

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ**

**KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ GEBE POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN 34 HAFTA VE  
ÜSTÜ GEBELERDE DEPRESYON BELİRTİLERİNİN GÖRÜLMESİ VE  
İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

**ARŞ. GR. DR. ÖZGÜR MUTLU**

**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI  
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**2020**

**TÜRKİYE CUMHURİYETİN  
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ**

**KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ GEBE POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN 34 HAFTA VE  
ÜSTÜ GEBELERDE DEPRESYON BELİRTİLERİNİN GÖRÜLMESİ VE  
İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

**ARŞ. GR. DR. ÖZGÜR MUTLU**

**TEZ DANIŞMANI  
PROF. DR. TUNCAY MÜGE ALVUR**

**AİLE KEİMLİĞİ ANABİLİM DALI  
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**ETİK KURUL ONAYI  
08.10.2018 TARİHİNDE İZİN ALINDI. PROJE NO: 2018/252**

**2020**

## TEŐEKKÖR

Öncelikle Aile Hekimliği Uzmanlığı sürecinde her konuda bilgisine başvurduğum sayın hocam Prof. Dr. Müge Alvr'a, gebe polikliniğinde çalışan Dr. Zeki Türe'ye ve Neslihan hemşireye, aynı bölümde çalıştığımız arkadaşlardan Dr. Özlem Aslan'a, Dr. Cemal Uyan'a ve diğer meslektaşlarıma teşekkür ederim. Tez sürecinde bana yardımcı olan kuzenim İbrahim Mutlu'ya, değerli babam Celal Mutlu ve değerli annem Hülya Mutlu ve değerli kardeşim Özge Mutlu'ya çok teşekkür ederim.



## İÇİNDEKİLER

<b>TEŞEKKÜR.....</b>	<b>iii</b>
<b>İÇİNDEKİLER.....</b>	<b>iv</b>
<b>TABLO LİSTESİ.....</b>	<b>v</b>
<b>KISALTMALAR.....</b>	<b>vi</b>
<b>1. GİRİŞ.....</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>3</b>
2.1. Gebelik ve Gebelik Sonrası Dönemlere İlişkin Psikiyatrik Hastalıklar .....	3
2.2. Gebelik ve Depresyon.....	4
2.3. Gebelikte Depresyon Belirtileri .....	6
2.4. Gebelikte Depresyon Sıklığı.....	7
2.5. Gebelikte Depresyon için Risk Faktörleri .....	9
2.6. Anne ve Bebekle İlgili Olumsuz Sonuçları .....	11
2.7. Perinatal Depresyon ve Taraması .....	12
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>13</b>
3.1. Araştırmanın Şekli .....	13
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer .....	13
3.3. Araştırmanın Örneklemi .....	13
3.4. Verilerin Toplanması ve Uygulanması .....	13
3.5. İstatiksel Analiz .....	14
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu.....	14
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>15</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>21</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>24</b>
<b>7. ÖZET .....</b>	<b>25</b>
<b>8. ABSTRACT.....</b>	<b>26</b>
<b>9. KAYNAKÇA.....</b>	<b>27</b>
<b>10. EKLER.....</b>	<b>36</b>

## TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Gebelerin Sosyal-Demografik Özellikleri.....	15
Tablo 2. Psikiyatrik Hastalık ve Gebelik Sırasında Geçirilen Hastalıkların Öyküsü.....	16
Tablo 3. EDDÖ' ne göre Depresyon Belirtilerinin Sıklığı.....	16
Tablo 4. Gebelerin Obstetrik Özellikleri .....	16
Tablo 5. Kadınların Çocuk Sayısının ve Çocuk Sahibi Olup Olmama Durumu ile Ölçekten Aldıkları Puanları ve Anlamlılık Analizi Sonuçları .....	17
Tablo 6. Gebenin Mesleği, Gebenin Eğitim Durumu ve Gebelikte Geçirilen Hastalıkların Ölçekten Alınan Puan ile Arasındaki İlişki.....	17
Tablo 7. Gebelerin Yaş Kategorileri ile Ölçekten Alınan Puanın Anlamı Arasındaki İlişki.....	18
Tablo 8. Gebelerin Ruh Hastalığı Öyküsü ve EDDÖ Arasındaki İlişki.....	18
Tablo 9. Eşlerin Eğitimi ve Mesleki Durumlarının Ölçek Puanı ile Arasındaki İlişki.....	19
Tablo 10. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Ölçek Puanı Arasındaki İlişki .....	19
Tablo 11. Ölçek Puanı ve Gebelerin Daha Önceki Hamilelik Özellikleri.....	19

## KISALTMALAR

**DSM** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

**EDDÖ**: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

**MDB** : Major Depresif Bozukluk



## 1. GİRİŞ

Depresif bozukluklar kadınların ve bebeklerinin sağlığını olumsuz etkiler. Bu durum ülkemizde ve dünya genelinde araştırmacıların dikkatini çekmeye devam etmektedir.

Anneliğe geçiş süreci ve anne olma arzusu birçok kadın için istenen bir olaydır, fakat tahmin edildiği gibi kolay olmayabilir. Kadınlara sağlık bakımı verenler kadınların doğum öncesi ve doğum sonrasında depresyonda olabileceğini akılda tutmalıdır. Risk faktörlerinin bilinmesi önemlidir. Çocuk doğurma yaşındaki kadınlarda depresyonun teşhisi oldukça önemlidir, tedavi için ilaç kullanılabilir veya kullanılmayabilir; fakat her iki durumda da gebelik riskli hale gelir. Hamilelikte depresyon olması, annenin sağlığını ve gebeliğin seyrini, annenin gebelik sırasındaki davranışlarını ve öz bakımını, bebeğin doğumunun ne kadar sağlıklı olacağını, doğumdan sonra bebeğin ve çocuğun gelişimini etkiler.<sup>1-3</sup>

Depresif bozukluk sıklığı cinsiyetler arasında farklılıklar göstermektedir. Kadınlarda erkeklere oranla depresyon görülme sıklığı yaşam boyu iki kat daha yüksektir. Günümüze kadar olan epidemiyoloji verileri, çeşitli kültürel ortamlarda, kadınlar arasında depresif bozuklukların gelişmesi riskinin erkeklerden önemli ölçüde yüksekliğini doğrulamaktadır. Genetik, hormonlar, psikolojik faktörler ve psikolojik-sosyal faktörler bu farklılığın oluşmasında öne çıkmaktadır.<sup>4</sup>

Hamilelik, fizyolojik ve bedensel değişikliklerin dışında, psikolojik ve sosyal değişimleri kapsayan;<sup>5</sup> sevinç ve hüznün, korku ve sevgi gibi duyguların aynı anda yaşandığı duygu karmaşası halidir.<sup>6</sup> Hamilelik, psikolojik değişim ve zorlukların olduğu bir zamandır, bazıları için gelişmekte olan krizdir. Hamilelikle ilgili çelişkili duygular<sup>7</sup>, kadınların kendi sağlığı hakkında veya bebeğin sağlığı hakkında endişeleri,<sup>6,8</sup> doğumdan sonra oluşacak yaşam tarzı ile ilgili endişeler ve bununla başa çıkabilme korkuları (özellikle ilk kez anne olanlarda) tipik ve normaldir.<sup>6,9,10</sup>

Hamileliğin ilk üç aylık döneminde duygusal değişkenlik fark edilir, hamileliğin erken değişiklikleri göğüste hassasiyet, baş dönmesi gibi bulgular bunları artırabilir. Hamilelik ilerledikçe vücuttaki değişiklikler, seksüel ilgide değişiklikler ve doğum hakkında endişeler duygu durum değişkenliğine katkıda bulunabilir.<sup>9</sup> Hamileliğin son dönemi sosyal

ortamdan çekilmek, doğum ve bebek bakımı hakkında hazırlıklar ile meşgul olmak<sup>10,11</sup> ile geçer.

Hamilelik dönemi ve doğumdan sonraki ilk yıl perinatal dönem olarak bilinir. Rutin doğum öncesi muayeneler sağlık profesyonelleri için annelerin iyilik halini ve duygusal durumlarını değerlendirmek açısından fırsattır.<sup>12</sup>

İkinci ve üçüncü 3 aylık dönemde gebelere verilen sağlık hizmetlerinde depresyon taramasının yapılması, tedavi edilmemiş depresyonun zararlı etkilerinden dolayı, perinatal dönemde en az bir kere yapılmalıdır. Gebeliğin son 3 ayındaki ve lohusalık dönemindeki kadınlara taşıdıkları risk nedeniyle depresyon taramasının yapılması depresyonun tanısı için gereklidir. Bütün pozitif tarama sonuçları, gebelerin yeterli takip ve tedavisi de düşünülerek psikiyatri gibi ileri uzmanlık dallarına yönlendirilmeli ki depresyonun ciddiyeti ve eşlik eden diğer psikolojik bozukluklar (örnek, kaygı, panik atak) değerlendirilebilsin.<sup>13-15</sup>

Hamile kadınlarda ve lohusalarda en yaygın görülen ruhsal problemler depresif bozukluklar ve kaygı bozukluklarıdır.

Bu çalışmada Kocaeli Üniversitesi'ne gebe polikliniğine gelen ve doğum servisinde yatmakta olan hamile kadınlarda;

- Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDDÖ) ile taranarak hamileliğin son dönemlerinde depresyon sıklığı tespit edilmesi
- Tarama testi pozitif olanlarda ilişkili faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Gebelik ve Gebelik Sonrası Dönemlere İlişkin Psikiyatrik Hastalıklar

Doğum öncesi ve doğum sonrası ruh sağlığı rehberine göre<sup>12</sup>, ruhsal bozuklukların teşhis edilmesi ve tedavisi yetersiz olmaktadır. Bazı kadınlar damgalanmaktan veya sosyal servislerin müdahalesinden korktuğu için yardım arayışına girmemektedir.

Bazı grupların çocuk doğurma ile ilgili özel gereksinimleri olabilir. Çok genç, yalnız olan ve desteklenmeyen anneler veya annelik hakkından bilgi ve deneyimleri az olanlar özellikler kırılabilirler. Yaşlı anneler hamilelik ve doğumu gözünde büyütebilir ve doğumdan sonra yaşamını düzenlerken değişiklikler yapmakta zorlanabildiği söylenmiştir.<sup>10</sup>

Hamilelik ve ruhsal sorunların birlikteliği hakkındaki görüşler her iki uçta da yer almaktadır. Gebelik ve lohusalığın ruhsal hastalıklara diğer zamanlardaki kadar risk oluşturduğunu, ruhsal hastalıklara bu dönemde riskin arttığı veya bu hastalıkların tekrar ettiği bazı araştırmalarda vurgulanmıştır.<sup>16-18</sup>

Örneğin, doğum sonrası ilk zamanlarda iki uçlu duygu durum bozukluğun ilk atağının meydana gelmesi veya tekrarlamasının riski yüksektir. Depresyon, endişe bozuklukları, yeme bozuklukları, ilaç ve alkol kullanımı, travma sonrası stres bozukluğu ve ciddi ruhsal hastalıklar, psikoz, bipolar bozukluk, şizofreni ve ciddi depresyonun dahil olduğu rahatsızlıklar görülebilmektedir.<sup>12</sup>

Mısır'da 2018 yılında yapılan bir araştırmaya göre: postpartum blues, peripartum major depresyon, doğum öncesi ve doğum sonrası kaygı bozukluğu, postpartum psikoz, intihar girişimi gebelik ve sonraki dönemde görülen ruhsal hastalıklar olarak sıralanmıştır.<sup>19</sup>

2014 yılında O' Hara ve Wisner' in araştırmasında bu hastalıklar depresyon, kaygı bozuklukları, kendini bipolar bozukluk olarak gösteren postpartum psikoz olarak tanımlanmıştır. Depresyon ve kaygı bozuklukları çok yaygındır, major depresyon ve minor depresyonun görülme sıklığı oldukça yüksek olduğu görülür.<sup>20</sup>

Duygu durum bozuklukları ve kaygı bozuklukları ile ilgili son zamanlarda yapılan çalışmalara bakıldığında bu bozuklukların hamilelik esnasında yaygın olduğu görülür.

Uguz ve arkadaşlarının ülkemizde 2019 yılında yaptığı çalışmaya göre kadınların %18,2' sinde en az bir duygu durum veya kaygı bozukluğu saptanırken, hamile olmayan kontrol grubunda bu oran % 16,5' idi.<sup>21</sup> Stevens ve arkadaşlarının 2019 yılında Hollanda'da yapmış olduğu başka bir çalışmada hamilelikte major depresyon ve bipolar bozukluk tekrarlama riski olduğu ve ilaç tedavisinin önemi anlatılmaktadır. İlaç tedavisi ile her iki hastalığın da tekrarlama olasılığı azaldığı gösterilmiştir.<sup>22</sup>

Depresyonun, doğumdan sonra doğum öncesine göre daha yaygın olmadığı Evans ve arkadaşlarının çalışmasının bulgularında görülmektedir.<sup>23</sup> Hamile olan kadınlarda ve hamile olmayan kadınlarda yapılan bir çalışmada depresyonun teşhisinin ve tedavisinin yetersiz olduğu, hamile kadınlarda bu durumun daha olası olduğu gösterilmiştir.<sup>24</sup>

Gebelik esnasında ve gebelik sonrasında anksiyete ve depresyon görülmesi oldukça yaygındır. Gebeliğin herhangi bir zamanında anksiyete görülme sıklığı depresyon görülme sıklığından daha fazla olduğu görülmüştür.<sup>25</sup>

Perinatal depresyon ve anksiyete hamilelikte ve doğum sonrasındaki ilk 3 ayda yaygındır.<sup>20</sup> Doğumdan önce ve hamilelikte anksiyete görülme sıklığı yüksektir. Depresyon ile anksiyete birlikte oluşabildiği, anksiyete ve depresyonun hamilelik boyunca ve doğum sonrasında seyrinin çalışıldığı bir çalışmada gösterilmiştir.<sup>26</sup> Hamilelikten doğum sonrası zamana depresyon düzeylerinin azalmasının dikkate değer olduğu görülmektedir. Yine bu çalışmada belirtilen doğum öncesi stresin iyi yönetilemediği zaman ikincil olarak depresyonu oluşturduğu, stresin yönetilememesini ise fizyolojik yollara veya psikolojik sonuçlara bağlandığı ifade edilmiştir.

## **2.2. Gebelik ve Depresyon**

Depresyon, her bireyin yaşamının bir döneminde yaşadığı Major Depresif Bozukluk (MDB) diye bilinen klinik veya biyolojik-davranışsal durumdur. MDB nörovegetatif fonksiyonlarda değişiklik (iştah ve uyku gibi), bilişsel değişiklikler (uygun olmayan suçluluk ve değersizlik hisleri) ve psikolojik-motor aktivitede artma veya gerilemenin olduğu duygusal ve ruh hali bozukluğudur.<sup>27</sup> Hastalık tedavi edildiği zaman bile yaşamı etkilemeye devam etmektedir ve depresif bozukluklar önemli ölçüde hastalar için yıkım nedenidir.<sup>28</sup>

Hamilelik esnasında, depresyon belirtileri ve psikolojik durumlar hamileliğin normal belirtileri olarak yorumlanabilir.<sup>29</sup> Bu nedenle anne ve bebek ile ilgili istenmeyen sonuçları önlemek için erken tanı önemli olmaktadır. Özellikle depresyon çocuk doğurma yaşındaki kadınlarda oldukça yaygındır. Erken tanı hem anne hem gelişen fetus hem de bebek için gereklidir.<sup>30</sup> Diğer yandan bedensel belirtiler ortaya çıktığı zaman bunların izlenmesi, doğum öncesinde depresyon ve anksiyetenin teşhisini kolaylaştırdığı gösterilmiştir.<sup>31</sup>

Major depresif bozukluk (MDB) kadınlarda yaygın görülmektedir. Major depresyonun tanısı sürekli üzümlük hali, daha önce yapılan aktivitelere karşı ilginin kaybı, en az 2 hafta süren, yeme alışkanlıklarında, uykuda değişiklikler, enerjide azalmalar, zayıf hafıza ve dikkat azalmaları gibi değişiklikler, suçlu, değersiz, umutsuzluk ve hayal kırıklığı hisleri eşlik eder. Ciddi vakalarda intihar girişimi düşüncesi hatta teşebbüsü olabilir.<sup>32</sup> Depresyon bozuklukları üzümlük boşluk hissi veya huzursuz duygu durum ve bilişsel ve bedensel fonksiyonları etkilemesi ile karakterizedir; bunun dışında, zamanı süresi ve nedeni farklılık göstermektedir.<sup>2</sup>

Amerikan Psikiyatri derneğinin ruhsal hastalıkları sınıflandırdığı klavuzun İngilizce adı Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders'dır (DSM). DSM tanıları güncel haline göre depresif bozukluklar, yıkıcı duygu durum bozukluğu, premenstrüel disforik bozukluk ve diğer çeşitli depresif bozukluklardır.<sup>33</sup>

DSM-5 ile DSM-4 arasındaki değişikliklerin incelendiği çalışmada MDB depresif bozukluklar bölümünde sınıflandırılmıştır.<sup>34</sup> DSM-5 kriterlerinde major depresyon için bazı tanı kriterleri mevcuttur. Bu kriterlerde 2 haftanın üzerinde, her günün neredeyse tamamında süren ve aşağıdakilerden 5'i olduğu zaman (bir belirti depresif duygu durum veya zevk almama olması gerekir) tanı koyulabilir.

Aşağıdaki bilgiler<sup>35</sup>'den alınmış olup depresyon belirtilerini göstermektedir.

- Depresif duygu durumu
- Bütün eğlenceli aktivitelere karşı ilgide azalma
- Diyetle ilişkisiz olarak kilo alma veya kilo kaybetme
- Az uyuma veya çok uyuma
- Psikomotor retardasyon/ajitasyon

- Güçsüzlük veya enerjide azalma
- Değersizlik veya suçluluk hissi
- Konsantre olmakta veya karar almakta zorluk
- Tekrarlayan ölüm düşünceleridir.

### 2.3. Gebelikte Depresyon Belirtileri

Uykuda azalma, iştahta değişiklikler, bitkinlik, odaklanmakta zorluk gibi belirtiler depresyonun fiziksel ve bedensel belirtileridir. Fiziksel veya bedensel belirtiler, gebelik boyunca hamileliğin göstergesi veya major depresyonun başlangıcı olarak yorumlanabilir veya hamileliğe bağlanmaktadır.<sup>36,37</sup>

Depresyon ve kaygı bozuklukları olan kadınlarda bedensel belirtiler ve şikayetlerin daha fazla olduğu bilinir. Bedensel belirtiler sırt ağrıları, karın ağrıları mide problemleri olabilmektedir<sup>31</sup>.

Hamilelik süresince görülen bazı bedensel belirtiler farklılık göstermektedir. Hamile kadınlar bedensel belirtileri ve diğer belirtileri ilk 3 aylık dönemde deneyimler, fakat depresyonda olan kadınlar depresyonda olmayan kadınlara göre farklılık göstermiştir bir çalışmada.<sup>37</sup> Depresyon belirtileri güçsüzlük, öz-bakımında azalma, enerjide azalma, kaygılı bir görünüm, sürekli bir gerginlik hali olarak sıralanabilir. Bunların dışında psikolojik ve bedensel belirtiler iki farklı çalışmada belirtilmiştir. Bunlar kendini değersiz hissetme, suçlu hissetme, dikkat dağınıklığı ve intihar düşünceleri, eleştiriye duyarlı olmak, uzuvların ağır gelmesi, sabahları kendini kötü hissetme tipik belirtilerdir.<sup>37,38</sup> Yine bu çalışmaya göre iştah artışı, çok uyuma ve enerjide artış (ajitasyon) MDB için bilgilendirici değildir. Doktorlar ve hastalar belirtileri depresif bozukluktan ziyade hamileliğe bağlama eğilimindedir.<sup>37</sup> Depresyonla ilişkili belirtiler hamilelik boyunca değişkenlik göstermektedir.<sup>38</sup>

Bazı değişiklikler (iştah gibi) hamileliğin normal değişikliği olabileceği gibi ruh sağlığı problemlerinin de belirtileri olabilir. Bedensel belirtiler hamilelik boyunca gözlenebilir hatta hamile olmayan kadınlara göre daha çok olabilir. Uykusuzluk, güçsüzlük ve iştahta değişiklik gibi durumların hamilelik boyunca depresyon belirtilerinden olabileceği düşünülmelidir.<sup>36</sup>

Depresif belirtilerin depresyonda olan hamilelerde depresyonda olmayan hamile kadınlardan çok da farklı olmadığı görülmüştür.<sup>29</sup>

Depresyon tıbbi bir hastalıktır, vücudu, duygu durumunu ve düşünceleri kapsar. Yemek ve uykuyu, kendi hakkındaki hislerini ve herhangi bir şey ile ilgili düşünceleri etkilemektedir.<sup>39</sup> Depresyon belirtileri:

- Üzgün endişeli veya boşlukta gibi hissetmek
- Umutsuz hissetmek
- Daha önce yapılan ve eğlenilen hobi ve aktivitelere ilginin kaybolması
- Enerjinin azalması
- Odaklanmada, hatırlamada ve karar vermede zorlanma
- Uykusuzluk, sabah erken uyanma veya aşırı uyuma ve uyanmak istememek
- Yemek yemeyi istememek ve kilo kaybı veya aşırı yemek yiyerek kendini iyi hissetmek ve kilo almak
- Kendine zarar verme düşünceleri
- Kolayca sinirlenmek veya öfkelenmek
- Baş ağrısı, mide ağrısı gibi tedavi ile iyileşmeyen bedensel belirtilerdir.

#### **2.4. Gebelikte Depresyon Sıklığı**

Gebelik boyunca hem prevalans oranlarında hem de bireysel anksiyete ve depresyon seviyelerinde değişen bir seyir olmaktadır.<sup>25</sup> Depresyon görülme sıklığı hamilelik boyunca birbirine benzer oranlarda olabilir veya farklılıklar gösterebilir. Gebelik boyunca depresyon sıklığını araştıran çalışmalar son 20 yılda arttığı bilinmektedir. 1988 yılından 2014 yılına gelindiğinde hamileliğin birinci ve üçüncü 3 aylık dönemlerinde depresyon belirtileri sıklığının 2 katına çıktığı gösterilmiştir.<sup>40</sup>

Hamilelik öncesi yapılan depresyon sıklığı çalışmalarının derlendiği 2019 yılında sistematik bir derlemede, neredeyse 6 kadından birinin hamileliğin farklı dönemlerinde depresyonda olduğu sonucunu göstermiştir. Hamileliğin 3. 3 aylık döneminde depresyon prevalansları sırayla %10.35, %6.58, %26.70 iken tüm hamilelik boyunca %15.05 olarak hesaplanmıştır.<sup>41</sup> Diğer bir çalışmada hamileliğin üçüncü 3 aylık döneminde depresyon sıklığı % 73,5 bulunmuştur.<sup>42</sup>

Bennet ve arkadaşlarının sistematik bir derlemesinde prevalans oranları %7,4, %12,8 ve %12 idi sırasıyla birinci, ikinci ve üçüncü 3 aylık dönemde.<sup>43</sup>

Hamile kadınlarda depresyon ve anksiyetenin sıklıklarının gösteren çalışmada, oranlara baktığımız zaman hamile kadınlarda %54 oranlar anksiyete görülürken, %37,1 oranla depresyon görülmektedir. İkisinin beraber olması %12,6-16,9 şeklinde bulunmuştur.<sup>25</sup> Hamilelik ve doğum sonrasında major depresyon kriterine uyan kadınların sadece %18'i depresyon için tedavi ve yardım arayışına girdiği çalışmalarda gösterilmiştir.<sup>44</sup>

İrlanda'da yapılan araştırmaya göre hamileliğin herhangi bir zamanında depresyon izlenebilmektedir ve hamilelik ilerledikçe depresyon oluşma oranları artmıştır.<sup>45</sup> Son üç aylık dönemde görülme sıklığının daha yaygın olduğu, en azından ikinci 3 aylık dönemde daha yaygın olduğu belirtilmiştir. Depresyon sıklığı bu çalışmada %15,3 bulunmuştur.

Brezilya'da hamilelikte depresyon oranları %24,3, doğum sonrasında %10,8 idi.<sup>46</sup>

Litvanya'da yapılan çalışmada 12-16. gebelik haftalarında, 22-36. gebelik haftalarında ve 32-36. gebelik haftalarında depresyon prevalansı sırasıyla %6,1, %3,5 ve %4,4 olarak bulunmuştur.<sup>47</sup> Jamaika'da ise doğum öncesi depresyon sıklığı %56, doğum sonrası ise %34 olarak gösterilmiştir.<sup>48</sup>

Türkiye'de yapılan çalışmalara bakıldığında; bir çalışmada araştırmaya katılan gebelerde %27,9 depresyon sıklığı görülmüşken, diğer bir çalışmada ise gebelerin %30,9'unda depresif belirtiler bulunmuştur.<sup>49,50</sup> Depresyon görülme sıklığı doğum öncesinde %21,6 bulurken doğum sonrasında sırasıyla % 16,8; % 14,4; %9,6 bulunmuştur.<sup>51</sup>

Ankara, İzmir ve İstanbul'da perinatal dönemi kapsayan bir çalışmada hamilelikte depresyon oranı %14,6 bulunmuş, hamilelik sonrası 4-6. Haftalarda %32,6 ve doğum sonrası altıncı ayda %18,5 bulunmuştur.<sup>52</sup>

Düşük ve orta gelirli ülkelerde yapılan bir çalışmada; doğum öncesi ve doğum sonrası depresyonu (hafiften şiddetliye kadar olan non-psikotik depresyon) annenin morbidite (sakatlık) ve mortalitesine (ölüm) katkıda bulunan en önemli nedendir. Doğum öncesi ve doğum sonrası depresyon (Maternal depresyon) sağlıkla ilgili negatif davranışlarla ilişkilidir. Bebekleri, çocukları ve ergenleri kapsayan olumsuz sonuçlar ile ilişkilidir. 4

kadıncan biri doğum öncesi depresyon, 5 kadıncan birinde doğum sonrası depresyon vardır.<sup>53</sup>

1154 katılımcının değerlendirildiği bir başka çalışmada hamile kadınların gebelikleri esnasında %18,2'si duygu durum ve kaygı bozukluklarından en az biri, %6,8'i en az 2 teşhisi vardı. Genel kaygı bozukluğu, major depresyon, obsesif ve kompulsif bozukluk ve panik bozukluk en yaygın görülenlerdi. En az bir duygu durum veya kaygı bozukluğu olma durumunun birbirine yakın olduğu görülmüştür<sup>21</sup>. Diğer bir çalışmaya bakıldığında hamilelikte major ve minor depresyon oranının %9,9 çıktığı görülmüştür.<sup>54</sup>

Para kazanılan bir işte çalışıyor olmanın, partnerin olmasının, ailenin rolünün depresyon ve kaygı bozukluklarının ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada; kadınlarda erkeklere kıyasla depresyon ve kaygı bozukluklarının daha olası olduğu ve bu oran 1.72 bulunmuştur.<sup>55</sup> Yine bu çalışmaya 12 aylık depresyon ve kaygı bozukluklarının belli bir zaman aralığında görülme sıklığı kadınlarda erkeklerden daha yüksek bulunmuştur.

## **2.5. Gebelikte Depresyon için Risk Faktörleri**

Gebe kadınların depresyon ve kaygı bozukluklarına eğilimli olduğu bilinmektedir.<sup>56</sup> Hamilelik öncesinde yaşanan depresyon<sup>57</sup> ve kaygı bozuklukları dışında, annenin eğitim seviyesi, öz-saygısı ve kişilerle olan ilişkileri de doğum öncesi ve doğum sonrasında bu hastalıklara yatkınlığı arttığı gösterilmiştir.<sup>58</sup>

Hamilelik döneminde kadınlar doğum uzmanlarına başvururlar ve bebeğin sağlıklı doğması için doğum öncesi bakım alırlar. Bu dönemde depresyonda olan kadınlar depresyonda olmayan kadınlara oranla istenmeyen olaylara maruz kalabilirler.<sup>13</sup>

Aile yaşamı ve aileden görülen desteğin seviyesi hamilelik öncesi ve hamilelik boyunca önemlidir. Yaşanılan stresli durumlarda aile desteğinin az olduğunun algılanması, evlilikten mutlu olmama ve ev hanımı olmak depresyon ve anksiyete oluşumunu etkilediği gösterilmiştir.<sup>49</sup>

Anne olmak ile ilgili, bir kadının anneliğe geçiş süreci hakkında bilgi edinmek için yapılan bir çalışmada gebelik boyunca kadınların yeni bir şeyler öğrenmesi ve bunun bir süreç olarak yorumlandığı, sosyal ortamının ve ilişkilerin değişerek kadınların bu süreçle

başa çıkmaya çalıştığından bahsedilmiştir. Hamile kalmadan önce ve bir bebek sahibi olmadan önce kolay olacağını düşünen kadınlar, sonrasında annelikle ilgili yeteri kadar bilgisi olmadığını farkına varmaktadır.<sup>11</sup> Yeteri kadar iyi anne olmanın, hamile kadının kendi annesi ile sağlam ve uyumlu bir ilişki içinde olması ile gerçekleşeceği savunulmuştur.<sup>10</sup>

Erken ergenlikten yetişkinliğe kadar olan periyoda kadınların stresli yaşam olaylarına verdiği yanıtlar ve kırılma noktaları erkeklerden daha fazladır. Cinsiyet farklılığı ve depresyon ilişkisi üzerine yapılan bir çalışmada, kadınların erkeklere göre çoğu toplumda daha az gücü ve statüsü olduğundan dolayı belirli zor durumları erkeklerden daha çok tecrübe ettiği üzerinde durulmuştur. Fakirlik, taciz, saygı yokluğu ve zorlu durumları kadınlar daha fazla tecrübe ettiği belirtilmiştir. İkinci olarak kadınlar ve erkekler aynı stresli yaşam durumlarını yaşasa bile, kadınlarda erkeklere göre depresyon gelişimi stresli durumlara verdiği tepkiler, yaşadıkları ile başa çıkabilmesi ve kendini kabul etmesinde zorluklar biyolojik olarak farklı olmasından dolayı daha olası oluğu ifade edilmiştir.<sup>59</sup>

Depresyon oranları ve risk faktörlerinin hamilelik boyunca değerlendirildiği çalışma risk faktörleri üç trimesterde değerlendirilmiştir. 1. trimesterde gebeliğin istenmemesi, planlı olmaması, yüksek nevrozizm, düşük eğitim düzeyi ve önceki depresyon öyküsüyle, 2. trimesterde planlı olmayan ve istenmeyen gebelikle, 3. trimesterde ise planlı olmayan ve istenmeyen gebelik, yüksek nevrozizm ve son yıldaki psikolojik - sosyal stres ile ilişkilendirilmektedir.<sup>47</sup>

Psikolojik ve sosyal faktörlere bakıldığında, yaşam stresi, düşük eğitim düzeyi, daha önce birden fazla doğum yapılmış olması,<sup>46,60</sup> uykusuzluk, stresli yaşam olayları, genç anne yaşı, depresyon öyküsü risk faktörleri olarak bulunmuştur.<sup>61</sup> Doğum öncesi yaygın olan ruh sağlığı problemleri için risk faktörleri depresyon öyküsü, sosyal desteğin yokluğu, finansal zorluklar, eşin madde kullanması<sup>62</sup> sosyal - ekonomik düzeyin düşük olması olarak gösterilmiştir.<sup>63</sup> Diğer bir çalışmada evlilikte uyumsuzluk, ev hanımı olmak, istenmeyen gebelik, geçici evlilik yine risk faktörleri idi.<sup>49</sup>

Ekonomik zorluklar ve ev yaşamıyla ilgili problemler, sosyal desteğin az olması hamilelikte depresyon belirtilerinin yüksek olması ile ilişkilendirilmiştir.<sup>63</sup> Diğer bir çalışmada ise strese bağlı endokrin sistem değişiklikleri, gonad hormonları depresyonla



ilişkilendirilmiştir.<sup>64</sup> Düşük, kürtaj ve ölü doğum sayısı geçmişi, eğitim ve gelir seviyesi, yaşayan çocuk sayısı gibi faktörler depresyon bulguları ile ilişkili bulunmuştur.<sup>65</sup>

## 2.6. Anne ve Bebekle İlgili Olumsuz Sonuçları

Tedavi edilmemiş antenatal depresyon yeni doğan bebekler için zararlı etkileri literatürde gösterilir. Bu etkilerin incelendiği sistematik bir derlemede bebeğin erken doğması, doğum ağırlığının düşük olması ve doğum öncesi depresyon ile ilişkili olan çalışmalar gösterilmektedir.<sup>66</sup> Yetersiz kilo alımı, hamilelikte verilen bakımdan faydalanmama, madde kullanımı ve miadından önce doğum hamilelikte depresyon ile ilişkili görülen sonuçlar olarak gösterilmiştir.<sup>44</sup> Yine çalışmalara göre hamilelik esnasında tedavi edilmemiş depresyon ve stresin doğumla ilgili ve çocuk gelişiminde olumsuz sonuçları olduğu raporlanmış ayrıca hamilelik sırasında antidepresan ilaçların kullanımının da doğum ve çocuk gelişimine olumsuz sonuçları olabileceği rapor edilmiştir.<sup>3</sup> Miadından önce doğum<sup>67,68</sup> ve düşük doğum ağırlığı<sup>68-70</sup> hamilelikte depresyon ile ilişkilendirilmiştir.

Perinatal dönem diye tabir edilen hamilelik zamanı ve sonraki ilk yılda depresif belirtiler ve intihar eylemi birbiriyle ilişkilendirilmiştir.<sup>71</sup>

Perinatal periyotta en az bir kere depresyon ve anksiyete belirtilerinin geçerli bir ölçek ile taranması önerilmektedir. Tedaviye başlamak ve ruh sağlığı sağlayıcısına yönlendirmek maksimum fayda vermesine rağmen, sadece tarama yapmanın klinik faydası olduğu gösterilmiştir.<sup>72</sup>

Depresyonda olan grup ve depresyonda olmayan grup kıyaslandığında, gebeliğe bağlı aşırı bulantı oranlarının %39,3 ve %35,5 olduğu, düşük yapma oranları %3,3 ve %2,6 olduğu görülmüştür. Diğer yandan çocuğun doğum kanalına gelişinin anormal olması %12,3 ve %10,3 gösterilmiş, sezaryan doğum oranlarının %40,2 ve %34,6, fetusun doğum kanalında ölmesi oranları %0,7 ve %0,4 gibi gebeliğin sonuçları ile ilgili durumlar depresyonda olan annelerde depresyonda olmayan annelere kıyasla daha yüksek bulunmuştur.<sup>68</sup>

Tedavi edilmemiş depresyon annenin ve bebeğin sağlık durumuna olumsuz etkileri olur.<sup>73</sup> Doğum sonrası depresyon için risk faktörüdür.<sup>74</sup> Annede preeklampsi ile

ilişkilendirilmiştir.<sup>75</sup> Çocukların davranışsal durumuna ve beyinsel aktivitelerine olan etkileri gösterilmiştir.<sup>66</sup> 1 yaş altındaki bebeklerde, bebeğin gelişmesi, beslenmenin yetersiz kalması ve büyümenin kısıtlanması ile alakalıdır.<sup>76</sup>

## **2.7. Perinatal Depresyon ve Taraması**

Gebelik boyunca ve doğumdan sonra ilk 1 yıla kadar depresyon belirtileri ve sıklığı Edinburgh Postnatal Depresyon Ölçeği (EDDÖ) ile değerlendirilir.<sup>77</sup> Bu ölçek hamile kadınlarda major depresyonu belirler, minor depresyonu belirlemede daha az etkilidir.<sup>78</sup>

Birincil koruma ve erken müdahale hamile kadınların, annelerin ve bebeklerin sağlık servislerine sık gelişleri nedeniyle önemli stratejilerdir.<sup>79</sup> 2009 yılında yapılan bir çalışmada birinci trimester içinde, ikinci trimester içinde ve üçüncü trimester içinde depresyon belirtileri değerlendirilmiştir. Uygulaması kolay, aynı zamanda psikolojik ve bilişsel değerlendirme yapılırken hamilelikte yaygın olan bedensel belirtiler değerlendirilmemektedir.<sup>80</sup>

Türkiye Psikiyatri Dergisinde 2008 yayımlanan bir makalede EDDÖ' nün geçerliliği yeterli düzeyde bulunmuştur<sup>81</sup>. 2018 yılında yayınlanan T.C Sağlık Bakanlığı doğum öncesi yönetim rehberinde psikiyatrik hastalık varlığında ilgili uzmana sevk edilmesi gerektiğinden bahsedilmektedir. 2014 yılında yayınlanan doğum sonrası yönetim rehberinde EDDÖ kesme puanı 12 olarak uygulanmaktadır. Bir çalışmada 11- 12 puan ve üzerindeki değerlerin major depresyon tanısında anlamlı olduğu belirtilmiştir.<sup>80</sup>

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Şekli**

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalında yapılan gebeliğinin 34. Haftası ve sonrasında olan kadınlarda depresyon sıklığı ve depresyonla ilişkili faktörlerin belirlendiği kesitsel tipte bir araştırmadır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer**

Araştırma için Kocaeli Üniversitesi Hastanesi gebe polikliniği ve doğum servisi seçilmiştir ve bunun için gerekli yazılı izin alınmıştır.

#### **3.3. Araştırmanın Örneklemi**

Kasım 2018 - Nisan 2019 ayları arasında gebe polikliniğine gelen veya doğum servisinde takip edilen hamile kadınların gebelik haftalarının büyük çoğunluğu 34 haftanın altındaydı. Sonuçta 200 katılımcı ile tamamlanmıştır.

#### **3.4. Verilerin Toplanması ve Uygulanması**

Çalışma için Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve sosyal – demografik bilgi formu kullanılmıştır.

EDDÖ, 1987’de Cox tarafından doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon riskini belirlemek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir.<sup>82</sup> Ülkemizde EDDÖ’ nün Türkçe formunun geçerlilik güvenirliği N. Aydın ve arkadaşları tarafından doğum sonrası ilk bir yılındaki 341 kadın ile yapılmıştır.<sup>83</sup> EDDÖ’ nün iç tutarlılık katsayısı (Cronbach’s alfa) 0,72, kesme puanı 12,5 alınmıştır. EDDÖ toplam 10 soru içermektedir. Dörtlü likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Her maddenin puanlaması değişik biçimdedir. 3, 5, 6, 7, 8, 9 ve 10. maddeler giderek azalan şekilde olan puanlaması 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Diğer yandan, 1 2 ve 4. maddeler ise 0, 1, 2, 3 biçiminde puanlanırlar. Ölçeğin toplam puanı bu madde puanlarının toplanması ile elde edilir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 30’dur. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği’nden 12 ve üzerinde puan alanlar ileri danışmanlık almaları konusunda bilgilendirilmiştir.<sup>84</sup>

Sosyal-demografik bilgi formunda sorulan sorular aşağıda belirtilmiştir:

- Gebenin ve eşinin yaşı,
- Gebenin ve eşinin meslekleri
- Yaşadıkları konut tipi ve gelir d¼zeyleri
- Önceki gebelik sayısı
- Kürtaj, düşük ve ölü doğum öyküsü

Görüşmelerden önce gebelerin aydınlatılmış onamları alınmıştır. Daha sonra yüz yüze görüşme tekniği ile sorular sorulmuştur.

### **3.5. İstatiksel Analiz**

İstatistiksel değerlendirme IBM SPSS 20.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) paket programı ile yapıldı. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi. Nümerik değerşkenler ortalama±standart sapma ve medyan (25.-75. persentil) olarak, kategorik değerşkenler ise frekans (yüzde) olarak verildi. Gruplar arasındaki farklılık normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Mann Whitney U testi ile belirlendi. Kategorik değerşkenler arasındaki ilişkiler Ki-kare analizi ile değerlendirildi. İki yönlü hipotezlerin testi için  $p < 0.05$  istatistiksel önemlilik için yeterli kabul edildi.

### **3.6. Araştırmanın Etik Boyutu**

Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 08.10.2018 tarihinde izin alınmıştır. Proje No: 2018/252

#### 4. BULGULAR

Araştırma 34 hafta ve üzerinde gebeliği olan 200 kadın üzerinde gerçekleştirilmiştir. Gebelerin %35' inin ilk gebeliği idi.

Çalışma grubumuzun en fazla katılımcısı 25-34 yaş aralığında idi. %35 kadarı bir iş sahibi ve kalanı da ev hanımı olduğunu belirtti. Ekonomik olarak değerlendirildiğinde çoğu orta gelir-grubunun aralığında yer alıyordu. Gebelerin eğitim durumlarına bakıldığında %37,5' gü ilköğretim mezunu ve %4,5' gü okuma yazma bilmiyordu. Gebelerin %82,5 gibi bir çoğunluğunun aile yapısı çekirdek aileydi. %78 kadarı apartman dairesinde oturmaktaydı. Aşağıda Tablo 1' de gebelerin sosyal demografik özelliklerini göstermektedir.

**Tablo 1. Gebelerin Sosyal-Demografik Özellikleri**

		N	(%)
<b>Yaş</b>	18-24	42	21
	25-34	119	59,5
	35-44	38	19,5
	45-54	1	0,5
<b>Eğitim düzeyi</b>	Okuma yazma bilmeyen	9	4,5
	İlk okul-okuma yazma bilen	75	37,5
	Lise	57	28,5
	Üniversite	53	26,5
	Yüksek lisans/doktora	6	3
<b>Gelir düzeyi</b>	Düşük gelir	15	7,5
	Orta - düşük gelir	54	27
	Orta gelir	99	44,5
	Yüksek-orta gelir	23	11,5
	Yüksek gelir	9	4,5
<b>Aile tipi</b>	Çekirdek	165	82,5
	Kalabalık	32	16
	Boşanmış -tek ebeveynli aile	2	1
	Modern- kalabalık	1	0,5
<b>Konut tipi</b>	Apartman Dairesi	156	78
	Gecekondu	5	2,5
	Müstakil	39	19,5

Tablo 2' de gebelerin daha önce psikiyatrik hastalık öyküsünün olup olmadığı ve gebelik sırasında bir hastalık geçirip geçirmediği yer almaktadır. %37,5 kadarında eşlik eden bir hastalık ve %14,5 kadarında geçirilmiş bir ruhsal rahatsızlık vardı.

**Tablo 2. Psikiyatrik Hastalık ve Gebelik Sırasında Geçirilen Hastalıkların Öyküsü**

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Ruh hastalığı	Evet	29	14,5
	Hayır	171	85,5
Geçirilen hastalık	Soğuk algınlığı	6	3
	Gebelik diyabeti	18	9
	Gebelik tansiyonu	18	9
	Diğer	33	16,5
	Yok	125	62,5

Kesme puanı (12) altında alan oran %82,5 iken, üzerinde alanların oranı %17,5' tur.

Tablo 3' te EDDÖ ve depresyon sıklığı ile ilgili istatistiki bilgiler açıklanmaktadır.

**Tablo 3. EDDÖ'ne göre Depresyon Belirtilerinin Sıklığı**

	Sayı (N)	Yüzde (%)	
<12	165	82,5	
≥12	35	17,5	
	Ortalama ± s. sapma	Ortanca (25.ve 75.Percentil)	Min/Max
Ölçek puanı	7,26±4,86329	6 (4 ve 9)	0/26

Tablo 3'teki bulgular EPDÖ minimum 0 puan maksimum 26 puan alındığı görülmektedir. Katılımcıların ölçekten aldığı ortalama puan 7,26 puan, standart sapma değeri 4,86329 ve ortanca değer 6 idi.

Çalışmamıza katılan gebelerin daha önceki gebelikleri, kaç düşük yaptığı gibi özelliklerle ilgili yapılan tablo 4 aşağıdadır. Çalışmamıza katılan gebelerin ortalama gebelik haftası 35,4850 idi. Hamile kadınların ortalama 1,0050 çocuğu ve 1,02 canlı doğumu vardı. Önceki gebelik öykülerine bakıldığı zaman ortalama 0.31 düşük yapmışlardı. Ölü doğum ortalama sayısı ise 0,06 idi.

**Tablo 4. Gebelerin Obstetrik Özellikleri**

	Ortanca (25. ve 75. Percentil)	Ortalama
Gebelik haftası	35(34 – 39)	35,4850
Kaç çocuk	1(0 – 2)	1,0050
Kaçıncı gebelik	2(1 – 3)	2,3850
Düşük doğum	0(0 – 0)	0,31
Canlı doğum	1(0 – 2)	1,02
Ölü doğum	0(0 – 0)	0,06

**Tablo 5. Kadınların Çocuk Sayısının ve Çocuk Sahibi Olup Olmama Durumu ile Ölçekten Aldıkları Puanları ve Anlamlılık Analizi Sonuçları**

		Ölçek puanı		P değeri
		< 12 - ölçek puanı ile (%)	≥ 12 - ölçek puanı ile (%)	
Çocuk sayısı	0	58 - (35,2)	13 - (37,1)	0,781
	1	66 - (40)	11 - (31,4)	
	2	27 - (16,4)	8 - (22,9)	
	3	12 - (7,3)	2 - (5,7)	
	4	2 - (1,2)	1 - (2,9)	
Çocuk sahibi olma durumu	Çocuğu olmayan	58 - (35,2)	13 - (37,1)	0,977
	Çocuğu olan	107 - (64,8)	22 - (62,9)	
Kürtaj	Var	1 - (0,6)	1 - (2,9)	0,320
	Yok	164(99,4)	34(97,1)	

Tablo 5'te görüldüğü üzere çocuk sahibi olmanın veya çocuk sayısının EDDÖ' den alınan puan ile arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ( $p>0,05$ ). Diğer bir taraftan daha önce kürtaj yaptıran gebelerde depresyon ölçeğinden alınan puan istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı gösterilmiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 6. Gebenin Mesleği, Gebenin Eğitim Durumu ve Gebelikte Geçirilen Hastalıkların Ölçekten Alınan Puan ile Arasındaki İlişki**

		Ölçek puanı grup		P değeri
		<12	≥12	
<b>Gebenin mesleği</b>				1,00
Ev hanımı	N (%)	107 (82,3)	23 (17,7)	
Çalışıyor	N (%)	58 (82,9)	12 (17,1)	
<b>Eğitim durumu</b>				0,844
Lisenin altı	N (%)	68 (81)	16 (19)	
Lise	N (%)	47 (82,5)	10 (17,5)	
Üniversite ve üstü	N (%)	50 (84,7)	9 (15,3)	
<b>Gebelikte geçirilen hastalık</b>				0,612
Soğuk algınlığı	N (%)	4 (66,7)	2 (33,3)	
Gebelik diyabeti	N (%)	16 (88,9)	2 (11,1)	
Gebelik hipertansiyonu	N (%)	15 (83,3)	3 (16,7)	
Diğer	N (%)	25 (75,8)	8 (24,2)	
Hastalık geçirmeyenler	N (%)	105 (84)	20 (16)	

Tablo 6' ya bakıldığında, gebenin eğitim durumunun ölçekten alınan puan ile arasında anlamlı bir ilişki saptanamadığı ( $p>0,05$ ) görülmektedir. Gebenin bir işte çalışıyor olması da onun ölçekten aldığı puan arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ( $p>0,05$ ). Anlamlı ilişki bulunmayan diğer bir özellik de gebelikte hastalık geçirilmesidir. Gebelikte bir

hastalığın varlığı ile ölçekten alınan puan arasında istatistiksel olarak bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 7. Gebelerin Yaş Kategorileri ile Ölçekten Alınan Puanın Anlamı Arasındaki İlişki**

			Ölçek puanı – grup		P değeri
			<12	≥12	
Yaş	18 - 24	Sayı	%36	%6	0,188
		Yaş ile %	%85,7	%14,3	
		Ölçek puanı ile %	%21,8	%17,1	
	25 -34	Sayı	99	20	
		Yaş ile %	%83,2	%16,8	
		Ölçek puanı ile %	%60,0	%57,1	
	35 - 44	Sayı	30	8	
		Yaş ile %	%78,9	%21,1	
		Ölçek puanı ile %	%18,2	%22,9	
	45 - 54	Sayı	0	1	
		Yaş ile %	%0,0	%100	
		Ölçek puanı ile %	%0,0	2,9	

Tablo 7'ye bakıldığında, çalışmamızdaki gebelerin yaş kategorileri ile ölçekten alınan puan arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 8. Gebelerin Ruh Hastalığı Öyküsü ve EDDÖ Arasındaki İlişki**

	Ölçek puanı		P değeri
	<12	≥ 12	
Ruh hastalığı öyküsü			0,00
Evet	13	16	
Hayır	152	19	

Tablo 8' de annelerin daha önce ruh hastalığı yaşamış olması ile ölçekten alınan puan arasındaki ilişki gösterilmektedir. P değeri 0,00 çıkmıştır ( $p<0,05$ ) ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Daha önce ruhsal hastalığı olan 29 kişiden 16'sının ölçek skoru 12 ve üstünde çıkmıştır. Daha önce ruhsal hastalığı olmayan 171 kişiden ise sadece 19'unun ölçek puanı 12 ve üstünde çıkmıştır.



**Tablo 9. Eşlerin Eğitimi ve Mesleki Durumlarının Ölçek Puanı ile Arasındaki İlişki**

		EDDÖ <12	EDDÖ ≥12	P
Eşinin mesleği	İşsiz sayısı (N)	4	3	0,175
	Çalışanların sayısı (N)	161	32	
Eş eğitimi	Lisenin altı (N)	57	15	0,679
	Lise (N)	54	10	
	Üniversite ve üstü (N)	54	10	

Tablo 9’ da gebelerin EDDÖ’ den aldıkları puanların, eşlerinin mesleği ve eğitimi arasındaki istatistiksel olarak anlam bulunup bulunmadığı gösterilmektedir. Tabloya bakıldığında eş mesleğinin; eşin eğitiminin istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı ( $p>0,05$ ) görülmektedir.

**Tablo 10. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Ölçek Puanı Arasındaki İlişki**

		Ölçek puanı		P değeri
		< 12	≥ 12	
Gelir düzeyi	Düşük gelir (N)	11	4	0,262
	Düşük - orta gelir (N)	45	9	
	Orta gelir (N)	81	18	
	Yüksek - orta gelir (N)	22	1	
	Yüksek gelir (N)	6	3	
Aile tipi	Çekirdek (N)	137	28	0,005
	Kalabalık (N)	28	4	
	Tek ebeveynli (N)	0	2	
	Modern - kalabalık (N)	0	1	
Konut tipi	Apartman dairesi	129	27	0,424
	Gecekondu	3	2	
	Müstakil	33	6	

Tablo 10’da gösterildiği üzere; çalışmamıza katılan gebelerin gelir düzeyi ve yaşadıkları konut ile EDDÖ’ den aldığı puan arasında istatistiksel ilişki bulunmazken ( $p>0,05$ ); aile yapısı ile EDDÖ’ den aldığı puan arasında istatistiksel ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

**Tablo 11. Ölçek Puanı ve Gebelerin Daha Önceki Hamilelik Özellikleri**

Ölçek puanı grup		Gebelik haftası	Kaçıncı gebelik	Düşük doğum	Canlı doğum	Ölü doğum
< 12	Median	35	2	0,00	1,00	0,00
	Persentil 25	34	1	0,00	0,00	0,00
	Persentil 75	36,5	3	0,00	2,00	0,00
≥ 12	Median	36	2	0,00	1,00	0,00
	Persentil 25	35	1	0,00	0,00	0,00
	Persentil 75	37	3	1,00	2,00	0,00

Tablo 11 incelendiğinde gebelerin ölçek puanları ile gebelik haftaları, kaçınıcı gebelikleri yaşadığı, düşük, canlı, ölü doğum yapıp yapmadıklarına ilişkin tanımlayıcı bilgiler yer almaktadır. EDDÖ' nün kesme puanı 12 idi. 12 puanın altında alanların gebelik haftası ortanca değeri 35 idi. 12 puan ve üzerinde alanların gebelik haftası ortanca değeri ise 36 idi. EDDÖ puanı  $<12$  ve  $\geq 12$  alanların gebelik haftası ortanca değeri 2 bulunmuştur. Düşük doğum ve ölü doğum ortanca değeri her iki durumda 0 bulunurken canlı doğum ortanca değeri ise 1 bulunmuştur.



## 5. TARTIŞMA

Gebelik sırasında ya da hemen sonrasında major ve minor depresyon yedi kadından birinde görülmektedir.<sup>85</sup> Peripartum depresyon, neonatal morbiditeyi belirgin olarak artırmaktadır, eğer tedavi edilirse bu çocukların gelişimi iyileşmektedir.<sup>86</sup> Depresyonun hamile kadınlarda teşhis edilmemesi ihtimali hamile olmayan kadınlara kıyasla daha yüksektir.<sup>24</sup>

Aile hekimleri peripartum depresyon vakalarını tanımlama ve tedavi etmede son derece önemli bir yerde bulunmaktadır. Vakaların tanımlanması, aile hekimlerinin depresyon ölçeğini uygulamayı bilmesi, farkında oluşu ile mümkündür. Aile hekimleri arasında yapılan bir çalışmada perinatal depresyonun farkında oldukları gösterilmiştir.<sup>87</sup> Hamile kadınlarda tarama yapılmasının, genel bakım ile kıyaslandığı zaman depresyon görülmesi riskini ve programa katıldıktan sonra depresyona yakalanmasının %18 ile %59 arasında göreceli olarak azaldığı veya %2 ile %9 kesin olarak azaldığı gösterilmiştir.<sup>88</sup>

Türkiye’ de yapılan çalışmalarda hamilelik ve sonrasında depresyon belirtilerinin sıklığını gösteren çalışmalar vardır. Bizim bilgimize göre Kocaeli’ de bu yönde bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bizim çalışmamız hamileliğin üçüncü trimesterinin son haftalarını kapsamaktadır. 34 hafta ve üzeri gebeliği olan hamile kadınlarda depresyon belirtilerinin görülme sıklığı %17,5 bulunmuştur. Türkiye’de yapılmış çalışmalara bakıldığında, Sivas’ta yapılmış çalışmada depresyon sıklığı %27,5, Erzurum’da yapılan bir çalışmada gebeliğin 36 - 38. haftalarında depresyon sıklığı %21,6, Ordu’da gebe polikliniğinde yapılan araştırmada %30,9, Ankara’da ise %27,9 bulunmuştur.<sup>49-51,89</sup> Türkiye’de yapılmış çalışmalarla bizim çalışmamızı kıyasladığımız zaman, bizim çalışmamızda depresyon belirtileri sıklığının göreceli olarak düşük olduğu söylenebilir. Türkiye’de perinatal dönemi kapsayan Ankara ve İstanbul’da yapılan diğer bir çalışmada hamilelikte depresyon oranı %14,6 bulunmuştur<sup>52</sup>, bizim çalışmamıza oran olarak yakındır ve uyumludur. İrlanda’da bulunan depresyon görülme sıklığı %15,8’dir<sup>45</sup>, ve bizim çalışmamız literatürle benzerlik göstermektedir.

İlk hamileliğini yaşayan hamile kadınlarda depresyon riskinin olacağına değinilmiştir.<sup>9</sup> Bizim çalışmamızda daha önce çocuk doğurmamış gebelerde bu açıdan bir fark bulunmamıştır. Gebelerin sahip olduğu çocuk sayısı ile EDDÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ( $p=0,78>0,05$ ) görülmüştür. Literatürde psikolojik iyili hali ve doğum sayısı ile ilgili yapılan bir çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmada EDDÖ ve psikolojik iyilik hali ölçeği kullanılmıştır ve doğum sayısı ile depresyon seviyeleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.<sup>90</sup> Yine bizim çalışmamızda çocuk sahibi olmayan gebelerle çocuğu olan gebelerin EDDÖ puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı ( $p=0,97>0,05$ ) ortaya çıkmıştır. Yaşayan çocuk sayısının gebelikte depresyon belirtileri için risk faktörü oluşturduğu gösterilmiştir.<sup>65</sup> Çalışmamızda yaşayan çocuk sayısı ile bir ilişki saptanmaması, annelerin doğacak bebeğin ailelerine mutluluk getireceğine olan inançlarının yüksek olması şeklinde yorumlanabilir. Yüz yüze yapılan görüşmelerde, annelik hissi ve aileye yeni birinin katılacağını bilmek annelere mutlu hissettirdiği ve hayata bakış açılarını olumlu hale getirdiği anlaşılmaktadır. Daha önce yapılan bir araştırmada anneliğin mutluluk getireceği ifade edilmiştir.<sup>6</sup>

Çalışmamızda kürtaj öyküsü ile EDDÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ( $p=0,32>0,05$ ) görülmüştür. Kürtaj kadınların yaşamı için stres oluşturması muhtemel bir olaydır ve depresyon belirtileri ile ilişkidir.<sup>65</sup> Bizim çalışmamızda depresyon ile ilişkisi saptanmamıştır ve literatür ile uyumlu çıkmamıştır. Bunun nedeni çalışmamızın 34 hafta ve üzerinde gebelerle yapılması ve örneklem sayısı ile ilişkili olabilir.

15 yaş ile 21 yaş arasındaki gebeler adolesan gebelik olarak tanımlanmaktadır ve yetişkinlere göre hamilelikte depresyon için daha fazla risk altındadırlar.<sup>91</sup> Çalışmamızda gebelerin yaşları ile EDDÖ puanları arasında anlamlı istatistik ilişki olmadığı ( $p=0,18>0,05$ ) görülmüştür. Bu durum çalışmamızdaki gebelerin yaşları ile alakalı olarak yorumlanabilir, bizim çalışmamızda gebelerin en düşük yaşı 18 idi ve bu nedenle ilişki saptanmamış olabilir.

Çalışmamızda gebelerin daha önceden geçirdiği ruh hastalığı öyküsüne sahip olmaları ile EDDÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu ( $p=0,00<0,05$ ) görülmüştür. Türkiye’de yapılan bir tez çalışmasında doğum öncesi ruhsal hastalık öyküsünün hamilelik zamanında ve doğum sonrasında depresyon için risk faktörü olduğu<sup>74</sup>, diğer bir çalışmada

ise doğum öncesi yaşanan anksiyete ve depresyon bozukluklarının perinatal dönemde anksiyete ve depresyon bozuklukları ile ilişkisi gösterilmiştir.<sup>58</sup>

Çalışmada gebelerin eşlerinin eğitim durumları ile EDDÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ( $p=0,17>0,05$ ) görülmüştür. Literatüre bakıldığında anne eğitim düzeyinin hamilelikte depresyon ile ilişkili olduğu belirtilmiştir.<sup>58</sup> Gebelerin eşlerinin mesleki durumları, ailenin gelir düzeyleri ve yaşadıkları konut tipi EDDÖ puanları arasında da anlamlı bir ilişki olmadığı, belirlenmiştir. Literatüre baktığımızda düşük ve orta gelirli ülkelerde depresyon görülme sıklığının yüksek gelirli ülkelere göre daha sık olduğu görülürken, eğitim düzeyindeki düşüklük, gelir seviyesinin yetersiz olması ve işsizliğin önceden yaşanmış olumsuz yaşam olaylarına etki ettiği ve hamilelikte depresyonla ilişkili olduğundan bahsedilmiştir.<sup>57,92,93</sup> Bizim çalışmamızdaki bu oranlar literatür ile uyumlu değildir. Gebelerden 99'u (neredeyse %50'si) orta gelir seviyesinde olması ve bu grupta depresyon belirtileri sıklığının bütün örnekleme depresyon belirtilerinin görülme sıklığı ile benzer olması gelir seviyesinin ilişkisizliği ile alakalı olabilir.

Gebelerin aile tipi ile almış oldukları EDDÖ puanları arasında ilişki olduğu ( $p=0,005<0,05$ ) görülmektedir. Literatürde hamile kadınların çevresinden ve ailesinden yardım beklediği, özellikle eşinin desteğini istediğinden bahsedilmiştir.<sup>6,11,57</sup>

Çalışmamızdaki gebelerin 165'i (%82,5'i) çekirdek ailede yaşarken, yalnız yaşayanlar ve sonradan tekrar evlenenlerin sayısı sadece 3'tür. Eşinden boşanmış olan veya tekrardan evlenen kişilerden oluşan 3 kişide depresyon puanları yüksek çıkmıştır ve literatür ile uyumlu olduğu şeklinde yorumlanabilir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamıza katılan hamile kadınların 34 hafta ve üzerinde gebe olması, hamileliğin son haftalarında depresyon taraması yapılmasının önemine dikkat çekmektedir. Doğum öncesi depresyon belirtilerinin doğum sonrası depresyon görülmesi riskini artırdığı, bu konuda ülkemizde yapılmış tez çalışmasında gösterilmiştir<sup>74</sup>. Üstelik hamilelik döneminde depresyonun taranmasının önemlidir, çünkü bu dönemde depresyon ile intihar etme riskinin ilişkisi olduğunun bilinmektedir.<sup>71</sup>

Çalışmamızda depresyon belirtilerinin görülme sıklığı literatür ile benzerlik göstermektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalara kıyasla depresyon belirtileri sıklığının daha düşük olduğu sonucuna varılmaktadır. Doğum sayısı ve yaşayan çocuk sayısı ile depresyon belirtilerinin sıklığı arasında bir ilişki saptanmamıştır. Ayrıca gebenin daha önceki düşük sayısı, ölü doğum ve kürtaj sayısı, ölü doğum öyküsü, gebelikte oluşan yüksek tansiyon ve diyabet ile depresyon belirtilerinin sıklığı arasında bir ilişki bulunmamıştır.

Aile hekimliği pratiğinde depresyonun taranması koruyucu hekimlik açısından önemlidir. Annenin ve doğacak bebeğinin sağlığını etkilemesi muhtemel bu rahatsızlık için gebelik süresince ve doğum sonrası ilk 6 ayda depresyon taranması yapılmalıdır.

## 7. ÖZET

### **Giriş**

Depresyon en sık görülen duygu durum rahatsızlıklarından birisidir. Hamile kadınların depresyon açısından değerlendirilmesi anne ve çocuk sağlığı için önemlidir. Annenin ruh sağlığının iyi olması doğmamış bebeğin de yararına olarak değerlendirilmektedir.

### **Yöntem ve Amaçlar**

Bu çalışmamız, Kocaeli Üniversitesi Gebe Kliniğine gelen gebelerle yapılmıştır. 34 hafta ve üstünde gebeliği olan hamile kadınlar çalışmaya alındılar. Çalışmada sosyo-demografik ve varsa önceki gebelikle ilgili sorular, gebelik sırasında geçirilen hastalıklar ve Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği soruları 200 hamile kadına soruldu.

### **Bulgular**

Katılımcıların %17,5' unda edinburgh depresyon ölçeği puanı 12 ve üzerinde çıktı. Aile yapısı ve daha önceki ruhsal hastalık öyküsü olanlar ile depresyon belirtileri arasında anlamlı ilişki bulundu.

### **Sonuçlar**

Gebeliğin son haftalarında ve trimesterinde depresyon taraması yapılmasının, aile yapısının ve sosyal yönlerinin de dikkate alınmasının faydalı olacağı düşünülmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Gebelikte depresyon, son trimester, ilişkili faktörler

## **8. ABSTRACT**

### **Introduction**

Depression is a mood disorder that is very common. Assessing for depression pregnant women is important because of mother and child health. Wellbeing of mother's mood is beneficial for unborn child.

### **Aim and Method**

Our study is design in Pregnancy Clinic of Kocaeli University. Women is taken for this study, who have 34 wedge or up pregnancy. Socio-demogrofic, pregnancy related questions and Edinburgh Postnatal Depression Scale are asked to two hundred pregnant women.

### **Findings**

%17,5 of participants had 12 and up from Edinburgh Postnatal Depression Scale. Family types and history of mood disorder are associated with symptoms of depression.

### **Conclusion**

Screening for depression in late trimester of pregnancy is beneficial and some factors should be considered. These factors are family types and social identifiers.

**Keywords:** Pregnancy,depression, late trimester, associated factors



## 9. KAYNAKÇA

1. Depression in Childbearing Women: When Depression Complicates Pregnancy- ClinicalKey [Internet]. [a.yer 11 Kasım 2019]. Erişim adresi: <https://www.clinicalkey.com/#!/content/playContent/1-s2.0-S0095454308001012?scrollTo=%23hl0000057>
2. Major depressive disorders in pregnancy- ClinicalKey [Internet]. [a.yer 28 Ağustos 2019]. Erişim adresi: [https://www.clinicalkey.com/#!/content/clinical\\_overview/67-s2.0-b0200fb1-9413-4799-9b5c-d098947ca716](https://www.clinicalkey.com/#!/content/clinical_overview/67-s2.0-b0200fb1-9413-4799-9b5c-d098947ca716)
3. Depression during Pregnancy - ScienceDirect [Internet]. [a.yer 19 Eylül 2019]. Erişim adresi: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693415000723?via%3Dihub>
4. Kuehner C. Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatr Scand.* 01 Eylül 2003;108(3):163-74.
5. [Pregnancy as a psychological event].- ClinicalKey [Internet]. [a.yer 28 Ağustos 2019]. Erişim adresi: <https://www.clinicalkey.com/#!/content/medline/2-s2.0-15462597>
6. Shahoei R, Riji HM, Saeedi ZA. Kurdish pregnant women's feelings: A qualitative study. *Midwifery.* 01 Nisan 2011;27(2):215-20.
7. Cutler A, McNamara B, Qasba N, Kennedy HP, Lundsberg L, Garipey A. "I just don't know": An exploration of women's ambivalence about a new pregnancy. *Womens Health Issues Off Publ Jacobs Inst Womens Health.* 2018;28(1):75-81.
8. Öhman SG, Grunewald C, Waldenström U. Women's worries during pregnancy: testing the Cambridge Worry Scale on 200 Swedish women. *Scand J Caring Sci.* 2003;17(2):148-52.
9. Perinatal psychiatry- ClinicalKey [Internet]. [a.yer 26 Ağustos 2019]. Erişim adresi: <https://www.clinicalkey.com/#!/content/book/3-s2.0-B9780702031373000279?scrollTo=%23hl0000312>
10. Cantwell R, Cox JL. Psychiatric disorders in pregnancy and the puerperium. *Curr Obstet Gynaecol.* 2006;16(1):14-20.
11. Barclay L, Everitt L, Rogan F, Schmied V, Wyllie A. Becoming a mother — an analysis of women's experience of early motherhood. *J Adv Nurs.* 1997;25(4):719-28.

12. Antenatal and Postnatal Mental Health (QS115)- ClinicalKey [Internet]. [a.yer 29 Ağustos 2019]. Erişim adresi:  
[https://www.clinicalkey.com/#!/content/nice\\_guidelines/65-s2.0-QS115](https://www.clinicalkey.com/#!/content/nice_guidelines/65-s2.0-QS115)
13. Prenatal care: Second and third trimesters - UpToDate [Internet]. [a.yer 06 Eylül 2019]. Erişim adresi: [https://www.uptodate.com/contents/prenatal-care-second-and-third-trimesters?search=pregnancy&source=search\\_result&selectedTitle=3~150&usage\\_type=default&display\\_rank=3#H21417065](https://www.uptodate.com/contents/prenatal-care-second-and-third-trimesters?search=pregnancy&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3#H21417065)
14. ACOG Committee Opinion No. 757: Screening for Perinatal Depression. *Obstet Gynecol.* 2018;132(5):e208.
15. Siu AL, Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Baumann LC, Davidson KW, Ebell M, vd. Screening for depression in adults: US preventive services task force recommendation statement. *JAMA.* 26 Ocak 2016;315(4):380-7.
16. Behavioral Emergencies- ClinicalKey [Internet]. [a.yer 19 Eylül 2019]. Erişim adresi: <https://www.clinicalkey.com/#!/content/playContent/1-s2.0-S0193953X17300552?returnurl=https%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0193953X17300552%3Fshowall%3Dtrue&referrer=https%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2F>
17. Van Bussel JCH, Spitz B, Demyttenaere K. Women's mental health before, during, and after pregnancy: A population-based controlled cohort study. *Birth.* 01 Aralık 2006;33(4):297-302.
18. Brand SR, Brennan PA. Impact of antenatal and postpartum maternal mental illness: how are the children?: *Clin Obstet Gynecol.* Eylül 2009;52(3):441-55.
19. Sa H, Fa A. Peripartum Psychological Distress Conditions and Disorders: Biopsychosocial View. *J Neurol Psychiatr Disord* [Internet]. 24 Ocak 2019 [a.yer 04 Kasım 2019];1(1). Erişim adresi: <http://www.scienceinquest.com/open-access/fulltext/jnpd/peripartum-psychological-distress-conditions-and-disorders-biopsychosocial-view.php>
20. O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 01 Ocak 2014;28(1):3-12.

21. Uguz F, Yakut E, Aydogan S, Bayman MG, Gezginc K. Prevalence of mood and anxiety disorders during pregnancy: A case-control study with a large sample size. *Psychiatry Res.* 01 Şubat 2019; 272:316-8.
22. Stevens AWMM, Goossens PJJ, Knoppert-van der Klein EAM, Draisma S, Honig A, Kupka RW. Risk of recurrence of mood disorders during pregnancy and the impact of medication: A systematic review. *J Affect Disord.* 15 Nisan 2019; 249:96-103.
23. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ.* 04 Ağustos 2001;323(7307):257-60.
24. Ko JY, Farr SL, Dietz PM, Robbins CL. Depression and treatment among U.S. pregnant and nonpregnant women of reproductive age, 2005–2009. *J Womens Health* 2002. Ağustos 2012;21(8):830-6.
25. Lee AM, Lam SK, Sze Mun Lau SM, Chong CSY, Chui HW, Fong DYT. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol.* Kasım 2007;110(5):1102.
26. Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord.* 01 Mayıs 2004;80(1):65-73.
27. Fava M, Kendler KS. Major Depressive Disorder. *Neuron.* 01 Kasım 2000;28(2):335-41.
28. Lépine J-P, Briley M. The increasing burden of depression. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2011;7(Suppl 1):3-7.
29. Manber R, Blasey C, Allen JJB. Depression symptoms during pregnancy. *Arch Womens Ment Health.* Şubat 2008;11(1):43-8.
30. Peripartum depression: Early recognition improves outcomes [Internet]. [a.yer 18 Ekim 2019]. Erişim adresi: <https://www.mdedge.com/ccjm/article/136663/drug-therapy/peripartum-depression-early-recognition-improves-outcomes>
31. Kelly RH, Russo J, Katon W. Somatic complaints among pregnant women cared for in obstetrics: normal pregnancy or depressive and anxiety symptom amplification revisited?11This research was conducted with support from the National Institute of Mental Health (NIMH) National Research Service Awards F32-MH11892–01 (RHK) and T32-MH20021–03 (WK). *Gen Hosp Psychiatry.* 01 Mayıs 2001;23(3):107-13.

32. Cowley DS, Lentz GM. Emotional Aspects of Gynecology: Depression, Anxiety, Posttraumatic Stress Disorder, Eating Disorders, Substance Use Disorders, “Difficult” Patients, Sexual Function, Rape, Intimate Partner Violence, and Grief. İçinde: Comprehensive Gynecology [Internet]. 7. bs Philadelphia, PA: Elsevier; 2017 [a.yer 25 Eylül 2019]. s. 153-189.e4. Erişim adresi: <https://www.clinicalkey.com/#!/content/book/3-s2.0-B9780323322874000090?scrollTo=%23hl0002344>
33. DSM5Update2016.pdf [Internet]. [a.yer 10 Ekim 2019]. Erişim adresi: <https://dsm.psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/DSM5Update2016.pdf#page=10>
34. Uher R, Payne JL, Pavlova B, Perlis RH. Major depressive disorder in dsm-5: implications for clinical practice and research of changes from dsm-iv. *Depress Anxiety*. 01 Haziran 2014;31(6):459-71.
35. Mental Health and Behavioral Disorders in Pregnancy- ClinicalKey [Internet]. [a.yer 09 Temmuz 2019]. Erişim adresi: <https://www.clinicalkey.com/#!/content/book/3-s2.0-B978032332108200055X?scrollTo=%23hl0000585>
36. Nylen KJ, Williamson JA, O’Hara MW, Watson D, Engeldinger J. Validity of somatic symptoms as indicators of depression in pregnancy. *Arch Womens Ment Health*. 01 Haziran 2013;16(3):203-10.
37. Yonkers KA, Smith MV, Gotman N, Belanger K. Typical somatic symptoms of pregnancy and their impact on a diagnosis of major depressive disorder. *Gen Hosp Psychiatry*. 01 Temmuz 2009;31(4):327-33.
38. Amiel Castro R, Pinard Anderman C, Glover V, O’Connor T, Ehlert U, Kammerer M. Associated symptoms of depression: patterns of change during pregnancy. *Arch Womens Ment Health*. Şubat 2017;20(1):123-8.
39. Larsen L. Women’s Health Concern’s Sourcebook [Internet]. Detroit, UNITED STATES: Omnigraphics, Incorporated; 2013 [a.yer 21 Ekim 2019]. Erişim adresi: <http://ebookcentral.proquest.com/lib/kocaeli-ebooks/detail.action?docID=3384072>
40. Pop V, van Son M, Wijnen H, Spek V, Denollet J, Bergink V. Increase of depressive symptomatology during pregnancy over 25 years’ time in four population based cohorts. *J Affect Disord*. 01 Aralık 2019;259:175-9.

41. Systematic Review of Prevalence of Antepartum Depression during the Trimesters of Pregnancy [Internet]. [a.yer 16 Ağustos 2019]. Erişim adresi:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6542400/>
42. Ferreira CR, Orsini MC, Vieira CR, do Amarante Paffaro AM, Silva RR. Prevalence of anxiety symptoms and depression in the third gestational trimester. *Arch Gynecol Obstet.* 01 Mayıs 2015;291(5):999-1003.
43. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of Depression During Pregnancy: Systematic Review: *Obstet Gynecol.* Nisan 2004;103(4):698-709.
44. Marcus SM. Depression during Pregnancy: Rates, Risks and Consequences. *J Popul Ther Clin Pharmacol* [Internet]. 2009 [a.yer 19 Eylül 2019];16(1). Erişim adresi:  
<https://jptcp.com/index.php/jptcp/article/view/295>
45. Jairaj C, Fitzsimons CM, McAuliffe FM, O’Leary N, Joyce N, McCarthy A, vd. A population survey of prevalence rates of antenatal depression in the Irish obstetric services using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Arch Womens Ment Health.* 01 Haziran 2019;22(3):349-55.
46. Melo EF, Cecatti JG, Pacagnella RC, Leite DFB, Vulcani DE, Makuch MY. The prevalence of perinatal depression and its associated factors in two different settings in Brazil. *J Affect Disord.* 01 Şubat 2012;136(3):1204-8.
47. Bunevicius R, Kusminskas L, Bunevicius A, Nadisauskiene RJ, Jureniene K, Pop VJM. Psychosocial risk factors for depression during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 01 Ocak 2009;88(5):599-605.
48. Prevalence of pre- and postpartum depression in Jamaican women | *BMC Pregnancy and Childbirth* | Full Text [Internet]. [a.yer 26 Kasım 2019]. Erişim adresi:  
<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-5-15>
49. Karaçam Z, Ançel G. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population. *Midwifery.* 01 Ağustos 2009;25(4):344-56.
50. Erbil N, Oruç H, Karabulut A. Gebelikte Depresyon ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *J Clin Obstet Gynecol.* 2009;19(2):67-74.
51. Gulseren L, Erol A, Gulseren S, Kuey L, Kilic B, Ergor G. From antepartum to postpartum: a prospective study on the prevalence of peripartum depression in a semiurban Turkish community. *J Reprod Med.* Aralık 2006;51(12):955-60.

52. Dikmen-Yildiz P, Ayers S, Phillips L. Depression, anxiety, PTSD and comorbidity in perinatal women in Turkey: A longitudinal population-based study. *Midwifery*. Aralık 2017; 55:29-37.
53. Gelaye B, Rondon M, Araya R, Williams MA. Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry*. Ekim 2016;3(10):973-82.
54. Melville JL, Gavin A, Guo Y, Fan M-Y, Katon WJ. Depressive Disorders During Pregnancy. *Obstet Gynecol*. Kasım 2010;116(5):1064-70.
55. Plaisier I, de Bruijn JGM, Smit JH, de Graaf R, ten Have M, Beekman ATF, vd. Work and family roles and the association with depressive and anxiety disorders: Differences between men and women. *J Affect Disord*. 01 Ocak 2008;105(1):63-72.
56. Dr. Maria Chatta DrIS Dr Qurat ul ain. DEPRESSION AND ANXIETY DURING PREGNANCY. *INDO Am J Pharm Sci*. 26 Eylül 2018;05(09):9146-50.
57. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 01 Ocak 2010;202(1):5-14.
58. Martini J, Petzoldt J, Einsle F, Beesdo-Baum K, Höfler M, Wittchen H-U. Risk factors and course patterns of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after delivery: A prospective-longitudinal study. *J Affect Disord*. 01 Nisan 2015; 175:385-95.
59. Nolen-Hoeksema S. Gender Differences in Depression. *Curr Dir Psychol Sci*. 2001;10(5):4.
60. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 01 Ocak 2010;202(1):5-14.
61. Dorheim SK, Bjorvatn B, Eberhard-Gran M. Insomnia and Depressive Symptoms in Late Pregnancy: A Population-Based Study. *Behav Sleep Med*. 25 Haziran 2012;10(3):152-66.
62. Lydsdottir LB, Howard LM, Olafsdottir H, Einarsson H, Steingrimsdottir T, Sigurdsson JF. Adverse life experiences and common mental health problems in pregnancy: a causal pathway analysis. *Arch Womens Ment Health*. 01 Şubat 2019;22(1):75-83.

63. Séguin L, Potvin L, St.-Denis M, Loisele J. Chronic stressors, social support, and depression during pregnancy. *Obstet Gynecol.* 01 Nisan 1995;85(4):583-9.
64. Brummelte S, Galea LAM. Depression during pregnancy and postpartum: Contribution of stress and ovarian hormones. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 30 Haziran 2010;34(5):766-76.
65. Koleva H, Stuart S, O'Hara MW, Bowman-Reif J. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy. *Arch Womens Ment Health.* 01 Nisan 2011;14(2):99-105.
66. Gentile S. Untreated depression during pregnancy: Short- and long-term effects in offspring. A systematic review. *Neuroscience.* 07 Şubat 2017;342:154-66.
67. Miller ES, Saade GR, Simhan HN, Monk C, Haas DM, Silver RM, vd. 87: Trajectories of antenatal depression and adverse pregnancy outcomes. *Am J Obstet Gynecol.* 01 Ocak 2019;220 (1, Supplement): S70.
68. Huang H-C, Sung F-C, Chen P-C, Chang CY-Y, Muo C-H, Shiue H-S, vd. Obstetric outcomes in pregnant women with and without depression: population-based comparison. *Sci Rep [Internet].* 24 Ekim 2017 [a.yer 18 Ekim 2019];7. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5655038/>
69. Rahman A, Bunn J, Lovel H, Creed F. Association between antenatal depression and low birthweight in a developing country. *Acta Psychiatr Scand.* 2007;115(6):481-6.
70. Venkatesh KK, Ferguson KK, Smith NA, Cantonwine DE, McElrath TF. Association of Antenatal Depression with Clinical Subtypes of Preterm Birth. *Am J Perinatol.* Mayıs 2019;36(6):567-73.
71. Garman EC, Cois A, Schneider M, Lund C. Association between perinatal depressive symptoms and suicidal risk among low-income South African women: a longitudinal study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 01 Ekim 2019;54(10):1219-30.
72. Screening for Perinatal Depression - ACOG [Internet]. [a.yer 13 Kasım 2019]. Erişim adresi: <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Screening-for-Perinatal-Depression?IsMobileSet=false>
73. Becker M, Weinberger T, Chandy A, Schmukler S. Depression During Pregnancy and Postpartum. *Curr Psychiatry Rep.* 15 Şubat 2016;18(3):32.

74. Kirkan TS, Aydin N, Yazici E, Akcali Aslan P, Acemoglu H, Daloglu AG. The depression in women in pregnancy and postpartum period: A follow-up study. *Int J Soc Psychiatry*. 01 Haziran 2015;61(4):343-9.
75. Palmsten K, Setoguchi S, Margulis AV, Patrick AR, Hernández-Díaz S. Elevated Risk of Preeclampsia in Pregnant Women With Depression: Depression or Antidepressants? *Am J Epidemiol*. 15 Mayıs 2012;175(10):988-97.
76. Reddy MS. Depression: The Disorder and the Burden. *Indian J Psychol Med*. 2010;32(1):1-2.
77. Rubertsson C, Wickberg B, Gustavsson P, Rådestad I. Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. *Arch Women's Ment Health*. 01 Haziran 2005;8(2):97-104.
78. Psych DMM, John L. Cox MA F (Ed) DM, FRC Psych. Screening for depression during pregnancy with the edinburgh depression scale (EDDS). *J Reprod Infant Psychol*. 01 Nisan 1990;8(2):99-107.
79. Austin M-P. Antenatal screening and early intervention for ?perinatal? distress, depression and anxiety: where to from here? *Arch Womens Ment Health*. 01 Şubat 2004;7(1):1-6.
80. Bunevicius A, Kusminskas L, Pop VJ, Pedersen CA, Bunevicius R. Screening for antenatal depression with the Edinburgh Depression Scale. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 01 Aralık 2009;30(4):238-43.
81. Karaçam DZ. Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği: Türkçe'de Geçerlik ve Güvenirliği. :10.
82. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. Haziran 1987;150(6):782-6.
83. Aydin N, Inandi T, Yigit A, Nalan Sahin Hodoglugil N. Validation of the Turkish version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale among women within their first postpartum year. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 01 Haziran 2004;39(6):483-6.
84. dsbyr\_2.pdf [Internet]. [a.yer 21 Kasım 2019]. Erişim adresi: [https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/dsbyr\\_2.pdf](https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/dsbyr_2.pdf)



85. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol. Kasım 2005;106(5 Pt 1):1071-83.*
86. Pilowsky DJ, Wickramaratne P, Talati A, Tang M, Hughes CW, Garber J, vd. Children of depressed mothers 1 year after the initiation of maternal treatment: findings from the STAR\*D-Child Study. *Am J Psychiatry. Eylül 2008;165(9):1136-47.*
87. Ford E, Shakespeare J, Elias F, Ayers S. Recognition and management of perinatal depression and anxiety by general practitioners: a systematic review. *Fam Pract. 2017;34(1):11-9.*
88. O'Connor E, Rossom RC, Henninger M, Groom HC, Burda BU. Primary Care Screening for and Treatment of Depression in Pregnant and Postpartum Women: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA. 26 Ocak 2016;315(4):388-406.*
89. Golbasi Z, Kelleci M, Kisacik G, Cetin A. Prevalence and Correlates of Depression in Pregnancy Among Turkish Women. *Matern Child Health J. 01 Temmuz 2010;14(4):485-91.*
90. Bassi M, Fave AD, Cetin I, Melchiorri E, Pozzo M, Vescovelli F, vd. Psychological well-being and depression from pregnancy to postpartum among primiparous and multiparous women. *J Reprod Infant Psychol. 15 Mart 2017;35(2):183-95.*
91. Siegel RS, Brandon AR. Adolescents, Pregnancy, and Mental Health. *J Pediatr Adolesc Gynecol. 01 Haziran 2014;27(3):138-50.*
92. Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *J Affect Disord. 01 Eylül 2017; 219:86-92.*
93. Verbeek T, Bockting CLH, Beijers C, Meijer JL, van Pampus MG, Burger H. Low socioeconomic status increases effects of negative life events on antenatal anxiety and depression. *Women Birth. 01 Şubat 2019;32(1): e138-43.*

## 10. EKLER

### 1. Anket soruları

**Yaş:** 1(18-24) 2 (25-34) 3(35-44) 4 (45-54) 5 (55 ve üstü)

**Kaç çocuk:** 1 2 3 4 ve üstü

**Kaçıncı gebelik:**

**Gebelik haftası:**

**Eşinin yaşı:** 1(18-24) 2 (25-34) 3(35-44) 4 (45-54) 5 (55 ve üstü)

**Gebenin eğitimi:** 1(okuma yazma bilmeyen) 2 (ilkokul/okuryazar)

3 (lise) 4 (üniversite) 5 (yüksek lisans-doktora)

**Eşinin eğitimi:** 1(okuma yazma bilmeyen) 2(ilkokul/okuryazar)

3(lise) 4 (üniversite) 5(yüksek lisans-doktora)

**Gebenin mesleği:** 1(ev hanımı) 2 (işçi) 3 (esnaf –serbest meslek) 4(memur)

5(öğretmen) 6 (mühendis) 7(sağlık çalışanı-personel)

8(ebe-hemşire) 9(doktor) 10(profesyonel) 11(üst düzey yönetici) 12(diğer)

**Eşinin mesleği:** 1(işsiz) 2 (işçi) 3 (esnaf –serbest meslek) 4(memur) 5(öğretmen)

6 (mühendis) 7(sağlık çalışanı-personel) 8(ebe-hemşire)

9(doktor) 10(profesyonel) 11(üst düzey yönetici) 12(diğer)

**Gelir düzeyi:** 1 (düşük gelir) 2 (düşük-orta gelir) 3 (orta gelir) 4 (üst-orta gelir)

5 (üst gelir)

**Aile tipi:** 1(çekirdek aile) 2 (kalabalık aile) 3 (parçalanmış, boşanmış –tek

ebeveynli aile) 4 (modern –kalabalık aile)

**Gebenin ruh sağlığı:**

**Gebelik boyunca geçirdiği hastalık**

## EDINBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Yakın zamanlarda bebeğiniz oldu. Sizin son hafta içindeki duygularınızı öğrenmek istiyoruz. Böylelikle size daha iyi yardımcı olabileceğimize inanıyoruz. Lütfen, yalnızca bugün değil son 7 gün içinde, kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz.

Son 7 gündür;

1) *Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.*

- Her zaman olduğu kadar
- Artık pek o kadar değil
- Artık kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil

Son 7 gündür;

2) *Geleceğe hevesle bakıyorum.*

- Her zaman olduğu kadar
- Her zamankinden biraz daha az
- Her zamankinden kesinlikle daha az
- Hemen hemen hiç

Son 7 gündür;

3) *Birşeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.*

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Çok sık değil
- Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

4) *Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.*

- Hayır, hiçbir zaman
- Çok seyrek
- Evet, bazen
- Evet, çoğu zaman

Son 7 gündür;

5) *İyi bir nedeni olmadığı halde, korkuyor ya da panikliyorum.*

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Hayır, çok sık değil
- Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

6) *Her şey giderek sırtıma yükleniyor.*

- Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum
- Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum
- Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkamıyorum
- Hayır, her zamanki gibi başa ıkabiliyorum

Son 7 gündür;

7) *ylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.*

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Çok sık değil
- Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür

8) *Kendimi zntl ya da kkiin hissediyorum.*

- Evet, çoğu zaman
- Evet, oldukça sık
- Çok sık değil
- Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür

9) *ylesine mutsuzum ki ağlıyorum.*

- Evet, çoğu zaman
- Evet, oldukça sık
- Çok seyrek
- Hayır, asla

Son 7 gündür

10) *Kendime zarar verme düŐüncesinin aklıma geldiği oldu.*

- Evet, oldukça sık
- Bazen
- Hemen hemen hiç
- Asla