

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**GEBELERİN PSİKOSOSYAL SAĞLIK DURUMLARININ
DEPRESYON RİSKİ İLE İLİŞKİSİ**

YEŞİM ANIK
YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
PROF. DR. EMEL EGE
KONYA-2017

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**GEBELERİN PSİKOSOSYAL SAĞLIK DURUMLARININ
DEPRESYON RİSKİ İLE İLİŞKİSİ**

YEŞİM ANIK
YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
PROF. DR. EMEL EGE
KONYA-2017

TEZ ONAY SAYFASI

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Yeşim Anık'ın "Gebelerin Psikososyal Sağlık Durumlarının Depresyon Riski İle İlişkisi" başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Yer: Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

Tarih: 13/01/2017 10:30

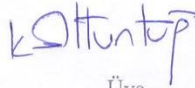


Tez Danışmanı

Prof. Dr. Emel EGE

Necmettin Erbakan Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi



Üye

Yrd. Doç. Dr. Kamile ALTUNTUĞ

Necmettin Erbakan Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi



Üye

Prof. Dr. Hülya OKUMUŞ

Dokuz Eylül Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

Yukarıdaki tez, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun. 19/01/2017 tarih ve 04/08 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Kısmet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK

Enstitü Müdürü



APPROVAL

We certify that we have read this dissertation entitled "Relation of Psycho-Social Health Status of Pregnant Women with the Risk of Depression" by "Yeşim Anık" that in our opinion it is fully adequate, in scope and quality, as dissertation for the degree of Master of Science in the Department of "Nursing", Institute of Health Sciences, University of Necmettin Erbakan.

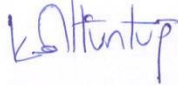
City: Necmettin Erbakan University, Faculty of Health Sciences

Date: 13/01/2017 10:30



Principal Advisor
Prof. Dr. Emel EGE

Necmettin Erbakan University
Faculty of Health Sciences



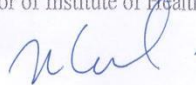
Examination Committee Member
Assist. Prof. Dr. Kamile ALTUNTUĞ
Necmettin Erbakan University
Faculty of Health Sciences



Examination Committee Member
Prof. Dr. Hülya OKUMUŞ
Dokuz Eylül University
Faculty of Nursing

This thesis has approved for the University of Necmettin Erbakan Institute of Health Sciences.

Prof. Dr. Kısmet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK
Director of Institute of Health Sciences



TEZ BEYAN SAYFASI

BEYANAT

Bu tezin tamamının kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Tarih: 13/01/2017

Öğrencinin Adı-Soyadı: Yeşim ANIK

İmzası:



GEBELERİN PSİKOSOSYAL SAĞLIK DURUMLARININ DEPRESYON RİSKİ İLE İLİŞKİSİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 14	% 12	% 7	% 6
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	earsiv.atauni.edu.tr İnternet Kaynağı	%3
2	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	%2
3	www.journals.istanbul.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
4	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	%1
5	kadincecucusagligi2016.org İnternet Kaynağı	%1
6	Submitted to Trakya University Öğrenci Ödevi	%1
7	xipe.insp.mx İnternet Kaynağı	%1
8	www.j-humansciences.com İnternet Kaynağı	<%1
9	www.gebelikhesaplama.org İnternet Kaynağı	<%1

Yesim ANIK

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimimin her aşamasında profesyonel yardımlarıyla beni destekleyen, değerli zamanını, deneyimlerini ve görüşlerini paylaşan çok değerli hocam Prof. Dr. Sayın Emel EGE'ye,

Yüksek lisans eğitimim boyunca sonsuz hoşgörüsü, ilgi ve desteği ile her zaman yanımda olan değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Sayın Kamile ALTUNTUĞ'a,

Tez savunma sınavıma zaman ayırarak beni onurlandıran Prof. Dr. Sayın Hülya OKUMUŞ'a,

Araştırma boyunca yardımını ve desteğini esirgemeyen çalışma arkadaşlarıma,

Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden sevgili gebelere,

Hayatım boyunca desteklerini her zaman hissettiren, bugünlere gelmemde sonsuz emekleri olan canımdan kıymetli aileme,

Teşekkür ederim..

Yeşim ANIK

İÇİNDEKİLER

<i>İç Kapak</i>	<i>i</i>
<i>Tez Onay Sayfası</i>	<i>ii</i>
<i>Approval</i>	<i>iii</i>
<i>Tez Beyan Sayfası</i>	<i>iv</i>
<i>İntihal Raporu</i>	<i>v</i>
<i>Önsöz</i>	<i>vi</i>
<i>İçindekiler</i>	<i>vii</i>
<i>Kısaltmalar ve Simgeler</i>	<i>x</i>
<i>Tablolar Listesi</i>	<i>xi</i>
<i>Özet</i>	<i>xii</i>
<i>Abstract</i>	<i>xiii</i>
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. <i>Kadın Sağlığının Yaşam Evreleri</i>	3
2.2. <i>Gebelik Dönemi</i>	3
2.3. <i>Gebelikte Görülen Fizyolojik Değişiklikler</i>	4
2.4. <i>Gebelikte Görülen Psikolojik Değişiklikler</i>	7
2.4.1. <i>Birinci Trimesterde Görülen Psikolojik Değişiklikler</i>	8
2.4.2. <i>İkinci Trimesterde Görülen Psikolojik Değişiklikler</i>	9
2.4.3. <i>Üçüncü Trimesterde Görülen Psikolojik Değişiklikler</i>	11
2.5. <i>Kadının Gebeliğe Psikolojik Uyum ve Tepkisi</i>	12
2.6. <i>Depresyon</i>	13
2.6.1. <i>Gebelikte Depresyon ve Görülme Sıklığı</i>	13
2.6.2. <i>Gebelikte Depresyon İçin Risk Faktörleri</i>	15
2.6.3. <i>Gebelikte Psikososyal Sağlık ve Depresyon İlişkisi</i>	16

2.6.4. Gebelik Depresyonu Belirti ve Bulguları	18
2.6.5. Gebelik Depresyonunun Etkileri ve Sonuçları.....	19
2.6.6. Gebelikte Depresyonun Taranması	20
2.6.7. Gebelikte Depresyonun Tedavisi ve Önlenmesi.....	21
2.6.8. Gebelikte Psikososyal Sağlık Bakımında Sağlık Personelinin Sorumlulukları	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM	25
3.1. Araştırmanın Tipi	25
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	25
3.3. Araştırmanın Evreni	25
3.4. Araştırmanın Örnek Büyüklüğünün Belirlenmesi	25
3.5. Örnek Seçimi	26
3.6. Örnek Seçim Kriterleri	26
3.7. Veri Toplama Tekniği ve Araçları	27
3.7.1. Anket Formu	27
3.7.2. Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği (GPSDÖ)	27
3.7.3. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ).....	29
3.8. Verilerin Toplanması.....	29
3.9. Ön Uygulama	29
3.10. Araştırmanın Değişkenleri	30
3.10.1. Bağımsız Değişkenler	30
3.10.2. Bağımlı Değişkenler	30
3.11. Verilerin Analizi	30
3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları	30
3.13. Araştırma Soruları	31
3.14. Araştırmanın Etiği.....	31

4. BULGULAR	32
4.1. Araştırma Grubundaki Gebelerin Tanıtıcı Özellikleri, Doğurganlık Özellikleri ve Ölçeklerin Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular.....	33
4.2. Araştırma Grubundaki Gebelerin EDSDÖ Puan Ortalamalarının Tanıtıcı ve Doğurganlık Özelliklerine Göre Dağılımı ve Bazı Değişkenlerin Korelasyonuna İlişkin Bulgular.....	37
4.3. Araştırma Grubundaki Gebelerin EDSDÖ İle GPSDÖ ve Alt Boyutlarının Korelasyonu ve GPSDÖ Puan Ortalamalarının EDSDÖ Cut-Off Değerlerine Göre Dağılımına Yönelik Bulgular.....	42
5. TARTIşMA	45
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	60
6.1. Sonuçlar.....	60
6.2. Öneriler	62
7. KAYNAKLAR	63
8. EKLER	70
Ek-A: Gebelerin Tanıtıcı Özellikleri İle İlgili Anket Formu	70
Ek-B: Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği (GPSDÖ).....	72
Ek-C: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ).....	75
Ek-D: Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakóltesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Kararı.....	77
Ek-E: Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakóltesi Hastanesi Kurum İzni	78
Ek-F: Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği İzin Belgesi.....	79
9. ÖZGEÇMİş	80

KISALTMALAR VE SİMGELER

ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists Committee

EAMDS: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası

EDSDÖ: Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

EKT: Elektrokonvülsif Terapi

EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale

GPSDÖ: Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği

HCG: Human Koryonik Gonadotropin

NST: Nonstres Test

Ort: Ortalama

PPHAS: Pregnancy Psychosocial Health Assessment Scale

SS: Standart Sapma

SSRI: Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri

T3: Total triyodotironin

T4: Total tiroksin

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TSH: Troidi Stimüle Eden Hormon

TABLolar LİSTESİ

<i>Tablo 4.1.1.Gebelerin ve Eşlerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=792) ..</i>	<i>33</i>
<i>Tablo 4.1.2.Gebelerin Doğurganlık Özelliklerine Göre Dağılımı (n=792)</i>	<i>34</i>
<i>Tablo 4.1.3.Gebelerin Trimesterlere Göre EDSDÖ Puan Ortalamaları ve Depresyon Semptomları Görülme Sıklığına Göre Dağılımı</i>	<i>35</i>
<i>Tablo 4.1.4.Gebelerin Trimesterlere Göre GPSDÖ'den ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı</i>	<i>36</i>
<i>Tablo 4.2.1.Gebelerin EDSDÖ Puan Ortalamalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=792)</i>	<i>37</i>
<i>Tablo 4.2.2.Gebelerin EDSDÖ Puan Ortalamalarının Doğurganlık Özelliklerine Göre Dağılımı (n=792).....</i>	<i>39</i>
<i>Tablo 4.2.3.Gebelerin EDSDÖ Puan Ortalamalarının Bazı Sosyo-Demografik ve Doğurganlık Özellikleri ile İlişisine Ait Bulgular</i>	<i>41</i>
<i>Tablo 4.3.1.Gebelerin EDSDÖ Puan Ortalaması, GPSDÖ Alt Grup ve Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkisi</i>	<i>42</i>
<i>Tablo 4.3.2.Gebelikteki GPSDÖ Puan Ortalamalarının EDSDÖ Cut-Off Değerlerine Göre Dağılımı (n=792).....</i>	<i>44</i>

ÖZET

T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Gebelerin Psikososyal Sağlık Durumlarının Depresyon Riski İle İlişkisi

Yeşim ANIK

Hemşirelik Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ/KONYA-2017

Gebelik döllenme ile başlayan doğum ile sona eren fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin yaşandığı doğal bir olaydır. Gebelik sürecinde kadının biyo-psiko-sosyal değişimine adapte olması beklenmektedir. Gebelerin bu değişimlere uyum sağlayamadığı durumlarda prenatal depresyon görülme riski artmaktadır. Bu araştırma, gebelerin psikososyal sağlık durumlarının depresyon riski ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte planlanan araştırmanın örneklemini 18 yaş üzerinde olan 792 gebe oluşturmuştur. Örnek seçiminde, olasılıksız örnekleme yöntemlerinden gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından oluşturulan 21 soruluk anket formu, “Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği” (GPSDÖ) ve “Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği” (EDSDÖ) kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından 22.03.2016-30.06.2016 tarihleri arasında yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde; sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, Mann Whitney U, Kruskal Wallis Varyans Analizi ve Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

Gebelerin EDSDÖ puan ortalamasının 9.41 ± 4.81 , depresyon riski oranının %28.2 olduğu bulunmuştur. Trimesterlere göre depresyon riski oranları incelendiğinde; birinci trimesterde depresyon riski oranının %31.5, ikinci trimesterde %26.8, üçüncü trimesterde %28.9 olduğu belirlenmiştir. Gebelerin gelir durumu algısı, eşlerinin eğitim durumu, doğum öyküsü, istenen bebek cinsiyeti, gebelikte destek alma durumları ile EDSDÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Gebelerin yaşı, eşin yaşı, evlilik süresi ile EDSDÖ puan ortalaması arasında pozitif yönlü, ailenin aylık geliri ile negatif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$). Gebelerin GPSDÖ toplam puan ortalamasının 4.05 ± 0.45 ve psikososyal sağlık durumlarının iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir. GPSDÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları (gebelik ve eş ilişkisi, kaygı ve stres, aile içi şiddet, psikososyal destek gereksinimi, ailesel özellikler, gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişiklikler) ile EDSDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; negatif yönlü, istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$).

Sonuç olarak, gebelerin psikososyal sağlığa ait puanları düştükçe, prenatal depresyon riskinin arttığı saptanmıştır. Bu nedenle prenatal izlem sırasında fiziksel değerlendirmenin yanı sıra psikososyal değerlendirmenin yapılması bütüncül bir yaklaşım açısından önem taşımaktadır. Gebe takipleri sırasında yapılabilecek değerlendirme ile psikososyal sağlığa ilişkin var olan risk durumlarının erken tanınması ve risk tespit edilen gebelerin ilgili merkezlere yönlendirilerek profesyonel destek almalarının sağlanması önerilebilir.

Anahtar sözcükler: Depresyon Riski; Gebelik; Psikososyal Sağlık.

ABSTRACT

REPUBLIC of TURKEY

NECMETTİN ERBAKAN UNIVERSITY

HEALTH SCIENCES INSTITUTE

Relation of Psycho-Social Health Status of Pregnant Women with the Risk of Depression

Yeşim ANIK

Department of Nursing

MASTER THESIS / KONYA-2017

Pregnancy is a natural phenomenon which starts with insemination and ends with child delivery, in which physiological, psychological and social changes occur. In the process of pregnancy, the women are expected to adapt to her bio-psycho-social change. When pregnant women fail to adapt to these changes, the risk of prenatal depression increases. This research was made in order to determine the relation of psycho-social health status of pregnant women with the risk of depression.

792 pregnant women over age 18 comprised the study group of the research, which was planned in descriptive and relation searching type. In the example selection, random sampling, which was one of the improbable sampling methods, was used. In data collection, a 21-question questionnaire developed by the researcher, "Pregnancy Psychosocial Health Assessment Scale" (PPHAS) and "Edinburgh Postnatal Depression Scale" (EPDS) were used. The data were collected by the researcher between 22.03.2016 -30.06.2016 via the technique of face to face interviewing. Figure, percentage, average, standard deviation, Mann Whitney U, Kruskal Wallis Variance Analysis and Spearman Correlation analysis were used in data analysis.

It was found that EPDS score average of the pregnant women was 9.41 ± 4.81 , the rate of depression risk was %28.2. When risk rates according to trimesters were examined; it was determined that the depression risk was %31.5 in the first trimester, %26.8 in second trimester and %28.9 in the third trimester. It was detected that the difference between the EPDS score averages and the income level perception of pregnant women, educational status of the spouses, delivery history, desired child sex, receiving support during pregnancy was statistically meaningful ($p<0.05$). A positive way, statistically meaningful relation was detected between the EPDS score average and the age of the pregnant women, the age of the spouse and the duration of marriage and a negative way, statistically meaningful relation was detected in terms of the monthly income of the family ($p<0.05$). It was detected that the total PPHAS score average of the pregnant women was 4.05 ± 0.45 and their psycho-social health status was in high level. When the relationship between the PPHAS total and sub-dimension averages (pregnancy and spouse relation, anxiety and stress, domestic violence, psycho-social support need, family properties, physical- psycho-social changes regarding pregnancy) and EPDS score averages was examined, a negative way, statistically meaningful relationship was detected ($p<0.05$).

As a result, as the scores of pregnant women regarding psycho-social health decrease, the prenatal depression risk was detected to rise. Therefore, it is important in terms of a holistic approach that a psycho-social assessment should be made as well as a physical assessment during prenatal monitoring. With assessment during pregnancy monitoring, risks regarding psycho-social health can be diagnosed early and pregnant women with detected risks can be directed to related centers for professional support.

Keywords: Depression Risk; Pregnancy; Psycho-social Health.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Gelişimsel kriz dönemi olarak değerlendirilen gebelik döllenme ile başlayan, doğum ile sona eren fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin yaşandığı bir dönemdir (Yeşilçiçek Çalık ve Aktaş 2011; Daş 2014). Gebelikte her trimesterin kendine özgü fizyolojik, psikolojik ve sosyal uyum süreci vardır. Gebeliğin birinci trimesterinde, zıt duyguların ve duygusal dalgalanmaların (ani neşenin yerini üzüntü ve sıkıntıya bırakabildiği) yaşandığı, davranış değişikliklerinin olduğu belirtilmektedir (Pieta ve ark. 2014) ve bu dönemde kadının gebeliği kabullenmesi beklenmektedir (Sunal ve Demiryay 2009; Daş 2014). Gebeliğin ikinci trimesteri, mevcut duruma ilişkin rahatsızlık veren belirtiler hafiflediğinden gebeliğe uyumun sağlandığı, ilk trimestere göre daha mutlu ve rahat olunduğu, annenin kendisi ve bebekle ilgili bilgileri öğrenmeye istek duyduğu, bebeğiyle bütünleştiği ve kendisini beğendiği bir dönemdir (McKinney ve ark. 2013; Daş 2014; Nayak ve ark. 2015). Üçüncü trimester ise gebenin doğum ağrısı ve doğum hakkındaki korku ve anksiyetesinin giderek artabildiği (Nayak ve ark. 2015), bebeğini kaybetme korkusuyla gebenin ilgisinin kendisine ve bebeğine yoğunlaştığı bir dönem olarak tanımlanmaktadır (McKinney ve ark. 2013; Daş 2014). Bu nedenle gebelik süresince kadınının biyo-psiko-sosyal değişimine adapte olması beklenmektedir.

Gebelik döneminde kadının yaşadığı biyo-psiko-sosyal değişikliklerin gebelikte görülen depresyona yatkınlığı arttırdığı belirtilmektedir. Kadının gebelik sırasında yaşadığı kaygı, geçmiş yaşantısında depresyon öyküsünün varlığı, gebeliğe yönelik yaşadığı zıt duygular, geçmişinde psikiyatrik bir hastalığın varlığı gibi durumlar prenatal depresyonu etkileyebilen psikolojik faktörler arasında sayılmaktadır (Lancaster ve ark. 2010; Silva ve ark. 2010; Ortaarık ve ark. 2012; Tunç ve ark. 2012; Çelik ve ark. 2013; Jeong ve ark. 2013; Lefkovics ve ark. 2014). Kadının partnerinin olmaması, evlilik içi yaşadığı sorunlar, yaşamını yalnız devam ettirmesi, boşanma, ekonomik düzeyin düşük olması, sosyal destek düzeyinin olmaması veya yetersiz olması, sosyal izolasyon, aile içi yaşadığı şiddet, geçmişinde fiziksel, duygusal ve cinsel şiddet öyküsünün varlığı, sigara, alkol ve yabancı madde kullanımı prenatal depresyona zemin hazırlayan sosyal faktörler olarak değerlendirilmektedir (Faisal ve Cury 2010; Silva ve ark. 2010; Buyukkayaci Duman 2012; Tunç ve ark. 2012; Jeong ve ark. 2013; Dağlar ve Nur 2014; Milgrom ve Gemmill 2014; Levkofics ve

ark. 2014; Ratcliff ve ark. 2015). Ayrıca gebelikte anneye ait bir takım özellikler, ailesel faktörler, kültürel yapı, eş ve sağlık profesyonellerinin desteği gibi değişkenler de prenatal depresyona zemin hazırlayan sosyal faktörler arasında sayılmaktadır (Yılmaz ve Beji 2010).

Dünya Sağlık Örgütü'nün raporuna göre kadınlar depresyonla en çok gebelik, doğum ve lohusalık gibi süreçlerin yaşandığı 18-44 yaş aralığında karşılaşmaktadır. Ayrıca gelişmekte olan ülkelerde her 3-5 kadından biri, gelişmiş ülkelerde ise her on kadından biri ya gebelikte ya da postpartum dönemde şiddetli depresif semptomlar yaşamaktadır (WHO 2008). Dünya'da prenatal depresyon prevalansını değerlendiren çalışmalara bakıldığında; Jeong ve ark. (2013) Kore'de Edinburg Postnatal Depresyon Skalası (EPDS) kullanarak yaptıkları çalışmada gebelerin %20.2'sinde depresyon semptomları olduğunu saptamıştır. Rwakarema ve ark. (2015) Tanzania'da yaptıkları çalışmada ilk trimesterde depresyon semptomları saptanan kadınların oranını %15.7; ikinci trimesterde %50; üçüncü trimesterde ise %34.3 olduğunu tespit etmiştir. Ülkemizde gebelik depresyonu semptom sıklığını değerlendiren çalışmalarda; Buyukkayaci Duman (2012) Beck Depresyon Envanteri kullanarak yaptığı çalışmada gebelerin %75.0'ında depresif semptomların olduğunu belirlemiştir. Yılmaz ve Beji (2010) Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası (EAMDS) kullanarak 20. gebelik haftasının üzerinde olan gebelerle yaptıkları çalışmada gebelerin % 53,5'inin EAMDS puanının 16 ve üzerinde olduğunu saptamıştır.

Prenatal dönemde depresyon olan ve tedavi olmayan kadınlarda maternal mortalite, morbidite ve intihar girişim oranları artmaktadır. Prenatal dönemde görülen depresyon kadının bilişsel fonksiyonlarını olumsuz etkileyerek, konsantrasyon yetisinde azalmaya sebep olmakta ve bağımlılık yapıcı bazı maddelerin kullanımını arttırmaktadır (Akkaş Yılmaz ve Gülümser 2015). Ayrıca birçok çalışma gebelik depresyonunun postpartum depresyon için önemli bir risk faktörü olduğunu ve gebelik esnasında depresyon yaşayan kadınların %50.0'ında postpartum dönemde de depresyon görüldüğünü belirtmiştir (McFarland ve ark. 2011; Levkofics 2014; Akkaş Yılmaz ve Gülümser 2015). Gebelik sürecinde her trimesterin kendine özgü psikolojik uyum süreci vardır ve farklı biyo-psiko-sosyal değişiklikler yaşanmaktadır. Yabancı literatürde yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde gebelik sürecinin her trimesterindeki psikososyal değişiklikler ve depresyon semptom sıklığı ayrı ayrı değerlendirilmiştir.

dirilmiştir (Makara-Studzinska ve ark. 2013; Rwakarema ve ark. 2015; Bisetegn ve ark. 2016; Thompson ve Ajayi 2016). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise gebelik sürecinde yaşanan psikososyal değişiklikler ve depresyon semptom sıklığının her trimester için ayrı ayrı değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu bağlamda araştırma bulgularının gebelik sürecinde her trimesterde yaşanan psikososyal değişiklikler ve depresyon düzeyleri hakkında veriler sunacağı ve Türkçe literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmanın amacı, gebelikte yaşanan psikososyal sağlık sorunları ile depresyon semptomları arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kadın Sağlığının Yaşam Evreleri

Geçmiş dönemlerde kadın sağlığından bahsedildiğinde ilk etapta üreme organları ve meme ile ilgili sorunlar akla gelmekteydi. Günümüzde ise bu yaklaşım değişmiş, kadının intrauterin dönemden başlayarak yaşlılık dönemine kadar olan sürecinde fiziksel, sosyal, duygusal ihtiyaçları da göz önüne alınarak, kadın sağlığı açısından bütünsel yaklaşımın önemli olduğu görüşü yaygınlaşmaya başlamıştır (Şirin 2008; Koyun ve ark. 2011). Erken yaşam dönemlerinde; cinsiyet seçimi, yetersiz emzirme, istismar, ihmal ve bakım eksiklikleri gibi sorunlar yaşanırken, fiziksel, psikolojik, sosyal, bilişsel değişimlerin hızla yaşandığı adölesan ve gençlik dönemlerinde ise; madde bağımlılığı, yeme bozuklukları, üreme sağlığı sorunları, fiziksel değişimlere uyum zorluğu gibi sıkıntılar yaşanmaktadır. Erişkinlik dönemi sorunlarını; istenmeyen gebelikler ve istemli düşükler, gebelikte yaşanan ruhsal sorunlar, postpartum sorunlar, infertilite, cinsel işlev bozuklukları, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, genital mutilasyon, meme kanseri ve jinekolojik kanserler, kadına yönelik şiddet oluştururken, postmenopozal ve yaşlılık döneminde ise; klimakterik dönem problemleri, yaşlı istismarı ve ihmali, yoksulluk gibi sorunlar görülmektedir (Koyun ve ark. 2011).

2.2. Gebelik Dönemi

Gebelik kadın yaşamında doğal bir olaydır. Ancak kadın yaşamında yeri oldukça önemli olan gelişimsel bir kriz dönemi olarak adlandırılmaktadır. Bunun ne-

deni ise gebelik döneminin kadınlarda neden olduğu nöroendokrin ve psikolojik değişikliklerin, yaşamın diğer evreleriyle kıyaslanamayacak derecede fazla olmasıdır (Yıldız 2011; Yeşilçiçek Çalık ve Aktaş 2011). Gebelik, fizyolojik açıdan bakıldığında dokuz ay süresince fetüsün uterus dışında yaşamını devam ettirebilmesi için gerekli olgunluğa ulaşmasını sağlayan dönemdir. Psikososyal açıdan bakıldığında ise; gebe ve ailesinin gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlere hazırlanmalarını sağlamaktır. Sağlıklı gebelik ve anne-bebek için ailenin gebelikte görülen değişikliklere uyum sağlayabilmeleri önemlidir (Daş 2014).

2.3. Gebelikte Görülen Fizyolojik Değişiklikler

İnsan vücudu, gebeliğe adaptasyon için, fertilizasyondan hemen sonra başlamak üzere önemli fizyolojik, anatomik ve biyokimyasal değişiklikler geçirir ve bu değişiklikler yalnızca genital organlarda değil, tüm doku ve organlarda oluşmaktadır. Gebelikte annede ortaya çıkan fizyolojik değişikliklerin nedeni, uterus içinde gelişmekte olan fetüsün besin ihtiyaçlarının karşılanması, genital organlarda doğum için gerekli değişimlerin hazırlanması, annenin gebelik ve doğum sırasında bazı risklerden korunması ve laktasyon döneminde bebeğin bir süre daha beslenmesini sağlamaktır (Taşkın 2014).

Metabolik değişiklikler: Gebelik sürecinde ortalama kilo alımı 12.5 kg'dır. Gebeliğin ilk aylarında kilo alımı yavaş ve az olurken, ikinci ve üçüncü trimesterlerde daha fazla olmaktadır. Anne organizmasının bütün besin kaynaklarını fetüsün kullanımı için seferber etmesiyle bazal metabolizma yaklaşık %20 oranında artmaktadır. Gebeliğin normal fizyolojik değişikliklerinden biri de artmış su retansiyonudur. Termde fetüs, plasenta ve amniyotik sıvının su içeriği yaklaşık 3,5 litredir. Su retansiyonuyla birlikte sodyum, potasyum, kalsiyum, fosfor ve magnezyum gibi elektrolitlerde birikme görülmektedir. Gebeliğin erken dönemlerinde anne dolaşımında glikoz konsantrasyonu düşmekte ve enerji için yağlar kullanılmaktadır. Bu nedenle gebelikte sık aralıklarla ve yeterli karbonhidratla beslenilmesi önerilmektedir (Chandharan ve Arulkumaran 2012; Taşkın 2014).

Endokrin sistem: Gebeliğin erken döneminde salgılanmaya başlayan Human Koryonik Gonadotropin (HCG) hormonu hızla artarak, 9-12. haftalarda pik değerlere ulaşmakta, daha sonra azalarak gebelik boyunca aynı seviyede kalmaktadır. HCG'nin

görevi, plasenta yeteri kadar östrojen ve progesteron salgılayıncaya kadar korpus luteumdan bu hormonların salgılanmasını sağlamaktır. Gebelik döneminde artan östrojen ve progesteron düzeyleri pankreas hücrelerinde hipertrofiye ve insülin salgılanmasına yol açarak gebenin karbonhidrat metabolizmasında önemli değişikliklere sebep olmaktadır. Östrojen ve progesteronun yanında human plasental laktojenik, prolaktin, kortizol hormonlarının salgılanması insüline rezistansın oluşmasına yol açmaktadır. Bu değişikliklerin yanında tiroid ve paratiroid bezlerde hiperplazi ve hipertrofi oluşmaktadır. Total tiroksin (T4) ve Total triyodotironin (T3) yükselmekte ve parathormon salgısı da artmaktadır (Chandrahara ve Arulkumaran 2012; Constantine 2014; Taşkın 2014).

Solunum sistemi: Gebelikte östrojen konsantrasyonundaki artma nedeniyle solunum yollarında, kapiller damarlarında, kan dolaşımı artmaktadır (Constantine 2014). Gebelikte pulmoner ventilasyon yaklaşık %40 artarken, oksijen tüketimi ise %18 oranında artmaktadır. Bu nedenle hiperventilasyon ve nefes darlığı görülebilmektedir. Tidal volüm ilk trimesterden itibaren kademeli olarak artarak doğuma yakın %45 oranına ulaşmaktadır. Bu durum gebelikte artan progesteron düzeyiyle ilişkilendirilmektedir (Chandrahara ve Arulkumaran 2012; Taşkın 2014; Constantine 2014).

Kardiyovasküler sistem: Gebelikte kardiyovasküler sistemde önemli değişiklikler görülmektedir. Bunların en önemlisi kardiyak debi artışı, total kan volümünde, kırmızı kan hücrelerinde ve plazma değerlerinde artışa bağlı renal ve uterin kan akımında olan artmadır. Plazma volümü ilk trimester esnasında %15 kadar bir artış göstermekte olup, gebeliğin 32. haftasında %50 civarına ulaşmaktadır. Kardiyak out-put artmış kalp atımı, azalmış sistemik vasküler rezistans, artmış stroke volümünün sonucu olarak artmaktadır. Gebelikte kalp çıkış hacminde (kardiyak out-put) %30–50 arasında bir artma olmaktadır. Gebelik sırasında istirahat durumundaki nabız hızı dakikada yaklaşık 10–15 vuruş artmaktadır. Ölçümlerde gebelikte arteriyel kan basıncı önemli bir değişme göstermezken, venöz basınç artmaktadır. Sistolik basınç fazla değişmezken, diyastolik basınç ise 10–15 mmhg düşebilmektedir (Chandrahara ve Arulkumaran 2012; Taşkın 2014; Constantine 2014)

Gastrointestinal sistem: Gebelik döneminde artan progesteron düzeyi gastrointestinal sistemin tonüs ve motilitesini azaltmaktadır (Constantine 2014). Buna bağlı olarak alınan gıdaların mideden boşalması ve barsaklardan geçişi gecikmektedir. Bu

durum mide yanması, bulantı, kusma ve kabızlık sorunlarına yol açmaktadır. Dişetleri hiperemik ve yumuşak bir hal alabilirken, tükürük salgısında da artma gözlenmektedir. Safra kesesi fonksiyonu, gebelikte belirgin bir biçimde değişmekte olup, safra kesesi boşaltma süresi uzamakta ve hacmi artmaktadır. Bazı gebelerde aşırı yemek yeme, bazı yiyeceklere karşı aşırı ilgi ya da normal besin maddelerinin dışında kil, toprak vb. gibi maddeleri yeme isteği (pika) olabilmektedir. Aşırme ve “pika”nın nedeni sıklıkla psikolojik olarak değerlendirilmektedir. Gebelik sırasında hemoroidler oldukça yaygın görülmektedir. Bu duruma büyük ölçüde büyümüş uterus seviyesinin altındaki damarların yükselmiş olan basıncı ve konstipasyon neden olmaktadır (Chandharan ve Arulkumaran 2012; Taşkın 2014).

Üriner sistem: Gebelikte böbrekler hem boy hem ağırlık olarak artmaktadır. Kan akımı ve glomerular filtrasyon yaklaşık %50 artarak birinci trimesterin sonunda maksimum seviyeye ulaşmakta ve gebeliğin 36. haftasına kadar bu düzeyde devam etmektedir. 24 saatlik kreatinin klirens oranı son menstrual periyottan yaklaşık 4 hafta sonra %25 oranında artış göstermektedir. Gebeliğin 9. haftasında bu artış %45 oranına ulaşmakta olup, doğum ile birlikte bu oran gebelik öncesi düzeyine düşmektedir. Progesteron ve relaxin hormonlarının düz kaslar üzerindeki etkisi üriner sistemde dilatasyona yol açmaktadır. Bu durum kadınlarda idrar yolu enfeksiyonlarına olan yatkınlığı arttırmaktadır (Chandharan ve Arulkumaran 2012; Taşkın 2014; Constantine 2014). Gebeliğin ilk ve son aylarında sık idrar yapma görülmektedir. Bunun nedeni, ilk aylarda pelviste dolaşımın artması, son aylarda ise çocuk başının pelvise yerleşmesiyle mesaneye olan baskının artmasından kaynaklanmaktadır (Chandharan ve Arulkumaran 2012; Taşkın 2014).

Göğüsler: Gebelik esnasında göğüslerde önemli değişiklikler olmaktadır. İlk haftalarda gebe gerginlik, hassasiyet ve dolgunluk hissetmektedir. Üçüncü aydan sonra alveolların salgısı olan “kolostrum”, oluşmaktadır. Memelerde areola koyulaşmakta, meme uçları büyüyüp erektil bir şekil alarak laktasyona hazır hale gelmektedir (Taşkın 2014).

Deri ve karın duvarı: Gebelik sürecinde ciltteki kanlanmanın artmasına bağlı hiperpigmentasyon ve vasküler değişikliklere sık rastlanmaktadır. Özellikle yüz bölgesinde oluşan pigmentasyon gebelik maskesi şeklinde kendisini göstermektedir. Abdominal derinin orta hattı belirgin bir biçimde pigmente olarak kahverengimsi siyah bir

renk olarak lineanigra'yı oluşturmaktadır. Gebeliğin ilerleyen aylarında ise abdomen üzerindeki deride çoğunlukla kırmızı renkli, hafif çöküntülü çizgiler oluşabilmektedir (Akkoca ve ark. 2014; Taşkın 2014).

Kas iskelet sistemi: Hormonların etkisi ile kas ve iskelet sisteminde gevşemeler olmaktadır. Buna bağlı olarak vücudun denge sistemi değişmekte, lordozlar ve kemik ağrıları görülmektedir (Taşkın 2014).

Genital sistemdeki değişiklikler: Gebelik sırasında salgılanan hormonların ve içinde büyüyen fetus ve eklerinin etkisi ile uterusun büyüklüğünde, ağırlığında, yumuşaklığında, pozisyonunda ve ligamentlerinde önemli değişiklikler olmaktadır. Doğumdan önce ağırlığı 40-60 gram olan uterus doğuma yakın 1000-1500 grama ulaşmaktadır. Gebeliğin erken döneminde serviks ödemlidir, hiperemi nedeniyle morumtrak görünümündedir ve hormonların etkisi ile hipertrofi ve hiperplaziye uğramaktadır. Gebelikte ovulasyon gerçekleşmemektedir. Vajina ve vulvada over hormonlarının etkisiyle damarlanma artışı ve hiperemi gelişmektedir. Bol miktardaki salgılar ve vajinanın gebelik süresince tipik özelliği olan mor rengi, hiperemiden kaynaklanmaktadır. Ph'ı asidiktir ve 3.5 ile 6 arasında değişmekte olup, enfeksiyonlara karşı direnç artmaktadır (Taşkın 2014).

2.4. Gebelikte Görülen Psikolojik Değişiklikler

Gebelik kadın yaşamında değişik rollere uyumu gerektiren bir dönüm noktasıdır. Bu dönemde kadının gebeliğini ve gelecekteki annelik rolünü benimsemesi beklenmektedir. Gebenin inanç ve tutumları, sorumluluk anlayışı, ilişkileri ve davranışları kadının gebeliği benimsemesini etkileyen faktörlerdir (Taşkın 2014). Gebelik süreci kadının hayatında genellikle altın bir dönem olarak kabul edilmesine rağmen bu dönemde kadınların farkına varamadığı birtakım mental değişiklikler yaşanmaktadır (Nayak ve ark. 2015). Bu dönemde yaşanan biyolojik ve psikososyal değişimler, kaygı ve stres oluşturabilecek etkenlerle karşılaşma riskini artırmaktadır (Yeşilçiçek Çalık ve Aktaş 2011). Kadınlar gebeliği neşe, doyum, mutluluk kaynağı olarak algılayabildikleri gibi stres, kaygı, üzerinde aşırı bir yüklenme gibi olumsuz ruhsal duygulanımların da yaşanabileceği bir dönem olarakta görebilmektedir. Bu nedenle gebelik kadınların yaşamını etkileyebilen stres dönemidir ve sıklıkla kaygı ve depresyonla birleşmektedir (Yeşilçiçek Çalık ve Aktaş 2011; Yıldız 2011).

2.4.1. Birinci Trimesterde Görülen Psikolojik Değişiklikler

Gebeliğin her trimesterinde görülen fizyolojik ve psikolojik tepkiler farklıdır. İlk trimester genellikle gebe olduğu gerçeğine uyumla ilgilidir ve bu dönemde gebeliğini kabullenip güven duygusu içinde olan gebelerin uyum süreci olumlu gelişmektedir (Sunal ve Demiryay 2009).

Bu dönemin davranışsal ve duygusal değişimleri;

- **Belirsizlik:** İlk haftalarda kadın gebe olup olmadığını anlamak ve doğrulamak için çaba harcamaktadır. Gebelik olasılığı hakkında ailesiyle, arkadaşlarıyla konuşmaktadır. Belirsizlik duygusuna karşı tepkisi kişiseldir ve kadın ya gebelik belirtilerini doğrulamak için istekli ya da bu olasılıktan dolayı endişe duymaktadır (McKinney ve ark. 2013; Daş 2014).

- **Ambivalan duygular:** Gebelik tanısı kesinleştiğinde hemen hemen tüm kadınlar ambivalan (çelişkili) duygular yaşamaktadır (McKinney ve ark. 2013; Pieta ve ark. 2014). Bu duygular, gebelikte yaşanabilecek büyük değişimler, doğum ve çocuk yetiştirme ile ilgili ekonomik güçlükler, ev problemleri, iş yaşamına etkisi, hazır olma duygusu, menstruasyonun kesilmesi, mide bulantılarının rahatsız etmesi, kendini yorgun hissetme gibi nedenlerle yaşanmaktadır. Gebelik, kadın için kalıcı yaşam değişiklikleri ile sonuçlanırken, kadın sıklıkla değişiklikleri ve bunlarla nasıl başa çıkabileceğini araştırmaya başlamaktadır (Daş 2014). Gebelik, hem kadın hem de eş tarafından çok istense dahi yaşamda meydana gelen değişiklikler anne ve babanın ambivalans duygular hissetmesine neden olabilmektedir (Sunal ve Demiryay 2009; Pieta ve ark. 2014).

- **Primer odak olarak benlik:** İlk trimester boyunca kadının ilgisi tamamen kendisi üzerinde olmaktadır. Fetüsü gerçek olarak kabul etmemektedir (McKinney ve ark. 2013; Daş 2014). Fiziksel ve hormon seviyesindeki değişimler duygusal dalgalanmalara neden olabilmektedir. Ruh hali, memnuniyet halinden kızgınlığa, iyimser düşüncelerden karşı konulmaz uyku ihtiyacına hızla değişebilmektedir. Bu değişiklikler, daha durağan bir ilişkiye alışkın olan kadının eşinde şaşkınlık yaratabilmektedir (McKinney ve ark. 2013).

Birinci trimesterin sonunda gebeliğin kabullenildiğini gösteren belirtiler (Daş 2014);

- Gebe olmaktan hoşlanmak ve mutluluk duymak,

- Gebelikteki fiziksel rahatsızlıkları iyi tolere etmek,
- Gebe ve ailesinin gebelik ve doğumla baş edebileceği duygusuna sahip olduğu görülmektedir.

Gebeliğin kabullenilmediğini ya da sıkıntının olduğunu gösteren belirtiler (Daş 2014);

- Üzüntülü ve mutsuz hissetme,
- Gebeliğe bağlı oluşan değişikliklerden dolayı bunalmış olma duygusu,
- Gebelikten dolayı yaşamının daha kötüye gideceği duygusu (evliliğinin bozulması, mesleki yaşamının son bulması vb.)
- Sürekli hasta hissetme duygusu,
- Gebe olma ile ilgili sürekli pişmanlık yaşama duygusu görülmektedir.

2.4.2. İkinci Trimesterde Görülen Psikolojik Değişiklikler

Bu dönemde rahatsızlık veren gebelik belirtileri hafiflediğinden ve kadının vücudunun gebeliğe uyum sağlamasından dolayı gebe kendini daha mutlu ve rahat hissetmektedir (Daş 2014; Nayak ve ark. 2015). Kadın gebeliğe adaptasyonunu tamamlamış, gebeliğini benimsemiş ve onun için artık dışa dönüklük dönemi başlamıştır. Bu trimesterde fetüs hareketleri anne tarafından hissedilmeye başlanmaktadır. Ayrıca fetüsün ultrasonografik görüntüsü ve kalp seslerinin duyulması ile bu dönemde fetüs anne tarafından somut bir kavram olarak algılanmaya başlanmaktadır (Sunal ve Demiryay 2009; Daş 2014).

Bu dönemin davranışsal ve duygusal değişimleri;

• **Gebeliğin fiziksel olarak doğrulanması:** Bu dönemde kadın fetal hareketleri hissetmektedir. Fetal hareketlerin hissedilmesiyle birlikte uterus içinde bir yaşamın geliştiği doğrulanmakta ve anne artık bebeği kendisinden ayrı bir varlık olarak algılamaya başlamaktadır (Sunal ve Demiryay 2009; Daş 2014).

• **Primer odak olarak bebek:** Kadın bu dönemde tamamen bebeğe odaklanmaktadır. Genellikle kendisini iyi hissetmekte, sağlıklı bebek dünyaya getirebilmek için yapması gerekenleri düşünmekte ve memnuniyet duygusu yaşamaktadır (Sunal ve Demiryay 2009; McKinney ve ark. 2013; Daş 2014).

• **Narsizm ve içe dönme:** Kadın bu dönemde bebeği koruma yeteneği hakkında endişe duyabilmekte ve bu endişe sıklıkla narsizm ve içe dönme şeklinde kendini göstermektedir. Gebe kıyafetlerine, tükettiği besinlere, yaşadığı çevreye daha fazla dikkat etmektedir. Çevresel olayları fetüsün sağlığını etkileme durumuna göre değerlendirip, işlerine ve çevresindeki diğer bireylere daha az ilgi gösterebilmektedir (Sunal ve Demiryay 2009; McKinney ve ark. 2013; Daş 2014).

• **Beden imajı:** Bu dönemde kadının bedeninde olan hızlı ve yoğun değişimler çoğu kadın tarafından olumlu karşılanmakta (McKinney ve ark. 2013; Daş 2014), beden imajının değişmesi bebeğin büyüdüğünü gösterdiği için kadına ve eşine gurur yaşatmaktadır. Ancak bazı kadınlarda yaşanan bu değişimler olumsuz bir beden imgesi yaratabilmektedir (Daş 2014).

• **Cinsel yaşamdaki değişimler:** Gebelik sürecinde çiftlerin yaşamını etkileyen fiziksel, sosyal, psikolojik birtakım değişiklikler yaşanmaktadır. Bu değişiklikler kadının ruh halini, ilişkilerini ve cinsel hayatını etkilemektedir (Zaksek 2015). İlk trimesterde, doğum kontrolü veya gebe olma konusunda endişe yaşanmadığı için cinsel aktivite artabilir (Daş 2014). Ancak bazı kadınlarda bulantı, yorgunluk, fetüse zarar verme riski, düşük riski, memelerdeki duyarlılık cinsel isteği azaltabilir (Daş 2014; Zaksek 2015). Abortus korkusu, özellikle daha önce gebelik kaybı ya da infertilite tedavisi almış çiftin ilişkiden uzak durmasına neden olabilmektedir. İkinci trimesterde, labia ve klitoris duyarlılığında ve pelvik damarlanmadan dolayı vajinal akıntıda artma görülmektedir. Rahatlık ve enerji hissi, gebeliğinde problemi olmayan kadınlarda cinsel aktiviteyi artırabilir. Orgazm, gebelikte değişikliklerden dolayı daha sık ve yoğun meydana gelebilir. Orgazm geçici uterus kontraksiyonlarına neden olmasına rağmen normal gebelik sürecinde zararlı değildir. Üçüncü trimesterde, yanlış pozisyon sonucu abdominal basınç rahatsızlığa neden olabilmektedir. Bu pozisyonda mide yanması, hazımsızlık ve sırtüstü hipotansif sendrom görülebilmektedir (Terzioğlu 2014). Pauleta ve ark. (2010) yaptıkları çalışmada ilk trimesterde önemli cinsel değişikliklerin yaşanmadığını, ancak üçüncü trimesterde gebelik öncesi dönemlerle karşılaştırıldığında cinsel aktivitede %50 oranında azalma olduğunu belirtmiştir. Gebelik sürecinde cinsel istek ile ilgili yaşanan değişimleri eşlerin gelenek görenekleri de etkilemektedir. Bazı toplumlar gebelik sırasında ilişkiye izin verip cesaretlendirirken bazıları katı şekilde yasaklamaktadır. Bu nedenle komplikasyon olmadığı sürece

cinsel ilişkinin gebelik kaybı ile ilişkili olmadığı konusunda eşlere güven sağlanmalı ve çiftler arasında cinsel sorunların konuşulması gerekliliği açıklanmalıdır (Terzioğlu 2014; Zaksek 2015).

2.4.3. Üçüncü Trimesterde Görülen Psikolojik Değişiklikler

Bu dönemde gebenin doğum ve bebek için hazırlıkları artmakta ve anne bütün eksikliklerini tamamlamaya çalışmaktadır. Kadının bu dönemdeki gelişimsel görevi, annelik rolünü algılamaya başlaması ve "bir anne olacağım" diyebilmesidir (Daş 2014).

Bu dönemin davranışsal ve duygusal değişimleri:

- **Duyarlılık:** Kadın bu dönemde daha duyarlı hale gelmekte, bebeğini kaybedeceği ya da ona zarar vereceği duygusunu yaşadığından daha fazla dikkat etmektedir. Birçok gebe bebeğine zarar geleceği düşüncesiyle fantaziler ve korkulu rüyalar yaşamakta ve çok dikkatli davranmaya çalışmaktadır. Bulaşıcı hastalıklardan ve fiziksel tehlikelerden bebeğini koruyamayacağını hisseden gebe kalabalık ortamlardan uzak durabilir (McKinney ve ark. 2013; Daş 2014).

- **Bağımlılığın artması:** Gebeliğin son trimesterinde kadın fiziksel ve duygusal destek için başkalarına, özellikle eşine bağımlı olmaya başlamaktadır. Bağımlılık belirtileri kişiden kişiye değişmekle birlikte, genellikle gebe kadın eşine her an ulaşabileceğinden emin olmak için onu telefon ile sık sık aramaktadır. Kadın artan bu bağımlılık davranışını açıklayamasa da eşinin bu duygularını anlamasını beklemektedir (McKinney ve ark. 2013; Daş 2014).

- **Doğum Korkuları:** Fetüs büyümeye devam ederken fetal hareketler artık yumuşak hissedilmez. Kadının fetüsle ilişkisi bildiklerinin aksine değişmektedir. Gebe ve fetüs iç içe olmasına rağmen kadın bebeği kendisinin bir parçası olarak hissetmez (McKinney ve ark. 2013). Son ayda gebe ambivalan duyguları yeniden yaşamaktadır. Bebeğini istemekte fakat doğumdan korkmaktadır (Nayak ve ark. 2015). Doğum anındaki davranışları sanki tüm gebelik boyunca geçirdiği tutum ve davranışlarının tekrarı gibidir. Birçok gebe doğum zamanını doğru olarak belirleyememe endişesi, doğum başladığında hastaneye yetişemeyeceği korkusu yaşayabilmektedir. Primipar gebeler sıklıkla bilinmeyen korkusu yaşarken, multipar gebeler ise bazı şeylerin yan-

liş gideceği korkusu yaşamaktadır. Bazı gebeler doğum ağrılarına tepkilerinin nasıl olacağı, kendisinin ve bebeğinin yaşayıp yaşayamayacağı, fiziksel ve duygusal olarak kontrolünü kaybetme korkusu gibi duygular yaşayabilmektedir. Bu korkular sağlık çalışanının danışmanlık vermesiyle kısmende olsa azaltılabilen korkulardır (Pieta ve ark. 2014; Daş 2014).

2.5. Kadının Gebeliğe Psikolojik Uyumu ve Tepkisi

Kadının yaşam deneyimleri gebeliğe uyum sürecini etkilemektedir. Kadının gebeliği kabullenmesini etkileyen faktörleri (Babacan Gümüş ve ark. 2011);

- Çevresindeki olumlu ve olumsuz rol modelleri,
- Planlı gebelik olması,
- Gebelik konusunda yeterli ve doğru bilgi sahibi olması,
- Korku ve endişe düzeyi,
- Sosyoekonomik koşulları ve benlik kavramı gibi konular oluşturmaktadır.

Her kadın gebeliğini fark ettiği an itibariyle annelik duygusunu yaşamaya başlamaktadır. Bu duygunun yaşanmaya başlanması ile farklı bir havaya bürünerek daha şefkatli bir birey haline dönüşmektedir. Bu dönemde yaşanan değişiklikler bazen olumsuz yönlere de kayabilmektedir. Gebenin acı ve ağrıya karşı toleransı düşmekte, annelik ile ilgili olumsuz bilişsel algılar oluşmakta, bunların sonucunda prenatal bağlanmada bazı sorunlar görülebilmektedir (Babacan Gümüş ve ark. 2011).

Kadın gebeliğe uyum sağlayamazsa; ağlama nöbetleri, yaşama arzularını kaybetme, kendini değersiz görme, bebeği istememe ve aldırma düşünceleri yaşayabilmektedir. Gebenin yaşadığı duygusal ikilemlere bağlı olarak psikososyal sağlıkta farklılıklar görülebilir. Gebe tamamen içe dönük davranabilir. Gebelik öncesi kendini fiziksel olarak genç ve güzel hisseden gebe bedeni üzerindeki kontrolünü kaybettiğini düşünebilir. Özellikle gebeliğin ilk dönemlerinde fiziksel travmalara karşı kendisini ve bebeğini koruyamayacağı düşüncesine kapılabilir. Bu dönemde eşin gebeye verdiği destek önemlidir. Tüm bu duygu ve düşüncelerin büyük bir kısmı gebenin yeni duruma uyum sağlama çabası ve hayatında yeni bir denge kurma arayışı olarak görülebilmektedir (Solmuş 2012). Demirbaş ve Kadioğlu'nun (2014) prenatal dönemde olan 390 kadın ile yaptıkları çalışmada, çalışan, çekirdek ailede yaşayan, sosyal güvencesi olan, isteyerek gebe kalan, eğitim düzeyi yüksek olan, gebelik hakkın-

da bilgi sahibi olan kadınların gebeliğe ve anneliğe daha uyumlu olduklarını saptamıştır.

2.6. Depresyon

Depresyon dünya çapında, tüm toplumlarda yaşayan bireyleri etkileyen, genellikle genç yaşta görülmeye başlayan küresel bir hastalıktır. Günümüzde depresyonun yaklaşık 350 milyon kişiyi etkilediği tahmin edilmektedir. 17 ülkede yürütülen dünya ruh sağlığı araştırmasında her 20 kişiden birinde depresyon belirtilerinin olduğu belirlenmiştir. Depresyon dünyada dördüncü en ciddi halk sağlığı sorunudur ve 2020 yılında en sık görülen ruhsal sorun olacağı tahmin edilmektedir (WHO 2012).

Depresyon duygu durum bozukluğu, ilgi ve istek kaybı, libido kaybı, değersizlik, suçluluk hissi, uyku bozuklukları, iştahsızlık, konsantrasyon yetisinde azalma, düşünme hızında yavaşlama, mesleki doyumda ve performansta azalma gibi belirtilerle karakterize yaygın görülen mental bir hastalıktır. Bu belirtiler bireyin günlük sorumluluklarını yerine getirmesini engellemekte, kronik veya tekrarlayıcı olabilmektedir. Kronikleşme, sosyal izolasyon ve intihar riskini artırması nedeniyle önemlidir. Her yıl yaklaşık bir milyon kişi intihar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Bu oran günde yaklaşık 3000 intihar girişimine tekabül etmektedir. Ekonomik ve mesleki kayıplara, işgücü kaybına yol açmasından dolayı depresyon ve diğer ruh sağlığı sorunlarını önleme talebi küresel olarak artmaya başlamıştır. Bu sebeplerden ötürü Dünya Sağlık Kurulu (World Health Assembly) Dünya Sağlık Örgütüne ve üyelerine harekete geçilmesi için çağrıda bulunmuştur (WHO 2012).

2.6.1. Gebelikte Depresyon ve Görülme Sıklığı

Gebelik kadının genel durumunu etkileyen fiziksel, hormonal, psikolojik ve sosyal değişikliklerin yaşandığı özel bir dönemdir (Silva ve ark. 2010). Yapılan uluslararası çalışmalar kadınların depresyonla en çok gebelik, doğum ve lohusalık gibi süreçlerin yaşandığı 18-44 yaş aralığında karşılaştıklarını belirtmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre gelişmekte olan ülkelerde her 3-5 kadından biri, gelişmiş ülkelerde ise her on kadından biri ya gebelikte ya da postpartum dönemde şiddetli depresif semptomlar yaşamaktadır (WHO 2008). Gebe kadınların yaklaşık %8-12'sinde prenatal dönemde major depresif bozukluk görülmektedir (Jeong ve ark. 2013).

Prenatal dönemde, özellikle hafif depresif semptomlar antenatal değerlendirme sırasında sağlık profesyonelleri tarafından gözden kaçabilir. Çünkü depresyonda görülen belirtiler gebelikte görülen değişimler ile (uyku, iştah, enerji değişikliği vb.) karıştırılabilmektedir. Prenatal dönemde tespit edilemeyen ve tedavi edilemeyen depresyon anne ve fetüs sağlığı açısından risk oluşturmaktadır. Anne açısından postpartum depresyon görülme riskini arttırırken, fetüs açısından büyüme geriliği, spontan veya erken doğumlar, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma, neonatal yoğun bakım gerektiren bebek doğurma, fetal ölüm gibi riskleri arttırmaktadır (Silva ve ark. 2010; Lefkovic ve ark. 2014; Rwakarema ve ark. 2015).

Dünya’da prenatal depresyon prevalansını değerlendiren yeni çalışmalar mevcuttur. Silva ve ark. (2010) Brezilya’da yaptıkları çalışmada gebelerin %21.2’sinin, Hartley ve ark. (2011) Güney Afrika’da %39.0’ının, Biratu ve Haile (2015) Etiyopya’da %24.9’unun, Ayele ve ark. (2016) Etiyopya’da %23.0’ının, Thompson ve Ajayi (2016) Nijerya’da %24,5’inin depresyon semptomları gösterdiğini belirtmiştir. Trimesterlere göre depresyon semptom sıklığı incelendiğinde; Makara-Studzinska ve ark. (2013) Polonya’da yaptıkları çalışmada ilk trimesterde depresyon semptomları görülme oranını %15.3, ikinci trimesterde %12.7, üçüncü trimesterde %14.0, Rwakarema ve ark. (2015) Tanzania’da ilk trimesterde depresyon semptomları görülme oranını %15.7, ikinci trimesterde %50.0, üçüncü trimesterde %34.3, Bisetegn ve ark. (2016) Etiyopya’da birinci trimesterde depresyon semptomları görülme oranını %9.2, ikinci trimesterde %7.4, üçüncü trimesterde %15.5, Thompson ve Ajayi (2016) Nijerya’da trimesterlere göre depresyon semptomları görülme oranlarını %27.5, %25.0, %23.5 olarak saptamıştır.

Ülkemizde gebelikte depresyon semptomları görülme sıklığının değerlendirildiği çalışmalarda; Çalışkan ve ark. (2007) yaptıkları çalışmada depresyon semptom sıklığını %27.3, Arslan ve ark. (2011) %35.0, Buyukkayaci Duman (2012) %75.0, Tunç ve ark. (2012) %47.0, Aktaş ve Yeşilçiçek Çalık (2015) yaptıkları çalışmada gebelerin %34.5’inin hafif, %13.9’unun orta, %4.8’inin şiddetli depresif semptomlar gösterdiğini belirtmiştir. Ülkemizde gebelikte depresyon semptom görülme sıklığının üç trimesterin birlikte değerlendirildiği bir çalışma bulgusuna rastlanmamıştır. Ancak farklı trimesterlerde yapılan çalışma sonuçlarına göre; Yücel ve ark. (2013) birinci trimesterde gebelerin %21.6’sında, Ortaarık ve ark. (2012) ikinci

trimesterde %26.2'sinde, Eskici ve ark. (2012) üçüncü trimesterde %14.4'ünde, Dağlar ve Nur (2014) üçüncü trimesterde %50.7'sinde depresyon semptomları görüldüğünü saptamıştır.

2.6.2. Gebelikte Depresyon İçin Risk Faktörleri

Literatürde gebelikte depresyon oluşumunda genetik, psikolojik, çevresel, sosyal ve biyolojik faktörlerin etkili olduğu düşünülmektedir.

-Genetik Faktörler: Yapılan çalışmalarda gebelik ve postpartum depresyonun yaklaşık %40-50'sinin genetik faktörlerle ilişkili olduğu öne sürülmektedir. Literatürde genetik faktörlerle çevresel faktörlerin birbirlerini etkilediği, bu nedenle bu iki faktörün birlikte değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir (Brenda ve ark. 2009; Muzık ve ark. 2009).

-Psikolojik Faktörler: Kadının gebeliği esnasında depresyon veya kaygı yaşaması, geçmiş yaşantısında depresyon öyküsünün varlığı, gebeliğe yönelik yaşadığı zıt duygular, geçmişinde psikiyatrik bir hastalığın varlığı gibi durumlar prenatal depresyonu etkileyebilen psikolojik faktörlerdir (Lancaster ve ark. 2010; Silva ve ark. 2010; Ortaarık ve ark. 2012; Tunç ve ark. 2012; Çelik ve ark. 2013; Jeong ve ark. 2013; Lefkovich ve ark. 2014).

-Çevresel Faktörler: Kadının yaşadığı stres, fiziksel, duygusal ve mental travmalar, kronik hastalıkların varlığı, kullandığı bazı sedatif etkili ilaçlar prenatal depresyona zemin hazırlayan çevresel faktörlerdendir. Anksiyete ve depresyon görülme oranı hipertansiyon, diyabet gibi tıbbi problemleri olan; preeklamsi, erken doğum tehdidi, poli/oligohidroamniyoz ve intrauterin büyüme geriliği gibi obstetrik problemleri olan gebelerde gestasyonel ve postpartum periyotta daha yüksektir (Silva ve ark. 2010; King ve ark. 2010; Benute ve ark. 2010; Levkofics ve ark. 2014; Dağlar ve Nur 2014).

-Sosyal Faktörler: Kadının partnerinin olmaması, evlilik içi yaşadığı sorunlar, yaşamını yalnız devam ettirmesi, boşanma, ekonomik düzeyin düşük olması, sosyal destek düzeyinin olmaması veya yetersiz olması, sosyal izolasyon, aile içi yaşadığı şiddet, geçmişinde fiziksel, duygusal ve cinsel şiddet öyküsünün varlığı, sigara, alkol ve yabancı madde kullanımı prenatal depresyona zemin hazırlayan sosyal faktörlerdir

(Faisal ve Cury 2010; Silva ve ark. 2010; Buyukkayaci Duman 2012; Tunç ve ark. 2012; Jeong ve ark. 2013; Dağlar ve Nur 2014; Milgrom ve Gemmill 2014; Levkovic ve ark. 2014; Ratcliff ve ark. 2015).

-Biyolojik Faktörler: Gebelik döneminde yetersiz gıda alımı, beslenme bozukluğu, malnütrisyon gibi durumlar nörotransmitter ve hormonal fonksiyonları olumsuz etkileyerek prenatal depresyonunun oluşmasına neden olmaktadır. Gebelikte B6, B12, çinko, magnezyum gibi vitamin ve elementlerin yeterli miktarda tüketilmesi serotonin hormonu üzerinde olumlu etki yaparak depresyonun önlenmesine yardımcı olmaktadır (Brenda ve ark. 2009; Muzık ve ark. 2009). Gebelik depresyonunu etkileyebilen diğer element ise omega-3'tür. Borja-hart ve Marino (2010) yaptığı çalışmada vücutta omega-3 yağ asiti düzeyinin düşük olmasının gebelikte ve doğumdan sonra ortaya çıkan depresif semptomlarla ilişkili olduğunu belirtmiştir. Ayrıca gebelikte yaşanan fizyolojik değişiklikler prenatal depresyona neden olabilmektedir. Gebelikte yaşanan kilo artışı, gebede memnuniyetsizlik duygusuna yol açarak gebelikte ve doğum sonrası dönemde depresif belirtilerin artmasına yol açmaktadır (Silveira ve ark. 2015).

-Hormonal Faktörler: Gebelikte; bazı hormon düzeylerinde ciddi değişiklikler görülmektedir. Yapılan çalışmalarda östrojen ve progesteron düzeyindeki artışla gebelik depresyonu arasında ilişki olmadığı, ancak artan Troidi stimüle eden hormon (TSH) ile maternal depresyon arasında güçlü bir ilişki olduğu belirtilmektedir (Bödecs ve ark. 2009; Muzık ve ark. 2009).

2.6.3. Gebelikte Psikososyal Sağlık ve Depresyon İlişkisi

Gebelik döneminde kadının yaşadığı psiko-sosyal değişiklikler gebelikte görülen depresyonu en çok etkileyen unsurlardır. Kadının gebeliği esnasında depresyon veya kaygı yaşaması, geçmiş yaşantısında depresyon öyküsünün varlığı, gebeliğe yönelik yaşadığı zıt duygular, geçmişinde psikiyatrik bir hastalığın varlığı gibi durumlar, prenatal depresyonu etkileyebilen psikolojik faktörlerdir (Silva ve ark. 2010; Lancaster ve ark. 2010; Ortaarık ve ark. 2012; Tunç ve ark. 2012; Çelik ve ark. 2013; Jeong ve ark. 2013; Lefkovic ve ark. 2014). Silva ve ark. (2010) Brezilya'da yaptıkları çalışmada gebelerin %21.2'sinde depresif semptomlar görüldüğünü tespit etmiştir. Bu gebelerin %26.2'sinin geçmiş öyküsünde anksiyete ve stres yaşadıkları

belirlenmiştir. Jeong ve ark. (2013) Kore’de yaptıkları çalışmada gebelerin %20.2’sinde depresyon semptomları olduğunu ve depresyon semptomu saptanan gebelerin %8.2’sinin geçmiş öyküsünde depresyon olduğunu belirtmiştir. Lancaster ve ark. (2010) yaptıkları sistematik review çalışmasında (57 çalışmayı kritik etmiş) geçmişte depresyon öyküsünün bulunmasının gebelerde prenatal depresyon için risk olduğunu belirtmiştir.

Prenatal depresyonu etkileyebilen psikolojik faktörlerle ilgili ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında; Ortaarık ve ark. (2012) ikinci trimesterde olan gebeler üzerinde yaptıkları çalışmada %26,2’inde depresif bozukluk, %20,6’sında ise anksiyete bozukluğu ve depresif bozukluğun birlikte görüldüğünü saptamıştır. Depresif bozukluk saptanan gebelerin %50’sinde öncesinde psikiyatrik bir hastalığın olduğu belirlenmiştir. Tunç ve ark. (2012) yaptıkları çalışmada gebelerin %47’sinde depresyon semptomları olduğunu saptamıştır ve geçmiş öyküsünde depresyon olan gebelerin depresyon oranlarının daha yüksek olduğunu belirlemiştir.

Prenatal depresyonu etkileyen sosyal faktörler değerlendirildiğinde; kadının partnerinin olmaması, evlilik içi yaşadığı sorunlar, yaşamını yalnız devam ettirmesi, boşanma, ekonomik düzeyin düşük olması, sosyal destek düzeyinin olmaması veya yetersiz olması, sosyal izolasyon, aile içi yaşanan şiddet, geçmişinde fiziksel, duygusal ve cinsel şiddet ve istismar öyküsünün varlığı, sigara, alkol ve yabancı madde kullanımı prenatal depresyona zemin hazırlayan sosyal faktörlerdir. Sosyal destek gebelerin stres ile baş etmelerine yardımcı olarak annelik rolüne geçiş sürecini kolaylaştırmaktadır. Aynı zamanda gebeleri duygusal ve bilişsel olarak rahatlatmakta ve sosyal imkanlardan daha fazla yararlanmalarını sağlamaktadır (Daş 2014). Yapılan çalışmalar gebenin sosyal destek sistemleri ile prenatal depresyon riski arasında ilişki olduğunu göstermiştir (Faisal ve Cury 2010; Silva ve ark. 2010; Buyukkayaci Duman 2012; Tunç ve ark. 2012; Jeong ve ark. 2013; Dağlar ve Nur 2014; Milgrom ve Gemmill 2014; Levkofics ve ark. 2014; Ratcliff ve ark. 2015). Silva ve ark. (2010) Brezilya’da yaptıkları çalışmada sosyal destek düzeyi düşük olan ve stres düzeyi yüksek olan gebelerde depresyon semptomları oranının daha yüksek olduğunu saptamıştır. Jeong ve ark. (2013) yaptıkları çalışmada evlenmemiş olan, eğitim düzeyi ve gelir miktarı düşük, geçmişinde fiziksel ve cinsel tacize maruz kalmış, plansız gebeliği olan ayrıca sosyal destek düzeyi düşük olan gebelerde depresyon düzeyleri-

nin daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Lefkovic ve ark. (2014) yaptığı sistematik review çalışmasında (57 makale analiz edilmiş) gebelik esnasında anksiyete düzeyinin yüksek olması, sosyal destek düzeyinin düşük olması, yalnız yaşama, eşler arası uyumda yaşanan sorunlar, düşük gelir düzeyi gibi faktörlerin gebelik depresyonunu arttırdığını saptamıştır. Milgrom ve Gemmill (2014) yaptıkları çalışmada düşük geliri olan, eşinden şiddet gören, madde bağımlılığı olan ve sosyal destek kaynakları yetersiz olan gebelerin depresyon riski oranlarının daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Ratcliff ve ark. (2015) İsviçre’de yaptıkları çalışmada sosyal desteği olmayan ve zor şartlar altında yaşayan gebelerde depresyon riski oranlarının daha yüksek olduğunu saptamıştır.

Prenatal depresyonu etkileyebilen sosyal faktörlerle ilgili ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında; Büyukkayaci Duman (2012) yaptığı çalışmada plansız gebeliği olan, eşler arasında uyum sorunu olan ve sosyal destek düzeyleri düşük olan gebelerin depresyon riski oranlarının daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Tunç ve ark. (2012) yaptıkları çalışmada gebeliğin planlı olması, aile desteği ve eşle birlikte yaşamak gibi durumların gebelikte yaşanan depresyonla ilişkili olduğunu saptamıştır. Dağlar ve Nur (2014) yaptıkları çalışmada sosyal desteği olan gebelerin sosyal desteği olmayanlara göre daha doyumlu bir gebelik yaşadıklarını belirtmiştir.

2.6.4. Gebelik Depresyonu Belirti ve Bulguları

Gebelik kadın hayatında değişik ve yeni rollere uyum sürecini gerektiren bir kriz dönemidir. Kadının gebeliğe uyumu iyi bir gelişim sağlarken, uyum güçlüğü yaşayan gebelerde farklı sorunlar ile karşılaşmaktadır. Sorunlar çözülemediği takdirde de emosyonel baskılar gittikçe artmakta, kaygı ve depresyon görülebilmektedir (Solmuş 2012). Gebelerdeki depresif belirti ve bulgular; gebeliğin fizyolojik değişiklikleri ve yakınmalarıyla benzer özellikler göstermektedir. Bu nedenle gebelik depresyonuna tanı koymak bazen güç olabilmektedir (Graignic-Philippe ve ark. 2014). Gebelikteki depresif belirtiler genel depresyon belirtilerine benzerlik göstermektedir. Ancak gebe depresif hastalarda diğer depresif hastalara göre bulantı, mide ağrısı, sık soluk alıp verme, baş ağrısı gibi somatik şikayetler daha fazla görülmektedir. Gebelerin depresyon durumunda sağlık personelinde daha az bakım aldığı, kendi öz bakımına daha az özen gösterdiği ve daha fazla ağrı ve sıkıntı yaşadıkları belirtilmektedir (Muzik ve ark. 2009).

Gebeliğin ilk trimesterinde görülebilen başlıca depresif belirti ve bulgular; uyku ve iştah değişiklikleri, duygulanım ve anksiyete durumlarında yaşanan değişiklikler, aşırı yorgunluk hali ve konsantrasyon güçlüğüdür. Aynı şekilde gebeliğin üçüncü trimesterinde, anksiyete, aşırı yorgunluk, uyku ve iştah bozuklukları, kaçma saklanma, yalnızlık duygusu, doğumla ilgili kaygılar görülebilmektedir. Bu depresif semptomlar gebeliğin ikinci trimesterinde daha az görülmektedir (Yeşilçiçek Çalık ve Aktaş 2011; Bingöl ve Kocabaşoğlu 2014). Vırt ve ark. (2008) yaptıkları çalışmada depresif belirtilerin gebe kadınlarda, en az postpartum dönemdeki veya gebe olmayan kadınlardaki kadar sık ve yoğun görüldüğünü belirlemiştir. Gebelik sürecinde doğru depresyon tanısı koyabilmek için gebelerin fiziksel ve psiko-sosyal yönüyle iyi değerlendirilmesi, sağlık personelinin gebelik depresyonu tarama yöntemlerini iyi bilmesi ve değerlendirmeyi etkin yapabilmesi gerekmektedir (Muzık ve ark. 2009).

2.6.5. Gebelik Depresyonunun Etkileri ve Sonuçları

Prenatal dönemde depresyon tanısı alan ve tedavi olmayan kadınlarda maternal mortalite, morbidite ve intihar girişim oranları artmaktadır. Gestasyonel depresyon hem fiziksel hem mental sağlığı etkilemektedir. Prenatal dönemde görülen depresyon kadının bilişsel fonksiyonlarını olumsuz etkileyerek, konsantrasyon yetisinde azalmaya sebep olmakta ve bağımlılık yapıcı bazı maddelerin kullanımını arttırmaktadır (Akkaş Yılmaz ve Gülümser 2015). Birçok çalışma gebelik depresyonu olan kadınların gebelikte sigara, alkol ve bağımlılık yapan maddeleri kullandıklarını belirlemiştir (Flynn ve ark. 2007; Goodwin ve ark. 2007).

Depresyon tanısı alan gebelerin sosyal ilişkilerinde de sorun yaşadıkları ve anne baba olmayla ilgili korkularının olduğu, taramaları ihmal ettikleri, daha az tıbbi tedavi almaya eğilimli oldukları görülmektedir. Bu kadınlarda doğum sonrası süreçte anksiyete artmakta ve çocuğuna zarar verme ile ilgili bir takım düşünceler oluşmaktadır (Akkaş Yılmaz ve Gülümser 2015). Hasser ve ark. (2006) çalışmada gebelik esnasında depresyon olan ve tedavi olmayan kadınların %5'inde intihar girişim eğilimi olduğunu tespit etmiştir. Ayrıca birçok çalışma gebelik depresyonunun postpartum depresyon için önemli bir risk faktörü olduğunu ve gebelik esnasında depresyon yaşayan kadınların %50'sinde postpartum dönemde de depresyon görüldüğünü saptamıştır (McFarland ve ark. 2011; Levkofics 2014; Akkaş Yılmaz ve Gülümser 2015).

Prenatal dönemde depresyonu olan anneler doğum öncesi dönemde çocuklarına karşı negatif tutumlar oluşturmaktadır. Lee ve Hans (2015) yaptıkları çalışmada prenatal dönemde depresyonu olmayan anneler postpartum dönemde bebekleriyle daha kolay etkileşim sağlarken, depresif annelerin bebeklerine karşı olumsuz düşünce ve tutumlarının devam ettiğini saptamıştır.

Gestasyonel depresyon obstetrik komplikasyonları da arttırarak fetus sağlığını olumsuz etkilemektedir. Depresyona bağlı olarak gebelerde norepinefrin ve kortizol düzeyleri yükselmektedir. Bu durum uterusu olan kan akımını azaltmakta, hem gebe hem fetus üzerinde olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Preeklamsi, eklamsi, erken doğum tehdidi, düşük doğum ağırlıklı ve apgar skorlu bebek gebelikte depresyonla ilişkili olan durumlardır (Silva ve ark. 2010; Eskici ve ark. 2012; Akkaş Yılmaz ve Gülümser 2015; Lee ve Hans 2015). Grote ve ark. (2010) yaptıkları meta analiz çalışmada maternal depresyonun düşük doğum ağırlığı ve erken doğum riskini arttırdığını saptamıştır. Szegda ve ark. (2011) yaptıkları sistematik review çalışmasında gebeliğin ilk yarısında ortaya çıkan ve tedavi edilmeyen prenatal depresyonda yaşına göre küçük ve düşük doğum ağırlıklı yenidoğanların olduğunu belirlemiştir.

Gebelik esnasında hiçbir önlem alınmazsa ve depresyon devam ederse risk fetus açısından artmaktadır. Yenidoğanlarda anne bebek bağlanmasını olumsuz etkilemekte, motor beceriler ve dil gelişiminde sorunlar yaratmakta, gastrointestinal ve solunum yolları enfeksiyonlarının artmasına sebep olmaktadır. Aynı zamanda bu çocuklarda ilerleyen yıllarda duyuşsal ve bilişsel birtakım sorunlar yaşandığı belirtilmektedir (McFarland ve ark. 2011; Glover 2014; Akkaş Yılmaz ve Gülümser 2015). Perry ve ark. (2011) yaptıkları çalışmada zayıf maternal bağlanmada en önemli sebeplerden birinin gebeliğin son döneminde yaşanan depresyon olduğunu belirtmiştir. Ban ve ark. (2010) yaptıkları çalışmada perinatal depresyonu olan annelerin çocuklarında depresyon olmayan annelere göre gastrointestinal sistem enfeksiyonları oranı %40, solunum yolu enfeksiyonları %27 oranında daha yüksek bulunmuştur.

2.6.6. Gebelikte Depresyonun Taranması

Gebelik depresyonunu önlemedeki ilk adım risk altında olan kadınların belirlenmesidir. Risk altında olan kadınları erken dönemde tanılamak ve tedavi girişimle-

rinde bulunmak, hastalığın uzun dönemli olumsuz sonuçlarını en alt düzeye indirmede faydalı olmaktadır. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee (ACOG), sosyal statüsü, eğitim düzeyi, etnik kökeni ne olursa olsun tüm gebe kadınların gebelik süresince her trimesterde en azından bir kere, ruhsal hastalıklar açısından taranmasını önermektedir (ACOG 2006). Tarama, kısa, geçerli, güvenilir, yüksek sensitiviteye ve düşük yanlış pozitifliğe sahip bir test ile yapılmalıdır. “Hasta Sağlık Anketi” (Patient Health Questionnaire), “Beck Depresyon Envanteri”, “Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon Ölçeği” (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale), “Antenatal Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Formu” (Antenatal psychosocial health assessment form-ALPHA) ve “Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği” (EDSDÖ) gebelerde depresyon taraması için kullanılan başlıca ölçeklerdir (Breedlove ve Fryzelka 2011; Lefkovic ve ark. 2014).

2.6.7. Gebelikte Depresyonun Tedavisi ve Önlenmesi

Gebelik depresyonu ve tedavisi araştırmacılar ve sağlık personelleri açısından önemli bir sorun haline gelmiştir. Özellikle son birkaç yıldır gebelik depresyonunda kullanılan tıbbi tedaviler ve bu tedavilerin fetüs üzerine nasıl etki gösterdiğiyle ilgili birtakım endişeler yaşanmaktadır. Bu nedenle gebelik döneminde depresyonun önlenmesi için öncelikli olarak riskli grupların belirlenmesi gerekmektedir. Riskli grup belirlendikten sonra mevcut sorunun saptanıp, tedavi sürecine başlanması anne ve fetüs açısından risklerin azalmasını sağlayacaktır. Tedavi şekline karar verilirken tedavinin riskleri ve yararları göz önünde bulundurulmalıdır. Seçilen tedavi şeklinin bağımsız olarak, gebe ve yakınları karar ve tedavi süreçlerine dâhil edilmeli ve mutlaka gebelik depresyonu üzerine görüşmeler yapılmalıdır. Bu görüşmelerin amacı gebe ve yakınlarının bilgilendirilmesi ve anksiyetelerinin azalmasını sağlamaktır (Bingöl ve Kocabaşoğlu 2014; Akkaş Yılmaz ve Gülümser 2015). Gebelik depresyonunda tedavi seçeneklerini psikoterapi, ilaçla tedavi ve farmakoloji dışı (non-farmakolojik) yöntemler oluşturmaktadır. Psikoterapi ve farmakoloji dışı tedaviler hafif düzeydeki depresyon tedavisinde ilk seçenek olarak tercih edilirken, farmakolojik tedavilerin (antidepresanlar) orta ve şiddetli depresyonda kullanımı önerilmektedir (Dimidjihan ve Goodman 2014).

Psikoterapi: Psikoterapi tıbbi tedavinin olası yan etkilerinden dolayı hafif ve orta düzeyli depresyonda tercih edilmesi gereken ilk seçenektir (Dimidjihan ve Good-

maan 2014). Fetüsün ilaca maruz kalmaması ve uzun süreli tedavi etkinliğinin olması psikoterapinin farmakoterapiye göre üstünlüğü olarak kabul edilmektedir (Bingöl ve Kocabaşoğlu 2014; Akkaş Yılmaz ve Gülümser 2015). Psikoterapi alanında kullanılan psikoterapötik yöntemler; Kişilerarası İlişkiler Terapisi ve Bilişsel - Davranışçı Terapi yöntemleridir (Spinelli ve ark. 2013).

Farmakoloji Dışı (Non-farmakolojik) Yöntemler: Farmakolojik olmayan stratejiler fetal maruziyeti en aza indirmek amacıyla tercih edilen ek tedavi yöntemleridir. (Dimidjian ve Goodman 2014). Bu yöntemler arasında elektrokonvülsif terapi (EKT), yoga, masaj, meditasyon, egzersiz, prenatal depresyonda uygulanan başlıca non-farmakolojik tedavi yöntemleridir. Daley ve ark. (2015) yaptığı sistematik review çalışmasında egzersiz yapan kadınlarda depresyon skorlarının azaldığını saptamıştır. Fielda ve ark. (2011) yaptıkları randomize kontrollü çalışmada yoga yapan kadınlarda yapmayan kadınlara göre depresyon oranlarının daha düşük olduğunu belirlemiştir.

İlaç tedavisine ve farmakolojik olmayan yöntemlere yanıt vermeyen kadınlarda şiddetli depresif semptomları azaltmak amacıyla EKT tedavisi uygulanmaktadır. EKT gebelikte güvenle kullanılabilir ancak annede bazı spesifik önlemlerin alınması gerekmektedir. Çünkü bu tedavi yöntemi fetal kalp hızında azalma, uterin kontraksiyonlarda artma, erken doğum ve fetal ölümlere yol açabilmektedir. Literatürde bu tür çalışmalar olmasına rağmen EKT bugün özellikle şiddetli depresyon tedavisinde gebelik depresyonu ile ilgili riskleri azaltmak için anne bebek açısından etkili bir yöntem olarak kabul edilmektedir. Bu konuyla ilgili daha fazla çalışma yapılmasına gereksinim olduğu belirtilmektedir (Leiknes ve ark. 2015).

-Farmakoterapi (Antidepresanlar): Depresyon tedavisinde nonfarmakolojik yöntemler etkili olmadığı durumlarda tıbbi tedavi tercih edilmelidir (Akkaş Yılmaz ve Gülümser 2015). Bazı kadınlar gebe olduklarını farkettilerinde kendi kararlarıyla veya hekim önerisiyle fetuse olan zararları minimize etmek için antidepresan kullanmayı bırakırken, bazı kadınlar gebelik boyunca antidepresan kullanmaya devam etmektedir (Petersen ve ark. 2011). Gebelik öncesinde depresyonu olan ve antidepresan kullanan, fakat gebelikte birlikte antidepresan kullanmaya ara veren kadınlarda, gebelik boyunca antidepresan kullanmaya devam eden kadınlara göre beş kat daha fazla depresyonun tekrarlandığı saptanmıştır (Pearlstein 2015). Ancak gebelik esna-

sında antidepresan kullanımının fetüsün gelişimi üzerinde olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir. Kjaersgaard ve ark. (2013) Danimarka’da gebeler üzerinde yaptıkları çalışmada antidepresan kullanan gebelerde, antidepresan kullanmayan gebelere göre %1.14 oranında spontan abortus riskinin daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Huang ve ark. (2014) yaptıkları metaanaliz çalışmasında gebelikte antidepresan kullanımını önemli oranda düşük doğum ağırlıklı doğum ve prematür doğum ile ilişkilendirilmiştir. Gebelikte antidepresan ilaç kullanımının konjenital malformasyon üzerine olan etkileri tartışmalıdır. Muzik ve ark. (2009) Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI) grubu antidepresan ilaçların konjenital malformasyon riskini arttırmadığını savunurken, Huybrechts ve ark. (2014) yaptıkları metaanaliz çalışmasında ilk trimesterde antidepresan kullanan annelerin bebeklerinde kardiyak malformasyon riskinin arttığını belirlemiştir. Gebelikte özellikle üçüncü trimesterin sonunda antidepresan kullanımına bağlı ortaya çıkabilecek bir sorun neonatal adaptasyon bozukluğudur. Bu bozuklukta yenidoğanda respiratuar distres, siyanoz, apne, beslenme güçlüğü, anormal kas tonusu, taşikardi, sürekli ağlama, huzursuzluk gibi semptomlar görülmektedir (Muzik ve ark. 2009). Grigoriadis ve ark. (2013) yaptıkları metaanaliz çalışmasında gebelik sırasında antidepresan kullanan kadınlarda neonatal adaptasyon bozukluğu ve respiratuar distres sendromunun beş kat daha yüksek olduğunu saptamıştır. SSRI grubu antidepresanlar emzirme sırasında güvenle kullanılmaktadır bu nedenle postpartum depresyonda tercih edilen ilk grup ilaçtır. Ancak Gorman ve ark. (2012) yaptıkları çalışmada gebelik esnasında SSRI kullanan kadınların emzirme esnasında sorunlarla karşılaştıklarını bu nedenle emzirme konusunda destek ve eğitim almaları gerektiğini belirtmiştir. Gebeliğin ilk trimesterinde görülen depresyonlarda tıbbi tedaviye başlamaya karar vermek hem hekim hem de gebe için oldukça önemlidir. Gebenin geçmişinde depresyon veya psikiyatrik bir hastalığın varlığı, intihar girişim öyküsünün olması gibi bir durum söz konusu ise gebenin güvenliği açısından antidepresan ilaç tedavisine başlanmalıdır (Muzik ve ark. 2009).

2.6.8. Gebelikte Psikososyal Sağlık Bakımında Sağlık Personelinin Sorumlulukları

Prenatal dönemde gebeye yönelik yapılan psikososyal taramalar, kadın sağlığını ve doğum sonuçlarını olumlu yönde etkilemektedir (Yeşilçiçek Çalık ve Aktaş 2011; Daş 2014). Prenatal bakımda mümkün olduğu kadar gebelik komplikasyonlarının önlenmesi, canlı ve sağlıklı bir bebeğin doğumu amaçlanmaktadır. Prenatal

bakım alan anne ve bebeğin, daha az komplikasyona maruz kaldığı kanıtlanmıştır. Prenatal bakımın üç temel ögesi; erken ve devamlılık içinde risk değerlendirmesi, sağlık için teşvik, psikososyal girişimler ve izlemi kapsamaktadır (Erdoğan ve Candansayar 2010).

ACOG prenatal bakımda psikososyal taramanın önemini inceleyen bir çalışma yapmıştır. Bu çalışma sonucunda psikososyal konulara yönelmenin, anne sağlığını ve doğum sonuçlarını düzeltme yolunda temel adım olduğu belirtilmektedir. Gebelik ve fetal sağlıkla ilişkili risklerin büyük bölümü gebeliği takip eden ilk 17-56. günlerde görülmektedir. Bu dönemde birçok kadın henüz gebe olduğunun farkında değildir. Bu nedenle fetüsün zararlı etkenlere maruz kalmasını önlemeye yönelik uygulamalar ideal olarak gebelik öncesi (prekonsepsiyonel) dönemde başlamalıdır (Coşkun 2012).

Gebelik, doğum ve ebeveynlik dönemleri kadın, eşi ve ailesinin yaşamında önemli değişimlerin yaşandığı dönemlerdir. Bu nedenle aile merkezli bakış açısı esas alınarak veri toplanmalı, girişimler planlanmalı ve uygulanmalıdır. Stres, gebelik süresince fiziksel komplikasyonların gelişmesinde rol oynayan potansiyel bir risk faktörüdür. Aile ilişkilerinde bozukluk, gebe kadına şiddet, çocuk istismarı ya da psikosomatik hastalıklar gibi diğer semptomlarda risk olarak algılanmalı ve araştırılmalıdır (Daş 2014).

Görülmektedir ki, gelişimsel kriz olarak ifade edilen gebeliğin kadın hayatındaki yeri oldukça önemlidir. Gebelik depresyonunun erken dönemde tanılanmasında başta ebe, hekim ve hemşire olmak üzere sağlık profesyonellerine çok büyük sorumluluk düşmektedir. Hem gebelerde hem de sağlık personelinde süreçle ilgili farkındalığın artırılması gebelikteki psikososyal reaksiyonların daha erken dönemde tanılanması ve önlenmesini, aynı zamanda koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesini sağlayacaktır. Bu nedenle gebelerin izlemlerinde tıbbi değerlendirme yapılırken, fiziksel değerlendirmenin yanı sıra psikososyal değerlendirmenin yapılması bütüncül bir yaklaşım açısından önem taşımaktadır. Gebe takipleri sırasında yapılabilecek değerlendirmeler ile psikososyal sağlığa ilişkin var olan risk durumları erken dönemde saptanarak tedavi edilmeli, riskli bulunan gebeler ilgili merkezlere yönlendirilmeli ve depresyon tedavisi alan gebelerin takiplerinin düzenli yapılabilmesi sağlanmalıdır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma; tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Konya ili kent merkezinde yer alan bir üniversitesi hastanesinin gebe polikliniğinde yapılmıştır. Gebe polikliniğinde ultrason ve NST (Nonstres Test) hizmetleri verilmekte olup hafta içi her gün muayene yapılmaktadır. Bu polikliniğe günlük ortalama 60 gebe başvurmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırma evrenini, Konya ili kent merkezinde yer alan bir üniversitesi hastanesinin gebe polikliniğine başvuran tüm gebe kadınlar oluşturmuştur.

3.4. Araştırmanın Örnek Büyüklüğünün Belirlenmesi

Araştırmanın örnek büyüklüğünün belirlenmesinde “Bir Toplumdaki Oranın Belirli Bir Doğrulukla Tahmininde” önerilen (Lemeshow ve ark. 2000) bir tablodan yararlanılmıştır.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda gebelik sürecinde depresyon semptom sıklığının her trimester için ayrı ayrı değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Gebelik döneminde depresyon prevalansına ilişkin bir bulgu olarak bir çalışmanın bildirdiği orandan yararlanılmıştır (Jeong ve ark. 2013). Bu çalışmada;

- Birinci trimesterde depresyon semptomları görülme oranı %7.1,
- İkinci trimesterde depresyon semptomları görülme oranı %59.3,
- Üçüncü trimesterde depresyon semptomları görülme oranı %33.6 olarak belirlenmiştir.

Örneklemin belirlenmesinde %95 güven düzeyi, %5 rölatif kesinlik dikkate alınmıştır. Buna göre;

- Birinci trimesterde bildirilen depresyon semptom oranı tabloda yaklaşık %5 olarak değerlendirilmiş ve tabloda bildirilen örnek büyüklüğünün 73 olduğu bulunmuştur.
- İkinci trimesterde bildirilen depresyon semptom oranı tabloda yaklaşık %60 olarak değerlendirilmiş ve tabloda bildirilen örnek büyüklüğünün 369 olduğu bulunmuştur.
- Üçüncü trimesterde bildirilen depresyon semptom oranı tabloda yaklaşık %35 olarak değerlendirilmiş ve tabloda bildirilen örnek büyüklüğünün 350 olduğu bulunmuştur.
- Çalışmaya dahil edilecek toplam örneklem sayısı 792 olarak hesaplanmıştır.

3.5. Örnek Seçimi

Örnek seçiminde, olasılıksız örnekleme yöntemlerinden gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılmıştır. 22 Mart-30 Haziran 2016 tarihleri arasında belirlenen hastanenin gebe polikliniğine başvuran ve araştırmaya alınma kriterlerine uygun gebeler örnekleme dahil edilmiştir.

3.6. Örnek Seçim Kriterleri

- Çalışmanın yapıldığı tarihler arasında belirtilen kurumlara başvuran,
- Okur-yazar olan,
- 18 ve üzeri yaş grubunda,
- Sağlıklı tek fetüse sahip,
- Spontan (kendiliğinden) gebe kalmış,
- Mevcut psikiyatrik hastalık öyküsü ve tedavi hikayesi olmayan (özbildirime dayalı),
- Kronik bir hastalığı, gebeliğe bağlı sistemik problemleri, erken doğum tehdidi ve erken membran rüptürü olmayan (özbildirim ve klinik tanı durumuna dayalı),
- Evli ve eşi ile beraber yaşıyor olan,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan ve onam alınan gebeler oluşturmuştur.

3.7. Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak geliştirilen anket formu (Akbaş ve ark. 2008; Vırıt ve ark. 2008; Silva ve ark. 2010; Yılmaz ve Beji 2010; Mohamad Yusuff ve ark. 2016; Waldie ve ark. 2015; Rwakarema ve ark. 2015; Ratcliff ve ark. 2015), Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği (GPSDÖ) (Yıldız 2011) ve Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) (Engindeniz ve ark. 1997) kullanılmıştır.

3.7.1. Anket Formu (EK-A)

Literatür gözden geçirilerek araştırmacı tarafından oluşturulan anket formu; sosyo-demografik özelliklerle ilgili 11, obstetrik özelliklerle ilgili 10 olmak üzere toplam 21 sorudan oluşmaktadır.

Sosyo-demografik özellikler olarak; yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, evlenme yaşı, evlilik süresi, eşin yaşı, eşin eğitim durumu, eşin çalışma durumu, ailenin aylık geliri, aylık gelir algısı ve aile tipine dair sorulardan oluşmaktadır.

Obstetrik özellikler ile ilgili olarak; şu anki gebelik haftası, gebelik sayısı, doğum, düşük ve kürtaj öyküsü, bebeğin cinsiyeti, istenen bebek cinsiyeti, gebelikte kontrole gitme durumu ve gebelik süresince yardım/destek alma durumuna dair sorulardan oluşmaktadır.

3.7.2. Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği (GPSDÖ) (EK-B)

Yıldız (2011) tarafından geliştirilen ve geçerlilik güvenilirliği yapılan ölçek, gebelikte psikososyal sağlığı bütün olarak değerlendirmektedir. GPSDÖ'yi toplam 46 maddeden ve 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Alt grupları (faktörler), psikososyal sağlığı etkileyen durumlar bakımından problem olup olmadığını göstermektedir.

Alt Boyut 1: Gebelik ve Eş İlişkisine Ait Özellikler: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 18, 19, 20, 32 ve 34. sorular gebelik ve eş ilişkisine ait özellikleri belirleyen toplam 13 maddeyi içermektedir.

Alt Boyut 2: Kaygı ve Strese Ait Özellikler: 9, 10, 11, 12, 36, 37, 38 ve 40. sorular kaygı ve strese ait özellikleri belirleyen toplam 8 maddeyi içermektedir.

Alt Boyut 3: Aile İçi Şiddete Ait Özellikler: 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27 ve 43. sorular aile içi şiddete ait özellikleri belirleyen toplam 8 maddeyi içermektedir.

Alt Boyut 4: Psikososyal Destek Gereksinimine Ait Özellikler: 16, 17, 28, 29, 30, 41 ve 45. sorular psikososyal destek gereksinimine ait özellikleri belirleyen toplam 7 maddeyi içermektedir.

Alt Boyut 5: Ailesel Özellikler: 31, 33, 35 ve 42. sorular gebe ile ailesi arasındaki ilişkiye yönelik ailesel özellikleri belirleyen toplam 4 maddeyi içermektedir.

Alt Boyut 6: Gebeliğe İlişkin Fiziksel-Psikososyal Değişikliklere Ait Özellikler: 13, 14, 15, 39, 44 ve 46. sorular gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişikliklere ait özellikleri belirleyen toplam 6 maddeyi içermektedir.

GPSDÖ 5’li likert tipinde bir ölçektir. Bu ölçekte totalde alınabilecek en düşük puan 46, en yüksek puan 230 dur. Ölçekte 29 maddede 1=Çok fazla, 2=Fazla, 3=Orta, 4=Az, 5=Hiç şeklinde puanlandırılmakta, 17 madde de ise (1, 2, 3, 5, 6, 8, 16, 17, 18, 19, 20, 31, 32, 33, 34, 35, 42) 5=Çok fazla, 4=Fazla, 3=Orta, 2=Az, 1=Hiç şeklinde puanlandırılarak kodlanmaktadır. Ölçekte belirlenen toplam puanın madde sayısına bölünmesi sonucu ortalama değer saptanır ve 1 ile 5 arasında puan bulunur. “1” psikososyal sağlığın çok kötü olduğunu “5” de çok iyi olduğunu göstermekte ve puanlar hangi yöne yaklaşırsa değerlendirme o bağlamda yorumlanmaktadır. Temelde düşük psikososyal sağlık “1”, psikososyal sağlığın çok iyi olması “5” ile ifade edilmektedir. Bu puanlama ölçeğin totali ve de alt grupları açısından da aynıdır. Ölçeğin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0.93 olarak belirtilmiştir (Yıldız 2011). Bu çalışmanın Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği için Cronbach Alfa katsayısı 0,90 olarak bulunmuştur.

GPSDÖ değerlendirmesinde puan aralıkları

- $\leq 1.79 \rightarrow$ Çok düşük (çok kötü)
- $1.80 \approx 2.59 \rightarrow$ Düşük (kötü)
- $2.80 \approx 3.39 \rightarrow$ Orta
- $3.40 \approx 4.19 \rightarrow$ İyi
- $\geq 4.20 \approx 5 \rightarrow$ Çok iyi

3.7.3. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) (EK-C)

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği 1987’de Cox ve arkadaşları tarafından gebelik ve doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiş, bugüne kadar pek çok ülkede geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanarak, gebelik ve doğum sonrası depresyon çalışmalarında kullanılmıştır (Cox ve ark. 1987). Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach’s alfa) 0,87, kesme puanı 12/13 bulunmuştur. Ülkemizde EDSDÖ’nün Türkçe formunun geçerlilik güvenilirliği Engindeniz ve arkadaşları (1997) tarafından doğum sonrası 0-6 aylık dönemdeki 76 kadın ile yapılmıştır. EDSDÖ’nün iç tutarlılık katsayısı (Cronbach’s alfa) 0,79, kesme puanı 12/13 alınmıştır. EDSDÖ depresyonun somatik semptomlarından ziyade, bilişsel ve duygusal semptomları üzerinde duran bir ölçek olup, toplam 10 soru içermekte ve dörtlü likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Kısa ve anlaşılabilir olması nedeniyle uygulaması kolaydır ve kişiler kendi başlarına doldurabilmektedir. Her madde 0-3 arasında değişen puanlarla ölçülmektedir. Her maddenin puanlaması değişik biçimdedir. 3., 5., 6., 7., 8., 9., ve 10. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Diğer yandan, 1., 2. ve 4. maddeler ise 0, 1, 2, 3 biçiminde puanlanırlar. Ölçeğin toplam puanı bu madde puanlarının toplanması ile elde edilir. Elde edilen puan 12 ve altında ise hasta depresyon açısından risksiz grupta, 13 ve üstünde ise depresyon açısından riskli grupta olarak kabul edilir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 30’dur (Engindeniz ve ark. 1997). Bu çalışmanın Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği için Cronbach Alfa katsayısı 0,81 olarak bulunmuştur.

3.8. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Veri toplama süresi ortalama 15-20 dakika sürmüştür.

3.9. Ön Uygulama

Veri toplama formları araştırma öncesi araştırmanın yürütüldüğü hastanenin gebe polikliniğine başvuran 20 gebeye araştırmacı tarafından görüşülerek uygulanmıştır. Elde edilen veriler doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Ön uygulama esnasında veri toplanan gebeler araştırmanın örneğine dahil edilmemiştir.

3.10. Araştırmanın Değişkenleri

3.10.1. Bağımsız değişkenler

- Gebelerin ve eşlerinin tanıtıcı özellikleri
- Gebelerin obstetrik özellikleri
- Gebelerin psikososyal sağlık durumu (GPSDÖ) puan ortalaması
- Gebelerin psikososyal sağlık alt grup puan ortalamaları

3.10.2. Bağımlı Değişkenler

- Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) puan düzeyi
- Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) Cut Off değeri

3.11. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılarak veri kontrolü yapılmış ve hatalı girilen veriler anket formuna göre düzeltilmiştir. Araştırma verilerinin istatistiksel analizi SPSS programında yapılmıştır. Araştırma verilerinin normal dağılıma uymadığı Lilliefors'lu Kolmogorov-Smirnov testi ($z=0.092$ $p=0.000$), normal dağılım eğrisi, Skewness ve Kurtosis testi ile saptanmıştır. Normal dağılıma uymayan verilerin analizinde nonparametrik testler kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler; sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma ile değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla; Man Whitney U, Kruskal Wallis Varyans Analizi ve Spearman korelasyon analizi yapılmıştır.

3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları

- ✓ Araştırma sonuçları yalnızca araştırmanın yapıldığı grup için geçerlidir, topluma genellenemez.
- ✓ Araştırmaya okur-yazar olmayanların dahil edilmemesi gebelerde psikososyal sağlık ve depresyon riski ilişkisinin belirlenmesinde sınırlılık oluşturmaktadır.
- ✓ Bu araştırmada gebelerde psikososyal sağlık ve depresyon riski ilişkisinin gösterilmesi, Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği, Edinburg

Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve araştırmacı tarafından hazırlanan soru formu verileriyle sınırlıdır.

3.13. Araştırma Soruları

- ✓ Gebelerin trimesterlere göre psikososyal sağlık düzeyi nedir?
- ✓ Gebelerde trimesterlere göre depresyon semptom sıklığı nedir?
- ✓ Gebelerin sosyo-demografik özellikleri ile EDSÖ puan ortalamaları arasında fark var mıdır?
- ✓ Gebelerin obstetrik özellikleri ile EDSÖ puan ortalamaları arasında fark var mıdır?
- ✓ Gebelerin psikososyal sağlık düzeyleri depresyon riski ile ilişkili midir?

3.14. Araştırmanın Etiği

- Araştırma için Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakóltesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan 19.02.2016 tarihli ve 2016/466 sayılı etik kurul izni (Bkz. EK-D) alınmıştır.
- Araştırmanın ilgili kurumda yürütülebilmesi için Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakóltesi Hastanesinden 21.03.2016 tarihli ve 72 sayılı yazılı izin (Bkz. EK-E) alınmıştır.
- Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği'nin araştırmada kullanılabilmesi için Doç. Dr. Hatice Yıldız'dan yazılı izin (Bkz. EK-F) alınmıştır.
- Araştırmaya katılan gebelere araştırma ile ilgili açıklama yapılmış ve sözel onam alınmıştır.

4. BULGULAR

Gebelerin psikososyal sağlık durumlarının depresyon riski ile ilişkisini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada araştırma grubuna ait tanıtıcı bulgular ve araştırma amaçlarına ilişkin bulgular üç ayrı başlık altında sunulmuştur. Bu bölümlerde;

4.1. Araştırma grubundaki gebelerin tanıtıcı özellikleri, doğurganlık özellikleri ve ölçeklerin puan ortalamalarına ilişkin bulgular

4.2. Araştırma grubundaki gebelerin EDSDÖ puan ortalamalarının tanıtıcı ve doğurganlık özelliklerine göre dağılımı ve bazı değişkenlerin korelasyonuna ilişkin bulgular

4.3. Araştırma grubundaki gebelerin EDSDÖ ile GPSDÖ ve alt boyutlarının korelasyonu ve GPSDÖ puan ortalamalarının EDSDÖ Cut-Off değerlerine göre dağılımına yönelik bulgular

4.1. Araştırma Grubundaki Gebelerin Tanıtıcı Özellikleri, Doğurganlık Özellikleri ve Ölçeklerin Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde gebelerin ve eşlerinin tanıtıcı özellikleri, gebelerin doğurganlık özellikleri ve ölçeklerin puan ortalamalarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.1.1. Gebelerin ve Eşlerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=792)

Tanıtıcı Özellikler	Ortalama	Standart sapma
Yaş	27.01	5.50
Evlenme Yaşı	20.79	3.43
Evlilik Süresi*	6.24	5.36
Eşin Yaşı	30.48	5.75
Ailenin Aylık Geliri	1828.068	1100.58
	N	%
Eğitim Durumu		
Okur-yazar, İlköğretim	467	59.0
Lise	209	26.4
Üniversite ve Üzeri	116	14.6
Eşin Eğitim Durumu		
Okur-yazar, İlköğretim	384	48.5
Lise	256	32.3
Üniversite ve Üzeri	152	19.2
Çalışma Durumu		
Çalışan	92	11.6
Çalışmayan	700	88.4
Eşin Çalışma Durumu		
Çalışan	739	93.3
Çalışmayan	53	6.7
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	569	71.8
Geniş Aile	223	28.2
Gelir Durumu Algısı		
İyi	218	27.5
Orta/Kötü	574	72.5
Toplam	792	100

*: Yıl olarak değerlendirilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin ve eşlerinin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1.1’de gösterilmiştir. Gebelerin yaş ortalamasının 27.01±5.50, evlenme yaş ortalamasının 20.79±3.43, evlilik süresi (yıl) ortalamasının 6.24±5.36, ailenin aylık gelir ortalamasının 1828.068±1100.58 Türk lirası olduğu saptanmıştır. Gebelerin %59.0’nın okur-yazar-ilköğretim mezunu olduğu, %88.4’ünün çalışmadığı, %71.8’inin çekirdek ailede yaşadığı, %72.5’inin aylık gelirini orta/kötü olarak algıladığı saptanmıştır.

Çalışma kapsamına alınan gebelerin eşlerine yönelik tanıtıcı bilgiler incelendiğinde; gebelerin eşlerinin yaş ortalamasının 30.48±5.75 olduğu, %48.5’inin okur-yazar-ilköğretim mezunu olduğu ve %93.3’ünün çalıştığı saptanmıştır.

Tablo 4.1.2. Gebelerin Doğurganlık Özelliklerine Göre Dağılımı (n=792)

Doğurganlık Özellikleri	Ortalama	Standart Sapma
Gebelik Sayısı	2.40	1.42
Son Gebelikte Kontrolle Gitme Sayısı	5.52	3.23
	N	%
Doğum Öyküsü		
Evet	511	64.5
Hayır	281	35.5
Düşük Öyküsü		
Evet	162	20.5
Hayır	630	79.5
Kürtaj Öyküsü		
Evet	84	10.6
Hayır	708	89.4
Bebeğin Cinsiyeti		
Kız	255	33.2
Erkek	279	35.2
Bilmiyor	258	32.6
İstlenen Bebek Cinsiyeti		
Kız	122	15.4
Erkek	78	9.8
Farketmez	592	74.7
Düzenli Kontrolle Gitme Durumu		
Evet	710	89.6
Hayır	82	10.4
Gebelikte Destek Alma Durumu		
Var	774	97.7
Yok	18	2.3
Toplam	792	100

Araştırma kapsamına alınan gebelerin doğurganlık özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1.2’de verilmiştir. Gebelerin gebelik sayısı ortalamasının 2.40 ± 1.42 , son gebelikte kontrole gitme sayısı ortalamasının 5.52 ± 3.23 olduğu görülmektedir. Gebelerin %64.5’inin daha önce doğum yaptığı, %20.5’inin düşük öyküsü, %10.6’sının kürtaj öyküsü olduğu saptanmıştır. Gebelerin %35.2’si bebeklerinin cinsiyetinin erkek olduğunu, %74.7’si bebek cinsiyeti konusunda herhangi bir isteği olmadığını, %89.6’sı gebelik kontrollerine düzenli gittiğini, %97.7’si gebelikte destek aldığını belirtmiştir.

Tablo 4.1.3. Gebelerin Trimesterlere Göre EDSÖ Puan Ortalamaları ve Depresyon Semptomları Görülme Sıklığına Göre Dağılımı

Gruplar	EDSDÖ≤12 %	EDSDÖ≥13 %	EDSDÖ Ort±SS
I. Trimester (n=73)	68.5	31.5	10.16±5.89
II. Trimester (n=369)	73.2	26.8	9.46±4.96
III. Trimester (n=350)	71.1	28.9	9.20±4.80
Toplam (n=792)	71.8	28.2	9.41±4.81

Araştırma kapsamına alınan gebelerin trimesterlere göre EDSÖ puan ortalamaları ve depresyon semptomları görülme sıklığına göre dağılımı Tablo 4.1.3'te verilmiştir. Gebelerin depresyon riski (EDSDÖ≥13) oranının %28.2, puan ortalamasının 9.41±4.81 olduğu bulunmuştur.

Trimesterlere göre depresyon riski oranları ve puan ortalamaları incelendiğinde; birinci trimesterde depresyon riski oranının %31.5, puan ortalamasının 10.16±5.89; ikinci trimesterde %26.8, puan ortalamasının 9.46±4.96, üçüncü trimesterde %28.9, puan ortalamasının 9.20±4.80 olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.1.4. Gebelerin Trimesterlere Göre GPSDÖ'den ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

GPSDÖ ve Alt Boyutları	I.Trimester	II.Trimester	III.Trimester	Toplam
	Ort±SS (n=73)	Ort±SS (n=369)	Ort±SS (n=350)	Puan Ortalaması Ort±SS
Gebelik ve Eş İlişkisi	4.06±0.73	4.15±0.60	4.19±0.60	4.15±0.61
Kaygı ve Stres	3.29±0.73	3.38±0.81	3.44±0.75	3.40±0.78
Aile İçi Şiddet	4.72±0.39	4.71±0.39	4.75±0.32	4.73±0.36
Psikososyal Destek Gereksinimi	3.83±0.72	3.85±0.70	3.89±0.65	3.87±0.68
Ailesel Özellikler	4.13±0.58	4.13±0.71	4.21±0.62	4.17±0.66
Gebeliğe İlişkin Fiziksel-Psikososyal Değişiklikler	3.91±0.75	3.90±0.76	4.00±0.68	3.94±0.73
GPSDÖ Toplam	3.99±0.50	4.03±0.48	4.09±0.41	4.05±0.45

Gebelerin trimesterlere göre GPSDÖ'den ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.1.4'te verilmiştir. Gebelerin GPSDÖ'den aldıkları toplam puan ortalamasının 4.05 ± 0.45 olduğu saptanmıştır. Trimesterlere göre GPSDÖ toplam puan ortalamaları incelendiğinde; birinci trimesterde GPSDÖ toplam puan ortalamasının 3.99 ± 0.50 , ikinci trimesterde 4.03 ± 0.48 , üçüncü trimesterde 4.09 ± 0.41 olduğu belirlenmiştir.

Araştırmada gebelerin GPSDÖ'nün alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; gebelik ve eş ilişkisi alt boyutu puan ortalaması 4.15 ± 0.61 , kaygı ve stres alt boyutu puan ortalaması 3.40 ± 0.78 , aile içi şiddet alt boyutu puan ortalaması 4.73 ± 0.36 , psikososyal destek gereksinimi alt boyutu puan ortalaması 3.87 ± 0.68 , ailesel özellikler alt boyutu puan ortalaması 4.17 ± 0.66 , gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişiklikler alt boyutu puan ortalaması 3.94 ± 0.73 olarak belirlenmiştir. Gebelerin GPSDÖ ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları değerlendirildiğinde psikososyal sağlık durumlarının iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir.

4.2. Araştırma Grubundaki Gebelerin EDSDÖ Puan Ortalamalarının Tanıtıcı ve Doğurganlık Özelliklerine Göre Dağılımı ve Bazı Değişkenlerin Korelasyonuna İlişkin Bulgular

Bu bölümde gebelerin EDSDÖ puan ortalamalarının tanıtıcı ve doğurganlık özelliklerine göre dağılımına ve bazı değişkenlerin korelasyonuna ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.2.1. Gebelerin EDSDÖ Puan Ortalamalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=792)

Tanıtıcı Özellikler	EDSDÖ Ort±SS	Önemlilik Testi
Eğitim Durumu		
Okur-yazar, İlköğretim	9.50±5.06	
Lise	9.62±5.22	KW=1.328
Üniversite ve Üzeri	8.69±4.11	p=0.515
Eşin Eğitim Durumu		
Okur-yazar, İlköğretim	9.83±5.26	
Lise	9.55±4.81	KW=11.808
Üniversite ve Üzeri**	8.11±4.31	p=0.003
Çalışma Durumu		
Çalışan	8.79±4.36	z=-1.009
Çalışmayan	9.49±5.05	p=0.313
Eşin Çalışma Durumu		
Çalışan	9.40±4.92	z=-0.231
Çalışmayan	9.58±5.78	p=0.817
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	9.33±4.99	z=-1.056
Geniş Aile	9.61±4.97	p=0.291
Gelir Durumu Algısı		
İyi	8.06±4.85	z=-4.838
Orta/Kötü	9.92±4.94	p=0.000

z: Mann Whitney U Testi

KW: Kruskal-Wallis Varyans Analizi

****:** Farklılığı yaratan grup işaretlenmiştir.

Gebelerin EDSDÖ puan ortalamalarının tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.2.1’de yer almaktadır. Gebelerin gelir durumu algısı ile EDSDÖ puan ortalamaları incelendiğinde; gelir durumunu iyi olarak değerlendiren gebelerin EDSDÖ puan ortalaması 8.06±4.85, orta/kötü olarak değerlendiren gebelerin puan ortalaması 9.92±4.94 olarak belirlenmiştir. Gebelerin gelir durumu algısı ile EDSDÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.05).

Gebelerin eğitim durumu, çalışma durumu, aile tipi ile EDSDÖ puan ortalamalarının farklılık göstermediği bulunmuştur (p>0.05).

Gebelerin EDSDÖ puan ortalamalarının eşlerinin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde; eş eğitim durumu ile EDSDÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Eşi okur-yazar/İlköğretim mezunu olan gebelerin EDSDÖ puan ortalaması 9.83 ± 5.26 , lise mezunu olan gebelerin 9.55 ± 4.81 , üniversite ve üzeri mezun olan gebelerin 8.11 ± 4.31 olarak bulunmuştur. İleri analiz sonucunda eş eğitim durumu üniversite ve üzeri olan gebelerin EDSDÖ puan ortalamasının daha düşük olduğu, farkın bu gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0.05$).

Gebelerin eşlerinin çalışma durumu ile EDSDÖ puan ortalamalarının farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$).



Tablo 4.2.2. Gebelerin EDSÖ Puan Ortalamalarının Doğurganlık Özelliklerine Göre Dağılımı (n=792)

Tanıtcı Özellikler	EDSDÖ Ort±SS	Önemlilik Testi
Doğum Öyküsü		
Evet	9.69±5.18	z=-1.970
Hayır	9.82±4.55	p=0.048
Düşük Öyküsü		
Evet	9.35±5.10	z=-0.158
Hayır	9.43±4.95	p=0.875
Kürtaj Öyküsü		
Evet	9.89±5.46	z=-0.667
Hayır	9.35±4.92	p=0.505
Gebelik Haftası		
I. Trimester (İlk 14 hafta)	10.16±5.89	
II. Trimester (15-28 hafta)	9.46±4.96	KW=1.571
III. Trimester (29 hafta ve üstü)	9.20±4.80	p=0.456
Bebeğin Cinsiyeti		
Kız	9.33±5.02	
Erkek	9.36±4.69	KW=0.359
Bilmiyor	9.55±5.19	p=0.836
İstenen Bebek Cinsiyeti		
Kız	9.79±5.02	
Erkek*	10.38±4.80	KW=6.202
Farketmez*	9.20±4.98	p=0.045
Düzenli Kontrole Gitme Durumu		
Evet	9.32±4.89	z=-1.150
Hayır	10.17±5.65	p=0.250
Gebelikte Destek Alma Durumu		
Var	9.32±4.96	z=-3.635
Yok	13.39±4.10	p=0.000

z: Mann Whitney U Testi

KW: Kruskal-Wallis Varyans Analizi

*: Aralarında farklılık olan gruplar

Gebelerin EDSÖ puan ortalamalarının doğurganlık özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.2.2'de yer almaktadır. Gebelerin doğum öyküsü ile EDSÖ puan ortalamaları incelendiğinde; doğum öyküsü olan gebelerin EDSÖ puan ortalaması 9.69±5.18, doğum öyküsü olmayan gebelerin puan ortalaması 9.82±4.55 olarak belirlenmiştir. Gebelerin doğum öyküsü ile EDSÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.05).

İstenen bebek cinsiyetine göre EDSÖ puan ortalamaları incelendiğinde; kız bebek istediğini ifade eden gebelerin puan ortalaması 9.33±5.02, erkek bebek istediğini ifade eden gebelerin puan ortalaması 10.38±4.80, bebek cinsiyeti konusunda herhangi bir isteği olmayan gebelerin puan ortalaması 9.20±4.98 olarak belirlenmiştir. İleri analiz sonucunda bebek cinsiyeti konusunda herhangi bir isteği olmayan

gebelerin EDSÖ puan ortalamasının, erkek bebek isteği olan gebelerin puan ortalamasına göre daha düşük olduğu ve farkın bu gruplardan kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0.05$).

Gebelerin gebelikte destek alma durumları ile EDSÖ puan ortalamaları incelendiğinde; gebelikte destek alan gebelerin puan ortalamasının 9.32 ± 4.96 , destek almadığını ifade eden gebelerin puan ortalamasının 13.39 ± 4.10 olduğu belirlenmiştir. Gebelerin destek alma durumu ile EDSÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Gebelerin düşük öyküsü, kürtaj öyküsü, gebelik haftası, bebeğin cinsiyeti ve düzenli kontrole gitme durumları ile EDSÖ puan ortalamalarının farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.2.3. Gebelerin EDSDÖ Puan Ortalamalarının Bazı Sosyo-Demografik ve Doğurganlık Özellikleri ile İlişkisine Ait Bulgular

Sosyo-demografik ve Obstetrik Özellikler	EDSDÖ Toplam
Yaş	$r_s=0.096^{**}$ p=0.007
Evlenme Yaşı	$r_s=-0.006$ p=0.870
Evlilik Süresi	$r_s=0.102^{**}$ p=0.004
Eşin Yaşı	$r_s=0.074^*$ p=0.038
Ailenin Aylık Geliri	$r_s=-0.087^*$ p=0.014
Gebelik Sayısı	$r_s=0.060$ p=0.089
Son Gebelikte Kontrole Gitme Sayısı	$r_s=-0.041$ p=0.252

Anlamlılık 0.01 düzeyinde değerlendirilmiştir. **

Anlamlılık 0.05 düzeyinde değerlendirilmiştir. *

r_s : Spearman korelasyon analizi

Gebelerin EDSDÖ puan ortalamasına göre bazı sosyo-demografik ve doğurganlık özelliklerinin korelasyon analizi ile değerlendirilmesine yönelik bulgulara Tablo 4.2.3'te yer verilmiştir. EDSDÖ puan ortalaması ile gebelerin yaşı ($r_s=0.096$), evlilik süresi ($r_s=0.102$), eşin yaşı ($r_s=0.074$) arasında çok zayıf, pozitif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Gebelerin EDSDÖ puan ortalaması ile ailenin aylık geliri ($r_s=-0.087$) arasında çok zayıf, negatif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Bu sonuç gebelerin yaşı, evlilik süresi ve eşin yaşındaki artış ile depresyon semptom sıklığının, düzeyinin ve şiddetinin arttığını, ailenin aylık gelirindeki artış ile depresyon semptom sıklığının, düzeyinin ve şiddetinin azaldığını göstermektedir.

Gebelerin EDSDÖ puan ortalaması ile evlenme yaşı ($r_s=-0.006$) ve son gebelikte kontrole gitme sayısı ($r_s=-0.041$) arasında çok zayıf, negatif yönlü; gebelik sayısı ($r_s=0.089$) arasında çok zayıf, pozitif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı olmayan bir ilişki saptanmıştır ($p>0.05$).

4.3. Araştırma Grubundaki Gebelerin EDSDÖ İle GPSDÖ ve Alt Boyutlarının Korelasyonu ve GPSDÖ Puan Ortalamalarının EDSDÖ Cut-Off Değerlerine Göre Dağılımına Yönelik Bulgular

Bu bölümde araştırma grubundaki gebelerin EDSDÖ ile GPSDÖ ve alt boyutlarının korelasyonu ve GPSDÖ puan ortalamalarının EDSDÖ Cut-Off değerlerine göre dağılımına yönelik bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.3.1. Gebelerin EDSDÖ Puan Ortalaması, GPSDÖ Alt Grup ve Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkisi

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. EDSDÖ toplam								
2. Gebelik ve Eş İlişkisi	r=-0.451** p=0.000							
3. Kaygı ve Stres	r=-0.462** p=0.000	r= 0.277** p=0.000						
4. Aile İçi Şiddet	r= -0.359** p=0.000	r= 0.416** p=0.000	r= 0.268** p=0.000					
5. Psikososyal Destek Gereksinimi	r= -0.529** p=0.000	r= 0.525** p=0.000	r= 0.430** p=0.000	r= 0.440** p=0.000				
6. Ailesel Özellikler	r= -0.352** p=0.000	r= 0.616** p=0.000	r= 0.194** p=0.000	r= 0.295** p=0.000	r= 0.373** p=0.000			
7. Gebeliğe İlişkin Fiziksel-Psikososyal Değişiklikler	r= -0.473** p=0.000	r= 0.403** p=0.000	r= 0.582** p=0.000	r= 0.305** p=0.000	r= 0.453** p=0.000	r= 0.250** p=0.000		
8. GPSDÖ Toplam	r=-0.622** p=0.000	r= 0.789** p=0.000	r= 0.697** p=0.000	r= 0.546** p=0.000	r=0.755** p=0.000	r= 0.586** p=0.000	r= 0.717** p=0.000	

Anlamlılık 0.01 düzeyinde değerlendirilmiştir. **

r: Spearman korelasyon analizi

Gebelerin EDSDÖ puan ortalaması, GPSDÖ alt grup ve toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki Tablo 4.3.1’de verilmiştir. Gebelerin EDSDÖ puan ortalaması ile GPSDÖ toplam puan ortalaması arasında ($r=-0.622$) orta düzeyde, negatif yönde, istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). EDSDÖ puan ortalaması ile GPSDÖ alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; gebelik ve eş ilişkisi ($r=-0.451$), kaygı ve stres ($r=-0.462$), psikososyal destek gereksinimi ($r=-0.529$), gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişiklikler ($r=-0.473$) puan ortalamaları arasında orta düzeyde, negatif yönde, istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). EDSDÖ puan ortalaması ile aile içi şiddet ($r=-0.359$) ve ailesel özellikler ($r=-0.352$) puan ortalamaları arasında zayıf düzeyde, negatif yönde, istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Bu sonuç gebelikte psikososyal sağlığa ait puan ortalaması düştükçe, depresyon puan ortalamasının arttığını, yani gebelikte psikososyal sağlık ne kadar kötü düzeyde olursa depresyon riskinin de o düzeyde arttığını göstermektedir.

Gebelerin GPSDÖ alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; alt boyutlar arasında pozitif yönde, istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.3.2. Gebelikteki GPSDÖ Puan Ortalamalarının EDSDÖ Cut-Off Değerlerine Göre Dağılımı (n=792)

GPSDÖ Alt Grupları ve Toplamı	EDSDÖ	Ort±SS	Önemlilik testi
Gebelik ve Eş ilişkisi	≤12	4.28±0.52	z=-9.013
	≥13	3.82±0.69	p=0.000
Kaygı ve Stres	≤12	3.56±0.73	z=-9.650
	≥13	2.98±0.72	p=0.000
Aile İçi Şiddet	≤12	4.80±2.25	z=-6.965
	≥13	4.55±0.51	p=0.000
Psikososyal Destek Gereksinimi	≤12	4.05±0.57	z=-11.100
	≥13	3.41±0.72	p=0.000
Ailesel Özellikler	≤12	4.28±0.61	z=-7.157
	≥13	3.89±0.71	p=0.000
Gebeliğe İlişkin Fiziksel-Psikososyal Değişiklikler	≤12	4.11±0.62	z=-9.921
	≥13	3.51±0.79	p=0.000
GPSDÖ Toplam	≤12	4.19±0.36	z=-12.681
	≥13	3.71±0.48	p=0.000

z: Mann Whitney U Testi

Gebelikteki GPSDÖ puan ortalamalarının EDSDÖ Cut-Off değerlerine göre dağılım Tablo 4.3.2’de gösterilmiştir. EDSDÖ Cut-Off değerine göre depresyon riski olan gebelerin (EDSDÖ puan ortalaması ≥ 13) GPSDÖ total ve alt grup (gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler, kaygı ve strese ait özellikler, aile içi şiddete ait özellikler, psikososyal destek gereksinimine ait özellikler, ailesel özellikler, gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişikliklere ait özellikler) puan ortalamalarının anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

5. TARTIŞMA

Gebelik dölllenme ile başlayan, doğum ile sona eren fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin yaşandığı bir dönemdir (Yeşilçiçek Çalık ve Aktaş 2011; Daş 2014). Gebelik sürecinde kadının biyo-psiko-sosyal değişimine adapte olması beklenmektedir. Kadının gebeliğe yönelik yaşadığı zıt duygular, gebelik sırasında yaşadığı kaygı ve stres, geçmiş yaşantısında depresyon öyküsünün varlığı, evlilik içi yaşadığı sorunlar, yaşamını yalnız devam ettirmesi, ekonomik düzeyin düşük olması, sosyal destek düzeyinin olmaması veya yetersiz olması, sosyal izolasyon, aile içi yaşadığı şiddet, geçmişinde fiziksel, duygusal ve cinsel şiddet öyküsünün varlığı, sigara, alkol ve yabancı madde kullanımı prenatal depresyona zemin hazırlayan psikososyal faktörler olarak değerlendirilmektedir (Lancaster ve ark. 2010; Silva ve ark. 2010; Ortaarık ve ark. 2012; Tunç ve ark. 2012; Çelik ve ark. 2013; Jeong ve ark. 2013; Lefkovic ve ark. 2014, Ratcliff ve ark. 2015).

Araştırmaya katılan kadınların tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; Tablo 4.1.1'de gebelerin yaş ortalamasının 27.01 ± 5.50 , evlenme yaş ortalamasının 20.79 ± 3.43 olduğu belirlenmiştir. Gebelerin %59.0'nın okur-yazar-ilköğretim mezunu olduğu, %11.6'sının çalıştığı saptanmıştır. Gelirlerini nasıl algıladıkları sorulduğunda gebelerin %72.5'i orta/kötü düzeyde olduğunu belirtmişlerdir. Gebelerin %79.0'ı çekirdek aile tipine sahiptir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerinde yaşa özel en yüksek doğurganlık hızının 25-29 yaş grubunda olduğu, kadınların %57.0'nın ilkokul/ortaokul mezunu, %31.0'nın halen çalışmakta olduğu saptanmıştır. Çalışma kapsamına alınan gebelerin eğitim durumu, aile tipi ve gebelik yaş ortalaması ile ilgili özelliklerinin dağılımına yönelik bulgular TNSA (2013) verileri ile benzerlik göstermektedir.

Tablo 4.1.2'de araştırmaya katılan kadınların gebelik sayısı ortalaması 2.40 ± 1.42 bulunmuştur. TNSA (2013) verilerine göre; kadınların istenen doğurganlık hızının 1.9, toplam doğurganlık hızının 2.3 olduğu tespit edilmiştir. Çalışma sonuçları da TNSA (2013) sonuçlarına paralel doğurganlığın düştüğünü destekler niteliktedir. Çalışmada gebelerin %35.2'si bebeklerinin cinsiyetinin erkek olduğunu, %74.7'si bebek cinsiyeti konusunda herhangi bir isteği olmadığını belirtmiştir. Gebelerin %89.6'sı gebelik kontrollerine düzenli gittiğini, %97.7'si gebelikte destek aldığını belirtmiştir. TNSA (2013) verilerine bakıldığında, kadınların %89.0'nın yeterli

doğum öncesi bakım hizmeti aldığı görülmektedir. Çalışma bulgusu TNSA (2013) verileri ile benzerlik göstermektedir.

Gebelik kadının genel durumunu etkileyen özel bir dönemdir (Silva ve ark. 2010). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre gelişmekte olan ülkelerde her 3-5 kadından biri, gelişmiş ülkelerde ise her on kadından biri ya gebelikte ya da postpartum dönemde şiddetli depresif semptomlar yaşamaktadır (WHO 2008). Bu çalışmada depresyon semptom görülme sıklığının %28.2, EDSDÖ puan ortalamasının 9.41 ± 4.8 olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1.3). Ülkemizde gebelikte depresyon semptomları görülme sıklığının değerlendirildiği çalışmalarda; Çalışkan ve ark. (2007) yaptıkları çalışmada depresyon semptom sıklığını %27.3, Arslan ve ark. (2011) %35.0, Buyukkayaci Duman (2012) %75.0, Tunç ve ark. (2012) %47.0, Aktaş ve Yeşilçiçek Çalık (2015) yaptıkları çalışmada gebelerin %34.5'inin hafif, %13.9'unun orta, %4.8'inin şiddetli depresif semptomlar gösterdiğini belirtmiştir. Yabancı literatür incelendiğinde; Silva ve ark. (2010) Brezilya'da gebelerin %21.2'sinin, Hartley ve ark. (2011) Güney Afrika'da %39.0'ının, Biratu ve Haile (2015) Etiyopya'da %24.9'unun, Ayele ve ark. (2016) Etiyopya'da %23.0'ının, Thompson ve Ajayi (2016) Nijerya'da %24.5'inin depresyon semptomları gösterdiğini belirtmiştir. Yukarıda belirtilen çalışmalar farklı kültürlerde ve farklı ölçme araçları kullanılarak yapıldığı için oranlar gebelik döneminin depresyon açısından riskli bir süreç olduğunu göstermektedir.

Trimesterlere göre durum değerlendirildiğinde; birinci trimesterde depresyon semptomları görülme sıklığının %31.5, ikinci trimesterde %26.8, üçüncü trimesterde %28.9 olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1.3). Ülkemizde gebelikte depresyon semptom görülme sıklığının üç trimesterin birlikte değerlendirildiği bir çalışma bulgusuna rastlanmamıştır. Ancak farklı trimesterlerde yapılan çalışma sonuçlarına göre; Yücel ve ark. (2013) birinci trimesterde gebelerin %21.6'sında, Ortaarık ve ark. (2012) ikinci trimesterde %26.2'sinde, Eskici ve ark. (2012) üçüncü trimesterde %14.4'ünde, Dağlar ve Nur (2014) üçüncü trimesterde %50.7'sinde depresyon semptomları görüldüğünü saptamıştır. Yabancı literatür incelendiğinde; Makara-Studzinska ve ark. (2013) Polonya'da yaptıkları çalışmada ilk trimesterde depresyon semptomları görülme oranını %15.3, ikinci trimesterde %12.7, üçüncü trimesterde %14.0, Rwakarema ve ark. (2015) Tanzanya'da ilk trimesterde depresyon semptomları görülme oranını %15.7, ikinci trimesterde %50.0, üçüncü trimesterde %34.3, Bisetegn ve ark. (2016) Eti-

yopya'da birinci trimesterde depresyon semptomları görülme oranını %9.2, ikinci trimesterde %7.4, üçüncü trimesterde %15.5, Thompson ve Ajayi (2016) Nijerya'da trimesterlere göre depresyon semptomları görülme oranlarını %27.5, %25.0, %23.5 olarak saptamıştır. Yapılan çalışmalarda depresyon görülme sıklığı toplumlara göre farklılık göstermekle birlikte genellikle birinci trimesterde depresyon semptom sıklığının daha yüksek olduğu görülmektedir. Birinci trimesterdeki depresyon semptom sıklığının ikinci ve üçüncü trimesterlere göre yüksekliğinin nedeni, gebeliğe bağlı ortaya çıkan fizyolojik değişimlerin bir sonucu olarak açıklanabilir. İlk trimesterde menstruasyonun kesilmesi, mide bulantıları, kendini yorgun hissetme, gebeliğin devamına yönelik yaşanan kaygı ve gebelikte yaşanabilecek büyük değişimlere bağlı ambivalan (çelişkili) duyguların yaşanmasının etkili olabileceği düşünülmüştür.

Gebelerin EDSDÖ puan ortalamalarının tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.2.1'de yer almaktadır. Üniversite ve üzeri mezunu olan gebelerin EDSDÖ puan ortalaması daha düşük bulunmuş, ancak gebelerin eğitim durumu ile EDSDÖ puan ortalaması arasındaki farkın anlamsız olduğu saptanmıştır ($p>0.05$). Çalışma bulguları ile benzer olarak Çakır ve Can (2012) yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi arttıkça depresyon puan ortalamasının düştüğünü belirlemiş, ancak depresyon puan ortalaması ile eğitim durumu arasında fark olmadığını belirtmiştir. Yapılan diğer çalışma sonuçları da (Buyukkayaci Duman 2012, Agampodi ve Agampodi 2013, Biratu ve Haile 2015, Bisetegn ve ark. 2016) eğitim durumu ile depresyon puan ortalaması arasında fark olmadığını göstermiştir. Çalışma bulgularından farklı olarak yapılan bazı çalışmalarda (Akbaş ve Vırit 2008, Yılmaz ve Beji 2010, Silva ve ark. 2010, Dağlar ve Nur 2014) eğitim durumu ile depresyon puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Çalışma sonucu ve yapılan diğer çalışmalarda, eğitim düzeyi yüksek olan gebelerin depresyon puan ortalamasının daha düşük olduğu görülmektedir. Eğitim düzeyi yükseldikçe kadının kendi yaşamı üzerinde kontrolünün artması, benlik saygısının yükselmesi ve gebelik sürecini daha iyi yönetmesinin etkisinin olabileceği düşünülmüştür.

Gebelerin eşlerinin eğitim durumu ile EDSDÖ puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Eş eğitim durumu üniversite ve üzeri olan gebelerin EDSDÖ puan ortalamasının daha düşük olduğu, farkın bu gruptan kaynaklandığı saptanmıştır. Çalışma bulguları ile benzer olarak

Şahin ve Kılıçarslan (2010) yaptıkları çalışmada eşin eğitim düzeyi arttıkça gebelerdeki depresyon puan ortalamasının azaldığını saptamıştır. Eğitim durumu yüksek olan eşlerin gebelik döneminin her aşamasında psiko-sosyal açıdan eşini desteklemesi ve gebelik döneminin özellikleri ile ilgili farkındalık düzeyinin yüksek olmasının etkili olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler alt boyut puan ortalamasının iyi düzeyde olması da bu sonucu desteklemektedir (Tablo 4.1.4).

Gebelerin yaşadıkları aile tipi ile EDSDÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmış olup ($p>0.05$), geniş ailede yaşayan gebelerin EDSDÖ puan ortalamasının çekirdek ailede yaşayan gebelere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışma bulguları ile benzer olarak (Şentürk ve ark. 2011; Agampodi ve Agampodi 2013; Dağlar ve Nur 2014; Aktaş ve Yeşilçiçek Çalık 2015) yaptıkları çalışmalarda aile tipi ile depresyon puan ortalaması arasında fark olmadığını ancak geniş ailede yaşayan gebelerin depresyon puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu saptamıştır. Kapan ve Yanikkerem (2016) yaptıkları çalışmada evde yaşayan birey sayısı arttıkça prenatal depresyon puan ortalamasının arttığını belirtmiştir. Thompson ve Ajayi (2016) yaptıkları çalışmada geniş ailede yaşayan gebelerde depresyon semptomları görülme oranlarının daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Geniş aile tipinde yaşayan bireylerde kayınpeder, kayınvalide gibi geleneksel aile yapısının otorite figürleri tarafından yaratılabilecek psikolojik baskı sebebiyle, gebelerin kendilerini ifade etme ve iletişimde problemlere neden olduğu, aynı zamanda sorumluluklarının daha fazla olması sebebiyle yaşam kalitelerinin etkilendiği ve eşlerinden yeterli sosyal desteği alamadıkları düşünülmüştür.

Gebelerin gelir durumu algısı ile EDSDÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmış olup ($p<0.05$), gelir durumunu iyi olarak değerlendiren gebelerin EDSDÖ puan ortalamasının, gelir durumunu orta/kötü olarak değerlendirenlere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Aynı şekilde gebelerin EDSDÖ puan ortalaması ile ailenin aylık geliri ($r_s=-0.087$) arasında çok zayıf, negatif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.2.3). Literatürde yapılan çalışmalar gelir durumu düşük olan gebelerin antenatal depresyona yatkın olduklarını göstermektedir (Yılmaz ve Beji 2010, Arslan ve ark. 2011, Hartley ve ark. 2011, Dağlar ve Nur 2014, Rwakarema ve ark. 2015). Şahin ve

Kılıçarslan (2010) yaptıkları çalışmada düşük ortalama gelir ile depresyon skoru arasında ilişki olduğunu belirtmiştir. Çakır ve Can (2012) yaptıkları çalışmada geliri giderinden düşük olan gebelerin depresyon puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Algılanan gelir düzeyi yüksek olan kadınların kendilerini güvende hissettikleri, daha az gelecek kaygısı yaşadıkları ve depresyon semptomları ile daha kolay baş edebildikleri söylenebilir. Yapılan çalışmada eşi ve kendisi çalışan gebelerin anlamlı farklılık olmamakla birlikte depresyon puan ortalamalarının daha düşük düzeyde olması da bu sonucu desteklemektedir (Tablo 4.2.1). Araştırma bulgusu ile benzer olarak Vırit ve ark. (2008) ve Buyukkayaci Duman (2012) yaptıkları çalışmalarda gebelerin çalışma durumu ile depresyon puan ortalaması arasındaki farkın anlamsız olduğunu belirtmiştir. Çalışma bulgusunun aksine Yılmaz ve Beji (2010), Arslan ve ark. (2011), Miyake ve ark. (2012), Waldie ve ark. (2015) yaptıkları çalışmalarda gebelerin çalışma durumu ile depresyon puan ortalaması arasındaki farkın anlamlı olduğunu saptamış ve çalışan gebelerin depresyon puan ortalamalarının daha düşük olduğunu belirtmiştir. Aktaş ve Yeşilçiçek Çalık (2015) yaptığı çalışmada eşin çalışma durumu ile depresyon riski arasında ilişki olduğunu belirtmiştir. Serhan ve ark. (2013) yaptıkları çalışmada ekonomik kaygısı olan gebe eşlerinin depresyon puan ortalamasının daha yüksek olduğunu saptamıştır.

Gebelerin EDSDÖ puan ortalamalarının doğurganlık özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.2.2’de yer almaktadır. Gebelerin doğum öyküsü ile EDSDÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmış olup ($p<0.05$), doğum öyküsü olmayan gebelerin EDSDÖ puan ortalamasının, doğum öyküsü olan gebelerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Jeong ve ark. (2013) Kore’de yaptıkları çalışmada gebelerin doğum öyküsü ile depresyon riski arasında ilişki olduğunu belirtmiştir. Çalışma bulgusunun aksine Akbaş ve ark. (2008) yaptıkları çalışmada ilk gebeliği olan kadınların depresif belirtilerinin daha az olduğunu belirtmiştir. Çalışmada doğum öyküsü olmayan gebelerin depresyon puan ortalamasının daha yüksek olmasının sebebi, gebelerin doğum ve doğum sonu döneme yönelik yeterli bilgilerinin olmaması veya dinledikleri olumsuz gebelik ve doğum öyküleri ile açıklanabilir.

Literatürde düşük ve kürtaj öyküsü olan gebelerin depresyona yatkın olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur (Silva ve ark. 2013; Bisetegn ve ark. 2016, Kapan

ve Yanikkerem 2016). Ancak yapılan çalışmada gebelerin düşük ve kürtaj öyküsü ile EDSDÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Çalışma bulguları ile benzer olarak Aktaş ve Yeşilçiçek Çalık (2015), Biratu ve Haile (2015) yaptıkları çalışmalarda düşük öyküsü ile antenatal depresyon arasında anlamlı fark olmadığını belirtmiştir.

Çalışmada trimesterler ile EDSDÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmış olup ($p>0.05$), birinci trimesterde depresyon puan ortalamasının ikinci ve üçüncü trimestere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmada birinci trimesterde depresyon riski oranının, ikinci ve üçüncü trimestere göre daha yüksek çıkması da bu sonucu desteklemektedir (Tablo 4.1.3). Çalışma bulgusu ile benzer olarak Thompson ve Ajayi (2016) yaptıkları çalışmada trimesterler ile antenatal depresyon riski arasında ilişki olmadığını fakat birinci trimesterde depresyon semptom sıklığının daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Literatürde yapılan diğer çalışmalarda da (Şahin ve Kılıçarslan 2010, Yılmaz ve Beji 2010, Aktaş ve Yeşilçiçek Çalık 2015; Biratu ve Haile 2015) gebelik haftası ile depresyon puan ortalaması arasında fark olmadığı belirtilmiştir.

Çalışmada gebeler tarafından bebek cinsiyetinin bilinmesi ile EDSDÖ puan ortalamaları arasında fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Çalışma bulgusu ile benzer olarak olarak Erdem ve ark. (2010) yaptıkları çalışmada bebeğin cinsiyetinin bilinmesi ile depresyon puan ortalaması arasında fark olmadığını saptamıştır. Koyun ve Demir (2013) yaptığı çalışmada gebelerin %78,3'ü bebeğin cinsiyetinin gebelik isteğini değiştirmedeğini, %90,8'i bebeğin cinsiyetinin eşinin ve çevrenin kendisine olan davranışlarını etkilemediğini ifade etmiştir. Ancak istenen bebek cinsiyeti erkek olanlarda depresyon puan ortalamasının daha yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Çalışma bulgusundan farklı olarak (Akbaş ve Vırit 2008, Dağlar ve Nur 2014, Kapan ve Yanikkerem 2016) yaptıkları çalışmalarda cinsiyet beklentisi ile depresyon puan ortalaması arasında fark olmadığını belirtmiştir. Hedge ve ark. (2013) Hindistan'da yaptıkları çalışmada erkek bebek isteği olan gebelerin antenatal depresyon açısından risk grubunda olduğunu belirtmiştir. Başka bir çalışmada ise bebeğin istendik cinsiyette doğmasının olumlu duyguları artırdığı bulunmuştur (Manav ve Yıldırım 2010). Toplumumuzda erkek bebek isteği oranı kız bebek isteği oranına göre daha yüksektir. Yapılan bir çalışmada toplumumuzda erkek bebek isteğinin %65.7 olduğu belirtilmiştir (Koyun ve Demir

2013). Kapan ve Yanikkerem (2016) yaptıkları çalışmada kırsal bölgede yaşayan gebelerin eşlerinin %72.5'inin, kentte yaşayan gebelerin eşlerinin %36.5'inin erkek bebek isteği olduğunu belirtmiştir. Özdemir ve ark. (2008) yaptıkları çalışmada bebeğin cinsiyetinin öğrenilmesi ile eşinde ve/veya eşinin ailesinde tutum değişikliği olanlarda, olmayanlara göre depresyon tanısı alma sıklığının anlamlı düzeyde yüksek olduğunu belirtmiştir. Çalışma sonuçları ve yapılan çalışma erkek bebek isteği olan gebelerin depresyon riski puan ortalamasının daha yüksek olmasını desteklemektedir. Ataerkil toplumlarda, erkek çocuklara kız çocuklarına göre daha fazla değer verilmekte ve kız çocuğun yerine erkek çocuğa sahip olmanın her zaman istenen bir durum olduğu belirtilmektedir. Toplumumuzda erkek çocuk, soyun devamı olarak değerlendirilmekte, aileyi koruyan, ailenin her türlü ihtiyaçlarını karşılayan bireyler olarak görülmektedir. Bu nedenle ataerkil aile yapısına sahip toplumlarda bebeğin cinsiyetinin kız olmasının kadınların sosyal baskı hissetmesine neden olabileceği sonucuna varılmıştır.

Antenatal bakım gebelikte ortaya çıkan komplikasyonları önleyerek veya erken dönemde fark edilmesini sağlayarak anne ve fetus açısından sağlıklı bir gebelik geçirilmesini sağlamaktadır (Terzioğlu 2014). Çalışmada düzenli kontrole gitme durumu ile EDSDÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmış olup ($p>0.05$), düzenli kontrole giden gebelerin EDSDÖ puan ortalamasının, düzenli kontrole gitmeyen gebelere göre daha düşük olduğu görülmüştür. Dağlar ve Nur (2014) yaptıkları çalışmada gebelerin düzenli izlem yaptırma durumları ile depresyon puan ortalaması arasında fark olmadığını belirtmiştir. Thompson ve Ajayi (2016) yaptıkları çalışmada antenatal bakım hizmeti alma durumu ile depresyon arasında ilişki olduğunu belirtmiştir. Ayele ve ark. (2016) yaptıkları çalışmada antenatal kontrole gitme durumu ile depresyon arasında ilişki olduğunu saptamış ve düzenli olarak kontrole gitmeyen gebelerde depresyon görülme oranının, düzenli kontrole gidenlere göre 11 kat daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Gebenin kontrole giderek kendi sağlığı ve bebeğinin sağlığı ile ilgili bilgiler alması benlik saygısının artmasına ve hem kendi sağlığı hem de fetal sağlık ile ilgili endişelerin azalmasına katkı sağlamış olabilir.

Gebelerin gebelikte destek alma durumu ile EDSDÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmış olup ($p<0.05$), destek

almayan gebelerin EDSÖ puan ortalamasının, destek alan gebelerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürde yapılan çalışmalar sosyal destek ile antenatal depresyon arasında ilişki olduğunu göstermektedir (Vırit ve ark. 2008, Leigh ve Milgrom 2008, Jeong ve ark. 2013, Stewart ve ark. 2014, Aktaş ve Yeşilçiçek Çalık 2015, Biratu ve Haile 2016). Nasreen ve ark. (2011) yaptıkları çalışmada eşinden ve kayınvalidesinden destek gören kadınların depresyon riskinin azaldığını belirtmiştir. Hartley ve ark. (2011) yaptıkları çalışmada eş desteği ile antenatal depresyon arasında ilişki olduğunu saptamıştır. Xie ve ark. (2009) Kanada’da yaptıkları çalışmada sosyal destek düzeyi düşük olan gebelerde hem prenatal hem postpartum depresyon oranlarının yüksek olduğunu belirtmiştir. Elsenbruch ve ark. (2007) yaptıkları prospektif çalışmada gebelerin gebelik sürecindeki sosyal destek düzeyleri sorgulanmıştır. Gebelik sürecinin sonuna kadar gebelerin ve fetüslerin takibi yakından yapılmıştır. Ardından sosyal desteği düşük olan gebelerde depresyon oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışma bulgusunun aksine Thompson ve Ajayi (2016) yaptıkları çalışmada sosyal destek ile antenatal depresyon arasında ilişki olmadığını ancak yetersiz sosyal destek alanlarda antenatal depresyon görülme oranlarının daha yüksek olduğunu bulmuştur. Sosyal destek, karşılaşılan problemlerin çözüme ulaştırılmasında önemli bir etkidir. Bireyler herhangi bir sorunla karşılaştıkları zaman profesyonel olmayan yardım kaynaklarına başvururlar. Bunlar da genellikle eş, aile, akraba ve arkadaşlardır. Bu kişilerden alınan destek kişinin çaresizlik duygusunun azalmasına, benlik saygısının artmasına ve stresle baş etmesine yardımcı olabilir. Aynı zamanda sevgi, bağlılık, benlik saygısı gibi temel sosyal gereksinimlerin karşılanması fiziksel ve psikososyal sağlığı olumlu yönde etkileyebilir.

Gebelerin EDSÖ puan ortalamalarının bazı sosyo-demografik ve doğurganlık özellikleri ile ilişkisine ait sonuçlara Tablo 4.2.3’te yer verilmiştir. Gebelerin EDSÖ puan ortalaması ile yaşı ($r_s=0.096$) arasında çok zayıf, pozitif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Çalışma bulgusu ile benzer olarak; Ali ve ark. (2012) Pakistan’da yaptıkları çalışmada yaş ile depresyon arasında ilişki olduğunu belirtmiştir. Gebeleri yaş değişkenine göre iki gruba ayırmıştır (30 yaşın altı-30 ve üstü) ve yaş arttıkça depresyon görülme oranının arttığını saptamıştır. Silva ve ark. (2010) Brezilya’da yaptıkları çalışmada yaş ile birlikte depresyon görülme oranlarının arttığını belirtmiştir. Çalışkan ve ark. (2007) yaptıkları kesitsel çalışmada gebe olan ve gebe olmayan gruplardaki depresyon puan ortalamalarını

karşılaştırmıştır. Gebe olan grupta yaş ile depresyon puan ortalaması arasında pozitif yönlü, gebe olmayan grupta ise negatif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı korelasyon olduğunu belirtmiştir. Çalışma bulgusundan farklı olarak; Şahin ve Kılıçarslan (2010), Erdem ve ark. (2010), Buyukkayaci Duman (2012), Agampodi ve Agampodi (2013), Dağlar ve Nur (2014), Aktaş ve Yeşilçiçek Çalık (2015) yaptıkları çalışmalarda yaş ile depresyon puan ortalaması arasında ilişki olmadığını saptamıştır. Bu sonucu destekler nitelikte evlilik süresi ile EDSDÖ puan ortalaması arasında ($r_s=0.102$) pozitif yönde bir korelasyon olduğu görülmektedir (Tablo 4.2.3). Çalışma bulgusuna benzer olarak Kapan ve Yanikkerem (2016) yaptığı çalışmada evlilik süresi ile depresyon puan ortalaması arasında anlamlı ilişki olduğunu belirtmiştir. Çakır ve Can (2012) yaptığı çalışmada evlilik süresi ile depresyon riski arasında ilişki olduğunu, evlilik süresi 1-5 yıl arasında olan gebelerin %22.0'ında, 5 yıldan uzun olan gebelerin %43.9'unda depresyon riski olduğunu saptamıştır. Yaş ve evlilik süresinin artışına paralel gebelikte depresyon riskinin artışı aile içi çatışmaların, yeni evli gruplara göre daha fazla olması ihtimali ile açıklanabilir. Eşin yaşı ile EDSDÖ puan ortalaması arasında pozitif yönde bir ilişkinin olması da bu sonucu desteklemektedir (Tablo 4.2.3).

Gebelerin EDSDÖ puan ortalaması ile evlenme yaşı ($r_s=-0.006$), gebelik sayısı ($r_s=0.060$) ve son gebelikte kontrole gitme sayısı ($r_s=-0.041$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı olmayan bir ilişki saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.2.3). Çalışma bulgusu ile benzer olarak Şahin ve Kılıçarslan (2010) yaptıkları çalışmada gebelikteki takip sayısı ile prenatal depresyon arasında ilişki olmadığını belirtmiştir.

Araştırmada gebelerin GPSDÖ'den alınan toplam puan ortalamasının 4.05 ± 0.45 olduğu, toplamda gebelerin psikososyal sağlık durumlarının iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.4). Çalışma bulgusu ile benzer olarak Yıldız (2011) ve Gümüşdaş ve ark. (2014) yaptıkları çalışmalarda gebelerin psikososyal sağlık durumlarının iyi düzeyde olduğunu belirtmiştir. Çalışmada EDSDÖ puan ortalaması ile GPSDÖ toplam puan ortalaması arasında negatif yönlü, istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.3.1). GPSDÖ toplam puan ortalaması düşük olan gebelerin depresyon semptom riskinin ($EDSDÖ\geq 13$) arttığı görülmüştür (Tablo 4.3.2).

Araştırmaya alınan gebelerin GPSDÖ alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; “Gebelik ve Eş İlişisine Ait Özellikler” alt boyut puan ortalamasının iyi düzeyde (4.15 ± 0.61) olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.1.4). Yapılan analiz sonucunda gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler alt boyut puan ortalaması ile EDSDÖ puan ortalaması arasında negatif yönlü, anlamlı bir ilişki olduğu (Tablo 4.3.1) ve gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler alt boyut puan ortalaması düşük gruplarda depresyon riskinin ($EDSDÖ \geq 13$) arttığı görülmüştür (Tablo 4.3.2). Çalışma sonucu Yıldız’ın (2011) yaptığı çalışmada gebelerin gebelik ve eş ilişkisine ait alt boyut puan ortalaması (3.66 ± 0.83) bu araştırma bulgusuyla paralellik göstermektedir. Babacan Gümüş ve ark. (2011) yaptığı çalışmada gebelerin %43.3’ü eşleri ile ilişki durumlarını çok iyi, %52.0’ı iyi olarak değerlendirmiştir. Eskici ve ark. (2012) yaptıkları çalışmada gebelerin %97.1’i eş ile iletişim durumunu iyi olarak değerlendirmiştir. Nasreen ve ark. (2011) Bangladeş’te yaptıkları çalışmada gebelerin %75.1’inin, Rwakarema ve ark. (2015) %87.4’ünün eşleri ile ilişkilerinin iyi olduğunu belirtmiştir. Yılmaz ve Beji (2010) yaptıkları çalışmada gebelerin %75.7’sinin isteyerek gebe kaldığını, %59.4’ünün gebe kaldığını öğrendiğinde mutluluk ve sevinç hissettiğini belirtmiştir. Dağlar ve Nur (2014) yaptıkları çalışmada gebelerin %64.4’ünün gebeliğini öğrendiğinde olumlu duygular yaşadığını, Mohamad Yusuff ve ark. (2016) Malezya’da yaptıkları çalışmada gebelerin %95.6’sının gebelikten, %94.9’unun ise evlilikten memnun olduğunu, Waldie ve ark. (2015) Yeni Zelanda’da gebelerin %61.5’inin, Bitew ve ark. (2016) Etiyopya’da %56.0’ının, Thompson ve Ajayi (2016) %75.4’ünün gebeliğini planladığını belirtmiştir. Yapılan çalışmalar aile kurumunun desteklendiği, gebeliğe olumlu bakılan ve gebelik sürecinde her konuda eş ve aile desteği alan gebelerin bu süreci daha rahat ve mutlu geçirdiklerini göstermektedir. Yapılan çalışmada gebelerin %97.7’sinin gebelikte destek faktörlerinin yeterli olduğunu belirtmesi de bu sonucu destekler niteliktedir (Tablo 4.1.2). Çalışma bulgusu ile benzer olarak Mohamad Yusuff ve ark. (2016) yaptıkları çalışmada evlilik hayatından memnun olan, gebeliğini planlayan ve gebeliğinde mutlu olan kadınların antenatal depresyona daha az yatkın olduğunu belirtmiştir. Schmied ve ark. (2013) ve Rwakarema ve ark. (2015) yaptıkları çalışmalarda eşiyile ilişkileri kötü olan gebelerin antenatal depresyona yatkın olduğunu belirtmiştir.

Gebelerin “Kaygı ve Strese Ait Özellikler” alt boyut puan ortalamasının iyi düzeyde (3.40 ± 0.78) olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.1.4). Yapılan analiz sonucunda

kaygı ve strese ait özellikler alt boyut puan ortalaması ile EDSDÖ puan ortalaması arasında negatif yönlü, anlamlı bir ilişki olduğu (Tablo 4.3.1) ve kaygı ve strese ait özellikler alt boyut puan ortalaması düşük gruplarda depresyon riskinin ($EDSDÖ \geq 13$) arttığı görülmüştür (Tablo 4.3.2). Çalışma sonucu Gümüldaş ve ark. (2014) yaptığı çalışmada gebelerin kaygı ve strese ait özellikler alt boyut puan ortalaması (3.43 ± 0.68) bulgusuyla benzerlik göstermektedir. Literatürde yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde; Arslan ve ark. (2011) yaptıkları çalışmada gebelerin %28.8'inin, Tunç ve ark. (2012) %32.0'inin, Nasreen ve ark. (2011) %29.0'inin, Makara-Studnziska ve ark. (2013) %27.4'ünün ilk trimesterde, %23.9'unun ikinci trimesterde, %29.9'unun üçüncü trimesterde anksiyete yaşadığını tespit etmiştir. Araştırma sonuçları gebelik döneminde gebelerin kaygı ve strese eğilimi olduğunu göstermektedir. Gebelerin kaygı ve strese neden olabilecek faktörler konusunda farkındalığının olmasının sürecin yönetimine katkısı olacağı düşünülmüştür. Literatürde yapılan çalışmalar gebelerin kaygı düzeyleri ile antenatal depresyon arasında ilişki olduğunu göstermektedir (Erdem ve ark. 2010, Lancaster ve ark. 2010, Rwakarema ve ark. 2015). Şahin ve Kılıçaslan (2010) yaptığı çalışmada durumluk kaygı puanı ile depresyon puanı arasında pozitif korelasyon olduğunu belirtmiştir. Mohamad Yusuff ve ark. (2016) Malezya'da yaptıkları çalışmada antenatal anksiyete ile antenatal depresyon arasında ilişki olduğunu, antenatal depresyon olan gebelerin postpartum depresyon açısından da risk grubunda olduğunu belirtmiştir. Dağlar ve Nur (2014) yaptıkları çalışmada gebelerin stresle başa çıkma tarzları ile antenatal depresyon arasında ilişki olduğunu, Waldie ve ark. (2015) yaptıkları çalışmada gebelikte algılanan stres ile antenatal depresyon arasında ilişki olduğunu belirtmiştir. Kadının gebeliği sırasında yaşadığı biyo-psiko-sosyal değişimler kaygı düzeyini arttırmakta ve baş etmesini güçleştirmektedir. Bu durum gebelerde depresyon semptomlarının görülme sıklığını etkileyen bir faktör olarak değerlendirilebilir.

Gebelerin "Aile İçi Şiddete Ait Özellikler" alt boyut puan ortalamasının çok iyi düzeyde (4.73 ± 0.36) olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.1.4). Yapılan analiz sonucunda aile içi şiddete ait özellikler alt boyut puan ortalaması ile EDSDÖ puan ortalaması arasında negatif yönlü, anlamlı bir ilişki olduğu (Tablo 4.3.1) ve aile içi şiddete ait özellikler alt boyut puan ortalaması düşük gruplarda depresyon riskinin ($EDSDÖ \geq 13$) arttığı görülmüştür (Tablo 4.3.2). Yıldız (2011) ve Gümüldaş ve ark. (2014) yaptıkları çalışmalarda gebelerin aile içi şiddete ait özellikler alt boyut puan

ortalamalarının (4.60 ± 0.54), (4.68 ± 0.52) çok iyi düzeyde olduğunu belirtmiştir. Karaoğlu ve ark. (2006) yaptıkları çalışmada gebelerin %26.7'sinin duygusal, %9.7'sinin cinsel, %8.1'inin fiziksel şiddete maruz kaldıklarını belirtmiştir. Güler (2010) yaptığı araştırmada gebelerin %18,1'inin fiziksel, %53,6'sının duygusal, %32,5'inin cinsel şiddete maruz kaldıklarını belirtmiştir. Asad ve ark. (2010) Pakistan'da yaptıkları çalışmada gebelerin %48.0'mın sözel şiddet, %20.0'mın fiziksel ve cinsel şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Modiba ve ark. (2011) Güney Afrika'da yaptıkları çalışmada gebelerin %26.0'mın duygusal, %17.0'mın fiziksel, %9.0'mın cinsel şiddete maruz kaldığı saptanmıştır. Çalışma sonucu ve yapılan çalışmalar kadınların gebelik dönemi gibi özel bir durumda bile farklı düzeylerde olmakla birlikte şiddete maruz kaldıklarını göstermektedir. Aktaş ve Yeşilçiçek Çalık (2015) yaptıkları çalışmada eşinden fiziksel ve psikolojik şiddet gören gebelerde depresyon oranlarının daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Literatürde yapılan diğer çalışmalarda bu bulguyu desteklemektedir (Nasreen ve ark. 2011, Van Parys ve ark. 2015). Hartley ve ark. (2011) yaptıkları çalışmada aile içi şiddet görme ile antenatal depresyon arasında ilişki olduğunu, gebelik sürecinde antenatal depresyon riski olan gebelerin %46.1'inin gebelikte şiddet gördüğünü belirtmiştir. Moraes ve ark. (2016) Brezilya'da yaptıkları çalışmada psikolojik ve duygusal şiddet ile antenatal depresyon arasında ilişki olduğunu saptamıştır. Yapılan çalışma bulgusu ve literatür değerlendirildiğinde, gebe izlemleri sırasında sağlık personelinin gebeyi şiddet açısından değerlendirmesinin önemli olduğu sonucuna varılmıştır.

Gebelerin "Psikososyal Destek Gereksinimi" alt boyut puan ortalamasının iyi düzeyde olduğu (3.87 ± 0.68) tespit edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda psikososyal destek gereksinimine ait özellikler alt boyut puan ortalaması ile EDSDÖ puan ortalaması arasında negatif yönlü, anlamlı bir ilişki olduğu (Tablo 4.3.1) ve psikososyal destek gereksinimine ait özellikler alt boyut puan ortalaması düşük gruplarda depresyon riskinin ($EDSDÖ \geq 13$) arttığı görülmüştür (Tablo 4.3.2). Yıldız (2011) ve Gümüldaş ve ark. (2014) yaptıkları çalışmalarda gebelerin psikososyal destek gereksinimi alt boyut puan ortalamalarının (3.62 ± 0.85), (4.16 ± 0.68) iyi düzeyde olduğunu belirtmiştir. Mermer ve ark. (2010) yaptıkları çalışmada gebelikte ve postpartum süreçte kadınların sosyal desteğe gereksinim duyduklarını belirtmiştir. Şen ve ark. (2012) yaptıkları çalışmada gebelerin % 68,2'sinin ihtiyaç duyduğunda yardım alabileceği yakınının olduğunu ve yardım alanların %32,5'inin bu yardımı kayınvalide-

sinden aldığını saptamıştır. Olah ve Barry (2013) yaptıkları çalışmada sosyal destek yetersizliği ve kötü partner ilişkisinin gebelikteki depresyon, anksiyete ve stres oranlarını artırdığını bulmuştur. Yapılan çalışma sonuçları gebelerin bu süreçte sosyal destek gereksinimi olduğunu göstermektedir. Gebelikte büyük önem taşıyan faktörlerden birisi de, kadının içsel duygu durumunu doğrudan etkileyen, eşin, kadının/erkeğin anne-babasının, aileyi etkileyen diğer kişilerin tutumu ve içinde yaşadığı psiko-sosyal çevredir. Jeong ve ark. (2013) emosyonel desteği düşük olan gebelerin antenatal depresyon açısından risk grubunda olduğunu belirtmiştir. Dağlar ve Nur (2014) yaptığı çalışmada sosyal destek arama ile depresyon arasında negatif yönde ilişki olduğunu belirtmiştir. Yılmaz ve Beji (2010) yaptıkları çalışmada çekirdek ailede yaşayan gebelerin sosyal destek arama puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Thompson ve Ajayi (2016) yaptıkları çalışmada sosyal destek ile antenatal depresyon arasında ilişki olmadığını ancak sosyal destek kaynakları yetersiz bireylerin depresyon oranlarının daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Elsenbruch ve ark. (2007) sosyal destek kaynaklarının yetersiz olmasının annenin kendini iyi hissetmesini engellediğini ve maternal komplikasyonlara sebep olduğunu belirtmiştir. Gebelik sürecinde eş, aile veya arkadaşlar tarafından sağlanan sosyal desteğin gebeleri duygusal ve bilişsel olarak rahatlattığı, böylece stres etkenleri ve kaygı ile daha kolay baş etmelerine yardımcı olarak annelik rolüne geçişi kolaylaştırdığı söylenebilir.

Gebelerin “Ailesel Özellikler” alt boyut puan ortalamasının çok iyi düzeyde olduğu (4.17 ± 0.66) tespit edilmiştir (Tablo 4.1.4). Yapılan analiz sonucunda ailesel özellikler alt boyut puan ortalaması ile EDSDÖ puan ortalaması arasında negatif yönlü, anlamlı bir ilişki olduğu (Tablo 4.3.1) ve ailesel özellikler alt boyut puan ortalaması düşük gruplarda depresyon riskinin ($EDSDÖ \geq 13$) arttığı görülmüştür (Tablo 4.3.2). Çalışma sonucu Yıldız’ın (2011) yaptığı çalışmada, gebelerin ailesel özellikler alt boyut puan ortalaması (4.02 ± 0.76), bu araştırma bulgusuyla paralellik göstermektedir. Mermer ve ark. (2010) yaptıkları çalışmada gebelik döneminde postpartum döneme göre aileden daha fazla destek alındığını belirtmiştir. Bu sonuçlar ülkemizde aile bağlarının güçlü olduğunu, gebelerin eş, eşinin ailesi ve/veya kendi ailelerinden yeterli düzeyde destek aldığının göstergesi olarak değerlendirilebilir. Çalışma bulgusu ile benzer olarak Şentürk ve ark. (2011) yaptıkları çalışmada gebelerin anne veya

kayınvalidesinden destek alma durumu ile antenatal depresyon arasında ilişki olduğunu belirtmiştir.

Gebelerin “Gebeliğe İlişkin Fiziksel-Psikososyal Değişiklikler” alt boyut puan ortalamasının çok iyi düzeyde (3.94 ± 0.73) olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.1.4). Yapılan analiz sonucunda gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişiklikler alt boyut puan ortalaması ile EDSÖ puan ortalaması arasında negatif yönlü, anlamlı bir ilişki olduğu (Tablo 4.3.1) ve gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişiklikler alt boyut puan ortalaması daha düşük gruplarda depresyon riskinin ($EDSÖ\geq 13$) arttığı görülmüştür (Tablo 4.3.2). Yıldız (2011) ve Gümüldaş ve ark. (2014) yaptıkları çalışmalarda gebelerin gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişiklikler alt boyut puan ortalamalarının (4.15 ± 0.73), (4.08 ± 0.67) iyi düzeyde olduğunu belirtmiştir. Ardahan ve Temel (2014) yaptığı çalışmada gebelerin %84.6’sının beden imajı algısından memnun olduğunu, Kumcağız (2012) yaptığı çalışmada isteyerek gebe kalan kadınların daha yüksek beden algısına sahip olduğunu belirtmiştir. Literatürde yapılan diğer çalışmalar beden algısının gebelik sürecinde psikososyal sağlığı etkilediğini ve prenatal depresyona yatkınlığı arttırdığını, zayıf anne bebek bağlanmasına neden olduğunu göstermektedir (Huang ve ark. 2004; Rauf ve Down 2011; Silveira ve ark. 2015). Araştırmada kadınların gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişiklikleri gebeliğin bir parçası olarak kabul ettiği ve geçici olduğunu düşündükleri için bu değişikliklerin psikososyal sağlıklarını etkilemediği anlaşılmıştır. Genel olarak Türk toplumunda gebelik kadının toplumda, ailede değerini arttıran bir durum olması nedeniyle gebelikteki beden imajı değişikliğini de kadınların olumlu algıladığı düşünülmektedir. Literatürde beden imajı algısı ile antenatal depresyon arasında ilişki olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur. Çalışma bulgusu ile benzer olarak Silveira ve ark. (2015) yaptıkları sistematik review çalışmasında 19 makaleyi kritik etmiş ve beden imajı algısı ile antenatal depresyon arasında ilişki olduğunu belirtmiştir. Ayrıca postpartum depresyon için de risk faktörü olduğunu belirtmiştir. Sweney ve Fingerhut (2013) yaptıkları çalışmada gebeliğin üçüncü trimesterinde beden imajından memnun olmayan gebelerin postpartum depresyon açısından risk grubunda olduğunu belirtmiştir. Haedt ve Keel (2007) yaptıkları çalışmada olumsuz beden imajı algısının maternal sağlığı olumsuz etkilediğini ve fetal komplikasyonlara neden olduğunu belirtmiştir. Rauf ve Downs (2011) yaptığı çalışmada birinci trimesterde beden algısı

ile ikinci trimester depresyon arasında, ikinci trimester beden algısı ile üçüncü trimester depresyon arasında ilişki olduğunu belirtmiştir.

Gebelerin trimesterlere göre GPSDÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları değerlendirildiğinde; puanların trimesterlere göre benzer olduğu görülmektedir (Tablo 4.1.4). Bu sonuç gebelerin psikososyal sağlık durumlarının gebelik süresince izlenmesi ve değerlendirilmesi gereken bir durum olduğunu düşündürmüştür.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda şu sonuçlara ulaşılmıştır;

- Gebelerin yaş ortalamasının 27.01 ± 5.50 , evlenme yaş ortalamasının 20.79 ± 3.43 , evlilik süresi (yıl) ortalamasının 6.24 ± 5.36 , ailenin aylık gelir ortalamasının 1828.068 ± 1100.58 Türk lirası olduğu saptanmıştır.
- Gebelerin %59.0'ının okur-yazar-ilköğretim mezunu olduğu, %88.4'ünün çalışmadığı, %71.8'inin çekirdek ailede yaşadığı ve %72.5'inin aylık gelirini orta/kötü olarak algıladığı saptanmıştır.
- Gebelerin gebelik sayısı ortalamasının 2.40 ± 1.42 , son gebelikte kontrole gitme sayısı ortalamasının 5.52 ± 3.23 olduğu saptanmıştır.
- Gebelerin %64.5'inin daha önce doğum yaptığı, %20.5'inin düşük öyküsü, %10.6'sının kürtaj öyküsü olduğu saptanmıştır.
- Gebelerin %35.2'si bebeklerinin cinsiyetinin erkek olduğunu, %74.7'si bebek cinsiyeti konusunda herhangi bir isteği olmadığını, %89.6'sı gebelik kontrollerine düzenli gittiğini, %97.7'si gebelikte destek aldığını belirtmiştir.
- Gebelerin depresyon riski ($EDSD\geq 13$) oranının %28.2, EDSDÖ puan ortalamasının 9.41 ± 4.81 olduğu bulunmuştur. Trimesterlere göre depresyon oranları ve puan ortalamaları incelendiğinde; birinci trimesterde depresyon riski oranının %31.5, puan ortalamasının 10.16 ± 5.89 ; ikinci trimesterde depresyon riski oranının %26.8, puan ortalamasının 9.46 ± 4.96 , üçüncü trimesterde depresyon riski oranının %28.9, puan ortalamasının 9.20 ± 4.80 olduğu bulunmuştur.
- Gebelerin GPSDÖ'den aldıkları toplam puan ortalamasının 4.05 ± 0.45 olduğu belirlenmiştir. Trimesterlere göre GPSDÖ toplam puan ortalamaları incelendiğinde; birinci trimesterde GPSDÖ toplam puan ortalamasının 3.99 ± 0.50 , ikinci trimesterde 4.03 ± 0.48 , üçüncü trimesterde 4.09 ± 0.41 olduğu belirlenmiştir.
- Gebelerin GPSDÖ alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; gebelik ve eş ilişkisi alt boyutu puan ortalaması 4.15 ± 0.61 , kaygı ve stres alt boyutu puan ortalaması 3.40 ± 0.78 , aile içi şiddet alt boyutu puan ortalaması 4.73 ± 0.36 , psikososyal destek gereksinimi alt boyutu puan ortalaması

3.87±0.68, ailesel özellikler alt boyutu puan ortalaması 4.17±0.66, gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişiklikler alt boyutu puan ortalaması 3.94±0.73 olarak belirlenmiştir.

- Gelir durumu algısı düşük/orta olan, eşlerinin eğitim durumu okuryazar-ilköğretim olan gebelerin depresyon puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).
- Gebelerin doğum öyküsü, istenen bebek cinsiyeti ve gebelikte destek alma durumları ile EDSÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Doğum öyküsü olmayan, cinsiyet isteği erkek bebek olan ve gebelikte destek almayan gebelerin EDSÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Gebelerin EDSÖ puan ortalaması ile gebelerin yaşı ($r_s=0.096$), evlilik süresi ($r_s=0.102$), eşin yaşı ($r_s=0.074$) arasında çok zayıf, pozitif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Gebelerin EDSÖ puan ortalaması ile ailenin aylık geliri ($r_s=-0.087$) arasında çok zayıf, negatif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$).
- Gebelerin EDSÖ puan ortalaması ile GPSÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları (gebelik ve eş ilişkisi, kaygı ve stres, aile içi şiddet, psikososyal destek gereksinimi, ailesel özellikler, gebeliğe ilişkin fiziksel- psikososyal değişiklikler) arasında negatif yönde, istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Gebelerin GPSÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arttıkça, EDSÖ puan ortalamalarının düştüğü belirlenmiştir.
- EDSÖ Cut-Off değerine göre depresyon riski ($EDSÖ\geq 13$) olan gebelerin GPSÖ total ve alt grup (gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler, kaygı ve strese ait özellikler, aile içi şiddete ait özellikler, psikososyal destek gereksinimine ait özellikler, ailesel özellikler, gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişikliklere ait özellikler) puan ortalamalarının anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

6.2. Öneriler

Gebelerin psikososyal sağlık durumları ile depresyon riski arasındaki ters yönlü ilişki dikkate alındığında;

- Prenatal bakım hizmetleri kapsamında psikososyal sağlığı değerlendirme ölçüm araçları kullanılarak gebelerin yakından değerlendirilmesi, risk taşıyanların belirlenmesi, risk grubunda olan ya da psikososyal sağlığı kötü olan gebelerin depresyon riski açısından ilgili merkezlere yönlendirilerek profesyonel destek almalarının sağlanması,
- Gebelikte görülen psikososyal değişikliklerin, gebe ve ailesi tarafından da kolayca tanımlanması ve değerlendirilebilmesi için broşürler ve eğitim kitapçıkları aracılığı ile gebe ve ailesinde farkındalık yaratacak eğitimlerin planlanması,
- Kadın sağlığı alanında çalışan ebe, hemşire ve hekimler olmak üzere tüm sağlık profesyonellerinin gebelikte psikososyal sağlık ile ilgili eğitim ve farkındalıklarının artmasını sağlamak amacıyla hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi,
- Gebelerin psikososyal sağlık durumlarını ve depresyon riskini etkileyen faktörleri inceleyen tanımlayıcı, vaka-kontrol ve risk gruplarına yönelik müdahale türü araştırmaların planlanması önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

- ACOG. Psychosocial risk factors: perinatal screening and intervention. Committee Opinion No. 343. *Obstet Gynecol.* 2006; 108(2): 469-77.
- Agampodi SB, Agampodi TC. Antenatal depression in Anuradhapura, Sri Lanka and the factor structure of the Sinhalese version of Edinburg postpartum depression scale among pregnant women. *PLoS One.* 2013; 8(7):e69708.
- Akbaş A, Vırıt O, Kalenderoğlu A, Savaş H, Sertbaş G. Gebelikte sosyo-demografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyiyle ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi.* 2008; 45: 85-91.
- Akkaş Yılmaz E, Gülümser Ç. The risk factors, consequences, treatment, and importance of gestational depression. *J Turk Soc Obstet Gynecol.* 2015; 2: 102-13.
- Akkoca AN, Özdemir ZT, Kurt R, Sen BB, Yengil E, Karatepe C, Karapınar OS, Ozer C. The physiological changes in pregnancy and their distribution according to trimester. *Journal of Gynecology and Obstetrics.* 2014; 2(6): 86-90.
- Aktaş S, Yeşilçiçek Çalık K. Factors affecting depression during pregnancy and the correlation between social support and pregnancy depression. *Iran Red Crescent Med J.* 2015; 17(9): e16640.
- Ali NS, Azam IS, Ali BS, Tabbusum G, Moin SS. Frequency and associated factors for anxiety and depression in pregnant women: a hospital based cross-sectional study. *Scientific World Journal.* 2012; 653098.
- Ardahan M, Temel AB. Body image perception and the effectiveness of a body image education in pregnant housewives. *J Nurs Care.* 2014, 3:3.
- Arslan B, Arslan A, Kara S, Öngel K, Mungan MT. Gebelik anksiyete ve depresyonunda risk faktörleri: 452 Olguda Değerlendirme. *Tepecik Eğitim Hast Derg.* 2011; 21(2): 79-84.
- Asad N, Karmaliani R, Sullaiman N, Bann CM, McClure EM, Pasha O, Wright LL, Goldenberg RL. Prevalence of suicidal thoughts and attempts among pregnant Pakistani women. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2010; 89(12): 1545–51.
- Ayele TA, Azale T, Alemu K, Abdissa Z, Mulat H, Fekadu A. Prevalence and associated factors of antenatal depression among women attending antenatal careservice at Gondar University Hospital, Northwest Ethiopia. *PLoS One.* 2016; 11(5): e0155125.
- Babacan Gümüş A, Çevik N, Hataf Hysni S, Biçen Ş, Keskin G, Malak Tuna A. Gebelikte benlik saygısı ve beden imajı ile ilişkili özellikler. *Anatolian Journal of Clinical Investigation.* 2011; 5(1): 7-14.
- Ban L, Gibson J, West J, Tata J. Association between perinatal depression in mothers and the risk of childhood infections in off spring: a population-based cohort study. *BMC Public Health.* 2010; 10:799.
- Benute GRG, Nomura RMY, Reis JS, Junior RF, Lucia MCS, Zugaib LM. Depression during pregnancy in women with a medical disorder: risk factors and perinatal outcomes. *Clinics.* 2010; 65(11): 1127-1131.
- Bingöl H, Kocabaşoğlu N. Gebelik ve depresyon. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics.* 2014; 5(5): 129-33.
- Biratu A, Haile D. Prevalence of antenatal depression and associated factors among pregnant women in Addis Ababa, Ethiopia: a cross-sectional study. *Reproductive Health.* 2015; 12:99.
- Bisetegn TA, Mihretie G, Muche T. Prevalence and predictors of depression among pregnant women in Debreabor Town, Northwest Ethiopia. *PLoS One.* 2016; 11(9): e0161108.
- Bitew T, Charlotte Hanlon C, Kebede E, Medhin G, Fekadu A. Antenatal depressive symptoms and maternal health care utilisation: a population-based study of pregnant women in Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016; 16(1): 301.
- Borja-Hart N, Marino J. Role of omega-3 fatty acids for prevention or treatment of perinatal depression. *Pharmacotherapy.* 2010; 30(2): 210-6.

- Bödecs T, Horvath B, Kovacs L, Diffellne Nemeth M, Sandor J. Prevalence of depression and anxiety in early pregnancy on a population based Hungarian sample. *Orv Hetil.* 2009; 150(41): 1888-93.
- Buyukkayaci Duman N. Socio-demographic and obstetric factors associated with depression during pregnancy in Turkey. *American International Journal of Contemporary.* 2012; 2(11).
- Breedlove G, Fryzelka D. Depression screening during pregnancy. *J Midwifery Womens Health.* 2011; 56(1): 18-25.
- Brenda M, Leung Y, Bonnie ND, Kaplan J. Perinatal depression: prevalence, risks, and the nutrition link-a review of the literature. *J am Diet Assoc.* 2009; 109(9): 1566-75.
- Caliskan D, Oncu B, Kose K, Ocaktan ME, Ozdemir O. Depression scores and associated factors in pregnant and non-pregnant women: A community-based study in Turkey. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology.* 2007; 28(4): 195-200.
- Coşkun AM. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği. El Kitabı. 2012, 1. Baskı. İstanbul, Koç Üniversitesi Yayınları, p: 122, 138.
- Constantine MM. Physiologic and pharmacokinetic changes in pregnancy. *Front Pharmacol.* 2014; 5(65).
- Cox JL, Holden JM. Detection of postnatal depression: development of the 10 item Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *British Journal of Psychiatry.* 1987; 150: 782-6.
- Chandharan E, Arulkumaran N. Anatomical and physiological changes in pregnancy and their implications in clinical practice. *Obstetric and intrapartum emergencies: A Practical Guide to Management.* Cambridge University Press, 2012, ISBN: 978-0-521-26827-1.
- Çakır L, Can H. Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin anksiyete ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. *The Journal of Turkish Family Physician.* 2012; 3(2): 35-42.
- Çelik F, Köken GN, Yılmaz M. Gebelikte depresyon semptomlarının sıklığı ve depresyon gelişimini etkileyen faktörler. *Anatol J Clin Investig.* 2013; 7(2): 110-117.
- Dağlar G, Nur N. Gebelerin stresle başa çıkma tarzlarının anksiyete ve depresyonla ilişkisi. *Cumhuriyet Tıp Derg.* 2014; 36: 429-441.
- Daley AJ, Foster L, Long G, Palmer C, Robinson O, Walmsley H, Ward R. The effectiveness of exercise for the prevention and treatment of antenatal depression: systematic review with meta-analysis. *BJOG.* 2015; 122(1): 57-62.
- Daş Z. Gebeliğin psikososyal ve kültürel boyutu. *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği.* Editör: Taşkın L. Akademisyen Tıp Kitabevi, 2014, XII. Baskı, Ankara, ISBN 975-94661-0-4, p:217-225.
- Demirbaş H, Kadioğlu H. Prenatal dönemdeki kadınların gebeliğe uyumu ve ilişkili faktörler. *Marmara Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi.* 2014; 4(4): 200-206.
- Dimidjian S, Goodman SH. Preferences and attitudes toward approaches to depression relapse/recurrence prevention among pregnant women. *Behav Res Ther.* 2014; 54: 7-11.
- Elsenbruch S, Benson S, Rütke M, Rose M, Dudenhausen J, Pincus-Knackstedt MK, Klapp BF, Arck PC. Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. *Hum. Reprod.* 2007; 22(3): 869-877.
- Engindeniz AN, Küey L, Kültür S. Edinburg doğum sonrası depresyon ölçeği türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Bahar Sempozyumları.* 1997; 1: 51-52.
- Erdem Ö, Bucaktepe GE, Özen Ş, Kara İH. Prepartum ve postpartum dönemde annelerin depresyon ve kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Düzce Tıp Dergisi.* 2010; 12(3): 24-31.
- Erdoğan S, Candansayar S. Obstetrik ve jinekolojinin psikiyatrik yönleri. *Güncel Obstetrik ve Jinekoloji Tanı ve Tedavi.* Editör: Tıraş MB. Current Diagnosis and Treatment Serisi, De Cherney AH, Goodwin TM, Nathan L, Laufer N. Güneş Tıp Kitabevleri, 2010, 10. Baskı, Ankara, 187,193,1014-1024.
- Eskici L, Demir Akca S, Atasoy N, Arıkan İ, Harma M. Gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğunun obstetrik sonuçları ve yenidoğan üzerine etkileri. *Anatol J Clin Investig.* 2012; 6(1): 10-16.

- Faisal-Cury A, Araya R, Marcelo Zugaib M, Menezes PR. Common mental disorders during pregnancy and adverse obstetric outcomes. *Journal Of Psychosomatic Obstetrics&Gynecology*. 2010; 31(4): 229–235.
- Fielda T, Diego M, Delgado J, Medina L. Taichi/yoga reduces prenatal depression, anxiety and sleep disturbances. *Complement Ther Clin Pract*. 2013; 19(1): 6-10.
- Flynn HA, Walton MA, Chermack ST, Cunningham RM, Marcus SM. Brief detection and co-occurrence of violence, depression and alcohol risk in prenatal care settings. *Arch Womens Ment Health*. 2007; 10(4): 155-61.
- Goodwin RD, Keyes K, Sımuro N. Mental disorders and nicotine dependence among pregnant women in the United States. *Obstte Gynecol*. 2007; 109: 875-83.
- Gorman JR, KaoK, Chambers CD. Breast feding among women exposed to antidepressants during pregnancy. *J Hum Lact*. 2012; 28(2): 181–188.
- Gümüşdaş M, Apay SE, Özorhan EY. Riskli olan ve olmayan gebelerin psiko-sosyal sağlıklarının karşılaştırılması. *HSP*. 2014; 1(2): 32-42.
- Güler N. Gebelikte eşi tarafından kadına uygulanan fiziksel, duygusal, cinsel ve ekonomik şiddet ve ilişkili faktörler. *DEUHYO ED*. 2010; 3(2): 72-77.
- Graignic-Philippe R, Dayan J, Chokron S, Jacquet AY, Tordjman S. Effects of prenatal stress on fetal and child development: A critical literature review. *Neurosci Bio behav Rev*. 2014; 43: 137-162.
- Grigoriadis S, Vonder Porten EH, Mamisashvili L, Roerecke M, Rehm J, Dennis CL, Koren G, Steiner M, Mousmanis P, Cheung A, Ross LE. Antidepressant exposure during pregnancy and congenital malformations: Is there an association? A systematic review and meta-analysis of the best evidence. *J Clin Psychiatry*. 2013; 74(4): e293-308.
- Grote KN, Bridge AJ, Gavin RA, Melville LJ, Iyengar S, Katon JW. A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Arch Gen Psychiatry*. 2010; 67(10): 1012-24.
- Glover V. Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014; 28(1): 25-35.
- Haedt A, Keel P. Maternal attachment, depression, and body dissatisfaction in pregnant women. *J Reprod Infant Psychol*. 2007; 25: 285– 295.
- Hartley M, Tomlinson M, Greco E, Comulada WS, Stewart J, le Roux, Mbewu N, Rotheram-Borus MJ. Depressed mood in pregnancy: prevalence and correlates in two Cape Town peri urban settlements. *Reproductive Health*. 2011; 8:9.
- Hasser C, Brizendine L, Spielvogel A. SSRI use during pregnancy. Do antidepressants benefits outweigh the risks? *Current Psychiatry*. 2006; 5:31-40.
- Hegde SS, Pai KK, Keshava K, Abhishekh HA, Sandeep KR. Prevalence of antenatal depression and gender preference: A cross sectional study among Mangalore population, Karnataka, India. *Journal of Pharmaceutical and biomedical sciences*. 2013; 30(30): 1011-1014.
- Huang HC, Wang SY, Chen CH. Body image, maternal-fetal attachment, and choice of infant feeding method: A study in Taiwan. *Birth*, 2004; 31: 183–188.
- Huang H, Coleman S, Bridge JA, Yonkers K, Katon W. A meta-analysis of the relationship between antidepressant use in pregnancy and the risk of preterm birth and low birth weight. *Gen Hosp Psychiatry*. 2014; 36(1): 13-8.
- Huybrechts KF, Sanghani RS, Avorn J, Urato AC. Preterm birth and antidepressant medication use during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2014; 9(3): e92778.
- Jeong HG, Lim JS, Lee MS, Lim M, Kim SH, Jung K, Joe SH. The association of psychosocial factors and obstetric history with depression in pregnant women: Focus on the role of emotional support. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013; 35(4): 354–8.
- Kapan M, Yanikkerem E. Kırsal ve kentsel alanda yaşayan gebelerin depresyon, yalnızlık ve şiddete maruz kalma durumları. *TAF Prev Med Bull*. 2016; 15(5): 431-439.

- Karaoğlu L, Celbis O, Ercan C, Ilgar M, Pehlivan E, Güneş G, Genç MF, Eğri M. Physical, emotional and sexual violence during pregnancy in Malatya, Turkey. *Europ Journal Public Health*. 2006; 16(2): 149–56.
- King NMA, Chambers J, O'Donnell K, Jayaweera SR, Williamson C, Glover VA. Anxiety, depression and saliva cortisol in women with a medical disorder during pregnancy. *Arch Womens Ment Health*. 2010; 13(4): 339-45.
- Koyun A, Demir Ş. Fetüsün cinsiyetinin annelik rolüne ve gebeliğe ilişkin düşüncelere etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013; 2(4).
- Kumcağız H. Gebe kadınlarda beden algısı ve benlik saygısının bazı değişkenlere göre incelenmesi. *International Journal of Human Sciences*. 2012;2: 691-703.
- Kjaersgaard MS, Parner ET, Vestergaard M, Sorensen MJ, Olsen J, Christensen J, Bech BH, Pedersen LH. Prenatal antidepressant exposure and risk of spontaneous abortion – a population-based study. *PLoSOne*. 2013; 8(8):e72095.
- Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2010; 202(1): 5-14.
- Lee AM, Lam SK, Sze Mun Lau SM, Chong CS, Chui HW, Fong DY. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol*. 2007; 110(5): 1102-12.
- Lee HY, Hans SL. Prenatal depression and young low-income mothers' perception of their children from pregnancy through early childhood. *Infant Behavior&Development*. 2015; 40: 183–92.
- Lefkovic E, Bajı I, Rıg' O J. Impact of maternal depression on pregnancies and on early attachment. *Infant Mental Health Journal*. 2014; 35(4): 354-65.
- Leigh B, Milgrom J. Risk factors for antenatal depression, postnataldepression and parenting stres. *BMC Psychiatry*. 2008; 8:24.
- Leiknes KA, Cooke MJ, Jarosch-von Schweder L, Harboe I, Hoi B. Electro convulsive therapy during pregnancy: a systematic review of case studies. *Arch Womens Ment Health*. 2015; 18(1): 1-39.
- Lemeshow S, Hosmer DW, Klar J, Lwanga SK. Sağlık araştırmalarında örneklem büyüklüğünün yeterliliği. Çeviren: S. Oğuz Kayaalp. 2000, p: 143.
- Makara-Studzinska M, Morylowska-Topolska J, Sygit K, Sygit M, Gozdziowska M. Socio-demographical and psychosocial determinants of anxiety symptoms in a population of pregnant women in the regions of central and eastern Poland. *Ann Agric Environ Med*. 2013; 20(1): 195-202.
- Manav G, Yıldırım F. Term ve preterm bebek annelerinin bebeklerini algılama durumları. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*. 2010; 32: 149-57.
- Mermer G, Bilge A, Yücel Ü, Çeber E. Gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı düzeylerinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2010; 1(2): 71-76.
- Mıyake Y, Tanak A K, Arakawa M. Employment, income, and education and prevalence of depressive symptoms during pregnancy: the Kyushu Okinawa Maternal and Child Health Study. *BMC Psychiatry*. 2012; 12:117.
- Milgrom J, Gemmill AW. Screening for perinatal depression. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014; 28(1): 13-23.
- Modiba LM, Baliki O, Mmalasa R, Reineke P, Nsiki C. Pilot survey of domestic abuse amongst pregnant women attending an antenatal clinic in a public hospital in Gauteng Province in South Africa. *Midwifery*. 2011; 27: 872-9.
- Mohamad Yusuff AS, Tang L, Binns CW, Lee AH. Prevalence of antenatal depressive symptoms among women in Sabah, Malaysia. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2016; 29(7): 1170–4.
- Moraes EV, Campos RN, Avelino MM. Depressive Symptoms in Pregnancy: The Influence of Social, Psychological and Obstetric Aspects. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2016; 38(6): 293-300.
- Muzik M, Marcus SM, Heringhausen JE, Flynn HA. When depression complicates child bearing: guidelines for screening and treatment during antenatal and postpartum obstetric care. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2009; 36(4): 771–88.

- McFarland J, Salisbury AL, Battle CL, Hawes K, Halloran K, Lester BM. Major depressive disorder during pregnancy and emotional attachment to the fetus. *Archives of Women's Mental Health*. 2011; 14(5): 425-34.
- McKinney ES, James SR, Murray SS, Nelson KA, Ashwill JW. *Maternal-child nursing*. Inc. 2013, 4th Edition, Canada, Elsevier, p: 258-275.
- Nasreen HE, Kabir ZN, Forsell Y, Edhborg M. Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms during pregnancy: a population based study in rural Bangladesh. *BMC Womens Health*. 2011; 11:22.
- Nayak SK, Poddar R, Jahan M. Psychological Problems during advance stage of pregnancy. *The International Journal of Indian Psychology*. 2015; 2(2): 104-13.
- Pauleta JR, Pereira NM, Graca LM. Sexuality during pregnancy. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2010; 18(2): 114-117.
- Pearlstein T. Depression during Pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2015; 29(5): 754-764.
- Perry DF, Ettinger AK, Mendelson T, Le HN. Prenatal depression predicts postpartum maternal attachment in low-income Latina mothers with infants. *Infant Behavior & Development*. 2011; 34(2): 339-50.
- Petersen I, Gilbert RE, Evans SJ, Man SL, Nazareth I. Pregnancy as a major determinant for discontinuation of antidepressants: an analysis of data from the health improvement Network. *J Clin Psychiatry*. 2011; 72(7): 979-85.
- Pieta B, Jurczyk MU, Wszolek K, Opala T. Emotional changes occurring in women in pregnancy, parturition and lying-in period according to factors exerting an effect on a woman during the peripartum period. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*. 2014; 21(3): 661-5.
- Olah CM, Barry M. Antenatal stress: An Irish case study. *J. Midwifery*. 2013; 100: 03-014.
- Ortaarık E, Tekgöz İ, Ak M, Kaya E. İkinci trimestir gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğu ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012; 1: 16-20.
- Özdemir S, Marakoğlu K, Çivi S. Konya il merkezinde doğum sonrası depresyon riski ve etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2008; 7(5): 391-398.
- Ratcliff BG, Sharapova A, Suardi F, Borel F. Factors associated with antenatal depression and obstetric complications immigrant women in Geneva Betty. *Midwifery*. 2015; 31(9): 871-8.
- Rauff EL, Downs DS. Mediating effects of body image satisfaction on exercise behavior, depressive symptoms, and gestational weight gain in pregnancy. *Ann Behav Med*. 2011; 42(3): 381-90.
- Rwakarema M, Premjıs S, Nyanza EC, Riziki P, Palacios-Derflingher L. Antenatal depression is associated with pregnancy-related anxiety, partner relations, and wealth in women in Northern Tanzania: A cross-sectional study. *BMC Women's Health*. 2015; 15:68.
- Senturk V, Abas M, Berksun O, Stewart R. Social support and antenatal depression in extended and nuclear family environments in Turkey: a cross-sectional survey. *BMC Psychiatry*. 2011; 11:48.
- Serhan N, Ege E, Ayrancı U, Kosgeroglu N. Prevalence of postpartum depression in mothers and fathers and its correlates. *J Clin Nurs*. 2013; 22(1-2): 279-84.
- Silva RA, Jansen K, Mattos Souza DL, Moraes Silva IG, Tomasi E, Silva GD, Dias MS, Pinheiro RT. Depression during pregnancy in the Brazilian public health Care system. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2010; 32(2): 139-44.
- Silveira ML, Ertel KA, Dole N, Chasan-Taber L. The role of body image in prenatal and postpartum depression: A critical review of the literature. *Arch Womens Ment Health*. 2015; 18(3): 409-421.
- Solmuş T. Kadınlık ve annelik psikolojisi: Türkiye'de anne-çocuk bağlanması. I. Baskı, Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık, 2012; 9-12, 28-31.
- Sunal N, Demiryay A. Gebe kadınların algıladıkları fiziksel ve emosyonel yakınmalar. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2009; 4(12): 99-110.

- Schmied V, Johnson M, Naidoo N, Austin MP, Matthey S, Kemp L, Mills A, Meade T, Yeo A. Maternal mental health in Australia and New Zealand: a review of longitudinal studies. *Women Birth*. 2013; 26(3): 167-78.
- Spinelli MG, Endicott J, Leon AC, Goetz RR, Kalish RB, Brustman LE, Carmona YR, Meyreles Q, Vega M, Schulick JL. et al. A controlled clinical treatment trial of interpersonal psychotherapy for depressed pregnant women at 3 New York City sites. *J Clin Psychiatry*. 2013; 74(4): 393-9.
- Szegda K, Markenson G, Bertone-Johnson ER, Chasan-Taber L. Depression during pregnancy: a risk factor for adverse neonatal: A critical review of the literature. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2014; 27(9): 960-7.
- Stewart RC, Umar E, Tomenson B, Creed F. A cross-sectional study of antenatal depression and associated factors in Malawi. *Arch Womens Ment Health*. 2014; 17(2): 145-54.
- Sweeney AC, Fingerhut R. Examining relationships between body dissatisfaction, maladaptive perfectionism, and postpartum depression symptoms. *J Obstet, Gynecol, Neonat Nurs*. 2013; 42:551-561.
- Şahin EM, Kılıçarslan S. Son trimester gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2010; 27(1): 51-58.
- Şen S, Çetişli EN, Saruhan A. Göçün gebelikteki depresyon, kaygı düzeyi ve sosyal destekle ilişkisi. *International Journal Of Human Sciences*. 2012;2: 1-13.
- Şirin A. Kadın Sağlığı. Bedray Yayıncılık Ltd. Şti. 2008, Birinci Baskı. İstanbul, ISBN: 978-605-5989-07-1.
- Taşkın L. Gebelikte annenin fizyolojisi. *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği*, 2014, XII. Baskı, Ankara, ISBN 975-94661-0-4, p:85-101.
- Terzioğlu F. Doğum öncesi bakım. *Doğum Ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Editör: Taşkın L. Akademisyen Tıp Kitabevi, 2014, XII. Baskı, Ankara, ISBN 975-94661-0-4, p: 188.
- Tunç S, Yenicesu O, Çakar E, Özcan H, Pekçetin S, Danışman N. Antenatal dönemde anksiyete ve depresyonun görülme sıklığı ve ilişkili faktörler. *The Journal of Gynecology-Obstetrics and Neonatology*. 2012; 9(35): 1431- 1435.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara: 2013.
- Thompson O, Ajayi I. Prevalence of antenatal depression and associated risk factors among pregnant women attending antenatal clinics in Abeokuta North Local Government Area, Nigeria. *Depress Res Treat*. 2016:4518979.
- Van Parys AS, Deschepper E, Michielsen K, Galle A, Roelens K, Temmerman M, Verstraelen H. Intimate partner violence and psychosocial health, a cross-sectional study in a pregnant population. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015; 15:278.
- Vırt O, Akbaş E, Savaş HA, Sertbaş G, Kandemir H. Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi. *Noropsikiyatri Arşivi*. 2008; 45: 9-13.
- Yeşilçiçek Çalık, Aktaş S. Gebelikte Depresyon: sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011; 3(1): 142-162.
- Yıldız H. Gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirme ölçeği geliştirme çalışması. *Maltepe Üniversitesi. Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2011; 4(1): 64-74.
- Yılmaz SD, Beji NK. Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Genel Tıp Derg*. 2010; 20(3): 99-108.
- Yücel P, Çayır Y, Yücel M. Birinci trimester gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*. 2013;16: 83-87.
- Zaksek TS. Sexual activity during pregnancy in childbirth and after childbirth. *Sexology in Midwifery*. 2015, Chapter 5. <http://cdn.intechopen.com/pdfs-wm/48023.pdf> (22 Aralık 2015).
- Waldie KE, Peterson E, D'Souza S, Underwood LE, Pryor J, Carr PA, Grant C, Morton S. Depression symptoms during pregnancy: evidence from growing up in New Zealand. *Journal of Affective Disorders*. 2015; 186: 66-73.

WHO Depression A global public health concern. 2012
http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf (10 Aralık 2015).

World Health Organization 2008, The global burden of disease 2004 update.
http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBDreport_2004update_full.pdf (09 Aralık 2015).

Xie RH, He G, Koszycki D, Walker M, Wen SW. Prenatal social support, postnatal social support, and postpartum depression. *Ann Epidemiol.* 2009; 19:637-643.



8. EKLER

EK-A: GEBELERİN TANITICI ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ ANKET

FORMU

Gebelerin Psikososyal Sağlık Durumlarının Depresyon Riski ile İlişisini değerlendirmek amacı ile yapılan bu anketi içtenlikle doldurmanızı rica ediyorum. Verdiğiniz bilgiler sadece bu çalışma için kullanılacak ve size ait bilgiler başka kişilerle kesinlikle paylaşılmayacaktır. Araştırmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan kendi isteğinizle ayrılma hakkınız bulunmaktadır. Vereceğiniz bilgilerin sağlıklı toplumların oluşturulmasında önemli olduğunu hatırlatır vereceğiniz katkılar için teşekkür ederim.

Yeşim ANIK

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Yaşınız:.....
2. Eğitim Durumunuz: Okur-yazar/İlköğretim() Lise () Üniversite ve üzeri()
3. Çalışma Durumunuz: Çalışıyor() Çalışmıyor()
4. Evlenme Yaşınız:
5. Evlilik Süreniz:.....
6. Eşinizin yaşı:.....
7. Eşinizin Eğitim Durumu: Okur-yazar/İlköğretim() Lise() Üniversite ve üzeri()
8. Eşinizin Çalışma Durumu: Çalışıyor() Çalışmıyor()
9. Ailenizin aylık gelir miktarı:.....TL
10. Gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz: İyi() Orta/Kötü()
11. Nasıl bir aile tipine sahipsiniz? Çekirdek aile() Geniş aile() Diğer.....(yazınız)

OBSTETRİK ÖZELLİKLER

12. Şu anki gebelik haftanız:.....

13. Gebelik sayısını:.....

14. Daha önce doğum yaptınız mı? Evet() Hayır()

15. Düşük öykünüz var mı? Evet() Hayır()

16. Kürtaj öykünüz var mı? Evet() Hayır()

17. Bebeğinizin cinsiyeti nedir? Kız() Erkek() Bilmiyorum()

18. İstenen bebek cinsiyeti? Kız() Erkek() Farketmez()

19. Gebelik kontrollerine düzenli gidiyor musunuz? Evet() Hayır()

20. Şu ana kadar kaç kere kontrole geldiniz?.....

21. Gebelik süresince ihtiyaç duyduğunuzda yardım/destek aldınız mı?

Evet() Hayır ()

EK-B: GEBELİKTE PSİKOSOSYAL SAĞLIĞI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (GPSDÖ)

Bir bebeğe sahip olmak sizin ve ailenizin yaşamında genellikle önemli bir süreçtir ve bu süreç geçmişten bu güne kadar olan yaşamsal deneyimlerinizden ve şu anda var olan mevcut durumunuzdan etkilenecektir. Gebelik süreci ve buna bağlı değişikliklerden etkilenme düzeyi kadının kendi, eşi ya da ailesel faktörlerden dolayı bireysel farklılıklar gösterecektir.

Bu form gebe kadınların duygu ve düşüncelerini ifade edebilmelerine olanak sağlayarak içinde bulunduğu durumu ortaya koymak amacıyla geliştirilmiştir. Aşağıdaki soruları içinde bulunduğunuz bu süreçteki genel durumunuza, duygu, düşünce ve hissettiklerinize göre size en uygun olacak şekilde ve doğru olarak cevaplayınız. Yanıtlarınız gizli tutulacak olup, bilimsel amaçlı ve size destek sağlamak üzere sadece araştırmacı tarafından kullanılacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Aşağıdaki maddeler “çok fazla”dan “hiç” ifadesine kadar derecelendirilmiştir. Lütfen her bir maddede sizin duygu, düşünce ve genel durumunuzu en iyi-en uygun olarak tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz

	Çok fazla	Fazla	Orta	Az	Hiç
1. Gebeliğinizin planlı/istenen bir gebelik olduğuna ilişkin inancınız					
2. Gebe olduğunuzu öğrendiğinizdeki mutluluk düzeyiniz					
3. Gebeliğinize ilişkin şu andaki mutluluk düzeyiniz					
4. Gebeliğinizde yaşadığımız sorun/sıkıntılarınız					
5. Eşinizin gebeliğinizle ilgili mutluluk düzeyi					
6. Eşinizin gebeliğinizde size gösterdiği ilgi					
7. Ailelerinizin gebeliğinize yönelik davranışlarının sizi olumsuz etkilemesi					
8. Gebeliğinizde eşinizin sizi her yönden desteklediği/ destekleyeceği inancınız					

9. Gebeliğinizde duygusal destek ihtiyacınız					
10. Gebeliğinize yönelik endişe/ stres düzeyiniz					
11. Anne olmaya yönelik endişe/ stres düzeyiniz					
12. Gebeliğinize ya da anne olmanıza yönelik korku/panik duygusu					
13. Gebeliğinizden dolayı yaşamınızdaki değişim düzeyi					
14. Gebeliğinizden dolayı yaşamınızdaki yaptığınız değişikliklerden olumsuz etkilenme düzeyiniz					
15. Gebeliğinizde vücudunuzda oluşan değişikliklerin sizde yarattığı stres/kaygı düzeyi					
16. Doğumdan sonra bebeğinizin bakımında alabileceğiniz destek düzeyi					
17. Doğumdan sonra kendi bakım ve ihtiyaçlarınızda alabileceğiniz destek düzeyi					
18. Evlilik ilişkinizde kendinizi mutlu hissetme düzeyiniz					
19. Bebeğin doğumuyla birlikte evlilik ilişkinizin daha iyi olacağına inancınız					
20. Eşinizin size değer vermesi/ saygı göstermesi					
21. Evliliğinizin devamına ilişkin kaygı/korku düzeyiniz					
22. Eşinizden çekinme, korkma düzeyiniz					
23. Eşinizden fiziksel şiddet (itme, vurma vb.) görme					
24. Eşinizden sözel, psikolojik şiddet (aşağılama, hakaret, küçük düşürme vb.) görme					
25. Eşinizden cinsel şiddet (zorla cinsel ilişki, zarar verme vb) görme					
26. Eşinizin aile, akraba, arkadaş vb. ile görüşmelerinizi kısıtlaması					
27. Eşinizin sizi rahatsız eden/kaygılandıran zararlı alışkanlıkları (sigara, alkol, kumar vb)					
28. Şu anda yaşamınızdaki stres, sıkıntı düzeyi					
29. Şu anda maddi/ekonomik sorun yaşama durumunuz					

30. Gebelik öncesi veya şu anda tedavi gerektirecek düzeyde yaşadığımız psikolojik (ruhsal) sorunlar					
31. Kendi ailenizle ilişkilerinizin iyi olma düzeyi					
32. Eşinizin ailesiyle ilişkilerinizin iyi olma düzeyi					
33. Aileniz tarafından sevildiğiniz inancı					
34. Eşiniz tarafında sevildiğiniz inancı					
35. Ailenizin size her konuda destek olduğu/ olacağı düşüncesi					
36. Çocuğunuza iyi bir bakım verebilme kaygısı					
37. Çocuğunuza iyi bir gelecek sağlama kaygısı					
38. Eşinizin iyi bir baba (ilgili, sorumluluk sahibi vb.) olacağına yönelik kaygınız					
39. Doğumdan sonra sosyal yaşantınızın olumsuz etkileneceği endişesi					
40. Her şeyin kötü gittiği/gideceği düşüncesi (inancı)					
41. Nedenini bilemediğiniz sıkıntı, endişe, üzüntü, mutsuzluk hissi					
42. Gebeliğinizde rahat ve güvende olma hissiniz					
43. Gebeliğinizde sorunlarla baş etme yolu olarak sigara, alkol vb madde kullanmanız					
44. Gebeliğiniz nedeniyle iş yaşamınızda olumsuz değişikliklerin (<i>işinizi ya da işinizdeki statüyü kaybetme vb</i>) olduğuna/ olacağına ilişkin endişeniz					
45. Eşinizin iş değiştirme, bırakma ya da iş kaybı yaşamasına yönelik endişeniz					
46. Gebeliğiniz nedeniyle sosyal yaşamınızın (arkadaşlık, eğlence, gezi, tatil vb.) olumsuz etkileneceği/ etkilendiği inancınız					

EK-C: EDİNBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ (EDSDÖ)

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

1. Gülebiliyor ve olayların komik taraflarını görebiliyorum

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

2. Geleceğe hevesle bakıyorum

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

3. Birşeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

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

4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum

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

5. İyi bir neden olmadığı halde korkuyor ya da panikliyorum

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

6. Herşey giderek sırtıma yükleniyor.

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

7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum

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

8. Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum

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

9. Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum

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

10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

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

**EK-D: NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI**

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Toplantı Sayısı:27

Toplantı Tarihi: 19.02.2016

Karar Sayısı:2016/466:N. E. Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Emel EGE' nin "**Gebelerin Psikososyal Sağlık Durumlarının Depresyon Riski İle İlişkisi**" başlıklı yüksek lisans tez çalışması ile ilgili 14.02.2016 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü, Arş. Gör. Yeşim ANIK' ın yüksek lisans tez çalışmasının N. E. Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Emel EGE' nin sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.



Sorumlu Araştırmacı: Prof. Dr. Emel EGE

Yardımcı Araştırmacı: Arş. Gör. Yeşim ANIK

ASLI GİBİDİR
19.02.2016

Prof. Dr. Saim AÇIKGÖZÜĞLÜ
İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

**EK-E: NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ
HASTANESİ KURUM İZİNİ**

**T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
Meram Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı**

Sayı : 33101875/010.99/72 Tarih :21/03/2016
Konu : Yüksek Lisans Tez Çalışması Hak.

BAŞHEKİMLİK MAKAMINA

İlgi: 25.2.2016 Tarih ve 5487 sayılı yazıya ilgi.
Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Prof.Dr.Emel EGE'nin " Gebelerin Psikososyal Sağlık Durumlarının Depresyon Riski İle İlişkisi" konulu Yüksek Lisans Tez Çalışmasını Gebe Polikliniğinde yapması Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı akademik kurulunda uygun görülmüştür.
Gereği bilgilerinize arz olunur.

Prof.Dr.Hüseyin GÖRKEMLİ
Kadın Hast.ve Doğum Anabilim Dalı Başkanı

Ek: 1 Liste

Adres:Necmettin Erbakan .Ü. Meram Tıp Fakültesi Dekanlığı 42080 –Meram KONYA
Tel: (0332) 223 65 00 Faks: (0332) 223 61 81
Bilgi İçin : Kadın Hast.ve Doğum Sekreterliği Tel : (0332) 2236415

EK-F: GEBELİKTE PSİKOSOSYAL SAĞLIĞI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ İZİN BELGESİ

2016-02-05 16:14, Yeşim Anık yazmış:

Sayın Hatice YILDIZ Hocam,

Ben Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde Araştırma Görevlisi olarak görev yapmaktayım. Yüksek lisans tezim olarak "Gebelikte Psikososyal Sağlık ve Depresyon İlişkisi" adlı konuyu planlamaktayım. Araştırmamda sizin geçerlik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz "Gebelikte Psikososyal Sağlık Değerlendirme Ölçeği" ni izniniz olursa kullanmak istiyorum. Şimdiden teşekkür ediyorum. İyi çalışmalar.

Arş. Gör. Yeşim ANIK

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Anabilim Dalı

Sayın Yeşim Yanık,

Geliştirmiş olduğum Gebelikte Psikososyal Sağlık Değerlendirme Ölçeğini Yüksek Lisans tez çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeği ekte gönderiyorum. Sonuçlarınızı paylaşırsanız sevinirim.

Sevgilerimle,

--

Assoc. Prof. Hatice YILDIZ
Marmara University, Faculty of Health sciences,
Nursing Department, Division of Obstetrics and Gynecology Nursing
Istanbul - Turkey

9. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER
Adı Soyadı: Yeşim ANIK Doğum tarihi: 07.02.1989 Doğum yeri: Siirt/Merkez Medeni hali: Bekar Uyruğu: T.C. Adres: Büyük İhsaniye Mah. Kazım Karabekir Cad. No:82 Selçuklu/KONYA Tel: 03323204049 Faks: 03323204059 E-mail: yesimanik@windowslive.com
EĞİTİM
Lise: Selçuklu Gazi Lisesi (2006) Lisans: Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü (2010) Yükseklisans: Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı (2014-2017)
MESLEKİ DENEYİM
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi (2010-2011) Konya Meram Eğitim ve Araştırma Hastanesi (2011-2014) Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fak. (Araş. Gör. 2014 - Halen)
YABANCI DİL BİLGİSİ: İngilizce-Orta derecede (YDS 70, Eylül 2014)
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR
Türk Hemşireler Derneği, 2013 Kadın Sağlığı Hemşireliği Derneği, 2016