı için Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanılmaktadır (22). Gebelik depresyonu görülme oranları toplumlara göre değişmekte olup yapılan bazı çalışmalarda; Türkiye’de %20,7, Etiyopya’da %31,1, Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) % 8,5 bulunmuştur (23-25).

Gebenin eşi ile ilişkileri, gelir durumu, eğitim durumu, kendisinin benlik algısı, planlanmamış gebelik, küçük yaşta gebe kalmak, gebelik hakkında yetersiz bilgi, çevresindekilerin kendisine olan ilgisizlikleri, düşük tehdidi gibi durumlar gebelik depresyonu için risk faktörleri arasında sayılmaktadır (26).

Gebelik depresyonu belirtileri gebeliğin ilk üç aylık döneminde uyku sorunları, iştahsızlık ya da iştah artışı, libido kaybı, konsantrasyon kaybı olurken, son üç aylık döneminde aşırı yorgunluk, doğum ile ilgili kaygılar görülmeye başlamaktadır. İkinci üç aylık dönemde belirtiler daha az görülmektedir (27). Gebelik depresyonu görülme oranı gebeliğin dönemine göre değişiklik göstermekte olup en sık görüldüğü dönem üçüncü üç aydır (28).

Gebelik depresyonu etiyolojisinde genetik, hormonal, çevresel ve stres gibi faktörlerin biri ya da birkaçının rol alabileceği öngörülmektedir (29).

Gebelik depresyonu ile ilgili olarak dünyada pek çok çalışma yapıldığı görülmektedir, ancak ülkemizde yapılan çalışmaların sayısı sınırlıdır.

Sağlık Bakanlığı tarafından gebe izlemlerinde kullanılmak üzere yayımlanan Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi'nde yer alan Gebelikte Risk Değerlendirme Formu'nda tıbbi öykü alırken sorgulanması gereken psikiyatrik hastalıklar arasında şizofreni ile birlikte depresyon da sayılmaktadır. Ancak ayrıntılı değerlendirmeye yönelik açıklama ve tarama yöntemine ilişkin bilgi bulunmamaktadır (30).

2.4. DOĞUM SONRASI DÖNEMDE GÖRÜLEN RUHSAL BOZUKLUKLAR

Fiziksel ve psikolojik değişikliklerin yaşandığı bir dönem olan doğum sonrası (*post partum*) dönem bebek doğduktan sonraki altıncı haftanın sonuna kadar sürmektedir. Doğum sonrası dönem; doğumdan sonraki ilk 24 saat, doğum sonrası ilk hafta ve doğum sonraki ikinci hafta ile altıncı hafta arasını kapsayan dönem olmak üzere üç evreden oluşmaktadır (31).

Kadınların yaşamında mutluluk içinde geçmesi beklenen doğum sonrası dönem, bazı kadınlar için bazı psikiyatrik sorunların ortaya çıktığı bir dönem de olabilmektedir. Bu dönem heyecan ve mutlulukla beraber öfke, üzüntü, anksiyete gibi durumları da içermektedir (32).

Doğum sonrası dönemde görülen ruhsal bozukluklar *post partum* hüznü (annelik hüznü), *post partum* (doğum sonrası) depresyon ve *post partum* (doğum sonrası) psikoz olmak üzere üç başlık altında toplanmaktadır.

2.4.1. Annelik Hüznü

Yeni anne olan kadın doğumdan sonraki 2-3 gün içinde başlayan ruhsal durum değişikliği, ağlama nöbetleri, kaygı hali ve uyku sorunları yaşayabilir. “Annelik hüznü” ya da “bebek hüznü” denilen bu durum genellikle iki hafta kadar sürebilmektedir.

Moloney'in 1952 yılında ağlama atakları, yorgunluk ve düşünme güçlüğü ile karakterize, "üçüncü gün depresyonu" olarak tanımladığı doğum sonrası hafif depresif reaksiyon, 1968 yılında Yalom ve ark. tarafından "doğum sonrası hüznü" olarak adlandırılmış, "annelik hüznü" ifadesi 1973 yılında Pitt tarafından kullanılmıştır (33, 34).

Doğası gereği iyi huylu olmasına rağmen annelik hüznü, annenin refahı ve çocuğun yetiştirilmesi üzerinde önemli etkisi olan bir duygudurum bozukluğu olan doğum

sonrası depresyonun ortaya çıkmasıyla ilişkilendirilmiştir. Annelik hüznü görülme oranı toplumlar arasında değişiklik göstermekle beraber %8 ile %83 arasında değişmektedir (33).

Annelik hüznü için risk faktörleri; kişisel özellikler, geçirilmiş psikiyatrik rahatsızlıklar, ailede psikiyatrik hastalık olması, ilk gebelik, doğum sonrası uyum, doğum korkusu olarak sıralanabilir (35).

Doğumdan sonraki ikinci ile dördüncü günlerde görülmeye başlayan, östrojen ve progesteron hormonlarının düşüşü ile aynı döneme denk gelen annelik hüznü görülme süresi iki gün ile iki hafta arasında değişiklik göstermektedir. Annelik hüznünde intihar düşüncesi yoktur. Annelik hüznü, genellikle kadının eşinin ve çevresindekilerin desteği ile özgül bir tedavi gerektirmeden düzelir (36).

2.4.2. Doğum Sonrası Psikoz

İlk defa 19. yüzyılda Esquirol tarafından tanımlanmıştır (37). Doğum sonrası psikoz toplumda binde 2 sıklığında görülmekte olup gecikmeden tedavi edilmesi gereken psikiyatrik aciller arasında yer almaktadır (38).

Doğum sonrası psikoz için risk faktörleri net olarak belirlenememiş olsa da bipolar bozukluğu olan kişilerin doğum sonrası erken dönemde hastaneye başvuruları daha yüksek oranda saptanmıştır (39). İlk gebelik, ailede şizofreni ya da bipolar bozukluk olması, anne yaşının 25'in altında ya da 35'in üzerinde olması, eğitim durumu, maddi durum gibi nedenlerin de risk faktörü olabileceği belirtilmiştir (40, 41).

Doğum sonrası psikoz gelişen annelerde aşırı huzursuzluk, uykusuzluk, şüphecilik, çocuğun kendine ait olmadığı, çocuğa bakamayacağı, çocuğa acı çektirebileceği, acı çekmemesi için de çocuğa ve kendine zarar verebileceği gibi işitsel sanrılar gibi durumlarla karşılaşmaktadır (42). Genellikle doğumdan sonraki ilk iki hafta içerisinde ortaya çıkar. Muayenede annenin kendine veya bebeğine zarar verme düşüncesi değerlendirilmeli, gerekli görülürse bebeğin güvenliği sağlanmalıdır. Anne yataklı servisi bulunan bir sağlık kuruluşunda izlenmelidir (43).

2.4.3. Doğum Sonrası Depresyon

Doğum sonrası dönemde görülen depresyon DSM-5 tanı kriterleri içerisinde "Majör Depresyon" başlığı altında "Tanımlanmamış Depresif Bozukluklar" arasında belirtilmiştir. DSM-5 tanı ölçütlerine göre gebelik sırasında veya doğumdan sonraki dört hafta içinde ortaya çıkması *peripartum* (doğum zamanı) başlayan olarak tanımlanmaktadır. Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından doğum sonrası dönemde görülen depresyonun yaklaşık yarısının doğum öncesi başlangıçlı olduğu belirtilmektedir (19).

Doğum sonrası depresyon Uluslararası Hastalık Sınıflama Sistemi-10'da (ICD-10) "doğumdan sonraki altı hafta içinde başlayan depresif epizod" olarak tanımlamaktadır (44).

Doğum sonrası depresyonun nedeni tam olarak bilinmemekle beraber genetik faktörlerin, üreme (östrojen, progesteron ve testosteron) hormonlarındaki azalmaların, hipotalamik-pituiter-adrenal aksın ve klasik nörotransmitter (GABA, glutamat), monoaminler (serotonin, dopamin), nörotransmitterlerin öncüsü olan aminoasitler, kolesterol ve yağ asidi anormalliklerin, tiroid hormonundaki bozukluklarının, D vitamin eksikliklerinin, demir eksikliği anemisinin DSD üzerine etkisi incelenmiştir. Ayrıca gebeliğin planlı olup olmaması, emzirme durumu, doğumun şekli, annenin ve ailesinin psikiyatrik hastalık öyküsü, yaşam olayları, sosyal destek, eş desteği, evlilikte olan uyum gibi gebelik, doğum, kişisel ve çevresel özelliklerin risk faktörleri olabileceğine yönelik araştırmalar mevcuttur (16, 45, 46).

Doğum sonrası depresyonun konu edildiği sistematik derlemelerin incelendiği bir çalışmada DSD sıklığının %10-15 oranında görüldüğü belirtilmektedir (47). Halbreich ve Karkun tarafından yapılan başka bir araştırmada ise DSD'nin sıklığı farklı ülkelerde %0,5 ile %60 arasında değişen oranlarda tespit edilmiştir (48).

Norhayati ve ark. tarafından 2015 yılında yayımlanan bir literatür taraması çalışmasında; 2005 ve 2014 yılları arasında 42 ülkede yapılan 203 araştırmanın sonuçları incelenerek DSD görülme sıklığının farklı çalışmalarda çok farklı oranlarda bulunduğu; gelişmiş ülkelere Almanya'da en düşük (%1,9) ABD'de en yüksek (%82,1) olduğu, gelişmekte olan ülkelere ise Pakistan'da en düşük (%5,2), Türkiye'de en yüksek (%74,0) saptandığı belirtilmektedir (36).

Karaçam ve ark.'nın 2016 yılında yaptığı, 48 makalenin incelendiği sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında ise Türkiye'de DSD görülme sıklığı farklı çalışmalarda %9,1 - %51,3 arasında (ortalama %25,2) tespit edildiği bildirilmektedir. Bölgelere göre en yüksek DSD sıklığı %36,4 ile Akdeniz Bölgesi'nde, en düşük %19,5 ile Marmara Bölgesi'nde saptanmıştır (49).

Doğum sonrası depresyon görülme sıklığı ile ilgili farklı araştırmalarda çok değişken sonuçlar bulunması; çalışma tasarımlarının çeşitliliği, tanıda kullanılan araçların, tarama için kullanılan ölçeklerdeki kesme puanının, doğum sonrası dönemi tanımlamak için belirlenen sürenin ve çalışmanın yapıldığı toplumların farklı olması ile açıklanmaktadır (50, 51).

Karaçam ve ark.'nın inceledikleri çalışmaların 43'ünde Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'nin (EPDÖ) kullanıldığı belirtilmiştir (49). Ülkemizde 2010 yılından beri doğum sonrası dönemdeki kadınlara aile sağlığı merkezlerinde (ASM) yapılan izlemlerde de EPDÖ'nün uygulaması zorunlu kılınmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından 2014 yılında yayımlanan Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi'ne göre yapılan izlemlerde annenin psikolojik durumunun tespiti için EPDÖ uygulanarak gerekli görülenler ileri değerlendirme ve tedavi için üst merkezlere sevk edilmelidir (52).

Doğum sonrası depresyonun derecesine göre annenin beslenmesinin düzenlenmesi, psikolojik desteğin sağlanması, psikoterapi, ileri düzeyde olanlarda ise ilaç başlanması tedaviler arasındadır. Doğum sonrası depresyon yönünden taranan ve depresif semptomatolojiye sahip olduğu belirlenen kadınların sadece %20'sinin depresyonları için herhangi bir tedavi gördüğü, tedavi edilmeyen ve yetersiz tedavi edilen depresyonun yetersiz kilo alımı, doğum öncesi bakımın yetersiz kullanımı ve artan madde kullanımını gibi riskli durumlara zemin hazırladığı bildirilmektedir (53).

2.5. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ VE AMACI

Depresyon bireyin günlük hayatını meşgul eden, sosyal faaliyetlerini olumsuz etkileyen, bireyin umutsuz, çaresiz, değersiz hissetmesine neden olabilen tüm dünyada sıklığı giderek artan bir sağlık sorunudur. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yayımlanan Türkiye Sağlık Araştırması verilerine göre Türkiye'de

depresyon görülme sıklığı yıllara göre değişiklik göstermekle birlikte kadınlarda %9,4 ile %14,5 arasında bildirilmektedir (Tablo 1), (54).

Tablo 1. Türkiye'de 15 yaş ve üzeri bireylerin son 12 ay içerisinde yaşadığı depresyon sorununun cinsiyete göre dağılımı, 2014-2019.

Hastalık	2014 (%)			2016 (%)			2019 (%)		
	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam
Depresyon	7,4	14,5	11,0	4,9	9,4	7,2	5,7	12,2	9,0

Kaynak: TÜİK. Türkiye Sağlık Araştırması, 2019 (Tablo 3'ten kısaltılarak alınmıştır).

<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2019-33661>

Antenatal dönem olarak adlandırılan gebelik sürecinde ve postnatal dönem denilen doğumdan sonraki bir yıl kadınlar için depresyonun ortaya çıkması açısından riskli dönemleri oluşturmaktadır. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi'nde gebelik süresince dört izlem ve Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi'nde doğumdan sonra altı izlem yapılması öngörülmektedir. Bu rehberlerde gebenin ve lohusanın psikiyatrik hastalıklar açısından değerlendirilmesi ve herhangi bir risk olup olmadığının tespit edilmesi vurgulanmıştır (30, 51).

Gebelik dönemi depresyonu ve DSD sık karşılaşılan, birinci basamak sağlık kuruluşlarında tespit ve tedavi edilebilen bir hastalıktır. Ülkemizde gebelik dönemi depresyonu ile ilgili yapılan çalışmalar DSD ile ilgili yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında sınırlı sayıda olmakla birlikte yapılan araştırmalarda gebelikte depresif belirtiler görülme sıklığını; Karaçam ve Ançel %27.3 (55), Gölbaşı ve ark. %28.6 (56), Sevindik %36.3 (2) olarak belirlemişlerdir. Bir meta-analizde değerlendirilen farklı çalışmalarda DSD sıklığı %9.1-51.3 arasında bildirilmiştir (49). Keser-Özcan ve ark.nın 2017 yılında yayımlanan başka bir meta-analiz çalışmasına göre kadınlarda DSD sıklığı ortalama %23,8 olarak bildirilmektedir (57).

Doğum sonrası depresyon ile ilgili tarama araçları İngiltere, Avustralya gibi ülkelerde rutin sağlık uygulamaları arasında yer almış olsa da ülkemizde hala düzenli olarak uygulanmamaktadır. Rutin sağlık uygulamaları arasında tarama araçlarının yer aldığı ülkelerde DSD sıklığı, nedenleri daha önceden belirlenerek önlem alınarak tedavi edilmektedir. Ülkemizde ise gebe izlemlerinin aile hekimliği sistemi öncesinde evde ebeler tarafından yapılması ve aile hekimliği sistemi öncesinde ve

sonrasında tarama araçlarının rutin olarak uygulanmaması nedeniyle DSD nedenlerinin belirlenmesi ve hastaların tedavi edilmesi belli başlı merkezlerde çok az sayıda oluşan gruplardaki insanların katılımıyla gerçekleşmektedir.

Gebelik döneminde depresif davranışlar saptanan kişilere tedavi başlanması ve bu kişilerin izlenmesi sağlınırsa hem gebelik dönemindeki depresyonun fetusun ve annenin iyilik hali üzerindeki olumsuz etkisi azaltılmış olacaktır hem de doğum sonrası dönemde depresif davranışlara daha az rastlanılacak ve sıkı izlem sayesinde depresif davranışlar erken dönemde belirlenerek tedaviye başlanması sağlanacaktır.

Bu çalışma ile duygudurum bozuklukları açısından riskli bir grup olan doğurganlık çağındaki kadınlardan özellikle gebelik dönemi depresyonu ve DSD riski olanların belirlenmesi, gebelik dönemi ile doğum sonrası dönem arasında depresyon görülme sıklıklarının karşılaştırılması, aralarındaki olası ilişkinin saptanması, birinci basamakta sağlık hizmeti sunan sağlık personelinin gebe kadınlara karşı izlemlerinde hassasiyetlerinin arttırılması, doğurganlık çağındaki kadınların gebelik dönemi ve sonrasında depresyonun daha erkenden tanınması ve erken tedavisi için gerekli önlemleri alınması için durum saptaması yapılması amaçlanmıştır. Aynı çalışma grubunun gebelik döneminde ve doğumdan sonraki dönemde görülen depresyon sıklığının saptanması ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi çalışmanın özgün yönünü oluşturmaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ VE YERİ

Aile Hekimliği uzmanlık tezi olarak planlanan bu kesitsel ve tanımlayıcı araştırma, Antalya İli'ne bağlı Döşemealtı, Korkuteli ve Elmalı ilçelerinde hizmet veren ASM'lerden üçer tanesi seçilerek bu ASM'lerden sağlık hizmeti alan gebe kadınlara, gebelik dönemlerinde ve doğum sonrasında uygulanan yüzyüze anket çalışmasıdır.

3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM GRUBU

Çalışma bölgesini oluşturan Antalya İli'ne bağlı Döşemealtı, Korkuteli ve Elmalı ilçelerinde bir yılda yaklaşık 2000 canlı doğum olmaktadır. Çalışma iki yıl sürdüğü için araştırma evreni 4000 kişi olarak kabul edildi.

Araştırmanın planlandığı dönemde en güncel veri olan 2014 yılı TÜİK verilerine göre Türkiye'de depresyon görülme sıklığı %11 (54), Keser-Özcan ve ark.'nın 2017 yılında yayımlanan meta-analiz çalışmasına göre postpartum kadınlarda depresyon sıklığı ortalama %23,8 (57) olarak kabul edilerek güven aralığı %95 ve örneklem hatası %5'e göre (Epi Info™, 7.2.0.1; *Sample size and power* ile) yapılan hesaplamada örneklem büyüklüğünün en az 261 kişi olması gerektiği bulunmuştur.

Çalışmaya Nisan 2018 - Mart 2020 tarihleri arasında 18 yaş ve üzeri gebe kadınlardan ASM polikliniğe başvuran Döşemealtı'nda 108, Korkuteli'nde 90, Elmalı'da 73 olmak üzere toplam 271 gönüllü kadın katılmıştır.

3.3. VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ VE ARAÇLARI

Araştırmaya katılmayı kabul eden kişilere, gebeliğin son üç aylık döneminde aynı araştırmacı tarafından yüzyüze sosyodemografik veri formu ve BDÖ uygulandı. Aynı katılımcılara doğumdan sonraki ilk dört haftasını kapsayan dönemde sosyodemografik veri formuna ek olarak gebelik ve doğum süreci ile ilgili bilgileri içeren anket ve EPDÖ uygulandı.

3.3.1. Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik veri formu

Araştırmaya gönüllü olarak katılan kişiler araştırma hakkında araştırmacı tarafından sözlü olarak bilgilendirilmiştir. Araştırmaya katılanlara asgari bilgilendirilmiş gönüllü olur formu verilerek kişilerden gönüllü olarak katıldıklarına dair yazılı onamları alınmıştır (Ek 1). Araştırmaya dahil olma kriterlerini taşıyan dışlanma kriterleri bulunmayan kadınlara hem gebelik dönemlerinde hem de postpartum dönemde sosyodemografik özellikleri içeren anket yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır.

Araştırmaya gönüllü katılan kadınlara gebelik döneminde yaş, eğitim durumu, iş durumu, eşinin eğitim durumu, eşinin işi, aylık gelir durumu, eşiyle, ailesiyle olan ilişki durumu, ikamet ettiği yer gibi sosyodemografik verilerle kendisinin ve ailesinin depresyon öyküsü, sigara içip içmediği, gebelik yaşı, gebeliğin planlı olup olmaması gibi özellikleri içeren 23 soruluk anket düzenlenmiştir (Ek 2).

Aynı katılımcılara postpartum dönemde sağlık kontrollerinin yapılıp yapılmadığı, yapıldıysa kimler tarafından yapıldığı, gebelik süresince aldığı kilo, bebeğin doğum haftası, doğum şekli, bebeğin cinsiyeti, bebeğin beslenme şekli, annelik yetisi, ciddi bir stres kaynağının olup olmaması gibi özellikleri içeren 15 soruluk anket düzenlenmiştir (Ek 3).

Ayrıca katılımcıların sağlık kayıtlarında hemogram ve tiroid stimulan hormon (TSH) sonuçlarına, kronik hastalıklarının olup olmadığına, kullandıkları ilaçlarına, düşük tehdidi olup olmadığına, demir preparatı kullanma süresine sağlık kayıtlarından ulaşılarak kaydedilmiştir.

Beck Depresyon Ölçeği

Beck ve arkadaşları tarafından 1961 yılında geliştirilmiştir (58). Hisli ve arkadaşları tarafından 1988 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenirliliği çalışması yapılan BDÖ, 21 sorudan oluşan her soruya ait dört seçenekten birinin seçildiği, her soru 0-3 arasında puanlanan Likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin toplam puanı 0-63 arası değişmektedir. Kesme noktası 17 ve üzeri alındığı zaman ölçeğin tedavi gerektiren depresyonu öngörme duyarlılık oranı %90 olduğu belirtilmiştir (59), (Ek 4). Sonuçlar 0 - 9 puan arası; normal, 10 - 16 puan arası; hafif düzeyde depresif belirtiler, 17 - 29 puan arası;

orta düzeyde depresif belirtiler, 30 - 63 puan arası; şiddetli düzeyde depresif belirtiler olarak değerlendirilir (60).

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

Cox ve arkadaşları tarafından 1987 yılında, doğum sonrası dönemde depresyon varlığını ve şiddetini tespit etmek amacıyla geliştirilmiştir (61). Engindeniz ve arkadaşları tarafından 1996 yılında Türkçe güvenirlik ve geçerlilik çalışması yapılmıştır. Duyarlılık %84, özgüllük %88 olarak tespit edilmiştir. EPDÖ 10 sorudan oluşan her soruya ait dört seçenekten birinin seçildiği, her soru 0-3 arasında puanlanan dörtlü Likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin toplam puanı 0-30 arasında değişmektedir. Ölçekte 1., 2., ve 4. sorular 0, 1, 2, 3 olacak şekilde, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10. sorular 3, 2, 1, 0 olacak şekilde puanlanmaktadır. Kesme puanı 12-13 olarak gösterilmiştir (62), (Ek 5).

3.4. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

Çalışmada elde edilen veriler değerlendirilirken, analizler IBM SPSS 23.0 paket programı (IBM Corp., Armonk, NY) ile yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler n(%) ve ortalama±standart sapma (min-maks) ve medyan (min-maks) değerleri ile sunulmuştur. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkilerin analizinde Pearson ki-kare testi ve Fisher's Exact test kullanılmış, ikili karşılaştırmalarda Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. Normallik varsayımının analizinde Shapiro Wilks testi kullanılmıştır. İki grubun ölçüm değerleri arasındaki farkın analizinde normal dağılıma uymadığı durumda Mann-Whitney U testi, uyduğu durumda ise Student's t testi kullanılmıştır. Sıralı (ordinal) veya normal dağılıma uymayan sürekli değişkenler arasındaki ilişkiler için Spearman korelasyon testi yapılmıştır. 0,05'den küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.5. ETİK KURUL ONAYI VE İZİN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 28.12.2017 tarihinde 20/10 karar numarası onay alınmıştır. Saha çalışmasının yapılabilmesi için Antalya İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Başkanlığı'ndan gerekli izin alınmıştır. Araştırma iyi klinik uygulamalar ilkelerine ve Helsinki Bildirgesi'ne uygun olarak yürütülmüştür.

4. BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 271 gebenin demografik özellikleri Tablo 2’de sunulmuştur. Buna göre, ortalama gebe yaşı $28,2 \pm 5,3$ (min:18, maks:44) olarak hesaplanmıştır. İki gebe okuryazar değil iken (%0,7), beş gebe (%1,8) okuryazar, 41 gebe (%15,1) ilkokul mezunu, 62 gebe (%22,9) ortaokul mezunu, 82 gebe (%30,3) lise mezunu ve 79 gebe (%29,2) üniversite mezunudur. Gebelerin %8,1’i işçi, %12,2’si memur, %69,7’si ev hanımı, %6,6’sı çiftçi ve %3,3’ü serbest meslek sahibidir. Gebelerin eşlerinin eğitim durumu incelendiğinde bir kişinin (%0,4) okuryazar olmadığı görülmüş, iki kişinin (%0,7) okuryazar, 41 kişinin (%15,1) ilkokul mezunu, 59 kişinin (%21,8) ortaokul mezunu, 80 kişinin (%29,5) lise mezunu ve 88 kişinin (%32,3) üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir. Doksan üç gebenin eşi (%34,3) işçi, 49 gebenin eşi (%18,1) memur, 28 gebenin eşi (%10,3) çiftçi ve 101 gebenin eşi (%37,3) serbest meslek sahibidir. İki yüz beş gebe (%75,6) ile çoğunluğun aylık gelir gider durumu denk iken 42 gebenin (%15,5) gelirinin giderinden az ve 24 gebenin (%8,9) gelirinin giderinden fazla olduğu belirlenmiştir. Gebelerin %91,1’i sigara kullanmazken, %4,1’i kullandığını ve %4,8’i bıraktığını belirtmiştir. Yirmi dokuz gebe (%10,7) kronik hastalık tanısı olduğunu belirtirmiş ve kronik hastalığı olanların %58,6’sında hipertansiyon, %20,7’sinde hipertroidi, %10,3’ünde epilepsi ve %10,3’ünde astım olduğu görülmüştür. Yirmi yedi gebe (%10) ilaç kullanmaktadır. İki yüz yirmi iki gebe (%81,9) ilçe/il merkezinde ve 49 gebe (%18,1) köyde yaşamaktadır. İki yüz otuz dört gebe (%86,3) çekirdek aile düzenine sahipken 37 gebe (%13,7) geniş aile düzenine sahiptir. Gebelerin ortalama evlenme yaşı $22,4 \pm 3,8$ (min: 15, maks: 39) yıl olarak bulunmuştur.

Tablo 2. Gebelerin demografik ve klinik özellikleri

Özellik (n=271)		Ort±SS (min-maks) / n (%)
Gebenin yaşı		28,2±5,3 (18-44)
Gebenin ilk evlenme yaşı		22,4±3,8 (15-39)
Gebenin eğitim durumu	Okuryazar değil	2 (0,7)
	Okuryazar	5 (1,8)
	İlkokul	41 (15,1)
	Ortaokul	62 (22,9)
	Lise	82 (30,3)
	Üniversite	79 (29,2)
Gebenin mesleği	İşçi	22 (8,1)
	Memur	33 (12,2)
	Ev hanımı	189 (69,7)
	Çiftçi	18 (6,6)
	Serbest meslek	9 (3,3)
Eşinin eğitim durumu	Okuryazar değil	1 (0,4)
	Okuryazar	2 (0,7)
	İlkokul	41 (15,1)
	Ortaokul	59 (21,8)
	Lise	80 (29,5)
	Üniversite	88 (32,5)
Eşinin mesleği	İşçi	93 (34,3)
	Memur	49 (18,1)
	Çiftçi	28 (10,3)
	Serbest meslek	101 (37,3)
Aylık gelir durumu	Gelir giderden az	42 (15,5)
	Gelir-gider denk	205 (75,6)
	Gelir giderden fazla	24 (8,9)
İkamet yeri	Köy	49 (18,1)
	İlçe/İl merkez	222 (81,9)
Aile tipi	Çekirdek aile	234 (86,3)
	Geniş aile	37 (13,7)
Sigara kullanıyor mu?	Hayır	247 (91,1)
	Evet	11 (4,1)
	Bırakmış	13 (4,8)
Kronik hastalığı olan		29 (10,7)
Mevcut hastalıklar	Hipotroidi	17 (58,6)
	Hipertroidi	6 (20,7)
	Epilepsi	3 (10,3)
	Astım	3 (10,3)
İlaç kullanımı	Hayır	244 (90,0)
	Evet	27 (10,0)

Katılımcıların gebelik süreci ile ilgili bilgilerine ait tanımlayıcı istatistikler Tablo 3'te verilmiştir. Hastaların ilk gebelik yaşı ortalaması $23,5 \pm 4,2$ (min:16, maks:40) yıldır. Medyan gebelik sayısı 2'dir (min:1, maks:6). Son iki gebelik arasında geçen medyan süre 4 (min:1, maks:16) yıldır. İki yüz yirmi dokuz gebe (%84,5) gebeliğinin planlı olduğunu belirtmiştir. Ortalama gebelik haftası $34,7 \pm 3,2$ (min:27, maks:40) haftadır.

Gebelerin tamamı gebelik muayenesi olmuştur. Gebelerin %57,9'u ile çoğunluğu hem aile hekimi hem aile sağlığı elemanı hem de kadın-doğum uzmanına muayene olmuştur. Kırk altı gebe (%17,0) hem aile sağlığı elemanına hem de kadın doğum uzmanına muayene olurken, %14,4'ü sadece aile sağlığı elemanına ve %8,1'i sadece kadın doğum uzmanına muayene olmuştur.

Tablo 3. Kadınların gebelik süreci ile ilgili bilgileri

Gebeliğe ilişkin özellikler (n=271)		Ort±SS (min-maks) / n (%)
İlk gebelik yaşı		23,5±4,2(16-40)
Kaçınıcı gebelik?		2(1-6)
Son iki gebelik arasında geçen süre (yıl)		4(1-16)
Gebeliğin kaçınıcı haftası?		34,7±3,2(27-40)
Gebelik planlı mı?	Hayır	42(15,5)
	Evet	229(84,5)
Gebe muayenesi oldu mu?	Hayır	-
	Evet	271(100)
Gebe muayenesi yapan kim?	Aile hekimi	2(0,7)
	Aile sağlığı elemanı	39(14,4)
	Kadın doğum uzmanı	22(8,1)
	AH+ASE	4(1,5)
	AH+KDU	1(0,4)
	ASE+KDU	46(17)
	AH+ASE+KDU	157(57,9)
Hemoglobin (1-2. trimester)	Ortalama	12,6±1,21(8,2-16,5)
	<11 gr/dl	22(8,1)
	≥11 gr/dl	249(91,9)
Hemoglobin (3.trimester)	Ortalama	11,98±1,17(7,5-14,8)
	<11 gr/dl	47(17,3)
	≥11 gr/dl	224(82,7)
Tiroid stimulan hormon	Ortalama	1,71±0,85(0,01-4,8)
	≤3 mIU/L	247(91,1)
	>3 mIU/L	24(8,9)
Demir tedavisi süresi (ay)		3(1-7)
Gebelikte aldığı kilo (kg)		10(0-25)

Gebelerin ilk iki trimester hemoglobin (HGB) ortalaması $12,6 \pm 1,22$ gr/dl, 3. trimester HGB ortalaması $11,98 \pm 1,17$ gr/dl ve TSH değeri $1,71 \pm 0,85$ mIU/L olarak bulunmuştur. Hastaların % 8,1'inin 1-2. trimester HGB değeri ve %17,3'ünün 3. trimester HGB değeri 11 gr/dl'den düşük bulunmuştur. Hastaların 247'sinde (%91,1) TSH değeri 3 mIU/L ve altında ve 24 hastanın (%8,9) TSH değeri 3 mIU/L 'den büyüktür. Medyan demir tedavisi süresi 3 (min:1, maks:7) ay ve gebelikte aldığı kilo 10 (min:0, maks:25) kg olarak hesaplanmıştır.

Tablo 4'te hastaların doğum süreci ile ilgili bilgilerine ait tanımlayıcı istatistikler sunulmuştur. Bebeğin doğduğu ortalama gebelik haftası $38,7 \pm 1,2$ hafta (min:29, maks:41) olarak hesaplanmıştır. Gebelerin %70,8'i sezaryen doğum yaparken %29,2'si normal doğum yapmıştır. Gebelerin %51,3'ünün erkek, %48,7'sinin kız çocuğu olmuş ve sadece bir gebe çocuğun cinsiyetinden memnun olmadığını dile getirmiştir. Gebelerin 266'sında (%98,2) doğum sonrası sağlık bakımı alırken 5 gebe (%1,8) herhangi bir sağlık bakımı almadığını belirtmiştir. Gebelerin %30,6'sına hem aile hekimi hem aile sağlığı elemanı hem de kadın doğum uzmanı tarafından doğum sonrası sağlık bakım hizmeti verilmiştir. Gebelerin %22,1'ine sadece aile sağlığı elemanı ve %11,4'üne sadece kadın doğum uzmanı tarafından doğum sonrası bakım hizmeti sağlanmıştır. Gebelerin %88,2 ile çoğunluğunun bebeği sadece anne sütü ile beslenirken %11,4'ünün bebeği hem anne sütü hem de mama ile beslenmektedir. Bir gebe (%0,4) kendini annelik için yetersiz hissettiğini, 40 gebe (%14,8) orta düzeyde ve 230 gebe (%84,9) tam anlamıyla yeterli hissettiğini belirtmiştir. Gebelerin %28'ine bebek bakımında yardımcı olan birisi vardır. Gebelerden 17 kişi (%6,3) hayatında ciddi stres olduğunu belirtmiştir. Gebelerin %21,4'ü gebelikte düşük tehdidi yaşadığını dile getirmiştir.

Tablo 4. Kadınların doğum süreci ile ilgili bilgileri

Doğuma ilişkin özellikler (n=271)		Ort±SS (min-maks) / n (%)
Bebegin doğduğu gebelik haftası		38,7±1,2(29-41)
Doğum şekli	Sezaryen	192(70,8)
	Normal doğum	79(29,2)
Bebegin cinsiyeti	Kız	132(48,7)
	Erkek	139(51,3)
Bebeginin cinsiyetinden memnun mu?	Hayır	1(0,4)
	Evet	270(99,6)
Doğum sonrası sağlık bakımı aldı mı?	Hayır	5(1,8)
	Evet	266(98,2)
Doğum sonrası bakım veren	Yok	5(1,9)
	Aile hekimi	-
	Aile sağlığı elemanı	60(22,1)
	Kadın-doğum uzmanı	31(11,4)
	Aile hekimi+Aile sağlığı elemanı	51(18,8)
	Aile hekimi+Kadın-doğum uzmanı	1(0,4)
	Aile sağlığı elemanı+Kadın-doğum uzmanı	40(14,8)
	Aile hek.+Aile sağ. elem.+Kadın-doğ.uzm.	83(30,6)
Bebek nasıl besleniyor?	Anne sütü	239(88,2)
	Mama	1(0,4)
	Anne sütü+mama	31(11,4)
Kendini annelik için nasıl hissediyor?	Yetersiz	1(0,4)
	Orta	40(14,8)
	Yeterli	230(84,9)
Bebek bakımına yardımcı olan var mı?	Yok	195(72)
	Var	76(28)
Hayatında ciddi bir stres nedeni var mı?	Hayır	254(93,7)
	Evet	17(6,3)
Gebelikte düşük tehdidi var mıydı?	Hayır	213(78,6)
	Evet	58(21,4)

Bulgular ort±SS (min-maks) veya n (%) ile gösterilmiştir.

Tablo 5’te hastaların doğum öncesi psikolojik durumlarına ait frekans ve yüzdelere verilmiştir. On gebenin (%3,7) gebelik öncesinde depresyon tanısı vardır. Yirmi gebenin (%7,4) ailesinde depresyon öyküsü bulunmaktadır. Sadece bir gebe eşi ile ilişkilerinin kötü olduğunu, %5,5’i orta ve %94,1’i iyi düzeyde olduğunu belirtmiştir. Gebelerin %97’sinin kendi aileleriyle ilişkisi iyi durumdadır. Üç gebe (%1,1) eşinin ailesi ile ilişkisini kötü, 28 gebe (%10,3) orta ve 240 gebe (%88,6) iyi olarak tanımlamıştır. Üç gebe (%1,1) eşinin desteğini kötü, 26 gebe (%9,6) orta ve 242 gebe (%89,3) iyi olarak belirtmiştir.

Tablo 5. Kadınların doğum öncesi psikolojik durumları

Özellik		n	%
Önceden depresyon tanısı var mı?	Hayır	261	96,3
	Evet	10	3,7
Ailede depresyon öyküsü var mı?	Hayır	251	92,6
	Evet	20	7,4
Eşi ile ilişkisi	Kötü	1	0,4
	Orta	15	5,5
	İyi	255	94,1
Kendi ailesiyle ilişkileri	Kötü	3	1,1
	Orta	5	1,8
	İyi	263	97
Eşinin ailesi ile ilişkileri	Kötü	3	1,1
	Orta	28	10,3
	İyi	240	88,6
Eşinin desteği nasıl?	Kötü	3	1,1
	Orta	26	9,6
	İyi	242	89,3

Hastaların ölçek puanlarına ait tanımlayıcı istatistikler Tablo 6’da verilmiştir. Gebelerin medyan BDÖ puanı 7 (min:0, maks:46) ve EPDÖ puanı 4 (min:0, maks:23) olarak hesaplanmıştır. Beck depresyon ölçeğine göre 181 hasta (%66,8) normal iken 53 hastanın (%19,6) hafif, 33 hastanın (%12,2) orta ve 4 hastanın (%1,5) şiddetli depresyonu vardır. Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeğine göre 35 hastada (%12,9) depresyon bulunmaktadır.

Tablo 6. Kadınların ölçek puanlarına ait tanımlayıcı istatistikler

		Ort±SS	Medyan (min-maks)
BECK puanı		8,4±7,1	7 (0-46)
Edinburgh puanı		5,7±4,8	4 (0-23)
		n	%
BECK’e göre depresyon düzeyi	Normal	181	66,8
	Hafif depresyon	53	19,6
	Orta depresyon	33	12,2
	Şiddetli depresyon	4	1,5
Edinburgh ölçeğine göre	Depresyon yok	236	87,1
	Depresyon var	35	12,9

Tablo 7’de Edinburgh depresyon skoruna göre depresyonu olan ve olmayan hastaların genel özellikleri karşılaştırılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, depresyon varlığına göre gebelerin yaşları (p=0,258), eğitim durumu (p=0,669), mesleği (p=0,444), eşinin eğitim durumu (p=0,618), eşinin mesleği (p=0,276), aylık gelir durumu (p=0,218), kronik hastalık varlığı (p=0,555) ve türleri (p=0,115), ilaç kullanım durumu (p=0,365), ikamet yeri (p=0,877), aile tipi (p=0,798) ve gebenin ilk evlenme yaşı (p=0,329) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Depresyonu olan gebelerde sigarayı bırakanların yüzdesi depresyonu olmayanlara göre daha yüksek gözlense de bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (p=0,074).

Tablo 7. Edinburgh depresyon skoruna göre depresyonu olan ve olmayan hastaların genel özelliklerinin karşılaştırılması

Özellikler		Depresyon yok (n:236)	Depresyon var (n:35)	p
Gebenin yaşı		28±5,2(18-42)	29,1±6(19-44)	0,258
Gebenin ilk evlenme yaşı		22,5±3,8(15-39)	21,8±4,2(16-33)	0,329
Gebenin eğitim durumu	Okuryazar değil-İlkokul	40(16,9)	8(22,9)	0,669
	Ortaokul	56(23,7)	6(17,1)	
	Lise	70(29,7)	12(34,3)	
	Üniversite	70(29,7)	9(25,7)	
Gebenin mesleği	İşçi	17(7,2)	5(14,3)	0,444
	Memur	30(12,7)	3(8,6)	
	Ev hanımı	163(69,1)	26(74,3)	
	Çiftçi	17(7,2)	1(2,9)	
	Serbest meslek	9(3,8)	0(0)	
Eşinin eğitim durumu	Okuryazar değil-İlkokul	36(15,3)	8(22,9)	0,618
	Ortaokul	52(22)	7(20)	
	Lise	72(30,5)	8(22,9)	
	Üniversite	76(32,2)	12(34,3)	
Eşinin mesleği	İşçi	81(34,3)	12(34,3)	0,276
	Memur	44(18,6)	5(14,3)	
	Çiftçi	27(11,4)	1(2,9)	
	Serbest meslek	84(35,6)	17(48,6)	
Aylık gelir durumu	Gelir giderden az	34(14,4)	8(22,9)	0,218
	Gelir-gider denk	179(75,8)	26(74,3)	
	Gelir giderden fazla	23(9,7)	1(2,9)	
Sigara kullanıyor mu?	Hayır	216(91,5)	31(88,6)	0,074
	Evet	11(4,7)	0(0)	
	Bırakmış	9(3,8)	4(11,4)	
Kronik hastalığı olan		24(10,2)	5(14,3)	0,555
Mevcut hastalıklar	Hipotroidi	14(58,3)	3(60)	0,115
	Hipertroidi	6(25)	0(0)	
	Epilepsi	3(12,5)	0(0)	
	Astım	1(4,2)	2(40)	
İlaç kullanımı	Hayır	214(90,7)	30(85,7)	0,365
	Evet	22(9,3)	5(14,3)	
İkamet yeri	Köy	43(18,2)	6(17,1)	0,877
	İlçe/İl merkez	193(81,8)	29(82,9)	
Aile tipi	Çekirdek aile	203(86)	31(88,6)	0,798
	Geniş aile	33(14)	4(11,4)	

Bulgular ort±SS (min-maks) veya n (%) ile gösterilmiştir. Student's t test, Pearson ki-kare test, Fisher's Exact test.

Edinburgh depresyon skoruna göre depresyonu olan ve olmayan hastaların gebelik süreci ile ilgili bilgileri Tablo 8’de karşılaştırılmıştır. Buna göre, depresyon varlığına göre gebelerin ilk gebelik yaşı ($p=0,351$), gebelik sayısı ($p=0,112$), son iki gebelik arasında geçen süreleri ($p=0,825$), gebelik haftası ($p=0,527$), 1-2. trimester HGB değerleri ($p=0,087$), 3. trimester HGB değerleri ($p=0,546$), TSH değerleri ($p=0,986$), demir tedavisi süreleri ($p=0,297$) ve gebelikte aldıkları kiloları ($p=0,884$) bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Edinburgh depresyon skoruna göre depresyonu olan ve olmayan hastaların 1-2. trimester ($p=0,750$) ve 3. trimester HGB değerinin ($p=0,161$) <11 gr/dl olma oranının benzer olduğu görülmüştür. Depresyon varlığı ile TSH yüksekliği (>3 mIU/L) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,750$). Depresyonu olan gebelerde gebeliğin plansız gelişme oranı depresyonları olmayanlara göre daha yüksektir ($p=0,022$). Depresyonu olan gebelerde gebelik muenesi kadın doğum uzmanı tarafından yapılanların oranı depresyonu olmayanlara göre istatistiksel olarak daha yüksek gözlenmiştir ($p=0,021$).

Tablo 8. Edinburgh depresyon skoruna göre depresyonu olan ve olmayan kadınların gebelik süreci ile ilgili bilgilerinin karşılaştırılması

		Depresyon yok (n:236)	Depresyon var (n:35)	p
İlk gebelik yaşı		23,6±4,1(16-40)	22,9±4,7(17-34)	0,351
Kaçıncı gebelik?		2(1-6)	2(1-6)	0,112
Son iki gebelik arasında yıl		4(1-16)	4(1-12)	0,825
Gebeliğin kaçınıcı haftası?		36(27-40)	36(28-40)	0,527
Demir tedavisi süresi (ay)		3(1-7)	2(1-6)	0,297
Gebelikte aldığı kilo (kg)		10(0-25)	10(4-25)	0,884
Gebelik planlı mı?	Hayır	32(13,6)	10(28,6)	0,022
	Evet	204(86,4)	25(71,4)	
Gebe muayenesi yapan kim?	Aile hekimi	1(0,4) ^a	1(2,9) ^a	0,021
	Aile sağlığı elemanı	33(14) ^a	6(17,1) ^a	
	Kadın doğum uzmanı	15(6,4) ^a	7(20) ^b	
	AH+ASE	3(1,3) ^a	1(2,9) ^a	
	AH+KDU	1(0,4) ^a	0(0) ^a	
	ASE+KDU	44(18,6) ^a	2(5,7) ^a	
	AH+ASE+KDU	139(58,9) ^a	18(51,4) ^a	
HGB (1-2. trimester)		12,65±1,2(8,6-16,5)	12,27±1,29(8,2-14,4)	0,087
<11 gr/dl		20(8,5)	2(5,7)	0,750
≥11 gr/dl		216(91,5)	33(94,3)	
HGB (3.trimester)		11,99±1,15(7,5-14,8)	11,87±1,29(9-13,5)	0,546
<11 gr/dl		38(16,1)	9(25,7)	0,161
≥11 gr/dl		198(83,9)	26(74,3)	
TSH		1,52(0,01-4,8)	1,62(0,28-4)	0,986
≤3 mIU/L		214(90,7)	33(94,3)	0,750
>3 mIU/L		22(9,3)	2(5,7)	

Bulgular ort±SS (min-maks), medyan (min-maks) veya n (%) ile gösterilmiştir. Student's t test, Mann-Whitney U test, Pearson ki-kare test, Fisher's Exact test. Bir satırdaki farklı küçük harfler gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı farkı gösterir.

Tablo 9'da Edinburgh depresyon skoruna göre depresyonu olan ve olmayan hastaların doğum süreci ile ilgili bilgileri karşılaştırılmıştır. Depresyonu olan ve olmayan gebelerin doğum haftası (p=0,730), doğum şekli (p=0,632), bebeğin cinsiyeti (p=0,152), bebeğin cinsiyetinden memnun olma durumu (p=0,999), doğum sonrası sağlık bakımı alması (p=0,126), doğum sonrası kimin bakım verdiği (p=0,531), bebek bakımında yardımcı olan birinin olması (p=0,742) ve gebelikte düşük tehdidi yaşaması (p=0,505) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir. Sadece anne sütü ile bebeğini besleme yüzdesi depresyonu

olmayanlarda daha yüksek iken depresyonu olanlarda anne sütü ve mama ile bebeğini besleyenlerin yüzdesi daha yüksek izlenmiştir ($p=0,013$). Kendisini annelik için orta düzeyde hissedenlerin yüzdesi depresyonu olanlarda, yeterli görenlerin yüzdesi depresyonu olmayanlarda daha yüksek gözlenmiştir ($p<0,001$). Depresyonu olan gebelerde hayatında ciddi bir stres kaynağı olma oranı depresyonu olmayanlara göre istatistiksel olarak daha yüksektir ($p<0,001$).

Tablo 9. Edinburgh depresyon skoruna göre depresyonu olan ve olmayan hastaların doğum süreci ile ilgili bilgilerinin karşılaştırılması

Doğum sürecine ilişkin özellik		Depresyon yok (n:236)	Depresyon var (n:35)	p
Bebeğin doğduğu gebelik haftası		39(29-41)	39(36-40)	0,730
Doğum şekli	Sezeryan	166(70,3)	26(74,3)	0,632
	Normal doğum	70(29,7)	9(25,7)	
Bebeğin cinsiyeti	Kız	111(47)	21(60)	0,152
	Erkek	125(53)	14(40)	
Bebeğinin cinsiyetinden memnun mu?	Hayır	1(0,4)	0(0)	0,999
	Evet	235(99,6)	35(100)	
Doğum sonrası sağlık bakımı aldı mı?	Hayır	3(1,3)	2(5,7)	0,126
	Evet	233(98,7)	33(94,3)	
Doğum sonrası bakım veren	Yok	3(1,3)	2(5,7)	0,531
	Aile sağlığı elemanı	51(21,6)	9(25,7)	
	Kadın doğum uzmanı	26(11)	5(14,3)	
	AH+ASE	46(19,5)	5(14,3)	
	AH+KDU	1(0,4)	0(0)	
	ASE+KDU	36(15,3)	4(11,4)	
	AH+ASE+KDU	73(30,9)	10(28,6)	
Bebek nasıl besleniyor?	Anne sütü	213(90,3) ^a	26(74,3) ^b	0,013
	Mama	1(0,4) ^a	0(0) ^a	
	Anne sütü+Mama	22(9,3) ^a	9(25,7) ^b	
Kendini annelik için nasıl hissediyor?	Yetersiz	1(0,4) ^a	0(0) ^a	<0,001
	Orta	26(11) ^a	14(40) ^b	
	Yeterli	209(88,6) ^a	21(60) ^b	
Bebek bakımına yardımcı olan var mı?	Yok	169(71,6)	26(74,3)	0,742
	Var	67(28,4)	9(25,7)	
Hayatında ciddi bir stres nedeni var mı?	Hayır	229(97)	25(71,4)	<0,001
	Evet	7(3)	10(28,6)	
Gebelikte düşük tehdidi var mıydı?	Hayır	187(79,2)	26(74,3)	0,505
	Evet	49(20,8)	9(25,7)	

Bulgular medyan (min-maks) veya n (%) ile gösterilmiştir. Mann-Whitney U test, Pearson ki-kare test, Fisher's Exact test. Bir satırdaki farklı küçük harfler gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı farkı gösterir.

Tablo 10’da Edinburgh depresyon skoruna göre depresyonu olan ve olmayan hastaların doğum öncesi psikolojik durumları karşılaştırılmıştır. Buna göre, gebelerde depresyon varlığına göre önceden depresyon tanısı almasının ($p=0,623$) ve ailede depresyon öyküsü olmasının ($p=0,154$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir. Eşi ile ilişkisi orta düzeyde olma oranı depresyonu olan gebelerde, eşi ile ilişkisi iyi düzeyde olma oranı ise depresyonu olmayan gebelerde daha yüksek iken bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p=0,057$). Depresyonu olan gebelerin kendi ailesiyle ilişkisinin orta düzeyde ve depresyonu olmayanların ise kendi ailesi ile ilişkisinin iyi düzeyde olma yüzdesi daha yüksek izlenmiştir ($p=0,023$). Depresyonu olan gebelerde eşi ile ilişkisi orta düzeyde olma oranı daha yüksek gözlenirse de bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p=0,065$). Depresyonu olan gebelerin eşinin desteğinin orta düzeyde olma oranı ve depresyonu olmayan gebelerin ise eşinin desteğinin iyi düzeyde olma oranı daha yüksektir ($p=0,033$).

Tablo 10. Edinburgh depresyon skoruna göre depresyonu olan ve olmayan hastaların doğum öncesi psikolojik durumlarının karşılaştırılması

		Depresyon yok (n:236)	Depresyon var (n:35)	p
Önceden depresyon tanısı var mı?	Hayır	228(96,6)	33(94,3)	0,623
	Evet	8(3,4)	2(5,7)	
Ailede depresyon öyküsü var mı?	Hayır	221(93,6)	30(85,7)	0,154
	Evet	15(6,4)	5(14,3)	
Eşi ile ilişkileri	Kötü	1(0,4)	0(0)	0,057
	Orta	10(4,2)	5(14,3)	
	İyi	225(95,3)	30(85,7)	
Kendi ailesiyle ilişkileri	Kötü	3(1,3) ^a	0(0) ^a	0,023
	Orta	2(0,8) ^a	3(8,6) ^b	
	İyi	231(97,9) ^a	32(91,4) ^b	
Eşinin ailesi ile ilişkileri	Kötü	2(0,8)	1(2,9)	0,065
	Orta	21(8,9)	7(20)	
	İyi	213(90,3)	27(77,1)	
Eşinin desteği nasıl?	Kötü	2(0,8) ^a	1(2,9) ^a	0,033
	Orta	19(8,1) ^a	7(20) ^b	
	İyi	215(91,1) ^a	27(77,1) ^b	

Bulgular n (%) ile gösterilmiştir. Fisher’s Exact test. Bir satırdaki farklı küçük harfler gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı farkı gösterir.

Beck depresyon skoruna göre depresyonu olan (≥ 10) ve olmayan (< 10) hastaların genel özellikleri Tablo 11’de karşılaştırılmıştır. Depresyon varlığına göre gebelerin yaşları ($p=0,924$), eşinin eğitim durumu ($p=0,254$), eşinin mesleği ($p=0,491$), aylık gelir durumu ($p=0,159$), sigara kullanım durumu ($p=0,653$), kronik hastalık varlığı ($p=0,568$) ve türü ($p=0,469$), ilaç kullanım durumu ($p=0,656$), ikamet yeri ($p=0,808$), aile tipi ($p=0,390$) ve ilk evlenme yaşının ($p=0,264$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Depresyonu olanlarda üniversite mezunu olanların yüzdesinin depresyonu olmayanlara göre daha düşük olduğu görülmüştür ($p=0,029$). Depresyonu olan gebelerde mesleği çiftçi olanların oranı depresyonu olmayanlara göre daha yüksektir ($p=0,044$).



Tablo 11. Beck depresyon skoruna göre depresyonu olan (≥ 10) ve olmayan (< 10) hastaların genel özelliklerinin karşılaştırılması

Özellikler		Depresyon yok (< 10) (n:181)	Depresyon var (≥ 10) (n:90)	p
Gebenin yaşı		28,2 $\pm$ 5,1(18-42)	28,1 $\pm$ 5,7(18-44)	0,924
Gebenin ilk evlenme yaşı		22,6 $\pm$ 3,9(15-37)	22 $\pm$ 3,6(16-39)	0,264
Gebenin eğitim durumu	Okuryazar değil-İlkokul	31(17,1) ^a	17(18,9) ^a	0,029
	Ortaokul	39(21,5) ^a	23(25,6) ^a	
	Lise	48(26,5) ^a	34(37,8) ^a	
	Üniversite	63(34,8) ^a	16(17,8) ^b	
Gebenin mesleği	İşçi	14(7,7) ^a	8(8,9) ^a	0,044
	Memur	27(14,9) ^a	6(6,7) ^a	
	Ev hanımı	127(70,2) ^a	62(68,9) ^a	
	Çiftçi	7(3,9) ^a	11(12,2) ^b	
	Serbest meslek	6(3,3) ^a	3(3,3) ^a	
Eşinin eğitim durumu	Okuryazar değil-İlkokul	27(14,9)	17(18,9)	0,254
	Ortaokul	38(21)	21(23,3)	
	Lise	50(27,6)	30(33,3)	
	Üniversite	66(36,5)	22(24,4)	
Eşinin mesleği	İşçi	62(34,3)	31(34,4)	0,491
	Memur	37(20,4)	12(13,3)	
	Çiftçi	17(9,4)	11(12,2)	
	Serbest meslek	65(35,9)	36(40)	
Aylık gelir durumu	Gelir giderden az	23(12,7)	19(21,1)	0,159
	Gelir-gider denk	140(77,3)	65(72,2)	
	Gelir giderden fazla	18(9,9)	6(6,7)	
Sigara kullanıyor mu?	Hayır	163(90,1)	84(93,3)	0,653
	Evet	9(5)	2(2,2)	
	Bırakmış	9(5)	4(4,4)	
Kronik hastalığı olan		18(9,9)	11(12,2)	0,568
Mevcut hastalık	Hipotroidi	10(55,6)	7(63,6)	0,469
	Hipertroidi	4(22,2)	2(18,2)	
	Epilepsi	3(16,7)	0(0)	
	Astım	1(5,6)	2(18,2)	
İlaç kullanımı	Hayır	164(90,6)	80(88,9)	0,656
	Evet	17(9,4)	10(11,1)	
İkamet yeri	Köy	32(17,7)	17(18,9)	0,808
	İlçe/İl merkez	149(82,3)	73(81,1)	
Aile tipi	Çekirdek aile	154(85,1)	80(88,9)	0,390
	Geniş aile	27(14,9)	10(11,1)	

Bulgular ort $\pm$ SS (min-maks) veya n (%) ile gösterilmiştir. Student's t test, Pearson ki-kare test, Fisher's Exact test.

Tablo 12’de Beck depresyon skoruna göre depresyonu olan (≥ 10) ve olmayan (< 10) hastaların gebelik süreci ile ilgili bilgileri karşılaştırılmıştır. Buna göre, depresyon varlığına göre gebelerin ilk gebelik yaşı ($p=0,241$), gebelik sayısı ($p=0,235$), son iki gebelik arasında geçen süreleri ($p=0,522$), gebelik haftası ($p=0,747$), gebelik muayenesini yapan kişi ($p=0,224$), TSH değerleri ($p=0,548$), demir tedavisi süreleri ($p=0,897$) ve gebelikte aldıkları kiloları ($p=0,453$) bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Depresyonu olan gebelerde gebeliğin plansız gelişme oranı depresyonları olmayanlara göre daha yüksektir ($p=0,004$). Depresyonu olan gebelerin 1-2. trimester HGB değerleri ($p=0,029$) ve 3. trimester HGB değerleri ($p<0,001$) depresyonu olmayan gebelere göre istatistiksel olarak daha düşük izlenmiştir. Beck depresyon skoruna göre depresyonu olan ve olmayan hastaların 1-2. trimester ($p=0,750$) HGB değerinin <11 gr/dl olma oranı benzer bulunurken ($p=0,743$) depresyonu olan hastaların 3. trimester HGB değerinin <11 gr/dl olma oranının depresyonu olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). Depresyon varlığı ile TSH yüksekliği (>3) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,989$).

Tablo 12. Beck depresyon skoruna göre depresyonu olan (≥ 10) ve olmayan (< 10) hastaların gebelik süreci ile ilgili bilgilerinin karşılaştırılması

		Depresyon yok (< 10) (n:181)	Depresyon var (≥ 10) (n:90)	p
İlk gebelik yaşı		23,7 $\pm$ 4,2(16-38)	23,1 $\pm$ 4(18-40)	0,241
Kaçıncı gebelik?		2(1-6)	2(1-6)	0,235
Son iki gebelik arasında yıl		4(1-16)	4(1-12)	0,522
Gebeliğin kaçınıcı haftası?		36(27-40)	36(27-40)	0,747
Gebelik planlı mı?	Hayır	20(11)	22(24,4)	0,004
	Evet	161(89)	68(75,6)	
Gebe muayenesi yapan kim?	Aile hekimi	0(0)	2(2,2)	0,224
	Aile sağlığı elemanı	27(14,9)	12(13,3)	
	Kadın doğum uzmanı	13(7,2)	9(10)	
	AH+ASE	4(2,2)	0(0)	
	AH+KDU	0(0)	1(1,1)	
	ASE+KDU	31(17,1)	15(16,7)	
	AH+ASE+KDU	106(58,6)	51(56,7)	
HGB (1-2. trimester)		12,71 $\pm$ 1,12(9,8-15,9)	12,37 $\pm$ 1,36(8,2-16,5)	0,029
<11 gr/dl		14(7,7)	8(8,9)	0,743
≥ 11 gr/dl		167(92,3)	82(91,1)	
HGB (3.trimester)		12,17 $\pm$ 1,04(9,4-14,8)	11,59 $\pm$ 1,31(7,5-14,2)	<0,001
<11 gr/dl		19(10,5)	28(31,1)	<0,001
≥ 11 gr/dl		162(89,5)	62(68,9)	
TSH		1,6(0,01-4,7)	1,49(0,23-4,8)	0,548
≤ 3 mIU/L		165(91,2)	82(91,1)	0,989
> 3 mIU/L		16(8,8)	8(8,9)	
Demir tedavisi süresi (ay)		3(1-7)	3(1-7)	0,897
Gebelikte aldığı kilo (kg)		11(2-25)	10(0-25)	0,453

Bulgular ort $\pm$ SS (min-maks), medyan (min-maks) veya n (%) ile gösterilmiştir. Student's t test, Mann-Whitney U test, Pearson ki-kare test, Fisher's Exact test. Bir satırdaki farklı küçük harfler gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı farkı gösterir.

Tablo 13'te Beck depresyon skoruna göre depresyonu olan (≥ 10) ve olmayan (< 10) hastaların doğum süreci ile ilgili bilgileri karşılaştırılmıştır. Depresyonu olan ve olmayan gebelerin doğum haftası (p=0,785), doğum şekli (p=0,358), bebeğin cinsiyeti (p=0,577), bebeğin cinsiyetinden memnun olma durumu (p=0,332), doğum sonrası sağlık bakımı alması (p=0,337), bebeğin beslenme şekli (p=0,696), kendini annelik için nasıl hissettiği (p=0,576) ve gebelikte düşük tehdidi yaşaması (p=0,305) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir. Hem aile hekimi hem aile sağlığı elemanı hem de kadın doğum uzmanı tarafından doğum sonrası sağlık bakımı gören gebelerin oranı depresyonu olmayan gebelerde daha yüksek depresyonu olan gebelerde ise daha düşük oranda izlenmiştir (p=0,027). Depresyonu olanlarda bebek

bakımı için yardımcı olan birinin bulunma yüzdesi depresyonu olmayanlara göre daha yüksektir ($p=0,003$). Depresyonu olan gebelerde hayatında ciddi bir stres kaynağı olma oranı depresyonu olmayanlara göre istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0,004$).

Tablo 13. Beck depresyon skoruna göre depresyonu olan (≥ 10) ve olmayan (< 10) hastaların doğum süreci ile ilgili bilgilerinin karşılaştırılması

		Depresyon yok (< 10) (n:181)	Depresyon var (≥ 10) (n:90)	p
Bebeğin doğduğu gebelik haftası		39(29-41)	39(34-41)	0,785
Doğum şekli	Sezeryan	125(69,1)	67(74,4)	0,358
	Normal doğum	56(30,9)	23(25,6)	
Bebeğin cinsiyeti	Kız	86(47,5)	46(51,1)	0,577
	Erkek	95(52,5)	44(48,9)	
Bebeğinin cinsiyetinden memnun mu?	Hayır	0(0)	1(1,1)	0,332
	Evet	181(100)	89(98,9)	
Doğum sonrası sağlık bakımı aldı mı?	Hayır	2(1,1)	3(3,3)	0,337
	Evet	179(98,9)	87(96,7)	
Doğum sonrası bakım veren	Yok	2(1,1) ^a	3(3,3) ^a	0,027
	Aile sağlığı elemanı	36(19,9) ^a	24(26,7) ^a	
	Kadın doğum uzmanı	19(10,5) ^a	12(13,3) ^a	
	AH+ASE	30(16,6) ^a	21(23,3) ^a	
	AH+KDU	0(0) ^a	1(1,1) ^a	
	ASE+KDU	28(15,5) ^a	12(13,3) ^a	
	AH+ASE+KDU	66(36,5) ^a	17(18,9) ^b	
Bebek nasıl besleniyor?	Anne sütü	161(89)	78(86,7)	0,696
	Mama	1(0,6)	0(0)	
	Anne sütü+Mama	19(10,5)	12(13,3)	
Kendini annelik için nasıl hissediyor?	Yetersiz	1(0,6)	0(0)	0,576
	Orta	24(13,3)	16(17,8)	
	Yeterli	156(86,2)	74(82,2)	
Bebek bakımına yardımcı olan var mı?	Yok	120(66,3)	75(83,3)	0,003
	Var	61(33,7)	15(16,7)	
Hayatında ciddi bir stres nedeni var mı?	Hayır	175(96,7)	79(87,8)	0,004
	Evet	6(3,3)	11(12,2)	
Gebelikte düşük tehdidi var mıydı?	Hayır	139(76,8)	74(82,2)	0,305
	Evet	42(23,2)	16(17,8)	

Bulgular medyan (min-maks) veya n (%) ile gösterilmiştir. Mann-Whitney U test, Pearson ki-kare test, Fisher's Exact test. Bir satırdaki farklı küçük harfler gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı farkı gösterir.

Tablo 14’te BECK depresyon skoruna göre depresyonu olan (≥ 10) ve olmayan (< 10) hastaların doğum öncesi psikolojik durumları karşılaştırılmıştır. Buna göre, gebelerde depresyon varlığına göre ailede depresyon öyküsü varlığının ($p=0,245$) ve kendi ailesiyle ilişki düzeyinin ($p=0,142$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir. Depresyonu olan gebelerde önceden depresyon tanısı alma yüzdesi daha yüksek gözlense de bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p=0,088$). Depresyon olmayan gebelerin eşi ile ilişkilerinin iyi düzeyde, depresyonu olan gebelerin ise orta düzeyde olma oranı istatistiksel olarak daha yüksektir ($p=0,009$). Benzer şekilde depresyonu olan gebelerin eşinin ailesi ile ilişkilerinin orta düzeyde, olmayan gebelerin ise iyi düzeyde olma oranı istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0,049$). Depresyonu olan gebelerin eşlerinin desteğinin orta düzeyde olma yüzdesi depresyonu olmayanlara göre daha yüksek bulunsun da bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,067$).

Tablo 14. Beck depresyon skoruna göre depresyonu olan (≥ 10) ve olmayan (< 10) hastaların doğum öncesi psikolojik durumlarının karşılaştırılması

		Depresyon yok (< 10) (n:181)	Depresyon var (≥ 10) (n:90)	p
Önceden depresyon tanısı var mı?	Hayır	177(97,8)	84(93,3)	0,088
	Evet	4(2,2)	6(6,7)	
Ailede depresyon öyküsü var mı?	Hayır	170(93,9)	81(90)	0,245
	Evet	11(6,1)	9(10)	
Eşi ile ilişkisi	Kötü	1(0,6) ^a	0(0) ^a	0,009
	Orta	5(2,8) ^a	10(11,1) ^b	
	İyi	175(96,7) ^a	80(88,9) ^b	
Kendi ailesiyle ilişkileri	Kötü	1(0,6)	2(2,2)	0,142
	Orta	2(1,1)	3(3,3)	
	İyi	178(98,3)	85(94,4)	
Eşinin ailesi ile ilişkileri	Kötü	1(0,6) ^a	2(2,2) ^a	0,049
	Orta	14(7,7) ^a	14(15,6) ^b	
	İyi	166(91,7) ^a	74(82,2) ^b	
Eşinin desteği nasıl?	Kötü	1(0,6)	2(2,2)	0,067
	Orta	13(7,2)	13(14,4)	
	İyi	167(92,3)	75(83,3)	

Beck depresyon skoruna göre depresyonu olan (≥ 17) ve olmayan (< 17) hastaların genel özellikleri Tablo 15’te karşılaştırılmıştır. Depresyon varlığına göre gebelerin yaşları ($p=0,390$), gebenin mesleği ($p=0,094$), eşinin eğitim durumu ($p=0,179$), eşinin mesleği ($p=0,782$), aylık gelir durumu ($p=0,279$), sigara kullanım durumu ($p=0,559$), kronik hastalık varlığı ($p=0,567$) ve türü ($p=0,880$), ilaç kullanım durumu ($p=0,772$), ikamet yeri ($p=0,547$), aile tipi ($p=0,588$) ve ilk evlenme yaşının ($p=0,662$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir. Depresyonu olanlarda üniversite mezunu olanların yüzdesinin depresyonu olmayanlara göre daha düşük olduğu görülmüştür ($p=0,033$).



Tablo 15. Beck depresyon skoruna göre depresyonu olan (≥ 17) ve olmayan (< 17) hastaların genel özelliklerinin karşılaştırılması

		Depresyon yok (n:234)	Depresyon var (n:37)	p
Gebenin yaşı		28,1 $\pm$ 5,2(18-42)	28,9 $\pm$ 5,9(19-44)	0,390
Gebenin ilk evlenme yaşı		22,4 $\pm$ 3,8(15-37)	22,1 $\pm$ 4,2(16-39)	0,662
Gebenin eğitim durumu	Okuryazar değil-İlkokul	38(16,2) ^a	10(27) ^a	0,033
	Ortaokul	52(22,2) ^a	10(27) ^a	
	Lise	69(29,5) ^a	13(35,1) ^a	
	Üniversite	75(32,1) ^a	4(10,8) ^b	
Gebenin mesleği	İşçi	19(8,1)	3(8,1)	0,094
	Memur	32(13,7)	1(2,7)	
	Ev hanımı	161(68,8)	28(75,7)	
	Çiftçi	13(5,6)	5(13,5)	
	Serbest meslek	9(3,8)	0(0)	
Eşinin eğitim durumu	Okuryazar değil-İlkokul	34(14,5)	10(27)	0,179
	Ortaokul	52(22,2)	7(18,9)	
	Lise	68(29,1)	12(32,4)	
	Üniversite	80(34,2)	8(21,6)	
Eşinin mesleği	İşçi	81(34,6)	12(32,4)	0,782
	Memur	44(18,8)	5(13,5)	
	Çiftçi	23(9,8)	5(13,5)	
	Serbest meslek	86(36,8)	15(40,5)	
Aylık gelir durumu	Gelir giderden az	33(14,1)	9(24,3)	0,279
	Gelir-gider denk	180(76,9)	25(67,6)	
	Gelir giderden fazla	21(9)	3(8,1)	
Sigara kullanıyor mu?	Hayır	212(90,6)	35(94,6)	0,559
	Evet	11(4,7)	0(0)	
	Bırakmış	11(4,7)	2(5,4)	
Kronik hastalığı olan		24(10,3)	5(13,5)	0,567
Mevcut hastalık	Hipotroidi	14(58,3)	3(60)	0,880
	Hipertroidi	5(20,8)	1(20)	
	Epilepsi	3(12,5)	0(0)	
	Astım	2(8,3)	1(20)	
İlaç kullanımı	Hayır	211(90,2)	33(89,2)	0,772
	Evet	23(9,8)	4(10,8)	
İkamet yeri	Köy	41(17,5)	8(21,6)	0,547
	İlçe/İl merkez	193(82,5)	29(78,4)	
Aile tipi	Çekirdek aile	201(85,9)	33(89,2)	0,588
	Geniş aile	33(14,1)	4(10,8)	

Bulgular ort $\pm$ SS (min-maks) veya n (%) ile gösterilmiştir. Student's t test, Pearson ki-kare test, Fisher's Exact test.

Tablo 16’da Beck depresyon skoruna göre depresyonu olan (≥ 17) ve olmayan (< 17) hastaların gebelik süreci ile ilgili bilgileri karşılaştırılmıştır. Buna göre, depresyon varlığına göre gebelerin ilk gebelik yaşı ($p=0,434$), gebelik sayısı ($p=0,132$), son iki gebelik arasında geçen süreleri ($p=0,108$), gebelik haftası ($p=0,887$), 1-2. trimester HGB değerleri ($p=0,057$), TSH değerleri ($p=0,066$) ve demir tedavisi süreleri ($p=0,452$) bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Depresyonu olan gebelerde gebelik döneminde kadın doğum uzmanına muayene olma oranı daha yüksektir ($p=0,003$). Depresyonu olan gebelerin 3. trimester HGB değerleri depresyonu olmayan gebelere göre istatistiksel olarak daha düşük izlenmiştir ($p=0,034$). Beck depresyon skoruna göre depresyonu olan ve olmayan hastaların 1-2. trimester ($p=0,749$) ve 3. trimester ($p=0,227$) HGB değerlerinin < 11 gr/dl olma oranı benzer bulunmuştur. Depresyon varlığı ile TSH yüksekliği (> 3) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,549$). Depresyonu olan gebelerin gebelikte aldıkları kilonun depresyonu olmayan gebelere göre daha az olduğu gözlenmiştir ($p=0,010$).

Tablo 16. Beck depresyon skoruna göre depresyonu olan (≥ 17) ve olmayan (< 17) hastaların gebelik süreci ile ilgili bilgilerinin karşılaştırılması

		Depresyon yok (n:234)	Depresyon var (n:37)	p
İlk gebelik yaşı		23,6 $\pm$ 4,1(16-38)	23 $\pm$ 4,2(18-40)	0,434
Kaçıncı gebelik?		2(1-6)	2(1-4)	0,132
Gebeliğin kaçınıcı haftası?		36(27-40)	36(27-40)	0,887
Son iki gebelik arasında geçen süre (yıl)		4(1-16)	5(1-12)	0,108
Gebelik planlı mı?	Hayır	34(14,5)	8(21,6)	0,268
	Evet	200(85,5)	29(78,4)	
Gebe muayenesi yapan kim?	Aile hekimi	0(0) ^a	2(5,4) ^a	0,003
	Aile sağlığı elemanı	34(14,5) ^a	5(13,5) ^a	
	Kadın doğum uzmanı	14(6) ^a	8(21,6) ^b	
	AH+ASE	4(1,7) ^a	0(0) ^a	
	AH+KDU	1(0,4) ^a	0(0) ^a	
	ASE+KDU	43(18,4) ^a	3(8,1) ^a	
	AH+ASE+KDU	138(59) ^a	19(51,4) ^a	
HGB (1-2. trimester)		12,65 $\pm$ 1,22(8,2-16,5)	12,24 $\pm$ 1,12(9,7-14,6)	0,057
<11 gr/dl		20(8,5)	2(5,4)	0,749
≥ 11 gr/dl		214(91,5)	35(94,6)	
HGB (3.trimester)		12,04 $\pm$ 1,15(7,5-14,8)	11,6 $\pm$ 1,21(8,9-13,5)	0,034
<11 gr/dl		38(16,2)	9(24,3)	0,227
≥ 11 gr/dl		196(83,8)	28(75,7)	
TSH		1,59(0,01-4,8)	1,36(0,23-4)	0,066
≤ 3 mIU/L		212(90,6)	35(94,6)	0,549
> 3 mIU/L		22(9,4)	2(5,4)	
Demir tedavisi süresi		3(1-7)	3(1-7)	0,452
Gebelikte aldığı kilo		11(0-25)	10(0-18)	0,010

Bulgular ort $\pm$ SS (min-maks), medyan (min-maks) veya n (%) ile gösterilmiştir. Student's t test, Mann-Whitney U test, Pearson ki-kare test, Fisher's Exact test. Bir satırdaki farklı küçük harfler gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı farkı gösterir.

Tablo 17'de Beck depresyon skoruna göre depresyonu olan (≥ 17) ve olmayan (< 17) hastaların doğum süreci ile ilgili bilgileri karşılaştırılmıştır. Depresyonu olan ve olmayan gebelerin doğum haftası ($p=0,739$), doğum şekli ($p=0,487$), bebeğin cinsiyeti ($p=0,484$), bebeğin cinsiyetinden memnun olma durumu ($p=0,999$), doğum sonrası sağlık bakımı alması ($p=0,139$), bebeğin beslenme şekli ($p=0,483$), kendini annelik için nasıl hissettiği ($p=0,211$), bebek bakımı için yardımcı olan birinin olması ($p=0,184$) ve gebelikte düşük tehdidi yaşaması ($p=0,091$) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Depresyonu olan gebelerde hem aile hekimi hem

aile sağılığı elemanı hem de kadın doğum uzmanı tarafından doğum sonrası sağılık bakımı gören gebelerin oranı depresyonu olmayan gebelere göre daha düşük oranda izlenmiştir (p=0,030). Depresyonu olan gebelerde hayatında ciddi bir stres kaynağı olma oranı depresyonu olmayanlara göre istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur (p=0,001).

Tablo 17. Beck depresyon skoruna göre depresyonu olan (≥ 17) ve olmayan (< 17) hastaların doğum süreci ile ilgili bilgilerinin karşılaştırılması

		Depresyon yok (n:234)	Depresyon var (n:37)	p
Bebeğin doğduğu gebelik haftası		39(29-41)	39(34-41)	0,739
Doğum şekli	Sezeryan	164(70,1)	28(75,7)	0,487
	Normal doğum	70(29,9)	9(24,3)	
Bebeğin cinsiyeti	Kız	112(47,9)	20(54,1)	0,484
	Erkek	122(52,1)	17(45,9)	
Bebeğinin cinsiyetinden memnun mu?	Hayır	1(0,4)	0(0)	0,999
	Evet	233(99,6)	37(100)	
Doğum sonrası sağılık bakımı aldı mı?	Hayır	3(1,3)	2(5,4)	0,139
	Evet	231(98,7)	35(94,6)	
Doğum sonrası bakım veren	Yok	3(1,3) ^a	2(5,4) ^a	0,030
	Aile sağılığı elemanı	49(20,9) ^a	11(29,7) ^a	
	Kadın doğum uzmanı	26(11,1) ^a	5(13,5) ^a	
	AH+ASE	40(17,1) ^a	11(29,7) ^a	
	AH+KDU	1(0,4) ^a	0(0) ^a	
	ASE+KDU	37(15,8) ^a	3(8,1) ^a	
	AH+ASE+KDU	78(33,3) ^a	5(13,5) ^b	
Bebek nasıl besleniyor?	Anne sütü	208(88,9)	31(83,8)	0,483
	Mama	1(0,4)	0(0)	
	Anne sütü+Mama	25(10,7)	6(16,2)	
Kendini annelik için nasıl hissediyor?	Yetersiz	1(0,4)	0(0)	0,211
	Orta	31(13,2)	9(24,3)	
	Yeterli	202(86,3)	28(75,7)	
Bebek bakımına yardımcı olan var mı?	Yok	165(70,5)	30(81,1)	0,184
	Var	69(29,5)	7(18,9)	
Hayatında ciddi bir stres nedeni var mı?	Hayır	225(96,2)	29(78,4)	0,001
	Evet	9(3,8)	8(21,6)	
Gebelikte düşük tehdidi var mıydı?	Hayır	180(76,9)	33(89,2)	0,091
	Evet	54(23,1)	4(10,8)	

Bulgular medyan (min-maks) veya n (%) ile gösterilmiştir. Mann-Whitney U test, Pearson ki-kare test, Fisher's Exact test. Bir satırdaki farklı küçük harfler gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı farkı gösterir.

Tablo 18’de Beck depresyon skoruna göre depresyonu olan (≥ 17) ve olmayan (< 17) hastaların doğum öncesi psikolojik durumları karşılaştırılmıştır. Buna göre, gebelerde depresyon varlığına göre önceki depresyon öyküsü varlığının ($p=0,143$), ailede depresyon öyküsü varlığının ($p=0,743$), kendi ailesiyle ilişki düzeyinin ($p=0,696$) ve eşinin ailesi ile ilişki düzeyinin ($p=0,146$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir. Depresyon olmayan gebelerin eşi ile ilişkilerinin iyi düzeyde, depresyonu olan gebelerin ise orta düzeyde olma oranı daha yüksek bulunmuş, fakat bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,066$). Depresyonu olan gebelerin eşlerinin desteğinin kötü veya orta düzeyde olma yüzdesi depresyonu olmayanlara göre daha yüksek izlenmiştir ($p=0,007$).

Tablo 18. Beck depresyon skoruna göre depresyonu olan (≥ 17) ve olmayan (< 17) hastaların doğum öncesi psikolojik durumlarının karşılaştırılması

		Depresyon yok (n:234)	Depresyon var (n:37)	p
Önceden depresyon tanısı var mı?	Hayır	227(97)	34(91,9)	0,143
	Evet	7(3)	3(8,1)	
Ailede depresyon öyküsü var mı?	Hayır	217(92,7)	34(91,9)	0,743
	Evet	17(7,3)	3(8,1)	
Eşi ile ilişkileri	Kötü	1(0,4)	0(0)	0,066
	Orta	10(4,3)	5(13,5)	
	İyi	223(95,3)	32(86,5)	
Kendi ailesiyle ilişkileri	Kötü	3(1,3)	0(0)	0,696
	Orta	4(1,7)	1(2,7)	
	İyi	227(97)	36(97,3)	
Eşinin ailesi ile ilişkileri	Kötü	2(0,9)	1(2,7)	0,146
	Orta	22(9,4)	6(16,2)	
	İyi	210(89,7)	30(81,1)	
Eşinin desteği nasıl?	Kötü	1(0,4) ^a	2(5,4) ^b	0,007
	Orta	19(8,1) ^a	7(18,9) ^b	
	İyi	214(91,5) ^a	28(75,7) ^b	

Bulgular n (%) ile gösterilmiştir. Fisher’s Exact test. Bir satırdaki farklı küçük harfler gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı farkı gösterir.

Tablo 19’da Beck ve Edinburgh ölçek skoru ile diğer faktörlerin korelasyon analizi bulguları verilmiştir. Gebelerin Beck ölçek skoru ile eşinin ailesi ile ilişki düzeyi ($r=-0,175$; $p=0,004$), eşinin destek düzeyi ($r=-0,165$; $p=0,006$) ve 1-2. Trimester HGB değerleri ($r=-0,152$; $p=0,012$) arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde çok zayıf bir korelasyon belirlenmiştir. Gebelerin Edinburgh ölçek skoru ile aylık gelir durumu ($r=-0,187$; $p=0,002$), eşinin ailesi ile ilişki düzeyi ($r=-0,139$; $p=0,022$), eşinin destek düzeyi ($r=-0,160$; $p=0,008$) ve demir tedavisi süresi ($r=-0,134$; $p=0,043$) arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde çok zayıf bir korelasyon tespit edilmiştir.

Tablo 19. Beck ve Edinburgh ölçek skoru ile diğer faktörlerin korelasyonu

	Beck skoru		Edinburgh skoru	
	r	p	r	p
Gebenin yaşı	0,015	0,803	-0,029	0,631
Gebenin eğitim durumu	-0,075	0,220	0,018	0,771
Eşinin eğitim durumu	-0,051	0,407	-0,027	0,652
Aylık gelir durumu	-0,060	0,323	-0,187	0,002
Gebenin ilk evlenme yaşı	-0,033	0,584	-0,034	0,579
İlk gebelik yaşı	-0,060	0,325	-0,018	0,768
Kaçıncı gebelik?	0,090	0,138	0,015	0,802
Son iki gebelik arasında geçen yıl	0,081	0,312	-0,003	0,971
Gebeliğin kaçınıcı haftası?	-0,101	0,098	0,088	0,150
Eşi ile ilişkisi	-0,104	0,088	-0,086	0,160
Kendi ailesiyle ilişkileri	-0,035	0,567	-0,072	0,241
Eşinin ailesi ile ilişkileri	-0,175	0,004	-0,139	0,022
Eşinin desteğini nasıl?	-0,165	0,006	-0,160	0,008
Gebelikte aldığı kilo	-0,019	0,752	0,030	0,621
Bebeğin doğduğu gebelik haftası	-0,044	0,468	0,015	0,802
HGB (1-2. trimester)	-0,152	0,012	0,025	0,680
HGB (3.trimester)	-0,117	0,055	0,040	0,507
TSH	-0,016	0,794	-0,049	0,421
Demir tedavisi süresi	0,016	0,808	-0,134	0,043

Spearman korelasyon testi.

Tablo 20’de gebelerin BECK (≥ 10) ve Edinburgh ölçek skoruna göre belirlenen gebelik dönemi ve sonrası depresyon durumu incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda, gebelik döneminde depresyonu olan gebelerin %26,7’sinde gebelik sonrası depresyon görülürken gebelik döneminde depresyonu olmayan hastaların %6,1’inde gebelik sonrası depresyon görülmüştür. Gebelik döneminde depresyon görülen hastalarda gebelik sonrası depresyon görülme oranı gebelik döneminde depresyonu olmayan hastalara göre istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,001$).

Tablo 20. Beck skoruna (≥ 10) göre belirlenen gebelik dönemi depresyonun Edinburgh skoruna göre belirlenen gebelik sonrası depresyona etkisi

Depresyon			Beck (Gebelik dönemi)		p
			Yok	Var	
Edinburgh (Gebelik sonrası)	Yok	n	170	66	<0,001
		%	93,9	73,3	
	Var	n	11	24	
		%	6,1	26,7	

Pearson ki-kare test.

Tablo 21’de gebelerin Beck (≥ 17) ve Edinburgh ölçek skoruna göre belirlenen gebelik dönemi ve sonrası depresyon durumu incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda, gebelik döneminde depresyonu olan gebelerin %43,2’sinde gebelik sonrası depresyon görülürken gebelik döneminde depresyonu olmayan hastaların %8,1’inde gebelik sonrası depresyon görülmüştür. Gebelik döneminde depresyon görülen hastalarda gebelik sonrası depresyon görülme oranı gebelik döneminde depresyonu olmayan hastalara göre istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,001$).

Tablo 21. Beck skoruna (≥ 17) göre belirlenen gebelik dönemi depresyonun Edinburgh skoruna göre belirlenen gebelik sonrası depresyona etkisi

Depresyon			BECK (Gebelik dönemi)		p
			Yok	Var	
Edinburgh (Gebelik sonrası)	Yok	n	215	21	<0,001
		%	91,9	56,8	
	Var	n	19	16	
		%	8,1	43,2	

Fisher’s Exact test.

Çalışma sonuçlarına göre saptanan gebelik depresyonu ve doğum sonrası depresyonu etkileyen faktörler Tablo 22’de listelenmiştir.

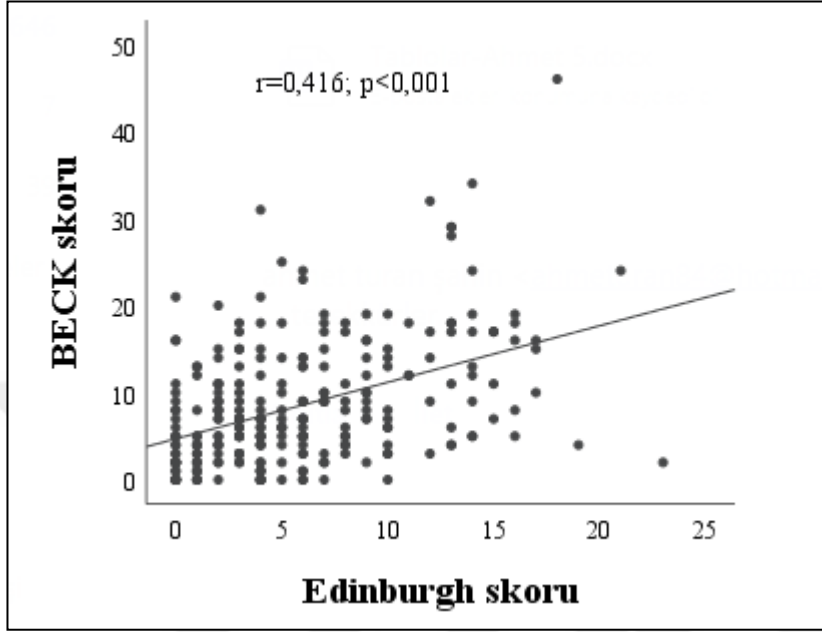
Tablo 22. Gebelik depresyonu ve doğum sonrası depresyonu etkileyen faktörler

Özellik	AD (BDÖ ≥10)	AD (BDÖ ≥17)	DSD
Yaş	-	-	-
Eğitim durumu	+	+	-
Meslek	+	-	-
Eşin eğitim durumu	-	-	-
Eşin mesleği	-	-	-
Aylık gelir durumu	-	-	-
Sigara kullanımı	-	-	-
Kronik hastalık	-	-	-
İlaç kullanımı	-	-	-
İkamet yeri	-	-	-
Aile tipi	-	-	-
İlk evlenme yaşı	-	-	-
İlk gebelik yaşı	-	-	-
Kaçıncı gebelik?	-	-	-
Son iki gebelik arası yıl	-	-	-
Gebelik planlı mı?	+	-	+
Gebelik haftası?	-	-	-
Gebe muayenesi	-	+	+
HGB (1-2. trimester)	+	-	-
Anemi (1-2. trimester)	-	-	-
HGB (3.trimester)	+	+	-
Anemi (3. trimester)	+	-	-
TSH	-	-	-
Demir takviye süresi	-	-	-
Gebelikte aldığı kilo	-	+	-
Bebğin doğum haftası	-	-	-
Doğum şekli	-	-	-
Bebğin cinsiyeti	-	-	-
Doğum sonrası bakım	+	+	-
Bebek beslenme şekli	-	-	+
Yeterli annelik	-	-	+
Bebek bakım yardımcı	+	-	-
Stres nedeni var mı?	+	+	+
Gebelik düşük tehdidi	-	-	-
Depresyon öyküsü	-	-	-
Aile depresyon öyküsü	-	-	-
Eşi ile ilişkisi	+	-	-
Kendi ailesiyle ilişkileri	-	-	+
Eşinin ailesi ile ilişkileri	+	-	-
Eşinin desteği	-	+	+
Gebelik depresyonu			+

(+) Depresyon için risk faktörü

(-) Depresyon için risk faktörü değil.

Gebelerin Beck ölçek skorları ile Edinburgh ölçek skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde orta seviyede bir korelasyon bulunmuştur ($r=0,416$; $p<0,001$) (Şekil 1).



Şekil 1. Beck ve Edinburgh skorları arasındaki korelasyon

5. TARTIŞMA

Dünya Sağlık Örgütü tarafından sağlık, kişinin fiziksel, sosyal ve ruhsal iyilik hali olarak tanımlanmıştır. Sağlık hayatın amacı olarak değil, günlük yaşam için bir kaynak olarak görülmelidir. DSÖ tarafından temel insan haklarından biri olarak görülen sağlığın ruhsal boyutu giderek daha fazla önem arz etmektedir (63). Sağlıklı toplum için önemli olan annelerin ruhsal durumu açısından dönüm noktalarından olan, gebelik ve gebelik sonrası dönemlerinde görülen depresyon görülme sıklıkları, ilgili risk faktörleri ve birbirleriyle ilişkileri amaçlanmıştır.

Çalışmamızda gebelik dönemi depresyon görülme sıklığı için katılımcılara Beck ve ark. tarafından geliştirilen, Hisli ve ark. tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılan BDÖ uygulandı (50, 51). BDÖ skorlarını iki ayrı şekilde analiz edildi. Önce, görülen depresyon düzeyine göre (0–9 puan arası: Normal, 10–16 puan arası: Hafif düzeyde depresif belirtiler, 17–29 puan arası: Orta düzeyde depresif belirtiler, 30–63 puan arası: Şiddetli düzeyde depresif belirtiler) inceledik. 10 puan ve üzeri depresif belirtiler var, 10 puan altını depresif belirtiler yok diye analiz edildi. Sonra, BDÖ kesme noktası 17 kabul ederek istatistiksel olarak analiz edildi. Postpartum depresyon tespiti için ise Cox ve ark. tarafından geliştirilen, Engindeniz ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılan EPDÖ kullanılmıştır (62).

Çalışmamızda gebelik dönemi depresyon görülme sıklığı, depresyonun düzeyine (hafif, orta, şiddetli) göre % 33,2, kesme noktası 17 puan ve üzeri alanlar %13,65 olarak belirlenmiştir. Kapan ve ark.'nın yaptığı çalışmada gebelik dönemindeki kadınların % 37,8'i BDÖ'de 17 puan ve üzerinde almıştır (64). Okagbue ve ark. nın yaptığı meta analiz çalışmasında yer alan 26 çalışmada gebelik dönemi depresyon görülme sıklığı %15 tespit edilmiştir. Gebelik depresyonunu saptamak için yer alan 26 çalışmada değişik ölçekler kullanılmıştır. Gebelik depresyonu görülme sıklığı EPDÖ kullanılan çalışmalarda %23,8, BDÖ kullanılan çalışmalarda % 25,3, diğer ölçeklerin ortalaması ise %14,2 olarak belirtilmiştir. Aynı çalışmada GD'nun en sık 3. trimesterde görüldüğü belirtilmiştir (65).

EPDÖ'nün kesme noktası 13 ve üzeri alınarak yapılan çalışmamızda postpartum depresyon görülme sıklığı ise % 12,9 olarak saptanmıştır. Karaçam ve ark.'nın 2002-2015 yılları arasında yayınlanan toplam 48 çalışma ile yaptığı meta analiz çalışmalarında Türkiye'de DSD görülme sıklığı ortalama %25,2 (%9,1-51,3 arasında) olarak bulunmuştur (49). Özcan ve ark.'nın 1999-2015 yılları arasında yayınlanan 52 çalışma ile yaptığı meta analiz çalışmalarında DSD görülme sıklığı ortalama %23,8 (%5-%61,8 arasında) olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada gelişmiş şehirlerdeki DSD sıklığı %21,2, gelişmekte olan illerde %25 olarak tespit edilmiştir (57). Shorey ve arkadaşlarının yaptığı meta analiz çalışmada Asya, Avrupa, Orta Doğu, Kuzey Amerika, Güney Amerika, Afrika da yapılmış toplam 56 araştırma dahil edilmiş olup DSD görülme sıklığı %17 olarak saptanmıştır (66). Dennis ve ark.'nın yaptığı çalışmada postpartum ilk dört hafta ve uygulanan EPDÖ'nün kesme puanı 13 almak koşuluyla DSD görülme sıklığı ortalama %7,6 (oran %5,6- %10,2) olarak bulunmuştur (67) Hutchens ve ark.'nın yaptığı şemsiye incelemede doğurganlık çağındaki kadınların %13 ile %19 arasında DSD görüldüğü tespit edilmiştir (68).

Çalışmalardaki gebelik depresyonu ve DSD görülme sıklığında, kullanılan ölçek, alınan kesme noktası, uygulama zamanı, örneklem sayılarının farklı alınması gibi nedenlerden dolayı farklılıklar görülmektedir.

Çalışmamızda yapılan analiz sonucunda kadınların yaş ortalaması $28 \pm 5,2$ (18-42) olup gebenin yaşı ile hem GD hem de DSD arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Dağlar ve ark.'nın yaptığı çalışmada gebe yaşı ile GD arasında istatistiksel olarak herhangi bir ilişki saptanmamıştır (69). Yücel ve ark.'nın yaptığı çalışmada gebelik yaşı ile GD arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Gebenin yaşı 30 ve üzerinde ise GD görülme sıklığı artmıştır (70). Hu ve ark.'nın çalışmalarında gebelik yaşı ile GD arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Çalışmada ileri yaş GD için bir risk faktörü olarak belirtilmiştir (71). İşcan ve ark.'nın yaptıkları çalışmada gebenin yaşı ile GD arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Gebenin yaşının 20 yaş altı olması GD için risk faktörü olarak ifade edilmiştir (72).

Verker ve arkadaşlarının Hollandada yaptıkları çalışmada gebe yaşıyla DSD arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir (73). Fan ve arkadaşlarının Sri Lanka'da yaptıkları çalışmada ileri yaş gebelerde DSD görülme sıklığı istatistiksel olarak

anlamli oranda yüksek saptanmıştır (74). Hindistanda yapılan bir metaanaliz çalışmasında 28 çalışmanın üçünde 25 yaş altı anne yaşını DSD için risk faktörü olarak belirtmiştir (75). Kolukırık ve ark.'nın yaptığı çalışmada gebenin yaşı ile DSD arasında anlamli ilişki belirtilmemiştir (76). Çalışmamıza dahil edilen gebelerin arasında küçük yaşta veya ileri yaşta çok fazla gebenin olmaması gebelik yaşının GD ve DSD için bir risk oluşturmamış olabilir.

Gebenin eēitim durumu ile GD arasında anlamli ilişki saptadıēımız çalışmamızda, niversite mezunlarında depresyon görülme oranı daha az olduēu tespit edilmiştir. Kaya ve ark.'nın yaptıkları çalışmada eēitim ile GD arasında anlamli ilişki saptanmamıştır (77). Kartal ve ark.'nın yaptıkları çalışmada gebenin eēitim seviyesi arttıkça GD görülme sıklığının istatistiksel açıdan anlamli olarak dřtē saptanmıştır (78). Melville ve ark.'nın yaptığı çalışmada eēitim durumu yüksek annelerde GD görülme sıklığı istatistiksel açıdan anlamli oranda düşük saptanmıştır (79). Eēitim seviyesi yükseldikçe kadınların bilinç düzeyinin ve kendi yaşamlarındaki standartların artmasına baēlı olarak gebenin eēitim durumu ile GD arasında anlamli ilişki saptanmış olabilir.

Çalışmamızda gebenin eēitim durumu ile DSD arasında istatistiksel olarak anlamli ilişki saptanmamıştır. Litaratrdeki yapılan çalışmalarda, annenin eēitim durumu ile DSD görülme sıklığı arasındaki ilişki açısından farklı sonuçlar karşımıza çıkmaktadır. Verker ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada annelerin eēitim durumu ile DSD arasında bir ilişki saptanmamıştır (73). Norhayati ve arkadaşlarının Türkiye'de yapılmış çalışmaların da dahil olduēu sistematik derleme çalışmasında annenin eēitim durumunun, gelişmekte olan ülkelerde DSD ile ilişkisi mevcutken gelişmiş ülkelerde çok etkili bir risk faktörü olarak görülmemektedir (36).

Çalışmamızda gebenin mesleēi ile BD depresif belirtilerin görülmeye bařladıēı 10 ve üzeri puan alanlar arasında çiftçilik yapanlarda depresif belirti görülme sıklığı daha fazla tespit edilmiştir. Gebenin mesleēi ile BD ne göre 17 puan ve üzeri alanlar arasında anlamli ilişki saptanmamıştır. Ersoy ve ark.'nın yaptığı çalışmada gebenin mesleēi ile GD arasında anlamli bir ilişki belirtilmemiştir (80). Hu ve ark.'nın çalışmalarında gebenin çalışma durumu ile daha fazla sosyal destek görmesi ve ekonomik kaygıları olmadan daha fazla tıbbi destek alma imkanlarının olmasına

bağlı olarak çalışan gebelerde GD görülme sıklığı istatistiksel açıdan anlamlı olarak düşük saptanmıştır (71).

Yaptığımız çalışmada annenin mesleği ile DSD görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ay ve ark.'nın yaptığı çalışmada Türkiye'nin doğu ve iç bölgelerinde annenin çalışmamasının DSD ile ilişkili olduğu, batı bölgelerinde ise annenin çalışmasının DSD riskini artırdığı belirtilmiştir (81). Kozinszky ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da belirttiği gibi annenin ekonomik nedenlerle çalışma hayatına kısa sürede dönmesi DSD riski ile anlamlı olarak görülmektedir (82).

Çalışmamızda gebenin eşinin eğitim durumu, eşinin mesleği, aylık gelir durumu ile GD arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Şahin ve ark.'nın yaptığı çalışmada gebenin eğitim durumunun aksine eşinin eğitim durumunun artmasının gebeye karşı desteğinin artacak olma olasılığından dolayı eşinin eğitimi arttıkça gebede GD görülme oranı istatistiksel açıdan anlamlı olarak düşük saptanmıştır (83). Ersoy ve ark.'nın yaptığı çalışmada eşinin mesleği ile GD arasında bir ilişki belirtilmemiştir (80). Çelik ve ark.'nın yaptığı çalışmada gelir durumu ile GD arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (84). Joshi ve ark.'nın. yaptıkları çalışmada eşinin eğitimi, eşinin mesleği, gelir durumu ile GD arasında anlamlı ilişki belirtilmemiştir (85). Getinet ve ark.'nın yaptıkları çalışmada gelir durumu ile GD arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (86).

Çalışmamızda eşinin eğitim durumu, eşinin mesleği, gelir durumu ile DSD riski arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Durukan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada eşinin eğitim durumu ile DSD arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Ancak aynı çalışmada eşinin çalışma durumu ve aylık gelir düzeyleri ile DSD arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (87). Yıldırım ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada eşinin eğitim durumu, eşinin mesleği ile DSD görülme sıklığı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır (88). Goyal ve arkadaşlarının, yaptığı çalışmada gelişmekte olan ülkelerde sosyo-ekonomik durum ile DSD arasında anlamlı ilişki saptanırken, Deng ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada olduğu gibi gelişmiş ülkelerde böyle bir ilişki saptanmamıştır (89, 90).

Çalışmamızda gebenin kronik hastalıkları ve ilişkili ilaç kullanımı ile GD arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Kapan ve ark.'nın. yaptığı çalışmada kronik

hastalığı olan gebelerde BDÖ puanı yüksek bulunmuştur (64). Kaya ve ark.'nın çalışmasında ise kronik hastalık ile GD arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (77). Melville ve ark yaptığı çalışmada kronik hastalıkların gebelik öncesi dönemde depresyona neden olabildiği gibi gebelik döneminde de GD açısından risk faktörü olarak belirtilmiştir (79). Yin ve ark.'nın yaptığı meta analiz çalışmasında kronik hastalık ile GD arasında anlamlı ilişki belirtilmemiştir (91).

Çalışmamızda annede kronik hastalık varlığı ve ilişkili ilaç kullanımı ile DSD riski arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Upadhyay ve arkadaşların yaptığı meta analiz çalışmada aralarında tıbbi rahatsızlığın bulunduğu altı çalışmadan ikisinde, annenin tıbbi rahatsızlığının bulunması DSD açısından riskli olduğu belirtilmiştir (75). Kolukırık ve ark.'nın yaptığı çalışmada kronik hastalık ile DSD arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (76).Toplumda gebelik döneminde ilaç kullanımı ve hastalık takibi açısından kişilerin daha hassas davranmalarından dolayı ilişki saptanmamış olabilir.

Yaptığımız çalışmada gebenin yaşadığı yer, aile tipi ile GD arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ersoy ve ark.'nın yaptığı çalışmada da bizim çalışmaya benzer olarak gebenin yaşadığı yer ile GD arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (80). Joshi ve ark.'nın yaptığı çalışmada aile yapısı ile GD arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (85).

Çalışmamızda annenin ikamet yeri (il/ilçe merkezi ve köy) ve annenin yaşadığı aile tipi ile DSD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç tespit edilmemiştir. Deng ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada barınma durumu DSD ile anlamlı olarak ifade edilmiştir (90). Kozinszky ve ark.'nın yaptığı çalışmada da annenin ikamet ettiği yer DSD açısından anlamlı bulunmuştur (83). Ekuklu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada aile tipi ile DSD görülme sıklığı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (92). Kolukırık ve ark.'nın yaptığı çalışmada gebenin yaşadığı yer ile DSD arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Ancak aynı çalışmada geleneksel tutum ve davranışlar nedeniyle geniş ailede yaşama DSD açısından bir risk faktörü olarak belirtilmiştir (76). Cankorur ve ark.'nın yaptığı çalışmada gebenin yaşadığı aile tipi ile GD ve DSD arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (93).

Çalışmamızda gebenin evlenme yaşı ile GD ve DSD arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. İşcan ve ark.'nın yaptığı çalışmada evlenme yaşı ile GD arasında

bizim çalışmaya benzer şekilde anlamlı ilişki saptanmamıştır (72). Atasoy ve ark.'nın yaptıkları çalışmada da bizim çalışmamıza benzer olarak annenin evlenme yaşı ile DSD arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (94). Çalışmamızda çok küçük yaşta evlilik yapan annelerin sayısının fazla olmaması nedeniyle istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamış olabilir.

Çalışmamızda DSD olan kişilerde sigarayı bırakanların yüzdesi depresyonu olmayanlara göre daha yüksek gözlenirse de bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Gebenin sigara kullanması / bırakması ile GD arasında da anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Toplumda gebe kalan kişinin bebeğin sağlığı açısından riskli bir durum olan sigara içiciliği hususunda daha duyarlı davranmasından dolayı sigara risk faktörü oluşturmamış olabilir. Kaya ve ark.'nın yaptığı çalışmada sigara içimi ile GD arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (77). Tsakiridis ve ark.'nın yaptığı çalışmada sigara içimi GD için bir risk faktörü olarak belirtilirken (95), Yin ve ark.'nın yaptığı metaanaliz çalışmada yer alan bazı çalışmalar gebelik öncesi veya sonrasında sigara içimini GD için risk faktörü olarak belirtmiştir (91). Karaçam ve ark.'nın yaptığı metaanaliz çalışmasına alınan 47 çalışmanın ikisinde sigara DSD için risk faktörü olarak belirtilmiştir (49). Chen ve ark.'nın yaptığı meta analiz çalışmada gebelik döneminde sigara içimine bağlı olarak görülebilecek erken membran rüptürü, erken doğum riskindeki artışın gebenin kaygısını artırması, depresyonun hiperkolinerjik hipotezi (nikotinik asetilkolin reseptörleri (nAChR)), hipotalamik-hipofiz-adrenal aksın reaktivasyonunun depresyon için risk faktörü olması gibi nedenler sigara içimi ile DSD arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkili olabileceği belirtilmiştir (96).

Çalışmamızda gebelerin ilk gebelik yaşı, gebelik sayısı, son iki gebelik arasında geçen süreleri, gebelik haftası ile GD ve DSD arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. İşcan ve ark.'nın çalışmalarında ilk gebelik yaşı, gebelik sayısı ile GD arasında ilişki saptanmamıştır (72). Biaggi ve ark.'nın yaptığı metaanaliz çalışmada gebelik sayısının GD ile ilişkisinin net olmadığı belirtilmiştir (97). Joshi ve ark.'nın yaptığı çalışmada gebelik haftası, gebelik sayısı ile GD arasında ilişki olduğu belirtilmiştir (85). Kolukırmık ve ark.'nın yaptığı çalışmada ilk gebelik yaşı ile DSD görülme riski açısından anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (76). Demir ve ark.'nın yaptığı çalışmada gebelik haftası ile DSD arasında anlamlı ilişki

saptanmamıştır (98). Başer'in yaptığı çalışmada son gebeliği ile bir önceki gebelik arasında geçen süre ile DSD arasında anlamlı ilişki belirtilmiştir (99). Ay ve ark.'nın yaptığı metaanaliz çalışmasına kabul edilen 39 çalışmanın 13'ünde gebelik sayısı ile DSD arasında ilişki saptanırken sekizinde ilişki saptanmamıştır. Aynı çalışmada kabul edilen 39 çalışmanın üçünde gebelik haftası ile DSD arasında anlamlı ilişki saptanırken 14'ünde saptanmamıştır (81).

Yaptığımız çalışmada gebeliğin planlı olup olmaması ile GD arasındaki ilişkiyi incelediğimizde planlanmamış gebelikte BDÖ'ne göre depresif belirtilerin görüldüğü 10 puan ve üzeri alan kişiler istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek tespit edilirken, BDÖ'ne göre 17 puan ve üzeri alan gebelerde gebeliğin planlı olup olmaması ile GD arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Kartal ve ark.'nın yaptığı çalışmada planlı gebelik ile GD arasında anlamlı ilişki belirtilmiştir (78). Gölbaşı ve ark yaptığı çalışmada planlanmamış gebelik geçiren kadınlarda GD riskinin arttığı belirtilmiştir (100). Lau ve ark.'nın yaptığı araştırmada plansız gebelik GD semptomlarını artıran bir risk faktörü olarak belirtmiştir (101).

Çalışmamızda gebeliğin planlı olup olmamasıyla DSD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Gebeliği planlı olmayan annelerde DSD görülme riski gebeliği planlı olanlarda DSD görülme sıklığına göre daha yüksek bulunmuştur. Karaçam ve ark.'nın yaptığı metaanaliz çalışmada kabul edilen 47 çalışmanın 18'inde bizim çalışmaya benzer şekilde plansız gebelik DSD için risk faktörü olarak saptanmıştır (49). Özcan ve ark.'nın yaptığı metaanaliz çalışmada plansız gebelik DSD görülme sıklığı açısından önemli bir risk faktörü olarak tespit edilmiştir (57). Ayvaz ve ark.'nın yaptığı çalışmada gebeliğin planlı olup olmamasıyla DSD riski açısından anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (3). Zhao ve ark.'nın yaptığı metaanaliz çalışmada kabul ettikleri 48 çalışmadan 6 sında anlamlı plansız gebelikler DSD için risk faktörü olarak belirtilmiştir (102). Planlı olmayan gebeliklerde gebenin ve ailesinin, annelik ve bebeğin bakımı için gerekli fiziksel ve ruhsal yeterliliğe sahip olmaması nedeniyle plansız gebelik DSD için risk faktörü olabilir.

Çalışmamızda gebenin gebelik süresince bir veya birden çok sağlık profesyonelleri tarafından takip edilmesi ile GD ve DSD arasındaki ilişki araştırılmıştır. Çalışmamızda gebelerin gebelik sürecinde ve doğum sonrası süreçteki izlemlerinde birinci derecede sorumlu olan aile hekimlerine muayene olduğunu belirtmeyen gebe

oranı yaklaşık üçte bir oranında olduğu tespit edilmiştir. Bu durumun başlıca sebepleri arasında sağlık ocağı döneminden beri gebe takiplerinde ebelerin aktif rol alması nedeniyle gebeler tarafından muhatabın ebe olarak görülmesi, aile sağlığı merkezlerindeki iş yoğunluğu nedeniyle aile hekimlerinin gebe izlemleri sırasında gebeye yapılan iş ve işlemler hakkında yeterli açıklamayı yapmaması veya izlemlerin sadece aile sağlığı çalışanları tarafından yapılması riskli durumlarda aile hekiminin izleme dahil olması sayılabilir. BDÖ'ye göre 17 puan ve üzeri alan kişilerle, EPDÖ'ye göre 13 puan ve üzerinde alan kişilerde sadece kadın doğum uzmanında sağlık kontrolü yaptırdım diyenlerde hem GD hem de DSD görülme riski daha fazla tespit edilmiştir. Bu farkı annenin gebelik ve gebelik sonrası sürece dair yeterli bilgilendirmenin olmamasına bağlayabiliriz. Ancak depresif belirtilerin ortaya çıktığı BDÖ'ne göre 10 puan ve üzerinde alan gebelerde GD açısından böyle bir ilişki tespit edilememiştir.

Gebenin doğum sonrası dönemde bir veya birden çok sağlık profesyoneli tarafından sağlık izlemi alıp almamasıyla DSD arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Ancak GD olan gebelerde hem aile hekimi, hem aile sağlığı elemanı hem de, kadın doğum uzmanı olmak üzere birden çok sağlık profesyoneli tarafından doğum sonrası sağlık hizmeti alma oranı GD riski olmayan gebelere göre daha az olduğu tespit edilmiştir. Kabakçıoğlu ve ark.'nın yaptığı çalışmada gebelik döneminde düzenli ve sık izlenen gebelerle izlenmeyen gebeler arasında DSD riski açısından anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmiştir (103). Dağlar ve ark.'nın yaptığı çalışmada gebelerde düzenli izlem ile GD arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (69). Gebelik depresyonu olan gebelerin depresyona bağlı isteksizlikleri nedeniyle sağlık hizmeti almak istememiş olabilir.

Gebenin gebelikte aldığı kilo ile EPDÖ ve BDÖ'ne göre 10 puan ve üzerinde alan kişilerde GD ve DSD arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken kilo alımının düşük olması BDÖ'ne göre 17 puan ve üzeri puan alan gebelerde GD için bir risk faktörü olduğu saptanmıştır. Molyneaux ve ark.'nın yaptığı çalışmada gebelik döneminde aldığı kilo ile GD arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (104). Salehi-Pourmehr ve ark.'nın yaptığı çalışmada GD ve DSD ile doğum sonrası kilo verme ile ilişkili olduğu saptanmıştır (105). Selçuk ve ark.'nın yaptığı çalışmada DSD görülme riski

olan gebelerin gebelik süresince aldıkları kilolar DSD riski olmayanlara göre daha az olduğu tespit edilmiştir (106).

Çalışmamızda GD olan ve olmayan gebelerin doğum şekli açısından anlamlı bir fark saptanmazken DSD ile doğum şekli arasında da anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ersoy ve ark.'nın yaptığı çalışmada da bizim çalışmaya benzer şekilde GD ile doğum şekli arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (80). Öztora ve ark.'nın yaptığı çalışmada da doğum şekli ile DSD arasında ilişki saptanmamıştır (107). Olieman ve ark.'nın yaptığı meta analizde doğum şekli ile DSD arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (108). Zhao ve ark.'nın yaptığı meta-analizde çalışmaya dahil edilen 48 araştırmadan üçünde doğum şekli ile DSD arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (102).

Bebeğin cinsiyeti ile GD ve DSD arasında ilişkiyi incelediğimizde istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Hu ve ark.'nın yaptığı çalışmada bebeğin cinsiyeti ile GD arasında ilişki tespit edilmiştir (71). Dağlar ve ark.'nın çalışmasında bebeğin cinsiyeti ile GD arasında ilişki saptanmazken (69), Kapan ve ark.'nın çalışmasında bebeğin cinsiyeti ile GD arasında ilişki saptanmıştır (64). Kokonali ve ark.'nın çalışmalarında bebeğin cinsiyeti ile DSD riski arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır (109). Deng ve ark.'nın yaptığı çalışmada Çin'in kültürüne bağlı olarak bebeğin cinsiyeti ile DSD riski arasında ilişki olduğu belirtilmiştir (90). Upadhyay ve ark.'nın Hindistan'da yaptığı metaanaliz çalışmasında yer alan 25 araştırmanın 16'sında kız bebek ile DSD arasında ilişki olduğu saptanmıştır (75). Cinsiyet farkı ile DSD arasındaki ilişki kültürel davranışın bir sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Çalışmamızda gebelik sürecinde düşük tehdidi bulunması durumu ile GD ve DSD arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Literatürde gebelikte düşük tehdidi ile GD ve DSD arasında ilişkiyi belirten çalışma bulunmamakla beraber düşük öyküsü ile DSD arasındaki ilişkiyi belirten çalışmalar bulunmaktadır. Kaya ve ark.'nın çalışmalarında düşük öyküsü olan kişilerde GD görülme sıklığının arttığını belirtmiştir (77). Joshi ve ark.'nın çalışmalarında düşük öyküsü ile GD arasında anlamlı ilişki tespit etmiştir (85). Öztora ve ark.'nın yaptığı çalışmada düşük öyküsü ile DSD arasında ilişki saptanmamıştır (107). Sağlık hizmetine kolay ulaşılması ve riskli gebeliklerin birçok sağlık profesyonelleri tarafından yakından takip edilmesi,

gebeye süreç ile ilgili yeterli bilgilendirilmenin yapılarak gebenin endişelerinin azaltılması ve tedavinin sağlanması düşük tehdidini GD ve DSD için risk faktörü olmaktan çıkarmış olabilir.

Çalışmamızda gebenin kendisini doğum sonrası annelik için yeterli veya yetersiz hissetmesi ile GD arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Annelerin kendisini annelik için orta düzeyde hissetmelerinin yüksek olması DSD için risk faktörü iken, DSD riski olmayan annelerin kendisini annelik için yeterli düzeyde hissetmeleri daha yüksek tespit edilmiştir. Yaman ve ark.'nın yaptığı çalışmada da bizim bulgulara paralel olarak annelik için kendini yeterli hissetmeme ile DSD arasında ilişki olduğu belirtilmiştir (110).

Gebenin hayatında ciddi bir stres kaynağının olması ile GD ve DSD görülme riski açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Leung ve ark.'nın yaptığı çalışmada stresin GD için bir risk faktörü olduğunu belirtmiştir (111). Zhao ve ark.'nın yaptığı metaanaliz çalışmada kabul ettikleri 48 araştırmadan 16'sında stres ile DSD risk faktörü olarak belirtilmiştir (102). Norhayati ve ark.'nın yaptığı çalışmada da stres DSD ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (36).

Çalışmamızda gebenin depresyon öyküsünün varlığı ve ailesinde depresyon öyküsünün varlığı ile GD ve DSD açısından anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Çalışmamızda daha önce depresyon tanısı almış gebelerde, BDÖ ne göre 10 puan ve üzerinde alarak depresif belirti gösteren gebe sayısı daha önce depresyon tanısı almayanlara göre daha yüksek tespit edilse de istatistiksel açıdan anlamlı değildir. Kartal ve ark.'nın çalışmasında gebede ve ailesinde depresyon öyküsü ile GD arasında ilişki saptanmıştır (78). Ersoy ve ark.'nın gebede ve ailesinde depresyon öyküsünün olması ile GD arasında ilişki saptamamıştır (80). Lancaster ve ark.'nın yaptığı çalışmaya dahil edilen 57 çalışmadan altısında depresyon öyküsü ile GD arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (112). Kolukırık ve ark.'nın yaptığı çalışmada ailede ve kendisinde depresyon öyküsünün olması ile DSD arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (76). Upadhyay ve ark.'nın yaptığı metaanaliz çalışmasına aldığı 38 araştırmadan sekizinde kendisinde depresyon öyküsü, yedi araştırmada da ailesinde psikiyatrik öykünün olması ile DSD arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (75). Gülseren ve ark.'nın gebenin kendisi ve ailesinde depresyon öyküsünün olması ile GD açısından ilişki saptarken DSD açısından böyle bir ilişki saptamamıştır (113).

Çalışmamızda BDÖ'ne göre 10 ve üzerinde puan alarak depresif belirtiler gösteren gebelerin, eşi ve eşinin ailesi ile ilişkilerinin GD riski açısından anlamlı olduğu tespit edilirken, depresyon riski olan gebelerin eşinin desteğinin orta düzeyde olma yüzdesi depresyon riski olmayanlara göre yüksek bulunsada bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Kendi ailesiyle olan ilişkisi ile GD arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Yaptığımız çalışmada BDÖ'ne göre 17 puan ve üzerinde alan gebelerin, kendi ailesi ve eşinin ailesi ile olan ilişkisinin GD riski açısından anlamlı olmadığı tespit edilmiştir. Depresyonu olmayan gebelerin eşi ile ilişkilerinin iyi düzeyde, depresyonu olan gebelerin ise orta düzeyde olma oranı daha yüksek bulunmuş, fakat bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Depresyonu olan gebelerin eşlerinin desteğinin kötü veya orta düzeyde olma yüzdesi depresyonu olmayanlara göre daha yüksek izlenmiştir. BDÖ'ne göre gerek 10 puan ve üzerinde gerekse de 17 puan ve üzerinde alarak depresyon açısından risk taşıyan kişilerin eşiyle, eşinin ailesiyle, kendi ailesiyle olan ilişkileri ve eşinin desteği GD riski açısından önem taşımaktadır. Lancaster ve ark.'nın yaptığı çalışmaya dahil edilen 57 araştırmanın 26'sında gerek eşinden gerekse başkalarından gelen sosyal destek ile GD arasında anlamlı ilişki saptamıştır (112). Martinez-Borba ve ark.'nın yaptığı çalışmada sosyal destek ile GD arasında anlamlı ilişki saptamamıştır. Çalışmaya katılanların eğitilmiş grup olduğu için böyle bir sonuç çıkmış olabileceği, dezavantajlı gruplar için sosyal desteğin önemli olabileceğini belirtilmiştir (114).

Çalışmamızda gebede DSD riski açısından gebenin eşi, eşinin ailesi, kendi ailesi ile ilişkileri ve eşinin desteği incelenmiştir. Eşi ile ilişkisi orta düzeyde olma oranı depresyon riski olan gebelerde, eşi ile ilişkisi iyi düzeyde olma oranı ise depresyon riski olmayan gebelerde daha yüksek iken bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p=0,057$). Gebelerin kendi ailesiyle ile DSD arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Depresyonu olan gebelerde eşi ile ilişkisi orta düzeyde olma oranı daha yüksek gözlense de bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p=0,065$). Gebelerin eşinin desteği ile DSD arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Gülseren ve ark.'nın yaptığı çalışmada eşi ve annesiyle olan ilişkisi DSD riski açısından anlamlı olduğu tespit edilmiştir (113). Bolak ve ark.'nın yaptığı çalışmada aile desteği ile DSD arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (115). Karaçam ve ark.'nın yaptığı

çalışmada eşiyle, kendi ailesiyle, eşinin ailesiyle olan ilişkileri DSD riski açısından anlamlı saptanmıştır (49).

Çalışmamızda bebeğin bakımına yardım eden birinin bulunması ile DSD riski arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Özdemir ve ark.'nın yaptığı çalışmada bebeğin bakımına yardım eden birinin bulunması ile DSD arasında ilişki olduğu belirtilmiştir (116). Norhayati ve ark.'nın yaptığı çalışmaya kabul edilen bazı araştırmalarda, bebek bakımında stres yaşanması annelerde DSD görülmesi için bir risk faktörü olarak belirtilmiştir (36). Ay ve ark.'nın yaptığı meta analizde bebek bakımı için yardım almakla DSD ilişkisinin 10 çalışmada anlamlı olduğu, 13 çalışmada anlamlı olmadığı belirtilmiştir (81). Gebelik depresyonu semptomları olan hastalarda BDÖ'ne göre 10 puan ve üzerinde alanlarda bebek bakımına yardımcı olan birilerinin bulunma oranı daha fazla olduğu tespit edilirken, 17 puan ve üzerinde alan gebelerde böyle bir farklılık saptanmamıştır. Literatürde GD belirtisi olan gebenin bebek bakımına yardım eden birilerinin bulunması ile ilgili ilişkiyi inceleyen araştırma tarafımızca tespit edilmemiştir.

Gebe kadınların yaşadığı sorunlardan biri de anemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Gebelik dönemi için hemoglobin değerini DSÖ gebe kadınlarda anemi için bütün trimesterlerde HGB<11 g/dL kabul etmektedir (117). Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) ise gebelikte anemi için HGB düzeyini 1. ve 3. trimesterde <11 g/dL, 2. trimesterde <10,5 g/dL olarak kabul etmektedir (118).

Çalışmamızda DSÖ'nün kabul ettiği hemoglobin değerleri referans alınarak gebelerin 1.-2. trimesterde ve 3. trimesterde olmak üzere iki defa HGB değerlerine bakılarak gebelik döneminde anemisi olma ile GD ve DSD arasındaki ilişki incelenmiştir.

Hemoglobin düzeyi ile GD arasındaki ilişki incelendiğinde; BDÖ'ne göre 10 puan ve üzerinde alan gebeleri depresif belirtileri var diğerlerinde yok olarak kabul ettiğimiz zaman, depresyonu olan gebelerin 1-2. trimester HGB değerleri ve 3. trimester HGB değerleri depresyonu olmayan gebelere göre istatistiksel olarak daha düşük izlenmiştir. Beck depresyon skoruna göre depresyonu olan ve olmayan hastaların 1-2. trimester HGB değerinin <11 g/dL olma oranı benzer bulunurken, depresyonu olan hastaların 3. trimester HGB değerinin <11 g/dL olma oranının depresyonu olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiş ($p<0,001$) olup 1.-2. trimester

döneminde anemi görülmesi ile GD arasında ilişki saptanmazken 3. trimester döneminde anemi görülmesinin GD riski açısından anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

BDÖ'ne göre 17 puan ve üzeri alan gebeleri depresif belirtisi olanlar olarak kabul ettiğimizde 1-2. trimester HGB değerleri ile GD riski açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Üçüncü trimester HGB düzeyleri depreyonu olanlarda depresyonu olmayanlara göre anlamlı şekilde düşük gelmiştir. Gebelerde 1.-2. trimester ve 3. trimester anemi varlığı ile GD risk açısından anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Kang ve ark.'nın yaptığı meta-analiz çalışmasında anemi ile GD arasında anlamlı ilişki olduğu belirtilmiştir. Sadece iki çalışmada anlamlı ilişki tespit edilmemiştir (119). Yılmaz ve ark.'nın yaptığı çalışmada son trimester döneminde anemi ile GD arasında anlamlı ilişki saptamıştır (120).

Çalışmamızda gebelik dönemi 1., 2. trimester ve 3. trimester HGB düzeyleri ve anemi ile DSD riski açısından anlamlı ilişki saptanmamıştır. Azami ve ark.'nın yaptığı çalışmada gebelik dönemi anemi ile DSD arasında ilişki tespit edilmiştir. Ancak altgrup analizi yapıldığında böyle bir ilişki bulunmamıştır (121). Maeda ve ark.'nın Japonya'da yaptıkları kohort çalışmasında gebeliğin 2. ve 3. trimester dönemlerinde HGB düzeyi ile DSD arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ancak postpartum dönemdeki HGB düzeyi ile DSD arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (122). Goshtasebi ve ark.'nın yaptıkları çalışmada gebelik dönemi anemisi ile DSD arasında anlamlı ilişki tespit etmiştir (123). Demirin nörotransmitter sentezi üzerine etkisinden kaynaklı olarak HGB düzeyleri ve anemi ile GD ve DSD arasında anlamlı ilişkiler saptanmış olabilir.

Gebenin gebelik süresince aldığı demir takviye süresi ile GD ve DSD riski arasındaki ilişkiyi incelediğimiz çalışmamızda demir takviye süresi ile GD ve DSD arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Literatürde, gebenin TSH düzeyi ile GD ve DSD arasındaki ilişkiyi araştıran fazla çalışma bulunmamaktadır. Bizim yaptığımız çalışmada gebelerin son trimester TSH düzeyleri ile GD ve DSD arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Szpunar ve ark. yaptığı çalışmada da TSH seviyeleri ile GD ve DSD arasında ilişki saptanmamıştır (124). Zhao ve ark.'nın yaptığı metaanaliz çalışmasında yeterli kanıt bulunmadığı belirtilse de çalışmaya dahil edilen yedi araştırmada anti tiro-peroksidaz (TPO) antikoru ile gebelik dönemi ve doğum sonrası dönem depresyonu arasında ilişki

bulunduğu belirtmiştir (102). Yim ve ark.'nın yaptığı sistematik araştırmada, tiroid antikorları ve tiroid hormonlarıyla DSD arasındaki ilişkiyi inceleyen 11 araştırmada TSH ile DSD arasında anlamlı ilişki saptayan araştırmalar olsa da araştırmaların büyük kısmı anlamlı bir ilişki saptamamıştır (125). Minaldi ve ark.'nın yaptığı çalışmada gebelik döneminde TPO antikorı ile DSD arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (126).

Çalışmamızda BD'ne göre depresyon açısından risk taşıyan gebeler ile taşımayan gebelerin bebeklerini besleme şekli açısından anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. DSD ile bebeğin beslenme şekli arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Sadece anne sütü ile besleyen annelerde DSD görülme sıklığı anne sütüne ek olarak mama ile besleyen annelerde DSD görülme sıklığına göre daha az tespit edilmiştir. Literatürdeki çalışmalarda emzirme durumunun mu DSD nedeni olduğu yoksa DSD nedeniyle mi emziremediği tartışmalı bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bizim alışmamızda gebeliğin son trimesterinde görülen depresyon emzirmeye etki etmezken emzirmeyen annelerde DSD görülme sıklığı artmıştır. Çalışmamızın sonucuna göre depresyonun emzirme üzerine etkisinin olmadığı ancak emzirmenin depresyonu nleme açısından olumlu sonuç sağladığı tespit edilmiştir. ztora ve ark.'nın yaptığı çalışmada bizim çalışmaya benzer şekilde bebeğini düzenli emzirmeyen annelerde DSD görülme sıklığı ile aralarında anlamlı ilişki saptanmıştır (107). zkan ve ark.'nın yaptığı çalışmada emzirme ile DSD arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (127).

Green ve ark. yaptığı çalışmada emzirme ile DSD riski arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Aynı çalışmada sebepleri emzirmenin anne üzerindeki olumlu etkisi, emzirmenin ruh hali üzerindeki olumlu etkisi, parasempatik sinir sistemini harekete geçirip annenin stresini azaltması ve emzirmeyi bırakmanın getirdiği sosyal baskılar ve suçluluk duygusu olarak belirtilmiştir (128).

Bazı çalışmalarda düzenli emzirmeme DSD için bir risk faktörü değil, DSD'nin bir sonucu olarak belirtilmektedir (129). Watkins ve ark.'nın yaptığı çalışmada emzirmedi güçlük çeken annelerde DSD risk açısından bir etken olarak belirtilmiştir. Aynı çalışmada annenin emzirme istememesi ve emzirme sırasında göğüs ağrısı çekmesi DSD için risk faktörü olarak belirtilmiştir (130). Da Silva Tanganhito ve ark.'nın yaptığı meta-analiz çalışmasında çalışmaya dahil edilen araştırmalarda

kadınların çoğunluğunun emzirme ile ilgili zorluklar yaşadığı belirtilmiştir. Emzirme sırasında yaşanan başarısızlık ve fiziksel rahatsızlıkların DSD için risk faktörü olduğu, başarılı emzirme için profesyonel kişilerden destek alınması gerekliliği belirtilmiştir. Bazı kadınların DSD nedeniyle yaşadığı duygusal sıkıntılar nedeniyle emzirmeyi kestiğini belirtmişlerdi. Kadınların çoğunun yaşadığı sıkıntılara rağmen emzirmeye devam etmesi ve suçluluk hissetmek istememeleri nedeniyle, DSD ile emzirme arasında çift yönlü bir ilişki olduğu belirtilmiştir (131). Konuş tarafından yapılan çalışmada annenin gebelik döneminde emzirme eğitimi alması ve emzirme süresi ile DSD görülme sıklığı açısından anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (132).

Çalışmamızda GD riski ile DSD riski arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Gebelik döneminde depresyon görülen hastalarda DSD görülme oranı gebelik döneminde depresyonu olmayan hastalara göre istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur. Martinez-Borba ve ark.'nın yaptığı çalışmada prenatal depresif belirtiler ile DSD'nin ilişkili olduğunu belirtmiştir (114). Beck yaptığı bir meta-analizde prenatal depresyon varlığını, postpartum depresyonla ilişkili önemli bir risk faktörü olarak belirtmiştir (133).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Gebelik dönemi ve gebelik sonrası dönemde depresyon görülme sıklığı ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla yaptığımız çalışmada gebelik dönemi için BDÖ kullanıldı. Gebelerden BDÖ'ne göre 10 puan ve üzerinde alanların depresyonda olduğu ve 17 puan ve üzerinde alanların depresyonda olabileceği şeklinde iki ayrı değerlendirme yapıldı. Gebeliği tamamlanıp doğum yapan annelerden EPDÖ'ne göre 13 puan ve üzerinde alanların depresyonda olabileceği değerlendirildi. Gebelik depresyonu sıklığı 10 puan ve üzerine göre göre % 33,2, kesme noktası 17 puan ve üzerine göre %13,65 olarak belirlenmiştir. DSD görülme sıklığı %12,9 olarak belirlenmiştir. Annenin bebeğe ve kendine zarar verebileceği bir durum olan GD ve DSD oranlarının yüksek olması gebelik dönemi ve sonrası yaşanan depresyonu ciddi bir halk sorunu olduğu karşımıza çıkarmaktadır.

Gebenin ailesinden sonra ulaşılabilirliği, sürekliliği ve sağlık hizmetlerine ilk temas noktası olması nedeniyle ilk ve en sık başvurduğu yer olan aile sağlığı merkezlerinde hizmet veren aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları kritik öneme sahiptirler. Sağlıklı bir gebelik ve doğum sonrası süreç için birinci basamakta gebeye yapılan iş ve işlemler hakkında yeterli bilgi verilerek bu süreçte profesyonel kişilerin gebenin yanında olduğu gebeye hissettirilmelidir.

Gebenin yaşı, eşinin eğitim durumu, eşinin mesleği, aylık gelir durumu, kronik hastalıkları ve ilişkili ilaç kullanımı, yaşadığı yer, aile tipi, evlenme yaşı, sigara kullanması / bırakması, ilk gebelik yaşı, gibi genel özellikleri GD ve DSD için risk faktörü olarak tespit edilmemiştir. Gebenin gebelik sayısı, son iki gebelik arasında geçen süreleri, gebelik haftası, bebeğin cinsiyeti, gebelik sürecinde düşük tehdidi bulunma durumu, depresyon öyküsünün varlığı ve ailesinde depresyon öyküsünün varlığı, demir takviye süresi, son trimester TSH seviyeleri gibi gebelik süreci ile ilgili durumlar GD ve DSD için risk faktörü olarak tespit edilmemiştir.

Gebenin mesleği, gebeliğin planlı olmaması, eşi, eşinin ailesi ve kendi ailesi ile ilişkileri, 1-2. trimester HGB değerleri ve 1.-2. Trimester ve 3. Trimester anemi varlığı BDÖ ne göre 17 puan ve üzeri alanlar için risk faktörü olarak tespit edilmemiştir.

BDÖ ne göre 17 puan ve üzeri alanlar gebelerde bebek bakımına yardımcı olan birilerinin bulunma oranı açısından anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Gebenin eğitim durumu, gebelik süresince sağlık kontrollerini birden fazla sağlık profesyonelleri tarafından yapılması, gebelik süresince kilo alımı, 3. trimester HGB seviyeleri ile BDÖ'ne göre 17 puan ve üzeri alanlar için risk faktörü olarak belirtilmiştir.

Gebenin, gebelik süresince sağlık kontrollerini birden fazla sağlık profesyonelleri tarafından yapılması, gebelik süresince kilo alımı, kendi ailesiyle olan ilişkisi, 1.-2. Trimester döneminde anemi görülmesi BDÖ'ne göre 10 puan ve üzeri alanlar için risk faktörü olarak tespit edilmemiştir.

BDÖ'ne göre 10 puan ve üzeri alan gebelerde bebek bakımına yardımcı olan birilerinin bulunma oranı daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Gebenin eğitim durumu, mesleği, gebeliğin planlı olmaması, eşi ve eşinin ailesi ile ilişkileri, 1-2. trimester ve 3. trimester HGB değerleri, 3. trimester döneminde anemi görülmesi ile BDÖ'ne göre 10 puan ve üzerinde alanlar için risk faktörü olarak tespit edilmiştir.

Gebelik döneminde GD riskinin bulunması gebelerin doğum şekli ve bebeklerini besleme şekilleri, gebenin kendisini annelik için yeterli veya yetersiz hissetmesi açısından anlamlı bir fark oluşturmamıştır.

Gebelik döneminde depresyon riski olan gebelerin doğum sonrası hem aile hekimi hem aile sağlığı elemanı hem de kadın doğum uzmanı gibi birden fazla profesyonel sağlık kontrollerinde bulunma oranı depresyon riski olmayan gebelere göre daha düşük tespit edilmiştir.

Gebenin eğitim durumu, mesleği, ikamet yeri ve yaşadığı aile tipi, gibi genel özellikleri DSD için risk faktörü olarak tespit edilmemiştir. Gebenin gebelik süresince kilo alımı, doğum şekli, bebeğin bakımına yardım eden birinin bulunması, 1. 2. trimester ve 3. trimester HGB seviyeleri ve anemi gibi gebelik ve doğum süreci ile ilişkili durumlar DSD için risk faktörü olarak tespit edilmemiştir.

Gebenin gebeliğin planlı olmaması, gebelik süresince sağlık kontrollerini birden fazla sağlık profesyonelleri tarafından yapılması, kendini annelik için yeterli

hissetmemesi, kendi ailesiyle ile ilişkileri, eşinin desteği, bebeğin beslenme şekli gibi durumlar DSD için risk faktörü olarak belirtilmiştir.

Gebenin hayatında ciddi bir stres kaynağının olması GD ve DSD için risk faktörü olarak tespit edilmiştir.

Gebenin gebelik döneminde depresyon geçirmesi DSD için önemli bir risk faktörü olarak tespit edilmiştir.

Önemli bir halk sağlığı sorunu olan gebelik dönemi ve doğum sonrası depresyonu açısından 15-49 yaş arası doğurganlık çağındaki kişilerin ilk başvurdukları ve en sık temas halinde oldukları birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından kapsamlı ve bütüncül yaklaşımla değerlendirilmesi çok büyük önem arz etmektedir. Gebelik dönemi ve doğum sonrası depresyonu etkileyen birçok risk faktörü olmakla beraber farklılıklar göstermektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri arasında yer alan aile planlaması, evlilik öncesi danışmanlık hizmetlerinin yeterli düzeyde verilmesi, gebelik düşünen kadınlara ve eşlere gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem hakkında eğitim verilmesi sağlanmalıdır.

Gebelik dönemi ve sonrasındaki kontrollere gebenin eşi ile birlikte katılmasının sağlanması gerekmektedir. Eğitim düzeyi, gelir düzeyi, çalışma koşulları, toplum desteği, sigara kullanımı, beslenme düzeni, psikolojik durum, hemoglobin seviyesi gibi durumlar açısından dezavantajlı grupların yakın takip edilmesi sağlanmalıdır. Gebelik sürecinde gebeyi doğum sonrası sürece hazırlamak amacıyla gebeye annelik, emzirme, bebek bakımı, öz bakımı, rutin sağlık kontrolleri gibi konularda yeterli bilgilendirmenin sağlanması gerekmektedir. Böylece gebenin gebelik dönemi ve doğum sonrası dönem için kaygılarının azalması ve yanlış bilgilerle kaygılarının artmasının engellenmesi sağlanmış olacaktır.

Gebelik dönemi depresyonu ve DSD, gebenin ve bebeğin sağlığını olumsuz etkileyen görülme oranı yüksek olan önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Gebelik dönemi depresyonu ile DSD arasında kuvvetli bir ilişki olması nedeniyle gebelerin birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından doğum sonrası vizitlerde EPDÖ ölçeği kullanılarak yapılan psikiyatrik değerlendirilmesi gebelik dönemi rutin kontrollerinde zorunlu olarak yapılmaya başlanması ve doğum sonrası kontrollerinde de devam etmesi gerekmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Stewart D. Depression during pregnancy. *Can Fam Physician* 2005; 51(8):1061-7.
2. Sevindik F. Elazığ İlinde Gebelikte Depresyon Prevalansı ve Etkileyen Faktörler. Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Elazığ, 2005.
3. Ayvaz S, Hocaoglu Ç, Tiryaki A, Ak D. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. *Türk Psikiyatri Derg* 2006; 17(4):243-51.
4. Bunevicius R, Kusminskas L, Bunevicius A, Nadisauskiene RJ, Jureniene K, Pop VJ. Psychosocial risk factors for depression during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009; 88(5):599-605.
5. Çalık K, Aktaş S. Gebelikte depresyon: Sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. *Psikiyatriye Güncel Yaklaşımlar*, 2011; 3(1):142-62.
6. Cantwell R, Cox JL. Psychiatric disorders in pregnancy and the puerperium. *Current Obstetrics & Gynaecology*, 2006; 16(1):14-20.
7. Tammentie T, Tarkka MT, Astedt-Kurki P, Paavilainen E. Sociodemographic factors of families related to postnatal depressive symptoms of mothers. *Int J Nurs Pract* 2002; 8(5):240-6.
8. Zanardo V, Giliberti L, Volpe F, Parotto M, de Luca F, Straface G. Cohort study of the depression, anxiety, and anhedonia components of the Edinburgh Postnatal Depression Scale after delivery. *Int J Gynaecol Obstet* 2017; 137(3):277-28.
9. WHO. Depression and other common mental disorders: global health estimates. World Health Organization, 2017. Erişim: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/W?sequence=1> Erişim tarihi: 22.11.2020
10. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLOS Medicine*, 2006; 3(11):442.
11. Akkaya C. Depresyon etiyolojisinde serotonin ve noradrenalin. *Yeni Symposium*, 2005; 43(3):91-6.
12. Uzbay T. Anksiyete ve depresyonun nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri*, 2004; Ek 4:3-11.
13. Ettinger S. Macronutrients: carbohydrates, proteins, and lipids. In: Escott-Stump S, Mahan LK (Eds). *Krause's Food, Nutrition, & Diet Therapy*. Philadelphia: WB Saunders, 2004: 37-74.

14. Almeida OP, Marsh K, Alfonso H, Flicker L, Davis TM, Hankey GJ. B-vitamins reduce the long-term risk of depression after stroke: The VITATOPS-DEP trial. *Ann Neurol* 2010; 68(4):503-10.
15. Morris MS, Fava M, Jacques PF, Selhub J, Rosenberg IH. Depression and folate status in the US Population. *Psychother Psychosom*, 2003; 72(2):80-7.
16. Payne JL, Maguire J. Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. *Front Neuroendocrinol* 2019; 52:165-80.
17. Cesar J, Chavoushi F. Background Paper 6.15 Depression. WHO, 2013. Erişim: https://www.who.int/medicines/areas/priority_medicines/BP6_15Depression.pdf Erişim tarihi: 22.11.2020
18. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004; 82:858-66.
19. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı (DSM-5). Koroğlu E (Çev.). Beşinci Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2014.
20. Akdeniz F, Gönül AS. Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. *Klinik Psikiyatri*, 2004; Ek 2:70-74.
21. Bitew T, Hanlon C, Kebede E, Honikman S, Fekadu A. Antenatal depressive symptoms and perinatal complications: a prospective study in rural Ethiopia. *BMC Psychiatry*, 2017; 17:301.
22. Kammerer M, Marks MN, Pinard C, Taylor A, von Castelberg B, Künzli H, Glover V. Symptoms associated with the DSM IV diagnosis of depression in pregnancy and post partum. *Arch Womens Ment Health* 2009; 12(3):135-41.
23. Akçalı Aslan P, Aydın N, Yazıcı E, Aksoy AN, Kirkan TS, Daloglu GA. Prevalence of depressive disorders and related factors in women in the first trimester of their pregnancies in Erzurum, Turkey. *Int J Soc Psychiatry* 2014; 60(8):809-17.
24. Mossie TB, Sibhatu AK, Dargie A, Ayele AD. Prevalence of antenatal depressive symptoms and associated factors among pregnant women in Maichew, North Ethiopia: an institution based study. *Ethiop J Health Sci* 2017; 27(1):59-66.
25. McCall-Hosenfeld JS, Phiri K, Schaefer E, Zhu J, Kjerulff K. Trajectories of depressive symptoms throughout the peri- and postpartum period: results from the First Baby Study. *J Womens Health (Larchmt)* 2016; 25(11):1112-21.
26. Marakoğlu K, şahsıvar Mř. Gebelikte depresyon. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2008; 28:525-32.

27. Manber R, Blasey C, Allen JJ. Depression symptoms during pregnancy. *Arch Womens Ment Health* 2008; 11(1):43-8.
28. Ayano G, Tesfaw G, Shumet S. Prevalence and determinants of antenatal depression in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 2019; 14:e0211764.
29. Weissman MM, Olfson M. Depression in women: implications for health care research. *Science*, 1995; 269(5225):799-801.
30. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 925; 2018.
31. TC.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı. Ankara. 2009:120-129. ISBN:975-590-136-1.
32. Rai S, Pathak A, Sharma I. Postpartum psychiatric disorders: early diagnosis and management. *Indian J Psychiatry* 2015; 57:216-21.
33. Gonidakis F. Postpartum Depression and Maternity Blues in Immigrants. In: Castillo MR. *Perinatal Depression*. Croatia: InTech, 2012; 117-38.
34. Yalom ID, Lunde DT, Moos RH, Hamburg DA. "Postpartum Blues" Syndrome: A Description and Related Variables. *Arch Gen Psychiatry*. 1968; 18(1):16-27.
35. Buttner MM, O'Hara MW, Watson D. The structure of women's mood in the early postpartum. *Assessment*, 2011; 19(2):247-56.
36. Norhayati MN, Hazlina NH, Asrenee AR, Emilin WM. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *J Affect Disord* 2015; 175:34-52.
37. Brockington IF. What is Worth Knowing about "Puerperal Psychosis". Bredenbury, UK, Ery Press, 2014.
38. Sit D, Rothschild AJ, Wisner KL. A review of postpartum psychosis. *J Womens Health (Larchmt)*. 2006; 15:352-68.
39. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB. New parents and mental disorders: a population-based register study. *JAMA*. 2006; 296:2582-9
40. Bergink V, Bouvy PF, Vervoort JS, Koorengel KM, Steegers EA, Kushner SA. Prevention of postpartum psychosis and mania in women at high risk. *Am J Psychiatry*. 2012; 169:609-15
41. Valdimarsdóttir U, Hultman CM, Harlow B, Cnattingius S, Sparén P. Psychotic illness in first-time mothers with no previous psychiatric hospitalizations: a population-based study. *PLoS Med*. 2009 Feb 10; 6(2):e13.
42. Brockington IF. Postpartum psychiatric disorders. *Lancet*. 2004; 363:303-10.

43. Altshuler LL, Hendrick V, Cohen LS. Course of mood and anxiety disorders during pregnancy and postpartum period. *J Clin Psychiatry*. 1998; 59(Suppl 2):29-33.
44. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti. 2011: 343-5.
45. Zonana J, Gorman JM. The neurobiology of postpartum depression. *CNS Spectr* 2005; 10(10):792-799, 805.
46. Clout D, Brown R. Marital relationship and attachment predictors of postpartum stress, anxiety, and depression symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2016; 35:322-341.
47. Mann R, Gilbody S, Adamson J. Prevalence and incidence of postnatal depression: what can systematic reviews tell us? *Arch Womens Ment Health*. 2010 Aug; 13(4):295-305.
48. Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *J Affect Disord* 2006; 91(2-3): 97-111.
49. Karaçam Z, Çoban A, Akbaş B, Karabulut E. Status of postpartum depression in Turkey: A meta-analysis. *Health Care Women Int*. 2018 Jul; 39(7):821-841.
50. Slomian J, Honvo G, Emonds P, Reginster JY, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Womens Health (London)*. 2019; 15:1-55.
51. Boyd RC, Le HN and Somberg R. Review of screening instruments for postpartum depression. *Arch Womens Ment Health* 2005; 8(3):141-153.
52. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi. Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 925; 2014.
53. Marcus SM. Depression during pregnancy: rates, risks and consequences. *Can J Clin Pharmacol* 2009; Vol 16 (1):e15-e22.
54. TÜİK. Türkiye Sağlık Araştırması, 2019 (Tablo 3). Erişim: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2019-33661> Erişim tarihi: 22.11.2020
55. Karaçam Z, Ançel G. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: A study in a Turkish population. *Midwifery* 2009; 25:344-356.
56. Gölbaşı Z, Kelleci M, Kısacık G. Gebelikte depresif belirtiler: Prevelans ve risk faktörlerine ilişkin bir çalışma. 5. Uluslar Arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 19-22 Nisan 2007, Ankara. Kongre Özet Kitabı: 255.
57. Keser-Özcan N, Boyacıoğlu NE, Dinç H. Postpartum Depression Prevalence and Risk Factors in Turkey: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Arch Psychiatr Nurs*. 2017 Aug; 31(4):420-428.

58. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961; 4:561-71.
59. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1988; 6(22):118-126.
60. Beck AT, Steer RA, Carbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 1988; 8(1):77-100.
61. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150:782-6.
62. 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.*
63. Dünya Sağlık Örgütü. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi. DSÖ, Cenevre, 1986.
64. Kapan M, Yanikkerem E. Kırsal ve kentsel alanda yaşayan gebelerin depresyon, yalnızlık ve şiddete maruz kalma durumları. *TAF Prev Med Bull* 2016; 15(5):431-9.
65. Okagbue HI, Adamu PI, Bishop SA, Oguntunde PE, Opanuga AA, Akhmetshin EM. Systematic Review of Prevalence of Antepartum Depression during the Trimesters of Pregnancy. *Open Access Maced J Med Sci*. 2019 May 14; 7(9):1555-1560.
66. Shorey S, Chee CYI, Ng ED, Chan YH, Tam WWS, Chong YS. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*. 2018 Sep; 104:235-248.
67. Dennis CL, Brown HK, Wanigaratne S, Fung K, Vigod SN, Grigoriadis S, Marini F, Brennenstuhl S. Prevalence, Incidence, and Persistence of Postpartum Depression, Anxiety, and Comorbidity among Chinese Immigrant and Nonimmigrant Women: A Longitudinal Cohort Study. *Can J Psychiatry* 2018; 63(1):44-53.
68. Hutchens BF, Kearney J. Risk Factors for Postpartum Depression: An Umbrella Review. *J Midwifery Womens Health*. 2020; 65(1):96-108.
69. Dağlar G, Nur N. Gebelerin stresle başa çıkma tarzlarının anksiyete ve depresyon düzeyi ile ilişkisi. *Cumhuriyet Tıp Dergisi* 2014; 36:429-41.
70. Yücel P, Çayır Y, Yücel M. Birinci Dönem gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğu. *Klinik Psikiyatri* 2013; 16:83-87.
71. Hu Y, Wang Y, Wen S, Guo X, Xu L, Chen B, et al. Association between social and family support and antenatal depression: a hospital-based study in Chengdu, China. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019; 19(1):420.

72. İşcan G, İşcan S, Koç E, Karçaaltıncaba D. Sosyodemografik ve obstetrik özelliklerin gebelik depresyonuna etkisi. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2018; 25(4): 429-435.
73. Verkerk GJ, Denollet J, Van Heck GL, Van Son MJ, Pop VJ. Patient preference for counselling predicts postpartum depression: a prospective 1-year follow up study in high-risk women. *J Affect Disord*. 2004; 83(1):43-8.
74. Fan Q, Long Q, De Silva V, Gunarathna N, Jayathilaka U, Dabrera T, Lynn H, Østbye T. Prevalence and risk factors for postpartum depression in Sri Lanka: A population-based study. *Asian J Psychiatr*. 2020; 47:101855.
75. Upadhyay RP, Chowdhury R, Aslyeh Salehi, Sarkar K, Singh SK, Sinha B, et al. Postpartum depression in India: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ* 2017; 95(10):706-717C.
76. Kolukırk Ü , Şimşek H , Ergör A . Doğum sonrası dönemdeki annelerde depresif belirtilerle ilişkili etmenler: Toplum tabanlı kesitsel bir çalışma. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2019; 33(1):1-8.
77. Kaya Zaman F , Özkan N , Toprak D . Gebelikte Depresyon ve Anksiyete Artar mı?. *Konuralp Medical Journal*. 2018; 10(1): 20-25.
78. Kartal B, Şimşek N. Gebelikte depresyon yaşama durumu ve etkileyen faktörler. *Çağdaş Tıp Dergisi*. 2017; 7(3): 217-24.
79. Melville JL, Gavin A, Guo Y, Fan MY, Katon WJ. Depressive disorders during pregnancy: prevalence and risk factors in a large urban sample. *Obstet Gynecol* 2010; 116(5):1064-70.
80. Ersoy E, Özcan H, Ersoy A Ö, Tokmak A, Yaşar Çelik E, Taşcı Y. The relationship between sociodemographic variables and depressive symptoms in uncomplicated pregnant women at term. *Med Med J*. 2016; 31(3): 199-204
81. Ay F, Tektaş E, Mak A, Aktay N. Postpartum depression and the factors affecting it: 2000-2017 study results. *J Psychiatric Nurs* 2018; 9(3):147-152.
82. Kozinszky Z, Dudas RB, Csator dai S, Devosa I, Tóth É, Szabó D, Pál A. Social dynamics of postpartum depression: a population-based screening in South-Eastern Hungary. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2010; 46(5):413–423.
83. Şahin EM, Kılıçarslan S. Son trimester gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler. *Trakya Üniv Tıp Fak Derg* 2010; 27(1):51-8.
84. Çelik F, Köken NG, Yılmaz M. Prevalence of depression during pregnancy and the affecting factors. *Anatol J Clin Investig* 2013; 7(2):110-7.
85. Joshi D, Shrestha S, Shrestha N. Understanding the antepartum depressive symptoms and its risk factors among the pregnant women visiting public health facilities of Nepal. *PLoS One*. 2019; 14(4):e0214992.

86. Getinet W, Amare T, Boru B, Shumet S, Worku W, Azale T. Prevalence and risk factors for antenatal depression in Ethiopia: Systematic Review. *Depress Res Treat* 2018; 2018:3649269.
87. Durukan E, İlhan N. M, Aycan S, Bumin Ali M. Postpartum depression frequency and quality of life among a group of mothers having a child aged 2 weeks-18 months. *Balkan Med J* 2011; 28:385-93.
88. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R, Karakurt P. Postpartum depresyon ile sosyal destek arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2011; 8:31-46.
89. Goyal D, Gay C, Lee KA. How much does low socioeconomic status increase the risk of prenatal and postpartum depressive symptoms in first-time mothers? *Womens Health Issues*, 2010; 20(2):96-104.
90. Deng AW, Xiong RB, Jiang TT, Luo YP, Chen WZ. Prevalence and risk factors of postpartum depression in a population-based sample of women in Tangxia Community, Guangzhou. *Asian Pac J Trop Med* 2014; 7(3):244-9.
91. Yin X, Sun N, Jiang N, Xu X, Gan Y, Zhang J, et al. Prevalence and associated factors of antenatal depression: Systematic reviews and meta-analyses. *Clin Psychol Rev* 2020; 83:101932.
92. Ekuklu G, Tokuc B, Eskiocak M, Berberoglu U, Saltik A. Prevalence of postpartum depression in Edirne, Turkey, and related factors. *J Reprod Med* 2004; 49:908-14.
93. Cankorur VS, Abas M, Berksun O, Stewart R. Social support and the incidence and persistence of depression between antenatal and postnatal examinations in Turkey: a cohort study. *BMJ Open*, 2015; 5(4):e006456.
94. Atasoy N, Bayar Ü, Sade H, Konuk N, Atik L. Doğum sonrası dönemde depresif belirti düzeyini etkileyen klinik ve sosyodemografik risk etmenleri. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2004; 14(5):252-7.
95. Tsakiridis I, Bousi V, Dagklis T, Sardeli C, Nikolopoulou V, Papazisis G. Epidemiology of antenatal depression among women with high-risk pregnancies due to obstetric complications: a scoping review. *Arch Gynecol Obstet* 2019; 300(4):849-59.
96. Chen HL, Cai JY, Zha ML, Shen WQ. Prenatal smoking and postpartum depression: a meta-analysis. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2019; 40(2):97-105.
97. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *J Affect Disord* 2016; 191:62-77.

98. Demir S, Şentürk MB, Çakmak Y, Altay M. Postpartum depression and associated factors in patients who admitted to our clinic to make child birth. *Medical Bulletin of Haseki*. 2016; 54(2):83-9.
99. Başer AD. The evaluation of the relationship between postpartum depression and breastfeeding. *Ankara Med J* 2018; (3):276-85.
100. Golbasi Z, Kelleci M, Kisacik G, Cetin A. Prevalence and correlates of depression in pregnancy among Turkish women. *Matern Child Health J*. 2010; 14(4):485-91.
101. Lau Y, Htun TP, Kwong HKD. Sociodemographic, obstetric characteristics, antenatal morbidities, and perinatal depressive symptoms: A three-wave prospective study. *PLoS One* 2018; 13(2):e0188365.
102. Zhao XH, Zhang ZH. Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Asian J Psychiatr* 2020; 53:102353.
103. Kabakcıoğlu F. Ondokuz Mayıs Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuran 0-12 aylık bebeği olan annelerde depresyon prevalansı, risk faktörleri ve sosyal destek düzeyi (Tıpta uzmanlık tezi). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi; Samsun: 2015.
104. Molyneaux E, Poston L, Khondoker M, Howard LM. Obesity, antenatal depression, diet and gestational weight gain in a population cohort study. *Arch Womens Ment Health*. 2016; 19(5):899-907.
105. Salehi-Pourmehr H, Niroomand S, Shakouri SK, Asgarlou Z, Farshbaf-Khalili A. Association between antenatal and postpartum depression and anxiety with weight retention 1 year after childbirth: a longitudinal study. *Community Ment Health J* 2018; 54(8):1284-94.
106. Selçuk MY, Usman MG, Oktay M, İstanbullu A, Özdemir Ö, Saraçoğlu F. The relationship of postpartum depression with weight gain during pregnancy and sociodemographic factors. *J Turgut Ozal Med Cent* 2012; 19(4):256-63.
107. Oztora S, Arslan A, Caylan A, Dagdeviren HN. Postpartum depression and affecting factors in primary care. *Niger J Clin Pract*. 2019; 22(1):85-91.
108. Olieman RM, Siemonsma F, Bartens MA, Garthus-Niegel S, Scheele F, Honig A. The effect of an elective cesarean section on maternal request on peripartum anxiety and depression in women with childbirth fear: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017; 17(1):195.
109. Kokanalı D, Ayhan S, Devran A, Kokanalı M, Taşçı Y. Sezaryen doğumun postpartum depresyona ve maternal bağlanmaya etkisi. *Çağdaş Tıp Dergisi* 2018; 8(2):148-52.
110. Yaman EŞ, Taşkın L, Eroğlu K. Türkiye'de postnatal depresyon ve etkileyen faktörler. *J Turkish-German Gynecol Assoc* 2009; 10:14-20.

111. Leung BM, Kaplan BJ. Perinatal depression: prevalence, risks, and the nutrition link—a review of the literature. *J Am Diet Assoc* 2009; 109(9):1566-75.
112. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 202(1):5-14.
113. Gulseren L, Erol A, Gulseren S, Kuey L, Kilic B, Ergor G. From antepartum to postpartum: a prospective study on the prevalence of peripartum depression in a semiurban Turkish community. *J Reprod Med.* 2006; 51(12):955-60.
114. Martínez-Borba V, Suso-Ribera C, Osma J, Andreu-Pejó L. Predicting postpartum depressive symptoms from pregnancy biopsychosocial factors: a longitudinal investigation using structural equation modeling. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(22):8445.
115. Bolak BH, Toker Ö, Küey L. Postpartum depression and its psychosocial correlates: A longitudinal study among a group of women in Turkey. *Women Health* 2016; 56(5):502-21.
116. Özdemir S, Marakoğlu K, Çivi S. Konya il merkezinde doğum sonrası depresyon riski ve etkileyen faktörler. *TAF Prev Med Bull* 2008; 7(5):391-8.
117. WHO, UNICEF. Iron deficiency anaemia: assessment, prevention and control, a guide for programme managers. Switzerland, Geneva: World Health Organization, 2001:1-114.
118. Breymann C. Iron Deficiency Anemia in Pregnancy. *Semin Hematol* 2015; 52(4): 339-47.
119. Kang SY, Kim HB, Sunwoo S. Association between anemia and maternal depression: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res* 2020; 122:88-96.
120. Yılmaz E, Yılmaz Z, Çakmak B, Gültekin İB, Çekmez Y, Mahmutoğlu S, Küçüközkan T. Relationship between anemia and depressive mood in the last trimester of pregnancy. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2017; 30(8):977-82.
121. Azami M, Badfar G, Khalighi Z, Qasemi P, Shohani M, Soleymani A, Abbasalizadeh S. The association between anemia and postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Caspian J Intern Med.* 2019; 10(2):115-24.
122. Maeda Y, Ogawa K, Morisaki N, Tachibana Y, Horikawa R, Sago H. Association between perinatal anemia and postpartum depression: A prospective cohort study of Japanese women. *Int J Gynaecol Obstet* 2020; 148(1):48-52.

123. Goshtasebi A, Alizadeh M, Gandevani SB. Association between maternal anaemia and postpartum depression in an urban sample of pregnant women in Iran. *J Health Popul Nutr* 2013; 31(3):398-402.
124. Szpunar MJ, Parry BL. A systematic review of cortisol, thyroid-stimulating hormone, and prolactin in peripartum women with major depression. *Arch Womens Ment Health* 2018; 21(2):149-61.
125. Yim IS, Tanner Stapleton LR, Guardino CM, Hahn-Holbrook J, Dunkel Schetter C. Biological and psychosocial predictors of postpartum depression: systematic review and call for integration. *Annu Rev Clin Psychol* 2015; 11:99-137.
126. Minaldi E, D'Andrea S, Castellini C, Martorella A, Francavilla F, Francavilla S, Barbonetti A. Thyroid autoimmunity and risk of post-partum depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *J Endocrinol Invest* 2020; 43(3):271-7.
127. Özkan H, Üst ZD, Gündoğdu G, Çapık A, Şahin SA. Erken postpartum dönemde emzirme ve depresyon arasındaki ilişki. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 2014; 48(2):124-30.
128. Green K, Broome H, Mirabella J. Postnatal depression among mothers in the United Arab Emirates: socio-cultural and physical factors. *Psychol Health Med* 2006; 11(4):425-31.
129. Figueiredo B, Canário C, Field T. Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. *Psychol Med* 2014; 44(5):927-36.
130. Watkins S, Meltzer-Brody S, Zolnoun D, Stuebe A. Early breastfeeding experiences and postpartum depression. *Obstet Gynecol* 2011; 118(2 Pt 1):214-21.
131. Da Silva Tanganhito D, Bick D, Chang YS. Breastfeeding experiences and perspectives among women with postnatal depression: A qualitative evidence synthesis. *Women Birth* 2020; 33(3):231-9.
132. Konuş Y. Edirne il merkezinde postpartum depresyon sıklığı, risk faktörleri ve gebelik okulunun etkisi (Tıpta uzmanlık tezi). *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı*, Edirne, 2020.
133. Beck CT. A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nurs Res* 1996; 45(5):297-303.

8. EKLER

Ek 1. Gönüllü Olur Formu

 T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Baş ve Tıbbi Ofis Kurumu	Birinci basamakta sağlık hizmeti alan kadınlarda, gebelikte ve doğum sonrası dönemde depresyon sıklığının ve ilişkili faktörlerin saptanması ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Doküman Adı: KADB-F.23-R.00
		Yayın Tarihi: 18.04.2013
		Sayfa No: 1/1
		Onaylayan: Daire Başkanı

Sayın Katılımcı,

Depresyon bireyin günlük hayatını meşgul eden, sosyal faaliyetlerini olumsuz etkileyen, kendisini umutsuz, çaresiz, değersiz hissetmesine neden olabilen, tüm dünyada sıklığı giderek artan bir sağlık sorunudur. Doğurganlık çağındaki kadınlarda depresyon sık görülmektedir. Gebelik sürecinde ve doğumdan sonraki bir yıl içinde bu risk daha da fazladır. Bu durumun tespit edilmesi nedeniyle bütün dünyada gebe ve lohusa kadınlara yönelik pek çok araştırma yapılmaktadır.

Biz de bu çalışma ile duygudurum bozuklukları açısından en riskli grup olan gebe ve lohusalardan depresyon riski olanların tespit edilmesi, olası bir depresyonun erkenden tanınması ve tedavisi için gerekli önlemlerin alınması amacıyla bir durum saptaması yapmayı amaçladık. Siz de kabul ederseniz; size gebelik döneminizde Beck Depresyon Ölçeği anketi ve gebelik sonrası dönemde Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği anketi uygulanacaktır.

Yaklaşık 261 gönüllünün katılımı planlanan bu çalışma, katılımcılar yönünden herhangi bir risk taşımamaktadır. Sizden alınacak tüm bilgiler bilimsel bir araştırmaya veri olarak kullanılacak, çalışma süresince tutulan bütün kayıtlar ve dosya bilgileri, verilerin tamamı araştırmacı tarafından gizlilik ilkesine göre saklanacaktır. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğiniz kesin olarak gizli tutulacaktır. Araştırmaya katılmak isteğe bağlıdır ve istediğiniz zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilirsiniz veya araştırmadan istediğiniz zaman çıkma hakkınız vardır. Araştırma ile ilgili sormak istediğiniz, merak ettiğiniz bir konu olması halinde aşağıda numarasını belirtilen Aile Sağlığı Merkezi telefonundan bize ulaşabilirsiniz.

Katılımcı Onamı: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu'ndaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Bu koşullarla, aşağıda imzası olan ben "Birinci basamakta sağlık hizmeti alan kadınlarda, gebelikte ve doğum sonrası dönemde depresyon sıklığının ve ilişkili faktörlerin saptanması" başlıklı araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı Soyadı:	İmzası:	Tarih: / / 201...
Yasal temsilcisinin Adı Soyadı:	İmzası:	Tarih: / / 201...
Doktorun Adı Soyadı: Dr. Ahmet Duran ŞAHİN	İmzası:	Tarih: / / 201...

Ek 2. Gebelik Dönemi Sosyodemografik Veri Toplama Formu

“Gebelik Dönemi ve Gebelik Sonrası Dönemlerdeki Depresyon Riskini Karşılaştırma” Araştırması VERİ TOPLAMA FORMU - 1

Sayın katılımcı; bu çalışma Elmalı, Korkuteli, Döşemealtı ilçelerinde yaşayan gebe kadınlarda gebelik dönemi ve gebelik sonrası dönemlerdeki depresyon riskini karşılaştırmak amacıyla yapılmaktadır. Kişisel bilgileriniz kimseyle paylaşılmayacaktır. Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

Tarih : / / 201....

Aile hekimi: Dr.

1. Gebenin adı soyadı:

2. Gebenin doğum yılı:

3. Mezun olduğunuz okul?

- | | | |
|--------------------|--------------|------------------------|
| 1. Okuryazar değil | 2. Okuryazar | 3. İlkokul |
| 4. Ortaokul | 5. Lise | 6. Üniversite ve üzeri |

4. Çalışıyor musunuz? Mesleğiniz nedir?

- | | | | |
|--------------|-----------|--------------------------|----------------------|
| 1. Ev hanımı | 2. İşçi | 3. Memur | 4. İşsiz- çalışmıyor |
| 5. Emekli | 6. Çiftçi | 7. Serbest meslek sahibi | 8. Diğer (.....) |

5. Eşinizin mezun olduğu okul?

- | | | |
|--------------------|--------------|------------------------|
| 1. Okuryazar değil | 2. Okuryazar | 3. İlkokul |
| 4. Ortaokul | 5. Lise | 6. Üniversite ve üzeri |

6. Eşinizin mesleği nedir?

- | | | | |
|--------------------------|-----------|------------------|----------------------|
| 1. Serbest meslek sahibi | 2. İşçi | 3. Memur | 4. İşsiz- çalışmıyor |
| 5. Emekli | 6. Çiftçi | 7. Diğer (.....) | |

7. Ailenizin gelir- gider durumu sizce nasıl?

1. Gelirimiz giderimizden fazla
2. Gelirimiz giderimize denk
3. Gelirimiz giderimizden az

8. İkamet ettiğiniz yer?

- | | | |
|--------|-----------------|---------------|
| 1. Köy | 2. İlçe merkezi | 3. İl merkezi |
|--------|-----------------|---------------|

9. Aile tipiniz?

- | | |
|---------------|------------------|
| 1. Geniş aile | 2. Çekirdek aile |
|---------------|------------------|

10. Kaç yaşında evlendiniz?

11. İlk kez kaç yaşında gebe kaldınız?

12. Bu kaçıncı gebeliğiniz? (ilk gebelik ise 14.soruya geçiniz)

13. Bu gebelik ile bir önceki doğumunuz arasındaki süre? yıl, ay

14. Son gebeliğiniz planlı olarak mı gerçekleşti? 1. Evet 2. Hayır

15. Son adet tarihiniz? / / 201....

16. Gebeliğinizin kaçınıcı haftasındasınız?

17. Daha önceden depresyon tanısı aldınız mı? 1. Hayır 2. Evet

18. Ailede (anne, baba, kardeşlerde) depresyon öyküsü var mı? 1. Hayır 2. Evet

19. Sigara kullanıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır 3. Bıraktım (..... yıl / ay önce)

20. Eşiniz ile ilişkileriniz nasıl? 1. İyi 2. Orta 3. Kötü

21. Kendi ailenizle ilişkileriniz nasıl? 1. İyi 2. Orta 3. Kötü

22. Eşinizin ailesi ile ilişkileriniz nasıl? 1. İyi 2. Orta 3. Kötü

23. Eşinizin desteğini nasıl değerlendiriyorsunuz? 1. İyi 2. Orta 3. Kötü

Ek 3. Doğum Sonrası Veri Toplama Formu

“Gebelik Dönemi ve Gebelik Sonrası Dönemlerdeki Depresyon Riskini Karşılaştırma” Araştırması

VERİ TOPLAMA FORMU - 2

Sayın katılımcı; bu çalışma Elmalı, Korkuteli, Döşemealtı ilçelerinde yaşayan gebe kadınlarda gebelik dönemi ve gebelik sonrası dönemlerdeki depresyon riskini karşılaştırmak amacıyla yapılmaktadır. Kişisel bilgileriniz kimseye paylaşılmayacaktır. Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

Tarih : / / 201....

Aile hekimi: Dr.

1. Annenin adı soyadı:
2. Gebelikte sağlık kontrolleriniz ve gebelik-doğum ile ilgili bilgilendirme yapıldı mı?
1. Evet kez 2. Hayır
3. Gebelikte sağlık kontrolleriniz kim tarafından yapıldı?
1. Aile hekimi 2. Aile sağlığı elemanı (ebe, hemşire)
3. Kadın doğum uzmanı 4. Diğer (.....)
4. Gebelik süresince kaç kilo aldınız?
5. Bebek kaç haftalık doğdu? hafta
6. Bebeğin doğum tarihi (gün/ay/yıl) : / / 201....
7. Doğum şekliniz? 1. Normal doğum 2. Sezaryen
8. Bebeğin cinsiyeti? 1. Erkek 2. Kız
9. Bebeğinizin cinsiyetinden memnun musunuz? 1. Evet 2. Hayır
10. Doğum sonrası sağlık bakımı aldınız mı? 1. Evet defa 2. Hayır
11. Doğum sonrası bakımınız kim tarafından yapıldı?
1. Aile hekimi 2. Aile sağlığı elemanı (ebe, hemşire)
3. Kadın doğum uzmanı 4. Diğer (.....)
12. Bebeğinizi emziriyor musunuz?
1. Evet 2. Hayır
13. Anne olarak kendinizi nasıl değerlendiriyorsunuz? 1. Yeterli 2. Orta 3. Yetersiz
14. Bebeğinizin bakımını kim üstleniyor?
15. Şu anda hayatınızda ciddi bir stres kaynağı var mı?
1. Hayır
2. Evet () Aile problemleri () Bir yakının ölümü () İş kaybı () Diğer

Ek 4. Beck Depresyon Ölçeği (1. sayfa)

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

AÇIKLAMA: Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz. Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

Bugün dahil geçen hafta içinde;	Yanıt
1 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.	
2 Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim. Gelecek hakkında karamsarım. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.	
3 Kendimi başarısız bir insan olarak görüyorum. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum. Kendimi tümlüyle başarısız biri olarak görüyorum.	
4 Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor. Her şeyden sıkılıyorum.	
5 Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.	
6 Bana cezalandırılmışım gibi geliyor. Cezalandırabileceğimi hissediyorum. Cezalandırılmayı bekliyorum. Cezalandırıldığımı hissediyorum.	
7 Kendimden memnunum. Kendi kendimden pek memnun değilim. Kendime çok kızıyorum. Kendimden nefret ediyorum.	
8 Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum. Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.	
9 Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum. Kendimi öldürmek isterdim. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.	
10 Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor. Zaman zaman içimden ağlamak geliyor. Çoğu zaman ağlıyorum. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.	

Beck Depresyon Ölçeği (2. sayfa)

Bugün dahil geçen hafta içinde;		Yanıt
11	Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.	
	Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.	
	Şimdi hep sinirliyim.	
	Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.	
12	Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.	
	Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.	
	Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.	
	Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.	
13	Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.	
	Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.	
	Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.	
	Artık hiç karar veremiyorum.	
14	Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.	
	Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.	
	Görüntüümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.	
	Kendimi çok çirkin buluyorum.	
15	Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.	
	Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.	
	Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.	
	Hiçbir şey yapamıyorum.	
16	Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.	
	Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.	
	Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.	
	Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.	
17	Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.	
	Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.	
	Yaptığım her şey beni yoruyor.	
	Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.	
18	İştahım her zamanki gibi.	
	İştahım her zamanki kadar iyi değil.	
	İştahım çok azaldı.	
	Artık hiç iştahım yok.	
19	Son zamanlarda kilo vermedim.	
	İki kilodan fazla kilo verdim.	
	Dört kilodan fazla kilo verdim.	
	Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.	
20	Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.	
	Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.	
	Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.	
	Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünmüyorum.	
21	Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.	
	Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.	
	Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.	
	Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.	

Ek 5. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

EDINBURGH POSTPARTUM DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Yakın zamanlarda bebeğiniz oldu. 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.

Örnek	Kendimi mutlu hissediyorum	☐ Evet, her zaman ☒ Evet, çoğu zaman ☐ Hayır, çok sık değil ☐ Hayır, hiçbir zaman	Bu, son hafta boyunca " çoğu zaman kendimi mutlu hissediyorum " anlamına gelmektedir.
-------	----------------------------	---	--

Lütfen aşağıdaki soruları örnekte gösterildiği biçimde yanıtlayınız.

Son 7 gündür

1	Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.	☐ Her zaman olduğu kadar ☐ Artık pek o kadar değil ☐ Artık kesinlikle o kadar değil ☐ Artık hiç değil
2	Geleceğe hevesle bakıyorum.	☐ Her zaman olduğu kadar ☐ Her zamankinden biraz daha az ☐ Her zamankinden kesinlikle daha az ☐ Hemen hemen hiç
3	Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.	☐ Evet, çoğu zaman ☐ Evet, bazen ☐ Çok sık değil ☐ Hayır, hiç bir zaman
4	Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.	☐ Hayır, hiç bir zaman ☐ Çok seyrek ☐ Evet, bazen ☐ Evet, çoğu zaman
5	İyi bir nedeni olmadığı halde, korkuyor ya da panikliyorum.	☐ Evet, çoğu zaman ☐ Evet, bazen ☐ Hayır, çok değil ☐ Hayır, hiç bir zaman
6	Her şey giderek sırtıma yükleniyor.	☐ Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum ☐ Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum ☐ Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkıyorum ☐ Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum
7	Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorluk çekiyorum.	☐ Evet, çoğu zaman ☐ Evet, bazen ☐ Çok sık değil ☐ Hayır, hiç bir zaman
8	Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.	☐ Evet, çoğu zaman ☐ Evet, oldukça sık ☐ Çok sık değil ☐ Hayır, hiç bir zaman
9	Öyle mutsuzum ki ağlıyorum.	☐ Evet, çoğu zaman ☐ Evet, oldukça sık ☐ Çok seyrek ☐ Hayır, asla
10	Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.	☐ Evet, oldukça sık ☐ Bazen ☐ Hemen hemen hiç ☐ Asla