



T.C.
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

GEBELERDE
ANKSİYETE, DEPRESYON VE UYKU KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Esengül ÜNAL
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Mustafa ÇELİK

KAHRAMANMARAŞ-2017

K.S.Ü TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'NA

Esengül ÜNAL tarafından hazırlanan 'Gebelerde Anksiyete, Depresyon ve Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi' adlı bu tezin Tıpta Uzmanlık tezi olarak uygun olduğunu onaylarım.

(İmza)

Unvan Ad Soyad

Danışman

Bu çalışma, jürimiz tarafından oy birliği/oy çokluğu ile Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalında Tıpta Uzmanlık tezi olarak tarihinde kabul edilmiştir.

Başkan :

Üye :

Üye :

Üye :

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Tarih : . . / . . / 2018

DEKAN

Prof. Dr. Tufan MERT

Bu tez, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi tez yazım ve basım yönergesine uygundur.

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bana bilgi ve deneyimleri ile yol gösteren ve tezimin her aşamasında destek olan, hoşgörülü bir ortamda çalışmamıza olanak sağlayan ve tez danışmanım olan anabilim dalı başkanımız Sn. Prof. Dr. Mustafa ÇELİK'e,

Uzmanlık tezimin yazımında bana yardımlarını esirgemeyen, yol gösteren destek olan Sn.Yrd. Doç.Dr. Raziye Şule GÜMÜŞTAKIM'a,

Tezimin istatistiklerinde yardımlarını bilgi ve tecrübesini esirgemeyen

Sn.Yrd. Doç.Dr. Adem Doğan ER'e,

Uzmanlık eğitimim süresince rotasyonlarımda yardımcı olan tüm hocalarıma ve daima yakın destek ve dostluklarını gördüğüm sevgili asistan arkadaşlarıma,

Benim için her türlü maddi ve manevi fedakarlığı yapan hep yanımda olan canım anneme, babama, kardeşlerime,

Ve tabii ki benim iyi-kötü günümde yanımda olan benden desteğini esirgemeyen sevgili eşim Mustafa ÜNAL'a ve çocuklarım Elif ÜNAL, Mustafa Emre ÜNAL, İbrahim Eren ÜNAL'a en içten teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Esengül ÜNAL

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	2
TABLolar LİSTESİ.....	7
KISALTMALAR.....	8
ÖZET	9
ABSTRACT.....	11
1 GİRİŞ VE AMAÇ.....	13
2 GENEL BİLGİLER.....	14
2.1 Anksiyete.....	14
2.1.1 Giriş.....	14
2.1.2 Tanım.....	14
2.1.3 Epidemiyoloji.....	14
2.1.4 Yaş.....	14
2.1.5 Anksiyete belirtileri.....	15
2.1.5.1 Bilişsel belirtiler.....	15
2.1.5.2 Duygusal belirtiler.....	15
2.1.5.2.1 Düşünce Zorlukları.....	15
2.1.5.2.2 Kavramsal zorluklar.....	15
2.1.6 Davranışsal Belirtiler.....	16
2.1.7 Fizyolojik belirtiler.....	16
2.1.8 Anksiyete tedavisi.....	16
2.1.9 Gebelik ve anksiyete.....	17
2.2 Depresyon.....	18
2.2.1 Giriş.....	18
2.2.2 Epidemiyoloji.....	19
2.2.3 Depresyon tanı kriterleri.....	19
2.2.4 Gebelik ve depresyon.....	20

2.2.4.1	Gebelikte Tanı	20
2.2.4.2	Gebelikte depresif bozuklukların etiyolojisi	21
2.2.4.3	Gebelikte Yaş	21
2.2.4.4	Gebelikte depresyon sıklığı	21
2.2.4.5	Gebelik dönemlerine göre psikolojik değişiklikler	23
2.2.4.5.1	1. Trimester değişiklikleri	23
2.2.4.5.2	2. Trimester değişiklikleri	24
2.2.4.5.3	3. Trimester değişiklikleri	24
2.2.5	Gebelik depresyonu için risk faktörleri	24
2.2.5.1	Genetik faktörler	24
2.2.5.2	Psikolojik faktörler	24
2.2.5.3	Çevresel faktörler	25
2.2.5.4	Sosyal faktörler	25
2.2.5.5	Biyolojik faktörler	25
2.2.5.6	Hormonal faktörler	25
2.2.5.7	Gebelik depresyonuna ait belirti ve bulgular	25
2.2.6	Gebelikte depresif bozuklukların sonuçları	26
2.2.7	Gebelikte Depresyonun Tedavisi	26
2.2.8	Psikoterapi	26
2.2.8.1	Kişiler arası ilişkiler terapisi	27
2.2.8.2	Bilişsel-davranışçı terapi	27
2.2.9	Farmakoterapi	27
2.2.10	Nonfarmakolojik tedavi	27
2.3	Gebelik Nedir	28
2.3.1	Tanım	28
2.3.2	Gebeliğin fizyolojisi	29
2.3.3	Hormonal değişiklikler	29

2.3.3.1	Östrojen	30
2.3.3.2	Progesteron	30
2.4	Uyku.....	30
2.4.1	Uykunun tanımı	30
2.4.2	Uykunun evreleri	30
2.4.3	Uykunun işlevi.....	31
2.4.3.1	Uyku fizyoloji.....	31
2.4.3.2	Uyku hijyeni	32
2.4.3.3	Uyku kalitesi.....	32
2.4.3.3.1	Uyku kalitesini etkileyen faktörler.....	32
2.4.3.3.1.1	Yaş.....	33
2.4.3.3.1.2	Cinsiyet	33
2.4.3.3.1.3	İrk	33
2.4.3.3.1.4	Medeni durum	33
2.4.3.3.1.5	Gelir düzeyi.....	33
2.4.3.3.1.6	Fiziksel etkinlik.....	33
2.4.3.3.1.7	Yaşam dönemleri	33
2.4.3.3.1.8	Beslenme	33
2.4.3.3.1.9	Yaşam biçimi	34
2.4.3.3.1.10	Alkol ve madde bağımlılığı.....	34
2.4.3.3.1.11	İlaç gereksinimi.....	34
2.4.3.3.1.12	Emosyonel durum	34
2.4.4	Gebelik ve uyku	34
2.4.4.1	Gebelik ve uykunun tanımı	34
2.4.4.2	Gebelikte uyku bozuklukları belirtileri	34
2.4.4.3	Gebelikte uykunun evrelerindeki değişiklikler.....	34
3	GEREÇ VE YÖNTEM.....	36

3.1	Araştırmanın Türü ve Etik Yönü	36
3.2	Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	36
3.3	Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	36
3.4	Çalışmadan Dışlanma Kriterleri;	37
3.5	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	37
3.6	Verilerin Toplanması	37
3.7	Anket Formu	37
3.8	Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)	37
3.9	Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADÖ)	39
3.10	Verilerin Değerlendirilmesi	39
3.11	Araştırmanın Sınırlılıkları	40
4	BULGULAR	40
5	TARTIŞMA	50
5.1	Depresyon	52
5.2	Anksiyete	54
5.3	Sigara	57
5.4	Uyku	58
5.5	Depresyon Anksiyete Uyku Bozuklukları Arasındaki İlişki	60
6	SONUÇ	62
7	KAYNAKLAR	63
8	EKLER	78
9	ÖZGEÇMİŞ	79

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Gebelerin eğitim düzeyi.....	40
Tablo 2. Araştırmaya katılan gebelerin çalışma durumlarına göre dağılımı.....	40
Tablo 3. Araştırmaya katılan gebelerin sosyo-ekonomik durumlarına göre dağılımları	41
Tablo 4. Araştırmaya katılan gebelerin gelir düzeylerine göre dağılımı	41
Tablo 5. Araştırmaya katılan gebelerin yaşayan çocuk sayısına göre dağılımı	41
Tablo 6 - Araştırmaya katılan gebelerin gebelik sayısına göre dağılımı.....	42
Tablo 7. Araştırmaya katılan gebelerin gebelik aylarına göre dağılımı	42
Tablo 8. Araştırmaya katılan gebelerin eşlerinin eğitim düzeylerinin dağılımı.....	42
Tablo 9. Araştırmaya katılan gebelerin ikamet durumuna göre dağılımları	43
Tablo 10. Araştırmaya katılan gebelerin, gebelikten önce sigara içme tutumlarının dağılımları	43
Tablo 11. Araştırmaya katılan gebelerin, gebelikten önce sigara içme tutumlarının dağılımları	44
Tablo 12. Araştırmaya katılan gebelerin sosyo-demografik özellikleri, sigara içme durumları ile HAD-A, HAD-D ve HAD SCORE değerlerinin karşılaştırılması.....	45
Tablo 13. Araştırmaya katılan gebelerin sosyo-demografik özellikleri, sigara içme durumları ile PUKİ puanlarının karşılaştırılması.....	46
Tablo 14. Araştırmaya katılan gebelerin sosyo-demografik özellikleri, sigara içme durumları ile HAD Anksiyete, HAD Depresyon ve PUKİ puanlarının düşük ve yüksek olma durumlarına göre karşılaştırılması	48
Tablo 15. PUKİ ile HAD Anksiyete, HAD Depresyon ve HAD SCORE ortalamaları arasındaki korelasyon	49

KISALTMALAR

BDT: Bilişsel-Davranışçı Terapi

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EKT: Elektrokonvulzif Tedavi

FDA:

Açıklamalı [M1]: ???

GSA: Genel Sağlık Ölçeği

HAD: Hastane Anksiyete Depresyon

KİT: Kişilerarası İlişkiler Terapisi

MAOI: Monoamin oksidaz inhibitörleri

MD: Majör depresyon

MDB: Majör depresif bozukluk

OKB: Obsesif kompulsif bozukluk

PUKİ: Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi

SNRI: Selektif serotonin ve norepinefrin geri alım inhibitörleri

SSRI: Selektif serotonin reuptake inhibitörü

TSA: Trisiklik antidepresan

ÖZET
GEBELERDE ANKSİYETE, DEPRESYON VE
UYKU KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Amaç: Bu çalışma, gebe kadınlarda anksiyete, depresyon ve uyku kalitesi değerlendirmek amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Araştırma hastane merkezli, tanımlayıcı bir çalışma olarak planlanmıştır. Çalışmamıza 01.03.2017 ile 31.07.2017 tarihleri arasında Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran toplam 385 gebe katılmıştır. Çalışmaya katılımı kabul eden katılımcılara gönüllü onam formu imzalatılarak, araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak geliştirilen Sosyodemografik anket Formu, HAD, PUKİ anket formları yüz yüze görüşme metodu ile dolduruldu. Verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS versiyon 22 paket programı kullanılmıştır. Veriler Kruskal-Wallis H testi, Bonferroni düzeltmesi, Mann-Whitney U testi, Kolmogorov Smirnov testi, Pearson korelasyon testi, kıkare testi ve exact testi uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamıza katılan gebelerin yaş ortalaması $28,87\pm 6,41$ olup çoğunluğu ev hanımı oluşturmaktaydı. Çalışmamızda HAD-D ortalaması ile yaşayan çocuk sayısı ($p=0,013$), gebelik sayısı ($p=0,002$) eğitim düzeyi ($p=0,032$), gelir düzeyi ($p=0,033$) arasında, HAD-A ortalaması ile gelir düzeyi ($p=0,030$), gebelik öncesi ($p=0,007$), ve şimdiki gebeliğinde sigara kullanımı ($p=0,046$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur. HADSCORE ortalamaları ile yaşayan çocuk sayısı ve gebelik sayısı, gebelik ayı, sosyoekonomik düzey ve meslek arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

PUKİ bileşenleri; meslek ($p=0,003$), sosyo ekonomik durum ($p=0,031$), yaşayan çocuk sayısı ($p=0,006$), gebelik sayısı ($p=0,019$), gebelik ayı ($p=0,006$), gebelikten önce sigara içme durumu ($p=0,024$), eğitim düzeyi ($p=0,004$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. PUKİ ile HAD Anksiyete, HAD Depresyon ve HADSCORE ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Yapılan çalışmada, şimdiki gebelikte sigara içme tutumu ile HAD-A ve Pittsburgh uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamış ($p>0,001$), akat şimdiki gebelikte sigara tutumu ile HAD yüksek depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,016$).

Sonuç: Bulgularımız gebeliğin tüm trimesterlerinde, depresyon ve anksiyete düzeylerinin arttığını, uyku kalitesinin bozulduğunu göstermektedir. Hekimler düzenli gebe takipleri ile riskli gördükleri gebeleri saptayarak erken tanı ile tedavisine başlamalıdır.

Anahtar kelimeler: Gebe, Anksiyete, Depresyon

ABSTRACT
EVALUATION OF ANXIETY, DEPRESSION AND
SLEEP QUALITY IN PREGNANT WOMEN

Objective: This study was conducted to evaluate anxiety, depression and sleep quality in pregnant women.

Materials and Methods: The study was planned as a hospital-based, descriptive study. A total of 385 pregnant women who applied to Kahramanmaraş Sutcu Imam University Medical Faculty Hospital Obstetrics and Gynecology Clinic between 01.03.2017 and 31.07.2017 were included to the study. Socio-demographic questionnaire form, HAD, PUKI questionnaire forms which were developed by the researcher using the literature were filled by face to face interview method by signing a voluntary consent form to the participant who accepted to participate in the study. Data were analyzed by Kruskal-Wallis H test, bonferroni correction, Mann-Whitney U test, Kolmogorov Smirnov test, Pearson correlation test, chikare test and exact test. Statistical significance was accepted as $p < 0.05$. The IBM SPSS version 22 package program was used to evaluate the data.

Findings: The average age of the participating geese was $28,87 \pm 6,41$ and the majority of them were housewives. In our study, HAD-A average and income level ($p=0,030$) between the number of children living with HAD-D averages ($p=0,013$), number of pregnancies ($p=0,002$), education level ($p=0,032$), pre-pregnancy ($p=0,007$), and current pregnancy ($p= 0,046$). There was no statistically significant difference between the number of children living with HADSCORE and the number of pregnant women, gestational age, socioeconomic level and occupation ($p>0,05$).

Pittsburgh sleep quality index components; ($p=0,003$), socioeconomic status ($p=0,031$), number of living children ($p=0,006$), number of pregnancies ($p=0,019$), education level ($p=0,004$). Pittsburgh sleep quality index and HAD Anxiety, HAD Depression and HADSCORE averages were found statistically significant ($p<0,001$).

There was no statistically significant difference between smoking attitude and HAD-A and Pittsburgh sleep quality in current pregnancy ($p>0,001$), but there was a statistically significant difference between smoking attitude and HAD high depression in present gestation ($p=0,016$).

Result: Our findings show that depression and anxiety levels increase in all trimester of pregnancy, indicating that sleep quality is impaired. Physicians should start treatment with early diagnosis by identifying regular pregnant follow-ups and pregnancies that they see as risky.

Key words: Pregnancy, Anxiety, Depression



1 GİRİŞ VE AMAÇ

Gebelik insanlığın devamı, aile yapısı ve toplumun devamlılığı için çok önemli bir süreçtir. Kadın hayatında gebelik bir ruhsal iyilik hali ve mutluluk dönemi olarak bilinmektedir. 30 yıl içerisinde yapılan çalışmalarda ruhsal problemlerin gebelikte de görülebileceği ortaya konmuştur. En önemli ruhsal sorunların başında depresyon ve anksiyete bozuklukları gelmektedir. Yapılan araştırmalarda gebelikteki depresyon ve anksiyete bozuklukları toplumda bildirilen oranlardan daha yüksek bulunmuştur. Gebelik sırasında depresyon görülme sıklığı postpartum döneme kıyasla daha sık olmaktadır (1,3).

Gebelik dönemindeki hormonal ve fiziksel değişiklikler uyku ve uyku kalitesinde farklılığa neden olmaktadır. Büyüyen fetüsün diyafragma yaptığı bası sonucu artan abdominal rahatsızlıklar, noktüri, sırt ağrısı, bacak krampları, progesteron ve östrojen seviyelerindeki artışa bağlı gelişen hormonal değişiklikler, huzursuz bacak sendromu gibi hastalıklar gebenin uyku alışkanlıklarında ve uyku kalitesinde bozulmaya yol açmaktadır (4,6).

Gebelerde uyku bozukluklarının gerçek insidansı bilinmemektedir. Uyku bozukluklarının ilk trimesterden başlayarak üçüncü trimesterde en yüksek seviyelere ulaştığı gözlenmiş ve Üçüncü trimesterde bu oran %97 olarak bildirilmiştir (6,7).

Anne ve fetus sağlığını tehdit eden anksiyete ve depresyonun farkına vararak tedaviye en kısa sürede başlamak önemlidir. Gebelikten önce veya gebelikte görülen depresyonun ruhsal açıdan hem anneyi hem fetüsü olumsuz etkileyebileceği, bu durumun post partum dönemde de devam edeceği de düşünülürse bu konunun önemi daha iyi anlaşılacaktır.

2 GENEL BİLGİLER

2.1 Anksiyete

2.1.1 Giriş

Anksiyete kelime anlamı olarak, darlık ve sıkışma anlamına gelip hindogermanik ‘angh’ kökünden türetilmiştir. Farklı dillerde de anlamı benzerlik göstermektedir. ‘anchein’ (boğulmak, sıkılmak) ‘angor’ (boğulmak, nefes düzensizliği) gibi anlatılabilir. İç sıkıntısı, kaygı, bunaltı sözcükleri ile tanımlanan, hayatı tehdit eden veya tehdit şeklinde algılanan, rahatsız edici, endişe ve korku duygusudur (8).

2.1.2 Tanım

Anksiyete, tehlike durumunda aktifleşip, uyum sağlayıcı (adaptif) özellikleri sebebiyle insan yaşamında olması gereken bir duygudur. Belirli bir seviyeye kadar zararsız olup olumsuz durumlarla başa çıkabilmeye yardımcı olurken, duygunun şiddetli ve uzun süre yaşanması, kişinin yaşamını, sosyal hayatını ve kişiler arası ilişkilerini olumsuz etkilemeye başlar. İşte bu artış anksiyeteyi, artık problemler oluşturan bir duygu olarak karşımıza çıkarmaya başlar (9).

Akut anksiyete, insanda çeşitli fizyolojik (bulantı, kusma, diyare, idrar sıklığı vs.) ve davranışsal bozukluklar çıkmasına yol açabilir (10).

2.1.3 Epidemiyoloji

Anksiyete bozuklukları önemli oranda sağlık sorunlarının başında gelmektedir. Birinci basamakta depresif bozukluk ile anksiyete bozukluklarının tek başlarına veya birlikte görülme oranları %25’e kadar yükseldiği bildirilmektedir. Psikiyatri polikliniklerine başvuran hastaların ortalama %50’sini anksiyete bozuklukları oluşturmaktadır. Anksiyete bozuklukları sıklıkla kadınlarda görülmektedir. Kanada’da yapılan bir araştırmada bir yılda anksiyete bozukluklarının prevalansı erkeklerde %9, kadınlarda ise %16 olarak bildirilmiştir (11).

2.1.4 Yaş

Anksiyetenin başlangıç yaşı 13-24 arasında değişmektedir. Bu oranlar 25 yaştan sonra azalır. Başvurma yaşları 30 yaş civarındadır (12,13).

Bu gecikme hastaların geç tanı alması, anksiyete bozukluğunun bir kişilik özelliği olarak görülmemesi ve tedavi edilebilir olduğunun bilinmemesinden kaynaklanmaktadır (14).

2.1.5 Anksiyete belirtileri

Anksiyetenin belirtileri 4 grupta incelenir:

1. Bilişsel belirtiler,
2. Duygusal belirtiler,
3. Davranışsal belirtiler,
4. Fizyolojik belirtiler olarak dört gruba ayrılır.

2.1.5.1 Bilişsel belirtiler

Bilişsel işlevlerde artış (aşırı uyanıklık hali gibi) veya normal işlevlerin inhibisyonu (dikkat dağınıklığı gibi) meydana gelmektedir (15).

2.1.5.2 Duygusal belirtiler

Korku, endişe, dehşet hissi, tedirginlik, alarm durumuna geçme, gerginlik, sinirlilik, çaresizliktir (8) .

Aklın sisli, bulanık olması, nesnelere uzakmış gibi ya da bulanık görme, aşırı uyanıklık hali (hipervijilans), kendini aşırı gözleme, çevrenin olduğundan değişik ve olağan dışı görülmesi, olağan dışı hislerdir (8,16).

2.1.5.2.1 Düşünce Zorlukları

Önemli şeyleri hatırlayamama, düşünmeyi kontrol etmekte güçlük, konsantrasyon problemleri, dikkat dağınıklığı (distraktibilite), düşüncede duraksamalar, kesintiler (blok), objektif düşünme zorluğu, nedenselleştirme güçlüğü sayılabilir (8,16).

2.1.5.2.2 Kavramsal zorluklar

Kontrolü kaybetme korkusu, başa çıkamama korkusu, fiziksel zarar görme ya da ölüm korkusu, aklını kaybetme korkusu, diğer insanlar tarafından olumsuz değerlendirilebileceği korkusu, yineleyen korkulu fikirler, korku veren görsel imgeler, bilişsel sapmalar (distorsiyon) dır (8,16).

2.1.6 Davranışsal Belirtiler

Kaçma, kaçınma, huzursuzluk, olduğu yerde hareketsiz dona kalma, davranışlarda inhibisyon, konuşma akışında bozukluk, koordinasyon bozukluğudur (8).

Kişinin davranışlarının hiperaktivasyonu veya inhibisyonu şeklinde görülür. Başlangıçta bu davranışlar anksiyeteyi azaltmak için yapılırsa da; aksine anksiyeteyi artırıcı özellik göstermeye başlarlar (8).

2.1.7 Fizyolojik belirtiler

Organizmanın kendini koruma altına almak için hormonal, sempatik ya da parasempatik sinir sistemlerinde meydana getirdiği değişiklikler sonucu oluşan savunma şeklidir (8).

Çarpıntı, kalp hızında artış, arteryel kan basıncı değişiklikleri, bayılma hissi, gerçek bayılma, yüzde kızarıklık, aritmi, derin soluk alıp verme, nefes darlığı, kesik soluma, boğazda düğümlenme, bronşiyal spazm, kaslarda gerginlik, reflekslerde artma, yorgunluk hissi, çabuk yorulma, ağrılar, karın ağrısı, karında huzursuzluk, spazm, bulantı kusma, ishal, yutma güçlüğü, hava yutma, ağızda kuruma ya da sulanma, iştah değişiklikleri, uykuya dalma güçlüğü, uykusuzluk, huzursuz uyku, cinsel isteksizlik, erken boşalma, sık idrara çıkma, yaygın terleme, ellerde terleme, kaşınma krizleri, sıcak ve soğuk basma nöbetleri, ateş basması gibi belirtiler normalde zaman zaman hepimizde yaşanan olaylardır. Bu belirtilerin çoğunluğu normal oluşan duygusal tepkimelerin artmış yada baskılanmış halidir (8).

2.1.8 Anksiyete tedavisi

Gebelikte anksiyete bozukluklarının başında en sık panik bozukluk gelir. SSRI'lar ilk trimestirden sonra güvenli bir şekilde kullanılabilir. Ancak tercihen ilaç tedavisinden önce, psikoterapi, relaksasyon, davranışçı teknikler ve diğer psikososyal müdahaleler denenmeli, bunlarla sonuç alınmazsa ilaç tedavisine geçilmelidir. Tedavide benzodiazepin seçilecekse kısa etkili olanlar tercih edilmelidir. Yenidoğanda yoksunluk belirtilerinin önlenmesi için ilaç azaltılarak kesilmelidir. Yenidoğanda ciddi yoksunluk belirtileri varsa, diazepam verilir, sonra doz kademeli olarak azaltılır. Yenidoğanda IV diazepam verilirse, koruyucu olarak sodyum benzoat eklenmelidir. Bu ilaç serum albüminlerine bilirubin bağlanmasını engelleyip kernikterusu önler. Gebelikte benzodiazepin ve difenhidramin kombinasyonundan kaçınılmalıdır.

Diazepam'a bağılı olarak dudak-damak yarıklarının görüldüğü gösterilmiştir. Bu amaçla gebeliğin ilk on haftasında bu ilaç kullanılmamalıdır (17).

Antidepresan ilaçlar anksiyete ve uykusuzluk tedavisinde alternatif olarak kullanılabilir ancak benzodiazepinler ciddi doğum defektlerine yol açtıkları için nadir tercih edilirler (18).

Anksiyete için Alprazolam, lorazepam ve klonazepam gibi benzodiazepin türü ilaçlar kullanılır. Bu ilaçlar FDA tarafından D kategorisinde olup, uykusuzluk için kullanılan estazolam, flurazepam, quazepam, temazepam ve triazolam ise X kategorisi içerisinde (18).

Anksiyetede kullanılan nonbenzodiazepin olan buspiron ve uykusuzluk için kullanılan zolpidem, zaleplon ve eszopiclonun henüz gebelik ile ilişkili olumsuz sonuçları netleşmemiş olup FDA C kategorisindedir (18).

Benzodiazepin türevi ilaçlar geç gebelik süresince kullanıldığında doğum sonrasında neonatal toksisite (hipoaktif bebek) ve yoksunluk belirtilerinin oluşabilme riski olduğu belirtilmiştir. Anneleri anti-anksiyete veya sedatif-hipnotik ilaç alan bebekler üzerinde yapılan uzun vadeli araştırma sonuçları ise tam olarak bilinmemektedir (18).

SSRI ilaçlar anksiyete bozukluklarında daha etkili ilaçlar olup prenatal ve postnatal benzodiazepinlere tercih edilebilir. Bununla birlikte kadınlarda uykusuzlukla birlikteyse düşük dozlarda antidepresan ilaçlardan trazodon, mirtazapin veya sedatif TCA ilaçları da alternatif olabilir (18,19).

Bilişsel-davranışsal psikoterapi seçenekleri de anksiyete bozuklukları ve uykusuzluğun tedavisinde etkilidir. Tıbbi tedaviye alternatif olarak kullanımlarında sakınca yoktur (18,19).

2.1.9 Gebelik ve anksiyete

Gebelikteki fizyolojik değişimlerin çoğu anksiyete belirtilerine benzediği için anksiyete bozuklukları gebe kadında maskelenir. Bu konuda klinisyenlerin çok dikkatli olmaları gerekir (20).

Geçmişte gebelerde anksiyete bozukluğunun düşük riskte olduğu düşünülürdü (21).

Yapılan çalışmalar göstermiştir ki özellikle panik bozukluk ve OKB'ye odaklı anksiyetenin, gebelik ve sonrası dönemde farklı etkileri vardır. Ayrıca gebelik öncesi anksiyete bozukluğu tanısı almış kadınlarda da gebelikleri süresince bulgularında iyileşme olsa da, kadınların çoğunun klinik olarak belirgin semptomları devam etmektedir (22-24).

Aynı kadının farklı gebeliklerinde de anksiyete bozukluğunun bulguları ve gidişatı bile farklılıklar gösterebilir. Önceki gebeliğinde bulgularında düzelme olsa da başka gebeliklerinde anksiyetede artış riski taşıyabilir (22).

Doğumsonu dönem ise panik bozukluk ve OKB (obsesif - kompulsif bozukluk) belirtilerinin alevlendiği bir dönemdir (22-25).

Son araştırmalarda prenatal stres ve kaygının birlikteliği ile görülen psikososyal bozuklukların kötü obstetrik sonuçlara yol açabileceği bildirilmiştir.(26)

Lobel ve ark tarafından yapılan bir prospektif çalışmada, yaşamsal olaylardaki kaygının ve algılanan stresin büyüklüğünün gebelik süresini anlamlı miktarda kısalttığı gösterilmiştir (27).

Literatürdeki benzer bir çalışmada ise gebelikteki anksiyetenin düşük doğum ağırlığı ile ilişkili olduğu ve gebelikteki birimlik anksiyete artışının gebelik zamanını üç gün kısalttığı belirtilmiştir (28).

Runi ve ark yaptığı bir çalışmada ise prenatal dönemde yüksek anksiyetesi olan gebelerin, anksiyetesi düşük olan gebelere nazaran daha erken doğum yaptıkları gösterilmiştir (29).

Andersson ve ark 2003'te yaptıkları çalışmada ikinci trimester gebelerde anksiyete bozukluğu için belirttikleri nokta prevalans %12,1'dir (30).

2.2 Depresyon

2.2.1 Giriş

Depresyon, dünyada psikiyatrik hastalıklar içinde en sık görülen rahatsızlık olup, insanın işlevselliğini, yaratıcılığını, mutluluğunu engelleyerek hayat kalitesinin düşmesine ve işgücü kayıplarına yaşama sevincinin kaybına yol açmaktadır (31-34).

2.2.2 Epidemiyoloji

Yaşayan her beş kişiden biri, yaşamlarının bir döneminde depresyon ile karşılaşmaktadır. Toplumda her 100 erkekten üçünde, her 100 kadından altısında depresyon görülmektedir. Kadınlarda depresyon erkeklerden iki kat daha fazla görülmekte olup depresyon için yardım almaktadırlar. Gebelerde depresyon sıklığı %7-21 dir (34-36).

Depresyon hem görülme sıklığı, hem kronikleşme, hem de tekrarlama olasılığı fazladır. İş gücü kaybına ve intihara yol açabilmesinden dolayı ciddiye alınması gereken bir sağlık problemidir. Depresyonda erken tanı almak, depresyonu önlemek ve tedavi etmek, yenilemesindeki risk faktörlerinin tespit edilmesi gerekmektedir. Birincil duygulanım bozukluğu olarak da başka ruhsal hastalıklara da eşlik ederek görülebilir (37).

Gebelikte görülen depresyon anne sağlığını ve bebek sağlığı etkileyen bir rahatsızlıktır. Depresyonla ilgili psikolojik, biyolojik araştırmalar yapılmış olsa da hormonal hipotezler önceliklidir (38).

2.2.3 Depresyon tanı kriterleri

A. İki haftalık bir dönem süresince, daha önceden yaptığı işlevsellik seviyesinde farklılık olması ile birlikte aşağıdaki belirtilerden beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; belirtilerden en az birinin ya depresif duygudurum olması veya ilgi kaybının veya zevk alamama olması gerekmektedir.

1. Ya hastanın kendisinin belirtmesi (örn. kendisini üzgün ya da boşlukta hisseder) ya da başkalarının gözlemlemesi ile (örn. ağlamaklı bir görünümü vardır) hemen her gün, neredeyse gün boyu süren çökkün duygudurum olması,
2. Hastanın belirttiği ya da başkalarının gözlemlenen, neredeyse her gün, gün boyu süren, tüm faaliyetlerin hepsine ya da çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma,
3. Diyet yapmadan ciddi derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması, bir ayda vücut kilosunun % 5'inden fazlası olacak şekilde, neredeyse her gün iştahının azalmış ya da artmış olması,
4. Neredeyse her gün, uykusuzluk (insomnia) ya da aşırı uyku (hipersomnia) olması,

5. Hemen her gün, kendisinin tanımladığı huzursuzluk veya ağırlaştırılmış duyguların başkaları tarafından da gözlemleniyor olacak şekilde psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması,
 6. Hemen her gün, yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması,
 7. Hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygunsuz suçluluk duygularının olması,
 8. Hemen her gün, hastanın kendi ifadeleri yada başkalarının gözlemleri ile kişinin düşünme veya konsantrasyon yetisinde azalma veya kararsızlık,
 9. Tekrarlayan ölüm düşünceleri, planlamadan tekrarlayan intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması,
- B.** Bu belirtiler klinik açıdan kişide belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.
- C.** Bu belirtilerin bir madde kullanımına ya da genel tıbbi bir durumuna doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir. Not: A-C tanı ölçütleri bir majör depresyon dönemini oluşturur.
- Not: Önemli bir kayıp (örn. yas, batıklık, doğal bir yıkım sonucu olan kayıplar, önemli bir hastalık karşısında gösterilen tepkiler arasında, A tanı ölçütünde belirtilen, yoğun bir üzüntü duygusu yaşama, kayıp ile ilgili yoğun düşünüp durma, uykusuzluk, yeme isteğinde azalma ve kilo verme gibi belirtiler olabilir ve bunlar da bir depresyon dönemini andırabilir. Bu gibi belirtiler anlaşılabilir ya da kayıba bağlansada, bir majör depresyon döneminin de olabileceği unutulmamalıdır. Bu karar, kişiden alınan öykü ile kayıpların yol açtığı acının dışavurumunun değerlendirilmesini gerektirir.
- D.** Majör depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.
- E.** Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir.
- Not: Mani ya da hipomani benzeri dönemler bir maddeye veya sağlık durumuna ikincil gelişmişse bu dışlama uygulanmaz (39).

2.2.4 Gebelik ve depresyon

2.2.4.1 Gebelikte Tanı

Depresyon gebelikte gözden kaçabilmektedir. Gebede görülebilen uyku bozuklukları, iştah değişiklikleri, enerji ve istek kaybı gibi bulgular majör depresyonla

benzeyen ortak klinik bulgular gösterebilir. Bu durum gebelikte rastlanan tıbbi hastalıklarda depresyon tanısını koymayı güçleştirir (40, 41).

Gebelerin % 70'inden fazlasında depresif semptomlar belirtilmiş olup, %10-16 gebede ise major depresyonun tüm kriterleri izlenmiştir (42).

Gebelikte görülen depresyon, gebelikten sonra da %50-62 oranında depresif nöbet geçirme ihtimalini gösterir ve klinik durumun kötüleşmesine sebep olur. Gebelik sürecinde tedavi almayan depresif gebelerin %15'inin intihar girişimi olduğu belirtilmiştir (43).

2.2.4.2 Gebelikte depresif bozuklukların etiolojisi

Kadınlarda hayat boyu östrojen ve progesteron seviyeleri değişiklik göstermektedir.

Östrojenin pubertede artışı ile döngüsel ve diurnal değişimler başlar. Östrojenin ani yükselişleri ile nörotransmitter sistemlerde duyarlılık oluşur. Üreme çağı boyunca östrojen ve progesteronun sabit değişimi sürer. Böylece nörotransmitter sistemler standart bir şekilde zayıflatılır ya da güçlendirilir.

Gebelik ve doğum ile hormonal değişiklikler sonucunda östrojen ve progesteronun etkileri sonucu hipotalamo-pitüiter-adrenal ekseninde belirgin baskılanmaya sebep olur, bunun sonucunda da depresyona yakınlık artar (44).

Kadınlardaki duygudurum bozukluğu görülme sıklığı erkeklere göre yaklaşık iki kat fazladır (44).

2.2.4.3 Gebelikte Yaş

Depresyon kadınlarda ergenlik yaşlarından itibaren başlar, menapoz yıllarında daha az görülür. Bu duruma genetik yakınlık, stresli yaşam olaylarına maruz kalma, nöroendokrin sistemdeki değişimlerin bağlı olduğu düşünülmüş olup aynı zamanda gonadal hormonların dalgalanması da bu eşlik etmiş olabilir (45).

2.2.4.4 Gebelikte depresyon sıklığı

Çeşitli çalışmalarda gebelerde depresyon insidansı %7-21 arasında tespit edilmiştir (2,36,46,47).

Bir çalışmada depresyon dünyada tıbbi maluliyetin önde gelen sebebi olarak bildirilmiştir. Depresyon, tüm dünyada 51 milyon insanı etkileyerek insan hayatından

sorumlu olmaktadır. Aynı çalışmanın sonuçlarına göre doğurganlık çağındaki (15-44 yaş arası) kadınlarda maluliyet sebebi unipolar major depresyon olarak gösterilmiştir (48).

Gebeliğin, kadının iyilik ve mutluluk süreçlerinin birlikte olduğu ve kadınları depresyondan koruduğu düşünülmektedir (49).

Fakat son çalışmalarda gebeliğin koruyucu bir dönem ya da “kendini iyi hissetme” dönemi olduğu düşüncesinden vazgeçilmiştir. Depresyon, hamilelikte en sık görülen ruhsal rahatsızlıktır (50).

Gebelerdeki depresyon belirtilerinin düzeylerine yönelik olan çalışmaları incelediğimizde; Sevindik çalışmasında; gebelerin %30’unda depresif belirti olmadığını, %33,8’inde hafif; %23,8’inin de orta ve %12,5’inin de ağır düzeyde depresif belirti ifade etmişken (51), Aktaş ve arkadaşları gebelerin %46,6’sında depresif belirti olmadığını; %34,5’inde hafif; %13,9’unda orta düzeyde; %4,8’inin de ağır düzeyde depresif belirtilerinin olduğunu göstermişlerdir. Gebelik aylarına göre de belirtilerin sıklığı değişkenlik gösterebilmektedir (52).

Yapılan çalışmalarda gebeliğin birinci ve üçüncü trimesterinde anksiyete ve depresyonun ikinci trimestere oranla daha fazla yaşandığı gösterilmiştir (51-53).

Bennet ve arkadaşlarının çalışmasında depresyon yaygınlığı; gebeliğin ilk trimesterinde %7,4; ikinci trimesterde %12,8 ve üçüncü trimesterde %12 olarak bildirilmiştir (47).

Bunevicius ve arkadaşları çalışmalarında depresyonunun en fazla ilk trimesterde görüldüğünü ve bunun sebebi olarak da gebeliğin plansız ve istenmeyen olması, düşük gelir ve eğitim düzeyinde olunması, gelir getiren bir işte çalışmama değişkenleriyle ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (54).

Kurki ve ark gebelikte depresyon sıklığını %30, Marcus ve ark. %20 olarak bulmuşlardır (55-56).

Türkiye’de yeteri kadar çalışma olmamakla birlikte Cebeci ve ark (kesme değeri 17 ve üzeri) depresyon semptomları görülme prevalansını %12 bulmuştur (57).

Gebelik, kadın rolünün dışında anne olmanın verdiği duygusal, yaşamsal, ruhsal, davranışsal beklenti, çatışma, umut ve arzuların ortaya çıktığı ve yoğun yaşandığı bir süreçtir (58).

Gebelikte her trimesterin kendine has psikolojik uyum süreci vardır. İlk trimester gebe kalındığına uyum sağlamakla geçer. Fetüsü hissetme, ona bağlanma anne karnında başlar ve bu süreç ikinci trimestere kadar devam eder. Fetüsle emosyonel konuşma, anne-bebek duygusal yaklaşmasını sağlar, annenin sigara ve kafein alışkanlıklarını bırakmasına ve sağlıklı gebelik geçirmesi için adımlar atmasına yardımcı olur. İkinci trimesterde fetüsle olan biyolojik bağ daha derin ve yakın hissedilir. Üçüncü trimesterde ise doğum kaygıları artar, aynı zamanda bebeğin sağlığı ile ilgili endişeler başlar (58-60).

Literatürde depresyonun büyük çoğunluğunun gebelik, doğum, lohusalık gibi doğurganlık süreçlerini içine alan 18-44 yaş aralığındaki kadınlarda görüldüğü gösterilmektedir (31).

Araştırmalar Türkiye’de antenatal depresyonun sıklığının %25-54 arasında değiştiğini göstermiştir (61-63).

Kadınlarda kürtaj olma, düşük yapma, ölü doğum geçmişi, geçim sıkıntısı, istenmeyen gebelik halleri, problemlili evlilik yapmak, ailede depresyon öyküsü, doğacak çocuk hakkındaki endişe, madde bağımlılığı (alkol ve sigara dahil), hamilelikten önce iki ya da daha fazla kronik hastalık öyküsünün bulunması durumunda depresyon görülme sıklığı artmaktadır (48,64).

2.2.4.5 Gebelik dönemlerine göre psikolojik değişiklikler

2.2.4.5.1 1. Trimester değişiklikleri

Kadınlar gebeliğe hazır olup olmadıkları konusunda tereddüt yaşarlar. Ambivalan (zıt) duygular yoğun olarak yaşanır. Kadınların bebeklerinin ve kendilerinin sağlıklı olup olmayacağı konusunda, korku ve endişe hissederler. Anne adayları hem kendisinin, hem de çevresinin de gebeliğini bilmesi ve istediğinden emin olmak ister. Gebeliğin kabullenme ve karar verme süreci bu dönemde olgunlaşır. Gebeliği öğrendikleri ilk günlerde yorgunluk hissi, uyuma isteğinde artış görülebilir. Bedensel değişiklikler üzerinde yoğunlaşılır; sabah bulantısıyla baş etme, meme hassasiyeti,

fiziksel değişiklikler, cinsellik, diyet ve egzersiz gibi. Gebelik oluştuktan sonra, kadın fiziksel değişikliklere ayak uydurmaya başlamıştır (58,60,65,66).

2.2.4.5.2 2. Trimester değişiklikleri

İkinci trimester genellikle rahat geçirilen bir donemdir. Bulantıları geçtiği için fiziksel değişiklere uyum sağlaması hızlanır. Ambivalan duygular ortadan kalkar ve kendini daha iyi hissetmeye başlar. Kendisi ve bebekle ilgili herşeyi öğrenmeye istekli olur ve diğer gebelerle konuşmaya istekli olduğu bir donemdir. Birinci trimestere göre gebenin kişiliği bu donemde denge halindedir. Gebelik kabullenilmiş olsa da duyarlılık, alınganlık, huzursuzluk, ani kızgınlık, büyük mutluluk duygularında ani ve nedensiz değişimler de görülebilir (58,67).

2.2.4.5.3 3. Trimester değişiklikleri

Gebenin karnının hızla büyümesi ile hareketleri kısıtlanır ve bebeğin hareketlerini kuvvetli hisseder hale gelir. abuk yorulur, zaman zaman ağrıları olur ve kendini rahatsız hisseder. Fiziksel rahatsızlıkların ve gebeliğin artan yükü ile nc trimesterde anne adayı çocuğun koruyuculuğunu üstlenir. Doğum kaygıları ve annelik ile ilgili kaygılar oluşur. Evden ayrılırsa bebeği ve kendisi hakkında korkulara kapılır. Doğum yaklařtıķa ambivalans duyguları yeniler (58,67)

2.2.5 Gebelik depresyonu için risk faktörleri

2.2.5.1 Genetik faktörler

Genetik faktörlerle ilgili bilgiler tam aydınlatılmamış olup gebelik/ lohusalık depresyonunun yaklaşık %40-50'sinin genetik faktörle ilişkili olduğu belirtilmiştir. Literatürde genetik faktörle çevresel faktörlerin bağlantılı olduğu öne sürülmüştür (69,70).

2.2.5.2 Psikolojik faktörler

Gebenin yeni depresyon veya anksiyete yaşaması, geçmişinde depresyon öyküsü olması, gebeliğine yönelik zıt duygular, daha önceden var olan ruhsal rahatsızlığının olması gibi nedenler gebelik depresyonunu etkileyen psikolojik faktörlerdendir. Psikolojik ve sosyal faktörler gebelik depresyonunu en çok etkileyen unsurlardır (69,70).

2.2.5.3 Çevresel faktörler

Stres, fiziksel, duygusal ve mental travma, viral enfeksiyonlar, kronik hastalıklar, doğum kontrol hapları kullanmak, bazı sedatif ilaçlar gebelik depresyonuna zemin hazırlayan çevresel faktörlerdendir. Çevresel faktörler tek başına etkili olmayıp, genetik eğilimle birlikte depresyon riskini arttırmaktadır (69,70).

2.2.5.4 Sosyal faktörler

Partner yokluğu, evlilik sorunları, yalnız yaşama, boşanma, gelir düzeyinin düşüklüğü, sosyal destek azlığı veya yokluğu, sosyal izolasyon, aile içi şiddet yaşama, geçmişinde fiziksel, duygusal ve cinsel şiddet hikayesinin bulunması, yaşamdaki majör olaylar, sigara, alkol ve yabancı madde kullanımı gebelik depresyonuna etki eden sosyal faktörlerdendir (69,70).

2.2.5.5 Biyolojik faktörler

Biyolojik faktörlerle gebelik ve lohusalık dönemlerindeki depresyon ilişkisini belirlemek zordur. Biyolojik faktörler hormonlarla etkileşerek maternal depresyona zemin hazırlarlar. Malnütrisyon veya yetersiz-dengesiz gıda alımı nedeniyle gebedeki beslenme bozukluğu, nörotransmitter ve hormonal fonksiyonları bozarak maternal depresyonun patofizyolojisinin oluşmasına zemin hazırlamaktadır (69,70).

2.2.5.6 Hormonal faktörler

Depresyondaki gebe kadında norepinefrin ve kortizol düzeyleri yükselir, uterusu olan kan akımı azalır. Böylece hem gebe, hem fetüs üzerinde çok ciddi obstetrik ve neonatal sonuçlar ortaya çıkmaktadır (69,71,72).

İnsan gebeliğinde üretilen ana estrogen estrioldür (E3).Gebelik ilerledikçe estron (E1) ve estrodiol (E2) gebelik öncesi döneme göre 100 kat artar. Estriol ise gebelikte gebelik öncesi döneme göre 1000 kat artmıştır. Estriol ilk kez gebeliğin 9. haftasında tespit edilir, 31-35. haftalarda plato çizer. 35-36. haftalarda tekrar yükselir. Gebeliğin erken dönemlerinde maternal serum progesteron değerleri ortalama 10ng/ml iken, doğumda bu değer 100-200 ng/ml'e ulaşır. Gebelik sırasında prolaktin düzeyleri yükselir. Sekizinci haftada zirve yaparak 200-300 ng/ml düzeylere ulaşır (73).

2.2.5.7 Gebelik depresyonuna ait belirti ve bulgular

Kadın cinsiyetinin fizyolojik özellikleri ve hormonal farklılıkları, erkeklerden farklıdır. Bu durum kadınların bazı psikiyatrik bozukluklar için risk altında olmalarına neden olmaktadır (74).

Gebelikte bununla ilgili en çok dikkat çeken hormonlar östrojen, progesteron ve kortizoldür (75).

Gebelerdeki depresif belirti ve bulguların; gebelikte yaşanan fizyolojik değişiklikler ile şikayetlere benzerliği, subsendromal olması nedeniyle gebelik depresyonuna tanı koymak zorlaşabilir (42,72).

Bu nedenle hekim ve sağlık çalışanlarının gebeyi fiziksel ve psikolojik yönüyle iyi değerlendirebilmesi depresyona benzer belirtileri ayırt edebilmesi önemlidir (72,76).

2.2.6 Gebelikte depresif bozuklukların sonuçları

Depresif anneler; gebeliği sırasında sağlık personelinden daha az yardım alırlar ve kendi bakımlarına daha az özen gösterirler. Antenatal bakımdaki yetersizlik sonucu gebelerde ağrı ve rahatsızlıklar daha fazla görülebilmektedir (69,72,77,78).

2.2.7 Gebelikte Depresyonun Tedavisi

Depresyondaki gebelerin tedavisi, Coverdale ve ark tarafından araştırılmıştır (79,80).

Hamile ve emziren kadınlarda psikiyatrik hastalıkların tedavisinde antidepresan ve antipsikotik ilaçların kullanımı kısmen güvenli kabul edilmektedir (18,79,81).

Ciddi depresyonda tedavi zorunludur ve çoğu vakada tedavinin faydası gebelikte oluşabilecek risklerden daha ağır basar (79,81).

Antidepresanların kullanımı ile %3-14 malformasyon oranı saptanmıştır. Diğer bir araştırmada, gebeliğin son dönemlerinde antidepresan kullanan annelerin çocuklarında takipne, taşikardi, siyanoz, irritabilite, klonus ve spazm ile kendini gösteren kısa süreli neonatal yoksunluk sendromu bildirilmiştir. Etik sebepler yüzünden araştırmalar gebelerde yapılamamakta, sonuçlar retrospektif olgulardan çıkarılmaya çalışılmaktadır. Antidepresan kullanımı ile ilişkili olduğu iddia edilen defektif karın kasları, diafragmatik herni, hipospadias, bacaklarda reduksiyon deformiteleri, meningesel, renal kistik dejenerasyon tanımlanmıştır (17).

2.2.8 Psikoterapi

Gebelik ve postpartum depresyon tedavisinde uygulanan psikoterapi yöntemleri, depresyonda kullanılan yöntemlerle benzerlik göstermektedir. Bu alandaki

psikoterapötik yöntemler; kişilerarası ilişkiler terapisi (KiT) ve bilişsel-davranışçı terapidir (BDT) (51,82).

2.2.8.1 Kişiler arası ilişkiler terapisi

Yaşam olaylarına odaklı sınırlı ve süreli olup özellikle depresyon tedavisinde etkinliği kanıtlanmış bir psikoterapi yöntemidir. KiT, kişilerarası ilişki sorunları ile ruhsal durumun bağlantılı olduğu üzerine oturtulmuştur. Bu terapide amaç, gebenin depresif belirtilerinin azaltılması ve kişilerarası ilişkilerini çözümleyebilmesi için gerekli sosyal becerileri kazanmasıdır. Üç aşamadan oluşur; ilk aşamasında; gebede depresyon belirtileri ve ilişkili olduğu sorun belirlenir. İkinci aşamada; komplike yas, sosyal rollerde değişiklikler, kişilerarası ilişkiler değerlendirilir. Son aşamada ise, KİT tedavisinin kazandırdıkları gözden geçirilerek gebenin güçlü yanları desteklenir (83,84).

2.2.8.2 Bilişsel-davranışçı terapi

DT, bireylerin günlük hayatta zorlandıkları güçlüklerde yardımcı olmak için gebeyi bilgilendirmeyi, adaptasyonunu artırmayı, gerginliklerle ve gebelik sorunlarıyla baş etmeyi öğretmeyi amaçlar. Genel anlamda gebenin sosyal becerilerinin artması gebenin memnuniyetinin artmasının yanısıra kaçma, saklanma ve gebelik kontrollerini istememesi gibi davranışları azaltmaktır (85).

2.2.9 Farmakoterapi

Günümüzde selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ve selektif serotonin ve norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI) en sık kullanılan ilaçlardır. SSRI grubu içinde fluoksetin, paroksetin, sertralin, fluvoksamin ve sitalopram yer alır. Venlafaksin SNRI grubu ilaçlara bir örnektir. Bupropion ve mirtazapin gebe kadınlarda kullanılabilen çift etkili yeni antidepresanlar arasındadır. Venlafaksin ve tüm SSRI'ların plasentaya geçtiği bulunmuştur. Paroksetin ve sertralinin, fluoksetine göre plasentaya geçişleri daha azdır. Pratik uygulamalarda dikkatli olmak gerekir. Eğer bir hasta, örneğin fluoksetine daha iyi cevap veriyorsa gebeliğinde de o ilacı kullanılması tavsiye edilir (86).

2.2.10 Nonfarmakolojik tedavi

Nonfarmakolojik tedavilerle sınırlı çalışmalar yapılmıştır. Elektrokonvülsif Terapi (EKT), yoga, masaj, meditasyon, egzersiz, beslenme (özellikle omega-3), ışık tedavisi gebelik depresyonunda uygulanan farmakolojik olmayan tedavi yöntemleridir (70,87).

Işık tedavisi farmakolojik yaklaşıma alternatif olarak kullanılabilir ve antenatal depresyonun tedavisinde etkili olup özellikle mevsimsel değişim gösteren duyguduruma sahip hastalar ve gebeliklerinde antidepresan kullanımını reddedenler için faydalı olmaktadır (88).

EKT'nin gebelikte güvenilir ve etkili olduğu çalışmalarda gösterilmiş olup, ileri derecede psikotik veya akut suicidal girişimde bulunmuş vakalarda ve diğer terapilerin veya ilaçların tedavide başarısız olduğu vakalarda kullanılması önerilmektedir (89).

Yapılan çalışmalarda gebelerde EKT uygulaması ile depresif belirtilerin azaldığı ya da tamamen ortadan kalktığı gösterilmiştir (90).

Depresyonda EKT uygulamasının mortalitesi ortalama %0.02-0.04 olarak bildirilmektedir (91).

Mortalitenin sebebi kardiyovasküler olaylardır ve buradaki risk medikal tedavidekinden daha düşüktür (92).

Bu kadar ciddi sonuçları olan gebelik depresyonunun belirlenmesi, önlenmesi, korunması ve tedavisinde ebe, hemşire ve hekim önemli rol oynamaktadır (77,93).

Ülkemizde de bu ruhsal bozukluğun erken tanınip önlenmesi için hekim ve yardımcı sağlık personeli ile uzman bir ekip oluşturularak periyodik aralıklarla izlendiği depresyon tarama programları başlatılmalıdır.

2.3 Gebelik Nedir

2.3.1 Tanım

Her canlı, kendinden önceki bir canlının devamıdır. Her cins devamlılığını üreme fonksiyonu ile meydana getirir ve garantiye alır. İnsanda, kadın ve erkek üreme organı ile cinse has özellikler bozulmadan kuşaktan kuşağa aktarabilmektedir (94).

Gebelikte kadın üreme hücresi ovum ve erkek üreme hücresi spermiumun birleşmesi ile fertilizasyon olur. Yeni hücreye zigot adı verilir. Zigotun endometrium implantasyonu ile fetus, intrauterin büyüme ve gelişme sürecine girer. Gebelik süreci son adet ilk gününden itibaren 280 gün veya 10 gebelik ayı (40 hafta)'dır. Gerçek gebelik süresi ise fertilizasyon gününden itibaren 267 gündür (94,95).

2.3.2 Gebeliğin fizyolojisi

Son menstrüal siklustan 40 hafta sonra, gebelik ürünü olan fetus ve eklerinin uterustan dış ortama atıldığı bir süreçtir (96).

Destek sistemleri, doğum ve gebelik ile ilgili inançları da içeren kültürel ve psikososyal etmenler doğum olayını etkilemektedir (97).

Gebelik, kadının yaşamında farklılıkların olduğu yeni rollerin kadına verildiği adaptasyon gerektiren zor bir süreçtir. Bu dönemde çeşitli sorunlar ortaya çıkar ve bunlar çözülmezse, emosyonel baskılar artmaya devam eder, kişi kaygı ve depresyon yaşar (75,94).

Depresyon ve anksiyetenin başlangıcında seks hormonlarının seviyelerindeki değişikliğin etkili olduğu öne sürülmüştür. Çocuklar ve adolesanlar üzerinde yapılan depresyon araştırmaları göstermiştir ki hormonal değişimlere bağlı depresyon oranlarındaki ilk cinsiyet farklılıkları 11-14 yaşlarında ortaya çıkmaktadır (98).

2.3.3 Hormonal değişiklikler

Seks hormonları seviyesindeki değişikliklerle ilgili diğer tecrübeler de depresyonla ilişkili bulunmuştur. Bu tecrübelerin örnekleri: Değişik oranlarda progesteron/östrojen içeren oral kontraseptif kullanımının farklı duygudurum değişikliklerine sebep olduğu (99), premenstrual disforik bozukluğun diğer duygudurum bozuklukları ile yakın ilişkisi ve benzerlikleri (100), gebelik ve postpartum dönemde testosteron ve progesteronun duyguduruma kötü etkileri (101), perimenapozal dönemde kadınlarda depresif yakınmaların arttığı (102,103) ve hormon replasman tedavisinin perimenapozal dönemdeki depresif belirtileri azalttığı ya da yok ettiği gösterilmiştir (104).

Östrojen ve diğer seks steroidlerinin psikiyatrik hastalıklarla ilgili rolü ve potansiyel ilişkisi bilimsel ilginin odağı olmuştur. Östrojen, progesteron, allopregnanolon gibi nörosteroidlerin serotonin ve GABA sistemleri üzerinde etkili oldukları ve bu sistemler üzerinden bilişsel fonksiyonları etkiledikleri, duygudurumun düzenlenmesi ve bellek üzerinde etkili oldukları bilinmektedir. Östrojen ve progesteron kendi spesifik reseptörlerinden etki ederken allopregnanolon GABA-A reseptörleri üzerinden etki ederler (105).

2.3.3.1 Östrojen

Serotonin, noradrenalin ve asetilkolinin agonisti olarak tanımlanmıştır, aynı zamanda DA2 reseptörlerini de düzenler. Östrojen tek başına duygudurumda düzelme sağlarken, progesteronun tek başına duygudurum ve bellek üzerinde kötü etkileri vardır (105).

Östrojen tek başına veya progesteronla birlikte beynin farklı bölgelerinde serotonin sistemi farklı etkiler. Bu da kısmen duygudurum üzerindeki negatif etkileri açıklar (105).

2.3.3.2 Progesteron

Allopregnanolon gibi progesteron metabolitleri de kognitif fonksiyonları etkiler. Bu nedenle, menstruel siklusta meydana gelen duygudurum değişiklikleri, postpartum depresyon, majör depresyon ve epilepsi direkt veya dolaylı olarak allopregnanolon ile ilişkilidir (105).

2.4 Uyku

2.4.1 Uykunun tanımı

Uyku, sinir sisteminin dinlenmeye geçtiği insanın düşüncelerinin dinlenip karışıklığının düzeldiği süreçtir. Tüm canlılar uykuya ihtiyaç duyarlar ve insan hayatının üçte biri uykuyla geçer (35).

Uyku günlük yaşamımızın dışındaki bir süreç olarak değil, vücudun yenilendiği bir süreç olup, sağlıklı ve uzun yaşamanın da temelini oluşturan bir gerekliliktir. İnsan yaşamında nefes alma, yemek yeme ve boşaltım kadar önemli ve vazgeçilemez bir süreçtir (106).

Uyku esnasında, psikolojik ve biyolojik faaliyetlerde değişiklikler ile geçen gün ve sonraki gün arasında düzenlemeler olur (107).

2.4.2 Uykunun evreleri

Yirminci yüzyıla kadar aktif olmadığı düşünülen uykunun, yapılan çalışmalarla SSS'de bir takım değişikliklerle birlikte tamamlanan beş dönemden oluştuğu ortaya konulmuştur. Bunlardan biri REM (Rapid Eye Movement), diğeri ise NREM (Non-Rapid Eye Movement) uyku içinde bulunan 1, 2, 3 ve 4. dönemlerdir (35, 107, 108) .

REM uykusunda; vücut gevşer, hızlı göz hareketleri ve hızlı beyin dalgaları gözlenir. REM uykusu sırasında kişi kolayca uyandırılır (109).

NREM 1.evre; Vücut sıcaklığı azalır, kaslar gevşer, gözlerde hızlı şekilde bir tarafından diğer tarafa doğru hareketlenme olur. Bu evrede çevreye ait farkındalık kaybolur ama kolaylıkla kişi uyandırılır (108,109).

NREM 2. evre; asıl uykunun birinci evresidir. İlk etapta on ile yirmi beş dakika sürer. Gözler hareketsizleşir, kalp ve solunum hızı yavaşlar, beyindeki elektriksel aktivitesi düzensizleşir (108,109).

3. ve 4. Evreler ikisine derin uyku ya da yavaş-dalga uyku da denilir. Derin uykuda uyandırılmak için güçlü uyaran olmalıdır. Bu dönemin temel özelliği hipofiz bezinin doku büyümesi ve kas tamirini başlatan büyüme hormonu (BH) salgılanmasındaki artıştır. Büyüme hormonundaki artışla protein sentezi artar, metabolizma yavaşlar, kalp ve solunumda da belirgin azalma olur. Bu döneme anabolik dönem denir. Bu değişimler ile vücutta dinlenme ve yenilenme süreci oluşur (108,110).

Sağlıklı bir insanda gece boyu bu periyotlar 4-6 kez arka arkaya devam eder. İlk periyod 70-100 dakika sürer. NREM uykusunun ilk üç fazı geçirildikten sonra REM uykusuna başlanır. Gece boyunca REM uykusunun süresi giderek uzar ve evre 3 denilen yavaş dalga uykusu (derin uyku) kısalmır. Sabaha karşı uyku, ağırlıklı olarak REM ve evre 2 NREM'den oluşur (109).

2.4.3 Uykunun işlevi

Literatürdeki birçok çalışmada uykunun vücudu dinlendirmesinin yanı sıra büyüme, enerji tasarrufu, organizmanın yenilenmesi, yeni bilgilerin öğrenilmesi, hafıza, canlıların ortama uyum sağlaması gibi birçok işlevi bulunmaktadır (111-113).

2.4.3.1 Uyku fizyoloji

Uyku, fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları olan bireylerin hayat kalitesini ve sağlığını etkileyen önemli bir süreçtir (112).

Doğal uyku siklusunda, beyin sapının kontrolü ile olan iki özel alan vardır. Bu alanlar;

1. Beyin sapında, spinal kordda ve serebral kortekste yer alan Retiküler Aktivasyon Sistemi (Reticular Activating System-RAS) ve
2. Medullada yer alan Bulbar Senkronize Edici Sistem (Bulbar Synchronizing Region-BSR)'dir. Bu iki sistem birlikte çalışır.

RAS, uyanıklıkla ilişkili bölgedir. Bunun yanında refleks ve istemli davranışlarda da görev alır. Vücuda gelen periferik ve serebral korteksten gelen uyarılar doğrultusunda aktiflenerek uyanıklık haline geçer. Uyarıların varlığı sağlandığı sürece aktivasyonu artmaktadır. Ağrı, gürültü, basınç ve dışarıdan gelen uyarılar da RAS'ı uyarır ve vücudun uykudan uyanıklığa geçmesine yola açar. Bulber senkronize edici bölgenin aktivitesinin artması ile de uyku süreci başlar. Yani retiküler aktive edici sistemin aktivitesinin azalması ve bulber senkronize edici bölgenin aktivasyonunun artması uyanıklıktan uyku sürecine geçişe yol açar (112,114,115).

İnsan yaşamının yaklaşık 20-25 yıllık süresi uykuda geçer. Bu süreyi etkileyen en önemli faktör yaş olup farklı fizyolojik, bilişsel ve elektro fizyolojik bileşenleri de vardır. Bir bebek günün 16 saatini uyuyarak geçirmektedir ve bu uykunun %50'sini REM uykusu oluşturur. Büyüdükçe REM süresi kısalmış ve 8 yaşında sadece gece uykuları oluşturur. 20'li yaşlardan 35'li yaşlara doğru derin yavaş uyku oranı azalmışken REM %25 düzeyine iner. Bu yaşlardan sonra gece uyanma sıklığında artış ve uykuya dalma süresinde uzama görülür. Yaşlılarda ise gece uykusunda azalma ve gün içinde uyuklamalar olur. REM uykusu % 20'lere kadar düşer. Yaşlılarda pineal bez kalsifikasyona uğrar ve buna bağlı melatonin azalmasıyla gece erken yatma ve sabah erken kalkmalar görülür. Uykuda kalp ritmi yavaşlar, solunum sayısı azalır, beden ısısı düşer ve enerji kullanımı en aza indirilir (116, 117,118).

2.4.3.2 Uyku hijyeni

Kişinin uykuya dalmasına engel olan veya yavaşlatan her türlü alışkanlığı, kişinin hayatından uzaklaştırmasıdır (119).

2.4.3.3 Uyku kalitesi

Uyku kalitesinin birinci önemli yanı, uyku kalitesi ile ilgili yakınmaların sık olması, İkincisi ise, kötü uyku kalitesinin birçok tıbbi hastalığın bir habercisi olabileceğidir. Ağargün ve arkadaşları da çalışmalarında toplumda uyku kalitesi ile ilgili problemlerin sık olmasından dolayı bunun önemi üzerinde durmuşlardır (120).

2.4.3.3.1 Uyku kalitesini etkileyen faktörler

Birçok fiziksel, ruhsal ve çevresel etken uykunun kalitesini ve süresini bozar. Bu faktörlerin bileşimi uyku sorunlarına neden olur (121).

2.4.3.3.1.1 Yaş

Yaşın ilerlemesiyle birlikte meydana gelen fiziksel ve mental sorunlar ile bunların tedavisinde kullanılan ilaçlar uyku kalitesini düşürmektedir (121).

2.4.3.3.1.2 Cinsiyet

Uyku kalitesini değerlendirme ile ilgili yapılan çalışmalarda cinsiyet önemli bir faktör olup kadınların erkeklerden 4 kat daha fazla uykusuzluk sorunu yaşadığı bildirilmiştir (121,122).

2.4.3.3.1.3 Irk

Çalışmalarda siyah ırktan beyaz ırktan daha fazla uykusuzluk problemleri yaşadığını gözlenmiştir (121,122).

2.4.3.3.1.4 Medeni durum

Boşanmış/dul bireylerin evli veya bekar olanlara göre daha fazla uykusuzluk problemi yaşadığı bildirilmiştir (121,122).

2.4.3.3.1.5 Gelir düzeyi

Sosyo ekonomik düzeyi düşük olanların ya da işsizliğin ve geçim sıkıntısının yaşattığı stres ile uykusuzluk problemleri oluşmaktadır (121,122).

2.4.3.3.1.6 Fiziksel etkinlik

Kolay uykuya dalmak için beden yorgunluğu gerekir. Aşırı yorgunlukla REM uykusunun ilk evresi kısılırken dinlendikçe REM evreleri uzar. Hafif bir yorgunluk ile uykuya dalış kolay olurken, kötü ve stresli bir iş günü sonundaki aşırı yorgunluk ile uykuya dalmak güçleşir (121,122) .

2.4.3.3.1.7 Yaşam dönemleri

Menstrüasyon, gebelik, menopozda oluşan hormonal değişimler ile uyku bozuklukları yaşanır (108, 121).

2.4.3.3.1.8 Beslenme

Kahve, çay, kola gibi kafein içeren içeceklerin alınması ile uyku bozuklukları gelişebilir. Protein içeren yiyecekler uykuya dalmayı kolaylaştırır, karbonhidratlar da serotonin düzeyini etkileyerek rahatlık ve sakinlik hissi sağlar (122).

2.4.3.3.1.9 Yaşam biçimi

İnsanların iş hayatının şekli ve aile yaşantısına ait değişiklikler de kişinin uyku kalitesini etkiler. Örneğin vardiya usulü çalışmak ile uyku düzeninin değişimine ayak uydurmak zorlaşır (121, 122).

2.4.3.3.1.10 Alkol ve madde bağımlılığı

Alkoliklerin % 16'sında uykusuzluk problemi olduğu bildirilmiştir. Sigara kullanımı da uykuya dalmayı kötü etkilemektedir (121,122).

2.4.3.3.1.11 İlaç gereksinimi

Sedatifler, hipnotikler, antidepresan ve amfetaminler REM uykusunu etkiler. Sedatif kullanan bireylerde, iş gücü kaybı ve uyuşukluk hissi görülür. Hipnotikler de uyku evrelerini uzatır ve ilaç kesildikten sonra uykusuzluğa yol açabilir. Diüretikler, digoksin ve beta blokerler bireyin sık sık uyanmasına yol açar (121,122).

2.4.3.3.1.12 Emosyonel durum

Üzüntü, stres, anksiyete, depresyon gibi duygulanımı bozan durumlar da uyku problemleri yaratır (121,122).

2.4.4 Gebelik ve uyku

2.4.4.1 Gebelik ve uykunun tanımı

Gebelikte meydana gelen hormonal ve fiziksel değişimler ile uyku kalitesinde de farklılıklar oluşur (4).

2.4.4.2 Gebelikte uyku bozuklukları belirtileri

Büyüyen fetüs diyafragma bası yapar buna bağlı abdominal rahatsızlıklar, noktüri, sırt ağrısı, bacak krampları gibi sorunlar ile, progesteron ve östrojen seviyelerindeki artışa bağlı gelişen hormonal değişiklikler, huzursuz bacak sendromu gibi hastalıklarda gebenin uyku düzenini ve kalitesini etkiler (4-6).

2.4.4.3 Gebelikte uykunun evrelerindeki değişiklikler

Gebelikte NREM Evre I uykusu artar, Evre III ve IV azalır ve REM uykusu baskılanır. Gebe kadınlar gece daha sık uyanırlar ve toplam uyku süreleri azalır (4-6).

Uyku döngüsündeki değişiklikler gebelik ayları ilerledikçe artmaktadır. Bu değişiklikler birinci trimesterde %13 ile %80 arasında iken, üçüncü trimesterde bu oran %66-97 olmaktadır (124).

Trimesterler ilerledikçe uyku kalitesi de düşmektedir (125,126).

Çalışmamızda birincil amaç gebelerde depresyon, anksiyete ve uyku bozukluğunu değerlendirmektir. Bu çalışmadan elde edilecek bulgularla biz aile hekimlerinin gebelere daha duyarlı davranabileceğini ve bu tür psikiyatrik hastalıkların tanı ve tedavisinde artış olmasını beklemekteyiz.



3 GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Türü ve Etik Yönü

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine 01 Mart 2017 -31 Temmuz 2017 tarihleri arasında başvuran, gebelik takibi için gelen kadınlarda depresyon, anksiyete, uyku kalitesi belirlemeye yönelik tanımlayıcı bir araştırmadır.

Çalışma öncesinde Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul onayı alındı. (Etik kurul toplantı sayısı:27, karar no: 0,3 tarih: 05.04.2017). Çalışma protokolü Helsinki Bildirgesi'ne uygun olarak yürütüldü. Bu çalışma ile Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne başvuran ve çalışmaya katılımı kabul eden gebelere gönüllü onam formu imzalatılarak, anket formları yüz yüze görüşme metodu ile dolduruldu. Gebelere Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD), Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ölçekleri uygulanarak anksiyete, depresyon ve uyku kalitesinin saptanması planlanmıştır.

3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Çalışmanın evrenini Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran gebeler oluşturmaktadır. Polikliniğe başvuran tüm gebelere ulaşmak mümkün olamayacağından, çalışmanın amaçları doğrultusunda çalışma evrenini genelleyerek ve temsil edecek bir örneklem gerçekleştirilmiştir. Örneklem seçilirken temsil yeteneğine sahip olabilmesi için; yeterli büyüklükte, taraf tutulmadan seçilmiştir.

Araştırmanın evrenini 2017 Mart ayından Ağustos sonuna kadar altı aylık bir dönemde Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine gebelik takibi için başvuran 385 gebe oluşturmaktadır. Çalışmanın örnek büyüklüğünün belirlenmesinde güç analizi uygulanmıştır. Buna göre α : 0,05 önem düzeyinde ve 0.85 testin gücünde 385 gebe alınması planlanmıştır.

3.3 Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. Gebe olmak
2. 18 -50 yaş aralığında olma
3. Aydınlatılmış onam formu alınmış olma

3.4 Çalışmadan Dışlanma Kriterleri;

1. Gebe olmamak
2. 18 yaş altı ve 50 yaş üstü olma
3. Aydınlatılmış onam formunun alınmamış olma

3.5 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın örneklemine Mart 2017-Ağustos 2017 tarihinde gebe polikliniğine muayeneye gelen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 385 sağlıklı gebe alınmıştır.

3.6 Verilerin Toplanması

Araştırmada bilgi toplama yöntemi olarak anket ve ölçekler kullanılmıştır. Sosyodemografik özelliklerin sorgulandığı bilgi toplama formu ile birlikte bireylerin depresyon, anksiyete ve uyku kalitelerini belirlemek için dünyaca kabul görmüş ve standardize edilmiş HAD ve PUKİ kullanılmıştır. Araştırma yapılan kurumdaki araştırma öncesi yazılı, örneklem kapsamına alınan hastalardan da araştırmacının amacı açıklanarak sözel izin alınmıştır. Sosyodemografik form ve PUKİ formu, HAD formu araştırmacı tarafından hastalara sorularak doldurulmuştur. Her bir anketin doldurulması 10 dakika sürmüştür.

3.7 Anket Formu

Sosyodemografik form: Bu anket formunda kişilerin yaş, meslek, kaçınıcı gebeliği olduğu, toplam gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebelik haftası, eğitim durumu, aylık net geliri, eşinin eğitim durumu, eşinin mesleği, nerede yaşadığı, gebeliğinden önce ve gebeliğinde sigara kullanma tutumunu içeren sorular yer almaktadır.

3.8 Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)

1989 yılında Buysse ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Türkiye’de ise geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Ağargün ve ark. tarafından yapılmıştır ve Türk toplumuna uygun olduğu belirlenmiştir. (120,127,128)

PUKİ sayesinde uyku kalitesinin güvenilir, geçerli ve standart bir ölçümü sağlanabilmektedir. “Uykusu iyi olanlar (good sleepers)” ve “Uykusu kötü olanlar (poor sleepers)” arasında istenilen düzeyde güvenilir bir ayırım yapılabilmektedir (120).

Ölçek toplam 24 soru içerir, bu soruların 19'u kendini değerlendirme (self-rated) sorusudur. 5 tanesi ise bireyin eş veya bir oda arkadaşı tarafından yanıtlanır. Bu 5 soru yalnız klinik bilgi için kullanılır ve puanlamaya katılmaz. Kendini değerlendirme sorularından 19. soru bir oda arkadaşının ya da eşin bulunup bulunmadığı ile ilgilidir ve ölçeğin toplam ve bileşen puanlarının saptanmasında dikkate alınmaz. Uyku kalitesini saptayan ölçek soruları, uyku kalitesi ile ilgili değişik faktörleri içerir. Bu sorular, uyku süresini, uyku latensini ve uyku ile ilgili özel problemlerin sıklık ve şiddetini saptamak içindir. Puanlanan 18 madde, 7 bileşen puanı şeklinde gruplandırılmıştır. Bileşenlerin bazıları tek bir maddeden oluşmakta, bazıları ise birkaç maddenin gruplandırılması ile elde edilmektedir (120).

PUKİ'nin 7 bileşeni vardır:

1. Öznel uyku kalitesi (bileşen 1)
2. Uyku latensi (bileşen 2)
3. Uyku süresi (bileşen 3)
4. Alışılmış uyku etkinliği (bileşen 4)
5. Uyku bozukluğu (bileşen 5)
6. Uyku ilacı kullanımı (bileşen 6)
7. Gündüz işlev bozukluğu (bileşen 7)

Tek bir sorunun puanı ile belirtilen bileşenler, bileşen 1 (soru 6), bileşen 3 (soru 4) ve bileşen 6 (soru 7) dir . Bileşen 2 puanı, soru 2 ve 5a; bileşen 4 puanı, soru 8 ve 9 puanlarının toplamından elde edilmektedir. Her bileşen 0-3 arasında puanla değerlendirilir. Bu bileşen puanlarının toplamı ölçek puanını verir. Toplam puan 0-21 arasındadır. Toplam ölçek puanının yüksek oluşu uyku kalitesinin kötü olduğunu gösterir. Ölçek uyku bozukluğu olup olmadığını ya da uyku bozukluklarının yaygınlığını göstermez. Ancak toplam puanın 5 ve üzerinde olmasının kötü uyku kalitesini gösterdiği belirtilmektedir. Başka bir deyişle veriler toplamda uyku kalitesi iyi (0-4 puan), uyku kalitesi kötü (5-21 puan) olarak sınıflandırılır. Farklı grupların puanları karşılaştırılarak yorumlanır. Tanısal duyarlılığı %89. 6 ve özgüllüğü %86. 5'dir (120).

Ölçeğin doldurulması ortalama 5-10 dk, puanlaması ise yaklaşık 5 dakika sürer.

3.9 Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADÖ)

1982 yılında Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilen HADÖ'nun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1996'da Aydemir ve arkadaşları tarafından Türk toplumuna uyarlanmıştır.

Ölçek anksiyete ve depresyonun bilişsel, duygusal belirtilerini ele almaktadır. HADÖ 14 maddelik öz değerlendirme ölçeği olup ölçeğin 7 maddesi depresyonu, 7 maddesi anksiyeteyi değerlendiren 2 alt ölçeği bulunmaktadır. Ölçekte 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13'üncü sorular anksiyeteyi; 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14'üncü sorular depresyonu ölçmektedir. Yanıtlar üçlü likert biçiminde değerlendirilmektedir ve 0-3 arasında puanlandırılmaktadır.

Zigmond'un çalışmasında ölçeğin kesim noktası anksiyete ve depresyon için 7 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin puanlandırılması ise 0-7 arası normal, 8-10 arası şüpheli, 11 ve üzeri hasta olarak ifade edilmiştir (129).

Aydemir'in ülkemize uyarladığı geçerlilik çalışmasında ise ölçeğin kesim noktası anksiyete için 7, depresyon için 10 olarak belirlenmiştir. Hastaları anksiyete için 11 ve üzerinde, depresyon için 8 ve üzerinde aldığı puanlarla anksiyete ve depresyondan söz edilmektedir (130).

Ölçeğin amacı; tanı koymak değil, bedensel hastalığı olanlarda anksiyete ve depresyonu kısa sürede tarayarak risk grubunu belirlemektir. Ayrıca ölçek hastanın emosyonel durumunun değişiminin değerlendirilmesinde de kullanılmaktadır. Bu nedenle ölçek hiçbir bedensel belirti içermemektedir (130).

Anksiyete için hastalar 0-10 puan aldığımda hastaların anksiyetesi yok, 11 ve üzerinde anksiyetesi var, depresyon için 0-7 puan aldığımda hastaların depresyonu yok, 8 ve üzerinde depresyonu var olarak tanımlanmıştır. HADÖ başka ölçeklerle karşılaştırılmalı olarak kullanılmış ve bedensel hastalığı olanlarda anksiyete ve depresyonu değerlendirme yönünden yeterli olduğu bulunmuştur (130).

3.10 Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS versiyon 22 paket programı kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile incelendi. Normal dağılıma uymayan değişkenler için 3 veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis H testi, bonferroni düzeltmesi, iki grup

karşılaştırmalarında Mann-Whitney U testi ve değişkenler arası ilişki için Pearson Correlation testi uygulanmıştır. İstatistik parametreleri Median Min-Max biçiminde verilmiştir. Kategorik değişkenlerin incelenmesinde kıkare testi ve exact testi uygulanmıştır İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.11 Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmamızın sadece gebe popülasyonunda yapılmış olması çalışmamızın sınırlılıklarından birini oluşturmaktadır.

4 BULGULAR

Çalışmamıza 385 gebe gönüllü olarak katıldı. Araştırmaya katılan gebelerin yaşları 17-43 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması $28,16 \pm 5,84$, ortancası 28,00 olarak bulunmuştur.

Araştırmaya katılan gebelerin, eğitim durumları incelendiğinde, 385 gebenin, %2,6'sının okur yazar olmadığı, %31,7'sinin ilkokul; % 28,1'inin ortaokul; % 20,8'inin lise; %16,9'unun üniversite mezunu olduğu görülmektedir (Tablo 1).

Tablo 1.Gebelerin eğitim düzeyi

Öğrenim Durumu	Sayı	Yüzde
Okur yazar değil	10	2,6
İlkokul	122	31,7
Ortaokul	108	28,1
Lise	80	20,8
Üniversite	65	16,9
TOPLAM	385	100

Araştırmaya katılan gebelerin çalışma durumlarının dağılımı incelendiğinde, gebelerin % 13'ü çalışırken, % 87'sinin çalışmadığı görülmektedir (Tablo 2).

Tablo 2. Araştırmaya katılan gebelerin çalışma durumlarına göre dağılımı

Çalışma Durumu	Sayı	Yüzde
Ev hanımı	335	87
Diğer	50	13
TOPLAM	385	100

Araştırmaya katılan gebelerin, sosyoekonomik durumlarına göre dağılımları incelendiğinde, gebelerin % 14,13'ünün düşük; %82,3'ünün orta; %3,4'ünün yüksek gelirli olduğu Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3. Araştırmaya katılan gebelerin sosyo-ekonomik durumlarına göre dağılımları

Sosyo-ekonomik Durumu	Sayı	Yüzde
Düşük	55	14,3
Orta	317	82,3
Yüksek	13	3,4
TOPLAM	385	100

Araştırmaya katılan gebelerin gelir düzeyine bakıldığında aylık gelir düzeyleri aşağıda sunulmuş olup, gebelerin %15,6'sı 1000 TL altı, %54'ü 1000-1999TL, %17,7'si 2000-2999, ve %12,7'si 4000TL ve üzerindedir. Gelir düzeyi 3000-3999 TL düzeyinde olan hiç gebe yoktur (Tablo 4).

Tablo 4. Araştırmaya katılan gebelerin gelir düzeylerine göre dağılımı

Gelir Düzeyi (TL)	Sayı	Yüzde
≤1000	60	15,6
1000-1999	208	54
2000-2999	68	17,7
3000-3999	0	0
4000 ve üzeri	49	12,7
TOPLAM	385	100

Araştırmaya katılan gebelerin; yaşayan çocuk sayılarına bakıldığında %33,8'in hiç çocuğu olmadığı, %28,8'inin bir çocuğu olduğu, %21,0'sinin -iki çocuğu olduğu, %15,3'ünün üç çocuğu, %1,6'sının dört çocuğa sahip olduğu görülmektedir. 5 ve üzeri çocuk sahibi olan gebe hiç yoktur (Tablo 5).

Tablo 5. Araştırmaya katılan gebelerin yaşayan çocuk sayısına göre dağılımı

Canlı çocuk durumu	Sayı	Yüzde
Yok	130	33,8
1	109	28,3
2	81	21
3	59	15,3
4	6	1,6
5 ve üzeri	0	0
TOPLAM	385	100

Araştırmaya katılan gebelerin gebelik sayılarına bakıldığında %27'sinin ilk gebeliği; %23,9'unun ikinci gebeliği; %20,8'inin üçüncü gebeliği; %16,4'ünün dördüncü gebeliği ve %11,9'unun da beşinci gebeliği olarak bulunmuştur (Tablo 6).

Tablo 6 - Araştırmaya katılan gebelerin gebelik sayısına göre dağılımı

Kaçıncı Gebelik	Sayı	Yüzde
İlk	203	33,7
2	307	51,3
3	90	15
4	63	16,4
5 ve üzeri	46	11,9
Toplam	385	100

Araştırmaya katılan gebeler, trimesterler (gebelik ayına)göre incelendiğinde %22,1'i birinci trimester; %32,5'i ikinci trimester; %45,5'i üçüncü trimesterde bulunmuştur (Tablo 7).

Tablo 7. Araştırmaya katılan gebelerin gebelik aylarına göre dağılımı

Gebelik ayı	Sayı	Yüzde
1-3 (1.trimester)	85	22,1
4-6 (2. Trimester)	125	32,5
7-9 (3. Trimester)	175	45,5
TOPLAM	385	100

Araştırmaya katılan gebelerin eşlerinin eğitim düzeyi incelendiğinde, %0,8'inin okur yazar olmadığı, %28,1'inin ilkokul mezunu, %22,9'unun ortaokul mezunu, %27,5'inin lise ve %20,8'inin üniversite mezunu olduğu aşağıdaki tabloda gösterilmiştir (Tablo 8).

Tablo 8. Araştırmaya katılan gebelerin eşlerinin eğitim düzeylerinin dağılımı

Eş eğitim düzeyi	Sayı	Yüzde
Okur yazar değil	3	0,8
İlkokul	108	28,1
Ortaokul	88	22,9
Lise	106	27,5
Üniversite	80	20,8
TOPLAM	385	100

Araştırmaya katılan gebelerin ikamet ettikleri ev durumlarına bakıldığında %57,7'sinin ev sahibi olduğu, %42,4'ünün kiracı olduğu aşağıda gösterilmiştir (Tablo 9).

Tablo 9. Araştırmaya katılan gebelerin ikamet durumuna göre dağılımları

Ikamet ettiği ev	Sayı	Yüzde
Ev sahibi	222	57,7
Kira	163	42,4
TOPLAM	385	100

Araştırmaya katılan gebelerin gebelikten önceki sigara içme tutumları değerlendirildiğinde hiç denemeyenler %74,8, sigarayı deneyen ve daimi içici olmayan gebelerin %9,6, sigarayı bırakalı 6 aydan az olanlar %0,5, sigarayı bırakalı 6 aydan fazla olanlar %1,0, ara sıra içenler %0,2, günde 1 veya daha fazla içenler %11,9 olarak gösterilmiştir (Tablo 10).

Tablo 10. Araştırmaya katılan gebelerin, gebelikten önce sigara içme tutumlarının dağılımları

Sigara içme durumu	Sayı	Yüzde
Hiç denemedim	288	74,8
Sigarayı denedim daimi içici olmadım	37	9,6
Bırakalı 6 aydan az oldu	2	0,5
Bırakalı 6 aydan fazla oldu	4	1
Ara sıra içiyorum	8	2,1
Günde 1 veya daha fazla içiyorum	46	11,9
TOPLAM	385	100

Araştırmaya katılan gebelerin şimdiki gebeliklerindeki sigara içme tutumları değerlendirildiğinde hiç denemeyenler %87,0 sigarayı deneyen ve daimi içici olmayan gebelerin %3,9, sigarayı bırakalı 6 aydan az olanlar %0,3, sigarayı bırakalı 6 aydan fazla olanlar %0,3, ara sıra içenler %0,5, günde 1 veya daha fazla içenler %8,1 olarak gösterilmiştir (Tablo 11).

Tablo 11. Araştırmaya katılan gebelerin, gebelikten önce sigara içme tutumlarının dağılımları

Gebelikten önce sigara içme durumları	Sayı	Yüzde
Hiç denemedim	335	87
Sigarayı denedim daimi içici olmadım	15	3,9
Bırakalı 6 aydan az oldu	1	0,3
Bırakalı 6 aydan fazla oldu	1	0,3
Ara sıra içiyorum	2	0,5
Günde 1 veya daha fazla içiyorum	31	8,1
TOPLAM	385	100

Çalışmamızda HAD-D ortalaması ile yaşayan çocuk sayısı ($p=0,013$), gebelik sayısı ($p=0,002$) eğitim düzeyi ($p=0,032$), gelir düzeyi ($p=0,033$), arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur.

HAD-A ile gelir düzeyi ($p=0,030$), gebelik öncesi sigara kullanımı ($p=0,007$), ve şimdiki gebeliğinde sigara kullanımı ($p=0,046$) ile ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur.

HAD-D, ortalamaları ile sosyoekonomik düzey, meslek şimdiki gebelikteki sigara kullanımı, gelir düzeyi arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

HAD-A ortalamaları ile gebelik sayısı, meslek, sosyoekonomik düzey, gebelik ayı(trimesterler) yaşayan çocuk sayısı ve eğitim düzeyi açısından arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

HAD SCORE ortalamaları ile gebelik öncesi sigara kullanımı ($p=0,006$), şimdiki gebeliğinde sigara kullanımı ($p=0,020$), eğitim düzeyi ($p=0,041$), gelir düzeyi ($p=0,013$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur.

HAD SCORE ortalamaları ile yaşayan çocuk sayısı ve gebelik sayısı, gebelik ayı, sosyoekonomik düzey ve meslek arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan gebelerin sosyo-demografik özellikleri, sigara içme durumları ile HAD-A, HAD-D ve HAD SCORE değerlerinin karşılaştırılması Tablo 12'de gösterilmiştir.

Tablo 12. Araştırmaya katılan gebelerin sosyo-demografik özellikleri, sigara içme durumları ile HAD-A, HAD-D ve HAD SCORE değerlerinin karşılaştırılması

Sosyo-demografik özellikleri, sigara içme durumları		HAD-A			p	HAD-D			p	HAD SCORE			p
		Med	Min	Max		Med	Min	Max		Med	Min	Max	
Meslek	Ev hanımı	9	0	21	0,132	8	0	24	0,036	17	1	39	0,054
	Diğer	7	2	21		6,5	0	15		15	2	36	
Eğitim	Okur yazar değil	7,5	3	13	0,08	5,5	3	9	0,032*	12	6	22	0,041*
	İlkokul	7	0	21		8	0	24		16	1	37	
	Ortaokul	10	1	9		9	0	19		18	1	38	
	Lise	9	1	20		8,5	0	20		18	1	39	
	Üniversite	8	2	20		7	0	17		15	2	37	
Sosyo ekonomik durum	Düşük	10	1	20	0,072	9	1	18	0,226	19	4	38	0,06
	Orta	8	0	21		8	0	24		17	1	39	
	Yüksek	6	3	14		7	0	14		12	3	27	
Gelir düzeyi	1000 tl altı	10	1	20	0,030*	10	0	24	0,052	19	1	38	0,013*
	1000-1999	8	0	21		8	0	19		17	1	38	
	2000-2999	9	2	19		8	0	21		17	2	39	
	4000 ve üzeri	7	1	19		8	0	19		14	2	38	
		8	1	19		7	0	17		16	1	33	
Çocuk	1	9	1	21	0,42	9	0	24	0,013*	17	1	37	0,118
	2	9	1	21		9	1	18		18	2	38	
	3	9	0	20		9	1	21		18	1	39	
	4	7,5	5	16		8,5	4	11		17	11	25	
		8	1	20		7	0	17		16	1	35	
Kaçınıcı gebelik	1.	8	1	21	0,303	8	0	17	0,002*	16	3	37	0,048*
	2.	8	1	21		9	0	20		19	1	39	
	3.	9	1	19		9	1	24		17	1	38	
	4.	8	0	20		8	1	20		17	3	38	
	5 ve üzeri	8,5	1	21		8	0	18		17	1	38	
Gebelik ayı	01.Mar	9	1	21	0,817	8	0	20	0,515	17	1	39	0,987
	04.Haz	9	1	19		8	0	24		17	1	38	
	07.Eyl	8	0	21		8	0	24		17	1	38	
Gebelik öncesi sigara içme durumu	Hiç denemedim	8	0	21	0,007*	8	0	24	0,033*	16	1	39	0,006*
	Sigarayı denedim daimi içici olmadım	10	3	17		8	1	18		17	7	35	
	brakalı 6 aydan az oldu	14	11	17		12	7	16		26	18	33	
	brakalı 6 aydan fazla oldu	12	6	17		9	8	15		21	15	32	
	Ara sıra içiyorum	13	4	21		14	4	19		27	9	38	
	Günde 1 veya daha fazla içiyorum	10	1	21		9	3	16		19	5	36	
		8	0	21		8	0	24		16	1	39	
Gebelik sırasında sigara içme durumu	Hiç denemedim	8	0	21	0,046*	8	0	24	0,076	16	1	39	0,020*
	Sigarayı denedim daimi içici olmadım	9	5	17		9	3	16		17	13	33	
	brakalı 6 aydan az oldu	9	9	9		10	10	10		19	19	19	
	brakalı 6 aydan fazla oldu	6	6	6		5	5	5		11	11	11	
	Ara sıra içiyorum	14	6	21		11	4	17		24	10	38	
	Günde 1 veya daha fazla içiyorum	10	3	21		10	3	18		22	6	36	
		8	0	21		8	0	24		16	1	39	

Kruskal-Wallis H test; Mann-Whitney U test; a:0,05; * Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı

Açıklamalı [M2]: Burada özellik eksik: Gebelik sırasında sigara mı olacak.

PUKİ bileşenleri; meslek (p=0,003), sosyo ekonomik durum (p=0,031), yaşayan çocuk sayısı (p=0,006), gebelik sayısı (p=0,019), gebelik ayı (p=0,006), gebelikten önce sigara içme durumu (p=0,024), eğitim düzeyi (p=0,004) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 13).

PUKİ bileşenleri ile eğitim düzeyi, gelir düzeyi ve şimdiki gebelikteki sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

Pittsburgh kötü uyku kalitesi ile meslek (p=0,003), gebelerde yaşayan çocuk sayısı (p=0,014), gebelik sayısı (p=0,005), arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p>0,001).

Çalışmamızda PUKİ puanı ile gebelerde, sosyoekonomik düzey, gebelik ayı (trimesterler) ve eğitim düzeyi açısından arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0,001).

Araştırmaya katılan gebelerin sosyo-demografik özellikleri, sigara içme durumları ile PUKİ puanlarının karşılaştırılması Tablo 13’de gösterilmiştir.

Tablo 13. Araştırmaya katılan gebelerin sosyo-demografik özellikleri, sigara içme durumları ile PUKİ puanlarının karşılaştırılması

Sosyo-demografik özellikleri, sigara içme durumları		PUKİ Puanı			P
		Med	Min	Max	
Meslek	Ev hanımı	7	1	18	0,003*
	Diğer	5	1	18	
Eğitim	Okur yazar değil	6,5	4	13	0,061
	İlkokul	7	2	17	
	Ortaokul	7	1	17	
	Lise	7,5	1	18	
	Üniversite	5	1	18	
Sosyo ekonomik durum	Düşük	8	2	18	0,031*
	Orta	7	1	18	
Gelir düzeyi	Yüksek	5	2	12	0,668
	1000 tl altı	7,5	2	17	
	1000-1999	7	1	18	
	2000-2999	6	2	17	
Çocuk	4000 ve üzeri	7	1	18	0,006*
	Yok	6	1	18	
	1	6	1	18	
	2	8	2	17	
	3	8	2	17	
Kaçınıcı gebelik	4	7,5	3	11	0,019*
	İlk	6	1	15	
	2.	7	2	17	
	3.	8	1	18	
Gebelikayı	4.	7	3	17	0,006*
	5 ve üzeri	6	2	15	
	01.Mar	6	1	17	
Gebelik öncesi sigara içme durumu	04.Haz	7	1	15	0,024*
	07.Eyl	8	2	18	
	Hiç denemedim	7	1	18	
	Sigarayı denedim daimi içici olmadım	8	1	18	
	birakalı 6 aydan az oldu	3,5	2	5	
Gebelik sırasında sigara içme durumu	birakalı 6 aydan fazla oldu	8	7	9	0,069
	Ara sıra içiyorum	8	2	15	
	Günde 1 veya daha fazla içiyorum	8,5	2	17	
	Hiç denemedim	7	1	18	
	Sigarayı denedim daimi içici olmadım	8	4	18	
Gebelik sırasında sigara içme durumu	birakalı 6 aydan az oldu	9	9	9	0,069
	birakalı 6 aydan fazla oldu	6	6	6	
	Ara sıra içiyorum	9	3	15	
	Günde 1 veya daha fazla içiyorum	9	4	17	

Kruskal-Wallis H test; Mann-Whitney U test; a:0,05; * Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı

HAD yüksek depresyon; gebelik sayısı ($p=0,032$), yaşıyan çocuk sayısı ($p=0,034$), açısından istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0,001$).

HAD yüksek anksiyete; gebelikten önce sigara içme tutumu ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0,035$); fakat gebelikten önce sigara tutumu ile HAD-D ve Pittsburgh iyi- kötü uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,001$).

Yapılan çalışmada, şimdiki gebelikte sigara içme tutumu ile HAD-A ve Pittsburgh uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamış ($p>0,001$), fakat şimdiki gebelikte sigara tutumu ile HAD yüksek depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,016$).

Araştırmaya katılan gebelerin sosyo-demografik özellikleri, sigara içme durumları ile HAD Anksiyete, HAD Depreyon ve PUKİ puanlarının düşük ve yüksek olma durumlarına göre karşılaştırılması Tablo 14’de gösterilmiştir.

Tablo 14. Araştırmaya katılan gebelerin sosyo-demografik özellikleri, sigara içme durumları ile HAD Anksiyete, HAD Depresyon ve PUKİ puanlarının düşük ve yüksek olma durumlarına göre karşılaştırılması

Sosyo-demografik özellikleri, sigara içme durumları	HAD anksiyete				p	HAD depresyon				p	PUKİ				p
	Düşük Anksiyete		Yüksek Anksiyete			Düşük Depresyon		Yüksek Depresyon			İyi uyku kalitesi		Kötü uyku kalitesi		
	N	%	N	%		N	%	N	%		N	%	N	%	
Meslek															
Ev hanımı	221	86,7	114	87,7	0,777	137	83,5	198	89,6	0,08	71	75,5	264	90,7	0,001
Diğer	34	13,3	16	12,3		27	16,5	23	10,4		23	24,5	27	9,3	
Eğitim															
Okur yazar değil	7	2,7	3	2,3	0,436	7	4,3	3	1,4	0,082	2	2,1	8	2,7	0,004*
İlkokul	88	34,5	34	26,2		53	32,3	69	31,2		22	23,4	100	34,4	
Ortaokul	65	25,5	43	33,1		38	23,2	70	31,7		25	26,6	83	28,5	
Lise	52	20,4	28	21,5		32	19,5	48	21,7		17	18,1	63	21,6	
Üniversite	43	16,9	22	16,9		34	20,7	31	14		28	29,8	37	12,7	
Sosyoekonomik															
Düşük	29	11,4	26	20	0,073	18	11	37	16,7	0,216	8	8,5	47	16,2	0,105
Orta	217	85,1	100	76,9		139	84,8	178	80,5		81	86,2	236	81,1	
Yüksek	9	3,5	4	3,1		7	4,3	6	2,7		5	5,3	8	2,7	
Çocuk															
Yok	90	35,3	40	30,8	0,783	69	42,1	61	27,6	0,034*	44	46,8	86	29,6	0,014*
1	70	27,5	39	30		44	26,8	65	29,4		27	28,7	82	28,2	
2	52	20,4	29	22,3		29	17,7	52	23,5		14	14,9	67	23	
3	38	14,9	21	16,2		21	12,8	38	17,2		8	8,5	51	17,5	
4	5	2	1	0,8		1	0,6	5	2,3		1	1,1	5	1,7	
5 ve üzeri	0	0	0	0		0	0	0	0		0	0	0	0	
Kaçıncı gebelik															
İlk	72	28,2	32	24,6	0,524	53	32,3	51	23,1	0,032*	39	41,5	65	22,3	0,005*
2.	63	24,7	29	22,3		44	26,8	48	21,7		22	23,4	70	24,1	
3.	47	18,4	33	25,4		26	15,9	54	24,4		14	14,9	66	22,7	
4.	44	17,3	19	14,6		20	12,2	43	19,5		10	10,6	53	18,2	
5 ve üzeri	29	11,4	17	13,1		21	12,8	25	11,3		9	9,6	37	12,7	
Gebelik ayı															
01.Mar	53	20,8	32	24,6	0,625	38	23,2	47	21,3	0,76	25	26,6	60	20,6	0,068
04.Haz	86	33,7	39	30		55	33,5	70	31,7		36	38,3	89	30,6	
07.Eyl	116	45,5	59	45,4		71	43,3	104	47,1		33	35,1	142	48,8	
Gebelik öncesi sigara içme durumu															
Hiç denemedim	202	79,2	86	66,2	0,035*	134	81,7	154	69,7	0,074	79	84	209	71,8	0,161
Sigarayı denedim daimi içici olmadım	21	8,2	16	12,3		14	8,5	23	10,4		5	5,3	32	11	
bırakalı 6 aydan az oldu	0	0	2	1,5		1	0,6	1	0,5		1	1,1	1	0,3	
bırakalı 6 aydan fazla oldu	2	0,8	2	1,5		0	0	4	1,8		0	0	4	1,4	
Ara sıra içiyorum	3	1,2	5	3,8		2	1,2	6	2,7		2	2,1	6	2,1	
Günde 1 veya daha fazla içiyorum	27	10,6	19	14,6		13	7,9	33	14,9		7	7,4	39	13,4	
Gebelik sırasında sigara içme durumu															
Hiç denemedim	227	89	108	83,1	0,437	153	93,3	182	82,4	0,016*	90	95,7	245	84,2	0,064
Sigarayı denedim daimi içici olmadım	9	3,5	6	4,6		4	2,4	11	5		1	1,1	14	4,8	
bırakalı 6 aydan az oldu	1	0,4	0	0		0	0	1	0,5		0	0	1	0,3	
bırakalı 6 aydan fazla oldu	1	0,4	0	0		1	0,6	0	0		0	0	1	0,3	
Ara sıra içiyorum	1	0,4	1	0,8		1	0,6	1	0,5		1	1,1	1	0,3	
Günde 1 veya daha fazla içiyorum	16	6,3	15	11,5		5	3	26	11,8		2	2,1	29	10	

Exact test; Kikare test; a:0,05; * Gruplar arasındaki dağılımların farklılıkları istatistiksel olarak anlamlı; ölçeklerin kesme puanlarına göre sınıflandırılmıştır.

PUKİ ile HAD Anksiyete, HAD Depresyon ve HAD SCORE ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 15).

Tablo 15. PUKİ ile HAD Anksiyete, HAD Depresyon ve HAD SCORE ortalamaları arasındaki korelasyon

Ölçekler	Korelasyonlar					
	HAD Anksiyete		HAD Depresyon		HAD SCORE	
	r	p	r	p	r	p
PUKİ	0,4	p<0,001*	0,44	p<0,001*	0,46	p<0,001*

Pearson Correlation test; $\alpha:0,05$; * İlişki istatistiksel olarak anlamlı

5 TARTIŞMA

Çalışmamızda yer alan gebelerin yaş ortalaması $28,16 \pm 5,84$ olarak bulunmuş olup literatürde yaş ortalamasının bizim çalışmamızla uyumlu olduğu çalışmalar mevcuttur (53,131,132).

Yapılan birçok çalışmada gebelerin yüksek oranda çalışmadıkları görülmüştür. (131,133,134).

Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verileri ülkemizde kadınların %31 çalıştığını göstermiş (135), olup bu sonuçlar kadınların çoğunluğunun gelir getiren bir işte çalışmadığını ve bunun sonucunda ailede gelir ve refah düzeyinin azalmasına neden olabileceğini gösterebilir. Bölgesel farklılıklara göre veriler değişmektedir. Kadının çalışması, toplum içinde yer alması ekonomik kalkınma için önemlidir. Bizim çalışmamız da literatürü desteklemekte, ülkemizde gebelerin çalışmadığını ve ev hanımı olduklarını göstermektedir.

Dünyada toplumların gelişmişlik seviyesi, kadınların eğitim seviyesi ile ölçülür (136).

Türkiye’de de ilkokul mezunu oranı yüksek olup TNSA 2013 (135) sonuçlarına göre ilkokul mezunu kadın oranı %56,9 olarak bulunmuştur. Literatürdeki veriler ile bizim çalışmamız benzerlik göstermektedir (131,137,138).

Türkiye’de TNSA 2013 verilerine göre kadınların %55,6’sının (135), Marakoğlu ve ark. yaptığı çalışmada ise gebelerin %89,2 sinin ekonomik durumunun yetersiz olduğu gösterilmiştir (139).

Bizim çalışmamızda da Marakoğlu ve ark yaptığı çalışma ile uyumlu olarak gebelerin %96,6 sinin sosyoekonomik düzeyi düşük ve orta düzeyde bulunmuş olup TNSA verilerinden çok daha yüksektir. Bu durum, kişilerin kendi gelir durumlarını bu şekilde tanımlamalarından ya da yıllar içinde artan ekonomik sıkıntılardan kaynaklanıyor olabilir.

Gözüyeşil ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında; gebelerin sahip oldukları çocuk sayılarına bakıldığında %58,8’inin hiç çocuğunun olmadığı, %31,6’sının 1 çocuğa sahip oldukları bulguları elde edilmiştir (140).

Bizim çalışmamızda ise %33,8'inin hiç çocuk sahibi olmadığı; %28,3 gebenin ise bir çocuğa sahip olduğu görülmüş olup literatürle uyumlu olmayıp bu durumun bölgesel ve kültürel farklılıktan kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Akbaş ve ark yaptığı çalışmada ilk gebelik oranı %28,8 olarak bildirilmiştir (141).

Çelik ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada katılımcıların %46,2'sinin ilk gebeliği, %51'inin 1-3 arası gebeliği olduğu, %2,8'inin de 4 ve üzeri gebelik sayısına sahip oldukları bulunmuştur (61).

Bizim çalışmamızda da ilk gebelik oranı %27'dir ve bulgularımız Akbaş ve ark yaptığı çalışma ile benzerdir.

Gebelerin eşlerinin eğitim düzeylerine bakıldığında %29,6'sı ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahiptir (142). Çalışmamız eşlerin eğitim düzeyi açısından Okyay ve arkadaşlarının çalışmasıyla benzer sonuçlara sahiptir (%28,9)(142).

Yapılan bir çalışmada gebelerin %4,8'i birinci trimesterde; %54,2 si ikinci trimester; %41'i üçüncü trimesterde yer almaktadır (134).

Bizim çalışmamızda ise Gebelik ayları (trimesterler) açısından üçüncü trimester (%45,5) oranları yüksek bulunmuştur.

TNSA 2013 verilerine göre kadınların çocuk sayıları ortalamaları 2.26'dır, ve eğitim düzeyi arttıkça doğurganlığın azaldığı saptanmıştır. Bizim çalışmamız da TNSA sonuçlarına paralel olup doğurganlığın düştüğünü ispatlar bulgulara sahiptir (135).

Çalışmamızdaki değerler bu çalışmadan farklı olarak daha düşüktür. Bunun nedeni zamanla çocuk sahibi olma konusundaki sıkıntılar, ekonomik zorluklar, erkek ve kadın infertilitesi olabilir.

Sigara kullanımına bakıldığında gebelerin %10,6'sı gebeliği sırasında sigara kullanmaktadır (143).

Gebelikte sigara içme sıklığı; 2003 yılında Sivas Doğumevi Hastanesi'nde %17 (139), 2008 yılında Kocaeli'de yapılan başka bir çalışmada %11,6 olarak bulunmuştur (144).

Bizim çalışmamızda sigara kullanım sıklığı literatürdeki diğer çalışmalardan düşük (%8,6) olarak bulunmuştur.

2008-2014 yılları arasında yapılan çalışmalarda daha önce hiç sigara denemeyenlerin oranı bizim çalışmamıza göre çok daha düşük (%27,2; %34,7; %31,7; %20,3) çıkmıştır. Bizim çalışmamızda ise bu oran %74 olarak saptanmış olup yüksek bir değerdir ve sevindirici bir gelişmedir. Bu durum ülkemizde son zamanlarda uygulanmakta olan sigara ile mücadele politikalarının bir sonucu olabilir (133,144-146).

5.1 Depresyon

Genç yaşta gebe kalmak depresyon için önemli bir risk oluşturur (141). Gebelerin çalışma durumu için literatüre baktığımızda çalışmayan gebelerin depresyon puan ortalamaları, çalışanlarınkinden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (131,143).

Arslan ve ark yaptığı çalışmada gebelerin meslekleriyle depresyon puanları arasında anlamlı ilişki gözlenmiş olup ev hanımlarında depresyon puan ortalaması daha yüksektir ($p<0,05$)(147).

Bizim çalışmamızda da benzer sonuçlar elde edilmiş olup ev hanımlarının depresyon puanları daha yüksek çıkmıştır. Ancak bu istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Bunun nedeni çalışma grubumuzun büyük çoğunluğunu ev hanımlarının oluşturması ve çalışan ile çalışmayan arasındaki sayı dengesizliği olabilir.

Dağlar ve ark yaptığı bir çalışmada ilkokul ve ortaokul mezunu gebelerin depresyon puan ortalamaları, lise ve üzeri eğitime sahip gebelerin puan ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (143).

Arslan ve ark çalışmasında gebelerin eğitim düzeyi arttıkça depresyon puanı düşmektedir ($p<0,05$) (131,147).

Yapılan başka bir çalışmada eğitim düzeyi arttıkça kadının kendi yaşamı üzerinde etkisinin arttığı, bu durumun kendisine olan saygısını da artırdığı ve depresyon oranını da azalttığı görülmüştür (148).

Bizim çalışmamızda ise literatür ile benzer olarak depresyon puanları üniversite mezunu olanlarda düşük bulunmuş olup bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Eğitim seviyesi yükseldikçe depresyon puanlarındaki düşüş kadınların bilinçlenmesi, gebelik ve doğum hakkında ihtiyaç duydukları her türlü bilgiye daha rahat

ulaşabilmeleri ve bunun sonucunda duygu durumlarını dengeleyebilmelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Yapılan bir çalışmada aylık gelir artışı ile birlikte depresyon puanlarının azaldığı görülmüş 149 olup literatürde gelir düzeyi ile depresyon ilişkisini inceleyen çalışmalarda farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Farklı ölçeklerle yapılan birçok çalışmada (53,131,146,150,151) gebelerin sosyoekonomik seviyelerindeki azalma ile depresyon puanlarındaki artış arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmuş, bazı çalışmalarda (141,152) ise aralarında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Bizim çalışmamızda Ortaarık ve Akbaş çalışmalarıyla uyumlu olarak gelir düzeyi ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Ailenin ekonomisi ruhsal açıdan gebeyi direk veya dolaylı olarak etkileyebileceği, gebelikle veya doğuma bağlı komplikasyonlara yol açabileceğinden önemli olabilir.

Bir çalışmada geliri giderinden fazla algılayan grubun depresyon puan ortalaması geliri giderinden az algılayan gruptan anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (143).

Bizim çalışmamızda ise bundan farklı olarak sosyo ekonomik düzey algısı ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bunun nedeni sosyoekonomik düzey dağılımının orta grupta yoğunlaşması ve düzensiz dağılım olabilir.

Literatürdeki bazı çalışmalarda gebelerin yaşayan çocuk sayısı ile depresyon puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (131,143).

Aslan ve ark çalışmasında ise yaşayan çocuk sayısı arttıkça depresyon puanları da artmakta olup yaşayan çocuk sayısı ile depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (147).

Bizim çalışmamızda farklı olarak çocuk sayısındaki artışla depresyon puanı düşmekte olup bu durum istatistiksel açıdan da anlamlıdır ($p<0,05$). Bu sonuç anneliğin tecrübe edilerek yaşanılacak ruhsal değişikliklerle baş etmeyi öğrenmesi olarak düşünülebilir.

Dağlar ve ark yaptığı çalışmada gebelerin gebelik sayısına göre depresyon puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark saptanmamış, ($p>0,05$) (143) diğer çalışmalarda ise toplam gebelik sayısı arttıkça depresyon puanları artmakta ve anlamlı bir ilişki gözlenmektedir (147,149).

Literatürdeki çalışmalar bu konuda farklı sonuçlar vermekle birlikte bizim çalışmamızda da Çakır ve arkadaşlarının çalışmasıyla benzer olarak gebelik sayısı arttıkça depresyon puanlarının arttığı görülmüştür. Bunun nedeni bebek bakımının annede yaratacağı ruhsal değişiklik ve anne olmanın verdiği sorumluluğun altındaki baskı olabilir.

Aile ekonomisinin gebelikte ve doğum komplikasyonları üzerinde önemli etkileri olduğu belirtilmiş olup, (149) Gotlip ve Whiffen, gebelikte depresyonu olan kadınların, depresyonu olmayan kadınlara göre daha genç, daha az eğitilmiş, ev hanımı ve daha çok sayıda gebelik geçiren kadınlar olduğunu bildirmişlerdir (148).

Yapılan birçok çalışmada depresyon en sık birinci ve üçüncü trimesterlerde görülürken (61,143).

Kaya ve ark yaptığı bir çalışmada gebeliğin ikinci ve üçüncü trimesterinde depresyon belirtileri yaygındı (153).

Bizim çalışmamızda da Kaya ve ark (153) yaptığı çalışmaya benzer olarak ikinci ve üçüncü trimesterlerde istatistiksel olarak farklılık bulunamamasına rağmen depresyon oranları yüksekti. Bunun nedeni bizim çalışmamıza katılan gebelerin daha çok üçüncü trimesterde olması, aynı zamanda bu dönemde doğumla ilgili korkuların ve fetusun normallığıyle ilgili kuşkuşların annenin kafasını daha çok meşgul etmesi olabilir.

5.2 Anksiyete

Literatürdeki bir çalışmada çalışmayan gebelerin anksiyete puan ortalamaları çalışanlarınkinden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (143).

Aslan ve ark yaptığı araştırmada ise gebelik sırasında çalışma ile anksiyete puanı arasında anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$) (147).

Başka bir çalışmada gebelerin %76,3'ünün ev hanımı olduğu geriye kalan %23,7'sinin ise bir meslekle uğraştığı saptanmıştır (149).

Bizim çalışmamızda da gebelerin %87'si ev hanımı olup literatür ile uyumlu olarak anksiyete ile gebenin çalışma durumu arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır. Bunun nedeni de çalışmamızda ev hanımlarının oranının yüksek olması olabilir ($p>0,05$).

Akbaş ve ark çalışmasında eğitim düzeyi ile kayđı düzeyi arasında ilişki olmadđđđ gösterilmiştir ($p>0,05$) (141).

Başka bir çalışmada ise eğitim düzeyi dşuk olan gebelerde, anksiyete puan ortalamalarının yüksek olduğu gözlenmiş, istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (138).

Dağlar ve ark yaptıđđı bir çalışmada ilkokul ve ortaokul mezunu gebelerin anksiyete puan ortalamaları lise ve üzeri eğitime sahip gebelerin puan ortalamalarından yüksek bulunmuş olup istatistiksel olarak da anlamlıdır (143).

Yapılan ileri analiz sonucu, farkın ilköğretim düzeyinde eğitimi olan gruptan kaynaklandđđđ bulunmuştur. Bizim çalışmamız da Akbaş ve ark. (141) alışması uyumlu olup ilkokul mezunlarında anksiyete oranları yüksek bulunmuş ancak istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Buna göre eğitim düzeyinin anksiyete ile negatif bir ilişkisi olduğu söylenbilir.

Primipar ve multipar gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri ile anksiyete puan ortalamalarının karřılařtırıldıđđı bir araştırmada eğitim düzeyi arttıkk anksiyete puan ortalamaları azalmış olup bu durum istatistiksel açıdan da anlamlıdır (138).

Bizim alışmamızda en yüksek anksiyete puanları ilkokul mezunlarında saptanmıştır. Lise ve üzeri eğitim görenlerde ise yakın puanlar gözlenmiş olup gebelerin eğitim düzeyi ile anksiyete arasında anlamlı fark bulunamamıştır.

Yapılan bir çalışmada geliri giderinden az algılayan grubun anksiyete puan ortalaması diğer grupların anksiyete puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek belirlenmiştir (143).

Bizim alışmamızda da sosyo ekonomik düzey algısı ile anksiyete arasında Dağlar ve ark çalışmasından farklı olarak istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Akbaş ve ark.'nın çalışmasında gelir düzeyi ile anksiyete arasında ilişki saptanmamıştır (141).

ÜST ve ark yaptığı çalışmada primipar ve multipar gebelerin gelir düzeyi ile anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde gelir düzeyi arttıkça anksiyete puanlarının düştüğü görülmüş olup istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır (138).

Başka bir çalışmada aylık gelir düzeyi 500 TL'nin altında olan gebelerde anksiyete yüksek olmasına rağmen bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış (152).

Batman'da yapılan bir çalışmada ise aylık gelir arttıkça, anksiyete puanlarının azaldığı saptanmıştır (149).

Yine bizim çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak gelir düzeyi düşük olan gebelerde anksiyete oranları yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur. Aileye yeni bir üyenin gelmesinin maddi açıdan aileyi etkilediği, bunun da anksiyete düzeyini artırabileceği düşünülmektedir.

Yapılan bir çalışmada yaşayan çocuk sayısı ile anksiyete puanları arasında pozitif bir ilişki bulunmuş olup istatistiksel açıdan da anlamlı bir fark tespit edilmiştir (147).

Farklı ölçeklerle yapılan başka çalışmalarda ise yaşayan çocuk sayısı ile anksiyete puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (141,143).

Bizim çalışmamızda da yaşayan çocuk sayısı ile anksiyete arasında anlamlı bir fark bulunmamış olup sonuçlarımız literatür ile benzerdir.

Bazı çalışmalarda toplam gebelik sayısı arttıkça anksiyete puanlarının arttığı gözlenmiş olup aradaki fark da istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (146,147).

Akbaş ve ark.'nın yaptıkları bir çalışmada ilk gebeliğini yaşayanlarda daha fazla durumsal kaygı saptanırken DKÖ puanları daha düşük bulunmuş ve istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$) (141).

Literatürdeki birkaç çalışmada ise ilk gebeliğini yaşayanlarda anksiyetenin daha sık olduğu belirlenmiş olup istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır (138,143,149).

Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak gebelik sayısı arttıkça anksiyete oranlarının düştüğü gözlenmiş ancak istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık

saptanmamıştır. Bunun nedeni annelerin gebelik sayısı arttıkça tecrübe kazanması olabilir.

Lee ve ark.'nın çalışmasında gebelerin %54'ünde kaygı semptomlarının birinci ve üçüncü trimesterlerde daha yaygın ve şiddetli olduğunu gösterilmiştir (154,155).

İlk trimesterde istenmeyen gebelikler, antenatal anksiyete ile bağlantılı (156) iken, Eskici ve ark.'nın yaptığı çalışmaya benzer olarak üçüncü trimesterde doğumla ilgili korkular ve fetusun normalliğiyle ilgili kuşkular sebep olabilir (61,133).

Yapılan bir çalışmada gebeliğin öğrenildiği ilk trimester de ve gebelerin üçüncü trimesterde yaşadıkları hislerine göre anksiyete puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (143).

Bizim çalışmamızda da benzer olarak ilk ve üçüncü trimester de anksiyete puan ortalamaları yüksek olmasına rağmen istatistiksel açıdan trimesterler arasında fark yoktur. Bu durum gebelik seyri, gebenin kendi ve bebeğin sağlığıyla ilgili endişeleri ve yaklaşan doğuma bağlı duyulan korkudan kaynaklanabilir (138,157).

5.3 Sigara

Gebenin sigara içmesi veya çevredeki sigara dumanına maruz kalması, gebeliğin her aşamasını, doğumu, bebek sağlığını ve gelişimini etkileyebilmektedir (158,159).

Bir çalışmada eğitim seviyesi düşük olan, sigara içen gebelerde yüksek depresyon ve yüksek anksiyete saptanmış olup bunun da sigara içme oranını artırdığı görülmüş olup (34, 35), primipar olan, eğitim düzeyi yüksek olan, düşük anksiyetede olan ve gebelikten önce çok az sigara kullanan gebelerin ilk trimesterinde sigara bırakma olasılığının arttığı gözlenmiştir (160,161).

Aktaş ve ark yaptığı çalışmada gebelik sırasında sigara içiminin depresyon semptomlarının şiddetini artırdığı tespit edilmiş (162), gebelik öncesi sigara içenlerde içmeyenlere göre hem depresyon hem anksiyete puanları yüksek bulunmuş olup sonuçlar istatistiksel olarak da anlamlı çıkmıştır (159).

Birçok çalışmada sigara kullanan gebelerde depresyon puan ortalaması yüksek olmakla birlikte bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmamışken (147,163-166) iki çalışmada ise sigara kullanan gebelerde anksiyete puanı yüksek bulunmuş ve bu ilişki istatistiksel olarak da anlamlı çıkmıştır (147,166).

Literatürde sigara içimi ile gebelik arasındaki ilişkiye bakıldığında farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Bazı çalışmalarda sigara içiminin anksiyete ve depresyon puanlarını arttırdığı, bunun da düşük eğitim düzeyi ile ilişkili olduğu gözlenirken bazı çalışmalarda da arada anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bizim çalışmamızda ise hem gebelik öncesi dönemde hem de gebelikte sigara içenlerle içmeyenler arasında anksiyete ve depresyon skorları açısından fark bulunmuştur. Gebeliğinde sigara içenlerde anksiyete puanları ile anlamlı fark olmasına karşın depresyon puanlarında anlamlı fark bulunamamıştır. Sigarayı denemeyen gebe oranının çok yüksek olmasından dolayı hem içen hem de içmeyen gebelerde sonuçların yüksek olduğu görülmüştür. Bu sonuç gruplar arasındaki sayısal farklılığın fazla olmasından kaynaklanmaktadır.

5.4 Uyku

Yapılan çalışmalarda gebelerin çalışma durumları ile uyku kalitesi puanları açısından istatistiksel olarak fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (167,168).

Bizim araştırmamızda ise Köybaşı ve Taşkıran çalışmalarından (168) farklı olarak çalışmamızdaki ev hanımlarının %90,7'si kötü uyku kalitesine sahip olup istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Bu durum çalışmamızın büyük çoğunluğunun ev hanımlarından oluşmasından kaynaklanabilir.

Birçok çalışmada eğitim düzeyi ile uyku bozuklukları arasında puanların arttığı görülmesine rağmen istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamışken (167,169-171), başka bir çalışmada hastaların eğitim düzeyleri ile toplam uyku kalitesi değerlendirildiğinde eğitim düzeyi azaldıkça istatistiksel olarak anlamlı düzeyde uyku kalitesinde bozulma gözlenmiştir (172).

Uyku kalitesinin eğitimle ilişkisi incelendiğinde literatürde birçok çalışma yapılmış olup farklı sonuçlar elde edilmiştir. Çalışmaların bir kısmı global skora göre bir kısmı ise kesme puanına göre değerlendirilmiştir. Bizim çalışmamızda uyku kalitesi kesme puanına göre değerlendirildiğinde Çelik ve Köse'nin çalışmasıyla (172) benzer olarak eğitim düzeyi ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup eğitim düzeyi azaldıkça uyku kalitesi de düşmektedir.

Gruplar arası farklılığa bakıldığında sosyo-ekonomik durumunu kötü olarak algılayan gebelerin toplam uyku kalitesi puan ortalamaları diğer gruplara göre yüksek olmasına rağmen aralarında istatistiksel olarak ilişki saptanmamıştır (169).

Bizim çalışmamızda Pınar ve ark.'nın yaptığı çalışmaya benzer olarak ekonomik durumunu kötü olarak algılayan gebelerin toplam uyku kalitesi puan ortalamaları diğer gruplara göre yüksek olarak bulunmuş ancak farklı olarak bizim çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı farklılık da gözlenmiştir ($p<0,05$).

Bir çalışmada istatistiksel olarak anlamlı olmasa da ekonomik durum kötüleştikçe uyku kalitesi puanlarının yükseldiği gözlenmekte iken (169) farklı ölçekler kullanılarak yapılan başka bir çalışmada da yine gelir durumu düşük olan gebelerde uyku kalitesinin azaldığı görülmüştür (172).

Bizim çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak gelir düzeyi ile uyku kalitesi arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamamıştır.

Çelik ve Köse'nin yaptığı çalışmada yaşayan çocuk sayısı arttıkça uyku kalitesi puanlarının artmasına rağmen bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$) (172).

2014'te yapılan başka bir çalışmada ise yine yaşayan çocuk sayısının artması ile uyku kalitesi toplam puanlarının artmış ancak bu sefer bu artışlar anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (169).

Bizim çalışmamızda Pınar ve ark.'nın çalışmasına (169) benzer olarak yaşayan çocuk sayısı arttıkça uyku kalitesi kötüleşmiş olup istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bunun nedeni annenin daha önce yaşadığı olumsuz tecrübeler, diğer çocukların sorumluluğundan kaynaklanan fiziksel ve duygusal sıkıntılarla birlikte gebeliğin getirmiş olduğu problemlerin bunlara eklenmesi olabilir.

Pınar ve ark.'nın yaptığı çalışmada, 2-5 arası canlı doğum yapan gebelerin hiç canlı doğum yapmayanlara göre toplam uyku kalitesi puan ortalamaları kötü bulunmuş, gebelik sayısı arttıkça toplam puanların da arttığı gözlenmiş ve bu durum istatistiksel açıdan da anlamlı çıkmıştır (169).

Lee ve ark.'nın yaptığı çalışma, primiparlar ile multiparlar arasında uyku kalitesi açısından farklılıklar olduğunu, uyku bozukluklarının ilk kez anne olanlarda daha belirgin olduğunu göstermiştir (173).

Birkaç çalışmada ise gebelik sayısı ile uyku kalitesi arasında puanların artmasına rağmen istatistiksel açıdan fark olmadığı gösterilmiştir ($p>0,05$) (162, 167, 174).

Literatürde gebelik sayısı ile uyku kalitesi arasındaki sonuçlarda farklılıklar olup bizim çalışmamızda Pınar ve ark.'nın (169) çalışmasına benzer olarak gebelik sayısı arttıkça puanlar artmıştır ve istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p<0,05$). Genellikle aile ve çocuklar kadınların sorumluluğu altındadır. Bu sorumluluk ile gebe kalınması ile beraber fiziksel ve duygusal sıkıntılar artırmakta ve uyku kalitelerinin kötüleşmesine neden olabilmektedir.

Yapılan bir çalışmada üçüncü trimesterde olan gebelerin uyku kalitesi kötü bulunmuş olup, depresyon oranı %10,3; intihar oranları %8,5 bulunmuştur (175).

Bir meta analiz sonucuna göre uyku kalitesi ikinci trimestere göre üçüncü trimesterde azalmıştır (176).

Literatürdeki birçok çalışmada da küresel uyku kalitesi, subjektif uyku kalitesi, düşük uyku etkinliği ve uyku bozuklukları İlk üç aylık dönemle karşılaştırıldığında, üçüncü trimesterdeki gebelerde en yaygın olarak bulunmuş olup istatistiksel açıdan da anlamlıdır (134, 168-170, 172, 174, 176-178).

Farklı bir çalışmada ise gebelik haftasının uyku kalitesi puanlarını etkilemediği saptanmış olup istatistiksel olarak da anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (170).

Bizim çalışmamızda literatürde yapılan birçok çalışmaya benzer olarak gebelik haftası ile uyku kalitesi arasında negatif güçlü bir ilişki olup istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Bunun nedeni gebelik haftası ilerledikçe fiziksel ve ruhsal açıdan değişimler yaşanması ve kadının bu sürece adaptasyonda zorlanması, uyku düzenini ve kalitesini değiştirmesi olabilir.

Bir çalışmada sigara içenlerde toplam uyku kalitesi puanları yüksek bulunmuş olup istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (169).

Bu konuda literatürde çok fazla çalışma mevcut olmayıp çalışmamızın sonuçları Sivas'ta yapılan çalışma ile uyumlu çıkmıştır.

5.5 Depresyon Anksiyete Uyku Bozuklukları Arasındaki İlişki

Yapılan bir çalışmada uykusuzluk problemi olan gebelerde depresif semptomların daha fazla olduğu görülmüş ve istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (179).

Yang ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada prenatal depresyonu olan gebelerin kötü uyku kalitesine sahip oldukları görülmüş ve istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$)(134).

Çin'de yapılan bir araştırmada ise gebe kadınlarda uyku kalitesi ile depresyon ve anksiyete arasında ilişki olduğu bildirilmiş olup, kötü uyku kalitesine sahip olan kadınlarda gebelik sırasında depresyon riskinin ve kaygı düzeyinin arttığı görülmüştür (180).

Başka bir çalışmada ise gebelik sonlarında depresif ve kaygı belirtileri kesitsel olarak uyku bozukluklarıyla ilişkili bulunmuştur (181).

Volkovich ve ark.' yaptığı çalışmada subjektif uyku ölçümleri ile depresif ve kaygı skorları arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Bulgular, gebelik sırasında depresif ve kaygı belirtilerinin şiddetinin öznel uyku bozukluklarıyla ilişkili olduğunu göstermiştir (182).

Yapılan bir çalışmada prenatal depresyon ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup, depresyonu olan gebelerde uyku kalitesinin düştüğü gösterilmiştir. Pearson korelasyon değerleri EPDS score; 0.43 ($p\leq 0.01$), PSS score; 0.32($p\leq 0.01$) bulunmuştur ($p<0,05$) (134).

Anksiyete ile uyku kalitesi toplam puanları arasında güçlü pozitif ilişki varken depresyon ile arasında zayıf pozitif ilişki vardır ($p<0,05$) (174).

Bizim çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak uyku kalitesi ile hem depresyon hem anksiyete arasında güçlü pozitif bir ilişki bulunmuş olup bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Gebelikte bozulan uyku kalitesi depresyon belirtilerini ve bulgularını artırmakta aynı zamanda gebenin kaygı şiddetini de belirginleştirmektedir.

Açıklamalı [M3]: Böyle mi yazılıyor???

6 SONUÇ

Çalışmamızda kadınların gebelik süreçlerinde yaşadıkları olumsuzluklarla birlikte hayat şartları, ekonomik sıkıntılar, geçirdiği gebelikler, eğitim durumları ve çalışma durumları ile pek çok faktörün gebede depresyon anksiyete bozukluğu ve uyku bozukluğu olarak karşımıza çıktığını gördük. Birinci basamakta rutin gebe takipleri sırasında depresyon açısından şüpheli gördüğümüz gebeleri sevk etmeliyiz. Aynı zamanda gebeleri uyku bozuklukları konusunda bilinçlendirilmesi, kontrollere düzenli gelmelerinin sağlanması, uyku hijyenine yönelik davranışlarının geliştirilmesini sağlamalıyız. Unutmamalıyız ki sağlıklı toplum, ancak fiziksel ve ruhsal açıdan sağlıklı bireylerden oluşur. Hekim olarak bize düşen görev anne ve çocuk sağlığının, sağlıklı yeni nesiller için düzenli ve sıkı takiplerle riskli olanların iyileşmesine katkıda bulunmaktır.

7 KAYNAKLAR

1. Josefson A, Berg G, Nordin C, Sydsjo G. Prevalance of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80: 251-5.
2. Evans J, Heron J, Francmb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 2001; 323:257-60.
3. Andersson L, Sundström-Poromaa I, Wulff M, Syröm M, Bixo M. Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. *Acta Obstet Gynecol* 2006; 85: 937-44.
4. Hedman C, Pohjasvaara T, Tolonen U, Suhonen-Malm AS, Myllylä VV. Effects of pregnancy on mothers sleep. *Sleep Medicine* 2002; 3: 37-42.
5. Michele LO, Mary E. Cousins-read sleep disruption during pregnancy: 'How does It Influence serum cytokines?'. *J Reprod Immunol* 2007; 73: 158 -65.
6. Sharma S, Franco R. Sleep and Its diorders in pregnancy. *Wisconsin Med J* 2004;103: 48-51.
7. Hirshman E. M. Women and insomnia. *Clinical Cornerstone* 2004; 6: 6-17.
8. Işık E, Taner Y. Çocuk ergen ve erişkinlerde anksiyete bozuklukları. *Asimetrik Parellel Kitabevi*. 2006;s:3-29.
9. Esel E. Genelleşmiş anksiyete bozukluğunun nörobiyolojisi. *Klinik Psikofarmakol Bülteni* 2003; 13(2): 78-87.
10. Marakoğlu D, Demirer S, Özdemir D, Sezer H. Periodontal tedavi öncesi durumluk ve sürekli kaygı düzeyi. *Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 2003; 6(2): 73-9.
11. Berksun OE. Anksiyete bozukluklarının epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* 2010; 3(4):9-18.
12. Schneiner FR, Johson J, Hornig CD, Liebowitz MR, Weisman MM. Social fobia: comorbity and morbity in a epidemiological sample. *Archives of General Psychiatry* 1992; 49: 282-8.
13. Davitson JRT, Hughes DL, George LK, Blazer DG. The epidemiology of social phobia: findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. *Psychological Medicine* 1993;23: 709-18.

14. Dilbaz N. Sosyal Anksiyete Bozukluğu Tanı Epidemiyoloji, Etyoloji, Klinik ve Ayırıcı Tanı. Klinik Psikiyatri 2000;Ek 2:3-21.
15. Le Deux J. Fear and the brain where have we been and where are going? Biological Psychiatry 1998; 44: 1229-38.
16. Stein DJ, Hollander E. Textbook of Anxiety Disorder. Washington DC, American Psychiatric Publishing 2002.
17. Savrun BM, Günel NB, Balcıoğlu D. Gebelik ve laktasyonda Ppsikotrop ilaç kullanımı. Perinatoloji Dergisi 1999;7(1):3-8.
18. Howland RH. Prescribing psychotropic medications during pregnancy and lactation: principles and guidelines. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 2009; 47(5):19-23.
19. Ross LE, Mclean LM. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. J Clin Psychiatry 2006; 67(8):1285-98.
20. Cloitre M, Yonkers KA, Pearlstein T. Women and anxiety disorder: implications for diagnosis and treatment. CNS Spectr 2004; 9: 1-16.
21. Weisberg RB, Paquetta JA. Screening and treatment of anxiety disorders in pregnant and lactating women. Women's Healty Issues 2002; 12: 32-6.
22. George HT, Ladenheim JA, Nutt DJ. Effect of pregnant on panic attacks. Am J Psychiatry 1987;144:1078-9.
23. Villeponteaux VA, Lydiard RB, Laraia MT, Stuart GW, Ballenger JC. The effect of pregnancy on preexisting panic disorder. J Clin Psychiatry 1992;53: 201-3.
24. Cohen LS, Sichel DA, Faraone SV, Robertson LM, Dimmock JA, Rosenbaum JF. Course of panic disorder during pregnancy and the puerperium: a preliminary study. Bio Psychiatry 1996;39: 950-4.
25. Williams KA, Koran LM. Obsessive-compulsive disorder in pegnancy, the puerperium. J Clin Psychiatry 1997; 58: 330-4.
26. Hedegaard M, Henriksen TB, Secher NJ, Hatch M, Sabroe S. Do stersful life events affect duration of gestation and risk of preterm delivery? Am J Epidem 1996;7: 339-45.
27. Lobel M, Dunkel-Schetter C, Scrimshaw SCM. Prenatal maternal stres and prematurity: a prospective study of socioeconomically disadvantaged women. Healty Psych 1992; 11: 32-40.

28. Wadhwa PD, Sandman CA, Porto M, Dunkel-Schetter C, Gaiete TJ. The association between prenatal stress and infant birth weight and gestational age at birth: a prospective investigation. *Am J Obstet Gynecol* 1993;169: 858-65.
29. Runi CK, Dunkel-Schetter C, Wodhwa PD, Sandman CA. Psychological adaptation and birth outcomes: the role of personal resources, stress and sociocultural context in pregnancy. *Health Psychol* 1999;18: 333-45.
30. Anderson L, Sundström-Paromca I, Bixo M, Wulff M, Bondestam K, Åströmström M. Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population based study. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189:148-54.
31. Çalık KY, Aktaş S. Gebelikte depresyon: Sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011; 3: 142-62.
32. Aslan AA, Sarı BA, Kuruoğlu A. Depresif duygudurumdan major depresyona klinik spektrum. *Klinik Psikiyatri* 2012; 15: 56-64.
33. Karamustafaloğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni* 2011;45: 65-74.
34. Mete HB. Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri* 2008;11: 3-18.
35. Engin E, Ergün G. Depresyon. İçinde: Çam O, Engin E (editörler). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*, 1. Baskı. İstanbul, İstanbul Medikal Yayıncılık 2014:333-67.
36. Lee AM, Lam SK, Sze Mun Lau SM, Chong CS, Chui HW, Fong DY. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol* 2007; 110(5):1102-12.
37. Marakoğlu K, Çivi S, Şahsıvar S, Özdemir S. The relationship between smoking status and depression prevalence among first and second year medical students. *Journal of Dependence* 2006; 7: 129-34.
38. Chung TKH, Lau TK, Yip AS, Chiu HF, Lee DT. Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. *Psychosom Med* 2001;63: 830-4, 2001.
39. Amerikan Psikiyatri Birliği, R.B.T.V.S.E. Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, Çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
40. Sanowolla SB. *Women's healthy and psychiatry*, Philadelphia. Lippincott, Williams and Wilkins 2002:115-23.

41. Klein M, Essex M. Pregnant or depressed. The effect of overlap between symptoms of depression and somatic complaints of pregnancy on rates of major depression in the second trimester. *Depression* 1995; 2: 308-14.
42. Llewellyn M, Stowe Z, Nemeroff D. Depression during pregnancy and the puerperium. *J Clin Psychiatry* 1997; 58: 26-32.
43. Marakoğlu K, Şahsıvar MŞ. Gebelikte depresyon. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2008; 28: 525-32.
44. Steiner M, Dunn E, Born L. Hormones and mood: from menarche to menopause and beyond. *J Aff Disorders* 2003; 74: 67-83.
45. Weissman MM, Olfson M. Depression in women: implications for health care research. *Science* 1995; 269: 799-801.
46. Andersson L, Sundstrom-Poromaa I, Bixo M, Wulff M, Bondestam K, Astrom M. Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: A population-based study. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189: 148-54.
47. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson T. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol*; 103:698-709. 2004.
48. Murray CJL, Lopez ED, (eds). A Comprehensive assesment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. *The Global Burden of Disease and Injury Series; vol 1, Cambridge, Mass: Harvard University Press;1996.*
49. Akdeniz F, Gönül AS. Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. *Klin Psik Derg* 2004; Ek 2: 70-4.
50. Ayvaz S, Hocaoğlu Ç, Tiryaki A, Ak İ. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili risk etkenleri. *Türk Psik Derg* 2006; 17(4):243-51.
51. Sevindik F. Elazığ ilinde gebelikte depresyon prevalansı ve etkileyen faktörler Fırat Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi, Elazığ, 2005.
52. Aktaş S, Yeşilçiçek Çalık K, Dinçkol M, Kara H, Budak S, Güney S. Gebelikte depresyon, depresyona etki eden faktörler ve gebelik depresyonu ile sosyal destek arasında ilişki. 9. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi, 15-18 Ocak 2009, Bursa, Türkiye. Kongre Özet Kitabı sayfa: 459460.
53. Vırt O, Akbaş E, Savaş H, Sertbaş G, Kandemir H. Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi. *Nöropsik Arşivi* 2008; 45: 9-13.

54. Bunevicius R, Kusminskas L, Bunevicius A, Nadisauskiene RJ, Jureniene K, Pop VJ. Psychosocial risk factors for depression during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009; 88: 599-605.
55. Kurki T, Hillesmaa V, Roltasalo R, Mattilla H, Ylkkorkolo O. Depression and anxiety early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstet Gynecol* 2000;95: 487-90.
56. Marcus SM, Flynn HA, Blow FC, Bary KL. Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *J Women's Health* 2003;12: 373-80.
57. Cebeci SA, Aydemir Ç, Göka E. Puerperal dönemde depresyon semptom prevalansı, obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi. *Kriz Dergisi* 2002;10: 11-8.
58. Kuğu N, Akyüz G. Gebelikte ruhsal durum. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2001; 23: 61-4.
59. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 11. Baskı. Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık 2012: 169-96.
60. Şirin A, Kavlak O. Kadın Sağlığı, 1. Baskı. İstanbul, Bedray Basım Yayıncılık 2008: 490-1.
61. Çelik F, Nadirgil Köken G, Yılmaz M. Gebelikte depresyon semptomlarının sıklığı ve depresyon gelişimini etkileyen faktörler. *Anatol J Clin Investig* 2013;7(2):110-17.
62. Yılmaz EA. Ankara'da bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine başvuran gebelerde Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği ile depresyon sıklığı ve ilişkili etmenler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2013.
63. Yılmaz SD, Beji NK. Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Genel Tıp Dergisi* 2010; 20: 99-108.
64. Özdamar Ö, Yılmaz O, Beyca HH, Muhcu M. Gebelik ve postpartum dönemde sık görülen ruhsal bozukluklar. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2014;45: 71-7.
65. Sarah LB, Barbara LP, Jill MC. Psikiyatri ve Reprodüktif Süreç. Benjamin JS, Sadock MD, Virginia A (Editörler) (Çeviri editörleri: Aydın H, Bozkurt A). Kaplan & Sadock Comprehensive Textbook of Psychiatry'de Cilt 3. 8. baskı. Ankara: Güneş Kitapevi 2007:s.2305-14.

66. Coşkun, A. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, 2. Baskı, Koç Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 2012:s.132-9.
67. Efe H. Gebeliğin Kadın Cinselliği Üzerine Etkileri. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları Doğum Kliniği Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2006.
68. Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F. Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: Hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011;3(1):67-99.
69. Muzik M, Marcus SM, Heringhausen JE, Flynn HA. When depression complicates child bearing: guidelines for screening and treatment during antenatal and postpartum obstetric care. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2009; 36: 771-88.
70. Brenda M, Leung Y, Bonnie ND, Kaplan J. Perinatal depression: prevalence, risks, and the nutrition link-a review of the literature. *J Am Diet Assoc* 2009; 109: 1566-77.
71. Diego MA, Field T, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, Gonzalez-Quintero V. Prenatal depression restricts fetal growth. *Early Hum Dev* 2009; 85: 65-7.
72. Bowen A, Muhajarine N. Antenatal depression. *Canadian Nurse Journal* 2006; 102: 26-30.
73. Strauss JF, Barbieri RL. İnsan Gebelik Endokrinolojisi ve Fetal Plasental Nöroendokrin Gelişim. Yen & Jaffe Üreme Endokrinolojisi, Fizyoloji, Patofizyoloji ve Klinik Muayene. Mesiano S, Jaffe RB. (eds) Güneş Kitabevi 5. Baskı 2006; 213-307.
74. Kırpınar İ. Ed: Doğan, O: Kadın ve Ruhsal Bozukluklar. A.Ü. Tıp Fakültesi VI: Anadolu Psikiyatri Günleri Kongresi Bilimsel Çalışmalar Kitabı 1997:s.71-5.
75. Özkan S. Kadın Doğum ve Ruh Sağlığı. V.Ulusal Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi Kongresi,1998:s.36-50.
76. Kim J, La Porte LM, Adams MG, Gordon Te, Kuendig JM, Silver RK. Obstetric care provider engagement in a perinatal depression screening program. *Arch Womens Ment Health* 2009;12: 167-72.
77. Sidebotham M. Mental health problems. In Mayes' Midwifery: A Textbook For Midwives, 13th ed. (Eds C Henderson, S Macdonald), London, Elsevier 2008: 918-34.

78. Raynor MD, Oates MR. Perinatal mental health. In: DM Fraser, MA Cooper (eds) Myles Textbook For Midwives, 15 th ed. London: Elsevier 2009:679-703.
79. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ: Nörolojik ve psikiyatrik hastalıklar Williams Doğum Bilgisi Cilt 2, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2005:s.1420-3.
80. Coverdale JH, McCullough LB, Chervenak FA. Ethically justified guidelines for defining sexual boundaries between obstetrician-gynecologists and their patients. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175(2):496-500.
81. Mortola JF, The use of psychotropic agents in pregnancy and lactation. *Psychiatr Clin North Am* 1989; 12(1):69-87.
82. Spinelli M, Endicott J. Controlled clinical trial of interpersonal psychotherapy versus parenting education program for depressed pregnant women. *Am J Psychiatry* 2003; 160:555-62.
83. Alkan M. Kişilerarası ilişkiler terapisi. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry Special Topics* 2009; 2: 14-20.
84. Ergil Altın G. Perinatal depresyon tedavisinde kişilerarası terapi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2012; 4(2):188-203
85. Demiralp M, Oflaz F. Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri ve psikiyatri hemşireliği uygulaması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007;8: 132-9.
86. Şen D, Yücel B. Gebelikte Psikotrop ilaç Kullanımı, *Derlemeler: İst Tıp Fak Mec* 1998; 61: 2.
87. Dimidjian S, Goodman S. Nonpharmacologic intervention and prevention strategies for depression during pregnancy and the postpartum. *Clin Obstet Gynecol* 2009; 52: 498-515.
88. Güdücü F, Çalıyurt O, Vardar E, Tuğlu C, Abay E. Majör depresyonda sertralin ile birlikte uygulanan uyku yoksunluğu ve ışık tedavisinin etkinliğinin sertralin tedavisi ile karşılaştırılması. *Türk Psik Derg* 2005; 16: 245-51.
89. Kalinowsky LB. ECT in pregnancy. *Am J Psychiatry* 1984; 141: 1643.
90. Nayak V, Laxminarayana Bairy K, Devaramane V. Treatment of depression during pregnancy. *Kuwait Med J* 2010; 42: 187-91.
91. Simpson KH, Lynch L. Anaesthesia and electroconvulsive therapy (ECT) *Anaesthesia* 1998; 53(7):615-7.
92. Rice EH, Sombrotto LB, Markowitz JC, Leon AC. Cardiovascular morbidity in high-risk patients during ECT. *Am J Psychiatry* 1994; 151(11):1637-41.

93. Şahin EM, Kılıçarslan S. Son trimester gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2010; 27: 51-8.
94. Coşkun, A. Karanisanoğlu, H. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. Ed: SEÇİM, H. Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Hemşireli Ön lisans Eğitimi, Eskişehir, Nisan,1992.
95. Taşkın, L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 5. Baskı, Sistem Ofset matbaacılık, Ankara, 2002.
96. Çelikkol, A. Ed: Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi1. İlkbahar 1997 Cilt: 2 Sayı: 1.
97. Dilbaz, N. Kadın-Doğum Hastalıklarının Psikiyatrik Yönleri. Ege Üniversitesi Basımevi, ISSN: 1300-9877, İlkbahar-1997:s. 145-52.
98. Angold A, Costello EJ, Worthman CM. Puberty and depression: the roles of age, pubertal status and pubertal timing. *Psychol Med* 1998; 28: 51-1.
99. Cullberg J. Mood changes and menstrual symptoms with different gestagen/estrogen combinations. A double blind comparison with a placebo. *Acta Psychiatr Scand* 1972;236 (Suppl):1-86.
100. Yonkers KA. The association between premenstrual dysphoric disorder and other mood disorders. *J Clin Psychiatry*. 1997;58 (Suppl 15): 19-25.
101. Buckwalter JG, Stanczyk FZ, McCleary CA, Bluestein BW, Buckwalter DK, Rankin KP, et al. Pregnancy, the postpartum, and steroid hormones: effects on cognition and mood. *Psychoneuroendocrinology* 1999; 24:69-84.
102. Bosworth HB, Bastian LA, Kuchibhatla MN, Steffens DC, McBride CM, Skinner CS, et al. Depressive symptoms, menopausal status, and climacteric symptoms in women at midlife. *Psychosom Med* 2001;63: 603-8.
103. Freeman EW, Sammel MD, Liu L, Gracia CR, Nelson DB, Hollander L. Hormones and menopausal status as predictors of depression in women in transition to menopause. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61: 62-70.
104. Zweifel JE, O'Brien WH. A meta-analysis of the effect of hormone replacement therapy upon depressed mood. *Psychoneuroendocrinology* 1997; 22: 189-212.
105. Birzniece V, Backstrom T, Johansson IM, Lindblad C, Lundgren P, Löfgren M, et al. Neuroactive steroid effects on cognitive functions with a focus on the serotonin and GABA systems. *Brain Res Rev* 2006; 51: 212-39.

106. Karagözoğlu Ş, Çabuk S, Tahta Y, Temel F. Hastanede yatan yetişkin hastaların uykusunu etkileyen bazı faktörler, *Toraks Dergisi* 2007; 8(4): 234-40.
107. Aydın H, Özgen F. Psikiyatrik bozukluklarda uyku çalışmaları. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 1998;1(2) :87-9.
108. Epstein LJ, Mardon S. A Good Night Sleep. Çeviri: Akal ÖT. İyi Bir Gece Uykusu, 1. Baskı. İstanbul, Optimist Yayıncılık, 2007: 17-141.
109. Pıçak R, İsmailoğulları S, Mazıcıoğlu MM, Üstünbaş HB, Aksu M. Birinci basamakta uyku bozukluklarına yaklaşım ve öneriler. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* 2010; 4: 12-22.
110. Özgen F. Uyku ve uyku bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası* 2001; 5: 41-8.
111. Taşkıran N. Gebelerde uyku kalitesinin değerlendirilmesi. Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar, 2009.
112. Bingöl N. Hemşirelerin uyku kalitesi, iş doyumu düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2006.
113. Şenol V, Soyuer F, Akça RP, Argün M. Adölesanlarda uyku kalitesi ve etkileyen faktörler. *Kocatepe Tıp Dergisi* 2012;14: 93-102.
114. Kiper S. Romatoid artritli hastalarda uyku kalitesinin değerlendirilmesi. Kocatepe Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi. Afyon, 2008.
115. Ertekin Ş. Hastanede yatan hastalarda uyku kalitesinin değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 1998.
116. Gennaro LG, Ferrara M. Sleep spindless: An overview. *Sleep Medicine Review* 2003;7(5):423-40.
117. Aydın H. Uyku ve bozuklukları, 2. Baskı. Ankara, HYB Basım Yayın, 2008: s.1584.
118. Öztürk L. Yanıtını arayan eski bir soru: Niçin uyuruz? İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi 2007; 70: 114-21.
119. Özkan Z. Gebelikte Uyku Kalitesinin Travay Süresi ve Doğum Ağrısı Üzerine Etkisi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul, 2012.
120. Ağargün M.Y, Kara H, Anlar O. Pittsburg uyku kalitesi indeksinin geçerliliği ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1996;7(2):107-15.

121. Lopes CS. Epidemiology of insomnia: Prevalence and risk factors. In: Sahoo S (eds). Can't Sleep? Issues of being an insomniac. Rijeka, InTech 2012: 3-22.
122. Demir Y. Uyku ve Uyku ile İlgili Uygulamalar. İçinde: Ay FA (Editör). Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler, 3. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2011:s.682-94.
123. Palagini L, Gemignani A, Banti S, Manconi M, Mauri M, Riemann D. Chronic sleep loss during pregnancy as a determinant of stress: Impact on pregnancy outcome. Sleep Medicine 2014; 15: 853-9.
124. Rezaei E, Moghadam ZB, Hagani H. The effect of sleep health behavioral education on the depression of pregnant women with sleep disorders: A randomized control trial. Iran Red Crescent Med J 2015; 17: 1-8.
125. Çoban A, Yanikkerem UE. Gebelerde uyku kalitesi ve yorgunluk düzeyi. Ege Tıp Dergisi 2010; 49: 87-94.
126. Ruiz-Robledillo N, Canario C, Dias CC, Albiol-Maya L, Figueiredo B. Sleep during the third trimester of pregnancy: The role of depression and anxiety. Psychol Health Med 2015; 20(8):927-32.
127. Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric and research. Psychiatry Res 1989; 28: 193-213.
128. Smyth C. The pittsburg sleep quality Index (PSQI). Journal of Gerontological Nursing 1999;25(12):10-1.
129. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatri Scand 1983; 67: 361-70.
130. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 1997; 8: 280-87.
131. Yılmaz Dereli S, Kızılkaya Beji N. Gebelikte öz bakım gücünün değerlendirilmesi. Genel Tıp Derg 2010; 20(3):99-108.
132. Waqas A, Raza N, Lodhi HW, Muhammad Z, Jamal M, Rehman A. Psychosocial factors of antenatal anxiety and depression in Pakistan: is social support a mediator? PLoS One 2015 Jan 28;10(1):e0116510.

Açıklamalı [M4]: Norma cümle haline getir. Sadece ilk kelime büyük harfle başlar kuralı... YORULDUM. BUNDAN SONRAKİ TÜM KAYNAKLARI GÖZDEN GEÇİR.

Açıklamalı [M5]: Dergi ismi ve yıl sayılarının nasıl yazılması gerektiğini öğrenmiş olman gerekirdi şimdiye kadar. BUNDAN SONRASINI SEN DÜZELT LÜTFEN. Sleep Medicine 2014, 15: 853-9. Şu şekilde olmalı: Sleep Medicine 2014; 15: 853-9.

Açıklamalı [M6]: Altı gizili (köprü/kısa yol var), üst karakterler silinecek. Pubmed den alındığı gibi kalmış. BUNLAR DÜZELTİLMELİ. Makale ismi yok. PubMed'den bakıp yazılmalı. Kaynak 132'yi ne düzeltiyorum. SONRASI SENİN.

133. Eskici L, Demir Akca AS, Atasoy N, Arıkan İ, Harma M. Gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğunun obstetrik sonuçları ve yenidoğan üzerine etkileri. *Anatol J Clin Investig* 2012; 6(1):10-6.
134. Yang Y, Mao J, Ye Z, Zeng X, Zhao H, Liu Y, Li J. Determinants of sleep quality among pregnant women in China: a cross-sectional survey. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2017;3: 1-6..
135. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması, 2013.
136. Demiray E. Uzaktan eğitim ve kadın eğitiminde uzaktan eğitimin önemi. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi* 2013; 2(2): 155-68.
137. Ghaffar R, Iqbal Q, Khalid A, Saleem F, Hassali MA, Baloch NS, et al. Frequency and predictors of anxiety and depression among pregnant women attending tertiary healthcare institutes of Quetta City, Pakistan. *BMC Womens Health* 2017;17(1):51.
138. Üst ZD, Pasinlioğlu T, Özkan H. Doğum eyleminde gebelerin anksiyete düzeylerinin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013;16:110-5.
139. Marakoğlu K, Sezer R E. Sivas'ta gebelikte sigara kullanımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2003; 25(4): 157-64.
140. Gözüyeşil E, Şirin A, Çetinkaya Ş. Gebe Kadınlarda Depresyon Durumu ve Bunu Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*, İzmir, 2003.
141. Akbaş E, Vırt O, Kalenderoğlu A, Savaş A. H, Sertbaş G. Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. *Noro Psikiyatri Arşivi* 2008; 45: 85-91.
142. Okyay P, Atasoylu G, Önder M, Dereboy Ç, Beşer E. Kadınlarda yaşam kalitesi anksiyete ve depresyon belirtilerinin varlığında nasıl etkileniyor? Kesitsel bir alan çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2012;23(3):178-88.
143. Dağlar G, Nur N. Gebelerin stresle başa çıkma tarzlarının anksiyete ve depresyon düzeyi ile ilişkisi. *Cumhuriyet Tıp Dergisi Cumhuriyet Tıp Derg* 2014; 36: 429-41.
144. Doğu S, Ergin AB. Gebe kadınların sigara kullanımını etkileyen faktörler ve gebelikteki zararlarına ilişkin bilgiler. *Maltepe Üniv Hemşirelik Bilim ve Sanat Derg* 2008; 1(1):12-7.

Açıklamalı [M7]: ??

145. Karçaaltınçaba D, Kandemir O, Yalvaç S, Güven ES, Yıldırım BA, Haberal A. Cigarette smoking and pregnancy: Results of survey at a Turkish women's hospital in 1020 patients. *J Obstet Gynecol* 2009; 29(6):6-480.
146. Dhalwani NN, Tata LJ, Coleman T, Fiaschi L, Szatkowski L. A comparison of UK primary care data with other national data sources for monitoring the prevalence of smoking during pregnancy. *J Public Health* 2014; 36(3): 1-8.
147. Arslan B, Arslan A, Kara S, Öngel K, Muhittin TM. Gebelik anksiyete ve depresyonda risk: 452 olguda değerlendirme. *Tepecik Eğit Hast Derg* 2011; 21 (2): 79-84.
148. Gotlib IH, Whiffen VE. Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *J Consult Clin Psychol* 1987; 144: 188-293.
149. Çakır L, Can H. Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin anksiyete ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. *Turkish Family Physician* 1999;3(2):35-42.
150. Zuckerman B, Amaro H, Bauchner H, Cabral H. Depressive symptoms during pregnancy; relationship to poor health behaviors. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 160: 1107-11.
151. Rwakarema M, Premji SS, Nyanza EC, Riziki P, Palacios-Derflingher L. Antenatal depression is associated with pregnancy-related anxiety, partner relations, and wealth in women in Northern Tanzania: a cross-sectional study. *BMC Womens Health* 2015;15:68.
152. Ortaarık E, Tekgöz İ, Ak M, Kaya E. İkinci trimester gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğu ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012; 1: 16-20.
153. Kaaya SF, Mbwambo JK, Kilonzo GP, Van Den Borne H, Leshabari MT, Fawzi MC, et al. Socio-economic and partner relationship factors associated with antenatal depressive morbidity among pregnant women in Dar es Salaam, Tanzania. *Journal of Health Research* 2010;12(1):23-35.
154. Lee AM, Lam SK, Lau SM, Chong CS, Chui HW, Fong DY. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol* 2007;110:1102-12.
155. Kuğu N, Bolayır E. Anksiyete bozukluklarında PET ve SPEKT Bulguları. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2001; 11: 132

Açıklamalı [M8]: 6 tane yazar varsa hepsi yazılmalı, 6'dan fazla is 6'sı yazılıp et al. denilecek.

Açıklamalı [M9]: Makale ismi yok. Çizgiler, köprüler, üst karakterler???

156. Redinger S, Norris SA, Pearson RM, Richter L, Rochat T. First trimester antenatal depression and anxiety: Prevalence and associated factors in an urban population in Soweto, South Africa. *J Dev Orig Health Dis* 2017;Sep 7:1-11.
- Sertbaş G. Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk sürekli kaygı düzeylerinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İzmir, 1998.
157. Simpson WA. Preliminary report of cigarette smoking and the incidence of prematurity. *Am J Obstet Gynecol* 1957; 3:808-15.
158. Vivilaki VG, Diamanti A, Tzeli M, Patelarou E, Bick D, Papadakis S, et al. Exposure to active and passive smoking among Greek pregnant women. *Addict Behav* 2017;64:111-7.
159. Míguez MC, Pereira B, Figueiredo B. Tobacco consumption and spontaneous quitting at the first trimester of pregnancy. *Addict Behav* 2017;64:111-7.
160. Linares Scott TJ, Heil SH, Higgins ST, Badger GJ, Bernstein IM. Depressive symptoms predict smoking status among pregnant women. *Addict Behav* 2009;34(8):705-8.
161. Aktas S, Yesilcicek Calik K. Factors affecting depression during pregnancy and the correlation between social support and pregnancy depression. *Iran Red Crescent Med J* 2015;22;17(9).
162. Yanikkerem E, Altan E, Demirtosun P. Manisa 1 nolu sağlık ocağı bölgesinde yaaşayan gebelerde depresyon durumu. *Kadın Doğum Dergisi* 2004;2(4) : 301-6.
163. Forray A, Gotman N, Kershaw T, Yonkers KA. Perinatal smoking and depression in women with concurrent substance use. *Addict Behav* 2014;39(4):749-56.
164. J Bras Pneumol. Preventing smoking during pregnancy: the importance of maternal knowledge of the health hazards and of the treatment options available. *J Bras Pneumol* 2015; 41(2):175-81.
165. Bertani AL, Garcia T, Tanni SE, Godoy I. Preventing smoking during pregnancy: the importance of maternal knowledge of the health hazards and of the treatment options available. *J Bras PneumoL* 2015;41(2):175-81.
166. Taşkıran N. Gebelik ve uyku kalitesi. *J Turk Soc Obstet Gynecol* 2011; 8: 181-7.

Açıklamalı [M10]: SORUN BUNDANM SONRAKİ KAYNAKLARDA DA VAR: TÛMÜNÛ GÖZDEN GEÇİRELİM.

167. Şahin Köybaşı E, Yeşiltepe Oskay Ü. Gebelik sürecinin uyku kalitesine etkisi Gülhane Tıp Derg 2017; 59:1-5.
168. Ertekin Pınar Ş, Arslan Ş, Polat K, Çiftçi D, Cesur B, Dağlar G. Gebelerde uyku kalitesi ile algılanan stres arasındaki ilişkinin incelenmesi. Deuhyo Ed 2014; 7(3): 171-7.
169. Çoban A, Yanıkerem U E. Gebelerde uyku kalitesi ve yorgunluk düzeyi. Ege Tıp Dergisi 2010;49(2): 87-94.
170. Jamalzahi A, Omeidi K, Javadi AM. Evaluation of sleep quality in third trimester of pregnancy and its relation to birth characteristics in women referred to gynecology clinic of tamin ejtemaee hospital of zahedan, Dashipour. Der Pharmacia Lettre 2017; 9 (2):194-220.
171. Çelik F, Köse M. Gebelikte uyku kalitesinin trimester ile ilişkisi. Kocatepe Medical J 2017;18:85-8.
172. Lee KA, Zaffke ME, Mcenany G. Parity and sleep patterns during and after pregnancy, Obstet & Gynecol 2000; 95(1): 14-8.
173. Cinar Yucel Ş, Yucel U, Gulhan İ, Ozeren M. Sleep quality and related factors in pregnant women. Journal of Medicine and Medical Sciences 2012;3(7): 459-63.
174. Gelaye B, Addae G, Neway B, Larrabure-Torrealva GT, Qiu C, Stoner L, Luque Fernandez MA, Sanchez SE, Williams MA. Poor sleep quality, antepartum depression and suicidal ideation among pregnant women. J Affect Disord 2017;209:195-200.
175. Sedov ID, Cameron EE, Madigan S, Tomfohr-Madsen LM, Sleep quality during pregnancy: A meta-analysis. Sleep Med Rev 2017 Jun 15. pii: S1087-0792(17)30029-1. doi: 10.1016/j.smr.2017.06.005..
176. Xu X, Liu D, Zhang Z, Sharma M, Zhao Y. Sleep Duration and Quality in Pregnant Women: A Cross-Sectional Survey in China. Int J Environ Res Public Health 2017 Jul 20;14(7).
177. Sut HK, Asci O, Topac N. Sleep quality and health-related quality of life in pregnancy, J Perinat Neonatal Nurs. 2016;34(4):302-9.
178. Naçar G. Gebelerin uyku özellikleri ve depresif semptomlar arasındaki ilişkinin incelenmesi. Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Malatya, 2016.

- 179.** Yu Y, Li M, Pu L, Wang S, Wu J, Ruan L, Jiang S, Wang Z, Jiang W. Sleep was associated with depression and anxiety status during pregnancy: a prospective longitudinal study. *Arch Womens Ment Health* 2017; 20(5):695-701.
- 180.** Polo-Kantola P, Aukia L, Karlsson H, Karlsson L, Paavonen EJ. Sleep quality during pregnancy: associations with depressive and anxiety symptoms. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2017;96(2):198-206.
- 181.** Volkovich E, Tikotzky L, Manber R. Objective and subjective sleep during pregnancy: links with depressive and anxiety symptoms. *Arch Womens Ment Health* 2016;19(1):173-81.



9 ÖZGEÇMİŞ

