

T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**GEBELERDE ANKSİYETE VE DEPRESYONLA İLİŞKİLİ
SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER**

Dr. Bahriye ARSLAN

**UZMANLIK TEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Kurtuluş ÖNGEL**

ISPARTA-2010

TEŞEKKÜR

Asistanlığım sırasında gerek eğitim, gerekse tez aşamasında ilgi ve desteğini esirgemeyen, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Aile Hekimliği A.D. Başkanı Yrd. Doç. Dr. Kurtuluş ÖNGEL'e,

Tezimin tamamlanmasındaki katkılarından dolayı, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.Başkanı Prof. Dr. Tamer Mungan'a

Eğitimimiz süresince sevinçlerimizi ve üzüntülerimizi beraber yaşadığımız, beni güler yüzleriyle motive eden asistan arkadaşlarım Dr.İsmail SARIKAN, Dr. Ebru KATIRCI, Dr. Hayriye YOLCU ULUDAĞ, Dr. Turgut GÜRBÜZ, Dr. Yasemin TÜRKER, Dr. Hacer KAYACAN, Dr. Özge UÇMAN, Dr.Seher KÖMÜRCÜ, Dr. Çağrı BOCUTOĞLU, Dr. Selami KARA, Dr. Sıtkı ARI, Dr. Funda BAŞ, Dr. Zeliha SALMAN'a

Rotasyonlarım sırasında bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, Dahiliye, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Genel Cerrahi, Psikiyatri ve Acil Tıp AD'da görevli hocalarımıza ve asistan arkadaşlarıma,

Hiçbir şey esirgmeden bizleri yetiştiren, haklarını asla ödeyemeyeceğim anne ve babama, varlığı, desteği ve sabrı için eşim Akif Arslan'a ve bitanem oğlum Kerem'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Bahriye ARSLAN

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR DİZİNİ	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Gebelik	3
2.1.1. Gebelikte Sistemlerde Meydana Gelen Değişiklikler	4
2.1.1.1. Gebelikte Solunum Sistemi Değişiklikleri.....	4
2.1.1.2. Gebelikte Gastrointestinal Sistem (GİS) Değişiklikleri.....	4
2.1.1.3. Gebelikte Ürogenital Sistem Değişiklikleri	5
2.1.1.4. Gebelikte Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri.....	6
2.1.1.5. Gebelikte Ciltte Oluşan Değişiklikler	6
2.1.1.6. Gebelikte Memede Oluşan Değişiklikler	7
2.1.1.7. Gebelikte Kas-İskelet Sistemi Değişiklikleri	7
2.1.1.8. Gebelikte Oluşan Ruhsal Değişiklikler	7
2.2. Anksiyete Bozuklukları.....	8
2.2.1. Tanım	8
2.2.2. Anksiyete Tarihçesi.....	9
2.2.3. Anksiyete Epidemiyolojisi	10
2.2.4. Anksiyete Etyolojisi	11
2.2.5. Anksiyete Belirtileri	13
2.2.5.1. Bilişsel Belirtiler	13
2.2.5.2. Duygusal Belirtiler	14
2.2.5.3. Davranışsal Belirtiler	14
2.2.5.4. Fizyolojik Belirtiler	14
2.2.6. Anksiyete Bozukluklarının Sınıflandırılması.....	15
2.2.6.1. DSM-IV-TR’de Tanımlandığı Şekil ile Panik Bozukluğun Ana Özellikleri.....	15

2.2.6.2. DSM-IV-TR’de Tanımlandığı Şekli ile Agorofobinin Ana Özellikleri.....	16
2.2.6.3. DSM-IV-TR’de Tanımlandığı Şekli ile Özgül Fobinin Ana Özellikleri.....	16
2.2.6.4. DSM-IV-TR’de Tanımlandığı Şekli ile Sosyal Fobinin Ana Özellikleri.....	17
2.2.6.5. DSM-IV-TR’de Tanımlandığı Şekil ile Obsesif-Kompulsif Bozukluğun Ana Özellikleri	17
2.2.6.6. DSM-IV-TR’de Tanımlandığı Şekil ile Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Ana Özellikleri	18
2.2.6.7. DSM-IV-TR’de Tanımlandığı Şekil ile Ayrılma Anksiyetesinin Ana Özellikleri	19
2.2.7. Anksiyete Bozukluklarında Ayırıcı Tanı	19
2.2.8. Anksiyete Bozukluklarında Tedavi.....	20
2.2.8.1. İlaç Tedavisi	20
2.2.8.2. Psikoterapi.....	22
2.2.9. Gebelik ve Anksiyete Bozuklukları	22
2.3. Depresyon	23
2.3.1. Tanım	23
2.3.2. Depresyon Tarihçesi	24
2.3.3. Depresyon Epidemiyolojisi.....	25
2.3.4. Depresyonda Risk Etkenleri.....	26
2.3.4.1. Yaş	26
2.3.4.2. Cinsiyet	26
2.3.4.3. Irk ve Etnik Gruplar	27
2.3.4.4. Medeni Durum	27
2.3.4.5. Aile Öyküsü ve Genetik Özellikler	27
2.3.4.6. Kişilik Yapısı	27
2.3.4.7. Diğer Etkenler	28
2.3.5. Depresyon Etyolojisi.....	28
2.3.5.1. Genetik	28
2.3.5.2. Psikolojik Görüşler	28

2.3.5.3. Biyolojik Etkenler	29
2.3.6. Depresyonda Klinik Özellikler	30
2.3.6.1. Öyküden Elde Edilen Bilgiler	31
2.3.6.2. Ruhsal Durum Muayenesinde Elde Edilen Bilgiler	31
2.3.6.3. Eşlik Eden Bulgular	32
2.3.4.4. Yaşa Özgü Bulgular	32
2.3.7. Depresyonda Tanı	33
2.3.8. Depresyonda Ayırıcı Tanı	34
2.3.9. Depresyon Tedavisi.....	35
2.3.9.1. İlaç Tedavisi.....	35
2.3.9.2. Psikoterapi.....	36
2.3.10. Gebelik ve Depresyon	37
3. MATERYAL-METOD	41
3.1. Araştırma Projesi.....	41
3.2. Araştırma Bölgesi.....	41
3.3. Araştırmanın Tipi	41
3.4. Araştırmanın Evreni ve Evrenin Tanıtılması	41
3.5. Araştırmaya Katılım Oranları	42
3.6. Araştırmaya Kabul ve Red Kriterleri	42
3.7. Araştırmanın Uygulama Şekli.....	42
3.8. İstatistiksel İncelemeler.....	43
3.9. Araştırmanın Süresi.....	44
3.10. Araştırma Sırasında Karşılaşılan Güçlükler.....	44
4. BULGULAR.....	45
4.1. Karşılaştırmalı Analizler	52
5. TARTIŞMA.....	62
ÖZET.....	76
SUMMARY	77
KAYNAKLAR	78
EKLER.....	87

KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BOS	: Beyin Omurilik Sıvısı
cm	: Santimetre
CO₂	: Karbondioksit
dk	: Dakika
DSM-IV	: Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders, fourth edition text revision
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GABA	: Gama Amino Bütiik Asit
GİS	: Gastrointestinal Sistem
HCG	: Human Koryonik Gonadotropin
HAD	: Hastane Anksiyete ve Depresyon
HT	: Hydroxytryptamine
HİAA	: Hydroxyindol Asatik Asit
MAOI	: Monoamino Oksidaz İnhibitörü
ml	: Mililitre
mmHg	: Milimetre civa
NE	: Norepinefrin
OKB	: Obsesif-Kompulsif Bozukluk
O₂	: Oksijen
PRIME-MD	: Primary Care Evaluation of Mental Disorders
SDÜ	: Süleyman Demirel Üniversitesi
SNRI	: Selektif Noradrenalin Re-uptake İnhibitörü
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
SSRI	: Selektif Serotonin Re-uptake İnhibitörü
TCA	: Trisiklik Antidepresan
TL	: Türk Lirası

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. ‘Diagnostik and Statistical Manuel of Mental Disorders, fourt edition text revision’(DSM –IV)’e göre anksiyete bozukluklarının sınıflandırılması	15
Tablo 2. Anksiyete Bozukluklarında Ayırıcı Tanı.....	20
Tablo 3. Major Depresif Epizod İçin DSM-IV Tanı Ölçütleri.....	33
Tablo 4. Antidepresan İlaçların Sınıflaması (Türkiye'de olan ilaçlara yer verilmiştir)	36
Tablo 5. Çalışmaya katılan gebelerin sosyodemografik özellikleri.....	47
Tablo 6. Çalışmaya katılan gebelerin kronik hastalık ve ilaç kullanım öyküsü.....	49
Tablo 7. Çalışmaya katılan gebelerin gebelik bilgileri	51
Tablo 8. Çalışmaya katılan gebelere günlük hayata dair sorulan sorular	52
Tablo 9. Eğitim düzeyi ile HAD ölçeği depresyon puan ortalamaları.....	53
Tablo 10. Aylık gelire göre HAD ölçeği depresyon puan ortalamaları	54
Tablo 11. Mesleğe göre HAD ölçeği anksiyete ve depresyon puan ortalamaları.....	54
Tablo 12. Gebelik sırasında çalışma durumuna göre HAD ölçeği depresyon puan ortalamaları	55
Tablo 13. Eşlerinin meslekleri ile HAD ölçeği depresyon puanı ortalamaları	55
Tablo 14. Sigara kullanımı ile HAD ölçeği anksiyete puan ortalaması.....	56
Tablo 15. İlaç kullanımı ile HAD ölçeği anksiyete puan ortalamaları	56
Tablo 16. Psikiyatrik hastalık öyküsü ile HAD ölçeği anksiyete puan ortalaması	57
Tablo 17. Toplam gebelik sayısı ile HAD ölçeği anksiyete ve depresyon puanı ortalamaları	57
Tablo 18. Ölü doğum sayısı ile HAD ölçeği anksiyete ve depresyon puan ortalamaları	58
Tablo 19. Yaşayan çocuk sayısı ile HAD ölçeği anksiyete ve depresyon puan ortalaması	58
Tablo 20. Düşük sayısı ile HAD ölçeği anksiyete puan ortalaması.....	59
Tablo 21. Yardımcı üreme tekniği kullanımı ile HAD ölçeği depresyon puan ortalaması	59
Tablo 22. Gebeliği isteme durumu ile HAD ölçeği depresyon puan ortalaması	60

Tablo 23. Evlilik hayatının değerlendirilmesi ile HAD ölçeği anksiyete ve depresyon puan ortalamaları	60
Tablo 24. Cinsel yaşamı olumsuz etkilenmesi ile HAD ölçeği depresyon puan ortalamaları	61

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Kadın hayatında gebelik insan neslinin sürmesi, aile bütünlüğünün oluşması ve toplum hayatı için çok önemli bir süreçtir. Gebelik, kadın üreme hücresi olan yumurta ile erkek üreme hücresi olan spermin kadın üreme sistemindeki kanallarda karşılaşarak, spermin yumurtayı döllemesi sonucu yeni bir canlının oluşmasıdır (1). Gebelik normal bir fizyolojik olaydır, fakat tüm sistemler etkilendiğinden doğum öncesi bakımın önemi büyüktür. Gebelikte tüm sistemler etkilendiği gibi psikolojik olarak da bazı değişiklikler meydana gelebilir.

Yüzyıllardır gebelik kadın hayatında bir ruhsal iyilik hali ve mutluluk dönemi olarak bilinirdi. Son yıllarda ruh sağlığı alanındaki gelişmeler ışığında çeşitli ruhsal sorunların da artık gebelikte görülebileceği bilinmektedir. Bu sorunların en başında depresyon ve anksiyete bozuklukları gelmektedir. Son 30 yılda yapılan çalışmalarda bildirilen gebelikte depresyon ve anksiyete bozuklukları oranları farklılıklar içermektedir ancak genel olarak bildirilen oranlar toplum oranlarından yüksektir (2,3,4). Aslında, önceki düşüncelerin aksine, depresyon ve anksiyete bozuklukları gebelik sırasında postpartum döneme kıyasla daha yaygın görünmektedir (2,3,4).

Gebelik dönemini sağlıklı ve rahat geçirmek kadın için ve doğacak çocuk için çok önemlidir. Hemen hemen bütün kadınlar doğumdan korkarlar. Doğumda ortaya çıkabilecek bir takım risklerin bebeğe zarar verebilme ihtimali anneyi strese sokar ve kaygılandırır. Ayrıca gebelik kadın vücudu için büyük bir yük ve stres oluşturur. Gebelik döneminde kadının vücudunda meydana gelen fizyolojik ve psikolojik değişiklikler sadece anneyi değil, çevresindeki insanları, eşini, ailesini, arkadaşlarını da çeşitli şekillerde etkileyebilir. Anne-baba olmaya geçiş dönemi olan doğum eylemi hem anneyi hem de babayı etkileyen geçici bir durum ve değişikliktir. Hamilelik süresince, bebek aileye katılınca kadar aile gelişimsel kriz yaşar (5).

Ülkemizde doğum öncesi takip yeni yeni benimsenmekteyken; psikolojik olarak zorlayıcı olan bu dönemde psikiyatrik destek hiçbir standarda bağlı değildir. Oysa ülkemizde yapılan çalışmalarda gebelerde depresyon ve anksiyetenin oldukça sık olduğu gözlenmektedir. Türkiye’de yapılan çalışmalarda depresyon oranları %27,9, %27,3 ve %12 olarak bildirilmiştir. (6,7,8).

Gebelikte görülen somatik yakınmalar, depresyon ve anksiyete belirtileri hekimlerce genellikle gebelik ile ilgili hormonal ve fiziksel değişikliklere bağlanmakta ve sıklıkla daha az tanınmaktadır. Hem bebek, hem de anne üzerindeki etkileri düşünöldüğünde, gelen hasta profili hakkında bilinçlenmek, depresyon ve anksiyete açısından riskli gebeleri önceden tespit ederek yakın takibe almak ve tedavi amaçlı yönlendirmek, başta birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hekimler olmak üzere tüm hekimlerin primer sorumluluğudur.

Yapılan birçok çalışmada gebelikte görülen depresyon ve anksiyetenin gebelerin yaşları, medeni durumları, çocuk sayıları, eğitim seviyeleri, sigara, alkol ve madde kullanımı, gebeliğin kaçınıcı trimesterde olduğu, gebeliğin istemli olup olmadığı, gibi sosyodemografik özelliklerle ilişkili olabileceği gösterilmiştir. (3,8,9,10,11).

Bu tezin amacı, Süleyman Demirel Üniversitesi (SDÜ) Tıp Fakóltesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne başvuran gebelerin sosyodemografik özelliklerini belirlemek ve bunların depresyon, anksiyete ile ilişkisini araştırmaktır. Bu sayede birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev yapan hekimlere de, sadece gebelerin sosyodemografik özelliklerinden yola çıkarak anksiyete ve depresyon konusunda bir yaklaşım sunmak da hedeflenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelik

Normal gebelik fertilizasyondan doğuma kadar yaklaşık 267 günlük bir sürede herhangi bir rahatsızlık veya antenatal komplikasyon olmadan, canlı bir fetüsün doğumuyla sonuçlanan fizyolojik bir olaydır (1).

Gebeliğin oluşumunda; erkek cinsel organı aracılığıyla vajene boşaltılan ya da başka yol ve yöntemle yumurta ile buluşan spermiler adet döngüsündeki değişikliklere bağlı olarak spermilerin geçişini kolaylaştırıcı müküs değişikliklerinin ve hareketli kamçı bölümleri serviks yoluyla rahim içine girerler ve yumurtaya doğru ilerlerler. Döllenmenin olması için yumurtanın ovulasyondan sonra 12 saat içinde spermle karşılaşması gerekir. Çok sayıda sperm yumurtaya gelir. Bunlardan birisi yumurtanın içine girme başarısına ulaşır. Yumurta ile spermin birleşmesine döllenme denir. Döllenmiş yumurtaya ise zigot adı verilir. Döllenme sırasında cinsiyetini belirleyecek kromozal yapı da belirlenmiştir. Döllenmiş yumurta uterusu doğru ilerlemeye başlar. Mitozla önce morula sonra blastosist meydana gelir. Blastosist 3. gün uterus kavitesine ulaşır, 24 saat kadar kavitede serbest kaldıktan sonra implantasyon başlar. İmplantasyonun gerçekleşmesi için endometrium hazırlanmış olmalıdır. İmplantasyon uyarısından kaynaklanan endometriyumun hücresel ve vasküler değişiklikleri desidual reaksiyon adıyla tanımlanır. Gebeliğin devamı için yeterli progesteron desteği ve zigottan gelen erken parakrin işaretler var olmalıdır (12,13,14).

Gebelik 40 hafta devam eden bir süreçtir ve her biri yaklaşık üç aydan oluşan toplam üç ayrı bölüme ayrılır. Trimester adı verilen bu bölümlerin gebelikte her biri bir dönüm noktasıdır. Fetüs açısından bakıldığında ilk üç ay daha çok hücrelerin çoğaldığı ve organların oluştuğu dönemdir, sonraki ikinci ve üçüncü üç aylık dönemde oluşan bu organların gelişme süreci açısından önemlidir (15).

Gebelik doğal bir olay olmasına rağmen, anne organizmasında önemli anatomik, fizyolojik ve psikolojik değişikliklere neden olur. Döllenmeden hemen sonra başlayan ve gebelik boyunca devam eden bu değişiklikler, hem annenin hemde

fetüsün sağlığını en iyi şekilde sürdürmek, metabolik ihtiyaçlarını karşılamak ve doğum eylemi için gerekli anatomik değişiklikleri sağlamak amacıyla oluşur (15).

2.1.1. Gebelikte Sistemlerde Meydana Gelen Değişiklikler

2.1.1.1. Gebelikte Solunum Sistemi Değişiklikleri

Gebelikte burun mukozası östrojene duyarlıdır; kan volümünün artmasından dolayı hafif hiperemik ve ödemli görünümündedir. Bunun sonucunda da burun tıkanıklığı ve burun kanaması gelişebilir (16).

Fetüs oksijen (O₂) ihtiyacını anneden karşılar. Gebelikte artan O₂ ihtiyacını karşılamak için akciğerde değişiklikler meydana gelir. Bu değişikliklerden birincisi gebelikte hava yollarında dilatasyon oluşması, hava akımı direncinin azalmasıdır. İkincisi ise göğüs duvarının elastikiyetinin artarak nefes almanın kolaylaşmasıdır (15).

Solunum sistemindeki fizyolojik değişikliklere ilaveten anatomik değişikliklerde görülür. Gebelikte intraabdominal basıncın artması ile diyafragma yaklaşık 4 santimetre cm yukarıya yer değiştirir ve göğüs duvarı yanlara doğru genişler. Ayrıca solunum sisteminde rezidüel volüm azalması, solunum merkezinde karbondioksit (CO₂) basıncına duyarlılığın artması, ventilasyon artması, CO₂ basıncının azalması, solunum alkolozunun gelişmesi gibi değişiklikler görülür (15).

2.1.1.2. Gebelikte Gastrointestinal Sistem (GİS) Değişiklikleri

GİS'te ortaya çıkan en önemli değişiklik progesteronun gevşetici etkisi ve büyüyen uterusun çevre organlara bası yapması sonucu gerçekleşen motilite azalmasıdır (16).

Gebelikte GİS'teki değişikliklere bağlı aşırı tükrük salgısı, gastroözofagial reflü, bulantı ve kusma, mide yanması, mide ve barsaklarda gaz, iştahta artma veya azalma gibi şikayetler yaşanmaktadır (16). Gebelikte mukopolisakkarit sentezinin artması ve bağ dokusundaki değişiklikler de diş etlerinde yumuşama, ödem ve kolay kanamaya neden olur (17). Gebelikte yaygın olarak görülen bulantı, kusma sıklıkla 1.trimesterde ortaya çıkmaktadır ve 6-12 haftadan sonra kendiliğinden sona ermektedir. Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte, Human Koryonik

Gonadotropin (HCG) düzeyindeki yükselmenin, karbonhidrat metabolizmasındaki değişikliklerin, yorgunluğun ve GİS'te peristaltik hareketlerin yavaşlamasının neden olduğu düşünülmektedir (16). Gebelikte mide yanması; gastrik motilitenin azalması, uterusun büyüyerek mideyi yukarı doğru itmesi, progesteron sentezinin artması ve peristaltik hareketlerin yavaşlaması nedeniyle olmaktadır. Özellikle gebeliğin son dönemlerinde görülür (4). Gebelikte GİS'te görülen diğer rahatsızlıklarda mide ve barsaklarda gaz ve kabızlık şikayetidir. Bunun nedeni progesteron düzeyindeki artışın barsak hareketlerini yavaşlatması, büyüyen uterusun barsaklar üzerine baskı yapması, yetersiz sıvı alımı, yetersiz egzersiz ve sulu lifli gıdalardan uzak beslenme alışkanlığıdır (18).

Gebelikte GİS ile ilişkili diğer bir problem reflü hastalığıdır. Özofagusun alt sfinkter basıncı gebeliğin erken dönemlerinden itibaren gittikçe azalmaktadır. Sfinkter basıncının azalması progesteronun düz kaslar üzerindeki gevşetici etkisinden kaynaklanmaktadır. Hem sfinkter basıncının azalması hem de intraabdominal basıncın artması mide ve safra asidinin özofagusun içine kaçmasına neden olur. Bu da gebelerde göğüs kemiği arkasında yanma, ağza ya da boğaza acı su gelmesi gibi yakınmalara neden olur (17).

2.1.1.3. Gebelikte Ürogenital Sistem Değişiklikleri

Üriner sisteme ait olarak; gebelikte her iki böbrekte yaklaşık %30 hacim artışı olur. Bu artış böbreklerin boyut olarak artışına bağlıdır (1). Aynı zamanda sağ tarafta fazla olmak üzere ureterler uzamış, genişlemiş ve daha kıvrımlı bir hal almıştır. Bu değişiklikler ureterlerde idrar akımının yavaşlamasına ve üriner enfeksiyonların artmasına neden olur (15). Glomerüler filtrasyon hızı gebeliğin erken aylarından itibaren %70 artar ve glomerüler filtrasyon hızının reabsorpsiyon hızından fazla olması gebelikte glukozüri görülmesine neden olmaktadır (19). Sık idrara çıkma, gebelikte yaygın görülen bir durumdur; uterusun büyüyerek mesaneye baskı yapması sonucu meydana gelir. Pelvis yapılarındaki vasküler dolgunluk ve hormonal değişiklikler de sık idrara çıkmaya neden olur (20).

Genital sisteme yönelik olarak; gebelikte lökore olarak bilinen renksiz ve kokusuz vaginal akıntıda artış meydana gelir. Vaginal mukoza hiperplazisi ve östrojen düzeyinin yükselmesine bağlı olarak endoservikal glandlar tarafından mukus

üretiminin artması gebelik boyunca görülen normal vaginal akıntının artmasına neden olur (20).

2.1.1.4. Gebelikte Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri

Gebelikte tüm vücut sıvıları artar. Kan völümü gebeliğin 6-8 haftalarından itibaren artmaya başlar ve 30-34. haftada en üst seviyeye ulaşır. Normal bir gebelikte kan hacmi 1600-1700 mililitre (ml) artarken; artan kan miktarının çoğu plazmadır. Plazma 1300 ml artarken, eritrosit hacmi sadece 400-450 ml artar. Bu da fizyolojik anemi oluşmasına neden olur (16).

Arteriyal kan basıncında minör değişimler olmasına rağmen, venöz basınçta özellikle bacak venlerinde önemli değişiklikler olur. Sırt üstü pozisyonda femoral venöz basınç gebeliğin erken dönemlerinde 90 milimetre civa (mmHg) iken, termde 240 mmHg olur (1,15).

Gebelikte kardiyak outputta artma olur. Normal bir kadında kardiyak output 4.5-5.5 ml/dakika (dk) iken gebelikte 1.5 ml/dk yüksektir. Kardiyak outputta artma hem kalp atım sayısında, hemde atım hacminde artma ile ortaya çıkar. Kardiyak outputtaki artışın nedeni gebelikte O₂ gereksiminin, kan völümünün ve daha çok uterusu olmak üzere damar yatağı boyutlarının artmasıdır (15).

Hemoroidal hastalıklarda gebelikte sık görülen kardiyovasküler sistem değişikliklerindedir. Hemoroid anüs ve rektum alt venlerinin genişlemesidir. Fetüsün büyümesi ile venler üzerine olan basıncın artmasına bağlı venöz sirkülasyonun engellenmesi ve progesteronun damar düz kaslarına olan gevşetici etkisinden kaynaklanmaktadır (16). Gebeliğin son aylarında alt ekstremitelerde ödem de sık görülmektedir. Nedeni kapiller permeabilitenin artması, alt ekstremitelerde venöz dönüşün engellenerek bacaklarda konjesyon oluşmasına bağlı sodyum ve su retansiyonu, sıcak hava, uzun süre oturma ve ayakta durmadır (20).

2.1.1.5. Gebelikte Ciltte Oluşan Değişiklikler

Gebelikte ciltte oluşan değişiklikler arasında; gebelik maskesi, vücutta çatlaklar ve kaşıntı vardır (16). Gebelikte salınan hormonların etkisiyle yüzde, alında, burun kökü ile elmacık kemiği çıkıntılarında göğüs ucunda ve areolada

koyulaşma görülür (1). Gebelikte karın duvarı incelik, gerilir, parlak bir görünüm alır ve alt yan karın bölgesinde yer yer stria adı verilen çatlaklar oluşur. İlk geliştiğinde kırmızı olan strialar gebelikten sonra beyaz bir skar dokusu şeklinde kalır (1).

2.1.1.6. Gebelikte Memede Oluşan Değişiklikler

Gebelikte memelerde belirgin değişiklikler olur. Gebeliğin erken dönemlerinde memelerde hafif bir renk değişikliği ve damarlanmaya bağlı hassasiyet görülürken, ikinci aydan sonra büyüme gözlenir. Meme uçları ve areola koyulaşır (15). Östrojen ve progesteron artması göğüslerde meydana gelen değişikliklerin temel nedenidir. Bu hormonların düzeyindeki artış göğüs uçlarında duyarlılığın artmasına, göğüslerde sızlama ve acıya da neden olur (16).

2.1.1.7. Gebelikte Kas-İskelet Sistemi Değişiklikleri

Gebede büyüyen uterustan dolayı ağırlık merkezi öne doğru yer değiştirir. Bunu engellemek için lumbosakral bölgede lordozis artar. Buda sakroiliak eklem yükünü arttırır. Ayrıca hormonal değişiklikler bağ dokusunda ödeme damarlaşmaya ve eklemde kartilaj dokusunun yumuşamasına bağlı mobilite artışına neden olur (16).

2.1.1.8. Gebelikte Oluşan Ruhsal Değişiklikler

Gebelik fizyolojik bir olay olmasına rağmen her kadın gebeliğe karşı, kendi ruh yapısına, sosyoekonomik ve kültürel yapısına uygun bir davranış göstermektedir. Eşler arasındaki sevgiyi artıran, evlilik temellerini kuvvetlendiren gebelikte vücutta görülen hormonal değişikliklerin kadında büyük ruhsal değişiklik yaptığı bilinmektedir (21).

Gebelik süresince değişik zaman dilimlerinde gebenin emosyonel reaksiyonları; belirsizlik, içe dönüklük, pasiflik, kendini beğenmeme, bağımlılık, korku ve anksiyete olarak tanımlanmıştır. Gebeliğin ilk üç ayında duyguların zıt olduğu gözlenmiştir; ani neşe yerini üzüntü ve sıkıntıya bırakabilir. 'Birgün çocuğum olacak' düşüncesi memnuniyet 'şimdi değil' düşüncesi de mutsuzluk yaratmaktadır (21).

İlk trimester yeni duruma ve gebe olduğu gerçeğine uyumla ilgilidir. Kadının aile durumu, iş durumu, eşle ilişkisi, gebelik durumunun yaratacağı yeni güçlükler bu gerçeğe geliştirilen tutumda etkilidir. İkinci trimesterde kadın gebeliğe adaptasyonu sağlamış, gebeliği benimsemiş ve dışa dönüklük dönemi başlamıştır. Anneliği benimseyen kadın büyük istekle kendi ve çocuğuyla ilgili sorunlarla ilgilenmeye başlar (21). Bu dönemde fetusla olan bağ daha derin ve yakın hissedilir (22). Üçüncü trimesterde fizyolojik olarak hareketler kısıtlı olmasına rağmen gelişen annelik duygularının etkisiyle; annelerin doğacak çocuklarına karşı korumacı davrandıklarına inanılmaktadır. 32. haftadan sonra özürlü bebek doğurma, zor doğum, doğum ağrısı, ölüm korkusu, iyi anne olamayacağına dair korku gebede anksiyete ve strese neden olacaktır (21,22).

İnsan yaşamında yeni bir evre olarak ebeveynlik eşler için stres yaratan bir durumdur. Bu stres gebelikte herşeyin iyi gitmeyeceği olasılığı ile birlikte olan anksiyete ile birleştiği zaman ebeveynler için ağır bir yük oluşturmaktadır (21).

2.2.Anksiyete Bozuklukları

2.2.1. Tanım

İç sıkıntısı, kaygı, bunaltı gibi sözcüklerle anlatılmaya çalışılan yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan, rahatsız edici, endişe ve korku duygusudur. İçsel ya da dış dünyadan bir tehlike olasılığı ya da kişi tarafından tehlikeli olarak algılanıp yorumlanan herhangi bir durum karşısında yaşanan duygudur (23). Anksiyete, tehlike durumunda aktif hale geçen biyolojik uyum düzeneğiyle oluşturulur ve bu uyum sağlayıcı (adaptif) özellikleri nedeniyle insan yaşamının sürdürülebilmesi için varolması gerekli bir duygudur. Ancak bir yere kadar sağlıklı olan ve olumsuz durumlarla başa çıkabilmek amacıyla ortaya çıkan bu duygunun şiddetli ve uzun süre yaşanması, bir noktadan sonra kişinin yaşamını, aktivitelerini, sosyal yaşamını ve kişiler arası ilişkilerini olumsuz etkilemeye başlamaktadır. İşte bu çizgiden sonra anksiyete, artık kişide ruhsal sorunlar yaratan bir duygu olarak karşımıza çıkmaktadır (24).

Anksiyete, birbiri ile uyumlu bir ilişki içinde ve bir bütün halinde çalışan birçok alt sistemi etkilemektedir (24). Herhangi bir işlev sırasında bu bütünün bazı

bölümleri daha aktif hale gelirken, bazı bölümlerin işlevleri ise yavaşlayabilmektedir. Bu ve benzeri düzenlemelerle organizma gerekli işlevleri yapmakta ve uyarılara gerekli yanıtları verebilmektedir. Örneğin, bir tehlike durumunda bilişsel sistemler, kişinin başa çıkma kaynaklarıyla doğru orantılı olarak, tehdit yaratan bu durumu incelemekte, onu tanımlamakta, boyutları, önemi, gerçekliği konusunda karar vermekte, uygun başa çıkma düzeneklerini belirlemekte ve sonuçta gerekli olan bilişsel davranışlar ve duygusal sistemleri harekete geçirmektedir (24).

Anksiyetede gerginlik, kaygı ve korku gibi ruhsal belirtilere davranışsal ve bedensel belirtiler de eşlik etmektedir. Bütün bunların gerçekleşmesi için, o duruma uygun olan otonom sinir sisteminin etkilediği solunum, kardiyovasküler işlevler, ısı kontrolü gibi denge sağlayıcı (hemostatik) düzeneklerin işlevi gereklidir (24,25). Yine anksiyete duygusu, olaylara içerdikleri tehlikelerle orantısız, uygunsuz ve abartılmış yanıtlar verilmesine de neden olabilmektedir. Kişinin, kendine olan güven duygusunun yetersizliği ya da kendisi ile ilgili yeteneksizlik, beceriksizlik gibi olumsuz yorumların fazlalığı oranında, uygunsuz yanıtlar verme olasılığı da daha çok olacaktır. Ayrıca tehlikeli uyarı ortadan kalktıktan sonra bile kişinin savunucu tutumu ve uygunsuz yanıtları devam edebilecektir. Zorlu durumlarla başa çıkma konusunda yetersizlik hissi ve gelecekle ilgili belirsizlik düşünceleri, anksiyetenin bilişsel yönünü oluşturmaktadır. Bu düşünce örüntüsüne kaygı duyma, anksiyete gelişmesinden kaygılanma, korku ve anksiyete yaratan durumlarla başa çıkamayacağı düşünceleri de eşlik etmektedir. Bu düşünceler de sonuçta, kişinin anksiyete yaşama ve bununla baş etme konularındaki güvensizliğini bir kısır döngüye sokacak ve yaşanan olumsuz duyguları pekiştirecektir (26).

2.2.2. Anksiyete Tarihiçesi

Anksiyete sözcüğü, darlık ve sıkışma anlamına gelen hindogermanik ‘angh’ kökünden türetilmiştir. Anlamı değişik dillerde benzerlik göstermektedir. ‘anchein’ (boğulmak, sıkılmak) ‘angor’ (boğulmak, nefes düzensizliği) gibi (23).

Çiçero, öznel anksiyete yaşantısının süresi ve yoğunluğundan söz edip, geçici patlama tarzında olan anksiyeteyi tanımlarken ‘angor’ terimini, daha hafif ve süreğen olanı anlatmak için ‘anxietas’ terimi kullanılmıştır. Orta çağda anksiyete kavramı tanrı korkusuyla ilgili olarak yorumlanmış, hastalık boyutunda ele alınmamıştır.

Varoluşçu akımın ileri sürdüğü ve anksiyetenin özgürlük ve suçluluk bilincinden kaynaklanan hiçlik ve varolmama korkusuyla oluşan bir duygu olduğu bu nedenle insan ruhunun ulaşacağı doğal bir sonuç olduğu şeklindeki yaklaşımı bu konuya farklı bir bakış açısı getirmiştir (23).

1869'da Board 'fizyolojik yetersizliklerin psikolojik bozukluklara yol açtığı' görüşünden yola çıkarak 'nevrasteni' terimini ortaya atmış ve bunun tüm anksiyete bozukluklarını içerdiğini kabul etmiştir. Hecker ise 1893'te nevrastenik hastalarının çoğunun anksiyete ataklarından yakındığına dikkat çekmiştir. Öznel anksiyete yaşantısı olmaksızın somatik anksiyete belirtilerinin ön planda olabileceği görüşü 1908 yılında Stekel'in 'ezidüel anksiyete' kavramını ortaya koymasına neden olmuştur. Nitekim bu yaklaşım ilerki yıllarda Beltman tarafından da 'korkusuz panik bozukluğu' adıyla tekrar gündeme gelmiştir (23).

2.2.3. Anksiyete Epidemiyolojisi

Anksiyete bozuklukları sağlık hizmetlerine talebi önemli oranda artıran sağlık sorunlarındandır. Özellikle depresif bozuklukla birlikte anksiyete bozukluklarını birinci basamak hastalarında çok yaygın olduğu, bu iki bozukluktan birine veya aynı anda ikisine sahip olma oranının birinci basamakta %25'e kadar çıktığı bildirilmektedir. Psikiyatriye başvuran hastaların ise yaklaşık %50'sinde anksiyete bozukluklarına rastlanmaktadır (27).

Anksiyete bozukluklarının çoğu kadınlarda daha sık görülür. Kanada'da yapılan bir çalışmada anksiyete bozukluklarının bir yıllık prevalansı erkeklerde %9 kadınlarda ise %16 bulunmuştur (27). Anksiyete bozukluğunun ortalama başlangıç yaşı 13-24 arasında değişmektedir. 25 yaştan sonra başlaması çok nadirdir. Başvurma yaşı ise genellikle hastalığın başlangıcından 15-25 yıl sonra 30 yaşları civarında olmaktadır (28,29). Bu gecikme; anksiyete bozukluğunun tedavi edilebilir bir hastalık olduğunun bilinmemesi ve anksiyete bozukluğu olan kişilerin bu bozukluğu kişiliklerinin bir parçası olarak görmeleri ile açıklanmaktadır (30).

Anksiyete bozuklukları prevalansını araştıran en kapsamlı çalışmalardan biri Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1996 yılında sonuçlarını yayınladığı Sartorius ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmadır. 14 ülkede 15 merkezde yürütülen, 25000

erişkinin psikiyatrik bozukluklar açısından tarandığı çalışma sonucunda anksiyete bozuklukları prevalansı %10,5 bulunmuştur (27). Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde yürütülen bir komorbidite çalışmasında bir yıllık anksiyete prevalansı ise %17,3 dür (31). Avustralya Sağlık Bakanlığı Avustralya İstatistik Bürosunun verilerine dayanarak 1998 yılında yayınlamış olduğu istatistiklerde nüfusun %9,7 sinin son bir yıl içinde anksiyete bozukluklarına ait belirtiler gösterdiği anlaşılmaktadır. Bu verilerden elde edilen ilginç bir diğer bulgu ise 18-55 yaşları arasında bu prevalans rakamlarının sabit kalması ve 55 yaşından sonra giderek düşmesidir (27). Yaşam boyu prevalans oranları Kuzey Amerika kaynaklı bir epidemiyolojik çalışmanın verilerine göre %10,4 ile %25,1 arasında değişmektedir (27).

2.2.4. Anksiyete Etyolojisi

Freud'a göre anksiyete, her şeyden önce bir duygulanımdır. Hem içsel çatışmaların merkezinde yer alan bir psikolojik yapı, hem de çeşitli psikiyatrik hastalıkların belirtilerinden biridir (32).

Freud'a göre gelişimsel dönemlerde anksiyete yaratan durumlar 5 başlık altında toplanır.

Doğum anksiyetesi (erken bebeklik dönemi); anksiyetenin ilk örneğidir. Dünyaya gelen bebeğin bu ilk anksiyete deneyimi, anksiyetenin kaynağı ve diğer anksiyetelerin de prototipidir. Bu anksiyete herşeyden önce bir çaresizlik ifadesidir. Bebek, yaşayabilmek için anneye muhtaçtır; içgüdüleri anne tarafından doyurulur. Bebek anne eksikliğini ve içgüdülerine doyum sağlanamayacağı tehlikesini algılayarsa, bu travmatik uyarılma bebeği rahatsız ederek anksiyete yaşantısına neden olur (32).

Ayrılık (separasyon) anksiyetesi; erken çocukluk döneminde tüm gereksinimleri için anneye bağlanan çocuk, anneden ayrılma olasılığı ortaya çıktığında ya da ayrılma durumlarında, bağlılık objesi ve ilk koruyucusu olan anneyi kaybetme korkusu yaşar. İşte anneyi kaybetme korkusu ya da annenin kaybına bağlı olarak yaşanan anksiyeteye Freud "ayrılma (separasyon) anksiyetesi" adını vermiştir. Bu anksiyetenin ilk belirleyicisi nesne algısının kaybolmasıdır; bu da nesne kaybı ile eşdeğerdir. Çocuğun temel güvenlik duygusu anneye karşılıklı ilişki içinde edinilir

ve normal kişilik gelişiminde bu güven duygusu bağımlılığın azalmasında olumlu rol oynar. Ayrılma anksiyetesinde, çocuk bu temel güven duygusunu yitirme korkusu içindedir. Yaşamın ileriki dönemlerinde bu anksiyete, "sevilen kişilerin yitirilmesi korkusu" şeklinde kendini gösterecektir (32).

Kastrasyon anksiyetesi; ödipal dönemden kaynaklanan bu anksiyete, yalnızca cinsel organın değil, herhangi bir beden bölgesinin zarar göreceği ya da insanın yetilerinin bir şekilde azalabileceğine ilişkin korkular şeklinde ortaya çıkar. İleri yaşam dönemlerinde hastalık, kaza, ameliyat gibi durumlarda kişinin yaşadığı anksiyete ya da bilinçdışı homoseksüel dürtülerin rol oynadığı "homoseksüel panik" durumlarında yaşanan anksiyete duyguları bu gruptandır. Freud, özellikle hayvan fobilerinde yaşanan duygularda da kastrasyon anksiyetesinin rol oynadığını ileri sürmüştür (32).

Üstbenlik (Süperego) anksiyetesi; yasaklar, kanunlar, örf ve adetler, vicdani değerler gibi üstbenlik kurallarına ters düşen davranışlarda bulunduğu ya da bulunma olasılığı beliren durumlarda, hatta bunlarla ilgili olarak yaşanan duygu ve düşüncelerle ya da alt benlikten kaynaklanan bilinçdışı dürtülerle ilgili olarak ortaya çıkan anksiyete duygusudur. Suçluluk, vicdan azabı, günahkarlık gibi duygularla ve gereği gibi uyumlu olamadığı yorumuyla ilgilidir. Örneğin, rüşvet teklif edilen bir kişinin bir yandan kolayca paraya sahip olma isteğiyle, diğer yandan suç işleme, yakalanıp ceza görme ya da vicdanına ters bir davranışta bulunma gibi üstbenlik kuralları arasındaki çatışma sonucu yaşadığı anksiyete bu duruma örnektir. Aslında bir yerde kişiliğin en üst olgunluk düzeyi ile bağıntısı olduğundan, bazı durumlar için sağlıklı kabul edilir; çünkü kişiyi ceza görmekten, saygınlığını kaybetmekten, aşağılanmaktan korur. Ancak yaşanan anksiyete duygusu kişinin normal yaşamını bozmaya başlamışsa (örneğin depresyonlu hastalarda izlenen kendini suçlama gibi), artık bu hastalıklı bir duygudur ve tedavi gerektirmektedir (32).

Altbenlik (id) anksiyetesi; bilinç dışında bastırılan öfke, kızgınlık, saldırganlık gibi dürtülerin farkına varılması ve bunların kontrol edilemeyeceği ya da bunlar üzerindeki denetimin kaybedileceği korkusuyla yaşanan anksiyete duygusudur. Kişi kontrolünü kaybedeceği, çıldırabileceği ya da benliğinin parçalanabileceği şeklinde rahatsız edici korkular yaşayabilir (32).

Freud'a göre anksiyete kavramı üç grupta toplanabilir.

Benlik (ego), bir tehlike ile karşılaşp, zarar görmeden içgüdülerine doyum sağlamaya çalışır. Eğer bu amaca ulaşma konusunda netdeğilse, yaşanan korku duygusuna bağılı olarak ortaya çıkan anksiyeteye Freud "**Gerçeklik anksiyetesi**" adını vermiştir (32).

Benlik bir yandan altbenlikten kaynaklanan içgüdülere doyum sağlamaya çalışırken aynı zamanda üstbenliğin emirlerine, taleplerine, sınırlamalarına yani tüm moral isteklerine doyum sağlamak zorundadır. Eğer bunu başaramazsa, üstbenlikten yöneltilen suçluluk, utanma, aşağılanma, değersizlik gibi duygular yaşayacaktır, Freud bu suçluluk duygularıyla ilintili anksiyeteye "**Moral anksiyete**" adını vermiştir (32).

Benlik, altbenlikten gelen dürtüsel baskılara karşı kendi yapısını ve kimliğini korumaya çalışır. Eğer benlik ile çatışan amaçlara doyum sağlanamazsa, ortaya çıkan duygu "**nevrotik anksiyete**"dir. Bu durumda benliğin savunma düzenekleri aracılığıyla anksiyete kontrol altına alınmaya ve böylelikle bireyin iç dengesi korunmaya çalışılır (32).

2.2.5. Anksiyete Belirtileri

Bilişsel belirtiler, duygusal belirtiler,davranışsal belirtiler, fizyolojik belirtiler olarak dört gruba ayrılır..

2.2.5.1. Bilişsel Belirtiler

Normal bilişsel işlevlerin abartılı hale gelmesi (aşırı uyanıklık hali gibi) ya da normal işlevlerin inhibisyonu (dikkat dağınıklığı gibi) söz konusudur (33). Başlıca bilişsel belirtiler şunlardır:

-Duyusal belirtiler: Aklın sisli, bulanık olması,çevredeki nesnelere uzakmış gibi ya da bulanık görme, aşırı uyanıklık hali (hipervijilans), kendini aşırı gözleme, çevrenin olduğundan farklı ve gerçek dışı görülmesi, gerçek dışı hisler (34.35).

-Düşünce zorlukları: Önemli şeyleri hatırlayamama, düşünmeyi kontrol edememe, konsantrasyon güçlüğü, dikkat dağınıklığı (distraktibilite), düşüncede

duraksamalar, kesintiler (blok), objektif düşünme güçlüğü, nedenselleştirme güçlüğü (34,35).

-Kavramsal zorluklar: Kontrolü yitirme korkusu, başa çıkamama korkusu, fiziksel zarar görme ya da ölüm korkusu, aklını yitirme korkusu, başkalarının olumsuz değerlendirilebileceği korkusu, yineleyici korkulu düşünceler, korku veren görsel imgeler, bilişsel sapmalar (distorsiyon) (34,35).

2.2.5.2. Duygusal Belirtiler

Korku, endişe, dehşet duygusu, tedirginlik alarm durumuna geçme, gerginlik, sinirlilik, çaresizlik (23).

2.2.5.3. Davranışsal Belirtiler

Normal davranışların hiperaktivasyonu ya da inhibisyonu şeklinde izlenir. Bu davranışlar her ne kadar başlangıçta anksiyeteyi azaltma amacı güderlerse de, sonuçta aksine anksiyeteyi artırıcı özellik göstermeye başlarlar (35). Kaçma, kaçınma, huzursuzluk, olduğu yerde hareketsiz donma kalma, davranışlarda inhibisyon, konuşma akışında bozukluk, kodinasyon bozukluğu (23).

2.2.5.4. Fizyolojik Belirtiler

Bunlar genellikle organizmanın kendini korumaya yönelik bir savunma durumu içine girdiğini gösterir. Hormonal, sempatik ya da parasempatik sinir sistemlerinin çalışmasındaki değişiklikler sonucu ortaya çıkarlar (35). Çarpıntı, kalp hızında artma, arteryel kan basıncı değişiklikleri, bayılma hissi, gerçek bayılma, yüz kızarması, aritmi, derin soluma, 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 idrar çıkma, yaygın terleme, lokal ellerde terleme, kaşınma krizleri, sıcak ve soğuk basma nöbetleri, ateş basması gibi belirtiler normalde zaman zaman hepimizde yaşanan olaylardır. Dikkat edilirse, çoğu ya normal işlevlerin abartılı hale gelmiş şekli ya da normal işlevlerdeki, baskılanmalardır (23).

2.2.6. Anksiyete Bozukluklarının Sınıflandırılması

Tablo 1. ‘Diagnostik and Statistical Manuel of Mental Disorders, fourt edition text revision’(DSM –IV)’e göre anksiyete bozukluklarının sınıflandırılması (35).

- Agorafobi olmadan panik bozukluğu
- Agorafobi ile birlikte panik bozukluğu
- Panik bozukluğu öyküsü olmadan agorafobi
- Özgül fobi
- Sosyal fobi
- Obsesif kompulsif bozukluk(OKB)
- Travma sonrası stres bozukluğu
- Akut stres bozukluğu
- Yaygın anksiyete bozukluğu
- Genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu
- Madde kullanımına bağlı anksiyete bozukluğu
- Başka türlü adlandırılmayan (BTA) anksiyete bozukluğu

2.2.6.1. DSM-IV-TR’de Tanımlandığı Şekil ile Panik Bozukluğun Ana Özellikleri

-Aşağıdakilerden dördü veya daha fazlası ile belirli yineleyici beklenmeyen panik ataklar

- Çarpıntı
- Terleme
- Titreme yada sarsılma
- Nefesin kesilmesi
- Boğulma hissi(hava açlığı)
- Bulantı ya da karında rahatsızlık hissi
- Sersemlik hissi,baş dönmesi ve fenalaşma hissi
- Derealizasyon ya da depersonalizasyon
- Denetimi yitirme ve çıldırma korkusu
- Ölüm korkusu

- Uyuşma ya da karıncalanma hissi
- Üşüme hissi ya da sıcak basmaları
- Başka nöbetlerinde olacağına ilişkin sürekli endişe
- Atakların sonuçları ya da anlamına ilişkin endişe(kalp atağı ya da inme gibi)
- Davranışlarda ataklara ilişkin önemli değişiklik
- Agorofobi varlığı yada yokluğu (36).

2.2.6.2. DSM-IV-TR'de Tanımlandığı Şekli ile Agorofobinin Ana Özellikleri

-Kurtulmanın zor olabileceği veya utandırabilecek ya da bir panik atağı geçirme durumunda yardım alamayacağı yer ve durumlarda bulunma korkusu

-Sıklıkla aşağıda örnekleri verilen yer ve durumlardan kaçınma

- Kalabalık ortam
- Mağazalar
- Köprüler
- Tüneller
- Otobüs,tren veya uçak ile seyahat etme
- Tiyatrolar
- Kuyrukta beklemek
- Küçük kapalı odalar (36).

2.2.6.3. DSM-IV-TR'de Tanımlandığı Şekli ile Özgül Fobinin Ana Özellikleri

-Özgül bir nesne ya da durumun varlığı ya da beklentisi ile başlayan, aşırı, mantıksız, belirgin ve sürekli korku

- Uçma
- Kapalı yerler

- Yükseklik
- Fırtına
- Hayvanlar
- Enjeksiyon yapılması,kan
- Uyaranın ani anksiyete tepkisine yol açması
- Korkunun aşırı ya da anlamsız olarak değerlendirilmesi
- Kaçınma, endişeli beklenti ya da sıkıntının önemli düzeyde işlev kaybı yaratması (36).

2.2.6.4. DSM-IV-TR'de Tanımlandığı Şekli ile Sosyal Fobinin Ana Özellikleri

-Kişinin olumsuz olarak değerlendirilme ve başkalarının gözü önünde olmaktan endişe duyabileceği bir ya da daha fazla sosyal durumdan veya performans gerektiren durumdan belirgin ve sürekli korku duyma,örneğin

- Topluluk önünde konuşma
- Topluluk içinde yazma,yeme veya içme
- Konuşmanın başlatılması veya sürdürülmesi
- Yüz kızarması veya terleme gibi anksiyete bulguları görünür hale gelecek şekilde küçük duruma düşme ya da utandırılma korkusu
- Korkulan sosyal ortamdan ya da performans gerektiren durumlardan kaçınılır veya yoğun bir anksiyete ya da sıkıntı ile bunlara katlanılır (36).

2.2.6.5. DSM-IV-TR'de Tanımlandığı Şekil ile Obsesif-Kompulsif Bozukluğun Ana Özellikleri

- Obsesyon ve kompulsiyoların bulunması
- Obsesyonlar istenmeden gelen uygunsuz olarak yaşanan yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemler
- Bulaşma

-Yineleyici kuşular

-Sıralama

-Dürtüler

-Cinsel düşlemler

-Kompulsiyonlar amacı anksiyeteden veya sıkıntıdan korumak ya da azaltmak olan yineleyici davranışlar ya da zihinsel eylemler

-El yıkama

-Sıralama, sayma

-Kontrol etme

-Dua etme

-Sözcüklerin yinelenmesi

-Korkunun aşırı ya da anlamsız olarak değerlendirilmesi

-Obsesyonlar belirgin sıkıntıya neden olur, günde bir saatten fazla zaman alır, sosyal, mesleki ya da diğer günlük aktivitelerde önemli ölçüde bozulmaya neden olur (36).

2.2.6.6. DSM-IV-TR'de Tanımlandığı Şekil ile Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Ana Özellikleri

-Geleceğe yönelik birçok olay ya da aktivite hakkında en az altı ay boyunca ve hemen hergün süren aşırı anksiyete ya da endişe duyma

-Endişenin kontrol altında tutulmasında zorlanma

-Endişenin aşağıdaki bulguların en az üçüne eşlik etmesi

-Huzursuzluk, aşırı heyecan duyma ya da sabırsızlanma

-Kolay yorulma

-Düşüncelerin yoğunlaştırılmasında zorluk çekme

-İrritabilite, kas gerginliği

-Uyku bozukluğu

-Anksiyetenin belirgin strese, sosyal, mesleki ya da diğer günlük işlevlerde bozulmaya yol açması (36).

2.2.6.7. DSM-IV-TR'de Tanımlandığı Şekil ile Ayrılma Anksiyetesinin Ana Özellikleri

-Evden ya da bağlandığı kişilerden ayrıldığında uygunsuz ya da aşırı anksiyete duyma

-Evden ya da bağlandığı kişilerden ayrıldığında ya da ayrılık beklendiğinde yineleyici ve aşırı sıkıntı

-Bağlandığı kişilerin kaybolacağı ya da zarar göreceğine ilişkin sürekli endişe duyma

-Bir olayın bağlandığı kişilerden ayrılmasına yol açacağına ilişkin sürekli endişe duyma

-Evde tek başına ya da bağlandığı kişiler olmaksızın kalma konusunda sürekli endişe

-Bağlandığı kişilerin yakınında olmadan ya da evin dışında iken uyuma konusunda sürekli isteksizlik gösterme ya da uyumayı reddetme

-En az dört haftalık süre

-18 yaşından önce başlama

-Sıkıntı ya da işlev bozukluğuna yol açma

-Ayrılma sırasında ya da ayrılık beklendiğinde fiziksel belirtilerin olması(baş ağrısı, mide ağrısı, bulantı, kusma) (36).

2.2.7. Anksiyete Bozukluklarında Ayırıcı Tanı

Anksiyete bozukluklarının aşağıdaki hastalıklarla ayırıcı tanısının yapılması gerekmektedir (37).

Tablo 2. Anksiyete Bozukluklarında Ayırıcı Tanı (37)

Tıbbi Hastalık					
Kardiyak	Endokrinolojik	Pulmoner	Neoplastik	Nörolojik	Diğer
Angina	Hipertiroidizm	Astma	Karsinoid	Huntington hastalığı	Porfiri
Aritmiler	Cushing hastalığı	Emboli	Feokromazitoma	Menier hastalığı	Üremi
Konjestif Kalp Yetmezliği	Hiperparatiroidi	Obstrüksiyon	İnsülinoma	Migren	
İnfarkt				Vertigo	
Mitral valv prolapsusu				Multiple skleroz	
Paroksizmal atrial taşikardi				Geçici iskemik atak	
Madde Kullanımı/Kötüye Kullanım Önerilen veya Yüksek Doz Kullanımı					
Antidepresanlar			Alkol/sedatif yoksunluğu		
Fenfluramin/fentermin			Kafein		
Psikostimülanlar			Halusinojen		
Steroidler			Kokain		
Sempatomimetikler					
Psikiyatrik Bozukluk:					
Uyum bozuklukları					
Duygulanım bozuklukları					
Disosiyatif bozukluklar					
Kişilik bozuklukları					
Şizofreni					

2.2.8. Anksiyete Bozukluklarında Tedavi

2.2.8.1. İlaç Tedavisi

Anksiyete bozuklukları önceleri sadece benzodiazepinlerle tedavi edilmeye çalışılırken, zamanla trisiklik antidepresan (TCA)'lardan imipramin ve klomipraminin de etkili olduğu gözlenmiştir; sonrasında 5-hydroxytrptamine (5HT)1a agonisti Buspiron'un yaygın anksiyete bozukluğunda daha etkili oldukları gösterilmiştir. Selektif serotonin re-uptake inhibitörleri (SSRI)'nin yaygın kullanılmaya başlanılmasından sonra TCA ilaçlardan çok daha etkili biçimde

depresyon ve bütün anksiyete tiplerinde etkili oldukları görülmüştür. SSRI'lar arasında etkililik farkları gözlenmektedir. Serotonerjik noradrenerjik gerilim inhibitörleri (SNRI)'inin de SSRI'lar kadar etkili olduğu anlaşılmıştır (38).

Anksiyete bozukluklarında ilaç tedavileri ile ilgili plasebo kontrollü klinik çalışmaların bulguları özetlenecek olursa; panik bozuklukta birinci sırada SSRI'lar yer alır. Bu grup içinde paroksetin etkinliği daha çabuk kendini göstermektedir. İkinci seçenek olarak tedavinin ilk haftalarında SSRI ve alprazolam kombinasyonu planlanabilir. Diğer seçenekler arasında venlafaksin, TCA ilaçlar arasında klomipramin ve imipramin sayılabilir (38) .

Yaygın anksiyete bozukluğu tedavisinde buspiron, SSRI'lardan paroksetin, sitalopram, essitalopram, SNRI'lardan venlafaksin etkinliği kanıtlanmıştır. Antikonvülzan ilaçların panik ve yaygın anksiyete bozukluğu tedavisinde etkinliği destekleyen gözlemler vardır (38).

Sosyal anksiyete bozukluğu tedavisinde; SSRI ilaçlar, SNRI'lar arasında venlafaksin, geri dönüşlü monoamino oksidaz inhibitörü (MAOI) moklobemid birinci seçenek olarak kullanılabilir. Geri dönüşsüz MAOI'leri ikinci seçenek olarak düşünülmesi gereken ilaçlardır. Sosyal fobide β - blokerler tabloya eşlik eden taşikardi, titreme, terleme gibi otonomik belirtileri önlemede yüksek oranda etkindirler (38).

Travma sonrası stres bozukluğu tedavisinde SSRI'ların etkinliği kanıtlanmıştır. Mirtazapin, Nefazodon ve Venlafaksin etkinliği ile ilgili kanıtlar vardır. Trisiklik antidepressanlar ve MAOI'leri ikinci ve üçüncü seçenek olabilir. B-blokerlerin kullanımı ve duygudurum dengeleyicilerle ilgili olgu bildirimleri vardır (38).

Obsesif kompulsif bozukluk tedavisinde SSRI ilaçlar kanıtlanmış etkinlikleri ve yan etkilerinin az oluşu nedeniyle birinci seçenek olarak yüksek dozlarda uygulanırlar; yanıt alınamayan durumlarda klomipramin etkili dozlarda kullanılabilir. Tedaviye yanıt yetersiz ise Triptofan, Fenfluramin, Lityum, Pindolol, Buspiron mevcut tedaviye eklenebilir. Bunların yanı sıra ikinci ilaç olarak dopamin antagonistleri, serotonin dopamin antagonistleri, antikonvülzan eklenmesi ile ilgili kanıtlar vardır. Günümüzde anksiyete bozukluklarının tedavisinde gelişmeler

sürmektedir; antikonvülzanların, seçici benzodiazepin agonistlerinin, nöropeptidlerin etkisi araştırılmaktadır (38).

2.2.8.2. Psikoterapi

Anksiyete bozukluklarında psikoterapi dört farklı şekilde uygulanabilir.

Gevşeme (relaxation) yöntemleri; hastaya kaslarını gevşetme, rahat soluma, düşünceleri rahatlık verici konulara yönelterek bunaltıyı azaltma egzersizleri yaptırılır.

Bilişsel – davranışçı sağaltım; bunda hastanın bunaltı öncesi ve sonrası algıları, beklentileri ele alınarak yapılan bir bilişsel sağaltım söz konusudur.

Destekleyici psikoterapi; sıkıntı verici bilinçli sorunlar ele alınarak bunlara çözüm yolları bulunmaya, hastaya güven verici ve rahatlatıcı yollar gösterilmeye çalışılır. Sorunlarını dinlemek ve paylaşmak genel olarak her hastayı rahatlatıcı bir yöntemdir.

Çözümleyici (analitik) psikoterapi; bunaltının bilinçdışı kaynaklarını incelemeyi ve içgörü kazandırarak hastanın köklü çözüm bulmasını amaçlayan psikoterapidir (39).

2.2.9. Gebelik ve Anksiyete Bozuklukları

Eskiden gebelerin anksiyete bozukluğu açısından düşük riskte olabileceği düşünülürdü (40). Bu erken kanının aksine, çalışmalar (özellikle panik bozukluk ve OKB'ye odaklı) gebelik ve postpartum dönemin anksiyete bozuklukları açısından değişken etkileri olduğunu göstermektedir. Gebelikleri öncesinde anksiyete bozukluğu tanısı almış kadınlar gebelikleri sırasında belirtilerinde düzelme gösterebilir de (41), görünen şu ki kadınların çoğunun klinik olarak belirgin semptomları sürmektedir (42,43). Aynı kadının farklı gebeliklerinde anksiyete bozukluğu açısından seyri bile değişkendir. Önceki gebeliğinde belirtilerinde düzelme gösteren bir kadın süren gebeliğinde de artmış risk taşır (41). İlaveten postpartum dönem özellikle panik bozukluk ve OKB için semptomların devam ettiği ya da artmaya eğilim gösterdiği bir dönemdir (41,42,43,44).

Gebelikte görülen fizyolojik duyuların çoğu anksiyete semptomlarına çok benzer, bu nedenle anksiyete bozuklukları gebe kadında maskelenir. Klinisyenlerin bu konuda dikkatli olmaları gerekmektedir (45).

Son 10 yılda yapılmış birçok çalışma prenatal stres ve kaygının da dahil olduğu psikososyal değişkenlerin kötü obstetrik sonuçla ilişkili olabileceğini göstermiştir (46). Lobel ve ark. tarafından yapılan bir prospektif çalışmada, yaşamsal olaylardan, durumluk kaygısından ve algılanan stresten oluşan stres indeksindeki yüksek skorların gebelik süresini anlamlı oranda kısalttığı bildirilmiştir (47). Yine yapılan benzer bir çalışmada gebelik süresince yaşanan yaşamsal olayların düşük doğum ağırlığı ile ilişkili olduğu ve gebeliğe bağlı anksiyetede bir birimlik artışın gebelik süresini üç gün kısalttığı sonucuna varılmıştır (48). Yakın zamanda yapılan bir başka çalışmanın sonuçlarına göre de prenatal dönemde yüksek anksiyeteye sahip gebelerin, daha düşük anksiyete yaşayan gebelere göre daha erken doğum yaptıkları gösterilmiştir (49).

L. Andersson ve ark. antenatal ve postpartum depresyon ile anksiyete bozukluğunun ilişkisini araştırmak amacıyla Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD) ölçeği ile yaptıkları, 2006'da yayınlanan çalışmalarında ikinci trimester gebeler için bildirdikleri anksiyete bozukluğu oranı %18,4'tür (50). Aynı yazar grubunun 2003'te aynı ölçekle yaptıkları ve ikinci trimester gebelerde anksiyete bozukluğu için bildirdikleri nokta prevalans %12,1'dir (51). Genel anlamda anksiyete ve gebelik ilişkisini gösteren çalışmalar olmakla birlikte; gebelikte anksiyete bozukluklarıyla ilgili trimesterlere dayandırılmış çalışma yoktur.

2.3. Depresyon

2.3.1. Tanım

Depresyon yaygınlık, kronikleşme ve tekrarlama oranının yüksek olması, iş gücü kaybını ve ayrıca intihar riskini artırması nedeniyle önemli bireysel ve toplumsal bir sağlık sorunudur. Depresyonun tanımlanması, önlenmesi, tedavisi ve tekrarlamasındaki risk etmenlerinin belirlenmesi özel bir önem arz etmektedir. Birincil duygulanım bozukluğu biçiminde ortaya çıkabileceği gibi, birçok psikiyatrik ve tıbbi duruma ikincil olarakta görülebilmektedir (52).

Depresyon, insanın yaşama istek ve zevkinin kaybolduğu, kişinin kendisini derin bir keder içerisinde hissettiği, geleceğe ilişkin kötümser, karamsar düşünceler, geçmişe ilişkin yoğun, pişmanlık, suçluluk duygu ve düşüncelerinin taşındığı, bazen ölüm düşüncesi, bazen intihar girişimi ve sonuçta ölümün olabildiği, uyku, iştah, cinsel istek ile ilgili fizyolojik bozuklukların olduğu bir hastalıktır. Ayrıca depresyonda dünyaya karşı ilginin azalması veya tam kaybı, diğer insanlara yatırım yapma veya bağlanma kapasitesinin kaybolması; kendini ayıplama, kınama, kendine serzenişte bulunma, sitem etme ve kendini aşağılama, hor görme gibi duygularla bir arada olan ciddi benlik saygısı ve kendilik değeri düşmesi saptanır (53). Depresyon, normal, geçici, anlık bir emosyondan bir hastalığın herhangi bir belirtisi ya da tam anlamıyla psikiyatrik bir bozukluk olarak ele alınmaya kadar birçok şeyi kapsayabilen bir kavram olarak kullanılabilmektedir. Bazen günlük düş kırıklıklarının yansması, doğal yaşantı, bir uyum yanıtı veya insan varlığının ölümle yüzyüze geleceği ontolojik durumuna evrensel bir tepki olarak ortaya çıkabilir. Bazı varoluşsal krizler ağır depresyonu tetikleyebilir. Çoğu afektif dalgalanmalar normaldir, göreceli olarak iyi, geçici ve geri dönüşlüdür (54).

Depresyon bebeklikten yaşlılığa; hayatın her döneminde olur. Bebeklikte hastanede yatırılan bebeklerde anne yoksunluğuna bir tepki olarak, gençlik döneminde intihar riski yüksekliği ve karmaşık belirtilerle birlikte, erişkin ve yaşlılık döneminde de yine kendilerine özgü değişik belirtilerle ortaya çıkar. Mizacın elemli oluşu, uyku bozuklukları, intihar düşünceleri gibi temel belirtiler yaşla değişmez (55).

2.3.2. Depresyon Tarihçesi

Depresyon bilinen psikiyatrik bozuklukların en eskilerinden biridir. Eski Ahid'de ve klasik Hindu tıbbi metinlerinde izine rastlamak mümkündür. Tıp literatüründe depresyonu ilk tanımlayan Hippokrates'dır. Hippokrates bu tabloyu kara safra fazlalığı ile açıkladığı için "melaine chole" olarak adlandırmıştır. Galen'e göre melankoli "korku ve depresyon, yaşamdan hoşnutsuzluk, tüm insanlardan nefret" ile kendini göstermektedir (56). Efes'li hekim Soranus'un ruh hastalıklarının kurumsal tedavisinde hastalara tiyatro oyunları izlettiği, oyunlarda rol almalarını istediği ve melankolide komedi, manide trajediyi tercih ettiği bilinmektedir (57).

Tamamıyla duygudurum bozukluklarına ayrılmış ilk İngilizce metin, R. Burton'un 1621'de yayınlanan "Melankolinin Anatomisi" adlı eseridir. 'Nedensiz' melankolilerin yanı sıra; hipokondriyazis, yas ve aşk melankolileri gibi çok çeşitli nedensel kategoriler de sınıflamış ve hemen bütün öncülleri gibi Burton da erkeklerde daha sık görüldüğünü bildirmiştir (57). Mani P. Pinel (1745-1826), melankoli ise J.E. Esquirol (1772-1840) tarafından incelenmiş ve ayrıntılarıyla tanımlanmıştır (57).

Onyedinci yüzyıl Fransa'sındaki kartezyen düşünce zihni bedenden kavramsal olarak ayırmakla, hekimlere somatik alanda otonomi sağlamış, kilisenin müdahalesinden özgür kılmıştır. Dikotomik yaklaşım Kraepelin'in deskriptif gözlemleri ve tanısal kategorizasyonunda meyvesini vermiş, ancak biyolojik indirgemecilikle de sınırlanmıştır. 20. yüzyılın başında İsviçre'li A. Meyer, psike ve soma arasındaki ayrımı köprüleştirmek amacıyla "psikobiyojji" terimini getirmiş, biyografi ve psikososyal nedenlere dikkat sarfetmiştir. Melankoli terimi yerine, biyolojik çağrışımları olmadığı için "depresyon" "pressed down" (aşağı bastırılmış) terimini tercih etmiştir (56).

2.3.3. Depresyon Epidemiyolojisi

Depresif bozuklukların prevalansını belirlemek; farklı araştırmacılar farklı teşhis kriterleri kullandığı için zordur. ABD'de yapılan çalışmaların çoğu depresyon sendromunu değil, herhangi bir durumda ortaya çıkan depresif semptomları dikkate almıştır. Böyle bir veri çok az değere sahiptir; çünkü bu çalışmalarda bir depresif bozukluğun parçası olarak depresif semptomlar ile başka bir sendromun (örneğin şizofreninin) depresif semptomlarını ayırmada yetersizlikler mevcuttur. Ancak son zamanlarda yapılan araştırmalar daha spesifik olmaktadır.(58)

epresif bozukluklar içinde en fazla araştırılan majör depresif bozukluk olmuştur. Majör depresif bozukluk için yaşam boyu risk erkeklerde %5-12, kadınlarda %10-25 olarak bulunmuştur. Erişkinlerde majör depresif bozukluğun toplum örneklemelerindeki nokta prevalansı kadınlar için %5-9 arasında, erkekler için %2-3 arasında değişmektedir (59).

Depresif bozuklukların insidans hızı da yüksektir. Depresyon insidansı birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastalarda yaklaşık %10, hastanede yatan hastalarda yaklaşık %15 olarak bulunmuştur (60).Türkiye'de de bu konu ile ilgili yapılmış araştırmalar vardır. Türkiye'deki epidemiyolojik çalışmaları gözden geçiren Küey ve Güleç'in tespit ettiği sonuçlara göre:

- Toplum içinde klinik düzeyde depresyon prevalansı %10 dolayındadır;
- Depresyonun somatik belirtileri yaklaşık %20, suçluluk duyguları gibi ruhsal belirtileri ise daha düşük (yaklaşık %10) nokta prevalans hızlarına sahiptir;
- Kronik fizik hastalığa sekonder depresyonlar dikkat çekici düzeydedir (%4-8.8);
- Hastaların yaklaşık üçte birinde depresyon kronikleşmiştir (61).

2.3.4..Depresyonda Risk Etkenleri

2.3.4.1. Yaş

Depresyon daha çok orta yaş hastalığıdır. Majör depresyon orta yaş ve 45 yaş altında daha sık görülür. İlerleyen yaşla birlikte hastalarda izlenen depresif belirtilerin artmasına rağmen, majör depresyon sıklığı artmamaktadır (62).

2.3.4.2. Cinsiyet

Major depresyon kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazla görülmektedir. Cinsiyet göre ortaya çıkan bu farklılık genç ve orta yaşta daha belirgindir. Yaş ilerledikçe iki cins arasındaki fark git gide azalmaktadır.

Kadınlarda erkeklere göre daha sık görülmesi iki şekilde açıklanabilir. Biyolojik ve psikolojik nedenler. Mestürel siklus gibi normal hormon dalgalanmalarına verilen anormal yanıtlar ya da diğer hormonal etkenler; menopoza, hamilelik, doğum, hormon ve doğum kontrol ilaçlarının etkileri depresyonun ortaya çıkmasında rol oynayabilmektedir. Ayrıca kadınlarda mono amino oksidaz seviyeleri yüksektir ve tiroid hormon bozuklukları daha fazla görülür. Postpartum dönemde ortaya çıkan depresyonda ise, düşen östrojen ve artan progesteron düzeyleri sorumlu

tutulmaktadır. Premenstrual dönemde duygusal insitabilededeki artış da benzeri bir değişimle ilişkili olabilir. Oral doğum kontrol haplarının kullanılması sonucu, progesteron artışıyla birlikte depresif belirtilerinde artması, bu yaklaşımı desteklemektedir. Psikolojik etkenlerle ilgili olarak; kadına toplum içinde biçilen rol, bu konuda ona karşı verilen tepkiler, yaşadığı stresler, çatışmalar ve çoğu kez bunlarla başa çıkamamanın verdiği çaresizlik, sorumlu tutulmaktadır (62).

2.3.4.3. Irk ve Etnik Gruplar

Loosen ve arkadaşlarının 2000 yılında yaptıkları bir çalışmada; majör depresyon dağılımının ırklara ve etnik gruplara göre farklılık göstermediği ve ırklar arasında görülen bazı farklılıkların da, daha çok bu sosyoekonomik durumundan kaynaklandığını bunun yanısıra, siyah ırkta daha az oranda majör depresyon izlendiği ileri sürülmüştür (62).

2.3.4.4. Medeni Durum

Depresyon ayrı yaşayan ya da boşanmış eşler arasında daha yüksek oranda izlenmektedir. Yalnız yaşayan annelerde, evli olanlara göre, depresyon gelişme riski iki kat daha fazladır (62).

2.3.4.5. Aile Öyküsü ve Genetik Özellikler

Leonhard, bipolar grupta unipolara göre daha fazla genetik yüklülük olduğuna değinmiş ve çeşitli çalışmalarda bipolar gruptaki hastaların ailelerinde hipomani, unipolar hastaların ailelerinde ise depresyon eğiliminin daha fazla olduğu belirtilmiştir (63,64).

2.3.4.6. Kişilik Yapısı

Major depresif bozuklukta, belirli bir kişilik yapısından söz edilmemekte, burada daha çok obsesif özellikler taşıyan, güvensiz, bağımlı, özellikle öfke gibi duyguları ifade etmekte güçlük çeken, stresörler karşısında bunaltı geliştirmeye yatkın, eleştirilere karşı duyarlı kişilik özelliklerinden söz edilmektedir (65).

2.3.4.7. Diğer Etkenler

Veriler, depresyon gelişmesiyle en çok ilişkili olan yaşam olayının 11 yaşından önce yaşanan ebeveyn kaybı olduğunu göstermektedir. Bir depresyon nöbetinin başlamasıyla en çok ilişkili olan çevresel etken ise eşin kaybedilmesidir (64).

2.3.5. Depresyon Etiyolojisi

Depresyon etiolojisi henüz tam olarak aydınlatılamamıştır. Bunun sebepleri depresyonun belirli bir hastalık olmaktan çok bir sendrom olması, farklı alt gruplarının var oluşu ve oluşumunda çoğul etkenlerin rol alması olabilir. Depresyonun oluş nedenlerini 3 ana başlık altında toplamak mümkündür. Psikolojik görüşler, biyolojik ve genetik etkenler

2.3.5.1. Genetik

Psikiyatrik hastalıkların etyopatogenezinde genetik geçişin rol oynaması, bugün tartışılmaz bir konudur. Özellikle monozigot ikizlerde bu psikiyatrik tabloya daha sık rastlanması, aile prevalansının, popülasyon prevalansından daha yüksek değerler göstermesi bu düşünceyi desteklemektedir. Affektif bozukluklarda genetik monozigot ikizlerde %50-100 arasında değişmekte iken, dizigot ikizlerde %25 oranında gözlenmektedir. Evlatlık çalışmalarında; depresyonu olan evlatlıkların biyolojik anne babalarında depresyona yakalanma ihtimali veya depresyon öyküsü depresyonu olmayan evlatlıkların biyolojik anne babalarınınkinden daha yüksek bulunmuştur (64).

2.3.5.2. Psikolojik Görüşler

Psikoanalitik ve Psikodinamik Etmenler: Depresyonu anlama girişimlerinde, Sigmund Freud nesne kaybı ve melankoli arasında bir ilişki olduğunu, depresyondaki hastanın öfkesinin kayıp nesne ile özdeşim nedeniyle içe yöneldiğini öne sürmüştür. Freud bir objeyi terk etmek için egonun tek yolunun içe alma (introjeksiyon) olduğuna inanmaktaydı. Depresif hastanın suçluluk ve kendi kendini kınama ile birlikte derin bir değersizlik duygusu hissetmesi ama yas tutanda bu

duyguların olmaması depresyonu yastan ayırttırmekteydi. Melanie Klein daha sonra depresyonu depresif duyguduruma bağlamıştır. Depresif hasta için temel olan değersizlik duygusu hastanın yıkıcı fantezileri ve dürtüleri nedeniyle iyi içsel ebeveynin kötülük edenlere dönüştürülmesi duygusundan gelişmektedir. E. Bring depresyonu içe yönelen saldırganlıkla çok az ilişkisi olan birincil afektif bir durum olarak ele almıştır. Ayrıca depresyonu kişinin özlemleri ve gerçekliği arasında kalan ego gerginliğinden ortaya çıkan bir etki olarak düşünmüştür. Son olarak Heinz Kohut depresyonu kendilik psikolojisi açısından yeniden tanımlamıştır. Ayna tutma, yüceleştirme için kendilik-nesnesi gereksinimleri önemli kimselerden gelmediğinde, özlenen yanıtı almadığı için depresif kişi tamamlanmamışlık ve ümitsizlik hissetmektedir (66).

Öğrenilmiş Çaresizlik: Deneysel olarak, kaçamayacakları yineleyici elektrik şoklarına maruz bırakılan hayvanlar sonunda bıkarak gelecek şoklardan kaçma girişiminde bulunmamışlardır. Bu hayvanlar çaresiz olduklarını öğrenmişlerdir. Depresyonda olan insanlar kendilerini benzer bir çaresizlik durumunda bulabilirler. Öğrenilmiş çaresizlik kuramına göre, depresyon eğer klinisyen hastaya çevresini kontrol etme duygusunu ve çevresinin efendisi olmayı yavaş yavaş öğretirse depresyon düzelebilmektedir. Klinisyenin tedavi için ödüllendirici davranış tekniklerini ve olumlu pekiştirmeyi kullanması faydalı olabilmektedir (66).

Bilişsel Kuram: Bilişsel kurama göre, yaygın bilişsel yanlış yorumlamalar yaşam deneyimini olumsuz çarpıtma, kendini olumsuz değerlendirme, kötümserlik ve umutsuzluktur. Bu öğrenilmiş olumsuz görüşler daha sonra depresyon duygusuna yol açmaktadır. Bir bilişsel terapist hastanın düşüncelerini kaydetme ve bilinçli bir şekilde tanımlama gibi davranışçı ödevler kullanarak olumsuz bilişleri ortaya koymaya çalışmalıdır (66).

2.3.5.3. Biyolojik Etkenler

Nörepinefrin (NE): Depresyonda beyin omurilik sıvısı (BOS), NE düzeyi, idrarda NE metabolitleri düzeyinin düşük oluşu, katekolamin depolarını boşaltarak beyinde NE düzeylerini düşüren ilaçların (rezerpine metildopa, propranol) depresif belirtiler oluşturması (67).

Serotonin (5-HT): Depresyonlu hastaların BOS'unda 5 HT'nin temel metaboliti olan 5-hidroksiindolasetik asit (5-HİAA) düzeylerinin düşük bulunması, 5 HT'nin depresyon patogenezinde rolü olduğunu düşündürmüştür. Özellikle özkıyım sonucu ölen kişilerde yapılan incelemelerde beyinde 5 HT ve 5-HİAA düzeylerinin düşüklüğü bu görüşü desteklemiştir (67).

Dopamin: Dopamininde diğer biyolojik aminler gibi depresyonda azaldığı belirtilmektedir. Özellikle psikomotor yavaşlığı olan ve özkıyıma eğilimli depresif hastaların BOS'unda dopaminin metaboliti olan homovalinik asit düzeyleri düşük bulunmuştur. Bu görüşü destekleyen diğer bazı bulgular şunlardır; Dopamin konsantrasyonunu azaltan ilaçlar (örn:rezerpin) ve hastalıklarda (örn:Parkinson) depresyon sık görülmektedir. Aksine dopamin düzeyini yükselten tyrosin, amfetamin gibi maddeler depresif belirtileri azaltırlar. Ayrıca dopaminerjik aktiviteyi arttıran antidepressif ilaçların (bupropion, amineptin) klinik yararlılığı bilinmektedir (67).

Asetilkolin: Janowski'nin öne sürdüğü kolinerjik/noradrenerjik denge bozukluğu hipotezine göre bu nörotransmitterler arasındaki denge, depresyonda kolinerjik sistem lehine bozulur. Kolinerjik aktiviteyi artıran bazı ilaçların depresif belirtiler ortaya çıkarması bu hipotezi destekler (67).

Diğer Nörokimyasal Etkenler: Gama-aminobütirik asit (GABA); Plazma GABA seviyesi mizaç bozukluğu olan bazı hastalarda düşük bulunmuştur. Ancak bu bulguya depresif hastalarda olduğu gibi manik epizodlarda da rastlanmıştır. Ayrıca düşük GABA düzeyi depresyon düzeldikten sonrada devam ettiği için bu özelliğin mizaç bozukluklarında ancak sınırlı bir değeri olabileceği öne sürülmüştür (67).

2.3.6. Depresyonda Klinik Özellikler

Depresif bir duygudurum ile ilgili zevk almanın kaybı depresyonun anahtar kelimeleridir. Hastalar kendilerini sıkıntılı, umutsuz ya da değersiz hissettiklerini söylerler. Hastalar için depresif duygudurum sıklıkla kendini normal üzüntü ya da yastan ayırt ettiren farklı bir niteliktedir. Hastalar sıklıkla depresif belirtileri öldürücü ruhsal bir acı olarak tanımlanır. Depresif hastalar bazen işleştikçe kaybolan bir belirti olan ağlayamamaktan yakınır (68).

2.3.6.1. Öyküden Elde Edilen Bilgiler

- Anhedoni - zevk alamama
- Arkadaşlar ve aileden uzaklaşma
- Güdülenme yokluğu ve engellenmeye dayanma gücü azalma
- Vejetatif belirtiler:
 - Libido kaybı
 - İştahsızlık ve kilo alma
 - Düşük enerji düzeyi, yorgunluk
 - Adet düzensizliği
 - Sabah erken uyanma (terminal insonmia) çökkün hastaların yaklaşık %75'inde uykusuzluk veya aşırı uyuma gibi uyku bozuklukları
 - Gün içinde dalgalanma (semptomlar sabahleyin kötüleşir.)
- Kabızlık
- Ağız bozukluğu
- Baş ağrısı

2.3.6.2. Ruhsal Durum Muayenesinde Elde Edilen Bilgiler

Genel görünüm ve davranış: psikomotor yavaşlama veya ajitasyon, göz temasında azalma, vücudun öne eğilmesi, kişisel görünüme dikkat etmeme

Duygulanım: sıkıntılı,

Dugudurum: çökkün,

Konuşma: azdır ya da kendiliğinden konuşmaz, tek hecelerle, uzun aralıklarla konuşur, hafif, düşük tonda ve monotondur.

Düşünce içeriği: çökkün hastaların %60'ında özyıkım düşünceleri ve %15'inde tamamlanmamış öz yıkım; obsesif yinelemeler, yaygın umutsuzluk, değersizlik ve suçluluk duyguları; bedenle ilgili zihinsel uğraşalar; kararsızlık; içerik

yetersizliği, varsanı ve sanrılar, (duygudurumla uyumlu suçluluk, yok olma kötülük görme gibi) kendiliğindenlikte azalma.

Duyum: çelinebilirlik, yoğunlaşma güçlüğü, bellek zayıflığı, yönelim bozukluğu,

İçgörü ve yargılama: kişisel değersizlikle ilgili bilişsel bozukluklar nedeniyle bozular.

2.3.6.3. Eşlik Eden Bulgular

Bedensel yakınmalar; depresyonu maskeleyebilir, özellikle kalp sindirim sistemi, boşaltım sistemi, sırtın alt tarafında ağrı ve ortopedik yakınmalar

Var olduğunda, sanrı ve varsanıların içeriği çökkün duygudurumla uyumlu olmaya eğilimlidir. En yaygın olanlar suçluluk, yoksulluk hak edilmiş kötülük görme, bedenle ilgili ve dünyanın sonu geldiği şeklindedir. Duygudurumla uygunsuz sanrılar, belirgin duygudurumla açık olarak ilişkisi olmayan içeriktedirler. Örneğin çökkün duygudurumla ilişkisiz düşünce sokulması, yayınlanması, etkilenme sanrıları.

2.3.4.4. Yaş Özgü Bulgular

Depresyon değişik yaşlarda farklı şekillerde görülebilir:

-Puberte öncesi; somatik yakınmalar, ajitasyon, tek sesli işitsel varsanılar, kaygı bozuklukları ve fobiler.

-Ergenlik; madde kötüye kullanımı, antisosyal davranış, huzursuzluk, okuldan kaçma, okul güçlükleri, gelişigüzel cinsel ilişkiler, reddedilmeye aşırı duyarlılık, yetersiz temizlik.

-Yaşlılık; bilişsel kusurlar (bellek yitimi, yönelim bozukluğu ve konfüzyon, psödeman ya da depresyonun defans sendromu, apati) (68)

2.3.7. Depresyonda Tanı

Tablo 3. Major Depresif Epizod İçin DSM-IV Tanı Ölçütleri (69)

A. İki haftalık bir dönem sırasında daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan en az beşinin olması: semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama olması gerekir.
Not: Açıkça genel tıbbi duruma bağlı olan ya da duyguduruma uygun olmayan hezeyan ya da halüsinasyon semptomlarını katmayınız.
1. Ya hastanın kendisinin bildirmesi (örneğin: kendisini üzgün boşlukta hisseder) ya da başkalarının gözlemesi (örneğin: ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen her gün yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum. Not: çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygudurum bulunabilir.
2. Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirlendiği üzere)
3. Perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örneğin: ayda vücut kilosunun %5'inden fazlası olmak üzere ya da hemen hergün iştahın azalmış ya da artmış olması. Not: çocuklarda beklenen kilo alımının olmaması)
4. Hemen hergün, insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnia (aşırı uyku) olması.
5. Hemen hergün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarınca da gözleniyor olması gerekir.)
6. Hemen hergün yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması
7. Hemen hergün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (hezeyan düzeyinde olabilir) olması
8. Hemen hergün, düşünme ya da düşüncelerini belli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık (ya hastanın kendisi söyler ya da başkaları bunu gözlemiştir.)
9. Yineleyici ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması.
B. Bu semptomlar bir Mikst Epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.
C. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.
D. Bu semptomlar bir madde kullanımının (örneğin: kötüye kullanılabilen bir ilaç) sonucu değildir.
E. Bu semptomlar Yas'la daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitirilmesinden sonra bu semptomlar 2 aydan daha uzun sürer ya da bu semptomlar, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşp durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir

2.3.8. Depresyonda Ayırıcı Tanı

Kişilerde tespit edilen bütün bulgu ve belirtiler depresyona işaret etse bile, genel olarak depresyon tanısı konmadan önce yapılması gereken üç şey daha vardır:

- Mevcut belirtilerin herhangi bir medikal hastalığa bağlı olup olmadığını ayırmak. Bu iyi bir fizik ve nörolojik muayene ile çalışılan kurumun yetenekleri çerçevesinde yapılacak laboratuvar incelemeleri ile sağlanabilir. Depresyonun büyük oranda fiziksel hastalıklarla ilişkili olduğu unutulmamalıdır.

- Belirtilerin herhangi bir ilaç veya kanun dışı madde kullanımına bağlı olup olmadığı iyi bir soruşturma ve muayene ile ayırtedilebilir.

- Belirtilerin işlevselliği bozacak düzeyde olup olmadığı soruşturularak veya mümkünse psikolojik testlerle tespit edilebilir.

Depresyon belirtileri bir çok başka hastalık ve bozukluğun belirtileri ile karışabilir, bu hastalık ve bozukluklardan bir kısmının klinik görüntüleri gösterilmiştir.

-Hipertiroidizm (taşikardi, çarpıntılar, tremor, terleme, ekzoftalmi, tiroid büyümesi)

-Hiperglisemi (terleme, güçsüzlük, açlık, tremor, baş ağrısı)

-Feokromasitoma (hipertansiyon, zonklayıcı baş ağrısı, çarpıntı, hiperhidroz)

-Solunum bozuklukları (nefes darlığı, öksürük, göğüs belirtileri, ateş)

-Aritmiler (çarpıntılar, göğüs ağrısı, nefes darlığı, bayılmalar, ekg değişiklikleri)

Belirtileri depresyonla karışabilen bir kısım psikiyatrik bozukluğun depresyondan ayrımında yararlı olabilecek belirtileri vardır. Görüldüğü gibi farklı sistemleri ilgilendiren bir çok tıbbi hastalık veya belirti dizinleri ya da gidiş özellikleri belirgin farklı bir çok psikiyatrik bozukluk, iyi bir öykü ve muayene ihmal edilirse depresyon ile rahatlıkla karışabilmektedir. Bu yüzden bu hastalıklar ve bozuklukların depresyon ile uyuşan ve ayrışan belirtilerini çok iyi bilmek ve araştırmak gerekir. Belirtileri depresyonla karışabilen bir kısım psikiyatrik bozukluk;

-Demans (özellikle yakın hafızada bozukluk, konuşma ve anlama bozukluğu, davranış ve kişilikte bozulma, sinsi başlangıç)

-Anksiyete (sürekli korku veya endişe, terleme, çarpıntı, huzursuzluk gibi fiziksel belirtiler uykuya dalmada zorluk, yaygın özgül fobiler)

-İki uçlu bozukluk (açık epizodik gidiş depresyon mani veya hipomaniyle alternatif olarak yaşanır. Aile hikayesi belirgindir)

-Şizofrenik bozukluk (ciddi kişilik bozulması, düşünce bozuklukları, depresif duygu durum ile uyumsuz hezeyanlar özellikle işitsel hallüsinasyonlar, bizar ve uygunsuz, duygudurum, ciddi ilişki bozuklukları, bizar davranışlar, başlangıcın geç erişkinlik veya orta yaşta olması) (70).

2.3.9. Depresyon Tedavisi

Depresyon tedavisinin temel öğeleri; iyi hasta-hekim ilişkisi, akılcı ilaç kullanım ilkeleri çerçevesinde antidepresan tedavi, psikososyal ve psikoterapötik müdahalelerden oluşur.

2.3.9.1. İlaç Tedavisi

Hemen bütün antidepresif ilaçların önemli bir özelliği etkinliğin 1-3 hafta içinde başlamasıdır. Bu süre içinde, uykuda, iştahta, duygudurum ve toplumsal etkinliklerde düzelme başlar. Antidepresan tedavide doz ve yeterli süre çok önemlidir. Etkin olup olmadığına karar verirken 4-6 haftalık süre zorunludur. Bu süre içinde olumlu yanıt alınmadıysa aynı ilaçta ısrar edilmemeli, başka gruptan bir ilaç ya da etki düzeneği gösteren ilaç seçilmelidir. Depresif belirtiler kontrol altına alındıktan sonra ilk atakta en az 6 ay, 2 veya daha fazla atak geçirenlerde en az 12 ay koruyucu tedavi nüks olasılığını azaltma açısından gereklidir (71).

Antidepresan ilaç seçerken ilaçla ilgili göz önüne alınması gereken özellikler etkinlik, yan etki profili ve ilacın güvenilirliğidir. SSRI ve ikili etki gösteren (serotonin-noradrenalin) antidepresan ilaçlar, TSA ve MAOI'lerine göre daha iyi yan etki profiline sahiptir ve birçok olguda etkinlik açısından bu ilaçlarla karşılaştırılabilir düzeydedir. Yan etki profili, klinik etkinlik, uzun süre kullanımda güvenilirlik gibi ölçütler gözönüne alındığında TSA ilaçlar öncelikle seçilmemeli,

dirençli olgularda ek ilaç olarak veya tek başlarına kullanılmalıdırlar. İki nörotransmitter üzerinden etki eden antidepresan ilaçların etkinliğinin daha iyi olduğu konusunda gözlemler olmakla birlikte bu konu kesinleşmemiştir. Tianeptin, mirtazapin, moklobemid gibi ilaçların cinsel işlev bozukluğu açısından daha güvenilir olduğu unutulmamalıdır (71).

Tablo 4. Antidepresan İlaçların Sınıflaması (Türkiye'de olan ilaçlara yer verilmiştir) (71)

1- Monoamin Oksidaz İnhibitörleri (MAOI)
Seçici ve geri dönüşlü monoaminoksidaz inhibitörleri
Moklobemid
2- Trisiklik antidepresanlar
Opipramol, İmipramin, Klomipramin, Amitriptilin
3- Seçici Serotonin Gerilim inhibitörleri
Sertralin, Fluoksetin, Paroksetin, Fluvoksamin, Sitalopram, Essitalopram
4- Alfa 2 adrenoreseptör antagonistleri
Mianserin, Mirtazapin
5- Seçici Noradrenerjik Gerilim inhibitörleri
Reboksetin, Maprotilin
6- Noradrenalin ve Dopamin Gerilim inhibitörleri
Bupropion
7- Serotonerjik ve Noradrenalin Gerilim inhibitörleri
Venlafaksin, Milnasipran, Duloksetin
8- Serotonerjik ilaçlar
Nefazodon, Tianeptin, Trazodon, Gepiron

2.3.9.2. Psikoterapi

Dinamik Psikoterapi: Bu yaklaşımda terapist hastanın öyküsünü dinler ve depresyonun ardında yatan dinamik nedenleri kavramaya çalışırken, hasta terapistine yönelik aktarım duyguları geliştirir ve bağlanır. Yeterli bilgi toplandığında ise terapist daha araştırmacı ve açıklayıcı bir yaklaşım içine girer. Hastanın kendisi için hiç

yaşamamış olduğunu fark etmesi amaçlanır. Bu durum fark edildikten sonra terapist, hastaya yaşamda yeni yollar bulması için yardım eder (72).

Destekleyici Psikoterapi: Bu terapi yöntemi her hasta için başlangıçta, önemli nesne yitimlerinden sonra görülen yas ve çöküntü durumlarında uygulanmaktadır. Hasta yakınlarıyla sürekli ve düzenli bir iletişim ve işbirliğinin sağlanması gerekli ve yararlıdır (72).

Bilişsel (Davranışçı) Psikoterapi: Bu terapide her seansta bir önceki görüşmenin etkileri ve sonuçları gözden geçirilir, belli hedefler planlanır ve ev ödevleri belirlenir. Terapist oldukça aktiftir ve hastayla oldukça yakın ilişkiler içindedir. Terapist eğitici rolündedir. Hasta olumsuz düşüncelerini izlemeyi, çarpıtılmış otomatik düşüncelerine yönelik olumlu olumsuz kanıtları gözden geçirmeyi, bunların yerine gerçeğe daha yakın yorumlar koyabilmeyi öğretmeyi amaçlar (72).

2.3.10. Gebelik ve Depresyon

Gebelik, üretken çağdaki kadınlar arasında yaygın görülen bir durumdur ve genellikle anne için bir mutluluk dönemi olarak algılanır. Hamilelik kadın için doğal bir yaşam olayıdır. Hamilelik bir neşe, doyum, olgunluk, kendini gerçekleştirme ve mutluluk kaynağı olabildiği gibi; endişe, kaygılı bekleyiş, yüklenme de yaratabilir (73).Gebeliğin ruhsal bozukluklar için koruyucu bir dönem ya da “kendini iyi hissetme” dönemi olduğu düşüncesi son yıllarda kabul görmemektedir. Depresyon, hafif ya da ağır düzeyde, hamilelikte en sık görülen ruhsal bozukluktur (74). Gebelikte depresyon sıklıkla atlanır. Gebe kadınlarda da, uyku ve iştah bozukluğu, enerji ve istek kaybı gibi majör depresyonla örtüşen pek çok klinik bulgu ve belirtiyeye rastlanır. Gebelikte sıklıkla görülen tıbbi hastalıklar gebelikte depresyon tanısını daha komplike hale getirir (75,76).

Yapılan çalışmalara göre gebelikte depresyon ve depresif semptom görülme sıklığının % 5 - 51 arasında değiştiği bulunmuştur (73,77). Kurki ve ark. gebelikte depresyon sıklığını %30, Marcus ve ark. %20 olarak bulmuşlardır (77,78). Türkiye’de bu konuda yapılmış yeterince çalışma olmaması ile birlikte Cebeci ve ark.nın gebeler üzerinde yaptıkları bir çalışmada Beck depresyon ölçeğine göre

(kesme değeri 17 ve üzeri) depresyon semptom görülme prevalansı %12 bulunmuştur (79). McKee ve ark.nın düşük gelir düzeyine sahip gebeler üzerinde yaptığı bir çalışmada ise Beck depresyon ölçeğine göre (kesme değeri 14 ve üzeri) depresyon prevalansı %51 olarak bulunmuştur (80).

Gebelikte depresyon riski; özgeçmişte depresyon öyküsüyle (81), annenin yaşı küçüldükçe (82), yalnız yaşayan annelerde, yetersiz sosyal destekle, evlilikteki uyumsuzlukla (83), istenmeyen gebelik veya gebelik ile ilgili ambivalan düşüncelerle (83) ve çocuk sayısı arttıkça (84) artar. Jinekolojik öyküde; kürtaj sıklığı, düşük ve hamileliğe ilişkin ikilemler duygular gebelikte depresyon için risk faktörü olmaktadır (73). Düşük yapanların bir sonraki gebeliklerinde depresyon görülme riski artmaktadır. En belirgin olarak tanımlanmış risk faktörleri; önceden depresyon öyküsü olması, önceden depresyon öyküsü olan bir kadının tedaviyi bırakması, önceden postpartum depresyon öyküsü olması ve soygeçmişte depresyon öyküsü olmasıdır.

Gebelikte depresyona katkı sağlayan psikososyal faktörler; gebeye karşı kötü tutum, sosyal destek eksikliği, zorlu yaşam olaylarına karşı annedeki stres ve gebelikten dolayı mutsuz olan bir eş veya aile üyesidir (81,83).

Depresyon tedavisindeki genel öneriler, relapsları etkili şekilde önleyebilmek için, antidepresan tedavinin remisyona başladıktan sonra 4 ila 6 ay daha sürdürülmesi şeklindedir (85). İlaç kesildikten sonraki ilk 8 hafta özel önlemler alınmalıdır çünkü bu süre relaps riskinin en yüksek olduğu dönemdir (86). Gebelikte depresyon için ilk atakların, relapsların ve rekürenslerin görülme riski arttığı için aynı öneriler antidepresanlarla tedavi edilirken gebe kalmış kadınlar için de geçerlidir. Halen antidepresan tedavisi alanların gebe kaldıkları zaman tedavilerini erken kesmek zorunda kalmaları da gebelikte depresyonun alevlenmesi ya da yinelemesi açısından riske neden olmaktadır. Gelişmiş toplumlarda bile planlanmamış gebelik oranı %50'ye yakındır. Çoğu gebe kadın “bebek mi yoksa ilaç mı?” sorusuna ilacı kesme ile yanıt vermektedir. Bu durumda gebelik sırasında depresyonda alevlenme ya da yineleme riski doğmaktadır (87).

Gebelikte farmakoterapi planlanıyorsa, antidepresanların kesilmesiyle oluşacak depresyonun anneye ve fetusa vereceği zarar, gebelikte antidepresan

kullanımının riskiyle iyi tartılmalıdır. Gebelikte pek çok antidepresanın güvenli kullanımıyla ilgili kanıtlar artarken hem fetusun hem annenin açısından güvenliliği bildirilmiş ajanlar tedavide planlanmalıdır.

Ruhsal hastalıkların annenin duygu durumunu etkileyerek, gebelikle ilgili olumsuz sonuçlar doğurabileceği belirtilmektedir. Bu konu ile ilgili yapılan çalışmalarda depresyonun müdahale edilmediği takdirde çeşitli obstetrik komplikasyonlara ve doğumsal patolojilere yol açabileceği bulunmuştur.(88,89).

Gebeliğin hipertansif hastalıkları (preeklampsi eklampsi), gebelikteki depresyonla ilişkili bulunan en önemli durumlar arasındadır. Gebelikte depresyonla ilişkili bulunan diğer durumlar şunlardır: Spontan abortus, antenatal kanama, artmış uterin arter rezistansı, düşük Apgar skoru, neonatal yoğun bakım gerektiren bebek doğurma, neonatal büyüme geriliği, spontan erken doğum, fetal ölüm, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma, gestasyon yaşına göre küçük bebek doğurma, perinatal ve doğum komplikasyonları, preterm eylem ve yüksek kortizol düzeyine sahip bebek doğurma (90). Depresyon, ayrıca sezeryan veya forseps gibi müdahaleli doğumlar, doğumun normalden daha ağırlı olması ve bundan dolayı da daha çok epidural analjeziye ihtiyaç duyulması gibi durumlarla da ilişkili bulunmuştur. Çeşitli çalışmalarda, ruhsal hastalığın annenin hareketlilik durumunu, prenatal bakım sağlamasını ve sağlıklı davranışlarını önleme kabiliyetini etkilediği gösterilmiştir (90).

Gerek belirtilerin tanınmamasından, gerekse ilaç yan etkisi göze alınmadığından gebelikte tedavi edilmeyen depresyon pek çok olumsuz sonuç doğurur. Bunlardan bazıları, doğum öncesi bakım önerilerine ve takibe uyumsuzluk, özbakım ve beslenme yetersizliği, alkol ve madde kullanımı, intihar ve fetusa zarar verme düşünceleri ve postpartum depresyon riskidir. İlaveten annedeki tedavi edilmemiş depresyonun önemli bir etkisi de fetusta meydana gelebilecek psikolojik etkidir (91).

Depresif gebeler preterm eylem ve düşük doğum ağırlıklı bebekler için risk altındadırlar (92). Gebelikte kontrol altına alınmamış bir depresyon postpartum depresyon riskini üçe katlar (93).

Gebelikte hafif ve orta derecedeki depresyonda ilk olarak nonfarmakolojik tedavilerdenenmelidir. Daha şiddetli depresyonu olan hastalarda psikoterapi tek başına yeterli olmayabileceği için bunun yanında antidepresan bir ajan eklemek gerekebilmektedir. Günümüze kadar yapılan çalışmaların çoğu, gebelik döneminde görülen depresyonda antidepresanlarla tedavinin hem bebek hem de anne açısından olumlu sonuçlar verdiğini savunmaktadır. Tedavi planı yapılırken sadece hekim ve hastanın değil uygunsu eşlerin, obstetrisyenlerin, yenidoğan uzmanlarının ve diğer sağlık çalışanlarının da (örn.ebeler, danışmanlar) fikirleri alınmalıdır. Tedavi başlatıldıktan sonra postpartum dönem dahil gebelik boyunca sıkı bir şekilde inceleme ve takip yapılarak relaps önlenmelidir. Bu konuda aile bir eylerinin bilgilendirilmesinin ve ilgilerinin de önemli olduğu belirtilmeli ve aile desteği de sağlanmalıdır (90).

3. MATERYAL-METOD

3.1. Araştırma Projesi

‘Gebelerde anksiyete ve depresyon ile ilişkili sosyodemografik özellikler’ isimli araştırma projesi 26 Haziran 2009 tarih ve 40 karar no ile (ek-2) etik kurul tarafından uygun görülmüştür. Bu çalışma gebelerde anksiyete ve depresyon ile ilişkili sosyodemografik özellikleri tespit ederek, psikosomatik durumlarıyla karşılaştırarak risk gruplarını literatür bilgileriyle kıyaslayarak belirleme amacıyla planlanmıştır.

3.2. Araştırma Bölgesi

Araştırma Isparta il merkezinde Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde gerçekleştirilmiştir. Üniversite; Isparta merkezinde yer alması ve tüm göller bölgesine hitap eden konumu nedeniyle, tüm Isparta ili hakkında bilgi sağlayacağı gibi, farklı sosyoekonomik düzeyleri de temsil edecektir.

3.3. Araştırmanın Tipi

Çalışma, kentsel olarak yürütülecek kesitsel tipte prospektif bir araştırmadır. 25 Temmuz 2009 ve 1 Temmuz 2010 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Evrenin Tanıtılması

Çalışmanın evrenini Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran gebeler oluşturmaktadır. Polikliniğe başvuran tüm gebelere ulaşmak mümkün olmayacağından, çalışmanın amaçları doğrultusunda çalışma evrenini genelleyerek ve temsil edecek bir örneklem gerçekleştirilmiştir. Örneklem seçilirken temsil yeteneğine sahip olabilmesi için; yeterli büyüklükte, taraf tutulmadan seçilmiştir. Groph Perd Instant V2.02 programında bilinmeyen evren büyüklüğü için prevalans %25, alfa değeri 0,05, beta değeri 0,20 ve hata payı %5 alınmak suretiyle örnek büyüklüğü 563 kişi olarak hesaplanmıştır.

3.5. Araştırmaya Katılım Oranları

Yukarıdaki bahsedilen şekilde hesaplanan 563 kişiye ulaşabilmek için 25.07.09-25.12.09 tarihleri arasında SDÜ Tıp Fakültesi Kadın Doğum Polikliniğine başvuran toplam 563 hastayla görüşülmüş ve çalışmaya katılmayı kabul eden ve testleri okuyup yanıt verecek sosyal düzeyde olan ve aydınlatılmış onam formunu imzalayan 452 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya katılmayı 494 hasta kabul etmiş fakat 42 hasta testleri ve anketi okuyup yanıt verecek sosyal düzeyde olmadığından çalışmaya dahil edilmemiştir. Katılım oranı %87,74 olarak gerçekleşmiştir.

3.6. Araştırmaya Kabul ve Red Kriterleri

Araştırmaya belirtilen tarihlerde Kadın Doğum polikliniğine başvuran gebeler yaş farkı gözetilmeden dahil edilmiştir. Gebe olmak, testleri okuyup yanıt verecek sosyal düzeyde olmak ve çalışmaya katılmaya gönüllü olmak çalışmanın temel kabul kriterleri olarak kabul edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Uygulama Şekli

Çalışmanın başlangıç aşamasında SDÜ Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda görevli öğretim üyeleri ve araştırma görevlisi doktorlarla yüz yüze bilgilendirme görüşmeleri yapılmış, çalışmanın uygulanabilirlik derecesi araştırılmıştır. Çalışmanın amaçları, uygulama şekli ve elde edilen sonuçların nelere yarayacağı hakkında da çalışanlara bilgi verilmiştir.

Daha sonra hastalarla yüzyüze görüşülerek öncelikle çalışma anlatılmış ve ekte hazır olarak bulunan aydınlatılmış onam formu (ek-3), kabul eden gebelere imzalatılarak çalışmaya alınmış kabul etmeyenler ise çalışmaya alınmamıştır. Çalışmaya alınan gebelere ekte bulunan gebe değerlendirme anketi (ek-4) ve hastane anksiyete ve depresyon ölçeği (HADÖ) (ek-5) uygulanmıştır.

Gebe değerlendirme anketinde hastalara yaşları, gebelik haftaları, medeni durumları, eğitim durumları, aylık gelirleri, meslekleri, gebelik sırasında çalışıp çalışmadığı, sosyal güvencesi, son 10 yılda göç yapıp yapılmadığı, evlilik yaşları, eşinin eğitim durumu ve mesleği, evliliklerini nasıl değerlendirdiklerini, eşiyle

aralarında akrabalık olup olmadığını, gebelik sırasındaki cinsel yaşantıları, sigara alkol alışkanlıkları, yandaş hastalık öyküsü, psikiyatrik hastalık öyküsü ve ilaç kullanım öyküsü, gebeliğin istemli olup olmadığı, uyku düzeni, özürlü çocuk öyküsü, toplam gebelik sayısı, canlı doğum, ölü doğum, yaşayan çocuk sayısı, kürtaj ve düşük öyküsü, yardımcı üreme tekniği kullanıp kullanılmadığı sorgulandı.

1982 yılında Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilen Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1996'da Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılarak 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 (94). 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 sözedilmektedir (95). Ölçeğin amacı; tanı koymak değil, bedensel hastalığı olanlarda anksiyete ve depresyonu kısa sürede tarayarak risk grubunu belirlemektedir. Ayrıca ölçek hastanın emosyonel durumunun değişiminin değerlendirilmesinde de kullanılmaktadır. Bu nedenle ölçek hiçbir bedensel belirti içermemektedir (95). Anksiyete için hastalar 0-10 puan aldığında hastaların anksiyetesi yok, 11 ve üzerinde anksiyetesi var, depresyon için 0-7 puan aldığında hastaların depresyonu yok, 8 ve üzerinde depresyonu var olarak tanımlanmıştır. HADÖ ölçeği başka ölçeklerle karşılaştırılmalı olarak kullanılmış ve bedensel hastalığı olanlarda anksiyete ve depresyonu değerlendirme yönünden yeterli olduğu bulunmuştur (95).

3.8. İstatistiksel İncelemeler

Araştırmada elde edilen veriler Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 16.0 programı ile bilgisayar ortamına dökülmüş ve değerlendirilmeye alınmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde Ki-Kare ve Anova testleri kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Süresi

Araştırma 25 Temmuz 2009 ve 1 Temmuz 2010 tarihleri arasında yaklaşık 12 aylık bir sürede gerçekleştirilmiştir.

3.10. Araştırma Sırasında Karşılaşılan Güçlükler

Öncelikle araştırmanın veri toplama aşamasında kadın hastalıkları ve doğum polikliniğinde görev yapan hekim ve yardımcı sağlık personelinin çalışmaya çok fazla ilgi göstermemesi karşılaşılan sorunlardan birisidir. Bu sorun sağlık personelinin tekrardan bilgilendirilmesiyle ortadan kaldırılmıştır. Hastalara anket ve HAD ölçeği uygulanırken polikliniğin dar olması da sorun oluşturmuştur.

4. BULGULAR

Öncelikle çalışmaya katılan gebelerin sosyodemografik özellikler incelendi.(tablo 5).

Araştırmaya katılan 452 gebenin 161'i (%35,6) 15-25 yaş arasında, 243'ü (%53,8) 26-35 yaş arasında, 48'i (%10,6) 36 yaş ve üzerindedir. Araştırmaya katılanların arasında en küçük yaş 16, en büyük yaş ise 42'dir.

Çalışmaya katılan 452 gebenin 448'i (%99,1) evli, 4'ü (%0,9) duldu.

Çalışmaya katılan 452 gebenin 8'i (%1,7) sadece okur-yazar, 131'i (%29,0) ilkokul mezunu, 78'i (%17,3) ortaokul mezunu, 136'sı (%30,1) lise mezunu, 99'u (%21,9) üniversite mezunuydu.

Çalışmaya katılan 452 gebenin 144'ü (%31,9) 500 Türk Lirası (TL) altında, 148'i (%32,7) 500-1000 TL arasında, 160'ı (%35,4) 1000 TL üzerinde aylık gelire sahipti.

Çalışmaya katılan gebeler mesleklerine göre incelendiğinde 452 gebenin 332'si (%73,5) ev hanımı, 68'si (%15,0) memur, 37'si (%8,2) işçi, 14'ü (%3,1) serbest meslek, 1'i(%0,2) emekliydi.

Gebelerin mesleklerinden sonra aktif olarak çalışıp çalışmadıkları sorgulandı. Çalışmaya katılan 452 gebenin 108'i (%23,9) gebeliği sırasında aktif çalışırken, 344'ü (%76,1) gebeliği sırasında çalışmıyordu.

Sahip oldukları sosyal güvence açısından çalışmaya katılan 452 gebenin 233'ü (%51,5) Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), 57'si (%12,6) bağ-kur, 102'si (%22,6) emekli sandığı, 41'i (%9,1) yeşil kartlı iken, 19'unun (%4,2) hiçbir sağlık güvencesi yoktu.

Çalışmaya katılan 452 gebenin göç etme durumları incelendiğinde 173'ü (%38,3) son 10 yıl içinde göç yaparken; 279'u (%61,7) son yıl içinde göç yapmamıştır.

Çalışmaya katılan 452 gebenin en düşük evlenme yaşı 14 iken, en yüksek evlenme yaşı 40 olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan 452 gebenin 190'ı (%42,0)

20 yaş ve öncesi, 183'ü (%40,5) 21-25 yaş, 63'ü (%13,9) 26-30 yaş, 12'si (%2,7) 31-35 yaş, 4'ü (%0,9) 35 yaşından sonra evlenmiştir

Gebelerin eşlerinin eğitim düzeyleri de, gebeliği etkileyecek bir parametre olarak incelenmiştir. Çalışmaya katılan 452 gebenin eşlerinden 2'si (%0,5) sadece okur-yazar, 90'ı (%19,9) ilkokul mezunu, 64'ü (%14,2) ortaokul mezunu, 162'si (%35,8) lise mezunu, 134'ü (%29,6) üniversite mezunuydu.

Eşlerinin mesleklerine bakıldığında; çalışmaya katılan 452 gebenin eşlerinden 30'u (%6,6) işsiz, 121'i(%2,8) memur, 163'ü (%36,1) işçi, 129'u (%28,5) serbest meslek, 9'u (%2,0) emekliydi.

Eşler arasında akrabalık bulunması gebelikte etkili en önemli faktörlerden biridir. Çalışmaya katılan 452 gebenin 55'inin (%12,2) eşleriyle aralarında akrabalık bulunurken, 397'sinin (%87,8) eşleriyle aralarında akrabalık bulunmamaktadır.

Alkol ve sigara kullanımı hem sosyodemografik gösterge olarak hem de gebelikte risk oluşturmaları açısından önemlidirler. Çalışmaya katılan 452 gebenin 48'i (%10,6) gebeliği sırasında sigara kullanırken, 404'ü (%89,4) sigara kullanmamaktadır. Çalışmaya katılan 452 gebenin 1'i (%0,2) gebeliği sırasında alkol kullanırken, 451'i (%99,8) alkol kullanmamaktadır.

Tablo 5. Çalışmaya katılan gebelerin sosyodemografik özellikleri

	N	%
Yaş		
15-25 yaş arası	161	35,6
26-35 yaş arası	243	53,8
36 yaş ve üstü	48	10,6
Medeni Durumu		
Evli	448	99,1
Dul	4	0,9
Eğitim Düzeyi		
Sadece okur yazar	8	1,8
İlkokul mezunu	131	29,0
Ortaokul mezunu	78	17,3
Lise mezunu	136	30,1
Üniversite mezunu	99	21,9
Gelir Düzeyi		
<500 TL	144	31,9
500-1000 TL	148	32,7
1000 TL ve üstü	160	35,4
Meslek		
Ev hanımı	332	73,5
Memur	68	15,0
İşçi	37	8,2
Serbest Melek	14	3,1
Emekli	1	0,2
Gebelik Sırasında Çalışma		
Evet	108	23,9
Hayır	344	76,1
Sosyal Güvence		
SSK	233	51,5
Bağ-Kur	57	12,6
Emekli Sandığı	102	22,6
Yeşil Kart	41	9,1
Hiçbiri	19	4,2
Son 10 Yıl İçinde Göç Yapmış Olmak		
Evet	173	38,3
Hayır	279	61,7
Evlenme Yaşı		
20 yaş ve öncesi	190	42,0
21-25 yaş arası	183	40,5
26-30 yaş arası	63	13,9
31-35 yaş arası	12	2,7
36 yaş ve üstü	4	0,9
Eş Eğitim Düzeyi		
Sadece okur yazar	2	0,4
İlkokul mezunu	90	19,9
Ortaokul mezunu	64	14,2
Lise mezunu	162	35,8
Üniversite mezunu	134	29,6
Eş Meslek		
İşsiz	30	6,6
Memur	121	26,8
İşçi	163	36,1
Serbest Meslek	129	28,5
Emekli	9	2,0
Akraba Evliliği		
Evet	55	12,2
Hayır	397	87,8
Sigara		
Evet	48	10,6
Hayır	404	89,4
Alkol		
Evet	1	0,2
Hayır	451	99,8
TOPLAM	452	100

Çalışmaya katılan gebelerin sosyodemografik özelliklerinden sonra kronik hastalık ve ilaç kullanım öyküleri sorgulandı (tablo 6). Çalışmaya katılan 452 gebenin 42'ünde (%9,3) kronik bir hastalık öyküsü bulunurken, 410'unda (%90,8) herhangi bir kronik hastalık öyküsü bulunmamaktadır. Çalışmaya katılan 452 gebenin 5'inde (%1,1) hipertansiyon, 4'ünde (%0,9) guatr, 4'ünde (%0,9) diyabet, 4'ünde (%0,9) epilepsi, 9'unda (%2,0) hipotiroidi, 4'ünde (%0,9) hipertroidi, 2'sinde (%0,4) behçet, 2'sinde (%0,4) astım, 1'inde (%0,2) glomerülonefrit, 3'ünde (%0,7) kalp kapak hastalığı, 2'sinde (%0,4) migren, 1'inde (%0,2) kronik hepatit B, 1'inde (%0,2) Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA) bulunmaktadır.

Çalışmaya katılan 452 gebenin 17'sinde (%3,8) bilinen bir psikiyatrik hastalık öyküsü bulunurken, 435'sinde (%96,3) herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmamaktadır. Çalışmaya katılan 452 gebenin 7'sinde (%1,5) depresyon bulunurken, 10'unda (%2,2) anksiyete bozukluğu bulunmaktadır.

Çalışmaya katılan 452 gebenin 28'sinin (%6,2) sürekli kullandığı bir ilaç bulunurken, 424'ünün (%93,8) sürekli kullandığı bir ilaç bulunmamaktadır.

Çalışmaya katılan 452 gebenin 5'i (%1,1) antihipertansif, 4'ü (%0,9) insülin, 8'i (%1,8) levotrion, 2'si (%0,4) propiltiourasil, 4'ü (%0,9) lamiptal, 1'i (%0,2) aspirin, 1'i (%0,2) antidepresan, 2'si (%0,4) kolşisin, 1'i (%0,2) clexan kullanmaktadır.

Tablo 6. Çalışmaya katılan gebelerin kronik hastalık ve ilaç kullanım öyküsü

	N	%
Kronik Hastalık Öyküsü		
Hipertansiyon	5	1,1
Guatr	4	0,9
Diyabetes Mellitus	4	0,9
Epilepsi	4	0,9
Hipotiroidi	9	2,0
Hipertiroidi	4	0,9
Behçet Hastalığı	2	0,4
Astım	2	0,4
Glomerulonefrit	1	0,2
Kalp Kapak Hatalığı	3	0,7
Migren	2	0,4
Kronik Hepatit B	1	0,2
Ailevi Akdeniz Ateşi	1	0,2
Yok	410	90,8
Psikiyatrik Hastalık Öyküsü		
Depresyon	7	1,5
Anksiyete Bozukluğu	10	2,2
Yok	435	96,3
Sürekli İlaç Kullanım Öyküsü		
Evet	28	6,2
Hayır	424	93,8
TOPLAM	452	100

Çalışmaya katılan gebelerin sosyodemografik özellikleri ile kronik hastalık ve ilaç kullanım öyküleri sorgulandıktan sonra; gebelik bilgilerine ait özellikler araştırıldı (tablo 7).

Çalışmaya katılan 452 gebenin 135'i (%29,8) 1. trimesterde, 186'sı (%41,2) 2. trimesterde, 131'i (%29,0) 3. trimesterdeydi.

Toplam gebelik sayıları incelendiğinde çalışmaya katılan 452 gebenin 157'sinin (%34,7) ilk gebeliği, 138'inin (%30,5) ikinci gebeliği, 87'sinin (%19,3) üçüncü gebeliği, 47'sinin (%10,4) dördüncü gebeliği, 14'ünün (%3,1) beşinci gebeliği, 6'sının (%1,3) altıncı gebeliği, 2'sinin (%0,4) yedinci gebeliği, 1'inde (%0,2) onbirinci gebeliği olduğunu belirtmiştir. Çalışmamıza katılan gebelerin toplam gebelik sayısı ortalaması $2,24 \pm 1,294$ olarak bulunmuştur.

Canlı doğum sayıları incelendiğinde çalışmaya katılan 452 gebenin 185'i (%40,9) hiç canlı doğum yapmamışken, 161'i (%35,6) bir kez, 79'u (%17,5) iki kez, 24'ü (%5,3) üç kez, 3'ü (%0,7) dört kez canlı doğum yapmıştır. Çalışmaya katılan gebelerin ortalama canlı doğum sayısı $0,89 \pm 0,920$ dir.

Ölü doğum sayılarına bakıldığında çalışmaya katılan 452 gebenin 390'ı (%86,3) hiç ölü doğum yapmamıştır, 43'ü (%9,5) bir ölü doğum, 13'ü (%2,9) iki ölü doğum, 5'i (%1,1) üç ölü doğum, 1'i (%0,2) dört ölü doğum yapmıştır. Çalışmaya katılan gebelerin ortalama ölü doğum sayısı $0,19 \pm 0,555$ dir.

Yaşayan çocuk sayısına bakıldığında çalışmaya katılan 452 gebenin 192'sinin (%42,5) yaşayan çocuğu bulunmazken, 170'inin (%37,6) bir yaşayan çocuğu, 70'inin (%15,5) iki yaşayan çocuğu, 20'sinin (%4,4) üç yaşayan çocuğu bulunmaktadır. Çalışmaya katılan gebelerin ortalama yaşayan çocuk sayısı $0,82 \pm 0,852$ ' dir.

Kürtaj sayısına bakıldığında çalışmaya katılan 452 gebenin 430'u (%95,1) hiç kürtaj yaptırmamışken, 19'u (%4,2) bir kez, 2'si (%0,4) iki kez, 1'i (%0,3) dört kez kürtaj olmuştur. Çalışmamıza katılan gebelerin ortalama kürtaj sayısı $0,06 \pm 0,303$ 'dür.

Düşük sayılarına bakıldığında çalışmaya katılan 452 gebenin 417'si (%92,3) hiç düşük yapmamışken, 27'si (%6,0) bir kez, 6'sı (%1,3) iki kez, 2'si (%0,4) üç kez düşük yapmıştır. Çalışmamıza katılan gebelerin ortalama düşük sayısı $0,10 \pm 0,378$ 'dür.

Çalışmaya katılan 452 gebenin 11'inin (%2,4) özürlü çocuğu bulunurken, 441'inin (%97,6) özürlü çocuğu bulunmamaktadır.

Çalışmaya katılan 452 gebenin 33'ü (%7,3) yardımcı bir üreme tekniği kullanırken, 419'u (%92,7) herhangi bir yardımcı üreme tekniği kullanmamıştır.

Çalışmaya katılan 452 gebenin 362'sinin (%80,1) gebeliği istemliyken, 90'ının (%19,9) gebeliği istemli bir gebelik değildir.

Tablo 7. Çalışmaya katılan gebelerin gebelik bilgileri

	N	%
Gebelik Süresi		
1. trimester	135	29,8
2. trimester	186	41,2
3. trimester	131	29,0
Toplam Gebelik Sayısı		
İlk gebelik	157	34,7
2. gebelik	138	30,5
3. gebelik	87	19,3
4. gebelik	47	10,4
5. gebelik	14	3,1
6. gebelik	6	1,3
7. gebelik	2	0,4
> 7. gebelik	1	0,2
Canlı Doğum Sayısı		
Yok	185	40,9
1 canlı doğum	161	35,6
2 canlı doğum	79	17,5
3 canlı doğum	24	5,3
4 canlı doğum	3	0,7
Ölü Doğum Sayısı		
Yok	390	86,3
1 ölü doğum	43	9,5
2 ölü doğum	13	2,9
3 ölü doğum	5	1,1
4 ölü doğum	1	0,2
Yaşayan Çocuk Sayısı		
Yok	192	42,5
1 yaşayan çocuk	170	37,6
2 yaşayan çocuk	70	15,5
3 yaşayan çocuk	20	4,4
Kürtaj Sayısı		
Yok	430	95,1
1 kürtaj	19	4,2
2 kürtaj	2	0,4
>2 kürtaj	1	0,3
Düşük Sayısı		
Yok	417	92,3
1 düşük	27	6,0
2 düşük	6	1,3
3 düşük	2	0,4
Özürli Çocuğa Sahip Olma Öyküsü		
Evet	11	2,4
Hayır	441	97,6
Yardımcı Üreme Tekniği Kullanımı		
Evet	33	7,3
Hayır	419	92,7
Gebelik İstemi		
Evet	362	80,1
Hayır	90	19,9
TOPLAM	452	100

Çalışmaya katılan 452 gebenin 183'ü (%40,5) evliliğini çok iyi, 190'ı (%42,0) iyi, 69'u (15,3) fena değil, 7'si (%1,5) kötü, 3'ü (%0,7) çok kötü olarak değerlendirmektedir.

Çalışmaya katılan 452 gebenin 187'si (%41,4) gebelikte cinsel yaşamının olumsuz yönde etkilendiğini belirtirken, 265'i (%58,6) gebelikte cinsel yaşamının olumsuz yönde etkilenmediğini belirtmektedir. Çalışmaya katılan 452 gebenin 111'inin (%24,6) gebelik sırasında uyku düzeninde değişiklik olmazken, 218'inin (%48,2) uyku miktarı artmış, 123'nün (%27,2) uyku miktarı azalmıştır.

Tablo 8. Çalışmaya katılan gebelere günlük hayata dair sorulan sorular

	N	%
Evlilik Hayatı Değerlendirmesi		
Çok iyi	183	40,5
İyi	190	42,0
Fena değil	69	15,3
Kötü	7	1,5
Çok kötü	3	0,7
Gebelikte Cinsel Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi		
Evet	187	41,4
Hayır	265	58,6
Gebelikte Uyku Düzeni		
Değişmedi	111	24,6
Arttı	218	48,2
Azaldı	123	27,2

Çalışmaya katılan 452 gebenin 130'unda (%28,8) anksiyete bulunurken, 322'sinde (%71,2) anksiyete bulunmamaktadır. Çalışmaya katılan gebelerin ortalama anksiyete puanı $7,98 \pm 4,053$ olarak bulunmuştur.

Çalışmaya katılan 452 gebenin 158'inde (%35,0) depresyon bulunurken, 294'ünde (%65,0) depresyon bulunmamaktadır. Çalışmaya katılan gebelerin ortalama depresyon puanı $6,58 \pm 3,794$ olarak bulunmuştur.

4.1. Karşılaştırmalı Analizler

Çalışma kapsamındaki gebelerin sosyodemografik özellikleri, kronik hastalık ve ilaç kullanım öyküleri, gebelik bilgileri ile gebelerden elde edilen günlük hayata dair görüşler her bir veri için tek tek anlamlılık açısından karşılaştırılmış olup anlamlı çıkan sonuçlar özetlenmiştir.

Çalışmaya katılan gebelerin yaşlarıyla eğitim düzeyi arasında anlamlı farklılık gözlemlendi. Yaş arttıkça eğitim düzeyi azalmaktaydı ($p=0,000$ $d=-0,036$). Çalışmaya katılan gebelerin yaşları ile toplam gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, kürtaj sayısı arasında anlamlı farklılık gözlemlendi. Yaş arttıkça tüm bu parametrelerde artış gözlenmekteydi ($p=0,000$ $d=0,391$; $p=0,000$ $d=0,408$; $p=0,000$ $d=0,397$; $p=0,017$ $d=0,087$; $p=0,033$ $d=0,72$). Yaş ile gebeliğin istemli olması arasında anlamlı farklılık gözlemlendi. Yaş arttıkça gebeliğin istemi azalmaktaydı ($p=0,000$ $d=0,191$). Yaş ile anksiyete puanı ve depresyon puanı arasında anlamlı farklılık gözlenmedi ($p=0,716$; $p=0,280$).

Çalışmaya katılan gebelerin eğitim düzeyleri ile aylık gelirleri arasında anlamlı farklılık gözlemlendi. Eğitim düzeyi arttıkça aylık gelir düzeyi de artmaktaydı ($p=0,000$ $d=0,399$). Eğitimle meslek arasında anlamlı farklılık gözlemlendi ($p=0,000$). Eğitimle eş eğitim düzeyi arasında anlamlı farklılık gözlemlendi. Eğitim düzeyi arttıkça eş eğitim düzeyi de artmaktaydı ($p=0,000$ $d=0,555$). Eğitimle akraba evliliği arasında anlamlı farklılık gözlemlendi. Eğitim düzeyi arttıkça akraba evliliği azalmaktaydı ($p=0,003$ $d=0,128$). Eğitimle gebeliğin istemli olması arasında anlamlı farklılık gözlemlendi. Eğitim düzeyi arttıkça istemli gebelikte artmaktaydı ($p=0,007$ $d=-0,102$). Eğitim ile anksiyete puanı arasında anlamlı farklılık gözlenmedi ($p=0,816$). Eğitimle depresyon puanı arasında anlamlı farklılık gözlemlendi. Eğitim düzeyi arttıkça depresyon puanı düşmekteydi ($p=0,001$ $d=-0,182$) (tablo 9).

Tablo 9. Eğitim düzeyi ile HAD ölçeği depresyon puan ortalamaları

Eğitim düzeyi	Depresyon puan ortalaması ($p \pm SD$)
Sadece okur-yazar	6,62 \pm 2,825
İlkokul	7,78 \pm 4,043
Ortaokul	6,91 \pm 3,311
Lise	6,19 \pm 3,522
Üniversite	5,26 \pm 3,784

Aylık gelire, araştırılan dört ana başlığı arasında anlamlı farklılık gözlenmedi. Aylık gelire anksiyete puanı arasında anlamlı farklılık gözlenmedi ($p=0,585$). Aylık

gelirle depresyon puanı arasında anlamlı farklılık gözlemlendi. Aylık gelir arttıkça depresyon puanı azalmaktaydı ($p=0,013$ $d= - 0,164$) (tablo 10).

Tablo 10. Aylık gelire göre HAD ölçeği depresyon puan ortalamaları

Aylık gelir	Depresyon puan ortalaması ($p \pm SD$)
500 TL altında	7,44 \pm 3,537
500-1000 TL arasında	6,82 \pm 3,960
1000 TL üstünde	5,58 \pm 3,654

Meslek açısından dört ana konu başlığı ile anlamlı ilişki saptanmazken çalışmaya katılan gebelerin meslekleriyle anksiyete puanları arasında anlamlı farklılık gözlemlendi ($p=0,004$). Çalışmaya katılan gebelerin meslekleriyle depresyon puanları arasında anlamlı farklılık gözlemlendi ($p=0,009$) (tablo 11).

Tablo 11. Mesleğe göre HAD ölçeği anksiyete ve depresyon puan ortalamaları

Meslek	Anksiyete puan ortalaması ($p \pm SD$)	Depresyon puan ortalaması ($p \pm SD$)
Ev hanımı	8,05 \pm 4,056	6,79 \pm 3,605
Memur	7,59 \pm 3,456	5,46 \pm 3,949
İşçi	7,78 \pm 4,522	6,76 \pm 4,010
Serbest Meslek	8,57 \pm 5,431	6,21 \pm 5,780
Emekli	13,00 \pm 0,000	12,00 \pm 0,000

Çalışmaya katılan gebelerin gebelik sırasında çalışması ile anksiyete puanı arasında anlamlı farklılık gözlenmedi ($p=0,085$). Gebelik sırasında çalışma ile depresyon puanı arasında anlamlı farklılık gözlemlendi. Gebelik sırasında çalışma oranı arttıkça depresyon puanı düşmekteydi ($p=0,002$ $d=0,115$) (tablo 12).

Tablo 12. Gebelik sırasında çalışma durumuna göre HAD ölçeği depresyon puan ortalamaları

Gebelik sırasında çalışma	Depresyon puan ortalaması (p ± SD)
Evet	5,71 ± 4,276
Hayır	6,85 ± 3,594

Gebelerin sosyal güvenlik durumları incelendiğinde; çalışmaya katılan gebelerin sosyal güvenceleri ile anksiyete ve depresyon puanları arasında anlamlı farklılık gözlenmedi ($p=0,419$; $p=0,361$).

Göç etme durumu açısından; son 10 yıl içinde göç etme durumu ile anksiyete puanı ve depresyon puanı arasında anlamlı farklılık gözlenmedi ($p=0,459$; $p=0,176$).

Çalışmaya katılan gebelerin evlenme yaşı ile yaşayan çocuk sayısı arasında anlamlı farklılık gözlendi. Evlenme yaşı yükseldikçe yaşayan çocuk sayısı azalmaktaydı ($p=0,000$ $d= -0,193$). Evlenme yaşları ile anksiyete ve depresyon puanları arasında anlamlı farklılık gözlenmedi ($p=0,571$; $p=0,153$).

Çalışmaya katılan gebelerin eşlerinin eğitimleri ile eşlerinin meslekleri arasında anlamlı farklılık gözlendi ($p=0,000$). Gebelerin eşlerinin eğitim durumları ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık gözlenmedi ($p=0,946$ / $p=0,308$).

Çalışmaya katılan gebelerin eşlerinin meslekleri ile anksiyete puanı arasında anlamlı farklılık gözlenmedi ($p=0,552$). Eşlerinin meslekleri ile depresyon puanları arasında anlamlı farklılık gözlendi ($p=0,039$) (tablo 13).

Tablo 13. Eşlerinin meslekleri ile HAD ölçeği depresyon puanı ortalamaları

Eş meslek	Depresyon puan ortalaması (p ± SD)
İşsiz	8,20 ± 4,759
Memur	5,62 ± 3,602
İşçi	6,88 ± 3,610
Serbest meslek	6,64 ± 3,838
Emekli	7,67 ± 2,872

Çalışmaya katılan gebelerin akraba evliliği öyküsü ile özürlü çocuğa sahip olma durumu arasında anlamlı farklılık gözlemlendi. Akraba evliliği oranı arttıkça özürlü çocuğa sahip olma oranı da artmaktaydı ($p=0,013$ $d=0,090$). Akraba evliliği öyküsü ile anksiyete ve depresyon puanı arasında anlamlı farklılık gözlenmedi ($p=0,672$; $p=0,606$).

Sigara kullanımı ile anksiyete puanı arasında anlamlı farklılık gözlemlendi. Sigara kullananlarda anksiyete puanı daha yüksekti ($p=0,043$ $d= -0,052$). (tablo 14). Sigara kullanımı ile depresyon puanı arasında anlamlı farklılık gözlenmedi ($p=0,073$).

Tablo 14. Sigara kullanımı ile HAD ölçeği anksiyete puan ortalaması

Sigara kullanımı	Anksiyete puan ortalaması (p ± SD)
Evet	9,08 ± 4,130
Hayır	7,85 ± 4,029

Çalışmaya katılan gebelerin alkol kullanımı ile anksiyete ve depresyon puanları arasında anlamlı farklılık gözlenmedi ($p=0,979$ / $p=0,423$).

Kronik hastalık öyküsü ile anksiyete ve depresyon puanı arasında da anlamlı farklılık gözlenmedi ($p=0,105$ / $p=0,480$).

Çalışmaya katılan gebelerin ilaç kullanımı ile gebelik ayı arasında anlamlı farklılık gözlemlendi. Gebelik ayı arttıkça ilaç kullanımı artmaktaydı ($p=0,003$ $d= -0,099$). Gebelikte ilaç kullanımı ile anksiyete puanı arasında anlamlı farklılık gözlemlendi. İlaç kullananlarda anksiyete puanı daha yüksek bulundu ($p=0,005$ $d= -0,053$). İlaç kullanımı ile depresyon puanı arasında anlamlı farklılık gözlenmedi ($p=0,870$). (Tablo 15).

Tablo 15. İlaç kullanımı ile HAD ölçeği anksiyete puan ortalamaları

İlaç kullanımı	Anksiyete puan ortalaması (p ± SD)
Evet	9,64 ± 5,042
Hayır	7,88 ± 3,962

Psikiyatrik hastalık öyküsü ile anksiyete puanı arasında anlamlı farklılık gözlemlendi. Psikiyatrik hastalığı olanlarda anksiyete puanı daha yüksek bulundu. ($p=0,000$ $d= - 0,075$) (tablo 16) ($p=0,174$).Psikiyatrik hastalık öyküsü ile depresyon puanı arasında anlamlı farklılık gözlemlenmedi.

Tablo 16. Psikiyatrik hastalık öyküsü ile HAD ölçeği anksiyete puan ortalaması

Psikiyatrik hastalık öyküsü	Anksiyete puan ortalaması ($p \pm SD$)
Evet	11,53 \pm 3,676
Hayır	7,85 \pm 4,008

Gebelik süresi ile anksiyete ve depresyon puanı arasında anlamlı farklılık gözlemlenmedi ($p=0,958$; $p=0,635$).

Çalışmaya katılan gebelerin toplam gebelik sayıları ile canlı doğum sayısı, ölü doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, düşük sayısı, kürtaj sayısı arasında anlamlı farklılık gözlemlendi. Toplam gebelik sayısı arttıkça bu beş parametrede de artış gözlemlenmekteydi ($p=0,000$ $d=0,812$; $p=0,000$ $d=0,766$; $p=0,000$ $d=0,340$; $p=0,000$ $d=0,148$; $p=0,000$ $d=0,238$). Toplam gebelik sayısı ile anksiyete puanı arasında anlamlı farklılık gözlemlendi. Toplam gebelik sayısı arttıkça anksiyete puanında artmaktaydı ($p=0,004$ $d=0,133$). Toplam gebelik sayısı ile depresyon puanı arasında anlamlı farklılık gözlemlendi. Toplam gebelik sayısı arttıkça depresyon puanı da artmaktaydı ($p=0,000$ $d=0,211$) (tablo 17).

Tablo 17. Toplam gebelik sayısı ile HAD ölçeği anksiyete ve depresyon puanı ortalamaları

Toplam gebelik sayısı	Anksiyete puan ortalaması ($p \pm SD$)	Depresyon puan ortalaması ($p \pm SD$)
1	7,26 \pm 3,976	5,45 \pm 3,199
2	7,91 \pm 3,851	6,60 \pm 3,856
3	8,28 \pm 3,946	6,80 \pm 3,618
4	9,00 \pm 4,625	8,23 \pm 3,720
5	9,00 \pm 4,243	8,57 \pm 4,988
6	13,33 \pm 1,862	12,17 \pm 4,622
7	10,00 \pm 1,414	11,50 \pm 3,536
11	9,00 \pm 0,000	12,00 \pm 0,000

Canlı doğum sayısı ile anksiyete puanı ve depresyon puanı arasında anlamlı farklılık gözlenmedi ($p=0,203$ / $p=0,086$).

Ölü doğum sayısı ile anksiyete puanı arasında anlamlı farklılık gözlemlendi. Ölü doğum sayısı arttıkça anksiyete puanı da artmaktaydı ($p=0,046$ $d=0,99$). Ölü doğum sayısı ile depresyon puanı arasında anlamlı farklılık gözlemlendi. Ölü doğum sayısı arttıkça depresyon puanı da artmaktaydı ($p=0,000$ $d=0,169$). (tablo 18)

Tablo 18. Ölü doğum sayısı ile HAD ölçeği anksiyete ve depresyon puan ortalamaları

Ölü doğum sayısı	Anksiyete puan ortalaması ($p \pm SD$)	Depresyon puan ortalaması ($p \pm SD$)
0	7,79 \pm 4,078	6,21 \pm 3,673
1	8,67 \pm 3,968	8,65 \pm 3,429
2	9,77 \pm 2,619	8,46 \pm 4,427
3	11,80 \pm 3,114	12,40 \pm 3,912
4	11,00 \pm 0,000	7,00 \pm 0,000

Yaşayan çocuk sayısı ile anksiyete puanı arasında anlamlı farklılık gözlemlendi. Yaşayan çocuk sayısı arttıkça anksiyete puanı da artmaktaydı ($p=0,009$ $d=0,66$). Yaşayan çocuk sayısı ile depresyon puanı arasında anlamlı farklılık gözlemlendi. Yaşayan çocuk sayısı arttıkça depresyon puanında artmaktaydı ($p=0,000$ $d=0,159$) (tablo 19).

Tablo 19. Yaşayan çocuk sayısı ile HAD ölçeği anksiyete ve depresyon puan ortalaması

Yaşayan çocuk sayısı	Anksiyete puan ortalaması ($p \pm SD$)	Depresyon puan ortalaması ($p \pm SD$)
0	7,64 \pm 4,081	5,73 \pm 3,332
1	8,08 \pm 3,784	6,98 \pm 3,884
2	7,90 \pm 4,164	6,87 \pm 3,791
3	10,85 \pm 4,716	10,30 \pm 4,485

Çalışmaya katılan gebelerin kürtaj sayısı ile anksiyete puanı arasında anlamlı farklılık gözlenmedi ($p=0,702$). Kürtaj sayısı ile depresyon puanı arasında anlamlı farklılık gözlenmedi ($p=0,213$).

Çalışmaya katılan gebelerin düşük sayısı ile anksiyete puanı arasında anlamlı farklılık gözlendi. Düşük sayısı arttıkça anksiyete puanı da yükselmekteydi ($p=0,040$ $d=0,075$) (tablo 20). Düşük sayısı ile depresyon puanı arasında anlamlı farklılık gözlenmedi ($p=0,061$).

Tablo 20. Düşük sayısı ile HAD ölçeği anksiyete puan ortalaması

Düşük sayısı	Anksiyete puan ortalaması ($p \pm SD$)
0	7,83 \pm 3,975
1	9,74 \pm 4,687
2	9,33 \pm 4,719
3	12,00 \pm 4,243

Çalışmaya katılan gebelerin özürlü çocuk öyküsü ile anksiyete ve depresyon puanı arasında anlamlı farklılık gözlenmedi ($p=0,900$ / $p=0,053$)

Çalışmaya katılan gebelerin yardımcı üreme tekniği kullanımı ile anksiyete puanı arasında anlamlı farklılık gözlenmedi ($p=0,513$). Yardımcı üreme tekniği kullanımı ile depresyon puanı arasında anlamlı farklılık gözlendi. Yardımcı üreme tekniği kullananlarda depresyon puanı daha yüksek saptandı ($p=0,003$ $d= -0,033$). (tablo 21).

Tablo 21. Yardımcı üreme tekniği kullanımı ile HAD ölçeği depresyon puan ortalaması

Yardımcı üreme tekniği kullanımı ($p \pm SD$)	Depresyon puan ortalaması ($p \pm SD$)
Evet	9,79 \pm 3,798
Hayır	7,84 \pm 4,043

Çalışmaya katılan gebelerin gebelik isteme durumu ile anksiyete puanı arasında anlamlı farklılık gözlenmedi ($p=0,123$). Gebeliği isteme durumu ile

depresyon puanı arasında anlamlı farklılık gözlemlendi. Gebeliği istemeyenlerde depresyon puanı daha yüksek saptandı ($p=0,000$ $d=0,193$) (tablo 22).

Tablo 22. Gebeliği isteme durumu ile HAD ölçeği depresyon puan ortalaması

Gebeliği isteme durumu	Depresyon puan ortalaması ($p \pm SD$)
Evet	7,65 \pm 3,960
Hayır	9,32 \pm 4,167

Evlilik hayatını değerlendirme ile anksiyete puanı arasında anlamlı farklılık gözlemlendi. Evlilik hayatı kötü olanlarda anksiyete puanının daha yüksek olduğu gözlemlendi ($p=0,002$ $d=0,185$). Evlilik hayatının değerlendirilmesi ile depresyon puanları arasında anlamlı farklılık gözlemlendi. Evlilik hayatı kötü olanlarda depresyon puanının daha yüksek olduğu gözlemlendi ($p=0,000$ $d=0,290$). (tablo 23).

Tablo 23. Evlilik hayatının değerlendirilmesi ile HAD ölçeği anksiyete ve depresyon puan ortalamaları

Evlilik hayatının değerlendirilmesi	Anksiyete puan ortalaması ($p \pm SD$)	Depresyon puan ortalaması ($p \pm SD$)
Çok iyi	7,05 \pm 3,837	5,35 \pm 3,500
İyi	7,98 \pm 3,796	6,52 \pm 3,476
Fena değil	10,16 \pm 4,371	9,42 \pm 3,672
Kötü	9,14 \pm 2,911	10,14 \pm 1,676
Çok kötü	12,00 \pm 7,550	11,67 \pm 4,726

Çalışmaya katılan gebelerin gebelik süresi ile cinsel yaşamın olumsuz etkilenmesi arasında anlamlı farklılık gözlemlendi. Cinsel yaşamı olumsuz etkilenenlerin gebelik ayı daha yüksekti ($p=0,000$ $d= - 0,184$). Cinsel yaşamın olumsuz etkilenmesi ile anksiyete puanı arasında anlamlı farklılık gözlemlenmedi ($p=0,119$). Cinsel yaşamın olumsuz etkilenmesi ile depresyon puanı arasında anlamlı farklılık gözlemlendi. Cinsel yaşamı olumsuz etkilenenlerin depresyon puanı daha yüksekti ($p=0,002$ $d= - 0,168$) (tablo 24).

Tablo 24. Cinsel yaşamı olumsuz etkilenmesi ile HAD ölçeği depresyon puan ortalamaları

Cinsel yaşamın olumsuz etkilenmesi	Depresyon puan ortalaması (p ± SD)
Evet	7,58 ± 4,028
Hayır	5,87 ± 3,456

Çalışmaya katılan gebelerin uyku düzenindeki değişikliklerle anksiyete ve depresyon puanları arasında anlamlı farklılık gözlenmedi ($p=0,118$; $p=0,127$).

5. TARTIŞMA

Araştırmaya katılan gebelerin 243'ü (%53,8) 26-35 yaş grubundaydı. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 verilerine göre Türkiye'de kadınlar en yüksek doğurganlıklarını yirmili yaşlarda yaşamaktadır; en yüksek yaşa özel doğurganlık hızları 25-29 yaş grubundadır (96). Kölgeliler S. ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada gebelerin 249'u (%54,8) 26-35 yaş grubundadır (97). Bektaş E.'nin yaptığı bir çalışmada 25-34 yaş grubu gebeler tüm çalışmanın %54,5'ini oluşturmaktadır (98). Çoğu çalışma bulgusu bizim araştırmamızdaki bulguyla benzerlik göstermekte olup, anne olma yaşının genç yetişkinlik dönemi olduğu söylenebilir.

Gebelerin medeni durumlarına bakıldığında 448'i (%99,1) evliydi. Gebelerin neredeyse tamamının evli olması; Türk toplumunun aile yapısı gereği evlilik dışı çocuk sahibi olmanın kötü karşılanmasından kaynaklanmaktadır.

Araştırmaya katılan gebelerin eğitim durumu incelendiğinde çoğunluğun (%30,1) lise mezunu olduğu görüldü. %29,0 ilkokul, %21,9 üniversite, %17,3 ortaokul mezunu, %1,8 sadece okur-yazardı. TNSA 2008 verilerine göre kadınlarda lise ve üzeri eğitim durumuna bakıldığında % 18,2 olduğunu görüyoruz (96). Gözüyeşil ve ark. yaptığı bir çalışmada gebelerin %37,5'i ortaokul veya lise mezunu olup çoğunluğu bu grup oluşturmaktaydı ve bizim araştırmamıza benzer özellik göstermekteydi (99). Araştırmamıza katılan gebelerin eğitim seviyesinin orta ve üst düzeyde olmasının nedeni araştırmanın üniversite hastanesinde yapılması ve hasta popülasyonunun eğitim düzeyinin daha yüksek olması olarak düşünüldü.

Araştırmaya katılanların aylık gelirlerine bakıldığında %31,9'unun 500 TL altında, %32,7'sinin 500-1000 TL arasında, %35,6'nın 1000 TL üstünde geliri vardı. Araştırmaya katılanların çoğunluğunun gelir düzeyinin düşük olması, gebelerin çoğunluğunun ev hanımı olmasından ve aylık gelirinin olmamasından kaynaklandığı düşünüldü.

Gebelerin %73,5'inin ev hanımı olduğu geriye kalan %26,5'inin ise bir meslekle uğraştığı bulunmuştur. Yine araştırmaya katılan gebelerin %76,1 gebeliği sırasında herhangi bir işte çalışmamaktadır. Balcı ve ark. yaptığı çalışmada da

gebelerin %67,6'sının ev hanımı olduğu tespit edilmiştir (100). Kılıçarslan ve ark. gebelerde yaptıkları çalışmada %71,2'sinin ev hanımı olduğunu tespit etmişlerdir (101). TNSA 2008 verilerine göre çalışan kadın oranının (%31) çalışmamızdaki çalışan kadın oranından yüksek olduğu görülmektedir (96). Aradaki fark gebelik döneminde kadınların herhangi bir işte çalışmama ihtimalinden kaynaklanıyor olabilir.

Sağlık güvencelerine bakıldığında %4,2'sinin hiçbir sağlık güvencesi yokken %95,8'inin herhangi bir sağlık güvencesi bulunmaktaydı. Balcı ve ark. (100) tarafından yapılan araştırmada gebelerin yaklaşık %96,0'sının, Kılıçarslan ve ark (101) yaptığı bir çalışmada da %95,4'ünün sosyal güvencesi olduğu bulunmuş olup; bu bulgular çalışmayla benzerlik göstermektedir.

Gebelerden %38,3'ü son 10 yıl içinde göç yapmıştır. Dülgerler ve ark. gebeler üzerinde yaptıkları bir çalışmada gebelerin %54,0'ünün göç ettiğini tespit etmiştir (102). Çalışmada gebelerin son 10 yıllık göç öyküleri sorgulandığından bu oran daha düşük bulunmuştur.

Araştırmaya katılan gebelerin %42,0'si 20 yaş ve öncesinde, %40,5'i 21-25 yaşlarında %17,5' de 25 yaş üzerinde evlenmiştir. Araştırmamızda ortalama evlenme yaşı 21'dir. Gözüyeşil ve ark. gebelerle yaptıkları bir çalışmada %32,0'sinin 20 yaş öncesi, %39,7'sinin 21-25 yaşlarında, %28,3'ünün 25 yaş üzerinde evlendiğini bulmuştur (99). TNSA 2008 verilerine göre Türkiye'de ilk evlenme yaşı ortalama 20,8'dir (96). Bu bulgu da çalışma ile benzerlik göstermektedir. Evlilik yaşının küçük olması toplumumuzda kızların erken yaşta evlendirilmesinin bir sonucudur.

Eşlerinin eğitim düzeyine bakıldığında çoğunluğu (%35,8) lise mezunuydu. %29,6 üniversite, %19,9 ilkokul, %14,2 ortaokul mezunu, %0,4 sadece okur-yazardı. Akbaş E. ve ark gebelerde yaptıkları bir çalışmada gebelerin eşlerinin çoğunluğu (%40,4) lise ve ortaokul mezunu bulunmuştur (103). TNSA 2008 verilerine göre erkeklerde lise ve üzeri eğitim durumuna bakıldığında % 25,2 olduğu görülmektedir. Araştırma da eş eğitim seviyesinin daha yüksek bulunma sebebi ise gebelerin eğitim seviyelerinin de yüksek olması ve eşleriyle eğitim durumlarının uyumlu olmasıdır. Eşlerinin çalıştıkları işlere bakıldığında %6,6'sı işsiz, %26,8 memur, %36,1'i işçi, %28,5'i serbest meslek, %2'sinin emekli olduğu saptandı. Türkiye İstatistik Kurumu

2009 verilerine göre Türkiye’de işsizlik oranı %14,0 olarak bulunmuştur (104). Çalışma da bu oranın daha düşük olmasının bölgesel farklılıklardan kaynaklandığı düşünüldü.

Araştırmaya katılan gebelerin %12,2’sinin eşleriyle aralarında akrabalık olduğu bulunmuştur. Tekbaş ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada katılımcıların %14,9’u anne-babasının akraba olduğunu belirtmiştir (105). TNSA 2003 verilerine göre Türkiye’de akraba evliliği oranı %22 olarak saptanmıştır (96). Çalışma da akraba evliliğinin oranının Türkiye ortalamasına göre düşük olmasının nedeni ilimizin batıda bulunması ve akraba evliliklerinin doğudan batıya gidildikçe azalmasıdır.

Sigara kullanımına bakıldığında gebelerin %10,6’sı gebeliği sırasında sigara kullanmaktadır. TNSA (2003) verilerinde de gebelikte sigara içme oranı %15,0 olarak bulunmuştur (96). Gebelikte sigara kullanımı ile ilgili literatüre bakıldığında; 1999 yılında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde izlenen gebelerde %16,0 (106), 2003 yılında Sivas Doğumevi Hastanesi’nde doğum yapan kadınlar arasında gebelikte sigara içme sıklığı %17,0 (107) Doğu S ve ark. Kocaeli’de 2008 yılında yaptığı bir çalışmada %11,6 olarak bulunmuştur.(108). Çalışma bulguları, bu açıdan, diğer çalışmalarla benzer özellikler göstermektedir.

Araştırmaya katılan gebelerin %0,2’si gebelik sırasında alkol kullanmaktadır. Sağlık Bakanlığının yayınlamış olduğu 2001 yılındaki raporda ise genç nüfusta alkol kullanım yaygınlığı %42,6, düzenli alkol kullanımı ise %20,5 olarak bildirilmiştir (109). Çalışma da gebelikte alkol kullanımının oldukça az olduğunu söyleyebilir. Bunun nedeni gebelikte alkolün bebek üzerine zararlı etkilerinin bilinmesi nedeniyle alkolün kesilmesi olarak düşünülmüştür.

Gebelerin % 9,3’ünde kronik hastalık öyküsü mevcuttu. Özgül KÖ.’nün gebelerde yaptığı bir çalışmada kronik hastalık oranı %14,3 olarak bulunmuştur (110). Bizim bulgularımıza benzerlik göstermektedir. Kılıçarslan S.’in Edirne ilinde yaptığı bir çalışmada ise gebelerin %2,9’unda konik hastalık öyküsü mevcuttu (101). Çalışmadaki oranın daha yüksek olmasının nedeninin; çalışmanın üniversite

hastanesinde yapılması ve komplikasyon oluşturabilecek gebelerin daha çok üniversite hastanelerinde takip edilmesi olduğu düşünülmektedir.

Gebelerdeki psikiyatrik hastalık öyküsüne bakıldığında; %3,8'inde psikiyatrik hastalık öyküsü mevcuttu. Aydemir N'nin 0-1 yaş çocukları olan annelerde yaptığı bir çalışmada psikiyatrik hastalık öyküsü oranı %13,7 olarak bulunmuştur (111). Watson ve ark.'nın yaptığı çalışmada, 128 kadında gebeliğin 24. haftasından önce psikiyatrik hastalık sıklığı %6 iken, doğum sonrası 6. haftada %16'ya (%75'i depresyon) yükselmiştir (112). Çalışmadaki bulguların; 0-1 yaş çocuğu olan annelerde yapılan çalışmaya göre düşük olmasının nedeni doğum sonrasındaki ilk yıl içinde kadınların psikiyatrik hastalıklar açısından anlamlı risk altında olmasıdır (112).

Araştırmaya katılan gebelerin %6,2'sinin sürekli kullandığı bir ilaç bulunmaktadır. Gebelikte kullanılmaya başlayan folik asit, demir preparatları ve vitamin ilaçları çalışmaya dahil edilmemiştir. Bunlar göz önünde bulundurulduğunda kronik hastalık oranı ve ilaç kullanım oranı birbirine yakındır.

Araştırmaya katılan gebelerin %41,2'si ikinci trimesterde olup çoğunluğu bu grup oluşturmaktadır. Altıparmak S'in yaptığı bir çalışmada gebelerin %42,0'si ikinci trimester gebelerinden oluşmaktadır (113). Bu çalışma bulgusu da araştırma ile benzerlik göstermektedir. Gebelerin çoğunluğunun ikinci trimesterde olmasının nedeni ikinci trimester de tarama testlerinin sık olması ve bu nedenle gebelerin polikliniği daha sık ziyaretlerinden kaynaklanmaktadır.

Araştırmaya katılan gebelerin %34,7'sinin ilk gebeliğidir. Cebeci ve ark. yaptığı çalışmada bu oran %33,0 olarak tespit edilmiştir (114). Akbaş E'nin yaptığı çalışmada ise ilk gebelik oranı %28,8 olarak bulunmuştur (103). Çalışmamızda toplam gebelik sayısı ortalaması 2,24'dür. Balcı ve ark.'nın (100) Erciyes Üniversitesinde yaptığı çalışmada gebelik sayısı ortalaması 2,3, Efe'nin (115) İstanbul'da yaptığı çalışmada gebelik sayısı 2,3, Altıparmak (113)'ün Manisa'da yaptığı çalışmada ortalama gebelik sayısı 2,4'tür. Çalışma bulguları literatürle benzerlik göstermektedir.

Gebelerin ortalama canlı doğum sayısı 0,89'dur. Efe 'nin (115) yaptığı araştırmada 1,04, Balcı ve ark (100) yaptığı araştırmada 0,9 olarak bulunmuştur ve çalışma bulgularıyla paralellik göstermektedir.

Gebelerin %13,7'si en az bir kez ölü doğum yapmıştır. Cebeci ve ark.'nin (114) yaptığı çalışmada bu oran %2,0, Kılıçarslan S'in yaptığı çalışmada ise %2,6 olarak tespit edilmiştir (101). Çalışmada en az bir kez ölü doğum yapma oranı yapılan araştırmalardan belirgin olarak daha yüksek bulunmuştur.

Gebelerin ortalama yaşayan çocuk sayısı 0,82'dir. Yine Efe (99)'nin yaptığı araştırmada çocuk sayısı ortalama 0,98, Balcı ve ark. (85) yaptığı çalışmada 0,8 olarak tespit edilmiş olup bizim çalışmamızla benzerdir.

Gebelerin %95,1'i hiç kürtaj olmamışken, %4,9'u en az bir kez kürtaj olmuştur. Altınparmak'ın (113) Manisa Merkez'de yaptığı araştırmada gebelerin %7,6'sının en az bir kez kürtaj omluğu saptanmıştır. Akbaş E'nin yaptığı çalışmada kürtaj oranı %35,0 olarak bulunmuştur (103). TNSA 2008 verilerine göre Türkiye'de isteyerek düşük yapma oranı % 10,0'dır (96). Çalışma bulgularına göre biraz daha yüksektir. Aradaki farkın sosyokültürel ve bölgesel farklılıklardan kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

Gebelerin %92,3'ü hiç düşük yapmamışken, %7,7'si en az bir kez düşük yapmıştır. Kılıçarslan S'in yaptığı çalışmada en az bir kez kendiliğinden düşük oranı %12,1 olarak bulunmuştur (101). TNSA 2008 verilerine göre Türkiye'de kendiliğinden düşük oranı %10,5'dir (96) ve çalışma bulgularıyla benzer özelliktedir.

Araştırmaya katılan gebelerin %2,4'nün özürlü çocuğu bulunmaktadır. Genel olarak doğan her 100 çocuktan 2'sinde herhangi bir nedene bağlı olarak doğuştan bir anomali saptanırken doğumdan hemen sonra belirgin olmayan ancak bebeğin yaşı ilerledikçe ortaya çıkabilen işlevsel özürlülükler (anomaliler) de hesaba katıldığında yeni doğan bir bebeğin anomalili doğma olasılığı %6-7'ye kadar çıkabilmektedir (116). Çalışma bulguları da bu değerlere yakındır.

Araştırmaya katılan gebelerin %7.3'ü herhangi bir yardımcı bir üreme tekniği kullanmıştır.

Evlilik hayatınızı nasıl değerlendiriyorsunuz sorusuna %40,5'i çok iyi, %42,0'si iyi, 69'u (15,3) fena değil, 7'si (%1,5) kötü, 3'ü (%0,7) çok kötü şeklinde cevap vermiştir. Gözüyeşil ve ark. gebelerle yaptıkları bir çalışmada %87,5'i eşleriyle her zaman uyumlu olduğunu, %11,8'i uyumlu olduğunu belirtirken %0,7'si eşiyile uyumsuz olduğunu ifade etmiştir (99). Bu bulgularda araştırmadaki bulgularla benzerlik göstermektedir. Sorias önemli sorunlarını eşiyile paylaşan, annelik rolü eş tarafından onaylanan kadınların yeni rollere uyumda daha uyumlu olduklarını belirtmiştir (117). Araştırma bulgularında da eş uyumu yüksek oranda bulunmuştur. Buna göre araştırmaya katılan gebelerin çoğunluğunun mutlu bir evlilik hayatının olduğu söylenebilir.

Gebelerin %41,4'i gebelikte cinsel yaşamının olumsuz yönde etkilendiğini belirtmiştir. Cinsel yaşamın olumsuz etkilenmesi ile gebelik ayı arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Efe H.'nin gebelerde yaptığı bir çalışmada olguların %0,4'ü gebelik öncesi dönemde cinsel ilişkiye hiç girmezken bu oranın gebelikte %5,8'e yükseldiği saptanmıştır. Olguların %78,3'ü gebelik öncesi dönemde haftada iki veya iki defadan çok cinsel ilişkiye girerken bu oran gebelik döneminde %37,9'a düşmüştür (115). Sydow'un yaptığı bir çalışmada, gebelikte ve postpartum dönemdeki cinsellikle ilgili 59 çalışmanın metaanalizinde cinsel ilişki sıklığının gebelik öncesi döneme göre 1. trimesterde biraz azaldığı veya değişmediği, 2. trimesterde çok değişken iken, 3. trimesterde aniden azaldığı belirtilmiştir (118).

HAD ölçeğine göre anksiyete için 0-10 puan arası, anksiyetesi yok, 11 puan ve üzerin anksiyete var, depresyon için 0-7 puan arası depresyonu yok, 8 puan ve üzeri depresyonu var olarak tanımlanmıştır. Buna göre çalışmadaki anksiyete oranı %28,8, depresyon oranı ise %35,0 olarak bulunmuştur. Lee ve arkadaşları gebelerin %54'de kaygı, %37,1 sinde depresyon bulmuşlardır (119). Değişik kültürlerde gebelik döneminde depresyon yaygınlığını araştıran çalışmalarda çoğunlukla sonuçlar benzerdir. Malta'da %15,5 (120), Finlandiya'da %30, (121), Kanada'da %25 (122) ABD'de %30-38, %21 ve %26 (123,124), Brezilya'da depresyon %19,6, durumsal kaygı %59,5 ve sürekli kaygı %45,3 olarak bulunmuştur (125). Türkiye'de yapılan çalışmalarda ise depresyon oranları %27,9, %27,3 ve %12 olarak bildirilmiştir (6,7,8). Çalışmadaki oranlarda literatürle benzerdi.

Çalışmaya katılan gebelerin yaşları arttıkça eğitim durumları azalmaktaydı. Son yıllarda kadınlarda eğitim seviyesinin yükseldiği düşünüldüğünde bu beklenen bir bulgudur. Çalışmaya katılan gebelerin yaşları ile toplam gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, kürtaj sayısı arasında anlamlı farklılık gözlemlendi. Yaş arttıkça tüm bunlarda artış gözlenmekteydi. Yaş ilerledikçe gebe kadının daha önce doğum ve gebelik geçirme ihtimali daha yüksek olduğundan bu da beklenen bir bulgudur. Yaş ilerledikçe gebeliğin istemi azalmaktaydı. İleri yaşlarda bebek bakımının güçleşmesi ve yaşı ilerlemiş annelerin çocuk sayısının fazla olması gebeliğin istenmemesinde etkili olabilir. Çalışmada yaş ile anksiyete puanı ve depresyon puanı arasında anlamlı farklılık gözlenmedi. Bazı çalışmalarda genç yaşın gebelikte depresyon için bir risk etkeni olduğu bildirilmiştir (8,119). Kitamura ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada gebeliğin erken dönemlerinde depresyon yaygınlığı araştırılmış ve risk faktörlerinden birinin de genç yaş olduğu bulunmuştur (126) Costa ve ark. yaptığı çalışmada da gebelik yaşı arttıkça durumluk kaygı düzeyinin azaldığı görülmektedir. Daha genç yaşta kadınlar, anksiyete açısından daha risklidirler (127). Çalışmada, yaş ile depresyon ve anksiyete arasında ilişki tespit edilemedi. Literatürde çalışma sonuçlarını destekleyen araştırmalar da mevcuttur (113,128).

Eğitim düzeyi ile aylık gelir düzeyi arasında anlamlı farklılık gözlemlendi. Kişilerin eğitim düzeyi arttıkça aylık gelirleri de artmaktaydı. Bu bulguya göre eğitim düzeyi yüksek olanların daha fazla gelir getiren işlerde çalıştığını söyleyebiliriz. Gebelerin eğitim düzeyi ile meslekleri arasında da anlamlı farklılık gözlemlendi. Bu da beklenen bir bulgudur. Araştırmaya katılan gebelerin eğitim düzeyi arttıkça eşlerinin eğitim düzeyi de artmaktaydı. Buna göre eş seçiminde eğitim düzeyinin de göz önünde bulundurulduğunu söyleyebiliriz. Çalışmaya katılanların eğitim düzeyi arttıkça akraba evliliği oranı azalmaktaydı. Eğitim seviyesi yüksek olanların akraba evliliğini tercih etmeme nedeni akraba evliliği sonucu özürlü çocuk doğma ihtimalinin yüksek olması olabilir. Eğitim seviyesi yüksek olanlarda istemli gebelik oranı daha fazlaydı. Bunun nedeni eğitilmiş kişilerin doğum kontrol yöntemlerini daha iyi bilmeleri ve uygulamalarından kaynaklanıyor olabilir. Çalışmamızda eğitim ile anksiyete puanı arasında anlamlı farklılık gözlenmedi. Eğitimle depresyon puanı arasında anlamlı farklılık gözlemlendi. Eğitim düzeyi arttıkça

depresyon puanı düşmekteydi. Gözüyeşil gebelerin depresyon puanları ile eğitim durumları arasında ilişki tespit etmiş olup üniversite mezunlarında daha düşük depresyon puanlarına sahip olduklarını belirtmiştir (128). Gotlib ve Whiffen eğitim düzeyi yükseldikçe kadının kendi yaşamı üzerinde etkinliğinin arttığı ve benlik saygısının yükseldiğini, depresyon oranının azaldığını bildirmişlerdir (129). Çalışmada eğitim düzeyi ile anksiyete arasında ilişki bulamadı. Buna karşın Sertbaş eğitim düzeyi yüksek olanlarda sürekli kaygı seviyesinin daha düşük olduğunu, eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin stres ile baş etmede daha etkin beceriler geliştirmiş olduğunu öne sürmüştür (130).

Gebelikte, özellikle düşük sosyoekonomik koşullara sahip kadınlarda depresif belirtilerin daha yaygın olduğunu gösteren birçok çalışma mevcuttur (131, 132). Ailenin ekonomik durumunun gebelik ve doğum komplikasyonları üzerinde etkili olduğu belirtilmiştir. Gotlib ve Whiffen gebelikte depresif olan kadınların depresyon olmayanlara göre daha genç, daha az eğitilmiş, evhanımı ve daha çok gebelik geçirdiklerini bildirmişlerdir (129). Buna karşın Akbaş ve ark.'nın yaptığı çalışmada gelir düzeyi ile depresyon ve anksiyete arasında ilişki tespit edememiştir (103). Çalışmada aylık gelire anksiyete puanı arasında anlamlı farklılık gözlenmedi. Aylık gelire depresyon puanı arasında anlamlı farklılık gözlendi. Aylık gelir arttıkça depresyon puanı azalmaktaydı.

Çalışmaya katılan gebelerin meslekleriyle anksiyete ve depresyon puanları arasında anlamlı farklılık gözlendi. Ev hanımlarında puan ortalaması daha yüksekti. Çalışmaya katılan gebelerin gebelik sırasında çalışması ile anksiyete puanı arasında anlamlı farklılık gözlenmedi. Gözüyeşil ve ark.'nın yaptıkları çalışmada gebelik sırasında çalışmakla anksiyete puanı arasında ilişki tespit edilmedi (99). Bu bizim bulgularımızla paralellik gösteren bir bulguydu. Gebelik sırasında çalışma ile depresyon puanı arasında anlamlı farklılık gözlendi. Gebelik sırasında çalışma oranı arttıkça depresyon puanı düşmekteydi. Gözüyeşil ve ark. yaptığı çalışmada çalışan gebelerin depresyon puan ortalamasını 13,48 saptamış iken çalışmayan gebelerin puan ortalamaları 14,76 olarak bulunmuştur (99). Çam; ev dışında çalışan kadınlarda benlik saygısının yüksek olduğunu ve eğer eş, çocuk bakımı ve sorumlulukları paylaşıyorsa, depresyon görülme oranının daha düşük olduğunu göstermiştir (133).

Buna karşın yapılan bazı çalışmalarda ise gebelikte çalışma ile depresyon arasında ilişki saptanmamıştır. (6,128,132).

Sosyal güvence ve son 10 yılda göç durumu ile anksiyete ve depresyon arasında anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Çalışmaya katılan gebelerin evlenme yaşı ile yaşayan çocuk sayısı arasında anlamlı farklılık gözlemlendi. Evlenme yaşı yükseldikçe yaşayan çocuk sayısı azalmaktaydı. Geç evlenenlerde çocuk sayısının az olması beklenen bir bulguydu. Evlenme yaşları ile anksiyete ve depresyon puanları arasında anlamlı farklılık gözlenmedi. Bunun tersi olarak genç yaşta evlenmenin depresyon gelişme olasılığını arttırdığını gösteren çalışmalarda mevcuttur (99).

Gebelerin eşlerinin eğitimleri ile eşlerinin meslekleri arasında anlamlı farklılık gözlemlendi. Buna göre eğitim düzeyinin meslek edinmede etkili olduğu söylenebilir. Gebelerin eşlerinin eğitim durumları ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık gözlenmedi. Akbaş E ve ark.'nın yaptığı çalışmada da eş eğitim durumu ile anksiyete ve depresyon arasında ilişki bulunamamıştır ve çalışma bulgularıyla uyumludur (103). Buna karşın Kılıçarslan S'in yaptığı çalışmada gebenin eşinin eğitim durumunun artması, gebede depresyon durumunu azaltmaktadır (101).

Çalışmaya katılan gebelerin eşlerinin meslekleri ile anksiyete puanı arasında anlamlı farklılık gözlenmedi. Eşlerinin meslekleri ile depresyon puanları arasında anlamlı farklılık gözlemlendi. Eşi işsiz olanların depresyon puan ortalaması daha yüksek bulundu. Gebelikte, özellikle düşük sosyoekonomik koşullara sahip kadınlarda depresif belirtilerin daha yaygın olduğunu gösteren birçok çalışma mevcuttur (131,134,135). Eşi işsiz olanlarda hem ekonomik güçlükler hem de eşinin işsizlik nedeniyle yaşadığı bunalımlar ve eşine yeterli destek olamaması; gebelerde depresif belirtilerin ortaya çıkmasına neden olabilir.

Gebelerin akraba evliliği öyküsü ile özürlü çocuğa sahip olma durumu arasında anlamlı farklılık gözlemlendi. Akraba evliliği oranı arttıkça özürlü çocuğa sahip olma oranı da artmaktaydı. Elazığ ilinde yapılan bir çalışmada akraba evliliğinin malforme doğumlar üzerine etkisi incelenmiş; akraba evliliği yapanlarda % 6,49 saptanan bu oran; akraba evliliği olmayanlarda % 3,42 saptanmış ve arada

istatistiksel olarak anlam bulunmuştur (136). Sivas'ta yapılan bir başka çalışmada akraba evliliği yapan ailelerin % 8,5'inin, akraba olmayanların ise % 5,0'ninm konjenital malformasyonlu çocuğa sahip olduğu belirlenmiştir (137). Güz'ün Antalya'da yapmış olduğu çalışmada akraba evliliği yapan ailelerde malformasyonlu doğan çocuk oranı % 6,11 iken; akraba evliliği olmayanlarda bu oran % 1,01 saptanmıştır (138). Buna karşılık Kalyoncu'nun yapmış olduğu araştırmada akraba evliliği ile malformasyonlu bebek doğma oranı arasında bir ilişki gösterilmemiştir (139). Çalışmada akraba evliliği öyküsü ile anksiyete ve depresyon puanı arasında anlamlı farklılık gözlenmedi.

Sigara kullanımı ile anksiyete puanı arasında anlamlı farklılık gözlendi. Sigara kullananlarda anksiyete puanı daha yüksekti. Bir çok psikiyatrik hastalıkta sigara içme prevalansı yüksektir (140). Fidan ve ark'nın sigara bırakırma polikliniğine başvuran hastalarda yaptıkları bir çalışmada sigara içmeye devam eden grupta, bırakmışlara göre hem anksiyete hem de depresyon skorları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (141). Depresyon hikayesi olan hastalarda sigara bırakma başarısı daha düşük olduğu gibi, depresif semptomlar da daha çok görülür ve depresyon hikayesi olmayan hastalarla kıyaslandığında sigara bırakıldıktan sonra depresyon tekrarlama riski daha yüksektir (140). Buna karşın çalışmada sigara kullanımı ile depresyon puanı arasında anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Gebelerin alkol kullanımı ile anksiyete ve depresyon puanları arasında anlamlı farklılık gözlenmedi.

Tıbbi hastalık varlığı birçok psikiyatrik bozukluğa da yol açmaktadır (142). Hastalıklar hem yaşam kalitesini düşürerek, hem de doğrudan biyolojik etkiyle depresyona neden olabilirler. Bazı hastalıklar da işlevsel kısıtlılığa neden olarak bireyleri depresyona itebilmektedir (143). Yapılan çalışmalarda kronik hastalığa sahip bireylerde, depresyon (144,145,146) ve anksiyete (145,146) görülme oranının kronik hastalığı olmayan bireylere oranla daha fazla olduğu belirlenmiştir. Çalışmada kronik hastalık öyküsü ile anksiyete ve depresyon puanı arasında anlamlı farklılık gözlenmedi.

Çalışmaya katılan gebelerin ilaç kullanımı ile gebelik ayı arasında anlamlı farklılık gözlendi. Gebelik ayı arttıkça ilaç kullanımı artmaktaydı. Gebeliğin ilk

aylarında ilaçların teratojenik etkilerinin daha fazla olması ve gebelik ilerledikçe bazı ilaçların daha rahat kullanılması bu durumu açıklamaktaydı. Gebelikte ilaç kullanımı ile anksiyete puanı arasında anlamlı farklılık gözlemlendi. İlaç kullananlarda anksiyete puanı daha yüksek bulundu. Bunun nedeni gebelerin kullandıkları ilaçların bebeklerine zarar vereceği korkusu olabilirdi. İlaç kullanımı ile depresyon puanı arasında anlamlı farklılık gözlemlenmedi.

Daha önce geçirilmiş, psikiyatrik hastalıkların gebelikte depresyon ve anksiyete için önemli bir risk etkeni olduğu bir çok çalışmada bildirilmiştir (6,8,119) Çalışmada da daha önce psikiyatrik hastalık geçirme öyküsü anksiyete için bir risk etkeni olarak saptandı. Psikiyatrik hastalık öyküsü ile anksiyete puanı arasında anlamlı farklılık gözlemlendi. Psikiyatrik hastalığı olanlarda anksiyete puanı daha yüksek bulundu. Bazı çalışmalarda daha önceden geçirilen psikiyatrik hastalıkların depresyon için de risk etkeni olduğu bulunmasına rağmen (129) çalışmada psikiyatrik hastalık öyküsü ile depresyon puanı arasında anlamlı farklılık gözlemlenmedi.

Bazı araştırmalarda ikinci trimestere göre ilk ve üçüncü trimesterlerde depresyon ve kaygı belirti sıklığının daha fazla olduğu bulunmuştur (147,148). Bir sistematik derlemede gebelikte depresyon yaygınlığı, birinci, ikinci ve üçüncü trimesterlerde sırasıyla, %7,4, %12,8 ve %12 olarak bildirilmiştir (149). Costa ve ark.'nın 1999 yılında yaptığı araştırmada gebelerin birinci trimesterde durumluk kaygı puan ortalamaları 37,0 iken ikinci trimesterde 38,4, üçüncü trimesterde ise 40,6 puana yükselmektedir (127). Genez (150) Samsun'da 2002 yılında yaptığı araştırmasında gebeliğinin üçüncü trimesterinde olan kadınların durumluk kaygı düzeylerini bir ve ikinci trimesterinde olanlardan daha yüksek bulmuştur. Çalışmada gebelik süresi ile anksiyete ve depresyon puanı arasında anlamlı farklılık gözlemlenmemiştir.

Çalışmaya katılan gebelerin toplam gebelik sayıları ile canlı doğum sayısı, ölü doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, düşük sayısı, kürtaj sayısı arasında anlamlı farklılık gözlemlendi. Toplam gebelik sayısı arttıkça tüm bunlarda artış gözlemlenmekteydi. Bu da beklenen bir bulguydu. Akbaş ve ark.'nın yaptıkları bir çalışmada ilk gebeliğinde olanlarda daha fazla durumsal kaygı saptarken, depresif belirtileri daha az olarak bulunmuştur (103). Çalışkan ve arkadaşları gebelikte depresyonun yaş,

düşük sayısı ve toplam gebelik sayısı ile pozitif ilişkisinin olduğunu göstermişlerdir (8). Çalışmada ise toplam gebelik sayısı arttıkça depresyon ve anksiyete puanları yükselmekteydi. Yine yaşayan çocuk sayısı arttıkça anksiyete ve depresyon puanları yükselmekteydi. İlk gebelikte anksiyete ve depresyon puan ortalamaları diğer gebeliklere göre daha düşüktü. Gözüyeşil ve ark.'nın yaptığı çalışmada gebelerin depresyon puan ortalamaları ile önceden doğum yapma durumlarına bakılmış daha önce doğum yapan gebelerin depresyon puan ortalamaları 14,45 iken doğum yapmayanların puan ortalamaları 13,97 olarak bulunmuştur (99). Bu bulgularda çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Daha önce geçirilmiş kötü deneyimin, bu gebelikte depresyonu arttırabileceği düşünülebilir. Llewellyn ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada düşük veya ölü doğum yapmış kadınların %36'sında ciddi depresif semptomlar belirlenmiş ve canlı doğum yapmış kadınlardan 3 kat daha fazla ciddi depresif semptomlar taşıdıkları saptanmıştır. Araştırma sonuçları literatürü desteklemektedir (131). Honjo ve arkadaşları da depresyon ile düşük yapma arasında ilişki olduğunu saptamışlardır (134). Düşük yapan annelerde suçluluk duygusu ve bundan dolayı acı çekmenin yaygın olduğu daha önceki gebeliğinde düşük yapan kadınlarda daha yüksek düzeyde depresyon geliştiği bildirilmiştir (151,152,153). Akbaş ve ark.'nın yaptıkları çalışmada düşük ile anksiyete ve depresyon arasında ilişki tespit edilememişlerdir (103). Çalışmada düşük sayısı arttıkça anksiyete puanı da yükselmesine rağmen, düşük sayısı ve depresyon puanı arasında anlamlı ilişki yoktur. Ölü doğum sayısına bakıldığında anksiyete ve depresyonla pozitif ilişki olduğu saptanmıştır. Kürtaj sayısı ile anksiyete ve depresyon ilişkisine bakıldığında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir.

İstenmeyen gebelik depresyon için önemli bir risk etkeni olarak birçok çalışmada ortaya konulmuştur. İstenmeyen gebelik, sorunlu gebelik, erken ya da geç doğum, güç ya da sorunlu doğum kalıcı bedensel ve zihinsel özörlere neden olabileceği, kişinin benlik gelişmesini ve benlik gücünü bozabileceği, psikososyal streslere dayanma ve baş edebilme gücünü düşürebileceği ifade edilmiştir (7,119,126,132,134). Gözüyeşil'in yaptığı çalışmada istenmeyen gebelik, depresyon için bir risk faktörü olarak bulunmuştur (99). Akbaş ve ark.'nın çalışmasında ise istenmeyen gebelik ve depresyon anksiyete arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır

(103). Çalışmada gebelik isteme durumu ile anksiyete puanı arasında anlamlı farklılık gözlenmemesine karşın gebeliği isteme durumu ile depresyon puanı arasında anlamlı farklılık gözlenmiştir. Gebeliği istemeyenlerde depresyon puanı daha yüksek saptanmıştır.

Çalışmaya katılan gebelerin yardımcı üreme tekniği kullanımı ile anksiyete puanı arasında anlamlı farklılık gözlenmedi. Yardımcı üreme tekniği kullanımı ile depresyon puanı arasında anlamlı farklılık gözlendi. Yardımcı üreme tekniği kullananlarda depresyon puanı daha yüksek saptandı. Kadınların doğal yollardan hamile kalamaması ve uzun bir süreç olan tedavi döneminin yıpratıcı etkilerinin yardımcı üreme tekniği kullanan gebelerde depresyon gelişimine neden olabileceği düşünüldü.

Affonso'nun çalışmasına göre, depresyonun asıl nedenin evlilik ilişkisinin zayıflığından kaynaklandığı ortaya çıkmıştır; ayrıca doğumdan sonra erkeğin ilgisizliği yüksek düzeyde depresyona neden olmaktadır (154). Herrera ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada eş ve aile üyelerinin desteğinden yoksun kadınların gebeliklerinin daha sorunlu olduğu saptanmıştır (155) Araştırmadaki sonuçlar literatürle uyumludur. Çalışmada evlilik hayatı kötü olanlarda anksiyete ve depresyon puanlarının daha yüksek olduğu gözlendi.

Gebelikte cinselliği belirleyen faktörler olarak gebenin fiziksel, ruhsal durumu, kişiler arası değişen bakış açıları gibi bir çok medikal, sosyal, psikolojik faktörler rol oynamaktadır. Bununla birlikte gebelikte cinsel aktivitelerin bireysel farklılıklar gösterebileceği de unutulmamalıdır (118). Çalışmada gebelerin gebelik süresi ile cinsel yaşamın olumsuz etkilenmesi arasında anlamlı farklılık gözlendi. Cinsel yaşamı olumsuz etkilenenlerin gebelik ayı daha yüksekti. Aslan'ın Dokuz Eylül Üniversitesi'nde yaptığı çalışmada cinsel ilişki memnuniyeti gebeliğin son döneminde belirgin azalmaktadır. Yapılan çalışmada cinsel memnuniyet gebelik öncesi %76-79 oranında bulunurken son trimesterde %40-41 olarak bulunmuştur (118). Efe'nin İstanbul'da da yaptığı çalışmada da cinsel ilişkide bulunma sıklığının gebelik ayları ilerledikçe azaldığı saptanmıştır (115). Çalışmada cinsel yaşamın olumsuz etkilenmesi ile anksiyete puanı arasında anlamlı farklılık gözlenmedi. Cinsel yaşamın olumsuz etkilenmesi ile depresyon puanı arasında

anlamli farklilik gözlendi. Cinsel yaşamı olumsuz etkilenenlerin depresyon puanı daha yüksekti. Cinsel yaşamda oluşan olumsuzlukların gebelerin eşleriyle aralarındaki ilişkinin bozulmasına yol açarak depresyon gelişimine zemin hazırladığı düşünüldü.

ÖZET

Gebelerde Anksiyete ve Depresyonla İlişkili Sosyodemografik Özellikler

Gebelik dönemini sağlıklı ve rahat geçirmek kadın için ve doğacak çocuk için çok önemlidir. Son yıllarda ruh sağlığı alanındaki gelişmeler ışığında çeşitli ruhsal sorunların da artık gebelikte görülebileceği bilinmektedir. Bu tezin amacı, gebelerin sosyodemografik özelliklerini belirlemek ve bunların depresyon, anksiyete ile ilişkisini araştırmaktır. Bu sayede sadece gebelerin sosyodemografik özelliklerinden yola çıkarak anksiyete ve depresyon konusunda bir yaklaşım sunmak da hedeflenmiştir.

Çalışmaya SDÜ Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran 452 hasta dahil edilmiştir. Çalışmaya alınan gebelere anket formu ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği uygulanmıştır.

Çalışmamızda gebelerin HAD ölçeğine göre %28,8’inde anksiyete bulunurken, %71,2’sinde anksiyete bulunmamaktadır. Gebelerin ortalama anksiyete puanı $7,98 \pm 4,053$ olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan gebelerin %35,0’inde depresyon bulunurken, %65,0’inde depresyon bulunmamaktadır. Gebelerin ortalama depresyon puanı $6,58 \pm 3,794$ olarak bulunmuştur. Gebelerin meslek, sigara kullanımı gibi sosyodemografik özellikleri, ilaç kullanımı, psikiyatrik hastalık öyküleri, toplam gebelik, ölü doğum, yaşayan çocuk ve düşük sayısı gibi gebelik bilgileri ve evlilik hayatının değerlendirilmesi ile anksiyete puanları arasında anlamlı farklılık gözlemlendi. Gebelerin eğitim düzeyi, aylık gelir, meslek, gebelik sırasında çalışma, eşinin mesleği gibi sosyodemografik özellikleri, toplam gebelik, ölü doğum ve yaşayan çocuk sayısı, gebeliğin istemli olup olmaması, yardımcı üreme tekniği kullanımı gibi gebelik bilgileri ve gebelikte cinsel yaşamın olumsuz etkilenmesi ve evlilik hayatının değerlendirilmesi ile depresyon puanları arasında anlamlı farklılık gözlemlendi.

Sonuç olarak depresyon ve anksiyete açısından riskli gebeleri önceden tespit ederek yakın takibe almak ve tedavi amaçlı yönlendirmenin bebek ve anne sağlığı açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Anahtar sözcükler: Gebelik, Anksiyete, Depresyon, Sosyodemografik özellikler, SDÜ

SUMMARY

Socio-Demographic Features Associated With Anxiety and Depression in Pregnant Women

It is very important for the woman and for the child that will be born to spend the pregnancy period healthy and comfortably. In the last years, in the light of the improvements in mental health, it is known that a variety of mental problems can also be seen in the pregnancy period. The purpose of this thesis is to determine the socio-demographic features of the pregnant and to analyze their relation with anxiety and depression. Thus it has been targeted to present an approach about depression and anxiety by considering the socio-demographic features the pregnant.

452 patients who consulted the Obstetrics and Gynecology policlinic of the SDU have been involved in the study. The patients who were involved in the study have been applied questionnaire form and Hospital Anxiety and Depression Scale.

In our study, while 28,8% of the pregnant have anxiety, 71,2% do not, according to the HAD scale. The average anxiety point of the pregnant was found as $7,98 \pm 4,053$. While 35% of the pregnant that joined the study present with depression, 65% do not. The average depression point of the pregnant has been found as $6,58 \pm 3,794$. By considering, socio-demographic features such as occupation smoking, drug usage, information of the pregnant such as history of psychiatric disease, total gestation, dead birth, gestational living child and number of abortion and married life of the pregnant, significant difference between anxiety points was found. By considering socio-demographic features such as education level, monthly income, occupation, working during the pregnancy period, the occupation of the husband, gestational information such as number of total gestation, dead birth and number of the living children, if the gestation was willed or not, usage of the secondary reproduction technique and the negatively affected sexual life during pregnancy and married life, significant difference between depression points was found.

As a result, to determine the pregnant that carry the risk of anxiety in advance and to follow them up and to lead them with the aim of treatment are considered to be important for the health of the mother and the baby.

Keywords: Pregnancy, Anxiety, Depression, Socio-demographic features, SDÜ

KAYNAKLAR

1. KİMYA Y, CENGİZ C. Maternal Fizyoloji in Kişnişci HA, eds. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Güven Kitabevi, Ankara, 1996 s:239-250
2. JOSEF A, BENG G, NORDİN C, SYDSJO G. Prevalence of depression semptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2001;80:251-255
3. EVANS J, HERON J, FRANCOMB H, OKE S, GOLDİNG J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after chilbirth. *BMJ*. 2001;323:257-260
4. ANDERSON L, SUNDSTRÖM-POROMACİ I, WULLF M, STRÖM M, BİXO M. Depression and anxiety during pregnancy and six month postpartum. A fallow of study. *Acta Obstet Gynecol*. 2006;85:937-944
5. GENEZ D. Hamile Kadınların Kaygı Düzeyi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek lisans Tezi, Samsun, 2002
6. ALTINAY S. Gebelikte depresyon prevalansı, sosyodemografik özellikler, obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi. T.C.Sağlık Bakanlığı Ankara Hastanesi Aile Hekimliği Tezi, Ankara, 1999
7. KARAÇAM Z, ANGEL G. Depression and anxiety and influencing factor in pregnancy a study in a Turkish population. *Midwifery* 2007. oct 10;[Epub ahead of print]
8. ÇALIŞKAN D, ONCU B, KÖSE K, OCAKTAN MF, ÖZDEMİR O. Depression scores and associated factors in pregnant women: A community based study in Turkey. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2007;11:1-6
9. ORR ST, BLAZER DG, JOMEN SA, REİTER JP. Depressive semptoms and indicators of maternal healty state during pregnancy. *J Womens Healty* 2008 Jan-Feb;17(1):159
10. ALBERQUE C, BRANCHİ-DEMİCHELİ F, ANDREHOLİ A, EPİHEY M, FRİON O. Management of severe antepartum depression, an update; *Rey Med Suisse* 2008 Feb 13;4(144)
11. CORNELİUS MD, GOLDSCHMİDT L, DE GENNA N, DAY NL. Smoking during teenage pregnancies: effects on behaviorol problems in off spring. *Nicotine Tob Res* 2007 Jul;9(7):739-50
12. CUNNINGHAM FG, GANT NF, LEVENO KJ, GİLSTRAP LC, HAUTH JC, WENSTROM KD. Gebelik; Genel Bakış. Williams Doğum Bilgisi Cilt 1. 1. baskı. , İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2005. s:15-30
13. ÖZGÜNEN T. Üreme Fizyopatolojisi. Çiçek MN, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Ankara, Güneş Kitabevi; 2004. s:99-107
14. VAROL FG, SAYIN NC. Fertilizasyon ve Yarıklanma. Beksas MS, Demir N, Koç A, Yüksel A. Obstetrik, Maternal ve Fetal Tıp ve Perinatoloji. Ankara, Medikal Network, 2001. s:42-51
15. FENKÇİ IV. Maternal Fizyoloji. Çiçek MN eds. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Ankara, Öncü Basımevi; 2004. s:161-169
16. TAŞKIN L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 6. Baskı, Ankara. Sistem Ofset Matbacılık, 2003. s:32-35

17. YÜCEL A. Gebelikte Maternal Fizyoloji in Güralp S. eds. Kadın Hastalıkları ve Doğum Tanı ve Tedavi. Ankara, Feryal Matbacılık,2004;s:1-11
18. PERNOLL M. Benson & Pernoll Obstetrics. Tercüme. Ayhan A,Bozdağ G. Gebelik Tanısı ve Prenatal Bakım. Ankara, Palme Yayıncılık,2002;s:141-147
19. ŞİMŞEK T. Yüksek Riskli Gebeliklerin Fizyolojisi, in Taşkın L. Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı. Ankara, Palme Yayıncılık,2002;s:2-9
20. MUNGAN T. Normal Gebelik ve Prenatal Bakım in Saraçoğlu F.Çağdaş Obstetrik & Jinekolojik Teşhis ve Tedavi. İstanbul,1994;s:221-234
21. KARANİSAOĞLU H. Riskli gebelerde ruhsal durum ve hemşirelik yaklaşımı. *Hemşirelik Bülteni*.1991;19(5):47-52
22. KUĞU N, AKYÜZ G.Gebelikte ruhsal durum. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*.2001;23(1):61-64
23. IŞIK E, TANER Y. Çocuk Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları. Asimetrik Paralel Kitabevi,2006;s:3-29
24. ESEL E. Genelleşmiş anksiyete bozukluğunun nörobiyolojisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*.2003;13(2):78-87
25. ITO C. The role of brain histamine in acute and cronic stress. *Biomedicine & Phamacothreapy*, 2000;54(5):263-267
26. GABBARD GO. Anxiety Disorders: Psychodynamic Aspects. In: Sadock VA eds. *Comprehesive textbook of psychiatry*.7 th ed.PA: Lippincott Williams and Wilkins,2000;s:1464-1476
27. BERKSUN OE. Anksiyete bozukluklarının epidemiyolojisi. *Psikiyatri net*. (www.psikiyatri.net.)
28. SCHNEİNER FR, JOHSON J, HORNİG CD, LİEBOWITZ MR, WEİSMAN MM.Social fobia:comorbity and morbity in a epidemiological sample.*Archives of General Psychiatry*,1992;49:282-288
29. DAVİTSON JRT, HUGHES DL, GEORGE LK, BLAZER DG. The epidemiology of social phobia: findings from the Duke Epidemiological Catcment Area Study. *Psychological Medicine*, 1993;23:709-718
30. DİLBAZ N. Sosyal Anksiyete Bozukluğu Tanı Epidemiyoloji, Etyoloji, Klinik ve Ayırıcı Tanı. *Klinik Psikiyatri*,2000;ek 2 s:3-21
31. KERSSLER RC, STEİN MB, BERGLUNG P.Social phobia subtypes in the national comorbity survey. *American Journal of Psychiatry*,1995;155:613-619
32. IŞIK E. Anksiyete Etyolojisi. Çocuk Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları. Golden Print İstanbul, Mayıs 2006;s:6-16
33. LE DEUX J. Fear and the brainwhere have we been and where are going? *Biological Psychiatry*,1998;44:1229-1238
34. STEİN DJ, HOLLANDER E.Textbook of Anxiety Disorder. Washington DC, American Psychiatric Publishing 2002
35. IŞIK E.Anksiyete Belirtileri ve Tipleri: Çocuk Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları. İstanbul Golden, Golden Print, 2006;s:26-31
36. KAPLAN & SADOCK'S. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Güneş Kitabevi, 2007. s:17-21

37. EBERT MH, LOOSEN PT, NURCOMBE B. Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi. Güneş Kitabevi, 2003. s:331-332
38. ASLAN S, YÜKSEL N. Anksiyete bozukluklarında ilaç tedavileri. Türkiye Klinikleri J İnt. Med Sci. 2006;2(12):68-80
39. ÖZTÜRK MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 1. Baskı, HYB Yayıncılık, Ankara, 2004; 3:25-80
40. WEISBERG RB, PAQUETTE JA. Screening and treatment of anxiety disorders in pregnant and lactating women. *Women's Healty Issues*, 2002;12:32-36
41. GEORGE HT, LADENHEIM JA, NUTT DJ. Effect of pregnant on panic attacks. *Am J Psychiatry* 1987;144:1078-1079
42. VILLEPONTEAUX VA, LYDIARD RB, LARAIA MT, STUART GW, BALLENGER JC. The effect of pregnancy on preexisting panic disorder. *J Clin Psychiatry*, 1992;53:201-203
43. 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;39:950-954
44. WILLIAMS KA, KORAN LM. Obsessive-compulsive disorder in pregnancy, the puerperium. *J Clin Psychiatry*, 1997;58:330-334
45. CLOÏTRE M, YONKERS KA, PEARLSTEIN T. Women and anxiety disorder: implications for diagnosis and treatment. *CNS Spectr*, 2004;9:1-16
46. HEDEGAARD M, HENRIKSEN TB, SECHER NJ, HATCH M, SABROE S. Do stressful life events affect duration of gestation and risk of preterm delivery? *Am J Epidem*, 1996;7:339-45
47. LOBEL M, DUNKEL-SCHETTER C, SCRIMSHAW SCM. Prenatal maternal stress and prematurity: a prospective study of socioeconomically disadvantaged women. *Healty Psych*, 1992;11:32-40
48. WADHWA PD, SANDMAN CA, PORTO M, DUNKEL-SCHETTER C, GAITE TJ. The association between prenatal stress and infant birth weight and gestational age at birth: a prospective investigation. *Am J Ob Gyn*, 1993;169:858-65
49. RUNICK 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 Psych* 1999;18:333-45
50. ALTSHULER LL, HENDRICK V, COHEN LS. Course of mood and anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1998;2:29-33
51. ANDERSON L, SUNDSTRÖM-PAROMCA I, BIXO M, WULFF M, BONDESTAM K, ASTRÖM M. Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population based study. *Am J Obstret Gynecol*, 2003;189:148-154
52. MARAKOĞLU K, ÇİVİ S, ŞAHSIVAR Ş, ÖZDEMİR S. Tıp fakültesi birinci ve ikinci sınıf öğrencilerde sigara içme durumu ve depresyon yaygınlığı arasındaki ilişki. *Bağımlılık Dergisi*, 2006;7:129-134
53. ÇEVİK A, VOLKAN VD. Depresyonun psikosomatik etyolojisi. Depresyon Monografileri Serisi 3. 1993; s:109-122
54. KARASU TB. Toward a clinical model of psychotherapy for depression. An integrative and selective treatment approach. *Am J Psychiatry*, 1990;147:269-78

55. CARLSON GA, KASHANI JH. Phenomenology of major depression from childhood through adulthood: analysis of three studies. *Am J Psychiatry*,1988;s:145-1225
56. AKISKAL HS. Mood Disorders: Introduction and overview. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*,1th ed. Kaplan HI, Sadock BJ. PA: Williams and Wilkins,1995;s:1067-1079
57. BABAĞLU A.Psikiyatri Tarihi. Okuyan Us Yayın, İstanbul, 2002;s:56,95
58. GELDER M, GATH D,MAYOU R, COWEN P. *Oxford Textbook of Psychiatry*.3 th ed. Oxford University Press, Oxford,1996
59. KÖROĞLU E. Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. Çeviri,4 th ed. Hekimler Yayın Birliği, Ankara,1994
60. BLAZER D. Mood Disorders: Epidemiyoloji, İn *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 6th ed, Ed(s) Kaplan H,Sadock J. Williams and Wilkins, Baltimore 1995
61. KÜEY L, GÜLEÇ Ç. Depresyonun Epidemiyolojisi. *Depresyon Monografaları Serisi/ Hekimler Yayın Birliği*, Ankara,1993
62. IŞIK E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar, Görsel Sanatlar Matbacılık. Ankara,2003;s:20-32
63. KAPLAN H, SADOCK B. *Synopsis of Psychiatry*. 7 th ed, Williams and Wilkins, Baltimore,1995;s:516-555
64. AYDIN H, BOZKURT A, ÖZGEN F. Duygudurum bozukluklarının genetik yönü. *Depresyon Monografaları Serisi 3/ Hekimler Yayın Birliği*, Ankara, 1993;s:25,135-152
65. CHARNEY EA, WEISMANN M. Epidemiology of depressive and manic syndromes. *Depression and Mania*, Anastasias Georgetan, Robert Cancro(Ed), Elsevier Publishing CO, New York, 1998;52(9) 26
66. VANDOOAGHE E, VAN HUNSEL F, NUYTEN D, MAES M.Auditory event related potentials in major depression:prolonged p300 latency and increased p200 amplitude. *J Affect Disord* ,1998,48(2-3):105-113
67. COŞKUN D.Perimenopozal ve postmenopozal dönemdeki kadınlarda depresyon insidansı ve hormon replasman tedavisinin etkileri. Ok Meydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi,2008
68. KAPLAN HI, SADOCK BJ. *Pocket Handbook of Clinical Psychiatry*, 2th ed, New York, New York University Medical Center press, William and Wilkins,1995;s:97-112
69. KÖROĞLU E. American Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. Dördüncü Baskı (DSM-IV), Ankara,1994
70. ÇIĞRIKÇI E. Kronik hastalığı nedeniyle devamlı takip edilmekte olan çocukların annelerinin sosyodemografik özellikleri ve annelerin depresyon prevalansı.Bakırköy Dr.Sami Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile hekimliği Uzmanlık Tezi, İstanbul,2007
71. ÖRSEL S.Depresyonda tedavi: genel ilkeler ve kullanılan antidepresan ilaçlar. *Klinik Psikiyatri*,2004;Ek 4:17-24
72. DURAT G. Sakarya ilindeki gebe kadınlarda doğum sonrası depresyon risklerinin belirlenmesi ve yüksek riskli kadınlarda hemşirelik uygulamalarının etkinliği. İstanbul Üniversitesi Doktora Tezi,2003
73. ÖZKAN S. Psikiyatrik Tıp, Konsültasyon-Liyezon Psikiyatri Kitabı. 1.Baskı, Roche, İstanbul,1993;s:201-9

74. AYVAZ S, HOCAOĞLU Ç, TİRYAKİ A, AK İ. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikle ilişkili sosyodemografik risk etmenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*,2006;17:243-51
75. SANOWOLLA SB. Women's Healty and Psychiatry, Phidelphia. Lippincott, Williams and Wilkins,2002;s:115-123
76. KLEİN M, ESSEX M. Peganant or depressed. The effect of overlop between symptoms of depression and somatic complaints of pregnancy on rates of major depression in the second trimester. *Depression*,1995;2:308-314
77. MARCUS SM, FLYNN HA, BLOW FC, BARY KL. Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *J Women's Healty*,2003;12:373-80
78. KURKİ T, HİLLESMAA V, ROLTASALO R, MATTİLA H, YİLKORKOLO O. Depression and anxiety early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstetric Gynecol* 2000;95:487-90
79. CEBECİ SA, AYDEMİR Ç, GÖKA E. Puerperal dönemde depresyon semptom prevalansı, obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi. *Kriz Dergisi*,2002;10:11-8
80. MC KEE MD, CUMİNGHOM M, JANKOWSKİ KR, ZAYAS L. Healty-related functional status in peganancy:relationship to depression and social support in a multi-ethnic population . *Obstetric Gynecol* 2001;97:988-93
81. O'HARA MW. Postpartum Depression: Causes and Consequenses. New York,NY Springer Verlag,1995;s:168-194
82. FRANK E, KUPFER DJ, PEREL JM. Three year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:1093-1099
83. KUMAR R, RABSON MK. A prospective study of emotional disorders in child bearing women. *Br J Psychiatry*,1984;144:35-47
84. MURRAY D, COX JL, CHAPMON G. Childbirth life event or start of a long term diffuculty? *Br J Psychiatry* 1995;166:595-600
85. KUPFER DJ. Long term treatment of depression. *J Clin Psychiatry* 1991;52:2-34
86. PRİEN RF, KUPFER DJ. Continuation drug therapy for major depressive episodes: how long should it be mountained? *Am J Psychiatry* 1986;143:18-23
87. AKDENİZ F, GÖNÜL AS. Kadınlarda üreme olayları ve depresyon ilişkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*,2004;2:70-4
88. CHUNG TK, LAU TK, YİP AS, CHLU HF, LEE DT. Antepartum depressive symptomatology is associated with advers obstetric and neonatal outcomes. *Psychosom Med* 2001;63:830-4
89. SANDMAN CA, WADHWA PD, DUNKEL-SCHETTER C, CHİCZ-DE MET A, BELMAN J, PORTO M. Psychoboigical influences of stres and HPA regulation on the human fetus and infant birth outcomes. *Am NY. Acad Sci* 1994;739:198-210
90. MARAKOĞLU K, ŞAHSIVAR MS. Gebelikte depresyon. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2008;28:525-531
91. CARTER D, KOSTARAX X. Psychiatric disorders in pregnancy. *BC Medikal Journal* 2005;47:96-99
92. STEER RA, SCHOOL TA, HEDİGER ML. Self reported depression and negative pregnancy outcomes. *J Clin Epidemiology* 1992;45:1093-1099

93. DAYAN J, CREVEVİL C, HERLİCOVİEZ M, HERBEL C, BARANGER E, SAVAGE C. Role of anxiety and depression in the onset of spontaneous preterm labor. *Am J Epidemiol* 2002;155:293-301
94. ZİGMOND AS, SNAİTH RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scand* 1983;67:361-370
95. AYDEMİR Ö, GÜVENİR T, KÜEY L, KÜLTÜR S. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1997;8:280-287
96. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara, Türkiye 2008
97. KÖLGELİER S, DEMİR ARSLAN H, KATAŞ B, GÜLER G. Gebelerde toxoplazma gondi seroprevalansı. *Dicle Tıp Dergisi*, Cilt 36, No:3 s:170-172
98. BEKTAŞ E. Hastanemiz gebe polikliniğine başvuran gebelerde normal doğum ve tercihi ve nedenleri ile ilgili anket çalışması. Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, 2008
99. GÖZÜYEŞİL EY, ŞİRİN A, ÇETİNKAYA Ş. Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2008;3(9):13-7
100. BALCI E, GÜN İ, ÖZÇELİK B, ÖZTÜRK A. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran gebelerin sevk ve sağlık ocaklarını kullanma durumu. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2005;14(2):91-6
101. KILIÇARSLAN S. Edirne şehir merkezindeki son trimester gebelerin sosyodemografik özellikleri, yaşam kalitesi, kaygı düzeyleri. Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, 2008
102. DÜLGERLER S, ERGİN E, ERTEM G. Gebelerin ruhsal belirti dağılımlarının incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2005;21(1):115-126
103. AKBAŞ E, VİRİT O, KALENDEROĞLU A, SAVAŞ AH, SERTBAŞ G. Gebelerde sosyodemografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyi ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2008;45:85-91
104. www.tuik.gov.tr
105. TEKBAŞ FÖ, OĞUR R, UÇAR M. Genç erişkin erkekler arasında akraba evliliği sıklığının ve nedenlerinin araştırılması. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2005;4(3)
106. UNCU YA. Gebelikte asemptomatik bakteriüri sıklığı ve gebelik komplikasyonları ile ilişkisi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi, Bursa, 1999
107. MARAKOĞLU K, SEZER RE. Sivas'ta gebelikte sigara kullanımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2003;25:157-64
108. DOĞU S, ERGİN AB. Gebe kadınların sigara kullanımını etkileyen faktörler ve gebelikteki Zararlarına ilişkin bilgiler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*, 2008;1(1):12-17
109. T.C. sağlık Bakanlığı Herkese Sağlık Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri (Hedef 21) Çalışma Grubu Raporları, Ankara, 2000
110. ÖZGÜL KÖ. Gebelerde HbsAg ve AntiHCV seroprevalansı. İstanbul eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Uzmanlık tezi, 2008

111. AYDEMİR N. Sağlam çocuk polikliniğine başvuran 0-1 yaş bebeği olan annelerde depresyon taraması ve depresyonda etkili risk faktörlerinin belirlenmesi. Bakırköy Dr. Sami Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Uzmanlık tezi,2007
112. KARA B, ÇAKMAKLI P, NACAĞ E, TÜRECİ F. Doğum sonrası depresyon. *Sted* 2001;10(9):333-334
113. ALTINPARMAK S. gebelerde sosyodemografik özellikler, öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*,2006;5(6)
114. ALTINAY SA, AYDEMİR Ç, GÖKAL E. Puerperal dönemde depresyon semptom prevalansı,obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi. *Kriz Dergisi*,2002;10(1)11-8
115. EFE H. Gebeliğin kadın cinselliği üzerindeki etkileri. Haseki eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Uzmanlık Tezi, İstanbul,2006
116. SÖHMEN T, TÜRKBAĞ T. Engelli Çocuklar GATA Basımevi, Ankara,2003;s:10-12
117. SORİAS O. Sosyal destekler ve ruh sağlığı. *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*,2002;27(13):259-362
118. SYDOW KV. Sexuality during pregnancy and after childbirth. A metacontent analysis of 59 studies. *Journal Psychosomatic Research*, 1999;47:27-49
119. LEE AM, LAM SK, SZE MUN LAU SM. Prevalence, course and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstetric Gynecol* 2007;110:1102-12
120. FELİCE E, SALİBA J, GRECH F. Prevalence rates and psychosocial characteristics associated with depression in pregnancy and postpartum in Maltese women. *Journal Affective Disorders* 2004;82:297-301
121. KURKİ T, HİLLESMAN V, RAİTESOLO R. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstetric and Gynecology* 2000;95:487-90
122. DA COSTA, LAROCHE J, DRİTSA M. Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *Journal of Affective Disorders* 2000;59:31-40
123. KELLY RH, RUSSO J, KATON W. Somatic complaints among pregnant women cared for in obstetric: normal pregnancy or depressive and anxiety symptoms amplification revisited? *General Hospital Psychiatry*,2001;23:107-13
124. ZUCKERMAN B, AMORO H, BAUCHER H. Depressive symptoms during pregnancy relationship to poor healthy behavior. *Am J Obstet Gynecol*,1989;160:1107-1110
125. FAİSAL CURY A, ROSSİ MENEZES P. Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Arch Womens Ment Healty* 2007;10:25-32
126. KİTAMURA I, SUGAWARA M, TODA M, SHİMA S. Psychological study of depression among pregnant women. *British Journal of Psychiatry* 1996;68:732-738
127. COSTA D, LAROCHE J, DRİTSA M, BRENDER W. Variations in stress level over the course of pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research* 1999;47(6):609-21
128. GÖZÜYEŞİL E. Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. Ege üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2003
129. GOTLİB IH, WHİFFEN VE. Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *J Consult Clin Psychol* 1987;144:188-293

130. SERTBAŞ G. Gebelerde doğum öncesi ve sonrası dönemlerde durumluluk sürekli kaygı düzeylerinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir, 1988
131. LWELLYN AM, STOWE ZN, NEMERROF CB. Depression during pregnancy and the puerperium. *J Clin Psychiatry* 1997;58:26-32
132. SEQUIN L, ST-DENIS M, LAISELLA J. Cronic stressor, social support and depression during pregnancy. *Obstet-Gynecol* 1995;85:583-8
133. ÇAM O. Yaşamda kadın. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 1996;12(1):71-73
134. HONJO S, ARAI S, KANEKO H. Antenatal depression and maternal-fetal attachment. *Psychopathology*, 2003;36:304-11
135. HERRERA JA, HURTADO H, CACERES D. Antepartum biopsychosocial risk and perinatal outcome. *Fam Pract Res J*, 1992;12:391-9
136. TÜZÜN C. Elazığ ili merkez ve çevresinde akraba evlilikleri insidansı ve tıbbi sonuçları. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji Uzmanlık Tezi, Elazığ, 1992
137. DÜZCAN F. Sivas popülasyonunda akraba evliliği sıklığı ve aileler üzerindeki tıbbi etkileri. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıbbi Biyoloji ve Genetik Anabilim Dalı Doktora Tezi, Sivas, 1994
138. GÜZ K. Antalya yöresinde akraba evlilikleri sıklığı ve tıbbi sonuçları. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Bilim Uzmanlığı Tezi, Antalya, 1987
139. KALYONCU C. Akraba evlilikleri ve doğumsal kusurlar. *Trakya Tıp Fakültesi Dergisi*, 1980,2:2
140. TUNÇ Z. Edirne'de öğretmenlerin sigara içme ile bırakma davranışlarına etki eden faktörler. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi, 2007
141. FİDAN F, PALA E, ÜNLÜ M, SEZER M, KARA Z. Sigara bırakmayı etkileyen faktörler ve uygulanan tedavilerin başarı oranları. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 2005;6(3):17-22
142. STRAIN JJ, LYONS JS, HAMMER JS, FAHS M, LEOVİTS A, PADDISON PL. Cost offset from a psychiatric consultation-liaison intervention with elderly hip fracture patients. *American Journal of Psychiatry* 1991;148(8):1044-1049
143. KILIÇOĞLU A. Yaşlılık çağı depresyonunun risk etkenleri etyolojisine yönelik bir gözden geçirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2006;7:49-54
144. SAĞDUYU A, ÖGEL K, ÖZMEN E, BORATAV C. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2000;11(1):3-16
145. AYDIN N, GÜREL D, VURAL A, VARGEL S. Bronşial astım hastalarında depresyon ve anksiyete varlığı. *Türkiye Klinikleri Alerji-Astım* 2002;4:19-124
146. ALTAN L, BİNGÖL U, SAĞIRKAYA Z, SARANDÖL A, YURTKURAN M. Romatoid artritli hastalarda anksiyete ve depresyon. *Romatizma* 2004;19(1):7-13
147. KUĞU N, AKYÜZ G. Gebelikte ruhsal durum. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp fakültesi Dergisi*, 2001;23:61-4
148. SUNGUR MZ. Kadında psikiyatrik problemler. *Nöroloji, Nörojirüji, Psikiyatri Dergisi*, 1986;2:11-4
149. BENNETT HA, EİNARSON A, TADDİO A. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstetric and Gynecology*, 2004;103:698-709

150. GENEZ D. Hamile kadınların kaygı düzeyleri. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi,2002
151. HUGHES PM, TURTON P, EVANS CDH. Still birth on risk factor for depression and anxiety in the supsequent pregnancy: cohort study. *BMJ* 1999;318:1721-4
152. LEE DTS, YİP ASK, LEUNG TYS. İdentifying women at risk of postnatal depression. Prospective longitudinal study. *HKMJ* 2000;6-349-54
153. EBERHARD-GRAN M, ESKİLD A, TOMBS K. Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psyhiatry Scand* 2002;106:426-33
154. AFFONSO D, LOVETT S, ARİZMENDİ T, NUSBOWN R, NEWMAN L. Predictors of depression symptoms during pregnancy and postpartum. *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynecology* 2002;12:255-271
155. HERRERA JA. Antepartum biopsychosocial risk and perinatal outcome. *Fam-Pract-Res-J.* 1992;12(4):9-391

EKLER

EK-1. SDÜ Akademik Kurul Kararları

T.C.
Süleyman Demirel Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Akademik Kurul Kararları

Toplantı tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
22.08.2008	15	4

Anabilim Dalımız Akademik Kurulu 22.08.2008 tarihinde saat 13:00'da toplanarak aşağıdaki kararları almışlardır.

Alınan Kararlar;

- 1.) Anabilim Dalımız araştırma görevlileri Dr.Hacer Kayacan, Dr.Yasemin Türker, Dr.Özge Uçman, Dr.Seher Kömürcü için Yrd.Doç.Dr.Kurtuluş ÖNGEL'in eğitim danışmanı olarak atanmasına karar verilmiştir.
- 2.) Anabilim Dalı'mız araştırma görevlisi Dr. Bahriye Küçükkılıç tarafından hazırlanan 'SDÜ Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran gebelerde anksiyete, depresyon ve ilişkili sosyodemografik özellikler' isimli tez çalışması için Yrd.Doç.Dr.Kurtuluş ÖNGEL'in tez danışmanı olarak atanmasına;
- 3.) Anabilim Dalı'mız araştırma görevlisi Dr. Turgut Gürbüz tarafından hazırlanan 'SDÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği'nde Takip Edilen Anksiyete Hastalarında Hastalık Şiddeti ile Serum Lipid Düzeyi İlişkisinin Gözlenmesi.' İsimli tez çalışması için Yrd.Doç.Dr. Kurtuluş ÖNGEL'in tez danışmanı olarak atanmasına;
- 3.) 9-12 Ekim 2008 tarihleri arasında Antalya'da düzenlenecek olan Aile Hekimliği Güz Okulu'na Aile Hekimliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Yrd.Doç.Dr. Kurtuluş ÖNGEL ile araştırma görevlisi Turgut Gürbüz'ün temsilen katılmasına;
oybirliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Mehmet İŞLER

Prof.Dr. Tamer MUNGAN

Yrd.Doç.Dr.Esin KULAÇ

Yrd.Doç.Dr. Kurtuluş ÖNGEL

EK-2. SDÜ Etik Kurul Kararları

S.D.Ü. TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI FAKÜLTE ETİK KURULU KARARLARI		
TOPLANTI TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI
23.06.2009	04	40

Fakülte Etik Kurulu 23 Haziran 2009 tarihinde Saat 15:00'da toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.,

40- Fakültemiz Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. Kurtuluş ÖNGEL'in "SDÜ Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Gebelerde Anksiyete ve Depresyon ile İlişkili Sosyodemografik Özellikler." konulu çalışma;

Etik Kurul tarafından uygun görülmüştür.

(İMZA)
Prof. Dr.Yıldırım SONGÜR
BAŞKAN

(KATILMADI)
Prof. Dr. Ahmet Rifat ÖRMECİ
ÜYE

(KATILMADI)
Prof.Dr.Mahmut BÜLBÜL
ÜYE

(İMZA)
Doç.Dr.Pınar YÜKSEL BAŞAK
ÜYE

(İMZA)
Yrd.Doç. Dr. Esin KULAÇ
ÜYE

Doç.Dr.Nilgün KAPUCUOĞLU
ÜYE
(İMZA)

Yrd.Doç.Dr.Duygu KUMBUL DOĞUŞ
ÜYE
(İMZA)

Yrd. Doç. Dr.Ekrem ÇİÇEK
ÜYE
(İMZA)

Yrd.Doç. Dr. Kurtuluş ÖNGEL



EK-3. Aydınlatılmış Onam Formu

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

a.) **Araştırmanın Adı:** SDÜ Tıp Fakültesi Kadın Doğum Polikliniğine başvuran gebelerde anksiyete, depresyon ve ilişkili sosyodemografik özellikler.

b.) **Araştırmanın İçeriği:** SDÜ Tıp Fakültesi Kadın Doğum Polikliniğine başvuran gebelerde sosyodemografik özelliklerin sorgulanması ve yapılan hastane anksiyete ve depresyon ölçeği testiyle sonuçların karşılaştırılması.

c.) **Araştırmanın Amacı:** Ülkemizde doğum öncesi takip yeni yeni benimsenmekteyken psikolojik olarak zor olan bu dönemde psikiyatrik destek hiçbir standarda bağlı değildir. Anne ve çocuk üzerine etkileri düşünüldüğünde gelen hasta profili hakkında bilinçlenmek ve riskli gebelikleri önceden tespit ederek yakın takibe almak ve tedavi için yönlendirmek büyük önem arz etmektedir. Bu tezde amacımız SDÜ Tıp Fakültesi Kadın Doğum polikliniğine başvuran gebelerde sosyodemografik özellikleri belirlemek ve bunların depresyon ,anksiyete ile ilişkisini araştırmaktır.

d.) **Araştırmanın Niteliği:** Tez çalışması

e.) **Araştırmanın Öngörülen Süresi:** 17 ay

f.) **Araştırmaya Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı:** 563

g.) **Araştırmada İzlenecek İşlemler:** Poliklinikte hastalarla yüz yüze konuşularak çalışma anlatılacak. Gebe değerlendirme anketi ve hastane depresyon ve anksiyete ölçeği beraberce doldurulacak..

2. Gönüllünün Uygulama Sırasında Karşılaşabileceği Riskler ve Rahatsızlıklar:

Yukarıda açıklanan araştırma sırasında uygulanacak olan işlem ve tedavilerin bana aşağıda belirtilen riskleri ve rahatsızlıkları getirebileceğinin bilincindeyim:

Eğitimin herhangi bir risk ve rahatsızlık oluşturacağı düşünülmemektedir.

3. Gönüllüler İçin Araştırmadan Beklenen Tıbbi Yarar:

Araştırma sonucunda psikiyatrik destek gerekecek durumlar tespit edilerek gebeler için çok zorlu olan bu dönemin kolayca atlatılmasını sağlamaktır. Böylelikle

doğumdan sonraki bir yıl içinde doyumlu bir anne çocuk ilişkisi oluşturarak çocuğun ruhsal gelişiminin sağlıklı bir şekilde tamamlamaktır.

4. Araştırmaya Seçenek Olan Girişimler ya da Tedaviler Konusunda Bilgilendirilme:

Araştırmada hastalara (araştırma dahilinde) herhangi bir tıbbi tedavi uygulanmayacak ve herhangi bir ilaç verilmeyecektir.

5. Araştırma Konusundaki Soruların Cevaplandırılması:

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ile bir hasta olarak haklarını konusunda bilgi almak için aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır.

Adı- Soyadı: Yrd.Doç.Dr.Kurtuluş ÖNGEL..... Telefon: 05362552096 / 02462113655

6. Araştırma Giderleri:

Araştırma kapsamındaki bütün muayene, tetkik ve testler ile tıbbi bakım hizmetleri için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

7. Çalışmayı Reddetme ve Çalışmadan Çekilme Hakkı, Çalışmadan Çıkarılma:

- a. Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.
- b. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.
- c. Sorumlu araştırmacı / hekime haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmediğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum.
- d. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı / hekim ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle ya da almakta olduğum tıbbi bakımın kalitesini yükseltmek amacıyla, benim onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

8. Gizlilik:

Çalışma süresince tutulan bütün kayıtlar ve dosya bilgileri gerektiğinde, gönüllülere ulaştırılacaktır. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler, ülkemizdeki ve verilere gereksinimi olan öteki ülkelerdeki ilgili birimlerine iletilebilir. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

9. Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....
.....

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacı- Hekimin Adı- Soyadı:Dr Bahriye Küçükkılıç

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

EK-4. Gebe Değerlendirme Anketi**GEBE DEĞERLENDİRME ANKETİ**

- 1- Yaşınız:
- 2- Gebeliğin kaçınıcı ayındasınız:
- 3- Medeni durumunuz:
 - a)Evli b)Bekar c)Dul
- 4- Eğitim durumunuz:
 - a)Okur yazar değil b)Okur yazar c)İlkokul d)Ortaokul e)Lise f)Üniversite
- 5- Aylık geliriniz:
 - a)<500 ytl b)500-1000ytl c)>1000ytl
- 6- Mesleğiniz:
 - a)Ev hanımı b)Memur c)İşçi d)Serbest meslek e)Emekli
- 7- Gebeliğiniz sırasında çalışıyor musunuz:
 - a)Evet b)Hayır
- 8- Sosyal güvenceniz:
 - a)SSK b)BK c)ES d)Yeşil kart e)Hiçbiri
- 9- Son 10 yıl içinde göç yaptınız mı:
 - a)Evet b)Hayır
 Kaç yaşında evlendiniz:
- 11-Eşinizin eğitim durumu:
 - a)Okur yazar değil b)Okur yazar c)İlkokul d)Ortaokul e)Lise f)Üniversite
- 12-Eşinizin mesleği:
 - a)İşsiz b)Memur c)İşçi d)Serbest meslek e)Emekli
- 13-Eşiniz ile aranızda akrabalık var mı:
 - a)Evet b)Hayır
- 14-Evlilik hayatınızı nasıl değerlendiriyorsunuz:
 - a)Çok iyi b)İyi c)Fena değil d)Kötü e)Çok kötü
- 15-Gebeliğinizde cinsel yaşamınız olumsuz yönde etkilendi mi:
 - a)Evet b)Hayır
- 16-Gebeliğiniz sırasında sigara kullanıyormusunuz:
 - a)Evet b)Hayır
- 17-Gebeliğiniz sırasında alkol kullanıyormusunuz:
 - a)Evet b)Hayır
- 18-Herhangi bir kronik hastalığınız var mı:
 - a)Evet b)Hayır
- 19-Varsa hastalığınız nedir:

.....
- 20-Bilinen psikiyatrik bir hastalığınız var mı:
 - a)Evet b)Hayır

21-Varsa hastalığınız nedir:

.....

22-Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı:

a)Evet b)Hayır

23-Varsa nedir:

.....

24-Gebelikte uyku düzeninizde değişiklik oldu mu:

a)Değişmedi b)Arttı c)Azaldı

25-Toplam kaç gebeliğiniz oldu:

26-Canlı doğum sayısı:

27-Ölü doğum sayısı:

28-Yaşayan çocuk sayısı:

29-Kürtaj sayısı:

30-Düşük sayısı:

31-Özürlü çocuğunuz var mı:

a)Evet b)Hayır

32-Gebelik için yardımcı bir üreme tekniği kullandınız mı:

a)Evet b)Hayır

37-Gebeliğiniz istemli bir gebelikmiydi:

a)Evet b)Hayır

EK-5. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

ADI SOYADI:

TARİH: /

/

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelecek yanıt en doğrusu olacaktır.

- 1) **Kendimi gergin, ‘patlayacak gibi’ hissediyorum.**
- Çoğu zaman
 - Birçok zaman
 - Zaman zaman, bazen
 - Hiçbir zaman
- 2) **Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.**
- Aynı eskisi kadar
 - Pek eskisi kadar değil
 - Yalnızca biraz eskisi kadar
 - Neredeyse hiç eskisi kadar değil
- 3) **Sanki kötü bir şey olacaktı gibi bir korkuya kapılıyorum.**
- Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
 - Evet, ama çok da şiddetli değil
 - Biraz, ama beni endişelendiriyor
 - Hayır, hiç öyle değil
- 4) **Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.**
- Her zaman olduğu kadar
 - Şimdi pek o kadar değil
 - Şimdi kesinlikle o kadar değil
 - Artık hiç değil
- 5) **Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.**
- Çoğu zaman
 - Birçok zaman
 - Zaman zaman, ama çok sık değil
 - Yalnızca bazen
- 6) **Kendimi neşeli hissediyorum.**
- Hiçbir zaman
 - Sık değil
 - Bazen
 - Çoğu zaman
- 7) **Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.**
- Kesinlikle
 - Genellikle
 - Sık değil
 - Hiçbir zaman
- 8) **Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.**
- Hemen hemen her zaman
 - Çok sık
 - Bazen
 - Hiçbir zaman
- 9) **Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.**
- Hiçbir zaman
 - Bazen
 - Oldukça sık
 - Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- Kesinlikle
- Gereği kadar özen göstermiyorum
- Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum
- Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- Gerçekten de çok fazla
- Oldukça fazla
- Çok fazla değil
- Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

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

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- Gerçekten de çok sık
- Oldukça sık
- Çok sık değil
- Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- Sıklıkla
- Bazen
- Pek sık değil
- Çok seyrek