



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**ANKARA'DA BİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM POLİKLİNİĞİ'NE
BAŞVURAN GEBELERDE
“EDİNBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ” İLE
DEPRESYON SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ ETMENLER**

Elif AKKAŞ YILMAZ

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
EPİDEMİYOLOJİ YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Meltem ÇÖL**

2013-ANKARA

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ANKARA'DA BİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM POLİKLİNİĞİ'NE
BAŞVURAN GEBELERDE
“EDİNBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ” İLE
DEPRESYON SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ ETMENLER**

Elif AKKAŞ YILMAZ

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
EPİDEMİYOLOJİ YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Meltem ÇÖL**

2013-ANKARA

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Epidemiyoloji Yüksek Lisans Programı

çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından

Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarih : 14.05.2013



Prof. Dr. Ahmet SALTİK

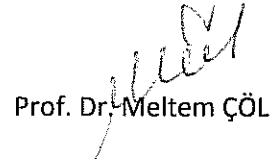
Ankara Üniversitesi

Jüri Başkanı



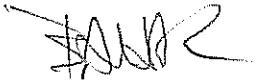
Prof. Dr. Feride AKSU TANIK

Ankara Üniversitesi



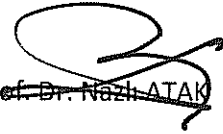
Prof. Dr. Meltem ÇÖL

Ankara Üniversitesi



Prof. Dr. Bahar GÜÇİZ DOĞAN

Hacettepe Üniversitesi



Prof. Dr. Nazlı ATAĞ

Ankara Üniversitesi

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay sayfası	ii
İçindekiler	iii
Önsöz	vii
Simgeler ve kısaltmalar	viii
Çizelgeler	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. Genel Bilgiler	6
1.1.1. Kadın Sağlığının Önemi	6
1.1.2. Kadın ve Ruh Sağlığı	7
1.1.3. Gebelik-Doğum ve Ruh Sağlığı	8
1.1.4. Depresyon	14
1.1.4.1. Tanım	14
1.1.4.2. Depresif Bozuklukların Sınıflandırması (DSM IV)	15
1.1.4.3. DSM IV Majör Depresyon Tanı Kriterleri	15
1.1.4.4. Depresyon Yaygınlığı	17
1.1.4.5. Depresyon ile İlişkili Olası Risk Etmenleri	18
1.1.4.5.1. Yaş	18
1.1.4.5.2. Cinsiyet	19
1.1.4.5.3. Medeni Durum	19
1.1.4.5.4. Aile Öyküsü ve Genetik Etkenler	19
1.1.4.5.5. Kişilik Yapısı	20
1.1.4.5.6. Diğer etkenler	20
1.1.5. Gebelik depresyonu	20
1.1.5.1. Dünyada ve Ülkemizde Gebelik Depresyonu Sıklığı	21
1.1.5.2. Gebelik Depresyonu için Risk Faktörleri	21

1.1.5.3. Gebelik Depresyonu Belirti ve Bulguları	22
1.1.5.4. Gebelik Depresyonunun Etkileri ve Sonuçları	23
1.1.5.5. Gebelik Depresyonunun Gebenin Davranışları Üzerine Etkileri	23
1.1.5.6. Gebelik Depresyonu Taraması	24
1.1.5.7. Gebelik Depresyonunda Tedavi Yaklaşımları	25
1.1.5.7.1. Psikoterapi	26
1.1.5.7.1.1. Kişilerarası Psikoterapi	26
1.1.5.7.1.2. Bilişsel Davranışçı Terapi	27
1.1.5.7.2. İlaç Tedavileri	27
1.1.5.7.2.1. SSRI	28
1.1.5.7.2.2. Trisiklik Antidepresanlar	28
2. GEREÇ VE YÖNTEM	30
2.1. Araştırmanın Tipi	30
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	30
2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	30
2.3.1. Araştırmanın Evreni	30
2.3.2. Araştırmanın Örneklemi	30
2.4. Araştırmanın Hipotezleri	31
2.5. Araştırmanın Değişkenleri	33
2.5.1. 1. GRUP	33
2.5.1.1. Bağımlı değişken	33
2.5.1.2. Bağımsız değişken	33
2.5.2. 2. GRUP	34
2.5.2.1. Bağımlı değişken	34
2.5.2.2. Bağımsız değişken	34
2.6. Verilerin Toplanması	34
2.7. Veri Toplama Formları ve Depresyon Ölçeği	35
2.7.1. Anket Formu	35

2.7.2. Gebelik Sonucu, Doğum Şekli ve Yenidoğanı Değerlendirme Formu	36
2.7.3. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ)	36
2.8. Araştırmada Kullanılan Sınıflama ve Kriterler	37
2.9. Verilerin Değerlendirilmesi	38
2.10. Araştırmanın Kısıtlılığı	38
2.11. İzinler-Etik Konular	38
2.12. Araştırma Takvimi	39
3. BULGULAR	40
3.1. Araştırmaya Katılan Gebelerin Tanımlayıcı Özellikleri	40
3.2. Araştırmaya Katılan Gebelerin EDSDÖ'ne Göre Belirlenen Gebelik Depresyonu Sıklığı, İlişkili Etmenler ve Çok Değişkenli Analiz Sonuçları	46
3.3. Araştırmaya Katılan Gebelerde Depresyon Sonucu Ortaya Çıkan Sorunlar	68
3.4. Araştırmaya Katılan Gebelerde Depresyonla İlişkili Gebelik Komplikasyonları ve Yenidoğana Ait Özellikler	73
4. TARTIŞMA	77
4.1. Araştırmaya Katılan Gebelerin Tanımlayıcı Özellikleri	77
4.2. Araştırmaya Katılan Gebelerin EDSDÖ'ne Göre Belirlenen Gebelik Depresyonu Sıklığı, İlişkili Etmenler ve Çok Değişkenli Analiz Sonuçları	80
4.3. Araştırmaya Katılan Gebelerde Depresyon Sonucu Ortaya Çıkan Sorunlar	91
4.4. Araştırmaya Katılan Gebelerde Depresyonla İlişkili Gebelik Komplikasyonları ve Yenidoğana Ait Özellikler	94
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	97
ÖZET	103
SUMMARY	105
KAYNAKLAR	107
EKLER	128
Ek-1 Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu ve Etik kurul onayı	128
Ek-2 Gebelik depresyonu araştırması soru formu	132

Ek-3 Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği (EDSDÖ)	135
Ek-4 Gebelik sonucu, doğum şekli ve yenidoğanı değerlendirme formu	137
ÖZGEÇMİŞ	138

ÖNSÖZ

Depresyon; ruhsal hastalıklar içerisinde gebelikte en sık görülenidir ve doğum sonrası depresyonunun en önemli risk faktörü olması, gebelikte komplikasyonlara ve fetüs üzerinde olumsuz sonuçlara neden olabilmesi ve gebelik döneminde doğum sonrası döneme göre daha yüksek olan prevalansı nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. Erken tanı ve tedavinin, gerek anne-bebeğin fiziksel ve psikolojik sağlık seyirleri, gerekse anne-bebek ilişkisi üzerindeki olumlu etkileri nedeniyle, gebelik ve gebelik sonrası dönemde depresyon gelişimine yatkınlık yaratan risk etmenlerini bilmek ve riskli kabul edilebilecek anneleri yakından izlemek önemlidir. Bu nedenle bu çalışma;Şubat 2012- Temmuz 2012 tarihleri arasında, Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniklerine gebelik takibi için gelen kadınlarda, “Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği” ile temel olarak gebelik depresyonu sıklığını ve ilişkili etmenleri belirlemek ve ikincil olarak çalışmaya katılan gebelerden doğum için hastaneye gelenler üzerinden, depresyonun gebelik komplikasyonları, doğum ve yenidoğan üzerine etkilerini belirleyerek, bu konuda yapılacak müdahalelere katkıda bulunmak amacıyla yapılmıştır.

Araştırmamın her aşamasında ve yüksek lisans eğitimim boyunca, beni destekleyen, hiçbir konuda yardımlarını esirgemeyen tez danışmanım, değerli hocam Sn.Prof.Dr.Meltem Çöl’e, yüksek lisans eğitimim boyunca deneyim ve bilgileriyle bana emeği geçen Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Anabilim Dalı’ndaki değerli hocalarım, Sn.Prof.Dr. Recep Akdur, Sn.Prof.Dr.Aysun İdil, Sn.Prof.Dr.Nazlı Atak, Sn.Doç.Dr.Tuğrul Erbaydar, Sn.Doç.Dr.Deniz Çalışkan’a, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı’ndan Sn.Doç.Dr.Yasemin Genç’e ve Psikiyatri Anabilim Dalı’ndan Sn.Doç.Dr.Vesile Şentürk Cankorur’a,çalışmamı hastanede yürüttüğüm süre boyunca bana yardımcı olan Dr.Vakkas Korkmaz, Selin Öztürk ve Nurcan Recep’e, tezimin yazım aşamasında sabırla yardım eden kardeşim Emre Akkaş’a, ayrıca beni yetiştiren ve tüm eğitimim boyunca hiçbir zaman desteklerini esirgemeyensevgili annem Sema Akkaş ve babam Ömer Akkaş’a ve hayatımı paylaştığım sevgili eşim Barış Yılmaz’a teşekkürlerimi sunuyorum.

SİMGELER VE KISALTMALAR

ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists Committee
DALY: Engelliliğe ayarlanmış yaşam yılı-disability adjusted life years
DÖB: Doğum öncesi bakım
DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
EAH: Eğitim ve Araştırma Hastanesi
EDSDÖ: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği
EMR: Erken Membran Ruptürü
GİS: Gastro-İntestinal Sistem
HÜNEE: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüpleri Enstitüsü
KBDYG: Kişi Başına Düşen Yıllık Gelir
TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığı
SPSS: Statistical Package for Social Sciences
SSRI: Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri

ÇİZELGELER

Çizelge 3.1.1. Araştırmaya Katılan Gebelerin Yaşa Göre Dağılımı	40
Çizelge 3.1.2. Araştırmaya Katılan Gebelerin Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımı	41
Çizelge 3.1.3. Araştırmaya Katılan Gebelerin Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı	41
Çizelge 3.1.4. Araştırmaya Katılan Gebelerin Sağlık Güvence Durumlarına Göre Dağılımları	42
Çizelge 3.1.5. Araştırmaya Katılan Gebelerin Resmi Nikahlarına Göre Dağılımı	42
Çizelge 3.1.6. Araştırmaya Katılan Gebelerin Eşlerinin Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımı	43
Çizelge 3.1.7. Araştırmaya Katılan Gebelerin Eşlerinin Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı	43
Çizelge 3.1.8. Araştırmaya Katılan Gebelerin KBDYG'lerine Göre Dağılımı	44
Çizelge 3.1.9. Araştırmaya Katılan Gebelerin Doğurganlık Özellikleri ile İlgili Ortalamalar	44
Çizelge 3.1.10. Araştırmaya Katılan Gebelerin Gebelik, Canlı Doğum ve Ölü Doğum Sayılarının Dağılımı	45
Çizelge 3.1.11. Araştırmaya Katılan Gebelerin İstemsiz ve İstemli Düşük Sayılarının Dağılımı	45
Çizelge 3.2.1. Araştırmaya Katılan Gebelerin EDSDÖ'ne Göre Depresyon Durumunun Dağılımı	46
Çizelge 3.2.2. Araştırmaya Katılan Gebelerin Gebelik Haftası Ortalamalarına Göre Depresyon Durumları	46
Çizelge 3.2.3. Araştırmaya Katılan Gebelerin Yaş Ortalamalarına Göre Depresyon Durumları	47
Çizelge 3.2.4. Araştırmaya Katılan Gebelerin Yaş Dağılımlarına Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı	47
Çizelge 3.2.5. Araştırmaya Katılan Gebelerin Öğrenim Durumlarına Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı	48
Çizelge 3.2.6. Araştırmaya Katılan Gebelerin Çalışma Durumlarına Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı	48
Çizelge 3.2.7. Araştırmaya Katılan Gebelerin Sağlık Güvence Durumlarına Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı	49
Çizelge 3.2.8. Araştırmaya Katılan Gebelerin Resmi Nikah Durumlarına Göre	49

Depresyon Durumlarının Dağılımı	
Çizelge 3.2.9. Araştırmaya Katılan Gebelerin Evlilik Sayılarına Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı	50
Çizelge 3.2.10. Araştırmaya Katılan Gebelerin Eşleriyle Birliktelik Sürelerine Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı	50
Çizelge 3.2.11. Araştırmaya Katılan Gebelerin İlk Evlilik Yaşı Ortalamalarına Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı	51
Çizelge 3.2.12. Araştırmaya Katılan Gebelerin İlk Evlilik Yaşlarına Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı	51
Çizelge 3.2.13. Araştırmaya Katılan Gebelerin Evlenme Şekillerine Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı	52
Çizelge 3.2.14. Araştırmaya Katılan Gebelerin Eşlerinin Öğrenim Durumlarına Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı	52
Çizelge 3.2.15. Araştırmaya Katılan Gebelerin Eşlerinin Çalışma Durumlarına Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı	53
Çizelge 3.2.16. Araştırmaya Katılan Gebelerin KBDYG Ortalamalarına Göre Depresyon Durumları	53
Çizelge 3.2.17. Araştırmaya Katılan Gebelerin KBDYG'lerine Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı	53
Çizelge 3.2.18. Araştırmaya Katılan Gebelerin Yaşadıkları Evin Kendilerine Ait Olma Durumlarına Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı	54
Çizelge 3.2.19. Araştırmaya Katılan Gebelerin Evde Birlikte Yaşadıkları Kişi Sayısına Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı	54
Çizelge 3.2.20. Araştırmaya Katılan Gebelerin Evde Birlikte Yaşadıkları Kişilere Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı	55
Çizelge 3.2.21. Araştırmaya Katılan Gebelerin Gebeliklerini İsteme Durumlarına Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı	55
Çizelge 3.2.22. Araştırmaya Katılan Gebelerin Doğurganlık Özellikleri ile İlgili Ortalamalara Göre Depresyon Durumları	56
Çizelge 3.2.23. Araştırmaya Katılan Gebelerin Toplam Gebelik, Canlı Doğum ve Ölü Doğum Sayılarının Dağılımına Göre Depresyon Durumları	57
Çizelge 3.2.24. Araştırmaya Katılan Gebelerin İstemsiz ve İstemli Düşük Sayılarının Dağılımına Göre Depresyon Durumları	58
Çizelge 3.2.25. Araştırmaya Katılan Gebelerin Geçmişte Depresyon Tanısı Almış Olma Durumlarına Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı	58

Çizelge 3.2.26. Araştırmaya Katılan Gebelerin Daha Önceki Gebelikleri Esnasında/Doğumdan Sonra Depresyon Tanısı Almış Olma Durumlarına Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı	59
Çizelge 3.2.27. Araştırmaya Katılan Gebelerin Birinci Derece Akrabalarının Depresyon Tanısı Almış Olma Durumlarına Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı	60
Çizelge 3.2.28. Araştırmaya Katılan Gebelerin Tanı Konmuş Kronik Hastalık Varlığına Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı	60
Çizelge 3.2.29. Araştırmaya Katılan Gebelerin Gebelik Sürecinde Tıbbi Sorun Varlığına Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı	61
Çizelge 3.2.30. Araştırmaya Katılan Gebelerin Gebeliğe Bağlı Bulantı-Kusma Varlığına Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı	61
Çizelge 3.2.31. Araştırmaya Katılan Gebelerden Gebeliğe Bağlı Bulantı-Kusması Olanların Hastanede Yatma Durumlarına Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı	62
Çizelge 3.2.32. Araştırmaya Katılan Gebelerin Gebelik Esnasında Eşleriyle Sorunlarını Paylaşabilme Durumlarına Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı	63
Çizelge 3.2.33. Araştırmaya Katılan Gebelerin Aile İçinde Sorun/Huzursuzluk Yaşama Durumlarına Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı	64
Çizelge 3.2.34. Araştırmaya Katılan Gebelerin Gebelik Esnasında Akraba ve Arkadaşlarla Paylaşım ve Destek Alımına Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı	65
Çizelge 3.2.35. Araştırmaya Katılan Gebelerin Genel Ruh Sağlıklarıyla İlgili Kendi Tanımlamalarına Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı	66
Çizelge 3.2.36. Lojistik Regresyon Analizinde Depresyon ile İlişkili Bulunan Faktörlerle İlgili Sonuçlar	68
Çizelge 3.3.1. Araştırmaya Katılan Gebelerin Depresyon Varlığına Göre Gebelik Esnasında İlk Muayene Haftaları Ortalamalarının Dağılımı	69
Çizelge 3.3.2. Araştırmaya Katılan Gebelerin Depresyon Varlığına Göre İlk DÖB Haftalarının Dağılımı	69
Çizelge 3.3.3. Araştırmaya Katılan Gebelerin Depresyon Varlığına Göre Gebelik Süresince Toplam Muayeneye Gidiş Sayısı Ortalamaları	70
Çizelge 3.3.4. Araştırmaya Katılan Gebelerin Depresyon Varlığına Göre Gebelik Süresince Toplam DÖB Sayıları	70
Çizelge 3.3.5. Lojistik Regresyon Analizinde DÖB Sayısı Üzerine Etkili Faktörlerle İlgili Sonuçlar	71
Çizelge 3.3.6. Araştırmaya Katılan Gebelerde Depresyon Varlığına Göre Gebelik Süresince Ağırlık Artışı Ortalaması	71

Çizelge 3.3.7. Araştırmaya Katılan Gebelerin Depresyon Durumlarına Göre Gebelik Süresince Aldıkları Kiloların Dağılımı	72
Çizelge 3.3.8. Araştırmaya Katılan Gebelerin Depresyon Durumlarına Göre Gebelikteki İştah Değişikliklerinin Dağılımı	72
Çizelge 3.3.9. Araştırmaya Katılan Gebelerin Depresyon Durumlarına Göre Sigara İçme Durumlarının Dağılımı	73
Çizelge 3.4.1. Araştırmaya Katılan Gebelerin Depresyon Durumlarına Göre Gebelik Sürecinde Ortaya Çıkan Gebelik Komplikasyonlarının Dağılımı	74
Çizelge 3.4.2. Araştırmaya Katılan Gebelerin Depresyon Durumlarına Göre Doğum Şekillerinin Dağılımı	74
Çizelge 3.4.3. Araştırmaya Katılan Gebelerin Depresyon Varlığına Göre Yenidoğanları İle İlgili Ortalamalar	75
Çizelge 3.4.4. Araştırmaya Katılan Gebelerin Depresyon Durumlarına Göre Yenidoğanlarının Doğum Haftalarının Dağılımı	76
Çizelge 3.4.5. Araştırmaya Katılan Gebelerin Depresyon Durumlarına Göre Yenidoğanlarının Doğum Ağırlığının Dağılımı	76

1.GİRİŞ

Günümüzde ruhsal sorunların varlığı dikkat çekecek ölçüde artmış olup, ruhsal hastalıklar hem bireysel, hem de toplumsal boyutta önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Ruhsal bozukluklar içerisinde en sık görüleni ve hastalık yükünde en büyük paya sahip olanı depresyondur (WHO,2001). Depresyon; insanın işlevselliğini, yaratıcılığını, mutluluğunu ve doyumunu engelleyerek yaşam kalitesini düşüren ve işgücü kayıplarına yol açan bir hastalıktır. Yaygınlık, kronikleşme, tekrarlama oranlarının yüksek olması ve intihar riskini arttırması nedeniyle önemli bir sağlık sorunu olup, dünya genelinde hastalık yükünün önde gelen üçüncü nedenidir. Depresyon, düşük gelirli ülkelerde hastalık yükünde sekizinci sırada iken, orta ve yüksek gelir düzeyine sahip ülkelerde ilk sırayı almaktadır (WHO, 2008). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), depresif hastalığın, tüm dünya genelinde, 2030 yılında engelliğe ayarlanmış yaşam yılı-DALYyükünde birinci sırada olmasını beklemektedir.

Çalışmalar; depresyonun büyük çoğunluğunun, gebelik-doğum-lohusalık gibi doğurganlık süreçlerini içine alan, 18-44 yaş aralığındaki kadınlarda görüldüğünü, belirtmektedir. Bu süreçlerden gebelik, sadece fiziksel açıdan değil, sosyal ve psikolojik açıdan da pek çok değişikliğin yaşandığı bir dönem olması, rol değişimi ve geçiş dönemini temsil etmesi nedeniyle bir kadının hayatındaki en önemli dönemlerden birisidir. Gebelik ve doğum fizyolojik bir olgu olarak kabul edilse de, gebelik esnasında ve doğum sonu dönemde anne sağlığı olumsuz yönde etkilenebilmekte ve bazı kadınlar için duygusal ve psikolojik sorunlarla dolu bir dönem olabilmektedir (Chen ve ark.,2004). Bazı gebe kadınlarda ağlamaklı hal, üzümlük, yalnızlık duyguları veya başka şaşkırtıcı davranışlar görülebilmektedir. Geçmiş yıllarda gebelik dönemi duygusal iyilik hali olarak tanımlanır ve ruhsal hastalıklar için koruyucu bir dönem olarak görülürken, günümüzde gebelik ve lohusalık döneminde görülen fizyolojik değişikliklerin ve şikayetlerin, depresyon semptomlarıyla benzer özellikte olması nedeniyle (uyku-iştah-kilo değişiklikleri, halsizlik-bitkinlik vb.) gebelik depresyonunun genellikle atlandığı görüşü hakim olmaya başlamıştır (Cohen ve ark.,1996).

Ruhsal hastalıklar içerisinde gebelikte en sık görüleni depresyondur. Gebelikte görülen depresyon; doğum sonrası depresyonunun en önemli risk faktörü olması, gebelikte komplikasyonlara, olumsuz fetal sonuçlara neden olabilmesi ve gebelik döneminde (% 10,0-% 30,0) doğum sonrası döneme göre daha yüksek olan prevalansı (%10,0-% 16,0) nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur (Da Costa ve ark.,2000; Evans ve ark.,2001; Alami ve ark.,2006; Andersson ve ark.,2006).

DSÖ'nün 2008 milenyum kalkınma hedeflerinde, gelişmekte olan ülkelerde her 3-5 gebeden birinin, gelişmiş ülkelerde ise her 10 gebeden birinin, gebelik esnasında ve doğum sonrasında, önemli bir ruhsal problem yaşadığını belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda gebelikte depresyon sıklığı %10,0-% 30,0 arasında değişmekte olup, prevalansın gelişmiş ülkelerde %10,0-% 14,0, gelişmekte olan ülkelerde %15,0-% 30,0 olduğu belirtilmektedir (Heron ve ark., 2004; Gülseren ve ark., 2006; Pereira ve ark.,2009).

Gebelikte yaşanan depresyonun, hem gebelik komplikasyonlarını artırdığı hem de fetüsün sağlığını olumsuz etkilediği bilinmektedir. Gebelik depresyonu; annenin kendine öz bakımını azaltarak, yetersiz beslenme, alkol-ilaç kullanımı, yetersiz doğum öncesi bakım (DÖB) alma ve intihar girişimlerine yol açabilmektedir. Gebelik, doğum ve sonrasında ise bebeğin bakımı fiziksel ve duygusal olarak streslidir ve söz konusu stres depresyon varlığı ile artabilir. Bazı kadınlar için, gebelikte ve erken doğum sonrası dönemde depresyon, tekrarlayan ve sürekli olan mental rahatsızlığın ve artan intihar riskinin habercisi olarak değerlendirilmektedir. DSÖ'ne göre, gebelikte yaşanan ruhsal sorunlar, hem fiziksel sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasında sorunlara neden olarak dolaylı, hem de intihar girişimlerine neden olarak direkt maternal mortaliteyi artırmaktadır. Doğum sonrası ilk bir yılı da içerisinde alan dönemde intiharlar, anne ölümlerinin önde gelen nedenleri arasında yer almaktadır (Oates,2003; WHO,2008).

Sadece anneler için değil, bebekler için de olumsuz sonuçları olması nedeniyle de gebelik depresyonunun çok önemli olduğu bildirilmekte olup, yapılan pek çok çalışmada, gebelik esnasında depresyon yaşayan annelerin daha fazla oranda

erken doğum yaptığı, daha fazla oranda düşük doğum ağırlıklı, düşük apgar skorlu bebek sahibi oldukları bulunmuştur (Orr ve ark.,2002; Field ve ark.,2006; Dayan ve ark.,2006; Diego ve ark.,2009). Gebelikte depresyon geçiren annelerin çocuklarında ilerleyen yıllarda davranışsal ve duygusal sorunların ortaya çıkabildiği de bilinmektedir (Beck,1998). Alder ve ark. (2007) tarafından yapılan bir sistematik incelemede, gebelikte depresyon ve anksiyetenin obstetrik sonuçlar yanı sıra, fetüs ve yenidoğanla ilgili sonuçlara neden olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada, metodolojik sorunlar nedeniyle duygu-durum bozukluklarının etkilerini tahmin edebilmenin sınırlı olduğu da belirtilmiştir.

Gebelik depresyonu, lohusalık depresyonunun en önemli risk faktörlerinden birisi olması nedeniyle de önemlidir. Yapılan pek çok çalışmada gebelikteki depresyonun, doğum sonrası depresyona katkıda bulunan önemli bir faktör olduğu belirtilmiştir (Josefsson ve ark.,2001; Heron ve ark.,2004; Stowe ve ark.,2005).

Anne ve çocuk sağlığı, DSÖ'nün 2015 yılına kadar önemli kazanımlar beklediği, Milenyum Kalkınma Hedeflerinin içinde en önde gelen konular arasında yer almaktadır. Geçmiş yıllarda anne ve çocukların sadece fiziksel sağlıkları üzerinde durulmuş ve sağlığın ruhsal boyutları göz ardı edilmiş olmasına rağmen, günümüzde kanıtlar göstermektedir ki anne ve çocukların fiziksel ve ruhsal sağlıkları ayrılmaz bir bütündür ve biri olmadan diğesinde ilerleme sağlamak mümkün değildir. Bu nedenle, gebelik ve gebelik sonrası dönemde depresyon gelişimine yatkınlık yaratan risk etmenlerini bilmek ve riskli kabul edilebilecek anneleri yakından izlemek önemlidir. Erken tanı ve tedavinin, gerek anne ve bebeğin fiziksel ve psikolojik sağlık seyirleri, gerekse anne-bebek ilişkisi üzerindeki olumlu etkileri akıldan çıkarılmamalıdır (Apter ve ark., 2011).

Gebelik depresyonu, üzerinde önemle durulması ve erken tanı konulup tedavi edilmesi gereken bir sorun olmasına rağmen, günümüzde, doğum sonrası depresyon kadar üstünde durulmamaktadır. Tüm dünyada doğum sonrası depresyon üzerinde yapılmış olan çok sayıda çalışma olmasına rağmen, gebelik depresyonu üzerine yayınlar ancak son yıllarda artmaya ve konunun üzerinde durulmaya başlanmıştır.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda, gebelerde depresyon ve anksiyetenin oldukça sık olduğunun gözlenmesine ve DÖB'averilen öneme rağmen, psikolojik olarak zorlayıcı olan bu dönemde psikiyatrik destek hiçbir standarda bağlı değildir. Türkiye'de yapılan bölgesel çalışmalarda gebelik depresyonu sıklığının % 27,9-% 33,0 arasında olduğu bildirilmiştir (Ocaktan ve ark., 2006; Çalışkan ve ark, 2007;Karaçam ve Ançel, 2009; Gölbaşı ve ark., 2010; Şentürk ve ark., 2011). Daha önce geçirilmiş depresyon atağı, ailede depresyon öyküsü, evlilikte yaşanan sorunlar, partner yokluğu, sosyal desteğin zayıf olması, olumsuz yaşam deneyimleri, aile içi şiddet, düşük sosyo-ekonomik düzey, kötü obstetrik geçmiş (daha önceki gebeliklerde düşük, ölü doğum öyküsü), istenmeyen gebelik, erken yaşta gebelik gibi gebelikte depresyon gelişimine katkıda bulunan birçok faktör mevcuttur ve bu faktörler kültürler arasında farklılık göstermektedir (Bowen ve Muharajine,2006; Bowen ve ark, 2009; Pereira ve ark., 2009; Kheirabadi ve Maracy,2010; Çalık ve Aktaş,2011).

Gebelikteki depresyonu önlemedeki ilk adım risk altındaki kadınların belirlenmesidir. Risk altında bulunan kadınları erken tanımlamak ve tedavi girişimlerinde bulunmak, hastalığın uzun dönemli olumsuz etkilerini en düşük düzeye indirmede yararlı olacaktır. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee(ACOG), sosyal statüsü, eğitim düzeyi, etnik kökeni ne olursa olsun tüm gebe kadınların gebelik süresince her trimesterde en azından bir kere, ruhsal hastalıklar açısından taranmasını önermektedir (ACOG, 2006). Gebelikteki depresyon, güvenilir tarama yöntemleri kullanılarak belirlenmelidir. Gebelik depresyonunun belirlenmesinde en yaygın kullanılan ölçeklerden birisi, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) olup, Cox ve ark. (1987) tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir. Hem gebelik süresinde, hem de doğum sonrası dönemde, depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla en yaygın kullanılan ölçeklerden birisi olup, doğum sonrası depresyonu belirlemek amacıyla geliştirilmiş olmasına karşılık gebelik döneminde de sıklıkla kullanılmaktadır. Hem gebelik esnasında, hem de gebelik sonrasında kullanım için geçerliliği olan tek kendini değerlendirme ölçeğidir (Murray ve Cox, 1990). Yüksek duyarlılık ve seçicilik düzeyleri nedeniyle günümüzde en çok

önerilen bu ölçek, 1996 yılında, Türkçeye Engindeniz ve ark. (1996) tarafından uyarlanmış, geçerlilik ve güvenilirliği aynı ekip tarafından gösterilmiştir.

Gebelik döneminde depresyon geçiren hastalar yeterince incelenmedikleri ve araştırılmadıkları için, genellikle atlanmakta ve tedavileri yapılamamaktadır. Hem bebek, hem de anne üzerindeki etkileri düşünüldüğünde, sağlık kuruluşlarında, depresyon ve anksiyete açısından riskli gebelerin önceden belirlenerek takibe alınması ve gereken durumlarda tedaviye yönlendirilmesi önemlidir. Gebelik sürecinde anne adaylarının, hem fiziksel sağlık, hem de ruhsal sağlıklarının tam bir iyilik halinde olabilmesi için gerekli değerlendirmeleri yapılmalı, bu izlem ve değerlendirmeler rutin gebelik takibinin bir parçası olmalıdır. Günümüzde pek çok çalışma EDSÖ ile gebelerde depresyon taramasının yapılmasını önermektedir (Murray ve Carothers, 1990; Zubaran ve ark., 2010; Bergink ve ark., 2011). Gebeleri takip eden sağlık personeli, gebelik ve doğum sonrası depresyonun sıklığı, semptomları ve tarama yöntemleri, tanı almayan veya tedavi edilmeyen depresyonun anne ve bebek sağlığı üzerindeki etkileri hakkında eğitilmeli, doğum sonrası depresyon gelişimine yatkınlık yaratan risk etmenleri ve riskli kabul edilebilecek anneleri yakından izlemenin önemi hakkında bilgilendirilmelidir. Taramalar sonucunda riskli bulunan gebeler, ilgili merkezlere gerekli yerlere yönlendirilebilmelidir. Bu nedenle, çalışmanın amaçları şu şekilde belirlenmiştir:

AMAÇ: Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EAH) Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniklerine gebelik takibi için gelen kadınlarda;

- EDSÖ ile gebelikte depresyon sıklığı,
- Gebelikte depresyon ile ilişkili etmenleri belirlemek,

ikincil olarak;

- Gebelik komplikasyonları ve yenidoğan üzerine etkilerini belirlemek

ve bu yolla;

- Sağlık personelinin gebelik takibi esnasında göz önünde bulundurması gereken durumlara dikkat çekmek ve bu konuda yapılacak koruyucu müdahalelere katkıda bulunmaktır.

1.1.Genel Bilgiler

1.1.1.Kadın Sağlığının Önemi

Son yıllarda, özellikle gelişmiş ülkelerde kadının toplum içindeki rolü ve statüsü giderek artmaktadır. Buna bağlı olarak sağlık statüsünde de değişme görülmektedir. Kadının üremeye ilişkin özellikleri ve fonksiyonları “Kadın sağlığını”çok değerli kılmaktadır. Kadın sağlığının özellikli olmasında 2 önemli faktör mevcuttur; birincisi, kadın cinsiyetinin biyolojik özelliği ve fizyolojik görevi olan üremeye ilişkin olaylar ve bunların yol açtığı morbidite ve mortalite yükü; ikincisi ise kadına cinsiyeti nedeni ile toplumun verdiği değer, ondan olan beklentileri yani kadına ‘toplumsal cinsiyet’ nedeniyle yapılan ayrımcılığın sağlığını etkilemesidir. Toplumsal cinsiyet ayrımcılığı, kadın sağlığında ortaya çıkan eşitsizliklerin temel hazırlayıcı faktörüdür ve en çarpıcı sonucu sağlık hizmetlerinden yararlanmada ortaya çıkmakta, kadının statüsünün düşük olması en fazla doğurganlık davranışını etkilemektedir (Akın ve ark.,2008).

Kadının, çeşitli rollerini yerine getirebilmesi, ya da yaşam alanlarında bireysel ve toplumsal işlevlerini görebilmesi için,sağlığını koruyabilmesi ve yeterli sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi gereklidir. Annenin sağlığı doğrudan kendisi için önemli olduğu kadar, çocuk sağlığı ve aile sağlığı üzerindeki etkisi bakımından da önemlidir. Aile içinde kadın birincil sorumluluğa sahip olup hem çocuk sağlığını hem toplum sağlığını ilgilendirir, dolayısıyla annelerin sağlığının korunması sağlıklı bir toplum için önemlidir.

1.1.2.Kadın ve Ruh Sağlığı

DSÖ,sağlığı, bedensel, sosyal ve ruhsal yönden tam iyilik hali olarak tanımlamaktadır (WHO, 1948). Bu sağlık tanımında belirtilen tam iyilik hali, bilim insanları tarafından eleştirilmiş ve hiçbir kişinin bedensel ve ruhsal açıdan tam iyilik halini gerçekleştiremeyeceği düşüncesi ile bireylerin üretken olduğu sürece “sağlıklı” olarak değerlendirilebileceği vurgulanmıştır. Sağlık kavramında beden ve ruh sağlığı birlikte ele alınmasına rağmen; beden sağlığının somut ve gözle görülebilir niteliklerinin bulunması, ruh sağlığının ise soyut konuları kapsamaması nedeniyle uygulamada ruh sağlığı hizmetlerine gereken önem verilmemektedir (Uğurlu ve Soydal, 2004). Halbuki ruh sağlığı hizmetlerinin "koruyucu ruh sağlığı" ilkeleri çerçevesinde geliştirilmesi ve yaşam kalitesini artırıcı bir bakış açısı ile ele alınması gerekmektedir.

Cinsiyet - toplumsal cinsiyet arasındaki etkileşim, kadınlar ve erkekler için çok çeşitli ve birbirinden farklı sağlık sonuçlarına yol açmaktadır (Kawachi ve ark.,1999; Afifi,2007). Kadınlar; yaşam döngüsü çerçevesinde intrauterin yaşamdan başlayarak, çocukluk, ergenlik, erişkinlik, yaşlılık gibi farklı dönemlerden her birinde bir takım fiziksel, ruhsal ve sosyal farklılıklar yaşamakta ve erkeklere göre daha fazla risk etmeninesunuk kalmaktadırlar (WHO, 1997; Piccinelli ve Wilkinson,2000). Yaşanılan bu farklılıklar, bir yandan kadınların üretkenliklerini ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilerken, diğer yandan da onları psikiyatrik hastalıklara daha yatkın hale getirmektedir. Bu yüzden kadınlarda psikolojik sorunlar daha yaygın görülmekte ve daha uzun sürmektedir. Kadınlarda yaşam boyu depresyon görülme sıklığı ülke ve kültürden bağımsız olarak, erkeklerin yaklaşık 2 katıdır (Maier ve ark., 1999; WHO, 2000; Kessler, 2003; Compton ve ark.,2006). Yaşam dönemlerinin çoğu evrelerinde kadınların, erkeklerden daha fazla anksiyete ve depresyon yaşamalarının en önde gelen nedenleri arasında yoksulluk ve toplumda kadına daha az değer veren toplumsal cinsiyet ayrımcılığı yer almaktadır. Bunun dışında bu sonuca katkısı olan üç faktör daha tanımlanmıştır; kadınların daha uzun süre yaşamaları onların daha fazla hastalıkla karşılaşmalarına neden olmaktadır, ruhsal belirtileri kadınlar erkeklerden daha çok yaşamaktadır, kadınların üreme sağlığıyla

ilgili sorunları yaşama olasılıkları erkeklerden daha yüksektir ve üreme sağlığı sorunları kadınlarda daha çok stres ve anksiyete yaratmaktadır (WHO, 2002). Üreme sağlığı sorunları ile ilgili olarak kadın ve erkek arasındaki eşitsizlikler, doğumdan ölüme kadar kadınların aleyhine olarak devam etmektedir.

1.1.3.Gebelik-Doğum ve Ruh Sağlığı

Gebelik, bir kadının rahminde fetüsün (ilk 8 hafta embryo) döllenesi ve gelişmesidir. Normal gebelik, fertilizasyondan doğuma kadar yaklaşık 280 günlük bir sürede, herhangi bir rahatsızlık veya komplikasyon olmadan, canlı bir fetüsün doğumuyla sonuçlanan fizyolojik bir olaydır. Gebelik 40 hafta devam eden bir süreçtir ve her biri yaklaşık üçer aydan oluşan toplam üç ayrı bölüme ayrılır. Trimester adı verilen bu bölümlerin gebelikte her biri bir dönüm noktasıdır. Fetüs açısından bakıldığında, ilk üç ay daha çok hücrelerin çoğaldığı ve organların oluştuğu dönemdir, sonraki ikinci ve üçüncü üç aylık dönemler ise oluşan bu organların gelişme sürecidir. Gebelik doğal bir olay olmasına rağmen, anne organizmasında önemli anatomik, fizyolojik ve psikolojik değişikliklere neden olur. Fertilizasyondan hemen sonra başlayan ve gebelik boyunca devam eden bu değişiklikler, hem annenin hem de fetüsün sağlığını en iyi şekilde sürdürmek, metabolik ihtiyaçlarını karşılamak ve doğum eylemi için gerekli anatomik değişiklikleri sağlamak amacıyla oluşur (Fenkçi, 2004).

Gebelik kadınlar için doğal bir yaşam krizidir ve fizyolojik bir olay olmasına rağmen her kadın gebeliğe karşı, kendi ruh yapısına, sosyo-ekonomik ve kültürel yapısına uygun bir davranış göstermektedir. Bu dönemde, kadının gebeliğini ve gelecekteki annelik rolünü benimsemesi gerekir. Bu benimsemeyi, kadının inanç ve tutumları, görev ve sorumluluk anlayışı, ilişkileri ve davranışları etkiler. Gebelik dönemi, kadın yaşamında bedensel, ruhsal ve sosyal değişimlerin yaşandığı bir süreçtir. Kısa sayılmayan bu dönemde kadın vücudu bu değişimlere uyum sağlamaya çalışır. Bir taraftan uyum çabaları, bir taraftan yeni bir bebeğe sahip olmanın verdiği heyecan ve sorumluluk duygusu, gebe kadında ruhsal dalgalanmalara neden olur. Kadının ruhsal durum ve yaşantısı, gebeliğin gidişini etkilediği gibi; gebeliğin

kendisi de kadının ruhsal ve duygusal yaşantısı üzerinde önemli yansımalar yaratır. Gebelik esnasında önemli biyolojik, fizyolojik ve psiko-sosyal değişiklikler olmaktadır ve evlilik, aile ve toplumsal rollerdeki hızlı değişime uyum sağlanması gerekmektedir (Kuğu ve Akyüz,2001). Gebeliğe uyum süreci, her kadının geçmiş yaşam deneyimlerine göre değişiklik gösterir; örneğin sosyo-ekonomik koşullar ve annenin gebeliği kabullenmesi önemli rol oynar (Gözüyeşil ve ark.,2008). Rofe ve ark. (1993), çalışmalarında gebelikte görülen semptomlar üzerinde kadınların sosyo-ekonomik seviyelerinin, daha önceki doğum sayılarının ve kişilik özelliklerinin etkili olduğunu belirtmiştir. Kadının, aile ve iş durumu, eşle olan ilişkisi, gebelikte ortaya çıkabilecek yeni güçlük ve gereksinimler; gebelik karşısındaki tutumunu etkilemektedir. Gebelikte vücutta görülen hormonal değişikliklerin de kadında büyük ruhsal değişiklik yarattığı bilinmektedir. Gebelik bir neşe, doyum, olgunluk ve mutluluk kaynağı olarak yaşanabildiği gibi; endişe, kaygılı bekleyiş ve psikolojik olarak baskı artışına neden olabilen bir durum da olabilmekte, gebelik süresince değişik zaman dilimlerinde gebenin emosyonel reaksiyonları; belirsizlik, içe dönüklük, pasiflik, kendini beğenmeme, bağımlılık, korku ve anksiyete olarak görülebilmektedir.

Gebelik ve doğumdaki ruhsal-davranışsal-duygusal değişiklikler aşağıda belirtilen alanların etkileşimleri içinde değerlendirilmelidir:

- Endokrin-hormonal değişiklikler
- Vücut değişiklikleri ve algılanması
- Gebeliğe ilişkin bilinçli veya fark edilmeyen duygu, düşünce, tutum, istekler ve çatışmalar
- Anne olmaya dair ruhsal yapı ve kişilik organizasyonu

Gebelik; kişiyi ve ailesini etkileyen gelişimsel bir kriz süreci olarak değerlendirilmekte, yeni içsel ve kişilerarası yapılanmalara yönelten ve sonunda yetişkin ebeveyne uyumu gerekli kılan fizyolojik, psiko-fizyolojik, psiko-sosyal bir süreç olarak görülmektedir. Kadın rolünün ötesinde anne rolüne ilişkin tüm duygusal, yaşamsal, ruhsal, davranışsal beklenti, çatışma, umut ve arzuları ön plana çıkarmakta, kadınlara kendine güven, varlığın ortaya konulması, önemli ve değerli

olma duygusu vermektedir. Söz konusu süreçte, bazı gebeler bağımlılık gereksinimlerini, çevrelerinden ilgi, destek ve yardım beklentilerini daha rahat ortaya koyabilmekte iken, bazı gebeler ise panik ve korku yaşayarak, doğumda sakat kalma veya ölme endişesi duyabilmektedirler.

Gebelik esnasında meydana gelen çok ciddi biyolojik, fizyolojik ve psikolojik değişikliklere rağmen gebe kadınların büyük çoğunluğu bu süreci iyi tolere etmekte, genç annelerde, istenmeyen evlilik ve gebelik durumlarında, sosyal destek yoksunluğunda ve geçmişte psikiyatrik bozukluğu olan kadınlarda uyum azalmaktadır. Çoğu zaman gebelikle bağlantılı olmayan dış stresler ve zorluklar da gebelik esnasındaki uyum sorunlarını arttırabilmekte, gebelik döneminde mevcut psikiyatrik semptomlarda alevlenme görülebilirken, ilk psikiyatrik semptomlar gebelik sırasında da ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenlerden dolayı, gebelik ve annelik dönemi, kadınların depresyon, anksiyete bozukluğu gibi psikiyatrik hastalıklara yatkınlığının artabileceği bir süreçtir. Genellikle ikinci trimester hem fizyolojik hem de psikolojik açıdan daha rahat geçmekte, ilk trimesterde istenmeyen gebelikler, üçüncü trimesterde doğumla ve fetüsün normallığıyla ilgili korkular anksiyete ve depresyonla ilişkilendirilmektedir.

Gebelikte; her trimesterin kendine özgü psikolojik uyum süreci bulunmaktadır (Kuğu ve Akyüz, 2001). İlk trimester, genellikle yeni duruma ve gebe olduğu gerçeğine uyum süreci olarak değerlendirilmektedir. Gebeliğin ilk üç ayında duyguların zıt olduğu gözlenmiştir; ani neşe, yerini üzüntü ve sıkıntıya bırakabilir. "Birgün çocuğum olacak" düşüncesi memnuniyet, "şimdi değil" düşüncesi de mutsuzluk yaratmakta, genellikle planlı bir gebelik mutluluk, haz ve doyum duygusuna neden olmaktadır. Fetüsle olan biyolojik bağın daha derin ve yakın hissedildiği ikinci trimesterde, kadın gebeliğe adaptasyonu sağlamış, gebeliği benimsemiş ve dışa dönüklük dönemi başlamıştır. Anneliği benimseyen kadın büyük istekle kendisi ve çocuğuyla ilgili sorunlarla ilgilenmeye başlar. Üçüncü trimesterde, hem fizyolojik olarak hareketlerin kısıtlı olması hem de doğum yaklaştıkça doğumun nasıl olacağına, çocuğun sağlıklı olup olmayacağına ilişkin endişeler-özürlü bebek doğurma, zor doğum, doğum ağrısı, ölüm korkusu- ve iyi

anne olamayacağına dair korkular, gebede anksiyete ve strese neden olmaktadır (Sjögren, 1997; Saisto ve Halmesmaki, 2003; Hofberg ve Ward, 2003). Gebe kadınların; gebelik, doğum, postpartum dönem konusunda bilgilendirilmesi, eşinin de yanında yer alması, gevşeme egzersizleri ile doğumun kolaylaştırılması gibi uygulamalarla korku ve endişenin azaltılması, kendi durumunu denetleyebileceği duygusunun gelişmesi açısından yararlı görülmektedir. Birçok kadın için gebeliğin sonlanmasının anlamı, çocukla birliktelik duygusunun bırakılması ve eşlik eden kayıp hissidir. Bu durum bazı kadınlarda bebeğe bakma ve sevmeye kapasiteleriyle ilgili anksiyeteye neden olur ve doğumdan sonraki günlerde bebek bakımı, yeterli annelik yapıp yapılamayacağı hususunda kaygılar belirgin bir şekilde ortaya çıkar. Tüm bu aşamalarda, gebe kadının açıklamalarla bilgilendirilmesi, yönlendirilmesi, eşi ve ailesi tarafından desteklenmesi son derece önemlidir.

Gebelikte duygu durum değişiklikleri ile birlikte, bulantı-kusma gibi pek çok fizyolojik değişiklik de görülebilmektedir. Gebenin ruhsal durumu ve gebeliğe hazırlığı; mide bulantıları, iştah değişiklikleri, duygu-mizaç değişikliklerinin şiddeti ve gidişatını etkileyebilecektir. Gebeliğin başlangıcında görülebilen bitkinlik, bulantı ve kusmalar aşırı olursa, psikolojik kökenli bir durum olarak düşünülür ancak aşırılıkla ilgili düzey hakkında uzlaşma yoktur. Ayrıca biyolojik ve psikolojik faktörlerin etkileşiminin nasıl olduğu açık değildir (Tan ve ark., 2010). Bulantı ve kusma tüm gebeliklerin %50,0-% 80,0'ini etkilemekteyken, şiddetli form olan hiperemesis gravidarum tüm gebeliklerin % 0,3-%2,0'sinde görülmekte ve psiko-sosyal faktörlerin de şiddeti etkileyebileceği bildirilmektedir (Gadsby ve ark.,1993; Eliakim ve ark., 2000; Simpson ve ark., 2001). Bu gebelerde, immatür, abartılı duygusallık ve ilgi çekme ile ilgili kişilik özellikleri(histriyonik kişilik) ve eşleri ile yaş ve kültür farklılıkları sıklıkla görülebilmektedir. McCarty ve ark.(2011) yaptıkları çalışmalarında hiperemesis gravidarumu olan gebelerin, gebeliğe adaptasyonlarının daha zayıf, stres-anksiyete ve depresyon skorlarının daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Benzer şekilde, King ve ark. (2010), 120 gebe üzerinde yürüttükleri çalışmalarında, hiperemesis gravidarumu olan gebelerin depresyon skorlarının kontrol grubuna oranla belirgin şekilde yüksek olduğunu bulmuşlardır.

Gebelikte ortaya çıkan komplikasyonlar ve riskli gebeliğe neden olabilecek tıbbi sorunlar (hipertansiyon, diyabet, preeklampsi, erken doğum tehdidi, poli/oligo-hidroamnios, intrauterin büyüme geriliği vb.), ciddi zorlamalar ve psikiyatrik semptomlara neden olabilmektedir. Hipertansiyon, diyabet gibi tıbbi sorunları olan gebe kadınlarda ve preeklampsi, erken doğum tehdidi, poli/oligo-hidroamnios, intrauterin büyüme geriliği gibi obstetrik riskli durumların olduğu gebe kadınlarda, herhangi bir tıbbi sorunu olmayanlara nazaran daha fazla psikopatoloji belirlenmiştir. Gebelerin, kişilik yapısı, savunma düzenekleri, ailesel ve sosyal destek sistemlerine bağlı olarak riskli gebeliğe tepkileri değişiklik göstermektedir. Genellikle bu durum, anne olabilme yönünde güven sarsıcı olur ve benlik saygısı azalır. Sıkıntı, kızgınlık, korkular, kendini suçlama eğilimleri, depresif yaşantılar ve regresif davranışlar gelişebilir. Çocuğun risk altında olabileceği olasılığı kaygıyı arttırarak umutsuzluk ve çaresizlik duygularının oluşmasına neden olabilir. Gebenin kendine bakması, doğumun gerektirdiği uyum ve önlemleri uygulaması zorlaşır. Benute ve ark. (2010), tıbbi hastalığı olan 326 gebe üzerinde yaptıkları bir çalışmada, depresyon riskinin arttığını bulmuşlar ve bu kadınların gebeliklerinde, gebelik depresyonu açısından taranmaları gerektiğini belirtmişlerdir. King ve ark. (2010) yaptıkları çalışmada, herhangi bir medikal hastalığı olan gebelerin anksiyete ve depresyon skoru, tıbbi hastalığı olmayan gebelere oranla yüksek bulunmuştur. Tıbbi hastalığı olan gebelerin, %26,7'sinde depresyon skoru kesim noktasının üzerindeyken, sağlıklı gebelerin yalnızca % 6,7'sinde bu değerin üzerinde çıkmıştır.

Daha önceden infertilite problemi olan veya daha önceki gebeliklerinde problem yaşayan gebelerde (ölü doğum, tekrarlayan düşük vb.), tüm bu tıbbi sorunların yaratmış olduğu ciddi ruhsal baskı nedeniyle, gebelikte psikiyatrik hastalıklarda artış gözlenmektedir (Ali ve ark., 2012).

Gebelikte ortaya çıkan komplikasyonlar, psikiyatrik semptomları arttırdığı gibi, aynı zamanda gebelik esnasında mevcut olan veya yeni beliren her türlü majör psikiyatrik bozukluk da, gebelik ve doğum komplikasyonlarını arttırmakta, fetüsün sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Yapılan pek çok çalışmada, gebelik esnasında depresyon yaşayan annelerin daha fazla oranda erken doğum yaptığı, daha

fazla oranda düşük doğum ağırlıklı, düşük apgar skorlu bebek sahibi oldukları bulunmuştur (Hoffman ve Hatch, 2000; Kelly ve ark., 2002; Rahman ve ark., 2007; Diego ve ark., 2009). Rahman ve ark.nın (2004), 600 gebe kadın ile yaptıkları kohort çalışmasında, bebeklerin doğum, doğumdan 2, 6 ve 12 ay sonra kiloları ölçülmüş ve gebelikte depresyonu olan annelerin bebeklerinin her aşamada, depresif olmayan gebelerin bebeklerine oranla daha düşük ağırlığa sahip oldukları bulunmuştur. Aynı çalışmada kronik depresyonu olan anne bebeklerinin, epizodik depresyonu olanlara oranla daha riskli olduğu belirtilmiştir. Gebelik esnasında müdahale edilmediği takdirde, doğum sonrası dönemde depresyonun devam ettiği annelerin çocuklarında, ilerleyen yıllarda davranışsal ve duygusal sorunların ortaya çıkabildiği de tespit edilmiştir (Beck, 1998; Field, 2011).

Gebelikte büyük önem taşıyan faktörlerden birisi de, kadının içsel duygu durumunu doğrudan etkileyen, eşin, kadının/erkeğin anne-babasının, aileyi etkileyen diğer kişilerin tutumu ve içinde yaşadığı psiko-sosyal çevredir. Evlilikte yaşanan sorunların, partner yokluğunun, sosyal desteğin zayıf olmasının, olumsuz yaşam deneyimlerinin, aile içi huzursuzluk ve şiddetin, gebelikte psikiyatrik hastalıkları arttırdığı bilinmektedir (Leigh ve Milgrom, 2008; Pereira ve ark., 2009; Xie ve ark., 2009). Kadının gebeliği, evlilik ilişkisinde yeni değişiklikleri gündeme getirmekte ve baba adayına belirli görevler yüklemektedir. Erkeğin çeşitli zorlanmalarla başarılı bir şekilde mücadelesi, destek, güven ve yakın ilgisi, kadını cesaretlendirmekte, onun gebeliğe uyumunu arttırmakta ve yaşadığı ruhsal karmaşayı azaltmakta çok önemlidir. Eşinin, başından itibaren kadının gebeliğinin takibinde ve doğumda birlikte olması, gebelik ve doğumun ilişkilerini derinleştirmesi ve birlikte ebeveyn rolüne hazırlanmaları yönünden çok önemli katkı sağlayacak, kadının bu zorlu sürecin üstesinden gelmesini kolaylaştıracaktır.

Özetle, insan yaşamında yeni bir evre olan ebeveynlik, kadınlar için stres yaratan bir durumdur. Bu stres, gebelikte her şeyin iyi gitmeyeceği olasılığı ile birlikte olan anksiyete ile birleştiği zaman, kadınlar için ağır bir yük oluşturabilmekte ve başta depresyon olmak üzere gebelikte çeşitli psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir.

1.GİRİŞ

Günümüzde ruhsal sorunların varlığı dikkat çekecek ölçüde artmış olup, ruhsal hastalıklar hem bireysel, hem de toplumsal boyutta önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Ruhsal bozukluklar içerisinde en sık görüleni ve hastalık yükünde en büyük paya sahip olanı depresyondur (WHO,2001). Depresyon; insanın işlevselliğini, yaratıcılığını, mutluluğunu ve doyumunu engelleyerek yaşam kalitesini düşüren ve işgücü kayıplarına yol açan bir hastalıktır. Yaygınlık, kronikleşme, tekrarlama oranlarının yüksek olması ve intihar riskini arttırması nedeniyle önemli bir sağlık sorunu olup, dünya genelinde hastalık yükünün önde gelen üçüncü nedenidir. Depresyon, düşük gelirli ülkelerde hastalık yükünde sekizinci sırada iken, orta ve yüksek gelir düzeyine sahip ülkelerde ilk sırayı almaktadır (WHO, 2008). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), depresif hastalığın, tüm dünya genelinde, 2030 yılında engelliğe ayarlanmış yaşam yılı-DALYyükünde birinci sırada olmasını beklemektedir.

Çalışmalar; depresyonun büyük çoğunluğunun, gebelik-doğum-lohusalık gibi doğurganlık süreçlerini içine alan, 18-44 yaş aralığındaki kadınlarda görüldüğünü, belirtmektedir. Bu süreçlerden gebelik, sadece fiziksel açıdan değil, sosyal ve psikolojik açıdan da pek çok değişikliğin yaşandığı bir dönem olması, rol değişimi ve geçiş dönemini temsil etmesi nedeniyle bir kadının hayatındaki en önemli dönemlerden birisidir. Gebelik ve doğum fizyolojik bir olgu olarak kabul edilse de, gebelik esnasında ve doğum sonu dönemde anne sağlığı olumsuz yönde etkilenebilmekte ve bazı kadınlar için duygusal ve psikolojik sorunlarla dolu bir dönem olabilmektedir (Chen ve ark.,2004). Bazı gebe kadınlarda ağlamaklı hal, üzümlük, yalnızlık duyguları veya başka şaşkırtıcı davranışlar görülebilmektedir. Geçmiş yıllarda gebelik dönemi duygusal iyilik hali olarak tanımlanır ve ruhsal hastalıklar için koruyucu bir dönem olarak görülürken, günümüzde gebelik ve lohusalık döneminde görülen fizyolojik değişikliklerin ve şikayetlerin, depresyon semptomlarıyla benzer özellikte olması nedeniyle (uyku-iştah-kilo değişiklikleri, halsizlik-bitkinlik vb.) gebelik depresyonunun genellikle atlandığı görüşü hakim olmaya başlamıştır (Cohen ve ark.,1996).

Ruhsal hastalıklar içerisinde gebelikte en sık görüleni depresyondur. Gebelikte görülen depresyon; doğum sonrası depresyonunun en önemli risk faktörü olması, gebelikte komplikasyonlara, olumsuz fetal sonuçlara neden olabilmesi ve gebelik döneminde (% 10,0-% 30,0) doğum sonrası döneme göre daha yüksek olan prevalansı (%10,0-% 16,0) nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur (Da Costa ve ark.,2000; Evans ve ark.,2001; Alami ve ark.,2006; Andersson ve ark.,2006).

DSÖ'nün 2008 milenyum kalkınma hedeflerinde, gelişmekte olan ülkelerde her 3-5 gebeden birinin, gelişmiş ülkelerde ise her 10 gebeden birinin, gebelik esnasında ve doğum sonrasında, önemli bir ruhsal problem yaşadığını belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda gebelikte depresyon sıklığı %10,0-% 30,0 arasında değişmekte olup, prevalansın gelişmiş ülkelerde %10,0-% 14,0, gelişmekte olan ülkelerde %15,0-% 30,0 olduğu belirtilmektedir (Heron ve ark., 2004; Gülseren ve ark., 2006; Pereira ve ark.,2009).

Gebelikte yaşanan depresyonun, hem gebelik komplikasyonlarını artırdığı hem de fetüsün sağlığını olumsuz etkilediği bilinmektedir. Gebelik depresyonu; annenin kendine öz bakımını azaltarak, yetersiz beslenme, alkol-ilaç kullanımı, yetersiz doğum öncesi bakım (DÖB) alma ve intihar girişimlerine yol açabilmektedir. Gebelik, doğum ve sonrasında ise bebeğin bakımı fiziksel ve duygusal olarak streslidir ve söz konusu stres depresyon varlığı ile artabilir. Bazı kadınlar için, gebelikte ve erken doğum sonrası dönemde depresyon, tekrarlayan ve sürekli olan mental rahatsızlığın ve artan intihar riskinin habercisi olarak değerlendirilmektedir. DSÖ'ne göre, gebelikte yaşanan ruhsal sorunlar, hem fiziksel sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasında sorunlara neden olarak dolaylı, hem de intihar girişimlerine neden olarak direkt maternal mortaliteyi artırmaktadır. Doğum sonrası ilk bir yılı da içerisinde alan dönemde intiharlar, anne ölümlerinin önde gelen nedenleri arasında yer almaktadır (Oates,2003; WHO,2008).

Sadece anneler için değil, bebekler için de olumsuz sonuçları olması nedeniyle de gebelik depresyonunun çok önemli olduğu bildirilmekte olup, yapılan pek çok çalışmada, gebelik esnasında depresyon yaşayan annelerin daha fazla oranda

erken doğum yaptığı, daha fazla oranda düşük doğum ağırlıklı, düşük apgar skorlu bebek sahibi oldukları bulunmuştur (Orr ve ark.,2002; Field ve ark.,2006; Dayan ve ark.,2006; Diego ve ark.,2009). Gebelikte depresyon geçiren annelerin çocuklarında ilerleyen yıllarda davranışsal ve duygusal sorunların ortaya çıkabildiği de bilinmektedir (Beck,1998). Alder ve ark. (2007) tarafından yapılan bir sistematik incelemede, gebelikte depresyon ve anksiyetenin obstetrik sonuçlar yanı sıra, fetüs ve yenidoğanla ilgili sonuçlara neden olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada, metodolojik sorunlar nedeniyle duygu-durum bozukluklarının etkilerini tahmin edebilmenin sınırlı olduğu da belirtilmiştir.

Gebelik depresyonu, lohusalık depresyonunun en önemli risk faktörlerinden birisi olması nedeniyle de önemlidir. Yapılan pek çok çalışmada gebelikteki depresyonun, doğum sonrası depresyona katkıda bulunan önemli bir faktör olduğu belirtilmiştir (Josefsson ve ark.,2001; Heron ve ark.,2004; Stowe ve ark.,2005).

Anne ve çocuk sağlığı, DSÖ'nün 2015 yılına kadar önemli kazanımlar beklediği, Milenyum Kalkınma Hedeflerinin içinde en önde gelen konular arasında yer almaktadır. Geçmiş yıllarda anne ve çocukların sadece fiziksel sağlıkları üzerinde durulmuş ve sağlığın ruhsal boyutları göz ardı edilmiş olmasına rağmen, günümüzde kanıtlar göstermektedir ki anne ve çocukların fiziksel ve ruhsal sağlıkları ayrılmaz bir bütündür ve biri olmadan diğesinde ilerleme sağlamak mümkün değildir. Bu nedenle, gebelik ve gebelik sonrası dönemde depresyon gelişimine yatkınlık yaratan risk etmenlerini bilmek ve riskli kabul edilebilecek anneleri yakından izlemek önemlidir. Erken tanı ve tedavinin, gerek anne ve bebeğin fiziksel ve psikolojik sağlık seyirleri, gerekse anne-bebek ilişkisi üzerindeki olumlu etkileri akıldan çıkarılmamalıdır (Apter ve ark., 2011).

Gebelik depresyonu, üzerinde önemle durulması ve erken tanı konulup tedavi edilmesi gereken bir sorun olmasına rağmen, günümüzde, doğum sonrası depresyon kadar üstünde durulmamaktadır. Tüm dünyada doğum sonrası depresyon üzerinde yapılmış olan çok sayıda çalışma olmasına rağmen, gebelik depresyonu üzerine yayınlar ancak son yıllarda artmaya ve konunun üzerinde durulmaya başlanmıştır.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda, gebelerde depresyon ve anksiyetenin oldukça sık olduğunun gözlenmesine ve DÖB'averilen öneme rağmen, psikolojik olarak zorlayıcı olan bu dönemde psikiyatrik destek hiçbir standarda bağlı değildir. Türkiye'de yapılan bölgesel çalışmalarda gebelik depresyonu sıklığının % 27,9-% 33,0 arasında olduğu bildirilmiştir (Ocaktan ve ark., 2006; Çalışkan ve ark, 2007;Karaçam ve Ançel, 2009; Gölbaşı ve ark., 2010; Şentürk ve ark., 2011). Daha önce geçirilmiş depresyon atağı, ailede depresyon öyküsü, evlilikte yaşanan sorunlar, partner yokluğu, sosyal desteğin zayıf olması, olumsuz yaşam deneyimleri, aile içi şiddet, düşük sosyo-ekonomik düzey, kötü obstetrik geçmiş (daha önceki gebeliklerde düşük, ölü doğum öyküsü), istenmeyen gebelik, erken yaşta gebelik gibi gebelikte depresyon gelişimine katkıda bulunan birçok faktör mevcuttur ve bu faktörler kültürler arasında farklılık göstermektedir (Bowen ve Muharajine,2006; Bowen ve ark, 2009; Pereira ve ark., 2009; Kheirabadi ve Maracy,2010; Çalık ve Aktaş,2011).

Gebelikteki depresyonu önlemedeki ilk adım risk altındaki kadınların belirlenmesidir. Risk altında bulunan kadınları erken tanımlamak ve tedavi girişimlerinde bulunmak, hastalığın uzun dönemli olumsuz etkilerini en düşük düzeye indirmede yararlı olacaktır. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee(ACOG), sosyal statüsü, eğitim düzeyi, etnik kökeni ne olursa olsun tüm gebe kadınların gebelik süresince her trimesterde en azından bir kere, ruhsal hastalıklar açısından taranmasını önermektedir (ACOG, 2006). Gebelikteki depresyon, güvenilir tarama yöntemleri kullanılarak belirlenmelidir. Gebelik depresyonunun belirlenmesinde en yaygın kullanılan ölçeklerden birisi, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) olup, Cox ve ark. (1987) tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir. Hem gebelik süresinde, hem de doğum sonrası dönemde, depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla en yaygın kullanılan ölçeklerden birisi olup, doğum sonrası depresyonu belirlemek amacıyla geliştirilmiş olmasına karşılık gebelik döneminde de sıklıkla kullanılmaktadır. Hem gebelik esnasında, hem de gebelik sonrasında kullanım için geçerliliği olan tek kendini değerlendirme ölçeğidir (Murray ve Cox, 1990). Yüksek duyarlılık ve seçicilik düzeyleri nedeniyle günümüzde en çok

önerilen bu ölçek, 1996 yılında, Türkçeye Engindeniz ve ark. (1996) tarafından uyarlanmış, geçerlilik ve güvenilirliği aynı ekip tarafından gösterilmiştir.

Gebelik döneminde depresyon geçiren hastalar yeterince incelenmedikleri ve araştırılmadıkları için, genellikle atlanmakta ve tedavileri yapılamamaktadır. Hem bebek, hem de anne üzerindeki etkileri düşünüldüğünde, sağlık kuruluşlarında, depresyon ve anksiyete açısından riskli gebelerin önceden belirlenerek takibe alınması ve gereken durumlarda tedaviye yönlendirilmesi önemlidir. Gebelik sürecinde anne adaylarının, hem fiziksel sağlık, hem de ruhsal sağlıklarının tam bir iyilik halinde olabilmesi için gerekli değerlendirmeleri yapılmalı, bu izlem ve değerlendirmeler rutin gebelik takibinin bir parçası olmalıdır. Günümüzde pek çok çalışma EDSÖ ile gebelerde depresyon taramasının yapılmasını önermektedir (Murray ve Carothers, 1990; Zubaran ve ark., 2010; Bergink ve ark., 2011). Gebeleri takip eden sağlık personeli, gebelik ve doğum sonrası depresyonun sıklığı, semptomları ve tarama yöntemleri, tanı almayan veya tedavi edilmeyen depresyonun anne ve bebek sağlığı üzerindeki etkileri hakkında eğitilmeli, doğum sonrası depresyon gelişimine yatkınlık yaratan risk etmenleri ve riskli kabul edilebilecek anneleri yakından izlemenin önemi hakkında bilgilendirilmelidir. Taramalar sonucunda riskli bulunan gebeler, ilgili merkezlere gerekli yerlere yönlendirilebilmelidir. Bu nedenle, çalışmanın amaçları şu şekilde belirlenmiştir:

AMAÇ: Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EAH) Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniklerine gebelik takibi için gelen kadınlarda;

- EDSÖ ile gebelikte depresyon sıklığı,
- Gebelikte depresyon ile ilişkili etmenleri belirlemek,

ikincil olarak;

- Gebelik komplikasyonları ve yenidoğan üzerine etkilerini belirlemek

ve bu yolla;

- Sağlık personelinin gebelik takibi esnasında göz önünde bulundurması gereken durumlara dikkat çekmek ve bu konuda yapılacak koruyucu müdahalelere katkıda bulunmaktır.

1.1.Genel Bilgiler

1.1.1.Kadın Sağlığının Önemi

Son yıllarda, özellikle gelişmiş ülkelerde kadının toplum içindeki rolü ve statüsü giderek artmaktadır. Buna bağlı olarak sağlık statüsünde de değişme görülmektedir. Kadının üremeye ilişkin özellikleri ve fonksiyonları “Kadın sağlığını”çok değerli kılmaktadır. Kadın sağlığının özellikli olmasında 2 önemli faktör mevcuttur; birincisi, kadın cinsiyetinin biyolojik özelliği ve fizyolojik görevi olan üremeye ilişkin olaylar ve bunların yol açtığı morbidite ve mortalite yükü; ikincisi ise kadına cinsiyeti nedeni ile toplumun verdiği değer, ondan olan beklentileri yani kadına ‘toplumsal cinsiyet’ nedeniyle yapılan ayrımcılığın sağlığını etkilemesidir. Toplumsal cinsiyet ayrımcılığı, kadın sağlığında ortaya çıkan eşitsizliklerin temel hazırlayıcı faktörüdür ve en çarpıcı sonucu sağlık hizmetlerinden yararlanmada ortaya çıkmakta, kadının statüsünün düşük olması en fazla doğurganlık davranışını etkilemektedir (Akın ve ark.,2008).

Kadının, çeşitli rollerini yerine getirebilmesi, ya da yaşam alanlarında bireysel ve toplumsal işlevlerini görebilmesi için,sağlığını koruyabilmesi ve yeterli sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi gereklidir. Annenin sağlığı doğrudan kendisi için önemli olduğu kadar, çocuk sağlığı ve aile sağlığı üzerindeki etkisi bakımından da önemlidir. Aile içinde kadın birincil sorumluluğa sahip olup hem çocuk sağlığını hem toplum sağlığını ilgilendirir, dolayısıyla annelerin sağlığının korunması sağlıklı bir toplum için önemlidir.

1.1.2.Kadın ve Ruh Sağlığı

DSÖ,sağlığı, bedensel, sosyal ve ruhsal yönden tam iyilik hali olarak tanımlamaktadır (WHO, 1948). Bu sağlık tanımında belirtilen tam iyilik hali, bilim insanları tarafından eleştirilmiş ve hiçbir kişinin bedensel ve ruhsal açıdan tam iyilik halini gerçekleştiremeyeceği düşüncesi ile bireylerin üretken olduğu sürece “sağlıklı” olarak değerlendirilebileceği vurgulanmıştır. Sağlık kavramında beden ve ruh sağlığı birlikte ele alınmasına rağmen; beden sağlığının somut ve gözle görülebilir niteliklerinin bulunması, ruh sağlığının ise soyut konuları kapsamaması nedeniyle uygulamada ruh sağlığı hizmetlerine gereken önem verilmemektedir (Uğurlu ve Soydal, 2004). Halbuki ruh sağlığı hizmetlerinin "koruyucu ruh sağlığı" ilkeleri çerçevesinde geliştirilmesi ve yaşam kalitesini artırıcı bir bakış açısı ile ele alınması gerekmektedir.

Cinsiyet - toplumsal cinsiyet arasındaki etkileşim, kadınlar ve erkekler için çok çeşitli ve birbirinden farklı sağlık sonuçlarına yol açmaktadır (Kawachi ve ark.,1999; Afifi,2007). Kadınlar; yaşam döngüsü çerçevesinde intrauterin yaşamdan başlayarak, çocukluk, ergenlik, erişkinlik, yaşlılık gibi farklı dönemlerden her birinde bir takım fiziksel, ruhsal ve sosyal farklılıklar yaşamakta ve erkeklere göre daha fazla risk etmeninesunuk kalmaktadırlar (WHO, 1997; Piccinelli ve Wilkinson,2000). Yaşanılan bu farklılıklar, bir yandan kadınların üretkenliklerini ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilerken, diğer yandan da onları psikiyatrik hastalıklara daha yatkın hale getirmektedir. Bu yüzden kadınlarda psikolojik sorunlar daha yaygın görülmekte ve daha uzun sürmektedir. Kadınlarda yaşam boyu depresyon görülme sıklığı ülke ve kültürden bağımsız olarak, erkeklerin yaklaşık 2 katıdır (Maier ve ark., 1999; WHO, 2000; Kessler, 2003; Compton ve ark.,2006). Yaşam dönemlerinin çoğu evrelerinde kadınların, erkeklerden daha fazla anksiyete ve depresyon yaşamalarının en önde gelen nedenleri arasında yoksulluk ve toplumda kadına daha az değer veren toplumsal cinsiyet ayrımcılığı yer almaktadır. Bunun dışında bu sonuca katkısı olan üç faktör daha tanımlanmıştır; kadınların daha uzun süre yaşamaları onların daha fazla hastalıkla karşılaşmalarına neden olmaktadır, ruhsal belirtileri kadınlar erkeklerden daha çok yaşamaktadır, kadınların üreme sağlığıyla

ilgili sorunları yaşama olasılıkları erkeklerden daha yüksektir ve üreme sağlığı sorunları kadınlarda daha çok stres ve anksiyete yaratmaktadır (WHO, 2002). Üreme sağlığı sorunları ile ilgili olarak kadın ve erkek arasındaki eşitsizlikler, doğumdan ölüme kadar kadınların aleyhine olarak devam etmektedir.

1.1.3.Gebelik-Doğum ve Ruh Sağlığı

Gebelik, bir kadının rahminde fetüsün (ilk 8 hafta embryo) dölleniş ve gelişmesidir. Normal gebelik, fertilizasyondan doğuma kadar yaklaşık 280 günlük bir sürede, herhangi bir rahatsızlık veya komplikasyon olmadan, canlı bir fetüsün doğumuyla sonuçlanan fizyolojik bir olaydır. Gebelik 40 hafta devam eden bir süreçtir ve her biri yaklaşık üçer aydan oluşan toplam üç ayrı bölüme ayrılır. Trimester adı verilen bu bölümlerin gebelikte her biri bir dönüm noktasıdır. Fetüs açısından bakıldığında, ilk üç ay daha çok hücrelerin çoğaldığı ve organların oluştuğu dönemdir, sonraki ikinci ve üçüncü üç aylık dönemler ise oluşan bu organların gelişme sürecidir. Gebelik doğal bir olay olmasına rağmen, anne organizmasında önemli anatomik, fizyolojik ve psikolojik değişikliklere neden olur. Fertilizasyondan hemen sonra başlayan ve gebelik boyunca devam eden bu değişiklikler, hem annenin hem de fetüsün sağlığını en iyi şekilde sürdürmek, metabolik ihtiyaçlarını karşılamak ve doğum eylemi için gerekli anatomik değişiklikleri sağlamak amacıyla oluşur (Fenkçi, 2004).

Gebelik kadınlar için doğal bir yaşam krizidir ve fizyolojik bir olay olmasına rağmen her kadın gebeliğe karşı, kendi ruh yapısına, sosyo-ekonomik ve kültürel yapısına uygun bir davranış göstermektedir. Bu dönemde, kadının gebeliğini ve gelecekteki annelik rolünü benimsemesi gerekir. Bu benimsemeyi, kadının inanç ve tutumları, görev ve sorumluluk anlayışı, ilişkileri ve davranışları etkiler. Gebelik dönemi, kadın yaşamında bedensel, ruhsal ve sosyal değişimlerin yaşandığı bir süreçtir. Kısa sayılmayan bu dönemde kadın vücudu bu değişimlere uyum sağlamaya çalışır. Bir taraftan uyum çabaları, bir taraftan yeni bir bebeğe sahip olmanın verdiği heyecan ve sorumluluk duygusu, gebe kadında ruhsal dalgalanmalara neden olur. Kadının ruhsal durum ve yaşantısı, gebeliğin gidişini etkilediği gibi; gebeliğin

kendisi de kadının ruhsal ve duygusal yaşantısı üzerinde önemli yansımalar yaratır. Gebelik esnasında önemli biyolojik, fizyolojik ve psiko-sosyal değişiklikler olmaktadır ve evlilik, aile ve toplumsal rollerdeki hızlı değişime uyum sağlanması gerekmektedir (Kuğu ve Akyüz,2001). Gebeliğe uyum süreci, her kadının geçmiş yaşam deneyimlerine göre değişiklik gösterir; örneğin sosyo-ekonomik koşullar ve annenin gebeliği kabullenmesi önemli rol oynar (Gözüyeşil ve ark.,2008). Rofe ve ark. (1993), çalışmalarında gebelikte görülen semptomlar üzerinde kadınların sosyo-ekonomik seviyelerinin, daha önceki doğum sayılarının ve kişilik özelliklerinin etkili olduğunu belirtmiştir. Kadının, aile ve iş durumu, eşle olan ilişkisi, gebelikte ortaya çıkabilecek yeni güçlük ve gereksinimler; gebelik karşısındaki tutumunu etkilemektedir. Gebelikte vücutta görülen hormonal değişikliklerin de kadında büyük ruhsal değişiklik yarattığı bilinmektedir. Gebelik bir neşe, doyum, olgunluk ve mutluluk kaynağı olarak yaşanabildiği gibi; endişe, kaygılı bekleyiş ve psikolojik olarak baskı artışına neden olabilen bir durum da olabilmekte, gebelik süresince değişik zaman dilimlerinde gebenin emosyonel reaksiyonları; belirsizlik, içe dönüklük, pasiflik, kendini beğenmeme, bağımlılık, korku ve anksiyete olarak görülebilmektedir.

Gebelik ve doğumdaki ruhsal-davranışsal-duygusal değişiklikler aşağıda belirtilen alanların etkileşimleri içinde değerlendirilmelidir:

- Endokrin-hormonal değişiklikler
- Vücut değişiklikleri ve algılanması
- Gebeliğe ilişkin bilinçli veya fark edilmeyen duygu, düşünce, tutum, istekler ve çatışmalar
- Anne olmaya dair ruhsal yapı ve kişilik organizasyonu

Gebelik; kişiyi ve ailesini etkileyen gelişimsel bir kriz süreci olarak değerlendirilmekte, yeni içsel ve kişilerarası yapılanmalara yönelten ve sonunda yetişkin ebeveyne uyumu gerekli kılan fizyolojik, psiko-fizyolojik, psiko-sosyal bir süreç olarak görülmektedir. Kadın rolünün ötesinde anne rolüne ilişkin tüm duygusal, yaşamsal, ruhsal, davranışsal beklenti, çatışma, umut ve arzuları ön plana çıkarmakta, kadınlara kendine güven, varlığın ortaya konulması, önemli ve değerli

olma duygusu vermektedir. Söz konusu süreçte, bazı gebeler bağımlılık gereksinimlerini, çevrelerinden ilgi, destek ve yardım beklentilerini daha rahat ortaya koyabilmekte iken, bazı gebeler ise panik ve korku yaşayarak, doğumda sakat kalma veya ölme endişesi duyabilmektedirler.

Gebelik esnasında meydana gelen çok ciddi biyolojik, fizyolojik ve psikolojik değişikliklere rağmen gebe kadınların büyük çoğunluğu bu süreci iyi tolere etmekte, genç annelerde, istenmeyen evlilik ve gebelik durumlarında, sosyal destek yoksunluğunda ve geçmişte psikiyatrik bozukluğu olan kadınlarda uyum azalmaktadır. Çoğu zaman gebelikle bağlantılı olmayan dış stresler ve zorluklar da gebelik esnasındaki uyum sorunlarını arttırabilmekte, gebelik döneminde mevcut psikiyatrik semptomlarda alevlenme görülebilirken, ilk psikiyatrik semptomlar gebelik sırasında da ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenlerden dolayı, gebelik ve annelik dönemi, kadınların depresyon, anksiyete bozukluğu gibi psikiyatrik hastalıklara yatkınlığının artabileceği bir süreçtir. Genellikle ikinci trimester hem fizyolojik hem de psikolojik açıdan daha rahat geçmekte, ilk trimesterde istenmeyen gebelikler, üçüncü trimesterde doğumla ve fetüsün normallığıyle ilgili korkular anksiyete ve depresyonla ilişkilendirilmektedir.

Gebelikte; her trimesterin kendine özgü psikolojik uyum süreci bulunmaktadır (Kuğu ve Akyüz, 2001). İlk trimester, genellikle yeni duruma ve gebe olduğu gerçeğine uyum süreci olarak değerlendirilmektedir. Gebeliğin ilk üç ayında duyguların zıt olduğu gözlenmiştir; ani neşe, yerini üzüntü ve sıkıntıya bırakabilir. "Birgün çocuğum olacak" düşüncesi memnuniyet, "şimdi değil" düşüncesi de mutsuzluk yaratmakta, genellikle planlı bir gebelik mutluluk, haz ve doyum duygusuna neden olmaktadır. Fetüsle olan biyolojik bağın daha derin ve yakın hissedildiği ikinci trimesterde, kadın gebeliğe adaptasyonu sağlamış, gebeliği benimsemiş ve dışa dönüklük dönemi başlamıştır. Anneliği benimseyen kadın büyük istekle kendisi ve çocuğuyla ilgili sorunlarla ilgilenmeye başlar. Üçüncü trimesterde, hem fizyolojik olarak hareketlerin kısıtlı olması hem de doğum yaklaştıkça doğumun nasıl olacağına, çocuğun sağlıklı olup olmayacağına ilişkin endişeler-özürlü bebek doğurma, zor doğum, doğum ağrısı, ölüm korkusu- ve iyi

anne olamayacağına dair korkular, gebede anksiyete ve strese neden olmaktadır (Sjögren, 1997; Saisto ve Halmesmaki, 2003; Hofberg ve Ward, 2003). Gebe kadınların; gebelik, doğum, postpartum dönem konusunda bilgilendirilmesi, eşinin de yanında yer alması, gevşeme egzersizleri ile doğumun kolaylaştırılması gibi uygulamalarla korku ve endişenin azaltılması, kendi durumunu denetleyebileceği duygusunun gelişmesi açısından yararlı görülmektedir. Birçok kadın için gebeliğin sonlanmasının anlamı, çocukla birliktelik duygusunun bırakılması ve eşlik eden kayıp hissidir. Bu durum bazı kadınlarda bebeğe bakma ve sevmeye kapasiteleriyle ilgili anksiyeteye neden olur ve doğumdan sonraki günlerde bebek bakımı, yeterli annelik yapıp yapılamayacağı hususunda kaygılar belirgin bir şekilde ortaya çıkar. Tüm bu aşamalarda, gebe kadının açıklamalarla bilgilendirilmesi, yönlendirilmesi, eşi ve ailesi tarafından desteklenmesi son derece önemlidir.

Gebelikte duygu durum değişiklikleri ile birlikte, bulantı-kusma gibi pek çok fizyolojik değişiklik de görülebilmektedir. Gebenin ruhsal durumu ve gebeliğe hazırlığı; mide bulantıları, iştah değişiklikleri, duygu-mizaç değişikliklerinin şiddeti ve gidişatını etkileyebilecektir. Gebeliğin başlangıcında görülebilen bitkinlik, bulantı ve kusmalar aşırı olursa, psikolojik kökenli bir durum olarak düşünülür ancak aşırılıkla ilgili düzey hakkında uzlaşma yoktur. Ayrıca biyolojik ve psikolojik faktörlerin etkileşiminin nasıl olduğu açık değildir (Tan ve ark., 2010). Bulantı ve kusma tüm gebeliklerin %50,0-% 80,0'ini etkilemekteyken, şiddetli form olan hiperemesis gravidarum tüm gebeliklerin % 0,3-%2,0'sinde görülmekte ve psiko-sosyal faktörlerin de şiddeti etkileyebileceği bildirilmektedir (Gadsby ve ark.,1993; Eliakim ve ark., 2000; Simpson ve ark., 2001). Bu gebelerde, immatür, abartılı duygusallık ve ilgi çekme ile ilgili kişilik özellikleri(histriyonik kişilik) ve eşleri ile yaş ve kültür farklılıkları sıklıkla görülebilmektedir. McCarty ve ark.(2011) yaptıkları çalışmalarında hiperemesis gravidarumu olan gebelerin, gebeliğe adaptasyonlarının daha zayıf, stres-anksiyete ve depresyon skorlarının daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Benzer şekilde, King ve ark. (2010), 120 gebe üzerinde yürüttükleri çalışmalarında, hiperemesis gravidarumu olan gebelerin depresyon skorlarının kontrol grubuna oranla belirgin şekilde yüksek olduğunu bulmuşlardır.

Gebelikte ortaya çıkan komplikasyonlar ve riskli gebeliğe neden olabilecek tıbbi sorunlar (hipertansiyon, diyabet, preeklampsi, erken doğum tehdidi, poli/oligo-hidroamnios, intrauterin büyüme geriliği vb.), ciddi zorlamalar ve psikiyatrik semptomlara neden olabilmektedir. Hipertansiyon, diyabet gibi tıbbi sorunları olan gebe kadınlarda ve preeklampsi, erken doğum tehdidi, poli/oligo-hidroamnios, intrauterin büyüme geriliği gibi obstetrik riskli durumların olduğu gebe kadınlarda, herhangi bir tıbbi sorunu olmayanlara nazaran daha fazla psikopatoloji belirlenmiştir. Gebelerin, kişilik yapısı, savunma düzenekleri, ailesel ve sosyal destek sistemlerine bağlı olarak riskli gebeliğe tepkileri değişiklik göstermektedir. Genellikle bu durum, anne olabilme yönünde güven sarsıcı olur ve benlik saygısı azalır. Sıkıntı, kızgınlık, korkular, kendini suçlama eğilimleri, depresif yaşantılar ve regresif davranışlar gelişebilir. Çocuğun risk altında olabileceği olasılığı kaygıyı arttırarak umutsuzluk ve çaresizlik duygularının oluşmasına neden olabilir. Gebenin kendine bakması, doğumun gerektirdiği uyum ve önlemleri uygulaması zorlaşır. Benute ve ark. (2010), tıbbi hastalığı olan 326 gebe üzerinde yaptıkları bir çalışmada, depresyon riskinin arttığını bulmuşlar ve bu kadınların gebeliklerinde, gebelik depresyonu açısından taranmaları gerektiğini belirtmişlerdir. King ve ark. (2010) yaptıkları çalışmada, herhangi bir medikal hastalığı olan gebelerin anksiyete ve depresyon skoru, tıbbi hastalığı olmayan gebelere oranla yüksek bulunmuştur. Tıbbi hastalığı olan gebelerin, %26,7'sinde depresyon skoru kesim noktasının üzerindeyken, sağlıklı gebelerin yalnızca % 6,7'sinde bu değerin üzerinde çıkmıştır.

Daha önceden infertilite problemi olan veya daha önceki gebeliklerinde problem yaşayan gebelerde (ölü doğum, tekrarlayan düşük vb.), tüm bu tıbbi sorunların yaratmış olduğu ciddi ruhsal baskı nedeniyle, gebelikte psikiyatrik hastalıklarda artış gözlenmektedir (Ali ve ark., 2012).

Gebelikte ortaya çıkan komplikasyonlar, psikiyatrik semptomları arttırdığı gibi, aynı zamanda gebelik esnasında mevcut olan veya yeni beliren her türlü majör psikiyatrik bozukluk da, gebelik ve doğum komplikasyonlarını arttırmakta, fetüsün sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Yapılan pek çok çalışmada, gebelik esnasında depresyon yaşayan annelerin daha fazla oranda erken doğum yaptığı, daha

fazla oranda düşük doğum ağırlıklı, düşük apgar skorlu bebek sahibi oldukları bulunmuştur (Hoffman ve Hatch, 2000; Kelly ve ark., 2002; Rahman ve ark., 2007; Diego ve ark., 2009). Rahman ve ark.nın (2004), 600 gebe kadın ile yaptıkları kohort çalışmasında, bebeklerin doğum, doğumdan 2, 6 ve 12 ay sonra kiloları ölçülmüş ve gebelikte depresyonu olan annelerin bebeklerinin her aşamada, depresif olmayan gebelerin bebeklerine oranla daha düşük ağırlığa sahip oldukları bulunmuştur. Aynı çalışmada kronik depresyonu olan anne bebeklerinin, epizodik depresyonu olanlara oranla daha riskli olduğu belirtilmiştir. Gebelik esnasında müdahale edilmediği takdirde, doğum sonrası dönemde depresyonun devam ettiği annelerin çocuklarında, ilerleyen yıllarda davranışsal ve duygusal sorunların ortaya çıkabildiği de tespit edilmiştir (Beck, 1998; Field, 2011).

Gebelikte büyük önem taşıyan faktörlerden birisi de, kadının içsel duygu durumunu doğrudan etkileyen, eşin, kadının/erkeğin anne-babasının, aileyi etkileyen diğer kişilerin tutumu ve içinde yaşadığı psiko-sosyal çevredir. Evlilikte yaşanan sorunların, partner yokluğunun, sosyal desteğin zayıf olmasının, olumsuz yaşam deneyimlerinin, aile içi huzursuzluk ve şiddetin, gebelikte psikiyatrik hastalıkları arttırdığı bilinmektedir (Leigh ve Milgrom, 2008; Pereira ve ark., 2009; Xie ve ark., 2009). Kadının gebeliği, evlilik ilişkisinde yeni değişiklikleri gündeme getirmekte ve baba adayına belirli görevler yüklemektedir. Erkeğin çeşitli zorlanmalarla başarılı bir şekilde mücadelesi, destek, güven ve yakın ilgisi, kadını cesaretlendirmekte, onun gebeliğe uyumunu arttırmakta ve yaşadığı ruhsal karmaşayı azaltmakta çok önemlidir. Eşinin, başından itibaren kadının gebeliğinin takibinde ve doğumda birlikte olması, gebelik ve doğumun ilişkilerini derinleştirmesi ve birlikte ebeveyn rolüne hazırlanmaları yönünden çok önemli katkı sağlayacak, kadının bu zorlu sürecin üstesinden gelmesini kolaylaştıracaktır.

Özetle, insan yaşamında yeni bir evre olan ebeveynlik, kadınlar için stres yaratan bir durumdur. Bu stres, gebelikte her şeyin iyi gitmeyeceği olasılığı ile birlikte olan anksiyete ile birleştiği zaman, kadınlar için ağır bir yük oluşturabilmekte ve başta depresyon olmak üzere gebelikte çeşitli psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir.

1. GİRİŞ

Günümüzde ruhsal sorunların varlığı dikkat çekecek ölçüde artmış olup, ruhsal hastalıklar hem bireysel, hem de toplumsal boyutta önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Ruhsal bozukluklar içerisinde en sık görüleni ve hastalık yükünde en büyük paya sahip olanı depresyondur (WHO, 2001). Depresyon; insanın işlevselliğini, yaratıcılığını, mutluluğunu ve doyumunu engelleyerek yaşam kalitesini düşüren ve işgücü kayıplarına yol açan bir hastalıktır. Yaygınlık, kronikleşme, tekrarlama oranlarının yüksek olması ve intihar riskini arttırması nedeniyle önemli bir sağlık sorunu olup, dünya genelinde hastalık yükünün önde gelen üçüncü nedenidir. Depresyon, düşük gelirli ülkelerde hastalık yükünde sekizinci sırada iken, orta ve yüksek gelir düzeyine sahip ülkelerde ilk sırayı almaktadır (WHO, 2008). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), depresif hastalığın, tüm dünya genelinde, 2030 yılında engelliğe ayarlanmış yaşam yılı-DALY yükünde birinci sırada olmasını beklemektedir.

Çalışmalar; depresyonun büyük çoğunluğunun, gebelik-doğum-lohusalık gibi doğurganlık süreçlerini içine alan, 18-44 yaş aralığındaki kadınlarda görüldüğünü, belirtmektedir. Bu süreçlerden gebelik, sadece fiziksel açıdan değil, sosyal ve psikolojik açıdan da pek çok değişikliğin yaşandığı bir dönem olması, rol değişimi ve geçiş dönemini temsil etmesi nedeniyle bir kadının hayatındaki en önemli dönemlerden birisidir. Gebelik ve doğum fizyolojik bir olgu olarak kabul edilse de, gebelik esnasında ve doğum sonu dönemde anne sağlığı olumsuz yönde etkilenebilmekte ve bazı kadınlar için duygusal ve psikolojik sorunlarla dolu bir dönem olabilmektedir (Chen ve ark., 2004). Bazı gebe kadınlarda ağlamaklı hal, üzümlük, yalnızlık duyguları veya başka şaşkırtıcı davranışlar görülebilmektedir. Geçmiş yıllarda gebelik dönemi duygusal iyilik hali olarak tanımlanır ve ruhsal hastalıklar için koruyucu bir dönem olarak görülürken, günümüzde gebelik ve lohusalık döneminde görülen fizyolojik değişikliklerin ve şikayetlerin, depresyon semptomlarıyla benzer özellikte olması nedeniyle (uyku-iştah-kilo değişiklikleri, halsizlik-bitkinlik vb.) gebelik depresyonunun genellikle atlandığı görüşü hakim olmaya başlamıştır (Cohen ve ark., 1996).

Ruhsal hastalıklar içerisinde gebelikte en sık görüleni depresyondur. Gebelikte görülen depresyon; doğum sonrası depresyonunun en önemli risk faktörü olması, gebelikte komplikasyonlara, olumsuz fetal sonuçlara neden olabilmesi ve gebelik döneminde (% 10,0-% 30,0) doğum sonrası döneme göre daha yüksek olan prevalansı (% 10,0-% 16,0) nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur (Da Costa ve ark., 2000; Evans ve ark., 2001; Alami ve ark., 2006; Andersson ve ark., 2006).

DSÖ'nün 2008 milenyum kalkınma hedeflerinde, gelişmekte olan ülkelerde her 3-5 gebeden birinin, gelişmiş ülkelerde ise her 10 gebeden birinin, gebelik esnasında ve doğum sonrasında, önemli bir ruhsal problem yaşadığını belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda gebelikte depresyon sıklığı % 10,0-% 30,0 arasında değişmekte olup, prevalansın gelişmiş ülkelerde % 10,0-% 14,0, gelişmekte olan ülkelerde % 15,0-% 30,0 olduğu belirtilmektedir (Heron ve ark., 2004; Gülseren ve ark., 2006; Pereira ve ark., 2009).

Gebelikte yaşanan depresyonun, hem gebelik komplikasyonlarını artırdığı hem de fetüsün sağlığını olumsuz etkilediği bilinmektedir. Gebelik depresyonu; annenin kendine öz bakımını azaltarak, yetersiz beslenme, alkol-ilaç kullanımı, yetersiz doğum öncesi bakım (DÖB) alma ve intihar girişimlerine yol açabilmektedir. Gebelik, doğum ve sonrasında ise bebeğin bakımı fiziksel ve duygusal olarak streslidir ve söz konusu stres depresyon varlığı ile artabilir. Bazı kadınlar için, gebelikte ve erken doğum sonrası dönemde depresyon, tekrarlayan ve sürekli olan mental rahatsızlığın ve artan intihar riskinin habercisi olarak değerlendirilmektedir. DSÖ'ne göre, gebelikte yaşanan ruhsal sorunlar, hem fiziksel sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasında sorunlara neden olarak dolaylı, hem de intihar girişimlerine neden olarak direkt maternal mortaliteyi artırmaktadır. Doğum sonrası ilk bir yılı da içerisinde alan dönemde intiharlar, anne ölümlerinin önde gelen nedenleri arasında yer almaktadır (Oates, 2003; WHO, 2008).

Sadece anneler için değil, bebekler için de olumsuz sonuçları olması nedeniyle de gebelik depresyonunun çok önemli olduğu bildirilmekte olup, yapılan pek çok çalışmada, gebelik esnasında depresyon yaşayan annelerin daha fazla oranda

erken doğum yaptığı, daha fazla oranda düşük doğum ağırlıklı, düşük apgar skorlu bebek sahibi oldukları bulunmuştur (Orr ve ark., 2002; Field ve ark., 2006; Dayan ve ark., 2006; Diego ve ark., 2009). Gebelikte depresyon geçiren annelerin çocuklarında ilerleyen yıllarda davranışsal ve duygusal sorunların ortaya çıkabildiği de bilinmektedir (Beck, 1998). Alder ve ark. (2007) tarafından yapılan bir sistematik incelemede, gebelikte depresyon ve anksiyetenin obstetrik sonuçlar yanı sıra, fetüs ve yenidoğanla ilgili sonuçlara neden olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada, metodolojik sorunlar nedeniyle duygu-durum bozukluklarının etkilerini tahmin edebilmenin sınırlı olduğu da belirtilmiştir.

Gebelik depresyonu, lohusalık depresyonunun en önemli risk faktörlerinden birisi olması nedeniyle de önemlidir. Yapılan pek çok çalışmada gebelikteki depresyonun, doğum sonrası depresyona katkıda bulunan önemli bir faktör olduğu belirtilmiştir (Josefsson ve ark., 2001; Heron ve ark., 2004; Stowe ve ark., 2005).

Anne ve çocuk sağlığı, DSÖ'nün 2015 yılına kadar önemli kazanımlar beklediği, Milenyum Kalkınma Hedeflerinin içinde en önde gelen konular arasında yer almaktadır. Geçmiş yıllarda anne ve çocukların sadece fiziksel sağlıkları üzerinde durulmuş ve sağlığın ruhsal boyutları göz ardı edilmiş olmasına rağmen, günümüzde kanıtlar göstermektedir ki anne ve çocukların fiziksel ve ruhsal sağlıkları ayrılmaz bir bütündür ve biri olmadan diğesinde ilerleme sağlamak mümkün değildir. Bu nedenle, gebelik ve gebelik sonrası dönemde depresyon gelişimine yatkınlık yaratan risk etmenlerini bilmek ve riskli kabul edilebilecek anneleri yakından izlemek önemlidir. Erken tanı ve tedavinin, gerek anne ve bebeğin fiziksel ve psikolojik sağlık seyirleri, gerekse anne-bebek ilişkisi üzerindeki olumlu etkileri akıldan çıkarılmamalıdır (Apter ve ark., 2011).

Gebelik depresyonu, üzerinde önemle durulması ve erken tanı konulup tedavi edilmesi gereken bir sorun olmasına rağmen, günümüzde, doğum sonrası depresyon kadar üstünde durulmamaktadır. Tüm dünyada doğum sonrası depresyon üzerinde yapılmış olan çok sayıda çalışma olmasına rağmen, gebelik depresyonu üzerine yayınlar ancak son yıllarda artmaya ve konunun üzerinde durulmaya başlanmıştır.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda, gebelerde depresyon ve anksiyetenin oldukça sık olduğunun gözlenmesine ve DÖB'a verilen öneme rağmen, psikolojik olarak zorlayıcı olan bu dönemde psikiyatrik destek hiçbir standarda bağlı değildir. Türkiye'de yapılan bölgesel çalışmalarda gebelik depresyonu sıklığının % 27,9-% 33,0 arasında olduğu bildirilmiştir (Ocaktan ve ark., 2006; Çalışkan ve ark, 2007; Karaçam ve Ançel, 2009; Gölbaşı ve ark., 2010; Şentürk ve ark., 2011). Daha önce geçirilmiş depresyon atağı, ailede depresyon öyküsü, evlilikte yaşanan sorunlar, partner yokluğu, sosyal desteğin zayıf olması, olumsuz yaşam deneyimleri, aile içi şiddet, düşük sosyo-ekonomik düzey, kötü obstetrik geçmiş (daha önceki gebeliklerde düşük, ölü doğum öyküsü), istenmeyen gebelik, erken yaşta gebelik gibi gebelikte depresyon gelişimine katkıda bulunan birçok faktör mevcuttur ve bu faktörler kültürler arasında farklılık göstermektedir (Bowen ve Muharajine, 2006; Bowen ve ark, 2009; Pereira ve ark., 2009; Kheirabadi ve Maracy, 2010; Çalık ve Aktaş, 2011).

Gebelikteki depresyonu önlemedeki ilk adım risk altındaki kadınların belirlenmesidir. Risk altında bulunan kadınları erken tanımlamak ve tedavi girişimlerinde bulunmak, hastalığın uzun dönemli olumsuz etkilerini en düşük düzeye indirmede yararlı olacaktır. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee (ACOG), sosyal statüsü, eğitim düzeyi, etnik kökeni ne olursa olsun tüm gebe kadınların gebelik süresince her trimesterde en azından bir kere, ruhsal hastalıklar açısından taranmasını önermektedir (ACOG, 2006). Gebelikteki depresyon, güvenilir tarama yöntemleri kullanılarak belirlenmelidir. Gebelik depresyonunun belirlenmesinde en yaygın kullanılan ölçeklerden birisi, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) olup, Cox ve ark. (1987) tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir. Hem gebelik süresinde, hem de doğum sonrası dönemde, depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla en yaygın kullanılan ölçeklerden birisi olup, doğum sonrası depresyonu belirlemek amacıyla geliştirilmiş olmasına karşılık gebelik döneminde de sıklıkla kullanılmaktadır. Hem gebelik esnasında, hem de gebelik sonrasında kullanım için geçerliliği olan tek kendini değerlendirme ölçeğidir (Murray ve Cox, 1990). Yüksek duyarlılık ve seçicilik düzeyleri nedeniyle günümüzde en çok

önerilen bu ölçek, 1996 yılında, Türkçeye Engindeniz ve ark. (1996) tarafından uyarlanmış, geçerlilik ve güvenilirliği aynı ekip tarafından gösterilmiştir.

Gebelik döneminde depresyon geçiren hastalar yeterince incelenmedikleri ve araştırılmadıkları için, genellikle atlanmakta ve tedavileri yapılamamaktadır. Hem bebek, hem de anne üzerindeki etkileri düşünüldüğünde, sağlık kuruluşlarında, depresyon ve anksiyete açısından riskli gebelerin önceden belirlenerek takibe alınması ve gereken durumlarda tedaviye yönlendirilmesi önemlidir. Gebelik sürecinde anne adaylarının, hem fiziksel sağlık, hem de ruhsal sağlıklarının tam bir iyilik halinde olabilmesi için gerekli değerlendirmeleri yapılmalı, bu izlem ve değerlendirmeler rutin gebelik takibinin bir parçası olmalıdır. Günümüzde pek çok çalışma EDSÖ ile gebelerde depresyon taramasının yapılmasını önermektedir (Murray ve Carothers, 1990; Zubaran ve ark., 2010; Bergink ve ark., 2011). Gebeleri takip eden sağlık personeli, gebelik ve doğum sonrası depresyonun sıklığı, semptomları ve tarama yöntemleri, tanı almayan veya tedavi edilmeyen depresyonun anne ve bebek sağlığı üzerindeki etkileri hakkında eğitilmeli, doğum sonrası depresyon gelişimine yatkınlık yaratan risk etmenleri ve riskli kabul edilebilecek anneleri yakından izlemenin önemi hakkında bilgilendirilmelidir. Taramalar sonucunda riskli bulunan gebeler, ilgili merkezlere gerekli yerlere yönlendirilebilmelidir. Bu nedenle, çalışmanın amaçları şu şekilde belirlenmiştir:

AMAÇ: Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EAH) Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniklerine gebelik takibi için gelen kadınlarda;

- EDSÖ ile gebelikte depresyon sıklığı,
- Gebelikte depresyon ile ilişkili etmenleri belirlemek,

ikincil olarak;

- Gebelik komplikasyonları ve yenidoğan üzerine etkilerini belirlemek

ve bu yolla;

- Sağlık personelinin gebelik takibi esnasında göz önünde bulundurması gereken durumlara dikkat çekmek ve bu konuda yapılacak koruyucu müdahalelere katkıda bulunmaktır.

1.1. Genel Bilgiler

1.1.1. Kadın Sağlığının Önemi

Son yıllarda, özellikle gelişmiş ülkelerde kadının toplum içindeki rolü ve statüsü giderek artmaktadır. Buna bağlı olarak sağlık statüsünde de değişme görülmektedir. Kadının üremeye ilişkin özellikleri ve fonksiyonları “Kadın sağlığını” çok değerli kılmaktadır. Kadın sağlığının özellikli olmasında 2 önemli faktör mevcuttur; birincisi, kadın cinsiyetinin biyolojik özelliği ve fizyolojik görevi olan üremeye ilişkin olaylar ve bunların yol açtığı morbidite ve mortalite yükü; ikincisi ise kadına cinsiyeti nedeni ile toplumun verdiği değer, ondan olan beklentileri yani kadına ‘toplumsal cinsiyet’ nedeniyle yapılan ayrımcılığın sağlığını etkilemesidir. Toplumsal cinsiyet ayrımcılığı, kadın sağlığında ortaya çıkan eşitsizliklerin temel hazırlayıcı faktörüdür ve en çarpıcı sonucu sağlık hizmetlerinden yararlanmada ortaya çıkmakta, kadının statüsünün düşük olması en fazla doğurganlık davranışını etkilemektedir (Akın ve ark., 2008).

Kadının, çeşitli rollerini yerine getirebilmesi, ya da yaşam alanlarında bireysel ve toplumsal işlevlerini görebilmesi için, sağlığını koruyabilmesi ve yeterli sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi gereklidir. Annenin sağlığı doğrudan kendisi için önemli olduğu kadar, çocuk sağlığı ve aile sağlığı üzerindeki etkisi bakımından da önemlidir. Aile içinde kadın birincil sorumluluğa sahip olup hem çocuk sağlığını hem toplum sağlığını ilgilendirir, dolayısıyla annelerin sağlığının korunması sağlıklı bir toplum için önemlidir.

1.1.2. Kadın ve Ruh Sağlığı

DSÖ, sağlığı, bedensel, sosyal ve ruhsal yönden tam iyilik hali olarak tanımlamaktadır (WHO, 1948). Bu sağlık tanımında belirtilen tam iyilik hali, bilim insanları tarafından eleştirilmiş ve hiçbir kişinin bedensel ve ruhsal açıdan tam iyilik halini gerçekleştiremeyeceği düşüncesi ile bireylerin üretken olduğu sürece “sağlıklı” olarak değerlendirilebileceği vurgulanmıştır. Sağlık kavramında beden ve ruh sağlığı birlikte ele alınmasına rağmen; beden sağlığının somut ve gözle görülebilir niteliklerinin bulunması, ruh sağlığının ise soyut konuları kapsamaması nedeniyle uygulamada ruh sağlığı hizmetlerine gereken önem verilmemektedir (Uğurlu ve Soydal, 2004). Halbuki ruh sağlığı hizmetlerinin "koruyucu ruh sağlığı" ilkeleri çerçevesinde geliştirilmesi ve yaşam kalitesini artırıcı bir bakış açısı ile ele alınması gerekmektedir.

Cinsiyet - toplumsal cinsiyet arasındaki etkileşim, kadınlar ve erkekler için çok çeşitli ve birbirinden farklı sağlık sonuçlarına yol açmaktadır (Kawachi ve ark., 1999; Afifi, 2007). Kadınlar; yaşam döngüsü çerçevesinde intrauterin yaşamdan başlayarak, çocukluk, ergenlik, erişkinlik, yaşlılık gibi farklı dönemlerden her birinde bir takım fiziksel, ruhsal ve sosyal farklılıklar yaşamakta ve erkeklere göre daha fazla risk etmenine sunuk kalmaktadırlar (WHO, 1997; Piccinelli ve Wilkinson, 2000). Yaşanılan bu farklılıklar, bir yandan kadınların üretkenliklerini ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilerken, diğer yandan da onları psikiyatrik hastalıklara daha yatkın hale getirmektedir. Bu yüzden kadınlarda psikolojik sorunlar daha yaygın görülmekte ve daha uzun sürmektedir. Kadınlarda yaşam boyu depresyon görülme sıklığı ülke ve kültürden bağımsız olarak, erkeklerin yaklaşık 2 katıdır (Maier ve ark., 1999; WHO, 2000; Kessler, 2003; Compton ve ark., 2006). Yaşam dönemlerinin çoğu evrelerinde kadınların, erkeklerden daha fazla anksiyete ve depresyon yaşamalarının en önde gelen nedenleri arasında yoksulluk ve toplumda kadına daha az değer veren toplumsal cinsiyet ayrımcılığı yer almaktadır. Bunun dışında bu sonuca katkısı olan üç faktör daha tanımlanmıştır; kadınların daha uzun süre yaşamaları onların daha fazla hastalıkla karşılaşmalarına neden olmaktadır, ruhsal belirtileri kadınlar erkeklerden daha çok yaşamaktadır, kadınların üreme

sağlığıyla ilgili sorunları yaşama olasılıkları erkeklerden daha yüksektir ve üreme sağlığı sorunları kadınlarda daha çok stres ve anksiyete yaratmaktadır (WHO, 2002). Üreme sağlığı sorunları ile ilgili olarak kadın ve erkek arasındaki eşitsizlikler, doğumdan ölüme kadar kadınların aleyhine olarak devam etmektedir.

1.1.3. Gebelik-Doğum ve Ruh Sağlığı

Gebelik, bir kadının rahminde fetüsün (ilk 8 hafta embryo) döllenişmesi ve gelişmesidir. Normal gebelik, fertilizasyondan doğuma kadar yaklaşık 280 günlük bir sürede, herhangi bir rahatsızlık veya komplikasyon olmadan, canlı bir fetüsün doğumuyla sonuçlanan fizyolojik bir olaydır. Gebelik 40 hafta devam eden bir süreçtir ve her biri yaklaşık üçer aydan oluşan toplam üç ayrı bölüme ayrılır. Trimester adı verilen bu bölümlerin gebelikte her biri bir dönüm noktasıdır. Fetüs açısından bakıldığında, ilk üç ay daha çok hücrelerin çoğaldığı ve organların oluştuğu dönemdir, sonraki ikinci ve üçüncü üç aylık dönemler ise oluşan bu organların gelişme sürecidir. Gebelik doğal bir olay olmasına rağmen, anne organizmasında önemli anatomik, fizyolojik ve psikolojik değişikliklere neden olur. Fertilizasyondan hemen sonra başlayan ve gebelik boyunca devam eden bu değişiklikler, hem annenin hem de fetüsün sağlığını en iyi şekilde sürdürmek, metabolik ihtiyaçlarını karşılamak ve doğum eylemi için gerekli anatomik değişiklikleri sağlamak amacıyla oluşur (Fenkçi, 2004).

Gebelik kadınlar için doğal bir yaşam krizidir ve fizyolojik bir olay olmasına rağmen her kadın gebeliğe karşı, kendi ruh yapısına, sosyo-ekonomik ve kültürel yapısına uygun bir davranış göstermektedir. Bu dönemde, kadının gebeliğini ve gelecekteki annelik rolünü benimsemesi gerekir. Bu benimsemeyi, kadının inanç ve tutumları, görev ve sorumluluk anlayışı, ilişkileri ve davranışları etkiler. Gebelik dönemi, kadın yaşamında bedensel, ruhsal ve sosyal değişimlerin yaşandığı bir süreçtir. Kısa sayılmayan bu dönemde kadın vücudu bu değişimlere uyum sağlamaya çalışır. Bir taraftan uyum çabaları, bir taraftan yeni bir bebeğe sahip olmanın verdiği heyecan ve sorumluluk duygusu, gebe kadında ruhsal dalgalanmalara neden olur. Kadının ruhsal durum ve yaşantısı, gebeliğin gidişini etkilediği gibi; gebeliğin

kendisi de kadının ruhsal ve duygusal yaşantısı üzerinde önemli yansımalar yaratır. Gebelik esnasında önemli biyolojik, fizyolojik ve psiko-sosyal değişiklikler olmaktadır ve evlilik, aile ve toplumsal rollerdeki hızlı değişime uyum sağlanması gerekmektedir (Kuğu ve Akyüz, 2001). Gebeliğe uyum süreci, her kadının geçmiş yaşam deneyimlerine göre değişiklik gösterir; örneğin sosyo-ekonomik koşullar ve annenin gebeliği kabullenmesi önemli rol oynar (Gözüyeşil ve ark., 2008). Rofe ve ark. (1993), çalışmalarında gebelikte görülen semptomlar üzerinde kadınların sosyo-ekonomik seviyelerinin, daha önceki doğum sayılarının ve kişilik özelliklerinin etkili olduğunu belirtmiştir. Kadının, aile ve iş durumu, eşle olan ilişkisi, gebelikte ortaya çıkabilecek yeni güçlük ve gereksinimler; gebelik karşısındaki tutumunu etkilemektedir. Gebelikte vücutta görülen hormonal değişikliklerin de kadında büyük ruhsal değişiklik yarattığı bilinmektedir. Gebelik bir neşe, doyum, olgunluk ve mutluluk kaynağı olarak yaşanabildiği gibi; endişe, kaygılı bekleyiş ve psikolojik olarak baskı artışına neden olabilen bir durum da olabilmekte, gebelik süresince değişik zaman dilimlerinde gebenin emosyonel reaksiyonları; belirsizlik, içe dönüklük, pasiflik, kendini beğenmeme, bağımlılık, korku ve anksiyete olarak görülebilmektedir.

Gebelik ve doğumdaki ruhsal-davranışsal-duygusal değişiklikler aşağıda belirtilen alanların etkileşimleri içinde değerlendirilmelidir:

- Endokrin-hormonal değişiklikler
- Vücut değişiklikleri ve algılanması
- Gebeliğe ilişkin bilinçli veya fark edilmeyen duygu, düşünce, tutum, istekler ve çatışmalar
- Anne olmaya dair ruhsal yapı ve kişilik organizasyonu

Gebelik; kişiyi ve ailesini etkileyen gelişimsel bir kriz süreci olarak değerlendirilmekte, yeni içsel ve kişilerarası yapılanmalara yönelten ve sonunda yetişkin ebeveyne uyumu gerekli kılan fizyolojik, psiko-fizyolojik, psiko-sosyal bir süreç olarak görülmektedir. Kadın rolünün ötesinde anne rolüne ilişkin tüm duygusal, yaşamsal, ruhsal, davranışsal beklenti, çatışma, umut ve arzuları ön plana çıkarmakta, kadınlara kendine güven, varlığın ortaya konulması, önemli ve değerli

olma duygusu vermektedir. Söz konusu süreçte, bazı gebeler bağımlılık gereksinimlerini, çevrelerinden ilgi, destek ve yardım beklentilerini daha rahat ortaya koyabilmekte iken, bazı gebeler ise panik ve korku yaşayarak, doğumda sakat kalma veya ölme endişesi duyabilmektedirler.

Gebelik esnasında meydana gelen çok ciddi biyolojik, fizyolojik ve psikolojik değişikliklere rağmen gebe kadınların büyük çoğunluğu bu süreci iyi tolere etmekte, genç annelerde, istenmeyen evlilik ve gebelik durumlarında, sosyal destek yoksunluğunda ve geçmişte psikiyatrik bozukluğu olan kadınlarda uyum azalmaktadır. Çoğu zaman gebelikle bağlantılı olmayan dış stresler ve zorluklar da gebelik esnasındaki uyum sorunlarını arttırabilmekte, gebelik döneminde mevcut psikiyatrik semptomlarda alevlenme görülebilirken, ilk psikiyatrik semptomlar gebelik sırasında da ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenlerden dolayı, gebelik ve annelik dönemi, kadınların depresyon, anksiyete bozukluğu gibi psikiyatrik hastalıklara yatkınlığının artabileceği bir süreçtir. Genellikle ikinci trimester hem fizyolojik hem de psikolojik açıdan daha rahat geçmekte, ilk trimesterde istenmeyen gebelikler, üçüncü trimesterde doğumla ve fetüsün normallığıyle ilgili korkular anksiyete ve depresyonla ilişkilendirilmektedir.

Gebelikte; her trimesterin kendine özgü psikolojik uyum süreci bulunmaktadır (Kuğu ve Akyüz, 2001). İlk trimester, genellikle yeni duruma ve gebe olduğu gerçeğine uyum süreci olarak değerlendirilmektedir. Gebeliğin ilk üç ayında duyguların zıt olduğu gözlenmiştir; ani neşe, yerini üzüntü ve sıkıntıya bırakabilir. "Birgün çocuğum olacak" düşüncesi memnuniyet, "şimdi değil" düşüncesi de mutsuzluk yaratmakta, genellikle planlı bir gebelik mutluluk, haz ve doyum duygusuna neden olmaktadır. Fetüsle olan biyolojik bağın daha derin ve yakın hissedildiği ikinci trimesterde, kadın gebeliğe adaptasyonu sağlamış, gebeliği benimsemiş ve dışa dönüklük dönemi başlamıştır. Anneliği benimseyen kadın büyük istekle kendisi ve çocuğuyla ilgili sorunlarla ilgilenmeye başlar. Üçüncü trimesterde, hem fizyolojik olarak hareketlerin kısıtlı olması hem de doğum yaklaştıkça doğumun nasıl olacağına, çocuğun sağlıklı olup olmayacağına ilişkin endişeler -özürlü bebek doğurma, zor doğum, doğum ağrısı, ölüm korkusu- ve iyi anne olamayacağına dair

korkular, gebede anksiyete ve strese neden olmaktadır (Sjögren, 1997; Saisto ve Halmesmaki, 2003; Hofberg ve Ward, 2003). Gebe kadınların; gebelik, doğum, postpartum dönem konusunda bilgilendirilmesi, eşinin de yanında yer alması, gevşeme egzersizleri ile doğumun kolaylaştırılması gibi uygulamalarla korku ve endişenin azaltılması, kendi durumunu denetleyebileceği duygusunun gelişmesi açısından yararlı görülmektedir. Birçok kadın için gebeliğin sonlanmasının anlamı, çocukla birliktelik duygusunun bırakılması ve eşlik eden kayıp hissidir. Bu durum bazı kadınlarda bebeğe bakma ve sevme kapasiteleriyle ilgili anksiyeteye neden olur ve doğumdan sonraki günlerde bebek bakımı, yeterli annelik yapıp yapılamayacağı hususunda kaygılar belirgin bir şekilde ortaya çıkar. Tüm bu aşamalarda, gebe kadının açıklamalarla bilgilendirilmesi, yönlendirilmesi, eşi ve ailesi tarafından desteklenmesi son derece önemlidir.

Gebelikte duygu durum değişiklikleri ile birlikte, bulantı-kusma gibi pek çok fizyolojik değişiklik de görülebilmektedir. Gebenin ruhsal durumu ve gebeliğe hazırlığı; mide bulantıları, iştah değişiklikleri, duygu-mizaç değişikliklerinin şiddeti ve gidişatını etkileyebilecektir. Gebeliğin başlangıcında görülebilen bitkinlik, bulantı ve kusmalar aşırı olursa, psikolojik kökenli bir durum olarak düşünülür ancak aşırılıkla ilgili düzey hakkında uzlaşma yoktur. Ayrıca biyolojik ve psikolojik faktörlerin etkileşiminin nasıl olduğu açık değildir (Tan ve ark., 2010). Bulantı ve kusma tüm gebeliklerin % 50,0-% 80,0'ini etkilemekteyken, şiddetli form olan hiperemesis gravidarum tüm gebeliklerin % 0,3-% 2,0'sinde görülmekte ve psiko-sosyal faktörlerin de şiddeti etkileyebileceği bildirilmektedir (Gadsby ve ark., 1993; Eliakim ve ark., 2000; Simpson ve ark., 2001). Bu gebelerde, immatür, abartılı duygusallık ve ilgi çekme ile ilgili kişilik özellikleri (histriyonik kişilik) ve eşleri ile yaş ve kültür farklılıkları sıklıkla görülebilmektedir. McCarty ve ark. (2011) yaptıkları çalışmalarında hiperemesis gravidarumu olan gebelerin, gebeliğe adaptasyonlarının daha zayıf, stres-anksiyete ve depresyon skorlarının daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Benzer şekilde, King ve ark. (2010), 120 gebe üzerinde yürüttükleri çalışmalarında, hiperemesis gravidarumu olan gebelerin depresyon skorlarının kontrol grubuna oranla belirgin şekilde yüksek olduğunu bulmuşlardır.

Gebelikte ortaya çıkan komplikasyonlar ve riskli gebeliğe neden olabilecek tıbbi sorunlar (hipertansiyon, diyabet, preeklampsi, erken doğum tehdidi, poli/oligo-hidroamnios, intrauterin büyüme geriliği vb.), ciddi zorlamalar ve psikiyatrik semptomlara neden olabilmektedir. Hipertansiyon, diyabet gibi tıbbi sorunları olan gebe kadınlarda ve preeklampsi, erken doğum tehdidi, poli/oligo-hidroamnios, intrauterin büyüme geriliği gibi obstetrik riskli durumların olduğu gebe kadınlarda, herhangi bir tıbbi sorunu olmayanlara nazaran daha fazla psikopatoloji belirlenmiştir. Gebelerin, kişilik yapısı, savunma düzenekleri, ailesel ve sosyal destek sistemlerine bağlı olarak riskli gebeliğe tepkileri değişiklik göstermektedir. Genellikle bu durum, anne olabilme yönünde güven sarsıcı olur ve benlik saygısı azalır. Sıkıntı, kızgınlık, korkular, kendini suçlama eğilimleri, depresif yaşantılar ve regresif davranışlar gelişebilir. Çocuğun risk altında olabileceği olasılığı kaygıyı arttırarak umutsuzluk ve çaresizlik duygularının oluşmasına neden olabilir. Gebenin kendine bakması, doğumun gerektirdiği uyum ve önlemleri uygulaması zorlaşır. Benute ve ark. (2010), tıbbi hastalığı olan 326 gebe üzerinde yaptıkları bir çalışmada, depresyon riskinin arttığını bulmuşlar ve bu kadınların gebeliklerinde, gebelik depresyonu açısından taranmaları gerektiğini belirtmişlerdir. King ve ark. (2010) yaptıkları çalışmada, herhangi bir medikal hastalığı olan gebelerin anksiyete ve depresyon skoru, tıbbi hastalığı olmayan gebelere oranla yüksek bulunmuştur. Tıbbi hastalığı olan gebelerin, % 26,7'sinde depresyon skoru kesim noktasının üzerindeyken, sağlıklı gebelerin yalnızca % 6,7'sinde bu değerin üzerinde çıkmıştır.

Daha önceden infertilite problemi olan veya daha önceki gebeliklerinde problem yaşayan gebelerde (ölü doğum, tekrarlayan düşük vb.), tüm bu tıbbi sorunların yaratmış olduğu ciddi ruhsal baskı nedeniyle, gebelikte psikiyatrik hastalıklarda artış gözlenmektedir (Ali ve ark., 2012).

Gebelikte ortaya çıkan komplikasyonlar, psikiyatrik semptomları arttırdığı gibi, aynı zamanda gebelik esnasında mevcut olan veya yeni beliren her türlü majör psikiyatrik bozukluk da, gebelik ve doğum komplikasyonlarını arttırmakta, fetüsün sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Yapılan pek çok çalışmada, gebelik esnasında depresyon yaşayan annelerin daha fazla oranda erken doğum yaptığı, daha

fazla oranda düşük doğum ağırlıklı, düşük apgar skorlu bebek sahibi oldukları bulunmuştur (Hoffman ve Hatch, 2000; Kelly ve ark., 2002; Rahman ve ark., 2007; Diego ve ark., 2009). Rahman ve ark.nın (2004), 600 gebe kadın ile yaptıkları kohort çalışmasında, bebeklerin doğum, doğumdan 2, 6 ve 12 ay sonra kiloları ölçülmüş ve gebelikte depresyonu olan annelerin bebeklerinin her aşamada, depresif olmayan gebelerin bebeklerine oranla daha düşük ağırlığa sahip oldukları bulunmuştur. Aynı çalışmada kronik depresyonu olan anne bebeklerinin, epizodik depresyonu olanlara oranla daha riskli olduğu belirtilmiştir. Gebelik esnasında müdahale edilmediği takdirde, doğum sonrası dönemde depresyonun devam ettiği annelerin çocuklarında, ilerleyen yıllarda davranışsal ve duygusal sorunların ortaya çıkabildiği de tespit edilmiştir (Beck, 1998; Field, 2011).

Gebelikte büyük önem taşıyan faktörlerden birisi de, kadının içsel duygu durumunu doğrudan etkileyen, eşin, kadının/erkeğin anne-babasının, aileyi etkileyen diğer kişilerin tutumu ve içinde yaşadığı psiko-sosyal çevredir. Evlilikte yaşanan sorunların, partner yokluğunun, sosyal desteğin zayıf olmasının, olumsuz yaşam deneyimlerinin, aile içi huzursuzluk ve şiddetin, gebelikte psikiyatrik hastalıkları arttırdığı bilinmektedir (Leigh ve Milgrom, 2008; Pereira ve ark., 2009; Xie ve ark., 2009). Kadının gebeliği, evlilik ilişkisinde yeni değişiklikleri gündeme getirmekte ve baba adayına belirli görevler yüklemektedir. Erkeğin çeşitli zorlanmalarla başarılı bir şekilde mücadelesi, destek, güven ve yakın ilgisi, kadını cesaretlendirmekte, onun gebeliğe uyumunu arttırmakta ve yaşadığı ruhsal karmaşayı azaltmakta çok önemlidir. Eşinin, başından itibaren kadının gebeliğinin takibinde ve doğumda birlikte olması, gebelik ve doğumun ilişkilerini derinleştirmesi ve birlikte ebeveyn rolüne hazırlanmaları yönünden çok önemli katkı sağlayacak, kadının bu zorlu sürecin üstesinden gelmesini kolaylaştıracaktır.

Özetle, insan yaşamında yeni bir evre olan ebeveynlik, kadınlar için stres yaratan bir durumdur. Bu stres, gebelikte her şeyin iyi gitmeyeceği olasılığı ile birlikte olan anksiyete ile birleştiği zaman, kadınlar için ağır bir yük oluşturabilmekte ve başta depresyon olmak üzere gebelikte çeşitli psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir.

1.1.4. Depresyon

1.1.4.1. Tanım

Günümüzde ruhsal sorunların varlığı dikkat çekecek ölçüde artmıştır. Ruhsal bozukluklar, farklı ülke ve kültürlerden, her yaşta, kadın/erkek, zengin/fakir, kentlerde/kırsalda yaşayan, tüm insanların % 25,0'ini hayatlarının herhangi bir döneminde etkilemekte olup, toplumlar üzerinde neden oldukları ekonomik yük ve bireylerin/ailelerin yaşam kalitesi üzerine olan etkileri nedeniyle, hem bireysel hem de toplumsal boyutta, önemli bir halk sağlığı problemi haline gelmiştir (WHO, 2001). Psikiyatrik bozukluklar içinde en sık görüleni ve hastalık yükünde en büyük paya sahip olanı depresyondur. Depresif bozukluklar, pek çok alt grup içermesine rağmen, en fazla araştırılan majör depresif bozukluktur. Depresyon; oluşma nedenleri, gidişi ve tedavisi açısından, oldukça karmaşık olan bir ruhsal bozukluk olup, anlaşılması ve tanınmasında, üzerinde durulması gereken temel nokta bir sendrom olduğudur. Depresyon, sadece ruhsal bir çöküntüden ibaret değildir; aslında depresyon olarak isimlendirilen belirtiler ve bulgular kümesi olup, bilişsel, duygusal ve güdüselle alanlarla ilgili pek çok belirtiyi kapsamaktadır. Genel anlamda depresyon; derin üzüntülü bir duygu durum içinde düşünce, konuşma ve harekette yavaşlama, durgunluk, değersizlik hissi, suçluluk duygusu, uyku bozuklukları, dikkat ve konsantrasyon azalması, isteksizlik, motivasyon azalması, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendromdur (WHO, 2001). Gerek hasta, gerek yakın çevresi ve toplum için hayat kalitesinin düştüğü bir durum yaratır; kişi, günlük hayatının gerektirdiği vazifeleri yapmakta zorlanır ve genel olarak 'çökkün' bir ruh haline bürünür.

Depresyon, insanın işlevselliğini, yaratıcılığını, mutluluğunu ve doyumunu engelleyerek yaşam kalitesini düşürmekte ve işgücü kayıplarına yol açmaktadır. Yaygınlık, kronikleşme, tekrarlama oranlarının yüksek olması, iş gücü kaybı ve intihar riskini arttırması nedeniyle önemli bir sağlık sorunu olup, dünya genelinde hastalık yükünün önde gelen dördüncü nedeni olması dolayısıyla tanımlanması, önlenmesi, tedavisi ve tekrarlamasındaki risk etmenlerinin belirlenmesi özel bir

önem arz etmektedir. DSÖ, major depresyonu DALY'nin önde gelen nedenlerinden biri olarak tanımlamakta ve 2020 yılı civarında, depresif hastalığın dünyada DALY'nin önde gelen ikinci nedeni olmasını beklemektedir (WHO, 2001).

1.1.4.2. Depresif Bozuklukların Sınıflandırması (DSM-IV-TR)

Amerikan Psikiyatri Birliği'ne göre depresif hastalıklar aşağıdaki şekilde sınıflandırılmaktadır (Köroğlu, 2000):

- Majör depresif bozukluk
- Distimik bozukluk
- Bipolar bozukluktaki depresyon
- Genel bir tıbbi duruma bağlı depresyon
- Depresyonlu uyum bozukluğu
- Başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk
 - Premenstrüel disforik bozukluk
 - Minör depresif bozukluk
 - Yineleyen kısa depresif bozukluk

1.1.4.3. DSM- IV-TR Majör Depresyon Tanı Kriterleri

DSM-IV-TR'ye göre depresyon, 2 haftalık bir dönem sırasında daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte, belirtilen semptomlardan en az 5'inin bulunmuş olması; semptomlardan en az 1'inin ya depresif duygu-durum ya da ilgi kaybı ve artık zevk alamama durumu olması olarak tanımlanmaktadır (Köroğlu, 2000).

- İki haftalık bir dönem sırasında daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte, aşağıdaki semptomlardan 5'inin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan en az 1'inin ya (1) depresif duygu-durum ya da (2) ilgi kaybı ve artık zevk alamama durumu olması gerekir.

- Ya hastanın kendisinin bildirmesi (örneğin kendisini üzgün ya da boşlukta hisseder) ya da başkalarının gözlemesi (örneğin ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirlenen, hemen hergün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygu-durum.
- Hemen hergün yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirlenir).
- Diyetle değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örneğin ayda vücut kilosunun % 5,0'inden fazlası olmak üzere) ya da hemen hergün iştahın azalmış ya da artmış olması.
- Hemen hergün insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnia (aşırı uyku) olması.
- Hemen hergün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarınca da gözleniyor olması gerekir).
- Hemen hergün, yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması.
- Hemen hergün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (sanrısız olabilir) olması.
- Hemen her gün düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma.
- Yineleyen ölüm düşünceleri, özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması.
- Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.
- Bu belirtiler, bir madde kullanımının (örneğin kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örneğin hipotiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.
- Bu belirtiler, yaşla daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitirilmesinden sonra bu semptomlar 2 aydan daha uzun sürer, belirgin bir işlevsel bozulma,

değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşıp durma, psikotik belirtiler ve intihar düşünceleri ile belirlidir.

1.1.4.4. Depresyon Yaygınlığı

Depresif bozuklukların prevalansını belirlemek, farklı araştırmacılar farklı tanı kriterleri kullandığı için zordur. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan çalışmaların çoğu depresyon sendromunu değil, herhangi bir durumda ortaya çıkan depresif semptomları dikkate almıştır. Böyle bir veri çok az değere sahiptir; çünkü bu çalışmalarda bir depresif bozukluğun parçası olarak depresif semptomlar ile başka bir sendromun (örneğin şizofreninin) depresif semptomlarını ayırmada yetersizlikler mevcuttur. Ancak son zamanlarda yapılan araştırmalar daha spesifik olmaktadır.

Tüm dünyada yaşam boyu majör depresyon prevalansı her geçen gün artmaktadır; majör depresif bozukluk için yaşam boyu prevalans ve 1 yıllık prevalans yüksek gelir düzeyine sahip ülkelerde sırasıyla % 14,6 ve % 5,5 iken, düşük-orta gelir düzeyine sahip ülkelerde sırasıyla % 11,1 ve % 5,9'dur. A.B.D'de 1990'lı yıllarda % 3,3 olan nokta prevalans iki kattan fazla artarak, 2000'li yıllarda % 7,0'ye yükselmiştir. Depresyon, her bir epizodun, birkaç ay ile birkaç yıl arasında sürebildiği, epizodik tekrarlayan bir hastalıktır ve hastaların yaklaşık üçte birinde kronikleşmektedir. İlk epizodu takip eden 2 yıl içerisinde rekürrens oranı % 40,0 iken, iki epizod sonrası 5 yıl içerisinde rekürrens riski % 75,0'e yükselmektedir (Solomon ve ark., 2000; Compton ve ark., 2006; Kessler ve ark., 2009; Bromet ve ark., 2011).

Türkiye'de bu konu ile ilgili yapılmış epidemiyolojik çalışmaları gözden geçiren Küey ve Güleç'in (1993) tespit ettiği sonuçlara göre, toplum içinde klinik düzeyde depresyon prevalansı % 10,0 dolayındadır. Kronik hastalığa sekonder depresyonlar dikkat çekici düzeyde (% 4,0-% 8,8) olup, depresyonun klinik örüntüsünde bedensel belirti ve bulgular ruhsal belirtilere oranla ön plandadır (baş ağrısı, bitkinlik, psikomotor yavaşlama, çalışma verimsizliği, uykusuzluk gibi). Ülkemizde yapılan epidemiyolojik araştırmalara göre depresif bozukluklar açısından

risk etmenleri; 40 yaş ve üzerinde olma, kadın olma, dul olma ve alt sosyo-ekonomik gruba ait olmadır (Küey, 1998). Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen, Türkiye’de depresyonun yaygınlığı ile ilgili önemli veriler sağlayan “Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması’na” göre, erişkin yaş grubundaki kadınların % 22,4’ünde, erkeklerin % 10,9’unda en az bir ruhsal bozukluk bulunduğu, ağır bozukluğu dışta tutulduğunda en sık rastlanan ruhsal bozukluğun, kadınlarda % 7,9, erkeklerde % 5,8 ile depresif bozukluklar olduğu bulunmuştur. Ruhsal bozukluk sıklığının yüksek olmasına karşın, tedavi için başvuru sıklığı düşük olup, kadınlarda % 6,4, erkeklerde % 2,7 olarak saptanmıştır (Kılıç ve ark., 1998). Türkiye Hastalık Yüğü Çalışmasına göre, unipolar depresif hastalıklar, Türkiye’de hastalık yükünü (DALY) oluşturan ilk on hastalık içerisinde % 3,9 ile dördüncü sırada yer almaktadır. Cinsiyete göre bakıldığında ise, hastalık yükünü oluşturan ilk yirmi hastalık içerisinde unipolar depresif hastalıklar; erkeklerde % 2,6 ile dokuzuncu sırada, kadınlarda % 5,4 ile dördüncü sırada yer almaktadırlar (T.C.Sağlık Bakanlığı, 2004).

1.1.4.5. Depresyon ile İlişkili Olası Risk Etmenleri

Bugün depresyonun etiyolojisi ve fizyopatolojisine ilişkin birçok araştırma yapılmasına karşın, bu hastalığın tam nedeni henüz belirlenememiştir. Depresyonun oluşmasında, genetik, biyokimyasal, psikodinamik ve toplumsal-çevresel etkenlerin rolü olduğu kabul edilmektedir. Hastalığın ortaya çıkmasında tek bir risk etkeni sorumlu tutulmamakta, genetik yapının, çevreyle olumsuz etkileşimi ve bunun zamanlaması önemli bulunmaktadır. Depresyon; birincil duygulanım bozukluğu biçiminde ortaya çıkabileceği gibi, birçok psikiyatrik ve tıbbi duruma ikincil olarak da görülebilmektedir (WHO, 2004).

1.1.4.5.1. Yaş

Depresyon erken çocukluk yıllarından ileri yaşlara dek her yaşta görülebilen bir bozukluk olmakla birlikte, genel olarak orta yaş hastalığıdır. Hastalık başlangıcı 20-50 yaşlar arasında en yüksek seviyeye ulaşmaktadır.

1.1.4.5.2. Cinsiyet

Yapılan tüm çalışmalarda, ülke ve kültürden bağımsız olarak, major depresif bozukluğun, kadınlarda erkeklerden iki kat daha fazla görüldüğü ortaya konmuştur (WHO, 2001). Puberte öncesi dönemde kız ve erkek çocuklarda eşit dağılım gösterirken, cinsiyetler arası fark adölesan ve erişkinlik döneminde ortaya çıkmaktadır; fark, gençlerde ve orta yaş grubunda, çocuklar ve yaşlılar grubundan daha belirgindir. Hayatlarının bir döneminde, kadınların % 21,0'i duygu durum bozuklukları, % 30,0'u anksiyete bozukluklarıyla karşılaşmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre; dünya genelinde 121 milyon insanın depresyondan etkilendiği düşünülmekte ve her yıl tahminen 73 milyon erişkin kadının majör depresif atak geçirdiği tahmin edilmektedir. Depresyon sıklığının ve yaygınlığının kadınlarda yüksek olmasının nedenleri tam olarak bilinmese de, daha çok hormonal değişikliklere, toplumsal değer yargılarına, farklı stresörlerle karşılaşmaya, çocuk yetiştirme biçimlerine bağlanmaktadır (WHO, 2002).

1.1.4.5.3. Medeni Durum

Kişiler arası ilişkiler, depresyonun ortaya çıkmasında veya tetiklenmesinde önemli bir role sahiptir. Çalışma sonuçları, depresyonun medeni duruma göre dağılımında farklılıklar göstermektedir. Birçok çalışmada depresyonun, ayrılmış, boşanmış ya da dullarda daha yüksek oranda olduğu bulunmuştur. Evli erkekler en düşük risk grubunu oluştururken, sırasıyla; evli kadınlar, yalnız yaşayan ve dul (eşi ölmüş) kadınlar, yalnız yaşayan dul ya da boşanmış erkekler, boşanmış kadınlar şeklinde artan oranda risk gruplarıdır. Evli olanlarda, evlilik ilişkilerinin kötü olması da depresyon riskini arttıran bir faktördür (Potter ve ark., 1995; Parker ve ark., 1995).

1.1.4.5.4. Aile Öyküsü ve Genetik Etkenler

Aile öyküsünde depresyonun olması depresyona yakalanma riskini arttırmaktadır (Levinson, 2006). Hastaların özellikle birinci derecedeki akrabalarında depresyon riski 2-3 kat artmaktadır (Weismann ve ark., 1982). Genetik risk, kadınlarda ve

erkeklerde değişmemektedir. Monozigot ikizlerde, dizigot ikizlere oranla hastalığa yakalanma oranlarının belirgin şekilde daha yüksek olması, genetik geçişin etkisini desteklemektedir (McGuffin ve ark., 1991).

1.1.4.5.5. Kişilik Yapısı

Herhangi bir kişilik tipindeki her insan depresyona yakalanabilmektedir ancak birçok çalışma obsessif, oral-bağımlı, abartılı duygusallık ve ilgi çekme ile ilgili kişilik özelliklerinin depresyon için risk oluşturduğunu ortaya koymuştur. Depresyona eğilimli kişilerin; öz güvenlerinin düşük, kişilerarası ilişkilerinde bağımlı, duygularını ifade etmekte güçlük çeken, stresörler karşısında bunaltı geliştirmeye yatkın, sürekli ve sağlıklı nesne ilişkilerinde yetersiz oldukları bulunmuştur (Maier ve ark., 1992).

1.1.4.5.6. Diğer etkenler

Düşük sosyo-ekonomik düzey, işsizlik, hastalıklar, sosyal desteğin zayıf oluşu, eşin/ebeveynin/çok sevilen bir yakının kaybı da depresyonla ilişkilendirilen diğer etkenlerdir.

1.1.5. Gebelik depresyonu

Ruhsal hastalıklar içerisinde gebelikte en sık görüleni olan depresyon, hem anne sağlığını hem de fetal sağlığı etkileyen bir hastalık olarak bilinmektedir. Doğum sonrası depresyon riskini arttırması, gebelikte komplikasyonlara ve fetüs-yenidoğan açasından olumsuz sonuçlara yol açması nedeniyle, son yıllarda giderek artan oranda üzerinde durulmaktadır.

1.1.5.1. Dünyada ve Ülkemizde Gebelik Depresyonu Sıklığı

Yapılan çalışmalara göre, gebelikte depresyon ve depresif semptom görülme sıklığı % 10,0-% 30,0 arasında değişmektedir (Da Costa ve ark, 2000; Bowen ve Muhajarine, 2006; Pereira ve ark., 2009; Leung ve Kaplan, 2009; Shah ve ark., 2011). Bödecs ve ark. (2009) Macaristan'da yaptıkları çalışmada gebelik depresyonu sıklığını % 17,9, Marcus ve ark. (2003) Amerika'da yaptıkları çalışmada % 20,0, Kurki ve ark. (2000) Finlandiya'da yaptıkları çalışmada % 30,0 olarak bulmuşlardır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda gebelikte depresyon sıklığı % 27,9-% 33,1 arasında değişmektedir (Çalışkan ve ark., 2007; Gölbaşı ve ark., 2010; Karaçam ve Ançel, 2009; Ocaktan ve ark., 2006; Şentürk ve ark., 2011). Bu rakamlar dünya geneline göre oldukça yüksek olup, ülkemizdeki gebe kadınların kimi özelliklerinin ve yaşam şekillerinin (ergenlikte gebelik, sık aralıklarla gebe kalınması, ekonomik problemler, düşük eğitim düzeyi, geniş aile yapısı, aile içi şiddet ve yeterli DÖB alınamaması), gebelik depresyonunun prevalansını ve şiddetini etkileyebileceği düşünülmektedir (Karaçam ve Ançel, 2009; Gölbaşı ve ark., 2010).

1.1.5.2. Gebelik Depresyonu için Risk Faktörleri

Gebelik depresyonundaki risk faktörlerinin çok boyutlu olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Literatürde, genetik, psikolojik, çevresel, sosyal ve biyolojik faktörlerin etkileri üzerinde durulmaktadır. Daha önce geçirilmiş depresyon atağı, ailede depresyon öyküsü, evlilikte yaşanan sorunlar, partner yokluğu, sosyal desteğin zayıf olması, olumsuz yaşam deneyimleri, aile içi şiddet, düşük sosyo-ekonomik düzey, kötü obstetrik geçmiş (daha önceki gebeliklerde düşük, ölü doğum öyküsü), istenmeyen gebelik, erken yaşta gebelik, gebelikte depresyon için risk faktörlerini oluşturmaktadır (Bowen ve Muhajarine, 2006; Lau ve Keung, 2007; Pereira ve ark., 2009; Bowen ve ark., 2009). Leigh ve Milgrom (2008), Avusturalya'da 367 gebe üzerinde yaptıkları randomize çalışmada; özsaygısı düşük olan, gebeliğinde anksiyete yaşayan, sosyal desteği az ya da hiç olmayan, sürekli olumsuz yönde düşünme eğilimi olan, yaşamında büyük bir travma yaşamış, gelir seviyesi düşük kadınlarda gebelik depresyonu riskinin yüksek olduğunu saptamışlardır. Figueiredo

ve ark.nın (2007) Portekiz’de yaptıkları çalışmada, ergenlik çağındaki gebeler, hem gebelik süresince hem de postpartum dönemde, anlamlı olarak daha fazla depresif belirti göstermişlerdir.

Halen antidepresan tedavi alan hastalar, gebe kaldıkları zaman tedavilerini kestiklerinde, gebelikte depresyonun alevlenmesi ya da yinelenmesi açısından risk altına girmektedirler. Özellikle tedavi kesildikten sonraki ilk 8 hafta, alevlenme görülmesi açısından en riskli dönem olarak kabul edilmektedir. Cohen ve ark. (2006), yaptıkları çalışmada, daha önceden major depresif atak geçiren hastaların % 43,0’ünde gebelik döneminde relaps görüldüğünü, tedavi almaya devam eden hastaların % 26,0’sında, tedaviyi kesen hastaların % 68,0’inde depresyonun tekrarladığını tespit etmişler, bu olguların birçoğunda, kişiler arası iletişim bozukluğunun, istenmeyen gebeliklerin ve evlilikle ilgili sorunların daha sık olduğunu belirtmişlerdir.

Hamilelikte ortaya çıkan her türlü komplikasyon ve gebeliği riskli hale getiren her türlü tıbbi sorun, psikiyatrik semptomlara yol açma potansiyelindedir. Hipertansiyon, diyabet gibi tıbbi sorunları olan gebe kadınlarda ve preeklampsi, erken doğum tehdidi, poli/oligohidroamnios, intrauterin büyüme geriliği gibi obstetrik riskli durumların olduğu gebe kadınlarda, herhangi bir tıbbi sorunu olmayanlara nazaran, gebelik ve doğum sonrası dönemde daha fazla anksiyete ve depresyon görüldüğü belirlenmiştir (Benute ve ark., 2010; King ve ark., 2010).

1.1.5.3. Gebelik Depresyonu Belirti ve Bulguları

Gebelerdeki depresif belirti ve bulguların; gebeliğin fizyolojik değişiklikleri ve yakınmalarıyla benzer özellikte olması nedeniyle, gebelik depresyonuna tanı koymak çoğu zaman güç olmaktadır. Gebeliğin başlıca depresif belirti ve bulguları; uyku ve iştah değişiklikleri, ağrı, duygulanımda dalgalanma, aşırı yorgunluk, libido kaybı ve konsantrasyon güçlüğü, anksiyete, doğumla ilgili kaygılardır. Gebelikteki depresif belirtiler genel depresyon belirtilerinden farklı olmamakla birlikte; bulantı, mide ağrısı, sık soluk alıp verme, baş ağrısı, gastro-intestinal sistem (GİS) semptomları,

çarpıntı, baş dönmesi gibi somatik şikayetler anlamlı derecede fazla görüldüğü için, gebelikte aşırı fiziksel yakınmalar depresyon açısından uyarıcı olmalıdır.

1.1.5.4. Gebelik Depresyonunun Etkileri ve Sonuçları

Gebelikte depresyonu olup tedavi almayan kadınlarda, maternal morbidite ve mortalite hızı (intihar girişimleri dahil olmak üzere) artmaktadır. Gebelikte yaşanan depresyon, hem annenin kendine öz bakımını azaltarak fiziksel ve ruhsal sağlığını etkilemekte, hem gebelik komplikasyonlarını arttırmakta, hem de fetüsün sağlığı üzerinde olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir. Gebeliğin hipertansif hastalıkları (preeklampsi-eklampsi), erken doğum eylemi, gestasyon yaşına göre küçük, düşük doğum ağırlıklı ve düşük apgar skorlu bebek doğurma, gebelikte depresyonla ilişkili bulunan en önemli durumlar arasındadır (Kurki ve ark., 2000; Diego ve ark., 2009; Field, 2011). Gebelik esnasında müdahale edilmediği takdirde, doğum sonrası dönemde depresyonun devam ettiği hastaların bebeklerinde ve çocuğun ileri yaşamında olumsuz etkilenme riskinin de arttığı gözlemlenmektedir. Bu olumsuz etkiler, anne-bebek bağının kurulmasında sorunların oluşması, büyümede gerilik, motor ve dil gelişiminde gecikme, GİS enfeksiyonlarında ve aşağı solunum yolları enfeksiyonlarında artıştır (Rahman ve ark., 2004; Ban ve ark., 2010; Surkan ve ark., 2011). Bu çocuklarda ilerleyen yıllarda davranışsal, duygusal ve bilişsel sorunların ortaya çıkabildiği de bilinmektedir (Field, 1998; Onunaku, 2005; Field, 2011). Gebelik depresyonunun, doğum sonrası depresyonunun da en önemli risk faktörlerinden birisi olduğu, gebelik döneminde depresyon gelişen kadınların, yaklaşık % 50,0'sinde doğum sonrası dönemde depresyonun tekrarladığı pek çok çalışma ile belirlenmiştir (Beck, 2001; Leigh ve Milgrom, 2008; Silva ve ark., 2012).

1.1.5.5. Gebelik Depresyonunun Gebenin Davranışları Üzerine Etkileri

Gebelik depresyonu, annenin kendine öz bakımını azaltmakta ve karar verebilme beceresini etkileyebilecek bilişsel tahribatlara yol açabilmekte; bu durum gebelik süresince dikkat eksikliği ve bağımlılık yapıcı madde kullanımı ile ilişkili olabilmektedir. Yapılan pek çok çalışma, gebelikte depresyonu olan kadınların,

gebelikleri esnasında sigara-alkol ve diğer bağımlılık yapıcı maddeleri kullandıklarını ortaya koymuştur (Flynn ve ark, 2007; Goodwin ve ark., 2007). Zuckerman ve ark. (1989), yaptıkları çalışmalarında gebelikte görülen depresyon ile sigara, alkol ve kokain kullanımı arasında önemli düzeyde bir ilişki saptamışlardır. Depresif semptomları olan gebeler, gebelik döneminde takiplerini aksatmakta, sağlık personelinen daha az yardım almakta ve DÖB'ın gereklerine uymakta zorlanmaktadırlar. Bu hastalar, genellikle beslenme ve uyku problemi yaşamakta ve iştah azlığından dolayı gebelik boyunca normalden daha az kilo almaktadırlar. Depresyonda olan gebelerin, sosyal fonksiyonlarında azalma, duygusal olarak içe kapanma ve ebeveyn olabilme kaygısı ile ilgili problemler yaşadıkları bilinmektedir. Depresyonun doğum sonrası devam ettiği hastalarda, bebeğe karşı aşırı ilgisizlik ya da bebekle ilgili aşırı endişelenme ve bebeğe zarar verme ile ilgili düşünceler görülebilmektedir. İleri derecede depresyon, kendine zarar verme, psikotik, atılğan, ve zararlı davranışlar sergileme riskini arttırmakta ve intihara kadar giden sonuçlara neden olabilmektedir (Bonari ve ark., 2004; Comtois ve ark., 2009; Gavin ve ark., 2011; Da Silva ve ark., 2012). Hasser ve ark. (2006), gebelik döneminde depresyon geçiren ve tedavi görmeyen annelerin % 15,0'inin intihar girişiminde bulunduğunu belirtmişlerdir. Doğrudan gebeliğe bağlı ölüm nedenleri içerisinde intiharlar, gebeliğe bağlı ölümlerin % 2,4'ünün, anne ölümlerinin % 3,2'sinin nedenidir.

1.1.5.6. Gebelik Depresyonu Taraması

Gebeliklerinde depresyon yaşayan hastalarda tedavi girişimlerinde bulunmak, hastalığın uzun dönemli olumsuz etkilerini en düşük düzeyi indirmede yararlı olacağı için, risk altında bulunan kadınları erken dönemde teşhis etmek önemlidir. ACOG, sosyal statüsü, eğitim düzeyi, etnik kökeni ne olursa olsun tüm gebe kadınların, gebelik süresince her trimesterde en azından bir kere, ruhsal hastalıklar açısından taranmasını önermektedir (ACOG, 2006). Tarama, kısa, geçerli, güvenilir, yüksek sensitiviteye ve düşük yanlış pozitifliğe sahip bir test ile yapılmalıdır. “Hasta Sağlık Anketi” (Patient Health Questionnaire), “Beck Depresyon Envanteri”, “Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon Ölçeği” (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale), “Antenatal Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Formu”

(Antenatal psychosocial health assessment form-ALPHA), “İki-soru Testi” ve “Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği” (EDSDÖ) gebelerde depresyon taraması için kullanılan başlıca ölçeklerdir (Whooley ve ark., 1997; USPSTF, 2002, Breedlove ve Fryzelka, 2011). EDSDÖ’nün birçok çalışmada diğer ölçeklere göre duyarlılık ve seçiciliğinin (sırasıyla % 83,0-% 100,0 ve % 89,0-% 95,0 vb.) çok yüksek olduğu belirtilmekte ve gebelikte depresyon taraması için önerilmektedir (Su ve ark., 2007; Bunevicius ve ark., 2009; Breedlove ve Fryzelka., 2011; Fernandes ve ark., 2011; Tandon ve ark., 2012).

1.1.5.7. Gebelik Depresyonunda Tedavi Yaklaşımları

Gebelik depresyonu tedavisi, araştırmacılar ve hekimler için giderek artan oranda bir ilgi konusu haline gelmektedir. Son yıllara kadar klinisyenlerin ilgisi, depresyon tedavisi sırasında gebe kalan kadınların kullandıkları ilaçların, fetüse zarar verebileceği üzerine odaklanmışken, asıl sorunun tedavisiz depresyon olduğunun ortaya çıkması dolayısıyla, bugün için üzerinde fikir birliğine varılan görüş, gebelikte görülen depresyonun, hem anne hem de fetus üzerindeki olumsuz sonuçları nedeniyle mutlaka tedavi edilmesi gerektiğidir.

Klinisyenin depresyondaki anne ile karşılaştığında, genellikle çözmesi gereken üç temel sorun alanı vardır:

- Halen antidepresan ilaç kullanırken, farkında olmadan gebe kalıp bir süre daha ilaç almaya devam eden anne adayları
 - Bugünkü bilgiler, bu durumun bebekte bir sorun teşkil etme ihtimalinin oldukça düşük olduğu yönünde olmakla birlikte yine de anne ve yakınları ile görüşülüp riskler anlatılmalı, gebeliğe devam veya tahliye kararı birlikte verilmelidir.
- Gebelik öncesinde başlayıp gebelikte de devam eden veya gebelikte ortaya çıkan depresyonun tedavisi
 - Tedavi edilmeyen durumlarda hem annenin hem de fetusun zarar görme olasılığının oldukça yüksek olması, psikoterapinin

uygulanmadığı veya etkisiz kaldığı durumlarda ilaç tedavisi ve özellikle de bir Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörü (SSRI) başlanması, klinisyenler arasında bugün için kabul gören genel görüştür.

- Gebelikte ilaç kullanan annelerin bebeklerinde ortaya çıkması muhtemel geri çekilme semptomları
 - Bu belirtilerin çoğu basit genel destekle halledilebilmekle birlikte, klinisyenin bu durumu önceden bilip bu bebekleri daha yakından gözlemesi zorunludur. Verilecek tüm kararlara hasta ve yakınları da müdahil edilmelidir. Tedavide bütün gebe kadınlara uygulanabilecek tedavi algoritmaları oluşturmak, bugün için mümkün gözükmemektedir. Klinisyenin görevi, her vakayı ayrı ayrı ele almak, anne ve çocuk için kar-zarar hesabı yaparak uygun bir tedavi stratejisi geliştirmektir.

1.1.5.7.1. Psikoterapi

İlaçların olası yan etkilerinden dolayı, psikoterapiler gebelik sırasında ortaya çıkan depresyonun -özellikle hafif/orta şiddette depresyonun- (tekrarlayan depresif epizodları, hastanede yatış öyküsü, ciddi kilo kaybı, intihar girişimleri olmayan hastalar) tedavisi için ilk seçenek gibi gözükmektedir. Özellikle son zamanlarda etkinliği kanıtlanmış, kısa süreli psikoterapilerin uygulanması hızla artmaktadır. Kişilerarası psikoterapi (interpersonal therapy) ve bilişsel davranışçı terapi (cognitive behavioral therapy) hafif-orta şiddette depresyon için etkinliği kanıtlanmış tedavi yaklaşımlarıdır.

1.1.5.7.1.1. Kişilerarası Psikoterapi

Kişilerarası psikoterapi; kısa süreli, özellikle kişilerarası sorunlara odaklanan, depresif belirtilerin azalmasını ve kişilerarası işlevselliğin düzelmesini hedefleyen bir psikoterapidir. Ayrıca hastaların stresle baş etmelerini kolaylaştırmak için sosyal destek sistemlerini geliştirmelerine de yardımcı olmayı hedefler. Müdahale alanı

olarak, akut dönemde ortaya çıkmış kişilerarası sorunlarla ilgilenir, bilişsel süreçler ve geçmiş ilişkiler tedavinin odak noktası değildir. Tedavi süresi haftada bir olmak üzere 12-20 hafta arasındadır. Hem gebelik depresyonu hem de gebelik sonrası depresyonu olan hastalarda etkin olduğu çalışmalarla gösterilmiştir (Spinelli, 1997; Spinelli ve Endicott, 2003; Grigoriadis ve Ravitz, 2007). O'Hara ve ark. (2000), major depresyonu olan doğum yapmış 120 kadını randomize olarak iki gruba ayırdıkları ve bir gruba 12 hafta süresince kişilerarası psikoterapi uyguladıkları randomize kontrollü çalışmalarında, psikoterapi alan grup (% 37,5) ile diğer grup (% 13,7) arasında remisyon açısından anlamlı bir fark bulmuşlardır.

1.1.5.7.1.2. Bilişsel Davranışçı Terapi

Bugün dünyada en yaygın olarak kullanılan psikoterapi metodlarının başında gelen bilişsel davranışçı terapinin, birçok psikiyatrik bozuklukta etkinliği ortaya konmuştur. Başlangıçta depresyonun tedavisi için geliştirilen bu terapi, bilişsel çarpıtmaların emosyonları etkilediği varsayımıyla, bilişsel çarpıtmalara bağlı olarak ortaya çıkan şemaların değiştirilerek depresyonun ortadan kaldırılmasını hedefler. Depresyon için yaklaşık ortalama 12 seans gerekmektedir.

1.1.5.7.2. İlaç Tedavileri

Psikoterapinin elde edilebilirliğinin zor olduğu durumlarda, orta-şiddetli depresyonlarda, annenin kendine zarar verme olasılığının artması durumlarında ilaç tedavisi mutlaka düşünülmelidir. Her ne kadar güvenilirliği -gebelerde çalışma yapmanın zorlukları nedeniyle- kesin ispatlanmış ilaçlar olmasa da mevcut antidepresanların kullanımından elde edilen bilgiler, bugünkü durumda fetüs üzerinde gösterilebilir major malformasyonlara neden olmadıkları yönündedir. Gebelik sırasında ilaç başlanırken, gelişim halinde olan fetüs üzerindeki riskleri hesap ederken; 1) organ malformasyonu ve teratogenez, 2) doğum sonrasında yenidoğanda görülebilecek toksisite ve çekilme sendromu, 3) uzun süreli davranış sonuçları dikkate alınmalıdır. İlaç tedavisine başlamadan önce; ilaçların potansiyel

yarar/zarar karşılaştırması yapılmalı ve depresyonun şiddeti göz önünde bulundurulmalıdır (Favreliere ve ark., 2010; Diav-Citrin ve Ornoy, 2012).

1.1.5.7.2.1. SSRI

Literatür ışığında ilk seçenek olarak düşünülmesi gereken, FDA'ye göre gebelikte C kategorisinde bulunan ilaçlardır. Bu grubun ilk üyesi olan Fluoksetin, özellikle gebelikte kullanımı ile ilgili en fazla bilgiye sahip olunan ilaçtır. Birçok çalışmada, gebelik sırasında fluoksetin, fluvoksamin, sertralin ve paroksetin kullanan annelerin çocuklarında teratojeniteye rastlanmamakla birlikte (Einarson ve Einarson, 2005; Alwan ve ark., 2007), bu ilaçlar bir takım klinik sorunlara yol açmıştır; gebeliğin geç dönemlerinde kullanıldıklarında erken doğum, düşük doğum ağırlığı, düşük apgar skorları ve yenidoğanda persistan pulmoner hipertansiyona neden olduklarıyla ilgili yayınlar bulunmaktadır (Suri ve ark., 2007; Kallen ve Olausson, 2008; Einarson ve ark., 2011). Diğer antidepresanlarla karşılaştırıldığında, paroksetinin daha fazla konjenital malformasyona özellikle kardiyak anormalliklere yol açtığı iddia edilmekle birlikte, bu konudaki çalışmaların sonuçları çelişkili olup, net bir fikir birliği yoktur (Cole ve ark., 2007; Einarson ve ark., 2008; Pedersen ve ark., 2009). Gebeliğin üçüncü trimesterinde SSRI'lara maruz kalan yeni doğanlarda, geri çekilme belirtilerine (irritabilite, hipotoni, hafif solunum güçlüğü, yeme ve uyku bozuklukları vb.) rastlanabilmekle birlikte, dikkatli bir genel bakım desteğiyle bu durum rahatlıkla tedavi edilebilmektedir.

1.1.5.7.2.2. Trisiklik Antidepresanlar

Çalışmalar arasında kesin bir fikir birliği bulunmamakla birlikte, genel görüş, gebeliğin ilk trimesterinde trisiklik antidepresanlara maruz kalan yenidoğanlarda diğer popülasyonlarla kıyaslandığında, konjenital malformasyon açısından risk artışı olmadığıdır (Eberhard-Gran ve ark., 2005; Davis ve ark., 2007). Antikolinergik yan etkilerden dolayı, yeni doğanlarda fonksiyonel barsak obstrüksiyonu ve idrar retansiyonu oluşabilir. Özellikle klomipramin başta olmak üzere, bütün trisiklik

antidepresanlara bağlı olarak irritabilite ve daha nadir olarak da nöbetin görüldüğü geri çekilme semptomları ortaya çıkabilir.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Sağlık Bakanlığı Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları EAH'nde, gebelik takibine gelen, son trimester gebelerde, gebelik depresyonu sıklığı ve ilişkili etmenleri belirlemeye yönelik tanımlayıcı bir araştırmadır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Ankara İlinin, Altındağ semtinde bulunan Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları EAH, Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniklerinde yapılmıştır. Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları EAH'nde toplam beş kadın hastalıkları ve doğum polikliniği bulunmaktadır. Poliklinikler, haftanın beş günü, saat 8.30-16.30 arasında çalışmakta ve bu polikliniklerde ayda yaklaşık olarak 2000 gebeye hizmet verilmektedir.

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

2.3.1. Araştırmanın Evreni

2012 Şubat ayından itibaren temmuz ayı sonuna kadar, altı aylık bir dönemde, Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları EAH Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniklerine, gebelik takibi için başvurmuş olan 12000 gebenin, 1/3'i olan son trimesterdeki 4000 gebe araştırmanın evrenini oluşturmuştur.

2.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Örnekleme hacmi formüllerine göre; depresyon prevalansının % 15,0 olduğu varsayımıyla, $\pm 0,03$ 'lük bir hatayı kabul ederek ve % 95,0 güvenlilikle, bu

çalışmada, en az 545 kişi almak gerektiği hesaplanmıştır (Yapılan çalışmalarda, gebelikte depresyon sıklığı % 10,0-% 30,0 arasında olup, gelişmekte olan ülkelerde % 15,0-% 30,0 olduğu belirtilmektedir; çalışmamızda en düşük değer kriter olarak alınmıştır) (Pereira ve ark., 2009; Bödecs ve ark., 2009; Fisher ve ark., 2012). Çalışmanın yürütüleceği hastanenin, mevcut beş Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinden, rastgele olarak bir poliklinik seçilmiş ve her gün bu polikliniğe gelen gebelerden son trimesterinde olanlar çalışmaya alınmıştır. Altı ayda seçilen polikliniğe başvuran 2400 gebeden (tüm polikliniklere gelen 12000 gebe) 800'ü son trimesterde olup, bunlardan 630 gebeye ulaşılmış ve daha sonraki verilerine göre doğumunu da hastanede yapan 600 kadın ve yenidoğanları ile ilgili veriler çalışma dahiline alınmıştır.

2.4. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmaya katılan gebelerde:

- 18 yaş altı ve 35 yaş üstü gebe olma
- Öğrenim düzeyi
- Çalışma durumu
- Sağlık güvencesi
- Resmi nikah durumu
- Evlilik sayıları
- Eşleriyle birliktelik süreleri
- İlk evlilik yaşları
- İstmeden evlenme durumu
- Eşlerinin öğrenim düzeyleri
- Eşlerinin çalışma durumu
- Gelir düzeyleri (KBDYG)
- Kendilerine ait evde yaşama durumları
- Evde birlikte yaşadıkları kişi sayısı
- Evde birlikte yaşadıkları kişiler

- İstenmeyen gebelik
- Toplam gebelik, canlı doğum ve yaşayan çocuk sayıları
- Kötü obstetrik geçmiş (istemli/istemsiz düşük, ölü doğum)
- Geçmişte depresyon tanısı
- Önceki gebeliklerinde/doğum sonrası dönemde depresyon tanısı
- Ailelerinde depresyon tanısı
- Tanı konmuş kronik hastalık varlığı
- Gebelik sürecinde tıbbi sorun varlığı
- Gebeliğe bağlı bulantı-kusma varlığı
- Gebeliğe bağlı bulantı-kusma nedeniyle hastanede yatma durumları
- Sorunlarını eşleriyle paylaşma durumları
- Aile içinde sorun yaşama durumları
- Akraba/arkadaşlarla sorunları paylaşma-destek alma **gebelik depresyonu ile ilişkilidir.**

Gebelik depresyonu olan gebelerin, olmayan gebelere göre:

- İlk DÖB alma haftaları daha geçtir.
- DÖB sayıları daha azdır.
- İştah ve kilo artışları daha azdır.
- Sigara-alkol-bağımlılık yapıcı madde kullanımları daha fazladır.
- Gebeliklerinde komplikasyon daha yüksek düzeydedir.
- Doğum yapılan hafta daha erkendir.
- Yenidoğanlarının doğum ağırlığı daha düşüktür.
- Yenidoğanlarının doğum boyu daha kısadır.
- Yenidoğanlarının apgar skorları daha düşüktür.

2.5. Araştırmanın Değişkenleri

2.5.1.1. GRUP

2.5.1.1. Bağımlı değişken

- Gebelik depresyonu varlığı

2.5.1.2. Bağımsız değişkenler

- Annenin yaşı
- Annenin öğrenim düzeyi
- Annenin çalışma durumu
- Annenin sağlık güvencesi olma durumu
- Annenin resmi nikah durumu
- Evlilik sayısı
- Eşle birliktelik süresi
- İlk evlilik yaşı
- Evlenme şekli
- Eşin öğrenim düzeyi
- Eşin çalışma durumu
- Gelir düzeyi (KBDYG)
- Yaşadıkları evin kime ait olduğu
- Evde birlikte yaşadıkları kişi sayısı
- Evde birlikte yaşadıkları kişiler
- İstenmeyen gebelik varlığı
- Doğurganlık özellikleri (toplam gebelik, doğum, ölü doğum, istemli/istemli düşük sayısı)
- Annenin geçmişte depresyon tanısı alma durumu
- Önceki gebelik/doğum sonrası depresyon tanısı durumu
- Ailede depresyon öyküsü

- Kronik hastalık varlığı
- Gebelik sürecinde tıbbi sorun varlığı
- Gebelikte bulantı-kusma varlığı
- Gebelikte bulantı-kusma nedeniyle hastanede yatma durumu
- Eşle sorunları paylaşabilme durumu
- Aile içinde huzursuzluk/sorun varlığı
- Akraba ve arkadaşlarla sorunları paylaşma-destek alma

2.5.2.2. GRUP

2.5.2.1. Bağımlı değişkenler

- Gebelikte DÖB alma durumu
- Gebelikte kilo alım durumu
- Gebelikte iştah durumu
- Gebelikte sigara-alkol-bağımlılık yapıcı madde kullanımı
- Gebelikte komplikasyon varlığı
- Doğum haftası
- Yenidoğanların doğum ağırlığı
- Yenidoğanların doğum boyu
- Yenidoğanların apgar skoru

2.5.2.2. Bağımsız değişken

- Gebelik depresyonu varlığı

2.6. Verilerin Toplanması

Birinci aşamada; kadın hastalıkları ve doğum doktoru seçilen polikliniğe başvuran gebelerden üçüncü trimesterde olanlar ile yüz yüze görüşerek anket formunu doldurmuştur. Ardından gebeler, EDSDÖ'ni gözlem altında kendileri

yanıtlamışlardır (çalışma grubu içerisinde okur-yazar olmayan gebe bulunmamaktadır). Gebelerden, aynı hastaneye doğum için gelenlerin, doğum ve yenidoğan ile ilgili bilgileri, doğum servisindeki kayıtlardan araştırılmış, gebelik sonucu-doğum şekli ve yenidoğanı değerlendirme formuna kaydedilmiştir. Bu bilgilerle depresyon arasındaki ilişki de değerlendirilmiştir. EDSDÖ'nden, 13 ve üzerinde puan alma durumu depresyon olarak kabul edilmiş ve karşılaştırmalar buna göre yapılmıştır. Ayrıca ölçeğin puanlandırılması hemen yapılmış, 13 ve üzerinde puan alan kişiler konu hakkında detaylı olarak bilgilendirilmiş, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalına, ileri değerlendirme için yönlendirilmişlerdir (Ancak bu gebelerden hiçbiri başvuru yapmamıştır).

2.7. Veri Toplama Formları ve Depresyon Ölçeği

2.7.1. Anket Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form, annenin sosyo-ekonomik durumu ve depresyon açısından risk faktörü olabilecek bilgilerini içeren 35 sorudan oluşmaktadır. Anket formunda, annenin yaşı, öğrenim, çalışma ve medeni durumu, eşiyile birliktelik süresi, ilk evlilik yaşı, sağlık güvencesi, eşinin öğrenim ve çalışma durumu, eve giren aylık toplam gelir, evde yaşayan kişi sayısı ve evde yaşayan kişiler, eşiyile evlenme şekli, son gebeliğinde nasıl gebe kaldığı, geçmiş gebelik öyküsü, doğum öncesi kontrollerini ilk ne zaman ve toplam kaç kez yaptırdığı, gebelikte iştah durumu ve gebelik süresince aldığı kilo, geçmişte gebelikte/gebelik dışı dönemde depresyon tanısı alıp almadığı, birinci derece yakınlarında depresyon öyküsü, kronik hastalığı olup olmadığı, gebelik esnasında herhangi bir tıbbi sorun yaşayıp yaşamadığı, gebeliğe bağlı bulantı-kusma ve bu nedene bağlı olarak hastanede yatıp yatmadığı, sigara-alkol-bağımlılık yapıcı madde kullanımı, eşle sorun paylaşımı, aile içerisinde sorun/huzursuzluk, akraba/arkadaşlarla sorunların paylaşımı-destek alma durumu ve genel olarak ruh sağlığını kendisinin nasıl hissettiği ile ilgili sorular yer almıştır.

2.7.2. Gebelik Sonucu, Doğum Şekli ve Yenidoğanı Değerlendirme Formu

Araştırmaya katılan gebelerin, gebelikteki komplikasyonları (preeklampsi, erken doğum, erken membran rüptürü), doğum haftaları ve doğum şekilleri (normal doğum/sezeryan) ile yenidoğan bilgileri (doğum haftası, doğum ağırlığı, doğum boyu ve apgar skorları) doğum servisi kayıtlarından araştırılarak, gebelik sonucu-doğum şekli ve yenidoğanı değerlendirme formuna kaydedilmiştir.

2.7.3. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ)

Cox ve ark. tarafından 1987 yılında geliştirilmiş ve bugüne kadar pek çok ülkede geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanarak, gebelik ve doğum sonrası depresyon çalışmalarında kullanılmıştır (Cox ve ark., 1987). İngiltere, Amerika ve Avustralya’da İngilizce konuşan/konuşmayan gruplarda pek çok geçerlilik çalışması yapılmış ve zamanla diğer dillere de uyarlanmıştır (Boyce ve ark., 1993; Clifford ve ark., 1999; Matthey ve ark., 2006; Small ve ark., 2007; Tandon ve ark., 2012). Ghubash ve ark. Birleşik Arap Emirlikleri’nde (1997), Lee ve ark. Çin’de (1998), Bergant ve ark. Almanya’da (1998), Carpinello ve ark. İtalya’da (1997), Guedeney ve Fermanian Fransa’da (1998), Eberhard-Gran ve ark. Norveç’te (2001), Garcia-Esteve ve ark. İspanya’da (2003), Felice ve ark. Malta’da (2004), Adewuya ve ark. Nijerya’da (2006), Montazeri ve ark. İran’da (2007), Bunevicius ve ark. Litvanya’da (2009), Vivilaki ve ark. Yunanistan’da (2009), Rubertsson ve ark. İsveç’te (2011) yaptıkları geçerlilik çalışmalarında EDSDÖ’nün gebelerde depresyon taramasında geçerli ve yararlı bir ölçek olduğu sonucuna varmışlardır.

EDSDÖ; gebelik süresinde ve doğum sonrası dönemde, depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla kullanılan ve hem gebelik esnasında, hem de gebelik sonrası dönemde kullanım için geçerliliği olan tek kendini değerlendirme ölçeğidir (Cox ve ark., 1996; Evans ve ark., 2001; Pearlstein, 2008). Depresyonun somatik semptomlarından ziyade, bilişsel ve duygusal semptomları üzerinde duran bir ölçek olup, toplam 10 soru içermekte ve dörtlü Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Kısa ve anlaşılabilir olması nedeniyle uygulaması kolaydır

ve kişiler kendi başlarına doldururlar. Her madde 0-3 arasında değişen puanlarla ölçülmektedir. Bazı maddelerde en şiddetli yanıtlar başa, bazılarında ise sona konmuştur. Skor 0-30 arasında değişmektedir. Ölçek kendisi tek başına kesin depresyon tanısını koydurmamakla birlikte, 13 ve üzerindeki skorlar olası bir depresif bozukluğun belirlenmesinde yaygın olarak kullanılır. Bu sınır noktasıyla, duyarlılık % 86,0, seçicilik % 78,0 olarak belirlenmiştir (Cox ve ark.,1996; Evans ve ark., 2001). Son yıllarda yapılan pek çok çalışmada da EDSÖ için yüksek duyarlılık-seçicilik düzeyleri bildirilmekte ve daha çok tercih edildiği belirtilmektedir (Su ve ark., 2007; Bunevicius ve ark., 2009; Fernandes ve ark., 2011). Ölçek 1996 yılında, Türkçe'ye Engindeniz ve ark. (1996) tarafından uyarlanmış, geçerlilik ve güvenilirliği aynı ekip tarafından değerlendirilmiş, duyarlılık ve seçicilik sırasıyla % 84,0 ve % 88,0 olarak tespit edilmiş ve kesim puanının ≥ 13 olduğu gösterilmiştir.

2.8. Araştırmada Kullanılan Sınıflama ve Kriterler

Anket formunda, gebelik sonucu, doğum şekli ve yenidoğanı değerlendirme formunda ve EDSÖ'nde yer alan soruların değerlendirilmesi aşağıda belirtilen kriterlerle yapılmıştır:

Gebelikte Komplikasyon: Preeklampsi (gebeliğin 24. haftasından sonra gelişen, gebeliğe bağlı tansiyon), erken doğum (37 hafta altında doğum) ve erken membran rüptürü (doğum eylemi/düzenli uterin kontraksiyonlar başlamadan önce amniyon mayinin gelmesi) durumları, gebelikte komplikasyon başlığında değerlendirilmiştir.

Kronik Hastalık: Hipertansiyon, Diyabet, Tiroid Bezi Hastalıkları, Kalp Hastalıkları, Böbrek Hastalıkları, Kronik Solunum Yolu Hastalıkları ve Astım, Migren bu sorun başlığında değerlendirilmiştir.

Gebelik Sürecinde Tıbbi Sorun: Kanama, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu, gestasyonel diyabet, oligo-polihidroamnios durumları, hidronefroz gebelikte tıbbi sorun başlığında değerlendirilmiştir.

2.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 17,0 programı kullanılarak bilgisayara girilmiş ve analiz edilmiştir. İstatistiksel değerlendirmelerde, tek yönlü analiz olarak Ki-Kare Testi, Student-t Testi ve Mann Whitney-U Testi, çok yönlü analiz olarak Çoklu Lojistik Regresyon Analizi kullanılmıştır. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

2.10. Araştırmanın Kısıtlılığı

Sağlık Bakanlığı Dr. Sami Ulus Kadın ve Çocuk Hastalıkları EAH Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniklerine başvuran kadınların, sosyo-ekonomik düzeyleri arasında çok büyük farklılıklar olmadığı için sosyo-ekonomik faktörlerle ilişkilerin belirlenmesinde kısıtlılık olmuştur. Bunun yanı sıra, araştırma verilerinin 6 ay boyunca araştırmacı tarafından yüz yüze toplanması yoğun bir çalışmayı gerektirmiştir. Çalışma hastaneye başvuran kadınlar üzerinde yürütüldüğü için, sonuçları tüm topluma genellemek mümkün değildir. Ayrıca A.Ü.T.F Psikiyatri Ana Bilim Dalına yönlendirilen gebelerin hiçbirinin başvurmaması nedeniyle tedavi almanın sonuçlara etkisi ölçülememiştir.

2.11. İzinler-Etik Konular

Araştırma için, Sağlık Bakanlığı Dr. Sami Ulus Kadın ve Çocuk Hastalıkları EAH Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Şefinden yazılı izin alınmıştır. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan, etik kurul onayı alınmıştır. Araştırmaya katılacak gebelere, çalışma hakkında bilgi verildikten sonra aydınlatılmış onamları alınmıştır.

2.12. Araştırma Takvimi

- Planlanan çalışma süresi Mart 2012-Mart2013
- Araştırmanın planlanması Ekim 2011
- Konu ile ilgili bilgi toplama ve ön çalışma Kasım 2011-Ocak 2012
- Verilerin toplanması Şubat 2012-Temmuz 2012
- Verilerin bilgisayara girilmesi Ağustos 2012-Ekim 2012
- Verilerin değerlendirilmesi ve analizi Kasım 2012-Ocak 2013
- Araştırma raporunun yazılması Şubat 2013- Mart 2013

3. BULGULAR

Bu bölüm; araştırmaya katılan gebelerde, 1) Tanımlayıcı özellikler, 2) EDSDÖ'ne göre belirlenen gebelik depresyonu sıklığı, ilişkili etmenler ve çok değişkenli analiz sonuçları, 3) Depresyon sonucu gebelik sırasında ortaya çıkan sorunlar, 4) Depresyonla ilişkili gebelik komplikasyonları ve yenidoğana ait özellikler şeklinde, 4 başlıkta sunulmuştur.

3.1. Araştırmaya Katılan Gebelerin Tanımlayıcı Özellikleri

Çalışma grubunu oluşturan 3. trimesterdeki 600 gebenin ortalama gebelik haftaları $31,81 \pm 2,16$, ortancaları 32,00 hafta olup, gebelik haftaları 26 ile 36 hafta arasında değişmektedir.

Araştırmaya katılan gebelerin yaşları 16-43 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması $26,12 \pm 5,60$, ortancası 26,00 olarak bulunmuştur. Çizelge 3.1.1'de araştırmaya katılan gebelerin, yaş gruplarına göre dağılımı görülmekte olup, en büyük grubu 20-29 yaş arasındaki gebeler oluşturmaktadır.

Çizelge 3.1.1. Araştırmaya Katılan Gebelerin Yaşa Göre Dağılımı

Yaş	Sayı	Yüzde
≤ 19	72	12,0
20-24	191	31,8
25-29	179	29,8
30-34	100	16,7
≥ 35	58	9,7
TOPLAM	600	100,0

Araştırmaya katılan gebelerin, öğrenim durumları incelendiğinde, 600 gebenin, % 58,3'ünün ilköğretim ve altı eğitim aldığı, % 32,0'sinin lise ve % 9,7'sinin yüksekokul mezunu olduğu görülmektedir (Çizelge 3.1.2).

Çizelge 3.1.2. Araştırmaya Katılan Gebelerin Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımı

Öğrenim Durumu	Sayı	Yüzde
İlköğretim ve altı	350	58,3
Lise	192	32,0
Yüksekokul	58	9,7
TOPLAM	600	100,0

Araştırmaya katılan gebelerin çalışma durumlarının dağılımı incelendiğinde, gebelerin % 20,5'i çalışırken, % 73,8'inin çalışmadığı görülmektedir. Gebelerden % 5,7'si ise daha önceden herhangi bir işte çalıştığını, ancak gebelik nedeniyle işinden ayrıldığını belirtmiştir (Çizelge 3.1.3).

Çizelge 3.1.3. Araştırmaya Katılan Gebelerin Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı

Çalışma Durumu	Sayı	Yüzde
Çalışmıyor	443	73,8
Çalışıyor	123	20,5
Gebelikte ayrıldı	34	5,7
TOPLAM	600	100,0

Araştırmaya katılan gebelerin, sağlık güvencesi olma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde, Çizelge 3.1.4'te görüldüğü gibi gebelerin % 82,7'sinin sağlık güvencesi varken, % 4,7'sinin herhangi bir sağlık güvencesi yoktur. Gebelerin % 12,6'sı ise yeşil kartlıdır.

Çizelge 3.1.4. Araştırmaya Katılan Gebelerin Sağlık Güvence Durumlarına Göre Dağılımları

Sağlık Güvence Durumu	Sayı	Yüzde
Yok	28	4,7
Var	496	82,7
Yeşil kart	76	12,6
TOPLAM	600	100,0

Araştırmaya katılan gebelerin resmi nikah durumlarına bakıldığında, % 97,5'inin resmi nikahlı olduğu, % 2,5'inin ise resmi nikah olmadan birlikte yaşadığı görülmüştür (Çizelge 3.1.5).

Çizelge 3.1.5. Araştırmaya Katılan Gebelerin Resmi Nikahlarına Göre Dağılımı

Resmi Nikah	Sayı	Yüzde
Var	585	97,5
Yok	15	2,5
TOPLAM	600	100,0

Araştırmaya katılan gebelerin eşlerinin öğrenim durumlarına göre dağılımları, Çizelge 3.1.6'da görülmektedir. Buna göre, eşlerin % 49,2'sinin ilköğretim ve altı, % 38,0'inin lise, % 12,8'inin ise yüksek okul mezunu olduğu bulunmuştur.

Çizelge 3.1.6. Araştırmaya Katılan Gebelerin Eşlerinin Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımı

Öğrenim Durumu	Sayı	Yüzde
İlköğretim ve altı	295	49,2
Lise	228	38,0
Yüksekokul	77	12,8
TOPLAM	600	100,0

Araştırmaya katılan gebelerin eşlerinin çalışma durumlarının dağılımı, Çizelge 3.1.7’de sunulmuş olup, eşlerin % 86,8’inin çalıştığı, % 13,2’sinin ise çalışmadığı görülmektedir.

Çizelge 3.1.7. Araştırmaya Katılan Gebelerin Eşlerinin Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı

Çalışma Durumu	Sayı	Yüzde
Çalışıyor	521	86,8
Çalışmıyor	79	13,2
TOPLAM	600	100,0

Çalışma grubunu oluşturan gebelerin kişi başına düşen yıllık gelir (KBDYG) ortalamaları $5949,46 \pm 5353,68$ TL’dir. Gebelerin KBDYG’lerine göre dağılımı, Çizelge 3.1.8’de sunulmuş olup, gebelerin % 23,3’ünün KBDYG’leri 3000TL ve altında iken, % 24,4’ünün 6001 TL ve üzerindedir. % 52,3 ile en büyük grubu 3001-6000 TL arasındaki gebeler oluşturmuştur.

Çizelge 3.1.8. Araştırmaya Katılan Gebelerin KBDYG'lerine Göre Dağılımı

KBDYG (TL)	Sayı	Yüzde
≤3000	140	23,3
3001-6000	314	52,3
≥6001	146	24,4
TOPLAM	600	100,0

Araştırmaya katılan gebelerin; gebelik, canlı doğum, ölü doğum, istemsiz düşük, istemli düşük ve yaşayan çocuk sayısı ortalamaları, Çizelge 3.1.9'da görülmektedir.

Çizelge 3.1.9. Araştırmaya Katılan Gebelerin Doğurganlık Özellikleri ile İlgili Ortalamalar

Doğurganlık Özellikleri	Ortalama ± SS	Ortanca	Min-Max değerler
Gebelik sayısı	2,26±1,36	2,00	0-10
Canlı doğum sayısı	0,88±0,94	1,00	0-6
Ölü doğum sayısı	0,02±0,17	0,00	0-2
İstemsiz düşük sayısı	0,23±0,59	0,00	0-4
İstemli düşük sayısı	0,13±0,50	0,00	0-4
Yaşayan çocuk sayısı	0,87±0,92	1,00	0-5

Araştırmaya katılan kadınların toplam gebelik, canlı doğum ve ölü doğum sayılarına göre dağılımı, Çizelge 3.1.10'da görülmektedir. Buna göre, kadınların % 33,7'sini ilk gebeliği olanlar oluşturmaktadır. Kadınların % 41,4'ü hiç canlı doğum yapmamışken, % 58,6'sının 1 ya da daha fazla canlı doğumu bulunmaktadır. Toplam 12 kadın ölü doğum yapmıştır.

Çizelge 3.1.10. Araştırmaya Katılan Gebelerin Gebelik, Canlı Doğum ve Ölü Doğum Sayılarının Dağılımı

Gebelik	Sayı	Yüzde
1	203	33,7
2-3	307	51,3
≥4	90	15,0
Canlı Doğum		
0	248	41,4
1-2	324	54,0
≥3	28	4,6
Ölü Doğum		
0	588	98,0
1-2	12	2,0
TOPLAM	600	100,0

Aşağıdaki çizelgede araştırmaya katılan gebelerin yaptıkları istemsiz ve istemli düşük sayılarına göre dağılımları görülmektedir. 600 gebeden 75'i bir kez, 25'i birden fazla kez istemsiz düşük yapmışken, 24 gebe bir kez, 23 gebe ise birden fazla kez istemli düşük yapmıştır (Çizelge 3.1.11).

Çizelge 3.1.11. Araştırmaya Katılan Gebelerin İstemsiz ve İstemli Düşük Sayılarının Dağılımı

İstemsiz Düşük	Sayı	Yüzde
0	500	83,3
1	75	12,5
≥2	25	4,2
İstemli Düşük		
0	553	92,2
1	24	4,0
≥2	23	3,8
TOPLAM	600	100,0

Araştırmaya katılan kadınlarda istemsiz düşük düzeyi % 11,8 (1152 gebelikte 136) ve istemli düşük düzeyi % 6,8 (1152 gebelikte 78) olarak bulunmuştur.

3.2. Araştırmaya Katılan Gebelerin EDSÖ'ne Göre Belirlenen Gebelik Depresyonu Sıklığı, İlişkili Etmenler ve Çok Değişkenli Analiz Sonuçları

Araştırma grubundaki kadınlarda EDSÖ ile 13 ve üzeri puan alanlar depresif olarak kabul edildiğinde, aşağıdaki çizelgede görüldüğü gibi gebelerin % 25,5'i depresiftir (Çizelge 3.2.1).

Çizelge 3.2.1. Araştırmaya Katılan Gebelerin EDSÖ'ne Göre Depresyon Durumunun Dağılımı

EDSÖ'ne Göre Depresyon	Sayı	Yüzde
Yok (13>)	447	74,5
Var (13≤)	153	25,5
TOPLAM	600	100,0

Araştırmaya katılan gebelerin gebelik haftası ortalamaları, Çizelge 3.2.2'de yer almış olup, depresyonu olan ve olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=1,319$, $p=0,188$).

Çizelge 3.2.2. Araştırmaya Katılan Gebelerin Gebelik Haftası Ortalamalarına Göre Depresyon Durumları

	Depresyon Var	Depresyon Yok	İstatistik
Gebelik Haftası (Ortalama±SS)	31,61 ± 2,22	31,88 ± 2,14	$t=1,319$ $p=0,188$

Çalışma grubundaki gebelerin yaş ortalamaları incelendiğinde, depresyonu olan ve olmayan gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüş olup, bulgular Çizelge 3.2.3'de izlenmektedir ($t=0,111$, $p=0,912$).

Çizelge 3.2.3. Araştırmaya Katılan Gebelerin Yaş Ortalamalarına Göre Depresyon Durumları

	Depresyon Var	Depresyon Yok	İstatistik
Yaş Ortalaması (Ortalama±SS)	26,07 ± 6,21	26,13 ± 5,39	t=0,111 p=0,912

Gebelerin yaş dağılımlarına göre depresyon durumları incelendiğinde, 19 yaş ve altındaki gebelerin % 34,7'si, 20-24 yaş arasındakilerin % 21,5'i, 25-29 yaş arasındakilerin % 26,8'i, 30-34 yaş arasındakilerin % 17,0'si, 35 yaş ve üzerindeki % 37,9'unun depresif olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlara göre, depresyonun, genç ve ileri yaştaki gebelerde daha yüksek düzeyde görüldüğü belirlenmiş olup, depresyon ile yaş arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur (p= 0,009) (Çizelge 3.2.4).

Çizelge 3.2.4. Araştırmaya Katılan Gebelerin Yaş Dağılımlarına Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı

Yaş	Depresyon				Toplam		İstatistik
	Var		Yok		Sayı	Yüzde	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
≤19	25	34,7	47	65,3	72	12,0	X ² =13,54
20-24	41	21,5	150	78,5	191	31,8	p=0,009
25-29	48	26,8	131	73,2	179	29,8	
30-34	17	17,0	83	83,0	100	16,7	
≥35	22	37,9	36	62,1	58	9,7	
TOPLAM	153	25,5	447	74,5	600	100,0	

Çizelge 3.2.5'de görüldüğü gibi, gebelerin öğrenim durumlarına göre depresyon durumları değerlendirildiğinde, eğitimi ilköğretim ve altı olan gebelerin % 30,3'ü, lise mezunu gebelerin % 21,4'ü, yüksek okul mezunu gebelerin ise % 10,3'ü depresiftir. Buna göre, öğrenim durumu ile depresyon arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı olup, öğrenim düzeyi yükseldikçe depresyon azalmaktadır (p=0,002).

Çizelge 3.2.5. Araştırmaya Katılan Gebelerin Öğrenim Durumlarına Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı

Öğrenim Durumu	Depresyon				Toplam		İstatistik
	Var		Yok		Sayı	Yüzde	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
İlköğretim ve altı	106	30,3	244	69,7	350	58,3	$X^2=12,96$
Lise	41	21,4	151	78,6	192	32,0	$p=0,002$
Yüksekokul	6	10,3	52	89,7	58	9,7	
TOPLAM	153	25,5	447	74,5	600	100,0	

Araştırmaya katılan gebelerin çalışma durumlarına göre depresyon durumlarının dağılımı, Çizelge 3.2.6'da görülmektedir. Buna göre, çalışmayan gebelerin % 30,2'si, gebelik nedeniyle işinden ayrılmış olan gebelerin % 17,6'sı depresif iken, çalışan gebelerin % 10,6'sı depresif bulunmuştur. Çalışma durumu ile depresyon arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı olup, çalışanlarda depresyon daha düşük düzeydedir ($p=0,000$).

Çizelge 3.2.6. Araştırmaya Katılan Gebelerin Çalışma Durumlarına Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı

Çalışma Durumu	Depresyon				Toplam		İstatistik
	Var		Yok		Sayı	Yüzde	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Çalışmıyor	134	30,2	309	69,8	443	73,9	$X^2=20,795$
Çalışıyor	13	10,6	110	89,4	123	20,5	$p=0,000$
Gebelikte ayrıldı	6	17,6	28	82,4	34	5,6	
TOPLAM	153	25,5	447	74,5	600	100,0	

Araştırmaya katılan gebelerin sağlık güvence durumları ile depresyon arasındaki ilişki, Çizelge 3.2.7'de izlenmekte olup, sağlık güvencesi olan gebelerin % 22,4'ü depresif iken, bu düzey yeşilkartlı gebelerde % 34,2'ye, güvencesi olmayan gebelerde % 57,1'e yükselmektedir. Buna göre, depresyon sağlık güvencesi

olmayanlarda diğer gruplara göre daha yüksek düzeyde bulunmuş olup, depresyon ile sağlık güvencesi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,000$).

Çizelge 3.2.7. Araştırmaya Katılan Gebelerin Sağlık Güvence Durumlarına Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı

Sağlık Güvencesi	Depresyon				Toplam		İstatistik
	Var		Yok		Sayı	Yüzde	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Var	111	22,4	385	77,6	496	82,7	$X^2=20,3$
Yeşilkart	26	34,2	50	65,8	76	12,7	$p=0,000$
Yok	16	57,1	12	42,9	28	4,6	
TOPLAM	153	25,5	447	74,5	600	100,0	

Araştırmaya katılan gebelerin resmi nikah durumlarına göre depresyon durumları incelendiğinde, resmi nikahlı olan gebelerin % 23,9'u depresif iken, bu düzey resmi nikahı olmadan birlikte yaşayan gebelerde % 86,7'ye yükselmekte olup, farklar istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,000$) (Çizelge 3.2.8).

Çizelge 3.2.8. Araştırmaya Katılan Gebelerin Resmi Nikah Durumlarına Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı

Resmi Nikah	Depresyon				Toplam		İstatistik*
	Var		Yok		Sayı	Yüzde	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Var	140	23,9	445	76,1	585	97,5	$X^2=30,3$
Yok	13	86,7	2	13,3	15	2,5	$p=0,000$
TOPLAM	153	25,5	447	74,5	600	100,0	

*Fisher'in Kesin Ki-Kare Testi

Araştırmaya katılan gebelerin evlilik sayıları ile depresyon arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, ilk evliliği olan gebelerin % 23,6'sı depresif iken birden çok evliliği olan gebelerin % 57,6'sı depresif bulunmuştur. Çizelge 3.2.9'da bu dağılım

izlenmekte olup, bu sonuçlara göre evlilik sayısı ile depresyon arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,000$).

Çizelge 3.2.9. Araştırmaya Katılan Gebelerin Evlilik Sayılarına Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı

Evlilik Sayısı*	Depresyon				Toplam		İstatistik*
	Var		Yok		Sayı	Yüzde	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
İlk evlilik	134	23,6	433	76,4	567	94,5	$X^2=18,9$
Birden çok evlilik	19	57,6	14	42,4	33	5,5	$p=0,000$
TOPLAM	153	25,5	447	74,5	600	100,0	

*Resmi nikahı olmayanlar da değerlendirmeye alınmıştır.

Araştırmaya katılan gebelerin eşleriyle birliktelik sürelerinin, depresyon ile ilişkisi, Çizelge 3.1.10'da görülmektedir. Buna göre, depresyon ilk bir yıl içinde en düşük düzeyde olup (% 20,9), 2-5 yıl ve 6-10 yıl içinde bir miktar yükselmekte (sırasıyla % 24,7 ve % 30,3), 11 yıl ve üzerinde ise küçük bir düşüş (% 25,3) görülmektedir. Ancak görülen bu farklar istatistiksel anlamlılık düzeyinde değildir ($p=0,350$).

Çizelge 3.2.10. Araştırmaya Katılan Gebelerin Eşleriyle Birliktelik Sürelerine Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı

Birliktelik Süresi (Yıl)	Depresyon				Toplam		İstatistik
	Var		Yok		Sayı	Yüzde	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
1	24	20,9	91	79,1	115	19,2	$X^2=3,281$
2-5	59	24,7	180	75,3	239	39,8	$p=0,350$
6-10	47	30,3	108	69,7	155	25,8	
>10	23	25,3	68	74,7	91	15,2	
TOPLAM	153	25,5	447	74,5	600	100,0	

Araştırmaya katılan gebelerin ilk evlilik yaşı ortalamalarına göre depresyon durumları Çizelge 3.2.11’de görülmekte olup, fark anlamlıdır ($t=3,621$, $p=0,000$).

Çizelge 3.2.11. Araştırmaya Katılan Gebelerin İlk Evlilik Yaşı Ortalamalarına Göre Depresyon Durumları

	Depresyon Var	Depresyon Yok	İstatistik
İlk Evlilik Yaşı (Ortalama±SS)	19,32± 3,87	20,66 ± 3,99	$t=3,621$ $p=0,000$

Çalışma grubundaki gebelerin ilk evlilik yaşı dağılımlarına göre, depresyon durumları incelendiğinde, ilk evlilik yaşı 18 ve altında olanların, % 32,6’sı depresif iken, bu düzey yaşı 19-24 arasında olanlarda % 22,2’ye, 25 ve üzerinde olanlarda % 15,9’a düşmektedir. İlk evlilik yaşı yükseldikçe depresyonun azaldığı dikkat çekmekte olup, aradaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,002$) (Çizelge 3.2.12).

Çizelge 3.2.12. Araştırmaya Katılan Gebelerin İlk Evlilik Yaşlarına Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı

İlk Evlilik Yaşı	Depresyon				Toplam		İstatistik
	Var		Yok		Sayı	Yüzde	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
≤18	78	32,6	161	67,4	239	39,8	$X^2=12,001$
19-24	62	22,2	217	77,8	279	46,5	$p=0,002$
≥25	13	15,9	69	84,1	82	13,7	
TOPLAM	153	25,5	447	74,5	600	100,0	

Araştırmaya katılan gebelerin evlenme şekilleri ile depresyon arasındaki ilişki, Çizelge 3.2.13’te izlenmektedir. İsteyerek evlenen gebelerin % 15,6’sı depresif iken, istemeden evlenenlerin % 88,1’i depresiftir Aile onayı olmadan kaçarak evlenenlerdeki depresyon yüzdesi ise % 51,1 olarak bulunmuştur. Buna göre, evliliğin istenme durumu ve aile onayı depresyonla ilişkilidir ($p=0,000$).

Çizelge 3.2.13. Araştırmaya Katılan Gebelerin Evlenme Şekillerine Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı

Evlenme Şekli	Depresyon				Toplam		İstatistik
	Var		Yok		Sayı	Yüzde	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
İsteyerek	77	15,6	417	84,4	494	82,4	$X^2=163,56$
İstemedi	52	88,1	7	11,9	59	9,8	$p=0,000$
Kaçarak	24	51,1	23	48,9	47	7,8	
TOPLAM	153	25,5	447	74,5	600	100,0	

Araştırmaya katılan gebelerin eşlerinin öğrenim durumlarına göre depresyon durumlarının dağılımı incelendiğinde, Çizelge 3.2.14'te görüldüğü gibi eşleri ilköğretim mezunu olan gebelerin % 30,5'i depresif iken, lise mezunu olanların % 22,8'i ve yükseköğretim mezunu olanların % 14,3'ü depresiftir. Buna göre, eşlerin öğrenim durumu yükseldikçe gebelerde depresyonun azaldığı görülmekte olup, depresyon ile eşin öğrenim durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,007$).

Çizelge 3.2.14. Araştırmaya Katılan Gebelerin Eşlerinin Öğrenim Durumlarına Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı

Eşin Öğrenim Durumu	Depresyon				Toplam		İstatistik
	Var		Yok		Sayı	Yüzde	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
İlköğretim ve altı	90	30,5	205	69,5	295	49,2	$X^2=9,86$
Lise	52	22,8	176	77,2	228	38,0	$p=0,007$
Yüksekokul	11	14,3	66	85,7	77	12,8	
TOPLAM	153	25,5	447	74,5	600	100,0	

Araştırmaya katılan gebelerin eşlerinin çalışma durumlarına göre depresyon durumlarının dağılımı, Çizelge 3.2.15'te sunulmuştur. Eşleri düzenli olarak gelir getiren bir işte çalışan gebelerde % 20,2 olan depresyon, eşleri çalışmayan gebelerde % 60,8'e yükselmektedir. Buna göre, eşlerin çalışma durumu ile depresyon arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$).

Çizelge 3.2.15. Araştırmaya Katılan Gebelerin Eşlerinin Çalışma Durumlarına Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı

Eşin Çalışma Durumu	Depresyon				Toplam		İstatistik
	Var		Yok		Sayı	Yüzde	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Çalışıyor	105	20,2	416	79,8	521	86,8	$X^2=59,5$
Çalışmıyor	48	60,8	31	39,2	79	13,2	$p=0,000$
TOPLAM	153	25,5	447	74,5	600	100,0	

Araştırmaya katılan gebelerde KBDYG ortalamaları Çizelge 3.2.16'da gösterilmiş olup, fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=7,580$, $p=0,000$)

Çizelge 3.2.16. Araştırmaya Katılan Gebelerin KBDYG Ortalamalarına Göre Depresyon Durumları

	Depresyon Var	Depresyon Yok	İstatistik
KBDYG Ortalaması (TL) (Ortalama±SS)	4002±2518,6	6615±5881,1	$t=7,580$ $p=0,000$

Çizelge 3.2.17'de araştırmaya katılan gebelerin KBDYG'lerine göre depresif olma durumlarının dağılımı görülmektedir. KBDYG'leri 3000 TL ve altında olan gebelerin % 47,1'i, 3001-6000 TL arasında olanların % 23,2'si depresif iken, bu düzey 6001 TL ve üzerinde olanlarda % 9,6'dır. Bu sonuçlara göre gelir düzeyi düştükçe depresyon artmaktadır ($p= 0,000$).

Çizelge 3.2.17. Araştırmaya Katılan Gebelerin KBDYG'lerine Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı

KBDYG (TL)	Depresyon				Toplam		İstatistik
	Var		Yok		Sayı	Yüzde	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
≤3000	66	47,1	74	52,9	140	23,3	$X^2=54,8$
3001-6000	73	23,2	241	76,8	314	52,4	$p=0,000$
≥6001	14	9,6	132	90,4	146	24,3	
TOPLAM	153	25,5	447	74,5	600	100,0	

Araştırmaya katılan gebelerin yaşadıkları evin kime ait olduğu ile depresyon arasındaki ilişki, Çizelge 3.2.18’de görülmektedir. Kendilerine ait evde yaşayan gebelerin % 14,0’ü depresif iken, kirada yaşayan gebelerin % 28,2’si, ebeveyne ait evde yaşayan gebelerin ise % 57,9’u depresif olup, aradaki farklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p=0,000) (Ebeveyne ait evde yaşayan 57 kişinin 52’si ebeveynleriyle birlikte yaşamaktadır).

Çizelge 3.2.18. Araştırmaya Katılan Gebelerin Yaşadıkları Evin Kendilerine Ait Olma Durumlarına Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı

Yaşanılan Ev	Depresyon				Toplam		İstatistik
	Var		Yok		Sayı	Yüzde	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Kendine ait	33	14,0	202	86,0	235	39,2	X ² =46,842 p=0,000
Kira	87	28,2	221	71,8	308	51,3	
Ebeveyne ait	33	57,9	24	42,1	57	9,5	
TOPLAM	153	25,5	447	74,5	600	100,0	

Araştırmaya katılan gebelerin evde birlikte yaşadıkları kişi sayısı ile depresyon arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, evde yaşayan kişi sayısı arttıkça depresyonun arttığı gözlenmiş olup, dağılım Çizelge 3.2.19’da görülmektedir. Evdeki kişi sayısı iki olan gebelerin % 11,4’ü depresif iken, bu düzey evdeki kişi sayısı 3-4 olanlarda % 24,7’ye, 5 ve üzeri olanlarda % 47,2’ye yükselmekte olup, farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000).

Çizelge 3.2.19. Araştırmaya Katılan Gebelerin Evde Birlikte Yaşadıkları Kişi Sayısına Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı

Evdeki Kişi Sayısı	Depresyon				Toplam		İstatistik
	Var		Yok		Sayı	Yüzde	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
2	20	11,4	155	88,6	175	29,2	X ² =49,33 p=0,000
3-4	74	24,7	226	75,3	300	50,0	
≥5	59	47,2	66	52,8	125	20,8	
TOPLAM	153	25,5	447	74,5	600	100,0	

Araştırmaya katılan gebelerin evde birlikte yaşadıkları kişiler ile depresyon arasındaki ilişki, Çizelge 3.2.20’de izlenmektedir. Evde yalnızca eşi ve varsa çocukları ile yaşayan gebelerin % 14,6’sı depresif iken, bu düzey evde eşi (varsa çocukları) ve kendi akrabaları ile yaşayan gebelerde % 20,0, evde eşi (varsa çocukları) ve eşinin akrabaları ile yaşayan gebelerde % 59,6’dır. Evde birlikte yaşanan kişiler ile depresyon arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$).

Çizelge 3.2.20. Araştırmaya Katılan Gebelerin Evde Birlikte Yaşadıkları Kişilere Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı

Birlikte Yaşanılan Kişiler	Depresyon				Toplam		İstatistik
	Var		Yok		Sayı	Yüzde	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Çekirdek aile	62	14,6	362	85,4	424	70,7	$X^2=113,1$
Eşin akrabaları*	84	59,6	57	40,4	141	23,5	$p=0,000$
Kendi akrabaları*	7	20,0	28	80,0	35	5,8	
TOPLAM	153	25,5	447	74,5	600	100,0	

*Eş ve varsa çocuklara ilaveten

Araştırmaya katılan gebelerin bu gebeliklerini isteme durumlarıyla depresyon arasındaki ilişki, Çizelge 3.2.21’de izlenmektedir. İsteyerek gebe kalan grupta % 10,4 olan depresyon yüzdesi, istemeden gebe kalan grupta % 67,7’ye yükselmekte olup, gebeliğin istenmiş olması durumu ile depresyon arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,000$).

Çizelge 3.2.21. Araştırmaya Katılan Gebelerin Gebeliklerini İsteme Durumlarına Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı

Gebeliği İsteme Durumu	Depresyon				Toplam		İstatistik
	Var		Yok		Sayı	Yüzde	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
İstiyor	46	10,4	396	89,6	442	73,7	$X^2=201,3$
İstemiyor	107	67,7	51	32,3	158	26,3	$p=0,000$
TOPLAM	153	25,5	447	74,5	600	100,0	

Araştırmaya katılan gebelerin doğurganlık özellikleri ile ilgili ortalamalara göre depresyon durumları aşağıdaki çizelgede sunulmuştur (Çizelge 3.2.22).

Çizelge 3.2.22. Araştırmaya Katılan Gebelerin Doğurganlık Özellikleri ile İlgili Ortalamalara Göre Depresyon Durumları

Ortalama ± SS	Depresyon Var	Depresyon Yok	İstatistik
Gebelik sayısı	2,80±1,81	2,07±1,11	z=4,33 p=0,000
Canlı doğum sayısı	1,10±1,10	0,80±0,86	z=2,85 p=0,004
Ölü doğum sayısı	0,05±0,24	0,02±0,14	z=1,97 p=0,049
İstemsiz düşük sayısı	0,25±0,60	0,22±0,58	z=0,90 p=0,370
İstemli düşük sayısı	0,41±0,86	0,04±0,22	z=7,76 p=0,000
Yaşayan çocuk sayısı	1,09±1,05	0,79±0,86	z=3,10 p=0,002

Araştırmaya katılan kadınların depresyon durumlarına göre, toplam gebelik, canlı doğum ve ölü doğum sayılarının dağılımı aşağıdaki çizelgede izlenmektedir. Bu bulgulara göre, ilk gebeliği olan kadınların % 17,7'si depresif iken, 2-3 gebeliği olanların % 25,4'ü, 4 ve üzerinde gebeliği olanların % 43,3'ü depresif bulunmuştur (p=0,000). Canlı doğumu olmayan gebelerde depresyon % 20,2 iken, canlı doğum sayısı 1-2 olanlarda % 27,8, 3 ve üzerinde olanlarda % 46,4'tür (p=0,004). Ölü doğumu olmayan gebelerin % 25,0'i depresif iken, 1 veya 2 ölü doğumu olan gebelerde depresyon % 50,0'ye yükselmektedir (p=0,049).

Çizelge 3.2.23. Araştırmaya Katılan Gebelerin Toplam Gebelik, Canlı Doğum ve Ölü Doğum Sayılarının Dağılımına Göre Depresyon Durumları

	Depresyon						İstatistik
	Var		Yok		Toplam		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Toplam Gebelik							
1	36	17,7	167	82,3	203	33,8	$X^2=21,5$
2-3	78	25,4	229	74,6	307	51,2	$p=0,000$
≥ 4	39	43,3	51	56,7	90	15,0	
Canlı Doğum							
0	50	20,2	198	79,8	248	41,3	$X^2=11,1$
1-2	90	27,8	234	72,2	324	54,0	$p=0,004$
≥ 3	13	46,4	15	53,6	28	4,7	
Ölü Doğum							
0	147	25,0	441	75,0	588	98,0	$X^2=3,9$
1-2	6	50,0	6	50,0	12	2,0	$p=0,049$
TOPLAM	153	25,5	447	74,5	600	100,0	

Aşağıdaki çizelgede araştırmaya katılan kadınların depresyon durumlarına göre istemsiz ve istemli düşük sayılarının dağılımları görülmektedir. İstemsiz düşüğü olmayan kadınların % 24,8'i depresif iken, istemsiz düşük sayısı 1 olan kadınların % 28,0'i, 2 ve üzerinde olanların % 32,0'si depresif bulunmuştur ($p=0,628$). İstemli düşüğü olmayan kadınların % 21,5'i depresif iken, 1 istemli düşüğü olanların % 58,3'ünün, 2 ve üzeri olanların % 87,0'sinin depresif olduğu görülmüştür ($p=0,000$) (Çizelge 3.2.24).

Çizelge 3.2.24. Araştırmaya Katılan Gebelerin İstemsiz ve İstemli Düşük Sayılarının Dağılımına Göre Depresyon Durumları

	Depresyon						İstatistik
	Var		Yok		Toplam		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
İstemsiz Düşük							
0	124	24,8	376	75,2	500	83,3	$X^2=0,93$
1	21	28,0	54	72,0	75	12,5	$p=0,628$
≥ 2	8	32,0	17	68,0	25	4,2	
İstemli Düşük							
0	119	21,5	434	78,5	553	92,2	$X^2=63,9$
1	14	58,3	10	41,7	24	4,0	$p=0,000$
≥ 2	20	87,0	3	13,0	23	3,8	
TOPLAM	153	25,5	447	74,5	600	100,0	

Araştırmaya katılan gebelerin geçmişte depresyon tanısı almış olma durumlarına göre depresyon durumlarının dağılımı, Çizelge 3.2.25'te sunulmuştur. Geçmişlerinde depresyon tanısı alan gebelerin % 74,7'si depresif iken, geçmişlerinde depresyon tanısı almayan gebelerin % 17,6'sı depresiftir. Bu sonuçlara göre, geçmişte depresyon tanısı almış olma ile depresyon arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p=0,000$).

Çizelge 3.2.25. Araştırmaya Katılan Gebelerin Geçmişte Depresyon Tanısı Almış Olma Durumlarına Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı

Geçmiş Depresyon Tanısı	Depresyon						İstatistik
	Var		Yok		Toplam		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Var	62	74,7	21	25,3	83	13,8	$X^2=122,730$
Yok	91	17,6	426	82,4	517	86,2	$p=0,000$
TOPLAM	153	25,5	447	74,5	600	100,0	

Çizelge 3.2.26'da araştırmaya katılan ve daha önce doğum yapmış olan gebelerin, daha önceki gebeliklerinde veya doğum sonrasında depresyon tanısı almış olma durumları ile depresyon arasındaki ilişki izlenmektedir. Buna göre, daha önceki gebelikleri sırasında veya doğum sonrası dönemde depresyon tanısı almış olan gebelerin % 87,5'u depresif iken, daha önce bu dönemlerde tanı almamış gebelerin % 37,5'u depresiftir. Daha önceki gebelikler esnasında veya doğumlar sonrasında depresyon tanısı almış olma, depresyonla istatistiksel olarak anlamlı ölçüde ilişkilidir ($p=0,000$).

Çizelge 3.2.26. Araştırmaya Katılan Gebelerin Daha Önceki Gebelikleri Esnasında/Doğumdan Sonra Depresyon Tanısı Almış Olma Durumlarına Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı

Daha Önceki Gebelikte/ Doğum Sonrası Depresyon Tanısı	Depresyon				Toplam		İstatistik
	Var		Yok		Sayı	Yüzde	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Var	28	87,5	4	12,5	32	8,8	$X^2=29,9$
Yok	125	37,5	208	62,5	333	91,2	$p=0,000$
TOPLAM	153	41,9	212	58,1	365	100,0	

Araştırmaya katılan gebelerin, birinci derece akrabalarının (anne-baba-kardeş) depresyon tanısı almış olma durumları ile depresyon arasındaki ilişki, Çizelge 3.2.27'de görülmektedir. Birinci derece akrabalarında depresyon öyküsü olan gebelerin % 68,9'u, depresyon öyküsü olmayan gebelerin % 16,5'i depresif olup, birinci derece akrabalarda depresyon öyküsü ile depresyon arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$).

Çizelge 3.2.27. Araştırmaya Katılan Gebelerin Birinci Derece Akrabalarının Depresyon Tanısı Almış Olma Durumlarına Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı

Birinci Derece Akrabalarda Depresyon Tanısı	Depresyon				Toplam		İstatistik
	Var		Yok		Sayı	Yüzde	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Var	71	68,9	32	31,1	103	17,2	X ² =123,468
Yok	82	16,5	415	83,5	497	82,8	p=0,000
TOPLAM	153	25,5	447	74,5	600	100,0	

Çizelge 3.2.28’de araştırmaya katılan gebelerde, tanı konmuş kronik bir hastalık varlığı ile depresyon arasındaki ilişki görülmektedir. Herhangi bir kronik hastalığı olan gebelerin % 44,4’ü depresif iken, olmayan gebelerin % 20,5’i depresif olup, kronik hastalık ile depresyon arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p=0,000). Kronik hastalık nedeniyle kullanılan ilaçlar arasında, depresyona neden olabilecek ilaç saptanmamıştır.

Çizelge 3.2.28. Araştırmaya Katılan Gebelerin Tanı Konmuş Kronik Hastalık Varlığına Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı

Tanı Konmuş Kronik Hastalık*	Depresyon				Toplam		İstatistik
	Var		Yok		Sayı	Yüzde	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Var	56	44,4	70	55,6	126	21,0	X ² =30,1
Yok	97	20,5	377	79,5	474	79,0	p=0,000
TOPLAM	153	25,5	447	74,5	600	100,0	

*Tiroid Bezi Hastalığı, Astım, KOAH, Diabet, Hipertansiyon, Migren, Kalp Hastalığı, Böbrek Hastalığı

Araştırmaya katılan gebelerin, gebelik esnasında önemli bir tıbbi sorun yaşamış olma durumu ile depresyon arasındaki ilişki incelendiğinde, gebelik esnasında sorun yaşayan gebelerin % 52,2’si depresif iken, sorun yaşamayan

gebelerin % 19,2'si depresif bulunmuştur. Bu dağılım Çizelge 3.2.29'da görülmekte olup, bulunan ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,000$).

Çizelge 3.2.29. Araştırmaya Katılan Gebelerin Gebelik Sürecinde Tıbbi Sorun Varlığına Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı

Gebelik Sürecinde Tıbbi Sorun*	Depresyon						İstatistik
	Var		Yok		Toplam		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Var	60	52,2	55	47,8	115	19,2	$X^2=53,282$
Yok	93	19,2	392	80,8	485	80,8	$p=0,000$
TOPLAM	153	25,5	447	74,5	600	100,0	

*Kanama, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu, hidronefroz, gestasyonel diyabet, oligo/polihidroamnios

Araştırmaya katılan gebelerin, gebeliğe bağlı bulantı-kusma şikayeti ile depresyon arasındaki ilişki, Çizelge 3.2.30'da görülmektedir. Gebeliğe bağlı bulantı-kusma şikayeti olan gebelerin % 39,9'u depresif iken, şikayeti olmayan gebelerin % 7,8'i depresif olup, gebeliğe bağlı bulantı-kusma varlığı ile depresyon arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$).

Çizelge 3.2.30. Araştırmaya Katılan Gebelerin Gebeliğe Bağlı Bulantı-Kusma Varlığına Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı

Gebeliğe Bağlı Bulantı-Kusma	Depresyon						İstatistik
	Var		Yok		Toplam		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Var	132	39,9	199	60,1	331	55,2	$X^2=80,352$
Yok	21	7,8	248	92,2	269	44,8	$p=0,000$
TOPLAM	153	25,5	447	74,5	600	100,0	

Araştırmaya katılan ve bulantı-kusma şikayeti olan 331 gebeden 76'sı bu nedenle hastanede yatmış olup, bu gebelerin % 44,7'si depresif iken, bulantı-kusma şikayeti olanlar içerisinde hastaneye yatmamış olanların % 38,4'i depresif

bulunmuştur. Bulgular Çizelge 3.2.31’de görülmekte olup, bulantı-kusması olan gebelerde hastaneye yatmış olma depresyon açısından anlamlı bir fark yaratmamıştır. (p=0,399).

Çizelge 3.2.31. Araştırmaya Katılan Gebelerden Gebeliğe Bağlı Bulantı-Kusması Olanların Hastanede Yatma Durumlarına Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı

Gebeliğe Bağlı Bulantı-Kusma Nedeniyle Hospitalizasyon	Depresyon				Toplam	İstatistik
	Var		Yok			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Var	34	44,7	42	55,3	76	23,0
Yok	98	38,4	157	61,6	255	77,0
TOPLAM	132	39,3	199	60,7	331	100,0

Araştırmaya katılan gebelerin, sorunlarını eşleriyle paylaşabilme durumları ile depresyon arasında ilişki, Çizelge 3.2.32’de görülmektedir. Buna göre, eşleriyle sorunlarını her zaman rahatlıkla paylaşabildiğini belirten gebelerin % 7,3’ü, sıklıkla paylaşabildiğini belirten gebelerin % 8,7’si depresif iken, bu yüzde bazen paylaşabildiğini belirten gebelerde % 41,2’ye, nadiren paylaşabildiğini belirten gebelerde % 78,3’e, hiçbir zaman paylaşamadığını belirten gebelerde ise % 91,7’ye yükselmektedir. Bu sonuçlara göre, sorunların eş ile paylaşılabilmesi ile depresyon arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,000).

Çizelge 3.2.32. Araştırmaya Katılan Gebelerin Gebelik Esnasında Eşleriyle Sorunlarını Paylaşabilme Durumlarına Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı

Eşle Sorunları Paylaşabilme	Depresyon				Toplam		İstatistik
	Var		Yok				
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Her zaman	21	7,3	268	92,7	289	48,2	X ² =237,371 p=0,000
Sıklıkla	9	8,7	95	91,3	104	17,3	
Bazen	47	41,2	67	58,8	114	19,0	
Nadiren	54	78,3	15	21,7	69	11,5	
Hiçbir zaman	22	91,7	2	8,3	24	4,0	
TOPLAM	153	25,5	447	74,5	600	100,0	

Araştırmaya katılan gebelerin, aile içinde eşi ya da başka birisiyle sorun veya huzursuzluk yaşama durumlarının depresyon ile ilişkisi, Çizelge 3.2.33'te görülmektedir. Buna göre, aile içinde eşleri veya diğer aile bireyleriyle her zaman ve sıklıkla sorun yaşadıklarını belirten gebelerin tamamı, bazen sorun yaşadıklarını belirten gebelerin % 52,6'sı depresif iken, nadiren sorun yaşadıklarını belirten gebelerin % 19,3'ü ve hiçbir zaman sorun yaşamadığını belirten gebelerin % 4,4'ü depresiftir. Bu sonuçlara göre, aile içinde sorun/huzursuzluk yaşama durumu depresyon üzerinde etkili olup, farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000).

Çizelge 3.2.33. Araştırmaya Katılan Gebelerin Aile İçinde Sorun/Huzursuzluk Yaşama Durumlarına Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı

Aile içerisinde Sorun/Huzursuzluk	Depresyon				Toplam		İstatistik
	Var		Yok		Sayı	Yüzde	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Her zaman	14	100,0	0	0,0	14	2,3	X ² =251,426 p=0,000
Sıklıkla	34	100,0	0	0,0	34	5,7	
Bazen	61	52,6	55	47,4	116	19,3	
Nadiren	32	19,3	134	80,7	166	27,7	
Hiçbir zaman	12	4,4	258	95,6	270	45,0	
TOPLAM	153	25,5	447	74,5	600	100,0	

Araştırmaya katılan gebelerin, sorunlarını anne/baba/kardeşleriyle veya arkadaşlarıyla paylaşabilme ve onlardan destek ve yardım almalarıyla depresyon ilişkisi, Çizelge 3.2.34'te sunulmuştur. Buna göre, birinci derece akraba ve/veya arkadaşlarla sorun paylaşma ve destek alma durumu, her zaman ve sıklıkla ise depresyon sırasıyla % 7,3 ve % 7,2, bazen ise % 27,5, nadiren ise % 63,1 ve hiçbir zaman ise % 70,6 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara göre, sorunların birinci derece akraba ve/veya arkadaşlarla paylaşılabilmesi ve destek alma ile depresyon arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,000).

Çizelge 3.2.34. Araştırmaya Katılan Gebelerin Gebelik Esnasında Akraba ve Arkadaşlarla Paylaşım ve Destek Alımına Göre Depresyon Durumlarının Dağılımı

Akraba- Arkadaşlarla SorunPaylaşımı- Destek Alma	Depresyon				Toplam		İstatistik
	Var		Yok				
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Her zaman	15	7,3	190	92,7	205	34,2	X ² =172,619 p=0,000
Sıklıkla	8	7,2	103	92,8	111	18,5	
Bazen	41	27,5	108	72,5	149	24,8	
Nadiren	53	63,1	31	36,9	84	14,0	
Hiçbir zaman	36	70,6	15	29,4	51	8,5	
TOPLAM	153	25,5	447	74,5	600	100,0	

Araştırmaya katılan gebelerin, genel ruh sağlığı ile ilgili, kendileri için uygun gördükleri tanımlamalar ile depresyon arasındaki ilişki, Çizelge 3.2.35'te görülmektedir. Buna göre, genel ruh sağlığını mükemmel olarak değerlendiren gebelerin hiçbirinde depresyon izlenmemiştir. Genel ruh sağlığını çok iyi ve iyi olarak değerlendiren gebelerin ise sırasıyla % 4,3'ü ve % 10,4'ü depresif iken, orta olarak değerlendiren gebelerin % 68,4'ü, kötü olarak değerlendiren gebelerin ise tamamı depresiftir (% 100,0). Gebelerden, bu konuda, fikrim yok ya da cevap vermek istemiyorum şikkını işaretleyenlerde ise depresyon sırasıyla % 50,0 ve % 48,9 olarak bulunmuştur (p=0,000).

Çizelge 3.2.35. Araştırmaya Katılan Gebelerin Genel Ruh Sağlıklarıyla İlgili Kendi Tanımlamalarına Göre Depresyon Durumlarınının Dağılımı

Genel Ruh Sağlığı Tanımlama	Depresyon				Toplam		İstatistik
	Var		Yok		Sayı	Yüzde	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Mükemmel	0	0,0	51	100,0	51	8,5	X ² =272,958 p=0,000
Çok iyi	5	4,3	111	95,7	116	19,3	
İyi	26	10,4	223	89,6	249	41,5	
Orta	39	68,4	18	31,6	57	9,5	
Kötü	40	100,0	0	0,0	40	6,7	
Fikrim yok	21	50,0	21	50,0	42	7,0	
Cevap vermek istemiyor	22	48,9	23	51,1	45	7,5	
TOPLAM	153	25,5	447	74,5	600	100,0	

Bu soruya verilen cevaplarla EDSDÖ sonuçları arasındaki ilişki, gamma katsayısı ile değerlendirildiğinde, **gamma katsayısı=0,77** (p=0,000) bulunmuştur. Bu soru, fikrim yok/cevap vermek istemiyorum şeklinde yanıtlayanlar çıkarılarak değerlendirildiğinde ise **gamma katsayısı=0,91** (p=0,000) olup, ilişki daha da güçlenmektedir.

Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Araştırmaya katılan gebelerdeki depresyonla ilişkili faktörler tek değişkenli analizlerle incelendikten sonra, anlamlı bulunan ve sayısal olarak da yeterli olan faktörler, lojistik regresyon analizine alınmıştır. Bunlar; öğrenim durumu, çalışma durumu, sağlık güvencesi durumu, ilk evlilik yaşı, eşinin çalışma ve öğrenim durumu, gelir, evdeki kişi sayısı, canlı doğum sayısı, evde birlikte yaşanan kişiler, evlenme şekli, gebeliği isteme durumu, kronik hastalık varlığı, gebelikte tıbbi sorun varlığı, eşle sorun paylaşma durumu ve aile/arkadaşlarla sorunların paylaşımı-destek alma durumu değişkenleridir. Analiz sonucunda; birlikte yaşanan kişiler, evlenme şekli, gebeliği isteme durumu, kronik hastalık, gebelikte tıbbi sorun, eş desteği ve akraba/arkadaşlarla paylaşım-destek, depresyon durumu üzerine etkili bulunmuştur.

Lojistik regresyon analizinde etkili bulunan faktörlerle ilgili sonuçlar, Çizelge 3.2.36'da sunulmaktadır. Buna göre; evde sadece eşi ve varsa çocukları ile (çekirdek aile) yaşayan gruba göre, bunlara ilaveten evde eşinin akrabaları olan gebelerde risk 3,73 kat fazladır (% 95 GA: 1,88-7,40). Buna karşılık, evde kadının kendi akrabaları olduğunda risk artışı olmamıştır (OR: 0,78) (% 95 GA: 0,21-2,86). Evlenme şekline göre bakıldığında, isteyerek evlenenlere göre, istemeden evlenenlerde depresyon riski 5,64 kat fazla iken (% 95 GA: 1,88-16,94), kaçarak evlenenlerde de risk 2,16 kat artmış gözükmeyle birlikte, güven aralığı değerlendirildiğinde fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (% 95 GA: 0,75-6,17). Gebeliğini istemeyenlerde, isteyenlere göre risk 6,35 kat fazla iken (% 95 GA: 3,21-12,57), kronik hastalığı olanlarda kronik hastalığı olmayanlara göre risk 3,31 kat (% 95 GA: 1,63-6,71), gebeliği esnasında herhangi bir tıbbi sorun yaşayan gebelerde, yaşamayanlara göre risk 3,89 kat (% 95 GA: 1,86-8,12) fazladır. Ayrıca eşle sorunlarını paylaşma durumlarına göre sorunları her zaman ve sıklıkla paylaşanlara göre bazen paylaştığını belirtenlerde risk 3,67 kat fazla iken (% 95 GA: 1,78-7,56), nadiren ya da hiçbir zaman paylaşmadığını belirtenlerde risk 16,71 kat fazla bulunmuştur (% 95 GA: 6,95-40,17). Benzer bir şekilde akraba ve arkadaşlardan her zaman ve sıklıkla sosyal destek gördüğünü belirtenlere göre bazen destek gördüğünü belirtenlerde risk 2,76 kat fazla iken (% 95 GA: 1,30-5,86), nadiren yada hiçbir zaman görmediğini belirtenlerde risk 4,45 kat artmıştır (% 95 GA: 2,00-9,86).

Çizelge 3.2.36. Lojistik Regresyon Analizinde Depresyon ile İlişkili Bulunan Faktörlerle İlgili Sonuçlar

Risk Faktörleri	Beta	Standart Hata	p	Odds Oranı (OR)	OR için %95 Güven Aralığı Alt Sınır Üst Sınır	
<u>Birlikte Yaşanılan Kişiler</u>						
Çekirdek Aile						
Kendi Akrabaları	0,250	0,664	0,706	0,779	0,212	2,860
Eşinin Akrabaları	1,317	0,349	0,000	3,731	1,881	7,401
<u>Evlenme Şekli</u>						
İsteyerek						
İstemeden	1,730	0,561	0,002	5,642	1,879	16,943
Kaçarak	0,768	0,536	0,152	2,156	0,754	6,169
<u>Gebeliği İsteme Durumu</u>						
İsteyerek						
İstemeden	1,848	0,348	0,000	6,348	3,207	12,566
<u>Kronik Hastalık</u>						
Yok						
Var	1,197	0,361	0,001	3,310	1,632	6,712
<u>Gebelikte Tıbbi Sorun</u>						
Yok						
Var	1,358	0,376	0,000	3,887	1,861	8,122
<u>Eş desteği</u>						
Her zaman/sıklıkla						
Bazen	1,301	0,368	0,000	3,672	1,784	7,556
Nadiren/hiçbir zaman	2,186	0,448	0,000	16,708	6,949	40,175
<u>Akraba/arkadaşlarla paylaşım-destek</u>						
Her zaman/sıklıkla						
Bazen	1,014	0,385	0,008	2,755	1,297	5,855
Nadiren/hiçbir zaman	1,492	0,406	0,000	4,445	2,004	9,860

3.3. Araştırmaya Katılan Gebelerde Depresyon Sonucu Ortaya Çıkan Sorunlar

Gebelerin depresyon varlığına göre ilk muayene haftaları ortalamaları, Çizelge 3.3.1'de sunulmuştur. Buna göre depresif gebelerin ilk muayeneye daha geç geldikleri ve ilk muayene haftaları ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($z=11,6$, $p=0,000$).

Çizelge 3.3.1. Araştırmaya Katılan Gebelerin Depresyon Varlığına Göre Gebelik Esnasında İlk Muayene Haftaları Ortalamalarının Dağılımı

	Depresyon Var	Depresyon Yok	İstatistik
İlk Muayene Haftası (Ortalama±SS)	14,67±9,159	7,26±2,989	z=11,6 p=0,000

Gebelerin ilk DÖB aldığı hafta gruplanarak değerlendirildiğinde, 1 olarak anlamlıdır (p=0,000). Çizelge 3.3.2’de görülüşü gibi, depresyonu olan ve olmayanlarda 5-12. haftada ilk kontrol olma yüzdesi sırasıyla % 55,5 ve % 95,0, 13-24. haftada % 28,1 ve % 4,5, 25. haftadan sonra % 16,4 ve % 0,5 olup, gebelerin ilk DÖB aldıkları hafta ile depresyon arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,000).

Çizelge 3.3.2. Araştırmaya Katılan Gebelerin Depresyon Varlığına Göre İlk DÖB Haftalarının Dağılımı

İlk Kontrol Haftası	Depresyon				Toplam		İstatistik
	Var		Yok		Sayı	Yüzde	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
5-12	85	55,5	425	95,0	510	85,0	X ² =145,5
13-24	43	28,1	20	4,5	63	10,5	p=0,000
≥25	25	16,4	2	0,5	27	4,5	
TOPLAM	153	100,0	447	100,0	600	100,0	

Araştırmaya katılan gebelerin, gebelik süresi sonunda kayıtlara dayalı olarak bulunan toplam muayeneye geliş sayıları ile depresyon arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, Çizelge 3.3.3’te görüldüğü gibi depresyonu olanlarda 4,71±1,939 olan muayene ortalaması, depresyonu olmayanlarda 7,55±1,357’ye yükselmektedir (z=14,28 p=0,000).

Çizelge 3.3.3. Araştırmaya Katılan Gebelerin Depresyon Varlığına Göre Gebelik Süresince Toplam Muayeneye Gidiş Sayısı Ortalamaları

	Depresyon Var	Depresyon Yok	İstatistik
Toplam Muayene (Ortalama±SS)	4,71±1,939	7,55±1,357	z=14,28 p=0,000

Gebelerin depresyon durumlarına göre toplam DÖB sayıları, Çizelge 3.3.4'te sunulmuş olup, buna göre depresyonu olanların % 30,7'si 1-3 kez DÖB almışken, bu yüzde diğer grupta sadece % 1,1'dir. Bu düzeyler 4-6 kez DÖB alma için % 49,0 ve % 14,5, 7-9 DÖB için % 20,3 ve % 84,4'tür. Buna göre, depresyonu olanlarda DÖB sayısının azaldığı görülmüş olup, aradaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000).

Çizelge 3.3.4. Araştırmaya Katılan Gebelerin Depresyon Varlığına Göre Gebelik Süresince Toplam DÖB Sayıları

DÖB Sayısı	Depresyon				Toplam		İstatistik
	Var Sayı	Yüzde	Yok Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
1-3	47	30,7	5	1,1	52	8,7	X ² =242,136
4-6	75	49,0	65	14,5	140	23,3	p=0,000
7-9	31	20,3	377	84,4	408	68,0	
TOPLAM	153	100,0	447	100,0	600	100,0	

DÖB üzerine depresyon dışında diğer başka faktörlerin de etki edebileceği düşünüldüğünden (depresyonun etkisini daha doğru ortaya koyabilmek için), DÖB sayısı üzerine etki edebilecek diğer faktörlerle birlikte depresyon varlığı, çoklu regresyon analizi ile incelenmiştir. Analize alınan değişkenler; gebenin öğrenim durumu, çalışma durumu, sağlık güvencesi durumu, gelir, eşin öğrenim durumu, canlı doğum sayısı, kronik hastalık varlığı, gebeliği isteme durumu ve depresyon varlığı değişkenleridir. Lojistik regresyon analizinde etkili bulunan faktörlerle ilgili sonuçlar, Çizelge 3.3.5'te sunulmaktadır. Buna göre; depresyonun DÖB sayısı üzerine en etkili faktör olduğu bulunmuş olup, depresyonu olan gebelerin,

olmayanlara göre yetersiz (1-3 kez) DÖB alma oranının 24,82 kat (% 95 GA: 8,78-70,16) arttığı saptanmıştır. Ayrıca gebeliği istemeyenlerde, isteyenlere göre daha az DÖB alma 2,22 kat (% 95 GA: 1,03-4,81) fazla bulunmuş olup, analize alınan diğer faktörler anlamlı bulunmamıştır.

Çizelge 3.3.5. Lojistik Regresyon Analizinde DÖB Sayısı Üzerine Etkili Faktörlerle İlgili Sonuçlar

Risk Faktörleri	Beta	Standart Hata	p	Odds Oranı (OR)	OR için %95 Güven Aralığı	Alt Sınır	Üst Sınır
<u>Depresyon</u>							
Yok							
Var	3,212	0,530	0,000	24,819	8,780	70,155	
<u>Gebeliği İsteme Durumu</u>							
İsteyerek							
İstemeden	0,799	0,393	0,042	2,223	1,029	4,806	

Araştırmaya katılan gebelerin, gebelik süresince olan ağırlık artışları 3-25 kilogram (kg) arasında değişmekte olup, ortalamaları değerlendirildiğinde, depresif gebelerin depresif olmayan gebelere göre daha az kilo aldıkları ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($z=10,43$, $p=0,000$) (Çizelge 3.3.6).

Çizelge 3.3.6. Araştırmaya Katılan Gebelerde Depresyon Varlığına Göre Gebelik Süresince Ağırlık Artışı Ortalaması

	Depresyon Var	Depresyon Yok	İstatistik
Ağırlık Artışı (kg) (Ortalama±SS)	8,22±2,965	11,64±3,716	$z=10,43$ $p=0,000$

Araştırmaya katılan gebeler, gebelik süresince aldıkları kilolara göre gruplandırıldığında depresif olma durumlarının dağılımları, Çizelge 3.3.7'de sunulmuştur. Depresyonu olanların % 72,6'sı 9 ve daha az kilo almış iken, bu düzey diğer grupta % 32,7'dir. 9,1-11,9 kg. arası için bu düzeyler % 17,0 ve % 22,1'dir.

Normal olarak kabul edilen 12-14 kg. kilo artışı depresyonu olanlarda % 6,5 iken, diğer grupta % 23,5'tir. 14 kilonun üzerindeki artış ise depresyonu olanlarda çok az sayıda olup % 3,9, olmayanlarda % 21,7'dir. Bu sonuçlara göre, depresyon ile kilo alımı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000).

Çizelge 3.3.7. Araştırmaya Katılan Gebelerin Depresyon Durumlarına Göre Gebelik Süresince Aldıkları Kiloların Dağılımı

Gebelik Süresince Ağırlık Artışı (kg)	Depresyon				Toplam		İstatistik
	Var		Yok		Sayı	Yüzde	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
≤9	111	72,6	146	32,7	257	42,8	X ² =81,872
9,1-11,9	26	17,0	99	22,1	125	20,8	p=0,000
12-14	10	6,5	105	23,5	115	19,2	
>14	6	3,9	97	21,7	103	17,2	
TOPLAM	153	100,0	447	100,0	600	100,0	

Araştırmaya katılan gebelerin iştah durumları ile depresyon arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, depresyonu olan gebelerin % 58,1'inde iştah azalmışken, bu düzey depresyonu olmayanlarda % 9,2'dir. İştah artışı depresyonu olanların sadece % 14,4'ünde, depresyonu olmayanların ise % 38,7'sinde saptanmıştır. Bu bulgulara göre, gebelerin iştah durumları ile depresyon arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı olup, depresif gebelerde iştahın azaldığı görülmüştür (p=0,000) (Çizelge 3.3.8).

Çizelge 3.3.8. Araştırmaya Katılan Gebelerin Depresyon Durumlarına Göre Gebelikteki İştah Değişikliklerinin Dağılımı

İştah Durumu	Depresyon				Toplam		İstatistik
	Var		Yok		Sayı	Yüzde	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Azaldı	89	58,1	41	9,2	130	21,7	X ² =162,2
Aynı kaldı	42	27,5	233	52,1	275	45,8	p=0,000
Arttı	22	14,4	173	38,7	195	32,5	
TOPLAM	153	100,0	447	100,0	600	100,0	

Araştırmaya katılan gebelerin, sigara içme durumları ile depresyon arasındaki ilişki, Çizelge 3.3.9'da sunulmuştur. Buna göre depresyonu olan gebelerin % 37,9'u sigara içerken, depresyonu olmayanların % 5,8'i içmektedir. Sigara içenlerdeki depresyon sıklığı, diğer gruba göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksektir (p=0,000).

Çizelge 3.3.9. Araştırmaya Katılan Gebelerin Depresyon Durumlarına Göre Sigara İçme Durumlarının Dağılımı

Sigara	Depresyon				Toplam		İstatistik
	Var		Yok		Sayı	Yüzde	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
İçen	58	37,9	26	5,8	84	14,0	X ² =97,5
İçmeyen	95	62,1	421	94,2	516	86,0	p=0,000
TOPLAM	153	100,0	447	100,0	600	100,0	

Daha önceden alkol alan ve gebelikte bırakmış olan 36 kişiden 15'i depresif olup, şu an alkol kullanan bulunmamaktadır. Gebeliği esnasında bağımlılık yapıcı madde kullandığını belirten 3 kişinin 2'si depresiftir. Daha önce kullanıp bırakmış olan 5 kişiden ise 4'ü depresiftir.

3.4. Araştırmaya Katılan Gebelerde Depresyonla İlişkili Gebelik Komplikasyonları ve Yenidoğana Ait Özellikler

Araştırmaya katılan gebelerde, doğum sırasındaki sorunların depresyon durumuna göre dağılımı, Çizelge 3.4.1'de sunulmuştur. Buna göre gebelerin % 85,0'inin gebeliği komplikasyonsuz sonlanmış, % 7,1'i erken doğum yapmış, % 3,2'sinde EMR, % 1,5'inde preeklampsi gelişmiştir. Gebelerin % 2,0'sinde EMR yanı sıra, % 1,2'sinde ise preeklampsi yanı sıra erken doğum görülmüştür. Depresyon durumuna göre değerlendirildiğinde, depresyonu olanların % 37,3'ünde herhangi bir sorun yaşanmışken, bu düzey depresyonu olmayanlarda % 7,3'tür. Bu sonuçlara göre, depresif gebelerde komplikasyon sıklığının daha yüksek olduğu saptanmış olup,

depresyon ile gebelik komplikasyonları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$).

Çizelge 3.4.1. Araştırmaya Katılan Gebelerin Depresyon Durumlarına Göre Gebelik Sürecinde Ortaya Çıkan Gebelik Komplikasyonlarının Dağılımı

Gebelikte Komplikasyon	Depresyon				Toplam		İstatistik*
	Var		Yok				
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Yok	96	62,7	414	92,6	510	85,0	
Erken Doğum	28	18,4	15	3,5	43	7,1	$X^2=79,8$
EMR	7	4,6	12	2,6	19	3,2	$p=0,000$
Preeklampsi	4	2,6	5	1,1	9	1,5	
Erken Doğum+EMR	12	7,8	0	0,0	12	2,0	
Erken Doğum+Preeklampsi	6	3,9	1	0,2	7	1,2	
TOPLAM	153	100,0	447	100,0	600	100,0	

*Mevcut sorunlar toplanarak var- yok şeklinde değerlendirme yapılmıştır.

Çizelge 3.4.2’de araştırmaya katılan gebelerin doğum şekillerinin dağılımı ve depresyonla ilişkisi görülmektedir. Buna göre gebelerin doğum şekli % 43,5’inde normal doğum, % 56,5’inde sezeryandır. Depresyon durumlarına göre doğum şekilleri incelendiğinde, sezeryanla doğum yüzdesi depresyonu olanlarda % 59,5 iken, olmayanlarda % 55,5 olup, fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,389$).

Çizelge 3.4.2. Araştırmaya Katılan Gebelerin Depresyon Durumlarına Göre Doğum Şekillerinin Dağılımı

Doğum Şekli	Depresyon				Toplam		İstatistik
	Var		Yok				
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Normal Doğum	62	40,5	199	44,5	261	43,5	$X^2=0,74$
Sezeryan	91	59,5	248	55,5	339	56,5	$p=0,389$
TOPLAM	153	100,0	447	100,0	600	100,0	

Araştırmaya katılan gebelerin bebeklerinin % 48,3'ü kız, % 51,7'si erkek olup, depresyonu olan ve olmayan gebelerin doğum haftaları yanı sıra yenidoğanlar ile ilgili bazı özellikler aşağıdaki çizelgede izlenmektedir. Ortalama doğum haftası depresif gebelerde $37,5 \pm 2,4$ iken, depresif olmayan gebelerde $39,3 \pm 1,4$ 'tür ($p=0,000$) (Çizelge 3.4.3). Ortalama doğum ağırlığı depresif gebelerde $2752,9 \pm 511,5$ gram iken, depresif olmayan gebelerde $3354,0 \pm 391,4$ gram ($p=0,000$), ortalama doğum boyu depresif olan gebelerde $47,3 \pm 2,8$ cm iken, depresif olmayan gebelerde $49,4 \pm 1,6$ cm ($p=0,000$), ortalama apgar skoru depresif gebelerde $8,5 \pm 1,1$ iken depresif olmayan gebelerde ise $9,2 \pm 0,6$ ($p=0,000$) olarak bulunmuş olup, aradaki farklar istatistiksel olarak anlamlıdır (Çizelge 3.4.3).

Çizelge 3.4.3. Araştırmaya Katılan Gebelerin Depresyon Varlığına Göre Yenidoğanları İle İlgili Ortalamalar

Ortalama \pm SS	Depresyon Var	Depresyon Yok	Tüm grup	İstatistik
Doğum Haftası	$37,52 \pm 2,40$	$39,30 \pm 1,40$	$38,85 \pm 1,87$	$t=8,656$ $p=0,000$
Doğum Ağırlığı (g)	$2752,94 \pm 511,46$	$3354,02 \pm 391,37$	$3200,74 \pm 499,18$	$t=13,268$ $p=0,000$
Doğum Boyu (cm)	$47,33 \pm 2,82$	$49,42 \pm 1,61$	$48,89 \pm 2,19$	$t=8,660$ $p=0,000$
Apgar Skoru	$8,48 \pm 1,10$	$9,21 \pm 0,60$	$9,02 \pm 0,82$	$t=7,768$ $p=0,000$

Araştırmaya katılan gebelerde, Çizelge 3.4.4'te görüldüğü gibi 37 haftanın altında doğum yüzdesi (erken doğum) depresyonu olanlarda % 30,7 iken, depresyonu olmayanlarda % 3,8 olarak bulunmuş olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,000$).

Çizelge 3.4.4. Araştırmaya Katılan Gebelerin Depresyon Durumlarına Göre Yenidoğanlarının Doğum Haftalarının Dağılımı

Doğum Haftası	Depresyon				Toplam		İstatistik
	Var		Yok		Sayı	Yüzde	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
<37	47	30,7	17	3,8	64	10,7	X ² =86,660
≥37	106	69,3	430	96,2	536	89,3	p=0,000
TOPLAM	153	100,0	447	100,0	600	100,0	

Araştırmaya katılan gebelerin depresif olma durumlarına göre, yenidoğanlarının doğum ağırlıkları incelendiğinde, depresyonu olanların % 25,5'inin bebekleri 2500 gram altında (düşük doğum ağırlığı) iken, depresyonu olmayanlarda bu düzeyin % 2,2 olduğu bulunmuş olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,000) (Çizelge 3.4.5).

Çizelge 3.4.5. Araştırmaya Katılan Gebelerin Depresyon Durumlarına Göre Yenidoğanlarının Doğum Ağırlığının Dağılımı

Doğum Ağırlığı (gr)	Depresyon				Toplam		İstatistik
	Var		Yok		Sayı	Yüzde	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
<2500	39	25,5	10	2,2	49	8,2	X ² =82,179
≥2500	114	74,5	437	97,8	551	91,8	p=0,000
TOPLAM	153	100,0	447	100,0	600	100,0	

4. TARTIŞMA

Ruhsal hastalıklar içerisinde gebelikte en sık görüleni depresyon olup, gebelikte görülen depresyon; doğum sonrası depresyonunun en önemli risk faktörü olması, gebelikte komplikasyonlara, olumsuz fetal sonuçlara neden olabilmesi ve gebelik döneminde doğum sonrası döneme göre daha yüksek olan prevalansı nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu çalışma ile, gebelik depresyonunun sıklığı ve ilişkili etmenleri, depresyonun gebelik, doğum ve yenidoğan üzerine etkileri belirlenmiş ve bulgular literatür bilgilerinin ışığında tartışılmıştır.

Bu bölümde; araştırmaya katılan gebelerin, sırasıyla dört grup halinde 1) Tanımlayıcı özellikleri, 2) EDSDÖ'ne göre belirlenen gebelik depresyonu sıklığı, ilişkili etmenler ve çok değişkenli analiz sonuçları, 3) Depresyon sonucu gebelik sırasında ortaya çıkan sorunları, 4) Depresyonla ilişkili gebelik komplikasyonları ve yenidoğana ait özellikleri tartışılacaktır.

4.1. Araştırmaya Katılan Gebelerin Tanımlayıcı Özellikleri

Çalışma grubunda yer alan ve 3.trimesterinde olan 600 gebenin yaş ortalaması $26,12 \pm 5,60$ olarak bulunmuş olup, yaş gruplarına göre dağılımında büyük bir kısmının 20-24 ve 25-29 yaş grubunda olduğu görülmüştür. Çoğu çalışma bulgusu bizim araştırmamızdaki bulguyla benzerlik göstermekte olup, anne olma yaşının genç yetişkinlik dönemi olduğu söylenebilir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 yılı ve TÜİK-2012 yılı verilerine göre, Türkiye'de kadınlar en yüksek doğurganlıklarını yirmili yaşlarda yaşamaktadır; en yüksek yaşa özel doğurganlık hızı 25-29 yaşları arasında olup, 35 yaşından itibaren azaldığı göz önüne alındığında çalışma grubundaki gebelerin yaş dağılımı toplumumuzdaki gebelerin yaş dağılımına uymaktadır (HÜNEE, 2009; TÜİK, 2012).

Araştırmaya katılan gebelerin yarıdan çoğunun eğitimi (% 58,3) ilköğretim ve altında, % 41,7'si lise ve üzerindedir. TNSA-2008 verilerine göre, kadınların %

33,0,'ünün hiç eğitim almamış ya da ilkokulu tamamlamamış olduğunu, % 18,2'sinin ise lise ve üzeri eğitim aldığını görüyoruz. Son 20-30 yılda Türkiye'de eğitimin artması ve yaygınlaşmasına rağmen, eğitim düzeyi ülkemizde halen yeterli düzeyde olmayıp hanehalkı refah düzeyi ile artmaktadır (HÜNEE, 2009). Çalışma grubundaki gebelerin eğitim düzeyi, Türkiye genelinden daha iyi olmakla birlikte, Ankara için yeterli düzeyde olmaması, hastanemizin sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olmayan bir bölgede olmasıyla ilişkili olabilir.

Gebelerin çalışma durumları incelendiğinde; % 73,8'inin çalışmadığı, % 5,7'sinin de gebelik nedeniyle işinden ayrıldığı görülmüştür. TNSA-2008 verilerine göre, kadınların % 31,0'i herhangi bir işte çalışmakta olup, Türkiye genelinde olduğu gibi araştırma grubunda da çalışan kadınların düzeyi yeterli değildir (HÜNEE, 2009).

Gebelerin, sağlık güvenceleri incelendiğinde, % 82,7'sinin sağlık güvencesi varken, % 4,7'sinin herhangi bir sağlık güvencesinin olmadığı, % 12,6'sının ise Yeşil Kartlı olduğu bulunmuştur. TNSA-2008 verilerine göre, kadınların % 69,7'sinin sağlık güvencesi olduğu, % 13,7'sinin Yeşil Kartlı olduğu, % 16,1'inin sağlık güvencesinin olmadığı saptanmış olup, çalışmamızda sağlık güvencesi olmayanların daha düşük gözükmemesinin, çalışmamızın sosyo-ekonomik düzeyi çok yüksek olmamakla birlikte kentsel bölgede yapılmış olması ile ilişkili olduğu düşünülmüştür.

Araştırmaya katılan gebelerin resmi nikah durumlarına bakıldığında, % 97,5'inin evli olduğu, % 2,5'inin ise resmi nikahlarının olmadığı görülmüştür.

Gebelerin eşlerinin öğrenim durumları incelendiğinde, % 49,2'sinin ilköğretim ve altı, % 38,0'inin lise, % 12,8'inin ise yüksek okul mezunu olduğu görülmüştür. Türkiye genelinde olduğu gibi, çalışma grubumuzdaki erkeklerin öğrenim düzeyi kadınlardan daha yüksektir. Gebelerin eşlerinde çalışma durumu değerlendirildiğinde ise, eşlerinin % 86,8'inin çalıştığı, % 13,2'sinin ise çalışmadığı görülmektedir. Çalışma grubumuzdaki düzeyler, Türkiye'de erkeklerin işsizlik düzeylerinden daha yüksek gözükmektedir (TÜİK, 2008).

Çalışma grubunu oluşturan gebelerin KBDYG ortalamaları 5949,46 ±5353,68 TL olup, genel olarak düşük ekonomik düzeye sahip oldukları söylenebilir. Ankara’da yapılan gebelikle ilgili diğer hastane temelli çalışmalara göre düşük olduğu görülmüş olup (Avcı, 2011), bunun hastanenin Ankara’nın gelir düzeyi düşük bölgelerinden birinde ve başvuran kişilerin sosyo-ekonomik düzeyinin düşük olduğu bir hastane olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Araştırmaya katılan kadınların doğurganlıkla ilgili özellikleri tanımlandığında, toplam gebelik, canlı doğum ve ölü doğum sayıları incelendiğinde, kadınların % 33,7’sini ilk gebeliği olanlar oluşturmaktadır. % 41,4’ü hiç canlı doğum yapmamışken, % 58,6’sının 1 ya da daha fazla canlı doğumu bulunmaktadır. Araştırmaya katılan gebelerin bu gebeliklerindeki canlı doğum sonuçları yansıtıldığında 0,88 olan canlı doğum sayısı, 2,0’ye yaklaşmakta olup, Türkiye’deki canlı doğum sayıları ile benzerlik göstermektedir (HÜNEE, 2009). Toplam 12 kadın (% 2,0) ölü doğum yapmıştır. TNSA-2008 sonuçlarına göre, 15-49 yaş arasındaki kadınların %1,0’inden azı ölü doğum yapmıştır (HÜNEE, 2009). Gebelerin yaptıkları istemsiz ve istemli düşük sayılarına bakıldığında, % 16,7’sinin bir ya da daha fazla istemsiz düşük yaptığı, % 7,8’inin ise bir ya da daha fazla istemli düşük yaptığı saptanmıştır. Türkiye’de ise 15-49 yaş arası kadınların % 20,0’sinin istemsiz, % 22,0’sinin isteyerek düşük yaptığı bilinmektedir ancak bu oran 15-49 yaş arası tüm kadınları kapsamakta olup, bizim çalışma grubumuzun yaşı düşünüldüğünde daha düşük olması beklenen bir sonuçtur (HÜNEE, 2009). Çalışmamızda istemsiz düşük düzeyi % 11,8 (1152 gebelikte 136) ve istemli düşük düzeyi % 6,8 (1152 gebelikte 78) olarak bulunmuştur. Buna karşılık, TNSA-2008 verilerine göre 100 gebelikte istemsiz düşük düzeyi % 10,5, isteyerek düşük düzeyi ise % 10,0 olup, isteyerek düşük düzeyi kentsel bölgelerde % 7,8 olarak bildirilmektedir (HÜNEE, 2009); yaş grubumuz dikkate alındığında isteyerek düşük yüzdemizin Türkiye rakamlarıyla uyumlu olduğu görülmektedir.

4.2. Araştırmaya Katılan Gebelerin EDSÖ'ne Göre Belirlenen Gebelik Depresyonu Sıklığı, İlişkili Etmenler ve Çok Değişkenli Analiz Sonuçları

EDSDÖ ile 13 ve üzeri puan alanlar depresif olarak kabul edildiğinde, araştırmaya katılan gebelerde depresyon sıklığı % 25,5 olarak bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda, gebelikte depresyon sıklığı % 10,0-% 30,0 arasında değişmekte olup, prevalansın gelişmiş ülkelerde % 10,0-% 14,0, gelişmekte olan ülkelerde % 15,0-% 30,0 olduğu belirtilmektedir. Çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalara baktığımızda gebelik depresyonu prevalansı Brezilya'da % 14,2 (Pereira ve ark., 2009), Macaristan'da % 17,9 (Bödecs ve ark., 2009), Amerika'da % 20,0 (Marcus ve ark., 2003), Finlandiya'da % 30,0 (Kurki ve ark., 2000) olarak bulunmuştur. Ülkemizde yapılan çalışmalarda gebelikte depresyon sıklığı % 27,9-% 33,1 arasında değişmektedir (Çalışkan ve ark., 2007; Gölbaşı ve ark., 2010; Karaçam ve Ançel, 2009; Ocaktan ve ark., 2006; Şentürk ve ark., 2011). Bizim de çalışmamızda bulduğumuz gibi bu rakamlar dünya geneline göre oldukça yüksek olup, ülkemizde gebe kadınların erken yaşlarda özellikle ergenlikte ve sık aralıklarla gebe kalmaları, yaşadıkları ekonomik problemler, düşük eğitim düzeyleri, aile içi sorunları ve sosyal desteklerinin eksik oluşu gibi faktörler bu rakamları etkilemektedir.

Araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalamaları değerlendirildiğinde, depresyonu olan grupta $26,07 \pm 6,21$ olan yaş ortalaması, depresyonu olmayan grupta $26,13 \pm 5,39$ olarak bulunmuş olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($t=0,111$, $p=0,912$). Ancak yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde, 19 yaş ve altı, 35 yaş ve üzeri gebelerde depresyonun daha yüksek düzeylerde olduğu görülmüştür ($p=0,009$). Literatürde gebelik depresyonunun en önemli risk faktörlerinden birisinin yaş olduğu belirtilmekte olup, genç yaştaki ve ileri yaştaki gebeliklerde gebelik depresyonu sıklığının arttığı pek çok çalışma ile gösterilmiştir (Kazi ve ark., 2006; Lau ve Keung, 2007; Figueiredo ve ark., 2007; Luke ve ark., 2009; Ali ve ark., 2012).

Gebelerin öğrenim durumlarına göre depresyon durumları incelendiğinde, ilköğretim ve altı grupta gebelerin % 30,3'ünün, lise mezunu gebelerin % 21,4'ünün,

yüksek okul mezunu gebelerin ise % 10,3'ünün depresyonu olduğu görülmüş olup, öğrenim durumu yükseldikçe depresyon azalmaktadır ($p=0,002$). Öğrenim durumu ile gebelik depresyonu arasında ilişki olmadığını (Miyake ve ark., 2012; Ali ve ark., 2012) ya da yüksek öğrenim düzeyine sahip gebelerde depresyonun daha sık görüldüğünü (Luo ve ark., 2007) belirten az sayıda yayın olduğu, buna karşılık genel olarak yapılan çalışmalarda düşük eğitim düzeyinin gebelik depresyonu için risk faktörlerinden birisi olduğu bulunmuştur (Quinlivan ve ark., 2004; Pereira ve ark., 2009; Qiao ve ark., 2009; Koleva ve ark., 2011). Brezilya'da yapılan bir çalışmada, eğitim düzeyi artışının gebelik depresyonuna karşı koruyucu etkisi olduğu belirtilmiştir (Lovisi ve ark., 2005). Ülkemizde yapılan çalışmalarda da öğrenim durumu ile depresyon arasındaki ilişkiler benzerdir (Akbaş ve ark., 2008; Yılmaz ve Beji, 2010; Çakır ve Can, 2012). Stresle başa çıkarken eğitim düzeyi arttıkça gebe kadınların boyun eğici ve çaresiz yaklaşım tarzından uzaklaştıkları ve stresle başa çıkmada eğitimin olumlu katkısı olduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılan gebelerde, çalışma durumu ile depresyon arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup, çalışan gebelerde depresyonun daha az olduğu görülmüştür ($p=0,000$). Miyake ve ark. (2012), 1741 gebeyle yaptıkları çalışmalarında, çalışan gebelerde çalıştıkları işin yarı ya da tam zamanlı olmasından bağımsız olarak daha az sıklıkta depresyon görüldüğünü saptamışlardır. Benzer şekilde, Amerika'da ve Macaristan'da yapılan iki ayrı çalışmada, işsiz veya düşük maaşla vasıfsız işçi olarak çalışan gebelerde depresyonun daha sık görüldüğü belirtilmiştir (Whooley ve ark., 2002; Bödecs ve ark., 2009). Türkiye'de yapılan çalışma sonuçları da benzer olup, çalışmayan kadınlarda gebelik depresyonunun çalışan kadınlara göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Gözüyeşil ve ark., 2008; Arslan, 2010; Yılmaz ve Beji, 2010).

Gebelerin sağlık güvencesi olma durumları ile depresyon arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, sağlık güvencesi olan gebelere göre, bu yüzde Yeşil Kartlı gebelerde ve özellikle de ağılık güvencesi olmayan gebelerde yüksektir ($p=0,000$). Çalışmamızla benzer şekilde, sağlık güvencesi olmayan gebelerde gebelik depresyonunun daha çok görüldüğünü belirten pek çok çalışma mevcuttur (Cooklin

ve ark., 2007; Kopelman ve ark., 2008; Leigh ve Milgrom, 2008; Kırpınar ve ark., 2010).

Araştırmaya katılan gebelerin resmi nikah durumları ile depresyon arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, resmi nikahı olan gebelere göre, resmi nikahı olmayan gebelerde depresyon anlamlı ölçüde yüksek düzeydedir ($p=0,000$). Bunun yanı sıra, ilk evliliği olan gebelere göre birden çok evlilik yapan gebelerde depresyon daha yüksek düzeydedir ($p=0,000$). İsteyerek evlenen gebelerin % 15,6'sı depresif iken, istemeden evlenenlerin % 88,1'i, aile onayı olmadan kaçarak evlenenlerin % 51,1'i depresif bulunmuştur. Buna göre, tekli analizlerde evliliğin istenme durumu ve aile onayı depresyonla ilişkilidir ($p=0,000$). Çoklu analiz sonuçlarında, istemeden evlenenlerde risk artışı mevcutken (OR: 5,64), kaçarak evlenenlerdeki risk artışı istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (% 95 GA: 0,75-6,17). Yapılan çalışmaların bulguları da bizim çalışma sonuçlarımızı destekler nitelikte olup, eşiyile isteyerek evlenmiş, mutlu bir evliliği olan gebelerde depresyonun, bekar, eşinden ayrılmış ya da ayrı yaşayan ve eşinden destek görmeyen gebelere göre daha az görüldüğünü ortaya koymaktadır (MacDonald ve ark., 1992; Adeyuwa ve ark., 2007). Eş desteğinin yokluğu (evli ya da bekar), eşle iletişim zayıflığı, eşle uyumsuzluk, evlilik ilişkisinde yaşanan sorunlar gebelik ve depresyon ile bağlantılı bulunmuş, evlilik ilişkisindeki sorunların gebelik depresyonu için bir risk etmeni olabileceği belirtilmiştir (Herrera ve ark., 1992; Bilszta ve ark., 2008; Gözüyeşil ve ark., 2008; Escribe-Agüir ve ark., 2008).

Çalışma grubundaki gebelerin eşleriyle birliktelik sürelerine göre depresyon durumları değerlendirildiğinde, depresyon ilk bir yıl içerisinde en düşük düzeyde olup, 2-5 yıl ve 6-10 yıl içerisinde bir miktar yükselmekte, 11 yıl ve üzerinde ise küçük bir düşüş görülmektedir. Ancak görülen bu farklar istatistiksel anlamlılık düzeyinde değildir ($p=0,350$). Ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda da evlilik süresi ile depresyon arasındaki ilişki incelenmiş olup, bazı çalışmalarda evlilik süresi 5 yılın üzerine çıktığında anksiyete ve depresyonun arttığı yönünde sonuçlar bildirilmekteyken (Akbaş ve ark., 2008; Çakır ve Can, 2012) bazı çalışmalarda ise herhangi bir ilişki bulunmamıştır (Kılıçarslan, 2008).

İlk evlilik yaşı ortalamaları depresyonu olan grupta $19,32 \pm 3,87$, depresyonu olmayan grupta $20,66 \pm 3,99$ olarak bulunmuş olup, istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=3,621$ $p=0,000$). Yaşlar gruplandırıldığında ise, ilk evlilik yaşı 18 ve altında olanların % 32,6'sının, 19-24 arasında olanların % 22,2'sinin, 25 ve üzerinde olanların % 15,9'unun depresif olduğu görülmüştür. İlk evlenme yaşı yükseldikçe depresyonun anlamlı bir şekilde azalması dikkat çekici olup, bulgular istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,002$). TNSA-2008 verilerine göre, Türkiye'de ilk evlenme yaşı ortalama 20,8 olup, çalışmamızda bulduğumuz ilk evlilik yaşı ortalaması ile benzerlik göstermektedir (HÜNEE, 2009). Toplumumuzda kızların genel olarak erken yaşta evlendirilmesi, erken yaş gebeliklerine ve diğer sonuçlara neden olmakta ve depresyon gelişimi üzerine etkili olabilmektedir. Pek çok çalışma erken yaş gebeliklerinin gebelik depresyonu üzerine etkisine odaklanmış ve ilişkili bulmuştur (Rich-Edwards ve ark., 2006; Melville ve ark., 2010; Hartley ve ark., 2011). Ülkemizde yapılan çalışmalarda, daha çok gebelik sonrası depresyonu ile ilk evlilik yaşı arasındaki ilişki incelenmiş, evlilik yaşı düştükçe depresyonun arttığı (Gülner ve ark., 2010) ya da evlilik yaşı ile gebelik sonrası depresyonu arasında ilişki olmadığı yönünde sonuçlar bildirilmiştir (Atasoy ve ark., 2004; Selçuk ve ark., 2012). Gözüyeşil ve ark. (2008) ise, bizim çalışma sonuçlarımızla benzer olarak, evlilik yaşı düşük olan gebelerde, gebelik depresyonunun daha çok görüldüğünü belirtmişlerdir. Erken evlenen kadınların öğrenim durumlarının ve sosyo-ekonomik durumlarının düşük olması da bu artış ile ilişkili olabilir.

Araştırmaya katılan gebelerin eşlerinin öğrenim durumlarına göre depresyon durumları incelendiğinde, eşlerin öğrenim durumu yükseldikçe gebelerde depresyonun azaldığı görülmekte olup, depresyon ile eşin öğrenim durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,007$). Literatürde eşin eğitim düzeyi ile gebelik depresyonu arasında ilişki olmadığını belirten yayınlar olmakla birlikte (Akbaş ve ark., 2008; Arslan, 2010), eşin eğitim düzeyi ile gebelik depresyonu ve doğum sonrası depresyonu arasında negatif ilişki bulan çalışmalar da mevcuttur (Ekuklu ve ark., 2004; Kılıçarslan, 2008). Eğitim durumu yüksek olan eşlerin, sosyal ve ekonomik olarak daha güçlü olmalarının, eşleriyle daha iyi iletişim

kurabilmelerinin ve her yönden eşlerine daha fazla destek olmalarının, depresyon açısından olumlu etkisi olduğu düşünülmektedir.

Gebelerin eşlerinin çalışma durumları ile depresyon arasındaki ilişkilere bakıldığında, eşleri düzenli olarak gelir getiren bir işte çalışanlarda % 20,2 olan depresyon, bir işte çalışmayanlarda % 60,8'e yükselmektedir ($p=0,000$). Eşin çalışma durumu ailenin sosyo-ekonomik düzeyi açısından çok önemli olup, sosyo-ekonomik düzeyin gebelik depresyonu için en önemli risk faktörleri arasında olduğu ve gelir seviyesi düşük olan gebelerde hem gebelik depresyonunun hem de doğum sonrası depresyonunun daha çok görüldüğü pek çok çalışma ile gösterilmiştir (Sequin ve ark., 1995; Beeghly ve ark., 2003; Ekuklu ve ark., 2004; da Silva ve ark., 2008). Eşi işsiz olanlarda hem ekonomik güçlükler, hem de eşin işsizlik nedeniyle yaşadığı bunalımlar ve eşine yeterli destek olamaması; gebelerde depresyonun ortaya çıkmasına neden olabilir.

Araştırmaya katılan gebelerde, KBDYG ortalamaları değerlendirildiğinde, depresyonu olanlarda $4002\pm 2518,6$ TL iken, depresif olmayanlarda $6615\pm 5881,1$ TL olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=7,580$, $p=0,000$). KBDYG dağılımlarına göre incelendiğinde, KBDYG'leri 3000 TL ve altında olan gebelerde % 47,1 olan depresyon sıklığının, gelir arttıkça giderek düştüğü 6001 TL ve üzerinde olanlarda % 9,6 civarında olduğu görülmüştür ($p=0,000$). Ruhsal hastalıkların gelir düzeyi ile ilişkisi bilinmekte olup, yapılan pek çok çalışmada gelir düzeyi düştükçe hem gebelik hem de gebelik sonrası depresyon görülme düzeylerinin arttığı ve gelir seviyesinin gebelik depresyonu için önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (Hobfoll ve ark., 1995; Ritter ve ark., 2000; Gülseren ve ark., 2006; Lancaster ve ark., 2010; Dennis ve ark., 2012).

Çalışma grubunu oluşturan gebelerin yaşadıkları evin kime ait olduğu ile depresyon arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, kendilerine ait evde yaşayan gebelerin % 14,0'ü depresif iken, kirada yaşayan gebelerin % 28,2'si, ebeveyne ait evde yaşayan gebelerin ise % 57,9'u depresif olup, aradaki farklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$). Yaşanılan evin kime ait olduğu, sosyo-ekonomik

düzeğin göstergelerinden biri olarak kabul edilebilir ve sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olan gebelerde depresyon daha az görülmektedir (Rich-Edwards ve ark., 2006; da Silva ve ark., 2008; Akbaş ve ark., 2008). Kendine ait evde yaşayan gebelerde, kirada yaşayanlara göre daha düşük depresyon görülmesi buna bağlanabilir. Bunun yanı sıra, en yüksek depresyon düzeyinin ebeveyne ait evlerde yaşayan gebelerde görülmesi, çalışma grubumuzda bu gebelerin hemen hepsinin, ebeveynleriyle birlikte yaşıyor olmasıyla ilişkili olduğunu düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan gebelerin evde birlikte yaşadıkları kişi sayısı ile depresyon arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, evde yaşayan kişi sayısı arttıkça depresyonun arttığı gözlenmiştir. Evdeki kişi sayısı iki olan (bunların tamamı sadece eşile yaşamaktadır) gebelerde depresyon % 11,4 iken, evdeki kişi sayısı 3-4 olanlarda % 24,7, 5 ve üzeri olanlarda % 47,2'ye çıkmış olup, farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000). Evde yaşayan kişiler değerlendirildiğinde ise, yalnızca eşi ve varsa çocukları ile yani aile tipi çekirdek aile olan gebelerde düşük olan depresyon düzeyi, eşi (varsa çocukları) ve eşinin akrabaları ile yaşayan gebelerde yükselmekte olup, evde birlikte yaşanan kişiler ile depresyon arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000). Çoklu analiz sonuçlarında ise, çekirdek aile yapısında olanlara göre, eşinin akrabaları ile yaşayanlarda 3,73 kat risk artışı bulunmuştur. Literatürdeki pek çok çalışma sonuçları, bulgularımızla uyumlu olup, evde eşi ile yaşayan ve uyumlu bir evliliğe sahip olan gebelerde gebelik depresyonunun daha az görüldüğü belirtilirken, evde yaşayan kişi sayısı arttıkça ve çekirdek ailenin dışına çıkıldıkça, özellikle de kayınvalide ve kayınpeder ile yaşayan gebelerde, gebelik depresyonu sıklığının arttığı vurgulanmaktadır (Faisal-Cury ve ark., 2009; Loo ve ark., 2010). Depresyon açısından en riskli grup, kayınvalideleri ile aynı evi paylaşan ve ilişkilerinin iyi olmadığını, kayınvalidelerinden destek görmediğini söyleyen gebelerdir (Lau ve Wong, 2008; Lau ve ark., 2011; Siu ve ark., 2012). Bizim toplumumuzda da eşin ailesi ile yaşama yaygın olup, çalışma grubumuzda da yüksek düzeydedir. Depresyonu olanların yaklaşık yarısını bu grup oluşturmaktadır. Kendi akrabalarıyla yaşayan gebelerde depresyonun artmaması, gebelerin kendi akrabalarıyla daha iyi bir iletişim ve paylaşım içinde olmalarına bağlı olabilir.

Araştırmaya katılan gebeler, bu gebeliklerini isteme durumlarına göre değerlendirildiğinde, isteyerek gebe kalan grupta % 10,4 olan depresyon sıklığı, istemeden gebe kalan grupta % 67,7'ye yükselmektedir ($p=0,000$). Gebeliği isteme durumu, çoklu analiz sonucunda da önemli bir faktör olarak belirlenmiş, istemeden gebe kalanlarda depresyon riskinin 6,34 kat arttığı saptanmıştır. Çalışma bulgumuzla benzer şekilde, istenmeyen gebeliğin depresyon için önemli bir risk etkeni olduğu birçok çalışmada ortaya konulmuştur (Najman ve ark., 1991; Leathers ve Kelley, 2000; Rich-Edwards ve ark., 2006; Karmaliani ve ark., 2009; Lancaster ve ark., 2010). Brezilya'da 1264 gebede yapılan çalışmada, gebeliğin planlanmamış olması depresyon riskini arttırmıştır (Silva ve ark., 2010). Avusturalya'da 8556 gebede, gebelik esnasında ve doğumdan 6 ay sonra yapılan bir çalışmada, istenmeyen gebeliği olanlarda gebelik depresyonunun daha fazla görüldüğü ancak doğumdan sonraki takip döneminde depresyonun gerilediği belirtilmiştir (Najman ve ark., 1991). Christensen ve ark.ının (2011) yaptıkları çalışmada ise özellikle bu durumun, doğum sonrası depresyonu için risk artışı getirdiği ve aile planlamasının önemli olduğu ortaya konmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların depresyon durumlarına göre, toplam gebelik, canlı doğum ve ölü doğum sayılarının dağılımı incelendiğinde, gebelik sayısı, canlı ve ölü doğum sayısı arttıkça depresyonun anlamlı ölçüde arttığı gözlenmiştir ($p=0,000$, $p=0,004$, $p=0,049$). Ortalamalar yönünden bakıldığında da, depresyonu olan grupta her üç durumun ortalaması depresyonu olmayan gruba göre daha yüksektir ($z=4,33$, $p=0,000$; $z=2,85$, $p=0,004$; $z=1,97$, $p=0,049$). Gebelik sayısı ve canlı doğum sayısına paralel bir şekilde yaşayan çocuk sayısı ortalaması da depresyonu olan grupta, olmayan gruba göre daha yüksektir ($z=3,10$, $p=0,002$). Literatürde gebelik sayısı ve doğum sayısı artışının, gebelik depresyonu için risk faktörü olmadığını, aksine multiparitenin koruyucu etkisi olduğunu belirten yayınlar da olmasına rağmen (Selçuk ve ark., 2011; Barbadoro ve ark., 2012), genel görüş hem gebelik hem de gebelik depresyonunun attığı yönünde olup bizim çalışma sonuçlarımızla uyumludur (Righetti-Veltima ve ark., 1998; Gavin ve ark., 2011; Çakır ve Can, 2012). Bu durumun etkisi, gebeliğin istenip istenmemesi, sosyo-ekonomik durum vb. ile de ilişkili olduğundan toplumlara göre farklılık gösterebilir.

Doğum sayısı ve yaşayan çocuk sayısı artışı, kadınların üzerindeki maddi ve manevi yükü arttırmakta, hem psikolojik hem de fizyolojik olarak yorulmalarına neden olarak, gebelik depresyonuna zemin hazırlayabilmektedir. Birçok çalışmada, daha önceden ölü doğum yapmış olmanın da (kötü obstetrik öykü), gebenin kaygılarını arttırdığı ve gebelik depresyonu için bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (Hughes ve ark., 1999; Arslan, 2010; Fottrell ve ark., 2010; Prost ve ark., 2012). Toplumumuzda doğurganlık düzeyi yüksek olan kadınların genelde daha düşük sosyo-ekonomik düzeyde olmaları da, doğurganlıkla depresyon arasındaki ilişkide etkili olabilir (HÜNEE, 2009).

Çalışma grubunu oluşturan gebelerin depresyon durumlarına göre istemsiz düşük sayılarının dağılımlarına bakıldığında, istemsiz düşük ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,628$). İstemsiz düşük sayısı ortalamaları da her iki grupta benzerdir ($z=0,90$, $p=0,370$). Bizim çalışmamızla benzer şekilde, daha önceden yaşanan istemsiz düşüklerin gebelik depresyonunu etkilemediğini belirten yayınlar da mevcuttur (Akbaş ve ark., 2008; Arslan, 2010). Buna karşılık kadınların istemli düşüğünün olması ve bu sayının artması depresyonu anlamlı ölçüde yükseltmektedir ($p=0,000$). İstemli düşük ortalamaları açısından da her iki grup arasında anlamlı fark bulunmuştur ($z=7,76$, $p=0,000$). Literatürde, istemli düşük öyküsü olan gebelerde, suçluluk duygusu ve bundan dolayı acı çekmenin yaygın olduğu ve gebelik depresyonunun daha sık görüldüğü belirtilmektedir (Llewellyn ve ark., 1997; Bernazzani ve Bifulco, 2003). Bunun yanı sıra, toplumumuzda sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan grupta aile planlaması yöntemlerinin daha az kullanıldığı, istemeden gebe kalma ve düşük düzeylerinin yüksek olduğu bilinmektedir (HÜNEE, 2009). Dolayısıyla istemli düşükle depresyon arasında bulduğumuz ilişki, sosyo-ekonomik durum ile ilişkili olabilir.

Çalışma grubunda, geçmişte depresyon tanısı almış olan gebelerde depresyon anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p=0,000$) (% 17,6'ya karşılık % 74,7). Ayrıca, daha önce doğum yapmış olan gebeler ele alındığında, daha önceki gebelikte veya doğum sonrasında depresyon tanısı almış olma ile de depresyon arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$). Literatürde, gebelikte depresyon öyküsünün daha

sonraki gebeliklerde risk artışına neden olduğunu belirten yayınlar olmakla birlikte (Kısa ve Yıldırım, 2004; Dietz ve ark., 2007) ulaşılan yayınlarda bu konunun az incelendiği, ancak genel olarak çalışmalarda geçmişte herhangi bir zamanda depresyon ya da bir psikiyatrik hastalık tanısı almış olmanın gebelik depresyonu için bir risk faktörü olduğu şeklinde sonuçlar mevcut olup, çalışma bulgularımızla benzerlik göstermektedir (Johnstone ve ark., 2001; Danacı ve ark., 2002; Josefsson ve ark., 2002; Lau ve Keung, 2007; Dindar ve Erdoğan, 2007; Bowen ve ark., 2009; Lancaster ve ark., 2010; Topiwala ve ark., 2012).

Çalışma grubundaki gebelerin, birinci derece akrabalarının depresyon tanısı almış olma durumlarının, depresyon ile ilişkisi incelendiğinde, birinci derece akrabalarında depresyon öyküsü olan gebelerin % 68,9'unun, depresyon öyküsü olmayan gebelerin % 16,5'unun depresyonu olduğu görülmüş olup, aradaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$). Depresyonun genetik yatkınlığı olduğu ve ailede depresyon olmasının depresyona yakalanma riskini arttırdığı bilinmekte olup, hastaların özellikle birinci derecedeki akrabalarında depresyon riski 2-3 kat artmaktadır (Weismann ve ark., 1982; Levinson, 2006). Monozigot ikizlerde, dizigot ikizlere oranla hastalığa yakalanma oranlarının belirgin şekilde daha yüksek olması da genetik geçişin etkisini desteklemektedir (McGuffin ve ark., 1991). Benzer şekilde, çalışmamız sonuçlarıyla uyumlu olarak, literatürde pek çok çalışmada aile öyküsünde depresyon bulunan gebelerde depresyon riskinin arttığı belirtilmektedir (Lau ve Keung, 2007; Johnstone ve ark., 2001).

Araştırmaya katılan gebelerin, tanı konmuş kronik bir hastalık varlığı ile depresyon arasındaki ilişki incelendiğinde, herhangi bir kronik hastalığı olan gebelerde depresyon istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p=0,000$). Bu durum lojistik regresyon analizinde de anlamlı olup, kronik hastalık varlığının depresyon riskini 3,31 kat arttırdığı saptanmıştır. Brezilya'da ve Londra'da yapılan çalışmalarda kronik hastalığı olan gebelerde depresyon ve anksiyete skorlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Benute ve ark., 2010; King ve ark., 2010).

Çalışma grubunu oluşturan gebelerin, gebelik esnasında gebelikle ilgili önemli bir tıbbi sorun yaşamış olması durumunda depresyonun anlamlı ölçüde yükseldiği görülmüştür ($p=0,000$). Bu durum çoklu analiz sonucunda da önemli bir faktör olarak belirlenmiştir (OR: 3,89). Literatür sonuçları çalışma sonuçlarımızla uyumlu olup, gebeliği esnasında önemli bir tıbbi sorun yaşayan gebelerde, anksiyete ve depresyonun daha sık görüldüğü belirtilmektedir (Benute ve ark., 2010; King ve ark., 2010).

Araştırmaya katılan gebelerde, bulantı-kusma varlığı ile depresyon arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuşken, bu nedenle hastanede yatma ile depresyon arasındaki ilişki anlamlı değildir ($p=0,000$, $p=0,399$). Gebelikte bulantı-kusma özellikle de hiperemesis ile depresyon arasında ilişki olduğunu belirten pek çok çalışma mevcuttur (McCarthy ve ark., 2011; Hızlı ve ark., 2012; Gadsby, 2012, Huang ve ark., 2012). Gebelik bulantı-kusması etyolojisinde fizyolojik, sosyo-kültürel ve psikolojik etkenlerin rol oynadığı belirtilmektedir (Simpson ve ark., 2001; Philip, 2003; Tan ve ark., 2010). Dolayısıyla, her ne kadar gebeliğe bağlı bulantı-kusması olan gebelerde, gebelik depresyonunun daha fazla görüldüğü belirtilse de, depresyonu olan gebelerde bulantı-kusmanın daha fazla görülüyor olabileceği de akılda bulundurulmalıdır (Roberts ve ark., 2004).

Araştırmaya katılan gebelerde, eşleriyle sorunlarını her zaman rahatlıkla paylaşabildiğini belirtenlerde depresyon düşük iken (% 7,3), paylaşım azaldıkça depresyon giderek anlamlı ölçüde yükselmektedir (hiçbir zaman paylaşmadığını belirtenlerde % 91,7) ($p=0,000$). Çoklu analiz sonuçlarında ise, her zaman sorunlarını paylaşabildiğini belirtenlere göre, bazen paylaşabildiğini söyleyen gebelerde risk 3,67 kat, nadiren veya hiçbir zaman paylaşmadığını söyleyenlerde ise 16,71 kat artmıştır. Önemli sorunların eş ile rahatlıkla paylaşılabilirdiği ve annelik rolünün eş tarafından onaylandığı evliliklerde kadınların annelik fikrine daha kolay uyum sağladıkları, evlilik ilişkisinin zayıf, gebelik esnasında ve doğum sonrası dönemde erkeğin ilgisiz olduğu evliliklerde ise kadınların depresyona daha yatkın olduğu bilinmektedir (Sorias, 1988; Affonso ve ark., 1991; Seguin ve ark., 1995; Rodrigues ve ark., 2003). Avustralya'da 1578 gebe ile yapılan bir çalışmada, eşlerinden destek

göremediklerini ve ilişkilerinde sorun yaşadıklarını belirten gebe grubunda daha yüksek düzeyde depresyon görüldüğü belirtilmiştir (Bilszta ve ark., 2008).

Çalışma grubundaki gebelerin, aile içinde eşi ya da başka birisiyle sorun veya huzursuzluk yaşamaları durumu da depresyon ile ilişkili olup farklar istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,000$) (hiçbir zaman sorun yaşamadığını belirtenlerde % 4,4 olan depresyon sıklığı, her zaman sorun yaşadığını belirtenlerde % 100,0'e çıkmaktadır). Gebeliklerini, aile ilişkilerinin daha iyi olduğu, sorun ve huzursuzluğun bulunmadığı ortamda geçiren gebelerin, stres etkenleri ve kaygı ile daha kolay baş edebildikleri, duygusal ve bilişsel olarak daha rahat oldukları ve gebelik depresyonu için daha az risk taşıdıkları bilinmektedir (Nasreen ve ark., 2011).

Araştırmaya katılan gebelerden, yakın akraba veya arkadaşlarından her zaman ve sıklıkla destek aldığını ve sorunlarını paylaşabildiğini belirten gebelere oranla, bazen, nadiren ve hiçbir zaman destek almadığını belirtenlerde depresyon giderek artan şekilde ve anlamlı ölçüde yükselmektedir ($p=0,000$). Bu ilişki, çoklu analiz sonucunda da anlamlı bulunmuş olup, sorunlarını akraba veya arkadaşlarıyla bazen paylaşabildiğini söyleyen gebelerde riskin 2,76 kat, nadiren veya hiçbir zaman paylaşamadığını söyleyenlerde ise 4,45 kat arttığı bulunmuştur. Literatür incelendiğinde, bulunan çalışma sonuçları bizim sonuçlarımızı destekler nitelikte olup, gebelik depresyonunun en önemli risk faktörlerinden birisinin gebelerin sosyal destek yoksunluğu olduğu belirtilmektedir. Sosyal destek; yaşanan sorunların ve problemlerin paylaşımında önemli bir etken olup, bireyler herhangi bir problemle karşılaştıkları zaman profesyonel olmayan yardım kaynaklarına başvururlar ki, bunlar da birinci derece akrabalar, eş ve yakın arkadaşlardır. Kişinin çaresizlik duygusunu azaltarak, stresle başa çıkma konusunda kendine olan güvenini artırır, bireylerin sevgi, bağlılık, benlik saygısı ve bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimlerini karşılayarak fiziksel ve psikolojik sağlığı olumlu yönde etkiler. Sorunlarını aile üyeleri ve arkadaşlarıyla rahatlıkla paylaşabildiğini ve onlarla iletişiminin iyi olduğunu belirten gebelerin, gebelik depresyonuna çok daha az oranda girdikleri pek çok çalışma ile gösterilmiştir (Herrera ve ark., 1992; Rodriques

ve ark., 2003; Elsenbruch ve ark., 2007; Şentürk ve ark., 2011; Dennis ve ark., 2012; Duman, 2012; Eastwood ve ark., 2013).

Araştırmaya katılan gebelerin, genel ruh sağlığı ile ilgili, kendileri için uygun gördükleri tanımlamalar incelendiğinde, genel ruh sağlığını mükemmel olarak değerlendiren gebelerin hiçbirinde depresyon izlenmemiştir. Genel ruh sağlığını çok iyi ve iyi olarak değerlendiren gebelerin ise sırasıyla % 4,3'ü ve % 10,4'ü depresif iken, orta olarak değerlendiren gebelerin % 68,4'ü, kötü olarak değerlendiren gebelerin ise tamamı depresiftir (% 100,0). Gebelerden, bu konuda, fikrim yok ya da cevap vermek istemiyorum şikkını işaretleyenlerde ise depresyon sırasıyla % 50,0 ve % 48,9 olarak bulunmuştur ($p=0,000$). Bu soruya verilen cevaplarla EDSDÖ sonuçlarının birbirine çok benzer çıkması nedeniyle, ilişki gamma katsayısıyla değerlendirilmiş ve güçlü bir ilişki olduğu bulunmuştur ($\text{gamma}=0,77$). Fikrim yok/cevap vermek istemiyorum diyenler çıkarılarak değerlendirildiğinde ise, uyum daha da artmıştır ($\text{gamma}=0,91$). Buradan yola çıkarak, kişinin ruhsal durumunu kendi değerlendirmesinin de dikkate alınabileceğini söyleyebiliriz.

4.3. Araştırmaya Katılan Gebelerde Depresyon Sonucu Ortaya Çıkan Sorunlar

Gebelikteki depresyonun doğum öncesi bakım üzerine etkilerini değerlendirebilmek amacıyla, ilk muayene haftaları ve toplam muayeneye geliş sayıları incelenmiştir. Depresyondaki gebelerin ilk muayeneye daha geç geldikleri görülmüş olup (7. haftaya karşılık, 14. hafta), iki grubun ilk muayene haftaları ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($z=11,6$, $p=0,000$). Gebelerin, ilk DÖB aldığı hafta gruplanarak değerlendirildiğinde ise; depresyonu olanların ancak % 55,5'inin 5-12 hafta içinde, geri kalan önemli bir oranda gebenin ise daha geç dönemlerde DÖB aldığı, buna karşılık depresyonu olmayan gebelerin büyük bir kısmının (% 95,0) 5-12 hafta içerisinde ilk kontrollerini yaptırdığı görülmüştür. Buna göre, depresyondaki gebeler ilk kontrollerine daha ileri haftalarda gelmişlerdir ($p=0,000$).

Gebelerin toplam DÖB sayısı ortalamaları depresyonu olanlarda $4,71 \pm 1,939$ iken depresyonu olmayanlarda $7,55 \pm 1,357$ olup, iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($z=14,28$, $p=0,000$). Gebelerin toplam DÖB sayıları gruplandırıldığında ise, depresyonu olanların % 30,7'si 1-3 kez DÖB almışken, bu yüzde diğer grupta sadece % 1,1'dir. Bu düzeyler 4-6 kez DÖB alma için % 49,0 ve % 14,5, 7-9 DÖB için % 20,3 ve % 84,4'tür ($p=0,000$). Buna göre depresif gebeler daha az sayıda DÖB almışlardır. DÖB üzerine etkili faktörleri bulmak için yapılan çoklu analiz sonuçlarında da, gebede depresyon olması durumunun yetersiz sayıda DÖB (<4) için etkili faktör olduğu ve yetersiz DÖB riskini 24,82 kat arttırdığı ortaya konmuştur. Bu analizde bir de gebeliği isteme durumu etkili çıkmıştır (OR: 2,2). Ülkemizde, Sağlık Bakanlığı tarafından DÖB için “gebeliğin ilk üç ayında başlaması ve riski olmayanlarda en az dört kez sağlık personeli tarafından izlenmesi” önerilmektedir (T.C.Sağlık Bakanlığı, 2008). TNSA-2008 verilerine göre, ülkemizde gebelikleri süresince en az dört kez DÖB almış kadınların sıklığı % 74,0'tür (HÜNEE, 2010). Bu düzey bizim çalışma grubumuzda % 91,3 olarak bulunmuş olup, çalışmamızın kentsel bölgede yapılmış olmasıyla ilişkidir. Ancak her ne kadar bu düzey yüksek ise de depresyonu olan ve olmayanlar arasındaki farklar dikkat çekici olup, depresyonu olanların sadece % 69,3'ü $4 \leq$ DÖB almıştır. Depresyonu olan gebelerin öz bakımlarının azaldığı, gebelik takiplerini aksatarak daha az DÖB aldıkları, sağlık personelinin önerilerine daha az uydukları ve doğumun gerektirdiği uyum ve önlemleri almalarının zorlaştığı çeşitli çalışmalarla ortaya konmuştur (Bonari ve ark., 2004; Stewart, 2005).

Araştırmaya katılan gebelerin, gebelik süresince olan ağırlık artışları 3-25 kg. arasında değişmekte olup, ortalamaları değerlendirildiğinde, depresyondaki gebelerin depresyonu olmayan gebelere göre daha az kilo aldıkları ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (depresyonu olanlarda $8,22 \pm 2,965$, depresyonu olmayanlarda $11,64 \pm 3,716$) ($z=10,43$, $p=0,000$). Gebelik süresince olan kilo artışları gruplanarak değerlendirildiğinde de, depresyonu olan ve olmayanlar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$). Gebelik depresyonu yaşayan hastaların gebelikte kilo değişimleri ile ilgili literatürde net bir fikir birliği olmamakla birlikte, gebelikte oluşan yaşam şekli ve psikolojik

değişikliklerin gebelerde yeme bozukluklarına yol açtığı bilinmektedir (Harris ve ark., 1999). Bizim de çalışmamızda bulduğumuz şekilde, gebelikte ya da doğum sonrası dönemde depresyonu olan gebelerin daha az kilo aldıklarını belirten yayınlar çoğunluktadır (Zuckerman ve ark., 1989; Hickey, 2000; Dipietro ve ark., 2003; Cline ve Decker, 2012; Wright ve ark., 2013). Amerika’da yapılan bir çalışmada, depresyonun beyazlarda gebelikte az kilo alımına neden olduğu ancak siyahlarda kilo alımını etkilemediği bulunmuş ve sosyo-kültürel etkenlerin de gebelikte kilo alımı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Hickey ve ark., 1995). Ayrıca, psikolojik olarak stres altında olan gebelerde, uyku düzeni, iştah değişiklikleri, fizik aktivite, sigara ve alkol kullanımı gibi faktörler de kilo alımı üzerinde etkilidir (Hickey, 2000).

Çalışma grubundaki gebelerin kendi ifadeleri ile belirttikleri iştah durumları ile depresyon arasındaki ilişki değerlendirildiğinde de, depresyonu olanlarda iştah azalışı daha yüksek olup, bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,000$). İştah değişikliği, depresyonun tanı kriterleri arasında yer alan semptomlardan olup, depresif kişilerin bazılarında iştahın azaldığı, bazılarında ise arttığı bilinmektedir. Gebelik depresyonu ile ilgili yapılan pek çok çalışmada iştah değişikliği saptanmış olmasına rağmen, gebeliğin kendisinin de iştah değişikliklerine neden olabilmesinden dolayı gebelikte depresyon için iyi bir gösterge olmadığı belirtilmektedir (ACOG, 1993; Yonkers ve ark., 2009; Nysten ve ark., 2013; Benute ve ark., 2013).

Araştırmaya katılan gebelerin, sigara içme durumları değerlendirildiğinde, depresyonu olanların % 37,9’u sigara içmekteyken, diğer grupta depresyon sıklığı % 5,8 olup, farklar istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,000$). Gebelik esnasında bağımlılık yapıcı madde kullandığını belirten üç kişiden ikisinin depresif olduğu, gebelik öncesi kullanıp gebelikte bıraktığını söyleyen beş kişiden ise dördünün depresif olduğu görülmüştür. Çalışmaya katılan gebelerden alkol kullananların tamamı gebelikte alkolü bıraktığını belirtmişlerdir. Literatürde sigara ve madde kullanımı ile gebelik depresyonu arasındaki ilişkide, kimi çalışmalar bunun bir risk faktörü olduğunu belirtirken, kimi çalışmalarda da neden sonuç ilişkisini belirlemenin zor olduğu yer almaktadır (McCormick ve ark., 1990; Chen ve ark.,

2004; Pottinger ve ark., 2009; Silva ve ark., 2010). Bir gebe kadının sigaranın gebelik ve fetüs üzerindeki olumsuz etkilerini bilmesine rağmen, gebeliği süresince sigara içmeye devam etmesi, o kadının ciddi stres altında olduğunu gösterir. Bununla birlikte tüm bağımlılık yapıcı maddeler gibi sigaranın kendisi de depresyon gelişimini etkileyebilir (Kost ve ark., 1998; Schatz ve ark., 2012).

4.4. Araştırmaya Katılan Gebelerde Depresyonla İlişkili Gebelik Komplikasyonları ve Yenidoğana Ait Özellikler

Araştırmaya katılan gebelerin, % 85,0'inde doğum sırasında herhangi bir sorun yaşanmamışken, % 7,1'inde erken doğum, % 3,2'sinde EMR, % 1,5'inde preeklampsi geliştiği görülmüş olup, % 2,0'sinde EMR ve erken doğum, % 1,2'sinde ise preeklampsi ve erken doğum izlenmiştir. Bu düzeyler dünyada genel olarak belirtilen ve pek çok çalışmada desteklenen yüzdeler ile uyumludur (erken doğum % 5-% 18,0, EMR % 1,0-% 8,0, preeklampsi % 1,0-% 7,0) (Blencowe ve ark., 2012; WHO, 2012; Hadley ve ark., 1990; Conde-Agudelo ve ark., 2004; Telang ve ark., 2013).

Çalışmamızda, depresyonu olanların % 37,3'ünde komplikasyon izlenmişken, depresyonu olmayan gebelerde komplikasyon sıklığı % 7,4'tür ($p=0,000$). Dolayısıyla, depresyonu olan gebelerde EMR, erken doğum, preeklampsi sorunları daha yüksek düzeydedir. Gebelik depresyonunun, gebelik komplikasyonlarını arttırdığını gösteren pek çok çalışma mevcuttur. Özellikle, gebeliğin hipertansif hastalıkları (preeklampsi-eklampsi) ve preterm eylem gebelikte depresyonla ilişkili bulunan durumlar arasındadır. (Kurki ve ark., 2000; Dayan ve ark., 2006; Diego ve ark., 2009; Fransson ve ark., 2011; Straub ve ark., 2012; Kharaghani ve ark., 2012). Fiziopatolojisi konusunda fikir birliği olmamakla birlikte, yapılan geniş çaplı prospektif çalışmalarda, maternal psiko-sosyal stresin erken doğum riskini 1,5-2,0 kat arttırdığı belirtilmektedir (Hedegaard ve ark., 1993; Kramer ve ark., 2009; Chen ve ark., 2011).

Araştırmaya katılan gebelerin % 43,5'i normal yolla, % 56,5'i sezeryanla doğum yapmış olup depresif olma durumlarına göre doğum şekilleri açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,389$). Ülkemizde son yıllarda sezeryan oranları ciddi şekilde artış göstermiştir (HÜNEE, 2010). Bulduğumuz bu yüksek düzeyler, çalışmanın Ankara'da ve sorunlu gebeliklerin daha çok sevk edildiği bir eğitim hastanesinde yapılmış olması ile de ilişkilidir. Bizim çalışmamızda doğum şekli ile depresyon arasında bir ilişki bulunmamakla birlikte, depresif gebelerde sezeryan ile doğumun daha çok olduğunu belirten çalışmalar da bulunmaktadır (Andersson ve ark., 2004; Wiklund ve ark., 2007; Bener ve ark., 2012). Genellikle psiko-sosyal problemleri olan gebeler, normal doğum korkusu nedeniyle sezeryanla doğumu daha fazla istemektedirler (Halvorsen ve ark., 2008). Bazı çalışmalarda da, sezeryan ile doğum yapan gebelerde doğum sonrası depresyonun daha sık görüldüğü belirtilmiştir (Boyce ve Todd, 1992; Astbury ve ark., 1994). Ancak doğum şekli ile depresyon arasında bir ilişki bulmayan çalışmalar da mevcuttur (Carter ve ark., 2006; Göker ve ark., 2012).

Çalışma bulgularımızda görüldüğü gibi, depresyonu olan gebelerde doğum haftası daha erken ($t=8,656$, $p=0,000$), bebeğin doğum ağırlığı, doğum boyu ortalamaları ve apgar skorları anlamlı ölçüde daha düşüktür ($t=13,268$, $p=0,000$; $t=8,660$, $p=0,000$; $t=7,768$, $p=0,000$). Depresyonu olanlarda 37 haftadan önce doğum yapma (erken doğum) ve <2500 gr. bebek doğurma yüzdeleri (düşük doğum ağırlıklı bebek) daha yüksektir (% 30,7'ye karşılık % 3,8 ve % 25,5'e karşılık % 2,2) ($p=0,000$, $p=0,000$). Gebelikte yaşanan depresyonun, fetüs üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığını belirten yayınlar olmakla birlikte (Andersson ve ark., 2004; Wang ve Chen, 2012), genel görüş gebelik depresyonunun fetüsün sağlığını olumsuz etkilediği yönündedir (Field ve ark., 2006; Hollins, 2007). Gestasyon yaşına göre küçük, düşük doğum ağırlıklı ve düşük apgar skorlu bebek doğurma gebelikte depresyonla ilişkili bulunan en önemli durumlar arasında olup, çalışma bulgularımızla pek çok literatür bulgusu uyumludur (Hoffman ve Hatch, 2000; Chung ve ark., 2001; Kim ve Jung, 2012). Elbette yenidoğanla ilişkili olarak bulunan bu sonuçlar depresyon dışında pek çok faktörden de etkilenmektedir. Burada depresyon olma durumuna göre sonuçlar sadece tanımlanmış olup, daha ayrıntılı ve

karıştırıcı faktörlerin etkisini değerlendirecek şekilde yenidoğanlarda depresyonun etkisi ileri çalışmalarda daha net olarak ortaya konabilir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık Bakanlığı Dr.Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları EAH polikliniklerine gebelik takibine gelen, son trimester 600 gebe üzerinde yürütülen ve EDSDÖ ile gebelik depresyonu sıklığı ve diğer ilişkili etmenleri ve depresyonun gebelik, doğum ve yenidoğan üzerine etkilerini belirlemeyi amaçlayan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar şu şekildedir:

- Araştırmaya katılan gebelerde EDSDÖ ölçeği ile depresyon sıklığı % 25,5 olarak bulunmuştur.
- Depresif olan ve olmayan gruplar arasında, gebelik haftaları ve yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,188$, $p=0,912$). Gebelerin yaşları gruplanarak ele alındığında, 19 yaş ve altındaki ve 35 yaş ve üzerindeki gebeliklerde, depresyonun daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,009$).
- Öğrenim durumu ile depresyon arasındaki ilişki anlamlı bulunmuş olup, öğrenim düzeyi yükseldikçe depresyonun azaldığı saptanmıştır ($p=0,002$).
- Çalışma durumu ile depresif olma durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup, çalışan gebelerde depresyon daha düşüktür ($p=0,000$).
- Sağlık güvencesi olmayanlarda, sağlık güvencesi olan gruplara göre depresyon daha yüksek bulunmuştur ($p=0,000$).
- Medeni durum ile depresif olma durum arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, resmi nikahı olmayan gebelerde resmi nikahı olan gebelere göre depresyon daha yüksektir ($p=0,000$).
- İlk evliliği olan gebelere oranla birden çok evliliği olan gebelerde depresyon daha yüksektir ($p=0,000$).
- Depresif olan gebelerde ilk evlilik yaşı ortalamaları daha düşük bulunmuştur ($p=0,000$). İlk evlilik yaşı gruplanarak incelendiğinde, yaş yükseldikçe depresyonun azaldığı görülmüştür ($p=0,002$).

- İstemededen evlenenlerde depresyon daha yüksek bulunmuş olup ($p=0,000$), bu ilişki çoklu analizde de anlamlı bulunmuştur (OR: 5,64).
- Gebelerin eşleri değerlendirildiğinde, eşleri çalışan ve lise ya da yüksek öğrenimli olan gebelerde depresyonun daha az olduğu görülmüştür ($p=0,000$, $p=0,007$).
- KBDYG ortalamaları, depresyonu olan gebelerde olmayanlara göre daha düşük bulunmuştur ($p=0,000$). KBDYG gruplanarak değerlendirildiğinde, gelir düzeyi arttıkça depresyonun azaldığı saptanmıştır ($p=0,000$).
- Gebelerin yaşadıkları evin kime ait olduğu ile depresyon arasındaki ilişkide, en yüksek depresyon sıklığının ebeveyne ait evde yaşayan gebelerde olduğu görülmüştür ($p=0,000$).
- Evde birlikte yaşanan kişi sayısı arttıkça depresyonun arttığı saptanmış ($p=0,000$), aile tipi çekirdek aile olan gebelere göre, evde eşinin akrabaları da olanlarda depresyonun daha yüksek olduğu bulunmuştur (OR: 3,73).
- İsteyerek gebe kalan gruptaki gebelerde % 10,4 olan depresyon sıklığı, istemedenden gebe kalanlarda % 67,7'ye yükselmiştir ($p=0,000$). Çoklu analiz sonucunda anlamlı olan bu faktöre göre istemedenden gebe kalanlarda depresyon riski 6,35 kat fazladır.
- Gebelerin toplam gebelik, canlı doğum, ölü doğum ve istemsiz düşük sayıları arttıkça, depresyonun arttığı saptanmış olup, farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$, $p=0,004$, $p=0,049$, $p=0,000$).
- Geçmişlerinde depresyon tanısı almış gebelerde, gebelik depresyonu daha yüksektir ($p=0,000$). Aynı şekilde, daha önceki gebeliklerinde veya doğum sonrası dönemde depresyon tanısı almış gebelerde de depresyon daha yüksek bulunmuştur ($p=0,000$).
- Birinci derece akrabalarında depresyon öyküsü olan gebelerde depresyon sıklığının yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,000$).
- Tanı konmuş kronik hastalığı olan gebelerde depresyonun yüksek olduğu saptanmış ($p=0,000$), kronik hastalık varlığı ile depresyon arasındaki ilişki çoklu analizde de anlamlı bulunmuştur (OR: 3,31).

- Gebelik esnasında önemli bir tıbbi sorun yaşayan gebelerde diğer gebelere oranla depresyon daha yüksek bulunmuş olup ($p=0,000$), çoklu analiz sonucunda da tıbbi sorun yaşayanlarda riskin 3,89 kat arttığı görülmüştür.
- Gebeliğe bağlı bulantı-kusma şikayeti olan gebelerde depresyon anlamlı ölçüde yüksek iken, bulantı-kusması olan gebelerde hastaneye yatmış olma depresyon açısından anlamlı bir fark yaratmamıştır. ($p=0,000$, $p=0,399$).
- Sorunlarını eşleriyle paylaşabilme arttıkça depresyon azalmış olup ($p=0,000$), lojistik regresyon analizinde de en anlamlı bulunan faktördür. Buna göre sorunlarını eşleriyle her zaman ya da sıklıkla paylaşabilenlere göre, bazen paylaşabilenlerde risk 3,67 kat, nadiren ya da hiçbir zaman paylaşamayanlarda 16,71 kat artmıştır.
- Aile içerisinde huzursuzluk yaşama durumu da depresyonu arttıran bir faktör olarak belirlenmiştir ($p=0,000$).
- Birinci derece akraba ve/veya arkadaşlar ile sorunların paylaşılması ve destek alma ile depresyon arasındaki ilişki anlamlı bulunmuş olup ($p=0,000$), sorunlarını her zaman ve sıklıkla paylaşabilenlere göre, bazen paylaşabilenlerde 2,76, nadiren ya da hiçbir zaman paylaşamayanlarda 4,45 kat risk artışı saptanmıştır.
- Depresyonu olan gebelerin ilk muayene haftası ortalamaları yüksek bulunmuş olup, ayrıca gruplanarak bakıldığında da ilk muayeneye daha geç geldikleri görülmüştür ($p=0,000$, $p=0,000$).
- Toplam DÖB sayısı ortalamaları depresyonu olanlarda anlamlı ölçüde düşük bulunmuş ($p=0,000$); çoklu analizlerde depresyonu olan kadınların, yetersiz sayıda (<4) DÖB alma riski 24,82 kat fazla bulunmuştur.
- Depresyonu olan gebelerde ortalama kilo artışının daha az olduğu ve depresyonu olanlarda yetersiz kilo alımının (≤ 9 kg) anlamlı ölçüde yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,000$, $p=0,000$).
- Depresyonu olan gebelerde, iştah azalışı daha yüksek düzeyde bulunmuştur ($p=0,000$).
- Depresyonu olan gebelerde sigara içenlerin düzeyi istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p=0,000$).

- Gebelerin % 85,0'inin gebeliği komplikasyonsuz sonlanmış, % 7,1'i erken doğum yapmış, % 3,2'sinde EMR, % 1,5'inde preeklampsi gelişmiştir. Gebelerin % 2,0'sinde EMR yanı sıra, % 1,2'sinde ise preeklampsi yanı sıra erken doğum görülmüştür. Depresyonu olanların % 37,3'ünde herhangi bir sorun yaşanmışken, bu oran depresyonu olmayanlarda % 7,3'tür (p=0,000).
- Ortalama doğum haftası depresif gebelerde $37,5 \pm 2,4$ iken, depresif olmayan gebelerde $39,3 \pm 1,4$ (p=0,000), ortalama doğum ağırlığı depresif gebelerde $2752,9 \pm 511,5$ gram iken, depresif olmayan gebelerde $3354,0 \pm 391,4$ gram (p=0,000), ortalama doğum boyu depresif olan gebelerde $47,3 \pm 2,8$ cm iken, depresif olmayan gebelerde $49,4 \pm 1,6$ cm (p=0,000), ortalama apgar skoru depresif gebelerde $8,5 \pm 1,1$ iken, depresif olmayan gebelerde ise $9,2 \pm 0,6$ (p=0,000) olarak bulunmuş olup, aradaki farklar istatistiksel olarak anlamlıdır. Ayrıca 37 haftadan önce (erken doğum) ve <2500 gr. altında bebek doğurma düzeyleri (düşük doğum ağırlıklı bebek) depresyonu olanlarda anlamlı ölçüde yüksektir.

Bu sonuçlar doğrultusunda önerilerimiz şunlardır:

- Bulduğumuz yüksek gebelik depresyonu düzeyleri nedeniyle, depresyon DÖB hizmetlerinde dikkatle ele alınmalı, öncelikle hatırlanmalı, tanı-tedavi yaklaşımları geliştirilmelidir. Sağlık Bakanlığı doğum sonu bakım yönetim rehberinde EDSDÖ yer almakla birlikte, rutinde henüz yeterince uygulanmamaktadır. Gebelikte depresyon yüksek düzeylerde görülmesine ve önemine rağmen, buna yönelik herhangi bir yaklaşım geliştirilmemiştir. Programlarda bu konu yer almalı ve gerçekleştirilmesi için gerekli mekanizmalar geliştirilmelidir. Bu çalışmada ölçek uygulanması sonucu depresyon düşünülen gebelerin ilgili merkezlere başvurmadığı gözlemlendiğinden, mutlaka DÖB veren yerlerde psikiyatri birimleri olmalıdır.
- Depresyon gelişimini etkileyen tüm risk etmenleri dikkatle yorumlanmalı, korunma açısından çok yönlü politikalar geliştirilmeli ve topluma doğru mesajlar verilmelidir. Depresyonun önlenmesine yönelik koruyucu yaklaşımlarda şu konular ele alınmalıdır:

- ✓ Öncelikle kadınların öğrenim düzeylerinin yükseltilmesi gereklidir.
- ✓ Kadının çalışması teşvik edilmelidir; kendini geliştirebileceği, ekonomik bağımsızlığını sağlayabileceği iş imkanları yaratılmalıdır.
- ✓ Aynı şekilde, erkeklerin de öğrenim durumu ve düzenli bir işte çalışması aile sağlığı açısından ve çalışmada belirlendiği gibi gebelerde depresyon açısından önemli olduğundan, bu konuyla ilgili geliştirici yaklaşımlar sağlanmalıdır.
- ✓ Sağlığın önemli belirleyicilerinden olan “gelir düzeyi” de buna paralel olarak iyileştirilmelidir.
- ✓ Sağlık ve sosyal güvence herkes için sağlanmalıdır.

Bu yaklaşımlarla sorunların altta yatan nedenleri giderilebilir. Bu temel nedenler devam ettiği sürece ruh sağlığı sorunlarının önlenmesi mümkün değildir.

- ✓ Gebelik depresyonu gelişiminde evlilik ve eşle ilişkiler çok önemli belirleyiciler olduğundan, erken evlilikler ve istemeden yapılan evlilikler açısından toplum eğitilmeli ve genel bakış açıları düzeltilmelidir.
- ✓ Eş ile mutlu bir beraberlik, sorunların paylaşılabilmesi ve aile içinde huzurlu bir ortam, gebelik depresyonunda önemli faktörler olduğundan, toplumumuzda şiddet vb. olaylarla da kendisini gösteren kadına bakış açısının değiştirilmesi için özellikle erkeklerin eğitilmesi, topluma doğru mesajlar verilmesi ve ilgili mekanizmaların kurulması gereklidir.
- ✓ Eş ile ilişkide olduğu gibi, akraba ve arkadaşlarla ilişkiler, sosyal destekler önemli olduğundan, toplumumuzda paylaşıcı ve destekleyici ilişkilerin özendirilmesi de gereklidir.
- ✓ Kadınlarda gebelik ve doğum sayısı arttıkça depresyon arttığından, ailelerin kadının isteğini göz ardı etmeden ve sosyo-ekonomik koşullarını değerlendirerek bilinçli tercihlerle çocuk sahibi olması sağlanmalıdır.

- ✓ İstenmeyen gebeliklerde depresyon yüksek sıklıkta olduğundan, aile planlaması hizmetleri erişilebilir olmalı, toplumu yanlış yönlendiren yaklaşımlardan kaçınılmalıdır.
- ✓ Kalabalık evlerde yaşayan ve özellikle eşinin ailesiyle yaşamak durumunda olan kadınlarda depresyonun yüksek düzeyde bulunması çarpıcı bir bulgu olup, zorunlu koşullar dışında ailenin bağımsızlığını koruyan yaşama biçimleri sağlanabilmeli, kadının, özellikle de gebe kadının olumsuz etkilenmesini azaltacak yaklaşımlar geliştirilebilmelidir. Geleneksel aile tipinin özellikle kadını değersizleştiren olumsuz yönleri değiştirilmeli, bu konuda toplum bilinçlendirilmelidir.
- Depresyonu olan kadınlar DÖB'a geç başladıkları ve yetersiz düzeyde aldıklarından I. basamaktan başlayan, ulaşılabilir hizmetlerle erken tanı ve müdahaleleri içeren şekilde DÖB'ı arttırmak gerekir. Özellikle I. basamak DÖB açısından önemli olduğundan, bu basamakta DÖB hizmeti yeterince verilmeli ve gebelikte depresyon taraması yerleştirilmelidir.
- Gebelik komplikasyonları, erken doğum, yenidoğanlarda doğum ağırlığı, boy ve apgar skorlarının düşüklüğü gibi sorunların gebelik depresyonu olan kadınlarda yüksek düzeyde olması nedeniyle koruyucu yaklaşımlarla birlikte, DÖB sayı ve niteliği artırılarak ve depresyona gerekli müdahaleler yapılarak bu sorunların azaltılması sağlanmalıdır.

Gebelerde yüksek düzeyde bulduğumuz depresyon ve onun sonucunda ortaya çıkan sorunlar, toplumun sosyo-ekonomik düzeyi, yaşam biçimi gibi faktörlerden sağlık hizmetlerinin uygun düzenlenmesine kadar giden bir yelpazede, çok yönlü ve sektörler arası işbirliğini içeren bir yaklaşımla ele alınmalıdır. DÖB rutin programında, depresyon taraması yerleştirilmeli, gerekli müdahaleler yapılabilmesi, depresyon bulunan kişiler için ulaşılabilir tanı-tedavi hizmetleri yerleştirilmeli, hem kadının hem yenidoğanın sağlığı ile ilgili riskler azaltılmalıdır.

ÖZET

Ankara’da Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği’ne Başvuran Gebelerde “Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği” İle Depresyon Sıklığı ve İlişkili Etmenler

Günümüzde ruhsal sorunlar önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiş olup, bunlar içerisinde en sık görüleni depresyondur. Gebelik döneminde görülen depresyon hem anne hem de bebeğin sağlığını olumsuz etkilemektedir. Bu çalışmada; Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EAH) Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniklerine gebelik takibi için gelen kadınlarda, gebelik depresyonunun, sıklığı, gebelikteki komplikasyonları ve diğer ilişkili etmenleri ve depresyonun gebelik, doğum ve yenidoğan üzerine etkilerini belirlemek amaçlanmıştır.

Çalışma; Şubat 2012-Temmuz 2012 tarihleri arasında yürütülmüş tanımlayıcı özellikte bir araştırmadır. Bu süreçte, Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları EAH Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniklerinden, rastgele olarak bir poliklinik seçilmiş, her gün bu polikliniğe gelen gebelerden son trimesterinde olan ve doğumunu da bu hastanede yapıp yenidoğan bilgileri bulunan, toplam 600 gebe çalışmaya alınmıştır. Verilerin toplanmasında, öncelikle gebeler araştırma konusunda bilgilendirilmiş ve kendilerinden yazılı onam alındıktan sonra yüz yüze görüşme yöntemi ile sosyo-ekonomik durum ve depresyon açısından risk faktörü olabilecek bilgileri içeren anket formu doldurulmuş, ardından gebeler, EDSÖ’ni gözlem altında kendileri yanıtlamışlardır. Kadınların, doğum ve yenidoğan ile ilgili bilgileri, doğum servisindeki kayıtlardan araştırılmış, gebelik sonucu-doğum şekli ve yenidoğanı değerlendirme formuna kaydedilmiştir. Çalışmada, EDSÖ’nden, 13 ve üzerinde puan alma durumu depresyon olarak kabul edilmiş ve karşılaştırmalar buna göre yapılmıştır.

Veriler, bilgisayarda SPSS 17.0 programında veri tabanı oluşturularak değerlendirilmiştir. İstatistiksel değerlendirmelerde, tek yönlü analiz olarak Ki Kare Testi, Student-t Testi ve Mann Whitney-U Testi, çok yönlü analiz olarak Çoklu Lojistik Regresyon Analizi kullanılmıştır.

Araştırma grubunda, depresyon sıklığı % 25,5 olarak bulunmuştur. Tek değişkenli analizlerde; yaş, öğrenim durumu, çalışma durumu, sağlık güvencesi varlığı, medeni durum, evlilik sayısı, eşle birliktelik süresi, ilk evlilik yaşı, evlenme şekli, eşin öğrenim ve çalışma durumu, KBDYG, yaşanılan evin kendine ait olma durumu, evde birlikte yaşanılan kişi sayısı ve kişiler, gebeliği isteme durumu, doğurganlık özellikleri (toplam gebelik, canlı doğum, ölü doğum, istemli düşük ve yaşayan çocuk sayısı), geçmiş depresyon tanısı, daha önceki gebelik/doğum sonrası depresyon tanısı, birinci derece akrabalarda depresyon varlığı, tanı konmuş kronik hastalık varlığı, gebelik esnasında gebeliğe bağlı önemli tıbbi sorun, gebeliğe bağlı bulantı-kusma, sorunları eşle paylaşabilme, aile içerisinde huzursuzluk, akraba/arkadaşlarla sorunların paylaşımı-destek alma durumu depresyon varlığı ile ilişkili bulunmuştur. Lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre; birlikte yaşanılan kişiler (OR: 3,73), evlenme şekli (OR: 5,64), gebeliği isteme durumu (OR: 6,35),

kronik hastalık (OR: 3,31), gebelikte tıbbi sorun (OR: 3,89), eş desteği (OR: 3,67, OR: 16,70) ve akraba/arkadaşlarla sorunların paylaşımı-destek alma durumu (OR: 2,76, OR: 4,45) depresyon durumu üzerine etkili bulunmuştur. Ayrıca, gebelerin ilk DÖB haftası, toplam DÖB sayısı, gebelik süresince ağırlık artışı, iştah durumu, sigara-madde kullanımı, doğum sırasındaki sorunların varlığı (erken doğum, emr, preeklampsi), yenidoğanların doğum haftası, ağırlığı, boyu ve apgar skorları depresyondan etkilenen faktörler olarak belirlenmiştir. DÖB üzerine etkili faktörlerin çoklu analizinde, depresyonun yetersiz DÖB alma riskini (1-3 kez) 24,82 kat arttırdığı görülmüştür.

Sonuçta, bu çalışmada gebelik depresyonu yüksek düzeyde bulunmuş olup, gebelik depresyonu üzerine etkili pek çok risk faktörü ve depresyonunun gebelik komplikasyonları ve yenidoğan üzerine etkileri belirlenmiştir. Öncelikle, gebelik depresyonu ile ilgili toplumdaki risk faktörlerine yönelik koruyucu yaklaşımları sağlamak gerekir. Bunun yanı sıra çalışmada belirlediğimiz faktörleri göz önüne alarak, depresyon açısından risk altındaki gebeleri zamanında saptamak ve gereken durumlarda uygun yaklaşımlar için yönlendirmek ki bunun sağlanması için de gebelik takibinin yapıldığı yerlerde uygun birimlerin kurulması, hem annede hem de yenidoğanda oluşabilecek olumsuz sonuçların önlenmesini açısından gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Edinburgh Ölçeği, gebelik depresyonu, gebelik komplikasyonları, risk faktörleri, yenidoğan

SUMMARY

The Frequency of Depression and Associated Factors Determined with the 'Edinburgh Postnatal Depression Scale' (EPDS) in Pregnant Women Applying to the Gynecology and Obstetrics Outpatient Clinic of a Teaching and Research Hospital in Ankara

Today psychological problems have become a major public health issue, the most common form being depression. Depression during pregnancy has a negative impact on the mother's as well as the baby's health. The aim of this study was to determine the impact of pregnancy related depression, its frequency, complications in pregnancy and other associated factors in women visiting the Gynecology and Obstetrics outpatient clinics of Dr. Sami Ulus Gynecology & Obstetrics and Pediatrics Training and Research Hospital (TRH) for the monitoring of their pregnancy and secondarily to determine the impact of depression on pregnancy, delivery and the newborn.

The study is a descriptive study which was executed between February 2012 – July 2012. During this process a random outpatient clinic of the Dr. Sami Ulus Gynecology & Obstetrics, Pediatrics TRH Gynecology and Delivery clinics was selected and a total of 600 pregnant women who visited the hospital daily and were in their third trimester and those who had had their deliveries at the hospital and for which newborn information was available were selected. In the collection of the data, first the pregnant women were informed about the subject of the research and their written consent was obtained after which a survey form containing information in terms of their socioeconomic status and information related to risk factors associated with depression was filled during a face to face interview; afterwards the pregnant women answered the EPDS form by themselves under supervision. The information related to the delivery and newborn of these women were researched from the records in the delivery service and the results were recorded into the pregnancy-delivery method and newborn assessment form. In the study, those assessments which scored 13 and over in terms of the EPDS were accepted as depression and the comparisons were carried out accordingly.

The data was assessed by establishing a database in the computer with a SPSS 17.0 program. In the statistical assessment, Chi Square test, Student-T Test and Mann Whitney-U Test were used as univariate analysis while Multiple Logistic Regression Analysis was used for multiple analyses.

The depression rate among the study group was determined as 25,5%. In univariate analyses it was determined that age, educational status, employment status, the existence of health insurance, marital status, numbers of wedlock, the time the couple had been together, age of first marriage, form of marriage, education and employment status of spouse, annual income per capita, whether they were homeowners, the number of individuals living at home and their association, whether the pregnancy was intended, characteristics of fertility (total number of pregnancies, live deliveries, stillborn deliveries, abortions and number of living children), depression diagnosed in the past, antenatal depression/postnatal depression diagnosis

in the past, occurrence of depression in first degree relatives, diagnosed chronic diseases, major problems associated with pregnancy during the pregnancy, emesis associated with the pregnancy, being able to share problems with the spouse, discord within the family, opportunity to share problems with relatives/friends-receivin support were found to be associated with the existence of depression. According to the results of the logistic regression analysis the people lived with (OR: 3,73), form of marriage (OR: 5,64), whether the pregnancy was wanted (OR: 6,35), chronic disease (OR: 3,31), medical problem during pregnancy (OR: 3,89), spousal support (OR: 3,67), OR: 16,70) sharing problems with relatives/ friends-receiving support status (OR: 2,76, OR: 4,45) had an impact on depression. In addition, it was determined that the first week of prenatal care, total number of prenatal care, weight gain during pregnancy, appetite, smoking substance usage, the existence of problems during delivery (premature labor, early membrane rupture, preeclampsia), birth week of the newborn, weight, length and Apgar scores are factors which were affected by depression. Multiple analysis of the factors which have an impact of prenatal care revealed that depression increased the risk of insufficient prenatal care (1-3 times) 24,82 fold.

In conclusion, this study revealed a high rate of pregnancy related depression, many risk factors with an impact of pregnancy related depression and the impact of depression on pregnancy complications and the newborn. Initially, it is necessary to ensure a preventive approach in terms of the relevant risk factors in society which contribute to pregnancy related depression. In addition, taking into consideration the factors determined in the study, it is necessary to determine pregnant women who are under the risk of becoming depressive and steer them to appropriate approaches when necessary which is possible with the establishment of appropriate units in places which provide prenatal care in order to prevent negative outcomes from developing in mothers as well as newborns.

Key Words: Depression in pregnancy, EPDS, newborn, pregnancy complications, risk factors.

KAYNAKLAR

- ACOG. (1993). Depression in women. ACOG technical bulletin number 182. *Int J Gynaecol Obstet.*, **43**: 203-11.
- ACOG. (2006). Psychosocial risk factors: perinatal screening and intervention. Committee Opinion No.343. *Obstet Gynecol.*, **108**: 469-77.
- ADEWUYA, A.O., OLA, B.A., DADA, A.O., FASOTO, O.O. (2006). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening tool for depression in late pregnancy among Nigerian women. *J Psychosom Obstet Gynaecol.*, **27**: 267-272.
- ADEWUYA, A.O., OLA, B.A., ALOBA, O.O., DADA, A.O., FASOTO, O.O. (2007) Prevalence and correlates of depression in late pregnancy among Nigerian women. *Depress Anxiety*, **24**: 15-21.
- AFIFI, M. (2007). Gender Differences in Mental Health. *Singapore Med J.*, **48**: 385.
- AFFONSO, D., LOVETT, S., ARIZMENDI, T., NUSSBAUM, R., NEWMAN, L., JOHNSON, B. (1991). Predictors of depression symptoms during pregnancy and postpartum. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, **12**: 255-71.
- AKBAŞ, E., VİRİT, O., KALENDEROĞLU, A., SAVAŞ, A.H., SERTBAŞ, G. (2008). Gebelerde sosyo-demografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyi ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi*, **45**: 85-91.
- AKIN, A., ÜNER, S., ALTANARSLAN, Ş., YILDIRIM, N., ASLAN, D., ERBAYDAR, N.P, ESİN, Ç., ÇOŞKUN, A., KARACA, Ö. (2008). T.C Başbakanlık Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü, Kadın Statüsü ve Sağlığı ile İlgili Gerçekler, s.: 62.
- ALAMI, K.M., KADRI, N., BERRADA, S. (2006). Prevalence and psychosocial correlates of depressed mood during pregnancy and after childbirth in a Moroccan sample. *Arch Womens Ment Health*, **9**: 343-346.
- ALDER, J., FINK, N., BITZER, J., HOSLİ, I., HOLZGREVE, W. (2007). Depression and anxiety during pregnancy: a risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *J Matern Fetal Neonatal Med.*, **20**: 189-209.
- ALI, N.S., AZAM, I.S., ALI, B.S., TABBUSUM, G., MOIN, S.S. (2012). Frequency and associated factors for anxiety and depression in pregnant women: a hospital-based cross-sectional study. *Scientific World Journal*, **653098**: 1-9.
- ALWAN, S., REEFHUIS, J., RASMUSSEN, S.A., OLNEY, R.S., FRIEDMAN, J.M; NATIONAL BIRTH DEFECTS PREVENTION STUDY. (2007). Use of selective serotonin-reuptake inhibitors in pregnancy and the risk of birth defects. *N Engl J Med.*, **356**: 2684-2692.
- ANDERSSON, L., SUNDSTRÖM-POROMAA, I., WULFF, M., ASTRÖM, M., BIXO, M. (2004a). Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome. *Obstet Gynecol.*, **104**: 467-76.

- ANDERSSON, L., SUNDSTRÖM-POROMAA, I., WULFF, M., ASTRÖM, M., BIXO, M. (2004b). Neonatal outcome following maternal antenatal depression and anxiety: a population-based study. *Am J Epidemiol.*, **159**: 872-81.
- ANDERSSON, L., SUNDSTRÖM-POROMAA, I., WULFF, M., ASTRÖM, M., BIXO, M. (2006). Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. *Acta Obstet Gynecol Scand.*, **85**: 937-944.
- APTER, G., DEVOUCHE, E., GRATIER, M. (2011). Perinatal Mental Health. *J Nerv Ment Dis.*, **199**: 575-7.
- ARSLAN, B. (2010). Gebelerde Anksiyete ve Depresyonla İlişkili Sosyo-demografik Özellikler. Uzmanlık Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği.
- ATASOY N, BAYAR Ü, SADE H, KONUK N, ATİK L, BARUT A, TANRIVERDİ, A., KAYA, E. (2004). Doğum sonrası dönemde depresif belirti düzeyini etkileyen klinik ve sosyodemografik risk etkenleri. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst.*, **14**: 252-7.
- ASTBURY, J., BROWN, S., LUMLEY, J., SMALL, R. (1994). Birth events, birth experiences and social differences in postnatal depression. *Aust J Public Health*, **18**: 176-84.
- AVCI, S.M. (2011). Hacettepe Üniversitesi Hastanesinde Bebekleri Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan ve Yatmayan Annelerin Riskli Gebelik ve Doğum Öncesi Bakımı Yönünden Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
- BAN, L., GIBSON, J.E., WEST, J., TATA, L.J. (2010). Association between perinatal depression in mothers and the risk of childhood infections in offspring: a population-based cohort study. *BMC Public Health*, **10**: 799.
- BARBADORO, P., COTICHELLI, G., CHIATTI, C., SIMONETTI, M.L., MARIGLIANO, A., DI STANISLAO, F., PROSPERO, E. (2012). Socio-economic determinants and self-reported depressive symptoms during postpartum period. *Women Health*, **52**: 352-68.
- BECK, C.T. (1998). The effects of postpartum depression on child development: a meta-analysis. *Arch Psychiatr Nurs.*, **12**: 12-20.
- BECK, C.T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res.*, **50**: 275-285.
- BEEGHLY, M., OLSON, K.L., WEINBERG, M.K., PIERRE, S.C., DOWNEY, N., TRONICK, E.Z. (2003). Prevalence, stability, and socio-demographic correlates of depressive symptoms in Black mothers during the first 18 months postpartum. *Matern Child Health J.*, **7**: 157-68.
- BENER, A., BURGUT, F.T., GHULOUM, S., SHEIKH, J. (2012). A study of postpartum depression in a fast developing country: prevalence and related factors. *Int J Psychiatry Med.*, **43**: 325-37.

- BENUTE, G.R.G., NOMURA, R.M.Y., REIS, J.S., JUNIOR, R.F., SOUZA DE LUCIA, M.C., ZUGAIB, M. (2010). Depression during pregnancy in women with a medical disorder: risk factors and perinatal outcomes. *Clinics*, **65**: 1127-1131.
- BENUTE, G.R., NOZZELLA, D.C., PROHASKA, C., LIAO, A., DE LUCIA, M.C., ZUGAIB, M. (2013). Twin Pregnancies: Evaluation of Major Depression, Stress, and Social Support. *Twin Res Hum Genet.*, **11**: 1-5.
- BERGANT, A.M., NGUYEN, T., HEIM, K., ULMER, H., DAPUNT, O. (1998). German language version and validation of the Edinburgh postnatal depression scale. *Dtsch Med Wochenschr.*, **123**: 35-40.
- BERGINK, V., KOOISTRA, L., LAMBREGTSE-VAN DEN BERG, M.P., WINJEN, H., BUNEVICIUS, R., VAN BAAR, A., POP, V. (2011). Validation of the Edinburgh Depression Scale during pregnancy. *J Psychosom Res.*, **70**: 385-9.
- BERNAZZANI, O., BIFULCO, A. (2003). Motherhood as a vulnerability factor in major depression: the role of negative pregnancy experiences. *Soc Sci Med.*, **56**: 1249-60.
- BILSZTA, J.L., TANG, M., MEYER, D., MILGROM, J., ERICKSEN, J., BUIST, A.E. (2008). Single motherhood versus poor partner-relationship: outcomes for antenatal mental health. *Aust N Z J Psychiatry*, **42**: 56-65.
- BLENCOWE, H., COUSENS, S., OESTERGAARD, M.Z., CHOU, D., MOLLER, A.B., NARWAL, R., ADLER, A., VERA GARCIA, C., ROHDE, S., SAY, L., LAWN, J.E. (2012). National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *Lancet.*, **379**: 2162.
- BROMET, E., ANDRADE, L.H., HWANG, I., SAMPSON, N.A., ALONSO, J., GIROLAMO, G., GRAAF, R., DEMYTTENAERE, K., HU, C., IWATA, N., KARAM, A.N., KAUR, J., KOSTYUCHENKO, S., LEPINE, J.P., LEVINSON, D., MATSCHINGER, H., MORA, M.E.M., BROWNE, M.O., POSADA-VILLA, J., VIANA, M.C., WILLIAMS, D.V., KESSLER, R.C. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med.*, **9**: 90.
- BODECS, T., HORVATH, B., KOVACS, L., DIFFELLNE, NEMETH, M., SANDOR, J. (2009). Prevalence of depression and anxiety in early pregnancy on a population based Hungarian sample. *Orv Hetil*, **150**: 1888-1893.
- BONARI, L., BENNETT, H., EINARSON, A., KOREN, G. (2004). Risks of untreated depression during pregnancy. *Can Fam Physician.*, **50**: 37-39.
- BOYCE, P.M., TODD, A.L. (1992). Increased risk of postnatal depression after emergency caesarean section. *Med J Aust.*, **157**: 172-4.
- BOYCE, P., STUBBS, J., TODD, A. (1993). The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation for an Australian sample. *Aust N Z J Psychiatry*, **27**: 472-476.

- BOWEN, A., MUHAJARINE, N. (2006). Prevalance of antenatal depression in women enrolled in an outreach program in Canada. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.*, **35**: 491-8.
- BOWEN, A., STEWART, N., BAETZ, M., MUHARAJINE, N. (2009). Antenatal depression in socially high-risk women in Canada. *J Epidemiol Community Health.*, **63**: 414-416.
- BREEDLOVE, G., FRYZELKA, D. (2011). Depression screening during pregnancy. *J Midwifery Womens Health*, **56**: 18-25.
- BUNEVICIUS, A., KUSMINSKAS, L., BUNEVICIUS, R. (2009). Validation of the Lithuanian version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Medicina*, **45**: 544-548.
- BUNEVICIUS, A., KUSMINSKAS, L., POP, V.J., PEDERSEN, C.A., BUNEVICIUS, R. (2009). Screening for antenatal depression with Edinburgh Depression Scale. *J Psychosom Obstet Gynaecol.*, **30**: 238-43.
- CARPINIELLO, B., PARIANTE, C.M., SERRI, F., COSTA, G., CARTA, M.G. (1997). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Italy. *J Psychosom Obstet Gynaecol.*, **18**: 280-285.
- CARTER, F.A., FRAMPTON, C.M., MULDER, R.T. (2006). Cesarean section and postpartum depression: a review of the evidence examining the link. *Psychosom Med.*, **68**: 321-30.
- CHEN, H., CHAN Y.H., TAN K.H., LEE T. (2004). Depressive Symptomatology in Pregnancy. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, **39**: 975-979.
- CHEN, M.J., GROBMAN, W.A., GOLLAN, J.K., BORDERS, A.E. (2011). The use of psychosocial stress scales in preterm birth research. *Am J Obstet Gynecol.*, **205**: 402.
- CHRISTENSEN, A.L., STUART, E.A., PERRY, D.F., LE, H.N. (2011). Unintended pregnancy and perinatal depression trajectories in low-income, high-risk Hispanic immigrants. *Prev Sci.*, **12**: 289-99.
- CHUNG, T.K., LAU, T.K., YIP, A.S., CHIU, F.K., LEE, T.S. (2001). Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. *Psychosom Med.*, **63**: 830-4.
- CLIFFORD, C., DAY, A., COX, J., WERRETT, J. (1999). A cross-cultural analysis of the use of the Edinburgh Post-Natal Depression Scale (EPDS) in health visiting practice. *J Adv Nurs.*, **30**: 655-664.
- CLINE, K.M., DECKER, J. (2012). Does weight gain during pregnancy influence postpartum depression?. *J Health Psychol.*, **17**: 333-42.
- COHEN, L.S., SICHEL, D.A., FARAONE, S.V., ROBERTSON, L.M., DIMMOCK, J.A., ROSENBAUM, J.F. (1996). Course of panic disorder during pregnancy and the puerperium: a preliminary study. *Biol Psychiatry*, **39**: 950-4.

- COHEN, L.S., ALTSHULER, L.L., HARLOW, B.L., NONACS, R., NEWPORT, R., VIQUERA, A.C., SURİ, R., BURT, V.K., HENDRICK, V., REMINICK, A.M., LOUQHEAD, A., VITONIS, A.F., STOWE, Z.N. (2006). Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. *JAMA*, **295**: 499-507.
- COLE, J.A., EPHROSS, S.A., COSMATOS, I.S., WALKER, A.M. (2007). Paroxetine in the first trimester and the prevalence of congenital malformations. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.*, **16**: 1075-1085.
- COMPTON, W.M., CONWAY, K.P., STINSON, F.S., GRANT, B.F. (2006). Changes in the prevalence of major depression and comorbid substance use disorders in the United States between 1991-1992 and 2001-2002. *Am J Psychiatry*, **163**: 2141-7.
- COMTOIS, K.A., SCHIFF, M.A., GROSSMAN, D.C. (2008). Psychiatric risk factors associated with postpartum suicide attempt in Washington State, 1992-2001. *Am J Obstet Gynecol.*, **199**: 120.
- CONDE-AGUDELO, A., VILLAR, J., LINDHEIMER, M. (2004). World Health Organization systematic review of screening tests for preeclampsia. *Obstet Gynecol.*, **104**: 1367.
- COOKLIN AR, ROWE HJ, FISHER JR. (2007). Employee entitlements during pregnancy and maternal psychological well-being. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.*, **47**: 483-90.
- COX, J.L., HOLDEN, J.M., SAGOVSKY, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*, **150**: 782-2.
- COX, J.L., CHAPMAN, G., MURRAY, D., JONES, P. (1996). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in non-postnatal women. *J Affect Disord.*, **39**: 185-9.
- ÇALIŞKAN, D., ÖNCÜ, B., KÖSE, K., OCAKTAN, ME., ÖZDEMİR, O. (2007). Depression scores and associated factors in pregnant and non-pregnant women: a community-based study in Turkey. *J Psychosom Obstet Gynaecol.*, **28**: 195-200.
- ÇALIK, K.Y., AKTAŞ, S. (2011). Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, **3**: 142-162.
- ÇAKIR, L., CAN, H. (2012). Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin anksiyete ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. *Turkish Family Physician*, **3**: 35-42.
- DA COSTA, D., LAROUCHE, J., DRITSA, M., BRENDER, W. (2000). Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *J Affect Disord.*, **59**: 31-40.
- DANACI, A.E., DİNÇ, G., DEVECİ, A., SEN, F.S., İÇELLİ, I. (2002). Postnatal depression in turkey: epidemiological and cultural aspects. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, **37**: 125-9.

- DAVIS, R.L., RUBANOWICE, D., McPHILLIPS, H., RAEBEL, M.A., ANDRADE, S.E., SMITH, D., YOOD, M.U., PLATT, R. (2007). Risks of congenital malformations and perinatal events among infants exposed to antidepressant medications during pregnancy. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.*, **16**: 1086-1094.
- DAYAN, J., CREVEUIL, C., MARKS, M.N., CONROY, S., HERLICOVIEZ, M., DREYFUS, M., TORDJMAN, S. (2006). Prenatal depression, prenatal anxiety, and spontaneous preterm birth: a prospective cohort study among women with early and regular care. *Psychosom Med.*, **68**: 938-46.
- DA SILVA., R.A., DA COSTA ORES, L., JANSEN, K., DA SILVA MORAES, I.C., DE MATTOS SOUZA, L.D., MAGAHLAES, P., PINHEIRO., R.T. (2012). Suicidality and associated factors in pregnant women in Brazil. *Communitiy Ment Health J.*, **48**: 392-5.
- DENNIS, C.L., HEAMAN, M., VIGOD, S. (2012). Epidemiology of postpartum depressive symptoms among Canadian women: regional and national results from a cross-sectional survey. *Can J Psychiatry.*, **57**: 537-46.
- DIAV-CITRIN, O., ORNOY, A. (2012). Selective serotonin reuptake inhibitors in human pregnancy: to treat or not to treat?. *Obstet Gynecol Int.*, **698947**:1-12
- DIEGO, M.A., FIELD, T., HERNANDEZ-REIF, M., SCHANBERG, S., KUHN, C., GONZALEZ-QUINTERE, V.H. (2009). Prenatal depression restricts fetal growth. *Early Hum Dev.*, **85**: 65-70.
- DIETZ, P.M., WILLIAMS, S.B., CALLAGHAN, W.M., BACHMAN, D.J., WHITLOCK, E.P., HORNBROOK, M.C. (2007). Clinically identified maternal depression before, during, and after pregnancies ending in live births. *Am J Psychiatry*, **164**: 1515-20.
- DIPIETRO, J.A., MILLET, S., COSTIGAN, K.A., GUREWITSCH, E., CAULFIELD, L.E. (2003). Psychosocial influences on weight gain attitudes and behaviors during pregnancy. *J Am Diet Assoc.*, **103**: 1314-9.
- DİNDAR, I., ERDOĞAN, S. (2007). Screening of Turkish women for postpartum depression within the first postpartum year: the risk profile of a community sample. *Public Health Nurs.*, **24**: 176-83.
- DUMAN, N.B. (2012). Socio-Demographic and Obstetric Factors Associated With Depression During Pregnancy in Turkey. *American International Journal of Contemporary Research*, **2**: 17-26.
- EASTWOOD, J.E.D., JALALUDIN, B., KEMP, L., PHUNG, H., BARNETT, B. AM., TOBIN, J. (2013). Social exclusion, infant behavior, social isolation, and maternal expectations independently predict maternal depressive symptoms. *Brain Behav.*, **3**: 14-23.
- EBERHARD-GRAN, M, ESKILD, A., OPJORDSMOEN, S. (2005). Treating mood disorders during pregnancy: safety considerations. *Drug Saf.*, **28**: 695-706.

- EBERHARD-GRAN, M., ESKILD, A., TAMBS, K., SCHEI, B., OPJORDSMOEN, S. (2001). The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation in a Norwegian community sample. *Nord J Psychiatry*, **55**: 113-117.
- EINARSON, T.R., EINARSON, A. (2005). Newer antidepressants in pregnancy and rates of major malformations: a meta-analysis of prospective comparative studies. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.*, **14**: 823-827.
- EINARSON, A., PISTELLI, A., DeSANTIS, M., MALM, H., PAULUS, W.D., PANCHAUD, A., KENNEDY, D., EINARSON, T.R., KOREN, G. (2008). Evaluation of the risk of congenital cardiovascular defects associated with use of paroxetine during pregnancy. *Am J Psychiatry*, **165**: 749-752.
- EINARSON, A., CHOI, J., KOREN, G., EINARSON, T. (2011). Outcomes of infants exposed to multiple antidepressants during pregnancy: results of a cohort study. *J Popul Ther Clin Pharmacol.*, **18**: 390-396.
- EKUKLU, G., TOKUÇ, B., ESKİOCAK, M., BERBEROĞLU, U., SALTİK A. (2004). Prevalence of postpartum depression in Edirne, Turkey, and related factors. *Reprod Med.*, **49**: 908-14.
- ELIAKIM, R., ABULAFIA, O., SHERER, D.M. (2000). Hyperemesis gravidarum: a current review. *Am J Perinatol.*, **17**: 207-18.
- ELSENBRUCH, S., BENSON, S., RUCKE, M., ROSE, M., DUDENHAUSEN, J., PINCUS-KNACKSTEDT, M.K., KLAPP, B.F., ARCK, P.C. (2007). Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcom. *Human Reproduction*, **22**: 869-77.
- ENGINDENİZ A.N., KUEY, L., KULTUR, S. (1996). Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Bahar Sempozyumları 1. Kitabı. Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, s.:51-52.
- ESCRIBÈ-AGUIR,V., GONZALEZ-GALARZO, M.C., BARONA-VILAR, C., ARTAZCOZ, L. (2008). Factors related to depression during pregnancy: are there gender differences?. *J Epidemiol Community Health*, **62**: 410-4.
- EVANS, J., HERON, J., FRANCOMB, H., OKE, S., GOLDING, J. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ*, **323**: 257-260.
- FAISAL-CURY, A., MENEZES, P., ARAYA, R., ZUGAIB, M. (2009). Common mental disorders during pregnancy: prevalence and associated factors among low-income women in São Paulo, Brazil: depression and anxiety during pregnancy. *Arch Womens Ment Health*, **12**: 335-43.
- FAVRELIERE, S., NOURRISSON, A., JAAFARI, N., PERAULT POCCHAT, M.C. (2010). Treatment of depressed pregnant women by selective serotonin reuptake inhibitors: risk for the foetus and the newborn. *Encephale*, **36**: 133-138.
- FELICE, E., SALIBA, J., GRECH, V., COX, J. (2006). Validation of the Maltese version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Arch Womens Ment Health*, **9**: 75-80.

- FENKÇİ, V. Maternal Fizyoloji. *Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi Kitabı*, Ed. ÇİÇEK, M.N., AKYÜREK, C., ÇELİK, C., HABERAL, A. Güneş Kitapevi, Ankara, s.: 161-169.
- FERNANDES, M.C., SRINIVASAN, K., STEIN, A.L., MENEZES, G., SUMITHRA, R., RAMCHANDANI, P.G. (2011). Assessing prenatal depression in the rural developing world: a comparison of two screening measures. *Arch Womens Ment Health*, **14**:209-16.
- FIELD, T. (1998). Maternal depression effects on infants and early interventions. *Prev Med.*, **27**: 200-3.
- FIELD, T. (2011). Prenatal depression effects on early development: a review. *Infant Behav Dev.*, **34**: 1-14.
- FIELD, T., DIEGO, M., HERNANDEZ-REIF, M. (2006). Prenatal depression effects on the fetus and newborn: a review. *Infant Behav Dev.*, **29**: 445-455.
- FIGUEIREDO, B., PACHEO, A., COSTA, R. (2007). Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Arch Womens Ment Health*, **10**: 103-109.
- FISHER, J., CABRAL, D.E., MELLO, M., PATEL, V., RAHMAN, A., TRAN, T., HOLTON, S., HOLMES, W. (2012). Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ*, **90**: 139-149.
- FLYNN, H.A., WALTON, M.A., CHERMACK, S.T., CUNNINGHAM, R.M., MARCUS, S.M. (2007). Brief detection and co-occurrence of violence, depression and alcohol risk in prenatal care settings. *Arch Womens Ment Health*, **10**: 155-161.
- FRANSSON, E., ORTENSTRAND, A., HJELMSTEDT, A. (2011). Antenatal depressive symptoms and preterm birth: a prospective study of a Swedish national sample. *Birth*, **38**: 10-6.
- FOTRELL, E., KANHONOU, L., GOUFODJI, S., BEHAGUE, D.P., MARSHALL, T., PATEL, V., FILIPPI, V. (2010). Risk of psychological distress following severe obstetric complications in Benin: the role of economics, physical health and spousal abuse. *Br J Psychiatry*, **196**: 18-25.
- GADSBY R. (2012). Pregnancy nausea and vomiting-the role of the midwife. *Pract Midwife.*, **15**: 17-9.
- GADSBY, R. , BARNIE-ADSHEAD, A.M., JAGGER, C. (1993). A prospective study of nausea and vomiting during pregnancy. *Br J Gen Pract.*, **43**: 245-8.
- GARCIA-ESTEVE, L., ASCASO, C., OJUEL, J., NAVARRO, P. (2003). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *J Affect Disord.*, **7**: 71-76.
- GAVIN, A.R., TABB, K.M., MELVILLE, J.L., GUO, Y., KATON, W. (2011). Prevalence and correlates of suicidal ideation during pregnancy. *Arch Womens Ment Health*, **14**: 239-46.

- GHUBASH, R., ABOU-SALEH, M.T., DARADKEH, T.K. (1997). The validity of the Arabic Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, **32**: 474-476.
- GOODWIN, R.D., KEYES, K., SIMURO, N. (2007). Mental disorders and nicotine dependence among pregnant women in the United States. *Obstet Gynecol.*, **109**: 875-883.
- GÖLBAŞI, Z., KELLEÇİ, M., KISACIK, G., ÇETİN, A. (2010). Prevalance and correlates of depression in pregnancy among Turkish women. *Matern Child Health J*, **14**: 485-91.
- GÖKER, A., YANIKKEREM, E., DEMET, M.M., DİKAYAK, S., YILDIRIM Y., KOYUNCU, F.M. (2012). Postpartum depression: is mode of delivery a risk factor?. *ISRN Obstet Gynecol.*, **616759**: 1-6.
- GÖZÜYEŞİL, E.Y., ŞİRİN, A., ÇETİNKAYA, Ş. (2008). Gebe Kadınlarda Depresyon Durumu ve Bunu Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **3**: 39-66.
- GRIGORIADIS, S., RAVITZ, P. (2007). An approach to interpersonal psychotherapy for postpartum depression: focusing on interpersonal changes. *Can Fam Physician*, **53**: 1469-75.
- GUEDENEY, N., FERMANIAN, J. (1998). Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): new results about use and psychometric properties. *Eur Psychiatry*, **13**: 83-89.
- GÜLNAR, D., SUNAY, D., ÇAYLAN, A. (2010). Postpartum Depresyon ile İlişkili Risk Faktörleri. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst.*, **20**: 141-8
- GÜLSEREN, L., EROL, A., GÜLSEREN, S., KÜEY, L. KILIÇ, B., ERGÖR, G. (2006). From antepartum to postpartum: a prospective study on the prevalence of peripartum depression in a semiurban Turkish community. *J Reprod Med.*, **51**: 955-960.
- HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ NÜFUS ETÜTLERİ ENSTİTÜSÜ (HÜNEE) (2009). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara.
- HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ NÜFUS ETÜTLERİ ENSTİTÜSÜ (HÜNEE) (2010). Türkiye’de Doğurganlık, Üreme Sağlığı ve Yaşlılık. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 İleri Analiz Çalışması, Ankara.
- HADLEY, C.B., MAIN, D.M., GABBE, S. (1990). Risk factors for preterm premature rupture of the fetal membranes. *Am J Perinatol.*, **7**: 374-9.
- HALVORSEN, L., NERUM, H., OIAN, P., SORLIE, T.(2008). Is there an association between psychological stress and request for caesarian section?. *Tidsskr Nor Laegeforen.*, **128**: 1388-91.

- HARRIS, H.E., ELLISON, G.T., CLEMENT, S. (1999). Do the psychosocial and behavioral changes that accompany motherhood influence the impact of pregnancy on long-term weight gain?. *J Psychosom Obstet Gynaecol.*, **20**: 65-79.
- HARTLEY, M., TOMLINSON, M., GRECO, E., COMULADA, W.S., STEWART, J., LE ROUX, I., MBEWU, N., ROTHERAM-BORUS, M.J. (2011). Depressed mood in pregnancy: prevalence and correlates in two Cape Town peri-urban settlements. *Reprod Health*, **8**: 9.
- HASSER, C., BRIZENDINE, L., SPIELVOGEL, A. (2006). SSRI use during pregnancy. Do antidepressants benefits outweigh the risks?. *Current Psychiatry*, **5**: 31-40.
- HEDEGAARD, M., HENRIKSEN, T.B., SABROE, S., SECHER, N.J. (1993). Psychological distress in pregnancy and preterm delivery. *BMJ*, **307**: 234.
- HERRERA JA, HURTADO H, CACERES D. (1992). Antepartum biopsychosocial risk and perinatal outcome. *Fam Pract Res J.*, **12**: 391-9.
- HERON, J., O'CONNOR, T.G., EVANS, J., GOLDING, J., GLOVER, V. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord.*, **80**: 65-73.
- HICKEY CA. (2000). Sociocultural and behavioral influences on weight gain during pregnancy. *Am J Clin Nutr.*, **71**: 1364S-70S.
- HICKEY, C.A., CLIVER, S.P., GOLDENBERG, R.L., MCNEAL, S.F., HOFFMAN, H.J. (1995). Relationship of psychosocial status to low prenatal weight gain among nonobese black and white women delivering at term. *Obstet Gynecol.*, **86**: 177-83.
- HIZLI, D., KAMALAK. ZB, KOSUS, A., KOSUS, N., AKKURT, G. (2012). Hyperemesis gravidarum and depression in pregnancy: is there an association?. *J Psychosom Obstet Gynaecol.*, **33**: 171-5.
- HOBFOLL, S.E., RITTER, C., LAVIN, J., HULSIZER, M.R., CAMERON, R.P. (1995). Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum women. *J Consult Clin Psychol.*, **63**: 445-53.
- HOFBERG, K., WARD, M.R. (2003). Fear of pregnancy and childbirth. *Postgrad Med J.*, **79**: 505-510.
- HOFFMAN, S., HATCH, M.C. (2000). Depressive symptomatology during pregnancy: evidence for an association with decreased fetal growth in pregnancies of lower class women. *Health Psychol.*, **19**: 535-43.
- HOLLINS, K. (2007). Consequences of antenatal mental health problems for child health and development. *Curr Opin Obstet Gynecol.*, **19**: 568-72.
- HUANG, W., ZHU, P., GAO, R., LU, Y., LIANG, Z., TAO, F. (2012). Association between hyperemesis gravidarum and fetal growth restriction. *Wei Sheng Yan Jiu.*, **41**: 602-8.

- HUGHES, P.M., TURTON, P., EVANS, C.D. (1999). Stillbirth as risk factor for depression and anxiety in the subsequent pregnancy: cohort study. *BMJ*, **318**: 1721-4.
- JOHNSTONE, S.J., BOYCE, P.M., HICKEY, A.R., MORRIS-YATEES, A.D., HARRIS, M.G. (2001). Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. *Aust N Z J Psychiatry*, **35**: 69-74.
- JOSEFSSON, A., BERG, G., NORDIN, C., SYDJO, G. (2001). Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand.*, **80**: 251-255.
- KALLEN, B., OLAUSSON, P.O. (2008). Maternal use of selective serotonin re-uptake inhibitors and persistent pulmonary hypertension of the newborn. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.*, **17**:801-6.
- KARAÇAM, Z., ANCEL, G. (2009). Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population. *Midwifery*, **25**: 344-56.
- KARMALIANI, R., ASAD, N., BANN, C.M., MOSS, N., MCCLURE, E.M., PASHA, O., WRIGHT, L.L., GOLDENBERG, R.L. (2009). Prevalence of anxiety, depression and associated factors among pregnant women of Hyderabad, Pakistan. *Int J Soc Psychiatry*, **55**:414-24.
- KAZI, A., FATMI, Z., HATCHER, J., KADIR, M.M., NIAZ, U., WASSERMAN, G.A. (2006). Social environment and depression among pregnant women in urban areas of Pakistan: importance of social relations. *Soc Sci Med.*, **63**: 1466-76.
- KAWACHI, I., KENNEDY, B.P., GUPTA, V., PROTHROW-STITH, D. (1999). Women's status and the health of women and men: a view from the States. *Soc Sci Med.*, **48**: 21-32.
- KELLY, R.H., RUSSO, J., HOLT, V.L., DANIELSEN, B.H., ZATZICK, D.F., WALKER, E., KATON, W. (2002) Psychiatric and substance use disorders as risk factors for low birth weight and preterm delivery. *Obstet Gynecol.*, **100**: 297-304.
- KESSLER, R.C. (2003). Epidemiology of women and depression. *J Affect Disord.*, **74**: 5-13.
- KESSLER, R.C., AQUILAR-GAXIOLA, S., ALONSO, J., CHATTERJI, S., LEE, S., USTUN, T.B. (2009). The WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Psychiatrie*, **6**: 5-9.
- KHARAGHANI, R., GERANMAYE, M., JANANI, L., HANTOOSHZADE, S., ARBABI, M., RAHMANI BILANDI, R., BAGHERI, F. (2012). Preeclampsia and depression: a case-control study in Tehran. *Arch Gynecol Obstet.*, **286**: 249-53.
- KHEIRABADI, G.R., MARACY, M.R. (2010). Perinatal depression in a cohort study on Iranian women. *J Res Med Sci.*, **15**: 41-49.
- KIM, H.W., JUNG, Y.Y. (2012). Effects of antenatal depression and antenatal characteristics of pregnant women on birth outcomes: a prospective cohort study. *J Korean Acad Nurs.*, **42**: 477-85.

- KING, N.M, CHAMBERS, J., O'DONNELL, K., JAYAWEERA, S.R, WILLIAMSON, C., GLOVER, V.A. (2010). Anxiety, depression and saliva cortisol in women with a medical disorder during pregnancy. *Arch Womens Ment. Health*, **13**: 339-345.
- KILIÇ, C. (1998). Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin Nüfusta Ruhsal Hastalıkların Yaygınlığı, İlişkili Faktörler, Yeti yitimi ve Ruh Sağlığı Hizmeti Kullanım Sonuçları. *Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu*, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ed. ŞİMŞEK, Z., EROL, N., KILIÇ, C., ULUSOY, M., KEÇECİ, M. Eksen Tanıtım Ltd. Şti., Ankara, s: 77-94.
- KILIÇARSLAN, S. (2008). Edirne şehir merkezindeki son trimester gebelerin sosyodemografik özellikleri, yaşam kalitesi, kaygı düzeyleri. *Uzmanlık Tezi*, Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği.
- KIRPINAR, I., GÖZÜM, S., PASİNLİOĞLU, T. (2010). Prospective study of postpartum depression in eastern Turkey prevalence, socio-demographic and obstetric correlates, prenatal anxiety and early awareness. *J Clin Nurs.*, **19**: 422-31.
- KISA, C., YILDIRIM, S.G. (2004). Gebelik postpartum dönem ve ruhsal bozukluklar. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, **12**: 3-6.
- KOLEVA, H., STUART, S., O'HARA, M.W., BOWMAN-REIF, J. (2011). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy. *Arch Womens Ment Health.*, **14**: 99-105.
- KOPELMAN RC, MOEL J, MERTENS C, STUART S, ARNDT S, O'HARA MW. (2008). Barriers to care for antenatal depression. *Psychiatr Serv.*, **59**: 429-32.
- KOST, K., LANDRY, D.J., DARROCH, J.E. (1998). Predicting maternal behaviors during pregnancy: does intention status matter?. *Fam Plann Perspect.*, **30**: 79-88.
- KÖROĞLU, E. (çeviren). (2000). DSM- IV-TR Psikiyatride hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması el kitabı, yeniden gözden geçirilmiş dördüncü baskı. Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, s.: 152-3.
- KRAMER, M.S., LYDON, J., SEGUIN, L., GOULET, L., KAHN, S.R., MCNAMARA, H., GENEST, J., DASSA, C., CHEN, M.F., SHARMA, S., MEANEY, M.J., THOMSON, S., VAN UUM, S., KOREN, G., DAHOU, M., LAMOUREUX, J., PLATT, R.W. (2009). Stress pathways to spontaneous preterm birth: the role of stressors, psychological distress, and stress hormones. *Am J Epidemiol.*, **169**: 1319.
- KUĞU, N., AKYÜZ, G. (2001). Gebelikte Ruhsal Durum. *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, **23**: 61-64.
- KURKI, T., HIILESMAN, V., RAITASALO, R., MATTILA, H., YLIKORKKALA, O. (2000). Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstet Gynecol.*, **95**: 487-490.
- KÜEY, L. (1998). Birinci Basamakta Depresyon: Tanıma, Ele Alma, Yönlendirme. *Psikiyatri Dünyası*, **1**: 5-12.

- KÜEY, L., GÜLEÇ, C. (1993). Depresyonun Epidemiyolojisi. *Depresyon Monografileri Serisi-2*, Ed. KÖROĞLU, E., Hekimler Yayın Birliği, Ankara, s:53-68.
- LANCASTER, C.A., GOLD, K.J., FLYNN, H.A., YOO, H., MARCUS, S.M., DAVIS, M.M. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.*, **202**: 5-14.
- LAU, Y., KEUNG, D.W. (2007). Correlates of depressive symptomatology during the second trimester of pregnancy among Hong Kong Chinese. *Soc Sci Med.*, **64**: 1802-1811.
- LAU, Y., WONG, D.F. (2008). The role of social support in helping Chinese women with perinatal depressive symptoms cope with family conflict. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.*, **37**: 556-71.
- LAU, Y., YIN, L., WANG, Y. (2011). Antenatal depressive symptomatology, family conflict and social support among Chengdu Chinese women. *Matern Child Health J.*, **15**: 1416-26.
- LEATHERS, S.J., KELLEY, M.A. (2000). Unintended pregnancy and depressive symptoms among first-time mothers and fathers. *Am J Orthopsychiatry.*, **70**: 523-31.
- LEE, D.T., YIP, S.K., CHIU, H.F., LEUNG, T.Y., CHAN, K.P., CHAU, I.O., LEUNG, H.C., CHUNG, T.K. (1998). Detecting postnatal depression in Chinese women. Validation of the Chinese version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*, **172**: 433-437.
- LEIGH, B., MILGROM, J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry*, **8**:24.
- LEUNG, B.M., KAPLAN, B.J. (2009). Perinatal Depression: prevalence, risks, and the nutrition link-a review of the literature. *J Am Diet Assoc.*, **109**: 1566-75.
- LEVINSON, D.F. (2006). The genetics of depression: a review. *Biol Psychiatry*, **60**: 84-92.
- LLEWELLYN, A.M., STOWE, Z.N., NEMEROFF, C.B. (1997). Depression during pregnancy and the puerperium. *J Clin Psychiatry.*, **58**: 26-32.
- LOOA, K.K, LIB, Y., TANC, Y., LUOC, X., PRESSONA, A., SHIHD, W. (2010). Prenatal anxiety associated with male child preference among expectant mothers at 10–20 weeks of pregnancy in Xiangyun County, China. *Int J Gynaecol Obstet.*, **111**: 229–232.
- LOVISI, G.M., LOPEZ, J.R., COUTINHO, E.S., PATEL, V. (2005). Poverty, violence and depression during pregnancy: a survey of mothers attending a public hospital in Brazil. *Psychol Med.*, **35**: 1485-92.
- LUKE, S., SALIHU, H.M., ALIO, A.P., MBAH, A.K., JEFFERS, D., BERRY, E.L., MISHKIT, V.R. (2009). Risk factors for major antenatal depression among low-income African American women. *J Womens Health*, **18**: 1841-6.

- LUO, Y., ZHENG, L.Z., ZHOU, J.W., PI, P.X. (2007). Relationship between the levels of estradiol and monoamine neurotransmitters and postpartum depression. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi.*, **42**: 745-8.
- MAIER, W., LICHTERMANN, D., MINGES, J., HEUN, R. (1992). Personality traits in subjects at risk for unipolar major depression: a family study perspective. *J Affect Disord.*, **24**: 153-163.
- MAIER, W., GANSICKE, M., GATER, R., REZAKI, M., TIEMENS, B., URZUA, RF. (1999). Gender Differences in the prevalence of depression: a survey in primary care. *J Affect Disord.*, **53**: 241-52.
- McCARTHY, F.P., KHASHAN, A.S, NORTH, R.A., MOSS-MORRIS, R., BAKER, P.N, DEKKER, G., POSTON, L., KENNY, L.C. (2011). A Prospective Cohort Study Investigating Associations between Hyperemesis Gravidarum and Cognitive, Behavioural and Emotional Well-Being in Pregnancy. *PLoS One.*, **6**: e27678.
- McCORMICK, M.C., BROOKS-GUNN, J., SHORTER, T., HOLMES, J.H., WALLACE, C.Y., HEAGARTY, M.C. (1990). Factors associated with smoking in low-income pregnant women: relationship to birth weight, stressful life events, social support, health behaviors and mental distress. *J Clin Epidemiol.*, **43**: 441-8.
- MacDONALD, L.D., PEACOCK JL, ANDERSON HR. (1992). Marital status: association with social and economic circumstances, psychological state and outcomes of pregnancy. *J Public Health Med.*, **14**: 26-34.
- MARCUS, S.M., FLYNN, H.A., BLOW, F.C., BARRY, K.L. (2003). Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *J Womens Health*, **12**: 373-380.
- MATTHEY, S., HENSHAW, C., ELLIOTT, S., BARNETT, B. (2006). Variability in use of cut-off scores and formats on the Edinburgh Postnatal Depression Scale: implications for clinical and research practice. *Arch Womens Ment Health*, **9**: 309-315.
- McGUFFIN, P., KATZ, R., RUTHERFORD, J. (1991). Nature, nurture and depression: a twin study. *Psychol Med.*, **21**: 329-335.
- MELVILLE, J.L., GAVIN, A., GUO, Y., FAN, M.Y., KATON, W.J. (2010). Depressive disorders during pregnancy: prevalence and risk factors in a large urban sample. *Obstet Gynecol.*, **116**: 1064-70.
- MIYAKE, Y., TANAKA, K., ARAKAWA, M. (2012) Employment, income, and education and prevalence of depressive symptoms during pregnancy: the Kyushu Okinawa Maternal and Child Health Study. *BMC Psychiatry*, **12**:117.
- MONTAZERI, A., TORKAN, B., OMIDVARI, S. (2007). The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): translation and validation study of the Iranian version. *BMC Psychiatry*, **7**:11.

- MURRAY, D., COX, J.L. (1990). Screening for depression during pregnancy with the Edinburgh depression scale (EPDS). *J Reprod Infant Psychol.*, **8**: 99–107.
- MURRAY, L., CAROTHERS, A.D. (1990). The validation of the Edinburgh Post-natal Depression Scale on a community sample. *Br J Psychiatry*, **157**: 288-90.
- NAJMAN, J.M., MORRISON, J., WILLIAMS, G., ANDERSEN, M., KEEPING, J.D. (1991). The mental health of women 6 months after they give birth to an unwanted baby: a longitudinal study. *Soc Sci Med.*, **32**: 241-7.
- NASREEN, H.E., KABIR, Z.N., FORSELL, Y., EDHBORG, M. (2011). Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms during pregnancy: a population based study in rural Bangladesh. *BMC Womens Health*. **11**: 22.
- NYLEN, K.J., WILLIAMSON, J.A., O'HARA, M.W., WATSON, D., ENGELDINGER, J. (2013). Validity of somatic symptoms as indicators of depression in pregnancy. *Arch Womens Ment Health*. 2013 Mar 1.
- OATES, M. (2003). Suicide: the leading cause of maternal death. *BJPsych.*, **183**: 279-281.
- OCAKTAN, M.E., ÇALIŞKAN, D., ÖNCÜ, B., ÖZDEMİR, O., KÖSE, K. (2006). Antepartum and postpartum depression in a primary health care center area. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, **59**: 151-157.
- ONUNAKU, N. (2005). Improving Maternal and Infant Mental Health: Focus on Maternal Depression. Los Angeles, CA: National Center for Infant and Early Childhood Health Policy at UCLA.
- O'HARA, M.W., STUART, S., GORMAN, L.L., WENZEL, A. (2000) Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arch Gen Psychiatry*, **57**: 1039-1045.
- ORR, S.T, JAMES, S.A., BLACKMORE PRINCE, C. (2002). Maternal prenatal depressive symptoms and spontaneous preterm births among African-American women in Baltimore, Maryland. *Am J Epidemiol.*, **156**: 797-802.
- PARKER, G., HAZDI-PAVLOVIC, D., GREENWALD, S., WEISSMAN, M. (1995). Low parental care as a risk factor to lifetime depression in a community sample. *J Affect Disord.*, **33**:173-180.
- PEARLSTEIN, T. (2008). Perinatal Depression: treatment options and dilemmas. *J Psychiatry Neurosci.*, **33**: 304-18.
- PEDERSEN, L.H., HENRIKSEN, T.B., VESTERGAARD, M., OLSEN, J., BECH, B.H. (2009). Selective serotonin reuptake inhibitors in pregnancy and congenital malformations: population based cohort study. *BMJ*, **339**: b3569.
- PEREIRA, P.K., LOVISI, G.M., PILOWSKY, D.L., LIMA, L.A., LEGAY, L.F. (2009). Depression during pregnancy; prevalence and risk factors among women attending a public health clinic in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad. Saude Publica*, **25**: 2725-2736.
- PHILIP, B. (2003). Hyperemesis gravidarum: literature review. *WMJ*, **102**: 46-51.

- PICCINELLI, M., WILKINSON, G. (2000) Gender Differences in depression. *The British Journal of Psychiatry*, **177**: 486-492.
- POTTER, L.B., ROGLER, L.H., MOSCICKI, E.K. (1995). Depression among Puerto Ricans in New York City: the Hispanic Health and Nutrition Examination Survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, **30**: 185-193.
- POTTINGER, A.M., TROTMAN-EDWARDS, H., YOUNGER, N. (2009). Detecting depression during pregnancy and associated lifestyle practices and concerns among women in a hospital-based obstetric clinic in Jamaica. *Gen Hosp Psychiatry*, **31**: 254-61.
- PROST, A., LAKSHMIARAYANA, R., NAIR, N., TRIPATHY, P., COPAS, A., MAHAPATRA, R., RATH, S., GOPE, R.K., RATH, S., BAJPAL, A., PATEL, V., COSTELLO, A. (2012). Predictors of maternal psychological distress in rural India: a cross-sectional community-based study. *J Affect Disord.*, **138**: 277-86.
- QIAO, Y.X., WANG, J., LI, J., ABLAT, A. (2009). The prevalence and related risk factors of anxiety and depression symptoms among Chinese pregnant women in Shanghai. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.*, **49**: 185-90.
- QUINLIVAN, J.A., TAN, L.H., STEELE, A., BLACK, K. (2004). Impact of demographic factors, early family relationships and depressive symptomatology in teenage pregnancy. *Aust N Z J Psychiatry*, **38**: 197-203.
- RAHMAN, A., IGBAL, Z., BUNN, J., LOVEL, H., HARRINGTON, R. (2004). Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness: a cohort study. *Arch Gen Psychiatry*, **61**: 946-52.
- RAHMAN, A., BUNN, J., LOVEL, H., CREED, F. (2007). Association between antenatal depression and low birthweight in a developing country. *Acta Psychiatr Scand.*, **115**: 481-6.
- RICH-EDWARDS, J.W., KLEINMAN, K., ABRAMS, A., HARLOW, B.L., MCLAUGHLIN, T.J., JOFFE, H., GILLMAN, M.W. (2006). Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *J Epidemiol Community Health*, **60**: 221-7.
- RIGHETTI-VELTEMA, M., CONNE-PERREARD, E., BOUSQUET, A., MANZANO, J. (1998). Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *J Affect Disord.*, **49**:167-80.
- RITTER, C., HOBFOLL, S.E., LAVIN, J., CAMERON, R.P., HULSIZER, M.R. (2000). Stress, psychosocial resources, and depressive symptomatology during pregnancy in low-income, inner-city women. *Health Psychol.*, **19**: 576-85.
- ROBERTS, N.J., BOWSKILL, R.J., RAFFERTY, P.G. (2004). Self-induced hyperemesis in pregnancy. *J R Soc Med.*, **97**: 128-9.

- RODRIGUES, M., PATEL, V., JASWAL, S., DE SOUZA, N. (2003). Listening to mothers: qualitative studies on motherhood and depression from Goa, India. *Soc Sci Med.*, **57**: 1797-806.
- ROFE, Y., BLITTNER, M., LEWIN, I. (1993). Emotional experiences during the three trimesters of pregnancy. *J Clin Psychol.*, **49**: 3-12.
- RUBERTSSON, C., BÖRJESSON, K., BERGLUND, A., JOSEFSSON, A., SYDSJÖ, G. (2011). The Swedish validation of Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) during pregnancy. *Nord J Psychiatry*, **65**: 414-418.
- SAISTO, T., HALMESMAKI, E. (2003). Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand.*, **82**: 201-8.
- SCHATZ, D.B., HSIAO, M.C., LIU, C.Y. (2012). Antenatal depression in EastAsia: a review of the literature. *Psychiatry Investig.*; **9**: 111-8.
- SELÇUK, M.Y., USMAN, M.G., OKTAY, M., İSTANBULLU, A., ÖZDEMİR, Ö., SARAÇOĞLU, F. (2011). Postpartum Depresyonun Gebelikte Alınan Kilo ve Sosyo-demografik Faktörlerle İlişkisi. *J Turgut Özal Med Cent.*, **19**: 256-63.
- SEGUIN, L., POTVIN, L., ST-DENIS, M., LOISELLE, J. (1995). Chronic stressors, social support, and depression during pregnancy. *Obstet Gynecol.*, **85**: 583-9.
- SHAH, S.M., BOWEN, A., AFRIDI, I., NOWSHAD, G., MUHAJARINE, N. (2011). Prevalance of antenatal depression: comparison between Pakistani and Canadian women. *J Pak Med Assoc.*, **61**: 242-6.
- SILVA, R., JANSEN, K., SOUZA, L.D., MORAES, I.G., TOMASI, E., SILVA- GDEL , G., DIAS-MDE, S., PINHEIRO, R.T. (2010). Depression during pregnancy in the Brazilian public health care system. *Rev Bras Psiquiatr*, **32**: 139-44.
- SILVA, R., JANSEN, K., SOUZA, L., QUEVEDO, L., BARBOSA, L., MORAES, I., HORTA, B., PINHEIRO, R. (2012). Sociodemographic risk factors of perinatal depression: a cohort study in the public health care system. *Rev. Bras. Psiquiatr*, **34**: 143-8.
- SIMPSON S.W., GOODWIN, T.M., ROBINS, S.B., RIZZO, A.A., HOWES, R.A., BUCKWALTER, D.K., BUCKWALTER, J.G. (2001). Psychological factors and hyperemesis gravidarum. *J Womens Health Gend Based Med.*, **10**: 471-7.
- SIU, B.W., LEUNG, S.S., IP, P., HUNG, S.F., O'HARA, M.W. (2012). Antenatal risk factors for postnatal depression: a prospective study of Chinese women at maternal and child health centres. *BMC Psychiatry.*, **12**: 22.
- SJOGREN, B. (1997). Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynaecol.*, **18**: 266-72.
- SMALL, R., LUMLEY, J., YELLAND, J., BROWN, S. (2007). The performance of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in English speaking and non-English speaking populations in Australia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, **42**: 70-78.

- SOLOMON, D.A., KELLER, M.B., LEON, A.C., MUELLER, T.I., LAVORI, P.W., SHEA, M.T., CORYELL, W., WARSHAW, M., TURVEY, C., MASER, J.D., ENDICOTT, J. (2000). Multiple recurrences of major depressive disorder. *Am J Psychiatry*, **157**: 229-33.
- SORIAS, O. (1988). Sosyal destekler ve ruh sağlığı. *E.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, **27**: 359-363.
- SPINELLI, M.G. (1997). Interpersonal psychotherapy for depressive antepartum women: a pilot study. *Am J Psychiatry*, **154**: 1028-1030.
- SPINELLI, M.G., ENDICOTT, J. (2003). Controlled clinical trial of interpersonal psychotherapy versus parenting education program for depressed pregnant women. *Am J Psychiatry*, **160**: 555-62.
- STEWART D. (2005). Depression during pregnancy. *Can Fam Physician.*, **51**: 1061-7.
- STOWE, Z.N., HOSTETTER, A.L., NEWPORT, D.J. (2005). The onset of postpartum depression: Implications for clinical screening in obstetrical and primary care. *Am J Obstet Gynecol.*, **192**: 522-526.
- STRAUB, H., ADAMS, M., KIM, J.J., SILVER, R.K. (2012). Antenatal depressive symptoms increase the likelihood of preterm birth. *Am J Obstet Gynecol.*, **207**: 329.
- SU, K.P., CHIU, T.H., HUANG, C.L., HO, M., LEE, C.C., WU, P.L., LIN, C.Y., LIAU, C.H., LIAO, C.H., CHIU, W.C., PARIANTE, C.M. (2007). Different cut-off points for different trimesters? The use of Edinburgh Postnatal Depression Scale and Beck Depression Inventory to screen for depression in pregnant Taiwanese women. *Gen Hosp Psychiatry*, **29**: 436-41.
- SURI, R., ALTSHULER, L., HELLEMANN, G., BURT, V.K., AQUINO, A., MINTZ, J. (2007). Effects of antenatal depression and antidepressant treatment on gestational age at birth and risk of preterm birth. *Am J Psychiatry*, **164**: 1206-1213.
- SURKAN, P.J., KENNEDY, C.E., HURLEY, K.M., BLACK, M.M. (2011). Maternal depression and early childhood growth in developing countries: systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ.*, **89**: 608-15.
- ŞENTÜRK, V., ABAS, M., BERKSUN, O., STEWART, R. (2011). Social support and antenatal depression in extended and nuclear family environments in Turkey: a cross-sectional survey. *BMC Psychiatry*, **11**: 48.
- TAN, P.C., VANI, S., LIM, B.K., OMAR, S.Z. (2010). Anxiety and depression in hyperemesis gravidarum: prevalence, risk factors and correlation with clinical severity. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.*, **149**: 153-158.
- TANDON, S.D., CLUXTON-KELLER, F., LEIS, J., LE, H.N., PERRY, D.F. (2012). A comparison of three screening tools to identify perinatal depression among low-income African American women. *J Affect Disord.*, **136**: 155-162.

- TELANG, M.A., BHUTKAR, S.P., HIRWANI, R.R. (2013). Analysis of patents on preeclampsia detection and diagnosis: a perspective. *Placenta*, **34**: 2-8.
- TOPIWALA, A., HOTHİ, G., EBMEIER, K.P.(2012). Identifying patients at risk of perinatal mood disorders. *Practitioner*, **256**: 15-8, 2.
- T.C. TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU BAŞKANLIĞI (TÜİK-2008). Hanehalkı İşgücü İstatistikleri. Sayı: 10936. Erişim:[<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=10936>]. Erişim Tarihi: 25-02-2013.
- T.C. TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU BAŞKANLIĞI (TÜİK-2012). Nüfus-Demografi-Konut-Toplumsal Yapı, Demografik İstatistikler, Doğum İstatistikleri. Erişim: [<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13618>]. Erişim Tarihi: 20-02-2013.
- T.C.SAĞLIK BAKANLIĞI ANA ÇOCUK SAĞLIĞI VE AİLE PLANLAMASI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ (2008). Doğum Öncesi Bakım, İzlem Protokolü Genelgesi, 2008/13.
- UĞURLU, M., SOYDAL, T. (2004). Türkiye’de Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Entegrasyonu: Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Eğitim Programı. *Kriz Dergisi*, **12**: 41-45.
- U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE (USPSTF). (2002). Screening for depression: recommendations and rationale. *Am Fam Physician*, **66**: 647-650.
- VIVILAKI, V.G., DAFERMOS, V., KOGEVINAS, M., BITSIOS, P. LIONIS, C. (2009). The Edinburgh Postnatal Depression Scale: translation and validation for a Greek sample. *BMC Public Health*, **9**: 329.
- YILMAZ, S.D., BEJİ, N.K. (2010). Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Genel Tıp Derg.*, **20**: 99-108.
- YONKERS, K.A., SMITH, M.V., GOTMAN, N., BELANGER, K. (2009). Typical somatic symptoms of pregnancy and their impact on a diagnosis of major depressive disorder. *Gen Hosp Psychiatry*, **31**: 327-33.
- ZUBARAN, C., SCHUMACHER, M., ROXO, M.R., FORESTI, K. (2010). Screening tools for postpartum depression: validity and cultural dimensions. *Am J Psychiatry*, **13**:357-65.
- ZUCKERMAN, B., AMARO, H., BAUCHNER, H., CABRAL, H. (1989). Depressive symptoms during pregnancy: relationship to poor health behaviors. *Am J Obstet Gynecol.*, **160**: 1107-1111.
- WANG, S.Y., CHEN, C.H. (2010). The association between prenatal depression and obstetric outcome in Taiwan: a prospective study. *J Womens Health*, **19**: 2247-51.
- WEISSMAN, M.M., KIDD, K.K., PRUSOFF, B.A. (1982). Variability in rates of affective disorders in relatives of depressed and normal probands. *Arch Gen Psychiatry*, **39**: 1397-1403.

- WHOOLEY, M.A., AVINS, A.L., MIRANDA, J., BROWNER, W.S. (1997). Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med.*, **12**: 439-445.
- WHOOLEY, M.A., KIEFE, C.L., CHESNEY, M.A., MARKOVITZ, J.H., MATTHEWS, K., HULLEY, S.B. (2002). Depressive symptoms, unemployment, and loss of income: The CARDIA Study. *Arch Intern Med.*, **162**: 2614-20.
- WIKLUND, I., EDMAN, G., ANDOLF, E. (2007). Cesarean section on maternal request: reasons for the request, self-estimated health, expectations, experience of birth and signs of depression among first-time mothers. *Acta Obstet Gynecol Scand.*, **86**: 451-6.
- WORLD HEALTH ORGANISATION. (1948). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June 1946, and entered into force on 7 April 1948. Erişim: [<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>]. Erişim Tarihi: 09.02.2013.
- WORLD HEALTH ORGANISATION. (1997). Geneva:WHO. Gender differences in the epidemiology of affective disorders and schizophrenia. In: PICCINELLI, M., GOMEZ HOMEN, F. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Erişim: [http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_MSA_NAM_97.1.pdf] Erişim Tarihi: 10.02.2013.
- WORLD HEALTH ORGANISATION. (2000). Geneva: WHO. Women's Mental Health: An Evidence Based Review. Erişim:[http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MSD_MDP_00.1.pdf]. Erişim Tarihi: 13.02.2013.
- WORLD HEALTH ORGANISATION. (2001). Geneva:WHO. The world health report 2001. Mental Health: New understanding, new hope. Erişim:[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch2_en.pdf]. Erişim Tarihi:02.02.2013.
- WORLD HEALTH ORGANISATION. (2002). Geneva:WHO. Gender and Mental Health. Department of Metal Health and Substance Dependence. Erişim: [<http://whqlibdoc.who.int/gender/2002/a85573.pdf>]. Erişim Tarihi: 13.02.2013.
- WORLD HEALTH ORGANISATION. (2008). The Global Burden of Disease: 2004 update. Erişim:[http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_part4.pdf]. Erişim tarihi: 02.02.2013.
- WORLD HEALTH ORGANISATION. (2008). Geneva: WHO. Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries. Erişim:[http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/mmh_jan08_meeting_report.pdf]. Erişim Tarihi: 09.02.2013.
- WORLD HEALTH ORGANISATION. (2012). Geneva: WHO. Born too soon: the global action report on preterm birth. Erişim: [www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/born_too_soon/en/]. Erişim Tarihi: 01.03.2013.

- WRIGHT, C., BILDER, D., DEBLASIS, T., MOGUL, M., RUBIN, D., SHEA, J.A. (2013). Psychosocial factors associated with gestational weight gain in a low-income cohort. *J Health Care Poor Underserved*, **24**: 332-43.
- XIE, R.H., HE, G., KOSZYCKI, D., WALKER, M., WEN, S.W. (2009). Prenatal social support, postnatal social support, and postpartum depression. *Ann Epidemiol.*, **19**: 637-43.

EKLER

EK-1

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırmanın Adı: Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Polikliniğine Başvuran Gebelerde Depresyon Sıklığı ve İlişkili Etmenler

Araştırmanın Konusu: Araştırmamızın konusu, Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Polikliniğine başvuran gebelerde depresyon sıklığının ve depresyona neden olan faktörlerin belirlenmesidir. Depresyon, ruhsal hastalıklar içerisinde gebelikte en sık görülenidir ve toplumda çok yaygın görülmesi, tekrarlama oranlarının yüksek olması, işgücü kaybına neden olması ve intihar riskini arttırması nedeni ile önemli bir halk sağlığı sorunudur. Kadınlarda erkeklerden 2 kat fazla görülmekte ve çoğunlukla gebelik, doğum, lohusalık gibi doğurganlık süreçlerini içine alan 18-44 yaş aralığında meydana gelmektedir. Gebelik, kadınlar için doğal bir yaşam olayı olmanın yanı sıra kaygı ve stres oluşturabilecek birçok etkenle karşılaşma riskinin de yüksek olduğu bir dönemdir. Gebelik depresyonu annenin duygu durumunu ve kendine öz bakımını etkileyerek hem gebelikle hem de yeni doğacak bebekle ilgili olumsuz sonuçlar doğurabilen bir hastalıktır. Tüm bu olumsuz sonuçları önlemedeki ilk adım riskli gebelerin belirlenmesi ve tedavilerinin erken dönemde yapılmasıdır.

Araştırmanın Amacı: Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniklerine gebelik takibi için gelen kadınlarda, gebelik depresyonu sıklığını ve ilişkili etmenleri belirleyerek bu konuda yapılacak müdahalelere katkıda bulunmak amaçlanmıştır.

Araştırmanın Süresi: Araştırmanın Şubat 2012-Temmuz 2012 arasında yapılması planlanmaktadır.

Araştırmaya Katılan Gönüllü Sayısı: Araştırmamıza toplam 600 gebenin katılması planlanmaktadır.

Araştırmada İzlenecek Yöntem: Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniklerinde, mevcut 5 poliklinikten rastgele olarak bir poliklinik seçilecek ve her gün bu polikliniğe gelen gebelerden son 3 ayında olanların tamamı çalışmaya alınacaktır. Birinci aşamada; kadın hastalıkları ve doğum doktoru kadınlar ile yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmaya katılacak kişinin, sosyoekonomik bilgilerini, geçmiş doğum bilgilerini ve depresyon için risk faktörlerini araştıran bilgilerini içeren anket formunu dolduracaktır. Ardından gebeler, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğini gözlem altında kendileri yanıtlayacaklardır. Bu ölçek uygulandığı gün, uygulamanın hemen ardından ölçeğin puanlaması yapılacak ve 13 ve üzerinde puan alan gebeler, depresyon açısından yüksek riskli olarak kabul edilecek, kesin tanı ve tedavi için bir psikiyatri kliniğine yönlendirilmek üzere konu hakkında detaylı olarak bilgilendirileceklerdir.

Araştırma Sırasında Karşılaşılabilecek Riskler: Araştırmamız esnasında Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine göre yüksek riskli çıkan gebelerin, depresyon hastalığının kendileri ve bebekleri üzerinde yaratacağı olumsuzlukların en aza indirilmesi amacıyla, konu hakkında detaylı bir şekilde bilgilendirilerek kesin tanı ve tedavi için bir psikiyatri kliniğine yönlendirilmeleri sağlanmaya çalışılacaktır.

Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşılabilecek Kişi Adı / Soyadı / Telefonu: Op. Dr. Elif Yılmaz 05052553421

“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 ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-Soyadı:.....

Tarih:...../...../.....İmzası:

Açıklamaları Yapan Kişinin

Adı-Soyadı:

Tarih:...../...../.....İmzası:

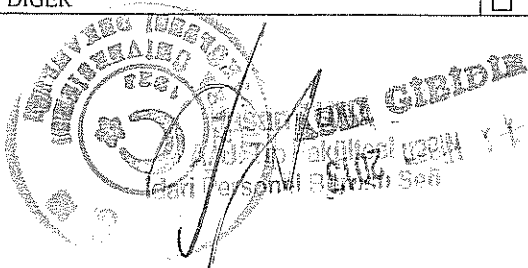
**KLİNİK ARAŞTIRMALAR DEĞERLENDİRME KURULU
DEĞERLENDİRME FORMU**

DEĞERLENDİRME KURULUNUN ADI	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Değerlendirme Kurulu
AÇIK ADRES	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Morfoloji Binası 06100 Sıhhiye/Ankara
TELEFON	0312 310 30 10/227
FAKS	0312 310 63 70
E-POSTA	etik@medicinc.ankara.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Dr.Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Polikliniğine başvuran gebelerde depresyon sıklığı ve ilişkili etmenler		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU			
	EUDRACT NUMARASI			
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.Meltem ÇÖL		
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı		
	KOORDİNATÖRÜN ÜNVANI/ADI/SOYADI			
	KOORDİNATÖRÜN UZMANLIK ALANI			
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı		
	ARAŞTIRMA MERKEZİNİN AÇIK ADRESİ			
	BAŞVURULAN DEĞERLENDİRME KOMİSYONUNUN ADI	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Değerlendirme Kurulu		
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ			
	UZMANLIK TEZİ/AKADEMİK AMAÇLI	YÜKSEK LİSANS TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>	
FAZ 2		<input type="checkbox"/>		
FAZ 3		<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>		
BE/BY		<input type="checkbox"/>		
DİĞER		<input type="checkbox"/>	Diğer ise belirtiniz:	
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	İLAÇ DIŞI ARAŞTIRMA	<input type="checkbox"/>	Belirtiniz:	
	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>
	İLAN	<input type="checkbox"/>
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>
DİĞER	<input type="checkbox"/>	



KARAR BİLGİLERİ	Karar No:40-851	Tarih: 28 Kasım 2011
	Prof.Dr.Meltem ÇÖL'ün sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler; araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri ile bilgilendirilmiş gönüllü olur formu dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanın gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Klinik Araştırmalar Değerlendirme Kurulu üyelerinin oybirliği ile karar verilmiştir.	

DEĞERLENDİRME KURULU BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
DEĞERLENDİRME KURULU BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: Prof.Dr.Mehmet MELLİ	
DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		İlişki *		Katılım **		İmza
Prof.Dr.Mehmet Melli	Tıbbi Farmakoloji	Ankara Üniv. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>M. Melli</i>
Prof.Dr.Cihan Yurdaydın	Gastroenteroloji	Ankara Üniv. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>C. Yurdaydın</i>
Prof.Dr.Ahmet Demirkazık	Tıbbi Onkoloji	Ankara Üniv. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>A. Demirkazık</i>
Prof.Dr.Tanju Özçelikay	Eczacı-Farmakolog	Ankara Üniv. Ecz. Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>T. Özçelikay</i>
Prof.Dr.Cem Atbaşoğlu	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Ankara Üniv. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	İZİNLİ
Prof.Dr.Hakan Uncu	Genel Cerrahi	Ankara Üniv. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>H. Uncu</i>
Prof.Dr.Nuhan Puralı	Biyofizik	Hacettepe Üni. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>N. Puralı</i>
Prof.Dr.H.Serdar Öztürk	Tıbbi Biyokimya	Ankara Üniv. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>H. Serdar Öztürk</i>
Prof.Dr.H.Serap Sivri	Çocuk Sağlığı	Hacettepe Üni. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>H. Serap Sivri</i>
Prof.Dr.Muharrem Özen	Avukat-Öğr.Üyesi	Ankara Üniv. Hukuk Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	TOPLANTIDA
Prof.Dr.Banu Çakır	Halk Sağlığı	Hacettepe Üni. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>B. Çakır</i>
Öğr.Gör.Dr.Volkan Kavas	Deontoloji	Ankara Üniv. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>V. Kavas</i>
Gülsüm Aslan	Sağlık Mes. Dışı- Emekli	-----	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>G. Aslan</i>

* :Araştırma ile ilişki
** :Toplantıda Bulunma



ASLI GIBİDİR

28 Kasım 2011

Mehmet Melli
Ankara Üniv. Tıp Fakültesi
İdari Personel Birimi: Soru

EK-2**GEBELİK DEPRESYONU ARAŞTIRMASI SORU FORMU**

Görüşülen Kişinin

Tarih:...../...../.....

Ad-Soyadı:.....

Protokol No:.....

Adresi:.....

Telefon Numarası:.....

Gebelik Haftası:.....

1. Yaş:.....
2. Öğrenim Düzeyi:
 - a. İlköğretim ve altı
 - b. Lise
 - c. Yüksekokul
3. Çalışma Durumu:
 - a. Çalışmıyor
 - b. Çalışıyor
 - c. Gebelikte ayrıldı
4. Resmi Nikah
 - a. Var
 - b. Yok
5. Şu anki evliliğiniz kaçınıcı evliliğiniz:.....
6. Eşinizle birliktelik süreniz:.....
7. İlk evlilik yaşınız:.....
8. Sağlık Güvence Durumunuz:
 - a. Var
 - b. Yok
 - c. Yeşilkart
9. Eşinizin Öğrenim Durumu:
 - a. İlköğretim ve altı
 - b. Lise
 - c. Yüksekokul
10. Eşinizin Çalışma Durumu:
 - a. Çalışıyor
 - b. Çalışmıyor
11. Evinize giren ortalama aylık toplam gelir (çalışanların maaşı, emekle maaşı, kira vb. toplamı):.....
12. Evde kaç kişi yaşıyorsunuz?.....
13. Evde kimlerle yaşıyorsunuz?
 - a. Eşim (ve varsa çocuklarım)
 - b. Eşim (ve varsa çocuklarım) ve eşimin akrabaları
 - c. Eşim (ve varsa çocuklarım) ve kendi akrabalarım
14. Oturduğunuz ev kime ait?
 - a. Kendimizin
 - b. Kira
 - c. Aile büyüklerinin (Kimin?).....

15. Eşinizle evlenmeye nasıl karar verdiniz?
- İsteyerek
 - İstemededen
 - Kaçarak (aile onayı olmadan)
16. Son gebeliğinize nasıl hamile kaldınız?
- İsteyerek
 - İstemededen
17. Şimdiye kadar olan toplam:
- Gebelik Sayısı:
 - Canlı Doğum Sayısı:
 - Ölü Doğum Sayısı:
 - İstemsiz Düşük Sayısı:
 - İstemli Düşük Sayısı:
 - Yaşayan Çocuk Sayısı:
18. Bu gebelinizde ilk kez kaçınıcı hafta/ayda kontrole gittiniz?
19. Şu ana kadar, bu gebeliğinizde toplam kaç kez kontrole gittiniz?
20. Bu gebeliğinizde, gebelik başında kaç kiloydunuz ve kaç kilo aldınız?
21. Gebeliğiniz ilk 3 ayı hariç, iştahınız gebelik öncesi döneme göre nasıl?
- Azaldı
 - Aynı
 - Arttı
22. Şimdiye kadar hiç, doktor tarafından depresyon tanısı aldınız mı?
- Evet
 - Hayır
23. Daha önceki gebeliklerinizde/doğum sonrası dönemde, doktor tarafından depresyon tanısı aldınız mı?
- Evet
 - Hayır
24. Anne-baba-kardeşlerinizden doktor tarafından depresyon tanısı alan var mı?
- Evet
 - Hayır
25. Doktor tarafından tanısı konmuş herhangi bir kronik hastalığınız var mı? İlaç kullanıyorsanız lütfen belirtiniz.....
- Yüksek Tansiyon
 - Şeker
 - Troid Bezi Hastalığı
 - Kalp Hastalığı
 - Böbrek Hastalığı
 - Kronik Solunum Yolu Hastalığı
 - Astım
 - Diğer.....
26. Gebelik sırasında herhangi bir başka hastalığınız/sorununuz oldu mu?
- Evet
 - Hayır

Olduysa lütfen kısaca açıklayınız:.....

27. Gebelik esnasında gebeliğe bağlı bulantı-kusmanız oldu mu?
 a. Evet
 b. Hayır
28. Gebeliğe bağlı bulantı-kusma nedeniyle hastanede yatarak tedavi gördünüz mü?
 a. Evet
 b. Hayır
29. Sigara kullanım durumu:
 a. Evet:adet/gün.....yıldır
 b. Hayır
 c. Gebelik nedeniyle bıraktım
30. Alkol kullanım durum:
 a. Evet:.....adet/gün.....yıldır
 b. Hayır
 c. Gebelik nedeniyle bıraktım
31. Bağımlılık yapıcı madde kullanım durumu:
 a. Evet:.....adet/gün.....yıldır
 b. Hayır
 c. Gebelik nedeniyle bıraktım
32. Eşinizle sorunlarınızı rahatça paylaşabiliyor musunuz?
 a. Evet, her zaman
 b. Evet, sıklıkla
 c. Evet, bazen
 d. Nadiren
 e. Hayır, hiçbir zaman
33. Aile içinde sorun, eş/başka birisiyle geçimsizlik, huzursuzluk, kötü davranış var mı?
 a. Evet, her zaman
 b. Evet, sıklıkla
 c. Evet, bazen
 d. Nadiren
 e. Hayır, hiçbir zaman
34. Anne, baba, kardeşleriniz veya arkadaşlarınız ile sorunlarınızı paylaşabiliyor, gerektiğinde onlardan destek ve yardım alabiliyor musunuz?
 a. Evet, her zaman
 b. Evet, sıklıkla
 c. Evet, bazen
 d. Nadiren
 e. Hayır, hiçbir zaman
35. Genel olarak, ruh sağlığınız için ne dersiniz?
 a. Mükemmel
 b. Çok iyi
 c. İyi
 d. Orta, vasat
 e. Kötü
 f. Fikrim yok, emin değilim
 g. Cevap vermek istemiyorum

EK-3**EDİNBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ
(EDSDÖ)**

Yakın zamanda bebeğiniz olacak. 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.

1. Gülebiliyor ve olayların komik taraflarını görebiliyorum

---Her zaman olduğu kadar	0
---Artık pek o kadar değil	1
---Artık kesinlikle o kadar değil	2
---Artık hiç değil	3

2. Geleceğe hevesle bakıyorum

---Her zaman olduğu kadar	0
---Artık pek o kadar değil	1
---Artık kesinlikle o kadar değil	2
---Artık hiç değil	3

3. Birşeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

---Evet, çoğu zaman	3
---Evet, bazen	2
---Çok sık değil	1
---Hayır, hiçbir zaman	0

4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum

---Hayır, hiçbir zaman	0
---Çok seyrek	1
---Evet, bazen	2
---Evet, çoğu zaman	3

5. İyi bir neden olmadığı halde korkuyor ya da panikliyorum

---Evet, çoğu zaman	3
---Evet, bazen	2
---Çok sık değil	1
---Hayır, hiçbir zaman	0

6. Herşey giderek sırtıma yükleniyor.

---Evet, çoğu zaman başa çıkamıyorum.	3
---Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum.	2
---Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkabiliyorum.	1
---Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum	0

7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum

---Evet, çoğu zaman	3
---Evet, bazen	2
---Çok sık değil	1
---Hayır, hiçbir zaman	0

8. Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum

---Evet, çoğu zaman	3
---Evet, bazen	2
---Çok sık değil	1
---Hayır, hiçbir zaman	0

9. Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum

---Evet, çoğu zaman	3
---Evet, oldukça sık	2
---Çok seyrek	1
---Hayır, asla	0

10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

---Evet, oldukça sık	3
---Bazen	2
---Hemen hemen hiç	1
---Asla	0

EK-4**GEBELİK SONUCU, DOĞUM ŞEKLİ VE YENİDOĞANI
DEĞERLENDİRME FORMU**

- 1) Hastanın Adı Soyadı:.....
Protokol No:.....
- 2) Gebelik Komplikasyonları
- a) Herhangi bir komplikasyon izlenmedi ()
 - b) Erken Doğum ()
 - c) Erken Membran Ruptürü ()
 - d) Preeklampsi ()
- 3) Doğum Şekli
- a) Normal Doğum ()
 - b) Sezeryan ()
- 4) Yenidoğan ile İlgili Sonuçlar
- a) Doğum Haftası:.....
 - b) Doğum Ağırlığı:.....
 - c) Doğum Boyu:.....
 - d) Apgar:.....
 - e) Cinsiyeti:.....

ÖZGEÇMİŞ

I. Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Elif Akkaş Yılmaz

Doğum yeri ve tarihi: Ankara, 1974

Uyruğu: T.C.

Medeni Durumu: Evli

İletişim Adresi: T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları EAH Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

E-posta:elifakkasyilmaz@hotmail.com

II. Eğitim

2009-halen	Ankara Üniversitesi Halk Sağlığı A.B.D Epidemiyoloji Yüksek Lisans
2000-2004	Sağlık Bakanlığı Ankara Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Araştırma Görevlisi
1991-1997	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
1980-1991	T.E.D Ankara Koleji
Yabancı dil	İngilizce-ileri seviyede (KPDS 80-IELTS 6)

III. Mesleki Deneyim

2010-halen	T.C Sağlık Bakanlığı Dr.Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
2009-2010	T.C Sağlık Bakanlığı Dr.Hulusi Alataş Elmadağ Devlet Hastanesi
2008-2009	T.C Sağlık Bakanlığı Etlik Zübeyde Hanım Eğitim ve Araştırma Hastanesi Perinataloji Kliniği
2007-2008	T.C Sağlık Bakanlığı Keçiören 15 no.lu Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi Başhekimliği
2004-2007	T.C Sağlık Bakanlığı Van Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi

IV. Bilimsel İlgi Alanları

Associations between GSTM1 and OGG1 Ser326Cys polymorphisms and smoking on chromosomal damage and birth growth in mothers. (2011). KARAHALİL, B., EMERCE, E., KOCABAŞ, N.A., AKKAŞ, E. *Mol Biol Rep.*, **38**: 2911-8.

Paternal Smoking and the Increased Frequency of Chromosome Aberrations in

Umbilical Cord Blood Samples. (2008). KARAHALİL, B., AKKAŞ, E., ÇOK, İ, ŞENGÜL, N. *Fabad J. Pharm. Sci.*, **33**: 177-185.

V. Bilimsel Etkinlikleri

İstatistik Dersi-Bilimsel Araştırmalarda İstatistiksel Yöntemlerin Kullanımı-
Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü-2011

Ürojinekoloji kursu-2010

Aile Hekimliği 1.Aşama Uyum Eğitimi-2010

Obstetrik Ultrasonografi kursu-2008

I. Fetal Elektronik Monitörizasyon kursu-2007

Neonatal Resüsitasyon kursu-2005

Ovulasyon İndüksiyonu kursu-2002