



**T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
DOĞUM VE KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI**

**GEBELERDE ANKSİYETE VE DEPRESYON SIKLIĞI VE
YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TUĞBA ONRAT

DANIŞMAN

PROF. DR. FATMA DENİZ SAYINER

2018



**T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
DOĞUM VE KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI**

**GEBELERDE ANKSİYETE VE DEPRESYON SIKLIĞI VE
YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TUĞBA ONRAT

DANIŞMAN

PROF. DR. FATMA DENİZ SAYINER

KABUL VE ONAY SAYFASI

Tuğba ONRAT'ın Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı "**Gebelerde Anksiyete ve Depresyon Sıklığı ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi**" başlıklı bu çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddesi uyarınca değerlendirilerek "**KABUL**" edilmiştir.

21.. / 3. / 2018

Üye: Prof. Dr. Fatma Deniz SAYINER (Danışman)



Üye: Doç. Dr. Elif GÜRSOY



Üye: Yard. Doç. Dr. Sevil FAHİN



Üye:

Üye:

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 30.03.2018 tarih ve 1165/531 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

(Ünvan ve İsim) Enstitü Müdürü



Prof. Dr. Hasan Veysi GÜNEŞ
Enstitü Müdürü

ÖZET

Gebelerde Anksiyete ve Depresyon Sıklığı ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi

Amaç: Bu çalışmada, gebelikte anksiyete ve depresyon görülme sıklığı ve anksiyete ve depresyonun yaşam kalitesi ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod: Araştırma, 1 Haziran 2010 - 1 Ekim 2010 tarihleri arasında Evliya Çelebi Devlet Hastanesine başvuran, çalışmaya gönüllü 550 gebe ile gerçekleştirilmiştir. Veri toplama aracı olarak; Anket Formu, Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Elde edilen veriler, SPSS (versiyon 23.0) istatistik paket programında değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmamızda gebelerin yaş ortalamasının 26.74 ± 4.91 yıl olduğu, %18.7'sinin üniversite mezunu olduğu, %76.91'inin herhangi bir işte çalışmadığı, %17.8'inin geniş ailede yaşadığı saptanmıştır. Gebelerin %60.5'inin 3.trimesterde olduğu, %63.3'ünün hiç doğum yapmadığı, %3.6'sında ölü doğum öyküsü olduğu, %5.8'inde geçmişte depresyon öyküsü olduğu ve %10'unun ailesinde depresyon öyküsü olduğu bulunmuştur. Gebelerin BAÖ toplam puan ortalaması 13.52 ± 8.65 ve BDÖ toplam puan ortalaması 9.78 ± 7.77 olup anksiyete toplam puan ortalaması arttıkça depresyon toplam puan ortalamasının da arttığı görülmüştür ($p < 0.001$). Üniversite mezunu olan, çalışan ve eşleri üniversite mezunu olan gebelerin BDÖ ve BAÖ medyan puanları daha düşük bulunmuştur ($p < 0.05$). Geçmişte depresyon öyküsü olan, ailesinde depresyon öyküsü olan, son 1 yılda üzücü bir olay yaşayan ve bebek bakımı ile ilgili endişesi olan gebelerin BDÖ ve BAÖ medyan değerleri daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Çalışmamızda gebelerin BDÖ ve BAÖ puanları arttıkça SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği tüm alt boyut puanlarının da anlamlı bir şekilde düştüğü görülmüştür ($p < 0.001$).

Sonuç: Araştırmamızda, gebelerin anksiyete puanları arttıkça depresyon puanlarının arttığı bulunmuştur. Ayrıca gebelerin anksiyete ve depresyon puanları artarken yaşam kalitesinin düştüğü saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, gebelikte depresyon, gebelikte anksiyete, yaşam kalitesi

SUMMARY

The Examination of Anxiety and Depression Frequency and Their Effect on Quality of Life on the Pregnant Women

Aim: In this study, it was aimed to investigate the frequency of anxiety and depression in pregnancy and the relationship between anxiety and depression with quality of life.

Material and Method: The study was conducted between 1 June 2010 - 1 October 2010 with 550 pregnant women who applied to Evliya Çelebi State Hospital and volunteered to work. As a data collection tool; Questionnaire Form, Beck Anxiety Inventory (BAI), Beck Depression Inventory (BDI) and SF-36 Quality of Life Scale were used. The data was collected by the researcher using face-to-face interview method. The obtained data was evaluated in SPSS (version 23.0) statistical package program.

Results: In our study, we found that the average age of the pregnant women was 26.74 ± 4.91 years, 18.7% were university graduates, 76.91% hadn't any job, and 17.8% had living in a large family. It was found that 60.5% of the pregnant women were in the third trimester, 63.3% had no births, 3.6% had stillbirths, 5.8% had depression history, and 10% had family depression history. The average scores of BAI total scores were 13.52 ± 8.65 and the total score of BDI was 9.78 ± 7.77 . As the average score of the anxiety increased, the mean depression total score increased ($p < 0.001$). The median values of BDI and BAI were found to be lower in the pregnant women who graduated from university, had working during pregnancy and pregnant women whose husbands graduated from university ($p < 0.05$). The median values of BDI and BAI were higher in pregnant women who had depression history in the past, had family history of depression, had a sad event in last one year and have worries about baby care ($p < 0.05$). In our study, we find that as the BDI and BAI scores of pregnant women increased, scores of all subscales of the SF-36 Quality of Life Scale decreased significantly ($p < 0.001$).

Conclusion: In our study, as the pregnant women's anxiety scores increased, depression scores were found to increase. In addition, while anxiety and depression scores increased, quality of life decreased.

Keywords: Pregnancy, depression in pregnancy, anxiety in pregnancy, quality of life.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iii
SUMMARY	iv
TABLolar DİZİNİ	vii
KISALTMALAR	viii
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1.Gebeliğe Uyum Süreci	4
2.1.1.Gebelikte Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler	4
2.1.1.1.Birinci Trimesterde Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler	5
2.1.1.2.İkinci Trimesterde Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler..	5
2.1.1.3.Üçüncü Trimesterde Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler	5
2.1.2.Gebelikte Meydana Gelen Psikolojik Değişiklikler	6
2.1.2.1.Birinci Trimesterde Meydana Gelen Psikolojik Değişiklikler	7
2.1.2.2.İkinci Trimesterde Meydana Gelen Psikolojik Değişiklikler .	7
2.1.2.3.Üçüncü Trimesterde Meydana Gelen Psikolojik Değişiklikler	7
2.2.Depresyon	8
2.3.Gebelikte Depresyon.....	10
2.3.1.Gebelikte Depresyon Prevalansı.....	11
2.3.2.Gebelikte Depresyon İçin Risk Faktörleri	12
2.3.3.Gebelikte Depresyonun Belirtileri	14
2.3.4.Gebelikte Depresyonun Olumsuz Sonuçları	14
2.3.5.Gebelikte Depresyonun Tedavisi	16
2.3.5.1.Psikoterapi	16
2.3.5.2.Farmakolojik Tedavi	17
2.3.5.3.Nonfarmakolojik Tedavi	18
2.4.Anksiyete	19
2.5.Gebelikte Anksiyete	20
2.5.1.Gebelikte Anksiyete Prevalansı	21
2.5.2.Gebelikte Anksiyete İçin Risk Faktörleri	22
2.5.3.Gebelikte Anksiyetenin Belirtileri	22
2.5.4.Gebelikte Anksiyetenin Olumsuz Sonuçları	22
2.5.5.Gebelikte Anksiyete Tedavisi	24
2.5.5.1.Psikolojik Tedavi	24
2.5.5.2.Farmakolojik Tedavi	25
2.5.5.2.1.Anksiyolitikler (Benzodiazepinler)	25
2.5.5.2.2.Antidepresanlar	25
2.5.5.2.3.Antipsikotikler	25
2.6.Yaşam Kalitesi	26
2.6.1.Gebelik ve Yaşam Kalitesi	27
2.7.Gebelik Anksiyete ve Depresyonunda Hemşirelerin Rolü	29
3.GEREÇ VE YÖNTEM	31
3.1.Araştırmanın Şekli	31
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	31

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	31
3.3.1.Araştırmanın Evreni	31
3.3.2.Araştırmanın Örneklemi	31
3.4.Verilerin Toplanması	32
3.4.1.Verilerin Toplanmasında Kullanılan Araçlar	32
3.4.1.1.Anket Formu	32
3.4.1.2.Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	33
3.4.1.3.Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)	33
3.4.1.4.SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	34
3.4.2.Verileri Toplama Formlarının Uygulanması	34
3.5.Verilerin Değerlendirilmesi	34
3.6.Araştırmanın Etik Yönü	35
4.BULGULAR	36
5.TARTIŞMA	50
6.SONUÇ ve ÖNERİLER	71
6.1.Sonuçlar	71
6.2.Öneriler	74
7.KAYNAKLAR	76
8.EKLER	94
EK-1:Anket Formu	94
EK-2:Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	96
EK-3:Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)	99
EK-4:SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	100
EK-5:Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Kararı ..	102
EK-6:Kütahya Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Yasal İzin Belgesi	105
EK-7:Aydınlatılmış Onam Formu	108
9.ÖZGEÇMİŞ	109

TABLolar DİZİNİ

Tablo 4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	36
Tablo 4.2. Gebelerin Eşlerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	37
Tablo 4.3. Gebelerin Genel Sağlık Durumu ve Alışkanlıklarına Göre Dağılımı	37
Tablo 4.4. Gebelerin Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklere Göre Dağılımı	38
Tablo 4.5. Gebelerin Psikososyal Faktörlere Göre Dağılımı	39
Tablo 4.6. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin BDÖ ve BAÖ Medyan Değerlerine Göre Dağılımı	40
Tablo 4.7. Gebelerin Eşlerinin Sosyo-Demografik Özelliklerinin BDÖ ve BAÖ Medyan Değerlerine Göre Dağılımı	41
Tablo 4.8. Gebelerin Genel Sağlık Durumu ve Alışkanlıklarının BDÖ ve BAÖ Medyan Değerlerine Göre Dağılımı	42
Tablo 4.9. Gebelerin Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerinin BDÖ ve BAÖ Medyan Değerlerine Göre Dağılımı	43
Tablo 4.10. Gebelerin Psikososyal Özelliklerinin BDÖ ve BAÖ Medyan Değerlerine Göre Dağılımı	46
Tablo 4.11. Gebelerin Anksiyete Belirtilerinin Derecesine Göre Dağılımı	48
Tablo 4.12. Gebelerin Depresyon Belirtilerinin Derecesine Göre Dağılımı	48
Tablo 4.13. BDÖ'nde Kesme Puanı 17 Alındığında Gebelerde Depresyon Yaygınlığı	48
Tablo 4.14. Gebelerin BDÖ Puanları ile BAÖ Puanları Arasındaki Korelasyon	49
Tablo 4.15. Gebelerin Yaşam Kalitesi Alt Ölçeklerinin BDÖ ve BAÖ Puanlarına Göre Dağılımı	49

KISALTMALAR DİZİNİ

ACOG: American Congress of Obstetricians and Gynecologists

BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

DASS-21: Depresyon Anksiyete Stres Skalası

DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EKT: Elektrokonvülsif Tedavi

FDA: Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi

HCG: Human Koryonik Gonadotropin

NİCE: İngiltere Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü

N: Sayı

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

SS: Standart Sapma

SİYK: Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi

SSRI: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri

SNRI: Seçici Serotonin ve Norepinefrin Geri Alım İnhibitörleri

WHO: World Health Organisation

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Gebelik bir kadının hayatı boyunca deneyimleyebileceği en özel durumlardan biri olup anneliğe geçiş fizyolojik, psikolojik ve sosyal alanlarda değişikliklerin yaşandığı ve pek çok psikososyal faktörün birbirleriyle etkileşim halinde olduğu karmaşık bir süreçtir. Bu süreçte meydana gelen gebeliğe özgü fizyolojik ve hormonal değişiklikler psikolojik değişikliklerin kaynağını oluşturmaktadır (Couto vd., 2009; Coll vd., 2017; Meireles, Neves, Carvalho & Ferreira, 2017). Birçok kadın gebelikten kaynaklı bu değişimlere kolaylıkla uyum sağlarken, bazı kadınlarda hafif, orta veya şiddetli düzeylerde ruhsal sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Bu sorunların başında da depresyon ve anksiyete bozuklukları gelmektedir (Üst, Pasinlioğlu, & Özkan, 2013). Önceki düşüncelerin aksine, depresyon ve anksiyete bozuklukları postpartum döneme kıyasla gebelikte daha yaygın görülmektedir (Zeng, Cui & Li, 2015).

Gebelikte annenin ruhsal sağlığını bozan pek çok etken vardır. Bunlar; daha önce geçirilmiş depresyon öyküsü, ailede depresyon öyküsü, istenmeyen gebelik, düşük ve küretaj öyküsü, ölü doğum öyküsü, düşük sosyo-ekonomik düzey, fetüs ile ilgili kaygı, yüksek ebeveynlik stresi ve olumsuz yaşam deneyimleri şeklinde sıralanabilir (Virit, Akbaş, Savaş, Sertbaş & Kandemir, 2008; Harrison & Sidebottom, 2008; Akbaş, Virit, Kalenderoğlu, Savaş & Sertbaş, 2008; Arslan, 2010; Osman, Hagar, Osman & Suliman, 2015). Bu etkenlere ek olarak bazı kaynaklarda, düşük özsaygı, sürekli olumsuz yönde düşünme eğilimi, gebelik döneminde sosyal ve duygusal destek yetersizliğinin de etkili olduğu belirtilmektedir (Kuğu & Akyüz, 2001; Reid, Power & Cheshire, 2009). Aile içi şiddet, gebelikte sigara tüketimi veya alkol, uyuşturucu madde kullanımı gibi değişkenlerin de gebelikte ruh sağlığını bozduğu bilinmektedir (Harrison & Sidebottom, 2008; Karmaliani vd., 2009; Arslan, 2010; Howard, Oram, Galley, Trevillion, & Feder, 2013).

Gebelik sürecinde annenin psikolojik iyilik hali, annenin yanı sıra çocuğu için de çok önemlidir. Anne psikolojisinin fetüs üzerindeki etkisi, gebe kaldığı ilk andan itibaren başlar ve gebelikte yaşanan ruhsal hastalıklar hem annenin hem de bebeğin sağlığını birçok yönden olumsuz etkiler (Özorhan, Ejder & Şahin, 2014; Hiremath, 2016). Gebelikte görülen depresyon ve anksiyetenin maternal mortalite ve morbidite oranlarında artışa neden olduğu, gebelik ve doğum komplikasyonlarını arttırdığı, yenidoğanın sağlığını olumsuz etkilediği, anne-bebek arasındaki ilişki kalitesini düşürerek ebeveynliğe uyumu azalttığı ve bu bozuklukların postpartum dönemde de artan oranlarla devam ettiği belirtilmektedir (Çakır & Aktaş, 2011; Anniverno, Bramante, Mencacci & Durbano, 2013).

Depresyon, gebelik döneminde ve doğum sonu dönemde en yaygın görülen psikolojik problem olup yaygınlık, kronikleşme ve tekrarlama oranının yüksek olması ayrıca iş gücü kaybını ve intihar riskini arttırması

gibi nedenlerden dolayı bireysel ve toplumsal açıdan da önemli bir sağlık sorunudur (Luke vd., 2009; Howard vd., 2014). Sistematik bir derleme çalışmasında, düşük gelirli ve orta gelirli ülkelerde antenatal depresyon oranlarının % 20 veya daha yüksek oranlarda olduğu ancak bu ülkelerde gelişmiş ülkelere kıyasla bu konuda daha az araştırma yapıldığı bildirilmiştir (Biaggi vd., 2016). Yüksek gelirli ülkelerde yapılan çalışmalarda antenatal depresyon yaygınlığının % 7 ila % 20 arasında değiştiği ve bu oranların postpartum dönemle benzer ya da postpartum dönemden daha yüksek olduğu görülmüştür (Marcus vd.,2003; Andersson vd.,2004; Heron et al., 2004; Bennet Lee vd.,2007; Howard vd., 2014). Yapılan çalışmalarda antenatal depresyon oranı İsveç'te %11.6 (Andersson vd., 2004), Brezilya'da %16 (Coll vd., 2017), Amerika'da %20 (Marcus vd., 2003) ve Çin'de %28.5 (Zeng vd., 2015) bulunmuştur. ABD'de yapılan bir çalışmada antenatal depresyonun %33'ünün gebelikte başladığı bildirilmiştir (Wisner vd., 2013).

Son birkaç on yılda anksiyete bozukluklarının da postpartum döneme kıyasla antenatal dönemde daha yaygın olabileceği üzerinde durulmaktadır (Marchesi, Ossola, Amerio, Daniel, Tonna & DePanfilis, 2016). Yapılan çalışmalarda antenatal anksiyete oranları İngiltere'de %21 (Heron vd, 2004), İsveç'te %18.4 (Andersson vd., 2006), İskoçya'da %24.5 (Reid vd., 2009) ve Hong Kong'da %54 (Lee vd., 2007) bulunmuştur. Sistematik bir derlemede gebe kadınlarda anksiyete oranlarının % 4–39 civarında görüldüğü ve diğer psikiyatrik bozukluklarla birlikte bulunduğu görülme oranlarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Marchesi vd., 2016). Gebelik sırasında anksiyete bozukluğu olan anneler, postpartum dönemde ruhsal hastalıklar açısından yüksek risk altındadırlar ve antenatal anksiyete bozukluğu yenidoğan üzerinde de düşük doğum ağırlığı ve prematür doğum gibi olumsuz etkilere sebep olabilmektedir (Coleman, Carter, Morgan & Schulkin, 2008; Diego, Field, Hernandez-Reif, Schanberg, Kuhn & Gonzalez-Quintero, 2009).

Yaşam kalitesi kişinin yaşadığı kültür ve değerler çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanır (Başaran, Güzel & Sarpel, 2005).

Gebelik, yaşamın önemli bir parçası ve aynı zamanda kadın ile ailesi açısından önemli bir yaşam deneyimidir. Sosyal ilişkilerde ve aile üyelerinin rollerinde değişiklikler yaratan gebelik döneminde meydana gelen fizyolojik ve psikososyal değişiklikler gebelerin ruhsal sağlıklarını etkilerken yaşam kalitelerini de etkilemektedir (Kılıçarslan, 2008; Şahin & Kılıçarslan, 2010).

Yaşam kalitesinin psikolojik belirleyicilerini saptamak amacıyla yapılan bir çalışmada stres, depresyon ve anksiyetenin yaşam kalitesini olumsuz

yönde etkilediği bulunmuştur (Abbey & Andrews, 1985). Gebelerde trimesterler arası depresyon, anksiyete, diğer ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi düzeylerini araştıran bir çalışmada da gebelerin depresyon ve anksiyete düzeyleri arttıkça yaşam kalitelerinin düştüğü görülmüştür (Karataylı, 2007).

Sağlık hizmeti sunanlar genellikle gebeliğin fiziksel sağlık yönlerine odaklanmaktadır ve gebeliğin fizyolojik bulguları depresyon ve anksiyete belirtileri ile karıştırılabildiğinden gebelikte depresyon ve anksiyete tanısı koymak güçleşmektedir (Zeng vd., 2015). Dolayısıyla gebelikte depresyon ve anksiyetenin tedavisi aksamakta, bu da anne açısından gebelik döneminin, mutsuz, keyifsiz, uyku ve iştah bozukluklarıyla geçirilmesine buna bağlı olarak da fetüsün hem bedensel hem de ruhsal gelişiminin kötü etkilenmesine, gebenin annelik rolüne iyi hazırlanamamasına, yaşam kalitesinin düşmesine ve aile içi çatışmalara neden olabilmektedir (Karataylı, 2007; Howard vd., 2014).

Hemşireler, gebelik anksiyete ve depresyonunu tanılamada, anksiyete ve depresyon ile baş etmede, gebeler ile iletişim kurmada ve onlara destek olmada yardımcı olabilecek anahtar kişilerdir. Antenatal dönemde fiziksel değerlendirmenin yanı sıra psikososyal açıdan da gebelerin değerlendirilmesi, ayrıntılı öykü alınarak gebelikte anksiyete ve depresyon açısından risk altındaki gebelerin belirlenmesi, erken dönemde tedavilerinin sağlanması ve gebelerin genel sağlıklarıyla ilgili koruyucu davranışlar kazanarak sağlıklı bir hayat sürdürebilmeleri konusunda hemşirelere görevler düşmektedir.

Antenatal anksiyete ve depresyon ile ilgili yapılan çalışmalara kıyasla bu dönemde görülebilen anksiyete ve depresyonun yaşam kalitesine etkisini araştıran çalışma sayısı daha azdır. Bu çalışmanın yapılmasındaki amaç, antenatal dönemden ziyade postpartum dönemdeki psikolojik değişikliklere yönelik sağlık profesyonellerinin dikkatlerini bu konuya daha fazla çekebilmek ve gebelikte ortaya çıkabilecek anksiyete ve depresyon prevalansını belirleyerek aralarındaki ilişkiyi ve antenatal dönemde görülen depresyon ve anksiyetenin yaşam kalitesine etkisini ortaya koymaktır.

Araştırma soruları:

- Gebelikte anksiyete ve depresyon görülme oranları yüksek midir?
- Parite gebelikte depresyon ve anksiyete gelişimini etkiler mi?
- Sosyal destek ile anksiyete ve depresyon arasında ilişki var mıdır?
- Gebelikte şiddet anksiyete ve depresyon için bir risk faktörü müdür?
- Anksiyete ve depresyon varlığı gebelikte yaşam kalitesini nasıl etkiler?

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Gebeliğe Uyum Süreci

Kadının en önemli rollerinden biri anne olmaktır (Şahin & Kılıçarslan, 2010). Anne adayının gebeliğini ve gelecekteki annelik rolünü benimsemesi gerekir. Bu benimsemeyi kadının inanç ve tutumları, görev sorumluluk anlayışı, ilişkileri ve davranışları etkiler (Gözüyeşil, Şirin & Çetinkaya, 2003).

Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem, kadınlarda fizyolojik, duygusal ve sosyal değişiklikler yaratan kritik süreçler olmasının yanında üretken çağdaki kadınlar arasında yaygın görülen doğal yaşam olaylarıdır (Sevil, Saruhan, Ertem & Kavlak, 2004; Kivlighan, DiPietro, Costigan & Laudenslager, 2008; Marakoğlu, & Şahsıvar, 2008). Gebelik, doğal bir yaşam olayı olmasının yanında bu süreçte meydana gelen fiziksel ve psikolojik değişimlere uyumu gerektiren önemli bir dönemdir (Kitapçioğlu, Yanikkerem, Sevil & Yüksel, 2008; Couto vd., 2009; Özorhan vd., 2014).

2.1.1.Gebelikte meydana gelen fizyolojik değişiklikler

Gebelik son menstruasyonun ilk gününden itibaren yaklaşık 280 gün veya 40 hafta süren bir süreçtir (Fenkçi, 2004). Normal bir gebelik fertilizasyondan doğuma kadar antenatal komplikasyon veya herhangi bir rahatsızlık olmadan, canlı bir fetüsün doğumuyla sonuçlanan fizyolojik bir olaydır (Taşkın, 2011). Gebelik süreci her biri üçer aydan oluşan ve trimester adı verilen üç ayrı bölüme ayrılır (Şirin, 2008). İlk trimester 0-12 haftalar arasını, ikinci trimester 13-28 haftalar arasını ve üçüncü trimester ise 29-40 haftalar arasını kapsar (Şirin, 2008; Taşkın, 2011).

Gebelik sırasında, annede, gelişmekte olan fetüsü beslemek, barındırmak ve anneyi doğum sancılarına ve doğuma hazırlamak için önemli anatomik ve fizyolojik değişiklikler meydana gelir. Bu değişiklikler, gebe kalındığı andan itibaren başlar ve vücudun her organ sistemini etkiler ancak kolay gebelik yaşayan çoğu kadında, bu değişiklikler gebelik sonrasında minimal etkiler bırakarak düzelir (Arslan, Arslan, Kara, Öngel & Mungan, 2011; Soma-Pillay, Nelson-Piercy, Tolppanen & Mebazaa, 2016).

Sağlıklı bir bebeğe sahip olmak için sağlıklı bir gebelik süreci geçirmek önemlidir. Gebeler başta endokrin sistemde olmak üzere pek çok sistemde gebelik dönemi boyunca bazı fizyolojik ve psikolojik değişikliklere maruz kalmaktadır (Babadağlı, 2008).

Gebeliğin fizyolojik değişiklikleri ürogenital sistemde (uterusta, overlerde, vajına ve vulvada), memelerde, kas iskelet sisteminde, deride, kardiovasküler sistemde, solunum sisteminde, gastrointestinal sistemde,

merkezi sinir sisteminde, metabolik ve endokrin sistemde görülür (Fenkçi, 2004; Şirin, 2008).

2.1.1.1. Birinci trimesterde meydana gelen fizyolojik değişiklikler

Birinci trimesterde anatomik değişikliklerden çok fizyolojik değişiklikler daha ön plandadır. Bu dönemde anne vücudunda meydana gelen fizyolojik değişiklikler ve gebelikten kaynaklanan yakınmalar, bazı hormonların düzeyindeki değişiklikler ile ilişkilidir (Gündoğdu, 2013).

Bu trimesterde en sık görülen şikayetler bulantı-kusma, iştahta artma veya azalma, aşırma, sık idrara çıkma, göğüslerde ağrı ve hassasiyet, çok uyuma veya uykusuzluk ve yorgunluktur (Gary, Norman & Konneth, 2001; Andersson vd., 2004).

Gebeliğin 1.trimesterinde ortaya çıkan ve yaygın olarak görülen bulantı-kusma sıklıkla 6-12 hafta içerisinde kendiliğinden geçmektedir. Etiyolojisi net olmamakla birlikte, genellikle Human Koryonik Gonadotropin (HCG) hormon düzeyindeki artış, yorgunluk, karbonhidrat metabolizmasındaki değişiklikler ve sindirim sisteminde peristaltik hareketlerdeki yavaşlama ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Taşkın, 2011).

2.1.1.2. İkinci trimesterde meydana gelen fizyolojik değişiklikler

İkinci trimesterde anatomik değişiklikler belirginleşmiştir ve gebe kadın görünümü kazanılmıştır. Bu dönemde gebelikten kaynaklanan yakınmalar daha azdır. Yorgunluk, baş ağrısı, mide yanması ve reflü, kabızlık, cilt değişiklikleri ve sırt ağrısı en sık yaşanan şikayetlerdir (Gary vd., 2001; Şirin, 2008; Arslan, 2010).

Gebeliğin getirdiği rahatsızlıkların hafiflemesi ile gebeler bu dönemde kendisini daha iyi hisseder. Bu dönemde bebeğin hareketleri hissedebilir ve muayenede bebeğin kalp sesleri duyulabilir. Bebek hareketlerinin hissedilmesi annenin ilgisini tümüyle bebeğine yöneltir. Bu dönemde gebeliğe bağlı beden imajındaki değişimlerin belirginleşmesi kadına mutluluk verebileceği gibi eşi tarafından beğenilmeyeceği düşüncesi kadını endişelendirebilir (Taşkın, 2011; Coşkun, 2012).

2.1.1.3. Üçüncü trimesterde meydana gelen fizyolojik değişiklikler

Gebeliğin son üç ayı olan 3.trimesterde kadın vücudunda gebelik çok belirgin hale gelir. Bu dönemde gebelikten kaynaklanan bazı fiziksel rahatsızlıklarda da artış olur. Oluşan bu fiziksel yakınmaların bir kısmının nedeni bilinmezken, çoğunluğu hormonal değişikliklerden ve uterusun genişlemesinden kaynaklanmaktadır (Gary vd., 2001; Demiryay, 2006).

Üçüncü trimesterde uterus genişleyerek en üst düzeyine ulaşır. Genişleyen uterusu bağı olarak intraabdominal basınç artar, diyafragma yaklaşık 4 cm yukarıya doğru yer değiştirir ve göğüs duvarı yanlara doğru genişler. Gebelikte diyafragma kası, solunumda etkin kullanılmadığı için daha çok göğüs solunumu yapılır. Üçüncü trimesterde görülen nefes darlığının en büyük sebebi büyüyen uterusun diyafragmaya basınç yapması ve gebelikte tüketilen oksijen miktarındaki artıştır (Fenkçi, 2004).

Gebeliğin üçüncü trimesterinde baş ağrısı, bel ve sırt ağrıları, varis, bacak krampları, hemoroid ve konstipasyon gibi şikayetler ile daha sık karşılaşılır. Ayrıca bu dönemde sık idrara çıkma, yorgunluk ve uykusuzluk gibi şikayetler de artmıştır (Demiryay, 2006; Şirin, 2008; Taşkın, 2011).

Haas ve meslektaşları, gebelik öncesi dönemle karşılaştırıldığında ikinci ve üçüncü trimestirdaki kadınlar arasında düşük fiziksel işleyiş ve daha zayıf sağlık anlayışı olduğunu bildirmişlerdir (Haas vd., 2005).

2.1.2. Gebelikte meydana gelen psikolojik değişiklikler

Gebeliğe uyum sürecinde, gebelikte meydana gelen fizyolojik değişikliklere ek olarak psikolojik değişiklikler de meydana gelmektedir (Taşkın, 2011).

Gebelikte annenin psikolojik durumu hem annenin hem de fetüsün sağlığını etkiler (Reid vd., 2009). Bu durum Hipotalamik-pitüiter-adrenal (HPA) ekseninde annenin psikososyal faktörlerinin fetüse iletiildiği bir mekanizma ile açıklanabilir (Kivlighan vd., 2008).

Gebeler, fiziksel durumlarındaki değişikliklerle (örneğin kilo alımı, uyku kalitesi), fetüsün sağlığına ve yaklaşmakta olan doğuma ilişkin endişelerle ve iş ve aile arasındaki dengeye ilişkin yeni değişikliklerle karşı karşıya kalmaktadırlar (Kivlighan vd., 2008). Bu nedenlerden dolayı gebelik, kadınların deneyimleyebilecekleri en özel durumlardan biri olmasının yanında kadınların yaşamına etki eden stresli bir dönemdir ve sıklıkla endişe ve depresyonla birleşmektedir (Özorhan vd., 2014).

Gebelik dönemini, kadın ve ailesi için yeni rollere uyum gerektiren bir kriz dönemi olarak da görmek mümkündür (Sevil vd., 2004; Reid vd., 2009). Yaşanan bu kriz dönemi gelişimi sağlayacağı gibi uyum güçlüğü yaratan bir sorun haline de gelebilir. Eğer sorun çözülmezse, duygusal baskılar artmaya devam eder, kişi kaygı ve depresyon yaşar (Gözüyeşil vd., 2003).

Kadının gebeliği, fetüsü ve annelik rolünü kabullenmesi gebelik boyunca gelişen bir süreçtir (Gözüyeşil vd., 2003). Gebelikte her trimesterin kendine özgü psikolojik uyum süreci olduğu bildirilmiştir (Kuğu & Akyüz, 2001).

2.1.2.1. Birinci trimesterde meydana gelen psikolojik değişiklikler

Birinci trimesterde kadın genellikle yeni duruma ve gebe olunduğu gerçeğine alışmaya çalışır. Gebeliğin ilk haftalarında belirsizlik ve ambivalan duygular baskındır (Özorhan, 2014). Sakinlik ve neşe, yerini birden üzüntü ve sıkıntıya bırakabilir (Sevindik, 2005). Gebeliğin başlangıcında görülebilen bitkinlik, bulantı ve kusmanın aşırı düzeyde olması, gebeliğe ilişkin ambivalan duyguları temsil eden psikolojik kökenli bir durum olarak düşünölmektedir ancak bu semptomların aşırılık düzeyi hakkında uzlaşma yoktur (Nicholson vd., 2006).

Bu dönemde gebeler bir yandan gebelikten kaynaklanan rahatsızlıklara uyum sağlamaya çalışırken; diğer yandan eşlerinin ve çevresindeki kişilerin gebeliğe ilişkin düşöncelerini merak ederler. Aile durumu, iş durumu, eşi ile ilişkisi, gebelik durumunun yaratacağı yeni güçlükler ve gereksinimler bu gerçeğe geliştirilen tutumda etkilidir (Taşkın, 2011).

2.1.2.2. İkinci trimesterde meydana gelen psikolojik değişiklikler

İkinci trimester, gebeliğin fiziksel değişikliklerine uyum sağlandığı dönemdir. İlk trimesterde görölen şikayetler gebeliğin ikinci trimesterinde azalmıştır ve büyüyen uterus bu dönemde beden imajında olumlu etkilere ve gebenin gurur yaşamasına sebep olur. Ayrıca, bu dönemde fetüs hareketlerinin anne tarafından hissedilmeye başlanması, fetüsle olan biyolojik bağın daha derin ve yakından hissedilmesini sağlar (Demiryay, 2006; Coşkun, 2012; Özorhan, 2014).

2.1.2.3. Üçüncü trimesterde meydana gelen psikolojik değişiklikler

Gebeliğin son dönemi olan üçüncü trimesterde beden imajındaki değişiklikler kadının gebeliğe ve cinselliğe karşı tutumunu etkiler. Bu dönemde büyüyen uterus nedeniyle gebe kadın oldukça ağırlaşmış ve hareketleri kısıtlanmıştır (Kocabaşoğlu & Başer, 2008; Taşkın, 2011).

Son ayda, ilk trimesterde yaşanan ambivalan duygular yeniden su yüzüne çıkar ve gebe kadın gebeliğinin bir an önce sonlanmasını ve bebeğinin doğmasını isterken öte yandan doğumdan korkmaktadır (Demiryay, 2006; Taşkın, 2011). Anne adayının doğum ve bebek için hazırlıkları artmıştır. Doğum yaklaştıkça doğumun nasıl olacağına, çocuğun sağlıklı olup olmayacağına ilişkin endişeler ön plana çıkar (Kuğu & Akyüz, 2001). 28-32. haftadan sonra ölü bebek doğurma, zor doğum, doğum ağrısı, ölüm korkusu, iyi anne olamayacağı korkusu, doğumdan sonra işini bırakmak ya da ara vermek zorunda olması, ailenin ekonomik bir yükün altına girmesi gibi nedenler gebede anksiyete ve strese neden olabilmektedir. Bir an önce doğum yapıp, sağlıklı bir duruma bebeği ile

birlikte kavuşmak ister (Kuğu & Akyüz, 2001; Sadıkoğlu, 2006; Arslan, 2010).

Bunun yanında bu trimesterde gebeler daha duyarlı hale gelir, destek arayışları artar ve fiziksel ve ruhsal açıdan özellikle eşlerine bağımlı hale gelirler (Kocabaşoğlu, 2008; Özorhan vd., 2014).

Gebelik dönemi birçok insan için özel bir dönem olmasının yanında anne adayları açısından depresyon, anksiyete bozukluğu, yeme bozukluğu ve psikoz gibi psikiyatrik hastalıklara yatkınlığın arttığı bir dönemdir (Carter & Kostaras, 2005; Özdamar, Yılmaz, Beyca & Muhcu, 2014). Çoğu kadın gebeliğe bağlı oluşan fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere kolaylıkla uyum sağlarken, bazı kadınlarda hafif, orta, şiddetli düzeylerde ruhsal sorunlar ortaya çıkabilmektedir (Üst, Pasinlioğlu & Özkan, 2013; Dağlar & Nur, 2014). Bu sorunlar içerisinde anksiyete ve depresyon en sık karşılaşılan sorunlardır (Çakır & Can, 2012).

2.2. Depresyon

Depresyon; derin üzüntülü bir duygudurum içinde düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık, intihar gibi duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendrom olarak tanımlanmaktadır (Çalık & Aktaş, 2011).

Depresyon depresif ruh hali, endişe, kızgınlık, öfke gibi semptomları içerir. Bu semptomlar genellikle disfori olarak adlandırılır ve yorgunluk, enerji azlığı, iştah ve uyku bozukluğu gibi davranışsal semptomlar buna eşlik edebilir (Maloni, Park, Anthony & Musil, 2005). Depresyonda zevk alamama, azalmış konsantrasyon, değersizlik ve suçluluk hissi gibi belirtiler görülebilir (Department of Health, Government of South Australia, 2017).

Depresyon, kronikleşme, yaygınlık ve tekrarlanma oranının yüksek olması, iş gücü kaybını ayrıca intihar riskini artırması gibi nedenlerden dolayı bireysel ve toplumsal açıdan önemli bir sağlık sorunudur (Marakoğlu & Şahsivar, 2008).

Özellikle kadınlardaki yüksek görülme sıklığından dolayı ABD’de önemli bir kamu sağlığı sorunu olarak tanımlanmaktadır. Her 5 kadından birinin hayatı boyunca büyük bir depresyon bozukluğu epizodu yaşayacağı tahmin edilmektedir ve ilk görülme yaşının da çocuk doğurma çağı olduğu belirtilmektedir (Orr, Blazer, James & Reiter, 2007; Ertan, 2008).

Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastalarda en sık rastlanan bozukluk olan depresyonun yaşam boyu prevalansının %10 ile %21 arasında değişmekte olduğu belirtilmektedir (Noble, 2005).

Kadınlardaki depresif bozukluk, depresyonda kronikleşme ve yaşam boyu depresyon prevalansları erkeklerden daha yüksek oranlardadır (Özyurt & Deveci, 2010).

Dünyada akıl hastalıklarının yaygınlığına ilişkin artan bir endişe vardır (Leung & Kaplan, 2009). Duygudurum bozuklukları sık karşılaşılan ruhsal sağlık sorunlarından olup, bunlardan en yaygın görüleni ise depresyondur. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre, depresyon dünya çapında yetersizliğin önde gelen nedenidir ve engelliliğe ayarlanmış yaşam yılı yükü (DALY - Disability Adjusted Life Year) için katkıda bulunan küresel hastalıklar arasında dördüncü sıradadır. 2020'ye kadar DSÖ, depresyonun, her yaşta ve her iki cinsiyette, engelliliğe ayarlanmış yaşam yılı yüküne en büyük katkı sağlayacak hastalıklar sıralamasında ikinci sırada olacağını öngörmektedir (WHO, 2008). Depresyon zaten günümüzde, üreme çağındaki (15 ila 44 yaş arası) bireyler için yetersizliğin en büyük ikinci nedenidir (Leung & Kaplan, 2009).

Depresyon; bilişsel, duygusal ve güdüsel alanlarla ilgili pek çok belirtiyi kapsamaktadır (Marakoğlu & Şahsivar, 2008). Amerikan Psikiyatri Birliğinin yayınladığı Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabına (DSM-V-TR) göre yeğin (majör) depresyon bozukluğu kriterleri şöyledir:

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk almamadır.

1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. üzüntülüdür kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örn. ağlamaklı görünür). (Not: Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygudurum olabilir.)

2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (öznel anlatıma göre ya da gözlemlerle belirlenir).

3. Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (örn. bir ay içinde ağırlığının % 5'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma. (Not: Çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama göz önünde bulundurulmalıdır).

4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.

5. Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, öznel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).

6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü).

7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısız olabilir) (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).

8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (öznel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir).

9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Not: A-C tanı ölçütleri bir yeğin depresyon dönemini oluşturur.

Not: Önemli bir yitim (kayıp) (örn. yas, batıklık –parasal çöküntü-, doğal bir yıkım sonucu yitirilenler, önemli bir hastalık ya da yeti yitimi) karşısında gösterilen tepkiler arasında, A tanı ölçütünde belirtilen, yoğun üzüntü duygusu yaşama, yitimle ilgili düşünüp durma, uykusuzluk çekme, yeme isteğinde azalma ve ilo verme gibi belirtiler olabilir ve bunlar da bir depresyon dönemini andırabilir. Bu gibi belirtiler anlaşılabilir ya da yaşanan yitime göre uygun bulunabilirse de, önemli bir yitime olağan tepkinin yanı sıra bir yeğin depresyon döneminin de olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu karar, kişiden alınan öykünün ve yitim bağlamında yaşanan acının kültürel ölçülere göre dışavurumunun değerlendirilmesini gerektirir.

D. Yeğin depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kasamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hiç bir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir.

Not: Mani benzeri ya da hipomani benzeri dönemler maddenin yol açtığı dönemlerse ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanabiliyorsa bu dışlama uygulanmaz (Koroğlu, 2015).

2.3.Gebelikte Depresyon

Pek çok kadın için gebelik, mutluluk kaynağı bir zaman olsa da bulgular bir kısım kadın için gebelik esnasında psikiyatrik morbidite ve özellikle depresyonda bir artış olduğunu göstermektedir (Karmaliani vd. 2009). Depresyon, hafif ya da ağır düzeyde, gebelikte en sık görülen ruhsal bozukluktur (Ayvaz vd. 2006; Marakoğlu & Şahsivar, 2008). Aslında, duygudurum belirtileri doğum sonrası döneme kıyasla gebelikte daha yüksektir (Heron, O'Connor, Evans, Golding & Glover, 2004; Hipwell vd., 2016).

Antenatal depresyon ciddi bir sağlık sorunudur ve anne sağlığını ve doğum sonuçlarını etkilediğine yönelik bulgular mevcuttur (Luke vd.,

2009). Depresyonun özellikle gebeliğin erken dönemlerinde görülmesi, hem gebeyi hem de fetüsü uzun vadede olumsuz bir şekilde etkileyebilir (Çalık & Aktaş, 2011). Bu yüzden gebelikte depresyonun erken tanınması, önlenmesi, tedavisi ve tekrarlamasındaki risk etmenlerinin belirlenmesi özel bir önem arz etmektedir (Arslan vd., 2011).

Çoğu çalışmada antenatal depresyonun tanınması için farklı ölçüm skalaları ve/veya kriterleri kullanılmıştır (Andersson vd., 2004).

2.3.1. Gebelikte Depresyon Prevalansı

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) depresif bozuklukların 2020 yılına kadar küresel hastalık yükünün ikinci önemli sebebi olacağına yönelik tahminlerine rağmen gelişmekte olan ülkelerdeki gebeler arasında antenatal depresyon ve anksiyeteyi inceleyen az sayıda çalışma mevcuttur (WHO, 2008). Doğurganlık çağındaki kadınların depresif hastalık oranlarının erkeklere kıyasla en az iki katı olduğuna inanılmaktadır (Karmaliani, 2009). Önceki araştırmalar, gebelerin %50'nden fazlasının yüksek depresyon semptomu seviyelerine sahip olduğunu göstermiştir (Orr vd., 2007).

Bennett ve meslektaşları (2004), gelişmiş ülkelerde yürütülen ve gebelik sırasında depresyon oranlarını inceleyen 21 araştırmanın bir meta analizini gerçekleştirdikleri çalışmalarında depresyon görülme sıklığını; birinci, ikinci ve üçüncü trimesterlerde sırasıyla %7,4; %12,8 ve %12 olarak değerlendirmişlerdir (Bennett, Einarson, Taddio, Koren & Einarson, 2004). Nicholson ve arkadaşları (2006), 175 gebe ile yürüttükleri çalışmalarında depresyon oranını %15 bulmuşlardır (Nicholson vd., 2006).

Brezilya'da 2015 yılında 4130 gebe ile yürütülen ve tarama aracı olarak Edinburg Postnatal Depresyon Ölçeğinin kullanıldığı bir çalışmada ise antenatal depresyon prevalansı % 16 olarak bildirilmiştir (Coll vd., 2017). Josefsson ve arkadaşları 2001 yılında 1.558 gebe ile İsveç'te yürüttükleri çalışmalarında gebelik sırasında depresyon prevalansını %17 olarak tespit etmişlerdir (Josefsson, Berg, Nordin & Sydsjo, 2001). Antenatal depresyon, anksiyete ve stres semptomatolojisinin görülme sıklığının araştırıldığı bir çalışmada gebeler arasında depresyon semptomlarının görülme sıklığının EPDS ölçümünde (kesme değeri 12 ve üzeri) %17.2 ve DASS-21 ölçümünde %20.2 olduğu bulunmuştur (Reid vd., 2009). Amerika'da 2003 yılında Marcus ve arkadaşları tarafından yürütülen çalışmada ise gebelik depresyonu sıklığı %20 bulunmuştur (Marcus, Flynn, Frederic & Kristen, 2003).

Gebelikte depresyon ve depresif semptom görülme sıklığının yapılan çalışmalara göre %5-51 arasında değiştiği bildirilmektedir (Chung, Lau, Yip, Chiu & Lee, 2001; Marakoğlu ve Şahsivar, 2008). Türkiye'de bu konuda yapılan çalışmaların sayısı sınırlı olmakla birlikte Cebeci ve arkadaşlarının gebeler üzerinde yaptıkları bir çalışmada Beck Depresyon

Ölçeğine göre (kesme değeri 17 ve üzeri) depresyon semptom görülme prevalansı %12 bulunmuştur (Cebeci, Aydemir & Göka, 2002) Karaçam ve Ançel (2009) Beck Depresyon Ölçeği ile yaptıkları çalışmalarında gebelikte depresif belirti görülme sıklığını %27.3 olarak bulmuşlardır (Karaçam & Ançel, 2009). Bazı araştırmalarda ikinci trimestere göre birinci ve üçüncü trimesterlerde depresyon ve kaygı belirti sıklığının daha fazla olduğu bulunmuştur (Kuğu & Akyüz, 2001; Vırit vd., 2008).

Depresyona maruz kalan kadınların araştırma çalışmalarına katılma olasılığı daha düşük olduğu için, bu sonuçların muhafazakar tahminler olduğu düşünülmektedir (Leung & Kaplan, 2009).

2.3.2. Gebelikte Depresyon İçin Risk Faktörleri

Risk altındaki kadınların belirlenmesi gebelikteki depresyonu önlemedeki ilk adım olmalıdır. Risk altındaki gebeleri erken tanılamak ve tedavi sürecine başlamak, hastalığın uzun dönemli olumsuz etkilerini önlemede veya en düşük düzeye indirmede yararlı olacaktır. Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Birliği (ACOG), sosyal statüsü, eğitim düzeyi, etnik kökeni ne olursa olsun tüm gebelerin gebelik süresince her trimesterde en azından bir kere, ruhsal hastalıklar açısından taranmasını önermektedir (ACOG, 2006).

Antenatal depresyonun ciddi sonuçları olduğu göz önüne alındığında, önleme, tanılama ve tedaviye yardımcı olmak için risk faktörlerinin belirlenmesi önemlidir. Hayatın diğer aşamalarında görülen depresyona benzer şekilde, gebelik döneminde de depresyon gelişimini etkileyen bir dizi risk faktörü vardır (Leigh & Milgrom, 2008).

Yaş: Yapılan bazı çalışmalara göre genç yaş gebelikte depresyon gelişmesi açısından riskli kabul edilirken (Reid vd., 2009), bazı çalışmalarda 30 yaşından büyük gebelerde genç annelere oranla depresyon semptomlarının 5 kat daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (Luke vd., 2009).

Düşük Gelir Düzeyi: Sosyoekonomik durum ile gebelikte depresyon görülmesi arasında yakın bir ilişki vardır. Yapılan çalışmalarda ailenin gelir düzeyi düştükçe depresyon görülme sıklığının arttığı bulunmuştur (Gözüyeşil vd., 2003; Rich-Edwards vd., 2006; Karmaliani vd., 2009; Zeng vd., 2015).

Düşük öğrenim düzeyi: Öğrenim durumu gebelikte depresyonu etkileyen bir diğer risk faktörüdür. Öğrenim düzeyi düştükçe gebelerin depresyon sıklığının arttığı görülmüştür (Gözüyeşil vd., 2003; Bunevicius vd., 2009; Luke vd., 2009; Lancaster, 2010).

Depresyon öyküsü: Önceki depresyon öyküsü, antenatal depresyon için iyi belgelenmiş risk faktörüdür (Lancaster, 2010). Yapılan çalışmalarda önceki depresyon öyküsü ile gebelikte depresyon gelişmesi arasında sıkı

bir ilişki olduğu bulunmuştur (Kocabaşoğlu & Başer, 2008; Edwards, Galletly, Semmler-Booth & Dekker, 2008; Bunevicius vd., 2009; Luke vd., 2009; Lancaster, 2010).

Ailede depresyon öyküsü: Yapılan araştırmalarda ailesinde depresyon öyküsü olan gebelerin gebeliklerinde depresyona daha yatkın oldukları tespit edilmiştir (Marcus, 2003; Carter & Kostaras, 2005; Leung & Kaplan, 2009).

Stres verici ve olumsuz yaşam olayları: Diğer faktörlerin yanı sıra stresli yaşam olayları da duygudurum bozukluklarında önemli bir etkidir. Çalışmalar stresin ve olumsuz yaşam olaylarının gebelikte depresyon riskini artırdığını tespit etmiştir (Pakenham, Smith & Rattan, 2007; Reid vd., 2009; Bunevicius vd., 2009; Luke vd., 2009).

Planlanmamış gebelik: Planlı olmayan gebelikler kadının gebeliğini kabullenmesini zorlaştırmakta ve depresyon görülme riskini arttırmaktadır. Yapılan çalışmalarda depresyon ile planlanmamış gebelikler arasında ilişki olduğu bulunmuştur (Bunevicius vd., 2009; Pearson, Cooper, Penton-Voak, Lightman & Evans, 2009; Çakır & Can, 2012).

İstenmeyen gebelik: Gebeliğin istenip istenmeme durumu ile gebelikte depresyon arasında ilişki vardır. Yapılan birçok çalışmada istenmeyen gebeliğin depresyon riskini artırdığı bulunmuştur (Rich-Edwards vd., 2006; Bunevicius vd., 2009; Karmaliani vd., 2009).

Düşük ve küretaj öyküsü: Gebelikte depresyon belirtilerinin ortaya çıkmasında etkili olan diğer etmenler düşük ve küretaj gibi olumsuz gebelik deneyimleridir. Yapılan çalışmalarda düşük ve küretajın gebelikte depresyon riskini arttırdığı görülmüştür (Gözüyeşil vd., 2003; Faisal-Cury & Menezes, 2007; Zeng vd., 2015).

Çocuk sayısı: Yapılan çalışmalarda çocuk sayısı arttıkça depresyon oranlarının da çocuk sayısı ile doğru orantılı olarak arttığı bulunmuştur (Chung vd., 2001; Records & Rice, 2007; Çakır & Can, 2012).

Sigara ve alkol kullanımı: Gebelikte sigara ve alkol kullanımının da depresyon için risk faktörü olduğunu gösteren çalışmalar vardır (Chung vd., 2001; Marcus, 2003; Lee & Chung, 2007; Şahin & Kılıçarslan, 2010).

Geniş aile: Çekirdek ailede yaşayanlara göre geniş ailede yaşamak gebelik için risk faktörü olmakla birlikte (Şahin & Kılıçarslan, 2010) bazı çalışmalarda geniş aileye sahip olmanın depresyondan koruyucu olduğu kabul edilmiştir (Akbaş vd. 2008).

Sosyal destek azlığı: Antenatal depresyonun gelişmesinde etkili olan bir diğer önemli risk faktörü de sosyal destek eksikliğidir. Gebelerin sosyal destek alma durumları ile depresyon düzeyleri arasında negatif yönde

güçlü bir ilişki vardır. Yapılan çalışmalarda gebelikte düşük düzeyde sosyal destek belirten gebelerin depresyon puanlarının anlamlı derecede arttığı görülmüştür (Virit vd., 2008; Leigh & Milgrom, 2008; Reid vd., 2009; Luke vd., 2009; Zeng vd., 2015).

Aile içi şiddet: Gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalar, aile içi şiddet ile antenatal depresyon ve anksiyete arasında bir bağlantı olduğunu ortaya koymuştur. Japon gebe kadınlarla yapılan klinik bazlı bir çalışmada, gebelerin %5.4'ünün gebelik sırasında aile içi şiddete maruz kaldığını ve bu gebelerin anksiyete ve depresyon yaşama olasılıklarının daha yüksek olduğu görülmüştür (Kataoka'dan aktaran Karmaliani vd., 2009) Aile içi şiddet ile perinatal ruhsal bozukluklar arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada gebelikte şiddet gören gebelerin depresyon oranı %23.7 bulunmuştur (Howard, Oram, Galley, Trevillion & Feder, 2013)

2.3.3.Gebelikte Depresyonun Belirtileri

Perinatal depresyon belirti ve semptomları, genel popülasyondaki depresyon belirti ve semptomları ile aynıdır. Bunlar, depresif ruh hali, ilgi azlığı veya keyifsizlik, suçluluk duygusu veya düşük öz değer, sinirlilik, kilo artışı, uyku veya iştah bozukluğu, düşük enerji ve zayıf konsantrasyondur (Marakoğlu & Şahsivar, 2008; Kocabaşoğlu & Başer, 2008; Leung & Kaplan, 2009; Özdamar vd., 2014).

Gebelikten kaynaklı meydana gelebilen mide rahatsızlıkları, sık nefes alıp verme, baş ağrısı gibi yakınmaların depresyon durumunda daha sık görüldüğü belirtilmektedir (Leung & Kaplan, 2009). Ayrıca bulantı ve kusmanın aşırı düzeyde olması da depresyon riskini akla getirmelidir (Andersson vd., 2004).

2.3.4.Gebelikte Depresyonun Olumsuz Sonuçları

Perinatal dönemdeki gebeliğin sadece onu tecrübe eden kadınlar için değil çocukları ve ailesi için tahrip edici sonuçları olabilir (Orr vd., 2007; Karmaliani vd., 2009).

Psikososyal sorunlar hem gebenin psikolojik durumunu etkiler hem de gebelikte ilgili olumsuz sonuçlar doğurabilir ve eğer tedavi edilmezse maternal morbidite ve mortalite hızını (intihar girişimleri dahil olmak üzere) arttırabilir (Marakoğlu & Şahsivar, 2008; Muzik, Marcus, Heringhausen & Flynn, 2009; Çalık & Aktaş, 2011).

Kadınlar için gebelik sırasında depresyon yetersiz maternal özbakım ile bağlantılıdır (Bennett vd., 2004). Depresyondaki gebelerin gebelik sırasında tıbbi bakım alma oranları daha düşüktür. Rutin kontrollerini ihmal edebilirler (Bowen & Muhajarine, 2006). İştahları azalmıştır dolayısıyla gebelik süresince almaları gerekenden daha az kilo alırlar. Depresyonda olan gebelerin duygusal olarak içe kapanma, sosyal

fonksiyonlarında azalma ve gelecekte ebeveyn olabilme kaygısı ile ilgili problemleri olabilmektedir (Marakoğlu & Şahsivar, 2008). Ruhsal hastalıklar, bilişsel tahribatlara yol açarak karar verebilme becerisini etkiler ve bu durum gebede dikkat eksikliğine, alkol veya uyuşturucu madde kullanımı gibi olumsuz davranışlar sergilemesine neden olabilir (Bowen & Muhajarine, 2006; Marakoğlu & Şahsivar, 2008).

Yapılan çalışmalarda antenatal depresyonu olan gebelerin, depresyonda olmayanlara göre daha yüksek üriner kortizol düzeylerine, düşük dopamin ve serotonin seviyelerine sahip oldukları bulunmuştur ve bu annelerin yenidoğanlarında da yüksek kortizol düzeyleri ve daha düşük dopamin ve serotonin seviyeleri tespit edilmiştir (Field vd., 2010). Depresyondaki gebelerde bulantı ve kusmada, doğum korkusunda ve kasılmalara ilişkin obstetrisyen ziyaretinde artış olduğu görülmüştür. (Andersson vd., 2004; Andersson vd., 2006; Field vd., 2010).

Chung ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışma, antenatal depresif semptomlara sahip gebelerde epidural analjezi kullanımı ve operatif doğumlar için yüksek bir riske işaret etmiştir (Chung vd., 2001).

Yapılan çalışmalarda gebelikte yaşanan depresif semptomlar ile doğum sonrası dönemde görülen postpartum depresyon arasında bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Gebelikte depresyon %50-62 oranında postpartum depresif atak geçirme ve mevcut psikiyatrik durumun daha da kötüleşmesi risklerini taşımaktadır. Gebelik sırasında depresyon teşhisi koyulup tedavi almayan gebelerin %15'inde intihar girişimi belirtilmiştir (Bonari, Pinto, Ahn, Einarson, Steiner & Koren, 2004; 81.Carter & Kostaras, 2005; Marakoğlu & Şahsivar, 2008; Karaçam & Ançel; 2009).

Kadınlarda depresyonun sonuçları gebelik sırasında veya sonrasında daha fazla önem kazanmaktadır. Genel olarak depresyon aileler ve toplum üzerinde yıkıcı etkiler gösterebilirken, anne depresyonu, ailenin çocukları için çok daha ciddi ve uzun vadeli sonuçlar doğurmaktadır (Leung & Kaplan, 2009). Antenatal depresyonu olan annelerde pre-eklampsi ve antenatal kanama riskinde artma; doğumdan sonra emzirme güçlüğü ve dolayısıyla anne-çocuk bağlanmasında güçlük görülebilir (Kocabaşoğlu & Başer, 2008; Leung & Kaplan, 2009; Brenda, Leung, Bonnie & Kaplan, 2009).

Yapılan çalışmalarda depresyonun, gebelik ve doğum komplikasyonlarını artırdığı, yenidoğanın sağlığını olumsuz etkilediği, erken doğuma, düşük doğum ağırlığına, intrauterin gelişme geriliğine, yeni doğanlarda düşük Apgar skorlarına ve yenidoğanın yenidoğan ünitesine kabulüne neden olduğu bildirilmiştir (Chung vd., 2001; Andersson vd., 2004; Carter & Kostaras, 2005; Bowen & Muhajarine, 2006; Orr vd., 2007; Akbaş vd., 2008; Karmaliani vd., 2009; Diego vd., 2009; Leung & Kaplan, 2009).

Depresyondaki annelerin yenidoğanlarının Brazelton Yenidoğan Davranış Değerlendirme ölçeğinde daha düşük puanlar aldıkları görülmüştür (Field vd., 2010). Bu annelerin çocukları, gelişimsel ölçeklerde daha düşük skorlar için daha fazla risk altındadır, motor tonu ve aktivitesinde azalma gösterirler ve uyku bozuklukları ve irritabilite gibi daha fazla davranışsal sorunlara sahiptirler (Bowen & Muhajarine, 2006). Hem antenatal depresyon hem de postpartum depresyon, hastalık çeken annelerin çocuklarındaki artan gelişim problemleri ile ilişkilendirilmiştir. Bu çocukların depresyon ve stres belirtileri göstermesinin daha olası olduğuna yönelik bulgular mevcuttur (Luke vd., 2009; Field vd., 2010). Ayrıca yapılan çalışmalarda depresyonu olmayan annelerden doğan çocuklara oranla, depresyonlu annelerden doğan çocuklarda depresyon gelişme riskinin altı kat arttığı bulunmuştur. Bu durum çocuklarda depresyon gelişme etiyojisinde çevresel faktörlerle birlikte genetik yatkınlığın da rolü olduğunu akla getirmektedir (Bonari vd., 2004).

Antenatal depresyon, uzun süren sosyal ve ekonomik etkilere sahip olabilen, anne ve fetüsün iyilik halini bozan, annenin, yenidoğanın ve çocuklarının ruhsal ve fiziksel sağlıklarını olumsuz yönde etkileyen geniş etkilere sahiptir.

2.3.5. Gebelikte Depresyon Tedavisi

Gebeliğe bağlı depresyonun erkenden belirlemek, doğum sonrası depresyonu engellemede ve doğum sonuçlarını iyileştirmede son derece önemlidir (Luke vd., 2009). Erken tanı konulup tedavi edilmezse; anne-çocuk ilişkisini özellikle bağlanma boyutunda etkileyebilir (Kocabaşoğlu & Başer, 2008).

Antenatal depresyon için tedavi seçenekleri psikoterapi (kişisel veya grup), ilaç tedavisi (antidepresan ilaçlar) ve nonfarmakolojik (farmakoloji dışı) diğer uygulamalardır (Marakoğlu & Şahsivar, 2008). Hafif düzeydeki depresyonda ilk seçenek olarak psikoterapi ve farmakoloji dışı tedavilerin uygulanması önerilirken, orta ve şiddetli depresyonda farmakolojik tedavilerin (antidepresanların) kullanımı öne çıkmaktadır (Çalık & Aktaş, 2011).

2.3.5.1. Psikoterapi

Antepartum ve postpartum depresyon tedavisinde kullanılan psikoterapi yöntemleri depresyonda kullanılan yöntemlerle benzerlik göstermektedir (Sevindik, 2005). En yaygın olarak kullanılan psikoterapi çeşitleri bilişsel-davranışçı terapi ve kişilerarası ilişkiler terapisi (Spinelli & Endicott, 2003; Dimidjian & Goodman, 2009; Çalık & Aktaş, 2011).

Kişilerarası ilişkiler terapisi;

Sosyal etkileşimler ve yaşamdaki yeni dönemlere uyum sağlayabilme konuları üzerinde duran kişiler arası ilişkiler psikoterapisi, depresyon

tedavisinde etkinliği gösterilmiş bir tedavi yöntemidir. Gebelikte kişilerarası ilişkiler terapisi ile 16 haftanın sonunda duygudurumun yeterince düzeldiği gözlenmiştir (Marakoğlu & Şahsıvar, 2008) Bu terapinin amacı gebenin depresif belirtilerinin azaltmak ve güncel kişilerarası ilişkilerini çözümleyebilmesi için gerekli sosyal becerileri kazandırmaktır (Çalık & Aktaş, 2011).

DSM-IV tanı ölçütlerine göre major depresyon tanısı alan gebeler üzerinde yapılan bir çalışmada; Kişilerarası ilişkiler terapisi uygulanan annelerin hem gebelik hem de postpartum dönem depresyonlarında anlamlı derecede iyileşme görüldüğü tespit edilmiştir (Spinelli & Endicott, 2003).

Bilişsel-davranışçı terapi;

Bireylerin günlük yaşamlarında üstesinden gelemedikleri güçlükler ve yaşam problemleri ile karşılaştıklarında onlara yardım etmek için öğrenme kuramlarını uygulayan, problem odaklı, "burada ve şimdi" ile ilgilenen ve davranışçı psikolojik danışma kuramından temel alınarak geliştirilmiş bir psikoterapi yöntemidir. Bilişsel-davranışçı terapinin amacı; gebeyi bilgilendirmek, uyumunu artırmak ve gebeye gerginliklerle ve gebelik sorunlarıyla başa çıkmasını öğretmektir (Çalık & Aktaş, 2011). Yapılan bir çalışmada ilaçla tedavi yöntemi ile kıyaslandığında bilişsel-davranışçı terapi yönteminin anne ve fetüs için daha güvenli olduğu, hafif düzeyde depresyon belirtilerinde daha etkili olduğu belirtilmiştir (Bhatla & Bhatla'dan aktaran Çalık & Aktaş, 2011).

2.3.5.2.Farmakolojik tedavi

Gebelikte depresyonun tıbbi tedavisinin risksiz olamayacağı belirtilirken bunun yanında tedavi edilmemiş depresyonun da ciddi sonuçlar doğuracağı bilinmektedir (Çalık & Aktaş, 2011). Gebelikte ilaç kullanılmasının zorunlu olduğu durumlarda kullanılacak ilacın teratojenite riski ile mevcut depresyonun tedavi edilmemesi durumunda anneye ve fetüse zararları tartışılmalı, kar-zarar dengesi iyi hesaplanmalıdır (Çöpoğlu, Kokaçya & Demircan, 2015).

Günümüzde gebelik depresyonunda en sık kullanılan ilaç grupları seçici serotonin geri alım inhibitörleri (*SSRI*), seçici serotonin ve norepinefrin geri alım inhibitörleri (*SNRI*) ve trisiklik antidepresanlardır. Trisiklik grubu antidepresan ilaçlar majör yan etki oluşturma riskleri nedeniyle artık tercih edilmemektedir (Marakoğlu & Şahsıvar, 2008; Çalık & Aktaş, 2011).

Majör depresif bozukluk için ilaç kullanılması gereken durumlarda öncelikle serotonin geri alım inhibitörleri tercih edilmelidir. Hastanın daha önce yarar gördüğü ya da devam etmekte olduğu bir antidepresan varsa uygunluğuna göre öncelikle bu ilaçlar tercih edilmeli ve mümkün olduğunca tek ilaç kullanımı ile tedavi sürdürülmelidir. Bu sayede annenin

ve fetüsün farklı ilaçlara maruziyeti en aza indirilebilir. SSRI grubu ilaçlar fluoksetin, paroksetin, sertralin, fluvoksamin ve sitalopramdır. Venlafaksin SNRI grubu ilaçlara bir örnektir. SSRI kullanımı genel olarak gebelikte güvenli olarak değerlendirilmektedir. Gebelikte depresyon tedavisinde venlafaksin öncelikle tercih edilmelidir. Fluoksetinle yapılan çalışmalar gebelikte kullanımının güvenli olduğunu belirtmiştir. Plasentayı en az geçen ajan sertralindir; fakat düşük Apgar skoruna sebep olabileceği bildirilmiştir. Paroksetin ise ciddi ilaç çekilme semptomlarına (sık ağlama ve uyumama şeklinde ajitasyon, iritabilite belirtileri ve nöbetler) neden olduğu ve ilk trimesterde kullanımı sonucu kardiyak malformasyonlara sebep olduğu için Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) teratojenite kategorisinde C'den D grubuna alınmıştır. Bu nedenle gebelik döneminde paroksetin kullanımından kaçınılmalıdır. Monoamin oksidaz inhibitörleri ise gebede hipertansif kriz ve fetüste ciddi konjenital malformasyonlara neden olduğu için gebelikte kesinlikle kullanılmamalıdır (Kocabaşoğlu & Başer, 2008; Çalık & Aktaş, 2011; Çöpoğlu vd., 2015).

Antidepresan ilaçların gebelikte spontan abortus riskini artırdığı ve çocukların gelişimi üzerinde olumsuz etkileri olduğu öne sürülmüştür. SSRI grubu ilaçların (fluoksetin, paroksetin, sertralin) konjenital malformasyonlara neden olduğuna yönelik bazı tezler olmasına karşın, son çalışmalarda bu ilaçların büyük konjenital malformasyon riskini artırmadığı belirtilmiştir (Muzik vd., 2009). Gebelikte antidepresan ilaçların güvenli kullanımına ilişkin artan kanıtlara rağmen, gebelikte depresyon tedavisinde anne ve fetüs açısından güvenliliği bildirilmiş ilaçlar öncelikle planlanmalıdır. Gebe olmayan kadınlarda olduğu gibi, depresyon tedavisinin akut, sürekli veya idame fazlarında antidepresan tedavinin erken sonlandırımı depresyonun relaps veya rekürensine neden olabilir. Depresyon tedavisindeki genel öneriler, relapsları etkili şekilde önleyebilmek için, antidepresan tedavinin remisyon başladıktan sonra 4 ila 6 ay daha sürdürülmesi şeklindedir (Karataylı, 2007).

Gebelikte aynı tip ve az sayıda (mümkünse tek başına) antidepresan ilacın mümkün olan en düşük dozda uygulanması, tedavinin temelini oluşturur (Bowen & Muhajarine, 2006; Muzik vd., 2009).

2.3.5.3. Nonfarmakolojik tedaviler

Nonfarmakolojik tedavilere yönelik çalışmaların sayısı sınırlıdır. Gebelik depresyonunda uygulanan başlıca farmakoloji dışı yöntemlerdir; Elektrokonzülsif Terapi (EKT), yoga, masaj, meditasyon, egzersiz, beslenme (özellikle omega-3), ışık tedavisidir (Brenda vd., 2009, Dimidjian & Goodman, 2009). Chang ve arkadaşları, psikoterapinin, bilişsel davranışçı terapi ve müzik dinlemenin perinatal depresyonu iyileştirmede yarar sağladığını bildirmişlerdir (Chang'dan aktaran Çalık & Aktaş, 2011).

Gebelikte EKT uygulaması hem anne hem de bebek için zararsız bir tedavi seçeneğidir (Kocabaşoğlu & Başer, 2008). EKT, orta ve şiddetli düzeyde, psikotik ya da katatonik özellikli depresyonda ilaç tedavilerine cevapsızlık durumunda ya da ilaçların şiddetli yan etkilerinden dolayı tolere edilemediği durumlarda iyi bir tedavi seçeneği olarak kullanılabilir (Çöpoğlu vd., 2015). Literatürde EKT uygulamasının ve gebelere yapılan masajın depresif belirtileri azalttığı ya da tamamen ortadan kaldırdığı belirtilmektedir (Bowen & Muhajarine, 2006; Pişirgen, 2011). Ancak Amerikan Psikiyatri Birliği EKT'nin sadece, ileri derecede psikotik veya akut suicidal girişimde bulunmuş vakalarda ve diğer terapilerin veya ilaçların tedavide başarısız olduğu vakalarda kullanılmasını önermektedir (Marakoğlu & Şahsıvar, 2008).

Bir diğer alternatif tedavi yöntemi ışık tedavisidir ve antenatal depresyonun tedavisinde etkili olduğu gösterilmiştir. Bu tedavi yaklaşımı özellikle mevsimsel değişim gösteren duygudurumuna sahip hastalar ve antidepresan kullanmak istemeyen gebeler için faydalı olduğu belirtilmiştir (Pişirgen, 2011).

2.4.Anksiyete

Anksiyete çoğu zaman bilinç dışı çatışmaya bağlıdır, iç sıkıntısı, kaygı, bunaltı gibi sözcüklerle anlatılmaya çalışılan, nedeni belli olmayan ve kişi tarafından tanınamayan içsel tehdit ya da tehlikeye karşı yaşanan, rahatsız edici, endişe ve korku ile karakterize bir duygudurumdur (Kılıçarslan, 2008; Arslan vd., 2011). Anksiyete bireyi çevresinde olan değişikliklere hazırlar veya yanıt vermesini sağlar. Normal anksiyete organizma için bir korunma sistemidir ve tehdit olarak algılanan bir durum ya da olay varlığında, organizmanın kaçması veya onunla savaşması sağlar. Ancak anksiyete, ortada tehlike oluşturacak bir durum yokken de ortaya çıkıyor, uzun sürüyor ve sonlandırılmıyor ise "patolojik anksiyete" söz konusudur (Eşel, 2003).

Zorlu durumlarla başetme konusunda yetersizlik hissi ve geleceğe yönelik belirsizlik düşünceleri, anksiyetenin bilişsel yönünü oluşturmaktadır (Pişirgen, 2011).

Toplumun %5-10'unda herhangi bir türde anksiyete bozukluğu vardır ve genellikle 20-30 yaşlarında başladığı belirtilmektedir (Budakoğlu, Maral, Coşar, Biri & Bumin, 2005). Gelişmiş batı ülkelerinde genel toplum içinde anksiyete bozuklukları, depresif bozukluklar ve bunları takiben alkol ya da madde kullanımı en sık görülen psikiyatrik bozukluklardır. Bir yıllık prevalansı %17.7 olarak bildirilmektedir (Ertan, 2008).

Anksiyete bozuklukları da depresyon gibi erkeklerden çok kadınları etkileyen yaygın sağlık problemleridir (Andersson vd., 2004; Coleman vd., 2008). Araştırmalar, erkeklerin %19'u ve kadınların %31'inin yaşam boyu

anksiyete bozukluğu yaşayabileceğini göstermektedir (Cloitre, Yonkers, & Pearlstein, 2004; Kocabaşoğlu & Başer, 2008; Coleman vd., 2008). Panik bozukluğun kadınlarda %5, erkeklerde %2'lik prevalansa sahip olduğu ve panik bozuklukla birlikte görülen agorafobinin ise kadınlarda ve erkeklerde sırasıyla %7 ve %3.5'lik bir yaşam boyu yaygınlık oranına sahip olduğu belirtilmektedir. Kadınlarda anksiyete bozukluklarının gelişiminde yaşam döngüsü boyunca üreme hormon düzeylerindeki dalgalanmaların sorumlu olduğu düşünülmektedir (Cloitre vd., 2004).

2.5.Gebelikte Anksiyete

Gebelik kadın için başlı başına bir anksiyete kaynağıdır. Önemli olan normal anksiyete ile anksiyete bozukluğunun ayrımının yapılmasıdır (Kuğu & Akyüz, 2001). Gebelikte görülen fizyolojik duyumların çoğu anksiyete semptomlarına çok benzediği için anksiyete bozuklukları gebelerde maskelenebilmektedir (Cloitre vd., 2004; Özorhan vd., 2014).

Bütün yeni anneler biraz endişelidir. Anne olmak; yeni bir görev, yeni bir iş, hayatında yeni bir insana ve yeni sorumluluklara sahip olmak demektir. Bu duruma yanıt olarak gebelikte anksiyete oldukça yaygın görülür (Anniverno vd., 2013).

Anne karnında gelişen bebeğin varlığı ve gebeliğe özgü fizyolojik ve hormonal değişiklikler psikolojik değişikliklerin kaynağını oluşturmaktadır (Sevil vd., 2004). Genellikle bebek bekleyen anne, çocuğun sağlığı üzerine, çocuğun doğumundan sonra (özellikle ilk çocuğun olması durumunda) kendi hayatında oluşması muhtemel yaşam biçimindeki değişime, kendi başına iyi bir anne olabilme ve finansal durumuna ilişkin endişeler taşır (Rubinchik, Kablinger & Gardner, 2005). Bu gibi nedenler ve psikolojik faktörler gebelikte bazı annelerin aşırı endişe duymalarına ve perinatal dönemde şiddetli düzeyde anksiyete yaşamalarına sebep olabilir (Anniverno vd., 2013). Anksiyete bozuklukları özellikle gebeliğin son trimesterinde kadınlarda artan düzeylerde görülmektedir (Üst vd., 2013).

Gebelikte görülen anksiyete bozukluğunun postpartum depresyon riskini arttırması sebebiyle gebelerde anksiyete bozukluklarına karşı uyanık olmak ve erken tanı koyabilmek önemlidir (Sutter-Dallay, Giaccone-Marcasche, Glatigny-Dallay & Verdoux, 2004; Özorhan vd., 2014).

Ayrıca anksiyete gebelikte genellikle depresyon ile birlikte bulunabilir ve tedavi edilmezse peripartumda depresyondan daha yaygın olabilir (Skouteris, Wertheim, Rallis, Milgrom & Paxton, 2009; Mauri vd., 2010; Hipwell vd., 2016).

Bugüne kadar perinatal ruhsal bozukluklar üzerine yapılan araştırmalar büyük oranda depresyona, özellikle postnatal depresyona

odaklanmış olup gebelikte ve doğum sonrası dönemde görülen anksiyete bozukluklarının prevalansı ve klinik görünümü postnatal depresyona kıyasla daha az araştırılmıştır. Bununla birlikte artan kanıtlar, diğer bozuklukların da önemli morbiditeye sahip olduğunu göstermektedir. (Austin & Priest, 2005; Howard vd., 2014).

Yapılan bir çalışmada, doğum yapan kadınların antenatal anksiyete puan ortalamalarının postpartum anksiyete puan ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (Sevil vd., 2004).

Anksiyete bozuklukları perinatal dönemde farklı şekillerde olabilir. Bunlar, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, fobiler, obsesif-kompulsif bozukluk ve postpartum post travmatik stres bozukluğudur.

2.5.1. Gebelikte Anksiyete Prevalansı

Birçok kadın perinatal dönemde yeni başlayan anksiyete bozukluğundan ya da mevcut anksiyete bozukluklarının alevlenmesinden muzdariptir (Anniverno vd., 2013). Heron ve diğerleri, geniş bir toplum örnekleminde, gebelerin %21'inde klinik olarak kayda değer anksiyete semptomları olduğunu ve bu annelerin %64'ünde doğum sonrası dönemde anksiyetelerinin devam ettiğini bulmuştur (Heron, O'Connor, Golding & Glover, 2004).

Antenatal depresyon, anksiyete ve stres semptomatolojisinin görülme sıklığının araştırıldığı bir çalışmada gebelerde anksiyete görülme oranı Depresyon Anksiyete Stres Skalası (DASS-21) ölçümünde %24.5 bulunmuştur (Reid vd., 2009). Çakır ve Can'ın 2011 yılında 73 gebe ile yürüttükleri çalışmalarında, araştırmaya katılanların %34.1'inde anksiyete, %32.4'ünde depresyon saptanmıştır (Çakır & Can, 2012). Lee ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarında gebelerin %54'ünde anksiyete tespit etmişlerdir (Lee vd., 2007).

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinin kullanıldığı bir çalışmada da gebelerin %28,8'inde anksiyete bulguları saptanmıştır (Arslan vd., 2011). Kars'ta gebelerin ev ziyareti ile ruhsal durumlarının belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada, gebelerin %16'sı depresyon, %73.4'ü süreklilik kaygı ve %63.8'i durumluk kaygı açısından riskli olduğu görülmüştür (Daştan, Deniz & Şahin, 2015).

Andersson ve arkadaşları (2006) antenatal ve postpartum depresyon ile anksiyete bozukluğunun ilişkisini araştırmak amacıyla Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD) ölçeği ile yaptıkları çalışmalarında ise, ikinci trimester gebeler için anksiyete bozukluğu oranını %18.4 olarak bildirmişlerdir (Andersson vd., 2006).

2.5.2.Gebelikte Anksiyete İçin Risk Faktörleri

Psikolojik faktörler, gebelikte anksiyete bozukluklarının gelişiminde önemli rol oynayabilir. Gebelikte serum östrojen seviyelerinde yüz kat, serum progesteron seviyesinde ise bin kat olmak üzere önemli gonadal steroid seviyelerinde değişiklikler bildirilmiştir. Bu değişiklikler, bu tür duygusal sıkıntıları daha da şiddetlendirebilir (Anniverno vd., 2013).

Kişisel depresyon veya anksiyete öyküsü, ailede anksiyete bozuklukları öyküsü, tiroid dengesizliği, çocuk bakımına ilişkin endişe, suçluluk eğilimli olmak, mükemmeliyetçi olmak, başaramayacağına ilişkin duygulara sahip olmak ve düşük benlik saygısı gibi kişisel özellikler antenatal anksiyete için risk faktörleridir (Anniverno vd., 2013, Daştan vd., 2015; Department of Health, Government of South Australia, 2017).

Yetersiz beslenme, yetersiz sağlık bakımı, sigara, alkol ve madde kullanımı gibi zayıf ve olumsuz sağlık davranışları da gebelikte anksiyete ve depresyon ile ilişkilidir (Burt & Hendrick'ten aktaran Kılıçarslan, 2008).

Düşük eğitim düzeyi, düşük sosyoekonomik statü, evlilikten tatmin olamama, perinatal stresörler, çocuk için gerekli tıbbi koşulların bulunmaması, hayat koşullarındaki değişiklikler, kendi aileleriyle ilgili sıkıntılı anılar gebelik boyunca anksiyete bozukluklarının ortaya çıkma riskini arttırır (Kocabaşoğlu & Başer, 2008; Arslan vd., 2011; Anniverno vd., 2013; Daştan vd., 2015).

Ayrıca beklenmedik veya istenmeyen gebelik durumlarında stres ve anksiyete daha da artabilir (Kuğu & Akyüz, 2001; Rubinchik vd., 2005; Anniverno vd., 2013). Sözel ve fiziksel ya da cinsel şiddet öyküsü olanlarda da anksiyete skorları yüksektir (Karmaliani vd., 2009).

2.5.3.Gebelikte Anksiyetenin Belirtileri

Sürekli endişe hali, sinirlilik, kaygı, yorgunluk, huzursuz bacaklar, aşırı derecede kabiliyetsizlik, gelecekle ilgili endişelenme, uykusuzluk hastalığı, dikkat dağınıklığı ve konsantrasyon güçlüğü, iştah ve uyku bozukluğu, unutkanlık ve baş dönmesi, sıcak basması, kusma ve bulantı gibi fiziksel belirtiler anksiyete belirtileri olabilir (Anniverno vd., 2013; Milgrom vd., 2008).

2.5.4.Gebelikte Anksiyetenin Olumsuz Sonuçları

Gebelikte yaşanan anksiyete kötü gebelik sonuçlarının çeşitliliği ile yakından ilişkilidir. Bunlar pre-eklampsi, bulantı ve kusmada artma (Andersson vd., 2004), doğum uzmanına yapılan ziyaret sayısında artma, doğum sancılarının erken başlaması, erken membran rüptürü, emzirme güçlükleri, kanama ve uzamış ya da hızlı doğum eylemi riskleri (Üst vd., 2013), zor doğum ve elektif sezaryendir (Andersson vd., 2004; Rubinchik

vd., 2005; Alder, Fink, Bitzer, Hösli, & Holzgreve, 2007; Littleton, Breitkopf, & Berenson, 2007; Kocabaşoğlu & Başer, 2008; Martini, Knappe, Beesdo-Baum, Lieb, & Witche, 2010; Qiao, Wang, Li & Wang, 2012; Anniverno vd., 2013).

Gebelik sırasında yüksek anksiyete görülen annelerin norepinefrin seviyelerinin artıp dopamin seviyelerinin azaldığı, alkol ve sigara kullanımlarının arttığı belirtilmiştir (Van den Bergh & Marcoen, 2004; Coleman vd., 2008).

Anksiyetenin anne üzerindeki negatif etkilerine ilaveten, fetüs ve yenidoğanı etkilediğine ilişkin bulgularda mevcuttur (Coleman vd., 2008). Antenatal anksiyetenin, gebelik ve doğum komplikasyonlarını artırdığı, yenidoğanın sağlığını olumsuz etkilediği, erken doğuma, düşük doğum ağırlığına, intrauterin gelişim geriliğine ve bebeğin yenidoğan ünitesine kabulüne neden olduğu bildirilmiştir (Field vd., 2010; Şahin ve Kılıçarslan 2010; Üst vd., 2013; Anniverno vd., 2013). Ayrıca gebelik sırasında yükselen anksiyete ve anksiyete bozuklukları düşük Apgar skorlarıyla ilişkilendirilmiştir (Kocabaşoğlu & Başer, 2008; 20.Field vd., 2010). Gebelik boyunca tedavi edilmemiş anksiyete fetüs hareketlerinde bozulmalara neden olabilir (Kocabaşoğlu & Başer, 2008). Anksiyete varlığında fetal stres arttığı bilinmektedir (Üst vd., 2013). Ayrıca gebelikte görülen anksiyetenin doğum eyleminde epidural analjezi ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Chung vd., 2001; Andersson vd., 2004).

Yüksek antenatal anksiyete seviyesi, 8-9 yaş grubunda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu semptomları, dışa vurma sorunları ve kaygı ile ilişkili bulunmuştur (Van den Bergh & Marcoen, 2004).

Depresyonda olduğu gibi gebelikte görülen anksiyete anne-bebek arasındaki ilişki kalitesinin düşmesi ile yakından ilişkilidir (Pearson vd., 2009; Hipwell vd., 2016).

Ultrasonografi kullanarak yapılan bir çalışmada anksiyeteli annelerin fetüsünün sessiz uykusunda çok daha fazla zaman geçirdiği ve aktif uykudayken daha az vücut hareketleri sergilediği bulunmuştur (Groome vd'den aktaran Chung vd., 2001).

Gebelerde anksiyete ve depresyon bedensel belirtilerle karışık olarak ortaya çıkar ve sıklıkla beraberdir. Kaygı artışının depresyonu alevlendirip intihar riskini artırdığı öne sürülmektedir (Akbaş vd., 2008)

Prenatal anksiyete sıklıkla postpartum depresyonun habercisidir (Sutter-Dallay vd., 2004; Heron vd., 2004; Van den Bergh & Marcoen, 2004; Milgrom vd., 2008; Martini vd., 2010; Anniverno vd., 2013; Hipwell vd., 2016). Maternal stres/anksiyetenin hem anne hem de çocuk üzerinde kalıcı etkisi olabilir. Bu yüzden gebelik sırasında meydana gelen anksiyetenin farkına varılıp erken tedavi edilmesi önemlidir. Böylelikle

doğum sonrası depresyon ve anksiyetenin de önüne geçilebilir (Sutter-Dallay vd., 2004; Coleman vd., 2008).

2.5.5.Gebelikte Anksiyete Tedavisi

Anksiyete ve depresyon genellikle gebelikte birlikte görülür ve tedavi edilmezse doğum sonrası dönemde de devam eder. Bu bozukluklar yalnızca anneyi değil, fetüsü, yenidoğan bebeğini, eşini ve diğer aile bireylerini etkileyebilir (Misri vd., 2010; Britton, 2011; Anniverno vd., 2013).

Şimdiye kadar perinatal dönemde anksiyete bozukluğu için psikolojik terapilerin etkinliğine dair kanıt eksikliği olmasına rağmen, (Anniverno vd., 2013) anksiyete tedavisinde, psikoterapi (özellikle de bilişsel davranış terapisi) ve o kadar olmasa da ilaç tedavisi ile olumlu sonuçlar alınmaktadır (Heron vd., 2004). Gebelik sırasında psitotropik ilaçların kullanımıyla ilgili önemli tartışmalar olmuştur. Kanıtlanmış etkililiğinden dolayı SSRI şu ana kadar en yaygın şekilde kullanılan ilaçtır; ne var ki üçüncü trimester içerisinde paroksetin kullanımı yüksek erken doğum oranı ve uzun süre hastanede yatmayı gerektiren perinatal komplikasyonlarla ilişkilidir (Costei, Kozer, Ho, Ito, & Koren, 2002). Bu komplikasyonlardan bazıları; solunum sıkıntısı, hipoglisemi ve sarılıktır. Olumsuz yan etki ihtimali göz önünde bulundurulduğunda gebelikte anksiyete tedavisi için psikoterapinin genellikle en iyi seçim olduğu düşünülmektedir (Coleman vd., 2008).

2.5.5.1.Psikolojik tedaviler

Anksiyete tedavisinde, bilişsel-davranışçı terapilerin günümüzde diğer psikolojik müdahalelerle karşılaştırıldığında etkinlik ve verimlilik açısından daha yararlı olduğu düşünülmektedir. Bu terapiler hastaya göre uyarlanabilir ve yeterince kısa sürede ve zamandan tasarruf sağlayarak sonuca ulaştırır.

Bilişsel davranışçı terapiler; gevşeme teknikleri, bilişsel davranış terapilerin spesifik bir uygulaması olup, özellikle belirti odaklıdır ve hafif derecede anksiyete için tek müdahale olarak önerilebilir. Bilişsel davranışçı terapiler ve gevşeme, gruplar halinde de uygulanabilir.

Kişilerarası psikoterapi giderek artan oranda başarı kazanmıştır ancak depresyonda etkinliği doğrulanmışken anksiyete sorunlarında etkinliği klinik olarak kanıtlanmamıştır.

Psikodinamik psikoterapilerin de anksiyete sorunları üzerinde etkisi vardır ancak uzun süre devam etmek gerekir (Anniverno vd., 2013).

2.5.5.2.Farmakolojik tedaviler

2.5.5.2.1.Anksiyolitikler (benzodiazepinler)

Daha önce yapılan araştırmalara göre benzodiazepinlere maruz kaldıktan sonra orofasiyal yarık defektlerinde artış olduğu görülmüştür. Bir çalışmada benzodiazepinlerin, düşük Apgar skoru, preterm doğum eğilimi ve düşük doğum ağırlığı gibi negatif obstetrik sonuçlar ile ilişkili olduğunu bulunmuştur (Beck, 2004).

Gebelikte benzodiazepinlerin özellikle de alprazolam ile kullanımının, risk/yarar dengesi açısından henüz açıkça ortaya koyulmadığına ilişkin bazı kanıtlar vardır. Mevcut çalışmalara göre, gebelik sırasında benzodiazepinlerin kullanımına ilişkin bazı göstergeler şoyledir:

- Kısa etkili benzodiazepinler tercih edilmelidir ve eğer kısa bir süreliğine (4 haftadan kısa süre) kullanılacaksa gebelik ve emzirme döneminde de güvenle kullanılabilirler.
 - En düşük doz kullanılmalı ve daha kısa tedavi süresi planlanmalıdır.
 - Çok sayıda reçete etmekten kaçınılmalıdır.
 - Birikim reaksiyonunu önlemek için uzun etkili benzodiazepinlerin kullanımından kaçınılmalıdır.
 - Uzun dönemde güvenli kayıtları olan benzodiazepinler tercih edilmelidir (Kanto'dan aktaran Anniverno vd., 2013).

2.5.5.2.2.Antidepresanlar

Psikotropolar arasında, SSRI ve SNRI gibi antidepresan ilaçlar gerek depresyon, gerek panik ve fobik bozukluklar ve gerekse de obsesif kompulsif bozukluk (OKB)'da ortak olarak kullanıldıklarından, gebelikte en sık kullanılan ve üreme güvenlik çalışmalarında en yüksek sayıyı oluşturan ilaçlardır. SSRI'ler geçmişte gebeler için nispeten güvenli kabul edilirken son yıllarda teratojenik güvenliği konusunda tereddütler bulunmaktadır (etin, 2011).

Gebelikte ve postnatal dönemde SSRI ile ilgili geniş prospektif çalışmaların sayısı artmaktadır, kanıtların çoğu bu ilaçlar ile doğum kusurları arasındaki ilişkiye karşı çıkmaktadır. Bununla birlikte, bazı veriler SSRI kullanımı ile erken doğum ve düşük doğum ağırlığı gibi olumsuz obstetrik sonuçlar arasında bir ilişki olduğunu belirtir. SSRI maruziyetine takiben hafif derecede yoksul neonatal adaptasyon (yenidoğan çekilme sendromu) da dahil olmak üzere olumsuz neonatal sonuçlara ilişkin raporlar bulunmaktadır (Einarson & Einarson, 2005).

2.5.5.2.3.Antipsikotikler

Anksiyetenin birinci basamak tedavisinde antipsikotiklerden kaçınılmalıdır ancak hem birinci nesil antipsikotikler hem de yeni nesil

antipsikotikler için herhangi bir doğum kusuru ile anlamlı bir ilişki olmadığına dair seyrek kanıtlar vardır. Birinci ve ikinci nesil antipsikotikler, gebelikte obezite, gestasyonel diyabet ve yüksek ya da düşük doğum ağırlığı ile ilişkilendirilmiştir (Anniverno vd., 2013).

Gebelik döneminde psikotrop ilaçların kullanımı ile ilişkili bazı riskler vardır, ancak ilacı kullanmaktan kaçınmanın her zaman daha iyi olacağı varsayılmamalıdır. Bu dönemde tedavi edilmemiş ruhsal sorunlar kadının, fetüsün/bebeğin ve diğer aile bireylerinin fiziksel ve/veya ruhsal refahını önemli ölçüde etkileyebilir (NICE, 2007; Field vd., 2010; Qiao vd., 2012).

Ruhsal sağlık bozukluğu olan ve gebelik planlayan, gebe olan ya da emziren bir kadın için bir ilaç reçete ederken yeni olmasa bile (2007), aşağıdaki öneriler takip edilmelidir:

- Anne, fetüs veya bebek için daha düşük risk profiline sahip ilaçları seçmek;
- Tedaviye ihtiyaç duyulan en kısa sürede düşük dozla başlayıp ve en etkili doza kadar yavaş yavaş arttırmak;
- Kombine ilaç tedavisinden ziyade tek bir tedavi yöntemi kullanmak;
- Preterm, düşük doğum ağırlıklı veya hasta bebekler için ek önlemler almak.

Farmakolojik tedavinin ve psikoterapinin birlikte kullanıldığı entegre bir yaklaşım, semptomların iyileştirilmesine yönelik en iyi terapötik girişimdir (NICE, 2007; Anniverno vd., 2013).

2.6.Yaşam Kalitesi

Sağlığın ölçümünde kullanılan hastalık ve ölüm gibi geleneksel göstergeler bireylerin sağlıklılık düzeyini tanımlamada yetersiz bulunduğundan, bu konuya günümüzde yaşam kalitesi kavramı ile açıklık getirilmeye çalışılmıştır (Altıparmak, 2006). Yaşam kalitesi, bireysel sağlık durumu ile birlikte kişisel iyilik halini de içine alan geniş bir kavramdır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşam kalitesini "bireylerin hedefleri, beklentileri, standartları ve ilgileri ile bağlantılı olarak, içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemindeki kendi yaşam algıları" şeklinde tanımlarken (Measuring quality of life the world health organization quality of life instruments, 1997); Mendola ve Pelligrini yaşam kalitesini "bireyin algıladığı bedensel kapasite sınırları içinde başardığı tatmin edici sosyal durum" olarak tanımlamaktadır (Bowling'den aktaran Altıparmak, 2006).

Dinamik bir nitelik taşıyan yaşam kalitesinin, eğitim ve sağlık hizmetlerinden yararlanma, yeterli beslenme ve korunma, sağlıklı bir çevre, hak, fırsat ve cinsiyet eşitliği, günlük yaşama katılma, saygınlık ve güvenlik gibi pek çok bileşeni olup yaşam kalitesi sağlık durumunun ve

tedavilerin etkilerinin değerlendirilmesinde önemli bir sonuç ölçümüdür (Başaran vd., 2005; Kılıçarslan, 2008). Sürekli gelişim içerisinde olması, çok yönlü özellikler taşıması, farklı kişilere farklı şeyler ifade etmesi sebebiyle yaşam kalitesinin net bir tanımını yapmak güçtür, bu nedenle yaşam kalitesinin pek çok farklı tanımı yapılmıştır (Başaran vd., 2005; Pınar, 2006).

Yaşam kalitesi (Quality of life); kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde de tanımlanır. Kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, inançları, sosyal ilişkileri ve çevresiyle ilişkisinden etkilenen geniş bir kavram olan yaşam kalitesi, genel anlamda bireysel iyi oluşu ifade etmektedir ve bireylerin kendi yaşamlarının çeşitli boyutlarına ilişkin doyumlarını ifade eden subjektif bir kavramdır (Arslan, 2001; Başaran vd., 2005).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi (Health related quality of life) ise; esas olarak kişinin sağlığı tarafından belirlenen, klinik girişimlerle etkilenebilen genel yaşam kalitesinin bir bileşenidir. Kişinin, hastalığı ve uygulanan tedavilerin fonksiyonel etkilerini nasıl algıladığı ile ilişkilidir (Başaran vd., 2005). Yaşam kalitesi gibi sağlıkla ilgili yaşam kalitesi (SİYK) kavramı da yıllardır farklı biçimlerde tanımlanmıştır. Tanımlar arasında farklılık olsa da, farklı olmayan nokta sağlığın yaşam kalitesini etkilediğidir (Pınar, 2006).

Yaşam kalitesi, genel bir iyilik hali olmasının yanında birey açısından yaşamından duyduğu memnuniyeti simgelemektedir. Yaşam kalitesi kavramı ile sağlığın, fiziksel, maddi, ailesel, duygusal iyilik hallerinin nesnel ve öznel olarak değerlendirilmesi anlaşılmaktadır. Nesnel değerlendirmeler, kişilerin fiziksel sağlığı, geliri, içinde yaşadığı konutun kalitesi, arkadaşlık ilişkileri, fizik aktivite, sosyal roller, politik ortam gibi yaşam koşullarının tanımlanmasına dayanır. Öznel değerlendirmeler ise, bu koşullardan kişinin aldığı tatmini anlatmaktadır (Koltarla, 2008).

2.6.1. Gebelik ve Yaşam Kalitesi

Gebelik doğurganlık çağındaki kadınlar arasında yaygın bir olaydır ve sıklıkla bebek bekleyen anne için bir mutluluk anı olduğu düşünülür. Ancak, çalışmalar gebeliğin ileri safhalarındaki ve lohusa dönemindeki kadınlar arasındaki fiziksel işleyiş ve sağlık anlayışının gebelik öncesi dönemle karşılaştırıldığında daha düşük olduğunu göstermektedir (Nicholson vd., 2006).

Çoğu kadın için keyifli bir yaşam olayı olsa da, gebelik sıklıkla fiziksel ve ruhsal açıdan stres yaratan bir dönemdir. Gebelikte meydana gelen fiziksel ve ruhsal değişiklikler gebelerin günlük işlerini yapabilme yetisini azaltabilir. Komplikasyonsuz gebeliklerde bile fiziksel ve zihinsel değişiklikler çeşitli rollerdeki kadınların yeteneğini ve performansını

etkileyebilir ve bu değişiklikler aynı zamanda gebelerin yaşam kalitelerini de etkilemektedir (Hueston & Kasik-Miller, 1998; McKee, Cunningham, Jankowski, & Zayas, 2001).

Yaşam kalitesi, fiziksel sağlık ve zihinsel koşullardan büyük ölçüde etkilenmektedir (Measuring quality of life the world health organization quality of life instruments, 1997). Gebelikle ilişkili önemli komplikasyonlar, uyku sorunları ve depresyon, gebelik süresince kadınların yaşam kalitesini etkileyebilir (Da Costa vd., 2010). Gebelerde yaşam kalitesi ve uyku kalitesi gebe olmayan kadınlardan daha kötüdür (Süt vd., 2016).

Hueston ve Kasik-Miller, normal seyirli gebelikleri olan kadınlarla yaptıkları çalışmada yaşam kalitesi ile ilgili değişimlerin ruhsal alandan ziyade fiziksel alanda olduğunu bildirmişlerdir. Aynı çalışmada çalışma durumu, ailenin gelir durumu ve sosyal destek gibi faktörlerin yaşam kalitesi üzerinde etkilerinin az olduğu belirtilmiştir (Hueston & Kasik-Miller, 1998).

Son trimester ile birlikte artan ağrıların, uykusuzluğın, kilo alımı ve hareket kısıtlılığının fiziksel yönden; fetüse ve doğuma ilişkin kaygıların da psikolojik yönden gebelikte yaşam kalitesini bozduğu düşünülebilir (Karataylı, 2007). Ayrıca yaşam kalitesi annenin yaşı, eğitim düzeyi, duygusal durumu, artan metabolik ihtiyaçları, hormonal değişikler, anemi, troid disfonksiyonu, kardiyomiyopati, annenin beslenme durumu, bulantı, kusma, alkol, sigara alışkanlığı ve doğum şeklinden de etkilenebilir.

Önceki kötü gebelik sonuçları (tekrarlayan spontan abortus, fetal ölüm, preterm doğum ya da erken neonatal ölüm) uzun dönemde ciddi etkilere yol açabilen stresli olaylardır ve kadınların sonraki gebeliklerinde yaşam kalitelerini etkilemektedir (Couto vd., 2009).

Nicholson ve arkadaşları (2006) yaptıkları çalışmalarında, erken gebelikte depresif semptomu olan gebelerin yaşam kalitesi skorlarının fiziksel fonksiyonellik hariç tüm alanlarda belirgin düzeyde düşük olduğunu bildirmişlerdir (Nicholson vd., 2006)

Abbey ve Andrews (1985), yaşam kalitesinin psikolojik belirleyicilerini saptamak amacıyla yaptıkları çalışmalarında, iç kontrol ve sosyal desteğin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediğini, stres, depresyon ve anksiyetenin ise yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini bulmuşlardır (Abbey & Andrews, 1985).

Karataylı 2007 yılında yaptığı çalışmasında gebelik süresi arttıkça ve gebelerdeki depresyon ve anksiyete düzeyleri arttıkça, gebelerin yaşam kalitesinin düştüğünü belirtmiştir (Karataylı, 2007).

Gebelikte depresyon ve sosyal desteğin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini araştıran başka bir çalışmada, BDÖ (kesme değeri 14 ve üzeri) ve

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak gebelerin depresyon düzeyleri ve yaşam kaliteleri ölçülmüştür. Gebelerin yarısından fazlasının depresif olduğu saptanan bu çalışmada depresyonun yaşam kalitesinin tüm alanlarını negatif yönde ve güçlü bir şekilde etkilediği bulunmuştur (Mckee vd., 2001).

2.7.Gebelik Anksiyete ve Depresyonunda Hemşirelerin Rolü

Gebe ve ailesi gebelik dönemi süresince benzersiz bir deneyim yaşar. Gebelerin eşleri, aileleri ve yakın akrabaları onları bu süreçte destekleyecek en önemli kişiler iken, hastanede onlara bu süreçte destek olacak en yakın kişiler ise ebe ve hemşirelerdir. Gebelik bakımı bir ekip işidir. Bu ekibin bir üyesi olan hemşire, hastanelerin doğum öncesi bakım polikliniklerinde ve aile sağlığı merkezlerinde gebe ile yakından ilişkilidir. Hemşireler gebelerin genel sağlıkları konusunda koruyucu davranışlar kazanmaları ve sağlıklı bir hayat sürdürmeleri için onlara yardımcı olabilecek anahtar kişilerdir (Gözüyeşil vd., 2003; TC.MEB, 2012; Özorhan vd., 2014).

Antenatal bakım, ideal olarak gebeliğin planlanması ile başlayıp doğuma kadar uzanan süreçte, gebenin olası problemlerini önlemeyi ve varsa bunların tedavisini amaçlar. Gebe izlemi ve bakımının başlıca hedefleri; anne ve fetüsün sağlık durumlarını belirlemek, gebelik komplikasyonlarına yol açabilecek olası ve kaçınılabılır riskleri belirlemek ve düzeltmek; anneyi gebeliğe, doğuma ve emzirme sürecine hazırlamaktır (Şirin, 2008; Taşkın, 2011).

Gebelikte görülen psikolojik sorunların yaygınlığı ve bu sorunların fetüs ve annenin iyilik halini olumsuz etkilemesi, doğum sonu depresyona ve çeşitli komplikasyonlara yol açması göz önünde bulundurulduğunda, gebelik izlemlerinde tıbbi değerlendirme yapılırken, fiziksel değerlendirmenin yanı sıra psikososyal değerlendirmenin ve neden olabilecek risk etkenlerinin de değerlendirilmesi ve erken tanı konularak tedavi edilmesi önem arz etmektedir. Bu nedenle gebe ile ilk karşılaşıldığında ayrıntılı öykü almak önemlidir. Sorulan sorularla anne ve fetüsün sağlığı için önemli olabilecek ipuçları elde edilir ve depresyon ve anksiyete açısından risk altındaki gebeler erken dönemde tespit edilebilir (Matthey, 2005; Vırit vd., 2008; Çalık & Aktaş, 2011).

Antenatal kontrollerde yapılması gereken en önemli işlemlerden biri, gebeyi ve çevresini eğitmek olmalıdır. Çünkü anne adayı ne kadar bilinçli olursa gebelik ve doğum süreci o derece sağlıklı sürdürülecektir (Babadağlı, 2008). Hemşireler gebelerin kolaylıkla iletişim kurdukları, gebeye en yakın sağlık profesyonelleridir. Prenatal bakım sürecinde hemşire gebeyi birey ve çevresi ile bir bütün olarak, sahip olduğu sosyoekonomik ve kültürel değerler çerçevesinde biyo-psiko-sosyal

yaklaşım ile ele alınmalı ve bu dönem boyunca gebelere karşı güven verici, açıklayıcı ve öğretici bir tavır sergilenmelidir. Gebelik sürecinde ebe ve hemşire, hem gebenin hem de ailesinin gebeliğe uyumunu kolaylaştırmalı, gebelik izlemelerini düzenli bir şekilde sürdürmeli, anne adayında ortaya çıkabilecek fiziksel ve duygusal sorunlara karşı önlem alabilmeli, gebenin kendisini ve ailesini de dahil ederek bakım ve tedavi sürecini yürütmelidir (Koyun, Taşkın, & Terzioğlu, 2011; Taşkın, 2011; TC. MEB, 2012; Özorhan vd., 2014).

Kadın hastalıkları ve doğum uzmanları, gebeleri rutin olarak izlemektedir. Bu durum, gebelerin fiziksel olduğu kadar ruhsal durumlarının da izlenmesine olanak sağlar. Gebeliğin birçok hastanın kadın doğumcu- jinekologlarıyla ilk teması geçtiği an olmasına rağmen gebelik sırasındaki psikiyatrik bozuklukların rutin görüntülenmesi yaygın olmadığı belirtilmektedir (Coleman vd., 2008). Bu dönemde çeşitli ölçeklerden yararlanılabilir. Bu ölçekler ile gebelerin duygusal değişimleri ve korkuları tespit edilip gebeye verilecek danışmanlık hizmetinin içeriği belirlenebilir (Kitapçıoğlu vd., 2008).

Gebelere hizmet veren tüm sağlık personelinin (kadın hastalıkları ve doğum uzmanları, pratisyen hekimler, hemşireler, ebeler, vb.) gebelik psikolojisi ve gebelik esnasında görülebilen psikiyatrik bozukluklar hakkında bilgi sahibi olması önemlidir. Gebelikteki psikofizyolojik ve psikososyal reaksiyonların tanınması, önlenmesi, anne-çocuk sağlığına etkilerinin azaltılması ve bunlara yönelik koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi açısından önem taşır (Kuğu & Akyüz, 2001).

Yaşam kalitesi, 1980'li yıllarda hemşirelik alanında tanınmaya başlanmış olup hemşirelikle yakından ilişkilidir. Hemşireler bireylerin ve ailelerin sağlık durumlarını değerlendirmek ve yaşam kalitelerini arttırmak için planlamalar yapıp sonuçlarını değerlendirebilecek olan sağlık profesyonelleridir (Arslan, 2001). Gebelikte anksiyete ve depresyon semptomlarının görülme sıklığının farkında olmanın yanında bu semptomların sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkilerinin de farkında olmak ve önlemler almak gebelik sürecinin sağlıklı geçirilmesi açısından önemlidir (Nicholson vd., 2006).

Hemşireler, gebelik anksiyete ve depresyonunu tanılamada, anksiyete ve depresyon ile baş etmede, gebeler ile iletişim kurmada ve destek olmada yardımcı olabilecek anahtar kişilerdir. Gebelikte anksiyete ve depresyon deneyimleyen gebe ve ailesinin bakımında biyopsikososyal bir yaklaşımla rol alabilecek, sorunlara danışmanlık yaparak çözüm getirebilecek ve gebelerin yaşam kalitelerini yükseltme konusunda yardımcı olabilecek konumdadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma, gebelerde anksiyete ve depresyon düzeyini ve anksiyete ve depresyonun yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan kesitsel tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Çalışma; 01 Haziran 2010 – 01 Ekim 2010 tarihleri arasında Türkiye'nin Ege Bölgesinde yer alan, TÜİK 2010 verilerine göre 590.496 toplam nüfusa sahip ve toplam nüfusun 305.634'ünün erkek, 284.862'sinin kadın olduğu Kütahya il merkezindeki Evliya Çelebi Devlet Hastanesine başvuran gebeler üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Kütahya Evliya Çelebi Devlet hastanesinin temeli 1964 yılında atılmış; 1968 yılı şubat ayında ana branş servislerinin bulunduğu 120 yatak kapasiteli SSK hastanesi olarak faaliyetine başlamıştır. Çalışmamızı yürüttüğümüz süre içerisinde hastanenin adı Evliya Çelebi Devlet Hastanesi iken; 15.10.2010 tarihinde Evliya Çelebi Devlet Hastanesi ile Kütahya Devlet Hastanesi, Evliya Çelebi Devlet Hastanesi adı altında birleşmiş ve 17.10.2011 tarihinden itibaren de Dumlupınar Üniversitesi Rektörlüğü ile Kütahya Valiliği arasında imzalanan ortak kullanım protokolü çerçevesinde hastane Sağlık Bakanlığı Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi adı altında faaliyetine devam etmektedir. Şu an ek hizmet binaları ile birlikte 950 yatak kapasitesine sahiptir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, 01 Haziran 2010 – 01 Ekim 2010 tarihleri arasında Evliya Çelebi Devlet Hastanesine başvuran ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan tüm gebeler oluşturdu. Evliya Çelebi Devlet Hastanesinde 2009 yılında normal 1057, sezaryen 1280 ve müdahaleli 3 olmak üzere toplam 2340 canlı doğum gerçekleşmiştir.

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örnekleme ulaşmak için bir önceki yıl yapılan toplam canlı doğum sayısı baz alınarak Pass 11 paket programı ile tek toplum için oran testi gerçekleştirilmiştir. 1.Tip hata olasılığı 0.05 olacak şekilde Ho hipotezi için %50 ve H1 hipotezi için %60 oranları belirlendiğinde ve testin gücü %99 alındığında çalışmaya dahil edilmesi gereken minimum gebe sayısı 254 bulunmuştur. Ancak olabilecek kayıplar göz önüne alınarak 550

gebe çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırmanın örneklemini çalışma süresi içinde, polikliniklere başvuran, gebelik haftasına bakılmaksızın çalışmaya katılmayı kabul eden gebeler oluşturmuştur.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Verilerin Toplanmasında Kullanılan Araçlar

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan ve Kütahya İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izinler alındıktan sonra verilerin toplanması aşamasına geçildi (Ek-5, Ek-6).

Çalışmada veri toplama aracı olarak gebelerin sosyo-demografik özelliklerini, genel sağlık durumu ve alışkanlıklarını, obstetrik-jinekolojik özelliklerini ve anksiyete ve depresyon ile ilişkili olabilecek risk faktörlerini belirlemeye yönelik geliştirilen Anket Formu (Ek-1), gebelerin anksiyete belirtilerini değerlendirmek amacıyla Beck Anksiyete Ölçeği (Ek-2) ve depresyon belirtilerini değerlendirmek amacıyla Beck Depresyon Ölçeği (Ek-3) kullanıldı. Yaşam kalitesi, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek-4) ile değerlendirildi.

3.4.1.1. Anket Formu (Ek-1)

Anket formu araştırmacı tarafından hazırlanmış 33 sorudan oluşan formdur. Bu formda gebelerin bazı sosyo-demografik özelliklerine, genel sağlık durumu ve alışkanlıklarına, obstetrik-jinekolojik özelliklerine ve psikososyal faktörlere ilişkin bilgilere yer verildi.

Sosyo-demografik özelliklerle ilgili bölümde kadınların yaşları, öğrenim durumları, çalışma durumları, eşin öğrenim durumu ve eşin çalışma durumu, aylık gelir durumu, aile tipi ve evlilik süresi gibi sorular yer aldı. Çalışmamızda aylık gelir düzeyi kadınların kendi algılarına göre iyi, orta, kötü olarak sınıflandırıldı.

Genel sağlık durumu ve alışkanlıklarına ilişkin özelliklerde sigara içme durumu, alkol tüketimi ve kronik hastalık varlığına ait sorular yer aldı. Araştırmada bir hekim tarafından tanı koyulmuş olması şartı aranarak tıbbi hastalık varlığı sorgulandı.

Obstetrik ve jinekolojik bilgilerine ulaşmak için kadınların infertilite tedavisi, ilk gebelik yaşı, canlı doğum sayısı, ölü doğum öyküsü, düşük öyküsü, küretaj öyküsü, son doğum şekli, gebelik haftası, gebeliği süresince düzenli kontrol varlığı, en son gebeliği ile aralığı, yaşayan çocuk sayısı ve istenilen gebelik olup olmamasına ilişkin sorulara yer verildi.

Gebelerin sosyal ve psikolojik sorunlarına ilişkin verilere ulaşmak için önceden konulmuş hekim tanılı depresyon öyküsü, ailede depresyon öyküsü, eşile sorun yaşama durumu, aile bireyleriyle sorun yaşama

durumu, son 1 yılda üzücü olay varlığı, şiddet öyküsü, sosyal destek varlığı, doğum sonrasında bebek bakımı ile ilgili endişe varlığı gibi sorulara yer verildi.

3.4.1.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (Ek-2)

Beck Depresyon Ölçeği, depresyonun şiddetini ölçmek, tedavi ile olan değişimleri izleyebilmek ve hastalığı tanımlayabilmek amacıyla tasarlanmıştır (Beck vd., 1961). Bu ölçek Aeron T. Beck ve arkadaşları (1978) tarafından geliştirilmiş, Hisli (1989) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Teğin (1980) ve Hisli (1989) tarafından yapılan Beck Depresyon Ölçeği karamsarlık, başarısızlık duygusu, doyum almama, suçluluk duyguları, huzursuzluk, yorgunluk, iştah azalması, kararsızlık, uyku bozukluğu, sosyal çekilme gibi depresif belirtilere ilişkin 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin altında 4 kendini değerlendirme cümlesi bulunmaktadır. Her madde depresyon şiddetine göre sırasıyla 0, 1, 2, 3 şeklinde puanlanan dördümlü Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. 21 maddenin toplamında 0-63 puan elde edilir ve toplam skorun artması depresif semptomların da arttığını gösterir. Türk toplumu için kesme puanı genel olarak 17 kabul edilmektedir (Beck, 1961; Hisli, 1989; Kılınc & Torun, 2011).

Beck Depresyon Ölçeğinin puanlama kriterleri şöyledir:

0-9 puan = Depresif belirtiler yok

10-16 puan = Hafif düzeyde depresif belirtiler

17-29 puan = Orta düzeyde depresif belirtiler

30-63 puan = Şiddetli düzeyde depresif belirtiler, şeklinde yorumlanmaktadır (Ayvaz vd., 2006; Kılınc & Torun, 2011).

3.4.1.3. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) (Ek-3)

Beck Anksiyete Ölçeği, bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmektedir. Ölçek Aeron T.Beck (1988) tarafından geliştirilmiş olup, ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır. 21 maddeden oluşan ve her madde 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. 21 maddenin toplamında 0-63 puan elde edilir ve toplam skorun artması anksiyete semptomlarının da arttığını gösterir. Beck Anksiyete Ölçeği'ndeki maddelerde anksiyetenin subjektif, somatik ve panikle ilgili belirtileri tarif edilmektedir.

Beck Anksiyete Ölçeği puanlama kriterleri şöyledir:

0-7 puan: Anksiyete belirtileri yok.

8-15 puan: Hafif düzeyde anksiyete

16-25 puan: Orta düzeyde anksiyete

26-63 puan: Şiddetli düzeyde anksiyete şeklindedir (Ulusoy, Şahin & Erkmen, 1998; Güleç, Sayar & Özkorumak, 2005; Şahin, 2015).

3.4.1.4. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek-4)

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Ware tarafından 1987 yılında, klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve genel popülasyon incelemelerinde kullanılmak üzere düzenlenmiş bireysel bir değerlendirme ölçeğidir. Herhangi bir yaş, hastalık veya tedavi grubuna özgü değildir ve jenerik ölçütler içerisinde en yaygın kullanılanıdır (Başaran, Güzel & Sarpel, 2005). Ölçeğin Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirliği 1999 yılında Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Koçyiğit, Aydemir, Fişek, Ölmez & Memiş, 1999).

Ölçek 36 maddeden oluşmaktadır ve bunlar 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır; fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlaması (4 madde) emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde) (Ware & Sherbourne, 1992).

Ölçekte yer alan tüm ifadeler son 4 hafta göz önüne alınarak değerlendirilir. SF-36 her sağlık alanının puanı yükseldikçe sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi artacak şekilde planlanmıştır. Ölçek yalnızca tek bir toplam puan vermek yerine her bir alt ölçek için ayrı ayrı puan vermektedir ve puanlar 0-100 arasında değişmektedir. 100 puan iyi sağlık durumunu gösterirken, 0 puan kötü sağlık durumunu göstermektedir. Ölçek ile hem yaşam kalitesinin tüm alt boyutları hem de global olarak yaşam kalitesi değerlendirilebilir. Alt ölçeklerin puanları 0 ile 100 arasında değişmektedir ve yüksek puan iyi sağlık durumunu göstermektedir (Başaran, Güzel & Sarpel, 2005; Nicholson vd., 2006).

3.4.2. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Veri toplama formunun uygulanması 01 Haziran 2010 – 01 Ekim 2010 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Veri toplama formları uygulanmadan önce kişilere çalışmanın amacı ile ilgili bilgi verildi, sözlü ve yazılı onamları alındı (Ek-7). Araştırma verileri Evliya Çelebi Devlet Hastanesine başvuran ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan gebeler ile yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı. Veri toplama aşamasında bir kişiyle görüşme ortalama 20-25 dakika sürdü.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Biyoistatistik Anabilim Dalı'nda Statistical Package For Social Science (SPSS) 21.0 paket programı kullanılarak değerlendirildi. Sürekli veriler Ortalama \pm Standart Sapma olarak verilmiştir. Kategorik veriler ise yüzde (%) olarak verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğunun araştırılmasında Shapiro Wilk testinden yararlanılmıştır. Normal dağılıma uygunluk göstermeyen grupların karşılaştırılmasında, grup sayısı iki olan

durumlar için Mann-Whitney U testi, grup sayısı üç ve üzerinde olan durumlar için Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır. Değişkenler arası ilişkinin (korelasyon) yönü ve büyüklüğünün belirlenmesi normal dağılıma uygunluk göstermeyen değişkenler için Spearman korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. İstatistiksel önemlilik için $p < 0.05$ değeri kriter kabul edilmiştir.

3.6.Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'na başvuruldu ve 2010/264 sayılı etik kurul onayı alındı (Bkz. Ek-5). Ayrıca Evliya Çelebi Devlet Hastanesi'nde araştırma yapılabilmesi için Kütahya Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alındı (Bkz. Ek-6).



4.BULGULAR

Bu bölümde gebelikte depresyon ve anksiyete düzeylerini belirlemek ve gebelikte depresyon ve anksiyetenin yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla 550 gebe ile yapılan çalışmamızdan elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.1- Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş		
19 ve altı	22	4.0
20-34	483	87.8
35 ve üzeri	45	8.2
Öğrenim Durumu		
İlkokul ve altı	166	30.2
Ortaokul	124	22.6
Lise	157	28.5
Üniversite	103	18.7
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	127	23.1
Çalışmıyor	423	76.9
Sosyal Güvence Varlığı		
Var	545	99.1
Yok	5	0.9
Aylık Gelir Durumu		
İyi	232	42.2
Orta	302	54.9
Kötü	16	2.9
Aile Tipi		
Çekirdek	452	82.2
Geniş	98	17.8
Evlilik Süresi		
≤5 Yıl	381	69.3
6-10 Yıl	113	20.5
11-15 Yıl	51	9.3
≥16 Yıl	5	0.9
Toplam	550	100.0

Tablo 4.1’de araştırma kapsamına alınan gebelerin bazı sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımlarına yer verilmiştir. Çalışma grubunu oluşturan gebelerin yaşları 17-41 yaş arasında değişmekte olup yaş ortalaması 26.74 ± 4.91 yıldır. Gebelerin öğrenim durumları incelendiğinde, %30.2’sinin ilkokul ve altı, %22.6’sının ortaokul, %28.5’inin lise ve %18.7’sinin ise üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir. Gebelerin %76.9’unun gelir getiren herhangi bir işte çalışmadığı saptanmıştır. Çalışmaya alınan gebelerin sosyal güvenceye sahip olma oranı %99.1 bulunmuştur. Gebelerin %61.6’sı sosyal güvencesinin Sosyal

Güvenlik Kurumu olduğunu belirtmiştir. Gebelerin %54.9'u aylık gelir durumlarını orta düzeyde tanımlamaktadır. Çalışma kapsamına alınan gebelerin %82.2'sinin çekirdek aile tipine sahip olduğu görülmektedir. Gebelerin evlilik süreleri 0-18 yıl arasında değişmekte olup ortalama evlilik süresi 4.57±3.93 yıldır.

Tablo 4.2- Gebelerin Eşlerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Eşinin Öğrenim Durumu		
İlkokul ve altı	84	15.27
Ortaokul	100	18.18
Lise	215	39.09
Üniversite	151	27.46
Eşinin Çalışma Durumu		
Çalışıyor	536	97.5
Çalışmıyor	14	2.5
Toplam	550	100.0

Tablo 4.2'de araştırma kapsamına alınan gebelerin eşlerinin bazı sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımlarına yer verilmiştir. Çalışma grubunu oluşturan gebelerin eşlerinin %15.27'sinin ilkokul ve altı, %18.18'inin ortaokul, %39.09'unun lise ve %27.46'sinin da üniversite öğrenim düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Gebelerin eşlerinin %2.5'inin gelir getiren herhangi bir işte çalışmadığı saptanmıştır.

Tablo 4.3- Gebelerin Genel Sağlık Durumu ve Alışkanlıklarına Göre Dağılımı

Genel Sağlık Durumu ve Alışkanlıklara Ait Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sigara İçme Durumu		
İçiyor	95	17.3
İçmiyor	455	82.7
Alkol Tüketimi		
Tüketiyor	5	0.9
Tüketmiyor	545	99.1
Kronik Hastalık		
Var	29	5.3
Yok	521	94.7
Toplam	550	100.0

Tablo 4.3'te araştırma kapsamına alınan gebelerin genel sağlık durumu ve alışkanlıklarına ait dağılımlarına yer verilmiştir. Çalışmaya katılan gebelerin %5.3'ünün kronik bir hastalığının olduğu bulundu. Kronik hastalıkların 12'si diabet, 8'i guatr, 5'i hipertansiyon ve 4'ü diğer bazı hastalıklar (anemi, depresyon, lupus) idi. Gebelerin %0.9'u alkol tükettiğini ve %17.3'ü gebeliğinde sigara içtiğini belirtti.

Tablo 4.4- Gebelerin Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklere Göre Dağılımı

Obstetrik ve Jinekolojik Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
İnfertilite Tedavisi		
Var	32	5.8
Yok	518	94.2
İlk Gebelik Yaşı		
≤19	72	13.09
20-34	466	84.73
≥35	12	2.18
Canlı Doğum Sayısı		
0	348	63.27
1	164	29.82
2	35	6.36
3 ve üzeri	3	0.55
Ölü Doğum Öyküsü		
Var	20	3.6
Yok	530	96.4
Düşük Öyküsü		
Var	100	18.2
Yok	450	81.8
Küretaj Öyküsü		
Var	62	11.3
Yok	488	88.7
Son Doğum Şekli (n=208)*		
Vajinal	117	56.2
Sezaryen	91	43.8
Gebelik Haftası		
1. Trimester(≤12)	85	15.5
2. Trimester(13-24)	132	24.0
3. Trimester(≥25)	333	60.5
Düzenli Kontrol Varlığı		
Var	393	71.5
Yok	157	28.5
En Son Gebeliği ile Aralığı (n=260)**		
2 yıldan az	88	33.85
2 yıl ve üzeri	172	66.15
Yaşayan Çocuk Sayısı		
0	352	64.0
1	165	30.0
2	30	5.45
3 ve üzeri	3	0.55
İstenilen Gebelik		
Evet	523	95.1
Hayır	27	4.9
Toplam	550	100.0

*Daha önce doğum yapmış olan gebelerin sayısı (n=208)

**Daha önceden gebelik deneyimlemiş gebelerin sayısı (n=260)

Tablo 4.4'te çalışma grubunu oluşturan gebelerin obstetrik ve jinekolojik özelliklere göre dağılımları görülmektedir. Gebelerin %5.8'inin infertilite tedavisi gördüğü belirlendi. Çalışmaya katılan gebelerin ilk gebelik yaşı 15-41 yaş arasında değişmekte olup yaş ortalaması 23.89 ± 4.32 yıl olarak bulundu. Çalışmada gebelerin %63.27'sinin canlı doğumu yoktu. Gebelerin %3.6'sında ölü doğum öyküsü, %18.2'sinde düşük öyküsü ve %11.3'ünde küretaj öyküsü vardı. Araştırma kapsamına alınan gebelerin %43.8'inin son doğum şekli sezaryen doğumdu. Gebelerin %71.3'ü gebeliği süresince düzenli kontrollere gittiğini belirtti. Araştırma kapsamına alınan gebelerin çoğunluğunun (%60.5) 3.trimesterde olduğu görülmektedir. Çalışmaya alınan gebelerin son gebelik aralıkları 0-15 yıl arasında değişmekte olup ortalama gebelik aralığı 4.35 ± 3.17 yıl idi. Çalışmada gebelerin yaşayan çocuk sayısı en az 0 en çok 3 olup ortalama yaşayan çocuk sayısı 1.18 ± 0.42 olarak bulunmuştur. Gebelerin %95.1'i gebeliklerini istediklerini belirtmiştir.

Tablo 4.5- Gebelerin Psikososyal Faktörlere Göre Dağılımı

Psikososyal Faktörler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Önceden Konulmuş Hekim Tanılı Depresyon Öyküsü		
Var	32	5.8
Yok	518	94.2
Ailede Depresyon Öyküsü		
Var	55	10.0
Yok	495	90.0
Eşyle Sorun Yaşama Durumu		
Var	14	2.5
Yok	536	97.5
Aile Bireyleri ile Sorun Yaşama Durumu		
Var	35	6.4
Yok	515	93.6
Son 1 Yılda Üzücü Olay Varlığı		
Var	68	12.4
Yok	482	87.6
Şiddet Öyküsü		
Var	9	1.6
Yok	541	98.4
Sosyal Destek		
Var	392	71.3
Yok	158	28.7
Bebek Bakımı ile İlgili Endişe		
Var	158	28.7
Yok	392	71.3
Toplam	550	100.0

Tablo 4.5'te çalışma grubunu oluşturan gebelerin psikososyal faktörlere göre dağılımlarına yer verilmiştir. Çalışmaya alınan gebelerin %5.8'inde önceden konulmuş depresyon öyküsü varken, %10'un da ailesinde depresyon öyküsü vardı. Gebelerin %2.5'i eşiyile, %6.4'ü diğer aile bireyleri ile sorun yaşadığını belirtmiştir. Son 1 yılda üzücü bir olay yaşadığını belirten gebelerin oranı %12.4'tür. Çalışmaya alınan gebelerin %1.6'sı gebeliklerinde şiddete uğramıştır. Araştırma kapsamına alınan gebelerin %71.3'ü sosyal destek varlığından söz etmiş olup %28.7'si bebek bakımı ile ilgili endişeleri olduğunu belirtmiştir.

Tablo 4.6- Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği Medyan Değerlerine Göre Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı (n)	Beck Depresyon Ölçeği		Beck Anksiyete Ölçeği	
		Medyan (Q1-Q3)	P	Medyan (Q1-Q3)	P
Yaş					
19 ve altı	22 (4.0)	14.00 (7.75-20.75)	0.051	19.00 (6.50-23.00)	0.210
20-34	483 (87.8)	8.00 (4.00-13.00)		13.00 (7.00-18.00)	
35 ve üzeri	45 (8.2)	9.00 (3.50-13.00)		11.00 (7.00-20.00)	
Öğrenim Durumu					
İlkokul ve altı	166 (30.2)	11.00 (5.00-16.00)	<0.001	11.00 (7.00-18.00)	<0.001
Ortaokul	124 (22.6)	9.00 (6.00-15.00)		16.50 (10.00-22.00)	
Lise	157 (28.5)	7.00 (4.00-11.00)		13.00 (6.00-18.00)	
Üniversite	103 (18.7)	4.00 (2.00-10.00)		11.00 (4.00-17.00)	
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	127 (23.1)	6.00 (2.00-12.00)	<0.001	12.00 (5.00-16.00)	0.007
Çalışmıyor	423 (76.9)	9.00 (5.00-15.00)		13.00 (7.00-20.00)	
Sosyal Güvence Varlığı					
Var	545 (99.1)	8.00 (4.00-13.50)	0.624	13.00 (7.00-19.00)	0.368
Yok	5 (0.9)	14.00 (3.00-17.00)		15.00 (11.50-23.00)	
Aylık Gelir Durumu					
Kötü	16 (2.9)	12.00 (11.00-20.75)	<0.001	14.00 (9.25-24.50)	0.503
Orta	302 (54.9)	9.00 (5.00-15.00)		12.00 (7.00-19.00)	
İyi	232 (42.2)	7.00 (3.00-11.00)		13.00 (7.00-19.00)	

Tablo 4.6.(Devam ediyor)

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı (n)	Beck Depresyon Ölçeği		Beck Anksiyete Ölçeği	
		Medyan (Q1-Q3)	p	Medyan (Q1-Q3)	p
Aile Tipi					
Çekirdek	452 (82.2)	7.00 (4.00-13.00)	<0.001	12.00 (7.00-18.00)	0.088
Geniş	98 (17.8)	11.00 (6.00-17.00)		14.00 (8.00-20.00)	
Evlilik Süresi					
≤5	381 (69.3)	8.00 (4.00-13.00)	0.248	13.00 (7.00-20.00)	0.057
6-10	113 (20.5)	8.00 (3.50-13.50)		11.00 (7.50-17.00)	
11-15	51 (9.3)	10.00 (6.00-16.00)		12.00 (6.00-15.00)	
≥16	5 (0.9)	3.00 (2.00-14.00)		9.00 (4.00-12.50)	

Tablo 4.6’da gebelerin sosyo-demografik özelliklerinin beck depresyon ölçeği ve beck anksiyete ölçeği medyan değerlerine göre dağılımı yer almaktadır.

Çalışmamızda yaş, sosyal güvence varlığı ve evlilik süresi ile BDÖ medyan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (her biri için; $p>0.05$). Bunun yanında, gebelerin öğrenim durumları ile BDÖ medyan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuş olup gebelerin öğrenim düzeyi arttıkça BDÖ medyan değerlerinde düşme gözlenmiştir ($p<0.001$). Gebelerin çalışma durumu ile BDÖ medyan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Çalışmayan gebelerin BDÖ medyan değerleri çalışan gebelere göre daha yüksektir. Çalışmamızda aylık gelir durumlarını kötü düzeyde tanımlayan gebelerin BDÖ medyan değerleri, iyi ve orta düzeyde tanımlayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.001$). Ayrıca gebelerin aile tipi ile BDÖ medyan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p<0.001$). Geniş ailede yaşayan gebelerde BDÖ medyan değerleri çekirdek ailede yaşayanlara göre daha yüksektir.

Çalışmamızda yaş, aylık gelir durumu, sosyal güvence varlığı, aile tipi ve evlilik süresi gibi sosyo-demografik özelliklerle BAÖ medyan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (her biri için; $p>0.05$). Diğer taraftan öğrenim durumu ile BAÖ medyan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Üniversite mezunu olan gebelerin BAÖ medyan değerleri diğer gruplara göre daha düşük bulunmuştur. Çalışma durumu ile BAÖ medyan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Çalışmayan gebelerin BAÖ medyan değerleri, çalışan gebelere göre daha yüksektir.

Tablo 4.7- Gebelerin Eşlerinin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği Medyan Değerlerine Göre Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı (n)	Beck Depresyon Ölçeği		Beck Anksiyete Ölçeği	
		Medyan (Q1-Q3)	p	Medyan (Q1-Q3)	p
Eşinin Öğrenim Durumu					
İlkokul ve altı	84 (15.27)	11.00 (7.25-17.00)	<0.001	15.00 (10.00-21.75)	<0.001
Ortaokul	100 (18.18)	9.00 (5.25-13.75)		15.00 (8.25-20.00)	
Lise	215 (39.09)	9.00 (4.00-14.00)		12.00 (7.00-18.00)	
Üniversite	151 (27.46)	5.00 (2.00-10.00)		11.00 (4.00-16.00)	
Eşinin Çalışma Durumu					
Çalışıyor	536 (97.5)	8.00 (4.00-13.00)	0.049	13.00 (7.00-19.00)	0.855
Çalışmıyor	14 (2.5)	14.00 (6.50-22.00)		10.00 (7.00-22.00)	

Tablo 4.7’de gebelerin eşlerinin sosyo-demografik özelliklerine göre BDÖ ve BAÖ medyan değerlerine yer verilmiştir. İlgili tablo incelendiğinde; eşleri üniversite mezunu olan gebelerin BDÖ ve BAÖ medyan değerleri daha düşük bulunmuştur ($p < 0.001$). Eşlerinin çalışma durumlarına bakıldığında BDÖ medyan değerleri ile eşin çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olup eşi çalışan gebelerin BDÖ medyan değerlerinin daha düşük olduğu görülmüştür ($p < 0.05$). Eşlerinin çalışma durumu ile BAÖ medyan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p > 0.05$).

Tablo 4.8- Gebelerin Genel Sağlık Durumları ve Alışkanlıklarının Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği Medyan Değerlerine Göre Dağılımı

Genel Sağlık Durumu ve Alışkanlıklara Ait Özellikler	Sayı (n)	Beck Depresyon Ölçeği		Beck Anksiyete Ölçeği	
		Medyan (Q1-Q3)	p	Medyan (Q1-Q3)	p
Sigara İçme Durumu					
İçiyor	95 (17.3)	9.00 (6.00-15.00)	0.063	13.00 (10.00-20.00)	0.167
İçmiyor	455 (82.7)	8.00 (4.00-13.00)		12.00 (6.00-18.00)	
Alkol Tüketimi					
Tüketiyor	5 (0.9)	8.00 (4.00-14.00)	0.633	11.00 (10.00-44.00)	0.287
Tüketmiyor	545 (99.1)	4.00 (0.00-29.00)		13.00 (7.00-19.00)	
Kronik Hastalık Varlığı					
Var	29 (5.3)	10.00 (5.00-13.50)	0.556	9.00 (4.00-17.50)	0.049
Yok	521 (94.7)	8.00 (4.00-14.00)		13.00 (7.00-19.00)	

Tablo 4.8’de gebelerin genel sağlık durumları ve alışkanlıklarına göre BDÖ ve BAÖ medyan değerleri yer almaktadır. Gebelerin sigara içme durumu ve alkol tüketimi ile BDÖ ve BAÖ medyan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (her biri için; $p>0.05$). Diğer taraftan kronik hastalık varlığı ile BDÖ medyan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamazken ($p>0.05$); BAÖ medyan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Herhangi bir kronik hastalığa sahip gebelerin BAÖ medyan değerleri daha düşüktür.

Tablo 4.9- Gebelerin Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerinin Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği Medyan Değerlerine Göre Dağılımı

Obstetrik ve Jinekolojik Özellikler	Sayı (n)	Beck Depresyon Ölçeği		Beck Anksiyete Ölçeği	
		Medyan (Q1-Q3)	P	Medyan (Q1-Q3)	P
İnfertilite Tedavisi					
Var	32 (5.8)	13.00 (9.00-17.00)	0.003	17.00 (9.00-21.00)	0.123
Yok	518 (94.2)	8.00 (4.00-13.00)		12.00 (7.00-18.00)	
İlk Gebelik Yaşı					
≤19	72 (13.1)	9.50 (5.00-17.00)	0.058	13.00 (5.00-20.00)	0.532
20-34	466 (84.7)	9.00 (4.50-15.00)		12.00 (7.00-20.00)	
≥35	12 (2.2)	7.00 (3.00-11.00)		13.00 (7.00-18.00)	
Canlı Doğum Sayısı					
0	348 (63.27)	7.00 (4.00-13.00)	0.024	13.00 (7.00-19.00)	0.496
1	164 (29.82)	9.00 (4.00-14.75)		11.50 (6.00-18.00)	
2	35 (6.36)	11.00 (6.00-17.00)		13.00 (8.00-18.00)	
3 ve üzeri	3 (0.55)	15.00 (12.00-15.00)		7.00 (3.00-7.00)	
Ölü Doğum Öyküsü					
Var	20 (3.6)	15.00 (8.00-17.75)	0.004	12.00 (8.25-23.75)	0.480
Yok	530 (96.4)	8.00 (4.00-13.00)		13.00 (7.00-19.00)	
Düşük Öyküsü					
Var	100 (18.2)	8.50 (3.00-14.50)	0.928	14.00 (8.00-19.75)	0.302
Yok	450 (81.8)	8.00 (4.00-14.00)		12.00 (7.00-19.00)	
Küretaj Öyküsü					
Var	62 (11.3)	9.00 (3.75-17.25)	0.357	12.00 (8.00-20.00)	0.747
Yok	488 (88.7)	8.00 (4.00-13.00)		13.00 (7.00-18.75)	

Tablo 4.9.(Devam ediyor)

Obstetrik ve Jinekolojik Özellikler	Sayı (n)	Beck Depresyon Ölçeği		Beck Anksiyete Ölçeği	
		Medyan (Q1-Q3)	p	Medyan (Q1-Q3)	p
Son Doğum Şekli (n=208)					
Vajinal	117 (56.2)	9.00 (5.00-15.00)	0.948	11.00 (6.00-18.00)	0.956
Sezaryen	91 (43.8)	9.00 (3.00-17.00)		12.00 (6.00-18.00)	
Gebelik Haftası					
1.Trimester(≤12)	85 (15.5)	8.00 (2.00-14.50)	0.010	9.00 (5.00-15.00)	<0.001
2.Trimester(13-24)	132 (24.0)	7.00 (4.00-11.00)		9.00 (5.00-17.00)	
3.Trimester(≥25)	333 (60.5)	9.00 (5.00-15.00)		14.00 (9.00-20.00)	
Düzenli Kontrol Varlığı					
Var	393 (71.5)	9.00 (5.00-14.00)	0.001	13.00 (8.00-19.00)	0.004
Yok	157 (28.5)	6.00 (3.00-12.00)		10.00 (6.00-17.00)	
Önceki Gebeliği ile Aralığı (n=260)					
2 yıldan az	88 (33.85)	7.00 (4.00-13.00)	0.028	13.00 (7.00-19.00)	0.159
2 yıl ve üzeri	172 (66.15)	10.00 (4.25-15.00)		12.00 (6.00-18.00)	
Yaşayan Çocuk Sayısı					
0	352 (64.0)	7.00 (4.00-13.00)	0.019	13.00 (7.00-19.00)	0.414
1	165 (30.0)	9.00 (4.00-14.50)		11.00 (6.00-18.00)	
2	30 (5.45)	11.00 (6.00-19.00)		13.00 (8.00-18.00)	
3 ve üzeri	3 (0.55)	15.00 (12.00-15.00)		7.00 (3.00-7.00)	
Gebeliğin İstenme Durumu					
İstenen Gebelik	523 (95.1)	8.00 (4.00-14.00)	0.205	13.00 (7.00-18.00)	0.191
İstenmeyen Gebelik	27 (4.9)	10.00 (6.00-16.00)		13.00 (9.00-20.00)	

Tablo 4.9’da gebelerin obstetrik ve jinekolojik özelliklerine göre BDÖ ve BAÖ medyan değerlerine yer verilmiştir. İlgili tablo incelendiğinde; ilk gebelik yaşı, düşük öyküsü, küretaj öyküsü, son doğum şekli ve gebeliğin istenme durumu gibi obstetrik ve jinekolojik özellikleri ile BDÖ medyan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (her biri için; $p>0.05$).

Çalışmamızda infertilite tedavisi görme durumu ile BDÖ medyan değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Daha önce infertilite tedavisi gören gebelerin medyan değerlerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Canlı doğum sayısı ile BDÖ

medyan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuş olup üç ve üzeri doğum yapan gebelerin BDÖ medyan değerleri daha yüksektir ($p<0.05$). Ölü doğum öyküsü ile BDÖ medyan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Ölü doğum öyküsü olan gebelerin BDÖ medyan değerleri daha yüksek bulunmuştur. Gebelerin gebelik haftalarına bakıldığında ikinci trimesterdeki gebelerin BDÖ medyan değerlerinin birinci ve üçüncü trimesterdeki gebelere göre daha düşük olduğu görölmüştür ($p<0.05$). Gebeliği süresince düzenli kontrollere gitme durumu ile BDÖ medyan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görölmüştür ($p<0.05$). Gebeliğinde düzenli bir şekilde kontrollerine giden gebelerin BDÖ medyan değerlerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Önceki gebeliği ile aralığı ve BDÖ medyan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görölmüştür ($p<0.05$). Önceki gebeliği ile aralığı 2 yıl ve üzeri olan gebelerin BDÖ medyan değerleri daha yüksektir. Çalışmamızda yaşayan çocuk sayısı ile BDÖ medyan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Üç ve daha fazla yaşayan çocuğu olan gebelerin BDÖ medyan değerleri daha yüksek bulunmuştur.

Gebelerin obstetrik ve jinekolojik özellikleri ile BAÖ medyan değerlerinin yer aldığı tabloya bakıldığında gebelik haftası ile BAÖ medyan değerleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$). Buna göre üçüncü trimesterdeki gebelerin BAÖ medyan değerleri daha yüksek bulunmuştur. Gebeliği süresince düzenli kontrollere gitme durumu ile BAÖ medyan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olup düzenli kontrollere giden gebelerin BAÖ medyan değerleri gebelik kontrollerine düzenli bir şekilde gitmeyen gebelere göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Gebelik haftası ve düzenli kontrollere gitme durumu dışında tabloda belirtilen diğer özellikler ile BAÖ medyan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.10- Gebelerin Psikososyal Özelliklerinin Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği Medyan Değerlerine Göre Dağılımı

Psikososyal Faktörler	Sayı (n)	Beck Depresyon Ölçeği		Beck Anksiyete Ölçeği	
		Medyan (Q1-Q3)	p	Medyan (Q1-Q3)	p
Önceden Konulmuş Hekim Tanılı Depresyon Öyküsü					
Var	32 (5.8)	15.50 (7.75-25.75)	<0.001	18.50 (8.00-23.50)	0.036
Yok	518 (94.2)	8.00 (4.00-13.00)		12.00 (7.00-18.00)	
Ailede Depresyon Öyküsü					
Var	55 (10.0)	11.00 (4.00-17.00)	0.008	18.00 (8.00-22.00)	0.005
Yok	495 (90.0)	8.00 (4.00-13.00)		12.00 (7.00-18.00)	
Eşyle Sorun Yaşama Durumu					
Var	14 (2.5)	16.50 (9.75-21.75)	0.017	16.50 (10.00-20.00)	0.106
Yok	536 (97.5)	8.00 (4.00-13.00)		12.00 (7.00-18.75)	
Aile Bireyleri ile Sorun Yaşama Durumu					
Var	35 (6.4)	13.00 (8.00-16.00)	0.005	13.00 (9.00-17.00)	0.380
Yok	515 (93.6)	8.00 (4.00-13.00)		12.00 (7.00-19.00)	
Son 1 Yılda Üzücü Olay Varlığı					
Var	68 (12.4)	13.00 (9.00-19.00)	<0.001	14.00 (9.00-21.00)	0.032
Yok	482 (87.6)	7.00 (4.00-13.00)		12.00 (6.75-18.00)	
Şiddet Öyküsü					
Var	9 (1.6)	22.00 (12.00-41.50)	0.001	16.00 (5.00-27.00)	0.506
Yok	541 (98.4)	8.00 (4.00-13.00)		13.00 (7.00-19.00)	
Sosyal Destek					
Var	392 (71.3)	8.00 (4.00-13.00)	0.107	11.00 (6.00-18.00)	0.001
Yok	158 (28.7)	9.00 (5.00-15.25)		14.00 (9.00-20.00)	
Bebek Bakımı ile İlgili Endişe					
Var	158 (28.7)	11.00 (4.00-16.00)	0.005	14.50 (7.75-21.00)	0.010
Yok	392 (71.3)	8.00 (4.00-12.00)		12.00 (7.00-18.00)	

Tablo 4.10'da gebelerin psikososyal özelliklerine göre BDÖ ve BAÖ medyan değerleri verilmiştir. Çalışmamızda daha önce tanı konulmuş depresyon öyküsü ile BDÖ medyan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < 0.001$). Daha önce tanı konulmuş depresyon öyküsü olan gebelerin depresyon öyküsü olmayanlara göre BDÖ medyan değerleri daha yüksek bulunmuştur. Ailesinde depresyon öyküsü olma

durumu ile BDÖ medyan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Ailesinde depresyon öyküsü olan gebelerin BDÖ medyan değerleri ailesinde depresyon öyküsü olmayan gebelere göre daha yüksektir. Gebelerin eşleriyle sorun yaşama durumu ile BDÖ medyan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Eşleri ile sorun yaşayan gebelerin BDÖ medyan değerleri yaşamayanlara göre daha yüksektir. Aile bireyleriyle sorun yaşama durumları ile BDÖ medyan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup aile bireyleriyle sorun yaşayan gebelerin BDÖ medyan değerleri diğer aile bireyleriyle sorun yaşamayanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Son 1 yılda üzücü olay varlığı ile BDÖ medyan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup son 1 yılda üzücü olay yaşadığını belirten gebelerin BDÖ medyan değerlerinin daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.001$). Çalışmamızda şiddet öyküsü ile BDÖ medyan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Buna göre gebeliğinde şiddet öyküsü olan gebelerin BDÖ medyan değerleri şiddet öyküsü olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bebek bakımıyla ilgili endişe yaşama durumu ile BDÖ medyan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Bebek bakımıyla ilgili endişesi olan gebelerin BDÖ medyan değerleri bebek bakımı ile ilgili endişesi olmayan gebelere göre daha yüksektir. Çalışmamızda sosyal destek varlığı ile BDÖ medyan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

İlgili tabloda gebelerin BAÖ medyan değerlerine bakıldığında; eşiyle sorun yaşama durumu, aile bireyleri ile sorun yaşama durumu ve şiddet öyküsü ile BAÖ medyan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Diğer taraftan daha önce tanı konulmuş depresyon öyküsü ile BAÖ medyan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0.05$). Daha önce tanı konulmuş depresyon öyküsü olan gebelerin depresyon öyküsü olmayanlara göre BAÖ medyan değerleri daha yüksek bulunmuştur. Ailesinde depresyon öyküsü olma durumu ile BAÖ medyan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Ailesinde depresyon öyküsü olan gebelerin BAÖ medyan değerleri ailesinde depresyon öyküsü olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Son 1 yılda üzücü olay varlığı ile BAÖ medyan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Son 1 yılda üzücü olay yaşadığını belirten gebelerin, belirtmeyenlere göre BAÖ medyan değerleri daha yüksektir. Çalışmamızda sosyal destek varlığı ile BAÖ medyan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Sosyal desteği olmadığını belirten gebelerin BAÖ medyan değerleri sosyal desteği olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bebek bakımıyla ilgili endişe yaşama durumu ile BAÖ medyan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Bebek bakımıyla ilgili endişesi olan gebelerin BAÖ medyan değerleri endişesi olmayan gebelere göre daha yüksektir.

Tablo 4.11- Gebelerin Anksiyete Belirtilerinin Derecesine Göre Dağılımı

Anksiyete Belirtilerinin Derecesi	Sayı (n)	Yüzde (%)
Anksiyete belirtileri yok (0-7 puan)	147	26.7
Hafif düzeyde anksiyete (8-15 puan)	198	36.0
Orta düzeyde anksiyete (16-25 puan)	157	28.5
Şiddetli düzeyde anksiyete (26-63 puan)	48	8.7
TOPLAM	550	100.0

Tablo 4.11’de gebelerin %26.7’sinde anksiyete belirtilerinin olmadığı, %36’sında hafif düzeyde, %28.5’inde orta düzeyde ve %8.7’sinde ise şiddetli düzeyde anksiyete belirtisi olduğu saptanmıştır. Ölçekten alınan minimum puan 0, maximum puan 50’dir.

Tablo 4.12- Gebelerin Depresyon Belirtilerinin Derecesine Göre Dağılımı

Depresif Belirtilerin Derecesi	Sayı (n)	Yüzde (%)
Depresif belirti yok (0-9 puan)	314	57.1
Hafif düzeyde depresif belirti (10-16 puan)	142	25.8
Orta düzeyde depresif belirti (17-29 puan)	81	14.7
Şiddetli düzeyde depresif belirti (30-63 puan)	13	2.4
TOPLAM	550	100.0

Tablo 4.12’de gebelerin %57.1’inde depresif belirti olmadığı, %25.8’inde hafif, %14.7’sinde orta ve %2.4’ünde ise şiddetli düzeyde depresif belirtiler olduğu saptanmıştır. Ölçekten alınan minimum puan 0, maximum puan 46’dır.

Tablo 4.13- BDÖ’nde kesme puanı 17 alındığında gebelerde depresyon yaygınlığı

Beck Depresyon Ölçeği (≥17)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Depresyon Var	95	17.3
Depresyon Yok	455	82.7

Tablo 4.13’te BDÖ’ne göre kesme puanı 17 ve üzeri alındığında gebelerin %82.7’sinde depresif belirti olmadığı, %17.3’ünde depresif belirti olduğu görülmüştür.

Tablo 4.14- Gebelerin Beck Depresyon Ölçeği Puanları ile Beck Anksiyete Ölçeği Puanları Arasındaki Korelasyon

Ölçekler/Puan Ortalaması	Ort.±S.S.	Medyan (Q1-Q3)	Min-Max	Pearson Korelasyonu
Beck Depresyon Ölçeği	9.78 ± 7.77	8.00 (4.00-14.00)	0 - 46	r=0.642 p<0.001
Beck Anksiyete Ölçeği	13.52 ± 8.65	13.00 (7.00-19.00)	0 - 50	

BAÖ puan ortalamaları ile BDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ve güçlü bir ilişki bulunmuştur (r=0.642; p<0.001). Buna göre kadınların anksiyete düzeyleri ile depresyon düzeyleri aynı yönde değişim göstermektedir (Tablo 4.14).

Tablo 4.15- Gebelerin Yaşam Kalitesi Alt Ölçeklerinin Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanlarına Göre Dağılımı

SF-36 ALT ALANLARI	Depresyon Puanları (r;p)	Anksiyete Puanları (r;p)
Fiziksel fonksiyon	-,372; <0.001	-,496; <0.001
Fiziksel rol güçlüğü	-,335; <0.001	-,334; <0.001
Emosyonel rol güçlüğü	-,495; <0.001	-,437; <0.001
Enerji/canlılık/vitalite	-,536; <0.001	-,392; <0.001
Ruhsal sağlık	-,548; <0.001	-,566; <0.001
Sosyal işlevsellik	-,428; <0.001	-,472; <0.001
Ağrı	-,385; <0.001	-,495; <0.001
Genel sağlık algısı	-,495; <0.001	-,309; <0.001

Tablo 4.15'te araştırmaya katılan gebelerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puanları ile BDÖ ve BAÖ puanları arasındaki korelasyon değerleri verilmiştir. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puanları ile BDÖ ve BAÖ puanları arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı negatif yönde bir ilişki saptanmıştır (p<0.001). Buna göre, kadınların BDÖ ve BAÖ puanları arttıkça SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği tüm alt boyutlarının puanları düşmekte ve gebelerin yaşam kaliteleri önemli ölçüde etkilenmektedir.

5.TARTIŞMA

Gebelik doğal bir süreç olmakla birlikte gebelik boyunca kadınlarda fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan değişiklikler yaşanır (Özorhan vd., 2014). Bu değişikliklerle birlikte kadınlar gebeliklerinde bazı ruhsal bozukluklar deneyimleyebilmektedirler. Bu bozukluklardan en yaygın görüleni depresyon ve anksiyetedir (Hiremath, 2016). Önemli bir halk sağlığı sorunu olan gebelikte depresyon ve anksiyete tüm dünyada olduğu gibi toplumumuzda da sık bir şekilde görülmektedir. Depresyon ve anksiyete varlığında anne ve bebeğin sağlığının yanında yaşam kalitesi de olumsuz yönde etkilenmektedir (Dağlar & Nur, 2014).

Çalışmamızın araştırma grubunu; Evliya Çelebi Devlet Hastanesine başvuran 550 gebe oluşturmuştur. Bu bölümde; araştırma grubundaki gebelerde anksiyete ve depresyon sıklığı, anksiyete ve depresyon görülme sıklığını etkileyen faktörler ve gebelikte anksiyete ve depresyonun gebelerin yaşam kalitelerini nasıl etkilediği tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan gebelerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; gebelerin çoğunun 20-34 yaş aralığında olduğu (%87.8), ilkokul ve altı eğitime sahip olduğu (%30.2), herhangi gelir getirici bir işte çalışmadığı (%76.9), sosyal güvencesinin olduğu (%99.1), aylık gelir durumunu orta olarak değerlendirdiği (%54.9), çekirdek ailede yaşadığı (%82.2) ve evlilik süresinin 5 yıl ve daha az olduğu (%69.3) saptanmıştır.

Gebelerin eşlerinin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; çoğunun lise öğrenim düzeyine sahip olduğu (%39.09) ve gelir getiren bir işinin olduğu (%97.5) belirlenmiştir.

Genel sağlık durumu ve alışkanlıklarına ilişkin veriler incelendiğinde; gebelerin %82.7'sinin sigara kullanmadığı, %99.1'inin gebeliğinde alkol tüketmediği ve %94.7'sinin herhangi bir kronik rahatsızlığının bulunmadığı belirlenmiştir.

Gebelerin obstetrik ve jinekolojik özellikleri incelendiğinde ise; çoğunluğunun infertilite tedavisi görmediği (%94.2), ilk gebelik yaşının 20-34 yaş aralığında olduğu (%84.73), hiç canlı doğum yapmadığı (%63.27), ölü doğum öyküsünün bulunmadığı (%96.4), düşük öyküsünün olmadığı (%81.8), küretaj öyküsünün olmadığı (%88.7), vajinal doğum yaptığı (%56.2), yarısından fazlasının 3.trimesterde olduğu (%60.5), gebeliği süresince düzenli kontrollere gittiği (%71.5), en son gebeliği ile aralığının 2 yıl ve üzeri olduğu (%66.2), yaşayan çocuğunun olmadığı (%64.0) ve gebeliğini istediği (%95.1) saptanmıştır.

Araştırmaya katılan gebelerin psikososyal faktörlere ilişkin verileri incelendiğinde; çoğunun geçmişte depresyon öyküsü olmadığı (%94.02), ailesinde depresyon öyküsünün olmadığı (%90.0), eşiyile sorunlar

yaşamadığı (%97.5), diğer aile bireyleri ile sorun yaşamadığı (%93.6), son 1 yıl içerisinde üzücü bir olay yaşamadığı (%87.6), gebeliğinde şiddet görmediği (%98.4), sosyal desteğinin olduğu (%71.3) ve bebeğin bakımı ile ilgili endişesinin olmadığı (%71.3) belirlenmiştir.

Çalışmamızda gebelerin **Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalaması** 13.52 ± 8.65 bulunmuş olup **anksiyete belirti düzeylerine** göre gebelerin %26.7'sinde anksiyete belirtisi olmadığı, %36'sında hafif, %28.5'inde orta ve %8.7'sinde şiddetli düzeyde anksiyete belirtileri olduğu saptanmıştır (Tablo 4.11) (Tablo 4.13). Sevil ve arkadaşları Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği kullanarak (kesme noktası=10) yürüttükleri çalışmalarında anksiyete puan ortalamasını 10.26 ± 4.21 bulmuştur (Sevil vd., 2004). Vırit ve arkadaşlarının Durumluluk kaygı ölçeği kullanarak yürüttükleri çalışmada gebelerin durumluluk kaygı ölçeği puan ortalaması 40.10 ± 4.24 (hafif düzeyde kaygı) bulunmuştur (Vırit vd., 2008). Arslan ve arkadaşları çalışmaya katılan gebelerin ortalama anksiyete puanını 7.98 ± 4.05 olarak saptamıştır (Arslan vd., 2011). Dağlar ve Nur, Beck Anksiyete Ölçeği ile yaptıkları çalışmada anksiyete puan ortalamasını 19.2 ± 10.1 (orta düzeyde anksiyete) olarak bulmuşlardır (Dağlar & Nur, 2014). Gebelerde anksiyete belirtilerinin düzeylerine yönelik çalışmalar incelendiğinde Vırit ve arkadaşlarının Durumluluk kaygı ölçeği kullanarak yürüttükleri çalışmalarında kaygısı olmayan gebelerin oranı %17.3, hafif kaygı taşıyan gebelerin oranı %47.1 ve yüksek düzeyde kaygı taşıyan gebelerin oranı ise %35.6 bulunmuştur (Vırit vd., 2008). Anksiyete puan ortalamalarındaki farklılığın sebebi kültürel özelliklerle ilgili olabilir, çünkü farklı kültürlerde aile yapıları ve birey-çevre etkileşimleri farklı özellikler göstermektedir. Bu sonuçta gebelerin kişisel özellikleri de etkili olmuş olabilir. Literatürde kendine güvenli, olaylara pozitif bakan, sosyal destekleri güçlü olan gebelerin anksiyete ile daha iyi başederken kendini çaresiz hisseden ve sosyal desteği zayıf olan gebelerin anksiyete ile başetme konusunda yetersiz oldukları ifade edilmektedir. Problem çözme becerisi yüksek bireyler sorunlarla başetmede daha kolay yol alabilmektedir. Çalışma sonuçları anksiyetenin gebelikte önemli bir sorun olduğunu ortaya koymaktadır ancak ölçüm araçlarındaki farklılık sebebi ile dağılımlar farklılık göstermiş olabilir.

Sevil ve arkadaşları Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (kesme puanı=7) kullandıkları çalışmalarında depresyon puan ortalamasını 7.92 ± 4.17 bulmuştur (Sevil vd., 2004). Arslan ve arkadaşlarının bir hastanenin polikliniğine başvuran 452 gebe ile yaptıkları çalışmalarında gebelerin ortalama depresyon puanı 6.58 ± 3.79 olarak bulunmuştur (Arslan vd., 2011). Lee ve arkadaşları Çinli gebeler ile Beck Depresyon Ölçeği kullanarak yaptıkları çalışmalarında ortalama değeri 7.5 bulmuşlardır. Aynı çalışmada ortalama değer diğer çalışmalara göre düşük çıkmasını Çin inanışlarına bağlamışlardır (Lee vd., 2004). Meireles ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarında gebelerin BDÖ puan ortalamasını 10.46 ± 8.84 bulmuşlardır (Meireles vd., 2017). Eryılmaz'ın yaptığı çalışmada gebelerde

BDÖ puan ortalaması 12.8 ± 9.81 olarak bildirilmiştir (Eryılmaz, 2017). Bizim çalışmamızda gebelerin **Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması** 9.78 ± 7.77 (depresif belirti yok) bulunmuştur. Bu sonuca göre gebelerimizde çoğunlukla (%57.1) depresif belirtilerin olmadığı, %25.8'inde hafif, %14.7'sinde orta ve %2.4'ünde de şiddetli düzeyde depresif belirti olduğu saptanmıştır (Tablo 4.12) (Tablo 4.13). **Gebelerde depresyon belirtilerinin düzeylerine** yönelik çalışmalar incelendiğinde ise Aktaş ve arkadaşları çalışmalarında gebelerin %46.6'sında belirti olmadığını, %34.5'inde hafif, %13.9'unda orta ve %4.8'inde de ağır düzeyde depresif belirtiler görüldüğünü belirtmişlerdir (Aktaş vd., 2009). Sevindik çalışmasında gebelerin %30'unda depresif belirti olmadığını, %33.8'inde hafif, %23.8'inde orta ve 12.5'inde de şiddetli düzeyde depresif belirti olduğunu tespit etmiştir (Sevindik, 2005). Öztürk 215 gebe ile yürüttüğü çalışmasında gebelerin %55.8'inde depresyon belirtileri görülmezken, %29.8'inde hafif düzeyde depresif belirtiler, %13.5'inde orta düzeyde depresif belirtiler, %0.9'unda da şiddetli düzeyde depresif belirtiler görüldüğünü belirtmiştir (Öztürk, 2017). Çalışma sonucumuz diğer çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermekte olup depresif belirtiler görülen gebelerin oranı, depresyon belirtileri görülmeyen gebelerin oranlarından daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuçta gebelerin neredeyse tamamının gebeliklerini istemeleri ve dolayısıyla depresif semptomlarla daha iyi başa çıkmış olmaları düşünülebilir.

Çalışmamızda **Beck Depresyon Ölçeği kesme sınırı dikkate alınarak değerlendirme yapıldığında** gebelerin %17.3'ünün depresif olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.13). Marcus ve arkadaşları (2003) Amerika'da yaptıkları çalışmalarında depresyon sıklığını %20.0, Faisal-Cury ve Menezes (2007) Brezilya'da yaptıkları çalışmada depresyon sıklığını %19.6, Bödecs ve arkadaşları (2009) Macaristan'da yaptıkları çalışmada depresyon sıklığını %17.9 olarak bildirmişlerdir (Marcus vd., 2003; Faisal-Cury ve Menezes, 2007; Bödecs ve ark., 2009). Nicholson ve arkadaşları Amerika'da yürüttükleri çalışmalarında depresif semptomların sıklığını %15 olarak tespit etmişlerdir (Nicholson vd., 2006). Brezilya'da 4130 gebe ile yürütülen ve tarama aracı olarak Edinburg Postnatal Depresyon Ölçeğinin kullanıldığı bir çalışmada ise antenatal depresyon prevalansı %16 olarak bildirilmiştir (Coll vd., 2017). Türkiye'de kesme puanı 17 ve üzeri alınarak BDÖ ile yapılan çalışmalarda gebelikte depresif belirti görülme sıklığını; Sevindik %36.3, Karaçam ve Ançel %27.3, Cebeci ve arkadaşları ise %12 olarak bildirmişlerdir (Sevindik, 2005; Karaçam & Ançel, 2009; Cebeci vd., 2002). Arslan ve arkadaşlarının Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği kullanarak 452 gebe ile yaptıkları çalışmalarında gebelerin %35'inde depresyon semptomları görüldüğünü belirtmişlerdir (Arslan vd., 2011). Kars'ta gebelerin ev ziyareti ile ruhsal durumlarının belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada, gebelerin %16'sının depresyon açısından riskli olduğu görülmüştür (Daştan vd., 2015). Yapılan çalışmalarda gebelikte depresyon oranlarındaki farklılığın nedeni çalışmaların değişik toplumlarda yapılmış olması ve farklı araştırma metodlarının kullanılmış olması olabilir. Türkiye'de yapılan çalışmalarda

gebelerin depresyon oranlarının, Amerika ve Avrupa'daki depresyon oranlarından daha yüksek olmasının sebebi, ülkemizde eğitim düzeyi ve çalışan kadın oranlarının bu ülkelere kıyasla daha düşük olması ve Kütahya ili sosyo-ekonomik ve kültürel açıdan gebeliği ile ilgili karar verebilen kadınların oranının düşük olduğu bir bölge olmasından kaynaklanmış olabilir. Çünkü eğitim düzeyi yüksek olan ve çalışan gebelerde depresif semptomlar daha az görülmektedir.

Çalışmamızda **gebelerin yaşları ile BDÖ medyan değerleri** arasında anlamlı farklılık olmadığı ($p>0.05$), bununla birlikte 19 yaş ve altı gebelerin BDÖ medyan değerlerinin diğer gruplardan daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.6). Dünya Sağlık Örgütü tarafından 10-19 yaşlar arası adölesan dönem olarak kabul edilmektedir (WHO, 2012, WHO, 2018). Adölesan dönemi bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerle çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemidir. Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde adölesan gebelikler önemli bir halk sağlığı sorunudur (Aydın, 2013). Yüksek riskli gebelikler grubunda yer alan adölesan gebelikler anne ve bebek açısından önemli sağlık sorunlarına yol açmaktadır (Babadağlı, 2008). Literatürde adölesan gebelerin daha savunmasız oldukları, anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik hastalıklara yakalanma olasılıklarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Bizim çalışmamıza benzer şekilde Sevindik çalışmasında depresyon ile yaş grupları arasında fark bulamazken adölesan grupta BDÖ puanının daha yüksek olduğunu saptamıştır (Sevindik, 2005). Dağlar ve Nur da yaptıkları çalışmada yaş ile depresyon puan ortalamaları arasında fark bulamamışlardır (Dağlar & Nur, 2014). Yılmaz'ın yaptığı çalışmada yaş grupları arasında anlamlı fark görülmemiş olup 19 yaş altı ve 35 yaş üzeri gebelerde depresyonun daha yüksek düzeylerde olduğu belirtilmiştir (Yılmaz, 2013). Wang ve arkadaşları yaptıkları çalışmada gebelerin yaşları ile antenatal depresyon arasında bir ilişki bulamamıştır (Wang vd., 2016). Figueiredo ve arkadaşlarının Hollanda'da yaptıkları randomize bir çalışmada; ergenlik çağındaki gebelerin daha fazla depresif belirti gösterdikleri görülmüştür (Figueiredo, Pacheco & Costa, 2007). Literatürde gebelik depresyonunun en önemli risk faktörlerinden birisinin yaş olduğu belirtilmekte olup, genç yaştaki gebeliklerde depresyon sıklığının arttığı başka çalışmalar ile de gösterilmiştir (Kazi vd., 2006; Lau ve Keung, 2007; Bödecs vd., 2009).

İleri yaştaki gebelerin daha önce gebelik deneyimlemiş ve doğum yapmış olmaları daha muhtemeldir. Bu konuda tecrübeli olmaları sebebiyle daha önce gebe kalmamış olan gebelere kıyasla gebelik ile ilgili korku ve endişeleri daha azdır (Şahin & Kılıçarslan, 2010). Çalışmamızda **yaş ile BAÖ medyan değerleri** arasında anlamlı bir ilişki saptanmamış ($p>0.05$) olmakla birlikte 19 yaş ve altındaki gebelerde BAÖ medyan değerlerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.6). Dağlar ve Nur da çalışmalarında yaşın anksiyete düzeyi üzerinde anlamlı fark oluşturmadığını belirtmişlerdir (Dağlar & Nur, 2014). Şahin'in çalışmasında da yaş grupları ile anksiyete puanları arasında anlamlı fark

bulunmamasına karşın 30 yaş altı kadınlarda 30 yaş üstü kadınlara göre anksiyete düzeyi daha yüksek bulunmuştur (Şahin, 2015). Sevil ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada yaş grupları ile anksiyete puanları arasında anlamlı fark bulunamazken çalışmamızdan farklı olarak 30 yaş ve üstü gebelerin anksiyete puanları daha yüksek bulunmuştur (Sevil vd., 2004). Bunun sebebi 35 yaş üstü gebeliklerin riskli gebelik olarak kabul edilmesinden dolayı gebelerin kendi sağlıkları ve bebeklerinin sağlıkları konusunda endişe duymaları olabilir. Yapılan çalışmalarda yaş ile anksiyete arasındaki ilişki tam olarak netlik kazanmamıştır.

Eğitim düzeyi yükseldikçe kadının kendi yaşamı üzerindeki etkinliği artmakta, benlik saygısı yükselmekte, stres ile daha etkili başedebilmekte ve böylece depresyon ve anksiyete görülme oranı azalmaktadır (Arslan vd., 2011). Çalışmamızda **gebelerin öğrenim düzeyi ile BDÖ medyan değerleri** karşılaştırıldığında gebelerin öğrenim düzeyi arttıkça BDÖ medyan değerlerinin düştüğü görülmüştür ($p<0.001$) (Tablo 4.6). Çalışmamıza benzer şekilde Yılmaz (2013), Arslan ve arkadaşları (2011), Gözüyeşil ve arkadaşları (2008) da yaptıkları çalışmada gebelerin öğrenim düzeyi arttıkça depresyon oranlarının düştüğünü tespit etmişlerdir (Yılmaz, 2013; Arslan vd., 2011; Gözüyeşil vd., 2008). Çalışmamız diğer çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Düşük öğrenim düzeyi antenatal depresyon açısından önemli bir risk faktörüdür. Öğrenim düzeyi yüksek bireylerin problem çözme becerileri daha yüksek olabilir.

Çalışmamızda **öğrenim durumu ile BAÖ medyan değerleri** arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Üniversite mezunu olan gebelerin anksiyete düzeyleri diğer gruplara göre daha düşük bulunmuştur (Tablo 4.6). Arslan çalışmasında eğitim ile anksiyete arasında anlamlı farklılık gözlenmediğini belirtmiştir (Arslan, 2010). Faisal-Cury ve Menezes (2007) ise yaptıkları çalışmada düşük eğitim düzeyi ile anksiyete arasında ilişki olduğunu bulmuşlardır. (Faisal-Cury & Menezes, 2007). Eğitim insanların öz bilinçlerini, farkındalıklarını, özgüvenlerini ve yaşamları üzerindeki kontrol güçlerini artırıcı bir etki yapmaktadır. Dolayısıyla eğitim seviyesi yükseldikçe kadınların sorunlar karşısında ve endişe durumunda baş etme mekanizmalarını daha iyi kullanıyor olabilecekleri düşünülmektedir.

Çalışmamızda gebelerin **çalışma durumu ile BDÖ medyan değerleri** karşılaştırıldığında herhangi gelir getirici bir işte çalışan gebelerin BDÖ medyan değerleri çalışmayanlara göre daha düşük bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 4.6). Dağlar ve Nur çalışmalarında herhangi bir işte çalışmayan gebelerin depresyon puan ortalamalarını çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulmuşlardır (Dağlar & Nur, 2014). Arslan ve arkadaşları gebelik sırasında çalışma oranı arttıkça gebelerin depresyon puanlarının düştüğünü saptamışlardır (Arslan vd., 2011). Yılmaz çalışmasında çalışan gebelerde depresyonun daha az görüldüğünü belirtmiştir (Yılmaz, 2013). Gözüyeşil ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada çalışmayan kadınlarda gebelik depresyonunun çalışan

kadınlara göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Gözüyeşil vd., 2008). Leigh ve Milgrom (2008) ve Bödecs ve arkadaşlarının (2009) yaptıkları çalışmada da gebelik depresyonunun çalışmayanlarda daha çok görüldüğü saptanmıştır (Leigh & Milgrom, 2008; Bödecs vd., 2009). Çalışma bulgumuz literatür bulgularıyla benzerdir. Çalışan kadınların benlik saygısı daha yüksektir. Meslek sahibi, üretken bir insan olmak kişinin özgüvenini yükselterek sosyalleşmesine de ortam oluşturmaktadır. Gelir getirici herhangi bir işte çalışmanın gebelerin özsaygılarını yükselterek gebelikten aldıkları doyumunu arttırdığı ve bu sayede gebelerin depresyon düzeylerini düşürdüğü düşünülmektedir.

Çalışmamızda **çalışma durumu ile BAÖ medyan değerleri** arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Çalışmayan gebelerin BAÖ medyan değerleri çalışanlara göre daha yüksektir (Tablo 4.6). Bu durum gebenin sosyal yaşantısının olmasına ve bir işle meşgul olmasına bağlanabilir. Dağlar ve Nur yaptıkları çalışmada, çalışmayan gebelerin anksiyete puan ortalamalarının çalışan gebelerden daha yüksek olduğunu saptamışlardır (Dağlar & Nur, 2015). Bizim çalışmamızdan farklı olarak Arslan çalışmasında gebelerin gebelik sırasında çalışma durumu ile anksiyete puanı arasında anlamlı fark bulamamıştır (Arslan, 2010).

Sosyoekonomik durum ailelerin psikososyal, kültürel ve sağlık durumunu etkileyen önemli bir faktördür (Yanikkerem, Altan & Demirtosun, 2004). Çalışmamızda gebelerin **aylık gelir durumları ile BDÖ medyan değerleri** karşılaştırıldığında aylık gelirini kötü olarak tanımlayan gebelerin BDÖ medyan değerleri aylık gelirini iyi ve orta olarak tanımlayan gebelerden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p < 0.001$) (Tablo 4.6). Yanikkerem ve arkadaşları (2004), Arslan ve arkadaşları (2011), yaptıkları çalışmada aylık gelir düzeyi ile depresyon puanı arasında anlamlı farklılık olduğunu ve aylık gelir düzeyi düştükçe depresyon puanlarının arttığını belirtmişlerdir (Yanikkerem vd., 2004; Arslan vd., 2011). Lancaster ve arkadaşları yaptıkları çalışmada gelir seviyesinin gebelik depresyonu için önemli bir risk faktörü olduğunu belirtmişlerdir (Lancaster vd., 2010). Rich-Edwards ve arkadaşlarının (2006), Leigh ve Milgrom'un (2008) çalışmasında gelir düzeyi düşük gebelerin depresyon düzeyinin gelir durumu iyi olan gebelere kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuştur (Leigh & Milgrom, 2008.) Çalışma sonucumuz literatür bulgularıyla uyumlu olup ekonomik durumun kötüleşmesi yaşama ilişkin farklı problemlerin ortaya çıkmasına sebep olabilir ve depresyon olasılığını artırabilir.

Çalışmamızda gebelerin **aylık gelir durumları ile BAÖ medyan değerleri** arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p > 0.05$) Ancak aylık gelirini kötü olarak tanımlayan gebelerin BAÖ medyan değerleri diğer gruplara göre daha yüksektir (Tablo 4.6). Çalışma bulgumuzla benzer şekilde yapılan çalışmalarda ailenin gelir durumu ile anksiyete puanı

arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır (Faisal-Cury & Menezes, 2007; Arslan, 2010; Şahin & Kılıçarslan, 2010; Üst vd., 2012).

Çalışma grubumuzu oluşturan gebelerin **sosyal güvence varlığı ile BDÖ medyan değerleri** arasında anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.6). Çalışmamızla benzer şekilde Ocaktan ve arkadaşları yaptıkları çalışmada sosyal güvence varlığı ile depresyon arasında anlamlı fark bulunamamışlardır (Ocaktan vd., 2006). Akkaş (2013), Leigh ve Milgrom (2008) yaptıkları çalışmada sağlık güvencesi olmayan gebelerde gebelik depresyonunun daha çok görüldüğünü belirtmişlerdir (Akkaş, 2013; Leigh ve Milgrom, 2008). Yapılan çalışmalara göre sosyal güvence varlığı ile depresyon arasındaki ilişki net değildir.

Çalışmamızda **sosyal güvence varlığı ile BAÖ medyan değerleri** arasında anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.6). Çalışmamızla benzer şekilde Arslan'ın çalışmasında da gebelerin sosyal güvenceleri ile anksiyete puanları arasında anlamlı farklılık gözlenmemiştir (Arslan, 2010).

Çalışmamızda **aile tipi ile BDÖ medyan değerleri** arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). Geniş ailede yaşayan gebelerde BDÖ medyan değerleri çekirdek ailede yaşayanlara göre daha yüksektir (Tablo 4.6). Çalışmamızla benzer şekilde Şahin'in (2015) ve Yılmaz'ın (2013) yaptığı çalışmada geniş ailede yaşayan gebelerin çekirdek ailede yaşayan gebelere göre daha çok depresif belirti gösterdiği bulunmuştur (Şahin, 2015; Yılmaz, 2013). Şahin ve Kılıçarslan'ın yaptığı çalışmada da evde sürekli yaşayan kişi sayısı ile depresyon arasında pozitif korelasyon olduğu, kalabalık ailelerin gebenin depresyon seviyesini arttırdığı saptanmıştır (Şahin ve Kılıçarslan, 2010). Evde eşi ile yaşayan ve uyumlu bir evliliğe sahip olan gebelerde gebelik depresyonunun daha az yaşandığı görülürken, evde yaşayan kişi sayısı arttıkça ve çekirdek ailenin dışına çıkıldıkça gebelerde depresif belirtiler artmaktadır. Geniş ailede özellikle kayınvalide ve kayınpeder ile birlikte yaşamının, gebelerde gebelik doyumunu azalttığı, gebeliğe uyumu zorlaştırdığı ve depresif belirtileri arttırdığı düşünülebilir.

Çalışmamızda **aile tipi ile BAÖ medyan değerleri** arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.6). Çalışmamızla benzer şekilde Şahin ve Kılıçarslan (2010) ile Dağlar ve Nur (2014) yaptıkları çalışmalarında aile tipi ile anksiyete puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığını belirtmişlerdir (Şahin & Kılıçarslan, 2010; Dağlar & Nur, 2014). Literatür bulguları çalışma bulgumuzla uyumludur.

Çalışmamızda gebelerin **evlilik süresi ile BDÖ medyan değerleri** arasında anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.6). Çalışmamızla benzer şekilde ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda da evlilik süresi ile depresyon arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır.

(Sevil vd., 2004; Kılıçarslan, 2008; Gözüyeşil ve arkadaşları, 2008; Yılmaz, 2013).

Çalışmamızda **evlilik süresi ile BAÖ medyan değerleri** arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.6). Bazı çalışmalarda evlilik süresi 5 yılın üzerine çıktığında anksiyete ve depresyonun arttığı yönünde sonuçlar bildirilmekteyken (Akbaş vd., 2008; Çakır ve Can, 2012) çalışma bulgumuzla benzer şekilde evlilik süresi ile anksiyete puanları arasında anlamlı fark bulunmadığını belirten çalışmalar da vardır (Sevil vd., 2004; Faisal-Cury & Menezes, 2007; Şahin & Kılıçarslan, 2010).

Eğitim seviyesi yüksek olan bireyler daha bilinçli olur ve eşlerine daha fazla destek sağlayarak, annenin iş yükünü hafifletir ve bu da depresif semptomların görülme sıklığını ve anksiyeteyi azaltabilir (Sevindik, 2005; Şahin & Kılıçarslan, 2010). Çalışmamızda **eşlerinin öğrenim durumları ile BDÖ ve BAÖ medyan değerleri** arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.001$) (Tablo 4.7). Buna göre eşleri üniversite mezunu olan gebelerin BDÖ ve BAÖ medyan değerleri diğer gruplara göre daha düşük bulunmuştur. Sevindik'in yaptığı çalışmada eşleri üniversite mezunu olan gebelerin depresyon puan ortalamaları diğer gruplara göre daha düşük bulunmuştur (Sevindik, 2005). Kılıçarslan'ın (2008), Yanikkerem ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları çalışmada da benzer sonuç bulunmuştur (Kılıçarslan, 2008; Yanikkerem vd., 2004). Çalışmamızdan farklı olarak Arslan çalışmasında gebelerin eşlerinin eğitim durumları ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Arslan, 2010).

Çalışmamızda **eşin çalışma durumu ile BDÖ medyan değerleri** arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4.7). Eşi çalışmayan gebelerin BDÖ medyan değerlerinin eşi çalışan gebelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Arslan çalışmasında eşin mesleği ile gebelerin depresyon düzeyleri arasında anlamlı fark olduğunu ve eşi işsiz olanların depresyon puanlarının daha yüksek olduğunu saptamıştır (Arslan, 2010). Karmaliani ve arkadaşları eşi çalışmayan gebelerin, eşi devamlı bir işe sahip olanlara göre depresyon ve anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğunu saptamıştır (Karmaliani vd., 2009). Şahin çalışmasında eşin çalışma durumu ile depresyon düzeyi arasında anlamlı fark bulunmamış ancak eşi çalışmayan gebelerin depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir (Şahin, 2015). Eşin işsiz olması hem ailede ekonomik açıdan sorunlara sebep olur hem de eşin işsizlik nedeniyle stres ve sıkıntı yaşamasına ve eşine yeterince destek olamamasına yol açarak gebede depresyonun ortaya çıkmasına neden olabilir.

Çalışmamızda **eşlerinin çalışma durumu ile BAÖ medyan değerleri** arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmamakla birlikte ($p>0.05$) eşi çalışmayan gebelerin BAÖ medyan değerlerinin daha yüksek

olduğu saptanmıştır (Tablo 4.7). Çalışmamızla benzer şekilde Arslan ve arkadaşları (2011), Arslan (2010) eşin çalışma durumu ile gebelerin anksiyete düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulamamıştır (Arslan vd., 2011; Arslan, 2010). Şahin yaptığı çalışmada eşin çalışma durumu ile gebelerin anksiyete düzeyleri arasındaki farkın anlamlı olduğunu, eşi çalışmayan gebelerin anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğunu (%65.4'ünde orta düzeyde, %35.6'sında da şiddetli düzeyde) saptamıştır (Şahin, 2015).

Sigaranın gebelik ve fetüs üzerindeki olumsuz etkileri bilinmesine rağmen, gebelerin gebelikleri süresince sigara içmeye devam etmeleri ciddi stres altında olduklarını gösterir (Yılmaz, 2013). Sigara da tüm bağımlılık yapıcı maddeler gibi depresyon gelişimini etkileyebilir, ancak sigaranın depresyon riskini arttırıp arttırmadığı ya da depresyonun sigara içmek gibi sağlıksız davranışlara neden olup olmadığı net değildir (Biaggi vd., 2016). Çalışmamızda gebelerin **sigara içme durumu ve alkol tüketimi ile BDÖ ve BAÖ medyan değerleri** arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (her biri için; $p > 0.05$) (Tablo 4.8). Wang ve arkadaşları (2016) çalışmasında sigara içme ve alkol kullanma durumu ile depresyon arasında anlamlı fark bulamamıştır (Wang vd., 2016). Sevindik çalışmasında sigara içme durumu ile depresyon arasında anlamlı fark bulamamıştır (Sevindik, 2005). Arslan ve arkadaşları yaptıkları çalışmada sigara kullanımı ile depresyon arasında anlamlı fark bulamazken, sigara kullananlarda anksiyete puanlarının daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (Arslan vd., 2011). Yılmaz çalışmasında sigara içen gebelerdeki depresyon sıklığını içmeyenlere göre daha yüksek tespit etmiştir (Yılmaz, 2013). Arslan çalışmasında sigara kullanımı ile depresyon puanı arasında anlamlı fark bulamazken anksiyete puanı ile sigara kullanımı arasında anlamlı farklılık olduğunu belirtmiştir. Yine aynı çalışmada gebelerin alkol kullanımı ile anksiyete ve depresyon puanları arasında fark bulunamamıştır (Arslan, 2010). Lee ve arkadaşlarının çalışmasında ise sigara kullanımının ve alkol tüketiminin gebelikte anksiyete ve depresyonla ilişkili olduğu bulunmuştur (Lee vd., 2007). Genel olarak sigara kullanımı ve alkol tüketimi ile depresyon ve anksiyete arasındaki ilişki bu sonuçlara göre net değildir. Çalışmamızda sigara içen gebelerin oranı %17.3, alkol tüketen gebelerin oranı ise %0.9'dur. Gebelerde sigara ve alkol kullanımının düşük düzeylerde olması sevindirici bir bulgudur.

Tıbbi hastalıklar hem kişinin yaşam kalitesini düşürür hem de doğrudan biyolojik etkiyle depresyon ve anksiyeteye neden olabilirler (Strain'den aktaran Arslan, 2010). Çalışmamızda **kronik hastalık varlığı ile BDÖ medyan değerleri** arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamazken ($p > 0.05$); kronik hastalığı olmayan gebelerin BDÖ medyan değerleri kronik hastalığı olduğunu belirten gebelerden daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.8). Çalışmamızla benzer şekilde Sevindik (2005) ve Arslan (2010) çalışmasında kronik hastalık ile depresyon puanları arasında anlamlı fark olmadığını belirtmiştir (Sevindik, 2005; Arslan, 2010).

Çalışmamızda **kronik hastalık varlığı ile BAÖ medyan değerleri** arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.8). Buna göre kronik hastalığı olan gebelerin BAÖ medyan değerleri herhangi bir kronik hastalığı olmayanlara göre daha düşük bulunmuştur. Çalışmamızla benzer şekilde Dağlar ve Nur yaptıkları çalışmada kronik hastalığı olmayan gebelerin anksiyete puan ortalamalarının kronik hastalığı olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirtmişlerdir (Dağlar & Nur, 2014). Çalışmamızdan farklı olarak Brezilya'da ve Londra'da yapılan çalışmalarda kronik hastalığı olan gebelerde depresyon ve anksiyete skorlarının kronik hastalığı olmayan gebelerden daha yüksek olduğu bulunmuştur (Benute vd., 2010; King vd., 2010). Literatürdeki bu farklılıklar bireylerin sahip oldukları kronik rahatsızlıklarıyla baş etme mekanizmalarının farklılığından kaynaklanıyor olabilir. Kronik hastalık varlığında kişi sağlığına dair endişe yaşayabilir ve kontrollerine düzenli bir şekilde giderek verilen tıbbi tedaviye uyum sağlar. Kronik hastalığı olan gebeler de düzenli doktor kontrolünde olduklarından gebelikleri konusunda kendilerini daha güvenli hissedebilirler. Bu nedenle çalışmamızda kronik hastalığı olan gebelerin depresyon ve anksiyete puanları daha düşük bulunmuş olabilir.

İnfertilite tıbbi, psikiyatrik, psikolojik ve sosyal sorunları beraberinde getiren kültürel, dinsel ve sınıfsal yönleri olan bir krizdir (Özçelik, Karamustafalıoğlu, & Özçelik, 2007). Çocuk sahibi olamamanın kadın açısından psikolojik anlamı; doğum yapamama (psikolojik eksiklik), kontrol kaybı, kendini kadın toplumunun dışında hissetme, yalnız kalma, sosyal rol eksikliği (anne, gebe, lohusa, kayınvalide, büyükanne) ve benlik değerinde düşmedir (Koyun vd., 2011). Çalışmamızda **infertilite tedavisi görme durumu ile BDÖ medyan değerleri** arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.9). Daha önce infertilite tedavisi gören gebelerin BDÖ medyan değerleri infertilite tedavisi görmeden gebe kalanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Arslan yaptığı çalışmada yardımcı üreme tekniği kullanan gebelerin depresyon puanlarının yardımcı üreme tekniği kullanmayanlardan daha yüksek olduğunu saptamıştır (Arslan, 2010). Sevindik (2005), Ataman ve Arslan (2010) yaptıkları çalışmada depresyon ile infertilite tedavisi arasında anlamlı fark bulamamıştır (Sevindik, 2005; Ataman & Arslan, 2010).

Fertil kadınlara kıyasla infertil kadınların emosyonel sorun yaşamaları daha muhtemeldir ve yapılan tetkik ve tedaviler kadınlarda anksiyeteye yol açabilir (Ataman & Arslan, 2010). Çalışmamızda **infertilite tedavisi görme durumu ile BAÖ medyan değerleri** arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.9). Çalışmamızla benzer şekilde Ataman ve Arslan yaptıkları çalışmada infertil gebeler ile fertil gebeler arasında anksiyete puanları açısından anlamlı farklılık gözlenmemiştir (Ataman & Arslan, 2010). Arslan da çalışmasında gebelerin yardımcı üreme tekniği kullanımı ile anksiyete puanı arasında anlamlı fark olmadığını belirtmiştir (Arslan, 2010).

Erken yaştaki gebelikler depresyon için bir risk faktörüdür. Ergenlik döneminde yaşanan gebelik ve doğumlar hem gebede hem de bebeklerinde sağlık sorunlarına yol açmakta ve bu durum onları psikiyatrik hastalıklara daha yatkın hale getirmektedir (Koyun vd., 2011). Çalışmamızda **ilk gebelik yaşı ile BDÖ ve BAÖ medyan değerleri** arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($p>0.05$) ancak yaşları 19 ve altında olan gebelerin BDÖ ve BAÖ medyan değerlerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.9). Eryılmaz çalışmasında gebelerin ilk gebelik yaşı düştükçe depresyon puanlarının arttığını saptamıştır (Eryılmaz, 2017). Lau ve Keung'un yaptıkları çalışmada genç yaşta gebe kalanlarda depresif belirtilerin daha yüksek olduğu görülmüştür (Lau & Keung, 2007). Tekgöz ve arkadaşları çalışmasında 30 yaş ve üzerinde olan, ilk gebeliği olan gebelerde anksiyete görülme oranının arttığını saptamışlardır (Tekgöz vd., 2009).

Doğum sayısı artışı, kadınların hem fiziksel açıdan yorulmalarına hem de ailenin maddi ve manevi yükünü arttırarak, psikolojik açıdan etkilenmelerine sebep olmaktadır. Bu da özellikle gebelik döneminde depresyon, anksiyete gibi ruhsal bozukluklara zemin hazırlayabilmektedir (Arslan, 2010). Çalışmamızda **canlı doğum sayısı ile BDÖ medyan değerleri** arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.9). Buna göre 3 ve üzeri doğum yapan gebelerin depresyon puanları diğer gruplara göre daha yüksektir. Sevil ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da 2 ve üzeri canlı doğum yapmış olan gebelerin depresyon puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (Sevil vd., 2004).

Çalışmamızda **canlı doğum sayısı ile BAÖ medyan değerleri** arasındaki farkın anlamlı olmadığı ($p>0.05$) ancak hiç canlı doğum yapmamış olan gebelerin BAÖ medyan değerlerinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.9). Sevil ve arkadaşları yaptıkları çalışmada canlı doğum sayısı ile anksiyete puanları arasında anlamlı fark bulamamış ancak 2 ve üzeri canlı doğum yapmış olan gebelerin anksiyete puanlarının daha yüksek olduğunu saptamışlardır (Sevil vd., 2004). Arslan da çalışmasında canlı doğum sayısı ile anksiyete puanı arasında anlamlı fark bulamamıştır (Arslan, 2010). Çalışma sonucumuz literatür bulgularıyla benzerdir. Doğumdan sonra yeni bir çocuğun daha aileye katılmasıyla anneler çocuklarıyla yeteri kadar ilgilenemeyeceği ve kendilerine vakit ayıramayacağı düşüncesine kapılabilirler. Çocukların bakımı ile birlikte ev işlerindeki sorumlulukların da gebelerde strese yol açarak gebelerin anksiyete ve depresyon düzeylerini yükselttiği düşünülebilir.

Önceki gebeliğinde ölü doğum yapmış olmak mevcut gebeliği de etkileyerek gebenin kaygılarını arttırır ve depresif belirtilere neden olur (Arslan, 2010; Hiremath, 2016). Çalışmamızda **ölü doğum öyküsü ile BDÖ medyan değerleri** arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu

saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.9). Ölü doğum öyküsü olan gebelerin BDÖ medyan değerleri daha yüksek bulunmuştur. Arslan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ölü doğum sayısı arttıkça gebelerin depresyon puanlarının arttığı görülmüştür (Arslan vd., 2011). Çalışmamız Arslan ve arkadaşlarının çalışmasıyla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda **ölü doğum öyküsü ile BAÖ medyan değerleri** arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p > 0.05$) ancak ölü doğum yapmış olan gebelerin BAÖ medyan değerlerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.9). Arslan ve arkadaşlarının (2011) ve Arslan'ın (2010) yaptığı çalışmada ölü doğum sayısı ile anksiyete puanı arasında anlamlı fark olduğu, ölü doğum sayısı arttıkça anksiyete puanının da arttığı görülmüştür (Arslan, 2010; Arslan vd., 2011).

Kişisel deneyimler gebeliği olumlu veya olumsuz yönde etkileyebilir. Önceki gebelikte düşük, küretaj, ölü doğum gibi olumsuzlukların yaşanması, bu gebelikte de aynı olumsuzlukların tekrarlanabileceği endişesini yaratır ve gebede anksiyete ve depresyon gelişebilir (Tekgöz, Sunay, Çaylan & Kısa, 2009). Çalışmamızda **düşük öyküsü ve küretaj öyküsü ile BDÖ medyan değerleri** arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (her biri için; $p > 0.05$) (Tablo 4.9). Gözüyeşil ve arkadaşları (2008) ve Öztürk (2017) yaptıkları çalışmada düşük yapma durumu ve küretaj olma durumu ile depresyon puan ortalamaları arasında fark olmadığını belirtmişlerdir (Gözüyeşil vd., 2008; Öztürk, 2017). Çalışma sonucumuz bu sonuçlarla paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda **düşük öyküsü ve küretaj öyküsü ile BAÖ medyan değerleri** arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (her biri için; $p > 0.05$) (Tablo 4.9). Tekgöz ve arkadaşları (2009) ve Arslan (2010) yaptıkları çalışmalarında küretaj öyküsü ile anksiyete arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Tekgöz vd., 2009; Arslan, 2010). Arslan ve arkadaşları (2011) ve Arslan (2010) yaptıkları çalışmalarda çalışmaya katılan gebelerin düşük sayısı ile anksiyete puanı arasında anlamlı bir fark olduğunu ve düşük sayısı arttıkça anksiyete puanının yükseldiğini bulmuşlardır (Arslan vd., 2011; Arslan, 2010). Tekgöz ve arkadaşları da düşük öyküsü ile anksiyete arasında anlamlı fark saptamışlardır (Tekgöz vd., 2009).

Gebelik sürecinde kadının yaşadığı duygular ve verdiği tepkiler trimesterlere göre farklılık gösterir (28.Özorhan vd., 2014). Gebelikte anksiyete ve depresif belirti görülme sıklığı da gebelik trimesterlerine göre değişkenlik gösterebilmektedir (77.Dağlar & Nur, 2014). Gebelerin **gebelik haftalarına bakıldığında BDÖ medyan değerleri** arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.9). Üçüncü trimesterdeki gebelerin BDÖ medyan değerlerinin, birinci ve ikinci trimesterdeki gebelere oranla daha yüksek olduğu görülmüştür. Karataylı yaptığı çalışmada üçüncü trimesterdeki gebelerin depresyon puanlarının daha yüksek olduğunu bulmuştur (Karataylı, 2007).

Litvanya’da gebelik dönemlerine göre depresyon görülme sıklığını araştıran bir çalışmada gebelik depresyonunun en fazla ilk trimesterde görüldüğü bulunmuştur (Bunevicius vd., 2009). Bennett ve arkadaşlarının, sistematik gözden geçirme çalışmasında depresyon yaygınlığı; sırasıyla birinci, ikinci ve üçüncü trimesterde %7.4, %12.8 ve %12 bulunmuştur (Bennett vd., 2004). Eryılmaz ise çalışmasında trimester ile BDÖ puanları arasında anlamlı fark bulamamıştır (Eryılmaz, 2017). Bu çalışmalar bizim çalışmamızdan farklıdır. Kadınların gebelik dönemlerine göre gebeliğe ve yaşadıkları sorunlara verdikleri tepkiler farklı olabilmektedir, bu durumun da trimesterlere göre depresyon sıklığını etkilediği düşünülmektedir.

Çalışmamızda **gebelik haftası ile BAÖ medyan değerleri** arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.9). Üçüncü trimesterdeki gebelerin BAÖ medyan değerleri daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızla benzer şekilde Karataylı çalışmasında üçüncü trimesterdeki gebelerin anksiyete puanlarının daha yüksek olduğunu saptamıştır (Karataylı, 2007). Lee ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada gebelik haftası ile anksiyete arasında anlamlı ilişki bulunmuş olup birinci ve üçüncü trimesterdeki antenatal kaygı prevalansının, ikinci trimestere göre daha yüksek olduğu görülmüştür (Lee vd., 2007). Doğum yaklaştıkça; doğum korkusu, doğumun nasıl olacağı ve nasıl sonuçlanacağı, bebeğinin sağlıklı olup olmayacağına ilişkin duyulan endişe gibi nedenlerden dolayı kadınların anksiyete düzeyi gebeliğin diğer dönemlerine ve doğum sonrasına göre daha yüksek olabilir (Dağlar & Nur, 2014). Birinci trimesterde düşük korkusu nedeniyle, üçüncü trimesterde de doğum korkusu ve bebeğinin sağlığına ilişkin endişeler nedeniyle gebelerin anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda **son doğum şekli ile BDÖ ve BAÖ medyan değerleri** arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 4.9). Doğum sonrası 3. gününde olan 173 hasta ile yürütülen bir çalışmada normal vajinal doğum ve sezaryenle doğum yapan kadınların son doğum şekli ile depresyon puanları arasında ilişki olmadığı saptanmıştır (Arslan, Gürkan, Ekşi, & Yiğit, 2006). Eskişehir’de bebekleri yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izlenen 78 anne ile postpartum 3. günde görüşülmüş ve çalışmaya alınan annelerin doğum şekillerinin istatistiksel olarak kaygı seviyelerini etkilemediği bulunmuştur (Uludağ & Ünlüoğlu, 2012). Vajinal doğum yapan 40 kadın ve sezaryen doğum yapan 40 kadın ile yürütülen başka bir çalışmada ise, doğum şekli ile annelerin depresyon puanları arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (Hergüner, Çiçek, Annagür, Hergüner & Örs, 2014).

Çalışmamızda **önceki gebeliği ile aralığı ve BDÖ medyan değerleri** arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4.9). Önceki gebeliği ile aralığı 2 yıl ve üzeri olan gebelerin BDÖ medyan değerleri daha yüksektir. Sevindik çalışmasında son gebelik aralıklarına göre gebelerin depresyon puanlarını karşılaştırdığında gebelik aralığını 3 ile 6 yıl arasında belirten gebelerin

depresyon puanlarının 2 yıl ve 2 yıldan az olduğunu belirtenlere göre daha yüksek olduğunu bulmuştur (Sevindik, 2005).

Çalışmamızda **önceki gebelik aralığı ile BAÖ medyan değerleri** arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.9). Literatür taramasında böyle bir bulguya rastlanmamıştır.

Gebelikte depresyon yetersiz maternal özbakım ile bağlantılıdır (Bennett vd., 2004). Depresyondaki gebelerin gebelik sırasında tıbbi bakım alma oranları daha düşüktür ve gebeler rutin kontrollerini ihmal edebilmektedirler (Bowen & Muhajarine, 2006). Çalışmamızda **düzenli kontrol varlığı ile BDÖ ve BAÖ medyan değerleri** arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.9). Gebeliği süresince düzenli kontrollere gittiğini belirten gebelerin BDÖ ve BAÖ medyan değerleri düzenli kontrollere gitmeyen gebelere göre daha yüksektir. Bizim çalışmamızdan farklı olarak, Luke ve arkadaşları yaptıkları çalışmada depresif olan ve olmayan gebeler arasında doğum öncesi izlem sayısı açısından anlamlı fark bulamamışlardır (Luke vd., 2009). Şahin ve Kılıçarslan yaptıkları çalışmada doktor takip sayısı ile depresyon ve anksiyete arasında anlamlı fark bulamamıştır (Şahin & Kılıçarslan, 2008). Dağlar ve Nur da çalışmasında gebelik izlemleri ile anksiyete ve depresyon arasında anlamlı fark olmadığını belirtmiştir (Dağlar & Nur, 2014). Çalışma bulgumuzun literatürden farklı olmasının sebebi, kurumdaki hekim başına düşen gebe sayısının fazlalığından prenatal bakım sürecinde gebelerin, soru sormama ve kontroller sırasında durumlarına özgü yeterli bilgi alamama gibi nedenlerden dolayı olumsuz duygular yaşamış olabilecekleri düşünülmektedir.

Doğum sayısı ve yaşayan çocuk sayısı artışı, kadınların üzerindeki maddi ve manevi yükü arttırmakta, hem psikolojik hem de fizyolojik olarak yorulmalarına neden olarak, gebelik depresyonuna zemin hazırlayabilmektedir (Arslan, 2010). Çalışmamızda **yaşayan çocuk sayısı ile BDÖ medyan değerleri** arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.9). 3 ve daha fazla yaşayan çocuğu olan gebelerin BDÖ medyan değerleri daha yüksek bulunmuştur. Arslan ve arkadaşlarının (2011), Çakır ve Can'ın (2012) yaptıkları çalışmada yaşayan çocuk sayısı arttıkça depresyon puanlarının da arttığı belirtilmiştir (Arslan vd., 2011; Çakır & Can, 2012). Osman ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları çalışmada ve Arslan'ın (2010) yaptığı çalışmada üçten fazla çocuğu olan gebelerin depresyon ve anksiyete semptomlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Osman vd., 2015; Arslan, 2010).

Çalışmamızda **yaşayan çocuk sayısı ile BAÖ medyan değerleri** arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.9). Faisal-Cury ve Menezes (2007), Sevil ve arkadaşları (2004), Şahin ve Kılıçarslan (2010) yaptıkları çalışmada yaşayan çocuk sayısı ile anksiyete puanları arasında anlamlı fark bulamamışlardır (Faisal-Cury & Menezes, 2007; Sevil vd., 2004; Şahin & Kılıçarslan, 2010).

Çalışmamızdan farklı olarak Arslan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada yaşayan çocuk sayısı arttıkça anksiyete puanlarının arttığı belirtilmiştir (Arslan vd., 2011).

Kadınların sağlıklarını etkileyen en stresli olaylardan biri istenmeyen gebeliklerdir. Gebeliği sonlandırma kararı kadında suçluluk, pişmanlık ya da kayıp gibi duygular yaşamasına neden olarak ruh sağlığını etkilemektedir (Koyun vd., 2011). İstenmeyen gebeliğin kişinin benlik algısını bozabileceği, psikosozal streslere dayanma ve baş edebilme gücünü düşürebileceği belirtilmiştir (Lee vd., 2007; Karaçam & Ançel, 2007). Çalışmamızda **gebeliğin istenme durumu ile BDÖ medyan değerleri** arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$) ancak gebeliğini istemediğini belirten kadınların BDÖ medyanlarının isteyerek gebe kalan kadınlardan daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.9). Çalışmamızla benzer şekilde Şahin ve Kılıçarslan Edirne şehir merkezinde son trimester gebeler ile yaptıkları çalışmada depresyon ile gebeliğin istenme durumu arasında anlamlı fark bulamamışlardır (Şahin & Kılıçarslan, 2010). Gözüyeşil ve arkadaşlarının çalışmasında gebelerin isteyerek gebe kalma durumu ile depresyon puan ortalamaları arasında fark anlamlı olmamasına rağmen istemeyerek gebe kalanlarda depresyon puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Gözüyeşil vd., 2008). Ortaarık ve arkadaşları çalışmalarında istenmeyen gebelik ile anksiyete ve depresif bozukluk arasında anlamlı ilişki bulamamışlardır (Ortaarık, Tekgöz, Ak, & Kaya, 2012). Bu durumu gebelerin sosyal desteklerinin olması ile açıklamışlardır. Çalışmamızdan farklı olarak Sevil ve arkadaşları (2004), Lau ve Keung (2007) yaptıkları çalışmada gebeliğini istemediğini belirten gebelerin depresyon puanlarını daha yüksek tespit etmişlerdir (Sevil vd., 2004; Lau & Keung, 2007). İstenmeyen gebeliğin depresyon için önemli bir risk etkeni olduğu birçok çalışmada ortaya konulmuştur (Karmaliani vd., 2009; Bunevicius, 2009; Lancaster vd., 2010).

Çalışmamızda **gebeliğin istenme durumu ile BAÖ medyan değerleri** arasındaki fark anlamlı olmayıp ($p>0.05$) gebeliğini istemediğini belirten gebelerin BAÖ medyan değerleri daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.9). Çalışmamızla benzer şekilde Lee ve arkadaşları (2007), Arslan (2010), Şahin ve Kılıçarslan (2010) yaptıkları çalışmalarında gebelerin gebeliklerini isteme durumu ile anksiyete puanları arasında anlamlı fark bulamamışlardır (Arslan, 2010; Şahin & Kılıçarslan, 2010). Üst ve arkadaşları Durumluluk Kaygı Ölçeği kullandıkları çalışmalarında gebeliği isteme durumu ile anksiyete arasında anlamlı bir fark bulamamış ancak, istenmeyen gebeliklerde anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (Üst vd., 2012).

Geçmişte herhangi bir zamanda depresyon ya da bir psikiyatrik hastalık tanısı almış olmak gebelik depresyonu için bir risk faktörüdür (Marchesi, Bertoni & Maggini, 2009). Çalışmamızda **daha önce tanı konulmuş depresyon öyküsü ile BDÖ medyan değerleri**

karşılaştırıldığında daha önce tanı konulmuş depresyon öyküsü olan gebelerin BDÖ medyan değerleri diğer gebelere göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 4.10) Bunevicius ve arkadaşları Hollanda'da yaptıkları çalışmada birinci trimesterdeki gebelerde önceki depresyon öyküsü ile depresyon sıklığı arasında ilişki olduğunu saptamışlardır (Bunevicius vd., 2009). Osman ve arkadaşları (2015) ve Yılmaz (2013) yaptıkları çalışmalarında geçmişte depresyon öyküsü olan gebelerde depresyon semptomlarının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (Osman vd., 2015; Yılmaz, 2013). Öztürk (2017) ve Pişirgen (2011) ise çalışmalarında önceden psikiyatrik bir sorun yaşamış ve tedavi görmüş olan gebelerde gebelik depresyonunun daha fazla görüldüğünü bulmuştur (Öztürk, 2017; Pişirgen, 2011). Lau ve Keung (2007), Leung ve Kaplan (2009), Lancaster ve arkadaşları (2010) çalışmalarında geçmişte herhangi bir zamanda depresyon ya da bir psikiyatrik hastalık tanısı almış olmanın gebelik depresyonu için bir risk faktörü olduğunu bildirmişlerdir (Lau & Keung, 2007; Leung & Kaplan, 2009; Lancaster ve arkadaşları, 2010). Sonuçlar çalışma bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda **daha önce tanı konulmuş depresyon öyküsü ile BAÖ medyan değerleri** arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.10). Daha önce tanı konulmuş depresyon öyküsü olan gebelerin depresyon öyküsü olmayanlara göre BAÖ medyan değerleri daha yüksek bulunmuştur. Osman ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarında geçmişte depresyon öyküsü olan gebelerde anksiyete semptomlarının daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (Osman vd., 2015). Pişirgen çalışmasında gebelik öncesi psikiyatrik tedavi alan gebelerin ortalama anksiyete puanlarının, gebelik öncesi psikiyatrik tedavi almayan gebelerinkinden yüksek olduğunu belirtmiştir (Pişirgen, 2011).

Aile bireylerinde depresyon öyküsünün olmasının depresyona yakalanma riskini arttırdığı ve özellikle birinci derece akrabalarda depresyon riskinin 2-3 kat daha fazla olduğu bilinmektedir. McGuffin ve arkadaşlarının 1991 yılında yaptıkları çalışmada dizigot ikizlere oranla monozigot ikizlerde hastalığa yakalanma oranlarının daha yüksek olması genetik geçişin etkisini göstermektedir (McGuffin ve arkadaşlarından aktaran Yılmaz, 2013). Çalışmamızda **ailesinde depresyon öyküsü olma durumu ile BDÖ medyan değerleri** arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.10). Ailesinde depresyon öyküsü olan gebelerin BDÖ medyan değerleri ailesinde depresyon öyküsü olmayan gebelere göre daha yüksektir. Çalışmamızla benzer şekilde Lau ve Keung'un yaptıkları çalışmada aile öyküsünde depresyon bulunan gebelerde depresyon riskinin arttığı saptanmıştır (Lau & Keung, 2007). Osman ve arkadaşları çalışmalarında ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olan gebelerin depresyon semptomlarının daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (Osman vd., 2015). Yılmaz'ın çalışmasında da birinci derece akrabalarında depresyon öyküsü olan gebelerin oranının daha yüksek olduğu görülmüştür (Yılmaz, 2013).

Çalışmamızda **ailesinde depresyon öyküsü olma durumu ile BAÖ medyan değerleri** arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p < 0.05$) (Tablo 4.10). Ailesinde depresyon öyküsü olan gebelerin BAÖ medyan değerleri ailesinde depresyon öyküsü olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Osman ve arkadaşları çalışmalarında ailesinde depresyon öyküsü olan gebelerin anksiyete semptomlarının daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (Osman vd., 2015)

Çalışmamızda gebelerin **eşleriyle sorun yaşama durumu ile BDÖ medyan değerleri** arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.10). Eşleri ile sorun yaşayan gebelerin BDÖ medyan değerleri eşi ile sorun yaşamayanlara göre daha yüksektir. Yanikkerem ve arkadaşları (2004), Gözüyeşil ve arkadaşları (2008), Vırit ve arkadaşları (2008) yaptıkları çalışmalarda eşi ile uyumlu olan gebelerde depresyon puan ortalamalarının daha düşük olduğunu bulmuşlardır (Yanikkerem vd., 2004; Gözüyeşil vd., 2008; Vırit vd., 2008). Marchesi ve arkadaşları yaptıkları çalışmada eşi ile çatışma içerisinde olan gebelerin depresyon riskinin yüksek olduğunu saptamışlardır (Marchesi vd., 2009). Öztürk çalışmasında eşleriyle ilişkilerini olumsuz olarak değerlendiren gebelerin, olumlu olarak değerlendiren gebelere oranla depresyon belirtileri gösterme düzeyinin arttığını belirtmiştir (Öztürk, 2017). Literatür bulguları çalışma sonucumuzla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda gebelerin **eşleriyle sorun yaşama durumu ile BAÖ medyan değerleri** arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.10). Osman ve arkadaşları yaptıkları çalışmada zayıf evlilik ilişkisine sahip olduğunu belirten gebelerin anksiyete ve depresyon puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğunu bulmuşlardır (Osman vd., 2015).

Çalışmamızda **aile bireyleriyle sorun yaşama durumları ile BDÖ medyan değerleri** arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.10). Aile bireyleriyle sorun yaşayan gebelerin BDÖ medyan değerleri diğer aile bireyleriyle sorun yaşamadığını belirten gebelere göre daha yüksek bulunmuştur. Gözüyeşil ve arkadaşlarının çalışmasında çevresiyle ve ailesiyle uyumlu olan gebelerin depresyon puan ortalamaları çevre ve aile uyumu kötü olan gebelere göre daha düşük bulunmuştur (Gözüyeşil vd., 2008). Yılmaz çalışmasında gebelerin, aile içinde eşi ya da başka birisiyle sorun veya huzursuzluk yaşamaları durumu ile depresyon arasında ilişki olduğunu saptamıştır (Yılmaz, 2013).

Çalışmamızda **aile bireyleriyle sorun yaşama durumu ile BAÖ medyan değerleri** arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.10). Çalışmamızla benzer şekilde Vırit ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada eşle uyum ile gebelerin Durumluluk Kaygı Ölçeği ve Süreklilik Kaygı Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Vırit vd., 2008).

Yaşamdaki olumsuz olayların ve gebelik sırasında yüksek düzeyde algılanmış stresin antenatal depresyon başlangıcında önemli bir rol oynadığı belirtilmektedir (Leigh & Milgrom, 2008). Çalışmamızda **son 1 yılda üzücü olay varlığı ile BDÖ medyan değerleri** arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < 0.001$) (Tablo 4.10). Son 1 yılda üzücü olay yaşadığını belirten gebelerin BDÖ medyan değerleri daha yüksek bulunmuştur. Ocaktan ve arkadaşları (2006), Bunevicius ve arkadaşları (2009), Lancaster ve arkadaşları (2010), Qiao ve arkadaşları (2012), Wang ve arkadaşları (2016) yakın zamanda olumsuz yaşam olayları deneyimleyen gebelerin depresyon puanlarını daha yüksek saptamışlardır (Ocaktan vd., 2006; Bunevicius vd., 2009; Lancaster vd., 2010; Qiao vd., 2012; Wang vd., 2016).

Çalışmamızda **son 1 yılda üzücü olay varlığı ile BAÖ medyan değerleri** arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup son 1 yılda üzücü olay yaşadığını belirten gebelerin, belirtmeyenlere göre BAÖ medyan değerlerinin daha yüksek olduğu görülmüştür ($p < 0.05$) (Tablo 4.10). Çalışmamızla benzer şekilde Reid ve arkadaşları çalışmalarında stresli yaşam olayları ile anksiyete arasında ilişki olduğunu belirtmişlerdir (Reid vd., 2009).

Şiddet hayatın her alanında görülebilen önemli bir toplumsal sorundur ve dünyada giderek artan oranlarda görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2002 yılında yayınladığı raporda, şiddetin en fazla aile ortamında görüldüğü ve kadına yönelik olduğu bildirilmektedir (Güler vd., 2005). Son incelemeler perinatal ruhsal bozukluklar ile aile içi şiddet yaşanması arasında muhtemel bir ilişki olduğunu göstermektedir (Howard vd., 2013). Çalışmamızda **şiddet öyküsü ile BDÖ medyan değerleri** arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p < 0.05$) (Tablo 4.10). Gebeliğinde şiddet öyküsü olan gebelerin BDÖ medyan değerleri şiddet öyküsü olmayanlara göre 2,5 kat daha yüksek bulunmuştur. Aile içi şiddet ile perinatal ruhsal bozukluklar arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada gebelikte şiddet gören gebelerin depresyon oranı %23.7 bulunmuştur (Howard vd., 2013). Karmaliani ve arkadaşları aile içi şiddet öyküsü ile gebelikte depresyon ve anksiyete arasında güçlü bir ilişki olduğunu saptamışlardır (Karmaliani vd., 2009).

Çalışmamızda **şiddet öyküsü ile BAÖ medyan değerleri** arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Ancak gebeliğinde şiddet gördüğünü belirten gebelerin ($n=9$) BAÖ medyan değerleri daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.10). Çalışmamızla benzer şekilde Pakistan'da yürütülen bir çalışmada, anksiyetesi olan ve olmayan kadınlar arasında şiddet yaşanma durumu açısından anlamlı fark bulunmamıştır (Ali vd., 2012). Eskici ve arkadaşları da yaptıkları çalışmada aile içi şiddet durumu ile anksiyete arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Eskici vd., 2012).

Sosyal destek yokluğu ya da yetersizliği gebelikte depresyon için bir risk etkenidir. Stres yaratacak bir durum olsun ya da olmasın sosyal destek, kişinin psikolojik ve fizisel sağlığını olumlu yönde etkilemektedir ve stres yaratan olayların sebep olduğu zararları azaltarak ya da dengeleyerek bireyi ruhsal açıdan korumaktadır (Vırit vd., 2008). Çalışmamızda **sosyal destek varlığı ile BDÖ medyan değerleri** arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$), ancak sosyal desteği olmayan gebelerin BDÖ medyan değerlerinin sosyal desteği olanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.10). Yanikkerem ve arkadaşları eşleri ile uyumsuz olan ve gebeliklerinde kimseden destek görmeyen kadınların BDÖ puanlarını daha yüksek bulmuşlardır (Yanikkerem vd., 2004). Çinli kadınlarla yapılan bir çalışmada depresif semptomları olan gebelerin düşük sosyal destek düzeyleri olduğu bildirilmiştir (Zeng vd., 2015). Bowen ve Muhajarine (2009) ile Leigh ve Milgrom (2008) yaptıkları çalışmalarda düşük sosyal desteğin depresyon için önemli bir risk faktörü olduğunu belirtmişlerdir (Bowen & Muhajarine, 2009; Leigh & Milgrom, 2008). Gözüyeşil ve arkadaşları gebelerin gebelik süresinde destek aldıkları kişi ile depresyon puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğunu belirtmişlerdir. En çok eşinden destek alan gebelerin depresyon puan ortalaması, yakınlarından destek alan gebelerin depresyon puan ortalamalarından daha düşük bulunmuştur (Gözüyeşil vd., 2008).

Gebelikte eş, aile ve/veya arkadaşlar tarafından sağlanan sosyal destek, gebeyi duygusal ve bilişsel olarak rahatlatmakta, sosyal kaynaklardan daha fazla yararlanmalarına, stres etkenleri ve kaygı ile daha kolay baş etmelerine yardımcı olmakta ve annelik rolüne geçişi kolaylaştırmaktadır (Karaçam & Ançel, 2007). Çalışmamızda **sosyal destek varlığı ile BAÖ medyan değerleri** arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$) (Tablo 4.10). Sosyal desteği olmadığını belirten gebelerin BAÖ medyan değerleri, sosyal desteği olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Reid ve arkadaşları yaptıkları çalışmada sosyal destek ve anksiyete arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptamışlardır (Reid vd., 2009). Lee ve arkadaşlarının çalışmasında düşük sosyal destek ikinci trimesterde kaygı artışı ile ilişkili bulunmuştur (Lee vd., 2007).

Doğumdan sonra hayata anne olarak devam edecek olma düşüncesi gebe kadını mutlu ederken, aynı zamanda getireceği sorumluluk duygusu da gebe kadında endişeye neden olabilir. Anneler bebek bakımı ile ilgili yeterli bilgi ve beceriye sahip değillerse ve ilk gebelikleriyse, ne kadar kitap okuyup bilgi sahibi olsalar da bebek bakımı konusunda endişelenebilirler. Bu endişe durumu da gebelerde anksiyete ve depresyona sebep olabilir. Çalışmamızda **bebek bakımıyla ilgili endişe yaşama durumu ile BDÖ medyan değerleri** arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.10). Bebek bakımıyla ilgili endişesi olan gebelerin BDÖ medyan değerleri bebek bakımı ile ilgili endişesi olmayan gebelere göre daha yüksektir. Vırit ve arkadaşlarının (2008), Eryılmaz'ın (2017) yaptıkları çalışmada doğumdan

sonra bebeğin bakımı konusunda yardımcısı olduğunu belirten gebelere göre böyle bir yardımcısı olmadığını belirten gebelerin depresyon puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Virit vd., 2008; Eryılmaz, 2017). Çalışmamız bu çalışma sonuçlarıyla benzerdir.

Çalışmamızda **bebek bakımıyla ilgili endişe yaşama durumu ile BAÖ medyan değerleri** arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.10). Bebek bakımıyla ilgili endişesi olan gebelerin BAÖ medyan değerleri bebeğin bakımıyla ilgili endişesi olmayan gebelere göre daha yüksektir. Çalışmamızdan farklı olarak Virit ve arkadaşları bebeğin bakımına yardım edecek birisinin olması durumu ile anksiyete puanları arasında ilişki bulamamıştır (Virit vd., 2008). Doğumdan sonra bebeğin bakımına yardım edecek birisinin olmaması annenin kendini yalnız hissedip endişe yaşamasına ve olumsuz duygular hissetmesine sebep olabilir.

Çalışmamızda **BAÖ puan ortalamaları ile BDÖ puan ortalamaları** arasında pozitif yönde anlamlı ve güçlü bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.001$) (Tablo 4.14). Buna göre kadınların anksiyete düzeyleri artarken depresyon düzeyleri de artmaktadır. Gebelerde kaygının artması depresif semptomlara yol açabileceği gibi depresyonun artması da kaygının artmasına neden olabilmekte, sonuçta her iki durumda birbirini etkileyebilmektedir. Çalışmamızla benzer şekilde Şahin ve Kılıçaslan yaptıkları çalışmada depresyon ile kaygı düzeyi arasında pozitif ilişki olduğunu, depresif duygu durumu olanların kaygı düzeylerinin de arttığını belirtmiştir (Şahin & Kılıçaslan, 2010). Dağlar ve Nur'da yaptıkları çalışmada gebelikte depresyon riski ve anksiyete düzeyi arasında pozitif ilişki bulmuşlardır (Dağlar & Nur, 2014). Çalışma sonucumuz bu bulgularla paralellik göstermektedir.

Gebelik psikososyal bir olay olduğu için kadınların yaşam kalitelerinde değişikliklere yol açabilir. Yaşam kalitesi pek çok faktörden etkilenir. Gebelikte anksiyete ve depresyon varlığında yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir. Çalışmamızda **SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puanları ile BDÖ ve BAÖ puanları** arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ve negatif yönde bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.001$) (Tablo 4.15). Buna göre, kadınların BDÖ ve BAÖ puanları arttıkça SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği tüm alt boyutlarının puanları düşmekte ve gebelerin yaşam kaliteleri önemli ölçüde etkilenmektedir. Şahin ve Kılıçaslan Edirne'de 500 gebe ile yaptıkları çalışmada yaşam kalitesi puanları ile anksiyete ve depresyon puanları arasında negatif yönde bir ilişki bulmuşlardır (Şahin & Kılıçaslan, 2010). Nicholson ve arkadaşları depresif belirtileri olan kadınların fiziksel işlevsellik dışındaki tüm alanlarda sağlıkla ilgili yaşam kalitesi skorlarının önemli ölçüde düşük olduğunu saptamışlardır (Nicholson vd., 2006). Couto ve arkadaşları SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullandıkları çalışmalarında önceki gebeliklerinde kötü gebelik deneyimi olan gebelerin yaşam kalitesinin tüm alt alanları ile anksiyete ve depresyon arasında ters korelasyon bulmuşlardır (Couto vd., 2009).

Yaşam kalitesinin psikolojik belirleyicilerini saptamak amacıyla yapılan bir başka çalışmada stres, depresyon ve anksiyetenin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur (Abbey & Andrews, 1985). Gebelerde trimestırlar arası depresyon, anksiyete, diğır ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi düzeylerini araştıran bir çalışmada da gebelerin depresyon ve anksiyete düzeyleri arttıkça yaşam kalitelerinin düştüğü görülmüştür (Karataylı, 2007). Bu sonuçlar çalışma bulgumuzla benzerlik göstermektedir. Depresyon ve anksiyete varlığında gebelerin yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Çalışma grubunu oluşturan gebelerin yaşları 17-41 yaş arasında değişmekte olup yaş ortalaması 26.74 ± 4.91 yıl olarak bulundu.

Gebelerin %30.2'sinin ilkokul ve altı, %22.5'inin ortaokul, %28.5'inin lise ve %18.7'sinin ise üniversite mezunu olduğu saptandı.

Gebelerin %76.91'inin gelir getiren herhangi bir işte çalışmadığı ve %99.1'inin sosyal güvencesinin olduğu bulundu.

Gebelerin %82.2'sinin çekirdek aile yapısında olduğu ve %54.9'unun aylık gelir durumlarını orta düzeyde tanımladığı saptandı.

Gebelerin evlilik süreleri 0-18 yıl arasında değişmekte olup ortalama evlilik süresi 4.57 ± 3.93 yıl olarak bulundu.

Gebelerin eşlerinin %15.3'ünün ilkokul ve altı, %18.2'sinin ortaokul, %39.1'inin lise ve %27.5'inin de üniversite öğrenim düzeyine sahip olduğu bulundu.

Gebelerin eşlerinin %2.5'inin gelir getiren herhangi bir işte çalışmadığı saptandı.

Çalışmaya katılan gebelerin %5.3'ünün kronik bir hastalığının olduğu bulundu. Kronik hastalıkların 12'sinin diabet, 8'inin guatr, 5'inin hipertansiyon ve 4'ünün diğer bazı hastalıklar (anemi, depresyon, lupus) olduğu saptandı.

Gebelerin %0.9'unun alkol tükettiği ve %17.3'ünün gebeliğinde sigara içtiği bulundu.

Gebelerin %5.8'inin infertilite tedavisi gördüğü saptandı.

Çalışmamıza katılan gebelerin ilk gebelik yaşı 15-41 yaş arasında değişmekte olup yaş ortalaması 23.89 ± 4.32 yıl olarak bulundu.

Çalışmada gebelerin %63.27'sinin hiç canlı doğum yapmadığı, %29.82'sinin 1 tane, %6.36'sinin 2 tane ve %0.55'inin ise 3 ve üzeri canlı doğum yaptığı saptandı.

Gebelerin %3.6'sında ölü doğum öyküsü, %18.2'sinde düşük öyküsü ve %11.3'ünde küretaj öyküsü olduğu saptandı.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin çoğunluğunun (%60.5) 3.trimesterde olduğu bulundu.

Gebelerin son gebelik aralıkları 0-15 yıl arasında değişmekte olup ortalama gebelik aralığı 4.35 ± 3.17 yıl olarak bulundu.

Çalışmada gebelerin yaşayan çocuk sayısı en az 0, en çok 3 olup ortalama yaşayan çocuk sayısı 1.18 ± 0.42 olarak bulundu.

Gebelerin %95.1'inin gebeliklerini istedikleri saptandı.

Çalışmaya alınan gebelerin %5.8'inde önceden konulmuş depresyon öyküsü olduğu, %10'unun ailesinde depresyon öyküsü olduğu saptandı.

Gebelerin %2.5'inin eşi ile, %6.4'ünün diğer aile bireyleri ile sorun yaşadığı ve %1.6'sının gebeliklerinde şiddete uğradığı saptandı.

Gebelerin %12.4'ünün son 1 yılda üzücü bir olay yaşadığı, %28.7'sinin sosyal desteğinin olmadığı ve bebek bakımı ile ilgili endişeleri olduğu bulundu.

Beck Depresyon Ölçeği toplam puan ortalaması 9.78 ± 7.77 olup gebelerin %57.1'inde depresif belirti olmadığı, %25.8'inde hafif düzeyde depresif belirti olduğu bulundu.

Beck Anksiyete Ölçeği toplam puan ortalaması 13.52 ± 8.65 olup gebelerin %26.7'sinde anksiyete belirtisi olmadığı, %36'sında hafif düzeyde anksiyete belirtileri olduğu saptandı.

Yaş grupları, sosyal güvence varlığı ve evlilik süresi ile depresyon puanları arasında anlamlı fark bulunamamış olup ($p > 0.05$) öğrenim düzeyi düşük olan, çalışmayan, aylık gelir durumunu kötü olarak tanımlayan ve geniş ailede yaşayan gebelerin depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür ($p < 0.05$).

Yaş grupları, aylık gelir durumu, sosyal güvence varlığı, aile tipi ve evlilik süresi ile anksiyete puanları arasında anlamlı fark bulunamamış olup ($p > 0.05$) ortaokul mezunu olan ve çalışmayan gebelerin anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

Gebelerin eşlerinin öğrenim düzeyleri arttıkça depresyon ve anksiyete düzeylerinin de arttığı gözlenmiştir ($p < 0.05$).

Sigara kullanımı ve alkol tüketimi ile depresyon ve anksiyete puanları arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p > 0.05$).

Kronik hastalık varlığı, depresyon açısından anlamlı olarak etkili olmamakla birlikte ($p>0.05$) herhangi bir kronik hastalığı olan gebelerin anksiyete puanları daha düşüktür ($p<0.05$).

Düşük öyküsü, küretaj öyküsü ve gebeliğini isteme durumu ile gebelerin depresyon puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamışken ($p>0.05$) infertilite tedavisi görenlerin, adölesan gebelerin, 3 ve üzeri doğum yapanların, ölü doğum öyküsü olanların, üçüncü trimesterde olanların, önceki gebelik aralığı 2 yıl ve üzeri olanların ve 3 ve üzeri yaşayan çocuğu olan gebelerin depresyon düzeylerindedaha yüksek olduğu görülmüştür.

İnfertilite tedavisi, ilk gebelik yaşı, canlı doğum sayısı, ölü doğum öyküsü, düşük öyküsü, küretaj öyküsü, yaşayan çocuk sayısı, önceki gebelik aralığı ve gebeliğini isteme durumuna göre gebelerin anksiyete puanlarında anlamlı farklılık görülmezken ($p>0.05$), üçüncü trimesterde olan gebelerin anksiyete düzeylerinin diğer trimesterlere göre daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Sosyal desteği olmayan gebelerin depresyon puanlarının sosyal desteği olduğunu belirten gebelere göre daha yüksek olduğu ancak aradaki farkın anlamlı olmadığı görülürken ($p>0.05$), depresyon öyküsü olan, ailesinde depresyon öyküsü olan, eşi ile sorun yaşayan, aile bireyleri ile sorun yaşayan, son 1 yılda üzücü olay yaşadığını belirten, şiddet gören ve bebek bakımı konusunda endişesi olan gebelerin depresyon puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Eşiyile ve aile bireyleriyle sorun yaşama durumu ve şiddet öyküsü ile anksiyete puanları arasında anlamlı farklılık olmamakla birlikte ($p>0.05$), eşi ve aile bireyleri ile sorun yaşayan ve gebeliğinde şiddet gören gebelerin anksiyete puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p>0.05$). Geçmişte depresyon öyküsü olan, ailesinde depresyon öyküsü olan, son 1 yılda üzücü olay yaşayan, bebek bakımıyla ilgili endişesi olan ve gebeliğinde sosyal destek görmediğini belirten gebelerin anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları ile Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı ve güçlü bir ilişki bulunmuş olup çalışmamızda gebelerin anksiyete düzeyleri arttıkça depresyon düzeyleri de artmaktadır ($p<0.05$).

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puanları ile BDÖ ve BAÖ puanları arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı negatif yönde bir ilişki saptanmış olup gebelerin depresyon ve anksiyete puanları arttıkça SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği tüm alt boyutlarının puanları düşmekte ve gebelerin yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilenmektedir ($p<0.05$).

6.2. Öneriler

Bu çalışmanın sonuçları doğrultusunda;

Gebelik izlemlerinde fiziksel değerlendirmenin yanı sıra psikososyal açıdan da değerlendirme yapılmalı ve depresyon ve anksiyete açısından risk altındaki gebeler erken dönemde tespit edilerek, gebelikte anksiyete ve depresyonu arttıran risk faktörlerine sahip gebeler için önlemler alınmalı,

Çalışmayan gebelere ev dışında da uğraşlar (gebe grupları, doğum, el işi gibi çeşitli kurslar, v.s.) bulmaları konusunda önerilerde bulunarak gebelerin sosyalleşmesi sağlanmalı,

Kadınların çalışma hayatında daha fazla yer alması ve adölesan gebeliklerin önlenmesi adına ergen kızların eğitim hayatlarına devam edebilmeleri sağlanmalı,

Adölesan gebeliklerin anne-çocuk sağlığı açısından olumsuz etkileri göz önüne alındığında adölesan gebeliklerin önlenmesi için, erken yaşta anne olmanın riskleri ve aile planlaması yöntemleri konusunda eğitimler düzenleyerek ve broşürler dağıtarak adölesanlara bilgi ve danışmanlık verilmeli,

İnfertilite tedavisi gören ve bu yolla gebe kalan kadınlarda depresyon ve anksiyeteye karşı uyanık olunmalı, infertil çiftlere ve ölü doğum öyküsü bulunan gebelere psikolojik destek ve danışmanlık verilmeli,

Gebelikler arası sürenin iki yılın altında olmasının getireceği riskler konusunda kadınlar bilgilendirilmeli ve çok çocuğa sahip olmanın depresyon riskini arttırması sebebiyle çiftlerin doğurganlıklarını kontrol etmeleri sağlanmalı,

Gebelere özellikle ilerlemiş gebeliklerde, depresyon ve anksiyete bozuklukları açısından dikkatli olunmalı, eğer böyle bir durum saptanırsa hemen tedavileri sağlanmalı ya da psikiyatrik yardım ve danışmanlık verilerek problemlerle baş etme becerileri kazandırılmalı,

Gebelere hizmet veren tüm sağlık personelinin (kadın hastalıkları ve doğum uzmanları, pratisyen hekimler, hemşireler, ebeler vb) gebelik psikolojisi, gebelik esnasında görülebilen psikiyatrik bozukluklar ve bu bozuklukların yol açabileceği riskler hakkında bilgi sahibi olması sağlanmalı,

Önceden tanı konulmuş depresyon öyküsü olan ve ailesinde depresyon öyküsü olan gebelerin erken dönemde tespit edilerek anksiyete ve depresyon gelişimi açısından önlemler alınmalı,

Bebeğin bakımı konusunda endişesi olan gebelerin gebelik ve doğum kurslarına katılmaları ve bu konuda eşlerinin desteği sağlanmalı,

Gebeliğinde şiddet gören gebeler tespit edilerek yasal uygulamalar ile şiddetin önlenmesi sağlanmalı, şiddetin anneye ve bebeğe zararlı etkileri konusunda eş ve aile bilinçlendirilmeli,

Gebelerin gebelikleri süresince ihtiyaç duydukları desteği sağlamak amacıyla eşleri ve aileleri de bu sürece dahil edilmeli ve bu konuda sağlık personellerinin de yardımı ve desteği sağlanmalıdır.



7.KAYNAKLAR

- Abbey, A., & Andrews, F. M. (1985). Modeling the Psychological Determinants of Life Quality. *Social Indicators Research*, 16: 1-34.
- ACOG. (2006). Psychosocial Risk Factors: Perinatal Screening and Intervention. Committee Opinion No.343. *Obstet Gynecol.*, 108: 469-77.
- Akbaş, E., Vırit, O., Kalenderoğlu, A., Savaş, A.H., & Sertbaş, G. (2008). *Gebelikte Sosyodemografik Değişkenlerin Kaygı ve Depresyon Düzeyleriyle İlişkisi*. Türk Nöro-Psikiyatri Derneği, 45(3): 85-91.
- Aktaş, S., Yeşilçiçek, Ç. K., Dinçkol, M., Kara, H., Budak, S., & Güney, S. (2009, 15-18 Ocak). *Gebelikte Depresyon, Depresyona Etki Eden Faktörler ve Gebelik Depresyonu ile Sosyal Destek Arasında İlişki*. 9. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi, Bursa.
- Alder, J., Fink, N., Bitzer, J., Höslı, I. & Holzgreve, W. (2007). Depression and Anxiety During Pregnancy: A Risk Factor for Obstetric, Fetal and Neonatal Outcome? A Critical Review of the Literature. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 20(3): 189-20.
doi: 10.1080/14767050701209560
- Ali, N. S., Azam, I. S., Ali, B. S., Tabbusum, G., & Moin, S. S. (2012). Frequency and Associated Factors for Anxiety and Depression in Pregnant Women: A Hospital-Based Cross-Sectional Study. *The Scientific World Journal*, 1-9.
doi:10.1100/2012/653098
- Altıparmak, S. (2006). *Gebelerde Sosyo-Demografik Özellikler, Öz Bakım Gücü Ve Yaşam Kalitesi İlişkisi Üzerine Bir Araştırma*. TAF Preventive Medicine Bulletin, 5(6):416-423.
- Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Wulff, M., Aström, M. & Bixo, M. (2004). Implications of Antenatal Depression and Anxiety for Obstetric Outcome. *American College of Obstetricians and Gynecologists*, 104(3): 467-476.
doi:10.1097/01.AOG.0000135277.04565.e9
- Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Wulff, M., Ström, M., & Bixo, M. (2006). Depression and Anxiety During Pregnancy and Six Months Postpartum: A Follow-Up Study. *Acta Obstet Gynecol*, 85: 937-944.
doi: 10.1080/00016340600697652

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Anniverno, R., Bramante, A., Mencacci, C. & Durbano, F. (2013). Anxiety Disorders in Pregnancy and the Postpartum Period. 259-285.
<http://dx.doi.org/10.5772/52786>
- Arslan, B. (2010). Gebelerde Anksiyete ve Depresyonla İlişkili Sosyodemografik Özellikler, Tıpta Uzmanlık Tezi, TC. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Isparta.
- Arslan, B., Arslan, A., Kara, S., Öngel, K., & Mungan M.T. (2011). *Gebelik Anksiyete ve Depresyonunda Risk Faktörleri: 452 Olguda Değerlendirme*. Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi, 21(2): 79-84.
- Arslan, F. (2001). Primipar Annelere Gebelikte ve Doğum Sonrası Bebek Bakımı Konusunda Verilen Danışmanlık ve Eğitim Hizmetinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Belirlenmesi, Doktora Tezi, T.C. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Okulu Dahili Hemşirelik Bilimleri Anabilim Dalı, Ankara.
- Arslan, H., Gürkan, Ö. C., Ekşi, Z., & Yiğit, F. E. (2006). *Doğum Sonrası Depresyonun Annelik Yaşamına Etkileri*. Aile ve Toplum Dergisi, 3(10): 71-79.
- Ataman, H., & Arslan H. (2010). *Doğal Gebelikler ile İnfertilite Tedavisi Sonucu Oluşan Gebeliklerde Psiko-Sosyal Bakım Gereksinimleri*. Aile ve Toplum, 6(23): 75-86.
- Austin, M. P., & Priest, S. R. (2005). Clinical Issues in Perinatal Mental Health: New Developments in the Detection and Treatment of Perinatal Mood and Anxiety Disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 112: 97-104.
doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00549.x
- Aydın, D. (2013). *Adölesan Gebelik ve Adölesan Annelik*. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 16(4): 250-254.
- Ayvaz, S., Hocaoğlu, Ç., Tiryaki, A., & Ak İ. (2006). *Trabzon İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı ve Gebelikteki İlişkili Demografik Risk Etmenleri*. Türk Psikiyatri Dergisi, 17(4): 243-251.
- Babadağlı, B. (2008). *Gebelik Yaşının Gebelikte Yaşanan Fizyolojik ve Psikolojik Değişikliklere Etkisi*. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(3): 96-105.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Başaran, S., Güzel, R., & Sarpel, T. (2005). *Yaşam Kalitesi ve Sağlık Sonuçlarını Değerlendirme Ölçütleri*. *Romatizma*, 20(1): 55-63.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mehdelson, M., Mosk, J., & Erbaugh, J. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry* 4: 561-571.
- Beck, C. (2004). Post-Traumatic Stress Disorder Due to Childbirth. *The Aftermath. Nursing Research*, 53(4): 216-224
- Bennett, H.A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., & Einarson, T.R. (2004). Prevalence of Depression During Pregnancy: Systematic Review. *Obstet Gynecol*, 103: 698-709.
doi: [10.1097/01.AOG.0000116689.75396.5f](https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000116689.75396.5f)
- Benute, G. R. G., Nomura, R. M. Y., Reis, J. S., Junior, R. F., Souza De Lucia, M. C., & Zugaib, M. (2010). Depression During Pregnancy in Women with A Medical Disorder: Risk Factors and Perinatal Outcomes. *Clinics*, 65: 1127-1131.
- Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C.M. (2016). Identifying the Women at Risk of Antenatal Anxiety and Depression: A Systematic Review. *Journal of Affective Disorders*, 191: 62-77.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.014>
- Bonari, L., Pinto, N., Ahn, E., Einarson A., Steiner M., & Koren G. (2004). Perinatal Risks of Untreated Depression During Pregnancy. *Can J Psychiatry*, 49: 726-35.
- Bowen, A., & Muhajarine, N. (2006). Antenatal Depression. *Canadian Nurse Journal*, 102: 26-30.
- Bödecs, T., Horvath, B., Kovacs, L., Diffellne, Nemeth, M., & Sandor, J. (2009). Prevalence of Depression and Anxiety in Early Pregnancy on A Population Based Hungarian Sample. *Orv Hetil*, 150: 1888-1893.
- Brenda, M., Leung, Y., Bonnie, N. D., & Kaplan, J. (2009). Perinatal Depression: Prevalance, Risks and the Nutrition Link-A Review of the Literature. *J Am Diet Assoc*, 109: 1566-1577.
doi: [10.1016/j.jada.2009.06.368](https://doi.org/10.1016/j.jada.2009.06.368)
- Britton, J. (2011). Infant Temperament and Maternal Anxiety and Depressed Mood in the Early Postpartum Period. *Women & Health*, 51(1): 55-71.
doi: [10.1080/03630242.2011.540741](https://doi.org/10.1080/03630242.2011.540741)

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Budakoğlu, I. İ., Maral, I., Coşar B., Biri A., & Bumin M.A. (2005). *15 Yaş Üzeri Kadınlarda Anksiyete Sıklığı ve Gelişimini Etkileyen Faktörler*. *TJOD*, 2(2): 92-97.
- Bunevicius, R., Kusminskas, L., Bunevicius, A., Nadisauskiene, R.J., Jurenienė, K., & Pop, V.J. (2009). Psychosocial Risk Factors for Depression During Pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 88: 599-605.
- Carter D., & Kostaras X. (2005). Psychiatric Disorders in Pregnancy, *BC Medical Journal* 47: 96-99.
- Cebeci, S.A., Aydemir, Ç., & Göka, E. (2002). *Puerperal Dönemde Depresyon Semptom Prevelansı: Obstetrik Risk Faktörleri, Kaygı Düzeyleri ve Sosyal Destekle İlişkisi*. *Kriz Dergisi*, 10(1): 11-8.
- Chung, T. K., Lau, T. K., Yip, A. S., Chiu, H. F. & Lee, D. T. (2001). Antepartum Depressive Symptomatology is Associated with Adverse Obstetric and Neonatal Outcomes. *Psychosomatic Medicine*, 63: 830-834.
- Cloitre, M., Yonkers, K. A., & Pearlstein, T. (2004). Women and anxiety disorder: Implications for diagnosis and treatment. *CNS Spectr*, 9: 1-16.
- Coleman, V. H., Carter, M. M., Morgan, M. A. & Schulkin, J. (2008). Obstetrician-Gynecologists' Screening Patterns for Anxiety During Pregnancy. *Depression and Anxiety*, 25: 114-123.
- Coll, C.V.N., Silveira, M.F., Bassani, D.G., Netsi, E., Wehrmeister, F.C., Barros, F.C., & Alan Stein, A. (2017). Antenatal Depressive Symptoms Among Pregnant Women: Evidence From A Southern Brazilian Population-Based Cohort Study. *Journal of Affective Disorders* 209: 140-146.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.11.031>
- Costei, A. M., Kozar, E., Ho, T., Ito, S., & Koren, G. (2002). Perinatal Outcome Following Third Trimester Exposure to Paroxetine. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 156: 1129-1132.
- Coşkun, A. M. (2012). *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı*, 1. Baskı. İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları.
- Cott, A. D., & Wisner, K. L. (2003). Psychiatric Disorders During Pregnancy. *Inter Rev. Psychiatry*, 15: 217-230.
<http://dx.doi.org/10.1080/0954026031000136848>

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Couto, E.R., Couto, E., Vian, B., Gregório, Z., Nomura, M.L., Zaccaria, R., & Junior, R.P. (2009). Quality of Life, Depression and Anxiety among Pregnant Women with Previous Adverse Pregnancy Outcomes. *Sao Paulo Medical Journal*, 127(4): 185-189.
doi: 10.1590/S1516-31802009000400002
- Çakır, L. & Can, H. (2012). Gebelikte Sosyodemografik Değişkenlerin Anksiyete ve Depresyon Düzeyleriyle İlişkisi. *Turkish Family Physician*, 3(2): 35-42.
- Çalık, K. Y., & Aktaş, S. (2011). *Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri Ve Tedavisi*. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1): 142-162.
- Çetin, M. (2011). *Gebelikte Psikotrop İlaç Kullanımı. Bir Güncelleme*. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 21(2): 161-73.
doi: 10.5455/bcp.20110706032759
- Da Costa, D., Dritsa, M., Verreault, N., Balaa, C., Kudzman, J., & Khalife, S. (2010). Sleep Problems and Depressed Mood Negatively Impact Health-Related Quality of Life During Pregnancy. *Archives Women's Mental Health*, 13: 249-257.
doi: 10.1007/s00737-009-0104-3
- Dağlar, G., & Nur, N. (2014). *Gebelerin Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Anksiyete ve Depresyon Düzeyi ile İlişkisi*. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 36:429-441.
- Daştan, B. N., Deniz, N., & Şahin, B. (2015). *Kars'ta Gebelerin Ev Ziyareti ile Ruhsal Durumlarının Belirlenmesi*. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 6(2): 71-78.
doi: 10.5505/phd.2015.91885
- Demiryay, A. (2006). *Gebe Kadınların Algıladıkları Fiziksel ve Emosyonel Yakınmalar, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon*.
- Department of Health, Government of South Australia. (2017). *Perinatal Practice Guideline, Perinatal Anxiety and Depressive Disorders (including Postnatal Depression) (3.0.Version)*
<http://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/Public+Content/S+A+Health+Internet/Clinical+resources/Clinical+topics/Perinatal/Perinatal+Practice+Guidelines/Perinatal+Practice+Guidelines>

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Diego, M. A., Field, T., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C., & Gonzalez-Quintero V. (2009). Prenatal Depression Restricts Fetal Growth. *Early Hum Dev*, 85: 65-7.
doi:10.1016/j.earlhumdev.2008.07.002.
- Dimidjian, S., & Goodman, S. (2009). Nonpharmacologic intervention and prevention strategies for depression during pregnancy and the postpartum. *Clin Obstet Gynecol*, 52: 498-515.
- Edwards, B., Galletly, C., Semmler-Booth, T., & Dekker, G. (2008). Antenatal Psychosocial Risk Factors And Depression Among Living in Socioeconomically Disadvantaged Suburbs in Adelaide, South Australia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 42: 45-50.
- Einarson, T. R., & Einarson, A. (2005). Newer Antidepressants in Pregnancy and Rates of Major Malformations: A Meta-Analysis of Prospective Comparative Studies. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, 14(12): 823-27.
- Ertan, T. (2008). *Psikiyatrik Bozuklukların Epidemiyolojisi*. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi, 62: 25-30.
- Eryılmaz, S. (2017). Gebelikte Beden İmajı ve Depresif Davranışlar Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.
- Eşel, E. (2003). *Genelleşmiş Anksiyete Bozukluğunun Nörobiyolojisi*. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 13(2): 78-87.
- Faisal-Cury, A., & Menezes, P. R. (2007). Prevalence of Anxiety and Depression During Pregnancy in a Private Setting Sample. *Archives of Women’s Mental Health*, 10: 25-32.
doi: 10.1007/s00737-006-0164-6
- Fenkçi, I. V. (2004). *Maternal Fizyoloji (Ed.), Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi içinde (s. 161-169)*. Ankara: Öncü Basımevi.
- Field T., Diego M., Hernandez-Reif M., Figueiredo B., Deeds O., Ascencio A., Schanberg S., Kuhn C. (2010). Comorbid Depression and Anxiety Effects on Pregnancy and Neonatal Outcome. *Infant Behavior and Development*, 33: 23-29.
doi:10.1016/j.infbeh.2009.10.004

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Figueiredo, B., Pacheco, A., & Costa, R. (2007). Depression During Pregnancy and the Postpartum Period in Adolescent and Adult Portuguese Mothers. *Arch Womens Ment Health, 10*: 103–109.
- Gary, C. F., Norman, F., & Konneth, J. (2001). *Williams Obstetric, Cilt: 1*, 21. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevi.
- Gözüyeşil, E. Y., Şirin, A., & Çetinkaya, Ş. (2008). *Gebe Kadınlarda Depresyon Durumu ve Bunu Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi*. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 3(9): 39-66.
- Güleç, H., Sayar, K. & Özkorumak, E. (2005). *Depresyonda Bedensel Belirtiler*. Türk Psikiyatri Dergisi, 16(2): 90-96.
- Güler, N., Tel, H., & Tuncay, F. Ö. (2005). *Kadının Aile İçinde Yaşanan Şiddete Bakışı*. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 27(2): 51-56.
- Gündoğdu, G. (2013). Son Trimesterdeki Gebelerin Anksiyete Düzeyleri ile Doğumdaki Anksiyete ve Ağrı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Haas, J. S., Jackson, R. A., Fuentes-Afflick, E., Stewart, A. L., Dean, M. L., Brawarsky, P., & Escobar, G. J. (2005). Changes in the Health Status of Women During and After Pregnancy. *J Gen Intern Med, 20*: 45–51.
- Harrison, P.A. & Sidebottom, A.C. (2008). Systematic Prenatal Screening for Psychosocial Risks. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 19(1)*: 258-276.
doi: [10.1353/hpu.2008.0003](https://doi.org/10.1353/hpu.2008.0003)
- Hayes, B. A., Muller, R., & Bradley, B. S. (2001). Perinatal Depression: A Randomized Controlled Trial of An Antenatal Education Intervention for Primiparas, *BIRTH 28(1)*: 28-35.
- Hergüner, S., Çiçek, E., Annagür, A., Hergüner, A., & Örs R. (2014). *Doğum Şeklinin Doğum Sonrası Depresyon, Algılanan Sosyal Destek ve Maternal Bağlanma ile İlişkisi*. Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences, 27(1): 15-20.
doi: [10.5350/DAJPN2014270102](https://doi.org/10.5350/DAJPN2014270102)

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Heron, J., O'Connor, G. T., Evans, J., Golding, J. & Glover, V. (2004). The Course of Anxiety and Depression Through Pregnancy and the Postpartum in A Community Sample. *Journal of Affective Disorders*, 80: 65–73.
- Hipwell, A. E., Stepp, S. D., Moses-Kolko, E. L., Xiong, S., Paul, E., Merrick, N., McClelland, S., Verble, D., & Keenan K. (2016). Predicting Adolescent Postpartum Caregiving from Trajectories of Depression and Anxiety Prior to Childbirth: A Five Year Prospective Study. *Archives Women's Mental Health*, 19(5): 871–882. doi:10.1007/s00737-016-0627-3.
- Hiremath, P. (2016). Need for Psychological Assessment during Pregnancy- A Nursing Perspective, *Global Journal of Nursing & Forensic Studies*,1(3):1-4. https://www.researchgate.net/publication/320585842_Need_for_Psychological_Assessment_during_Pregnancy-A_Nursing_Perspective
- Hisli, N. (1989). *Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri için Geçerliliği, Güvenirliği*. Psikoloji Dergisi 7: 3-13.
- Howard, L. M., Molyneaux, E., Dennis, C. L., Rochat, T., Stein, A., & Milgrom, J. (2014). Nonpsychotic Mental Disorders in the Perinatal Period. *Lancet*, 384: 1775–1788.
- Howard, L.M., Oram, S., Galley, H., Trevillion, K. & Feder, G. (2013). Domestic Violence and Perinatal Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Med.*, 10(5): 1-16. doi: 10.1371/journal.pmed.1001452
- Hueston, W. J., & Kasik-Miller, S. (1998). Changes in Functional Health Status During Normal Pregnancy. *The Journal of Family Practice*, 47: 209–212.
- Josefsson, A., Berg, G., Nordin, C., & Sydsjo, G. (2001). Prevalence of Depressive Symptoms in Late Pregnancy and Postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scan*, 80: 251-255.
- Karaçam, Z., & Ançel, G. (2009). Depression, Anxiety and Influencing Factors in Pregnancy: A Study in a Turkish Population. *Midwifery*, 25: 344-356. https://www.researchgate.net/publication/5909242_Depression_anxiety_and_influencing_factors_in_pregnancy_A_study_in_a_Turkish_population

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Karataylı, S. (2007). Gebelerde Trimestırlar Arası Depresyon, Anksiyete, Diğer Ruhsal Belirtiler ve Yaşam Kalitesi Düzeyleri, Uzmanlık Tezi, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Konya.
- Karmaliani, R., Asad, N., Bann, C. M., Moss, N., McClure, E. M., Pahsa, O., Wright, L. L., & Goldenberg, R. L. (2009). Prevalence of Anxiety, Depression and Associated Factors Among Pregnant Women of Hyderabad, Pakistan. *International Journal of Social Psychiatry*, 55(5): 414-424.doi: 10.1177/0020764008094645
- Kazi, A., Fatmi, Z., Hatcher, J., Kadir, M. M., Niaz, U., & Wasserman, G. A. (2006). Social Environment and Depression among Pregnant Women in Urban Areas of Pakistan: İmportance of Social Relations. *Social Science & Medicine*, 63(6): 1466-1476.
- Kılıçarslan, S. (2008). Edirne Şehir Merkezindeki Son Trimester Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri, Yaşam Kaliteleri, Kaygı Düzeyleri, Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp fakültesi Aile Hekimliği Anabilimdalı, Edirne.
- Kılınc, S., & Torun, F. (2011). *Türkiye'de Klinikte Kullanılan Depresyon Değerlendirme Ölçekleri*. *Dirim Tıp Gazetesi*, 86(1): 39-47.
- King, N.M, Chambers, J., O'Donnell, K., Jayaweera, S.R, Williamson, C., & Glover, V.A. (2010). Anxiety, Depression and Saliva Cortisol in Women with A Medical Disorder During Pregnancy. *Arch Womens Ment. Health*, **13**: 339-345.
- Kitapçioğlu G., Yanikkerem E., Sevil Ü., Yüksel D. (2008). *Gebelerde Doğum ve Postpartum Döneme İlişkin Endişeler; Bir Ölçek Geliştirme ve Validasyon Çalışması*. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 9(1): 47-54.
- Kivlighan, K. T., DiPietro, J. A., Costigan, K. A., & Laudenslager, M. L. (2008). Diurnal Rhythm of Cortisol During Late Pregnancy: Associations with Maternal Psychological Well-Being and Fetal Growth. *Psychoneuroendocrinology*, 33: 1225-1235. doi:10.1016/j.psyneuen.2008.06.008
- Kocabaşoğlu, N. & Başer, S. Z. (2008). *Gebelik ve Doğumla Tetiklenen Psikiyatrik Hastalıklar*. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi 62: 349-354.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Koçyiğit, H., Aydemir, Ö., Fişek, G., Ölmez, N. & Memiş A. (1999). *Kısa Form-36 (KF-36)'nın Türkçe Versiyonu'nun Güvenilirliği ve Geçerliliği*. İlaç ve Tedavi Dergisi, 12(2): 102-106.
- Koltarla, S. (2008). Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesinin Araştırılması, Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul.
- Koyun, A., Taşkın, L. & Terzioğlu, F. (2011). *Yaşam Dönemlerine Göre Kadın Sağlığı ve Ruhsal İşlevler: Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi*. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 3(1) :67-99.
- Köroğlu, E. (çeviren). (2015). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*, 5. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 92-94.
- Kuşu, N., & Akyüz, G. (2001). *Gebelikte Ruhsal Durum*. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 23(1): 61-64.
- Lancaster, C.A., Gold, K.J., Flynn, H.A., Yoo, H., Marcus, S.M., & Davis, M.M. (2010). Risk Factors for Depressive Symptoms During Pregnancy: A Systematic Review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 5-14.
doi: 10.1016/j.ajog.2009.09.007
- Lau, Y. & Keung, D. W. F. (2007). Correlates of Depressive Symptomatology during the Second Trimester of Pregnancy among Hong Kong Chinese. *Social Science & Medicine*, 64: 1802-1811.
doi:10.1016/j.socscimed.2007.01.001
- Lee, A. M., Lam, S. K., Sze Mun Lau, S. M., Chong, C. S. Y., Chui, H. W., & Fong, D. Y. T. (2007). Prevalence, Course, and Risk Factors for Antenatal Anxiety and Depression. *Obstetrics & Gynecology*, 110(5): 1102-1112.
doi: 10.1097/01.AOG.0000287065.59491.70
- Lee, D. T. S., & Chung, T. K. H. (2007). Postnatal Depression: An Update. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21(2): 183-191.
doi:10.1016/j.bpobgyn.2006.10.003
- Lee, D., Chan, S., Sahota, D., Yip, A., Tsui, M., & Chung, T. (2004). A Prevalence Study of Antenatal Depression Among Chinese Women. *Journal of Affective Disorders* 82: 93-99.
doi:10.1016/j.jad.2003.10.003

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Leigh, B., & Milgrom, J. (2008). Risk Factors for Antenatal Depression, Postnatal Depression and Parenting Stres. *BMC Psychiatry, 8*(24): 1-11.
doi: 10.1186/1471-244X-8-24
- Leung, B. M. Y., & Kaplan, B. J. (2009). Perinatal Depression: Prevalence, Risks, and the Nutrition Link, A Review of the Literature. *Journal of the American Dietetic Association, 109*: 1566-1575.
doi: 10.1016/j.jada.2009.06.368
- Littleton, H. L., Breitkopf, C. R. & Berenson, A. B. (2007). Correlates of Anxiety Symptoms During Pregnancy and Association with Perinatal Outcomes: A Meta Analysis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology 5*: 424-432.
doi: 10.1016/j.ajog.2007.03.042
- Luke, S., Salihu, H. M., Alio, A. P., Mbah, A. K., Jeffers, D., Lo Berry, E. & Mishkit, V. R. (2009). Risk Factors for Major Antenatal Depression among Low-Income African American Women. *Journal of Women's Health, 18*(11): 1841-1846.
doi: 10.1089=jwh.2008.1261
- Maloni, J. A., Park, S., Anthony M. K., & Musil C. M. (2005). Measurement of Antepartum Depressive Symtoms During High-Risk Pregnancy. *Research in Nursing & Health, 28*: 16-26.
doi: 10.1002/nur.20051
- Marakoğlu, K. & Şahsivar M. Ş. (2008). *Gebelikte Depresyon*. Türkiye Klinikleri Journal Medical Science, 28(4): 525-532.
- Marchesi, C., Bertoni, S. & Maggini, C. (2009). Major and Minor Depression in Pregnancy. *Obstetric and Gynecology, 113*(6): 1292-1298.
- Marchesi, C., Ossola, P., Amerio, A., Daniel, B.D., Tonna, M., & DePanfilis, C. (2016). Clinical Management of Perinatal Anxiety Disorders: A Systematic Review. *Journal of Affective Disorders, 190*: 543-550.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.004>
- Marcus, S. M., Flynn, H. A., Frederic C. B. & Kristen L. B. (2003). Depressive Symptoms among Pregnant Women Screened in Obstetrics Settings. *Journal of Women's Health, 12*(4): 373-380.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Martini, J., Knappe, S., Beesdo-Baum, K., Lieb, R. & Wittchen, H. U. (2010). Anxiety Disorders Before Birth and Self-Perceived Distress During Pregnancy: Associations with Maternal Depression and Obstetric, Neonatal and Early Childhood Outcomes. *Early Human Development*, 86: 305–310.
doi:10.1016/j.earlhumdev.2010.04.004
- Matthey, S. (2005). Assessing for Psychosocial Morbidity in Pregnant Women. *CMAJ*, 173 (3): 267-269.
doi: 10.1503/cmaj.050727
- Mauri, M., Oppo, A., Montagnani, M. S., Borri, C., Banti, S., Camilleri, V., Cortopassi, S., Ramacciotti, D., Rambelli, C., & Cassano, G. B. (2010). Beyond "Postpartum Depressions": Specific Anxiety Diagnoses During Pregnancy Predict Different Outcomes. *Journal of Affective Disorders*, 127: 177–184.
doi: 10.1016/j.jad.2010.05.015
- Mckee, M. D., Cunningham, M., Jankowski, K. R. B., & Zayas, L. (2001). Health-related Functional Status in Pregnancy: Relationship to Depression and Social Support in A Multi-Ethnic Population. *Obstet Gynecol*, 97: 988-993.
- Mireles, J. F. F., Neves, C. M., Carvalho, P. H. B., & Ferreira, M. E. C. (2017). Body Image, Eating Attitudes, Depressive Symptoms, Self-Esteem and Anxiety in Pregnant Women of Juiz de Fora, Minas Gerais, Brazil. *Ciencia & Saude Coletiva*, 22(2): 437-445.
- Milgrom, J., Gemmill, A. W., Bilszta, J. L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., Ericksen, J., Ellwood, D. & Buist, A. (2008). Antenatal Risk Factors for Postnatal Depression: A Large Prospective Study. *Journal of Affective Disorders*, 108: 147–157.
- Misri, S., Kendrick, K., Oberlander, T. F., Norris, S., Tomfohr, L., Zhang, H. & Grunau, R. E. (2010). Antenatal Depression and Anxiety Affect Postpartum Parenting Stress: A Longitudinal, Prospective Study. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 55(4): 222-228.
- Muzik, M., Marcus, S. M., Heringhausen, J. E., & Flynn, H.A. (2009). When Depression Complicates Child Bearing: Guide Lines Forscreening and Treatment During Antenatal and Postpartum Obstetric Care. *Obstet Gynecol Clin North*, 36: 771–788.
- NICE, (2007). Antenatal and Postnatal Mental Health: The NICE Guideline on Clinical Management and Service Guidance. Leicester: The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Nicholson, W.K., Setse, R., Hill-Briggs, F., Cooper, L.A., Strobino, D., & Powe, N.R. (2006). Depressive Symptoms and Health Related Quality of Life in Early Pregnancy. *American College of Obstetricians and Gynecologists*, 107(4): 798-806.
- Noble, R.E. (2005). Depression in Women. *Metabolism*; 54(1): 49-52.
- Ocaktan, M. E., Çalışkan, D., Öncü, B., Özdemir, O., & Köse, K. (2006). *Antepartum and Postpartum Depression in A Primary Health Care Center Area*. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 59: 151-157.
- Orr, S. T., Blazer, D. G., James, S. A. & Reiter, J. P. (2007). Depressive Symptoms and Indicators of Maternal Health Status During Pregnancy. *Journal of Women's Health*, 16(4): 535-542.
doi: 10.1089/jwh.2006.0116
- Ortaarık, E., Tekgöz, İ., Ak, M., & Kaya, E. (2012). *İkinci Trimestir Gebelerde Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu ile İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi*. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1:16-20.
- Osman, A. H., Hagar, T. Y., Osman, A. A., & Suliaman, H. (2015). Prevalence of Depression and Anxiety Disorders in Perinatal Sudanese Women and Associated Risks Factors. *Open Journal of Psychiatry*, 5: 342-349.
<http://dx.doi.org/10.4236/ojpsych.2015.54039>
- Özçelik, B., Karamustafaloğlu, O., & Özçelik A. (2007). *İnfertilitenin Psikolojik ve Psikiyatrik Yönü*. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 8: 140-148.
- Özdamar, Ö., Yılmaz, O, Beyca, H. H., & Muhcu, M. (2014). Gebelik ve Postpartum Dönemde Sık Görülen Ruhsal Bozukluklar. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 45(2): 71-7.
- Özorhan, E. Y., Apay, S. E., & Altun, Ö. Ş. (2014). *Gebelikte Ruh Sağlığı*. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi, 3(2): 33-42.
- Öztürk, G. E. A. (2017). Gebelikte Depresyon Belirtilerinin Ortaya Çıkmasında Psikososyal Faktörlerin ve Kişilerin Psikolojik Dayanıklılığının Etkileri, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Özyurt, B. C., & Deveci, A. (2010). *Manisa'da Kırsal Bir Bölgedeki 15-49 Yaş Evli Kadınlarda Depresif Belirti Yaygınlığı ve Aile İçi Şiddetle İlişkisi*. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21: 1-7.
doi: 10.5080/u6350
- Pakenham, K. I., Smith, A., & Rattan, S. L. (2007). Application of A Stress and Coping Model to Antenatal Depressive Symptomatology. *Psychology, Health & Medicine*, 12(3): 266-277.
doi: 10.1080/13548500600871702
- Pearson, R. M., Cooper, R. M., Penton-Voak, I. S., Lightman, S. L., & Evans, J. (2009). Depressive Symptoms in Early Pregnancy Disrupt Attentional Processing of Infant Emotion. *Psychological Medicine*, 40: 621-631.
doi:10.1017/S0033291709990961
- Pınar, R. (2006). *Kronik Böbrek Yetmezlikli Hastalarda Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesinin Kullanımı*. *Sağlıkta Birikim*, 1(2): 71-76.
- Pişirgen, T. N. (2011). Riskli Gebeliklerde Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C. Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Eskişehir.
- Qiao, Y., Wang, J., Li, J., & Wang, J. (2012). Effects of Depressive and Anxiety Symptoms During Pregnancy on Pregnant, Obstetric and Neonatal Outcomes: A Follow-up Study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 32: 237-240.
doi: 10.3109/01443615.2011.647736
- Records, K., & Rice, M. (2007). Psychosocial Correlates of Depression Symptoms During The Third Trimester of Pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 36(3): 231-242.
doi: 10.1111/J.1552-6909.2007.00140.x
- Reid, H., Power, M., & Cheshire, K. (2009). Factors Influencing Antenatal Depression, Anxiety and Stres. *British Journal of Midwifery*, 17(8): 501-508.
- Rich-Edwards, J.W., Kleinman, K., Abrams, A., Harlow, B.L., McLaughlin, T.J., Joffe, H., & Gillman M.W. (2006). Sociodemographic Predictors of Antenatal and Postpartum Depressive Symptoms Among Women in A Medical Group Practice. *J Epidemiol Community Health*, 60: 221-227.
doi: 10.1136/jech.2005.039370

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Rubinchik, S. M., Kablinger, A. S. & Gardner, J. S. (2005). Medications for Panic Disorder and Generalized Anxiety Disorder During Pregnancy. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, 7(3): 100-105.
- Sadıkoglu, G. (2006). *Aile Hekimliğinde Kadınların Ruh Sağlığı*. Bursa: Medikal Tıp Kitabevi, 571-581.
- Sevil, Ü. D., Saruhan, A., Ertem, G., & Kavlak, O. (2004). *Kadınların Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin ve Bunlara Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi*. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 18(1): 67-76.
- Sevindik, F. (2005). Elazığ İlinde Gebelikte Depresyon Prevelansı ve Etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Elazığ.
- Sharma, S., Sonawalla, S., Parikh, F., & Parikh, R., (2005). Psychiatric Disorders Associated with Pregnancy. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, 55(3): 218-227.
- Skouteris, H., Wertheim, E. H., Rallis, S., Milgrom, J., & Paxton, S. J. (2009). Depression and Anxiety Through Pregnancy and The Early Postpartum: An Examination of Prospective Relationships. *Journal of Affective Disorders*, 113: 303-308.
- Soma-Pillay, P., Nelson-Piercy, C., Tolppanen, H., & Mebazaa, A. (2016). Physiological Changes in Pregnancy. *Cardiovascular Journal Of Africa*, 27(2):89-94.
- Spinelli, M., & Endicott, J. (2003). Controlled Clinical Trial of Interpersonal Psychotherapy Versus Parenting Education Program for Depressed Pregnant Women. *Am J Psychiatry*, 160: 555-562.
- Su, K., Chiu, T., Huang, C., Ho, M., Lee, C., Wu, P., Lin, C., Liao, C., Liao, C., Chiu, W., & Pariente, C. (2007). Different Cutoff Points for Different Trimesters? The Use of Edinburg Postnatal Depression Scale and Beck Depression Inventory to Screen for Depression in Pregnant Taiwanese Women. *General Hospital Psychiatry*, 29:436-441.
doi:10.1016/j.genhosppsy.2007.05.005
- Sutter-Dallay, A. L., Giaccone-Marcésche, V., Glatigny-Dallay, E., & Verdoux, H. (2004). Women With Anxiety Disorders During Pregnancy are at Increased Risk of Intense Postnatal Depressive Symptoms: A Prospective Survey of the MATQUID Cohort. *European Psychiatry*, 19: 459-463. doi:10.1016/j.eurpsy.2004.09.025

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Süt, H. K., Aşçı, Ö., & Topaç, N. (2016). Sleep Quality and Health-Related Quality of Life in Pregnancy. *J Perinat Neonat Nurs*, 34(4): 302-309. doi: 10.1097/JPN.0000000000000181
- Şahin, E. M., & Kılıçarslan, S. (2010). *Son Trimester Gebelerin Depresyon ve Kaygı Düzeyleri ile Bunları Etkileyen Etmenler*. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 27(1): 51-58.
- Şahin, P. (2015). Gebelikte Depresyon ve Anksiyete Belirti Düzeyi ve İlişkili Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Mersin.
- Şirin, A. (2008). *Kadın Sağlığı*, 1.Baskı. İstanbul: Bedray Yayıncılık.
- Taşkın, L. (2011). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 10.Baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık.
- TC.MEB (2012). *Hemşirelik, Doğum Öncesi İzlem ve Bakım*. Ankara. http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Do%C4%9Fum%20%C3%96ncesi%20%C4%B0zlem%20Ve%20Bak%C4%B1m.pdf Erişim tarihi: 10.12.2017
- Tekgöz, İ., Sunay, D., Çaylan, A., & Kısa, C. (2009). *Gebeliğin Son 3 Ayında Anksiyete Bozukluğu ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi*. Türk Aile Hek Derg, 13(3): 132-136.
- Uludağ, A. & Ünlüoğlu, İ. (2012). *Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde İzlenen Bebeklerin Annelerinde Stres Oluşturan Faktörler; Stresle Başa Çıkmada Birinci Basamağın Rolünün Belirlenmesi*. Konuralp Tıp Dergisi, 4(3): 19-26.
- Ulusoy, M., Şahin, N. H., & Erkmen, H. (1998). Turkish Version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12: 163-172.
- Üst, Z.D., Pasinlioğlu, T., & Özkan, H. (2013). *Doğum Eyleminde Gebelerin Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi*. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 16(2).
- Van den Bergh, B. R. H., & Marcoen, A. (2004). High Antenatal Maternal Anxiety is Related to Adhd Symptoms, Externalising Problems, and Anxiety in 8 and 9 Year Olds. *Child Devolepment*, 75(4): 1085-1097.
- Vırt, O., Akbaş, E., Savaş, H. A., Sertbaş, G., & Kandemir, H. (2008). *Gebelikte Depresyon ve Kaygı Düzeylerinin Sosyal Destek ile İlişkisi*. Nöropsikiyatri Arşivi, 45: 9-13.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Wang, Y., Wang, X., Liu, F., Jiang, X., Xiao, Y., Dong, X., Kong, X., Yang, X., Tian, D., & Qu, Z. (2016). Negative Life Events and Antenatal Depression Among Pregnant Women in Rural China: The Role of Negative Automatic Thoughts. *PLoS ONE 11(12)*: 1-14.
doi:10.1371/journal.pone.0167597
- Ware, J. E. & Sherbourne, C. D., (1992). The MOS SF-36 Item Short-Form Health Survey (SF-36), I. Conceptual Framework and Item Selection. *Med Care, 30*: 473-483.
- Wisner, K. L., Sit, D.K., McShea, M. C., Rizzo, D. M., Zoretich, R. A., & Hughes, C. L. (2013). Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA Psychiatr, 70*: 490-8.
- World Health Organisation. (1997). *Programme on Mental Health WHQOL Measuring quality of life, The World Health Organization Quality of Life Instruments.*
http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf Erişim tarihi:10.12.2017
- World Health Organisation. (2008). *The Global Burden of Disease: 2004 update.*
http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_part4.pdf Erişim tarihi: 02.11.2017.
- World Health Organisation. (2012). *Early Marriages, Adolescent and Young Pregnancies. Report by the Secretariat. A 65/13. Geneva, Switzerland.*
- World Health Organisation. (2018). *Adolescent Pregnancy.*
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/> Erişim tarihi: 19.01.2018.
- Yanikkerem, E., Altan, E., & Demirtosun, P. (2004). *Manisa 1 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Gebelerde Depresyon Durumu.* Kadın Doğum Dergisi, 2(4): 301-306.
- Yılmaz, E. A. (2013). Ankara'da Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Gebelerde Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ile Depresyon Sıklığı ve İlişkili Etmenler, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

Zeng, Y., Cui, Y., & Li, J. (2015). Prevalence and Predictors of Antenatal Depressive Symptoms Among Chinese Women in Their Third Trimester: A Cross-Sectional Survey. *BMC Psychiatry*, 15(66): 1-7. doi: 10.1186/s12888-015-0452-7.



EK-1: ANKET FORMU

Değerli Katılımcı;

Bu araştırma anksiyete (endişe) ve depresyonu olan gebelerin yaşam biçimlerinin incelenmesi amacıyla yapılacaktır. Bu amaçla düzenlenen anket formunu doldurmanız istenmektedir. Sorulara vereceğiniz cevaplar istatistiki olarak değerlendirilecek, tüm cevaplarınız ve klinik bilgileriniz yalnızca araştırmacı tarafından okunup yorumlanacaktır.

Adı Soyadı:

1- Yaşı:

2- Öğrenim durumu:

Okur-yazar değil Okur-yazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite

3- Mesleği: Ev hanımı Memur İşçi Emekli Öğrenci

Serbest Diğer.....

4- Medeni durumu: Evlili Dul

5- Eşinin öğrenim durumu:

Okur-yazar değil Okur-yazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite

6- Eşinin mesleği: İşsiz Memur İşçi Emekli Öğrenci

Serbest Diğer.....

7- Sosyal güvence durumu:

Bağ-Kur SGK Yeşil Kart Emekli sandığı Özel sigorta Yok

8- Ailenin aylık gelir durumu:

Kötü Orta İyi

9- Ailenin tipi: Çekirdek Geniş Parçalanmış

10- Sigara: İçiyor.....adet İçmiyor

11- Alkol tüketimi: Var. Haftada..... Yok

12- Sürekli ilaç kullanımını gerektirecek herhangi bir hastalık durumu:

Var Yok

13- Evlilik süresi:

14- İnfertilite(kısırlık) öyküsü: Var Yok

15- İlk gebelik yaşı:

16- Canlı doğum sayısı:

17- Ölü doğum sayısı:

18- Düşük sayısı:

19- Küretaj sayısı:

20- Son doğum şekli: Vajinal Sezaryen

21- Şu anki gebelik haftası:

22- Gebelik süresince düzenli kontrollere gitme durumu:

Vargidiyorum Yok

23- En son gebeliği ile aralığı:

24- Yaşayan çocuk sayısı:..... En sonuncusuyaşında

- 25- İstenilen bir gebelik:** Evet Hayır
- 26- Önceden konulmuş hekim tanıli depresyon öyküsü:** Var Yok
- 27- Ailesinde(anne, baba, kardeş) depresyon öyküsü:** Var Yok
- 28- Eşinizle sorunlarınız var mı?**
Var Yok
- 29- Başka aile bireyleri ile sorunlarınız var mı?**
Var Yok
- 30- Son bir yılda sizi çok üzecek bir olay yaşadınız mı?**
Evet : olay..... Hayır
- 31- Mevcut gebelikte şiddete uğrama durumu:**
Var:..... Yok
- 32- Sosyal destek varlığı:**
Var /kimden..... Yok
- 33- Doğum sonrasında bebek bakımıyla ilgili şimdiden yaşadığınız endişeniz var mı?**
Var Yok

EK-2: BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (BDÖ)

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz.

- A-** 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- B-** 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- C-** 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- D-** 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.
- E-** 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- F-** 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
1. Cezalandırılabilirim hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- G-** 0. Kendimden memnunum.
1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.
- H-** 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

- I-** 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- J-** 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- K-** 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sınırlendiren şeyler şimdi hiç sınırlendirmiyor.
- L-** 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- M-** 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.
- N-** 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- O-** 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- P-** 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- R-** 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

S- 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

T- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

U- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünmüyorum.

V- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

EK-3: BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ (BAÖ)

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	HİÇ etkilemedi	HAFİF DÜZEYDE etkiledi	ORTA DÜZEYDE etkiledi	CİDDİ DÜZEYDE etkiledi
1.Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2.Sıcak/ateş basmaları				
3.Bacaklarda halsizlik titreme				
4.Gevşeyememe				
5.Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6.Baş dönmesi veya sersemlik				
7.Kalp çarpıntısı				
8.Dengeyi kaybetme duygusu				
9.Dehşete kapılma				
10.Sinirlilik				
11.Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12.Ellerde titreme				
13.Titreklik				
14.Kontrolü kaybetme korkusu				
15.Nefes almada güçlük				
16.Ölüm korkusu				
17.Korkuya kapılma				
18.Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19.Baygınlık				
20.Yüzün kızarması				
21.Terleme (Sıcağa bağlı olmayan)				

EK-4: SF- 36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Bu form size sağlığınıza ilgili görüşlerinizi sormaktadır. Bu bilgiler sizin nasıl hissettiğinizi ve her zamanki faaliyetlerinizi ne rahatlıkla yapabildiğinizi izlemekte yardımcı olacaktır. Lütfen seçenekleri dikkatli bir şekilde okuyup, **son 1 ay içinde** size en uygun olanını veya en yakın olanını işaretleyiniz.

1-Genel olarak sağlığınıza nasıl değerlendirirsiniz?

Mükemmel Çok iyi iyi Bazen Fena değil Kötü

2-Gecen yıl ile karşılaştırıldığında, şimdi sağlığınıza nasıl değerlendirirsiniz?

Çok daha iyi Daha iyi Hemen hemen aynı Daha kötü Çok daha kötü

3-Aşağıdakiler normal olarak gün içerisinde yapıyor olabileceğiniz bazı faaliyetlerdir. Simdilerde sağlığınıza, sizi bu faaliyetler açısından kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

a-Kuvvet gerektiren faaliyetler, örneğin, ağır eşyalar kaldırmak, futbol gibi sporlarla uğraşmak

Evet oldukça kısıtlıyor Evet biraz kısıtlıyor Hayır hiç kısıtlamıyor

b-Orta zorlukta faaliyetler, örneğin, masa kaldırmak, süpürmek, yürüyüş gibi hafif spor yapmak

Evet oldukça kısıtlıyor Evet biraz kısıtlıyor Hayır hiç kısıtlamıyor

c-Çarşı-pazar torbalarını taşımak

Evet oldukça kısıtlıyor Evet biraz kısıtlıyor Hayır hiç kısıtlamıyor

d-Birkaç merdiven çıkmak

Evet oldukça kısıtlıyor Evet biraz kısıtlıyor Hayır hiç kısıtlamıyor

e-Bir kat merdiven çıkmak

Evet oldukça kısıtlıyor Evet biraz kısıtlıyor Hayır hiç kısıtlamıyor

f-Eğilmek, diz çökmek, yerden bir şey almak

Evet oldukça kısıtlıyor Evet biraz kısıtlıyor Hayır hiç kısıtlamıyor

g-Bir kilometreden fazla yürümek

Evet oldukça kısıtlıyor Evet biraz kısıtlıyor Hayır hiç kısıtlamıyor

h-Birkaç yüz metre yürümek

Evet oldukça kısıtlıyor Evet biraz kısıtlıyor Hayır hiç kısıtlamıyor

i-Yüz metre yürümek

Evet oldukça kısıtlıyor Evet biraz kısıtlıyor Hayır hiç kısıtlamıyor

j-Yıkanmak veya giyinmek

Evet oldukça kısıtlıyor Evet biraz kısıtlıyor Hayır hiç kısıtlamıyor

4-Son 1 ay içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde bedensel sağlığınıza nedeniyle, aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?

a-İş veya iş dışı uğraşlarınıza ayırdığınız zamanı kısmak zorunda kalmak Evet Hayır

b-Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek(bitmeyen projeler v.b. gibi) Evet Hayır

c-Yapabildiğiniz iş türünde veya diğer faaliyetlerde kısıtlanmak Evet Hayır

d-İş veya diğer uğraşları yapmaktan zorlanmak Evet Hayır

5-Son 1 ay içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde duygusal sorunlarınız nedeniyle (üzüntülü veya kaygılı olmak gibi), aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?

a-İş veya iş dışı uğraşlarınıza ayırdığınız zamanı kısmak zorunda kalmak Evet Hayır

b-Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (bitmeyen projeler v.b. gibi) Evet Hayır

c-İş veya diğer uğraşları her zamanki gibi dikkatlice yapamamak Evet Hayır

6-Son 1 ay içerisinde bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaşlarınız, komşularınızla veya diğer gruplarla normal olarak yaptığınız sosyal faaliyetlere ne ölçüde engel oldu?

Hiç Biraz Orta derecede Epeyce Çok fazla

7-Son 1 ay içerisinde ne kadar bedensel ağrılarınız oldu?

Hiç Çok hafif Hafif Orta hafiflikte Aşırı derecede Çok aşırı derecede

8-Son 1 ay içerisinde ağrı, normal işinize (ev dışında ve ev işi) ne kadar engel oldu?

Hiç olmadı Biraz Orta derecede Epeyce Çok fazla

9-Aşağıdaki sorular son 1 ay içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizle ve işlerin sizin için nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için nasıl hissettiğinize en yakın olan cevabı veriniz. Geçtiğimiz 4 hafta içindeki sürenin ne kadarında.....

a-Kendinizi hayat dolu hissettiniz mi?

Her zaman Çoğu zaman Oldukça Bazen Nadiren Hiç

b-Çok sinirli bir kişi oldunuz mu?

Her zaman Çoğu zaman Oldukça Bazen Nadiren Hiç

c-Sizi hiçbir şeyin neşelendirmeyeceği kadar moraliniz bozuk ve kötü oldu mu?

Her zaman Çoğu zaman Oldukça Bazen Nadiren Hiç

d-Sakin ve huzurlu hissettiniz mi?

Her zaman Çoğu zaman Oldukça Bazen Nadiren Hiç

e-Çok enerjiniz oldu mu?

Her zaman Çoğu zaman Oldukça Bazen Nadiren Hiç

f-Mutsuz ve kederli oldunuz mu?

Her zaman Çoğu zaman Oldukça Bazen Nadiren Hiç

g-Kendinizi bitkin hissettiniz mi?

Her zaman Çoğu zaman Oldukça Bazen Nadiren Hiç

h-Mutlu ve sevinçli oldunuz mu?

Her zaman Çoğu zaman Oldukça Bazen Nadiren Hiç

i-Yorgun hissettiniz mi?

Her zaman Çoğu zaman Oldukça Bazen Nadiren Hiç

10-Son 1 ayın ne kadarında bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, sosyal faaliyetlerinize (arkadaş, akraba ziyareti v.b. gibi) engel oldu?

Her zaman Çoğu zaman Bazen Çok nadiren Hiçbir zaman

11-Aşağıdaki ifadelerden her biri sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır?

a-Başkalarından biraz daha kolay hastalandığımı düşünüyorum.

Kesinlikle doğru Çoğunlukla doğru Bilmiyorum Çoğunlukla yanlış Kesinlikle yanlış

b-Ben de tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım.

Kesinlikle doğru Çoğunlukla doğru Bilmiyorum Çoğunlukla yanlış Kesinlikle yanlış

c-Sağlığımın kötü gideceğini sanıyorum.

Kesinlikle doğru Çoğunlukla doğru Bilmiyorum Çoğunlukla yanlış Kesinlikle yanlış

d-Sağlığım mükemmeldir.

Kesinlikle doğru Çoğunlukla doğru Bilmiyorum Çoğunlukla yanlış Kesinlikle yanlış

EK-5: ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ETİK KURUL KARARI

.....



Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul (Danışma Komisyonu)

ETİK KURUL (Danışma Komisyonu)

Prof. Dr. M. Arif AKŞİT

Klinisyen Doktor (Başkan
Yardımcısı)

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim
Dalı

Neonatoloji Bilim Dalı Başkanı

Tel: +90. 222. 239 29 79 / 1380 - 2709

Tel & Faks: +90. 222. 229 00 64

E-Mail: aaksit@ogu.edu.tr

E-Mail: maaksit@hotmail.com

Sayı: 2010/ 264

Konu:

DE EKİM 2010

Sayın, Yrd.Doç.Dr.Fatma Deniz SAYINER
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği

Tarafınızdan yürütülmekte olan "Kütahya Evliya Çelebi Devlet Hastanesine başvuran gebelerde anksiyete ve depresyon sıklığı ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi" başlıklı proje hakkında alınan karar ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini saygı ile rica ederim.

Prof. Dr. Bekir YAŞAR

Klinisyen Doktor

Genel Cerrahi Anabilim Dalı

E-Mail: byasar@ogu.edu.tr

Prof. Dr. Ömer ÇOLAK

Biyokimya Uzmanı

Biyokimya Anabilim Dalı

E-Mail: ocolak@ogu.edu.tr

Prof. Dr. Demet ÖZBABALIK

Klinisyen Doktor

Nöroloji Anabilim Dalı

E-Mail: demet_@ogu.edu.tr

Prof. Dr. Serap IŞIKSOY

Patoloji Uzmanı

Patoloji Anabilim Dalı

E-Mail: bdesi@superonline.com

Doç. Dr. Fatma Sultan KILIÇ

Farmakoloji Uzmanı (Raportör)

Farmakoloji Anabilim Dalı

E-Mail: fskilic@ogu.edu.tr

Doç. Dr. Ömür ELÇİOĞLU

Deontoloji Uzmanı

Deontoloji Anabilim Dalı

E-Mail: elcioğlu@ogu.edu.tr

Ecz. Ömer ALTUĞER

Eczacı

Eğitim, Uygulama ve Araştırma

Hastanesi

E-Mail: eczaltug@yahoo.com

Prof. Dr. M. Arif AKŞİT
Etik Kurul Başkan Yardımcısı
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı

Tel: +222. 239 37 70 - 239 29 79 / 4690

Faks: +222. 239 37 72

.....

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik
Kurulu
Meşelik Kampüsü (Yerleşkesi)
26480 ESKİŞEHİR

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ETİK KURUL (DANIŞMA KOMİSYONU) KARARI

23 EYLÜL 2010 22) KONU BAŞLIK	(PR-10-06-25-05): “Kütahya Evliya Çelebi Devlet Hastanesine başvuran gebelerde anksiyete ve depresyon sıklığı ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi”
23 EYLÜL 2010 GÖRÜŞ: 22	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nın 20.08.2010 tarih ve 672 sayılı görüşü “Kütahya Evliya Çelebi Devlet Hastanesi'ne başvuran gebelerde anksiyete ve depresyon sıklığı ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi” başlıklı çalışma tarafınca incelenmiş ve olumlu olarak değerlendirilmiştir.
23 EYLÜL 2010 KARAR: 22	KARAR: Anksiyete, depresyon gibi sorunların tanısı, takibi ve tedavisi psikiyatri uzmanı tarafından yapıldığı ve diğer birimlerin (örn.; hekimlerin) bu tanıları düşünmesi ile hastaları sevk etmeleri gerektiği konusu vurgulanmıştır. Bu çalışma müdavi hekimin uzman olarak yaklaşımı boyutunda olması için sorumluluğun kadın doğum uzmanlığı yanında psikiyatri uzmanında olması gerektiği dikkate alınmalıdır. Gelen görüşün iletilmesi uygun bulunmuştur.

Prof. Dr. M. A. AKŞİT
Pediatri Uzmanı

Prof. Dr. B. YAŞAR
Genel Cerrahi Uzmanı

Prof. Dr. Ö. ÇOLAK
Biyokimya Uzmanı

Prof. Dr. D. ÖZBABALIK
Nöroloji Uzmanı

Prof. Dr. S. İŞIKSOY
Patoloji Uzmanı

Doç. Dr. F. S. KILIÇ
Farmakoloji Uzmanı

Doç. Dr. Ö.ELÇİOĞLU
Deontoloji Uzmanı

Ecz. Ö. ALTUĞER
Eczacı

Ashım Aynıdır
Prof. Dr. M. Arif AKŞİT
Etik Kurul Başkanı Yardımcısı



6

24.08.2010

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanlığı

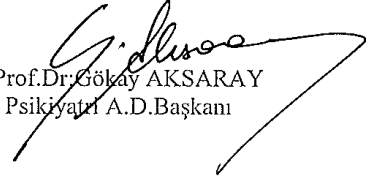
SAYI: Psk/672
KONU:

20.08.2010

ESOGÜ.TIP FAKÜLTESİ ETİK KURUL BAŞKANLIĞI'NA

"Kütahya Evliya Çelebi Devlet Hastanesi'ne başvuran gebelerde anksiyete ve depresyon sıklığı ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi" başlıklı çalışma tarafımda incelenmiş ve olumlu olarak değerlendirilmiştir.

Bilgilerinize arz olunur.


Prof. Dr. Gökay AKSARAY
Psikiyatri A.D. Başkanı

EK-6: KÜTAHYA VALİLİĞİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ YASAL İZİN BELGESİ



T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Sayı : B.30.2.OGÜ.0.72.00-304.302.001.08. 1876
Konu:

08.06.2010

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Kütahya Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nün 01.06.2010 tarih ve B.10.4.ISM.4.43.00.09.622.2-238/11642 sayılı Sağlık Alanında Yapılacak Araştırma İzinleri hakkındaki ilgi yazısı ekte gönderilmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Zekeriya ALTAÇ
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

Ek: 2

*İlgiliye Tebliğ edilmek üzere
Neticelerinin Kütahya İl
Mahalline yapılması.*

GELENEVRAN

Geliş Tarihi: 16.06.2010

Geliş No : 416

Ek : 2

Adres: Meşelik Yerleşkesi
26480 ESKİŞEHİR
e-posta:

Telefon: (0 222) 239 37 50 (10 Hat)
Faks: (0 222) 229 20 80
Elektronik Ağ: www.ogu.edu.tr

T.C.
KÜTAHYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : B.10.4.ISM.4.43.00.09.622.02-238/ 11842

01/06/2010


Konu : Sağlık Alanında Yapılacak
Araştırma İzinleri

OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)
ESKİŞEHİR

İlgi : a) 24.05.2007 tarih ve B100TSH0130004-011082 sayılı yazı
b) 24.05.2010 tarih ve B.10.4.ISM.4.43.00.09.622.02-227/11165 sayılı Valilik Onayı.

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün ilgi (a) yazıları gereği, Müdürlüğümüze bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında araştırma yapma talebinde bulunan Ekteki Valilik Onayında Araştırma Konusu, Araştırmanın yapılacağı yer ve Araştırmayı yapacak kişilerin isimlerinin bulunduğu araştırmanın yapılmasına çalışmanın bir suretinin Müdürlüğümüze verilmesi şartıyla izin veren Valilik Makamının İlgi (b) Onayı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.


Dr. Kamil TÜRKMEN
İl Sağlık Müdürü

Ek :
İlgi (1) Valilik Onayı

Dağıtım :
Dumlupınar Üniversitesi Rektörlüğüne
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Rektörlüğüne

Fatih Sultan Mehmet Bulvarı Sağlık Müdürlüğü 43100 /KÜTAHYA Ayrıntılı Bilgi İçin İrtibat: A.AŞKAR Eğitim Şube
Telefon:(0274)2236338/191 Faks:(0274) 2236183
e-posta: sube_egitim@kutahyasaglik.gov.tr Elektronik Ağ: www.kutahyasaglik.gov.tr

T.C.
KÜTAHYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : B.10.4.ISM.4.43.00.09-622.02-227/ 11165

24/05/2010

Konu : Sağlık Alanında Yapılacak
Araştırma İzinleri

VALİLİK MAKAMINA
KÜTAHYA

İlgi : 24.05.2007 tarih ve B100TSH0130004-011082 sayılı yazı

Müdürlüğümüze bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında araştırma yapma talebinde bulunan aşağıdaki listede Araştırma Konusu, Araştırmanın yapılacağı yer ve Araştırmayı yapacak kişilerin isimlerinin bulunduğu araştırmanın yapılması, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün ilgi yazıları gereği değerlendirilerek, hasta mahremiyetine gerekli özenin gösterilmesi, gönüllü kişilere uygulanması, işyeri çalışma ortamının ve düzeninin bozulmaması ve yapılan araştırma sonucunun bir suretinin Müdürlüğümüze gönderilmesi şartıyla uygun görülmüştür.

Gerekli iznin verilmesini, uygun görüşle arz ederim.

Dr. Kamal TÜRKMEN
İl Sağlık Müdürü

OLUR
.../05/2010

Mustafa İNGENÇ
Vali a.
Vali Yardımcısı

ARAŞTIRMANIN KONUSU	ARAŞTIRMANIN YAPILACAĞI YER/YERLER	ARAŞTIRMAYI YAPACAK KİŞİ/KİŞİLER
Kütahya Evliya Çelebi Devlet Hastanesine Başvuran Gebelerde Anksiyete ve Depresyon Sıklığı ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi	Evliya Çelebi Devlet Hastanesi	Tuğba BOZKURT Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Öğrencisi
Göğüs Servisinde Yatan Hastalara Verilecek Derin Solunum ve Öksürük Egzersizlerinde İki Farklı Yöntemin Değerlendirilmesi	Kütahya Devlet Hastanesi Evliya Çelebi Devlet Hastanesi	Lütfiye TAŞ Ayşe TÜRK DPÜ Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Öğrencisi

Fatih Sultan Mehmet Bulvarı Sağlık Müdürlüğü 43100 /KÜTAHYA Ayrıntılı Bilgi İçin İrtibat: M.BİRİNCİ Eğt.Şb.Müd.
Telefon:(0274)2236338/190-191 Faks:(0274) 2236183
e-posta: sube_egitim@kutahyasaglik.gov.tr Elektronik Ağ: www.kutahyasaglik.gov.tr

EK- 7: AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

“Evliya Çelebi Devlet Hastanesine Başvuran Gebelerde Anksiyete ve Depresyon Sıklığı ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi” isimli çalışmamızda verdiğiniz bilgiler, doldurduğunuz bireysel özellikler herhangi bir yerde yayınlanmayacak ve isminiz deŐifre edilmeyecektir. Anketler ve veriler değerlendirildikten sonra araştırmacı tarafından yok edilecektir.

“Evliya Çelebi Devlet Hastanesine Başvuran Gebelerde Anksiyete ve Depresyon Sıklığı ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi” isimli çalıŐmanızın amacını ve benden istenenleri öğrendim. ÇalıŐmanız içinde olmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Ad Soyad / İmza

ÖZGEÇMİŞ

Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : Tuğba ONRAT
Doğum tarihi ve yeri : Eskişehir-06/10/1985
Uyruğu : TC
Medeni Durumu : Evli
İletişim adresleri : tubi1907@gmail.com

Eğitim Durumu

1991-1996 : Eskişehir Cumhuriyet İlkokulu
1996-1999 : Eskişehir Atatürk Ortaokulu
1999-2003 : Eskişehir Prof. Dr. Orhan Oğuz Anadolu Lisesi
2004-2008 : Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
Hemşirelik Bölümü

Mesleki Deneyim

03/2009-08/2010 : Evliya Çelebi Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi Klinik Hemşiresi
08/2010-01/2013 : İstanbul Beykoz Devlet Hastanesi, Acil Servis Klinik Hemşiresi
01/2013-11/2016 : İstanbul Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
11/2016-02/2018 : Doğum İzni ve Ücretsiz İzin

