

**T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**ELAZIĞ İLİNDE GEBELİKTE DEPRESYON
PREVELANSI VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLER**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Feyza SEVİNDİK

ELAZIĞ – 2005

ONAY SAYFASI


Prof. Dr. Necip ILHAN

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

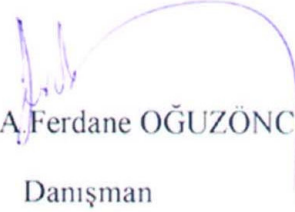
Bu tez Yüksek Lisans Tezi standartlarına uygun bulunmuştur.

Prof. Dr. Yasemin AÇIK



Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.


Yrd.Doç.Dr.A. Ferdane OĞUZÖNCÜL

Danışman

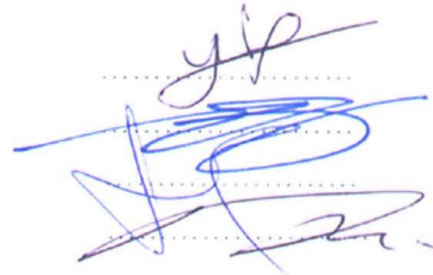
Yüksek Lisans Sınavı Jüri Üyeleri

Prof. Dr. Yasemin AÇIK

Yrd. Doç. Dr. Ahmet Tevfik OZAN

Yrd. Doç. Dr. Hüsnü ÇELİK

Yrd. Doç. Dr. S. Erhan DEVECİ



TEŞEKKÜR

2,5 yıllık yoğun bir çalışma sürecinin sonunda, araştırmamızın nihai sonucuna hocalarım ve şahsım ulaşmış bulunmaktayız. Bu çalışmada, gerek görüşleri gerek yapıcı eleştirileriyle araştırmamın en güzel şekle gelmesinde yardımlarını esirgemeyen çok saygı değer Prof.Dr.Yasemin AÇIK hocama, Araştırmamın her safhasında çalışmayı yönlendiren Danışman hocam Yrd.Doç.Dr. A.Ferdane OĞUZ-ÖNCÜL hocama teşekkürü bir borç bilir ve en derin şükranlarımı sunarım.

Ayrıca araştırma da farklı yorumlarıyla sosyal bilimler yaklaşım tarzını sergileyen ve açıklamalar getiren eşim Öğr.Gör.Tuncay SEVİNDİK'e teşekkürlerimi sunarım. Saygılarımla.

...../07/2005

Feyza SEVİNDİK

İÇİNDEKİLER	S.NO
1.ÖZET.....	1
2.ABSTRACT.....	3
3. GİRİŞ.....	5
3.1. Depresyon.....	7
3.2. Majör Depresif Epizod.....	14
3.3. Depresyonun Belirti Ve Bulguları.....	16
3.4. Depresyonda Gidiş Ve Sonlanış.....	20
4. GEBELİĞE UYUM.....	22
4.1. Gebelikte Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler.....	22
4.2. Gebelikte Oluşan Ruhsal Değişiklikler.....	24
4.2.1. Gebelik Ve Psikiyatrik Bozukluklar.....	26
4.2.2. Gebelik Ve Depresyon.....	29
4.2.3. Postpartum Depresyon.....	33
5. DEPRESYONDA TEDAVİ.....	35
5.1. Dinamik psikoterapi.....	35
5.2. Destekleyici psikoterapi.....	36
5.3.Bilişsel(davranışçı) terapi	36
6. GEBELİKTE DEPRESYONDA KORUMA.....	37
6.1. Primer Koruma.....	37
6.2. Sekonder Korunma.....	38
6.3. Tersiyer Koruma.....	38
7. ÇALIŞMANIN AMACI.....	39
8. GEREÇ VE YÖNTEM.....	39
9. BULGULAR.....	42
9.1. Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Bazı Demografik Özellikleri	42
9.2. Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Gebelik ve Doğumla İlgili	
Özellikleri.....	50
9.3. Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Gebelikte Depresif Semptomlar	
Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerle İlgili Özellikleri.....	57
10. TARTIŞMA.....	69
10.1. Demografik Özellikler.....	69
10.2. Doğurganlık Özellikleri.....	72
10.3. Gebelerde Depresyon ve Etkileyen Faktörler.....	74
11. SONUÇ.....	81
12. ÖNERİLER.....	83
13. KAYNAKLAR.....	86
EKLER	96

Tablolar Listesi	S.NO
Tablo 1: Majör Depresyon İçin Risk Etkenleri.....	11
Tablo 2: Depresyonların Şiddet Düzeyine Göre Karşılaştırılması.....	19
Tablo 3: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.....	42
Tablo 4: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Eşlerinin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.....	42
Tablo 5: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı.....	43
Tablo 6: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Eşlerinin Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı.....	43
Tablo 7: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Mesleklerine Göre Dağılımı..	44
Tablo 8: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Eşlerinin Mesleklerine Göre Dağılımı.....	44
Tablo 9: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Sosyo-ekonomik Durumlarına Göre Dağılımı.....	45
Tablo 10: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Sahip Oldukları Sosyal Güvencelerin İsimlerine Göre Dağılımı.....	46
Tablo 11: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Evlenme Yaşlarına Göre Dağılımı.....	46
Tablo 12: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Sigara Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı.....	47
Tablo 13: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Sorunlarını Paylaştıkları Kişilere Göre Dağılımı.....	47
Tablo 14: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Sosyoekonomik Düzeyine Göre Sigara İçme Durumunun Dağılımı.....	48
Tablo 15: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Kronik Hastalığa Sahip Olma ve Sahip Oldukları Kronik Hastalıklara Göre Dağılımı.....	49
Tablo 16: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Gebelik Sayıları ve Yaşayan Çocuk Sayılarına Göre Dağılımı	50
Tablo 17: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Bazı Doğurganlık Özellikleri	51
Tablo 18: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Gebelik Haftalarına Göre Dağılımı.....	51
Tablo 19: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Son Gebelik Aralıklarına Göre Dağılımı.....	52
Tablo 20: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Gebeliği Planlamalarına Göre Dağılımı.....	52
Tablo 21: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Doğacak Bebeğin Bakımına Yardım Edecek Kişilere Göre Dağılımı	53
Tablo 22: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Mevcut Gebeliklerinde Yaşadıkları Sağlık Problemlerine Göre Dağılımları.....	54
Tablo 23: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Mevcut Gebeliklerinde Şiddete Uğramalarına Göre Dağılımı.....	55
Tablo 24: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Gebeliklerinde Kontrole Gitmelerine Göre Dağılımı.....	55
Tablo 25: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Yaş Gruplarına Göre Gebeliklerini Planlama Durumlarının Dağılımı.....	56

Tablo 26: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Depresif Belirtilerinin Derecesine Göre Dağılımı.....	57
Tablo 27: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Yaş Gruplarına Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı.....	57
Tablo 28: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Eğitim Düzeylerine Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı.....	58
Tablo 29: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Eşlerinin Eğitim Düzeylerine Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı.....	59
Tablo 30: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Herhangi Gelir Getirici İşte Çalışma Durumlarına Göre Depresif Belirtilerin Varlığının Dağılımı.....	60
Tablo 31: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Sosyo-Ekonomik Düzeylerine Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı.....	60
Tablo 32: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Sigara İçme Durumlarına Göre Depresif Belirtilerin Varlığının Dağılımı	61
Tablo 33: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Günlük Hayatta Karşılaştıkları Sorunlarını Konuştukları Kişilere Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı.....	62
Tablo 34: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Kronik Hastalığa Sahip Olmalarına Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı.....	62
Tablo 35: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Mevcut Gebeliklerinin Sırasına Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı.....	63
Tablo 36: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Gebeliklerinde Bazı Doğurganlık Özelliklerine Göre Depresif Belirtilerin Varlığının Dağılımı.....	63
Tablo 37: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Gebelik Haftalarına Göre Depresif Belirtilerin Varlığının Dağılımı.....	64
Tablo 38: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Son Gebelik Aralıklarına Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı.....	64
Tablo 39: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Bu Gebeliklerini Planlamalarına Durumlarına Göre Depresif Belirtilerin Dağılımı.....	65
Tablo 40: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Doğacak Bebeklerinin Bakımına Yardım Edecek Kişi Olmasına Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı.....	65
Tablo 41: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Mevcut Gebeliklerinde Sağlık Sorunu Yaşamalarına Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	66
Tablo 42: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Mevcut Gebeliklerinde Şiddete Uğramalarına Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı.	66
Tablo 43: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Gebeliklerinde Kontrole Gitmelerine Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı.....	67
Tablo 44: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Gebeliklerinde Yaşadıkları Sağlık Problemlerine Göre Depresif Belirtilerin Varlığının Dağılımı.....	68

Kısaltmalar Listesi

MDB: Majör Depresif Bozukluk

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

1. ÖZET

Elazığ ilinde yaşayan gebelerde depresif semptomlar prevalansı ve etkileyen faktörleri belirlenmesi amacı ile yapılan bu çalışmada Elazığ ilinde yaşayan 4855 gebeden 240 kişi araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan kişilere; genel demografik özellikler, doğumsal özellikler ve Beck Depresyon Ölçeği'nden oluşan bir anket formu uygulanmıştır.

Çalışmaya alınan kadınların yaş ortalamaları 26.78 ± 5.52 'dir. gebelerin %7.1'i adölozan dönemdedir. Kadınların %11.7'si okuma-yazma bilmemekte, %11.7'si gelir getirici bir işte çalışmaktadır. Düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip kadın oranı %81.7'dir. Kadınların ortalama evlenme yaşları 20.97 ± 4.34 'tür. Sigara kullanan kadın oranı %9.2'dir. Kadınların %20'si birinci trimesterde, %23.3'ü ikinci trimesterdedir. Gebelik aralığı iki yıl ve altı olan kadın oranı %57.1'dir. Kadınların %25.4'ü gebeliklerini planlamamışlardır. Gebe kadınların %5.8'i gebeliklerinde şiddete uğramıştır. Antenatal bakım alan gebe oranı %92.5'tir.

Çalışmaya alınan gebe kadınların %33.8'inde hafif, %12.5'inde şiddetli depresif belirtiler görülmektedir. BDÖ puan ortalamaları 14.97 ± 8.58 bulunmuştur. Adölozan yaştaki gebelerin BDÖ puanı 17.71 ± 8.26 , 35 yaş sonrası gebelerin 17.92 ± 11.56 , 20-34 yaş arası gebelerin 14.38 ± 8.11 'dir ($p=0.06$). Çalışmaya alınan okur-yazar olmayan gebe kadınların Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 20.93 ± 9.03 iken okur-yazar olan gebe kadınların puan ortalaması 16.33 ± 6.54 bulunmuştur

($p=0.0001$). BDÖ puanı günlük hayatta karşılaştıkları problemlerini eşleri ile konuşanlarda 14.31 ± 8.76 , annesi ile konuşanlarda 17.08 ± 8.65 ve akrabaları ile konuşanlarda 21.37 ± 10.53 bulunmuştur ($p=0.000$). İlk gebeliği olan kadınların Beck Depresyon Ölçeği Depresyon puan ortalaması $13,51\pm8,51$ iken ikinci ve üzeri gebeliği olanların puanları $15.82 \pm 8,54$ bulunmuştur ($p=0.045$). Eşinin eğitim düzeyi az olan, son gebelik aralığının 3-6 yıl arasında olan, gebeliği süresince herhangi bir sağlık problemi yaşayan, antenatal bakım almayan kadınlarda depresif belirtiler daha fazla görülmüştür. Çalışmaya alınan gebe kadınlarda, çalışma durumu, sosyoekonomik düzeyi, sigara kullanma durumu, herhangi bir kronik hastalığa sahip olma durumu, geçmiş hayatında ölü doğum, düşük, infertilite hikayesi olması, gebelik haftası, gebeliğinde şiddete uğramanın ise depresif belirtileri etkilemediği görülmüştür.

Sonuç olarak Elazığ ilinde yaşayan gebe kadınların önemli oranda depresif belirtiler yaşadığı ve belirtileri arttıran demografik ve doğumsal etkenlerin olduğu saptanmıştır. Gebe kadınlara depresyondan korunma ve baş etme becerilerini geliştirmeye yönelik eğitim ve danışmanlıklara öncelik verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Depresyon, Yeni doğan

2. ABSTRACT

In this study which is made by "The Factors Effecting and Prevalence of Depressive symptoms Descriptives at Life Pregnancies in Elazig" in which is included 240 pregnancy from 4855 pregnancies. The survey have been applied to making generally demographic specials, birthly specials and Beck Depression Scale (BDS) at people of including research.

The Womans who is involved in research avarage of age 26.78 ± 5.52 . %7.1 of pregnancies is in term of adolescence. While %11,7 of the women isn't knowing literacy, and %11,7 of the women isn't study at salaried of working. Rate of woman have got level of low economic is %81,7. The avarage of marry age of women is 20.97 ± 4.34 . Rate of smoking women is %9,2. %20 of women who is involved in research is in first trimester, and %23,3 of women is in second trimester. Rate of women have got to space of pregnancy two years and lower is %57,1. %25,4 of women isn't plan to hers pregnant. %5,8 of pregnant women is exposed to physical violence. Rate of pregnancy who be applied Antenatal care is %92,5.

The pregnant women who %33,8 of samples is described light symptoms, and Violence depressive symptoms is seen at %12,5. BDS avarages is found out 14.97 ± 8.58 . Although, BDS point of pregnant at adolescences old is 17.71 ± 8.26 , pregnant of afterwards and 35 years is 17.92 ± 11.56 , pregnant of between 20-34 years old 14.38 ± 8.11 . It isn't meaningfulness ($p=0.06$) While Pregnant of not literacy womens' who is

involved point average of Beck Depression Scale $20,93 \pm 9,03$, Pregnant of literacy womens' who is involved is found out point average $16,33 \pm 6,54$ ($p=0.0001$). BDS point which is found out 14.31 ± 8.76 at meeting problems speaks by your husband, 17.08 ± 8.65 by mother, 21.37 ± 10.53 by relatives in daily life ($p=0.000$). While, Point of average Beck Depression Scale of first pregnant women $13,51 \pm 8,51$, point of the second and upper pregnant women is found out $15.82 \pm 8,54$ ($p=0.045$). Depressive symptoms more is seen in women who her husband level of education be low, space of last pregnant be between 3-6 years, to life health problem in anyway during her pregnant, antenatal care not important. Condition of working, level of socio-economic, condition of usage cigarette, condition of whatever chronical illness owner, dead birth in her last life, abortion, to be infertility story, pregnancy week, be exposed to violance in pregnancy is determined not effect to depressive symptoms in pregnancy women involved in research.

Conclusion; Pregnancy of women in Elazig county is determined that lived depressive symptoms at rate of important and symptoms were increased by some factors. Education and consultancies must be precedenced to direct development to self skills, cope with and protect from depression to pregnancy women

Key words: Pregnancy, Depression, Infant

3. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü anayasasında sağlık şöyle tanımlanmıştır: “Sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik halidir” (8). Kişinin beden sağlığı ve ruh sağlığı genel sağlığının belirleyicisidir ve birinde ortaya çıkan herhangi bir yöndeki değişme, diğerini de aynı yönde etkiler. Bunun doğruluğu bilinse de, genelde bedensel sağlığa verilen önem, aynı ölçüde ruh sağlığına verilmemektedir. Dünyada, 400 milyon civarında insan, herhangi bir ruhsal ya da nörolojik bozukluk nedeniyle ya da herhangi bir psiko-sosyal problemden dolayı acı çekmektedir. Sağlık merkezlerine bedensel rahatsızlıklarla başvuran her 4 kişiden birinin asıl sorununun, ruh sağlığındaki bozulmalar olduğu bilinmektedir. Ruh sağlığı bozuklukları, gelişmiş veya gelişmekte olan tüm ülkelerin sorunudur ve insanın işlevselliğini, yaratıcılığını, mutluluğunu ve yaşam doyumunu engelleyecek kadar da önemlidir. İş verimliliğinde düşmeler, iş kazalarında artışlar, iş makinelerinin özensiz kullanımı ve gereksiz yere yıpranması, işe devamsızlıklar, insan kaynaklarının verimli kullanılamaması gibi nedenlerle, ülke ekonomileri de bu ruhsal sorunlardan önemli ölçülerde etkilenmekte, kayıplara uğramaktadır (9) . Ruhsal bozukluklar, hem genel toplumda hem de sağlık kuruluşuna başvuranlar arasında oldukça yaygın karşılaşılan sorunlardır (20). Depresyon, koroner arter hastalıklarından sonra en büyük iş gücü kaybına neden olan ruhsal bozukluktur ve 1993 yılında depresyonun Amerika Birleşik Devletleri'ne olan maliyeti 43 milyar dolardır (6).

Klinik olarak anlamlı derecede depresyon, birinci basamak sağlık hizmeti için başvuran hastaların %10'unda, yataklı tedavi kurumlarında bulunan hastaların %22-33'ünde görülmektedir (36). Klinik bilgiler, gebelik döneminin duygusal olarak iyilik hali olduğunu göstermesine rağmen doğurganlık dönemi, kadınlarda depresyonun başlaması açısından yüksek riskli bir dönemdir. Gebelerin yaklaşık %70'inde depresif semptomlar görülmektedir. Bunların %10-16'sı majör depresyon kriterlerine uymaktadır (3) .

Postnatal duygu değişiklikleri, bir çok araştırmacının dikkatini çekmesine rağmen, gebelikte depresyon yeterli ilgiyi görememiştir. Gebelikte depresyon iki nedenden dolayı üzerinde önemle durulması, tanı koyulup tedavi edilmesi gereken bir konudur. Birincisi, çeşitli çalışmalar gebelikteki psikolojik rahatsızlıklarla postpartum depresyon arasında ilişki olduğunu göstermiştir. İkinci nedeni ise gebelikteki depresyonun fetus ve annenin iyilik haline olan olumsuz etkileridir (32). Teixeira ve arkadaşları gebelikte maternal anksiyetenin uterin arter rezistansını artırdığını göstermiştir. Buna bağlı olarak uterusu olan kan akımı azalmaktadır (54). Copper'in çalışmasında ise gebelikte depresyon, prematür ya da gestasyon yaşına göre düşük doğum ağırlıklı bebek doğumuna yol açmaktadır (15).

Depresyon temel sağlık hizmetlerindeki yaygınlığı kadar, sonuçlarıyla da önemli bir halk sağlığı sorunudur. Neden olduğu işgücü kaybı ve yüksek sağlık harcamaları ülke ekonomilerine büyük yük getirir (43). Depresyonun kadınlarda erkeklere oranla iki kat fazla görülmesi ve

doğurganlık döneminin bu riski artırmasına bağlı olarak gebelere hizmet veren kadın doğum uzmanlarına, pratisyen hekimlere, ebelere büyük görevler düşmektedir (3). Ev ziyaretleri ile rutin olarak ebeler tarafından izlenen gebelerin, bu ziyaretlerde ruhsal durumları da izlenmelidir. Ebelerin bu konuda verecekleri hizmet, gebelikteki psikofizyolojik ve psikososyal reaksiyonların önlenmesi, tanınması, anne ve çocuk sağlığına olumsuz etkilerinin azaltılması ve koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi yönlerinden önem taşımaktadır (31).

3.1. Depresyon

İnsanın ruhsal yaşamında bilişsel (cognitive) ve duygulanımsal (affective) süreçler birbirinden ayrılamaz. Bilişsel deyince; algılamak, tanımak, değerlendirmek, zamana ve yere oturtmak, neden-sonuç bağlantıları kurmak gibi zihinsel yetiler anlaşılır. Duygulanım deyince; neşe, üzüntü, öfke, kin, nefret, korku, bunaltı, kaygı gibi duygusal tepkilerin yaşanması anlaşılır. Duygulanım (affect); bireyin uyarılara, olaylara, anılara, düşüncelere duygusal tepki ile katılabilme yetisidir. İnsanda duygu-durum dört ana başlık altında sınıflandırılabilir:

- a- Normal duygu-durum: Belli sınırlar içinde dalgalanmalar ve değişimler gösterir.
- b- Taşkın duygu-durum: Coşma, aşırı neşe, aşırı öfkeliilik duygularını içerir.
- c- Çökkün duygu-durum: Elemlili, sıkıntılı duygu-durumunu içerir.

- d- Uygunsuz duygulanım: Küntleşme yada uyararla bağdaşmayan duygulanımlardır.

Duygulanım bozuklukları çok eski çağlardan beri bilinmektedir. Eski din kitaplarında, Yunan ve Latin kitaplarında ağır çökkünlük ve taşkınlık nöbetleri geçiren kişiler tanımlanabilmektedir. Mani ve melankoli deyimlerini ilk kez milattan önce beşinci yüzyılda Hipokrat kullanmıştır. Bugün ağır çökkünlük olarak bildiğimiz bozukluğa Hipokrat, *melankoli* adını vermiş ve bunun nedenini kara safraya bağlamıştı. Orta çağda ruhsal çökkünlüğü en iyi tanımlayanlardan biri İbni Sina olmuş ve ilginç olgu örnekleri vermiştir. 19. yüzyılda Fransız ve Alman ruh hekimleri, mani ve melankolinin değişik türlerini, klinik belirtilerini yazmışlarsa da hepsini psikoz manyak depressif adı altında toparlamayı, hastalığın belirtilerinin, gidiş ve sonlanışının tanımlanmasını Kraepelin başarmıştır. Kraepelin, aynı zamanda yaş dönümü çökkünlüğünü (envolüsyon melankolisi) de tanımlamıştır (42).

Depresyon; derin üzüntülü bir duygu-durum içinde düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık, duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendromdur. Depresyon ikiye ayrılır:

- a- Birincil çökkünlükler: Bedensel ya da başka bir ruhsal hastalığa bağlı olmaksızın ortaya çıkan ruhsal çökkünlüklerdir.
- b- İkincil çökkünlükler: Bedensel ya da başka bir ruhsal hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan çökkünlüklerdir. Kanser, kalp damar

hastalıkları, kansızlıklar, süregen enfeksiyon hastalıkları, hipotiroidi, Addison, kafa travmaları, beyin ırları, beyin damar hastalıkları ve çeşitli nedenlere bağı bunamalarda hastalığın başlangıcında veya gidiş sırasında değışik derecelerde depresyon durumları sık görölür (42).

Depresyon, elem ya da kedere benzeyen bir duygu durumudur. Depresif duygu durumu sağılıklı insanlarda; istenmeyen ya da hayal kırıklığına neden olan yaşamsal olaylar karşısında ortaya çıkan, sıkıntı ve üzüntü içeren duygusal tepkiler olup yaşamın normal bir parçası olarak kabul edilebilir. Ancak klinikte ruhsal bir rahatsızlığın belirtisi olarak kabul edilen depresif duygu durumu ise; istenmeyen yaşamsal olaylara karşı gelişen duygusal bir tepkiden çok daha şiddetli, kişinin yaşamını olumsuz etkileyen, tüm yaşamsal işlevlerini bozan bir sendromun bileşeni olarak karşımıza çıkar (53). Depresif duygu durumu olan hastalar enerji ve ilgi kaybı, suçluluk duyguları, düşüncelerini belli bir konuya yoğunlaştırmada zorluk çekme, iştah kaybı, ölüm ve intihar düşünceleri gibi belirtiler sergilerler. Bu bozukluklar hemen her zaman toplumsal ve mesleki işlevsellikte bozulma ile sonuçlanır (10,42).

Epidemiyolojik araştırmalar, tüm duygu durumu bozukluklarının kırk yaşın altında daha sık izlendiğini ortaya koymuştur (53). Majör Depresif Bozukluk (MDB), 20-40 yaşlarında başlamaktadır. Fakat bozukluğun ortalama yaşını değıerlendirmek güçtür, çünkü ilk epizod sıklıkla orta derecededir ve tedavi edilmemiştir, bazen yıllar sonra retrospektif olarak tanınır (53,46). Temel sağılık hizmetlerine başvuran kişilerde ruhsal

bozuklukların sıklık oranı %11 ile 52 arasında, ruhsal hastalıklara tanı koyma oranları ise %10 ile 71 arasında değişmektedir (20). Araştırmalar temel sağlık hizmetlerindeki depresyon prevelansının %6-20 , depresif belirti prevelansının ise %20-30 arasında değiştiğini göstermektedir. Ülkemizde temel sağlık hizmetlerinde depresyonun epidemiyolojik özelliklerine ilişkin yapılmış kapsamlı bir çalışma bulunmamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 14 ülkede gerçekleştirdiği çok merkezli bir araştırmanın Türkiye'de yapılan kısmında, yarı kırsal bir bölgede bir sağlık ocağına başvuran 400 hastaya, yapılandırılmış görüşme ölçekleri uygulanmış ve DSM – III – R' ye göre majör depresif nöbetin hastaların %11.6'sında olduğu ve üst solunum yolu enfeksiyonlarından sonra ikinci sırayı aldığı görülmüştür (43). Depresyonun, ülkemizde kadınlarda yaşam boyu görülme prevelansı %10-25, erkeklerde ise %5-12'dir (53). Batı ülkelerinde ise majör depresyon sıklığı kadınlarda %5-9, erkeklerde %2-3'tür (3). MDB'un ortalama yaşam boyu prevelansı %16.1'dir, kadın cinsi, daha önceden majör depresif epizod anamnezi, birinci derece akrabalarda majör depresyon öyküsü depresif bir epizod için en devamlı olarak tanımlanan risk faktörleridir (46). Depresyon sıklığı açısından ırklar arası fark olmadığı gibi sosyoekonomik düzey, eğitim durumu da fark göstermemektedir. Evlilik depresyon görülme sıklığını erkeklerde azaltırken, kadınlarda artırmaktadır (3). Majör depresyon için risk etkenleri Tablo 1'de gösterilmiştir (53).

Tablo.1. **MAJÖR DEPRESYON İÇİN RİSK ETKENLERİ (53)**

Risk etkeni	İlişki
Cinsiyet	Kadınlarda iki kat daha sık izlenir.
Yaş	Başlangıç 20-40 yaş arasında daha sık izlenir.
Aile öyküsü	Pozitif olanlarda 1.5-3 kat daha sık izlenir.
Evlilik durumu	Boşanmış veya ayrı yaşayanlarda daha sık izlenir. Evli erkeklerde evlenmemiş erkeklere göre daha düşük, evli olmayan kadınlarda evli olanlara göre daha yüksek
Postpartum	Doğumu takiben ilk 6 ayda risk daha fazladır
Olumsuz yaşam olayları	Depresyon oluşumu ile olası ilişkisi mevcut
Erken ebeveyn kaybı	Muhtemel ilişkisi mevcut

Depresyonun oluş nedenlerine bakıldığında; kalıtım ve biyokimyasal etkenlerin rol oynadığı görülmektedir (3,53). Aile ve kalıtım araştırmaları duygulanım bozukluğu olanların birinci derece akrabalarında, hastalanma riskinin belirgin olarak yüksek olduğunu göstermektedir (42). Depresyonun biyokimyasal etiyolojisi ise nörotransmitter monoaminlerin (serotonin, norepinefrin, dopamin) eksikliği durumunda depresyonun oluştuğudur. Buna göre; depresyonda monoamin metabolitlerinin (5-HIAA, HVA, MHPG) kan, idrar, BOS ve beyin sıvısındaki miktarlarında anormallikler bildirilmiş, bu nörotransmitterleri azalttığı bilinen bazı ilaçlar ya da hastalıklarda depresyon riskinin artabileceği görülmüştür (53). Depresyonda hormonların rolü üzerinde de durulmaktadır. Östrojen ve progesteronun, nörotransmitter sistem üzerine etkileri olmakta; premenstrual, postpartum ve perimenapozal duygudurum değişiklikleri

yapabilmektedir. Depresyon, tiroid hormon bozukluğu ve Cushing Sendromu gibi kortikosteroid anomalileri ile de bağlantılı olabilmektedir (3).

Depresyonun psikodinamik temelleri ise; klinik psikoanalitik görüş, interpersonal faktörler ve bilişsel faktörlere dayanmaktadır. Freud ve Abraham'a göre depresyonu hazırlayan faktörler şunlardır (Klasik psikoanalitik görüş) :

- a- Oral fazda anne-bebek ilişkisindeki düzensizlikler ileri yaşamda depresyon oluşumunu hızlandırabilir.
- b- Depresyon gerçek ya da hayali bir sevgi nesnesi kaybı ile ilgili olabilir.
- c- Sevgi nesnesinin (sevilen birinin) kaybedilmesi ile başa çıkmanın bir yolu onun gibi olmaktır. Bu süreç "introjeksiyon" ile oluşmaktadır ki, depresyonun dinamiğinde temel mekanizma olarak kabul edilmektedir.
- d- Kaybedilen sevgi nesnesine karşı hem sevgi, hem de nefret duyguları bir aradadır, depresyonda öfke ve nefret gibi negatif duygular kendi içine yönlendirilir.

İnterpersonal faktörler ise; kişiler arası sorunları, depresyonun sebebi olarak görmenin ötesinde, sebep ne olursa olsun, depresyonun kişiler arası bir zeminde geliştiğini kabul eder. İnterpersonal yaklaşım, sosyal rol ve psikopatoloji arasındaki ilişkiyi iki yönlü olarak ele alır. Depresyon kişiler arası sorunlara yol açabileceği gibi kişiler arası sorunlar da depresyonun oluşumuna katkıda bulunabilir.

Bilişsel faktörlerde depresyon, bilginin işlemi esnasında olumsuz bir hüküm (önyargı) ile karakterizedir. Depresif bir bilişsel üçlemde kendine, dünyaya ve geleceğe olumsuz bakış söz konusudur. Deprese hastalar yetersiz ve değersiz olduğuna inanır, ilgisiz ve gelecekle ilgili umutsuzdur. Şimdiki olayları ve gelecekle ilgili olayları yorumlamasında bozukluk vardır (53).

Amerikan Psikiyatri Derneği (APA) tarafından yayınlanmış olan Mental Bozuklukların İstatistiksel ve Diyagnostik El Kitabı'nda duygu durum bozuklukları 3 kısıma ayrılmıştır. Birinci kısmın başında çeşitli duygudurum bozukluklarının tanısını koymada kolaylık sağlaması için duygudurum epizodları (Majör Depresif Epizod, Manik Epizod, Mikst Epizod ve Hipomanik Epizod) ayrıca tanımlanmaktadır. Bu epizodların kendilerinin tanısız kodu yoktur ve ayrı tanı almazlar. Ancak bozukluğun tanısının konması için bir bütünün önemli bir parçası olarak işlev görürler.

İkinci kısım duygudurum bozuklukları (Depresif Bozukluklar, Bipolar Bozukluklar, Genel Tıbbi Bir Duruma Bağlı Duygudurum Bozukluğu, Madde Kullanımının Yol Açtığı Duygudurum Bozukluğu) tanı ölçütleri setlerini kapsamaktadır. Çoğu duygudurum bozukluğunun tanı ölçütleri seti, bu bölümün ilk kısmında tanımlanan duygu durum olmasını ya da olmamasını gerektirir.

Üçüncü kısım, ya en son duygu durum epizodunu ya da tekrarlayan epizodların gidişini tanımlayan belirleyicileri kapsamaktadır (4).

3.2. Majör Depresif Epizod

A. İki haftalık bir dönem sırasında daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da zevk alamama olması gerekir.

Not: Açıkça genel tıbbi bir duruma bağlı olan yada duyguduruma uygun olmayan hezeyan yada hallüsinasyon semptomlarını katılmamalıdır.

(1) Hastanın kendisinin bildirmesi (örneğin kendisini üzgün yada boşlukta hissederek) veya başkalarının gözlemesi (örneğin ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygu durumu.

Not: Çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygudurum bulunabilir.

(2) Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi yada başkalarının gözleniyor olması ile belirlendiği üzere).

(3) Perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örneğin ayda vücut kilosunun %5'inden fazlası olmak üzere) ya da hemen her gün iştahın azalmış yada artmış olması.

Not: Çocuklarda, beklenen kilo alımının olmaması.

(4) Hemen her gün insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomninin (aşırı uyku) olması.

(5) Hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarınca da gözleniyor olması gerekir).

(6) Hemen her gün yorgunluk, bitkinlik ya da enerji kaybının olması.

(7) Hemen her gün değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (sanrısız olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).

(8) Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık (ya hastanın kendisi söyler ya da başkaları bunu gözlemiştir).

(9) Yeleyen ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması.

B. Bu semptomlar bir mikst epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

C. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D. Bu semptomlar bir madde kullanımının (örneğin kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örneğin hipotroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

E. Bu semptomlar yasla daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitirilmesinden sonra bu semptomlar iki aydan daha uzun sürer ya da bu

semptomlar belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleri ile hastalık düzeyinde uğraşıp durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir (4).

3.3. Depresyonun Belirti Ve Bulguları

Depresyonun aşağıda sıralanmış olan belirti ve bulguları hafif, orta ve ağır derecelerde görülebilmektedir:

A- Genel Görünüm ve Dışa Vuran Davranış:

Depresyonda genel olarak yüz çizgileri belirgin, omuzlar çökük, yüz üzüntülü ve az bakımlı genel görünüm vardır. Hareketler ve her türlü dışa vuran davranış çoğu kez yavaşlamıştır. Durgunluk göze çarpar. Bazen çok sıkıntılı ve tedirgin bir görünüm olur.

B- Konuşma ve ilişki kurma:

Konuşma alçak sesli ve yavaştır. Hastadan yanıt almak güçtür. Çok ağır çökkünlüklerde mutizm olabilir. Hafif ve orta derecelerde hasta ile ilişki ve işbirliği kurmak güç olmaz.

C- Duygulanım

Duygulanımda üzüntü ve acı duyma biçiminde artma vardır. Sık ağlama görülür, kimi hastalarda üzüntü ile birlikte ağır bunalı (anksiyete) da olabilir. Bunalıtlı hastalarda tedirginlik ve yerinde duramama görülebilir. Bu duruma bunalıtlı depresyon denir. Birçok hastada bunalı öncelikle sabah erken saatlerde çok belirgindir. Sabah bunalısı ağır depresyonların tanısında önemli bir bulgudur. Bir çok hasta bu sabah bunalısını dayanılmaz bir duygu, göğsünde ateş varmış gibi bir yanma biçiminde

algıladıklarını belirtirler. Daha seyrek olmak üzere çabuk öfkelenme, çevresindekilerden nefret etme, daha da seyrek olarak derin bir acı içindeyken sevdiklerine karşı bütün duygularını yitirmiş gibi hissetme biçiminde duygulanım azalması belirtileri görülür. Hastada genel isteksizlik, eskiden istekle ve zevkle yaptığı , ilgilendiği şeylere karşı zevk almama tipiktir.

D- Bilişsel Yetiler

Hastanın bilinci açıktır. Çok ağır stuporlu depresyonlarda bilinç bulanık gibi bir izlenim bırakabilir. Genellikle algı bozukluğu görülmez. Çok seyrek olarak suçlayıcı, aşağılayıcı türden işitme varsanıları tanımlayan hastalar olabilir. Hastalar sıklıkla unutkanlıktan yakınırılar. Fakat gerçek bir bellek bozukluğu yoktur. Unutkanlık yakınması ağır üzüntü, sıkıntı ve dikkat azalmasına bağlıdır. Kimi hastalarda unutkanlık çok belirgin olduğundan yalancı bunama izlenimi verebilir. Zaman, yer ve kişilere karşı yönelim bozukluğu yoktur. Ancak hastanın zamanı algılaması ve değerlendirmesi ruhsal duruma bağlı olarak değişir. Zaman çok zor geçer ve hiç bitmeyecekmiş gibi uzar. Geçmiş zaman iyi yaşanmamış, gelecek zaman iyi yaşanmayacaktır. Kimi hastalarda kendini ve çevreyi değişik algılama (depersonalizasyon) belirtileri olabilir.

E- Düşünce Akımı ve İçeriği

Düşünce yavaşlamıştır. Hareket ve düşüncedeki bu yavaşlamaya psikomotor yavaşlama denir. Düşünce içeriği, geçmiş pişmanlıklar ve acı veren olumsuz anılarla doludur. Gelecek karanlık ve umutsuzdur. Çaresizlik ve umutsuzluk duyguları ve düşünceleri hastanın ruhsal

yaşamına egemendir. Kendi kendini suçlama eğilimi vardır. Bütün yanlış giden şeylerden kendini sorumlu tutar. Hastanın özsaygısı çok azalmıştır. Kendini işe yaramaz, değersiz ve küçük görür. Değersizlik ve küçüklük düşünceleri, küçüklük sanrıları derecesine varabilir. Giderek varlığının ve yaşamının anlamsız olduğunu söyler. Suçlanma, değersizlik ve işe yaramazlık düşünceleri, cezalandırılma beklentilerine yol açar. Artık her türlü kötülüğü, cezayı hak etmiş hisseder ve intihar düşünceleri gelişir. Çok ağır durumlarda kötülük görme beklentileri, kötülük görme sanrılarına yol dönüşebilir. Bunaltılı hastalarda hipokondriak uğraşlar ve bir çok bedensel yakınmalar bulunur.

F- Hareket

Ruhsal süreçlerdeki yavaşlamaya paralel olarak hareketler de yavaşlar (psikomotor yavaşlama) . Konuşma, yürüme ve iş görme zorlukla olur. Ancak ağır bunaltılı hastalarda yerinde duramama, ellerini oğuşturarak sürekli dolaşma ve aşırı tedirgin hareketlilik görülebilir.

G- Fizik ve Fizyolojik Belirtiler

Hastaların çoğunda yeme isteği azalır. Bu yüzden kısa sürede zayıflama olabilir. Yemekler ve yemek kokularına karşı bir tiksinti olabilir. Daha seyrek olarak kimi hastalarda aşırı yeme ve kilo alma olabilir. Hastalar genellikle enerji azlığı, güçsüzlük, halsizlik ve çabuk yorulmadan yakınırırlar. Hastaların çoğunda uyku bozulur. Uykuya dalmada güçlük, uykunun sık bölünmesi ya da erken uyanma olur. Öncelikle bunaltılı çökkünlüklerde sabah erken uyanma ve uyanır uyanmaz ağır sıkıntı hastaların en çok tedirgin oldukları bir belirtidir. Depresyonda toplam uyku

süresi kısalır, REM uykusu normale göre uykunun başlangıç dönemine doğru kayar ve REM dönemleri daha uzun sürer. Kimi hastalarda uyku bozukluğu, uykuya aşırı eğilim biçiminde görülebilir. Hastanın sindirim fonksiyonunda genel yavaşlama belirtileri ve kabızlık sık görülür. Cinsel isteksizlik olur, bunu impotans ile karıştırmamak gerekir. Hasta yaşamın her yönüne karşı ağır bir isteksizlik içinde olduğu gibi, cinsel istek ve eylemde azalma, zevk alamama görülebilir (10).

Tablo 2. Depresyonların Şiddet Düzeyine Göre Karşılaştırılması (53)

Hafif ve Orta Şiddette Depresyon	Ağır ve Çok Ağır Şiddette Depresyon
• Psikolojik etkenlerin rolü önemlidir. • Olumsuz yaşam olaylarını takiben ortaya çıkabilir. • Atipik depresyonda belirtiler akşamları artabilir. • Bedensel belirtiler atipik özellik gösterebilir. Örneğin kilo alımı, aşırı uyku, kollarda ve bacaklarda ağırlık vb) • Psikotik belirtiler gözlenmez.	• Daha çok biyolojik kökenlidir. • Nedensiz ortaya çıkabilir. • Belirtiler gün içinde değişiklik gösterir. (Sabahları daha kötü olur, gün içinde değişiklik gösterir.) • Uykusuzluk, iştahsızlık, cinsel işlev bozuklukları gibi bedensel belirtiler daha baskındır. Sabahları normalden 2-3 saat erken kalkma belirgindir. • Ağır hastaların % 15'i intihar sonucu hayatını kaybeder. • Endojen depresyon adı da verilir. En ağır şekline melankoli denir. • Bazı hastalarda psikotik belirtilerde tabloya eklenir.

3.4. Depresyonda Gidiş Ve Sonlanış

Belirtiler başlangıçta hafif olduğundan rahatsızlık belli olmayabilir. Çeşitli bedensel yakınmalar, halsizlik, çabuk yorulma, ve iştahsızlık nedeni ile hastalar dahiliyecilere, pratisyen hekimlere başvururlar. Çoğunda, ortaya çıkarıcı üzücü bir olay olduğundan gelip geçici bir bunalım gibi görülür. Hasta kendini zorlayarak bunları yenmeye çalışır. Başaramadıkça güçsüzlük, çaresizlik ve umutsuzluk duyguları artar. Hafif ya da orta derecede depresyon nöbeti genellikle iki-üç haftadan birkaç aya kadar (ortalama 2-4 ay) sürer. Altı yedi ay süren ağır çökkünlükler vardır. Nöbetlerin uzunluğu hastalığın doğal gidişine, psikososyal etkenlere, tedavinin düzensiz ve eksik oluşuna da bağlı olabilir. Hastaların bir bölümü tedavi görmese bile kendiliğinden düzelir. Bipolar bozuklukta kendiliğinden iyileşmelerin ardından iyileşme dönemi olmaksızın taşkınlık nöbeti başlayabilir (döngülü tip). Çalışmalara göre depresyon geçirenlerin ancak % 20-25'i psikiyatrik tedavi görmektedir. Yani hastaların önemli bir kısmının gidiş ve sonlanışı hakkında bilgiler yetersizdir. Ağır depresyonda ise belirtiler çok çarpıcı olduğundan ve intihar girişimleri de görülebildiğinden psikiyatrik tedaviye başvurma oranı daha yüksektir. Tedavi görmeden ölümle ya da bir sakatlıkla sonuçlanan intihar oranı %15 dolayındadır (42,46).

Tedavi ile ya da kendiliğinden iyileşen hastaların büyük çoğunluğunda süresi önceden kestirilemeyen bir iyilik döneminden sonra yineleme görülür. Genç yaşta görülen depresyondan sonra iyilik dönemi yıllarca sürebilir ve yineleme daha az görülür. Yaş ilerledikçe ortaya çıkan

depresyonda ise yineleme olasılığı yüksektir. Sık yineleyen hastalarda kronikleşme (süregenleşme) olasılığı yüksektir. Keller ve Lavori'nin yayınlarına göre; ilk nöbetten sonra bir nöbet daha gelir ise kronikleşme olasılığı %20 artar. İkinci ve üçüncü nöbetlerde tedavinin başlanmaması, ilk nöbetin uzun süreli oluşu, nöbetlerin geç yaşta ortaya çıkışı, düşük gelir düzeyi kronikleşmeyi artırmaktadır (46).

Depresyon, temel sağlık hizmetlerindeki yaygınlığı kadar, sonuçlarıyla da önemli bir halk sağlığı sorunudur. Neden olduğu yetiyitimi ile iş gücü kaybı ve yüksek sağlık harcamaları ülke ekonomilerine büyük yük getirir (43). Sık depresyon nöbeti geçiren hastalar tedavi görseler bile yıllar boyu iş ve aile yaşamlarında önemli sorunlarla karşılaşabilirler. Aşağılık ve yetersizlik duyguları oluşabilir. Toplumsal, mesleki ve meslek dışı ilişkileri zayıflayabilir. Fakat uygun tedavi ve önleme yöntemleri ile hastaların önemli bir bölümü de sağlıklı yaşam sürdürebilirler. Depresyonun en önemli komplikasyonlarından biri de intihardır. Hem aile, hem hekim için en zor ve en acı olan bu olayın ölümlerle sonuçlanan %70'i depresyonlu yada kronik alkolik hastalara aittir (42). Majör depresif bozuklukta intihar oranı %15'i bulur. Oysa bu intiharların çoğu önlenabilir; intiharla sonuçlanan olguların üçte ikisinin intihar öncesi bir aylık dönem içinde doktoruna gittiği bilinmektedir (43).

4- GEBELİĞE UYUM

4.1. Gebelikte Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler

Menstrual siklusun luteal fazında, servikal mukus spermatozoa için alıcı hale gelir. Aktif spermatozoa 75 dakika içinde Fallop tüplerinin en dıştaki bölümüne ulaşır. Fertilizasyon, ovuma spermin penetre olması ile gerçekleşir. Bu olayla beraber hücre bölünmesi başlar. Gebeliğin ilk trimesteri embriyodan fetusun oluşumunu sağlayan organogenezis ve büyümenin olduğu bir dönemdir. İkinci haftanın sonlanması ile üç embriyolojik germ yaprağından fetusun organları ve sistemleri oluşmaya başlar.

Altıncı haftada kalp fonksiyoneldir ve olgunlaşmamış böbrek ve bağırsaklar gibi akciğerde bir tomurcuk olarak belirir. Birinci trimesterin sonunda kalp dört bölüme ayrılır, bronşlar oluşur, cinsiyet ayırt edilebilir. İkinci trimesterde yüz özellikleri belirginleşir, lanuga ve verniks üretilir. Üçüncü trimesterde ise fetüs hızlı bir şekilde kilo alır ve ekstrauterin yaşam için organlar olgunlaşır. Subkutan yağ depoları görünür ve vücut yuvarlak bir görünüm alır.

Büyüyen fetusa uyum sağlamak için annenin sistemlerinde de değişiklikler görülür. Gebelikte total vücut sıvısı artar. Plazma ve hücrelerde artış görülür. Bu artışa bağlı olarak intrakapiller basınçta artma ve onkotik basınçta azalma görülür. Kardiyak out-put ve kalp atım hızı yükselir.

Gebelikte hücre sayısının artması ile oksijene olan talep de artar. Progesteron, solunum hızını stimüle eder. Böylece artan oksijen

gereksinimini karşılamak için annenin solunumu da artar. Büyüyen uterusun diyafragmayı yukarı itmesi, göğüs duvarının yanlara doğru genişlemesi de solunumu etkiler.

Glomerüler filtrasyon hızı gebelikte yaklaşık olarak %50 artar. Metabolizmanın atık ürünleri idrarla daha fazla oranda atılır. Anatomik değişikliklere bağlı olarak fizyolojik hidronefroz olur. Üreterlerin dilatasyonu östrojenin etkisi ile daha da kolaylaşır. Mesane tonusu, hormonal etkilerden dolayı azalır. Bunlara bağlı gebelikte üriner sistem enfeksiyonları riski artar.

Mide boşalım zamanında uzama ve gastrik motilitede azalma gibi değişiklikler görülür. Konstipasyon sıkça karşılaşılan bir sorundur.

Üreme sisteminde vulva ve vajinanın damarlaşması artar. Artan östrojen vajinal sekresyonu da artırır. Vajinal enfeksiyonlar için hazırlayıcı bir faktör olarak vajen pH'sı alkaliye kayar. Uterus kaslarının ağırlığı altmış gramdan sekiz yüz grama yükselir. Meme dokusu da östrojen ve progesteron hormonu üretimine yanıt verir. Vaskülerite artar, veriler daha belirgin hale gelir (52).

Gebeliği fizyolojik yönden riskli hale getiren durumlar şu şekilde özetlenebilir :

1- Gebelik yaşı ve doğum sayısı (on altı yaş ve altındakiler, otuz beş ve üstündekiler, fazla sayıda doğum, son gebelikten üç ay yada daha önce oluşan gebelik),

2- Evlilik dışı gebelikler,

3- PID, hipertansiyon, böbrek hastalıkları,

4- Anemi ve hemoraji,

5- Fetuse ilişkin faktörler (daha önce prematüre doğum, ölü doğum, abortus öyküsünün olması, anomali gelişmesi gibi),

6- Daha önceden ya da gebelikle olan durumlar (diabetes mellitus, hiperemesis gravidarum, malnütrisyon ya da aşırı şişmanlık, alkolizm , ilaç bağımlılığı, psikiyatrik hastalıklar, epilepsi, sifiliz veya TORCH enfeksiyonları gibi) (13).

4.2. Gebelikte Oluşan Ruhsal Değişiklikler

Yaşamın yeni bir evresi olan ana-baba olma ya da ebeveynlik, ailedeki tüm bireyleri etkileyen bir süreçtir. Gebelik, fizyolojik bir olay olmasına karşın her kadın gebeliğe karşı kendi ruh yapısına, sosyoekonomik ve kültürel yapısına uygun bir davranış göstermektedir. Karı koca arasındaki sevgiyi artıran, evlilik temellerini kuvvetlendiren gebelikte, vücutta görülen hormonal değişikliklerin kadınlarda büyük ruhsal değişiklikler yaptığı bilinmektedir (27).

Gebelik, kadınlar için doğal bir yaşam krizidir (31). Gebelik süresince değişik zaman dilimlerinde gebenin emosyonel reaksiyonları, belirsizlik, içe dönüklük, pasiflik, kendini beğenmeme, bağımlılık korku ve anksiyete olarak tanımlanmıştır. Gebeliğin ilk üç ayında, duyguların zıt olduğu, önceden sakin görünen bir gebenin günlük yaşantısında davranışlarının değişken olduğu gözlenmiştir. Ani neşe, yerini üzüntü ve sıkıntıya bırakabilir. Gebe, fertilizasyonu beklenmedik ve hak edilmedik olarak değerlendirebilir. Bu beklenmedik olayda memnurluk ve mutsuzluk

karışık tepkilere neden olmaktadır. “Bir gün çocuğum olacak” düşüncesi memnuniyet, “şimdi değil” düşüncesi de mutsuzluk yaratmaktadır (27). İlk trimester, genellikle yeni duruma ve gebe olunduğu gerçeğine uyumla ilgilidir. Kadının aile durumu, iş durumu, eşle ilişkisi, gebelik durumunun yaratacağı yeni güçlükler bu gerçeğe geliştirilen tutumda etkilidir. Fetusa psikolojik bağlanma uterus içinde başlar ve ikinci trimesterin başlangıcına kadar kadınların çoğunda bebeğin zihinsel bir resmi oluşur. Doğmadan önce bile fetus ayrı olarak hissedilir ve doğum öncesi bir kişilikle donatılır. Annelerin çoğu doğmamış çocuklarıyla konuşurlar. Fetusla emosyonel konuşma, yalnızca erken anne-bebek bağlanmasını değil, aynı zamanda sigara içme ve kafeini bırakma gibi annenin sağlıklı gebelikle ilgili çabalarını da gösterir. Psikanalitik teorisyenlere göre, çocuk annenin umutlarını ve korkularını yansıtan boş bir ekran gibidir (31).

İlk trimesterde, gebede içe dönüklük başlarsa da bu duygu kısa sürede diğer gebelerle kurulan ilişki sonunda kaybolmaktadır. Rubin, gebelik süresince kadının olayları algılaması ve yorumlamasının gebelik öncesine göre daha duyarlı olduğunu belirtmiştir. İkinci üç ayda kadın gebeliğe adaptasyonu tamamlamış, gebeliğini benimsemiş ve dışa dönüklük dönemi başlamıştır. Anneliği benimseyen kadın büyük istekle anne ve çocuk sorunlarıyla ilgilenmeye başlar (27). Bu dönemde, fetusla olan biyolojik bağ daha derin ve yakın hissedilir (31).

Son üç ayda fizyolojik olarak hareketleri kısıtlı olmasına karşın gelişen annelik duygularının etkisiyle doğacak çocuğuna karşı korumacı davrandığına inanılmaktadır. 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 olacaktır (27,31).

İnsan yaşamında yeni bir evre olarak kabul edilen ana-baba olma eşler için stres yaratan bir durumdur. Bu stres, gebelikte her şeyin iyi gitmeyeceği olasılığı ile birlikte olan anksiyete ile birleştiği zaman ebeveynler için ağır bir yük oluşturmaktadır.

Bir gebelik planlanmış olsun yada olmasın kadının çocuk doğurma yeteneğini koruması ve sürdürmesi oldukça önemlidir. Bu konuda eşe önemli görevler düşmektedir (27).

Gebelikte kadın rolünün ötesinde, anne rolüne ilişkin tüm duygusal, yaşamsal, ruhsal, davranışsal beklenti, çatışma, umut ve arzular ön plana çıkar (31).

4.2.1 Gebelik Ve Psikiyatrik Bozukluklar

Gebelik genelde, kısa vadeli baş etme davranışlarının etkisiz olduğu, uzun süren bir kriz dönemi olarak değerlendirilmektedir (13). Hamilelik, kadınların yaşamında yüksek bir şekilde etki gösteren stres dönemidir ve sıklıkla endişe ve depresyonla birleşmektedir (18). Hemen hemen hiçbir yaşam olayı, gebelik ve doğumun neden olduğu nöroendokrin ve psikososyal değişikliklerle yarışamaz (33). Yeni bir bebeğin dünyaya gelmesi genellikle olumlu ve doyurucu bir yaşantı olsa da, annelerin bir kısmı için bazı duygusal sorunların ortaya çıkmasına

neden olur (57). Gebeliği psikososyal yönden riskli hale getiren durumlar şunlardır:

- 1- Geçmiş hayatında şiddet, ihmal veya istismara uğramış olma,
- 2- Önceden varolan önemli sağlık sorunları (mental hastalıklar ,alkolizm gibi),
- 3- Sosyo-ekonomik düzeyin düşük seviyede olması, sağlık bakımı sağlamada yetersizlik, prenatal bakım eksikliği,
- 4- Destekleyici sistemlerin yetersizliği,
- 5- Ailede ayrılık veya boşanma,
- 6- Rol değişiklikleri ve çatışması (yaşam düzeninde değişimler, kariyer, sorumluluklar),
- 7- Gelişimsel ve durumsal krizler (adölesan gebelikler),
- 8- Kültürel normlara zıtlık/karşı gelme (evlilik dışı gebelikler),
- 9- Disfonksiyonel davranışlar (anksiyete, nevroz, depresyon, psikoz),
- 10- Baş etme becerilerinin zayıflığı, eksikliği (13).

Kadının ruhsal durum ve yaşantısı, gebeliğin gidişini etkilediği gibi; gebeliğin kendisi de kadının ruhsal-duygusal yaşantısı üzerinde önemli yansımalar yaratır (31). Gebelikteki fizyolojik ve psikolojik değişikliklere rağmen yetişkin kadınların çoğu bu süreci iyi tolere edebilir. Ancak adölesan anne adayları yetişkinler kadar iyi tolere edici değildir ve intihar riski artar. Özellikle istenmeyen bir evlilik ve sosyal destek yokluğunda intihar riski artmaktadır (10). Gebelikle bağlantılı olmayan dış stresler ve zorluklar, gebelik esnasında uyum zorluklarını artırabilir. İkinci trimestere

nazaran birinci ve üçüncü trimesterde psikiyatrik bozukluklar daha sıktır. Gebelikte psikiyatrik semptomlar, geçmişte psikiyatrik bozukluğu olan kadınlarda daha sıktır. Ayrıca gebelikte küçük duygusal semptomlar yaygın olmasına rağmen ciddi psikiyatrik bozukluk olasılığı, aynı yaştaki gebe olmayan kadınlara nazaran daha azdır (31). Spinelli, gebelikte duygu durum bozukluklarının hormonal koruma olmadığını, tedavi ve tanının ihmal edilen bir konu olduğuna dikkat çekmiştir (47).

Gebelik bir kadın için anksiyete kaynağıdır (31). Anksiyete, sonunda depresyona yol açabilir (18). Panik atakların gebelik sırasında azaldığı ve doğum sonrası dönemde arttığına ilişkin sonuçlar bulunmaktadır. Obsesif-kompulsif bozukluk ise hem gebelikte, hem de postpartum dönemde kötüleşmektedir (31). Obsesif-kompulsif bozukluğu olan kadınların önemli bir yüzdesinin ilk semptomları gebelik sırasında ortaya çıkmaktadır (3). Depresyon, gebelik sırasında görülen en yaygın ruhsal bozukluktur ve gebelikte görülme oranı %10'dur (3,31,57). Maternity blues; sık görülen, hafif seyreden, anksiyete ve karamsarlık belirtileri ile karakterize en fazla doğumun son on veya daha fazla günlerinde gelişen dört saatten bir güne kadar süren geçici durumdur. Bu dönemde kadınlarda depresyon, yas, anksiyete, hafif bilinç bulanıklığı, doğum sonu kanamaya bağlı yorgunluk, bitkinlik, anemi gelişebilir. Bu dönemde gebelikten çıkış ve anne rolüne giriş vardır (13). Bu durum hamilelikle birlikte oluşan en yaygın psikiyatrik bozukluktur. Doğum sonrası kadınların %50 ile 70'inde oluşmaktadır. Asher ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmalarda maternity blues yaşayan kadınlarla hormon düzeyleri arasında bir ilişki

kurulamamıştır. Baker ise maternity blues yaşayan kadınlarda triptofan düzeyini daha düşük bulmuştur. Hormonal olmayan faktörlerin de etiolojide rol oynadığı bilinmektedir. Bu faktörler şunlardır:

- 1- Çocuğun doğumunda yaşanan ilk mutluluktan sonra birçok kadının yaşadığı hayal kırıklığı duygusu,
- 2- Doğum sonrası oluşan normal rahatsızlıklar,
- 3- Çocuğu ile ilgili annenin duyduğu kaygılar,
- 4- Kadının kocasının dikkatini daha az çekeceği kaygısı yaşaması ve hamilelik boyunca oluşan vücut değişiklikleri,
- 5- Annenin doğum sonrası dönemde bebeğine daha fazla ilgi göstererek uykusuz kalması (18).

Hiperemesis gravidarum (HG), gebe kadınlarda genelde ilk trimesterde ortaya çıkan şiddetli bulantı, kusmayla karakterize olan hastanede yatmayı gerektiren bir durumdur. Organik kökenli olduğu halde, HG'da ruhsal etkenler büyük öneme sahiptir. Bu ruhsal etkenler annenin bebekle ve gebelikle ilgili ambivalan duyguları ve evlilik çatışmasıdır. HG semptomları, gebeliğin 20. haftasında gerileme eğilimindedir, ancak bazı gebelerde daha uzun sürebilir (31).

4.2.2. Gebelik Ve Depresyon

Klinik bilgiler, gebelik döneminin duygusal olarak iyilik hali olduğunu göstermektedir (3). Gelder'e göre; gebelik kadınları psikiyatrik bozukluklardan koruyucu bir süreçtir (32). Buna karşın gebelerin yaklaşık

%70'inde depresyon semptomları görülmektedir. Bunların %10-16'sı majör depresyon kriterlerine uymaktadır (3).

Son zamanlarda yapılan çalışmalar göstermiştir ki; maternal depresyon ne kadar erkense yeni doğana olumsuz etkileri de o kadar fazla olmakta, erken dönemde ortaya çıkmaktadır (24). Örneğin; prenatal depresyon geçiren annelerin yenidoğanları, Brazelton Neonatal Değerlendirme Skalası'na göre düşük oryantasyon, motor fonksiyonlarda yavaşlama, yüksek irritabilite, düşük aktivite puanları, yüksek depresyon göstermişlerdir (1,34). Gebelikteki stresin, yenidoğana etkilerinin incelendiği bir izleme çalışmasında ise maternal prenatal stresin yenidoğan ağırlığı ve gestasyon yaşı üzerine etkili olduğu bulunmuştur (55). Özellikle gebeliğin son iki ayında annede depresyon gelişmesi, epidural anestezi, sezaryen doğum ve yenidoğanın hastaneye yatma riskini artırmaktadır (16). Gebelikte depresyonun fetal gelişime ve neonatal sonuca hormonal etkilerinin incelendiği çalışma sayısı az olmasına rağmen, bu çalışmalar anneye ait nörotransmitter/nörohormonal düzeylerin prenatal gelişimi etkilediğini göstermiştir. Deprese gebe kadınlarda norepinefrin ve kortizol düzeyleri yükselmektedir. Aynı çalışmada, yüksek norepinefrinin direkt olarak annelerin fetal hormonu ve uterusu olan kan akımını, indirekt olarak bebeğin davranış gelişimini etkilemekte olduğu bulunmuştur (34). Yükselmiş norepinefrin fetal gelişim geriliğine ve düşük doğum ağırlıklı bebeğe, yüksek kortizol ise erken doğuma yol açmaktadır. Allister'in çalışmasında ise deprese annelerin fetusları hiperaktif, kalp atım sayıları normalin üzerinde bulunmuştur (25).

Düşük sosyoekonomik düzeyde 119 gebe kadının izlendiği bir çalışmada depresif belirtiler gösteren annelerin bebekleri önemli farklılıkla prematüre yada düşük doğum ağırlıklı bebek olarak bulunmuştur. Prenatal depresyonun fetus ve yeni doğana etkilerinin incelendiği bir izleme çalışmasında da depresyonu olan ve olmayan yetmişer gebe incelenmiştir. Araştırmanın sonuçlarına göre, deprese olan ve olmayan gebeler arasında kortizol, dopamin, serotonin düzeyleri anlamlı bulunmuş; postnatal dönemde ise norepinefrin düzeyleri arasında anlamlılık bulunmuştur (25). Aynı çalışmaya göre, deprese annelerin yeni doğanlarında kortizol seviyeleri de yüksek düzeyde bulunmuştur (25,34). Prenatal depresyon ve anormal biyokimya değerleri %8-21 arasında yenidoğan davranışlarını etkilemektedir (25).

Gebelikte depresyon özellikle adölozan gebelerde daha fazla problemlere yol açmaktadır. Adölozan gebeliklerin hem anne, hem de bebek için bir risk olduğu bilinen bir gerçektir. Beslenme uzmanlarına göre, 13-14 yaş gebeliklerde on altı kilogram, 15-16 yaş gebeliklerde on iki kilogram ve 17 yaşta on kilogramdan fazla kilo almak gerekir (14). Özellikle adölozan gebelerde depresyon görülmesi annede kilo alma eğilimini artırmaktadır (43). Gebelikte depresif semptomlar, gereğinden fazla kilo alımına yol açtığı gibi uzun dönemde obesite ve kronik hastalıklar riskini artırmaktadır (14). Gebelikte depresyonun artması; düşük sosyoekonomik düzey, aile içi problemler, ailede depresyon hikayesi olması, stresli yaşam olayları ile ilgilidir (43). Gebelikte depresyonu etkileyen diğer faktörler annede daha önce görülen psikiyatrik semptomlar,

eşten alınan düşük sosyal destek, zayıf sosyal ağ ve gebelikte yaşanan problemlerdir (14,19,26,37). Planlanmamış gebeliklerde özellikle adölesan dönemde depresyon riski artmaktadır (14). Bazı çalışmalarda, gebelikte gösterilen negatif davranışlar ile yüksek perinatal ölüm oranları arasında ilişki bulunmuştur (32). Stevens-Simon ve McAnarney'in 1994 yılında 127 gebe ile yaptıkları çalışmada, bu gebelerden geçmiş hayatında şiddete uğrayanlarda stres ve depresyon düzeyini yüksek bulmuştur. Bu kadınlarda aile destekleri düşük, ilaç ve alkol kullanımı yüksek seviyededir. Geçmiş hayatında cinsel şiddete maruz kalan kadınlar, cinsel şiddet öyküsü olmayan kadınlara göre gebeliklerinde ve doğumlarında daha çok problem yaşamaktadır (28).

Gebelikte depresyon, postnatal depresyon gibi sağlık problemlerine yol açması yönünden önemlidir. Postnatal depresyonun dörtte biri gebelikte başlamaktadır (1). Ayrıca gebede depresyon, anne-çocuk ilişkisini; çocuğun sosyal ve zihinsel gelişimini olumsuz etkiler (48). Neonatal dönemde Beck Depresyon Ölçeğinden yüksek puan alan annelerin %75'i üç yıllık izlem sonucunda da depresyon ölçeğinden yüksek puan almışlardır. Bunun yanında bu annelerin, okul öncesi dönemdeki çocukları ile etkileşim problemleri devam etmiştir (24). Luoma ve arkadaşlarının 119 gebe kadını izledikleri çalışmada gebeliğinde depresif belirtiler gösteren kadınların çocuklarının 4-5 yaşına geldiklerinde yüksek düzeyde problem yaşadıklarını ve bu problemlerin 8-9 yaşta görülecek problemlere zemin hazırladığını bulmuşlardır (2).

Antenatal depresyon, özellikle annenin ilaç, alkol ve sigara kullanımında ve de kilo alımı yetersiz olduğunda bebek için tehlikelidir. Bu çocuklar davranışsal ve gelişimsel problemler yönünden risk altındadır (48). Süt çocuğunda depresyonun etkileri; düzensiz uyku, yükselmiş norepinefrin ve kortizol düzeyidir. Bu çocuklarda bir yaşına gelindiğinde büyümede gerilikler göze çarpabilmektedir (24). Bays ve Keller, bu çocukların ihmal ve istismar yönünden risk altında olduğunu söylemişlerdir (25,58).

4.2.3. Postpartum Depresyon

Postpartum dönem, doğumdan sonra annenin gebelik öncesi fizyolojik ve psikolojik özelliklerine dönmesi için geçen altı haftalık bir süredir. Bu dönemde annenin organizması daha çok pelvik organlarda olmak üzere çeşitli ve hızlı fizyolojik değişikliklerin etkisi altındadır. Doğum sonu dönem aileye yeni bir üyenin katılması ile farklı ve yeni bir düzenin kurulduğu dönemdir. Anne için; bebeğine, postpartum rahatsızlıklara, ailedeki yeni düzene ve vücut imgesindeki değişikliklere uyum yapmak zorunda olduğu bir geçiş dönemidir. Kadın ve eşi için yeni bebekleri bir doyum kaynağı olur, aile bağları güçlenir. Ancak bu dönemde artan ve değişen etkileşim, aynı zamanda bir stres kaynağı da olabilir (29,40). Doğum sonrası depresyon birkaç değişik şekilde ortaya çıkabilir. Bunlardan birincisi erken dönemde ortaya çıkan annelik hüznüdür. Annelerin yaklaşık %85'i doğumdan sonraki iki hafta içinde ortaya çıkan ve postpartum hüznü olarak bilinen depresif duygu durumunu yaşarlar. Bu

durum, iki hafta ile üç ay içinde düzelir. Semptomlar sekel bırakmadan ve kendiliğinden düzeldiği için destek tedavi yeterli olup psikiyatrik konsültasyon ya da ilaç tedavisi gereksizdir (3,17).

Ancak postpartum hüzün uzarsa ya da semptomların şiddeti artarsa postpartum depresyonun gelişmekte olduğu düşünülebilir (3). Her sekiz kadından birisi postpartum depresyona maruz kalmaktadır ve bunların %50'si klinik tanı almamaktadır. Postpartum depresyonlu annelerin çocuklarında zihinsel ve dil gelişiminde bozukluk riski artmaktadır. Bu çocukların en az dört buçuk yıl davranış problemleri yaşadığı görülmüştür. Postpartum birinci yılda depresyonu tanıma ve tespit etme halk sağlığının önemli konularındandır. İngiltere'de ev ziyaretlerinde bulunan hemşireler rutin olarak postpartum depresyon ölçeğini uygulamaktadır (28).

Kadınları doğumdan önce ve doğumdan sonra depresyona açık hale getiren risk etmenleri şöyle özetlenebilir;

- 1- Aile geçmişinde depresyon,
- 2- Daha önce geçirilmiş depresyon hikayesi,
- 3- Eşle kötü ilişkiler yada tek ebeveynlik,
- 4- Akraba ve arkadaşlardan gözle görülebilir desteğin olmaması,
- 5- Zor veya mutsuz çocukluk,
- 6- Anne ve bebek için doğum komplikasyonları,
- 7- Erken geç veya birden fazla çocuklu doğumlar,
- 8- Bebeğe karşı olumsuz duygular,
- 9- Bebeğin sağlığında problemler, düşük doğum ağırlıklı bebek,

- 10- Anne ve bebeğin erken dönemde ayrılması, daha önce olumsuz doğum deneyimi,
- 11-Sosyoekonomik zorluklar,
- 12-Planlanmamış gebelikler (7,11,17,23).

5.DEPRESYONDA TEDAVİ

Tüm hastalıklarda olduğu gibi, depresyonun tedavisinde de erken tanı önemlidir. Gebelikte bireysel psikoterapinin yararları ve psikotrop ilaç tedavisi ile ilgili yayınlar varsa da, gebelikte depresyonun tedavisi ile ilgili kontrollü bir çalışma yoktur. Gebelikte elektrokonvülsif tedavi (EKT) yapılmış üç yüz vaka yayınlanmıştır, buna göre EKT tedavisinin gebelikte göreceli olarak güvenli yol olduğu saptanmıştır. Gebelik ve gebelik sonrası depresyon etiyolojisi belirsizdir. Depresyon atağına yönelik koruyucu önlemler ve erken tedavi semptomların ağırlığını azaltmakta, anne ve bebek üzerinde olabilecek olumsuz etkileri sınırlamaktadır (3). Psikososyal yaklaşımın kadınlarda semptomların düzelmesinde etkili olduğu görülmektedir. Antepartum ve postpartum depresyon tedavisinde kullanılan psikoterapi yöntemleri depresyonda kullanılan yöntemlerle benzerlik göstermektedir. Bunlar kısaca şöyledir:

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

olduğunu fark etmesini amaçlar. Bu durum fark edildikten sonra terapist, hastaya yaşamda yeni yollar bulması için yardım eder (21).

5.2. Destekleyici psikoterapi: Bu terapi yöntemi her hasta için başlangıçta, önemli nesne yitimlerinden sonra görülen yas ve çöküntü durumlarında, ayrıca bipolar bozukluk, distimi gibi olgularda koruyucu tedavi içinde uygulanmaktadır. Hangi tür uygulama olursa olsun hasta yakınlarıyla da düzenli ve sürekli bir iletişim ve işbirliğinin sağlanması gerekli ve yararlıdır (3). Doğum sonrası depresyon tanısı almış ve erken tedavi edilmiş olgularda prognozun iyi olduğu görülmüştür. Bazı psikoterapötik yaklaşımlar antenatal ve postnatal depresyondan rahatsız kadınların tedavisinde kullanılmak üzere özel olarak düzenlenmiştir (21).

5.3. Bilişsel (davranışçı) terapi: Bu terapide her seansta bir önceki görüşmenin etkileri ve sonuçları gözden geçirilir, belli hedefler planlanır ve ev ödevleri belirlenir. Terapist oldukça aktiftir ve hasta ile sürekli ilişki içerisinde. Terapist eğitici roledir. Hastaya olumsuz düşüncelerini izlemeyi, çarpıtılmış otomatik düşüncelerine yönelik olumlu, olumsuz kanıtları gözden geçirmeyi, bunların yerine gerçeğe daha yakın yorumlar koyabilmeyi öğretmeyi amaçlar.

Depresyonun tedavisindeki amaçlardan biri de hedefe ve sorun çözmeye yönelik davranışları artırmaktır. Bu nedenle tedavide bilişsel değişiklik oluşturabilecek çeşitli davranışçı teknikler kullanılır. Terapi hasta merkezlidir. Objektif bir tanımlama önemlidir. Tanımlamada, bireyin kişisel özellikleri, savunma mekanizmaları yada mizacı dikkate alınır. Hastanın güçleri ve eksiklikleri gözden geçirilir.

Bilişsel davranışçı tedavilerde tedavi stratejileri aşağıdaki yardımları içerir:

- 1- Aktiviteyi artırma,
- 2- İstenmeyen davranışları azaltma,
- 3- Memnuniyeti artırma,
- 4- Sosyal becerileri artırma (21).

Antenatal ve postnatal depresyon kadının ve eşinin yaşamlarında önemli sorunları üstlendikleri bir dönemdir. Bu dönemde toplum ruh sağlığı hemşirelerinin verecekleri destek önemlidir. Evde bakımda tanılama aşamasında aile yapısı, yaşadığı yer, ekonomik durum, yaşam biçimleri, annenin fiziksel ve ruhsal durumu, sağlık inançları ve uygulamaları, gelenek görenekleri yer alır. Evde bakımda, ailenin işbirliği ve katılımı önemlidir. Hemşire annenin fiziksel, psikososyal ve duygusal gereksinimlerin belirleyip güçlü yönlerini desteklemeli, yetersiz olduğu yönleri geliştirmesine yardımcı olacak girişimlerde bulunmalıdır (21).

6. GEBELİKTE DEPRESYONDA KORUMA

6.1. Primer Koruma: Riskli gruplar belirlenmelidir. Bu gruplar şunlardır:

- a- Kadında daha önceden geçirilmiş depresyon atağı öyküsü olması,
- b- Sosyo-ekonomik olarak yoksulluk sınırında olma,
- c- Aile ve eşten alınan zayıf destek,

- d- Eşten ayrılmış olma yada eşin ölmüş olması,
- e- Planlanmamış gebelikler.

Gebelikte depresyon, preeklamsi, gestasyonel diyabet gibi risk faktörü olarak düşünülmelidir. Gebelik, bakım girişimleri için olduğu kadar genel sağlık değerlendirmesi içinde bir fırsat sağlar.

6.2. Sekonder Korunma:

- a- Tekrarlayan ev ziyaretleri ile kadına etkili baş etme mekanizmaları öğretilmeli, destek sistemleri geliştirilmelidir,
- b- Depresyonun altındaki neden aranmalı,
- c- Gebe kadın intihar edebilir yada sigara, alkol, madde bağımlılığı gibi yanlış baş etme yollarına girebilir. Kadın bu yönlerden takip edilmelidir,
- d- Preterm eylem, düşük doğum ağırlıklı bebek belirtileri izlenir,
- e- Fetusun kalp atım sesleri dinlenir.

6.3. Tersiyer Koruma:

- a- Kadının güçlü yönlerini geliştirmesine, kendine hedef geliştirmesine olanak sağlama,
- b- Etkili anne-bebek ilişkisini başlatmada anneye yardımcı olma,
- c- Anneyi bebek bakımı, postpartum aile planlaması vb konularda eğitme,
- d- Kadını yardım alacağı kuruluşlara yönlendirme,
- e- İstenmeyen gebelikleri önleme,

f- Kadına ve eşine psikolojik danışmanlık hizmetlerinin sunulması.

7. ÇALIŞMANIN AMACI

Bu çalışma Elazığ il merkezinde yaşayan gebe kadınların;

- Depresif semptom prevalansının değerlendirilmesi,
 - Depresif semptom prevalansını etkileyen faktörlerin belirlenmesi
- amacı ile yapılmıştır.

8. GEREÇ VE YÖNTEM

Elazığ İl Sağlık Müdürlüğü'nden toplam gebe sayısı öğrenilmiş buna göre Elazığ il merkezinde yaşamakta olan toplam 4855 gebe araştırmanın evrenini oluşturmuştur.

$$n = \frac{Nt^2 pq}{d^2 (N - 1) + t^2 pq}$$

N: Evrendeki birey sayısı (4855),

n: Örneklem alınacak birey sayısı,

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (%10),

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (%90),

t: Belirli serbestlik derecesinden ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer (2.59),

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen $\pm$ sapma (0.05),

$$n = \frac{4855(2.59)^2 (0.10 \times 0.90)}{(0.05)^2 (4854) + (2.59)^2 (0.10 \times 0.90)} = 231$$

Formülü ile saptanan 240 kişi ise örneklemine oluşturmuştur (50).

Araştırma; Elazığ ilinde bulunan 18 sağlık ocağı bölgesinden rastgele yöntemle seçilen 4 sağlık ocağı bölgesinde yürütülmüş, sağlık ocağı bölgelerinde gebe fişleri üst üste koyularak rastgele sayılar tablosu denekler seçilerek ev ziyaretleri ile anket formu uygulanmıştır. Araştırmaya 2003-2004 eğitim yılının bahar döneminde başlanmış, Rüstempaşa Sağlık Ocağı, Yeni Mahalle Sağlık Ocağı, Balakgazi Sağlık Ocağı ve Kültür Sağlık Ocağı olmak üzere dört bölgede yapılmıştır.

Veriler, daha önceden hazırlanmış ve genelde çoktan seçmeli sorulardan oluşan bir anket formu ile toplanmıştır.

Anket Formunda; demografik bilgileri içeren Kişisel Bilgi Formu ile Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu (Ek 1); gebe kadınların yaşı, medeni durumu, eğitim düzeyi, çalışma durumu, mesleği, eşinin yaşı, eşinin mesleği, sosyo-ekonomik düzeyi, sosyal güvenceye sahip olma durumu, evlilik yaşı, hamilelik sayısı, canlı doğum sayısı, düşük yapma durumu, ölü doğum yapma durumu, infertilite tedavisi görme, kronik hastalığı olma, çocuk sayısı ve cinsiyetleri, gebelik haftası, gebelikte yaşanan problemler, gebeliğin istemli olup olmadığı, doğumdan sonra bebeğin bakımına yardım edecek kimse olma durumu, gebelikte şiddete maruz kalma, sigara içme durumu, alkol kullanma durumu, gebelikte kontrole gitme, günlük hayatta karşılaştığı sorunları kiminle konuştuğu ile ilgili hazırlanmış kırk sorudan oluşmaktadır. Sosyo ekonomik düzey oluşturulurken; yüksekokul mezunu olupta, kişi başına aylık geliri 500 milyon ve üzeri olanlar üst sosyo ekonomik düzey, kişi başına aylık geliri 499-151 milyon arası olupta, lise ve altı eğitim düzeyinde olanlar orta sosyo ekonomik düzey, kişi başına aylık geliri 150 milyon altında olupta, eğitim düzeyi lise ve altında olanlar alt sosyo ekonomik düzey olarak kabul edilmiştir.

Beck Depresyon Ölçeği; Beck tarafından geliştirilmiştir. Ölçek depresyonda görülen belirtileri içerecek biçimde düzenlenmiştir. Ölçek 21 belirti kategorisinden oluşmuştur. Bunlar duygu durum, karamsarlık, başarısızlık duygusu, doyumsuzluk, suçluluk duygusu, kendinden hoşnutsuzluk, kendini suçlama, intihar istekleri, ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyal geri çekilme, kararsızlık, beden imgesinin çarpıtılması,

alışabilirliğin ketlenmesi, uyku bozuklukları, yorgunluk-bitkinlik,iştah azalması,kilo kaybı, somatik yakınmalar,cinsel dürtü kaybı, cezalandırılma duyumudur (Ek 2).

Her belirti kategorisi dört kendini değerlendirme maddesinden oluşmuştur. Bu maddeler 0,1,2,3 olmak üzere 0-3 arası puan almaktadır. Ölçekte alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Ölçekte kesim noktası 17'dir. Beck,depresyon için ölçek puanlarına göre şu sınıflandırmayı yapmıştır:

0-9 puan : Depresif semptom yok,

10-16 puan : Hafif derecede depresif semptom,

17-24 puan : Orta derecede depresif semptom,

25 ve üzeri puan : Ciddi depresif semptom,

Beck depresif semptomlar leği, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları 1980'de Buket Teğin tarafından yapılmıştır (39).

Verilerin değerlendirilmesinde bilgisayar ortamında SPSS programı kullanılmış, verilerin hata kontrolleri yapılmış, önemlilik testi olarak ki-kare, t testi, varyans analizi kullanılmıştır.

9. BULGULAR

A-Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Bazı Demografik Özellikleri

Tablo 3: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Yaş Grupları	Sayı	%
16-19 yaş	17	7.1
20-34 yaş	199	82.9
35 yaş ve üzeri	24	10.0
Toplam	240	100

Çalışmaya alınan gebe kadınların yaş ortalaması 26.78 ± 5.52 'dir. Kadınların yaş gruplarına göre dağılımlarına bakıldığında %7.1'inin adölesan dönemde olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Tablo 4: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Eşlerinin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Eş Yaşı	Sayı	%
25 ve altı	36	15.0
26-35	149	62.1
36-44	51	21.3
45 ve üzeri	4	1.7
Toplam	240	100

Çalışmaya alınan gebe kadınların eşlerinin yaş ortalaması 31.37 ± 6.21 'dir. Gebe kadınların eşlerinin yaş dağılımı Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 5: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı

Eğitim Düzeyi	Sayı	%
Okur-yazar değil	28	11.7
Okur-yazar	9	3.8
İlkokul mezunu	88	36.7
Ortaokul mezunu	30	12.5
Lise mezunu	52	21.7
Üniversite mezunu	33	13.8
Toplam	240	100

Çalışmaya alınan gebe kadınların %11.7'si okur-yazar değil, %3.8'i herhangi bir okul bitirmemiş olup sadece okur-yazardır. Kadınların %36.7'si ilkokul mezunudur (Tablo 5).

Tablo 6: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Eşlerinin Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı

Eş Eğitim Düzeyi	Sayı	%
Okur-yazar değil	5	2.1
Okur-yazar	9	3.8
İlkokul mezunu	43	17.9
Ortaokul mezunu	48	20.0
Lise mezunu	88	36.7
Üniversite mezunu	47	19.6
Toplam	240	100

Çalışmaya alınan gebe kadınların eşlerinin %2.1'i okur-yazar değildir. Gebe kadınların eşlerinin %3.8'i okul bitirmemiş olup sadece okur-yazar, %17.9'u ilkokul mezunudur (Tablo 6).

Tablo 7: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Mesleklerine Göre Dağılımı

Mesleği	Sayı	%
Üst Düzey Memur	20	71.4
Memur	7	25.0
Kadrosuz işçi	1	3.6
Toplam	28	100

Çalışmaya alınan gebe kadınların %11.7'si gelir getirici bir işte çalışmaktadır. Gebe kadınların çalıştıkları mesleklere göre dağılımları Tablo 7'de verilmiştir.

Tablo 8: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Eşlerinin Mesleklerine Göre Dağılımı

Eş Mesleği	Sayı	%
Üst düzey memur	38	15.8
Memur	30	12.5
Serbest Meslek	124	51.7
Kadrolu işçi	30	12.5
Kadrosuz işçi	18	7.5
Toplam	240	100

Çalışmaya alınan gebe kadınların eşlerinin %15.8'i üst düzey memur, %12.5'i memur olarak çalışmaktadır. Eşlerin %51.7'si serbest olarak çalışmaktadır (Tablo 8).

Tablo 9: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Sosyo-ekonomik Durumlarına Göre Dağılımı

Sosyo-ekonomik Durum*	Sayı	%
Düşük Düzey	196	81.7
Orta Düzey	30	12.5
Yüksek Düzey	14	5.8
Toplam	240	100

*Sosyo ekonomik düzey oluşturulurken; yüksekokul mezunu olupta, kişi başına aylık geliri 500 milyon ve üzeri olanlar üst sosyo ekonomik

düzey, kişi başına aylık geliri 499-151 milyon arası olupta, lise ve altı eğitim düzeyinde olanlar orta sosyo ekonomik düzey, kişi başına aylık geliri 150 milyon altında olupta, eğitim düzeyi lise ve altında olanlar alt sosyo ekonomik düzey olarak kabul edilmiştir.

Çalışmaya alınan gebe kadınların ortalama aylık gelirleri 591.23±408.14 YTL'dir. Ailedeki kişi sayısı 3.50±1.50, kişi başına düşen aylık gelir düzeyi ise 205.28±182.11 YTL'dir. Gebe kadınların sosyo-ekonomik düzeylerine göre dağılımları Tablo 9'da verilmiştir.

Tablo 10: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Sahip Oldukları Sosyal Güvencelerin İsimlerine Göre Dağılımı

Sosyal Güvencenin Adı	Sayı	%
Sosyal Sigortalar Kurumu	69	31.8
Yeşilkart	61	28.1
Emekli Sandığı	57	26.3
Bağkur	30	13.8
Toplam	217	100

Çalışmaya alınan gebe kadınların sosyal güvenceye sahip olma oranı %90.4'tür. Gebe kadınların %31.8'inin sosyal güvencesi Sosyal Sigortalar Kurumu'dur (Tablo 10).

Tablo 11: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Evlenme Yaşlarına Göre Dağılımı

Evlenme Yaşı	Sayı	%
18 ve altı	70	29.2
19-24	133	55.4
25 ve üzeri	37	15.4
Toplam	240	100

Çalışmaya alınan gebe kadınların evlenme yaşları 20.97 ± 4.34 'tür.

On sekiz yaş ve altında evlenenlerin oranı %29.2'dir (Tablo 11).

Tablo 12: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Sigara Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı

Sigara Kullanma Durumu	Sayı	%
Kullanan	22	9.2
Kullanmayan	203	84.6
Gebelik döneminde bırakan	15	6.3
Toplam	240	100

Çalışmaya alınan gebe kadınların %6.3'ü gebelik döneminde sigarayı bırakmıştır (Tablo 12). Sigara içen gebe kadınların %81.8'i günde 1-5, %18.1'i beşten fazla sigara içmektedir. Alkol kullanan gebeye rastlanmamıştır.

Tablo 13: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Sorunlarını Paylaştıkları Kişilere Göre Dağılımı

Paylaşılan Kişi	Sayı	%
Eş	172	71,7
Anne	25	10,4
Arkadaş	24	10,0
Diğer (Kayınvalide, kardeş)	19	7,9
Toplam	240	100

Çalışmaya alınan gebe kadınların %71.7'si günlük hayatta karşılaştıkları sorunları eşleri ile paylaşmaktadır. Sorunlarını anneleri ile paylaşan kadınların oranı %10.4'tür (Tablo13) .

Tablo 14: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Sosyoekonomik Düzeyine Göre Sigara İçme Durumunun Dağılımı

Sigara İçme Durumu	Sosyoekonomik düzey				Toplam	
	Düşük düzey		Orta ve yüksek düzey			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İçen	14	7.1	8	18.2	22	9.2
İçmeyen	168	85.7	35	79.5	203	84.6
Gebeliğinde bırakan	14	7.1	1	2.3	15	6.3
Toplam	196	100	44	100	240	100

$$X^2= 6.302 \quad Sd= 2 \quad P= 0.043$$

Çalışmaya alınan ve sigara içen gebe kadınların %7.1'i düşük sosyo-ekonomik düzeye, %18.2'si orta ve yüksek sosyo-ekonomik düzeye sahiptir (Tablo 14) .

Tablo 15: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Kronik Hastalığa Sahip Olma ve Sahip Oldukları Kronik Hastalıklara Göre Dağılımı

Hastalığın Adı	Sayı	%
Hipertansiyon	4	28.6
Diyabetes Mellitus	3	21.4
Böbrek Hastalıkları	3	21.4
Guatr	2	14.3
Astım-epilepsi	2	14.3
Toplam	14	100

Çalışmaya alınan gebe kadınların %5.8'inin herhangi bir kronik hastalığı vardır. Gebe kadınların sahip oldukları kronik hastalıklara göre dağılımları Tablo 15'te verilmiştir.

B- Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Gebelik ve Doğumla İlgili Özellikleri

Tablo 16: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Gebelik Sayıları ve Yaşayan Çocuk Sayılarına Göre Dağılımı

Değişkenler (n=240)	Sayı	%
Gebelik Sayısı		
Primipar	88	36.7
Multipar	152	63.3
Yaşayan Çocuk Sayısı		
0	101	42.1
1	74	30.8
2 ve üzeri	65	27.1

Çalışmaya alınan gebe kadınların %36.7'si primipardır. Gebe kadınların %42.1'inin yaşayan çocukları yoktur (Tablo 16) .

Tablo 17: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Bazı Doğurganlık Özellikleri

Doğurganlık Özellikleri	Ort.	SD	Min.	Max.
Gebelik Sayısı	2.38	1.61	1	11
Canlı Doğum Sayısı	1.79	1.14	1	7
Yaşayan Çocuk Sayısı	1.78	1.13	1	7
Yaşayan Kız Çocuk Sayısı	1.39	0.69	1	4
Yaşayan Erkek Çocuk Sayısı	1.25	0.55	1	3
Düşük Sayısı	1.28	0.57	1	4
Ölü Doğum Sayısı	1.55	1.04	1	4
Gebeliğindeki kontrol sayısı	3.63	2.29	1	12

Çalışmaya alınan gebe kadınların %20.8'inin geçmiş yaşantısında düşük hikayesi, %7.2'sinin ölü doğum hikayesi vardır. İnfertilite tedavisi gören kadınların oranı ise %3.3'tür. Çalışmaya alınan gebe kadınların bazı doğurganlık özellikleri Tablo 17' de verilmiştir.

Tablo 18: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Gebelik Haftalarına Göre Dağılımı

Gebelik Haftası	Sayı	%
12 hafta ve altı	48	20.0
13-24 hafta arası	56	23.3
25 hafta ve üzeri	136	56.7
TOPLAM	240	100

Çalışmaya alınan gebe kadınların ortalama gebelik haftaları 24.71 ± 10.65 'tir. Kadınların gebelik haftalarına göre dağılımları Tablo 18'de verilmiştir.

Tablo 19: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Son Gebelik Aralıklarına Göre Dağılımı

Gebelik Aralığı	Sayı	%
2 yıl ve altı	137	57.1
3-6 yıl	75	31.3
7 yıl ve üzeri	28	11.7
Toplam	240	100

Çalışmaya alınan gebe kadınların son gebelik aralıkları 4.49 ± 2.90 yıldır. Son gebelik aralıkları iki yıldan az olan kadınların oranı %57.1'dir (Tablo 19) .

Tablo 20: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Gebeliği Planlamalarına Göre Dağılımı

Planlı Gebelik	Sayı	%
Evet	179	74.6
Hayır	61	25.4
Toplam	240	100

Çalışmaya alınan gebe kadınların %74.6'sı gebeliğini planlarken, %25.4'ü planlamamıştır (Tablo 20).

Tablo 21: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Doğacak Bebeğin Bakımına Yardım Edecek Kişilere Göre Dağılımı

Bebeğin Bakımına Yardım Edecek Kişi	Sayı	%
Kayınvalide	58	44.6
Anne	42	32.3
Kardeş-görümce	20	15.4
Yardımcı kadın	10	7.7
Toplam	140	100

Çalışmaya alınan gebe kadınların %54.2'sinin doğacak bebeğin bakımına yardım edecek kişisi vardır. Bebeğin bakımına yardım edecek kişilerin dağılımı Tablo 21'de verilmiştir.

Tablo 22: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Mevcut Gebeliklerinde Yaşadıkları Sağlık Problemlerine Göre Dağılımları

Gebeliğinde Yaşanan Problemler*	Sayı	%
Bulantı-kusma	147	61,3
Depresyon	23	9,6
Vaginal kanama-düşük tehlikesi	21	8,8
Hipertansiyon	20	8,3
Aşırı kilo alma	16	6,7
Hipotansiyon-baş dönmesi	11	4,6
Hiperglisemi	9	3,8
Anemi	8	3,3

*** Birden fazla sorun yaşayan gebeler mevcuttur.**

Çalışmaya alınana gebe kadınların % 76.3'ü gebeliklerinde sağlık problemi yaşamıştır. Yaşanan sağlık problemlerine göre dağılımı Tablo 22'de verilmiştir.

Tablo 23: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Mevcut Gebeliklerinde Şiddete Uğramalarına Göre Dağılımı

Gebeliğinde Şiddete Uğrama	Sayı	%
Var	14	5.8
Yok	226	94.2
Toplam	240	100

Çalışmaya alınan gebe kadınların %5.8'i fiziksel şiddete uğramıştır (Tablo 23). Şiddete uğrayan kadınların %78.5'i şiddeti eşlerinden, %21.5'i ise kayınpeder yada kayınvalideden gördüklerini ifade etmişlerdir.

Tablo 24: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Gebeliklerinde Kontrole Gitmelerine Göre Dağılımı

Gebeliğinde Kontrole Gitme	Sayı	%
Evet	222	92,5
Hayır	18	7,5
Toplam	240	100

Çalışmaya alınan gebe kadınların %92.5'i gebeliklerinde kontrole gitmişlerdir. %7.5'i ise henüz doğum öncesi bakım almamıştır (Tablo 24).

Tablo 25: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Yaş Gruplarına Göre Gebeliklerini Planlama Durumlarının Dağılımı

Yaş Grupları	Planlama Durumu				Toplam	
	Planlayan		Planlamayan		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
20 ve altı	16	8,9	1	1,6	17	7,1
21-35 yaş	149	83,2	50	82,0	199	82,9
36 ve üzeri	14	7,8	10	16,4	24	10,0
Toplam	179	100	61	100	240	100

$$X^2= 6.774 \quad Sd= 2 \quad P= 0.034$$

Çalışmaya alınan gebeliklerini planlayan kadınların %8.9'u 20 yaş ve altında iken gebeliklerini planlamayan kadınların %1.6'sı 20 yaş ve altındadır.

C- Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Gebelikte Depresif Semptomlar Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerle İlgili Özellikleri

Tablo 26: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Depresif Belirtilerinin Derecesine Göre Dağılımı

Depresif Belirtilerin Derecesi	Sayı	%
Depresif belirti yok (0-9 puan)	72	30,0
Hafif düzeyde depresif belirti (10-16 puan)	81	33,8
Orta düzeyde depresif belirti (17-25 puan)	57	23,8
Şiddetli düzeyde depresif belirti (26 ve üzeri)	30	12,5
Toplam	240	100

Çalışmaya alınan gebe kadınların %30'unda depresif belirti yokken, %33.8'inde hafif düzeyde depresif belirti vardır (Tablo 26). BDÖ ortalamaları 14.97 ± 8.58 bulunmuştur.

Tablo 27: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Yaş Gruplarına Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Yaş Grupları	Beck Depresyon Ölçeği Puanı
	Ort. $\pm$ SD
16-19 yaş	17,71 $\pm$ 8,26
20-34 yaş	14,38 $\pm$ 8,11
35 yaş ve üzeri	17,92 $\pm$ 11,56

Varyans analizi ile $p= 0.06$

Çalışmaya alınan 16-19 yaş arasında ki gebelerin BDÖ puan ortalamaları $17,71 \pm 8,26$ iken 20-34 yaş arası gebe kadınların puan ortalamaları $14,38 \pm 8,11$ 'dir (Tablo 27).

Tablo 28: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Eğitim Düzeylerine Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Eğitim Düzeyleri	Beck Depresyon Ölçeği Puanı
	Ort. $\pm$ SD
Okur-yazar değil	20,93 $\pm$ 9,03
Okur-yazar	16,33 $\pm$ 6,54
İlkokul mezunu	15,77 $\pm$ 9,46
Ortaokul Mezunu	12,97 $\pm$ 7,85
Lise mezunu	12,69 $\pm$ 6,57
Üniversite mezunu	12,82 $\pm$ 7,22

Varyans analizi ile p değeri= 0.0001

Çalışmaya alınan okur-yazar olmayan gebe kadınların Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması $20,93 \pm 9,03$ iken okur-yazar olan gebe kadınların puan ortalaması $16,33 \pm 6,54$ bulunmuştur. Üniversite mezunu gebe kadınlarda ise ortalama $12,82 \pm 7,22$ bulunmuştur (Tablo 28).

Tablo 29: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Eşlerinin Eğitim Düzeylerine Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarını n Dağılımı

Eş Eğitim Düzeyleri	Beck Depresyon Ölçeği Puanı
	Ort.±SD
İlkokul mezunu	17,37±10,86
Ortaokul Mezunu	14,58±7,97
Lise mezunu	14,05±7,99
Üniversite mezunu	13,68±7,41

Varyans analizi ile p= 0.012

Eşleri okur-yazar olmayan gebe kadınların BDÖ puanları 26,40±7,57, eşi üniversite mezunu olan gebe kadınların BDÖ puanları 13,68±7,41'dir (Tablo 29).

Tablo 30: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Herhangi Gelir Getirici İşte Çalışma Durumlarına Göre Depresif Belirtilerin Varlığının Dağılımı

Çalışma Durumu	Depresif Belirti				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Çalışıyor	19	67,9	9	32,1	28	100
Çalışmıyor	134	63,2	78	36,8	212	100
Toplam	153	63,8	87	36,3	240	100

$$X^2 = 0,571 \quad Sd=1 \quad P= 0,450$$

Çalışmaya alınan gelir getirici bir işte çalışan gebe kadınların %67.9'unda depresif belirtiler görülürken, %32.1'inde depresif belirtiler görülmemektedir (Tablo 30).

Tablo 31: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Sosyo-Ekonomik Düzeylerine Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Sosyo-ekonomik Durum	Beck Depresyon Ölçeği Puanı
	Ort. $\pm$ SD
Üst Sosyo-Ekonomik Düzey	15,34 $\pm$ 8,52
Orta Sosyo-Ekonomik Düzey	11,83 $\pm$ 6,13
Alt Sosyo-Ekonomik Düzey	16,57 $\pm$ 12,40

Varyans analizi ile $p= 0.088$

Üst sosyo-ekonomik düzeydeki gebe kadınların Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması $16,57 \pm 12,40$, orta sosyo-ekonomik düzeydeki gebe kadınların puanları $11,83 \pm 6,13$ 'tür (Tablo 31).

Tablo 32: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Sigara İçme Durumlarına Göre Depresif Belirtilerin Varlığının Dağılımı

Sigara İçme Durumu	Depresif Belirti				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İçiyor	11	50.0	11	50.0	22	100
İçmiyor	133	65.5	70	34.5	203	100
Gebeliğinde bırakmış	9	60.0	6	40.0	15	100
Toplam	153	63.8	87	36,3	240	100
$X^2= 2.165$ Sd=2 P= 0,339						

Sigara içmeyen gebe kadınların %65.5'inde depresif belirtiler görülürken, %34.5'inde depresif belirtiler görülmemektedir. Gebelik döneminde sigara içmeyi bırakan gebe kadınların %60.0'ında depresif belirti görülmüştür (Tablo 32).

Tablo 33: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Günlük Hayatta Karşılaştıkları Sorunlarını Konuştukları Kişilere Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Sorunları	Beck Depresyon Ölçeği Puanı
Konuştukları Kişiler	Ort. $\pm$ SD
Eş	14,31 $\pm$ 8,76
Anne	17,08 $\pm$ 8,65
Arkadaş	12,57 $\pm$ 6,33
Akraba	21,37 $\pm$ 10,53

Varyans analizi ile $p= 0.000$

Günlük hayatta karşılaştıkları sorunlarını eşleri ile konuşan gebe kadınların BDÖ puanları 14,31 $\pm$ 8,76, akrabaları ile konuşanların puanları 21,37 $\pm$ 10,53'tür (Tablo 33).

Tablo 34: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Kronik Hastalığa Sahip Olmalarına Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Kronik Hastalığa	Beck Depresyon Ölçeği Puanı
Sahip Olma	Ort. $\pm$ SD
Evet	17,00 $\pm$ 13,84
Hayır	14,85 $\pm$ 8,18

T testi ile $p= 0.363$

Kronik hastalığı olan gebe kadınların Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 17,00 $\pm$ 13,84 iken, kronik hastalığa sahip olmayan gebelerin 14,85 $\pm$ 8,18 bulunmuştur (Tablo 34).

Tablo 35: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Mevcut Gebeliklerinin Sırasına Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Gebelik Sayısı	Beck Depresyon Ölçeği Puanı
	Ort. $\pm$ SD
Birinci Gebelik	13,51 $\pm$ 8,51
İki ve üzeri gebelik	15,82 $\pm$ 8,54

T testi ile $p= 0.045$

İlk gebeliği olan kadınların Beck Depresyon Ölçeği Depresyon puan ortalaması 13,51 $\pm$ 8,51 iken ikinci ve üzeri gebeliği olanların puanları 15.82 $\pm$ 8,54 bulunmuştur (Tablo 35).

Tablo 36: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Gebeliklerinde Bazı Doğurganlık Özelliklerine Göre Depresif Belirtilerin Varlığının Dağılımı (n=240)

Doğurganlık Özellikleri	Depresif Belirti						P değeri
	Var		Yok		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Ölü doğum hikayesi	4	36.4	7	63.6	11	100	P=0.078
Düşük hikayesi	35	70.0	15	30.0	50	100	P=0.193
İnfertilite hikayesi	6	75.0	2	25.0	8	100	P=0.396

Çalışmaya alınan ölü doğum hikayesi olan gebe kadınların %36.4'ünde, düşük hikayesi olan gebe kadınların %70.0'inde depresif belirtiler görüldüğü saptanmıştır (Tablo 36).

Tablo 37: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Gebelik Haftalarına Göre Depresif Belirtilerin Varlığının Dağılımı

Gebelik Haftası	Beck Depresyon Ölçeği Puanı
	Ort. $\pm$ SD
12 hafta ve altı	14,90 $\pm$ 8,23
13-24 hafta arası	15,39 $\pm$ 10,09
25 hafta ve üzeri	14,82 $\pm$ 8,08

Varyans analizi ile $p=0.195$

Gebelik süresi 12 hafta ve altı olan gebelerin BDÖ puanları 14,90 $\pm$ 8,23, 13-24 hafta arası olan gebelerin 15,39 $\pm$ 10,09, 25 hafta ve üzeri gebelerin 14,82 $\pm$ 8,08 bulunmuştur (Tablo 37, $p>0.05$).

Tablo 38: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Son Gebelik Aralıklarına Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Gebelik Aralıkları	Beck Depresyon Ölçeği Puanı
	Ort. $\pm$ SD
İki yıl ve altı	14,31 $\pm$ 8,76
Üç ile altı yıl arası	17,08 $\pm$ 8,65
Yedi yıl ve üzeri	12,57 $\pm$ 6,33

Varyans analizi ile $p= 0.022$

Son gebelik aralığı iki yıl ve altı olan gebe kadınların BDÖ puan ortalaması $14,31 \pm 8,76$, üç yıl altı yıl arası olan gebe kadınların puan ortalaması $17,08 \pm 8,65$ 'tir (Tablo 38).

Tablo 39: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Bu Gebeliklerini Planlamalarına Durumlarına Göre Depresif Belirtilerin Dağılımı

Planlı Gebelik	Beck Depresyon Ölçeği Puanı
	Ort. $\pm$ SD
Evet	$14,55 \pm 8,68$
Hayır	$16,20 \pm 8,24$

T testi ile $p= 0.197$

Mevcut gebeliklerini planlayan kadınların BDÖ puanı $14,55 \pm 8,68$, gebeliklerini planlamayan kadınların BDÖ puanı $16,20 \pm 8,24$ 'tür (Tablo 39).

Tablo 40: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Doğacak Bebeklerinin Bakımına Yardım Edecek Kişi Olmasına Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Bebeğin Bakımına	Beck Depresyon Ölçeği Puanı
Yardım Edecek Kişi	Ort. $\pm$ SD
Var	$14,31 \pm 8,57$
Yok	$15,75 \pm 8,57$

T testi ile $p= 0.194$

Doğacak bebeklerinin bakımına yardım edecek birileri olan gebe kadınların BDÖ puanları $14,31 \pm 8,57$ iken, bebeğin bakımına yardım

edecek birilerinin olmadığı gebelerde BDÖ puanı $15,75 \pm 8,57$ bulunmuştur (Tablo 40).

Tablo 41: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Mevcut Gebeliklerinde Sağlık Sorunu Yaşamalarına Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Gebelikte Sorun	Beck Depresyon Ölçeği Puanı
Yaşama	Ort. $\pm$ SD
Yaşayan	$15,70 \pm 8,65$
Yaşamayan	$12,61 \pm 7,99$

T testi ile $p= 0.017$

Gebeliğinde sağlık sorunu yaşayan gebelerin BDÖ puan ortalaması $15,70 \pm 8,65$, gebeliğinde sağlık sorunu yaşamayan gebelerin puan ortalaması $12,61 \pm 7,99$ bulunmuştur (Tablo 41).

Tablo 42: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Mevcut Gebeliklerinde Şiddete Uğramalarına Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Gebeliğinde Şiddete	Beck Depresyon Ölçeği Puanı
Uğrama	Ort. $\pm$ SD
Var	$17,86 \pm 9,57$
Yok	$14,79 \pm 8,51$

T testi ile $p= 0.195$

Mevcut gebeliklerinde şiddete uğrayan gebe kadınların BDÖ puanları $17,86 \pm 9,57$, şiddete uğramayan gebe kadınların puanları $14,79 \pm 8,51$ 'dir (Tablo 42).

Tablo 43: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Gebeliklerinde Kontrole Gitmelerine Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Gebeliğinde	Beck Depresyon Ölçeği Puanı
Kontrole Gitme	Ort. $\pm$ SD
Evet	$14,59 \pm 8,48$
Hayır	$19,67 \pm 8,73$

T testi ile $p= 0.015$

Gebeliğinde kontrole giden gebe kadınların BDÖ puanları $14,59 \pm 8,48$, gebeliğinde kontrole gitmeyen gebe kadınların BDÖ puanları $19,67 \pm 8,73$ bulunmuştur (Tablo43).

Tablo 44: Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Gebeliklerinde Yaşadıkları Sağlık Problemlerine Göre Depresif Belirtilerin Varlığının Dağılımı (n=240)

Depresif Belirti							
Yaşanan	Var		Yok		Toplam		P değeri
Problemler	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Bulantı- kusma	94	63,9	53	36,1	147	100	P=0.522
Aşırı Kilo Alma	10	62,5	6	37,5	16	100	P=0.555
Hipertansiyon	13	65,0	7	35,0	20	100	P=0.556
Depresyon	9	39,1	14	60,9	23	100	P=0.010
Hiperglisemi	7	77,8	2	22,2	9	100	P=0.372
Anemi	6	75,0	2	25,0	8	100	P=0.396
Hipotansiyon- baş dönmesi	7	63,6	4	36,4	11	100	P=0.612
Vaginal kanama – düşük tehlikesi	11	52,4	10	47,6	21	100	P=0.184

Mevcut gebeliklerinde bulantı-kusma problemi yaşayan gebe kadınların %63.9'unda, aşırı kilo alan gebelerin %62.5'inde, gebeliklerinde depresyon yaşayan kadınların %39.1'inde depresif belirtiler görülmüştür (Tablo 44).

10. TARTIŞMA

10.1. Demografik Özellikler

Çalışmaya alınan gebe kadınların yaş ortalamaları 26.78 ± 5.52 'dir. Yanikkerem ve arkadaşlarının gebe kadınların depresif belirtilerini inceledikleri çalışmada yaş ortalamalarını 25.37 ± 4.69 bulmuşlardır (56). 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçlarına göre doğurganlığın yaş dağılımına bakıldığında kadınların ortalama 25 yaşında bir çocuğa, 30 yaşında iki çocuğa sahip oldukları görülmüştür (54). Tiffany ve arkadaşları Amerika'da ikinci trimesterde olan gebe kadınlarda depresyonu araştırdıkları çalışmada yaş ortalamalarını 25.8 bulmuşlardır (25). Felice ve arkadaşları 2003 yılında 240 Maltalı gebe kadınla yaptıkları çalışmada yaş ortalamalarını 27.1 bulmuştur (23). Gebe kadınların orta yaş döneminde olması anne ve çocuk sağlığı açısından sevindiricidir.

Çalışmaya alınan gebe kadınların %7.1'i adölosan gebelerden oluşmaktadır (Tablo 3). 2003 TNSA sonuçlarına göre 15-19 yaş grubundaki kadınların %8'inin doğurganlık davranışına başladığı bulunmuştur. Doğu Anadolu Bölgesi'nde bu oran %9'dur (54). İlimizde bu oranın daha düşük çıkmasına rağmen adölosan gebeliklerin önüne geçilmesi gerekmektedir. Adölosan anne ve çocukların yüksek derecede hastalık ve ölüm riski taşımaları nedeni ile adölosan doğurganlık önemli bir halk sağlığı problemidir. Adölosan dönemde anne olmanın eğitime devam edememe gibi sosyal sonuçları da bulunmaktadır. Casanueva ve arkadaşları Mexico City eğitim hastanesinde prenatal bakım kursuna katılan gebelerle yaptıkları çalışmada adölosan gebelerin hamile

kalmadan önce öğrenci olduklarına ve hamile kalmaları sebebi ile okulu bıraktıklarına dikkati çekmiştir (14).

Çalışmaya alınan gebe kadınların %11.7'si okur-yazar değil, %3.8'i okur-yazardır (Tablo 5). Yanikkerem ve arkadaşları gebe kadınlarda yaptıkları çalışmada %59.4'ünün ilköğretim ve altı eğitim alması çalışmamız bulguları ile benzerdir (56). Ülkece yapılan çalışmalara rağmen kadınlarda okuma yazma oranının hala düşük olduğu görülmektedir.

Çalışmaya alınan gebe kadınların %11.7'si gelir getirici bir işte çalışmaktadır. Yanikkerem'in çalışmasında ise kadınların %16.3'ünün gelir getirici bir işte çalıştığı bulunmuştur (56).

Çalışmaya alınan gebe kadınların %81.7'sinin sosyo-ekonomik düzeyi alt seviyededir (Tablo 9). Yanikkerem ve arkadaşları gebe kadınların %56.9'unun gelirlerinin giderlerine eşit olduğunu bulmuşlardır (56). Aradaki farklılık sosyoekonomik düzeyi değerlendirme kriterlerinin değişik olmasından kaynaklanabilir.

Çalışmaya alınan gebe kadınların evlenme yaşları 20.97 ± 4.34 'tür. On sekiz yaş ve altında evlenenlerin oranı %29.2'dir (Tablo 11). 2003 TNSA sonuçları göre Doğu ve Orta Anadolu Bölgeleri'nde yaşayan kadınların en erken evlenen, güney bölgesinde yaşayan kadınların ise en geç evlenen kadınlar olduğuna işaret etmektedir. Doğu Anadolu'da evlenme yaşı 19, güney bölgede ise 20.7'dir (54). Adölosan yaşta evlenme doğumların neredeyse hepsinin evlilik içinde meydana geldiği ülkemizde doğurganlık sürecinin başlaması demektir.

Çalışmaya alınan gebe kadınların %9.2'si sigara içmeye devam ettiklerini, %6.3'ü gebelik döneminde bıraktıklarını ifade etmişlerdir(Tablo 12). Gebe kadınların alkol kullanmaması da anne-çocuk sağlığı açısından iyi bir bulgudur. Benedict ve arkadaşlarının gebelerde yaptıkları çalışmasında %7 olan alkol kullanımının gebelik döneminde %1'e düştüğü görülmüştür (12). Gebelikte sağlığı koruyucu davranışlar artmasına rağmen istenen bu davranışların süreklilik kazanmasıdır. Yanikkerem ve arkadaşları Manisa ilinde gebelerde yaptıkları çalışmada gebelerin %21.3'ünün sigara kullandıklarını belirtmişlerdir (56). 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre gebelerin %20'si sigara içmektedir (54). İlimizde sigara içen gebe oranı Türkiye geneli ve Manisa iline göre daha azdır. Olumlu sayılacak bir noktada kadınların gebelikleri sırasında sigara içmeye ara vermeleri bazılarının tamamen bırakmalarıdır. Gebelikte sigara kullanımının anne sağlığı olduğu kadar bebek sağlığı için de riskleri vardır. Gebelikte sigara kullanımı plasenta previa, erken membran rüptürü, erken doğuma yol açabilmektedir. Sigara içenlerde gebeliğin düşükle sonuçlanması, ölü doğum, konjenital malformasyon, düşük doğum ağırlığı riski fazladır. Sigara içen annelerin bebekleri içmeyenlerden 200-250 gram düşük ağırlıkta doğmakta, anne sütleri azalmaktadır (5).

Çalışmaya alınan gebe kadınların %71.7'si günlük hayatta karşılaştıkları problemlerini eşleri ile konuşmaktadır (Tablo13). Yanikkerem ve arkadaşlarının çalışmasında gebelerin %56.3'ü eşleri ile uyumlu bir ilişkiye sahiplerdir. Aynı çalışmada gebelerin %11.3'ü kimseden destek almadıklarını belirtmiştir (56). Felice ve arkadaşlarının Maltalı gebe

kadınlarla yaptıkları çalışmada gebe kadınların %60'ı eşlerinin, %89'u annelerinin gebeliklerinde kendilerine faydalı destek sağladığını belirtmişlerdir (23).

Çalışmaya alınan sosyoekonomik düzeyi orta ve yüksek düzey olan gebe kadınların düşük sosyoekonomik düzeydeki gebe kadınlara göre sigara içme oranları fazladır(Tablo 14,p<0.05)). Bilir, sigara kullanımının kadın sağlığına etkileri ve kontrolü konulu çalışmasında sigara içme bakımından kadın ve erkeklerde farklılıklar olduğunu belirtmiştir. Erkeklerde sigara içme oranı gelir düzeyi ile ters orantılı iken, kadınlarda yüksek gelir düzeyinde sigara içme oranı fazladır (5). Kadınlarda ekonomik gücün fazla olması sigaraya ulaşma imkanını artırmaktadır.

10.2. Doğurganlık Özellikleri

Çalışmaya alınan gebe kadınların %20.8'inin geçmiş yaşantısında düşük hikayesi vardır ortalama canlı doğum sayıları 1.79 ± 1.14 'tür. 2003 TNSA sonuçlarına göre kadınların beşte birinin düşük hikayesi vardır ve doğurganlık çağını tamamlayan kadınların ortalama canlı doğum sayıları 3.5'tir (54). Aradaki fark çalışmanın yapıldığı yaş gruplarından kaynaklanmaktadır. Bizim çalışmamızdaki kadınlar henüz doğurganlık çağını tamamlamamıştır.

Çalışmaya alınan gebe kadınların %57.1'inin doğum aralığı iki yılın altındadır. 2003 TNSA sonuçlarına göre doğumların %27'si bir önceki doğumdan sonra iki yıl içinde gerçekleşmiştir. Bu oran Doğu Anadolu Bölgesi'nde ortalama yirmi dokuz aydır. Bir önceki doğumdan hemen

sonra (24 ay içinde) doğan çocuklar, doğum aralığı daha yüksek çocuklara göre daha fazla hastalık ve ölüm riski taşımaktadır. Kısa doğum aralıkları diğer çocukları da olumsuz etkilemekte annenin sağlığını kazanması için zaman tanımamaktadır (54). Annenin ilk doğumdan sonra uygun hormonal denge kurması ve beslenme yetersizliğinden kurtulması için zamana ihtiyacı vardır (38). Ayrıca anne bir önceki çocuğun emzirilmesi döneminde hamile kalmışsa daha önce doğan çocuğun emzirilme süresi kısalmaktadır (54). İlimizdeki doğum aralığının kısa olması eğitim eksikliği, sağlık kuruluşlarına başvurmada yetersizlik, çocuk sahibi olma isteği olabilir.

Çalışmaya alınan gebe kadınların gebeliklerini planlama oranları %76.4'tür (Tablo 20). Yanikkerem ve arkadaşları planlanan gebelik oranını %74.4 bulmuşlardır (25). 2003 TNSA göre bu oran %20'dir (54).

Çalışmaya alınana gebe kadınların %76.3'ü gebeliklerinde sağlık problemi yaşamıştır. Gebelerin %61.3'ünde bulantı kusma, %9,6'sında depresyon problemi görülmüştür (Tablo 22). Sevil ve Ekmekçi'nin 2000 yılında adölozan gebelerin benlik saygısını inceledikleri çalışmasında gebelerin %79'unun bulantı-kusma, %89'unun yorgunluk şikayeti yaşadıklarını belirtmişlerdir (44). Gebelikte yaşanan bu problemler antenatal bakımın önemini ortaya koymaktadır.

Çalışmaya alınan gebe kadınların gebeliklerinde kontrole gitme oranları %92.5'tir (Tablo 24). 2003 TNSA Doğu Anadolu Bölgesi'nde bu oranın %39 olduğunu bulmuştur (54). İlimizde doğum öncesi bakım alımının yüksek olması sevindiricidir. Bu farklılık anne yaşı veya doğum sırasından kaynaklanabilir. Erbaydar'ın beş ilde yoksul mahallelerde

doğum öncesi bakımın niteliğini araştırdığı çalışmada doğum öncesi bakım alma oranını %92.4 bulmuştur (22). Gebelerin antenatal bakımı almamaları düşük oranda da olsa üzücüdür. Çünkü annenin sağlığı dünyaya gelecek bebeğin sağlığı demektir. Antenatal bakım gebelikte ortaya çıkan komplikasyonları önleyerek veya erken dönemde fark edilmesini sağlayarak anne ve fetusun sağlıklı bir gebelik geçirmesini sağlar (35).

Çalışmaya alınan 35 yaş üzeri gebe kadınların gebeliklerini planlama oranlarının düştüğü görülmektedir (Tablo 25, $p<0.05$). Sonuçlarımız 2003 TNSA ile uyumludur (54). Kadınların yaşı ilerledikçe çiftlerin doğurganlıklarını kontrol etmeleri azalmaktadır. Bu azalma ileri yaşta kullanılabilecek aile planlaması yöntemleri ile ilgili yanlış veya eksik bilgilerden kaynaklanabilir.

10.3. Gebelerde Depresyon ve Etkileyen Faktörler

Çalışmaya alınan gebe kadınların Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamaları 14.97 ± 8.58 bulunmuştur. Yanıkkerem ve arkadaşlarının çalışmasında gebelerin BDÖ ortalamaları 14.52 ± 10.43 bulunmuştur (56). BDÖ ortalaması Altınay'ın çalışmasında ise 10 bulunmuştur (3). Lee ve arkadaşlarının Çinli gebe kadınlarda 2003 yılında Beck Depresyon Ölçeği kullanarak yaptıkları çalışmada ortalama değeri 7.5 bulmuşlardır. Aynı çalışmada ortalama değerin diğer çalışmalara göre düşük çıkmasını Çin inanışlarına bağlamışlardır (32). Sonuçlar bize gebelerin hafif depresif belirtiler yaşadığını göstermektedir.

Çalışmaya alınan gebe kadınların %63.8'inde depresif belirtiler yokken, %36.3'ünde depresif belirti görüldüğü bulunmuştur (BDÖ kesim noktası 17). Yanikkerem ve arkadaşları BDÖ kesim noktasını 17 aldıklarında üç gebeden birinde depresif belirtiler görüldüğünü bulmuşlardır (56). BDÖ kesim noktasının 14 alındığı bir başka çalışmada ise Zayas ve arkadaşları, gebelerin %51'inin depresif belirtiler gösterdiklerini bulmuşlardır (57). Aran, Zung Depresyon Skalası'nı kullanarak gebelerde depresyonu incelediği çalışmasında gebelerin %84'ünde en hafif-hafif, %16'sında orta-belirgin düzeyde depresyon görüldüğünü bulmuştur (10).

Çalışmaya alınan 16-19 yaş arasındaki gebelerin BDÖ puan ortalamaları $17,71 \pm 8,26$ iken, 20-34 yaş arası gebe kadınların puan ortalamaları $14,38 \pm 8,11$ 'dir (Tablo 27, $p > 0.05$). Aradaki fark anlamsız çıkmasına rağmen adölozan grupta BDÖ puanı daha yüksektir. Casanueva ve arkadaşlarının çalışmasında da adölozan gebeler depresyon testinden yüksek puanlar almışlardır (14). Adölozan gebeliklerde gestasyon süresince görülen depresif semptomlar kısa dönemde zayıf anne-bebek ilişkisine , uzun dönemde çocuğa yönelik şiddete yol açabilir. Bağımsızlık mücadelesi veren adölozanların, gebe kalmaları ile daha bağımlı hale gelmeleri puanın yüksek çıkmasının nedeni olabilir.

Çalışmaya alınan okur yazar olmayan gebe kadınların BDÖ puanları eğitim düzeyi ilkokul ve üzeri olan gebelerin puanlarından fazla

çıkmiştir (Tablo 28, $p < 0.05$). Sonuçlarımız Yanikkerem ve arkadaşlarının sonuçları ile benzerdir (56). Gotlip ve Whiffen'de 1989 yılında yılında gebelerde yaptıkları çalışmada depresif semptomlar gösteren kadınların daha az eğitilmiş olduklarını bulmuşlardır (3). Annenin eğitim seviyesinin düşüklüğü annede bebeğe yeterli bakım veremeyeceği ile ilgili endişelere ve güvensizliğe yol açabilir. Bu durum annede depresif semptomları artırabilir. Bu semptomlar bebeğin doğumundan sonra da annenin bebeğe ilgisizliğine yol açarak yenidoğanın sağlığını olumsuz etkileyebilir.

Çalışmaya alınan gebe kadınlardan eşlerinin eğitim seviyesi yükseldikçe BDÖ puan ortalamalarının azaldığı görülmektedir (Tablo 29, $p < 0.05$). Yanikkerem ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da benzer sonuç bulunmuştur (56). Eşin eğitim seviyesinin yükselmesi, anneye verilen sosyal desteği artırarak, annenin iş yükünü azaltarak depresif semptomları azaltabilir.

Çalışmaya alınan gebe kadınların gelir getirici bir işte çalışma durumlarının, depresif semptomların varlığını etkilemediği bulunmuştur (Tablo 30, $p > 0.05$). Altınay'ın çalışmasında da benzer sonuçlar bulunmuştur (3). Casanueva ve arkadaşları da gebe kadınlarda mesleğin depresif belirtileri etkilemediğini bulmuşlardır (14). Gelir getirici bir işte çalışma durumu gebenin iş yükünü artırarak depresyona yol açabileceği gibi, sosyal yaşantıyı, sosyal desteği artırarak depresyona yatkınlığı azaltabilir.

Çalışmaya alınan üst sosyoekonomik düzeydeki gebe kadınların BDÖ puanı 15.34 ± 8.52 , orta sosyoekonomik düzeydeki gebe kadınların

puanı ise 11.83 ± 6.13 bulunmuştur (Tablo 30, $p > 0.05$). Yanikkerem ve arkadaşları çalışmasında ailenin gelir durumu azaldıkça depresyon puanlarının arttığını bulmuşlardır (56). Kitamura ve arkadaşları da 1329 gebe ile Avusturalya'da yaptıkları çalışmada ailenin yıllık gelir düzeyi azaldıkça depresyonun arttığını bulmuşlardır (30). Altınay ise çalışmasında bizimle benzer sonuçlar bulmuştur (3). Sosyoekonomik durum ailelerin psikososyal, kültürel ve sağlık durumunu etkileyen önemli bir faktördür.

Sigara içmeyen gebe kadınların %65.5'inde depresif belirtiler görülürken, %34.5'inde depresif belirtiler görülmemektedir. Gebelik döneminde sigara içmeyi bırakan gebe kadınların %60.0'ında depresif belirti görülmüştür (Tablo 32, $p > 0.339$). Yanikkerem ve arkadaşlarının yaptıkları gebelerde yaptıkları çalışmasında da benzer sonuçlar bulunmuştur (56). Kişinin depresyonda olmasının, madde kullanma oranını artırması beklenirken gebelik durumunun annenin çocuğunun sağlığını korumak için bu maddelerden uzak durmasını sağladığı düşünülmektedir.

Günlük hayatta karşılaştıkları sorunlarını eşleri ile konuşan gebe kadınların BDÖ puanları $14,31 \pm 8,76$, akrabaları ile konuşanların puanları $21,37 \pm 10,53$ 'tür (Tablo 33, $p < 0.05$). Yanikkerem ve arkadaşları da eşleri ile uyumsuz olan ve gebeliklerinde kimseden destek görmeyen kadınların BDÖ puanlarını yüksek bulmuşlardır (56). Sorias çalışmasında önemli sorunlarını eşleri ile paylaşan, annelik rolü eşi tarafından onaylanan kadınların yeni rollerine daha kolay uyum sağladıklarını belirtmiştir (47). Kitamura çalışmasında gebeliğinde eşinden destek görmeyen gebelerde

depresyon oranını yüksek bulmuştur (30). Altınay ise eş desteğinin olmamasının yada yakın çevre ile iletişim zayıflığının depresyonda etkili olduğunu ileri sürmüştür (3). Toplumumuzda aile , akraba desteğinin güçlü olması, gebelerin doğru yönlendirilmesi ve desteklenmesi açısından önemlidir. Ancak çalışmamızda sosyal kaynakların her zaman destekleyici değil, stres artırıcı olduğunu görmekteyiz.

Kronik hastalığı olan gebe kadınların Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması $17,00 \pm 13,84$ iken, kronik hastalığa sahip olmayan gebelerin $14,85 \pm 8,18$ bulunmuştur (Tablo 34, $p > 0.05$). Aran, gestasyonel diyabetin gebelikte depresyona etkisini incelediği çalışmasında gestasyonel diyabetli gebelerde daha fazla depresyon görüldüğünü bulmuştur (10). Altınay'da çalışmasında kronik hastalığı olan gebelerin BDÖ puanını yüksek bulmuş, bunu gebeliğe değil kronik hastalığın varlığına bağlı olduğunu belirtmiştir (3). Bizim çalışmamızda kronik hastalığı olan gebelerde depresyonun anlamsız çıkması gebeliğin kadınları depresyondan koruyucu bir faktör olduğunu düşündürebilir. Çünkü, kronik hastalığa sahip gebeler fetusa zarar gelmemesi için sağlıklarına daha fazla dikkat edecek, öz bakımları yüksek olacaktır. Böylece hastalık kontrol altında tutulacak, depresyon görülme oranı azalacaktır.

İlk gebeliği olan kadınların Beck Depresyon Ölçeği puanları $13,51 \pm 8,51$ iken ikinci ve üzeri gebeliği olanların puanları $15.82 \pm 8,54$ bulunmuştur (Tablo 35, $p < 0.05$). Sonuçlarımız Yanikkerem ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma ile benzerdir (56). Gebelik sayısının fazla olması annenin evde iş yükünün artması demektir. Diğer çocukların bakımı

ile ilgilenme annede yenidoğana bakımda yetersizlik duygularına yol açarak depresif belirtileri artırabilir.

Çalışmaya alınan ölü doğum hikayesi olan gebe kadınların % 36.4'ünde, düşük hikayesi olan gebe kadınların % 70.0'inde depresif belirtiler görüldüğü saptanmıştır (Tablo 36). Yanikkerem ve arkadaşları geçmişinde düşük yapan gebe kadınların BDÖ puanların anlamlı olarak yüksek bulmuşlardır. Llwellyn çalışmasında daha önce gebelik ve doğumda geçirilen olumsuz deneyimlerin depresyonu artırabileceği ile ilgili bulgular saptamıştır (56). Daha önce yaşanan ölü doğum, düşük doğum gibi olaylar gebelerde tekrar aynı durumun yaşanacağı endişesini yaratarak duygu durumlarını bozabilir.

Gebelik süresi 12 hafta ve altı olan gebelerin BDÖ puanları $14,90 \pm 8,23$, 13-24 hafta arası olan gebelerin $15,39 \pm 10,09$, 25 hafta ve üzeri gebelerin $14,82 \pm 8,08$ bulunmuştur (Tablo 37, $p > 0.05$). Yanikkerem ve arkadaşlarının çalışmasında da gebelik haftasının depresif belirtilei etkilemediği bulunmuştur (56). Casanueva ve arkadaşlarının çalışmasında da 20. gestasyon haftasında depresif semptom oranı %30-40 bulunmuştur (38). Felice ve arkadaşları 18. gebelik haftasında depresyon prevalansını %15.5, üçüncü trimesterde %11.1 bulmuşlardır (23).

Mevcut gebeliklerini planlayan kadınların BDÖ puanı $14,55 \pm 8,68$, gebeliklerini planlamayan kadınların BDÖ puanı $16,20 \pm 8,24$ 'tür (Tablo 39, $p > 0.05$). Altınay'ın çalışmasında da gebeliğin planlanma durumunun depresif belirtilerin varlığını etkilemediği bulunmuştur (3). Casanueva ve arkadaşları da Çalışmalarında gebeliğin planlanma durumunun depresif

belirtileri etkilemediğini bulmuşlardır (14). Yanikkerem ve arkadaşları ise çalışmalarında gebeliğini planlamayan kadınlarda depresyon puanlarını anlamlı olarak daha yüksek bulmuşlardır (56). Bizim çalışmamızda anlamlı çıkmamasının nedeni gebelik gerçekleşikten sonra bebeğe duyulan sevgiden kaynaklanabilir.

Doğacak bebeklerinin bakımına yardım edecek birileri olan gebe kadınların BDÖ puanları $14,31 \pm 8,57$ iken, bebeğin bakımına yardım edecek birilerinin olmadığı gebelerde BDÖ puanı $15,75 \pm 8,57$ bulunmuştur (Tablo 40, $p > 0.05$). Altınay'ın çalışmasında da sonuçlar benzerdir (3).

Çalışmaya alınan şiddete uğrayan gebe kadınların BDÖ puanı $17,86 \pm 9,57$ iken, gebeliğinde şiddete uğramayan kadınların puanları $14,79 \pm 8,51$ bulunmuştur (Tablo 42, $p > 0.05$). Benedict ve arkadaşlarının 1998 yılında 357 gebe ile Amerika'da yaptıkları çalışmada, geçmiş hayatında cinsel şiddete uğrayan gebelerde depresyonun anlamlı olarak daha fazla görüldüğünü bulmuşlardır (12).

Gebeliğinde kontrole giden gebe kadınların BDÖ puanları $14,59 \pm 8,48$, gebeliğinde kontrole gitmeyen gebe kadınların BDÖ puanları $19,67 \pm 8,73$ bulunmuştur (Tablo 43, $p < 0.05$). Yanikkerem ve arkadaşları da gebeliğinde kontrole giden kadınların depresyon puanlarını anlamlı derecede düşük bulmuşlardır (56). Kontrole giderek annenin kendi sağlığı ve bebeğinin sağlığı ile ilgili bilgiler alması annede çocuğu ile ilgili endişelerin azalmasına yol açmaktadır.

11. SONUÇ

Çalışmamızda aşağıda belirtilen sonuçlar elde edilmiştir.

1-Çalışma kapsamına alınan gebe kadınların yaş ortalaması 26.78 ± 5.52 'dir. Gebelerin %7.1'i adölozan dönemdedir. Kadınların eşlerinin büyük çoğunluğunun yaşı orta yaş döneminde (62.1).

2- Çalışmaya alınan gebe kadınların %11.1'i okur-yazar değildir.

3- Çalışmaya alınan kadınların %11.7'si gelir getirici işte çalışmaktadır. Kadınların eşlerinin yaklaşık yarısı (51.7) serbest meslekle uğraşmaktadır.

4- Kadınların %81.7'si düşük gelir düzeyine sahiptir ve %90.4'ünün herhangi bir sağlık güvencesi vardır.

5- Kadınların %29.2'si adölozan dönemde evlenmiştir.

6- Çalışmaya alınan gebe kadınların %84.6'sı sigara kullanmamaktadır, %6.3'ü gebelik döneminde sigarayı bırakmıştır. Orta ve yüksek sosyo-ekonomik düzeyde sigara içme oranı fazladır.

7- Kadınların büyük çoğunluğu (%71.7) günlük hayatta karşılaştığı problemleri eşleri ile paylaşmaktadır.

8- Gebe kadınların %36.7'si primipardır, %42.1'inin çocuğu yoktur.

9- Çalışmaya alınan gebe kadınların gebelik sayıları 2.38 ± 1.61 , canlı doğum sayıları 1.79 ± 1.14 , gebeliğindeki kontrol sayıları 3.63 ± 2.29 'dur.

10- Çalışmaya alınan kadınların %57.1'inin son gebelik aralığı iki yılın altındadır. %74.6'sı gebeliğini planlamıştır.

11- Çalışmaya alınan gebe kadınların %61.3'ü gebeliğinde bulantı-kusma, %9.6'sı depresyon, %8.8'i vaginal kanama-düşük problemini yaşamıştır.

12- Kadınların %5.8'i mevcut gebeliklerinde şiddete uğramışlardır.

13- Kadınların %92.5'i mevcut gebeliklerinde antenatal bakım almışlardır.

14- 20 yaş altı gebe kadınlarda gebeliğin planlanma oranı %8.9 iken, 36 yaş ve üzeri gebelerde %7.8'dir.

15- Çalışmaya alınan gebe kadınların Beck Depresyon Ölçeği puanı 14.97 ± 8.58 bulunmuştur.

16- 20-34 yaş grubundaki gebe kadınların BDÖ puanı (14.38 ± 8.11), 20 yaş altı ve 35 yaş üzeri gebelerden düşük çıkmıştır.

17- Okur yazar olmayan gebe kadınların BDÖ puanı (20.93 ± 9.03), ilkokul ve üzeri mezun gebe kadınlardan yüksek çıkmıştır.

18- Eşleri okur-yazar olmayan gebe kadınların BDÖ puanları okur-yazar , ilkokul ve üzeri mezunlardan yüksektir.

19- Gebe kadınların sosyo-ekonomik durumu ile BDÖ arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

20- Sigara kullanma durumu ile depresif belirtilerin görülmesi arasında anlamlılık bulunmamıştır.

21- Günlük hayatta karşılaştıkları sorunlarını eşleri ile paylaşan kadınların BDÖ puanı (14.31 ± 8.76), sorunlarını annesi, akrabası veya arkadaşları ile paylaşan kadınlardan anlamlı olarak düşüktür.

22- İlk gebeliği olan kadınların BDÖ puanı (13.51 ± 8.51), iki ve üzeri gebeliği olan kadınların puanından (15.82 ± 8.54) anlamlı olarak düşüktür.

23- Çalışmaya alınan gebe kadınların gebelik haftaları ile depresif belirti arasında ilişki bulunmamıştır.

24- gebelik aralığı iki yıl ve altı olan kadınların BDÖ puanı gebelik aralığı üç yıl ile altı yıl arasında olan kadınlardan anlamlı olarak düşüktür.

25- Gebeliğin planlanma durumu Beck Depresyon Ölçeği arasında anlamlılık yoktur.

26- Gebeliklerinde herhangi bir sağlık problemi yaşayan kadınların BDÖ puanı sorun yaşamayan gebelerden yüksek çıkmıştır.

27- Gebeliğinde kontrole giden kadınların BDÖ puanı gitmeyenlere göre anlamlı olarak düşüktür.

12. ÖNERİLER

Bu çalışmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda aşağıda belirtilen öneriler getirilebilir;

1- Adölosan gebelikler ana-çocuk sağlığına olan olumsuz etkilerinden dolayı önlenmelidir. Adölosanlara erken anne olmanın olumsuzlukları, kullanabilecekleri aile planlaması yöntemleri hakkında eğitimler verilmeli, broşürler dağıtılmalıdır.

2- Ülkemizdeki tüm kampanyalara rağmen kadınlarda okuma yazma oranının yetersiz olmasına bağlı kadınlara eğitimde öncelik tanınmalıdır. Okuma-yazma kampanyaları düzenlenebilir. Kadınların eğitimi ile adölosan gebelikler engellenecek, uzun vadede kadınların gelir getirici bir işte çalışma durumları artacaktır.

3- Sosyoekonomik durumun düşük olması annenin antenatal bakım almasını, gebelikler arası aralığı, çocuk sayısını olumsuz etkileyecektir. Kadınlara aileye ek gelir getirecek iş ortamlarının hazırlanması gerekmektedir.

4- Doğumların büyük çoğunluğunun evlilik içinde meydana geldiği ülkemizde adölosan yaşta evliliklerin önlenmesi için danışmanlık hizmetleri verilmelidir.

5- Gebelikte sigara kullanmanın anne ve bebeğin sağlığı açısından riskleri göz önüne alınarak anneye bu konuda danışmanlık yapılmalı, anne sigara içmiyorsa pasif içicilik önlenmelidir.

6- Gebelikler arası sürenin iki yılın altında olmasının olumsuz tarafları ile ilgili kadınlar eğitilmelidir. Geleneksel toplum yapısında olan ilimizde bu eğitimlerde toplumun ve ailenin önde gelenleri de eğitimin kapsamına alınmalıdır.

7- Planlı olmayan gebeliklerin anne çocuk sağlığına olumsuz etkileri ile ilgili anneler eğitilmeli, çiftlerin doğurganlıklarını kontrol etmeleri sağlanmalıdır. Çiftlerin aile planlaması ile ilgili bilgi eksiklikleri giderilmeli, yanlış bilgileri düzeltilmelidir.

8- Gebelikte şiddetin anneye ve fetusa zararlı etkileri vardır. Bununla ilgili risk grubunun belirlenmesi, gebe kadının ailesinin özellikle eşinin eğitimi, yasal uygulamalar ile şiddetin önlenmesi sağlanmalıdır.

9- Gebeliğinde depresif belirtileri gösteren gebe kadınlara bu problemlerle baş etme becerilerinin kazandırılması yada geliştirilmesi amacı ile psikiyatrik yardım ve danışmanlık verilmelidir.

10-Gebe kadınların gebelikleri sürsince ve doğumda dengelerini sürdürebilmeleri için yardıma ihtiyaçları vardır. Bu yardımı sağlayan sağlık personeli gebelikte oluşacak psikolojik ve fizyolojik değişikliklerle ilgili eğitilmelidir.

11- Gebenin ailesine ve özellikle eşine gebeliğin fizyolojik,psikolojik yönü ile ilgili eğitim verilmelidir.

12- Tüm gebelerin antenatal bakım alması sağlanmalı, antenatal bakım sistemleri topluma tanıtılmalı, kullanımı artırılmalıdır. Özellikle birinci basamak çalışanlarına bu konuda hizmetiçi eğitimler düzenlenmelidir.

13- Birinci basamak sağlık kurumlarına ruh sağlığı hizmetleri entegre edilmelidir. Bu gebelikte ve doğum sonunda yaşanan psikolojik rahatsızlıkların erken tanı ve tedavisini sağlamak açısından önemlidir. Birinci basamakta gebede depresyondan şüphelenen kişi kadını ayırıcı tanı için sevk ederek yönlendirmelidir.

14- Kadınlara ve eşlerine eğitim, destek, profesyonel yardım sağlamak amacı ile ulusal ve uluslar arası destek grupları kurulmalıdır.

15- Antanatal mental sağlık üniteleri kurulmalıdır.

13- KAYNAKLAR

- 1- Abrams SM, Field T, Scafidi F, Prodromidis M. (1995). Maternal Depression Effects on Infants Brazelton Scale Performance. Infant Mental Health Journal 16:231-235.
- 2-Akhan ES, Tecer A, Nadirgil G, Yüksel A. (2001). İstanbul'da Farklı Merkezlerde Uygulanan Antenatal Bakım Sistemi Üzerine İnceleme. Jinekoloji ve obstetrik Dergisi 15: 209-215.
- 3-Altınay S. (1999). Gebelikte Depresyon Prevelansı, Sosyodemografik Özellikler, Obstetrik Risk Faktörleri, Kaygı Düzeyi ve Sosyal Destek ile İlişkisi. Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi. Sağlık Bakanlığı Ankara Hastanesi.
- 4- Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, IV. Baskı (DSM IV). APA,Washington. Çeviren: Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği. Ankara. 1994.
- 5-Anonim.(2005). HacettepeÜniversitesi. Erişim: (www.huksam.hacettepe.edu.tr/sigara.htm). Erişim Tarihi: 10.11.2005.
- 6-Anonim. (2005). İstanbul Emniyet Müdürlüğü Resmi Sitesi. Erişim: (<http://www.iem.gov.tr>). Erişim Tarihi: 10.04.2005.
- 7-Anonim. (2005). The National Postnatal Depression Program. Erişim (<http://mchs.health.nsw.gov.au>). Erişim Tarihi: 10.11.2004.
- 8-Anonim. (2005). Türk Tabipler Birliği. Erişim: (<http://www.ttb.org.tr>). Erişim Tarihi:02.05.2005.
- 9-Anonim. (2005). World Health Organization. Erişim: (<http://www.un.org.tr>). Erişim Tarihi: 02.05.2005.

10-Aran NS.(1997). Gestasyonel Diyabetli Gebelerde Depresyon. Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi.İstanbul Üniversitesi.

11-Beck CT, Reynolds MA; Rutowski P. (1992). Maternity Blues and Postpartum Depression. JOGNN 21/4:287-293.

12-Benedict MI, Paina LL, Paine LA, Brandt D, Stallings R. (1999). The Association of Childhood Sexual Abuse with Depressive Symptoms During Pregnancy, and Selected Pregnancy Outcomes. Child Abuse&Neglect.23(7):659-670.

13-Buldukoğlu K, Terakye G. (1990). Fiziksel Yönden Riskli Gebelerin Ruhsal Yönden Risk Durumlarının Belirlenmesi. II. Ulusal Hemşirelik Kongresi. İzmir.

14-Casanueva E, Labastida J, Sanz C, Morales-Carmona F. (2000). Depression and Body Fat Deposition in Mexican Pregnant Adolescent. Archives of Medical Research 31/1:48-52.

15-Copper RL, Goldenberg RL, Das A, Elder N, Swain M,Norman G, Ramsey R, Cotroneo P, Collins BA, Johnson F, Jones P, Meier AM. (1996). The Preterm Prediction Study:Maternal Stres is Associated With Spontaneous Preterm Birth at Less Than 35 Weeks Gestation. American Journal of Obstetric and Gynecology 175: 1286-1292.

16-Chung TK, Lau TK, Yip AS, Chiu HF, Lee DT.(2001). Antepartum Depressive Symptomatology is Associated with Adverse Obstetric and Neonatal Outcomes. Psychosomatic Medicine 63:830-834.

- 17-Danacı AE, Dinç G, Deveci A, Şen Seyfe F, İçelli İ.(2000). Manisa İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Yaygınlığı ve Etkileyen Etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi 11/3:204-211.
- 18-Diket AL, Nolan TE.(1997). Anxiety and Depression. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America 24(3): 535-560.
- 19-Dimitrovsky L, Perz-Hirshberg M,Itskowitz R. (1987).Depression During and Followingpregnancy:Quality of FamilyRelationship. Journal of Psychology 12/3:213-218.
- 20-Dönmez L, Dedeoğlu N, Özcan E.(2000). Sağlık Ocaklarına Başvuranlarda Ruhsal Bozukluklar. Türk Psikiyatri Dergisi 11/3:198-203.
- 21-Durat G.(2003). Sakarya İlindek Gebe Kadınlarda Doğum Sonrası Depresyon Riskinin Belirlenmesi ve Yüksek Riskli Kadınlarda Hemşirelik Uygulamalarının Etkinliği. Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi.
- 22-Erbaydar T.(2003). Doğum Öncesi Bakım ve Eşitsizlikler. 8. Halk Sağlığı Günleri.
- 23-Felice E, Saliba J,Grech V, Cox J. (2004). Prevalance Rates and Psychosocial Characteristic Associated with Depression in Pregnancy and Postpartum in Maltese Women. Journal of Affective Disorders 82 :297-301
- 24-Field T.(1998). Maternal Depression Effects on Infants and Early Interventions. Preventive Medicine 27:200-203.

25-Field T, Diego M, Dieter J, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, Yando R, Bendell D. (2004). Prenatal Depression Effects on the Fetus and the Newborn. *Infant Behaviour and Development* 27/2:216-229.

26-Field T, Sandberg D, Garcia R, Vega N, Goldstein S, Guy L. (1985). Pregnancy Problems, postpartum Depression and Early Mother-infant Interactions. *Developmental Psychology* 21/6:1152-1156.

27-Karanisaoğlu H. (1991). Riskli Gebeliklerde Ruhsal Durum Ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Hemşirelik Bülteni* 19 (5):47-52.

28-Kathleen SP, Wisner KL, Hanusa BH. (2004). Identifying Depression in the First Postpartum Year: Guidelines for Office-based Screening and Referral. *Journal of Affective Disorders* 80:37-44.

29-Kelley SJ.(1992). Parenting Stres and Child Maltreatmentin Drug-exposed Children . *Child Abuse Neglect* 16:317-328.

30-Kitamura T, Toda MA, Shima S, Sugawara K, Sugawara M. ((1998). Social Support and Pregnancy:II. Its Relationship With Depressive Symptoms Among Japanese Women. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 52/1:37-45.

31-Kuğu N, Akyüz G.(2001). Gebelikte Ruhsal Durum. *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 23/1:61-64.

32-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.

33-Llewellyn MA, Stowe ZN, Nemeroff D. (1997). Depression during pregnancy and and puerperium. *J Clinical Psychiatry* . 58: 26-32.

34-Lundy B, Field T, Pickens J. (1996). Newborns of Mothers with Depressive Symptoms are Less Expressive. *Infant Behaviour and Development* 19:419-424.

35-Luoma I, Kaukonen P, Mantymaa M, Puura K, Tamminen T, Salmalin R. (2004). A longitudinal study of maternal depressive symptoms, negative expectations and perceptions of child problems. *Child Psychiatry HumDev*.35(1):37-53.

36- Lustman PJ. (1992). Depression in Adults with Diabetes. *Diabetes Care* 11: 1631-1639.

37-Murray L. (1992). The Impact of Postnatal Depression on Infant Development. *J. Child Psychol. Psychiatry* 33/3: 543-561.

38-Oral B, Güney M, Göçen Ç, Özbaşar D. (1999). Gebelikler Arası Kısa İntervallerin Düşük Doğum Ağırlığı ve Preterm Doğum Üzerine Etkisi. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 13(3):313-319.

39-Öner N. (1987). Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler, 3. Baskı, Boğaziçi Yayınları, İstanbul, 1987, 301-303.

40-Öztürk H, Şirin A. (2000) Doğum Yapan Annelerde Sosyal Destek ile Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi. *E.Ü.H.Y.O. Dergisi*. Sayı:16,Cilt:2-3.

41-Öztürk O. (1992). Duygulanım Bozuklukları. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Evrim Basım-Yayım-Dağıtım. Ankara.

42-Sağduyu A, Ögel K, Özmen E, Boratav C. (2000). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi* 11/1:3-16.

- 43-Scholl TO, Hediger MI. (1993). A Review of the Epidemiology of Nutrition and Adolescent Pregnancy: Maternal Growth During Pregnancy and its Effect of the Fetus. *Journal of American Coll Nutrition* 12:101.
- 44-Sevil ü, Ekmekçi A. (2002). Adölosanlarda Gebelik Sorunlarının ve Benlik Saygısının İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. Cilt 16.Sayı 3:189-196.
- 45-Sevim Efe M, Özden SY. Majör Depresif Bozukluğun Akut ve İdame Tedavisi. *Mood Bozuklukları Tedavi Kılavuzu*. Salih Yaşar Özden (Editör). Alfabe Matbaası. İstanbul: 75-115.
- 46-Spinelli MG. (1997). Interpersonal Psychotherapy for Depressed Antepartum Women:a Pilot Study. *American Journal of Psychiatry* 154: 1028-1030.
- 47-Sorias O. (1988). Sosyal destekler ve ruh sağlığı. *E.Ü Tıp Fakültesi Dergisi*. 27(13): 359-362.
- 48-Stein A,Gath DH, Bucher J, Bond A, Day A, Cooper PJ. (1991) . The Relationship Between Postnatal Depression and Mother-Child Interaction. *British Journal of Psychiatry* 158:46-52.
- 49-Stevens-Simon C, McAnarney E.(1994). Childhood Victimization: Relationship to Adolescent Pregnancy Outcome. *Child Abuse&Neglect* 18:569-575.
- 50-Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. (1990). Biyoistatistik. Hatiboğlu Yayınevi. Sayfa: 233-235.
- 51-Şimşek T. (2002). Yüksek Riskli Gebeliğin Fizyolojisi. Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum. Lale Taşkın (Edi.) Palme Yayıncılık . Ankara: 2-35.

52-Taner E, Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluk. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Psikiyatrik Hastalıklar

53-Teixeira JM, Fisk NM, Glover V. (1999). Association Between Maternal Anxiety in Pregnancy and Increased Uterine Artery Resistance Index: Cohort Based Study. British Medical Journal 318:153-157.

54-Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara, Türkiye.

55-Wadhwa PD, Sandman CA, Porto M, Dunkel-Schetter C, Garite TJ. (1993). The Association Between Prenatal Stress and Infant Birth Weight and Gestational Age at Birth: A Prospective Investigation. American Journal of Obstetrics and Gynecology 169/4:858-865.

56-Yanikkerem E, Atlan E, Demirtosun P. (2004). Manisa 1 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Gebelerde Depresyon Durumu. Kadın Doğum Dergisi 2(4):301-306.

57-Zayas LH, Cunningham M, McKee MD, Jankowski KRB. Depression and negative life events among pregnant African-American and Hispanic Women, Women's Health issues.12(1): 16-22.

58-Zuckerman B, Amaro A, Bauchner H, Cabral H. (1989). Depressive Symptoms During Pregnancy: Relationship to Poor Health Behaviours. American Journal of Obstetric and Gynecology 160:1107-1111.

Ek 1:

GEBE BİLGİ FORMU

Gebenin adı-soyadı:

1-) Yaşınız:

2-) Eğitim durumunuz: 1) Okur-yazar değil
2) Okur yazar
3) İlkokul mezunu
4) Ortaokul mezunu
5) Lise mezunu
6) Üniversite

3-) Medeni durumunuz: 1) Evli 2) Dul

4-) Eşinizin eğitim durumu: 1) Okur-yazar değil 2) Okur yazar

3) İlkokul mezunu 4) Ortaokul mezunu 5) Lise mezunu 6) Üniversite

Üniversite

5-) Eşinizin yaşı:

6-) Mesleğiniz:

7-) Eşinizin mesleği:

8-) Sosyal güvenceniz var mı: 1) Evet 2) Hayır

9-) Sosyal güvenceniz varsa adını yazınız:

.....

10-) Evinizin aylık net geliri ne kadardır:

11-) Bu gelirden faydalanan kişi sayısını yazınız:

.....

12-) Kaç yıldır evlisiniz:

13-) Evliliğiniz süresince kaç kere hamile kaldınız:

14-) Bu gebeliklerinizden kaç tanesi canlı doğum oldu:

.....

15-) Hiç düşük yaptınız mı: 1) Evet 2) Hayır

16-) İnfertilite tedavisi gördünüz mü: 1) Evet 2) Hayır

17-) Şeker hastalığınız var mı: 1) Evet 2) Hayır

18-) Çocuklarınızın cinsiyetini yazınız: 1) Kız 2) Erkek

19-) En son canlı doğan çocuğunuz şu an kaç yaşında:

.....

20-) Gebeliğinizin kaçınıcı haftasındasınız:

.....

21-) Gebeliğiniz süresince kaç kilo aldınız:

22-) Gebeliğiniz süresince herhangi bir problem yaşadınız mı:

1) Evet 2) Hayır

23-) Eğer problem yaşadıysanız ne olduğunu yazınız:

- 1) Bulantı-kusma
- 2) Aşırı kilo alma
- 3) Kan basıncında yükselme
- 4) Depresyon
- 5) Kan Şekerinde yükselme

- 6) Diğer.....
- 24-) Bu bebeğe isteyerek mi hamile kaldınız: 1) Evet 2) Hayır
- 25-) Bebek doğduktan sonra bakımına yardım edecek kimse var mı:
1) Evet 2) Hayır
- 26-) Sigara kullanıyor musunuz: 1) Evet kullanıyorum
2) Hayır kullanmıyorum
3) Kullanıyordum gebelik döneminde bıraktım
- 27-) Sigara kullanıyorsanız günlük kullandığınız miktarı yazınız:
.....
- 28-) Alkol kullanıyor musunuz: 1) Evet kullanıyorum
2) Hayır kullanmıyorum
3) Kullanıyordum gebelik döneminde bıraktım
- 29-) Alkol kullanıyorsanız günlük kullandığınız miktarı yazınız:
.....
- 30-) Günlük hayatta karşılaştığınız sorunları en fazla kiminle konuşursunuz:
1) Eşimle 2) Annemle 3) Arkadaşım 4) Diğer.....
- 31-) Gebeliğiniz boyunca kaç kere kontrole gittiniz:
.....
- Ek 2:

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Aşağıda gruplar halinde bazı sorular yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz. Bugün dahil geçen hafta içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Seçmiş olduğunuz cümlelerin yanındaki numaranın içine (X) koyunuz. Seçiminizi yapmadan önce her gruptaki cümlelerin hepsini dikkatle okuyunuz.

- 1-) (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.
- 2-) (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek hakkında karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3-) (0) Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
(1) Çevremdeki bir çok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi geliyor.
(2) Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum.

- 4-) (0) Bir çok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 (1) Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
 (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamı ile zevk vermiyor.
 (3) her şeyden sıkılıyorum.
- 5-) (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.
- 6-) (0) Kendimden memnunum.
 (1) Kendi kendimden pek memnun değilim.
 (2) Kendime çok kızıyorum.
 (3) Kendimden nefret ediyorum.
- 7-) (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
 (1) Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
 (2) Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 (3) Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.
- 8-) (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
 (1) Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor fakat yapmıyorum.
 (2) Kendimi öldürmek isterdim.
 (3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9-) (0) Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
 (1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
 (2) Çoğu zaman ağlıyorum.
 (3) Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10-) (0) Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
 (1) Eskisine kıyasla kolay kızıyor yada sinirleniyorum.
 (2) Şimdi hep sinirliyim.
 (3) Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 11-) (0) Başkaları ile görüşmek konuşmak isteğimi kaybetmedim.
 (1) Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak ,görüşmek istiyorum.
 (2) Başkaları ile görüşme ve konuşma isteğimi kaybettim.
 (3) Hiç kimse ile görüşüp konuşmak istemiyorum.
- 12-) (0) Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.
 (1) Eskiden olduğu kadar kolay karara veremiyorum.
 (2) Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 (3) Artık hiç karar veremiyorum.

- 13-)** (0) Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum.
 (1) Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 (2) Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.
 (3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14-)** (0) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
 (1) Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermek gerekiyor.
 (2) Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
 (3) Hiçbir şey yapamıyorum.
- 15-)** (0) Her zamanki gibi uyuyabiliyorum.
 (1) Eskiden olduğu gibi uyuyamıyorum.
 (2) Her zamankinden 1-2 saat erken uyanıyorum ve tekrara uyuyamıyorum.
 (3) Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve tekrara uyuyamıyorum.
- 16-)** (0) Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
 (1) Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
 (2) Yaptığım hemen her şey beni yoruyor.
 (3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 17-)** (0) İştahım her zamanki gibi.
 (1) İştahım eskisi kadar iyi değil.
 (2) İştahım çok azaldı.
 (3) Artık hiç iştahım yok.
- 18-)** (0) Son zamanlarda kilo vermedim.
 (1) İki kilodan fazla kilo verdim.
 (2) Dört kilodan fazla kilo verdim.
 (3) Altı kilodan fazla kilo verdim.
- 19-)** (0) Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
 (1) Ağrı,sancı,mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
 (2) Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
 (3) Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20-)** (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 konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.

- 21-) (0) Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.
(1) Cezalandırılabilceğimi seziyorum.
(2) Cezalandırılmayı bekliyorum.
(3) Cezalandırıldığımı hissediyorum.

ÖZGEÇMİŞ

09.04.1976 tarihinde Balıkesir’de doğdum. İlk,orta ve lise öğrenimimi Konya’da tamamladım. 1994 yılında Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’nda eğitimime başladım. 1999 yılında Fırat Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu’nda öğretim görevlisi olarak çalışmaya başladım. 2001 yılında Sağlık Bakanlığı ve JHPIEGO işbirliği ile düzenlenen Ebelik ve hemşirelik öğrencilerine aile planlaması eğitimlerine katılarak Aile Planlaması Sertifikası, Eğitici Eğitimi ve Usta Eğitici Sertifikalarını aldım.