



**T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**SAKARYA İLİNDE GEBELERDE ANKSİYETE VE DEPRESYON
SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ ETMENLER**

UZMANLIK TEZİ

Dr. ÖZKAN DİKMEN

AĞUSTOS 2020

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

SAKARYA İLİNDE GEBELERDE ANKSİYETE VE DEPRESYON
SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ ETMENLER

UZMANLIK TEZİ

Dr. ÖZKAN DİKMEN

DANIŞMAN
PROF. DR. HASAN ÇETİN EKERBİÇER

AĞUSTOS 2020

BEYAN

Bu araştırmaya T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakóltesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 71522473/050.01.04/63 karar sayılı ve 02.04.2018 tarihli etik kurul onayı alınarak başlanmıştır. Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

15.04.2018

Özkan Dikmen

TEŞEKKÜR

Öncelikle Sakarya Üniversitesi Tıp Fakóltesi'nde uzmanlık eğitim sürecimde desteklerini esirgemeyen sayın hocam Prof. Dr. Hasan Çetin Ekerbiçer'e teşekkürlerimi sunarım. Tezimin hazırlık ve yürütümü esnasında yardımcı olan Psikiyatri Anabilim Dalı'nda görevli hocam sayın Doç. Dr. Esra Yazıcı'ya ayrıca teşekkür ederim.

Tezimin prevalans çalışması olması dolayısıyla veri toplamanın zorluğunu yardımları ile benim için kolayla çeviren kıymetli mesai arkadaşlarım Dr. M. Nurullah Sezer, Dr. Raşit Karaaytaç, Dr. Alptekin Ceylan, Dr. Elif Akar, Dr. Fırat Karadeniz, Dr. Oğuz Sürmeli ,Dr. Gürkan Muratdağı, Dr. Alper Arslan, Dr. Asım Çalkay, Dr. Aykut Kurban, Dr. Metin Sezgin, Dr. Gonca Mandacı, Dr. Mebrure Şeyma Akçay, Dr. Metin Sezgin , Dr. Gökhan Aydın, Dr. Yasemin Kalkan, Dr. Tuba Yıldız, Dr. Oğuz Sürmeli, Dr. Erdinç Atış, Dr. Emre Musaoğlu'na teşekkürü bir borç bilirim. Her ihtiyaç anında yardımlarını ve manevi desteklerini esirgemeyen bölümdeki diğer çalışma arkadaşlarıma, ayrıca Uz. Dr. Mustafa Baran İnci'ye, Uz. Dr. Gülsüm Öztürk Emiral'a teşekkür ederim.

Tezin yazım sürecinde bana manevi destek sunan aileme, kızım Merve, oğlum Emre ve eşime minnet ve teşekkürü borç bilirim. Arkadaşlarım Prof. Dr. İbrahim Kara, Gökhan Ağa, Özcan Nişancı, Emre Nişancı ya bu süreçte bana katlanabildikleri için ayrıca teşekkür ederim.

01.08.2020

Özkan Dikmen

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMA VE SİMGELER.....	v
GRAFİKLER	vi
TABLOLAR	vii
ÖZET.....	ix
SUMMARY	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. GEBELİK VE GEBELİKTE RUH SAĞLIĞI	4
2.2. DEPRESYON	5
2.2.1. MAJOR DEPRESYON	8
2.2.2. DEPRESYON İLE İLİŞKİLİ OLASI RİSK ETMENLERİ	10
2.3. ANKSİYETE (KAYGI) BOZUKLUKLARI	14
2.3.1. YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU (DSM-5-TR).....	16
2.3.2. ANKSİYETE BOZUKLUKLARI İÇİN OLASI RİSK ETMENLERİ.....	17
2.4. GEBELİKTE DEPRESYON VE ANKSİYETE BOZUKLUKLARI.....	20
2.5. GEBELİK DEPRESYONU VE ANKSİYETE BOZUKLUKLARININ ETKİLERİ-SONUÇLARI	23
3. MATERYAL VE METOT	25
3.1. ÇALIŞMANIN EVRENİ-ÇALIŞMA PROSEDÜRÜ.....	25
3.2. ANKET FORMU	27
3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ VE ÇALIŞMADA KULLANILAN DİĞER TANIMLAMALAR.....	28
4. BULGULAR	29
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	65

5.1. TARTIŞMA.....	65
5.2. SONUÇLAR.....	78
5.3. ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI.....	80
6. KAYNAKLAR	80
EK1. ETİK KURUL ONAYI.....	97
EK.2 SAKARYA SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ONAYLI GEBE SAYILARI.....	98
EK.3 ANKETLER	100
HAD ÖLÇEĞİ	104
EDSDÖ	107
EK.4 ÖZGEÇMİŞ	110
EK.5 ETİK KURULU DÜZELTME	112

KISALTMA VE SİMGELER

- ABD: Amerika Birleşik Devletleri
AHB: Aile Hekimliği Birimi
ASM: Aile Sağlığı Merkezi
BM: Birleşmiş Milletler
DALY: Disability Adjusted Life Years
DM: Diyabetes Mellitus
EDSDÖ: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği
HADÖ: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
MDB: Major Depresyon Bozukluğu
RA: Romatoid Artrit
SS: Standart Sapma
TL: Türk Lirası
TNSA: Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması
YLD: Years Lost with Disability
YLL: Years of Life Lost
WHO: Dünya Sağlık Örgütü

GRAFİKLER

Grafik 1. Depresyon risk faktörleri

Grafik 2. Anksiyete bozukluğu risk faktörleri

Grafik 3. Gebelerin HAD-Ö'den aldıkları puanlara göre depresyon, anksiyete bozukluğu riski sıklığının dağılımı

Grafik 4. Gebelerin EDSD-Ö'den aldıkları puanlara göre depresyon riski sıklığının dağılımı

TABLULAR

Tablo 1. Çalışmaya katılan gebelerin ve eşlerinin bazı sosyodemografik özellikler ve alışkanlıklarına göre dağılımı

Tablo 2. Çalışmaya katılan gebelerin mevcut ve önceki gebeliklerine ait obstetrik öyküleri

Tablo 3. Çalışmaya katılan gebelerin eş ile ilgili destek, sosyal yaşantı ve sosyal medya kullanımı ile ilgili özellikleri

Tablo 4. Gebelerin kullandıkları sosyal medya uygulamaları

Tablo 5. Çalışmaya katılan gebelerin kronik ve psikiyatrik hastalık öyküleri

Tablo 6. Çalışmaya katılan gebelerin hastalıklarının dağılımı

Tablo 7. Çalışmaya katılan gebelerin HAD ve EDSÖ'den aldıkları puanların dağılımı

Tablo 8. Çalışmaya katılan gebelerin HAD ve EDSÖ'den aldıkları puanlara göre depresyon ve anksiyete riski sıklığı

Tablo 9. Çalışmaya katılan gebelerin depresyon riskinin bazı sosyodemografik özellikler ve alışkanlıklara göre dağılımı

Tablo 10. Çalışmaya katılan gebelerin depresyon riskinin obstetrik özelliklere göre dağılımı

Tablo 11. Çalışmaya katılan gebelerin HAD ölçeğine göre depresyon riski taşıma durumlarının gebelerin bazı özelliklerine göre dağılımı

Tablo 12. Çalışmaya katılan gebelerin HAD ölçeğine göre depresyon riski taşıma durumlarının öz-soy geçmiş özelliklerine göre dağılımı

Tablo 13. Çok değişkenli lojistik regresyon analiz sonuçları (HAD-Depresyon Alt ölçeği)

Tablo 14. Çalışmaya katılan gebelerde anksiyete bozukluğu riskinin bazı sosyodemografik özellikler ve alışkanlıklara göre dağılımı

Tablo 15. Çalışmaya katılan gebelerde anksiyete bozukluğu riskinin obstetrik sosyal özelliklere göre dağılımı

Tablo 16. Çalışmaya katılan gebelerde anksiyete bozukluğu riskinin sosyal yaşamlara göre dağılımı

Tablo 17. Çalışmaya katılan gebelerde anksiyete bozukluğu riskinin öz-soy geçmiş özelliklerine göre dağılımı

Tablo 18. Çok değişkenli lojistik regresyon analiz sonuçları (HAD-Anksiyete Alt Ölçeği)

Tablo 19. Çalışmaya katılan gebelerde EDSÖ'ne göre depresyon riskinin bazı sosyodemografik özellikler ve alışkanlıklara göre dağılımı

Tablo 20. Çalışmaya katılan gebelerde EDSÖ'ne göre depresyon riskinin bazı obstetrik özelliklere göre dağılımı

Tablo 21. Çalışmaya katılan gebelerde EDSÖ'ne göre depresyon riski varlığının bazı özelliklerine göre dağılımı

Tablo 22. Çalışmaya katılan gebelerde EDSÖ'ne göre depresyon riskinin öz-soy geçmiş özelliklerine göre dağılımı

Tablo 23. EDSÖ'ne göre depresyon riski varlığının bağımsız belirleyicilerin çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmesi

Tablo 24. Çalışmada kullanılan ölçekler arası saptanan korelasyon matrisi

Tablo 25. HAD-Ö Depresyon Alt bölümü ve EDSÖ'nin karşılaştırma sonucu

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Gebelikte en sık görülen ruh sağlığı problemlerinin başında depresyon ve anksiyete bozuklukları gelmektedir. Erken müdahale ile depresyon, anksiyete bozukluğu gibi ruh sağlığı problemlerinin hem anne hem de çocuk sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri azaltılabildiği için risk altında bulunan kadınların belirlenmesi son derece önemlidir. Buradan hareketle çalışmamızda, gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğu sıklığının belirlenmesi, ilişkili olduğu düşünülen bazı faktörlerin incelenmesi amaçlandı.

MATERYAL VE METOD: Çalışma 15.04.2018-15.04.2020 tarihleri arasında Sakarya İl genelinde yaşayan ve aile hekimliği birimlerine kayıtlı gebeler üzerinde yürütülen kesitsel tipte bir araştırmadır. Örneklem büyüklüğü gebelerde beklenen depresyon sıklığı %35, hata payı %5 alınarak, %95 Güven Aralığında, desen etkisi 2, cevapsızlık oranı %5 kabul edilerek n=720 olarak hesaplandı. Çalışmanın verileri, gebelerin sosyodemografik bilgileri, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD-Ö) ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ)'ni içeren anket formu ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde Ki Kare, Sperman korelasyon ve çoklu lojistik regresyon analizleri kullanıldı.

BULGULAR: Çalışma grubunu oluşturanların yaşları 18-45 yaş arasında değişmekte olup ortalama $29,4 \pm 5,3$ SS yıl idi. HAD depresyon alt ölçeğine göre gebelerin 187'inde (%25,6) depresyon riski, anksiyete bozukluğu alt ölçeğine göre 124'ünde (%17,0) anksiyete bozukluğu riski olduğu saptandı. EDSDÖ'ne göre ise gebelerin 152'sinde (20.8) depresyon riski olduğu saptandı. Çalışma grubunun HAD-Ö'nin depresyon alt bölümünden alınan puan ile Anksiyete alt bölümünden aldıkları puan arasında pozitif yönde orta düzeyde korelasyon ($r=0.587$; $p=0.000$), EDSDÖ'den alınan puan ile pozitif yönde orta düzeyde korelasyon ($r=0.627$; $p=0.000$) saptandı. Çalışmada öğrenim düzeyi, eş desteği, konuşabilecek arkadaş

sayısı, birinci derece akrabalarda psikiyatrik hastalık öyküsü hem depresyon hem de anksiyete bozukluğu ile ilişkili değişkenlerdi.

SONUÇ: Bu çalışmada gebelik döneminde depresyon ve anksiyete bozukluğu riski yüksek bulunmuştur. Gebelik döneminde riskli kişilerin tespit edilmesi amacıyla belli aralıklarla taranması son derece önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, depresyon, anksiyete bozukluğu, HAD, EDSDÖ

SUMMARY

PREVALENCE OF ANXIETY AND DEPRESSION IN PREGNANT WOMAN IN SAKARYA PROVINCE AND RELATED FACTORS

INTRODUCTION AND AIM: Depression and anxiety disorders are the most common mental health problems in pregnancy. It is extremely important to identify women at risk as the negative effects of mental health problems such as depression and anxiety disorder on both mother and child health can be reduced with early intervention. In this study, it was aimed to determine the frequency of depression and anxiety disorder in pregnant women and to examine some factors that are thought to be related.

MATERIAL AND METHOD: The study is a cross-sectional study carried out between 15.04.2018-15.04.2020 on pregnant women living in Sakarya province and registered in family medicine units. The sample size was calculated as $n = 720$ by taking the expected depression frequency in pregnant women 35%, margin of error 5%, 95% confidence interval, pattern effect 2 and non-response rate 5%. The data of the study were collected through a questionnaire including sociodemographic information of pregnant women, Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD-S) and Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPPDS). Chi square, Spearman correlation and multiple logistic regression analyzes were used to evaluate the data.

RESULTS: The ages of the study group ranged from 18 to 45 years old, with an average of 29.4 ± 5.3 years. According to the HAD depression subscale, 187 (25.6%) of the pregnant women had a risk of depression and 124 (17.0%) were found to have an anxiety disorder risk according to the anxiety disorder subscale. According to EPPDS, 152 (20.8) of pregnant women were found to have a risk of depression.

There was a moderate positive correlation ($r = 0.587$; $p = 0.000$) between the scores received from the depression subdivision of the study group HAD-S and the Anxiety subdivision ($r = 0.587$; $p = 0.000$), and a moderately positive correlation with the score obtained from the EPPDS ($r = 0.627$; $p = 0.000$). In the study, the level of education, spouse support, the number of friends to speak, and the history of psychiatric illness in first degree relatives were variables related to both depression and anxiety disorder.

CONCLUSION: In this study, the risk of depression and anxiety disorder was found high during pregnancy. It is extremely important to scan pregnant at certain intervals in order to identify risky persons during pregnancy.

KEYWORDS: Pregnancy, depression, anxiety disorder, HAD, EPPDS

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Tüm Dünya’da maternal ruh sağlığı sorunları önemli halk sağlığı problemlerindedir. Ruh sağlığı problemleri doğrudan ve dolaylı olarak maternal mortalite ve morbiditeyi arttırmaktadır (https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/Perinatal_depression_mmh_final.pdf?ua=1, Erişim tarihi: 05.04.2020). Dünya Sağlık Örgütü maternal sağlığın değerlendirilmesinde anne ölümlerinin yanı sıra, evrensel sağlık kapsamı ve sağlıklı yaşam beklentisi ile ilgili göstergelerin de değerlendirilmesini önermektedir. Bu durum, anne ve çocuk sağlığı için hizmetlerin entegre sunumunda ruh sağlığı koşullarına daha fazla odaklanılması gerektiği anlamına gelmektedir (https://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/, Erişim tarihi:10.04.2020).

Depresyon, anksiyete bozukluğu gibi ruh sağlığı problemleri iş gücü kayıplarına neden olan, kişilerin fonksiyonelliğini-mutluluğunu bozan, yaşam kalitesini-doyumunu azaltan, tüm dünyada hastalık yükünün önde gelen komponentlerindedir. Bu sağlık sorunları her yaşta, cinste insanları etkilemektedir. Ancak kadınlarda görülme olasılıkları erkeklere göre iki kat daha fazla olup, her beş kadından biri yaşamları boyunca en az bir kez depresif dönem geçirmektedir (Woody et al. 2017, Aktas and Calik 2015, De Jesus Silva et al. 2016, Pereira et al. 2010). Reprodüktif dönem en riskli dönem olup, gebelik ruh sağlığı problemlerinin önemli tetikleyicilerindedir (De Jesus Silva et al. 2016, Pereira et al. 2010). Gebelik, kadınları hayatlarında yeni bir aşamaya götüren, biyolojik ve psikolojik değişikliklerin yanı sıra hem toplumda hem de aile içerisinde statü değişikliğine neden olan bir süreçtir. Pek çok kadın bu dönemde bazı nedenlerden dolayı depresyon, anksiyete bozukluğu başta olmak üzere farklı tiplerde ve derecelerde ruh sağlığı problemleri yaşamaktadır (Tang et al. 2019, Pampaka et al. 2018). Dünya Sağlık Örgütü ve Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu’nun maternal ruh sağlığı ve çocuk sağlığı ve gelişimi ile ilgili yayınladıkları raporda ruh sağlığı problemlerinin gebelikte %10-41.2, postpartum dönemde ise %14-50 arasında değiştiği ve bu

sıklığın düşük-orta gelirli ülkelerde daha yüksek olduğu bildirilmiştir (https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/mmh_jan08_meeting_report.pdf?ua=1, Erişim tarihi: 10.05.2020). Maternal ruh sağlığı problemleri sadece anne sağlığını değil, düşük doğum ağırlığı, erken doğum, ölü doğum, fetal anomaliler ve obstetrik komplikasyonlar gibi bebek sağlığı üzerinde de yan etkileri bulunmakta, aynı zamanda doğrudan ve dolaylı yollarla çocukların büyüme ve gelişmesini olumsuz yönde kalıcı olarak etkileyebilmektedir (Tang et al. 2019, Grote et al. 2010, Staneva et al. 2015). Yapılan farklı çalışmalarda gebelikte ve postpartum dönemde görülen depresyon, anksiyete bozukluğu ve stres gibi ruh sağlığı problemlerinin çocukların kognitif fonksiyonlarının gelişimini, sosyo-emosyonel ve psikomotor gelişimini duraklattığı gösterilmiştir (Feldman et al. 2009, Field et al. 2008, Prelog et al. 2019, Stein et al. 2014).

Tüm dünyada gebelikte en sık görülen ruh sağlığı problemlerinin başında depresyon ve anksiyete bozukluğu gelmektedir (Fisher et al. 2012). Bennett ve ark. (2004) tarafından yapılan sistematik derlemede, gebelikte her bir trimesterde depresyon sıklığının %7,4-12,8 arasında, Dennis ve ark. (2017) tarafından yapılan sistematik derlemede ise gebelikte her bir trimesterde anksiyete bozukluğu sıklığının %18,2-24,6 arasında değiştiği bildirilmiştir. Türkiye’de Aslan ve ark. tarafından (2014) yapılan çalışmada depresyon sıklığı %16,8, Gölbaşı ve ark. (2010) tarafından yapılan çalışmada ise %27,5, Tunç ve ark. nın (2012) yaptıkları çalışmada ise %47,0 olarak rapor edilmiştir. Yapılan çalışmalarda gebelikte anksiyete bozukluğu sıklığı %32-%40 olarak bildirilmiştir (Çaylan et al. 2009, Tunc et al. 2012).

Gebelikte görülen depresyon ve anksiyete bozukluğu, sadece psikolojik iyi olmayı değil diğer klinik durumların prognozunu da olumsuz yönde etkileyen birbiri ile yakından ilişkili iki durumdur (Fisher et al. 2012). Gebelikte görülen anksiyete bozukluğu ve depresyon gibi ruh sağlığı problemlerinin mekanizması tam olarak aydınlatılamamış olup, sosyal destek eksikliği, psikiyatrik hastalık öyküsünün varlığı, aile içi şiddet-istismar olması, planlı olmayan-istenmeyen gebelik olması, kötü obstetrik öykü varlığı gibi faktörler önemli risk faktörleridir. Diğer yandan yaş, öğrenim seviyesi gibi sosyodemografik faktörlerle ilişki net değildir (Bayrampour et al. 2015, Sawyer et al. 2010, Tang et al. 2019). Ayrıca yoksulluk, göç, aşırı stres,

çatışma ortamı ve doğal afetler gibi durumlar gebelikte ruh sağlığı problemlerinin risk faktörleri arasında sayılabilir (https://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/, Erişim tarihi: 10.05.2020).

Gebelik döneminde yaşanan ruh sağlığı problemleri hem maternal hem de fetal mortalite ve morbiditeyi artırdığı aşikardır. Bu durumun ailelere oluşturduğu emosyonel ve maddi yükün yanısıra sağlık sistemi üzerinde de önemli etkileri bulunmaktadır (Staneva et al. 2015, https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/Perinatal_depression_mmh_final.pdf?ua=1, Erişim tarihi: 10.05.2020). Erken müdahale ile depresyon, anksiyete bozukluğu gibi ruh sağlığı problemlerinin hem anne hem de çocuk sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri azalmakta hem de sağlık sistemi üzerindeki yük hafiflemektedir. Bu nedenle gebelik döneminde depresyon ve anksiyete bozukluğu gibi ruh sağlığı problemlerinin erken tanısı ve tedavisi son derece önemlidir. Gebelikte görülen ruh sağlığı problemlerinin önlenmesinde ki ilk adım risk altında bulunan kadınları belirlemektir. Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Komitesi, sosyal statüsü, öğrenim düzeyi, etnik kökeni ne olursa olsun tüm gebelerin gebelik süresince her trimesterde en azından bir kez, ruhsal hastalıklar açısından taranmasını önermektedir (American College of Obstetricians and Gynecologists 2006). Gebelikte depresyon ve anksiyete bozukluklarının sıklığının, ilişkili faktörlerin belirlenmesi yapılacak müdahale çalışmalarına yön vermesi açısından oldukça değerlidir. Yapılan literatür taraması sonucunda Türkiye’de gebelikte depresyon ve özellikle anksiyete bozukluğu sıklığının belirlenmesine yönelik çalışmaların yetersiz olduğu görülmüştür. Buradan hareketle Sakarya il genelinde, toplum tabanlı olarak yürütülen çalışmamızda, gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğu sıklığının belirlenmesi, ilişkili olduğu düşünülen bazı faktörlerin incelenmesi amaçlandı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. GEBELİK VE GEBELİKTE RUH SAĞLIĞI

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı; “Yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olması” olarak tanımlamaktadır. Kendi Anayasasında DSÖ; sağlık hizmetlerinden en iyi şekilde yararlanmanın hiçbir ayırım gözetmeksizin temel insan haklarından biri olduğunu belirtmiştir. Bu bağlamda kadın sağlığı; zihinsel, sosyal ve fiziksel iyi olma halini içermekte ve tüm bunlar sadece biyolojik değil aynı zamanda sosyal ve ekonomik çevre ile belirlenmektedir (DSÖ 2002, BM 1995, DSÖ 1986). Kadın olmanın biyolojik özelliği, fizyolojik işlevi olan üremeye ilişkin durumlar ve bu işlevlerin oluşturduğu mortalite-morbidite yükü kadın sağlığını özellikle kılmaktadır. Kadın sağlığı hem kendi hem de çocuklarının ve ailesinin sağlığı açısından anahtar rol oynamaktadır. Aile içinde de kadın genellikle birincil sorumluluğa sahip olduğu için kadın sağlığının korunması ve geliştirilmesi sağlıklı bir toplumun oluşturulmasında temel unsurdur (Akın et al. 2008).

Kadınlar; yaşam döngüleri içinde fetal dönemden başlayarak, çocukluk, adölesan, erişkinlik, yaşlılık gibi dönemlerin her birinde farklı biyopsikososyal değişiklikler tecrübe etmekte ve erkeklere göre daha fazla ve farklı risk faktörleriyle karşı karşıya kalmaktadırlar (Piccinelli and Wilkinson 2000). Yaşanılan bu farklılıklar hem kadınların fiziksel sağlıklarını bozmakta hem de yaşam kalitelerini negatif yönde etkileyerek ruhsal bozukluklara daha meyilli hale getirmektedir (Kessler 2003, Maier et al. 1999, Piccinelli and Wilkinson 2000).

Kadınlarda reproduktif dönem psikiyatrik hastalıkların görülmesi açısından en riskli dönem olup, gebelik ruh sağlığı problemlerinin önemli tetikleyicilerindedir (De Jesus Silva et al. 2016, Pereira et al. 2010). Gebelik, yumurta ile spermin birleşmesi sonucu meydana gelen zigotun uterusu yerleşmesi ile başlayan obstetrik olarak 40,

embriyolojik olarak 38 hafta süren fizyolojik bir süreçtir. Gebelik anne vücudunda fizyolojik, psikolojik ve biyokimyasal pek çok değişikliklere sebep olur. Fertilizasyonun ardından başlayan ve hamilelik süresince devam eden bu değişiklikler hem gebenin hem de bebeğin sağlıklı olmasını sağlamak, biyolojik ihtiyaçlarını karşılamak ve doğum eylemi için gereken anatomik ve fizyolojik uyumu sağlamak amacıyla oluşur. Kadın bedeni bir yandan yaşanan değişikliklere adapte olmaya çalışır. Bir taraftan uyum çabaları, bir taraftan gerek aile gerekse toplum içinde yaşanacak statü değişikliğinin oluşturduğu emosyonel yük kadında ruhsal dalgalanmalara neden olmakta, psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkmasını kolaylaştırabilmektedir (Kömürcü and Doğan Merih 2012, Okanlı et al. 2003).

Gebeliğe uyum sürecini, kadınların kişilik özellikleri, geçmiş deneyimleri, sosyoekonomik koşullar, gebeliğin planlı olup olmaması gibi gebeliğe ait faktörler etkilemektedir. Kadının aile-iş yaşamı, eşle olan ilişkisi gibi durumlar gebeliğe karşı tutumla ilişkili olduğu belirtilmiştir. Diğer yandan gebenin yaşadığı hormonal değişikliklerinde kadınlarda ruhsal değişiklikler oluşturduğu bilinmektedir (Gözüyeşil et al. 2008, Rofé et al. 1993). Tüm bunlar öncesinde mevcut olan bir hastalık var ise alevlenmesine neden olabilirken, ilk ruhsal sorunlar gebelik sırasında ortaya çıkabilmektedir. Kadınların yaşamında yüksek stres yaratan bir süreç olan gebelik, depresyon, kaygı bozukluğu gibi ruhsal bozuklukların görülme sıklıklarının artış gösterdiği bir dönemdir (Diket and Nolan 1997).

2.2. DEPRESYON

Ruh sağlığı problemlerinin tüm ülkelerin sağlık sistemi, sosyal yapısı, ekonomik yapısı üzerine olan etkileri giderek artmaktadır. Ruh sağlığı problemleri herhangi özel bir grubun problemi olmayıp hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerin, cinsiyet farkı gözetmeksizin, kır-kent, yaş ayırımı yapmaksızın tüm insanlarda görülebilen önemi giderek artan halk sağlığı sorunlarındandır. Yapılan araştırmaların metodolojisine göre, süre-nokta veya yaşam boyu olmasına göre ruhsal problemlerin sıklığı değişmektedir. DSÖ verilerine göre, erişkinlerin %25'i yaşamları boyunca en az bir kez ruhsal problem yaşamakta olup, ruhsal problemlerin nokta prevalansının %10 civarında olduğu ve yaklaşık 450 milyon insanın ruhsal problemleri ile

mücadele ettiği bilinmektedir. DSÖ projeksiyonuna göre, 2000 yılında total hastalık yükünün (DALYs) %10'unu oluşturan nöropsikiyatrik bozuklukların payı 2020 yılında artacak ve %15 olacaktır (DSÖ 2001). Ruh sağlığı problemleri ABD'de de en yaygın sağlık sorunlarından. ABD'de yaşayanların %50'sinden fazlası hayatlarının en az bir noktasında ruhsal problem yaşamakta, her yıl beş kişiden biri ruhsal problemle mücadele etmekte, her yirmi beş kişiden biri ciddi şizofreni, major depresyon, bipolar bozukluk gibi ciddi ruh sağlığı problemi yaşamaktadır (<https://www.cdc.gov/mentalhealth/learn/index.htm>, Erişim tarihi: 15.05.2020). Türkiye'de ölüm nedenleri arasında, ruh sağlığı ve davranışsal problemleri kadınlarda %0.15, erkeklerde %0.11 genel olarak ise %0,13 olarak bildirilmektedir. Ülkemizde yapılan hastalık yükü çalışmasında depresyon sıklığının erkeklerde %16,0, kadınlarda %26,3 ve genel olarak %21,1 olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmada, hastalık yükünün belirlenmesinde yararlanılan "Engelliliğe ayarlanmış yeti yitimi (Disability Adjusted Life Years - DALY)" parametresinin alt başlıkları olan "Ölümlerle Kaybedilen Yaşam Yılları (Years of Life Lost - YLL)" ve "Özürlülükle Kaybedilen Yaşam Yılları"na (Years Lost with Disability - YLD)" bakıldığında, en fazla YLD'ye neden olan temel hastalık grupları arasında ilk sırada psikiyatrik hastalıkların yer aldığı görülmektedir. Cinsiyete göre YLD'ye sebep olan ilk 20 neden arasında ise kadınlarda 1. sırada, erkeklerde ise 2. sırada unipolar depresyonun olduğu görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2004). Türkiye 2017 Sağlık İstatistiği Yıllığı'nda ruh sağlığı problemlerinin hastaneye yatış nedenleri arasında önemli bir yere sahip olduğu, hastalık yükünü oluşturan ilk 10 hastalık içinde yer aldığı ve payının giderek arttığı rapor edilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2017). Son zamanlarda yapılan bir çalışmada ruh sağlığı problemlerinin global olarak ekonomik yükünün 16,1 trilyon dolar olduğu, kişilerin verimliliği ve yaşam kalitesi üzerinde dramatik etkileri olduğu bildirilmiştir (Bloom et al. 2011).

Farklı klinik bulgular ile seyreden çok farklı ruh sağlığı problemleri bulunmaktadır. Depresyon, bipolar bozukluk, şizofreni ve diğer psikozlar, otizm gibi problemler örnek olarak verilebilir. Depresyon ruh sağlığı problemlerinden en yaygın görüleni olup, dünya çapında engelliliğin temel nedenlerindedir. Kadınlar (%5,6) erkeklerle (%3,1) göre daha fazla risk altında olup, global olarak 300 milyon kişinin (yaklaşık

olarak dünya nüfusunun %4,4'ü) depresyondan etkilendiği tahmin edilmektedir (DSÖ 2017).

Depresyon en az iki hafta boyunca, normalde zevk alınan aktivitelere olan ilgiyi kaybetme, günlük aktiviteleri gerçekleştirememe ve kalıcı bir hüznün ile karakterize yaygın bir ruh sağlığı problemidir. Bu bulgulara ek olarak iştah değişikliği (az-çok yeme), enerji kaybı, uyku değişikliği (az-çok uyuma), endişe hali, konsantrasyon bozukluğu, huzursuzluk, değersizlik, suçluluk, umutsuzluk, kendine zarar verme veya intihar düşünceleri eşlik edebilmektedir (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>, Erişim tarihi: 15.05.2020). Depresyon günlük yaşamdaki zorluklara karşı oluşan kısa süreli duygusal tepkilerden, olağan ruhsal dalgalanmalardan oldukça farklıdır. Depresyon uzun süreli ve tekrarlayıcı nitelikte olabilir. Özellikle orta şiddette ve uzun süreli olduğunda ciddi bir sağlık problemi haline dönüşebilir. Kişinin acı çekmesine, okulda, işte ve aile içerisinde fonksiyonelliğinin kaybolmasına neden olabilmekte ve en kötüsü kişileri intihara sürükleyebilmektedir. Her yıl yaklaşık 800.000 kişi intihar nedeni hayatını kaybetmekte olup, 15-29 yaş aralığında intiharlar ölüm nedenleri arasında 2. Sırada gelmektedir (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>, Erişim tarihi: 15.05.2020, <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/depression>, Erişim tarihi: 15.05.2020). Semptomların sayısına ve ciddiyetine bağlı olarak, depresif bir atak hafif, orta veya ağır olarak sınıflandırılabilir (<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/depression>, Erişim tarihi: 15.05.2020). Depresyon önlenebilir ve tedavi edilebilir bir ruh sağlığı problemidir. Önleme programlarının hem çocuklarda (örneğin fiziksel ve cinsel istismardan sonra koruma ve psikolojik destek yoluyla) hem de erişkinlerde (örneğin felaketler ve çatışmalardan sonra psikolojik destek yoluyla) depresyon sıklığını azalttığı gösterilmiştir. Hafif-orta şiddette depresyon bilişsel davranışçı terapi ve/veya psikoterapi gibi konuşma terapileri ile etkili bir şekilde tedavi edilebilir. Orta-şiddetli depresyon kliniğinde ise konuşma terapilerinin yanında antidepresan ilaç kullanımı etkilidir (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>, Erişim tarihi: 15.05.2020). Depresyon için bilinen ve etkili tedavilerin olmasına rağmen bireylerin yarısından daha azı hatta birçok ülkede etkilenen kişilerin %10'undan azı bu tedavilere erişebilmektedir. Damgalanma kaygısı,

finansal yetersizlikler, sağlık sistemindeki eksiklikler yetersiz tedavi almada en önemli bariyerlerdir. Diğer yandan tanı koymadaki zorluklar, tüm ÷lkelerde depresyonda olanların yeterince tanı almaması, depresyon bozukluğu olmayanların ise antidepresan kullanımı neden olmakta ve böylece depresyonun neden olduğu yük daha da artmaktadır (DSÖ 2017, <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/depression>, Erişim tarihi: 15.05.2020).

Depresyon önlenabilir ve tedavi edilebilir olmasına rağmen sıklığının giderek artması, önemli iş gücü kayıplarına neden olması, tekrarlayıcı nitelikte ve kronikleşme riskinin yüksek olması, intihar riskini arttırması, global hastalık yükünün önde gelen nedenlerinden olması ve DSÖ'nün projeksiyonlarına göre DALY'nin nedenleri arasında daha üst sıralara çıkacak olması ve sebep olduğu ekonomik yük gibi nedenlerden dolayı önemli halk sağlığı konularındandır. Bu nedenle depresyonun belirlenmesi, önlenmesi, tedavisi ve tekrarlamasındaki risk faktörlerinin belirlenmesi oldukça önemlidir.

2.2.1. MAJOR DEPRESYON

Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı'nda Depresyon Bozuklukları,

- 1) Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu,
 - 2) Major Depresyon Bozukluğu (MDB),
 - 3) Süregiden Depresyon Bozukluğu (Distimi),
 - 4) Premenstrüel Disfori Bozukluğu,
 - 5) Maddenin/İlacın Yol Açtığı Depresyon Bozukluğu,
 - 6) Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Depresyon Bozukluğu,
 - 7) Tanımlanmış Diğer Bir Depresyon Bozukluğu (Yineleyen Kısa Depresyon, Kısa Süreli Depresyon Dönemi, Yeterli Belirtisi Olmayan Depresyon Dönemi) ve
 - 8) Tanımlanmamış Depresyon Bozukluğu olarak sınıflandırılmıştır
- (Koroğlu 2013).

DSM-5'e göre major depresif bozukluk tanı kriterleri (DSM-5-TR);

A- İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki fonksiyonellik seviyesinde değişiklik olması ile birlikte belirtilen maddelerden en az 5 tanesinin bir arada bulunması; belirtilerden en az biri 1 ya da 2. maddenin olması gerekmektedir.

1- Ya hastanın kendisinin bildirmesi (örn. kendisini üzgün ya da boşlukta hisseder) ya da başkalarının gözlemesi (örn. ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren çökkün duygudurum; çocuklarda ve ergenlerde sinirli, alıngan ruh halinin olması,

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 ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirlendiği üzere),

3- Hemen hemen her gün iştahın azalması veya artması, kilo alma veya diyet yapmadan kilo verme (bir ayda vücut ağırlığında %5 den fazla değişiklik olması), çocuklarda beklenen kilo alımının olmaması,

4- Hemen her gün, uykusuzluk (insomnia) ya da aşırı uyku (hipersomnia) olması,

5- Hemen her gün psikomotor ajitasyon veya retardasyon (sadece kendi hissettiği huzursuzluk ya da yavaşlama değil, başkaları tarafından da gözlemlenebilir olması)

6- Hemen her gün, yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması

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

8- Hemen hemen her gün düşünme ve konsantrasyon becerisinde azalma ya da kararsızlık (ya hastanın kendisi söyler ya da başkaları bunu gözlemiştir)

9- Tekrarlayan ölüm düşünceleri (sadece ölüm korkusu değil), belirli bir plan olmaksızın tekrarlayan intihar düşüncesi ya da intihar girişimi veya intihar için özel bir plan

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

C. Bu belirtiler bir madde kullanımının (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. hipotiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

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

E. Hiçbir zaman mani dönemi ya da hipomani dönemi geçirilmemiştir.

2.2.2. DEPRESYON İLE İLİŞKİLİ OLASI RİSK ETMENLERİ

Depresyon, genetik, sosyal, psikolojik ve biyolojik faktörlerin etkileşimi sonucunda meydana gelen, etiyojisi ve fizyopatolojisi tam olarak aydınlatılmamış bir durumdur. Hastalığın meydana gelmesinde tek bir faktör sorumlu olmayıp, genetik faktörlerin, çevresel koşullarla negatif etkileşimi ve bu durumun ne zaman meydana geldiği önemlidir. Depresyon ve fiziksel sağlık birbiri ile ilişkilidir. Depresyon primer hastalık olabileceği gibi pek çok psikiyatrik ve kronik hastalığa sekonder olarak gelişebilir. Örneğin kardiyovasküler hastalıklar depresyona yol açabileceği gibi depresyonda kardiyovasküler hastalıkların gelişiminde kolaylaştırıcı olabilir (<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/depression>, Erişim tarihi:15.05.2020).

a) Yaş: Depresyon her yaşta görülebilmekle beraber genel olarak orta yaş görülme sıklığı en yüksektir. Andrade ve ark. nın (2003) yaptıkları, 10 ülkenin karşılaştırıldığı çalışmada depresyon başlangıç yaşının birçok ülkede 20-25 olduğu, Weissman ve ark. nın (1996) benzer şekilde yaptıkları çalışmada depresyon başlangıç yaş ortalamasının 24,8-34,8 arasında değiştiği bildirilmiştir. Ameringen ve ark. nın (2016) yaptıkları araştırmada ise genç 25-34 yaş aralığında olmanın depresyon, anksiyete bozukluğu gibi hastalıklar için risk faktörü olduğu rapor edilmiştir.

b) Cinsiyet: Yapılan pek çok çalışmada kültür ve ülkelerden bağımsız olarak depresyonun görülme sıklığının kadınlarda daha fazla olduğu gösterilmiştir. Ergenlik

öncesinde cinsiyet farkı belirgin değilken, ergenlik ve erişkinlik döneminde fark aşikâr olmaktadır. Depresyon sıklığının kadınlarda yüksek olmasının nedenleri tam olarak bilinmemekte olup, hormonal farklılıklar, toplumsal değer yargıları-toplumsal cinsiyet, çocuk yetiştirme-annelik, farklı stresörler ile karşılaşma gibi faktörler suçlanmaktadır (Andrade et al. 2003, DSÖ 2002, Weissman et al. 1996).

c) Medeni durum: İnsanlar arasında ki bağlar depresyonun ortaya çıkmasının tetiklenmesinde veya şiddetinin değişmesinde etkili olabilmektedir. Türk kültüründe evlilik sosyalleşmesinin temel kurumu olan ailenin oluşturulmasında temel basamaktır. Bireylerin ilk sosyal çevresi olan aile ortamı yüz yüze içten ilişkilerin en güçlü olduğu ortamlardandır (Toker and Hocaoglu 2009). Medeni durum ile depresyon arasındaki ilişkinin incelendiği çalışma sonuçları farklılık göstermekle beraber genel olarak evli insanlarda boşanmış-eşi ölmüş, yalnız yaşayan kişilere göre riskin daha az olduğu bildirilmiştir. Aile bağlarının güçlü olduğu ortamlarda aile üyeleri arasında destekleyici bir ortamın olması depresyon gelişimi için koruyucu olabileceği gibi, olumsuz-çatışma ortamının olduğu evlilikler ise depresyon gelişimini kolaylaştırabilmektedir (Bromet et al. 2011, Andrade et al. 2003, Weissman et al. 1996).

d) Sosyoekonomik düzey: Ruh sağlığının korunmasında, gelişiminde, ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasında toplumsal belirleyiciler önemli rol oynamaktadır. Sosyoekonomik düzey ile bireylerin sağlıkları arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır (Muramatsu 2003). Ancak gelir eşitsizlikleri ile ruh sağlığı problemleri arasında ilişki net olarak aydınlatılamamış olup, uygun sağlık kuruluşlarına erişim, tanının konması, yeterli tedavinin sağlanması ve sonuçlanması gibi faktörlerin sosyoekonomik farklılıklardan etkilendiği öne sürülmüştür. Sosyoekonomik düzey yükseldikçe uygun sağlık kuruluşlarına başvuru olasılığı artmaktadır. Gelir düzeyinin kötü olması, öğrenim düzeyinin düşük olması, işsizlik gibi faktörlerin depresyon gelişiminde risk etmenlerindedir (Kaya 2007, Lorant et al. 2003, Patel and Kleinman 2003, Sturm and Gresenz 2002). Kahn ve ark. nın (2000) yaptıkları çalışmada gelir eşitsizliğinin fazla olanlarda depresif semptomların daha fazla olduğu bildirilmiştir.

e) Aile öyküsü ve genetik faktörler: Depresyon genetik örüntü ile çevresel faktörlerin etkileşimi ile oluşabilen, etiyojisi tam olarak aydınlatılmayan multifaktöriyel bir hastalıktır. Kalıttan sorumlu tek bir gen bölgesi olmayıp farklı gen lokusları sorumlu tutulmaktadır. Depresyonun kalıtsal özelliği yapılan aile ve ikiz çalışmalarında gösterilmiştir (Sadock and Sadock 2011). Ruh sağlığı problemlerinin oluşumunda öne sürülen patofizyolojik mekanizmaların açıklanabilmesi için gen çalışmaları son derece önemlidir. Suchanek ve ark. nın (2011) Polonya’da yaptıkları vaka-kontrol çalışmasında bazı gen lokuslarındaki polimorfizmin depresyon gelişme olasılığını yaklaşık 2 kat arttırdığı gösterilmiştir. Yapılan bir meta-analiz çalışmasında birinci derece akrabalarında depresyon öyküsü olan kişilerde depresyon görülme riskinin 2,8 kat arttığı bildirilmiştir (Sullivan et al. 2000).

f) Kişilik Yapısı: Kişilik bozukluklarında depresyon görülebilmekle beraber, depresyonda olan hastalara da kişilik bozuklukları eşlik edebilmektedir. Herhangi bir kişilik tipindeki her insan depresyona yakalanabilmektedir, ancak öz güveni düşük, kişiler arası ilişkilerinde bağımlı, sürekli ve sağlıklı nesne ilişkileri kurmakta yeterli olmayan, kimseyi incitmeyen, aşırı duyarlı ve sorumluluk duyan, güvensizlik duyan, duygularını ifade etmekte güçlük çeken, stresörler karşısında bunaltı geliştirmeye yatkın ve zarardan kaçınan kişiler depresyona daha yatkındır. Çekingen, bağımlı ve obsesif kompulsif kişilik bozuklukları depresyona sıklıkla eşlik etmektedir (Kessler 1997, Maier et al. 1992, Nicholi Jr 1999).

g) Diğer etkenler: Ölüm, eşinden ayrılma, yaşamın erken yıllarında ebeveyn kaybı, sağlıkla ilgili ya da ekonomik problemler, her türlü ihmal-istismar durumları gibi stresli-olumsuz yaşam olayları depresyon görülme sıklığı ile ilişkilidir. Stresli-olumsuz yaşam olayları hem depresyon görülme riskini hem de şiddetini arttırmaktadır (Fuchs 1999, Ünal et al. 2002).

İşsizlik-iş kaybı gibi durumlar da depresyon gelişimi için önemli faktörlerden olduğu yapılan çalışmalarda ortaya konmuştur (Michael Van Ameringen 2016, Roy 1997).

Göçmen, mülteci ve sığınmacı olarak yaşayan kişilerde ruh sağlığı problemleri daha fazla görülmektedir. Yeni yaşamın kurulduğu yerde eğitim-öğretim hayatı, gelir düzeyleri-çalışma durumları ve beraberindeki ekonomik sıkıntılar gibi sosyal belirleyicilerin yanı sıra geride bırakılan yerdeki ilişkilerin kaybı gibi etkenler depresyon gelişimine katkıda bulunmaktadır (Bhugra et al. 2011, Vega et al. 1987). Bogic ve ark. nın (2015) göçmenlerin gittikleri ülkeye taşınmalarının ardından 5 yıl geçtikten sonra yapılan çalışmaların sonuçlarını değerlendirdikleri bir meta-analiz çalışmasında, geldikleri ve yerleştikleri ülkelerin özellikleri, gelinen yerde maruz kalınan travmaların, yerleştikleri ülkedeki yaşam olaylarının psikiyatrik problemlerle ilişkili olduğu, depresyon, anksiyete bozukluğu, posttravmatik stres bozukluğu gibi durumların görüldüğü bildirilmiştir.

Yalnız yaşama, evsizlik gibi faktörler depresyon için diğer risk etmenleri arasında sayılabilir (La Gory et al. 1990).

Depresyon gelişimin risk faktörleri Grafik 1’de özetlenmiştir.



*: Göçmen olmak, eş kaybı, evsizlik, işsizlik vs.

Grafik 1. Depresyon risk faktörleri

2.3. ANKSİYETE (KAYGI) BOZUKLUKLARI

Anksiyete birçok farklı sebebi ve klinik belirtisi olan nonspesifik semptomdur. Darlık ve sıkışma anlamına gelen “angh” kökünden türetilmiş olup, Latince *anxietas* kelimesinden gelmektedir. Anksiyete, zihindeki üzüntü, sıkıntı, dert, rahatsızlık, eziyet, anlamlarını ifade etmektedir (Alkın and Onur 2007). Türkçe sözlükte kaygı, üzüntü, endişe duyulan düşünce, gam ve tasa kavramlarına karşılık gelmektedir (<https://sozluk.gov.tr/>, Erişim tarihi:20.05.2020).

Anksiyete; nedeni tam olarak aydınlatılmayan, korku, sıkıntı, kötü bir şey olacakmış hissi yaratan subjektif olarak hissedilen bir duygudur. Hayatı tehdit eden ya da tehdit ediyormuş gibi bir duygu ortaya çıkaran uyarı halidir. Nerden geldiği belli olmayan tehlike şeklinde algılanan durumlara (tetikleyici bir faktör olmadan da oluşabilir) bir tepki halidir. Bu tepki hali hafif endişeden panik atağa kadar değişebilen düzeylerde olabilir (Alkın and Onur 2007, Sadock et al. 2000). Korku ve endişe durumlarının hâkim olduğu, pek çok nedenle görülen duygu durum bozukluğudur. Kaygı veya bunaltı olarak da tabir edilebilir. Kaygı ve korku kavramları birbirine yakın olmakla beraber korkuda nesnel bir gerçeklik vardır ve tehlike ile orantılı olarak ortaya çıkmaktadır. Kaygı ise çoğu zaman gerçek bir tehlike yerine gizli ve öznel bir tehlike vardır ve bu nedenle içinde bulunulan duruma göre kaygı düzeyi değişebilmektedir (Gençtan 2005). Freud korkuyu gerçek bir tehdide, anksiyeteyi ise içsel bir tehlikeye karşı gösterilen tepki olarak tanımlamış ve böylece birbirlerinden ayrılmasını sağlamıştır (Sadock et al. 2000).

Anksiyete, normalde bireye yönelik olası bir tehlike durumunda aktif hale geçen biyolojik bir uyarıcı olup, kişinin bu durum karşısında gereğini yapmak üzere harekete geçmesini sağlamaktadır (Tükel 2006). Patolojik düzeyde olmayan anksiyete hemen hemen tüm insanlar tarafından zaman zaman yaşanan bir duygu olup, tehdit olarak algılan bir durum karşısında kaçmayı ya da durumla savaşmayı sağlamak üzere ortaya çıkan biyolojik bir koruma sistemidir. Bireyi çevresindeki değişikliklere hazırlayan ve/veya yanıt vermesini sağlayan bu duygu, uzun süreli-şiddetli olduğunda, kişinin işlevselliğini, sosyal yaşamını, kişiler arası ilişkilerini olumsuz yönde etkilediğinde

normal biyolojik bir uyarıcı olmaktan çıkıp ruhsal sorunlar oluşturan patolojik bir süreç haline gelmektedir. Diğer yandan anksiyete birçok psikiyatrik ve organik bozukluklara eşlik edebilen bir semptomdur (Roerig 1999).

Anksiyete, uyum sağlayıcı, ruhsal gelişimi olumlu yönde geliştirici işlevi yanında, engelleyici işlev de görebilir. Anksiyete'yle ilgili uyarılmışlığın olumlu etkilerinin belirli bir aralığı vardır. Kronikleşmiş, kişinin verimini düşüren, kişiler arası ilişkilerde bozulmaya sebep olan, sıklıkla titreme, çarpıntı, ağız kuruluğu, kas gerginliği gibi fiziksel belirtilerin de eşlik ettiği anksiyete durumları patolojik olarak değerlendirilmelidir (Karamustafalıoğlu and Yumrukçal 2011). Anksiyete'nin birey üzerinde hem fiziksel hem de zihinsel etkileri vardır. Zihinsel etkileri heyecan, kötü bir şey olacak hissi, konsantrasyonda bozulma, hafıza zayıflaması, irritabiledir. Sempatik sinir sistemi aktivasyonuna bağlı oluşan fiziksel belirtiler; terleme, el ve ayaklarda titreme, ağız kuruluğu, yutkunmada zorlanma, barsak hareketlerinde artma veya azalma, çarpıntı, kalp üzerinde ağrı, nefes almada zorlanma, hızlı nefes alıp verme, kulak çınlaması, baş dönmesidir (Özakkaş 2014).

Anksiyete bozukluklarının yaşam boyu prevalansı %14,5, 1 yıllık prevalansı %8,4 olup, en sık görülen ruh sağlığı problemlerindedir. Birinci basamak sağlık kuruluşuna en sık ve önemli başvuru nedenlerinden olan anksiyete bozuklukları, yaşam kalitesini bozmakta, önemli ölçüde sosyal, ekonomik yük oluşturmakta ve bireysel engelliliğe neden olmaktadır (Alonso and Lépine 2007, Domschke and Dannlowski 2010, Klerman et al. 1991). DSÖ verilerinde Dünya'da 264 milyon kişinin anksiyete bozuklukları ile mücadele ettiği, 2015 yılında bu sayının 2005 yılına göre nüfus artışı ve yaşlanmaya bağlı olarak %14,9 arttığı bildirilmiştir. 2015 yılında anksiyete bozukluklarının sıklığı genel olarak %3,6 olup, kadınlarda %4,6, erkeklerde ise %2,6'dır. ABD'de kadınlarda anksiyete bozukluklarının sıklığı %7,7, erkeklerde ise %3,6 olarak rapor edilmiştir. Yaşlılarda daha az sıklıkla görülmekle beraber yaş grupları arasında sıklık açısından çok fazla fark gözükmemektedir. Anksiyete bozuklukları toplamda 24,6 milyon YLD'ye neden olmakta, bu yük DSÖ bölgelerine göre değişkenlik göstermektedir (Afrika bölgesinde 100.000'de 267 iken ABD'de 100.000'de 567). Anksiyete bozukluklarının oluşturduğu sağlık yükü depresyona kıyasla daha az olmakla beraber, dünya genelinde non-fatal sağlık kayıplarına neden olan hastalıklar içinde 6. Sıradadır. DSÖ bölgelerinde

Anksiyete bozuklukları YLD'nin en önemli 10 nedeni arasında yer almaktadır (DSÖ 2017).

DSM-5'te anksiyete bozuklukları,

1-Ayrılma kaygısı bozukluğu

2-Seçici konuşmazlık (mutizm)

3-Özgül fobi

4-Toplumsal kaygı bozukluğu (sosyal fobi)

5-Panik bozukluk

6-Agarofobi

7-Yaygın anksiyete bozukluğu

8-Madde veya ilacın neden olduğu kaygı bozukluğu

9-Başka bir sağlık durumuna bağlı kaygı bozukluğu

10-Tanımlanmış diğer bir kaygı bozukluğu

11-Tanımlanmamış kaygı bozukluğu olarak sınıflandırılmıştır (Koroğlu 2013).

2.3.1.YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU (DSM-5-TR)

DSM-5'e göre Yaygın Anksiyete Bozukluğunun tanı kriterleri;

A-En az 6 aylık bir sürenin çoğu gününde, birtakım olaylar veya etkinliklerle (işte ya da okulda başarı gösterebilme gibi) ilgili olarak, aşırı bir kaygı ve kuruntu (kaygılı beklenti) vardır.

B- Kişi kuruntularını denetim altına almakta güçlük çeker.

C- Bu kaygı ve kuruntuya, aşağıdaki altı belirtiden üçü (ya da daha çoğu) eşlik eder (en azından kimi belirtiler son altı ayın çoğu gününde bulunmuştur).

1- Dinginleşememe (huzursuzluk) ya da gergin ya da sürekli diken üzerinde olma

2- Kolay yorulma

3- Odaklanmada güçlük çekme ya da zihin boşalması

4- Kolay kızma

5- Kas gerginliği

6- Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük çekme ya da dinlendirmeyen, doyurucu olmayan bir uyku uyuma)

D- Kaygı, kuruntu ya da bedensel belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

E- Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. hipertiroidi) fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz.

F- Bu bozukluk başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. Panik bozukluğunda panik atakları olacağına ilişkin kaygı ya da kuruntu, toplumsal kaygı bozukluğunda (sosyal fobi) olumsuz değerlendirme, takıntı-zorlantı bozukluğunda bulaşma ya da diğer takıntılar, ayrılma kaygısı bozukluğunda bağlandığı kişilerden ayrılma, örselenme sonrası gerginlik bozukluğunda örseleyici olayların anımsatıcıları, anoreksiya nervozada kilo alma, bedensel belirti bozukluğunda bedensel yakınmalar, beden algısı bozukluğunda algılanan görünüm kusurları, hastalık kaygısı bozukluğunda önemli bir hastalığı olma ya da şizofreni ya da sanrısız bozuklukta sanrısız (inançların içeriği) olarak belirtilmiştir (Koroğlu 2013).

2.3.2. ANKSİYETE BOZUKLUKLARI İÇİN OLASI RİSK ETMENLERİ

Anksiyete bozuklukları nedeni tam olarak aydınlatılamayan, birçok farklı sebebi ve klinik belirtisi olan ruh sağlığı problemlerindedir (Alkın and Onur 2007). Anksiyete bozuklukları, genetik bozukluklar üzerinde biyolojik, çevresel/psikolojik faktörlerin etkileşimi sonucu ortaya çıkan kompleks bir hastalık grubudur (Domschke and Dannlowski 2010).

Yaş-cinsiyet: Anksiyete bozuklukları her yaşta ve cinsten görülebilen yaygın ruh sağlığı problemlerindedir. Kadınlarda (%4,6) erkeklere (%2,6) göre daha sık görülmektedir. Yaş grupları arasında büyük ölçüde farklılıklar görülmemekle beraber ilerleyen yaşlarda görülme sıklıklarında bir azalma eğilimi gözlenmektedir (DSÖ 2017). Edwards ve ark. nın (2019) yaptıkları sistematik derlemede anksiyete bozuklukları için kadın ve genç yaş grubunda olmanın risk faktörü olduğunu bildirmişlerdir.

Aile öyküsü ve genetik faktörler: Genetik belirleyiciler anksiyete bozukluklarının etiolojisinde önemli rol oynamaktadır. Hetteema ve ark. nın (2001) yaptıkları Anksiyete bozukluklarının genetik epidemiyolojisi ile ilgili meta analiz çalışmasında birinci derece akrabalarında anksiyete bozukluğu olan kişilerde bu hastalıkların görülme olasılığının 4-6 kat arttığı gösterilmiştir. Anne-babasinda anksiyete bozukluğu olan çocuklarda da bu hastalıkların görülme riskinin arttığı yapılan çalışmalar ile ortaya konmuştur (Black et al. 2003, Merikangas et al. 2003). Ayrıca yapılan ikiz çalışmalarında da anksiyete bozukluklarının genetik yönünün olduğu gösterilmiştir (Hetteema et al. 2001). Özellikle anksiyete bozukluklarının bazı türlerinde moleküler genetik çalışmalar yapılmaktadır (Arnold et al. 2004).

Sosyoekonomik düzey: Bireylerin hem fiziksel hem de ruhsal sağlığının korunması ve geliştirilmesi ile sosyoekonomik düzey arasında önemli bir bağ bulunmaktadır (Muramatsu 2003). Ancak sosyoekonomik düzey ile ruh sağlığı problemleri arasında ilişki net olmakla beraber sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanamama (yetersiz tanı, tedavinin tamamlanamaması vs.) en çok kabul gören görüştür (Patel and Kleinman 2003, Sturm and Gresenz 2002). Kanada'da yapılan bir sistematik derlemede gelir düzeyinin düşük olması, işsizlik gibi etmenlerin duygudurum ve anksiyete bozuklukları için risk faktörlerinden olduğu bildirilmiştir (Edwards et al. 2019). Literatürde benzer sonuç bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Kaya 2007, Lorant et al. 2003, Patel and Kleinman 2003, Sturm and Gresenz 2002).

Kişilik yapısı: Biyolojik varyasyonlar, sosyal etkiler, psikolojik ve bilişsel faktörler, çocukluk çağında edinilen tecrübeler, bireysel hedefler ve seçimler insan kişiliğinin temel bileşenlerini oluşturmaktadır. Son yıllarda kişilik yapısı ile psikiyatrik hastalıklar üzerine yapılan çalışmalar artmış olup, bazı kişilik tiplerinde bazı psikiyatrik hastalıkların daha sık görüldüğü bildirilmiştir (Kasper et al. 2003). Yıllar içerisinde anksiyete bozuklukları ve kişilik bozuklukları üzerine ilgi artmıştır. Yapılan çalışmalarda panik bozukluğu (agorafobisi olan), obsesif-kompulsif bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu gibi anksiyete bozukluğu olan kişilerde kişilik bozukluğu sıklıklarının daha fazla olduğu gösterilmiştir (Baer et al. 1990,

Friedman et al. 1987, Sanderson and Wetzler 1991). Sanderson ve ark. nın (1994) anksiyete bozukluğu olan hastalarda kişilik bozukluklarının sıklığını araştırdıkları çalışmada hastaların %35'ine en az 1 kişilik bozukluğu tanısının eşlik ettiği bildirilmiştir.

Diğer faktörler: Göçmen/mülteci konumunda olma ile ruh sağlığı problemleri arasında karmaşık bir ilişki bulunmaktadır. Sosyopolitik yapı, göç etmeden önce, göç sırasında ve sonrasında yaşanan deneyimler duygudurum ve anksiyete bozukluklarının görülmesi ile ilişkilendirilmektedir (Edwards et al. 2019). Bogic ve ark. nın (2015) göçmenler üzerinde yaptıkları bir çalışmada, geldikleri ve yerleştikleri ülkelerin özellikleri, gelinen yerde maruz kalınan travmaların, yerleştikleri ülkedeki yaşam olaylarının ruh sağlığı problemleri ile ilişkili olduğu, depresyon, anksiyete bozukluğu, posttravmatik stres bozukluğu gibi durumların görüldüğü bildirilmiştir.

Watterson ve ark. nın (2017) yaptıkları çalışmada yalnız yaşıyor olmanın, eşinden ayrılmış/eşinin ölmüş olmasının anksiyete bozuklukları için risk faktörü olduğu rapor edilmiştir.

Yapılan bazı çalışmalarda kronik hastalıklar (obezite, hiperlipidemi, hipertansiyon vs.) gibi bazı biyolojik faktörlerin anksiyete bozuklukları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Santos-Veloso et al. 2019, Vink et al. 2008). Ek olarak anksiyete bozukluklarına diğer ruh sağlığı problemleri de eşlik edebilmektedir (Alonso and Lépine 2007).

Meijer ve ark. nın (2019) yaptıkları çalışmada kişilerin kendileri veya yakın çevresinden birilerinin sağlıkları ile ilgili olayların, çatışmaların, yaşanan olumsuz olayların anksiyete bozuklukları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.

Anksiyete bozukluğu için risk faktörleri Grafik 2’de belirtilmiştir.



*: Diğer: Göçmen olmak, yalnızlık, kronik hastalık olma durumu vs.

Grafik 2. Anksiyete bozukluğu risk faktörleri

2.4. GEBELİKTE DEPRESYON VE ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

Gebelik fertilizasyondan doğuma kadar yaklaşık 280 gün süren uzun bir süreçtir. Her biri yaklaşık 3'er aydan oluşan 3 trimestıra ayrılan bu süreçte hem gebenin hem de bebeğin sağlıklı olmasını sağlamak, biyolojik ihtiyaçlarını karşılamak ve doğum eylemi için gereken anatomik ve fizyolojik uyumu sağlamak amacıyla birtakım değişiklikler meydana gelmektedir. Gebelerden bir yandan yaşanan değişikliklere adapte olması, bir yandan da toplumsal-aile içerisinde değişecek statüsünü-anne rolünü benimsemesi ve artan-farklılaşan sorumluluklarına uyum sağlaması beklenmektedir. Gebelik kadının hayatında doğal bir süreç olmasına rağmen, her kadının gebelikte yaşanan değişikliklere uyumu farklı olabilmektedir. Gebenin uyumu kendi ruh ve fiziksel sağlığı, sosyo-ekonomik ve kültürel yapısına göre şekillenmekte olup, çevresel faktörlerden (aile-eş ilişkileri, iş yaşamı vs.)

etkilenmektedir. Yaşanan tüm bu değişiklikler gebelerin ruh sağlığını olumsuz etkileyebilmekte ve bazı psikiyatrik sorunların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Ek olarak gebelikte yaşanan hormonal değişikliklerinde kadınlarda ruhsal değişiklikler oluşturduğu bilinmektedir (Gözüyeşil et al. 2008, Kömürcü and Doğan Merih 2012, Okanlı et al. 2003, Rofé et al. 1993). Gebelik ve ruhsal sorunlar arasında çift yönlü bir etkileşim bulunmaktadır. Kadının ruhsal durumu gebeliği etkilediği gibi, gebeliğin kendisinde kadının emosyonel yaşantısı üzerinde etkileri bulunmaktadır. Tüm bunlar öncesinde mevcut olan bir hastalık var ise alevlenmesine neden olabilirken, ilk ruhsal sorunlar gebelik sırasında ortaya çıkabilmektedir. Kadınların yaşamında yüksek stres yaratan bir dönem olan gebelik, depresyon, anksiyete bozukluğu gibi psikiyatrik hastalıkların sık görüldüğü bir süreçtir (Diket and Nolan 1997).

Gebelikte yaşanan biyolojik ve psikolojik değişiklikler etkileşim halindedir. Gebeliğe bağlı bulantı-kusma, birçok gebelikte görülmesine rağmen şiddetli bulantı-kusma daha nadir görülmektedir ve sıklıkla psikolojik faktörler ile ilişkilidir (Eliakim et al. 2000). McCarthy ve ark. nın (2011) yaptıkları çalışmada hiperemesisli gebelerin gebelikte adaptasyonlarının daha zayıf, algılanan stres, anksiyete bozukluğu ve depresyon düzeylerinin ise daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Benzer şekilde King ve ark. nın (2010) yaptıkları bir araştırmada da hiperemesis gibi medikal problemi olan gebelerin depresyon ölçeğinden aldıkları puanların daha yüksek olduğu rapor edilmiştir.

Gebelik öncesinde var olan hastalıklar ve/veya gebelikte ortaya çıkan riskli durumlar gebelerin uyumunu bozabilir ve psikiyatrik semptomların oluşmasına neden olabilir. King ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, herhangi bir medikal hastalığı olan gebelerin anksiyete bozukluğu ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puanların, hastalığı olmayan gebelere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (King et al. 2010). Benute ve ark. nın (2010) tıbbi hastalığı olan gebeler üzerinde yaptıkları çalışmada depresyon gelişme riskinin arttığı bildirilmiştir. Diğer yandan gebenin kendi özgeçmişinde (özellikle daha önceki gebelik boyunca ve/veya sırasında) veya

ailesinde depresyon gibi psikiyatrik hastalık öyküsünün olması önemli risk faktörlerindedir (Muzik et al. 2009).

Yaşayan çocuğunun olmaması ve/veya daha önce olumsuz gebelik olayları yaşayan kadınlarda (ölü doğum, bebek ölümü, düşük vs.) çocuğum olucak mı düşüncesi, tekrar aynı şeyleri yaşama-ölüm korkusu emosyonel yük oluşturarak bazı psikiyatrik semptomların oluşmasına neden olabilir. Ali ve ark. nın (2012) yaptıkları çalışmada olumsuz gebelik olayları yaşayanlarda, yaşayan çocuğu olmayanlarda, Sjögren'in (1997) yaptığı çalışmada ise doğum korkusu-ölüm korkusu yaşamının depresyon/anksiyete bozukluğu gibi psikiyatrik durumlar için risk faktörü olduğu gösterilmiştir.

Gebelikte psikiyatrik sorunların oluşmasında diğer önemli faktörlerden birisi kadının içinde yaşadığı psiko-sosyal çevredir. Eş, anne-baba, birlikte yaşamılan diğer kişilerin tutumu, sosyal desteğin sağlanması son derece önemlidir. Gebelikte beraber kadının sorumluluklarında değişimler meydana gelecek ve bu durum baba adayına yeni görevler yükleyecektir. Erkeğin bu süreçte eşine destek olması, güven sağlaması ve yakın ilgisi kadının gebeliğe uyumunu arttıracak ve ruhsal dalgalanmaları hafifletebilecektir. Yapılan çalışmalarda evlilikte sorun yaşayan, eşi olmayan, sosyal desteği zayıf olan, aile içi huzursuzluk-şiddet (fiziksel, ruhsal, cinsel şiddet) olan, olumsuz yaşam olayları yaşayan gebelerde psikiyatrik hastalıkların görülme olasılığının arttığı bildirilmiştir (Muzik et al. 2009, Leigh and Milgrom 2008, Pereira et al. 2009, Xie et al. 2009).

Genç yaş, sigara içimi, alkol-madde kullanımı, mesleki-ekonomik çalkantılar, stresli yaşam olayları, yalnız yaşamak, istenmeyen/planlanmayan gebelik veya gebelikle ilgili ambivalan düşünceler, gebelikte görülen ruh sağlığı problemleri diğer risk faktörleri arasında sayılabilir (Muzik et al. 2009).

Gebelikte psikiyatrik hastalıklar ile ilişkili olduğu düşünülen diğer bir değişken ise beslenmedir. Özellikle omega-3 yağ asidinin yeterli düzeyde olmaması hem gebelikte hem de postpartum dönemde görülen depresif belirtiler ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Borja-Hart and Marino 2010).

Kısacası kadın yaşamında özel bir evre olan gebelik, stres oluşturan bir faktör olup, kadınlar için ağır emosyonel yük oluşturabilmekte ve başta depresyon-anksiyete bozukluğu olmak üzere çeşitli psikiyatrik hastalıkların görülme olasılığını arttırabilmektedir.

2.5. GEBELİK DEPRESYONU VE ANKSİYETE BOZUKLUKLARININ ETKİLERİ-SONUÇLARI

Gebelikte yaşanan ruh sağlığı problemleri sadece anne sağlığını değil bebek sağlığını da olumsuz etkilemektedir. Düşük doğum ağırlığı, erken doğum, ölü doğum, fetal anomaliler ve obstetrik komplikasyonlara neden olabilmekte, aynı zamanda doğrudan ve dolaylı yollarla çocukların büyüme ve gelişmesini olumsuz yönde kalıcı olarak etkileyebilmektedir (Grote et al. 2010, Staneva et al. 2015, Tang et al. 2019). Gebelikte ve/veya postpartum dönemde görülen depresyon, anksiyete bozukluğu ve stres gibi ruh sağlığı problemlerinin çocukların kognitif fonksiyonlarının gelişimini, sosyo-emosyonel ve psikomotor gelişimini duraklattığı gösterilmiştir (Feldman et al. 2009, Field et al. 2008, Prelog et al. 2019, Stein et al. 2014). Yapılan farklı çalışmalarda gebelikte görülen depresyonun preeklampsi-eklampsi, erken doğum, düşük ağırlıklı doğum, düşük apgar skoru ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Diego et al. 2009, Field 2011, Kurki et al. 2000).

Antenatal dönemde başlayan depresyon postnatal dönemde de devam edebilmektedir. Bu durum anne-bebek bağlanmasını etkileyerek bebek sağlığı üzerine olumsuz etkileri olabilmektedir (Beck 2001). Ban ve ark. nın (2010) yaptıkları çalışmada perinatal depresyonu olan anneden doğan bebeklerde gastrointestinal sistem enfeksiyonların görülme riskini %40, alt solunum yolu enfeksiyonlarının riskini %27 arttırdığı bildirilmiştir (Ba. Rahman ve ark. nın (2004) yaptıkları çalışmada depresyondaki annelerden doğan bebeklerin daha zayıf, diyare ataklarının daha fazla olduğu gösterilmiştir.

Gebelik döneminde yaşanan ruh sağlığı problemleri hem maternal hem de fetal mortalite ve morbiditeyi artırdığı aşikardır. Bu durumun ailelere oluşturduğu

emosyonel ve maddi yükün yanı sıra sağlık sistemi üzerinde de önemli etkileri bulunmaktadır (Staneva et al. 2015, https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/Perinatal_depression_mmh_final.pdf?ua=1, Erişim Tarihi: 25.05.2020). Erken müdahale ile depresyon-anksiyete bozukluğu gibi ruh sağlığı problemlerinin hem anne hem de çocuk sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri azalmakta hem de sağlık sistemi üzerindeki yük hafiflemektedir. Bu nedenle gebelik döneminde depresyon ve anksiyete bozukluğu gibi ruh sağlığı problemlerinin erken tanısı ve tedavisi son derece önemlidir. Gebelikte görülen ruh sağlığı problemlerinin önlenmesinde ki ilk adım risk altında bulunan kadınları belirlemektir. Gebelikte depresyon ve anksiyete bozukluklarının sıklığının, ilişkili faktörlerinin belirlenmesi yapılacak müdahale çalışmalarına yön vermesi açısından oldukça değerlidir. Yapılan literatür taraması sonucunda Türkiye’de gebelikte depresyon ve özellikle anksiyete bozukluğu sıklığının belirlenmesine yönelik çalışmaların yetersiz olduğu görülmüştür. Buradan hareketle Sakarya il genelinde, toplum tabanlı olarak yürütülen çalışmamızda, gebelerde depresyon ve anksiyete sıklığının belirlenmesi, ilişkili olduğu düşünülen bazı faktörlerin incelenmesi ve elde edilen bulguların literatür ile paylaşılması amaçlandı.

3. MATERYAL VE METOT

Bu çalışma tıpta uzmanlık tezi kapsamında, 15.04.2018-15.04.2020 tarihleri arasında Sakarya il genelinde yaşayan ve aile hekimliği birimlerine kayıtlı gebeler üzerinde yürütülen kesitsel tipte bir araştırmadır.

Çalışmanın yapılabilmesi için Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 02/04/2018 tarih ve 71522473/050.01.04/63 sayılı onay alındı. 10/01/2018 tarih ve 24404279-042-E.52 sayılı Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü'nden onaylı Sakarya genelindeki gebe sayıları ve grafiksel dağılımları alındı. Ayrıca çalışmanın yürütüleceği Aile Sağlığı Merkez'lerinin (ASM) sorumlu hekimlerinden sözel izin alındı. Çalışmada herhangi bir fon desteği kullanılmamış olup, araştırmanın bütçesi araştırmacılar tarafından karşılanmıştır.

3.1. ÇALIŞMANIN EVRENİ-ÇALIŞMA PROSEDÜRÜ

Çalışmanın yürütüldüğü Sakarya ilinin 2'si merkez, 14'ü perifer olmak üzere toplam 16 ilçesi mevcuttur. Sakarya'nın toplam nüfusu 2018 yılı sonu itibari ile 1.010.700'dür. Toplam nüfusun %40,7'si (n=411,110; Adapazarı-Serdivan) merkez ilçelerde ikamet etmektedir. İl nüfusunun yaklaşık yarısı erkek (505,645), yarısı da kadındır (505,055). Kadın nüfusunun 263,806'sı (%52,2) 15-49 yaş aralığında yer almaktadır (<https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=95&locale=tr>, Erişim tarihi: 01.10.2019). Sakarya ilinde toplamda 93 ASM ve 290 Aile Hekimliği Birimi birinci basamak sağlık hizmeti vermektedir. Sakarya Halk Sağlığı Başkanlığı 2018 istatistiklerine göre il genelinde toplam gebe sayısı 15,951 idi.

Çalışma süresi içinde, tüm gebelere ulaşmanın coğrafik olarak zorluğu, tüm gebelere ulaşmanın getireceği ekonomik yük, çalışma süresinin kısıtlı olması, personel

sayısının ve lojistik desteğin yetersiz olması gibi sebeplerden dolayı örneklem alındı. Bu çalışmada minimum ulaşılması gereken örneklem büyüklüğü Openepi İstatistik Paket Programında, gebelerde beklenen depresyon sıklığı %35, hata payı %5 alınarak, %95 Güven Aralığında, desen etkisi 2,0 (küme örnekleme olduğu için) kabul edilerek n=685 olarak hesaplandı. Gebelere ulaşılabilmesi, ulaşılan gebelerin anket formu cevaplamaması gibi sebeplerden dolayı örneklem büyüklüğü %5 artırılarak n=720'ye çıkarıldı. Çalışmada ilk olarak Sakarya ili araştırmacılar tarafından, Merkez (Adapazarı ve Serdivan), Kuzey (Kaynarca, Karasu, Kocaali, Ferizli ve Söğütlü), Güney (Sapanca, Arifiye, Geyve, Pamukova ve Taraklı) ve Doğu (Erenler, Akyazı, Hendek ve Karapürçek) olmak üzere 4 adet coğrafi bölgeye tabakalandırıldı. Her bir AHB (Aile Hekimliği Birimi)'ye kayıtlı gebe sayısı öğrenildi. Daha sonra her bir bölgeden/birimden çalışma kapsamına alınacak gebe sayısını belirlemek için örneklem çarpanı (k)=Örnekleme alınacak gebe sayısı (n)÷Sakarya ilindeki toplam gebe sayısı (N) formülüyle hesaplandı. Merkez bölgesinden 316, Kuzeyden 100, Güneyden 116, Doğudan ise 188 gebenin çalışmaya dahil edilmesi hedeflendi. Çalışmamızda her bir AHB bir küme olarak kabul edildi ve çalışma kapsamına alınacak AHB'ler kura ile belirlendi.

Bu çalışmada veri toplamaya başlamadan önce tüm araştırmacılar anket formunun nasıl doldurulması gerektiği konusunda teorik eğitimden geçirildi. Çalışma gün ve saatlerinde önceden belirlenen çalışma kapsamına alınan AHB'lerine gidilerek ASM (Aile Sağlığı Merkezi) sorumlu hekimi, ilgili aile hekimi ve aile sağlığı elemanı çalışmanın konusu ve amacı hakkında bilgilendirildi. Herhangi bir nedenle (rutin izlem, hastalık vs.) ASM'ye gelen gebeler ile gebe izlem odalarında görüşülerek çalışmanın konusu ve amacı anlatıldı. Çalışmaya katılmayı kabul edenlerin sözlü onamları alındıktan sonra önceden hazırlanan anket formu araştırmacıların gözetimi dahilinde gebelerin kendileri tarafından dolduruldu. Bu işlemler yaklaşık olarak 20-30 dakika sürmüş olup zaman sınırlaması getirilmemiştir. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen, iletişim kurulamayan, anket formu dolduracak yeterlilikte olmayan, anket formun en az %90'ını doldurmayan 89 gebe çalışma kapsamının dışında tutulmuş olup, çalışma toplamda 731 gebe ile tamamlanmıştır. 2018 yılı Nisan ayında

başlanan çalışma da hedeflenen örneklem sayısına 2018 yılı Aralık ayında ulaşılmıştır.

3.2. ANKET FORMU

Çalışmanın amacına uygun olarak literatürden de faydalanılarak 3 kısımdan oluşan bir anket form hazırlandı (Aydemir 1997, Cox et al. 1987, Engindeniz et al. 1996, Zigmond and Snaith 1983).

Anket formunun birinci kısmı gebelerin bazı sosyodemografik özellikleri (yaş, öğrenim durumu, yaşadığı yer, gelir getirici işte aktif olarak çalışma durumu, eşinin öğrenim durumu, gelir düzeyi vs.), bazı özgeçmiş özellikleri (hekim tanılı her hangi bir kronik hastalık öyküsü, psikiyatrik bir hastalığının olup olmadığı, önceki gebeliklerinde kötü obstetrik öykü varlığı, mevcut gebeliğinde herhangi bir sağlık sorunu varlığı vs.), kendisinin ve eşinin alkol-sigara kullanma durumu, sosyal medya kullanma durumu-özellikleri, şiddete maruz kalıp kalmadığı ile ilgili bilgiler içermektedir.

Anket formun ikinci kısmı Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nin (HAD) maddelerinden oluşmaktadır. HAD Zigmond ve Snaith tarafından 1983 yılında geliştirilmiş olup, Türkiye'deki geçerlilik-güvenirlilik çalışması 1997 yılında Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. HAD, kişilerde anksiyete bozukluğu ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla uygulanan kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplamda 14 maddeden oluşan ölçeğin, tek sayılardan oluşan 7 maddesi anksiyete bozukluğu, çift sayılardan oluşan 7 maddesi ise depresyonu değerlendirmektedir. Her bir madde dördümlü Likert tipinde olup, 0-3 arasında puanlanmaktadır. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0 iken en yüksek puan 21'dir. Türkiye'de yapılan çalışma sonunda kesme puanı, anksiyete bozukluğu alt ölçeği için 10, depresyon alt ölçeği için ise 7 bulunmuştur. Bu puanların üzerinde alanlar risk grubu olarak değerlendirilirler. Buna göre, hastaların anksiyete bozukluğu ve depresyon açısından eşik üstünde olup

olmadıklarını irdeleyebilecek değerler; 0-7 normal, 8-10 sınırdan anormal, 11-21 anormal şeklindedir (Aydemir 1997, Zigmond and Snaith 1983).

Anket formunun üçüncü kısmı Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinin (EDSDÖ) maddelerini içermektedir. EDSDÖ, Cox ve arkadaşları tarafından 1987 geliştirilmiş olup, Türkiye’de ki ilk geçerlilik güvenilirlik çalışması 1997 yılında Engindeniz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Bu ölçek doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon riskini belirlemeye yöneliktir. Dörtlü Likert tipinde toplam 10 maddeden oluşan ölçek, hastalardaki duygu durumu değişikliğini ölçebilecek özellikte olup, her maddenin kendi içerisinde puanlandırılması farklıdır. 3-5-6-7-8-9 ve 10. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3-2-1-0 şeklindedir. 1-2 ve 4. maddeler ise giderek artan şiddet gösterir ve 0-1-2-3 şeklinde puanlandırılırlar. Ölçeğin puanı, bu maddelerin puanların toplanması ile elde edilir ve 0-30 arasında değişmektedir. Elde edilen puan 12 ve altı ise kişi postpartum depresyon açısından risksiz grup, 13 ve üstünde ise riskli grup olarak kabul edilmektedir (Cox et al. 1987, Engindeniz et al. 1996).

3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ VE ÇALIŞMADA KULLANILAN DİĞER TANIMLAMALAR

Çalışmada elde edilen veriler bilgisayar ortamında IBM SPSS (versiyon 20,0) paket programında analiz edildi. Çalışma grubunun tanımlayıcı bilgileri sayı, yüzde, standart sapma, ortalama ile sunuldu. Verilerin tek değişkenli değerlendirilmesinde Ki Kare analizi kullanıldı. Tek değişkenli analizlerde $p < 0,05$ düzeyinde anlamlılık veren değişkenler ile çoklu lojistik regresyon analizi yapıldı. Çalışmada kullanılan ölçeklerden alınan puanların normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk ile değerlendirildi. Normal dağılım göstermeyen sürekli veriler (ölçeklerden alınan puanlar) arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile test edildi.

4. BULGULAR

Çalışma grubunu oluşturanların yaşları 18-45 yaş arasında değişmekte olup ortalama $29.4 \pm 5,3$ SS yıl idi. Gebelerin %35,4'ünün (n=259), eşlerin ise %40,4'ünün (n=295) öğrenim düzeyi liseydi. Çalışma grubunda sigara içme sıklığı gebelik öncesinde %27,2 (n=199) iken, gebelikte %12,7 (n=93) olarak saptandı. Çalışma grubunu oluşturanların ve eşlerinin bazı sosyodemografik özellikleri ve alışkanlıklarına göre dağılımı Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Çalışmaya katılan gebelerin ve eşlerinin bazı sosyodemografik özellikler ve alışkanlıklarına göre dağılımı

Sosyodemografik özellikler-Alışkanlıklar		n (%)
İkamet yeri	İlçe merkezi	508 (69.5)
	Köy/Belde/Uzak mahalle	223 (30.5)
İkamet edilen ilçenin özelliği	Merkez	289 (39.5)
	Perifer	444 (60.5)
Yaş grubu (yıl)	≤ 24	134 (19.0)
	25-34	454 (62.1)
	≥ 35	138 (18.9)
Eşinin yaş grubu (yıl)	≤ 24	37 (5.0)
	25-34	415 (56.8)
	≥ 35	279 (38.2)
Medeni durum	Evli değil	4 (0.5)
	Evli	727 (99.5)
Öğrenim düzeyi	İlköğretim ve altı	242 (33.1)
	Lise	259 (35.4)
	Üniversite ve üzeri	230 (31.5)

Eşinin öğrenim düzeyi	İlköğretim ve altı	205 (28.0)
	Lise	295 (40.4)
	Üniversite ve üzeri	231 (31.6)
Düzenli gelir getirici işte aktif olarak çalışma	Evet	217 (29.7)
	Hayır	517 (70.3)
Eşinin düzenli gelir getirici işte aktif olarak çalışma	Evet	591 (80.8)
	Hayır	140 (19.2)
Hanedeki kişi sayısı	2	265 (36.3)
	3-4	351 (48.0)
	≥5	115 (15.7)
Aylık haneye giren toplam para (TL)	≤2000	209 (28.6)
	2001-4000	294 (40.2)
	≥4001	228 (31.2)
Gebelikte sigara içme durumu	İçiyor	93 (12.7)
	İçmiyor	638 (87.3)
Gebelikten 3 ay öncesine kadar sigara tüketme durumu	İçiyor	199 (27.2)
	İçmiyor	532 (72.8)
Eşinin sigara tüketme durumu	İçiyor	409 (56.0)
	İçmiyor	322 (44.0)
Eşinin alkol kullanma durumu	Kullanıyor	60 (8.2)
	Kullanmıyor	671 (91.8)
Toplam		731 (100.0)

Tablo 1. Çalışmaya katılan gebelerin ve eşlerinin bazı sosyodemografik özellikler ve alışkanlıklarına göre dağılımı (devam)

Çalışma grubundakilerin evlenme yaşı 15-42 arasında değişmekte olup ortalama $23.3 \pm 4,0$ SS idi. İlk gebelik yaşının ise 15-43 arasında değişmekte olup ortalamasının 24.8 ± 4.4 SS olduğu bulundu. Gebelerin %21,12'sinin (n=154) ilk gebeliği, %40,4'ünün (n=295) 2. trimesterde olduğu, %24,1'inin daha önce ölü doğum/düşük yaşadığı ve %58,4'ünün (n=427) gebeliğinin planlı olduğu saptandı. Çalışma

grubundakilerin mevcut ve önceki gebeliklerine ait obstetrik öyküleri, Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2. Çalışmaya katılan gebelerin mevcut ve önceki gebeliklerine ait obstetrik öyküleri

Özellikler		n (%)
Evlenme yaşı	<20	132 (18.1)
	20-29	550 (75.2)
	≥30	49 (6.7)
İlk gebelik yaşı	<20	82 (11.2)
	20-29	554 (75.8)
	≥30	95 (13.0)
Gebelik trimesteri	Birinci	154 (21.1)
	İkinci	295 (40.3)
	Üçüncü	282 (38.6)
Bebek cinsiyet	Kız	261 (35.7)
	Erkek	270 (36.9)
	Bilinmiyor	200 (27.4)
Gebelik şekli	Planlı	427 (58.4)
	Plansız-istenen	279 (38.2)
	Plansız-istennemeyen	25 (3.4)
Ölü doğum-düşük öyküsü	Var	176 (24.1)
	Yok	555 (75.9)
Kürtaj öyküsü	Var	122 (16.7)
	Yok	609 (83.3)
Doğduktan sonra bebek-çocuk ölümü	Var	9 (1.2)
	Yok	722 (98.8)
Mevcut gebeliğinde bebekte sağlık sorunu	Var	16 (2.2)
	Yok	715 (97.8)
Toplam gebelik sayısı	1-2	484 (66.2)
	≥3	247 (33.8)
Yaşayan çocuk sayısı	0-1	543 (74.3)
	≥2	188 (25.7)
Toplam		731 (100.0)

Çalışma grubunu oluşturanların %86,2'si (n=630) eşinden yeterince destek gördüğünü, %41,0'i 3 ve daha fazla konuşabildiği arkadaşı olduğunu, %83,9'u en az bir tane sosyal medya hesabı olduğunu ve %53.8 ise hemen her gün gebelik süreciyle ilgili bilgi edinmek için internet ve/veya sosyal medya kullandığını belirtti. Gebelerin en sık kullandığı 2 sosyal medya hesabının sırasıyla Instagram (n=490, %38,1) ve Facebook (n=474; %36,9) olduğu bulundu. Gebelerin eş ile ilgili destek, sosyal yaşantı ve sosyal medya kullanımı ile ilgili özellikleri Tablo 3'te, kullanılan sosyal medya uygulamaları ise Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 3. Çalışmaya katılan gebelerin eş ile ilgili destek, sosyal yaşantı ve sosyal medya kullanımı ile ilgili özellikleri

Özellikler		n (%)
Eş desteği	Yeterli	630 (86,2)
	Yetersiz	101 (13.8)
Fiziksel şiddete maruz kalma	Evet	3 (0.4)
	Hayır	728 (99.6)
Sözlü şiddete maruz kalma	Evet	24 (3.3)
	Hayır	707 (96.7)
Konuşabileceği arkadaş sayısı	Yok	56 (7.7)
	1-2	375 (51.3)
	≥3	300 (41.0)
Fiziksel aktivite yapma durumu (haftada)	Yapmıyorum	380 (52.0)
	1-2 gün	186 (25.4)
	≥3 gün	165 (22.6)
Açık havada geçirilen süre (günde)	≤1 saat	223 (30.5)
	1-2 saat	222 (30.4)
	≥2 saat	286 (39.1)
Balık tüketimi	Haftada en az 1 gün	219 (30.0)
	Haftada 1 günden daha az	512 (70.0)
Akıllı telefon	Var	692 (94.7)
	Yok	39 (5.03)
Gebelik süreciyle ilgili bilgi edinmek için internet ve/veya	Her gün	393 (53.8)
	Haftada en az 1 gün	190 (26.0)

sosyal medya kullanımı	Ayda 1 veya daha az	148 (20.2)
Sosyal medya hesabı	Var	613 (83.9)
	Yok	118 (16.1)
Sosyal medya hesap sayısı*	1	174 (28.4)
	2	270 (44.0)
	≥3	169 (27.6)
Sosyal medyada geçirilen süre (saat)*	≤1 saat	385 (52.7)
	1-2 saat	161 (22.0)
	≥2 saat	185 (25.3)
Sosyal medyada gebelikle ilgili paylaşım *	Haftada en az 1 kez	151 (20.7)
	Ayda en az 1 kez	367 (50.2)
	Paylaşım yapmıyorum	213 (29.1)

*Sayı-yüzdeler sosyal medya hesabı olanlar üzerinden verilmiştir.

Tablo 3. Çalışmaya katılan gebelerin eş ile ilgili destek, sosyal yaşantı ve sosyal medya kullanımı ile ilgili özellikleri (devam)

Tablo 4. Gebelerin kullandıkları sosyal medya uygulamaları

Sosyal medya hesabı	n (%)*
Facebook	474 (36.9)
Instagram	490 (38.1)
Twitter	60 (4.7)
Youtube	213 (16.6)
Swarm	15 (1.2)
Snapchat	27 (2.1)
LinkedIn	2 (0.1)
Diğer**	4 (0.3)
Toplam	1285 (100.0)

*Sayı-yüzdeler belirtilen cevaplar üzerinden verilmiştir.

** : Tik-Tok, pinterest

Gebelerin 161'inde (%22,0) en az 1 tane hekim tanımlı kronik hastalık öyküsü, 28'sinde (%3,8) mevcut gebelik öncesinde psikiyatrik hastalık öyküsü mevcuttu. Gebelerde en sık saptanan kronik hastalığın (n=48; 28.2) migren olduğu saptandı.

Mevcut gebelik öncesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olan hastaların (n=28) 3'ü (%10,7) gebelik esnasında psikiyatri başvurusu yapmış olduğunu belirtti. Gebelerin kronik ve psikiyatrik hastalık öyküleri Tablo 5'te, kronik hastalıkların dağılımı Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 5. Çalışmaya Katılan Gebelerin Kronik ve Psikiyatrik Hastalık Öyküleri

Özellikler		n (%)
Gebede sağlık sorunu	Var	91 (12.4)
	Yok	640 (87.6)
Gebede kronik hastalık öyküsü	Var	161 (22.0)
	Yok	570 (78.0)
Daha önceki gebelik sırasında psikiyatrik hastalık öyküsü*	Var	9 (2.0)
	Yok	451 (98.0)
Mevcut gebelik öncesinde psikiyatrik hastalık öyküsü	Var	28 (3.8)
	Yok	703 (96.2)
Mevcut gebelik öncesinde psikiyatrik hastalık tedavisi	Evet	27 (3.7)
	Hayır	704 (96.3)
Mevcut gebelik nedeniyle tedaviyi yarım bırakma	Evet	13 (1.8)
	Hayır	718 (98.2)
Mevcut gebelikte psikiyatri başvurusu	Evet	5 (0.7)
	Hayır	726 (99.3)
Gebelik öncesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olanlardan mevcut gebelikte psikiyatri başvurusu**	Evet	3 (10.7)
	Hayır	25 (89.3)
Mevcut gebelikte psikiyatrik tanı	Evet	5 (0.7)
	Hayır	726 (99.3)
Mevcut gebelikte psikiyatrik tedavi	Evet	3 (0.4)
	Hayır	728 (99.6)
Birinci derece akrabalarda psikiyatrik hastalık öyküsü	Evet	53 (7.3)
	Hayır	678 (92.7)

Toplam	731 (100.0)
--------	-------------

*İlk gebeliği olmayanlar üzerinden verilmiştir.

** Mevcut gebelik öncesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olanlar üzerinden verilmiştir.

Tablo 6. Çalışmaya Katılan Gebelerin Hastalıklarının Dağılımı

Hastalık	n (%)*
GÖRH	20 (11.8)
Hipo-hipertiroidi	40 (23.5)
Migren	48 (28.2)
Astım	9 (5.3)
DM	14 (8.3)
Diğer **	39 (22.9)
Toplam	170 (100.0)

*Sayı-yüzdeler belirtilen cevaplar üzerinden verilmiştir.

** :HT, Hepatit-B, RA, Miyalji, Bel fitiği, Böbrek taşı, Aritmi, IBS, B talasemi, Vertigo, Pes Planus

Gebelerin HAD ölçeğinin depresyon alt ölçeğinden aldığı puan ortalaması 5.2 ± 3.7 SS, anksiyete bozukluğu alt ölçeğinden aldığı puan ortalaması 7.0 ± 4.0 SS, EDSDÖ'den aldıkları puan ortalaması 8.0 ± 5.0 SS idi. HAD depresyon alt ölçeğine göre gebelerin 187'inde (%25,6) depresyon riski, anksiyete bozukluğu alt ölçeğine göre 124'ünde (%17,0) anksiyete bozukluğu riski olduğu saptandı. EDSDÖ'ne göre ise gebelerin 152'sinde (20.8) depresyon riski olduğu saptandı. Gebelerin HAD ve EDSDÖ'den aldıkları puanların dağılımı Tablo 7'de, aldıkları puanlara göre depresyon, anksiyete bozukluğu riski sıklığı Tablo 8'de ve Grafik 3-4'te verilmiştir.

Tablo 7. Çalışmaya katılan gebelerin HAD ve EDSDÖ'den aldıkları puanların dağılımı

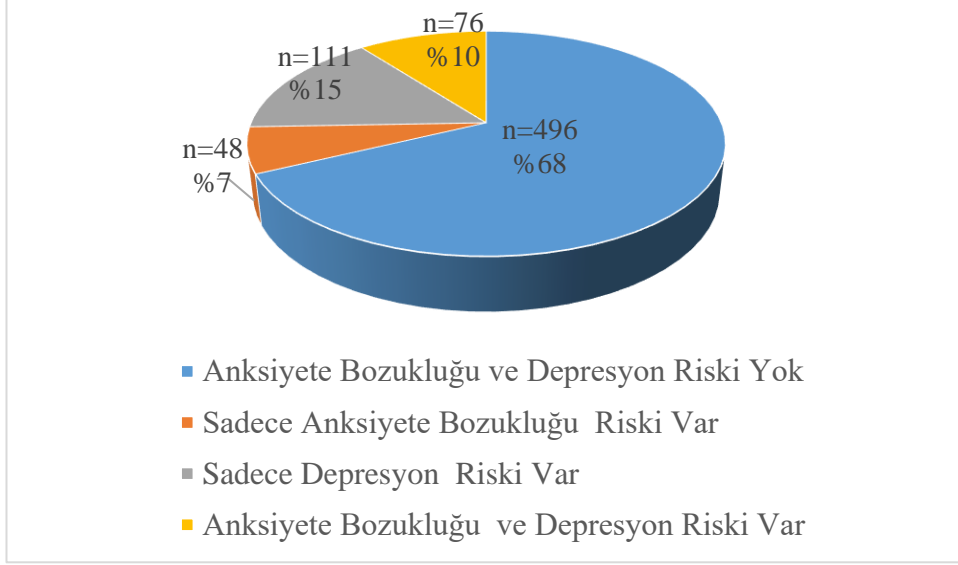
	HAD ölçeği		EDSDÖ
	Depresyon alt kısmı	Anksiyete alt kısmı	
Ortalama \pm SS	5.2 \pm 3.7	7.0 \pm 4.0	8.0 \pm 5.0
Ortanca (Min-Maks)	5.0 (0.0-21.0)	7.0 (0.0-20.0)	8.0 (0.0-24.0)

SS: Standart Sapma, Min: Minimum Değer, Maks: Maksimum Değer

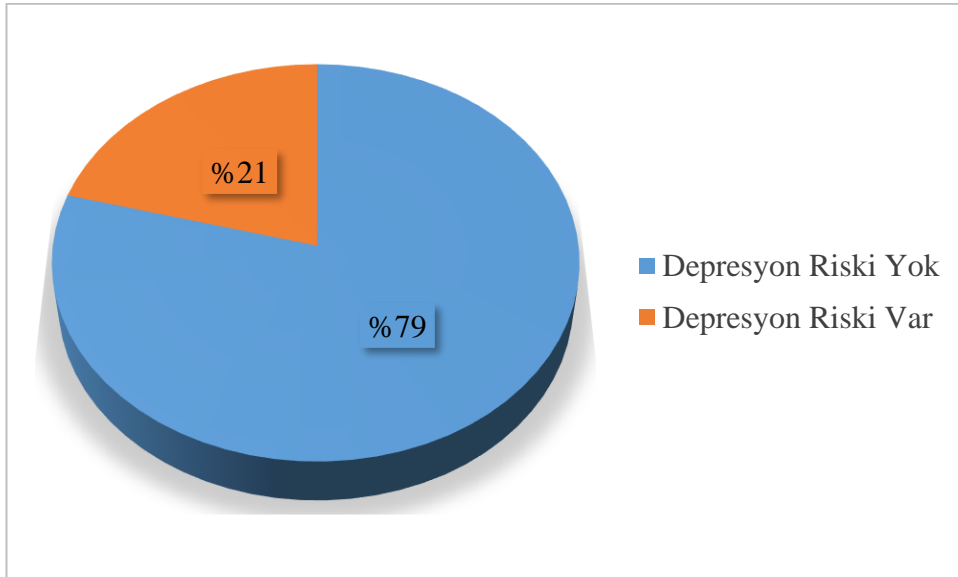
Tablo 8. Çalışmaya katılan gebelerin HAD ve EDSDÖ'den aldıkları puanlara göre depresyon anksiyete riski sıklığı

Ölçekler		n (%)
<i>HAD</i>		
Depresyon riski	Var	187 (25.6)
	Yok	544 (74.4)
Anksiyete bozukluğu riski	Var	124 (17.0)
	Yok	607 (83.0)
<i>EDSDÖ</i>		
Depresyon riski	Var	152 (20.8)
	Yok	579 (79.2)

HAD: EDSDÖ:



Grafik 3. Gebelerin HAD-Ö'den aldıkları puanlara göre depresyon, anksiyete bozukluğu riski sıklığının dağılımı



Grafik 4. Gebelerin EDSD-Ö'den aldıkları puanlara göre depresyon riski sıklığının dağılımı

Çalışma grubunu oluşturanların öğrenim düzeyi yükseldikçe depresyon riski azalmakta idi ($p=0.000$). Eşinin öğrenim düzeyi üniversite ve üzerinde olanlarda,

sigara içmeyenlerde depresyon riski daha düşük olarak saptandı (her biri için $p<0.05$). Gebelerin aylık haneye giren toplam para arttıkça ve hanede ki kişi sayısı azaldıkça depresyon riski azalmakta idi (her biri için $p<0.05$). Çalışma grubunu oluşturanlarda depresyon riskinin bazı sosyodemografik özellikler ve alışkanlıklara göre dağılımı Tablo 9’da verilmiştir.

Tablo 9. Çalışmaya Katılan Gebelerin Depresyon Riskinin Bazı Sosyodemografik Özellikler ve Alışkanlıklara Göre Dağılımı

Sosyodemografik özellikler- Alışkanlıklar		HAD Ölçeği Depresyon Riski		İstatistiksel Analiz	
		Yok	Var	Ki kare	p
İkamet yeri	İlçe merkezi	391 (77.0)	117 (23.0)	5.687	0.017
	Köy/Belde/Uzak mahalle	153 (68.6)	70 (31.4)		
İkamet edilen ilçenin özelliği	Merkez	226 (78.2)	63 (21.8)	3.591	0.058
	Perifer	318 (71.9)	124 (28.1)		
Yaş grubu (yıl)	≤24	95 (68.3)	44 (31.7)	3.463	0.177
	25-34	346 (76.2)	108 (23.8)		
	≥35	103 (74.6)	35 (25.4)		
Eşinin yaş grubu (yıl)	≤24	22 (59.5)	15 (40.5)	5.660	0.059
	25-34	318 (76.6)	97 (23.4)		
	≥35	204 (73.1)	75 (26.9)		
Medeni durum	Evli değil	3 (75.0)	1 (25.0)	1.000*	
	Evli	541 (74.4)	186 (25.6)		
Öğrenim düzeyi	İlköğretim ve altı	148 (61.2)	94 (38.8)	44.106	0.000
	Lise	194 (74.9)	65 (25.1)		
	Üniversite ve üzeri	202 (87.8)	28 (12.2)		
Eşinin	İlköğretim ve altı	132 (64.4)	73 (35.6)	29.787	0.000

öğrenim düzeyi	Lise	212 (71.9)	83 (28.1)		
	Üniversite ve üzeri	200 (86.6)	31 (13.4)		
Düzenli gelir getirici işte aktif olarak çalışma	Evet	184 (84.8)	33 (15.2)	17.446	0.000
	Hayır	360 (70.0)	154 (30.0)		
Eşinin düzenli gelir getirici işte aktif olarak çalışma	Evet	448 (75.8)	143 (31.4)	3.110	0.078
	Hayır	96 (68.6)	44 (31.4)		
Hanedeki kişi sayısı	2	222 (83.8)	43 (16.2)	30.102	0.000
	3-4	256 (72.9)	95 (27.1)		
	≥5	66 (57.4)	49 (42.6)		
Aylık haneye giren toplam para (Tl)	≤2000	133 (63.6)	76 (36.4)	23.267	0.000
	2001-4000	220 (74.8)	74 (25.2)		
	≥4001	191 (83.8)	37 (16.2)		
Gebelikte sigara içme durumu	İçiyor	60 (64.5)	33 (35.5)	4.909	0.027
	İçmiyor	484 (75.9)	154 (24.1)		
Gebelikten 3 ay öncesine kadar sigara tüketme durumu	İçiyor	147 (73.9)	52 (26.1)	0.043	0.835
	İçmiyor	397 (74.6)	135 (25.4)		
Eşinin sigara tüketme durumu	İçiyor	297 (72.6)	112 (27.4)	1.585	0.208
	İçmiyor	247 (76.7)	75 (23.3)		
Eşinin alkol kullanma durumu	Kullanıyor	39 (65.0)	21 (35.0)	2.531	0.112
	Kullanmıyor	505 (75.3)	166 (24.7)		
Toplam		544 (74.4)	187 (25.6)	731 (100.0)	

Tablo 9. Çalışmaya Katılan Gebelerin Depresyon Riskinin Bazı Sosyodemografik Özellikler ve Alışkanlıklara Göre Dağılımı (devam)

Çalışma grubunda erken yaşta evlenenlerde ve erken yaşta gebe kalanlarda depresyon riskinin daha fazla olduğu saptandı (her biri için $p < 0.05$). Gebeliği planlı olanlarda depresyon riski en az iken, plansız ve istenmeyen gebelik yaşayanlarda en yüksekti ($p = 0.000$). Çalışma grubunda depresyon riskinin bazı obstetrik özelliklere göre dağılımı Tablo 10’da verilmiştir.

Tablo 10. Çalışmaya Katılan Gebelerin Depresyon Riskinin Obstetrik Özelliklere Göre Dağılımı

Özellikler		HAD Ölçeği		İstatistiksel	
		Depresyon Riski		Analiz	
		Yok	Var	Ki kare	p
Evlenme yaşı	<20	74 (56.1)	58 (43.9)	28.553	0.000
	20-29	431 (78.4)	119 (21.6)		
	≥30	39 (79.6)	10 (20.4)		
İlk gebelik yaşı	<20	42 (51.2)	40 (48.8)	28.083	0.000
	20-29	423 (76.4)	131 (26.3)		
	≥30	79 (83.2)	16 (16.8)		
Gebelik trimesteri	Birinci	115 (74.7)	39 (25.3)	0.011	0.995
	İkinci	219 (74.2)	76 (25.8)		
	Üçüncü	210 (74.5)	72 (25.5)		
Gebelik şekli	Planlı	334 (78.2)	93 (21.8)	19.894	0.000
	Plansız- istenen	200 (71.7)	79 (28.3)		
	Plansız- istenmeyen	10 (40.0)	15 (60.0)		
Ölü doğum-düşük öyküsü	Var	118 (67.0)	58 (33.0)	6.620	0.010
	Yok	426 (76.8)	129 (23.2)		
Kürtaj öyküsü	Var	79 (64.8)	43 (35.2)	6.588	0.010

	Yok	465 (76.4)	144 (23.6)		
Doğduktan sonra bebek-çocuk ölümü	Var	4 (44.4)	5 (55.6)	0.052*	
	Yok	540 (74.8)	182 (25.2)		
Mevcut gebeliğinde bebekte sağlık sorunu	Var	12 (75.0)	4 (25.0)	1.000*	
	Yok	532 (74.4)	183 (25.6)		
Toplam gebelik sayısı	1-2	382 (78.9)	102 (21.1)	15.284	0.000
	≥3	162 (65.6)	85 (34.4)		
Yaşayan çocuk sayısı	0-1	421 (77.5)	122 (22.5)	10.752	0.001
	≥2	123 (65.4)	65 (34.6)		
Toplam		544 (74.4)	187 (25.6)	731 (100.0)	

Tablo 10. Çalışmaya Katılan Gebelerin Depresyon Riskinin Obstetrik Özelliklere Göre Dağılımı (devam)

Çalışma grubunda eş desteğinin yetersiz olduğunu ifade edenlerde, şiddete maruz kalanlarda ve sosyal medya hesabı olmayanlarda depresyon riskinin daha fazla olduğu saptandı (her biri için $p < 0.05$). Gebelerin konuşabileceği arkadaş sayısı arttıkça depresyon riski azalmaktaydı ($p = 0.000$). Çalışma grubundakilerin depresyon riskinin sosyal yaşamlarına göre dağılımı Tablo 11’de verilmiştir.

Tablo 11. Çalışmaya katılan gebelerin HAD ölçeğine göre depresyon riski taşıma durumlarının gebelerin bazı özelliklerine göre dağılımı

Özellikler		HAD Ölçeği		İstatistiksel		
		Depresyon Riski		Analiz		
		Yok	Var	Ki kare	p	
Eş desteği	Yeterli	492 (78.1)	138 (21.9)	32.37	0.000	
	Yetersiz	52 (51.5)	49 (48.5)			7
Şiddete maruz kalma (Sözlü/Fiziksel)	Evet	11 (44.0)	14 (56.0)	10.98	0.001	
	Hayır	533 (75.5)	173 (24.5)			1
Konuşabileceği arkadaş		Yok	22 (39.3)	34 (60.7)	54.57	0.000

sayısı	1-2	268 (71.5)	107 (28.5)	5	
	≥3	254 (84.7)	46 (15.3)		
Fiziksel aktivite yapma durumu (haftada)	Yapmıyor	268 (70.5)	112 (29.5)	8.649	0.013
	1-2 gün	140 (75.3)	46 (24.7)		
	≥3 gün	136 (82.4)	29 (17.6)		
Açık havada geçirilen süre (günde)	≤1 saat	153 (68.6)	70 (31.4)	6.034	0.049
	1-2 saat	168 (75.7)	54 (24.3)		
	≥2 saat	223 (78.0)	63 (22.0)		
Balık tüketimi	Haftada en az bir gün	168 (76.7)	51 (23.3)	0.864	0.353
	Haftada bir günden az	376 (73.4)	136 (26.6)		
Akıllı telefon	Var	523 (75.6)	169 (24.4)	8.053	0.005
	Yok	21 (53.8)	18 (46.2)		
Gebelik süreciyle ilgili bilgi edinmek için internet ve/veya sosyal medya kullanımını	Her gün	302 (76.8)	91 (23.2)	7.702	0.021
	Haftada en az 1 gün	145 (76.3)	45 (23.7)		
	Ayda 1 veya daha az	97 (65.5)	51 (34.5)		
Sosyal medya hesabı	Var	472 (77.0)	141 (23.0)	13.275	0.000
	Yok	72 (61.0)	46 (39.0)		
Sosyal medya hesap sayısı*	1	132 (75.9)	42 (24.1)	1.095	0.578
	2	205 (75.9)	65 (24.1)		
	≥3	135 (79.9)	34 (20.1)		
Sosyal medyada geçirilen süre (saat)*	≤1 saat	210 (78.7)	57 (21.3)	1.355	0.508
	1-2 saat	125 (77.6)	36 (22.4)		
	≥2 saat	137 (74.1)	48 (25.9)		

Sosyal medyada gebelikle ilgili paylaşım *	Haftada en az 1 kez	121 (80.1)	30 (19.9)	1.162	0.559
	Ayda en az 1 kez	278 (75.7)	89 (24.3)		
	Paylaşım yapmıyor	73 (76.8)	22 (23.2)		
Toplam		544 (74.4)	187 (25.6)	731 (100.0)	

Tablo 11. Çalışmaya katılan gebelerin HAD ölçeğine göre depresyon riski taşıma durumlarının gebelerin bazı özelliklerine göre dağılımı (devam)

Çalışma grubunda sağlık sorunu olanlarda, kendisinde ve birinci derece yakınlarında psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda depresyon riski daha fazlaydı (her biri için $p < 0.05$). Gebelerde depresyon riskinin öz-soy geçmiş özelliklerine göre dağılımı Tablo 12.'de verilmiştir.

Tablo 12. Çalışmaya katılan gebelerin HAD ölçeğine göre depresyon riski taşıma durumlarının öz-soy geçmiş özelliklerine göre dağılımı

Özellikler		HAD Ölçeği Depresyon Riski		İstatistiksel Analiz	
		Yok	Var	Ki kare	p
Gebede sağlık sorunu	Var	50 (54.9)	41 (45.1)	19.553	0.000
	Yok	494 (77.2)	146 (22.8)		
Gebede kronik hastalık öyküsü	Var	113 (70.2)	48 (29.8)	1.943	0.163
	Yok	431 (75.6)	139 (24.4)		
Daha önceki gebelik sırasında psikiyatrik hastalık öyküsü*	Var	3 (33.3)	6 (66.7)	0.022*	
	Yok	321 (71.2)	130 (28.8)		

Mevcut gebelik öncesinde psikiyatrik hastalık öyküsü	Var	14 (50.0)	14 (50.0)	7.834	0.005
	Yok	530 (75.4)	173 (24.6)		
Mevcut gebelikte psikiyatri başvurusu	Evet	3 (60.0)	2 (40.0)	0.607*	
	Hayır	541 (74.5)	185 (25.5)		
Mevcut gebelikte psikiyatrik tanı	Evet	1 (20.0)	4 (80.0)	0.017*	
	Hayır	543 (74.8)	183 (25.2)		
Mevcut gebelikte psikiyatrik tedavi	Evet	2 (66.7)	1 (33.3)	1.000*	
	Hayır	542 (74.5)	186 (25.5)		
Birinci derece akrabalarda psikiyatrik hastalık öyküsü	Evet	25 (47.2)	28 (52.8)	20.771	0.000
	Hayır	519 (76.5)	159 (23.5)		
Toplam		544 (74.4)	187 (25.6)	731 (100.0)	

Çok değişkenli analiz sonuçlarına göre gebelerde depresyon görülme riski, öğrenim düzeyi üniversite ve üzerinde olanlara göre lise olanlarda 2,8 kat, ilköğretim ve altı olanlarda ise 2,5 kat, eş desteği yeterli olmayanlarda 2,4 kat, konuşabilecek arkadaş sayısı 1-2 tane olanlarda 3 ve daha fazlası olanlara göre 6,9 kat ve birinci derece akrabalarda psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda olmayanlara göre 2,8 kat daha fazlaydı. Çalışmada HAD Ölçeği Depresyon alt bölümü ile $p \leq 0,05$ düzeyinde ilişki saptanan değişkenlerle oluşturulan çok değişkenli lojistik regresyon analizi Tablo 13'te verilmiştir.

Tablo 13. Çok değişkenli lojistik regresyon analiz sonuçları (HAD-Depresyon Alt Ölçeği)

Değişkenler		Multivariate OR (95% CI)	p
İkamet yeri	İlçe merkezi	1	-
	Köy/Belde/Uzak mahalle	1.0 (0.6-1.7)	0.950

Öğrenim düzeyi	Üniversite ve üzeri	1	-
	Lise	2.8 (1.0-7.4)	0.042
	İlköğretim ve altı	2.5 (1.0-6.0)	0.044
Eşinin öğrenim düzeyi	Üniversite ve üzeri	1	
	Lise	1.5 (0.6-3.4)	0.397
	İlköğretim ve altı	2.2 (1.0-4.7)	0.047
Düzenli gelir getirici işte aktif olarak çalışma	Evet	1	-
	Hayır	1.1 (0.5-2.2)	0.826
Hanedeki kişi sayısı	2	1	-
	3-4	0.8 (0.3-2.2)	0.724
	≥5	1.5 (0.5-4.6)	0.438
Aylık haneye giren toplam para (TL)	≥4001	1	-
	2001-4000	0.8 (0.3-1.9)	0.671
	≤2000	0.6 (0.3-1.3)	0.221
Gebelikte sigara içme durumu	İçmiyor	-	
	İçiyor	0.8 (0.3-1.6)	0.502
Evlenme yaşı	≥30	1	
	20-29	0.9 (0.2-4.0)	0.844
	<20	0.5 (0.1-2.0)	0.315
İlk gebelik yaşı	≥30	1	-
	20-29	1.5 (0.4-5.8)	0.542
	<20	1.6 (0.5-4.7)	0.410
Gebelik şekli	Planlı		
	Plansız-istenen	0.9 (0.5-1.4)	0.559
	Plansız-istenmeyen	1.6 (0.5-5.0)	0.457
Ölü doğum-düşük öyküsü	Yok	1	-
	Var	1.4 (0.7-2.7)	0.338
Kürtaj öyküsü	Yok	1	-
	Var	1.1 (0.5-2.1)	0.887
Toplam gebelik sayısı	1-2	1	-
	≥3	1.5 (0.7-3.4)	0.319
Yaşayan çocuk sayısı	0-1	1	-
	≥2	0.6 (0.2-1.5)	0.111
Eş desteği	Yeterli	1	

	Yetersiz	2.4 (1.2-4.6)	0.011
Şiddete maruz kalma (Sözlü/Fiziksel)	Hayır	1	-
	Evet	1.4 (1.0-2.8)	0.583
Konuşabilecek arkadaş sayısı	≥3	1	
	1-2	6.9 (2.8-17.0)	0.000
	Yok	1.6 (1.0-2.8)	0.075
Fiziksel aktivite yapma durumu (haftada)	≥3 gün	1	
	1-2 gün	0.8 (0.4-1.8)	0.625
	Yapmıyorum	1.1 (0.6-2.2)	0.732
Açık havada geçirilen süre (günde)	≥2 saat	1	-
	1-2 saat	1.6 (0.9-2.9)	0.119
	≤1 saat	1.4 (0.8-2.4)	0.306
Akıllı telefon	Var	1	-
	Yok	1.3 (0.5-3.4)	0.651
Gebelik süreciyle ilgili bilgi edinmek için internet ve/veya sosyal medya kullanımı	Her gün	1	-
	Haftada en az 1 gün	0.9 (0.5-1.7)	0.738
	Ayda 1 veya daha az	0.8 (0.4-1.5)	0.435
Sosyal medya hesabı	Var	1	-
	Yok	1.6 (0.8-3.0)	0.195
Gebede sağlık sorunu	Yok	1	-
	Var	3.1 (1.6-6.1)	0.001
Daha önceki gebelik sırasında psikiyatrik hastalık öyküsü*	Yok		
	Var	2.1 (0.3-14.4)	0.470
Mevcut gebelik öncesinde psikiyatrik hastalık öyküsü	Yok	1	-
	Var	1.6 (0.3-7.7)	0.536
Birinci derece akrabalarda psikiyatrik hastalık öyküsü	Yok	1	-
	Var	2.8 (1.1-7.0)	0.024

OR: Odds Ratio

Tablo 13. Çok değişkenli lojistik regresyon analiz sonuçları (HAD-Depresyon Alt Ölçeği) (devam)

Çalışma grubunda düzenli gelir getiren işte aktif olarak çalışanlarda hem gebelikte hem de gebelik öncesinde sigara içmeyenlerde anksiyete bozukluğu görülme riski

daha az olarak saptandı (her biri için $p < 0.05$). Çalışma grubunu oluşturanlarda anksiyete bozukluğu riskinin bazı sosyodemografik özellikler ve alışkanlıklara göre dağılımı Tablo 14'te verilmiştir.

Tablo 14. Çalışmaya katılan gebelerde anksiyete bozukluğu riskinin bazı sosyodemografik özellikler ve alışkanlıklara göre dağılımı

Sosyodemografik özellikler- Alışkanlıklar		HAD Ölçeği		İstatistiksel	
		Anksiyete Bozukluğu Riski		Analiz	
		Yok	Var	Ki kare	p
İkamet yeri	İlçe merkezi	419 (82.5)	89 (17.5)	0.366	0.545
	Köy/Belde/Uzak mahalle	188 (84.3)	35 (15.7)		
İkamet edilen ilçenin özelliği	Merkez	249 (86.2)	40 (13.8)	3.308	0.069
	Perifer	358 (81.0)	84 (19.0)		
Yaş grubu (yıl)	≤24	111 (79.9)	28 (20.1)	1.694	0.429
	25-34	383 (84.4)	71 (15.6)		
	≥35	113 (81.9)	25 (18.1)		
Eşinin yaş grubu (yıl)	≤24	33 (89.2)	4 (10.8)	1.050	0.592
	25-34	343 (82.7)	72 (17.3)		
	≥35	231 (82.8)	48 (17.2)		
Medeni durum	Evli değil	3 (75.0)	1 (25.0)	0.525*	
	Evli	604 (83.1)	123 (16.9)		
Öğrenim düzeyi	İlköğretim ve altı	189 (78.1)	53 (21.9)	13.829	0.001
	Lise	210 (81.1)	49 (18.9)		
	Üniversite ve üzeri	208 (90.4)	22 (9.6)		

Eşinin öğrenim düzeyi	İlköğretim ve altı	165 (80.5)	40 (19.5)	2.143	0.342
	Lise	244 (82.7)	51 (17.3)		
	Üniversite ve üzeri	198 (85.7)	33 (14.3)		
Düzenli gelir getirici işte aktif olarak çalışma	Evet	190 (87.6)	27 (12.4)	4.478	0.034
	Hayır	417 (81.1)	97 (18.9)		
Eşinin düzenli gelir getirici işte aktif olarak çalışma	Evet	491 (83.1)	100 (16.9)	0.000	1.000
	Hayır	116 (82.9)	24 (17.1)		
Hanedeki kişi sayısı	2	226 (85.3)	39 (14.7)	2.238	0.327
	3-4	290 (82.6)	61 (17.4)		
	≥5	91 (79.1)	24 (20.9)		
Aylık haneye giren toplam para (Tl)	≤2000	164 (78.5)	45 (21.5)	10.438	0.005
	2001-4000	239 (81.3)	55 (18.7)		
	≥4001	204 (89.5)	24 (10.5)		
Gebelikte sigara içme durumu	İçiyor	61 (65.6)	32 (34.4)	21.626	0.000
	İçmiyor	546 (85.6)	92 (14.4)		
Gebelikten 3 ay öncesine kadar sigara tüketme durumu	İçiyor	155 (77.9)	44 (22.1)	5.144	0.023
	İçmiyor	452 (85.0)	80 (15.0)		
Eşinin sigara tüketme durumu	İçiyor	330 (80.7)	79 (19.3)	3.648	0.056
	İçmiyor	277 (86.0)	45 (14.0)		
Eşinin alkol kullanma durumu	Kullanıyor	47 (78.3)	13 (21.7)	0.695	0.404
	Kullanmıyor	560 (83.5)	111 (16.5)		
Toplam		607 (83.0)	124 (17.0)	731 (100.0)	

Tablo 14. Çalışmaya katılan gebelerde anksiyete bozukluğu riskinin bazı sosyodemografik özellikler ve alışkanlıklara göre dağılımı (devam)

Çalışma grubunda 20 yaşın altında evlenip gebe kalanlarda ve plansız-istenmeyen gebeliği olanlarda anksiyete bozukluğu riski daha fazla olarak saptandı. Çalışma

grubunda anksiyete bozukluğu riskinin obstetrik özelliklere göre dağılımı Tablo 15'te verilmiştir.

Tablo 15. Çalışmaya katılan gebelerde anksiyete bozukluğu riskinin obstetrik sosyal özelliklere göre dağılımı

Özellikler		HAD Ölçeği Anksiyete Bozukluğu Riski		İstatistiksel Analiz	
		Yok	Var	Ki kare	p
Evlenme yaşı	<20	98 (74.2)	34 (25.8)	10.933	0.004
	20-29	471 (85.6)	79 (14.4)		
	≥30	38 (77.6)	11 (22.4)		
İlk gebelik yaşı	<20	57 (69.5)	25 (30.5)	12.017	0.002
	20-29	470 (84.8)	84 (15.2)		
	≥30	80 (84.2)	15 (15.8)		
Gebelik trimesteri	Birinci	124 (80.5)	30 (19.5)	0.878	0.645
	İkinci	247 (83.7)	48 (16.3)		
	Üçüncü	236 (83.7)	46 (16.3)		
Bebek cinsiyet	Kız	220 (84.3)	41 (15.7)	0.628	0.731
	Erkek	224 (83.0)	46 (17.0)		
	Bilinmiyor	163 (81.5)	37 (18.5)		
Gebelik şekli	Planlı	363 (85.0)	64 (15.0)	7.958	0.019
	Plansız-istenen	228 (81.7)	51 (18.3)		
	Plansız- istenmeyen	16 (64.0)	9 (36.0)		
Ölü doğum-düşük öyküsü	Var	139 (79.0)	37 (21.0)	2.712	0.100
	Yok	468 (84.3)	87 (21.0)		
Kürtaj öyküsü	Var	92 (75.4)	30 (24.6)	5.415	0.020
	Yok	515 (84.6)	94 (15.4)		
Doğduktan sonra	Var	6 (66.7)	3 (33.3)	0.184*	

bebek-çocuk ölümü	Yok	601 (83.2)	121 (16.8)		
Mevcut gebeliğinde bebekte sağlık sorunu	Var	11 (68.8)	5 (31.3)	0.167*	
	Yok	596 (83.4)	119 (16.6)		
Toplam gebelik sayısı	1-2	411 (84.9)	73 (15.1)	3.596	0.058
	≥3	196 (79.4)	51 (20.6)		
Yaşayan çocuk sayısı	0-1	453 (83.4)	90 (16.6)	0.226	0.634
	≥2	154 (81.9)	34 (18.1)		
Toplam		607 (83.0)	124 (17.0)	731 (100.0)	

Tablo 15. Çalışmaya katılan gebelerde anksiyete bozukluğu riskinin obstetrik sosyal özelliklere göre dağılımı (devam)

Çalışma grubunda eş desteğinin yeterli olduğunu ifade edenlerde, haftada en az 3gün fiziksel aktivite yapanlarda anksiyete riski daha azdı. Ayrıca konuşabileceği arkadaş sayısı arttıkça anksiyete bozukluğu riski azalmaktaydı (her biri için $p < 0.05$). Çalışma grubundakilerin anksiyete riskinin sosyal yaşamlarına göre dağılımı Tablo 16’da verilmiştir.

Tablo 16. Çalışmaya katılan gebelerde anksiyete bozukluğu riskinin sosyal yaşamlarına göre dağılımı

Özellikler		HAD Ölçeği Anksiyete Bozukluğu Riski		İstatistiksel Analiz	
		Yok	Var	Ki kare	p
Eş desteği	Yeterli	542 (86.0)	88 (14.0)	29.034	0.000
	Yetersiz	65 (64.4)	36 (35.6)		
Şiddete maruz kalma (Sözlü/Fiziksel)	Evet	16 (64.0)	9 (36.0)	0.025**	
	Hayır	591 (83.7)	115 (16.3)		

Konuşabileceği arkadaş sayısı	Yok	38 (67.9)	18 (32.1)	16.169	0.000
	1-2	304 (81.1)	71 (18.9)		
	≥3	265 (88.3)	35 (11.7)		
Fiziksel aktivite yapma durumu (haftada)	Yapmıyorum	303 (79.7)	77 (20.3)	6.896	0.032
	1-2 gün	158 (84.9)	28 (15.1)		
	≥3 gün	146 (88.5)	19 (11.5)		
Açık havada geçirilen süre (günde)	≤1 saat	172 (77.1)	51 (22.9)	9.425	0.009
	1-2 saat	185 (83.3)	37 (16.7)		
	≥2 saat	250 (87.4)	36 (12.6)		
Balık tüketimi	Haftada en az bir gün	189 (86.3)	30 (13.7)	2.366	0.124
	Haftada bir günden az	418 (81.6)	94 (18.4)		
Akıllı telefon	Var	576 (83.2)	116 (16.8)	0.150	0.698
	Yok	31 (79.5)	8 (20.5)		
Gebelik süreciyle ilgili bilgi edinmek için internet ve/veya sosyal medya kullanımı	Her gün	322 (81.9)	71 (18.1)	1.009	0.604
	Haftada en az 1 gün	162 (85.3)	28 (14.7)		
	Ayda 1 veya daha az	123 (83.1)	25 (16.9)		
Sosyal medya hesabı	Var	513 (83.7)	100 (16.3)	0.871	0.351
	Yok	94 (79.7)	24 (20.3)		
Sosyal medya hesap sayısı*	1	141 (81.0)	33 (19.0)	2.266	0.322
	2	225 (83.3)	45 (16.7)		
	≥3	147 (87.0)	22 (13.0)		
Sosyal medyada geçirilen süre (saat)*	≤1 saat	230 (86.1)	37 (13.9)	5.483	0.064
	1-2 saat	138 (85.7)	23 (14.3)		
	≥2 saat	145 (78.4)	40 (21.6)		
Sosyal medyada gebelikle ilgili	Haftada en az 1 kez	133 (88.1)	18 (11.9)	2.958	0.228

paylaşım *	Ayda en az 1 kez	303 (82.6)	64 (17.4)		
	Paylaşım yapmıyorum	77 (81.1)	18 (18.9)		

Tablo 16. Çalışmaya katılan gebelerde anksiyete bozukluğu riskinin sosyal yaşamlarına göre dağılımı (devam)

Gebelerde sağlık sorunu olanlarda, kronik hastalığı olanlarda, psikiyatrik hastalığı olanlarda anksiyete bozukluğu görülme riskinin daha fazla olduğu bulundu (her biri için $p < 0.05$). Gebelerde anksiyete bozukluğu riskinin öz-soy geçmiş özelliklerine göre dağılımı Tablo 17.'de verilmiştir.

Tablo 17. Çalışmaya katılan gebelerde anksiyete bozukluğu riskinin öz-soy geçmiş özelliklerine göre dağılımı

Özellikler		HAD Ölçeği Anksiyete Bozukluğu Riski		İstatistiksel Analiz	
		Yok	Var	Ki kare	p
Gebede sağlık sorunu	Var	64 (70.3)	27 (29.7)	10.907	0.001
	Yok	543 (84.8)	97 (15.2)		
Gebede kronik hastalık öyküsü	Var	125 (77.6)	36 (22.4)	4.270	0.039
	Yok	482 (84.6)	88 (15.4)		
Daha önceki gebelik sırasında psikiyatrik hastalık öyküsü**	Var	4 (44.4)	5 (55.6)	0.014*	
	Yok	370 (82.0)	81 (18.0)		
Mevcut gebelik öncesinde psikiyatrik hastalık öyküsü	Var	16 (57.1)	12 (42.9)	0.001*	
	Yok	591 (84.1)	112 (15.9)		
Mevcut gebelikte	Evet	2 (40.0)	3 (60.0)	0.037*	

psikiyatri başvurusu	Hayır	605 (83.3)	121 (16.7)		
Mevcut gebelikte psikiyatrik tanı	Evet	2 (40.0)	3 (60.0)	0.037*	
	Hayır	605 (83.3)	121 (16.7)		
Mevcut gebelikte psikiyatrik tedavi	Evet	1 (33.3)	2 (66.7)	0.076*	
	Hayır	606 (83.2)	122 (16.8)		
Birinci derece akrabalarda psikiyatrik hastalık öyküsü	Evet	30 (56.6)	23 (43.4)	26.358	0.000
	Hayır	577 (85.1)	101 (14.9)		
Toplam		607 (83.0)	124 (17.0)	731 (100.0)	

Çalışmada çok değişkenli analiz sonuçlarına göre öğrenim düzeyi üniversite ve üzerinde olanlara göre lise olanlarda 3.2, ilköğretim ve altı olanlarda ise 3.6 kat, 30 yaş sonrasında evlenenlerde 20-29 yaş aralığında evlenenlere göre 6.4 kat, eş desteği yeterli olmayanlarda 2.3 kat, konuşabilecek arkadaş sayısı 1-2 tane olanlarda 3 ve daha fazlası olanlara göre 2.6 kat ve birinci derece akrabalarda psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda olmayanlara göre 3.4 kat anksiyete bozukluğu görülme riski daha fazlaydı. Çalışmada HAD Ölçeği anksiyete alt ölçeğine göre anksiyete riski ile $p \leq 0,05$ düzeyinde ilişki saptanan değişkenlerle oluşturulan çok değişkenli lojistik regresyon analizi Tablo 18’de verilmiştir.

Tablo 18. Çok değişkenli lojistik regresyon analiz sonuçları (HAD-Anksiyete Alt Ölçeği)

Değişkenler		Multivariate OR (95% CI)	p
Öğrenim düzeyi	Üniversite ve üzeri	1	-
	Lise	3.2 (1.0-9.8)	0.042
	İlköğretim ve altı	3.6 (1.2-10.6)	0.019
Düzenli gelir getirici işte aktif olarak çalışma	Evet	1	-
	Hayır	1.1 (0.5-2.4)	0.902
Aylık haneye giren toplam para (Tl)	≥ 4001	1	-
	2001-4000	1.5 (0.6-3.8)	0.433

	≤2000	1.9 (0.8-4.6)	0.141
Gebelikte sigara içme durumu	İçmiyor	1	-
	İçiyor	2.0 (0.7-5.7)	0.169
Gebelikten 3 ay öncesine kadar sigara tüketme durumu	İçmiyor	1	-
	İçiyor	0.8 (0.3-1.9)	0.524
Evlenme yaşı	20-29	1	-
	≥30	6.4 (1.4-28.2)	0.015
	<20	1.5 (0.6-3.5)	0.374
İlk gebelik yaşı	≥30	1	-
	20-29	1.7 (0.4-7.9)	0.512
	<20	1.4 (0.4-5.1)	0.628
Gebelik şekli	Planlı	1	-
	Plansız-istenen	0.8 (0.5-1.5)	0.573
	Plansız-istenmeyen	1.3 (0.4-4.3)	0.697
Kürtaj öyküsü	Yok	1	-
	Var	1.7 (0.9-3.1)	0.080
Eş desteği	Yeterli	1	-
	Yetersiz	2.3 (1.2-4.7)	0.017
Şiddete maruz kalma (Sözlü/Fiziksel)	Hayır	1	-
	Evet	0.9 (0.3-3.0)	0.852
Konuşabileceği arkadaş sayısı	≥3	1	-
	1-2	2.6 (1.0-6.2)	0.049
	Yok	1.6 (0.8-2.9)	0.174
Fiziksel aktivite yapma durumu (haftada)	≥3 gün	1	-
	1-2 gün	2.0 (0.8-5.5)	0.155
	Yapmıyorum	2.1 (0.9-4.9)	0.101
Açık havada geçirilen süre (günde)	≥2 saat	1	-
	1-2 saat	1.6 (0.8-3.0)	0.174
	≤1 saat	1.5 (0.8-2.9)	0.258
Gebede sağlık sorunu	Yok	1	-

	Var	1.7 (0.8-3.9)	0.186
Gebede kronik hastalık öyküsü	Yok	1	-
	Var	0.9 (0.5-1.9)	0.881
Daha önceki gebelik sırasında psikiyatrik hastalık öyküsü	Yok	1	-
	Var	3.6 (0.6-20.0)	0.142
Mevcut gebelik öncesinde psikiyatrik hastalık öyküsü	Yok	1	-
	Var	0.9 (0.2-3.8)	0.863
Birinci derece akrabalarda psikiyatrik hastalık öyküsü	Yok	1	-
	Var	3.4 (1.4-8.2)	0.007

OR: Odds Ratio

Tablo 18. Çok değişkenli lojistik regresyon analiz sonuçları (HAD-Anksiyete Alt Ölçeği) (devam)

Çalışma grubunda öğrenim düzeyi ilköğretim ve altı olanlarda, gelir getirici işte aktif olarak çalışmayanlarda, aylık haneye giren toplam para 2000 TL ve altında olanlarda EDSDÖ'ne göre depresyon riski daha fazla olarak saptandı (her biri için $p < 0.05$). Çalışma grubunu oluşturanlarda depresyon riskinin bazı sosyodemografik özellikler ve alışkanlıklara göre dağılımı Tablo 19'da verilmiştir.

Tablo 19. Çalışmaya katılan gebelerde EDSDÖ'ne göre depresyon riskinin bazı sosyodemografik özellikler ve alışkanlıklara göre dağılımı

Sosyodemografik özellikler- Alışkanlıklar		EDSDÖ Depresyon Riski		İstatistiksel Analiz	
		Yok	Var	Ki kare	p
İkamet yeri	İlçe merkezi	410 (80.7)	98 (19.3)	2.281	0.131
	Köy/Belde/Uzak mahalle	169 (75.8)	54 (24.2)		
İkamet edilen ilçenin özelliği	Merkez	237 (82.0)	52 (18.0)	2.276	0.131
	Perifer	342 (77.4)	100 (22.6)		

Yaş grubu (yıl)	≤24	111 (79.9)	28 (20.1)	0.296	0.863
	25-34	361 (79.5)	93 (20.5)		
	≥35	107 (77.5)	31 (22.5)		
Eşinin yaş grubu (yıl)	≤24	30 (81.1)	7 (18.9)	2.842	0.241
	25-34	337 (81.2)	78 (18.8)		
	≥35	212 (76.0)	67 (24.0)		
Medeni durum	Evli değil	4 (100.0)	0 (0.0)	0.585*	
	Evli	575 (79.1)	152 (20.9)		
Öğrenim düzeyi	İlköğretim ve altı	173 (71.5)	69 (28.5)	13.900	0.001
	Lise	211 (81.5)	48 (18.5)		
	Üniversite ve üzeri	195 (84.8)	35 (15.2)		
Eşinin öğrenim düzeyi	İlköğretim ve altı	155 (75.6)	50 (24.4)	5.085	0.079
	Lise	230 (78.0)	65 (22.0)		
	Üniversite ve üzeri	194 (84.0)	37 (16.0)		
Düzenli gelir getirici işte aktif olarak çalışma	Evet	182 (83.9)	35 (16.1)	4.077	0.043
	Hayır	397 (77.2)	117 (22.8)		
Eşinin düzenli gelir getirici işte aktif olarak çalışma	Evet	484 (81.9)	107 (18.1)	13.543	0.000
	Hayır	95 (67.9)	45 (32.1)		
Hanedeki kişi sayısı	2	226 (85.3)	39 (14.7)	10.506	0.005
	3-4	270 (76.9)	81 (23.1)		
	≥5	83 (72.2)	32 (27.8)		
Aylık haneye giren toplam para (Tl)	≤2000	148 (70.8)	61 (29.2)	13.183	0.001
	2001-4000	239 (81.3)	55 (18.7)		
	≥4001	192 (84.2)	36 (15.8)		
Gebelikte sigara	İçiyor	67 (72.0)	26 (28.0)	2.840	0.092

İçme durumu	İçmiyor	512 (80.3)	126 (19.7)		
Gebelikten 3 ay öncesine kadar sigara tüketme durumu	İçiyor	160 (80.4)	39 (19.6)	0.237	0.626
	İçmiyor	419 (78.8)	113 (21.2)		
Eşinin sigara tüketme durumu	İçiyor	320 (78.2)	89 (21.8)	0.527	0.468
	İçmiyor	259 (80.4)	63 (19.6)		
Eşinin alkol kullanma durumu	Kullanıyor	42 (70.0)	18 (30.0)	2.783	0.095
	Kullanmıyor	537 (80.0)	134 (20.0)		
Toplam		579 (79.2)	152 (20.8)	731 (100.0)	

Tablo 19. Çalışmaya katılan gebelerde EDSDÖ'ne göre depresyon riskinin bazı sosyodemografik özellikler ve alışkanlıklara göre dağılımı (devam)

Gebelerden 20 yaş altında evlenenlerde ve gebe kalanlarda, plansız, plansız ve istenmeyen gebelik yaşayanlarda, toplam gebelik sayısı 3 ve üzerinde, yaşayan çocuk sayısı 2 ve üzerinde olanlarda EDSDÖ'ne göre depresyon riski daha fazla olarak saptandı (her biri için $p < 0.05$). Çalışma grubunda EDSDÖ'ne göre depresyon riskinin bazı obstetrik özelliklere göre dağılımı Tablo 20'de verilmiştir.

Tablo 20. Çalışmaya katılan gebelerde EDSDÖ'ne göre depresyon riskinin bazı obstetrik özelliklere göre dağılımı

Özellikler		EDSDÖ Depresyon Riski		İstatistiksel Analiz	
		Yok	Var	Ki kare	p
Evlenme yaşı	<20	89 (67.4)	43 (32.6)	14.164	0.001
	20-29	452 (82.2)	98 (17.8)		
	≥30	38 (77.6)	11 (22.4)		
İlk gebelik yaşı	<20	48 (58.5)	34 (41.5)	23.965	0.000
	20-29	453 (81.8)	101 (18.2)		

	≥30	78 (82.1)	17 (17.9)		
Gebelik trimesteri	Birinci	123 (79.9)	31 (20.1)	0.681	0.712
	İkinci	237 (80.3)	58 (19.7)		
	Üçüncü	219 (77.7)	63 (22.3)		
Bebek cinsiyet	Kız	207 (79.3)	54 (20.7)	0.156	0.925
	Erkek	212 (78.5)	58 (21.5)		
	Bilinmiyor	160 (80.0)	40 (20.0)		
Gebelik şekli	Planlı	355 (83.1)	72 (16.9)	24.210	0.000
	Plansız- istenen	213 (76.3)	66 (23.7)		
	Plansız- istenmeyen	11 (44.0)	14 (56.0)		
Ölü doğum-düşük öyküsü	Var	138 (78.4)	38 (38)	0.090	0.765
	Yok	441 (79.5)	114 (20.5)		
Kürtaj öyküsü	Var	90 (73.8)	32 (26.2)	2.628	0.105
	Yok	489 (80.3)	120 (19.7)		
Doğduktan sonra bebek-çocuk ölümü	Var	6 (66.7)	3 (33.3)	0.403*	
	Yok	573 (79.4)	149 (20.6)		
Mevcut gebeliğinde bebekte sağlık sorunu	Var	11 (68.8)	5 (31.3)	0.346*	
	Yok	568 (79.4)	147 (20.6)		
Toplam gebelik sayısı	1-2	397 (82.0)	87 (18.0)	6.908	0.009
	≥3	182 (73.7)	65 (26.3)		
Yaşayan çocuk sayısı	0-1	443 (81.6)	100 (18.4)	7.245	0.007
	≥2	136 (72.3)	52 (27.7)		
Toplam		579 (79.2)	152 (20.8)	731 (100.0)	

Tablo 20. Çalışmaya katılan gebelerde EDSDÖ'ne göre depresyon riskinin bazı obstetrik özelliklere göre dağılımı (devam)

Çalışma grubunda eş desteğinin yetersiz olduğunu ifade edenlerde, şiddete maruz kalanlarda, konuşabileceği arkadaşı olmayanlarda, akıllı telefonu ve sosyal medya hesabı olmayanlarda EDSDÖ'ne göre depresyon riski daha fazla olarak saptandı (her

biri için $p < 0.05$). Çalışma grubunda EDSDÖ'ne göre depresyon riskinin sosyal yaşamlarına göre dağılımı Tablo 21'de verilmiştir.

Tablo 21. Çalışmaya katılan gebelerde EDSDÖ'ne göre depresyon riski varlığının bazı özelliklerine göre dağılımı

Özellikler		EDSDÖ		İstatistiksel Analiz	
		Yok	Var	Ki kare	p
Eş desteği	Yeterli	524 (83.2)	106 (16.8)	41.865	0.000
	Yetersiz	55 (54.5)	46 (45.5)		
Şiddete maruz kalma (Sözlü/Fiziksel)	Evet	13 (52.0)	12 (48.0)	0.002***	
	Hayır	566 (80.2)	140 (19.8)		
Konuşabileceği arkadaş sayısı	Yok	28 (50.0)	28 (50.0)	35.908	0.000
	1-2	295 (78.7)	80 (21.3)		
	≥3	256 (85.3)	44 (14.7)		
Fiziksel aktivite yapma durumu (haftada)	Yapmıyorum	291 (76.6)	89 (23.4)	3.344	0.188
	1-2 gün	152 (81.7)	34 (18.3)		
	≥3 gün	136 (82.4)	29 (17.6)		
Açık havada geçirilen süre (günde)	≤1 saat	163 (73.1)	60 (26.9)	12.941	0.002
	1-2 saat	171 (77.0)	51 (23.0)		
	≥2 saat	245 (85.7)	41 (14.3)		
Balık tüketimi	Haftada en az bir gün	179 (81.7)	40 (18.3)	1.214;	0.271
	Haftada bir günden az	400 (78.1)	112 (21.9)		
Akıllı telefon	Var	557 (80.5)	135 (19.5)	11.578	0.001
	Yok	22 (56.4)	17 (43.6)		
Gebelik süreciyle ilgili bilgi edinmek için internet	Her gün	316 (80.4)	77 (19.6)	4.485	0.106
	Haftada en az 1 gün	155 (81.6)	35 (18.4)		

ve/veya sosyal medya kullanımı	Ayda 1 veya daha az	108 (73.0)	40 (27.0)		
Sosyal medya hesabı	Var	496 (80.9)	117 (19.1)	6.092	0.014
	Yok	83 (70.3)	35 (29.7)		
Sosyal medya hesap sayısı*	1	140 (80.5)	34 (19.5)	0.270	0.874
	2	217 (80.4)	53 (19.6)		
	≥3	139 (82.2)	30 (17.8)		
Sosyal medyada geçirilen süre (saat)*	≤1 saat	218 (81.6)	49 (18.4)	2.559	0.278
	1-2 saat	135 (83.9)	26 (16.1)		
	≥2 saat	143 (77.3)	42 (22.7)		
Sosyal medyada gebelikle ilgili paylaşım *	Haftada en az 1 kez	126 (83.4)	25 (16.6)	1.146	0.564
	Ayda en az 1 kez	292 (79.6)	75 (20.4)		
	Paylaşım yapmıyorum	78 (82.1)	17 (17.9)		

Tablo 21. Çalışmaya katılan gebelerde EDSDÖ'ne göre depresyon riski varlığının bazı özelliklerine göre dağılımı (devam)

Çalışma grubunda sağlık sorunu olan, mevcut ve daha önceki gebeliklerde psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda ve birinci derece akrabalarda psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda EDSDÖ'ne göre depresyon riski daha fazla olarak saptandı (her biri için $p < 0.05$). Çalışma grubunda EDSDÖ'ne göre depresyon riskinin öz-soy geçmiş özelliklerine göre dağılımı Tablo 22'de verilmiştir.

Tablo 22. Çalışmaya katılan gebelerde EDSDÖ'ne göre depresyon riskinin öz-soy geçmiş özelliklerine göre dağılımı

Özellikler	EDSDÖ Depresyon Riski		İstatistiksel Analiz	
	Yok	Var	Ki kare	p

Gebede sağlık sorunu	Var	62 (68.1)	29 (31.9)	6.991	0.008
	Yok	517 (80.8)	123 (19.2)		
Gebede kronik hastalık öyküsü	Var	122 (75.8)	39 (24.2)	1.475	0.225
	Yok	457 (80.2)	113 (19.8)		
Daha önceki gebelik sırasında psikiyatrik hastalık öyküsü*	Var	4 (44.4)	5 (55.6)	0.039*	
	Yok	346 (76.7)	105(23.3)		
Mevcut gebelik öncesinde psikiyatrik hastalık öyküsü	Var	15 (53.6)	13 (46.4)	0.003*	
	Yok	564 (80.2)	139 (46.4)		
Mevcut gebelikte psikiyatri başvurusu	Evet	3 (60.0)	2 (40.0)	0.279*	
	Hayır	576 (79.3)	150 (20.7)		
Mevcut gebelikte psikiyatrik tanı	Evet	577 (79.5)	149 (20.5)	0.064*	
	Hayır	2 (40.0)	3 (60.0)		
Mevcut gebelikte psikiyatrik tedavi	Evet	1 (33.3)	2 (66.7)	0.111*	
	Hayır	578 (79.4)	150 (20.6)		
Birinci derece akrabalarda psikiyatrik hastalık öyküsü	Evet	32 (60.4)	21 (39.6)	11.099	0.001
	Hayır	547 (80.7)	131 (19.3)		
Toplam		579 (79.2)	152 (20.8)	731 (100.0)	

Tablo 22. Çalışmaya katılan gebelerde EDSDÖ'ne göre depresyon riskinin öz-soy geçmiş özelliklerine göre dağılımı(devam)

Çalışmada çok değişkenli analiz sonuçlarına göre, eşi düzenli gelir getirici işte aktif olarak çalışmayanlarda çalışanlara göre EDSDÖ'ne göre depresyon riski 2,0 kat, eş desteği yetersiz olanlarda yeterli olanlara göre 2,3 kat, konuşabilecek arkadaş sayısı 1-2 olanlarda 3 ve daha fazla olanlara göre 2,5 kat, açık havada geçirilen süre 2 saatten daha az olanlarda 2,3 kat EDSDÖ'ne göre depresyon riski daha fazlaydı. Çalışmada EDSDÖ'ne $p \leq 0,05$ düzeyinde ilişki saptanan değişkenlerle oluşturulan çok değişkenli lojistik regresyon analizi Tablo 23'te verilmiştir.

Tablo 23. EDSDÖ'ne göre depresyon riski varlığının bağımsız belirleyicilerinin çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmesi

Değişkenler		Multivariate OR (95% CI)	p
Öğrenim düzeyi	Üniversite ve üzeri	1	-
	Lise	1.5 (0.6-3.7)	0.378
	İlköğretim ve altı	1.1 (0.5-2.4)	0.894
Düzenli gelir getirici işte aktif olarak çalışma	Evet	1	-
	Hayır	1.1 (0.5-2.2)	0.827
Eşinin düzenli gelir getirici işte aktif olarak çalışma	Evet	1	-
	Hayır	2.0 (1.1-3.5)	0.021
Hanedeki kişi sayısı	2	1	-
	3-4	1.9 (0.6-5.5)	0.262
	≥5	2.0 (0.6-6.5)	0.268
Aylık haneye giren toplam para (TL)	≥4001	1	-
	2001-4000	1.0 (0.4-2.4)	0.965
	≤2000	0.9 (0.4-2.0)	0.839
Evlenme yaşı	<20	1	-
	20-29	0.4 (0.1-1.7)	0.194
	≥30	0.4 (0.1-1.7)	0.225
İlk gebelik yaşı	<20	1	-
	20-29	2.7 (0.7-10.9)	0.155
	≥30	1.2 (0.4-3.5)	0.687
Gebelik şekli	Planlı	1	-
	Plansız-istenen	1.1 (0.7-1.9)	0.654
	Plansız-istenmeyen	2.7 (0.8-8.8)	0.093
Toplam gebelik sayısı	1-2	1	-
	≥3	1.2 (0.6-2.4)	0.702
Yaşayan çocuk sayısı	0-1	1	-
	≥2	0.8 (0.4-1.8)	0.639
Eş desteği	Yeterli	1	-

	Yetersiz	2.3 (1.2-4.4)	0.009
Şiddete maruz kalma (Sözlü/Fiziksel)	Hayır	1	-
	Evet	1.6 (0.5-4.7)	0.399
Konuşabileceği arkadaş sayısı	≥3	1	
	1-2	2.5 (1.1-6.0)	0.033
	Yok	1.3 (0.7-2.2)	0.425
Açık havada geçirilen süre (günde)	≥2 saat	1	-
	1-2 saat	2.3 (1.2-4.2)	0.008
	≤1 saat	2.3 (1.3-4.3)	0.007
Akıllı telefon	Var		
	Yok	1.1 (0.4-2.9)	0.917
Sosyal medya hesabı	Var		
	Yok	1.3 (0.6-2.4)	0.501
Gebede sağlık sorunu	Yok	1	-
	Var	1.5 (0.8-3.1)	0.226
Daha önceki gebelik sırasında psikiyatrik hastalık öyküsü	Yok	1	-
	Var	1.0 (0.2-5.2)	0.999
Mevcut gebelik öncesinde psikiyatrik hastalık öyküsü	Yok	1	-
	Var	4.0 (1.0-16.0)	0.052
Birinci derece akrabalarda psikiyatrik hastalık öyküsü	Yok	1	-
	Var	2.0 (0.8-4.8)	0.124

OR: Odds Ratio

Tablo 23. EDSÖ'ne göre depresyon riski varlığının bağımsız belirleyicilerinin çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmesi (devam)

Çalışma grubunun HAD-Ö'nin depresyon alt ölçeğinden alınan puan ile Anksiyete alt ölçeğinden aldıkları puan arasında pozitif yönde orta düzeyde korelasyon ($r=0.587$; $p=0.000$), EDSÖ'den alınan puan ile pozitif yönde orta düzeyde korelasyon ($r=0.627$; $p=0.000$) saptandı. Çalışmada kullanılan ölçekler arası saptanan korelasyon matrisi Tablo 24'te, depresyon riskini belirlemek için kullanılan HAD-Ö

Depresyon Alt Ölçeği ve EDSDÖ'nin karşılaştırma sonucu ise Tablo 25'te verilmiştir.

Tablo 24. Çalışmada kullanılan ölçekler arası saptanan korelasyon matrisi

Ölçekler	HAD-Ö Depresyon Alt Bölümü		HAD-Ö Anksiyete Alt Bölümü		EDSDÖ	
	r	p	r	p	r	p
HAD-Ö Depresyon Alt Bölümü	-	-	0.587	0.00	0.627	0.000
HAD-Ö Anksiyete Alt Bölümü	0.587	0.00	-	-	0.731	0.000

Tablo 25. HAD-Ö Depresyon Alt bölümü ve EDSDÖ'nin karşılaştırma sonucu

		HAD-Ö Depresyon Alt bölümü Depresyon Riski		İstatistiksel Analiz	
		Yok n (%)	Var n (%)	Ki kare	p
EDSDÖ Depresyon Riski	Yok n (%)	489 (84.5)	90 (15.5)	147.362;	0.000
	Var n (%)	55 (36.2)	97 (63.8)		
Toplam		544 (74.4)	187 (25.6)		

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

5.1. TARTIŞMA

Gebelik döneminde görülen ruh sağlığı problemleri doğum sonrası dönemde benzer problemlerinin görülme riskini artırması hem maternal hem de fetal sağlığı olumsuz etkilemesi, diğer yandan gerek aileler üzerinde gerekse sağlık sistemi üzerinde önemli yük oluşturması nedeniyle öncelikli ele alınması gereken halk sağlığı problemlerindedir. Buradan hareketle Sakarya il genelinde, toplum tabanlı olarak yürütülen çalışmamızda, gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğu sıklığının belirlenmesi, ilişkili olduğu düşünülen bazı faktörlerin incelenmesi amaçlandı.

Küresel olarak kaydedilen ekonomik gelişmeler ve yaşanan sanayileşme sonrasında birçok ülkede kentleşme oranı artmıştır. Türkiye’de de paralel gelişmeler yaşanmış olup 1950’li yıllarda %50 civarında olan kentleşme oranı 2018 yılında yaklaşık %90’lara kadar ulaşmıştır

(<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0>, Erişim Tarihi: 30.05.2020). Bu süreç insanların yaşam şekillerini değiştirerek yeni ekonomik ve kültürel alışkanlıklar kazanmasına neden olmuştur. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından 5 yılda bir gerçekleştirilen “Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması’nın” 2013 ve 2018 raporunda da kadınların büyük çoğunluğunun kentsel alanda ikamet ettiği, hane halkı büyüklüğü ortalamasının yıllar içerisinde azalarak 3.5 ‘a düştüğü bildirilmiştir

(http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf, Erişim tarihi: 30.05.2020;

http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf Erişim tarihi: 30.05.2020). Bu çalışma da literatüre benzer şekilde gebelerin yaklaşık %70’i ilçe merkezinde ikamet etmekte olup, ortalama hane halkı büyüklüğü 3,3 olarak saptanmıştır.

Çalışma grubunu oluşturan gebelerin üçte ikisinin yaşayan çocuk sayısı ≤ 1 olup, ilk gebelik yaş aralığı 20-29 idi. TNSA 2018 raporunda yaşa özel en yüksek doğurganlık

hızının 25-29 yaş aralığında olduğu, toplam doğurganlık hızının 2.3 olduğu, Batı'da ise 2.0 olduğu, ortalama canlı doğum sayısının 1.58 olduğu rapor edilmiştir (http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf, Erişim tarihi: 30.05.2020). Batı bölgesinde yer alan Sakarya ili genelinde yürütülen çalışmamızda elde edilen sonuçlar literatür ile uyumludur.

Çalışmamızda gebelerin üçte ikisi lise ve üzerinde öğrenim düzeyine sahipti. TNSA 2018'de bu oranın %41 olduğu, ortanca eğitim süresinin genel olarak 4.8 Batı'da ise daha yüksek olduğu bildirilmiştir (http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf, Erişim Tarihi: 30.05.2020). Çalışmamızda kadınların öğrenim düzeyinin daha yüksek saptanmasının nedeni, çalışmamızın tek bir ilde yapılmış olması ve Sakarya ilinin Batı'da yer alması nedeniyle okuryazarlık oranının dolayısıyla lise ve üzerinde öğrenim gören kadın oranının daha yüksek olması ile açıklanabilir.

Depresyon ve anksiyete bozuklukları tüm dünyada yaygın görülen ruh sağlığı problemlerinin başında gelmektedir. Dünya nüfusunun yaklaşık %4,4'ü depresyon, %3,6'sı anksiyete bozuklukları ile mücadele etmektedir. Kadınlarda sıklık erkeklerle göre yaklaşık 2 kat daha fazla olup, reproduktif dönemde bu risk belirgin artmaktadır (DSÖ 2017, DSÖ 2009). Benzer şekilde gebelikte de en sık görülen ruh sağlığı problemleri depresyon ve anksiyete bozukluklarıdır (Fisher et al. 2012). Gelişmiş ülkelerde kadınların %10-15'i, gelişmekte olan ülkelerde ise kadınların %20-40 gebelik veya doğum sonrası dönemde depresyon ile mücadele etmektedir (DSÖ 2017). Çalışmamızda iki farklı depresyon ölçeği kullanılmış olup depresyon riskinin sıklığı yaklaşık olarak %20-25 olarak saptanmıştır. Türkiye'de yapılan farklı çalışmalarda depresyon sıklığı %16,8-%47,0 arasında değiştiği bildirilmektedir (Akçalı Aslan et al. 2014, Golbasi et al. 2010, Tunc et al. 2012). Gulseren ve ark. nın (2006) prospektif-kohort olarak toplum tabanlı yaptıkları çalışmada gebeliğin son dönemlerinde depresyon sıklığının %21,6 olduğu, doğum sonrası dönemde ise giderek azaldığı rapor edilmiştir. Brezilya'da yapılan farklı çalışmalarda depresyon sıklığı %14,2-19.6 (Faisal-Cury and Menezes 2007, Pereira et al. 2009), Bodecs ve ark. nın (2009) Macaristan'da erken gebelik döneminde depresyon sıklığını

araştırdıkları çalışmada depresyon sıklığı %17,9, Malta'da yapılan çalışmada gebelerde depresyonun nokta prevalansı 15.5 (Felice et al. 2004), Thai'de yapılan çalışmada depresyon sıklığı %20,5 (Limlomwongse and Liabsuetrakul 2006), Marcus ve ark. nın (2003) Michigan'da rutin kontrollerini bekleyen gebeler üzerinde yaptıkları çalışmada depresyon sıklığı %20 olarak belirtilmiştir. Bu çalışmada anksiyete bozukluğunun riskinin sıklığı %17 olarak bulundu. Türkiye'de yapılan 2 farklı çalışmada gebelikte anksiyete bozukluğu sıklığı ise %32-%40 olarak bildirilmiştir (Çaylan et al. 2009, Tunc et al. 2012). Macaristan'da yapılan bir araştırmada gebelerde anksiyete bozukluğu sıklığı %14,6 olarak belirtilmiştir (Bödecs et al. 2009). Cury and Menezes'in (2007) yaptıkları çalışmada gebelerde anksiyete bozukluğunun belirlenmesi için 2 alt boyutu olan özdeğerlendirme ölçeği kullanılmış (Spielberg state and trait inventory (STAI)) ve antenatal anksiyete bozukluğu sıklığının %59,5-45,3 olduğu bildirilmiştir. Çin'de 15 haftanın altında gebelik haftası olanlarda yaptıkları çalışmada anksiyete bozukluğu sıklığının yaklaşık %15 olduğu gösterilmiştir (Tang et al. 2019). Mesa ve ark. nın (2020) yaptıkları multikültürel kesitsel çalışmada depresyon ve anksiyete bozuklukları beraber değerlendirmiş olup ve genel olarak sıklık %26,9 olarak bildirilmiştir. Aynı çalışmada depresyon-anksiyete bozukluğu sıklığı Türkiye'de %47,6, İspanya'da ise %9,5 olarak rapor edilmiştir (González-Mesa et al. 2020). Çalışma yapılan ülkelerin gelişmişlik düzeyleri ve buna paralel olarak gebelerin sosyal yaşamlarının, kültürel düzeylerinin, destek alma durumların vs. aynı olmaması, diğer yandan gebelik döneminde ruh sağlığı problemlerini değerlendirmek için spesifik ölçüm araçlarının olmayışı, depresyon-anksiyete bozukluğu sıklığını belirlemek için farklı ölçüm araçlarının kullanılması ve çalışmaların metodolojilerinin (toplum tabanlı, hastane tabanlı, gebelerin farklı dönemlerinin ele alınması vs.) farklılıklar göstermesi araştırmalarda benzer olmayan sonuçların bildirilmesinin nedenleri arasında olabilir.

Depresyon her yaş grubunda görülebilmekle beraber en yüksek sıklık orta yaş grubunda beklenmektedir. Yapılan farklı çalışmalarda depresyon başlangıç yaşının 20-35 arasında değiştiği belirtilmektedir (Andrade et al. 2003, Weissman et al. 1996). Benzer şekilde anksiyete bozukluklarının görülme sıklığı yaş grupları arasında

önemli derecede farklılıklar göstermemekle beraber ilerleyen yaşlarda azalma eğilimi sergilemektedir (DSÖ 2017).

Çalışmada depresyon ve anksiyete bozukluğu riski olan ve olmayan gebelerin hem yaş ortancaları karşılaştırıldı hem de kategorik olarak değerlendirilmesi yapıldı. Ancak hem yaş ortancaları hem de yaş grupları arasında depresyon/anksiyete bozuklukları açısından fark bulunamadı. Xian ve ark. nın (2019) Çin’de yaptıkları çalışmada araştırmamıza benzer şekilde anksiyete bozukluğu ve depresyon olan ve olmayan gebeler arasında yaş grupları açısından fark bulunamadığı bildirilmiştir. Türkiye ve İspanya’nın karşılaştırıldığı multikültürel bir çalışmada depresyon-anksiyete bozukluğu sıklığının yaş ile ilişkisi bulunamadığı belirtilmiştir (González-Mesa et al. 2020). Lau ve Keung (2007) tarafından yapılan çalışmada depresyonu olan gebelerde yaş ortalamasının daha yüksek olduğu, Luke ve ark. nın (2009) yaptıkları çalışmada ise 30 yaş üzerinde olan gebelerde depresyon riskinin 5 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir. Rubertsson ve ark. nın (2014) yaptıkları çalışmada ise 25 yaş altında olmanın erken gebelik döneminde anksiyete bozuklukları için risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Çalışma grubumuzdakilerin büyük çoğunluğunun belli yaş aralığında ki kadınlardan oluşmuş olmasının depresyon, anksiyete bozuklukları gibi ruh sağlığı problemleri ile yaş arasındaki ilişkiyi göstermede kısıtlayıcı rol oynadığı düşünülmektedir. Ek olarak kişilerin şu anki yaşının yanı sıra, ilk evlilik ve gebelik yaşı da ruh sağlığı problemlerinin gelişiminde etkili olabilir. Çalışmamızda erken yaşta evlenip gebe kalanlarda depresyon ve anksiyete bozukluğu görülme sıklığı daha fazlaydı. Figueiro ve ark. nın (2007) Portekizli gebeler üzerinde yaptıkları çalışmada adolesan gebelerde hem gebelikte hem gebelik sonrasında depresyon sıklığının daha fazla olduğu rapor edilmiştir. Bödecs ve ark. nın (2009) yaptıkları çalışmada da Portekiz çalışmasına benzer sonuç bildirilmiştir. Erken yaşta evlilik ve gebelik kişilere hazır olmadıkları sorumlulukları yükleyerek stres kaynağı oluşturabilmekte dolayısıyla ruhsal problemlerin oluşmasına zemin hazırlayabilmektedir. Diğer yandan erken yaş evliliklerin daha çok sosyoekonomik olarak dezavantajlı kadınlarda olması bu durumun nedenlerinden olabilir.

Öğrenim düzeyi yükseldikçe kişilerin kendi yaşamı üzerine etkinliğinin artması, stres ile baş etmede daha etkin beceriler geliştirmiş olması beklenmektedir. Diğer yandan öğrenim düzeyi ile sosyoekonomik düzeyin pozitif yönde korele olmasından dolayı öğrenim düzeyi yüksek olan bireylerde depresyon-anksiyete bozukluğu gibi ruh sağlığı bozukluklarının daha az görülmesi beklenmektedir (Can and Çakır 2012, Gotlib et al. 1989). Çalışmamızda HAD ölçeğine göre çok değişkenli analizlerde üniversite mezunu olmayanlarda depresyon riski 2.5, anksiyete bozukluğu riski 3 kat daha fazla olarak bulundu. EDSÖ'ne göre depresyon tek değişkenli analizlerde öğrenim düzeyi düşük olanlarda daha fazla iken çok değişkenli analizlerde anlamlılığını kaybetmiştir. Qiao ve ark. nın (2009) HAD ölçeğini kullanarak yaptıkları çalışmada çalışmamıza benzer şekilde öğrenim düzeyi düşük olanlarda depresyon-anksiyete bozukluğu riskinin yaklaşık 2 kat fazla olduğu raporlanmıştır. Cury ve Menezes'in (2007) yaptıkları çalışmada benzer şekilde çok değişkenli analiz sonuçlarına göre öğrenim düzeyi arttıkça hem depresyon hem de anksiyete bozukluğu riskinin azaldığı bildirilmiştir. Gotlib ve ark. nın (1989) yaptıkları çalışmada deprese gebelerin öğrenim düzeyinin daha düşük olduğu, Kang ve ark. nın (2016) yaptıkları çalışmada öğrenim düzeyi düşük olanlarda anksiyete bozukluğu riskinin yaklaşık 3 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir. Leigh and Milgrom'un (2008) yaptıkları çalışmada ise çok değişkenli analiz sonuçlarına göre öğrenim düzeyi ile depresyon sıklığı arasında ilişki bulunamadığı, Mesa ve ark. nın (2020) yaptıkları cross-kültürel çalışmada da benzer şekilde öğrenim düzeyi depresyon-anksiyete bozukluğu görülme sıklığı arasında ilişki bulunamadığı rapor edilmiştir. Öğrenim düzeyi düşük kadınlarda mental problemlerin daha sık olması, öğrenim düzeyinin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile paralel olması, bu kadınların sağlıkla ilgili yeterli ve doğru kaynaklara ulaşmalarında problemler yaşayabilmesi dolayısıyla emosyonel streslere karşı daha kırılgan olmaları ile açıklanabilir (Qiao et al. 2009). Bu çalışmada ek olarak her ne kadar çok değişkenli analizlerde gösterilememiş olsa da eşinin öğrenim düzeyi yüksek olan gebelerde depresyon sıklığı daha düşüktü. Bu durum öğrenim düzeyi yüksek olan eşlerin, sosyoekonomik düzeyinin daha iyi olması, eşleri ile daha iyi iletişim kurabilmelere ve dolayısıyla desteklerinin yeterli olmasıyla açıklanabilir.

Bu çalışmada kendisi gelir getirici işte çalışanlarda ve gelir düzeyi yüksek olanlarda depresyon-anksiyete riski görülme sıklığı daha düşük olarak saptandı. Ayrıca EDSÖ'ne göre, eşi düzenli getir getirici işte çalışmayanlarda depresyon riski yaklaşık 2 kat daha fazla olduğu bulundu. Cury ve Menezes'in (2007) Brezilya'da yaptıkları çalışmada hem gebenin hem de partnerinin gelir düzeyi yüksek olanlarda depresyon ve anksiyete bozukluğu görülme riskinin daha düşük olduğu bildirilmiştir. Tang ve ark. nın (2019) yaptıkları çalışmada, çalışmayan kadınlarda stres ve anksiyete bozukluğu görülme sıklığının daha fazla olduğu ancak depresyon ile çalışma durumu arasında ilişki bulunmadığı gösterilmiştir. Mesa ve ark. nın (2020) yaptıkları çalışmada çalışan kadınlarda depresyon-anksiyete bozukluğu sıklığının daha az olduğu bildirilmiştir. Rubertson ve ark. nın (2014) yaptıkları araştırmada, çalışmayan kadınlarda anksiyete bozukluğu riskinin 3,5 kat daha fazla olduğu, Silva ve ark. nın (2012) yaptıkları araştırmada sosyo-ekonomik düzeyi alt sınıflarda olanlarda depresyon sıklığının daha yüksek olduğu, Bödecs ve ark. nın (2009) yaptıkları araştırmada çalışmayan ve gelir düzeyi düşük olan gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğu riskinin daha düşük olduğu gösterilmiştir. Sosyoekonomik düzey ile bireylerin mental sağlıkları arasında güçlü bir bağ vardır (Muramatsu 2003). Sosyoekonomik düzeyi yüksek olanların uygun sağlık kuruluşlarına erişim, tanı ve tedavi olanaklarının daha iyi olması dolayısıyla hastalıkların daha erken tanınması ve tedavi edilmesine olanak sağlamış olması ruhsal bozuklukların daha az görülmesinin nedenlerinden olabilir. Diğer yandan ekonomik olarak zorluk çeken aileye yeni bir bireyin katılmasının vereceği ek yük kişilerde stres ve emosyonel dalgalanmalar oluşturarak ruhsal bozuklukların oluşmasında kolaylaştırıcı faktör olabilir. Ayrıca çalışan kadınların kendi gelirlerinin olması nedeniyle yaşamlarında daha fazla kontrol sahibi olmaları ve de çalışma durumunun sağladığı sosyalleşme ortamı/sosyal destek kişileri mental hastalıklara karşı koruyucu rol oynayabilmektedir. Eşinin çalışmama durumunun getirdiği ekonomik yükün yanı sıra, işsizlik edeniyle eşin mental olarak iyi olmaması, desteğinin yetersiz olması da gebelerde depresyon sıklığının artmasına katkı sağlayan faktörlerden olabilir.

Çalışmada tek değişkenli analizlerde hanedeki kişi sayısı fazla olan gebelerde depresyon riski sıklığı daha fazla saptanmış olup çok değişkenli analizlerde bu ilişki

gösterilememiştir. Hanede ki kişi sayısının artmasının depresyon riskini arttırmasının nedenlerinden birisi, kalabalık ailede kişi başına düşen gelirin azalması, ekonomik yükün artması olabilir. Diğer neden ise toplumumuzda yaygın olan kendi ve/veya özellikle eşinin ailesi ile birlikte yaşama durumu çatışma ortamına zemin hazırlamakta, gebenin hem eşiyle hem de diğer kişiler ile iletişim bozuklukları yaşamasına neden olarak emosyonel stresin dolayısıyla depresyon gibi ruh sağlığı problemlerinin artmasına neden olabilmektedir. Yapılan farklı çalışmalarda da eşinin ailesi ile yaşayanlarda çatışma ortamının daha fazla olduğu ve bu durumun depresif semptomlarla ilişkili olduğu bildirilmiştir (Lau and Keung 2007, Lau and Wong 2008). Çalışmamızda hanedeki kişi sayısı sorulmuş ancak kiminle yaşıyorsun bilgisi yer almamıştır bu nedenle bu ilişki araştırılmamıştır.

Kişilerin stres düzeyleri anksiyete bozukluğunu ve depresif bir epizodu tetikleyebilir. Bu durum sosyal destek ve farklı başa çıkma yolları ile kişinin stresinin ne kadar iyi yönetildiğine bağlıdır. Bu modelleme, zayıf evlilik ilişkileri olan gebelerin duyarlılığının arttığı, eşinin duygusal ve sosyal desteğinin yetersiz olmasının mental problemler için tetikleyici faktör olabileceğini ifade etmektedir (Bilszta et al. 2008). Çalışmamızda eş desteğini yetersiz olarak ifade edenlerde hem depresyon hem anksiyete riski yaklaşık olarak 2,5 kat daha fazla olarak saptandı. Ek olarak konuşacak arkadaş sayısı fazla olanlarda da her iki ruhsal problemin görülme sıklığı daha düşüktü. Escribà-Agüir ve ark. nın (2008) yaptıkları çalışmada evliliklerinden memnun olmayan gebelerde depresyon görülme riskinin yaklaşık 3 kat fazla olduğu, arkadaş desteğinin fazla-az olması ile depresyon görülme sıklığı arasında ilişki bulunamadığı bildirilmiştir. Sheeba ve ark. nın (2019) yaptıkları çalışmada ise sosyal desteği düşük olanlarda depresyon riskinin 2 kat fazla olduğu ancak evlilik memnuniyeti ile depresyon riski arasında ilişki bulunamadığı gösterilmiştir (OR; 1.662 (0.995–2.776) p=0.052). Tang ve ark. nın (2019) yaptıkları çalışmada sosyal desteği az olan gebelerde stres, anksiyete bozukluğu ve depresyon görülme sıklığının daha fazla olduğu bildirilmiştir. Giardinelli ve ark. nın (2012) yaptıkları çalışmada depresyon riskinin ailesiyle çatışma yaşayanlarda 2,5 kat, eşiyle çatışma yaşayanlarda ise 4 kat, anksiyete bozukluğu riskinin ise yaklaşık 2 kat arttığı rapor edilmiştir. Literatürde çalışmamıza benzer sonuç bildiren araştırmalar mevcuttur

(Adewuya et al. 2007, Lau and Keung 2007, Lau and Wong 2008). Ek olarak bu çalışmada tek değişkenli analizlerde sözlü ve/veya fiziksel şiddete maruz kalanlarda mental problemlerin daha fazla olduğu saptandı. Bilszta ve ark. nın (2008) yaptıkları çalışmada da fiziksel, seksüel veya emosyonel şiddet öyküsünün varlığının depresyon için risk faktörü olduğu bildirilmiştir. Fisher ve ark. nın (2013) Vietnam da yaptıkları çalışmada partner/eş şiddetinin varlığı ile antenatal dönemde yaygın mental bozuklukların görülmesi arasında pozitif yönde korelasyon olduğu rapor edilmiştir. Nasreen ve ark. nın (2011) yaptıkları toplum tabanlı bir çalışmada eş desteğinin yeterli olmaması, şiddete maruz kalma ve sosyal desteğin eksik olması gebelerde hem depresyon hem de anksiyete için risk faktörü olduğu bildirilmiştir. Sosyal destek yaşanan problemlerin paylaşımında önemli bir etken olup, bireyler herhangi bir sorun karşısında eş-arkadaş gibi profesyonel olmayan yardım kaynaklarına başvurabilirler. Bu paylaşım kişinin stresle başa çıkmasını kolaylaştırabilir, çaresizlik duygusunu azaltabilir ve benlik saygısını yükselterek hem fiziksel hem de ruhsal sağlığını olumlu etkileyebilmektedir. Bu nedenle evlilik problemleri, sosyal destek azlığı ve şiddet varlığı gibi durumlar gebeler için stres kaynağı olmakta, özgüven-benlik saygısında azalmaya neden olabilmekte ve de gebelerin stresle başetme gücünü azaltabilmektedir. Tüm bunlar gebelerde emosyonel dalgalanmalara yol açarak ruh sağlığı problemlerini arttırmaktadır.

Planlanmamış gebelikler Türkiye’de önemli sosyal ve halk sağlığı problemidir. TNSA 2018 verilerine göre kadınların %15’i istenmeyen, %11 ise plansız gebelik yaşamaktadır

(http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf Erişim tarihi: 30.05.2020). Bizim çalışmamızda plansız gebe kalma sıklığı (38.2) daha fazla olup, istenmeyen gebelik sıklığı (%3,4) ise daha azdı. Yapılan farklı çalışmalarda plansız-istenmeyen gebeliklerin, düşük doğum ağırlığı, çocuk ihmal-reddi, gebelikte sigara kullanımı, folik asit kullanmama, antenatal bakım almama-geç başvuru hem gebelikte hem de gebelik sonrasında depresyon-anksiyete bozukluğu gibi ruh sağlığı problemleri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Erol et al. 2010, Karaçam and Ançel 2009, Yanikkerem et al. 2013). Çalışmamızda elde edilen bulgular literatürü destekler tarzda olup plansız ve/veya istenmeyen gebelik yaşayanlarda anksiyete bozukluğu ve depresyon sıklığının daha fazla olduğu bulundu. Yanikkerem ve ark.

nın (2013) yaptıkları çalışmada da çalışmamıza benzer sonuç bildirilmiştir. Abajobir ve ark. nın (2016) yaptıkları meta-analiz çalışmasında istenmeyen gebelik ile perinatal depresyonun ilişkili olduğu gösterilmiştir. Plansız-istenmeyen gebeliklerin daha çok çocuk sahibi olan, öğrenim düzeyi düşük olan, sosyoekonomik dezavantajlı gruplarda olması bu durumun nedenleri arasında sayılabilir (Yanikkerem et al. 2013).

Gebelik ve doğum sayısının fazla olması kadınların üzerindeki maddi ve manevi yükü arttırmakta hem psikolojik hem de fiziksel olarak yorulmalarına neden olarak, gebelik depresyonuna zemin hazırlayabilmektedir. Çalışmamızda toplam gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı fazla olan kişilerde depresyon riski sıklığının daha fazla olduğu, anksiyete bozukluğu riski ile gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı arasında ilişki bulunamadığı saptandı. Nasreen ve ark. nın (2011) yaptıkları toplum tabanlı bir çalışmada gebelerin multipar olup olmaması ile depresyon-anksiyete bozukluğu arasında ilişki bulunmadığı bildirilmiştir. Yapılan bazı çalışmalarda da benzer şekilde gebelik ve çocuk sayısı ile depresyon-anksiyete bozukluğu sıklığı arasında ilişki bulunmadığı rapor edilmiştir (Cankorur et al. 2015, Giardinelli et al. 2012). Bolton ve ark. nın (1998) yaptıkları çalışmada ilk gebeliği olmayanlarda depresyon riskinin yaklaşık 2,5 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir. Ali ve ark. nın (2002) yaptıkları çalışmada ise 2' den fazla çocuğu olan kadınlarda anksiyete bozukluğu ve depresyon riskinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Mesa ve ark. nın (2020) Türkiye-İspanya'yı karşılaştırdıkları multikültürel çalışmada hem gebe kalma hem de yaşayan çocuk sayısının fazla olan gebelerde depresyon-anksiyete bozukluğu riskinin daha fazla olduğu rapor edilmiştir. Silva ve ark. nın (2016) yaptıkları çalışmada da ise ilk gebeliği olan kadınlarda depresyon sıklığının daha fazla olduğu bildirilmiştir. Bu durum ilk gebelik nedeniyle tecrübesizlik, yeni anne olacak olmanın kaygısı ve doğum korkusu gibi nedenlerin psikolojik dalgalanmalara yol açarak depresyon gibi problemlerin oluşmasını zemin hazırlamasıyla açıklanabilir.

Çalışmamızda düşük-ölü doğum-kürtaj gibi olumsuz gebelik olayları yaşayanlarda depresyon – anksiyete bozukluğu riski sıklığı daha yüksekti. Fisher ve ark. nın (2013) Vietnamda yaptıkları toplum tabanlı bir çalışmada ölü doğum-düşük öyküsü ile gebelik depresyonunun ilişkili olduğu bildirilmiştir. Cury ve Menezes in (2007)

yaptığı çalışmada da düşük öyküsünün varlığı depresyon riskini yaklaşık 2 kat arttırdığı rapor edilmiştir. Ali ve ark. nın (2012) yaptıkları çalışmada da benzer şekilde olumsuz gebelik olayları yaşayanlarda depresyon ve anksiyete bozukluğu riskinin daha fazla olduğu gösterilmiştir. Nijerya da yapılan bir çalışmada ise düşük öyküsü ile depresyon arasında bir ilişki bulunamadığı, ancak ölü doğum yapanlarda depresyon riskinin 8 kat arttığı bildirilmiştir (Adewuya et al. 2007). Bu durumun nedenleri arasında daha önceki gebeliklerde olumsuz gebelik olaylarına neden olan durumların devam etmesi (eş desteğinin olmaması, şiddet, sağlık hizmetlerine erişememe-sınırlı erişim vb), altta yatan herhangi bir neden olmasa dahi aynı olumsuz olayların tekrarlanma korkusu gebelerde kırılganlığı arttırarak ruhsal problemlere zemin hazırlıyor olması sayılabilir.

Bu çalışmada gebelik esnasında sigara içme sıklığı %12,7, gebelik öncesinde ise %27,2 olarak saptandı. Sigara içen gebelerde depresyon-anksiyete bozukluğu daha fazlaydı. Eşinin sigara-alkol kullanımı ile gebede görülen ruh sağlığı problemleri arasında ilişki bulunamadı. Türkiye 2018 Sağlık İstatistiği yılına göre kadınların %24,1'inin sigara içme öyküsü bulunmaktadır (<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0> Erişim tarihi: 30.5.2020). Hartley ve ark. nın (2011) Güney Afrika'da yaptıkları randomize-kontrollü çalışmada gebelikte sigara içme sıklığını %3,9 olduğunu, sigara kullanımının depresyon riskini yaklaşık 2 kat arttırdığı bildirilmiştir. Melville ve ark. nın (2010) yaptıkları çalışmada da mevcut gebeliğinde sigara içmeye devam eden gebelerde hem major depresyon hem de diğer depresyon tiplerinin daha fazla olduğu rapor edilmiştir. Loo ve ark. nın (2018) yaptıkları çalışmada ise gebelik boyunca sigara, alkol kullanımı ile depresyon-anksiyete ile ilişki bulamadıklarını bildirmişlerdir. Balbuena ve ark. nın (2018) yaptıkları çalışmada anksiyete bozukluğu semptomları ile sigara içiminin ilişkili olduğu gösterilmiştir. Patten ve ark. nın (2019) Alaska yerlilerinde yaptıkları çalışmada kadınların %85'i gebeliklerinden önce, %66,5'u ise gebelikleri süresince tütün ürünü kullandığı ve tütün kullanan kadınların stres düzeylerinin, depresyon belirtilerinin daha az olduğu bildirilmiştir. Sigara bağımlılığı ile depresyon-anksiyete bozukluğu gibi ruhsal problemlerin biyolojik yolları tam aydınlatılamamakla beraber benzerlik gösterebilmektedir. Diğer yandan kişilerin sigara içmeye başlaması ve sürdürmesi ile

ilgili öne sürülen teorilerden birisi stres ve olumsuz yaşam olaylarının varlığıdır. Yüksek stres düzeyi ve depresif belirtiler artmış sigara tüketimi sıklığı ile ilişkilidir (Riaz et al. 2018). Stres düzeyi yüksek ve stresin yönetiminde yetersiz kalan kişilerde mental sağlığının bozulması ve kişilerin stres yönetimi için sigara kullanımı gibi alternatif yollar araması olağandır. Çalışmamızda elde edilen bulgular literatür ile uyumludur. Alaska da yapılan çalışmada tam tersi sonuç bildirilmesinin nedenleri arasında, çalışmalarında tütün kullanımı sorgulanmış olup, sık kullanılan ürünlerin ülkemizdeki gibi nikotin içeriği yüksek ürünler gibi olmaması olabilir.

Çalışmamızda haftada en az 3 gün egzersiz yapan ve açık havada 1 saatten fazla zaman geçirenlerde depresyon-anksiyete bozukluğu riski daha düşük bulundu. Loo ve ark. nın (2018) yaptıkları çalışmada haftada en az 150 dakika fiziksel egzersiz yapanlarda hem erken hem de geç dönemde depresyon-anksiyete bozukluğu skorlarının daha düşük olduğu bildirilmiştir. Nordhagen ve Sundgot-Borgen'in (2002) Norveç'te yaptıkları çalışmada gebelikleri boyunca düzenli fiziksel aktivite yapan kişilerde depresyon belirtilerinin daha az görüldüğü rapor edilmiştir. Robledo-Colonia ve ark. nın (2012) Kolombiya'da yaptıkları randomize kontrollü çalışmada gebelerin 3 aylık egzersiz programından sonra depresif belirtilerin kontrol grubuna göre azaldığı gösterilmiştir. Yaşam tarzı pek çok kronik hastalıkla olduğu gibi mental problemler ile de yakından ilişkilidir. Sedarer yaşam tarzı ile mental sağlık arasında ters bir ilişki bulunmaktadır. Depresyon gibi ruh sağlığı problemlerinin nörobiyolojik temelleri tam olarak aydınlatılamamakla beraber nörotransmitter aktivitesinin bozulması, hipokampus disfonksiyonu kabul gören teorilerdendir. Egzersizin duygudurum belirtileri üzerindeki kesin etki mekanizması hala belirsiz olsada, araştırmalar egzersizin Merkezi Sinir Sistemindeki dopamin, serotonin ve noradrenerjik aktiviteyi güçlendirdiğini göstermektedir (Shivakumar et al. 2011, Meeusen and De Meirleir 1995). Ek olarak gebelikte meydana gelen diyabet gibi rahatsızlıkların hem korunmasında hem tedavisinde yeri olan egzersiz, bu hastalıkların tetiklediği mental problemlerin azalmasında da dolaylı olarak katkı sağlamaktadır (Shivakumar et al. 2011).

Gebelikte psikiyatrik hastalıklar ile ilişkili olduğu düşünülen diğer bir değişken ise beslenmedir. Özellikle omega-3 yağ asidinin yeterli düzeyde olmaması hem gebelikte hem de postpartum dönemde görülen depresif belirtiler ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir (Borja-Hart and Marino 2010). Plazmada balıkta bulunan yağ asitlerinin düşük konsantrasyonda olması, beyin serotonin turnoverinin dolayısıyla serebrospinal sıvıda 5-hydroxyindolaceticacid düşük olmasını öngörmektedir. Serebrospinal sıvıda bu belirtecin düşük konsantrasyonlarının depresyon ve intihar ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğu bildirilmiştir (Hibbeln 1998). Yapılan farklı çalışmalarda düşük omega 3 düzeyinin eritrosit membran frajilitesi, protein kinaz aktivitesi, serotonerjik-dopaminerjik yolak üzerine etkili olduğu gösterilmiştir (Edwards et al. 1998, Hibbeln et al. 1998, Mirnikjoo et al. 2001). Rees ve ark. nın (2008) yaptıkları randomize kontrollü çalışmada omega desteği verilen grupla plasebo verilen grup arasında depresyon skorları arasında fark bulunamadığı, Kaviani ve ark. nın (2014) yaptıkları çalışmada ise omega 3 desteği verilen grupta depresyon skorlarının plasebo grubuna göre daha fazla düştüğü bildirilmiştir. Hoge ve ark. nın (2019) Belçika’da yaptıkları kohort çalışmasında omega 3 düzeyleri ile depresyon riski arasında negatif bir ilişki bulduklarını rapor etmişlerdir. Bu çalışmada balık tüketimi ile gebelikte görülen depresyon, anksiyete bozukluğu ile ilişki bulunamamıştır. Çalışmamızda balık tüketimi kabaca sorgulanmış olup, yağ asitlerine yönelik herhangi bir ölçüm yapılamamıştır. Balık tüketimi ile ruhsal problemler arasındaki ilişkinin belirlenmesi için daha ayrıntılı çalışmalara ihtiyaç olduğu aşıkardır.

Sağlık iletişimi uygulamalarının önemi tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de artmaktadır. Sağlık iletişimi, halkın önemli sağlık sorunları hakkında bilgilendirme, etkileme ve motive etme çalışmalarıdır. Sağlık iletişimi alanının kapsadığı temel konu başlıklarından biri sağlığın geliştirilmesidir. Demografik ve epidemiyolojik dönüşüm ile sağlığın geliştirilmesi uygulamalarının planlanmasında ve hayata geçirilmesinde iletişim çalışmaları önemli role sahiptir. Yeni iletişim teknolojilerinin gelişmesi ile bu uygulamaların kapsamı değişmiş, geleneksel yöntemlerin yanında özellikle internet-sosyal medya araçlarının kullanımı artmıştır (Avcı and Avşar 2014, Mendi 2015). Çalışmamızda gebelerin yaklaşık %80’i gebelik ile ilgili bilgi edinmek

için internet kullanmakta olduğunu ve en az bir sosyal medya hesabı olduğunu belirtti. HAD-D ölçeğine göre sosyal medya hesabı olmayan ve gebelik süreciyle ilgili bilgi edinmek için internet ve/veya sosyal medya kullanımı ayda 1 ve daha az olanlarda depresyon sıklığının daha fazla olduğu saptandı. Amerika Yaşam Projesi verilerine göre 18-49 yaş arası kadınların %66-71'i internetten sağlıkla ilgili bilgi aramaktadır. Aynı projede 18-49 yaş kadınların %31'i gebelik-çocuk bakımı ile ilgili bilgi, %28'i anksiyete bozukluğu, depresyon, stres gibi mental problemler ile ilgili sağlık bilgisi aradığı bildirilmiştir (Fox 2011). İnternetin hem bir sosyal ortam sağlaması, kişiler ile iletişim sağlayarak sıkıntılarının paylaşılması hem de arandığı doğru bilgiye ulaşarak kaygıların giderilmesi mental problemlerin hafiflemesine katkı sağlamış olabilir.

Çalışmamızda mevcut/daha önceki gebeliklerinde psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda depresyon-anksiyete bozukluğu riski sıklığı daha fazla bulundu. Giardinelli ve ark. nın (2012) İtalya'da yaptıkları çalışmada benzer şekilde gebelik döneminde depresyon-anksiyete bozukluğu riskinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Rubertsson ve ark. nın (2014) İsveç'te yaptıkları çalışmada gebelik öncesinde anksiyete bozukluğu ve depresyon gibi psikiyatrik problemi olanlarda gebelik boyunca anksiyete bozukluğu sıklığının, Silva ve ark. nın (2016) yaptıkları çalışmada mental problem öyküsü olanlarda gebelikte depresyon sıklığının daha fazla olduğu gösterilmiştir. Gerek gebelik öncesinde başlanan tedavinin fetüs üzerine olası yan etkileri nedeniyle tedaviyi yarım bırakma gerek tedavi alamayacağı için sağlık hizmet sunucularına başvuramama gibi nedenler bu durumun sebeplerinden olabilir. Depresyon, anksiyete bozuklukları genetik örüntü ile çevresel faktörlerin etkileşimi ile oluşabilen, etiyojisi tam olarak aydınlatılamayan multifaktöriyel hastalıklardır. Yapılan farklı aile ve ikiz çalışmaları ile kalıtsal özellikleri gösterilmiştir (Hetteima et al. 2001, Merikangas et al. 2003, Sadock and Sadock 2011). Bu çalışmada birinci derece akrabalarda psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda depresyon riski 2,8 kat, anksiyete bozukluğu riski ise 3,4 kat fazla olduğu bulunmuştur. Felice ve ark. nın (2004) Malta'da yaptıkları çalışmada ailesinde psikolojik hastalık öyküsü olanlarda antenatal depresyon sıklığının daha fazla olduğu bildirilmiştir. Silva ve ark. nın (2012) yaptığı çalışmada ailesel psikolojik ve/veya psikiyatrik problem öyküsünün

olması perinatal depresyon riskini yaklaşık 1,5 kat arttığını rapor edilmiştir. Lau ve Keung'un (2007) yaptıkları çalışmada da benzer sonuç bildirilmiştir. Birinci derece akrabalarda benzer sağlık problemlerinin görülmesinin nedenleri arasında genetik faktörlerin yanı sıra, kültürel alışkanlıklarının, yaşam tarzlarının (beslenme vs.), maruz kalınan yaşam olaylarının benzer olması da göz önünde bulundurulmalıdır.

5.2. SONUÇLAR

Bu çalışmada depresyon ve anksiyete bozukluğu tanısız görüşmesi yapılmamıştır ancak ülkemizde ve Dünya'da risk gruplarının taramasında kullanılan geçerlilik ve güvenilirliği olan testler uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlar ile her ne kadar anksiyete ve depresyon tanı sıklığı saptanmasa da bu tanımlar için eşik değer üzerinde olan riskli hastalar tayin edilmiştir.

Çalışmamızda elde edilen sonuçlar maddeler halinde aşağıda sıralanmıştır:

- Çalışma da yaklaşık olarak her 4 kadından birisinde depresyon riski saptanmıştır.
- Yaklaşık altı kadından birinde anksiyete bozukluğu riski bulundu.
- HAD-Ö'nin alt ölçeklerinden alınan puanlar ile EDSÖ'den alınan puanlar arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı.
- Çalışmada çok değişkenli analiz sonuçlarına göre öğrenim düzeyi, eş desteği, konuşabilecek arkadaş sayısı ve birinci derece akrabalarda psikiyatrik hastalık öyküsü olma durumu HAD-Ö'nin depresyon alt ölçeğinden alınan puanlar ile ilişkili saptanan değişkenlerdi.
- Bu çalışmada çok değişkenli analiz sonuçlarına göre öğrenim düzeyi, evlenme yaşı, eş desteği, konuşabilecek arkadaş sayısı, birinci derece akrabalarda psikiyatrik hastalık öyküsü olma durumu HAD-Ö'nin anksiyete alt ölçeğinden alınan puanlar ile ilişkili saptanan değişkenlerdi.
- Çalışmada çok değişkenli analiz sonuçlarına göre, eşinin düzenli gelir getirici işte aktif olarak çalışma durumu, eş desteği, konuşabilecek arkadaş sayısı, açık havada geçirilen süre, EDSÖ'den alınan puanlar ile ilişkili saptandı.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Gebelik döneminde depresyon ve anksiyete bozukluğu görülme riski yüksek olup, doğum öncesi bakım hizmetleri sunumunda bu durum göz önünde bulundurulmalıdır.
- Riskli gebelerin belirlenerek erken tanı ve tedavi hizmetlerine yönlendirilmesi için birinci basamak sağlık hizmet sunucularının konu ile ilgili farkındalığı artırılmalıdır. Bu hizmetlerin gerçekleştirilmesi için gerekli alt yapı sağlanmalıdır.
- Doğum öncesi bakım hizmetlerinde ruhsal problemlerin değerlendirilmesi rutin uygulama halinde olmalıdır. Gerekli görülen durumlarda kişilerin psikiyatri uzmanlarından hizmet alımı kolaylaştırılmalıdır.
- Ruh sağlığı problemlerin gelişmesinde ki risk faktörleri tek tek ele alınmalı hem bireylerin hem toplumun ruh sağlığının korunması açısından gerekli politikalar geliştirilmelidir.
- Öğrenim düzeyi yüksek olanlarda ruh sağlığı problemlerinin daha az görülmesinden dolayı öncelikle kız çocuklarının öğrenim düzeyinin yükseltilmesine yönelik gerekli uygulamalar yapılmalıdır.
- Kadın ekonomik bağımsızlığı için teşvik edilmeli, iş imkanları sağlanmalıdır.
- Zorlu ve uzun bir süreç olan gebelik döneminde, eşlerin katılımı sağlanmalı, eşlere gebelik dönemi ve sonrası için eğitimler verilmeli ve ebeveyn sorumluluğu tek başına kadına yüklenmemelidir.
- İstenmeyen-planlanmayan, sayıca çok olan gebelikler ruh sağlığı problemleri için kolaylaştırıcı faktör olabildiği için aile planlaması hizmetlerine erişim kolaylaştırılmalı ve kullanımı ile ilgili eğitimler verilmelidir.
- Sosyal destek mental sağlığı koruyucu olabileceği için eş-dost, arkadaşlar ile ilişkiler desteklenmelidir.
- Gebelikte görülen ruh sağlığı problemlerin gerek postpartum dönemde devam etmesi gerekse de maternal-fetal sağlığı olumsuz yönde etkilemesi açısından doğum öncesi bakımların hem niteliği hem niceliği artırılarak ruh sağlığı problemlerine müdahale kapasitesi yükseltilmelidir.

- Gebelerde yüksek düzeyde bulunan depresyon ve anksiyete bozukluğu riski ve bunların sonucunda ortaya çıkan olumsuz sağlıksız ıktıları, sosyoekonomik yapıdan, yaşam tarzı gibi birçok faktörden etkilendiği için çok yönlü, multidisipliner olarak ele alınması gereken öncelikli halk sağlığı problemleri arasında yer almalıdır.

5.3. ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI

- Çalışma tasarımınnın kesitsel tipte olması sebebiyle neden sonuç ilişkilerini tespit etmek güçtür. Nedensellikleri daha net ortaya koyabilmek için uzunlamasına planlanacak çalışmalara ihtiyaç vardır.
- Prenatal dönemdeki kadınlara özgü depresyon ve anksiyete leği olmaması nedeniyle bu ölçekler kullanılmıŐtır.

6. KAYNAKLAR

- Abajobir AA, Maravilla JC, Alati R., Najman JM. (2016). A systematic review and meta-analysis of the association between unintended pregnancy and perinatal depression. *Journal Of Affective Disorders*, 192, 56-63.
- Adewuya AO, Ola BA, Aloba OO., Dada AO., Fasoto OO. (2007). Prevalence and correlates of depression in late pregnancy among Nigerian women. *Depression and anxiety*, 24, 15-21.
- Akçalı AP., Aydın N., Yazıcı E., Aksoy AN., Kırkan TS., Daloglu GA. (2014). Prevalence of depressive disorders and related factors in women in the first trimester of their pregnancies in Erzurum, Turkey. *International Journal of Social Psychiatry*, 60, 809-817.
- Akın A., Üner S., Arslan Ş., Yıldırım N., Aslan D., Erdost T., Erbaydar N., Çiğdem E., Coşkun A., Karaca Ö. (2008). Kadının statüsü ve sağlığı ile ilgili gerçekler. Ankara: TC Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü.
- Aktas, S., Calik KY. (2015). Factors affecting depression during pregnancy and the correlation between social support and pregnancy depression. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17.
- Ali B., Rahbar M., Naeem S., Tareen A., Gul A., Samad L. (2002). Prevalence of and factors associated with anxiety and depression among women in a lower middle class semi-urban community of Karachi, Pakistan. *Journal of Pakistan medical association*, 52, 513.
- Ali NS., Azam IS., Ali BS., Tabbusum G., Moin SS. (2012). Frequency and associated factors for anxiety and depression in pregnant women: a hospital-based cross-sectional study. *The Scientific World Journal*, 2012.
- Alkın, T., Onur E. (2007). Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış. E. Köroğlu, C. Güleç, ve S. Şenol. *Psikiyatri temel kitabı*, 296-303.
- Alonso J., Lépine JP. (2007). Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *The Journal of clinical psychiatry*, 68, 3-9.

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2006). Psychosocial risk factors: perinatal screening and intervention. ACOG Committee Opinion No. 343. *Obstet Gynecol*, 108(2), 469-77.
- Ameringen, MV. (2016). Comorbid anxiety and depression in adults: Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis. uptodate Waltham, MA: uptodate.
- Andrade L., Caraveo-Anduaga JJ., Berglund P., Bijl RV., Graaf, RD., Vollebergh W., Dragomirecka E., Kohn R., Keller M., Kessler, RC. (2003). The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *International journal of methods in psychiatric research*, 12, 3-21.
- Aris-Meijer J., Bockting C., Stolk R., Verbeek T., Beijers C., Van Pampus M., Burger H. (2019). What if pregnancy is not seventh heaven? The influence of specific life events during pregnancy and delivery on the transition of antenatal into postpartum anxiety and depression. *International journal of environmental research and public health*, 16, 2851.
- Arnold PD., Zai G., Richter MA. (2004). Genetics of anxiety disorders. *Current Psychiatry Reports*, 6, 243-254.
- Avcı K., Avşar Z. (2014). Sağlık iletişimi ve yeni medya. *İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi*, 39.
- Aydemir O. (1997). Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg.*, 8, 187-280.
- Baer L., Jenike MA., Ricciardi JN., Holland AD., Seymour RJ., Minichiello WE., Buttolph ML. (1990). Standardized assessment of personality disorders in obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 47, 826-830.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2004). Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması. Ankara. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkez Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 4-24.
- Ban L., Gibson JE., West J., Tata LJ. (2010). Association between perinatal depression in mothers and the risk of childhood infections in offspring: a population-based cohort study. *BMC public health*, 10, 799.
- Bayrampour H., McDonald S., Tough S. (2015). Risk factors of transient and persistent anxiety during pregnancy. *Midwifery*, 31, 582-589.

- Beck CT. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing research*, 50, 275-285.
- Bennett HA., Einarson A., Taddio A., Koren G., Einarson TR. (2004). Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 103, 698-709.
- Benute GRG., Nomura RMY., Reis JS., Fraguas Junior R., Lucia MCSD., Zugaib M. (2010). Depression during pregnancy in women with a medical disorder: risk factors and perinatal outcomes. *Clinics*, 65, 1127-1131.
- Bhugra D., Gupta S., Bhui K., Craig T., Dogra N., Ingleby JD., Kirkbride J., Moussaoui D., Nazroo J., Qureshi A. (2011). WPA guidance on mental health and mental health care in migrants. *World Psychiatry*, 10, 2.
- Bilszta JL., Tang M., Meyer D., Milgrom J., Ericksen J., Buist AE. (2008). Single motherhood versus poor partner relationship: outcomes for antenatal mental health. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, 56-65.
- Black D., Gaffney G., Schlosser S., Gabel J. (2003). Children of parents with obsessive-compulsive disorder—a 2-year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 305-313.
- Bloom D., Cafiero E., Jané-Llopis E., Abrahams-Gessel S., Bloom L., Fathima S., Weinstein C. (2011). The global economic burden of non-communicable diseases: A report by the World Economic Forum and the Harvard School of Public Health. Geneva, Switzerland. VWorld Economic Forum.
- BM. (1995). *Population and Development: Programme of Action Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994 (Vol. 1)*. New York: United Nations, Department for Economic and Social Information and Policy Analysis
- Bogic M., Njoku A., Priebe S. (2015). Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC international health and human rights*, 15, 29.
- Bolton H., Hughes P., Turton P., Sedgwick P. (1998). Incidence and demographic correlates of depressive symptoms during pregnancy in an inner London population. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 19, 202-209.

- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2017). Editörler: Başara BB, Çağlar İS, Aygün A, Özdemir TA. Kuban Matbaacılık Yayıncılık, Ankara.
- Borja-Hart, NL., Marino J. (2010). Role of omega-3 fatty acids for prevention or treatment of perinatal depression. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, 30, 210-216.
- Bödecs T., Horváth B., Kovács L., Diffellné Németh M., Sándor J. (2009). Prevalence of depression and anxiety in early pregnancy on a population based Hungarian sample. *Orvosi hetilap*, 150, 1888-1893.
- Bromet E., Andrade LH., Hwang I., Sampson NA., Alonso J., De Girolamo G., De Graaf R., Demyttenaere K., Hu C., Iwata N. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC medicine*, 9, 90.
- Can H., Çakır L. (2012). Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin anksiyete ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. *The Journal of Turkish Family Physician*, 3, 35-42.
- Cankorur VS., Abas M., Berksun O., Stewart R. (2015). Social support and the incidence and persistence of depression between antenatal and postnatal examinations in Turkey: a cohort study. *BMJ open*, 5.
- Cox J., Holden J., Sagovsky R. (1987). Edinburgh postnatal depression scale (EPDS). *Br J psychiatry*, 150, 782-786.
- Çaylan A., Kısa C., Sunay D., Tekgöz İ. (2009). Gebeliğin son 3 ayında anksiyete bozukluğu ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 13, 132-136.
- De Jesus Silva MM., Peres Rocha Carvalho Leite E., Alves Nogueira D., Clapis MJ. (2016). Depression in pregnancy. Prevalence and associated factors. *Investigación y educación en enfermería*, 34, 342-350.
- Dennis CL., Falah-Hassani K., Shiri R. (2017). Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 210, 315-323.
- Diego MA., Field T., Hernandez-Reif M., Schanberg S., Kuhn C., Gonzalez-Quintero VH.V (2009). Prenatal depression restricts fetal growth. *Early human development*, 85, 65-70.

- Diket AL., Nolan TE. (1997). Anxiety and depression: diagnosis and treatment during pregnancy. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 24, 535-558.
- Domschke K., Dannlowski U. (2010). Imaging genetics of anxiety disorders. *Neuroimage*, 53, 822-831.
- DSÖ. (2002). Constitution of the World Health Organization. 1946. *Bulletin of the World Health Organization*, 80, 983.
- DSÖ (2001). *The World health report: 2001-Mental health: new understanding, new hope*. 2001. Geneva: WHO.
- DSÖ. (2002). Gender and mental health. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68884/a85573.pdf>, Erişim tarihi:30.05.2020
- DSÖ. (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates. *Depression and other common mental disorders: global health estimates (No. WHO/MSD/MER/2017.2)*.
- DSÖ. (2009). *Mental health aspects of women's reproductive health: a global review of the literature*, World Health Organization.
- DSÖ. (1986). *Sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik Ottawa Sözleşmesi*. DSÖ, Cenevre.
- Edwards J., Hu M., Thind A., Stranges S., Chiu M., Anderson, KK. (2019). Gaps in Understanding of the Epidemiology of Mood and Anxiety Disorders among Migrant Groups in Canada: A Systematic Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 64, 595-606.
- Edwards R., Peet M., Shay J., Horrobin D. (1998). Omega-3 polyunsaturated fatty acid levels in the diet and in red blood cell membranes of depressed patients. *Journal of affective disorders*, 48, 149-155.
- Eliakim R., Abulafia O., Sherer DM. (2000). Hyperemesis gravidarum: a current review. *American journal of perinatology*, 17, 207-218.
- Engindeniz A., Küey L., Kültür S. (1996). Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Bahar Sempozyumları*, 1, 51-52.

- Erol N., Durusoy R., Ergin I., Döner B., Çiçeklioğlu M. (2010). Unintended pregnancy and prenatal care: A study from a maternity hospital in Turkey. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 15, 290-300.
- Escribè-Agüir V., Gonzalez-Galarzo M., Barona-Vilar C., Artazcoz L. (2008). Factors related to depression during pregnancy: are there gender differences? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62, 410-414.
- Faisal-Cury A., Menezes PR. (2007). Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Archives of women's mental health*, 10, 25-32.
- Feldman R., Granat A., Pariente C., Kanety H., Kuint J., Gilboa-Schechtman E. (2009). Maternal depression and anxiety across the postpartum year and infant social engagement, fear regulation, and stress reactivity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48, 919-927.
- Felice E., Saliba J., Grech V., Cox J. (2004). Prevalence rates and psychosocial characteristics associated with depression in pregnancy and postpartum in Maltese women. *Journal of affective disorders*, 82, 297-301.
- Field T. (2011). Prenatal depression effects on early development: a review. *Infant behavior and development*, 34, 1-14.
- Field T., Diego M., Hernandez-Reif M. (2008). Prenatal dysthymia versus major depression effects on the neonate. *Infant Behavior and Development*, 31, 190-193.
- Figueiredo B., Pacheco A., Costa R. (2007). Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Archives of women's mental health*, 10, 103-109.
- Fisher J., Mello MCD., Patel V., Rahman A., Tran T., Holton S., Holmes W. (2012). Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low-and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 90, 139-149.
- Fisher J., Tran T., Tran T. D., Dwyer T., Nguyen T., Casey GJ., Simpson JA., Hanieh S., Biggs BA. (2013). Prevalence and risk factors for symptoms of common mental disorders in early and late pregnancy in Vietnamese women:

- a prospective population-based study. *Journal of affective disorders*, 146, 213-219.
- Fox S. (2011). Health Topics. Pew Research Center's Internet & American Life Project. Retirado de, <http://www.pewinternet.org/2011/02/01/health-topics-2>. Erişim Tarihi:10.05.2020
- Friedman CJ., Shear MK, Frances A. (1987). DSM-3 Personality Disorders In Panic Patients. *Journal Of Personality Disorders*, 1, 132-135.
- Fuchs T. (1999). Life Events In Late Paraphrenia And Depression. *Psychopathology*, 32, 60-69.
- Gençtan E. (2005). *Psikanaliz Ve Sonrası*.(11. Baskı). İstanbul: Metis Yayıncılık.
- Giardinelli L., Innocenti A., Benni L., Stefanini M., Lino G., Lunardi C., Svelto V., Afshar S., Bovani R., Castellini G. (2012). Depression and anxiety in perinatal period: Prevalence and risk factors in an Italian sample. *Archives Of Women's Mental Health*, 15, 21-30.
- Golbasi Z., Kelleci M., Kisacik G., Cetin A. (2010). Prevalence and correlates of depression in pregnancy among turkish women. *Maternal And Child Health Journal*, 14, 485-491.
- González-Mesa E., Kabukcuoglu K., Blasco M., Körükcü APDO., Ibrahim N., González-Cazorla MA., Cazorla O. (2020). Comorbid anxiety and depression (cad) at early stages of the pregnancy: A multicultural cross-sectional study. *Journal Of Affective Disorders*.
- Gotlib I H., Whiffen VE., Mount JH., Milne K., Cordy NI. (1989). Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 57, 269.
- Gözüyeşil E., Şirin A., Çetinkaya Ş. (2008). Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3, 40-62.
- Grote NK., Bridge JA., Gavin AR., Melville JL., Iyengar S., Katon WJ. (2010). A Meta-Analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Archives Of General Psychiatry*, 67, 1012-1024.

- Gulseren L., Erol A., Gulseren S., Kuey L., Kilic B., Ergor G. (2006). From antepartum to postpartum: a prospective study on the prevalence of peripartum depression in a semiurban Turkish Community. *The Journal Of Reproductive Medicine*, 51, 955-960.
- Hartley M., Tomlinson M., Greco E., Comulada WS., Stewart J., Le Roux I., Mbewu N., Rotheram-Borus MJ. (2011). Depressed mood in pregnancy: prevalence and correlates in two cape town peri-urban settlements. *Reproductive Health*, 8, 9.
- Hettema JM., Neale MC., Kendler KS. (2001). A Review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal Of Psychiatry*, 158, 1568-1578.
- Hibbeln JR. (1998). Fish consumption and major depression. *Lancet*, 351, 1213.
- Hibbeln JR., Linnoila M., Umhau JC., Rawlings R., George DT., Salem Jr N. (1998). Essential fatty acids predict metabolites of serotonin and dopamine in cerebrospinal fluid among healthy control subjects, and early-and late-onset alcoholics. *Biological Psychiatry*, 44, 235-242.
- Hoge A., Tabar V., Donneau AF., Dardenne N., Degée S., Timmermans M., Nisolle M., Guillaume M., Castronovo V. (2019). Imbalance between omega-6 and omega-3 polyunsaturated fatty acids in early pregnancy is predictive of postpartum depression in a Belgian cohort. *Nutrients*, 11, 876.
- Kahn RS., Wise PH., Kennedy BP., Kawachi I. (2000). State income inequality, household income, and maternal mental and physical health: Cross Sectional National Survey. *Bmj*, 321, 1311-1315.
- Kang YT., Yao Y., Dou J., Guo X., Li SY., Zhao CN., Han HZ., Li B. (2016). Prevalence and risk factors of maternal anxiety in late pregnancy in China. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 13, 468.
- Karaçam Z., Ançel G. (2009). Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: A study in a Turkish population. *Midwifery*, 25, 344-356.
- Karamustafalıoğlu O., Yumrukçal H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45, 65-74.
- Kasper S., Den Boer JA., Sitsen JA. (2003). *Handbook of depression and anxiety: a biological approach*, Informa Healthcare.

- Kaviani M., Saniee L., Azima S., Sharif F., Sayadi M. (2014). The effect of omega-3 fatty acid supplementation on maternal depression during pregnancy: a double blind randomized controlled clinical trial. *International Journal Of Community Based Nursing And Midwifery*, 2, 142.
- Kaya B. (2007). Depresyon: sosyo-ekonomik ve kültürel pencereden bakış. *Klinik Psikiyatri*, 10, 11-20.
- Kessler RC. (1997). The effects of stressful life events on depression. *Annual Review Of Psychology*, 48, 191-214.
- Kessler RC. (2003). Epidemiology of women and depression. *Journal Of Affective Disorders*, 74, 5-13.
- King NM., Chambers J., O'donnell K., Jayaweera SR., Williamson C., Glover VA. (2010). Anxiety, depression and saliva cortisol in women with a medical disorder during pregnancy. *Archives Of Women's Mental Health*, 13, 339-345.
- Klerman GL., Weissman MM., Ouellette R., Johnson J., Greenwald S. (1991). Panic attacks in the community: Social morbidity and health care utilization. *Jama*, 265, 742-746.
- Kömürcü N., Doğan Merih Y. (2012). Doğum öncesi dönem. *Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı*. İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları. S, 131-166.
- Köroğlu E. (çeviren). (2013). Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru El kitabı Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 91-112.
- Kurki T., Hiilesmaa V., Raitasalo R., Mattila H., Ylikorkala O. (2000). Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstetrics & Gynecology*, 95, 487-490.
- La Gory M., Ritchey FJ., Mullis J. (1990). Depression among the homeless. *Journal of Health and Social Behavior*, 87-102.
- Lau Y., Keung DWF. (2007). Correlates of depressive symptomatology during the second trimester of pregnancy among Hong Kong Chinese. *Social science & medicine*, 64, 1802-1811.

- Lau Y., Wong DFK. (2008). The role of social support in helping Chinese women with perinatal depressive symptoms cope with family conflict. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 37, 556-571.
- Leigh B., Milgrom J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC psychiatry*, 8, 24.
- Limlomwongse N., Liabsuetrakul T. (2006). Cohort study of depressive moods in Thai women during late pregnancy and 6–8 weeks of postpartum using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Archives of women's mental health*, 9, 131-138.
- Lorant V., Kampfl D., Seghers A., Deliege D., Closos MC., Ansseau M. (2003). Socio-economic differences in psychiatric in-patient care. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 170-177.
- Luke S., Salihu HM., Alio AP., Mbah AK., Jeffers D., Berry EL., Mishkit VR. (2009). Risk factors for major antenatal depression among low-income African American women. *Journal of Women's Health*, 18, 1841-1846.
- Maier W., Gänssicke M., Gater R., Rezaki M., Tiemens B., Urzúa RF. (1999). Gender differences in the prevalence of depression: a survey in primary care. *Journal of affective disorders*, 53, 241-252.
- Maier W., Lichtermann D., Minges J., Heun R. (1992). Personality traits in subjects at risk for unipolar major depression: a family study perspective. *Journal of Affective Disorders*, 24, 153-163.
- Marcus SM., Flynn HA., Blow FC, Barry KL. (2003). Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *Journal of women's health*, 12, 373-380.
- Mccarthy FP., Khashan AS., North RA., MossMorris R., Baker PN., Dekker G., Poston L., Kenny LC, Consortium S. (2011). A prospective cohort study investigating associations between hyperemesis gravidarum and cognitive, behavioural and emotional well-being in pregnancy. *PloS one*, 6, e27678.
- Meeusen R., De Meirleir K. (1995). Exercise and brain neurotransmission. *Sports Medicine*, 20, 160-188.

- Melville JL., Gavin A., Guo Y., Fan MY., Katon WJ. (2010). Depressive disorders during pregnancy: prevalence and risk factors in a large urban sample. *Obstetrics and gynecology*, 116, 1064.
- Mendi B. (2015). Sağlık iletişimde sosyal medyanın kullanımı: Dünyadaki ve Türkiye'deki uygulamalar. *Marmara Üniversitesi Öneri Dergisi*, 11, 44
- Merikangas K., Lieb R., Wittchen HU., Avenevoli S. (2003). Family and high-risk studies of social anxiety disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 28-37.
- Mirnikjoo B., Brown SE., Kim HFS., Marangell LB., Sweatt JD., Weeber EJ. (2001). Protein kinase inhibition by ω -3 fatty acids. *Journal of Biological Chemistry*, 276, 10888-10896.
- Muramatsu N. (2003). County-level income inequality and depression among older Americans. *Health services research*, 38, 1863-1884.
- Muzik M., Marcus SM., Heringhausen JE., Flynn H. (2009). When depression complicates childbearing: guidelines for screening and treatment during antenatal and postpartum obstetric care. *Obstetrics and Gynecology Clinics*, 36, 771-788.
- Nasreen HE., Kabir ZN., Forsell Y., Edhborg M. (2011). Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms during pregnancy: a population based study in rural Bangladesh. *BMC women's health*, 11, 22.
- Nicholi Jr AM. (1999). *The Harvard guide to psychiatry*, Belknap Press/Harvard University Press.
- Nordhagen I., Sundgot-Borgen J. (2002). Physical activity among pregnant women in relation to pregnancy-related complaints and symptoms of depression. *Tidsskrift for den Norske laegeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny række*, 122, 470-474.
- Okanli A., Tortumluoglu G., Kirpınar İ. (2003). Gebe kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki/The relationship between pregnant women perceived social support from family and problem solving skill. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4, 98.
- Özakkaş T. (2014). *Anksiyete Bozuklukları ve Tedavisi*. İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları.

- Pampaka D., Papatheodorou SI., Alseaidan M., Al Wotayan R., Wright RJ., Buring JE., Dockery DW., Christophi CA. (2018). Depressive symptoms and comorbid problems in pregnancy-results from a population based study. *Journal of psychosomatic research*, 112, 53-58.
- Patel V., Kleinman A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 81, 609-615.
- Patten CA., Lando HA., Desnoyers CA., Klejka J., Decker PA., Bock MJ., Hughes CA., Alexie L., Boyer R., Resnicow, K. (2019). Association of tobacco use during pregnancy, perceived stress, and depression among alaska native women participants in the healthy pregnancies project. *Nicotine & Tobacco Research*.
- Pereira PK., Lovisi GM., Lima LA., Legay LF. (2010). Complicações obstétricas, eventos estressantes, violência e depressão durante a gravidez em adolescentes atendidas em unidade básica de saúde. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 37, 216-222.
- Pereira PK., Lovisi GM., Pilowsky DL., Lima LA., Legay LF. (2009). Depression during pregnancy: prevalence and risk factors among women attending a public health clinic in Rio de Janeiro, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25, 2725-2736.
- Piccinelli M., Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression: Critical review. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 486-492.
- Prelog PR., Makovec MR., Šimic MV., Sršen TP., Perat M. (2019). Individual and contextual factors of nulliparas' levels of depression, anxiety and fear of childbirth in the last trimester of pregnancy: intimate partner attachment a key factor? *Slovenian Journal of Public Health*, 58, 112-119.
- Qiao YX., Wang J., Li J., Ablat A. (2009). The prevalence and related risk factors of anxiety and depression symptoms among Chinese pregnant women in Shanghai. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 49, 185-190.
- Rahman A., Iqbal Z., Bunn J., Lovel H., Harrington R. (2004). Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness: a cohort study. *Archives of general psychiatry*, 61, 946-952.

- Rees AM., Austin MP., Parker GB. (2008). Omega-3 fatty acids as a treatment for perinatal depression: randomized double-blind placebo-controlled trial. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, 199-205.
- Riaz M., Lewis S., Naughton F., Ussher M. (2018). Predictors of smoking cessation during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 113, 610-622.
- Robledo-Colonia AF., Sandoval-Restrepo N., Mosquera-Valderrama, YF., Escobar-Hurtado C., Ramírez-Vélez R. (2012). Aerobic exercise training during pregnancy reduces depressive symptoms in nulliparous women: a randomised trial. *Journal of physiotherapy*, 58, 9-15.
- Roerig, J. L. (1999). Diagnosis and management of generalized anxiety disorder. *Journal of the American Pharmaceutical Association*, 39, 811-821.
- Rofé Y., Littner MB., Lewin I. (1993). Emotional experiences during the three trimesters of pregnancy. *Journal of Clinical Psychology*, 49, 3-12.
- Roy A. (1997). A Case–Control Study of Social Risk Factors for Depression in American Patients. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 42(3), 307–309
- Rubertsson C., Hellström J., Cross M., Sydsjö G. (2014). Anxiety in early pregnancy: prevalence and contributing factors. *Archives of women's mental health*, 17, 221-228.
- Sadock BJ., Sadock VA. (2011). Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry, Lippincott Williams & Wilkins.
- Sadock BJ., Sadock VA., Ruiz P. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry*, lippincott Williams & wilkins Philadelphia, PA.
- Sanderson WC., Wetzler S. (1991). Chronic anxiety and generalized anxiety disorder: Issues in comorbidity. In R. M. Rapee & D. H. Barlow (Eds.), *Chronic anxiety: Generalized anxiety disorder and mixed anxiety-depression* (p. 119–135). Guilford Press
- Sanderson WC., Wetzler S., Beck AT., Betz F. (1994). Prevalence of personality disorders among patients with anxiety disorders. *Psychiatry Research*, 51, 167-174.
- Santos-Veloso MAO., Melo MISLD., Cavalcanti RAN., Bezerra LS., Chaves-Markman ÂV., Lima SGD. (2019). Prevalence of depression and anxiety and

- their association with cardiovascular risk factors in Northeast Brasil primary care patients. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 65, 801-809.
- Sawyer A., Ayers S., Smith H. (2010). Pre-and postnatal psychological wellbeing in Africa: a systematic review. *Journal of affective disorders*, 123, 17-29.
- Sheeba B., Nath A., Metgud CS., Krishna M., Venkatesh S., Vindhya J., Murthy GVS. (2019). Prenatal depression and its associated risk factors among pregnant women in Bangalore: a hospital based prevalence study. *Frontiers in public health*, 7, 108.
- Shivakumar G., Brandon AR., Snell PG., Santiago-Muñoz P., Johnson NL., Trivedi MH., Freeman MP. (2011). Antenatal depression: a rationale for studying exercise. *Depression and anxiety*, 28, 234-242.
- Silva R., Jansen K., Souza L., Quevedo L., Barbosa L., Moraes I., Horta B., Pinheiro R. (2012). Sociodemographic risk factors of perinatal depression: a cohort study in the public health care system. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34, 143-148.
- Sjögren B. (1997). Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 18, 266-272.
- Soto-Balbuena C., Rodriguez M., Escudero Gomis AI., Ferrer Barriendos FJ., Le HN., Pmb-Huca G. (2018). Incidence, prevalence and risk factors related to anxiety symptoms during pregnancy. *Psicothema*, 30, 257-63.
- Staneva A., Bogossian F., Pritchard M., Wittkowski A. (2015). The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: A systematic review. *Women and Birth*, 28, 179-193.
- Stein, A., Pearson, R. M., Goodman, S. H., Rapa, E., Rahman, A., Mccallum, M., Howard, L. M. & Pariante, C. M. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet*, 384, 1800-1819.
- Sturm R., Gresenz CR. (2002). Relations of income inequality and family income to chronic medical conditions and mental health disorders: national survey. *Bmj*, 324, 20.
- Suchanek R., Owczarek A., Kowalczyk M., Kucia K., Kowalski J. (2011). Association between C-281A and VAL66MET functional polymorphisms of

- BDNF gene and risk of recurrent major depressive disorder in Polish population. *Journal of Molecular Neuroscience*, 43, 524-530.
- Sullivan PF., Neale MC., Kendler KS. (2000). Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1552-1562.
- Tang X., Lu Z., Hu D., Zhong X. (2019). Influencing factors for prenatal stress, anxiety and depression in early pregnancy among women in Chongqing, China. *Journal of affective disorders*, 253, 292-302.
- Toker DE., Hocaoglu Ç. (2009). Yeme bozuklukları ve aile yapısı: Bir gözden geçirme. *Düşünen Adam*, 22, 36-42.
- Tunc S., Yenicesu O., Cakar E., Ozcan H., Pekcetin S., Danisman N. (2012). Anxiety and depression frequency and related factors during pregnancy. *The Journal of Gynecology-Obstetrics and Neonatology*, 9, 1431-1435.
- Tükel R., Alkın T. (2006). *Anksiyete bozuklukları*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları
- Ünal S., Küey L., Güleç C., Bekaroğlu M., Evlice YE., Kırılı S. (2002). Depresif bozukluklarda risk etkenleri. *Klinik Psikiyatri*, 5, 8-15.
- Van De Loo KF., Vlenterie R., Nikkels SJ., Merkus PJ., Roukema J., Verhaak CM., Roeleveld N., Van Gelder MM. (2018). Depression and anxiety during pregnancy: The influence of maternal characteristics. *Birth*, 45, 478-489.
- Vega WA., Kolody B., Valle JR. (1987). Migration and mental health: An empirical test of depression risk factors among immigrant Mexican women. *International Migration Review*, 21, 512-530.
- Vink D., Aartsen MJ., Schoevers RA. (2008). Risk factors for anxiety and depression in the elderly: a review. *Journal of affective disorders*, 106, 29-44.
- Watterson RA., Williams JV., Lavorato DH., Patten SB. (2017). Descriptive Epidemiology Of Generalized Anxiety Disorder In Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62, 24-29.
- Weissman MM., Bland RC., Canino GJ., Faravelli C., Greenwald S., Hwu HG., Joyce PR., Karam EG., Lee CK., Lellouch J. (1996). Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *Jama*, 276, 293-299.

- Woody C., Ferrari A., Siskind D., Whiteford H., Harris M. (2017). A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *Journal of affective disorders*, 219, 86-92.
- Xie RH., He G., Koszycki D., Walker M., Wen SW. (2009). Prenatal social support, postnatal social support, and postpartum depression. *Annals of epidemiology*, 19, 637-643.
- Yanikkerem E., Ay S., Piro N. (2013). Planned and unplanned pregnancy: effects on health practice and depression during pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 39, 180-187.
- Zigmond A., Snaith R. (1983). The Hospital Anxiety And Depression Scale *Acta Psychiatr Scand.* 67: 361–70. Crossref.

EK1. ETİK KURUL ONAYI

Evrak Tarih ve Sayısı: 02/04/2018-E.4934



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : 71522473/050.01.04/63
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul
Başvuru Dosyası Hk.

Sayın Doç. Dr. Esra YAZICI
Sağlık Bakanlığı Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

İlgi : 20.02.2018 tarihli 65 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "Sakarya İlinde Gebelerde Depresyon ve Anksiyete Sıklığı ve İlişkili Etmenler" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER
Etik Kurulu Başkanı

Yücel DEMİR
Etik Kurulu Sekr.

Güvenli Elektronik
İmzalı Aslı İle Aynıdır.

02...1.04..12018..

Evrakı Doğrulamak İçin : <http://193.140.253.232/envision.Sorgula/BelgeDogrulama.aspx?V=BE8A48A1S>

Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dekanlığı, Korucuk Kampüsü, Korucuk, Adapazarı/Sakarya
Tel:264 295 6630 Faks:264 295 6629
E-Posta :tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ :www.tip.sakarya.edu.tr

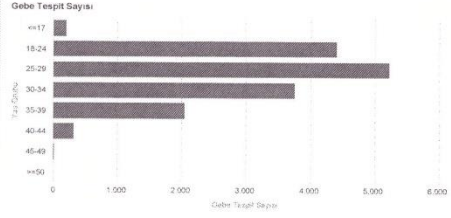
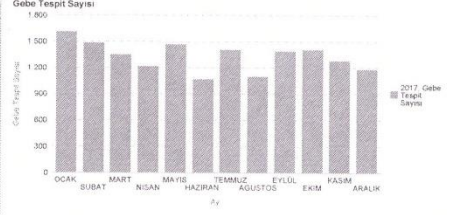


EK.2 SAKARYA SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ONAYLI GEBE SAYILARI

Açıklama:
 İhtiva edilen Veriler: Bu rapor hesaplandığı ayda gebelik bildirim yapıldığı tespit edilen gebelerin Hasta TC'leri, Hakim, Kurum ve Zaman Ay bazında gruplanarak sayılmaktadır. Gebelik bildirim tarihi baz alınır. 1. ve 2. basamak verilerini içermektedir.
 Çalıştırma Periyodu: Bu rapor aylık dönemlerde çalıştırılmaktadır. Gececiye yönelik gelen veriler güncellenmektedir.

Gebe Tespit Raporu

İlçe Adı	Gebe Tespit Sayısı	Gebe Tespit Sayısı											
		2017	HAZİRAN	AĞUSTOS	ARALIK	NİSAN	KASIM	MART	EYLÜL	EKİM	TEMMUZ	MAYIS	SUBAT
Genel Toplam	15.951	1.064	1.099	1.155	1.216	1.279	1.306	1.380	1.423	1.406	1.487	1.483	1.607
SAKARYA	1.231	66	83	92	110	110	102	114	104	103	97	126	124
GEVE - SAKARYA	655	56	45	62	53	46	61	64	52	66	59	54	77
HENDEK - SAKARYA	1.377	92	111	130	156	115	103	110	130	96	134	122	128
KARASU - SAKARYA	1.288	102	88	87	81	104	120	123	122	106	120	121	112
KAYNARCA - SAKARYA	267	17	9	23	24	10	19	23	26	23	26	37	30
SARPAKCA - SAKARYA	550	40	38	49	52	31	39	51	49	80	50	51	70
KOCALI - SAKARYA	118	7	6	15	12	5	15	5	5	11	14	11	12
PAMUKOVA - SAKARYA	450	25	30	44	35	43	43	30	41	35	49	38	37
TARAKLI - SAKARYA	89	4	6	8	9	4	4	7	6	4	9	6	13
FERİTLİ - SAKARYA	384	26	20	33	27	28	35	35	34	30	43	35	38
KARAPÜRÇEK - SAKARYA	201	6	11	14	18	16	13	22	17	24	9	29	22
ŞOĞUTLU - SAKARYA	181	15	9	15	8	18	24	17	12	17	16	18	12
ADAPAZARI - SAKARYA	4.615	302	304	288	334	372	390	363	393	418	423	483	545
ARIFYİNE - SAKARYA	835	39	36	69	49	60	54	52	58	57	55	64	52
ERENLER - SAKARYA	1.262	89	96	103	109	93	117	92	118	94	102	116	133
SERDİVAN - SAKARYA	2.589	180	207	153	189	224	211	282	238	282	281	182	202





T.C.
SAKARYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 24404279-042
Konu : Gebe Sayıları

HENDEK KAYMAKAMLIĞI' NA
(İlçe Sağlık Müdürlüğü)

Hendek 3 Nolu Aile Sağlığı Merkezi'nde görev yapan Aile Hekimi Dr.Özkan DİKMEN'in 04.01.2018 tarih ve 59766570 barkod numaralı dilekçesine istinaden aile hekimliği uzmanlık eğitimi uzmanlık tezinde kullanılmak üzere Sakarya ili ve ilçelerde ki gebe sayıları yazımız ekinde gönderilmiştir.

Gereğini arz ederim.

e-İmzalıdır.
Doç. Dr.Aziz ÖĞÜTLÜ
İl Sağlık Müdürü

EKLER:
1-Gebe Tespit Raporu

Sakarya Valiliği Resmî Daireler Kampüsü

Bilgi için:Hatice TAŞ

Faks No:

Unvan:EBE

e-Posta:hatice.tas@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Sakarya İl Sağlığı Müdürlüğü Çeküs

Telefon No:

Birimi Tel: (264) 2513550 Dahili: 1436

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 32a912da-4290-46cb-a87f-c9c5e0817533 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK.3 ANKETLER

SAKARYA İLİNDE GEBELERDE ANKSİYETE VE DEPRESYON SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ ETMENLER

Aşağıdaki soruları okuyup sizin için uygun olan yanıtları işaretleyiniz.

1. Yaş: _____
2. Doğduğunuz şehir? _____
3. Sakarya'da yaşadığınız ilçe: _____
4. Yaşadığınız ilçenin neresinde ikamet ediyorsunuz? 1. İlçenin merkezi 2. Köy/Belde/Uzak Mahalle
5. Medeni hal: 1. Bekar 2. Evli 3. Dul 4. Boşanmış
6. Evlenme yaşıınız? _____
7. İlk gebeliğinizde kaç yaşındaydınız? _____
8. Gebelik Haftanız: _____
9. Şimdiki gebeliğinizdeki bebeğin cinsiyeti: 1. Kız 2. Erkek 3. Henüz belli değil
10. Toplam kaç gebelik geçirdiniz (şimdiki gebelik dahil)? _____
11. Toplam kaç çocuğunuz var? _____
12. Daha önce ölü doğum ya da düşük yaşadınız mı? 1. Hayır 2. Evet
13. Doğduktan sonra vefat eden çocuğunuz oldu mu? 1. Hayır 2. Evet
14. Hiç kürtaj oldunuz mu? 1. Hayır 2. Evet
15. Şu anki gebeliğinizi nasıl tanımlarsınız?
1. Planlı gebelik 2. Plansız (sürpriz) ama istenen gebelik 3. Hem plansız hem de istenmeyen gebelik
16. Şu anki gebeliğinizde kendinizle ilgili bir sağlık sorunuz var mı? 1. Hayır
2. Evet
17. Şu anki gebeliğinizde bebekle ilgili bilinen bir sağlık sorunu var mı? 1. Hayır
2. Evet
18. Boyunuz kaç metre? _____
19. Şu anki kilonuz? _____

20. Şimdiki gebeliğinizde şu ana kadar toplam kaç kilo aldınız? _____
21. Eğitim durumunuz:
1. Okuryazar 2. İlkokul mezunu 3. Ortaokul mezunu 4. Lise mezunu 5. Üniversite mezunu 6. Doktora mezunu
22. Çalışma durumunuz: 1. Ev hanımı 2. Düzenli bir işte çalışıyorum 3. Düzensiz olarak çalışıyorum
23. Eşinizin yaşı: _____
24. Eşiniz sigara içer mi?
1. Hemen her gün 2. Haftada 3-4gün 3. Haftada 1-2 gün 4. Haftada 1 den az 5. Hayır kullanmıyor
25. Eşiniz alkol kullanır mı?
1. Hemen her gün 2. Haftada 3-4gün 3. Haftada 1-2 gün 4. Haftada 1 den az 5. Hayır kullanmıyor
26. Eşinizin çalışma durumu? 1. İşsiz 2. Düzensiz olarak çalışıyor 3. Düzenli bir işte çalışıyor
27. Eşinizin eğitim durumu:
1. Okuryazar 2. İlkokul mezunu 3. Ortaokul mezunu 4. Lise mezunu 5. Üniversite mezunu 6. Doktora mezunu
28. Şimdiki gebeliğiniz boyunca eşinizin size olan duygusal desteğini nasıl tariflersiniz?
1. Çok iyi 2. İyi 3. Ne iyi ne kötü 4. Kötü 5. Çok kötü
29. Gebelik sürecinizde eşinizin size **fiziksel şiddet** uyguladığını düşünüyor musunuz? 1. Hayır 2. Evet
30. Gebelik sürecinizde eşinizin size **sözlü şiddet** uyguladığını düşünüyor musunuz?
1. Hayır 2. Evet
31. Evinizde yaşayan toplam kişi sayısı kaçtır? _____
32. Ailenizin toplam gelir düzeyi ne kadardır?

1. 2000 tl ve altı 2. 2001-4000 3. 4001-6000 4. 6001-8000 5. 8001-10.000 6. 10.001 ve üstü

33. **Önceki gebeliğiniz esnasında** psikiyatrik bir tanı aldınız mı? 1. Bu ilk gebeliğim 2. Evet 3. Hayır
34. Şu anki gebeliğinizden önce psikiyatrik bir tanı aldınız mı? 1. Hayır 2. Evet Evet ise nedir? _____
35. Şu anki gebeliğinizden önce psikiyatrik bir tedavi veya terapi aldınız mı? 1. Hayır 2. Evet
36. Şimdiki gebeliğiniz nedeniyle bıraktığımız bir psikiyatrik tedavi oldu mu? 1. Hayır 2. Evet
37. Şimdiki gebelik sürecinizde hiç psikiyatriye müracaat ettiniz mi? 1. Hayır 2. Evet
38. **Şimdiki gebelik sürecinizde** psikiyatrik bir tanı aldınız mı? 1. Hayır 2. Evet
39. Şu an psikiyatrik bir tedavi veya terapi görüyor musunuz? 1. Hayır 2. Evet
40. Birinci derece aile fertlerinizde (anne, baba, kardeş) psikiyatrik bir hastalığı olan var mı? 1. Yok 2. Var Varsa nedir? _____
41. Halen devam eden kronik bir hastalığınız (kanser, diyabet, hipertansiyon, romatizmal hastalık, tiroid hastalığı, migren, reflü, ortopedik hastalık vb.) var mı? 1. Yok 2. Var Varsa nedir? _____
42. Gebelik sürecinde sigara kullanıyor musunuz? 1. Hemen her gün 2. Haftada 3-4gün 3. Haftada 1-2 gün 4. Haftada 1 den az 5. Hayır kullanmıyor
43. Gebeliğinizden önceki son 3 ay içinde sigara kullanıyor muydunuz? 1. Hemen her gün 2. Haftada 3-4gün 3. Haftada 1-2 gün 4. Haftada 1 den az 5. Hayır kullanmıyor
44. Günlük yaşantınızda sorunlarınızı rahatça konuşabildiğiniz insanlar var mı? 1. Hayır yok 2. Evet 1-2 kişi var 3. Evet 3-4 kişi var 4. Evet 5 ve daha fazla kişi var

45. **Son bir aylık süreçte** egzersiz (spor, yürüyüş, dans, pilates, yoga vb) yapıyor musunuz? 1. Evet hemen her gün 2. Haftada 3-4 gün 3. Haftada 1-2 gün 4. Egzersiz yapmıyorum
46. **Son bir ayınızı düşündüğünüzde** günde yaklaşık ne kadar saat açık havada vakit geçirirsiniz? _____
47. **Son bir yılı düşündüğünüzde** hangi sıklıkta balık tüketirsiniz?
1. Ayda 1 kereden az 2. Ayda 1-2 kez 3. Haftada 1 kez 4. Haftada 2-3 kez
5. Haftada 4 ve üzeri
48. Akıllı telefon kullanıyor musunuz ? 1. Hayır 2. Evet
49. Sosyal medya hesabınız var mı? 1. Yok 2. Var
50. **Gebeliğiniz sürecinde** sosyal medya programlarından hangilerini kullanıyorsunuz ?
(Birden fazla sık işaretleyebilirsiniz)
1. Facebook 2. İnstagram 3. Twitter 4. Youtube 5. Swarm
6. Snapchat 7. LinkedIn 8. Diğer; _____ 9. Kullanmıyorum
51. Sosyal medya kullanıyorsanız **şimdiki gebeliğiniz esnasında** ne sıklıkta paylaşım yaptınız?
1. Hemen hergün 2. Haftada birkaç kez 3. Ayda birkaç kez 4. Ayda birden az 5. Kullanmıyorum
52. **Son bir ayda** sosyal medyada **günde** ortalama ne kadar zaman geçirdiniz?
_____ saat
53. **Gebelik süreciyle ilgili bilgi edinmek** için sosyal medyayı veya interneti ne sıklıkta kullanırsınız?
1. Her gün birden fazla kez 2. Her gün bir kez 3. Haftada 3-4 kez
4. Haftada bir kez 5. Ayda bir kez 6. Ayda birden seyrekle

HAD ÖLÇEĞİ

Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1) Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum.

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, bazen
- Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- Aynı eskisi kadar
- Pek eskisi kadar değil
- Yalnızca biraz eskisi kadar
- Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3) Sanki kötü birşey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

- Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- Evet, ama çok da şiddetli değil
- Biraz, ama beni endişelendirmiyor.
- Hayır, hiç öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum .

- Her zaman olduğu kadar
- Şimdi pek o kadar değil
- Şimdi kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, ama çok sık değil
- Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- Hiçbir zaman
- Sık değil
- Bazen

Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

Kesinlikle

Genellikle

Sık değil

Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

Hemen hemen her zaman

Çok sık

Bazen

Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

Hiçbir zaman

Bazen

Oldukça sık

Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

Kesinlikle

Gerektiği kadar özen göstermiyorum

Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum

Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep birşey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

Gerçekten de çok fazla

Oldukça fazla

Çok fazla değil

Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

Her zaman olduğu kadar

Her zamankinden biraz daha az

Her zamankinden kesinlikle daha az

Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

Gerçekten de çok sık

Oldukça sık

Çok sık değil

Hiçbir zaman

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

Sıklıkla

Bazen

Pek sık değil

Çok seyrek

EDSDÖ

Sizin son hafta içindeki duygularınızı öğrenmek istiyoruz. Böylelikle size daha iyi yardımcı olabileceğimize inanıyoruz.

Lütfen yalnızca bugün değil **son 7 gün içinde**, kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz.

Son 7 gündür;

1. Gülebiliyor ve olayların komik taraflarını görebiliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Artık pek o kadar değil
- Artık kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil

Son 7 gündür;

2. Geleceğe hevesle bakıyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Artık pek o kadar değil
- Artık kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil

Son 7 gündür;

3. Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Çok sık değil
- Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

- Hayır, hiçbir zaman

- Çok seyrek
- Evet, bazen
- Evet, çoğu zaman

Son 7 gündür;

5. İyi bir neden olmadığı halde korkuyor ya da panikliyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Çok sık değil
- Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

6. Herşey giderek sırtıma yükleniyor.

- Evet, çoğu zaman başa çıkamıyorum.
- Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum.
- Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkabiliyorum.
- Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

Son 7 gündür;

7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Çok sık değil
- Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

8. Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Çok sık değil
- Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

9. Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, oldukça sık
- Çok seyrek
- Hayır, asla

Son 7 gündür;

10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

- Evet, oldukça sık
- Bazen.
- Hemen hemen hiç
- Asla

EK.4 ÖZGEÇMİŞ

Ad: Özkan
Soyad: Dikmen
Doğum Yeri: Tarsus
Doğum Tarihi: 13.02.1977
Görev Yeri: Aile Hekimliği ABD
Yabancı Dil: İngilizce
E-Posta Adresi: drozkandikmen@gmail.com
Eğitim: 1988 Tarsus Kazım Taşkın İlkokulu
1991 Tarsus İbrahim Kozacıoğlu Ortaokulu
1995 Mersin Anadolu Öğretmen Lisesi
17.06.2001 Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi

Varsa, İyi Klinik Uygulamalar Kapsamında Aldığı Eğitimler:

Akademik Unvanları:

İş Tecrübesi:

Varsa, Araştırmacı Olarak Katıldığı Klinik Araştırmalar:

Varsa, Monitör/İzleyici Olarak Katıldığı Klinik Araştırmalar:

Varsa, Saha Görevlisi Olarak Katıldığı Klinik Araştırmalar:

Özgeçmiş Sahibinin Adı ve Soyadı: Özkan Dikmen

Tarih:20.02.2018

İmza:

YAYIN LİSTESİ

1. Bedir N, Ekerbiçer HÇ , M. Baran İNCİ MN, Elif KÖSE [4] , T. Ulaş Karatepe [5] , Muhlise DEMİRBAŞ [6] , Meltem P. KARABEL [7] , Nida ERDOĞAN [8] , Şeyda TOK [9] , Fulya A. KİBAR [10] , Özgür SANCAR [11] , Gürkan MURATDAĞI [12] , Ömer ÇOPUR [13] , Özkan DİKMEN [14] , M. Nurullah SEZER [15] , Emre MUSAOĞLU [16] , Aykut KURBAN [17] , Alper ARSLAN [18] , Raşit KARAAYTAÇ [19] , S.gonca MANDACI [20] , Alptekin CEYLAN [21] , Zeynep KILIÇ [22] Sakarya’da Yaşayan Bir Grup Kadının Şiddet Algı Durumları ve Bunu Etkileyen Faktörler

EK.5 ETİK KURULU DÜZELTME

İvrah Tarih ve Sayısı: 02/10/2019-E.12259



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı :71522473/050.01.04/ **316**
Konu :Girişimsel Olmayan Etik Kurul
Başvuru Dosyası Hk.

Sayın Doç. Dr. Esra YAZICI
Sağlık Bakanlığı Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

İli : 24.09.2019 tarihli 316 sayılı değişiklik başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "Sakarya İlinde Gebelerde Depresyon ve Anksiyete Sıklığı ve İlişkili Etmenler" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerçekçe, amaç, yaklaşımı ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, çalışmanın Sorumlu Araştırmacısının **Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER** olmasında etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER
Etik Kurulu Başkanı

Yücel DEMİR
Etik Kurulu Sekr.

Güvenli Etik Kurul
İmza Ahli ile Aynadır.
02...10...2019

Evrağı Doğrulamak İçin : http://193.140.253.232/envision_Sorgula/BelgeDogrulama.aspx?V=BENUBSUSC

Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu - Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dekanlığı, Kocacık Kampüsü, Kocacık, Adapazarı/Sakarya
Tel:264 295 6630 Faks:264 295 6620
E-Posta: ttp@sakarya.edu.tr Elektronik Ad: www.tip.sakarya.edu.tr



