

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRI ANABİLİM DALI

PROF. DR. RAHİM KUCUR
ANABİLİM DALI BAŞKANI

**GEBELERDE TRİMESTERLER ARASI DEPRESYON, ANKSİYETE,
DİĞER RUHSAL BELİRTİLER VE YAŞAM KALİTESİ DÜZEYLERİ**

(UZMANLIK TEZİ)

DR. SAVAŞ KARATAYLI

Tez Danışmanı

Doç. Dr. ALİ SAVAŞ ÇİLLİ

KONYA – 2007

1. İÇİNDEKİLER.....	1
2. KISALTMALAR.....	3
3. GİRİŞ.....	4
4. GENEL BİLGİLER	6
4.1. Gebelikte Görülen Ruhsal Bozukluklar	6
4.2. Gebelikte Görülen Duygudurum Bozukluğu Etiyolojisi.....	7
4.2.1 Hormonal Faktörler	8
4.2.2 Genetik Faktörler.....	13
4.2.3 Stres ve Çevresel Faktörler	13
4.3 Kadın Hayatında Depresyon Epidemiyolojisi	14
4.4 Majör Depresyon için Risk ve Prevalans	14
4.5 Gebelik ve Depresyon	15
4.6 Gebelikte Depresyon Yaygınlığı.....	17
4.6.1 Populasyon Çalışmaları	18
4.6.2 Gözden Geçirme Çalışmaları	19
4.7 Gebelik ve Anksiyete Bozuklukları	21
4.8 Gebelik ve Yaşam Kalitesi	23
5. GEREÇ ve YÖNTEM	24
5.1. Örneklerin Seçimi ve Verilerin Toplanması	24
5.2. Veri Toplama Araçları	25
5.2.a Hasta Bilgi Formu	25
5.2.b Beck Depresyon Envanteri	25
5.2.c Beck Anksiyete Envanteri	26
5.2.d WHOQOL-BREF-TR (Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Form).....	26
5.2.e SCL-90-R (Belirti Tarama Listesi).....	26
5.3. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	27
6. BULGULAR.....	28
7. TARTIŞMA	35
7.1. Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri	35
7.2. Ruhsal Belirti Düzeyleri.....	38
7.3. Yaşam Kalitesi Düzeyleri.....	40
7.4. Gebelerde Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler	42
7.5 Çalışmanın Sınırlılıkları	43

7.6 Sonuç	43
8. ÖZET	44
9. SUMMARY	46
10. KAYNAKLAR	48
11. EKLER	57
EK 1. Hasta Bilgi Formu	57
EK 2. Beck Depresyon Envanteri	58
EK 3. Beck Anksiyete Envanteri	61
EK 4. SCL-90-R.....	64
EK 5. WHOQOL-BREF-TR.....	67
12. TEŞEKKÜR	69

2.KISALTMALAR

HCG: Human Koryonik Gonadotropin

LH: Luteinize Edici Hormon

FSH: Folikül Stimüle Edici Hormon

GnRH: Gonadotropin Serbestleştirici Hormon

hPL: Human Plasental Laktojen

CRH: Kortikotropin Serbestleştirici Hormon

ACTH: Adreno-kortiko Tropin Hormon

GABA: Gamma-aminobutirik asid

OKB: Obsesif-Kompulsif Bozukluk

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

(Akıl Hastalıkları Tanı ve İstatistik El Kitabı)

EPDS: Edinburgh Postnatal Depresyon Skalası

BDE: Beck Depresyon Envanteri

BAE: Beck Anksiyete Envanteri

GHQ: General Health Questionnaire (Genel Sağlık Anketi)

WHOQOL-BREF-TR: Yaşam kalitesi ölçeği kısa formu

SCL-90-R: Belirti tarama listesi

SS: Standart Sapma

3.GİRİŞ

Kadın hayatında gebelik insan neslinin sürmesi, aile bütünlüğünün oluşması ve toplum hayatı için çok önemli bir süreçtir. Yüzyıllardır gebelik kadın hayatında bir ruhsal iyilik hali ve mutluluk dönemi olarak bilinirdi. Son 30 yılda ruh sağlığı alanındaki gelişmelerin ışığında çeşitli ruhsal sorunların da artık gebelikte görülebileceği bilinmektedir. Bu sorunların en başında depresyon ve anksiyete bozuklukları gelmektedir. Son 30 yılda yapılan çalışmalarda bildirilen gebelikte depresyon ve anksiyete bozuklukları oranları farklılıklar içermektedir ancak genel olarak bildirilen oranlar toplum oranlarından yüksektir. Aslında, önceki düşüncelerin aksine, depresyon ve anksiyete bozuklukları gebelik sırasında postpartum döneme kıyasla daha yaygın görünmektedir (1,2,3).

Depresyon ve diğer duygudurum bozuklukları meydana getirdiği iş gücü kaybı, tedavi maliyeti ve intihara varan sonuçlarla giderek artan önemde toplumsal sorunlara yol açmaktadır ve hemen her yaşta görülebilmektedir. Gebelikte görülen somatik yakınmalar, depresyon ve anksiyete belirtileri hekimlerce genellikle gebelik ile ilgili hormonal ve fiziksel değişikliklere bağlanmakta ve sıklıkla daha az tanınmaktadır. Dolayısıyla da tedavileri aksamaktadır. Bu da fetus açısından mutlu ve huzurlu bir dönem olarak geçirilmesi gereken bir dönem olan gebelik dönemini annenin çökkün duygudurum, uyku ve iştah bozukluklarıyla geçirdiği, buna bağlı olarak da fetusun hem bedensel hem de ruhsal gelişiminin kötü etkilenmesine, gebenin annelik rolüne iyi hazırlanamamasına, yaşam kalitesinin düşmesine ve aile içi çatışmalara neden olmaktadır.

Anne ve fetus sağlığı açısından önemli sonuçlar doğuran bu ruhsal sorunların gebeliğin hangi dönemini daha çok tehdit ettiği bilinmemektedir. Depresyon ve anksiyetenin gebeliğin hangi döneminde daha çok rastlandığını bilmek hekimi riskli

döneme karşı uyanık tutmak ve tedavi sürecini başlatmak açısından çok önemlidir. Gebelikte görülen ruhsal hastalıkların anne ve fetus sağlığını birçok yönden kötü etkilediği, postpartum dönemde bu hastalıkların artan oranlarla seyrettiği ve bu hastalıkların annenin işlevselliğini bozarak doğumun ilk gününden itibaren anne-çocuk ilişkisini bozduğu göz önüne alınacak olursa bu konunun önemi daha iyi anlaşılabilir.

Çalışmamızda birincil amaç gebelerde depresyon, anksiyete ve diğer ruhsal belirtilerin düzeylerini, beraberinde yaşam kalitelerini ölçmek ve bunları trimesterler arasında kıyaslamaktır.

Bu çalışmadan elde edilecek bulguların, hekimin gebeliğin dönemleri arasındaki farkı bilerek gebelikte sıkça görülen depresyon, anksiyete ve diğer ruhsal bozukluklara karşı daha duyarlı olacağını, böylelikle gebelik döneminde bu ruhsal hastalıkların tanı ve tedavisinde bir artış olacağını ummaktayız.

4.GENEL BİLGİLER

4.1 Gebelikte Görülen Ruhsal Bozukluklar

Gebeliğin genellikle bir kadın için mutlu bir dönem ve duygusal iyilik hali olduğu düşüncesi artık terkedilmiştir. Çünkü pek çok kadın için gebelik ve annelik dönemi, depresyon, anksiyete bozukluğu, yeme bozukluğu ve psikoz gibi psikiyatrik hastalıklara yatkınlığın arttığı bir dönemdir (4). Psikiyatrik bozukluklar, özellikle de depresyon ve anksiyete bozuklukları, kadınların doğurganlık döneminde en yüksek prevalansa ulaşırlar (5). Depresyon gebelikte ilgili en yaygın psikiyatrik bozukluktur. Bu bozukluklar, annedeki gebeliğe bağlı mizaç değişimine veya fizyolojik değişimlere bağlandığından klinisyenlerce sıklıkla daha az tanınır. İlaveten, bu bozukluklar ilaçların gebelik dönemindeki potansiyel yan etkileri nedeniyle daha az tedavi edilir (4).

Gebeliğin bipolar bozukluk üzerine etkisi belirsizdir (6). Bazı yazarlar bipolar bozukluklu kadınlarda gebelikten önceki ve sonraki dönemle kıyaslandığında gebeliğin koruyucu etkisinden söz ederken bazıları ise gebeliğin duygudurum bozukluklarına karşı koruyucu olmadığını ve depresyonun daha çok postpartum dönemde görüldüğünü bildirmişlerdir (7,8).

Geniş bir çalışmada önceden tanımlı bipolar bozukluklu hastaların yaklaşık yarısının gebelikte ataklar yaşadığı bildirilmiştir (9). Viguera ve ark. idame tedavisi hızlıca kesilmiş bipolar bozukluklu kadınlarda gebeliğin yeni ataklar için riski artırdığı bildirilmiştir (10,11,12).

Gebelik sırasında ilk psikoz atağı görülmesi oldukça nadirdir. Önceden psikoz öyküsü olan kadınlarda, özellikle de önceki gebeliğinde psikotik atak öyküsü olanlarda gebelikte nüks oranları yüksektir (4). Psikotik semptomların gebelikte en yaygın görülme şekli

bipolar bozukluktur, psikotik depresyon ve şizofreni izleyen sırayla görülen diğer şekillerdir (13,14).

Kendell ve ark. 1987’de puerperiumdan ayrılmış bir gebelik döneminin psikoz açısından artmış risk teşkil etmediğini ifade etmişlerdir (13). Ancak Brockington ve ark. 1990’da postpartum psikozla da devam eden dört prepartum psikoz vaka bildirimini yayınlamışlardır (15). Bazı yazarlar da gebelik döneminde psikotik belirtilerde bir düzelme bildirmişlerdir (16,17).

Gebe kadınlarda yeme bozukluğu prevalansı yaklaşık % 4.9’dur (18). Çalışmalar gebelik sırasında yeme bozukluğu belirtilerinin şiddetinin azaldığı yönünde bildirimler verirken (19) anne ve fetus üzerinde bu hastalığın pek çok olumsuz etkisi bilinmektedir. Yakın tarihli bir çalışmada aktif yeme bozukluğu olan gebe kadınların sezaryen ile doğum ve postpartum depresyon için artmış risk taşıdıkları bildirilmiştir (20). Ayrıca gebelik sırasında görülen yeme bozukluğu düşük ve düşük doğum ağırlıklı bebek riskini artırmaktadır (21).

4.2 Gebelikte Görülen Duygudurum Bozukluğunun Etiyolojisi

Kadınlarda hayat boyu duygudurum bozukluğu prevalansı erkeklerlere kıyasla yaklaşık iki kattır (22). Kadınlarda depresyonun bu yüksek insidansı ilk olarak ergenlikten itibaren görülmeye başlar ve menapoz sonrası yıllarda daha az belirgindir (23).

Duygudurum bozukluklarında görülen cinsiyet farkının altta yatan nedeni henüz netleşmemiştir. Her iki cinsiyette de görülebildiği için duygudurum bozukluğu gelişiminin altında farklı bir temel olduğu kabul edilmektedir. Bu teorinin temel bileşeninin genetik faktörlere bağlı olduğuna inanılmaktadır. Birçok çevresel stresli olay nöroanatomik

alanlarda ve nöroendokrin sistemde biyokimyasal değişiklere yol açar. Multifaktöryel olan genetik yatkınlık da stresli yaşam olaylarının nasıl yorumlandığını ve verilecek tepkiyi belirler, bu da duygudurum bozukluğuna neden olabilir. Kadınlardaki yüksek duygudurum bozukluğu insidansı; genetik yatkınlığa, daha fazla stresli yaşam olaylarına maruz kalmaya, nöroendokrin sistemdeki değişimlere bağlı gonadal hormonların dalgalanmasına veya bu faktörlerin herhangi bir kombinasyonuna veya hepsine bağlı olabilir (23).

4.2.1.Hormonal Faktörler

Önemli bir hayat olayı olan gebelik, depresyon başlangıcı veya tekrarı açısından hassasiyetin artmış olduğu bir dönemdir ve gebelikte önemli hormonal değişimler gerçekleşmektedir.

Plasental hormonlar insan gebeliğindeki endokrin ortama hakimdir. İnsan plasentası özellikle hipotaloma-hipofizer aksı taklit eder. Human koryonik gonadotropin (HCG) ,biyolojik ve immunolojik olarak hipofizer LH' a benzerlik gösterir. Korpus luteum tarafından progesteron salınmasını stimüle eder. Erken gebelikte her iki-üç günde bir ikiye katlanarak artan HCG düzeyleri gebeliğin 60-90. günlerinden sonra pik değerlerine ulaşır. Daha sonra düşer ve gebeliğin sonuna dek plato değerlerinde seyreder. FSH ve LH değerleri gebelik boyunca neredeyse ölçülemez düzeylerdedir. HCG aynı zamanda korpus luteum tarafından estrogen, inhibin, aktivin ve relaksin gibi hormonların üretimini de uyandır. Bu maddelerin etkinliği erken gebelik dönemlerinde netlik kazanmamıştır (24).

HCG diğer endokrin organlar üzerinde de etkinlik gösterebilir. Gebelikte tiroid aktivitesinin artmasından esas olarak HCG sorumlu tutulmaktadır. İnsan plasentası hipotalamusta üretilenin aynısı olan GnRH üretmektedir. Gebede dolaşımdaki GnRH

düzeyleri ilk trimesterde en yüksek olup, HCG düzeyleri ile yakın ilişki gösterir. Human plasental laktojen (hPL) gebeliğin üçüncü haftasından itibaren anne kanında tespit edilmektedir. Gebeliğin sonuna dek katlanarak artar. Plasentanın doğumunu takiben kandaki seviyeleri hızla düşer. Human plasental büyüme hormonu gebeliğin 21-26. haftalarında maternal dolaşımda tespit edilir, yine doğuma kadar katlanarak artar. İnsan gebeliği boyunca Human plasental büyüme hormonu ortama hakimdir, maternal hipofizer growth hormon üretimi düşüktür (24).

İnsan plasentası aynı zamanda preopiomelanokortin salgılatır. Preopiomelanokortin gebeliğin üçüncü ayından itibaren salınır, 28.haftaya kadar artış gösterir, daha sonra terme kadar plato çizer. Maternal preopiomelanokortin düzeyleri plazma kortizol ve ACTH düzeyleri ile ilişkili değildir. Ancak üçüncü trimesterde CRH ve preopiomelanokortin değerleri korelasyon gösterir. Gebelikteki fizyolojik rolü kanıtlanmış değildir. CRH da plasenta tarafından salgılanmaktadır. Gebeliğin 7. haftasından itibaren salınır ve terme kadar artar. Gebelik sırasında artmış CRH düzeylerine rağmen maternal ACTH sekresyonu buna paralel artış göstermez. Aksine hipofizer ACTH düzeyleri gebelik boyunca düşük kalır (24).

İlk trimesterde maternal plazma leptin düzeyleri gebelik öncesi düzeylerin iki katıdır ve ikinci ve üçüncü trimestrelerde de artmaya devam eder. Plasental leptinin maternal biyolojik etkileri halen açıklığa kavuşmamıştır (24).

İnsan gebeliğinde üretilen ana estrojen estrodiol değil estrioldür. Gebelik ilerledikçe konsantrasyonları artar. Gebelikte estron ve estrodiol gebelik öncesi döneme göre 100 kat artmıştır. Estriol ise gebelikte gebelik öncesi döneme göre 1000 kat artmıştır. Estriol ilk kez gebeliğin 9. haftasında tespit edilir, 31-35. haftalarda plato çizer. 35-36. haftalarda tekrar yükselir. Gebeliğin erken dönemlerinde maternal serum progesteron değerleri ortalama

10ng/ml iken, doğumda bu değer 100-200 ng/ml'e ulaşır. Gebelik sırasında prolaktin düzeyleri yükselir. Sekizinci haftada zirve yaparak 200-300 ng/ml düzeylere ulaşır. Amnion sıvısı düzeyleri yirminci haftaya kadar belirgin dereceye kadar artar ve doğuma kadar azalır (24).

Depresyon ve anksiyetenin başlangıcında seks hormonlarının seviyelerindeki değişikliğin etkili olduğu öne sürülmüştür. Çocuklar ve adolesanlar üzerinde yapılan depresyon araştırmaları göstermiştir ki hormonal değişimlere bağlı depresyon oranlarındaki ilk cinsiyet farklılıkları 11-14 yaşlarında ortaya çıkmaktadır (25). Seks hormonları seviyesindeki değişikliklerle ilgili diğer tecrübeler de depresyonla ilişkili bulunmuştur. Bu tecrübelerin örnekleri: Değişik oranlarda progesteron/östrojen içeren oral kontraseptif kullanımının farklı duygudurum değişikliklerine sebep olduğu (26), premenstrual disforik bozukluğun diğer duygudurum bozuklukları ile yakın ilişkisi ve benzerlikleri (27), gebelik ve postpartum dönemde testosteron ve progesteronun duyguduruma kötü etkileri (28), perimenapozal dönemde kadınlarda depresif yakınmaların arttığı (29,30) ve hormon replasman tedavisinin perimenapozal dönemdeki depresif belirtileri azalttığı ya da yok ettiği gösterilmiştir (31).

Duygudurum ve davranışların kontrolünde glutamat, GABA, asetilkolin, serotonin, noradrenalin ve nöropeptidleri içeren birçok ve farklı nörotransmitter sistemler rol oynar. Kadınlar ve erkeklerde görülen duygudurum bozuklukları arasında prevalans ve semptomatoloji farklılıkları göz önüne alınırsa, gonadal steroid hormonların (östrojen, progesteron,vb.) da bir şekilde bu durumu etkilediği öngörülebilir. Örneğin; kadınlarda östrojen hormon seviyelerindeki değişiklikler postpartum depresyon ve postmenapozal depresyonla ilişkilendirilmiştir. Östrojen ve progesteronun siklik döngüsü kadınlarda

premenstruel disforik sendromun muhtemel tetikleyicisidir (32,33). Nörotransmitterlerle steroid hormonların etkileşimi arasında aşırı karmaşık ve bir o kadar da hassas bir denge vardır. Her iki sistemin birbiri üzerinde etkisi vardır ve bir sistemdeki değişimler diğeri üzerinde dramatik etkiler yapar (22).

Östrojen ve diğerk seks steroidlerinin psikiyatrik hastalıklarla ilgili rolü ve potansiyel ilişkisi bilimsel ilginin odağı olmuştur. Östrojen, progesteron, allopregnanolon gibi nörosteroidlerin serotonin ve GABA sistemleri üzerinde etkili oldukları ve bu sistemler üzerinden bilişsel fonksiyonları etkiledikleri, duygudurumun düzenlenmesi ve bellek üzerinde etkili oldukları bilinmektedir. Östrojen ve progesteron kendi spesifik reseptörlerinden etki ederken allopregnanolon GABA A reseptörleri üzerinden etki ederler. Östrojen; serotonin, noradrenalin ve asetilkolinin agonisti olarak tanımlanmıştır, aynı zamanda DA2 reseptörlerini de düzenler. Östrojen tek başına duygudurumda düzelme sağlarken, progesteronun tek başına duygudurum ve bellek üzerinde kötü etkileri vardır. Östrojen tek başına veya progesteronla birlikte beynin farklı bölgelerinde serotonin sistemi farklı etkiler. Bu da kısmen duygudurum üzerindeki negatif etkileri açıklar. Allopregnanolon gibi progesteron metabolitleri de kognitif fonksiyonları etkiler. Bu nedenle, menstruel siklusta meydana gelen duygudurum değişiklikleri, postpartum depresyon, majör depresyon ve epilepsi direkt veya dolaylı olarak allopregnanolon ile ilişkilidir (34).

Steiner ve Dunn 1996'da ve 2000'de önerdikleri biyolojik hassasiyet hipotezinde; duygudurum bozukluğunda cinsiyet farkı; kadınlarda hipotalamo-pituiter-gonadal eksenle diğerk nöromodülatörlerin etkileşimindeki bozulma fikrine dayandırılmıştır. Bu hipoteze göre kadınlardaki üreme sistemindeki endokrin ritmin değişime yatkın ve psikososyal,

Çevresel ve fizyolojik faktörlere duyarlı olduğu ifade edilmiştir. Bu nedenle kadınların üreme sikluslarına ve yaşlarına bağlı dönemsel hormonal seviye değişikliklerine bağlı nörotransmitter fonksiyonlarındaki değişime, bunun da kadınlarda tüm doğurganlık ağı boyunca premenstruel disforik bozukluk, gebelikte depresyon, perimenapozal depresyon gibi duygudurum bozukluklarına neden olabileceği belirtilmektedir (35,36).

Kadınlarda hayat boyu östrojen ve progesteron seviyeleri değişiklik göstermektedir. Pubertede strojen üretiminde artışla birlikte östrojen üretimindeki döngüsel ve diurnal değişimler başlar. Pubertede strojen seviyelerindeki ani artış, nörotransmitter sistemlerdeki duyarlılığı değiştirir. Üreme ağı boyunca östrojen ve progesteronun sabit değişimi sürer. Bu nedenle nörotransmitter sistemler sabit bir şekilde zayıflatılır ya da güçlendirilir. Gebelik ve doğum östrojen ve progesteron seviyelerinde dramatik değişimlerle birlikte hipotalamo-pituitar-adrenal ekseninde belirgin baskılanmaya sebep olur, bu da depresyona yatkınlıkta artışa sebep olur (22).

Anksiyete bozukluklarının gelişimindeki sebepler depresif bozukluklardan daha az araştırılmıştır. 2001’de Kessler ve ark. yaygın anksiyete bozukluğunun komorbid majör depresyona ve anksiyete bozukluklarına öncülük ettiğini bildirmişlerdir (37). Genç erkek ve kadınlarla yapılan bir çalışmada destekleyen sonuçlar elde edilmiştir. Bu çalışmada anksiyete cinsiyetten bağımsız olarak majör depresyona öncülük etmiştir. Bu da kadınlardaki yüksek anksiyete bozukluğu oranlarının sahip oldukları yüksek depresyon riskine bağlanabileceğini desteklemektedir (38).

4.2.2 Genetik Faktörler

Hormonal değişimler tüm kadınlarda olduğundan duygudurum bozukluklarının gelişmesinde hormon dalgalamalarından başka faktörlerin de olduğunu söylemek yanlış değildir. Genetik yatkınlık da bu faktörlerden biridir. Halen tam aydınlatılamamış olan bu genetik kusurlar muhtemelen çeşitli reseptör ve enzimlerin sayısında ve fonksiyonunda karmaşık değişimlere, santral sinir sisteminde karmaşık yapısal ve anatomik değişimlere sebep olurlar. Genetik polimorfizmin sebep olduğu bu değişimler hormonal değişimlerle birleşerek sistemin değişen çevresel strese nasıl yanıt vereceğini ve duygudurum bozukluğu gelişimini belirler.

Hormonal değişimler tüm kadınlarda olduğu için, genetik faktörlerin de etkin olabileceği düşünülebilir (22) ve postpartum depresyonlu kadınlarda ve ikiz çalışmalarında destekleyen sonuçlar elde edilmiştir (22,39).

4.2.3 Stres ve Çevresel Faktörler

Hormonal ve genetik faktörlerin yanı sıra stresli yaşam olayları da duygudurum bozukluklarında önemli bir etkindir. Bir çalışmada, depresif kadınların en sık bildirdikleri stresörlerin yakın çevrelerindeki kişilerle ilişkilerindeki problemler ve onların hastalıkları, ev işleri ve sırdaş kaybı olduğu, depresif erkeklerin ise en sık bildirdikleri stresörler arasında boşanma, ayrı yaşama ve mesleki problemler olduğu bildirilmektedir. Aynı çalışmada çoğu stresli yaşam olayının her iki cinsiyeti de eşit etkilediği, kadınlarda depresyon oranlarının yüksek olmasının stresli yaşam olayları oranına veya bu olayların meydana getirdiği patojenik etkiye bağlanamayacağı bildirilmiştir (40). Aynı yazar başka bir çalışmada genetik faktörlerin bireylerin depresyona yol açan stresli yaşam olaylarına

duyarlılığını etkilediğini bildirmiş ve majör depresyonun etiyolojisinde genetik faktörlerle stresli yaşam olaylarının etkileşim içinde olduğunu göstermiştir (41).

4.3 Kadın Hayatında Depresyon Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü'nün organize ettiği ve Harvard Halk Sağlığı Okulu'nca yürütülmüş bir çalışmada unipolar depresyonun tüm dünyada tıbbi maluliyetin önde gelen sebebi olduğu bildirilmiştir. Depresyon tüm dünyada 51 milyon insanı etkiliyor ve maluliyetle geçirilmiş her 10 yıldan birinden fazlasından sorumlu görünmekte. Aynı çalışmanın sonuçları göstermiştir ki doğurganlık çağındaki (15-44 yaş arası) kadınlarda tıbbi hastalıklardan kaynaklanan maluliyetin en önde gelen sebebi unipolar majör depresyondur (42).

4.4 Majör Depresyon İçin Hayat Boyu Risk ve Prevalans

Depresyon tüm dünyada yaygındır. Ulusal popülasyonlara dayandırılmış çalışmalarda yetişkin kadınlarda yıllık majör depresyon insidansı Tayvan (43) ve Avustralya'da (44) %7, Santiago ve Şili'de (45) %8, Kanada (46) , Sao Paulo ve Brezilya'da (47) %9'dur. Bu oran Amerika'da (48-50) %7 ila %13 arasındadır. Avrupa ülkelerinde (İngiltere, Belçika, Fransa, Almanya, Hollanda ve İspanya) tüm yetişkin popülasyonda 6 aylık insidans oranı %7 olarak bildirilmiştir (51). İtalya'da tüm yetişkin popülasyonda mevcut depresyon prevalansı %8'dir (52).

Hiç şüphesiz ki majör depresyon tüm dünya uluslarındaki kadınların önemli bir sağlık sorunudur. Bu hastalık yalnızca çok sayıda kadının etkilenmesiyle kalmayıp ayrıca yüksek bir maluliyetle birlikte seyretmektedir (53). Kadınlar majör depresyonun ilk atağı için

erken adolesan yıllarından 50'li yaşların ortalarına kadar belirgin bir risk altındadır (54,55). Amerika'da psikiyatrik bozukluklar için yapılan çok ölçekli topluma dayalı iki çalışmada yaşam boyu majör depresyon kadınlarda erkeklere oranla 1.7 ila 2.7 kat daha sık bulunmuştur (56,57). Ulusal Komorbidite Araştırmasına göre; 15-54 yaş arası erkek ve kadınlarda unipolar depresyonun hayat boyu sıklığı kadınlarda %21.2 erkeklerde %12.7 dir (55).

4.5 Gebelik ve Depresyon

Depresyon gebelikle ilgili en yaygın psikiyatrik bozukluktur (4). Gebelik genellikle kadınların kendilerini iyi hissettikleri mutlu bir dönem olarak kabul edilse de gebelikteki depresyon oranları küçümsenemeyecek düzeylerde dir (57,58).

Gebelikte depresyon sıklıkla atlanır. Gebe kadınlarda da, uyku ve iştah bozukluğu, enerji ve istek kaybı gibi majör depresyonla örtüşen pek çok klinik bulgu ve belirtiy e rastlanır. Gebelikte sıklıkla görülen tıbbi hastalıklar gebelikte depresyon tanısını daha komplike hale getirir (59,60).

İntihar düşüncesi sıklıkla bildirilmiş olsa da aslında gebelikte depresyon gelişen kadınlarda kendine zarar verme ve intihar davranışı riski toplum oranlarından çok daha düşük görünmektedir (61,62).

Gebelikte depresyon riski; özgeçmiş te depresyon öyküsüyle (63), annenin yaşı küçüldükçe (64), yalnız yaşayan annelerde, yetersiz sosyal destekle, evlilikteki uyumsuzlukla (65), istenmeyen gebelik veya gebelikle ilgili ambivalan düşüncelerle (65) ve çocuk sayısı arttıkça (66) artar. En belirgin olarak tanımlanmış risk faktörleri; önceden depresyon öyküsü olması, önceden depresyon öyküsü olan bir kadının tedaviyi bırakması, önceden postpartum depresyon öyküsü olması ve soygeçmiş te depresyon öyküsü olmasıdır.

Gebelikte depresyona katkı sağlayan psikososyal faktörler; gebeye karşı kötü tutum, sosyal destek eksikliği, zorlu yaşam olaylarına karşı annedeki stres ve gebelikten dolayı mutsuz olan bir eş veya aile üyesidir (63,65).

Depresyon tedavisindeki genel öneriler, relapsları etkili şekilde önleyebilmek için, antidepresan tedavinin remisyon başladıktan sonra 4 ila 6 ay daha sürdürülmesi şeklindedir (67-69). İlaç kesildikten sonraki ilk 8 hafta özel önlemler alınmalıdır çünkü bu süre relaps riskinin en yüksek olduğu dönemdir (69). Gebelikte depresyon için ilk atakların, relapsların ve rekürenslerin görülme riski arttığı için aynı öneriler antidepresanlarla tedavi edilirken gebe kalmış kadınlar için de geçerlidir. Gebelikte farmakoterapi planlanıyorsa, antidepresanların kesilmesiyle oluşacak depresyonun anneye ve fetusa vereceği zarar, gebelikte antidepresan kullanımının riskiyle iyi tartılmalıdır. Gebelikte pek çok antidepresanın güvenli kullanımıyla ilgili kanıtlar artarken hem fetusun hem annenin açısından güvenliliği bildirilmiş ajanlar tedavide planlanmalıdır.

Gebe olmayan kadınlarda olduğu gibi, depresyon tedavisinin akut, sürekli veya idame fazlarında antidepresan tedavinin erken sonlandırımı depresyonun relaps veya rekürensine neden olabilir. Gebe olmayan popülasyonda ilaç tedavisini sürdürmelerine rağmen %22 veya daha azında relaps görülürken, ilaç tedavisini sürdürmeyenlerde relaps oranı aynı zaman periyodunda %40 ila 60 dır (67,69). Aynı konuya gebelerde değinmek gerekirse, Cohen reküren majör depresyonlu kadınların gebelik dolayısıyla ilaçlarını kesmelerine bağlı olarak %75’inde gebeliklerinin başında relaps gösterdiklerini ve bunların %69’unun ilk trimesterde olduğunu bildirmiştir (70).

Gerek belirtilerin tanınmamasından, gerekse ilaç yan etkisi göze alınamadığından olsun, gebelikte tedavi edilmeyen depresyon pek çok olumsuz sonuç doğurur. Bunlardan bazıları, doğum öncesi bakım önerilerine ve takibe uyumsuzluk, özbakım ve beslenme

yetersizliği, alkol ve madde kullanımı, intihar ve fetusa zarar verme düşünceleri ve postpartum depresyon riskidir. İlâveten annedeki tedavi edilmemiş depresyonun önemli bir etkisi de fetusta meydana gelebilecek psikolojik etkidir (4).

Depresif gebeler preterm eylem ve düşük doğum ağırlıklı bebekler için risk altındadırlar (71). Gebelikte kontrol altına alınmamış bir depresyon postpartum depresyon riskini üçe katlar (71).

4.6 Gebelikte Depresyon Yaygınlığı

Son 30 yıldaki çalışmalar incelendiğinde postpartum depresyonla ilgili çalışmaların sayısıyla kıyaslandığında gebelikte depresyonla ilgili çalışma sayısı oldukça sınırlıdır. Gebelikte anksiyete bozukluğunu araştıran çalışma sayısı çok daha azdır. Ayrıca gebelikte depresyon prevelansı bildiren çalışmalar incelendiğinde metodoloji farklılıkları (depresyon tanısı için kullanılan yöntem; psikiyatrik görüşme/ölçekler, kullanılan ölçekte esas alınan kesme puanında farklılıklar gibi), örneklem çeşitlilikleri (hangi trimester, gebeliğın kaçınıcı haftası, alkol veya madde bağımlılığı veya bilinen fiziksel veya ruhsal hastalık olup olmaması gibi) ve sosyodemografik özelliklerdeki (örneklem genel populasyon mu yoksa kadın sığınma evi mi, sosyokültürel ve ekonomik düzey farklılıkları) heterojenlik dikkat çekicidir ve buna bağılı olarak da gebelerde depresyon prevelansı oranları ile ilgili çok farklı bildirimler bulunmaktadır.

Gebelik için bildirilen oranlardaki önemli bir fark da depresyon tanısı için seçilen metottan kaynaklanır. Psikiyatristin görüşme yaparak DSM-IV tanı kriterlerine göre koyduğu depresyon tanısı oranları, her ne kadar bu ölçeklerin kendi içinde tutarlılığı ve güvenilirliği yüksek olsa da ölçek kullanılarak ölçülen depresif semptomlar oranına göre çok daha düşüktür. Ancak psikiyatrik görüşme hem araştırmacı hem katılımcı için zaman alıcıdır ve katılımcı bulmayı güçleştirir.

Gebelikte ve postpartum dönemde depresyon prevalansı ölçülen çalışmaların çoğunda ölçekler kullanılmıştır. Ölçeklerle hesaplanan depresif semptom oranlarına örnek vermek gerekirse Edinburgh Postnatal Depresyon Skalası (EPDS) ile bildirilen depresyon oranları %11.2 ila 17 (72-74), Beck Depresyon Envanteri (BDE) ile bildirilen oranlar %24.5 ila 51 (75-78), Central for Epidemiologic-Depression Skalası (CES-D) ile bildirilen oranlar ise %14 ila 48'dir (79-80).

4.6.1 Populasyon Çalışmaları

Bu konuda populasyon bazlı yapılmış birkaç çalışma vardır, bunlardan İsveç çalışması Josefsson ve ark. tarafından 2001'de yapılmıştır. Çalışmaya alınan 1558 kadının gebelik sırasında depresyon prevalansı %17, postpartum depresyon prevalansı %13 olarak bildirilmiştir. Depresif semptomlar EPDS ile değerlendirilmiştir (81).

Aynı skala kullanılarak Evans ve arkadaşlarının değerlendirdiği 13,799 kadının %13.5'inde gebelik sırasında depresif semptomlar tespit edilmiş, postpartum sekizinci hafta bu oran %9.1 bulunmuştur (82).

2005'te Fransada 277 Fransız kadını ile yapılan bir çalışmada, ölçek olarak GHQ12 (Genel sağlık anketi) ile düzeltilmiş EPDS kullanılmış ve %19.1'lik bir antenatal depresyon prevalansı bildirilmiştir. Bu oranı da Evans ve ark. 2001'de İskoçya için bildirdikleri %13.5'ten yüksek, Manzano ve ark 1997'de İsviçre için bildirdikleri %19.8'e yakın olarak yorumlamışlardır (83).

4.6.2 Gözden Geçirme Çalışmaları

Bennett ve ark. 2004'te yayınladıkları bir gözden geçirme çalışmasında gebelikte depresyon prevalansı ile ilgili 714 çalışma incelemiş ve bu çalışmalardan incelemeler sonunda 21 çalışmayı analize almıştır. Bu 21 makale, 6'sı Amerika'dan olmak üzere, toplam 13 ülkeden yayınlanmıştır (84).

Makalelerin 11'i kesitsel, 10'u prospektif çalışmaydı. Sekiz makalede hem BDE hem de EPDS kullanılmıştır. Yedi makalede yapılandırılmış görüşme kullanılmış ve iki makalede hem yapılandırılmış görüşme hem de BDE kullanılmıştır.

Çalışmaların çoğunda katılımcılar kırsal kesimden (n=18) ve düşük sosyoekonomik seviyeden (n=15) seçilmiştir. Çalışmaya dahil olan en geniş örneklemlili çalışma (n=12000) İngiltere'de yapılmış bir epidemiyolojik araştırmadır. Diğer çalışmalar obstetri ve prenatal ünitelere başvuranlardan seçilmiş ve daha düşük sayıda örneklemlile (ortalama=409 range: 29-1489) yapılmıştır. Çalışmaların yaklaşık yarısı (n=10) 2000 ve 2002 yılları arasında yayımlanmıştır, muhtemelen bu konuda artmış bir ilgiyi yansıtmaktadır. Katılımcıların yaşı ortalama 27.7 ± 2.4 dır.

Çalışmaların kalitelerinin 12 üzerinden değerlendirildiği bir skalada ortalama kalite puanları 7.4 ± 1.8 veya yaklaşık %62'dir.

Analiz edilmiş tüm çalışmalardaki katılımcılar arasında yaş, sosyoekonomik seviye, doğurganlık, medeni durum ve diğer rapor edilmiş değişkenler arasında fark yoktu.

Kendini değerlendirme ölçekleriyle yapılmış ve kalite skorları 12 üzerinden 6 ve daha üstü olan çalışmalarda trimesterlere göre bildirilmiş depresyon prevalansları; 1. trimester için %5.3 ila %24.6, 2.trimester için %8.7 ila %29.6, 3. trimester için %5 ila %51.4 arasındadır. Tüm çalışmalar incelendiğinde trimesterlere göre hesaplanmış depresyon prevalansları sırasıyla (GA%95) %7.4(2.2, 12.6), %12.8 (10.7, 14.8) ve %12 (7.4, 16.7) dir.

Oranlar metotlar arasında kıyaslandığında (BDE, EPDS ve yapılandırılmış görüşme) sadece BDE ve yapılandırılmış görüşme arasında anlamlı fark bulunmuştur (84).

Norma I. Gavin MEDLINE, CINAHL, PsycINFO ve Sociofile elektronik veri tabanlarında 1980 Ocak ayından 2004 Mart'ına kadar gelişmiş ülkelerde yayınlanan ve zaman aralığına uygun şekilde DSM III ve sonraki depresyon kriterlerine uyan makaleleri taramışlardır.

Elektronik taramalardan 837, elle taramalardan 9 makale elde edilmiş. 737'si çalışma kriterlerini karşılamadığı için dışlanmış. Kalan 109 makalenin tamamı incelenmiş, 28'i prospektif bir şekilde prevalans ve insidans bildirdiği için çalışma kriterlerini karşılamış ve bu 28 makalenin sadece 3'ü aynı yaş grubunda doğurganlık çağında olan kadınlardan kontrol grubuyla yapılmış çalışmaydı. Bu gözden geçirmede birinci trimesterdeki ortalama depresyon prevalansı %11.0, 2. ve 3. trimesterlerde ise bu oran %8.5 olarak hesaplanmıştır.. (G.A. %95). Ayrıca bu çalışmada tüm gebelik boyunca bir majör ya da minör depresif atak geçirme oranı %14.5, sadece majör depresyon atağı geçirme oranı %7.5 olarak hesaplanmıştır (85).

Görüldüğü gibi örneklem ve metot farklılıklarına bağlı olarak gebelerde trimesterler arasında depresyon prevalansı ile ilgili farklı bildirimler vardır. BDE kullanılarak yapılmış çalışmalarda bile aynı trimester için çok farklı oranlar bildirilmiştir.

4.7 Gebelik ve Anksiyete Bozuklukları

Ruh sağlığı problemleri arasında anksiyete bozuklukları en yaygındır ve kadınlarda erkeklerden daha sık görölür (85,86). Ayrıca anksiyete bozuklukları için başlangıç yaşı tipik olarak doğurganlık çağı ya da daha öncesidir. Panik bozukluğun ilk atakları en sık geç adolesan çağından 30'lu yaşların ortasına kadar, OKB'nin ilk başlangıcı kadınlarda 20-29 yaş arası ortaya çıkar (87). Bu yüzden çok sayıda anksiyete bozukluklu kadın, hastalıklarının seyri boyunca gebeliği tecrübe etmektedir (88). Buna rağmen gebelikte anksiyete bozukluğu ile ilgili araştırma sayısı çok sınırlıdır.

Eskiden gebelerin anksiyete bozukluğu açısından düşük riskte olabileceği düşünölürdü (89). Bu erken kanının aksine, çalışmalar (özellikle panik bzk. ve OKB'ye odaklıdır) gebelik ve postpartum dönemin anksiyete bozuklukları açısından değişken etkileri olduğunu göstermektedir. Gebelikleri öncesinde anksiyete bozukluğu tanısı almış kadınlar gebelikleri sırasında belirtilerinde düzelme tecrübe edebilirlerse de (90), görünen şu ki kadınların çoğunun klinik olarak belirgin semptomları sürmektedir (91,92). Aynı kadının farklı gebeliklerinde anksiyete bozukluğu açısından seyri bile değişkendir. Önceki gebeliğinde belirtilerinde düzelme gösteren bir kadın süren gebeliğinde de artmış risk taşıır (90). İlaveten postpartum dönem özellikle panik bozukluk ve OKB için semptomların devam ettiği ya da artmaya eğilim gösterdiği bir dönemdir (90-93).

Hayat boyu erkeklerin %19'u kadınların %31'i anksiyete bozukluğu tiplerinden bazılarını göstermektedir (93). Genel olarak gebeliğin panik bozukluk için koruyucu bir etkisi, OKB için tetikleyici bir etkisi olduğu kanısı yaygındır (93). Bazı çalışmalarda hem OKB hem de panik bozukluk için gebeliğin, özellikle de postpartum dönemin tetikleyici etkisinden söz edilmektedir (94-96). Gebelikteki hormonal değişimler, örneğin prolaktin,

oxytocin ve kortisol seviyelerinde artış, bu dönemde strese verilen yanıtı baskılıyor olabilir (93).

Gebelikte görülen fizyolojik duyumların çoğu anksiyete semptomlarına çok benzer, bu nedenle anksiyete bozuklukları gebe kadında maskelenir. Klinisyenlerin bu konuda dikkatli olmaları gerekmektedir (94).

Gebelikte anksiyete bozukluklarıyla ilgili trimesterlere dayandırılmış çalışma yoktur. L. Andersson ve ark. antenatal ve postpartum depresyon ile anksiyete bozukluğunun ilişkisini araştırmak amacıyla PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders) ölçeği ile yaptıkları 2006'da yayınlanan çalışmalarında ikinci trimester gebeler için bildirdikleri anksiyete bozukluğu oranı %18.4'tür (6). Aynı yazar grubunun 2003'te aynı ölçekle yaptıkları ve ikinci trimester gebelerde anksiyete bozukluğu için bildirdikleri nokta prevalans %12.1'dir (97).

Çalışmalar gebelikte anksiyete bozukluğu görülen kadınların postpartum dönemde depresyona daha eğilimli olduğunu bildirmektedir (98). Gebelikte anksiyete bozukluklarına karşı uyanık olmak ve tanı koyabilmek postpartum dönemde depresyonu önlemek açısından önemlidir (98). Antenatal dönemde anksiyeteli annelerin çocuklarında DEHB semptomları, problemlerin dışavurumunda sorunlar ve 8-9 yaşlarında anksiyete için artmış risk olduğu tespit edilmiştir (99).

Tedavi edilmemiş anksiyete bozukluğunun gebelik ve yenidoğan üzerinde düşük doğum ağırlığı ve prematür doğum gibi olumsuz etkileri vardır (100-101). Ayrıca annenin fonksiyonelliği de fetus, doğum ve annelikle ilgili yersiz korkularla bozulur, alkol ve ilaç kullanımını artırır ve aktiviteleri kısıtlar (102).

4.8 Gebelik ve Yaşam Kalitesi

Çoğu kadın için keyfli bir yaşam olayı olsa da, gebelik sıklıkla fiziksel ve ruhsal açıdan stresli bir dönemdir. Normal seyreden gebeliklerde bile fiziksel ve ruhsal değişiklikler kadınların günlük işlerini yapabilme yetisini azaltabilir. Önceki çalışmalar da gebelikteki değişimlerin genel yaşam kalitesini azalttığını (103), gebeliğin ilerleyen dönemlerinde ve puerperiumda fiziksel fonksiyonellik ve iyilik algısının gebelik öncesine göre azaldığını göstermektedir (104-107). Wanda K. Nicholson ve ark. 2006 Nisan'ında yayınlanan makalelerinde erken gebelikte de depresif semptomu olan gebelerin yaşam kalitesi skorlarının fiziksel fonksiyonellik hariç tüm alanlarda belirgin düşük olduğunu bildirmişlerdir (108).

Hueston ve Kasik-Miller (104) gebelikleri normal seyreden kadınlarla yaptıkları çalışmada yaşam kalitesi ile ilgili değişimlerin ruhsal alandan ziyade fiziksel alanda olduğunu bildirmişlerdir. Aynı zamanda bu çalışmada iş durumu, gelir durumu, eş desteği gibi sosyodemografik faktörlerin yaşam kalitesi üzerinde sadece küçük bir etkileri olduğunu göstermişlerdir.

Gebelikte yaşam kalitesi üzerinde depresyon ve sosyal desteğin etkisini araştıran bir başka çalışmada gebeliklerinde komplikasyon olmayan, belirgin ruhsal hastalığı olmayan gebelere ortalama 13.haftada (5-27 haftalar arasında) BDE ve SF-36 (Medical Outcomes Study-Short Form 36) verilerek depresyon skorları ve yaşam kalitesi ölçülmüştür. Katılımcıların %51'inin depresif olduğu saptanan bu çalışmada depresyonun yaşam kalitesinin tüm alanlarını negatif yönde ve güçlü bir şekilde etkilediği, sosyal desteğin yaşam kalitesi üzerinde hafif bir etkisi olduğu bulunmuştur (105).

5.GEREÇ VE YÖNTEM

5.1 Örneklem Seçimi ve Verilerin Toplanması

Çalışmaya 1 Mayıs 2006-15 Ekim 2006 tarihleri arasında Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Gebe Polikliniği'ne başvuran bilinen ruhsal ve bedensel tanısı olmayan gebeler dahil edilmiş ve trimesterlere göre gruplanmıştır. 0-13 haftalar arası gebelikler 1. trimester, 14-26 haftalar arası gebelikler 2. trimester, 27 hafta ve üstü gebelikler 3. trimester olarak kabul edilmiştir. Her trimesterden 50'şer gebeye ulaşılan kadar gebe alımı sürmüştür. Her grup trimesterdeki gebelerin karşılaştırılacağı kontrol grubu için hasta yakınları ve hastane personeli arasından gebelerin sosyodemografik özelliklerine benzer özellikler gösteren 50 sağlıklı, doğurganlık çağında, gebe olmayan kadın çalışmaya dahil edildi.

Çalışmaya alınma kriterleri: Testleri okuyup yanıt verecek düzeyde okur-yazar olan, bilinen ruhsal ve bedensel hastalık tanısı olmayan gebeler ve kontrol grubu olarak bu kriterleri karşılayan doğurganlık çağında ve sosyodemografik bilgileri gebelerle uyumlu gebe olmayan kadınlar çalışmaya dahil edildi. Gebe katılımcı adayları (n=298) ile bir ön görüşme yapılarak çalışma hakkında bilgi verildi ve çalışma kriterlerini karşılayanlar arasından çalışmaya katılmayı kabul edenlere bilgilendirilmiş onay imzalatılarak çalışmaya dahil edildi. Katılımcılarla yapılan ön görüşmede okur-yazar olmayan (n=6), halen süren organik hastalığı olanlar (kronik sistemik hastalıklar da dahil) (n=28), fetusta anomali tanısı olanlar ve anomali riski nedeniyle fakültemize sevk edilenler (n=67), gebe olduğunu bilmediği için ilaç kullanımı, akciğer filmi çekirme, vb öyküsü olan ve buna bağlı fetüsle

ilgili kaygıları olan (n=12) ve çalışmaya katılmayı kabul etmeyen (n=35) gebeler çalışmadan dışlandı. Kontrol grubu için öngörüşme yapılan adaylardan (n=65) 15 gebe olmayan kadın çalışmaya katılmayı kabul etmedi. Demografik bilgileri yüz yüze görüşmeyle alınan katılımcılara çalışma ölçekleri tek tek anlatıldı ve uygulandı.

5.2 Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada katılımcıların demografik bilgileri için tarafımızca hazırlanmış ‘hasta bilgi formu’, depresif belirtileri araştırmak için Beck Depresyon Envanteri (BDE), anksiyete belirtilerini araştırmak için Beck Anksiyete Envanteri (BAE), yaşam kalitesini araştırmak için Dünya Sağlık Örgütü’nün geliştirdiği yaşam kalitesi ölçeği kısa formu (WHOQOL-BREF-TR), genel ruhsal belirtileri taramak için de belirti tarama testi (SCL-90-R) kullanılmıştır.

5.2.a. Hasta Bilgi Formu

Hastaların gebelik haftasını, eğitim durumunu, evlilik süresini, ekonomik durumunu, çalışma durumunu, çocuk ve düşük sayısını tespit etmek amacıyla tarafımızca oluşturulmuş formdur.

5.2.b Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Bu envanter ilk kez 1961’de Aeoron T. Beck tarafından geliştirilmiş olup 1971’de tekrar gözden geçirilmiştir (109). 1989’da Hisli tarafından Türkçe’ye çevrilmiş, geçerliği ve güvenilirliği gösterilmiştir (110). BDE, 21 maddelik bir kendi kendini değerlendirme ölçeği olup depresif semptomları ve karakteristik yaklaşımları ölçmektedir. Her madde 0’dan 3’e kadar puanlanan 4 seçenek içermektedir. 21 maddenin toplamında 0-63 puan elde

edilir ve toplam skorun artması depresif semptomların da arttığını gösterir. Türk toplumu için kesme puanı genel olarak 17 kabul edilmektedir (111).

5.2.c Beck Anksiyete Envanteri (BAE)

Bu envanter 1988’de Aeron T.Beck (112) tarafından geliştirilmiş olup 21 maddelik bir kendi kendini değerlendirme ölçeğidir. Türkçe’ye Ulusoy ve ark. tarafından 1989’da çevrilmiştir (113). BAE’deki maddelerde anksiyetenin subjektif, somatik ve panikle ilgili belirtileri tarif edilmektedir. Her madde 0’dan 3’e kadar puanlanan 4 seçenek içermektedir. 21 maddenin toplamında da 0-63 puan elde edilir ve toplam skorun artması anksiyete semptomlarının da arttığını gösterir.

5.2.d WHOQOL-BREF-TR

Dünya Sağlık Örgütü 1980 yılında yaşam kalitesini tanımlamaya başlamış ve çeşitli ülkelerden 15 merkezin katkısıyla kültürler arası karşılaştırmalara imkan veren WHOQOL-100 ölçeğini geliştirmiştir. WHOQOL-100 içinden seçilen ve fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre alanı olmak üzere dört alandan oluşan 27 soru ile WHOQOL-BREF (WHOQOL-Kısa Form) oluşturulmuştur (114). WHOQOL-BREF Eser ve ark. tarafından Türkçe’ye çevrilmiştir. (115). Bu çalışmada kullanılan WHOQOL-BREF-TR’de 27 soru için 1’den 5’e kadar puanlanan 5 seçenek mevcuttur. Testin Dünya Sağlık Örgütü’nce belirlenmiş bir hesaplama şekli vardır. Puanlar 0-100 arasında değişmektedir. Sorular son 15 gün dikkate alınarak yanıtlanmaktadır. Yüksek puanlar yaşam kalitesi düzeyinin yüksek olduğunu gösterir.

5.2.e SCL-90-R

Katılımcıların genel psikopatolojik düzeyini değerlendirmek amacıyla kullanıldı. SCL-90-R 1980’lerde Leonrd. R. Derogatis tarafından geliştirilmiş bir kendini

değerlendirme ölçeğidir (116). 1991’de Dağ tarafından Türkçe’ye çevrilmiş, geçerliği ve güvenirliliği gösterilmiştir (117). Doksan maddeden oluşan, genel psikopatoloji düzeyini ve ruhsal belirtiler yönünden zorlanma düzeyini ölçen bir tarama testidir. Somatik belirtiler, anksiyete, depresyon, obsesif kompulsif özellikler, kişiler arası özelliklerde duyarlılık, psikotik belirtiler, paranoid düşünceler, öfke, fobi ve üç ayrı indeksten oluşan ek ölçekler olmak üzere on ayrı alanda değerlendirme yapmaktadır. Her madde için 0-4 arası puan verilmektedir. Puanlar yükseldikçe psikopatoloji düzeyi artar.

5.3 Verilerin İstatistiksel Analizi

Tüm istatistiksel analizler SPSS programının 13.0 versiyonu ile yapıldı. Dört grup arasındaki karşılaştırmalarda kategorik değişkenler için ki-kare testi, sayısal değişkenler için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi uygulandı. ANOVA testinde anlamlı çıkan değişkenlerde ikili grupların karşılaştırılmasında Tukey testi kullanıldı. Gebe kadınlarda yaşam kalitesi, BAE ve BDE ile bağıntılı değişkenlerin analizinde ise Pearson Bağntı analizi kullanıldı. Tüm testlerde anlamlılık değeri $P < 0.05$ alındı.

6.BULGULAR

6.1. Sosyodemografik Özellikler

Araştırmaya alınan gebelerin yaş ortalaması 27.23 ± 5.41 (17-43) , kontrol grubun yaş ortalaması 28.72 ± 5.37 (19-42)dir ve gebelerle kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p > 0.05$).

1. trimesterde 32 (%64), 2. trimesterde 31 (%62), 3. trimesterde 34 (%68) gebe ilköğretim mezunu iken kontrol grubunda 25 (%50) kadın ilköğretim mezunu idi. Gebe kadınların eğitim düzeyine bakıldığında 1., 2. ve 3. trimesterde ilköğretim mezunu gebelerin çoğunlukta olduğu görülmektedir. Ortaöğretim mezunu olan gebelerin 1. trimesterde 8 (%16), 2. trimesterde 10 (%20), 3. trimesterde 8 (%16) olarak trimesterler dağılımı birbirine yakındı. Eğitim düzeyi açısından gebeler ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$).

Ekonomik seviyesi düşük olan (aylık toplam gelir 500 YTL'nin altında) gebelerin oranı %34 iken bu oran kontrol grubu için %40'dır. Orta ekonomik düzey için (aylık toplam gelir 500-1500 YTL arası) oranlar gebelerde %48, kontrol grubunda %36'dır. Ekonomik durumu iyi olanların (aylık toplam gelir 1500 YTL'nin üstünde) oranları gebeler için %18, kontrol grubu için %24'tür. Gebelerle kontrol grubu arasında istatistiksel anlamlı fark yoktur ($\chi^2=5.52$, $p=0.479$).

Gebelerin %84'ü ($n=126$), kontrol grubunun %82'si ($n=41$) ev hanımıdır. Gebelerin %34'ünde ($n=51$), kontrol grubunun %30'unda ($n=15$) düşük öyküsü vardır ($\chi^2=5.095$, $p=0.165$). Ortalama evlilik süresi gebelerde 76.6 ± 62.83 ayken kontrol grubunda 82.06 ± 66.03 aydır ($F=1.24$ $p=0.295$). Ortalama çocuk sayısı gebelerde 2.02 ± 0.96 iken kontrol grubunda 1.40 ± 0.92 'dir. Gebelerle kontrol grubu arasında istatistiksel anlamlı fark yoktur ($F=0.73$ $p=0.528$).

Gebe ve kontrol gruplarının tamamı evlidir.

Gebeler ve kontrol grubu arasında sosyodemografik özellikler benzerdir. Gruplar arasında bu yönden istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo1).

Tablo 1: Çalışma gruplarının sosyodemografik özellikleri

	1. trimester	2. trimester	3.trimester	kontrol		p
Yaş, ort $\pm$ SS	27.18 $\pm$ 4.65	27.90 $\pm$ 6.75	26.60 $\pm$ 4.58	28.72 $\pm$ 5.37	F=1.43	0.234
Eğitim, s (%)					$\chi^2=6.88$	0.332
İlköğretim	32 (64)	31 (62)	34 (68)	25 (50)		
Ortaöğretim	8 (16)	10 (20)	8 (16)	17 (34)		
Üniversite	10 (20)	9 (18)	8 (16)	8 (16)		
Ekonomik durum, s (%)					$\chi^2=5.52$	0.479
Düşük	18 (36)	15 (30)	18 (36)	20 (40)		
Orta	20 (40)	26 (52)	26 (52)	18 (36)		
İyi	12 (24)	9 (18)	6 (12)	12 (24)		
Çalışma durumu, s (%)					$\chi^2=2.141$	0.544
Ev hanımı	40 (80)	41 (82)	45 (90)	41 (82)		
Çalışıyor	10 (20)	9 (18)	5 (10)	9 (18)		
Düşük öyküsü, s (%)	23 (46)	16 (32)	13 (26)	15 (30)	$\chi^2=5.095$	0.165
Evlilik süresi, s (%)	79.28 $\pm$ 56.59	87.24 $\pm$ 84.06	63.28 $\pm$ 50.29	82.06 $\pm$ 66.03	F=1.24	0.295
Çocuk sayısı, s (%)	1.94 $\pm$ 0.81	2.12 $\pm$ 1.06	2.00 $\pm$ 1.06	1.40 $\pm$ 0.92	F=0.73	0.528

6.2. Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Envanteri Puanları

Gebe kadınların ve kontrol grubunun BDE puan ortalamalarına bakıldığında; BDE puan ortalaması 1. trimesterde 11.66 ± 5.68 , 2. trimesterde 13.84 ± 6.30 , 3. trimesterde 14.82 ± 9.59 bulundu. Kontrol grubunun BDE puan ortalaması ise 8.88 ± 5.64 olarak bulundu. BDE puan ortalaması yönünden 1. trimester gebelerle kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmazken, 2.ve 3. trimester gebelerde anlamlı derecede yüksek bulundu ($p < 0.05$).

Gebe kadınların ve kontrol grubunun BAE puan ortalamalarına bakıldığında; 1. trimesterde 16.56 ± 10.44 , 2.trimesterde 18.26 ± 11.14 , 3. trimesterde 18.26 ± 11.60 bulundu. Kontrol grubunun BAE puan ortalaması ise 11.32 ± 6.93 olarak bulundu. BAE puan ortalaması yönünden 1. trimester gebelerle kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmazken, 2.ve 3. trimester gebelerde anlamlı derecede yüksek bulundu ($p < 0.05$).

Dört grup arasında ortalama BDE ($F=7.08$, $p=0.000$) ve BAE puanları ($F=5.18$, $p=0.002$) yönünden anlamlı fark bulundu (Tablo 2). Post hoc Tukey testi ile BDE puanları gebelerde trimesterler arası karşılaştırıldığında 1.trimester-2. trimester için $p=0.406$, 1.trimester-3. trimester için $p=0.112$, 2.trimester-3. trimester için $p=0.897$ olduğu, BAE puanları gebelerde trimesterler arası karşılaştırıldığında 1. trimester-2. trimester için $p=0.839$, 1.trimester-3. trimester için $p=0.839$, 2.trimester- 3. trimester için $p=1.000$ bulundu ve gebelerde trimesterler arasında BDE ve BAE puanları için istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

Tablo 2: Grupların ortalama BDÖ ve BAÖ puanları, ort $\pm$ SS

Değişken, ort. $\pm$ SS	1. trimester	2. trimester	3.trimester	kontrol	F	p
BDE	11.66 ± 5.68	$13.84 \pm 6.30^*$	$14.82 \pm 9.59^*$	8.88 ± 5.64	7.08	0.000
BAE	16.56 ± 10.44	$18.26 \pm 11.14^*$	$18.26 \pm 11.60^*$	11.32 ± 6.93	5.18	0.002

Not: * Kontrol grubuyla kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunan değerlerdir.

BDE kesme puanı 17 alındığında, depresyon yaygınlığı 1. trimester gebelerde %22, 2. trimester gebelerde %32, 3. trimester gebelerde %36 ve kontrol grubunda %10 bulundu. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($\chi^2=10.77$, $p=0.013$) (Tablo 3). Gebelerde trimesterler arasında depresyon oranları arasında anlamlı fark bulunmadı ($\chi^2=2.47$, $p=0.290$). Gebelerle kontrol grubu arasında depresyon oranları karşılaştırıldığında, 1. trimester kadınlar ile kontroller arasında anlamlı fark bulunmazken ($\chi^2=2.67$, $p=0.102$), 2. trimester ($\chi^2= 7.23$, $p=0.027$) ve 3. trimester ($\chi^2=9.54$, $p=0.002$) kadınlarda depresyon oranı kontrollere göre anlamlı derecede yüksek bulundu.

Tablo 3: BDE’nde kesme puanı 17 alındığında gruplardaki depresyon yaygınlığı

Değişken, ort.±SS	1. trimester	2. trimester	3.trimester	kontrol	χ^2	p
BDE	n=11 (%22)	n=16 (%32)*	n=18(%36)*	n=5 (%10)	10.77	0.013

Not: * Kontrol grubuyla kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulgulardır.

6.3. SCL-90-R Puanları

1., 2., 3. trimester gebe kadınlar ve kontrol grubu arasında SCL-90-R’nin somatik belirtiler ($F=4.51$ $p=0.004$), anksiyete ($F=3.30$ $p=0.021$), depresif belirtiler ($F=5.21$ $p=0.002$) ve obsesif belirtiler ($F=4.42$ $p=0.005$) alt ölçek puanları yönünden anlamlı derecede farklı bulunurken, diğer alt ölçek puanları yönünden anlamlı fark bulunmadı (Tablo 4). Gruplar arasında anlamlı bulunan alt ölçek puanları trimesterlerle ve kontrol grubu karşılaştırıldığında; anksiyete alt ölçek puanı gebelerde trimesterler arasında anlamlı derecede farklı bulunmadı ($F=3.30$, $p=0.021$). İkinci trimester gebe kadınlarda anlamlı derecede yüksek bulunurken ($p=0.020$), 1. trimester ($p=0.071$) ve 3. trimester ($p=0.193$) gebeler ile kontroller arasında anlamlı fark yoktu.

Somatik belirtiler, depresif belirtiler ve obsesif belirtiler alt ölçek puanları gebelerde trimesterler arası benzerken, somatik belirtiler ($F=4.51$ $p=0.004$) ve depresif belirtiler ($F=5.21$ $p=0.002$) tüm trimesterlerde kontrollere göre anlamlı derecede yüksek bulundu. Obsesif belirtiler ise tüm trimesterlerde kontrollere göre anlamlı derecede düşük bulundu ($F=4.42$ $p=0.005$).

Tablo 4: Grupların SCL-90-R puanları, ort ± SS

SCL-90-R	1. trimester	2. trimester	3.trimester	kontrol	F	p
Somatik belirtiler	1.74±0.57*	1.66±0.63*	1.68±0.63*	1.35±0.48	4.51	0.004
Anksiyete	1.37±0.58	1.42±0.53*	1.33±0.57	1.11±0.41	3.30	0.021
Obsesif belirtiler	1.54±0.55#	1.57±0.60#	1.52±0.54#	2.07±1.48	4.42	0.005
Depresif belirtiler	2.10±0.48*	2.08±0.46*	2.07±0.51*	1.78±0.42	5.21	0.002
Kişilerarası duyarlılık	1.58±0.59	1.61±0.51	1.50±0.66	1.74±0.63	1.33	0.264
Psikotik belirtiler	1.20±0.52	1.15±0.38	1.15±0.48	1.31±0.53	1.24	0.296
Paranoid belirtiler	1.23±0.67	1.07±0.59	1.20±0.78	1.30±0.60	1.03	0.377
Öfke	1.21±0.71	1.19±0.57	1.25±0.75	1.05±0.51	0.906	0.439
Fobi	0.73±0.78	0.69±0.63	0.72±0.77	0.75±0.72	0.07	0.976
Ek skala	1.25±0.59	1.36±0.57	1.55±0.89	1.50±0.71	1.85	0.139

Not: 1)* Kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek değerlerdir.
2) # Kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düşük değerlerdir.

6.4. WHOQOL-BREF Puanları

1., 2., 3. trimester gebe kadınlar ve kontrol grubu arasında WHOQOL-BREF ölçeğinin fiziksel sağlık, psikolojik sağlık ve çevre alanları yönünden gruplar arasında anlamlı fark bulunurken, sosyal ilişkiler alanı yönünden anlamlı fark bulunmadı (Tablo 5). Gruplar birbirleriyle karşılaştırıldığında; fiziksel sağlık puan ortalaması 1. trimester, 2. trimester gebe kadınlar ve kontrol grubu kadınlarındaki birbirine yakın bulunurken, 3. trimester kadınlarda diğer üç gruptaki kadınlardan anlamlı derecede düşük bulundu (1.trimester p=0.003, 2. trimester p=0.008, kontrol grubu p=0.000).

Psikolojik sağlık ve çevre alanları puan ortalamaları yönünden 3. trimester gebe kadınlarda, 1.trimester gebe kadınlara göre anlamlı derecede daha düşük bulundu (p<0.05). Diğer ikili gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı.

Tablo 5: Grupların WHOQOL-BREF puanlarının karşılaştırılması

WHOQOL-BREF	1. trimester	2. trimester	3.trimester	kontrol	F	P
Fiziksel sağlık	62.60±15.97	61.72±15.26	52.34±14.06 [#]	67.30±12.48	9.32	0.000
Psikolojik sağlık	63.58±14.68 [*]	59.36±15.52	55.30±13.30 [*]	57.84±14.10	2.89	0.037
Sosyal ilişkiler	69.28±18.28	65.92±18.89	60.62±22.11	59.78±18.63	2.65	0.050
Çevre	65.14±15.50 [*]	62.42±16.63	56.54±15.39 [*]	60.42±13.49	2.79	0.041

Not: # Diğer gruplardan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük.

* 3.trimester puanları 1. trimester puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür.

6.5. Gebe kadınlarda yaşam kalitesi ile ilişkili etkenler

Gebelerde yaşam kalitesi ile ilişkili etkenlerin Pearson korelasyon testi sonuçları Tablo 6’da verilmektedir. Buna göre, evlilik süresi, yaş ve çocuk sayısı ile gebelerin yaşam kalitesi arasında ilişki bulunmadı. WHOQOL-BREF’in fiziksel sağlık, psikolojik sağlık ve çevre alanı puanları ile gebelik süresi, BDE, BAE ve SCL-90-R’nin tüm alt ölçek puanları arasında anlamlı derecede negatif bağıntı bulundu. Sosyal ilişkiler puanı ise gebelik süresi, BDE, BAE ve SCL-90-R’nin anksiyete ve depresif belirtiler hariç diğer alt ölçek puanları ile negatif ilişkili bulundu.

6. BDE ve BAE ile ilişkili etkenler

Gebe kadınlarda ayrıca BDE ile çocuk sayısı ($r=0.266$, $P=0.000$) ve gebelik süresi ($r=0.174$, $P=0.033$) arasında anlamlı derecede pozitif yönde bağıntı bulunurken, BDE ile yaş ilişkisiz bulundu ($r=-0.010$, $P=0.886$). BAE çocuk sayısı ile anlamlı derecede ilişkili ($r=0.193$, $P=0.006$) iken yaş ($r=-0.004$, $P=0.952$) ve gebelik süresi ($r=0.099$, $P=0.228$) ile ilişkisizdi.

Tablo 6: Gebelerde yaşam kalitesi ile sosyodemografik özellikler ve ruhsal belirtilerin ilişkisi

	Fiziksel sağlık		Psikolojik sağlık		Sosyal ilişkiler		Çevre	
	r	p	r	p	r	p	r	p
SCL-90-R								
Somatik belirtiler	-0.470	0.000	-0.334	0.000	-0.196	0.016	-0.367	0.000
Anksiyete	-0.204	0.012	-0.214	0.009	-0.158	0.054	-0.272	0.001
Obsesif belirtiler	-0.308	0.000	-0.376	0.000	-0.273	0.001	-0.395	0.000
Depresif belirtiler	-0.347	0.000	-0.257	0.002	-0.130	0.112	-0.279	0.001
Kişilerarası duyarlılık	-0.335	0.000	-0.291	0.000	-0.193	0.018	-0.250	0.002
Psikotik belirtiler	-0.300	0.000	-0.333	0.000	-0.252	0.002	-0.314	0.000
Paranoid belirtiler	-0.238	0.003	-0.280	0.001	-0.192	0.019	-0.272	0.001
Öfke	-0.299	0.000	-0.328	0.000	-0.275	0.001	-0.291	0.000
Fobi	-0.356	0.000	-0.354	0.000	-0.257	0.002	-0.360	0.000
Ek skala	-0.393	0.000	-0.182	0.025	-0.246	0.002	-0.298	0.000
Genel belirti indeksi	-0.405	0.000	-0.360	0.000	-0.260	0.001	-0.381	0.000
BDE	-0.480	0.000	-0.582	0.000	-0.500	0.000	-0.384	0.000
BAE	-0.472	0.000	-0.440	0.000	-0.249	0.002	-0.420	0.000
Gebelik süresi	-0.299	0.000	-0.250	0.002	-0.178	0.029	-0.245	0.003
Yaş	-0.006	0.946	0.066	0.420	-0.005	0.948	0.010	0.900
Çocuk Sayısı	-0.096	0.243	-0.113	0.170	-0.114	0.163	-0.089	0.279
Evlilik süresi	-0.058	0.480	0.030	0.716	-0.074	0.366	-0.022	0.792

7.TARTIŞMA

Bildiğimiz kadarıyla bu çalışma, gebe kadınlarda trimesterler arasında anksiyete, depresyon, diğer ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesini karşılaştıran ilk çalışmadır. Bu araştırmada elde edilen bulgular gebeliğin her döneminde depresyon ve anksiyete belirtilerinin gebe olmayanlardan yüksek olduğunu ve yaşam kalitesinin gebelikte azaldığını göstermektedir.

7.1 Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri

Literatürdeki çalışmalarda depresyon tanısı ya da depresif belirti düzeyi farklı metotlarla değerlendirilmiştir. DSM kriterlerine uygun bir major depresyon tanısı için psikiyatrik görüşme, depresif semptom düzeyini ölçmek için de farklı ölçekler kullanılmıştır (118-125). Bu ölçekler arasında en sıklıkla kullanılanlar BDE ve EPDS'dır. Genel olarak değerlendirmek gerekirse ölçeklerle bildirilen depresyon oranları psikiyatrik görüşme yapılarak konulan klinik depresyon tanısı oranlarından daha yüksektir. Amacımız gebelikte trimesterler arası farkı araştırmak olduğu için ve istatistiksel açıdan sayısal değerlendirmeyi yapabilmek için ölçekleri; ölçeklerden de tüm dünyada yaygın olarak kullanılan, ülkemizde de geçerliliği ve güvenilirliği Hisli tarafından ortaya konan ve Türk toplumu için kesme puanı 17 olarak belirlenen BDE'ni çalışmamızda kullandık (106,107). Benzer şekilde anksiyete belirti düzeyi de BAE ile değerlendirildi.

Çalışmamızda 50'şer katılımcıdan oluşan grupların ortalama BDE puanları 1. trimester için 11.66, 2.trimester için 13.84, 3.trimester için 14.82 ve kontrol grubu için 8.88 iken, ortalama BAE puanları 1. trimester için 16.56, 2. trimester için 18.26, 3. trimester için 18.26 ve kontrol grubu için 11.32 idi .

Kontrollere göre BDE ve BAE puanları 2. trimester ve 3. trimester gebelerde anlamlı derecede yüksek bulundu. Özellikle kontrol grubu ve 1. trimester gebeler arasında BDE ve BAE puanları açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark olmaması, gebeliğin sevinçle karşılandığı, annenin gebelikle birlikte infertilite açısından eş, aile ve toplum baskılarından kurtulduğu, aile içi mutluluğun arttığı ve gebeliğin fiziksel ve ruhsal kısıtlamalarının henüz başlamadığı bir dönem olmasına bağlanabilir.

BDE’nde klinik düzeyde depresyon oranları kontrol grubunda %10, 1.trimester gebelerde %22, 2. trimester gebelerde %32, 3.trimester gebelerde %36’dır. Gebelerde trimesterler arasında depresyon oranları arasında anlamlı fark bulunmazken gebelerle kontrol grubu arasında depresyon oranları karşılaştırıldığında, 1. trimester kadınlar ile kontroller arasında anlamlı fark bulunmazken, 2. trimester ve 3. trimester kadınlarda depresyon oranı kontrollere göre anlamlı derecede yüksek bulundu.

Ülkemizde klinik düzeyde depresyon prevalansının %10 dolayında olduğu (126) ve genel olarak depresif belirtilerin toplum içindeki nokta prevalansının %9-20 arasında değişmekte olduğu (127) göz önüne alınacak olursa kontrol grubu için %10’luk bir depresyon oranı toplum oranına benzer düzeydedir.

Metodoloji ve örneklem farklılıklarına bağlı trimesterler için bildirilen depresyon oranları değişkenlik göstermektedir. Ölçeklerle ve düşük sosyoekonomik seviye gebeleriyle yapılan çalışmalarda depresyon oranları daha yüksektir. McKee ve ark. BDE kullanarak 2001’de Amerika’da gebeliği normal seyreden ve sosyoekonomik seviyesi düşük gebelerle yaptıkları çalışmada 1.ve 2. trimester gebeler için %51.4 depresyon oranı bildirmişlerdir (105). Da Silva ve ark. 1998’de Brezilya’da EPDS kullanarak sosyoekonomik düzeyi

düşük gebelerle yaptıkları çalışmada 3. trimester için bildirdikleri depresyon oranı %37.9'dur (118). Bolton ve ark. 1998'de İngiltere'de EPDS ile sosyoekonomik düzeyi düşük seviye gebelerle yapmış oldukları çalışmada 3. trimester için bildirdikleri oran %29'dur (119). 2005'te J. Wissart ve ark. Jamaika'da herhangi bir hastalığı, depresyon ve madde kullanımı öyküsü olmayan sosyoekonomik düzeyi düşük gebelerle 28. gebelik haftasında Zung depresyon ölçeği ile yaptıkları çalışmada bildirdikleri depresyon oranı %56'dır (120). Çalışmaya alınan gebelerin sosyodemografik özellikleri hatırlanacak olursa bulgularımız düşük-orta sosyoekonomik seviyede gebelerden elde edilmiştir. Bulgularımızdaki depresyon oranları McKee ve J.Wissart'ın Amerika ve Jamaika'da düşük sosyoekonomik seviye gebelerin depresyon oranlarından düşük, Da Silva ve Bolton'un Brezilya ve İngiltere'de düşük sosyoekonomik gebeler için bildirdikleri oranlara benzerdir.

Kitamura ve ark. Japonya'da SADS (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia) kullanarak yapılandırılmış psikiyatrik görüşmelerle 1993'te yaptıkları çalışmada 1. trimester gebeler için bildirdikleri m. depresyon oranı %16'dır (121). Gotlib ve ark. 1989'da Kanada'da uyarlanmış SADS kullanarak yapılandırılmış psikiyatrik görüşmelerle yaptıkları çalışmada 2. trimester için %9.2, 3. trimester için %8.1 majör depresyon oranı bildirmişlerdir (122). O'Hara ve ark. Amerika'da uyarlanmış SADS kullanarak yapılandırılmış psikiyatrik görüşmelerle yaptıkları çalışmada gebelerle 2.trimester için bildirdikleri m. depresyon oranı %9'dur (123). Bulgularımızda yer alan depresyon oranları yapılandırılmış psikiyatrik görüşmelerle yapılmış bu çalışmaların bildirdikleri oranların tamamından yüksektir.

BDE ile yapılmış diğer çalışmalarda ise Birndorf ve ark. 2002'de Amerika'da yapmış oldukları çalışmada 1. trimester gebeler için bildirdikleri oran %24.6'tir (124). Gotlib ve ark.1989'da Kanada'da yapmış oldukları çalışmada 2. trimester için %21.4,

3.trimester için %25.8 depresyon oranı bildirmişlerdir (122). Seguin ve ark. 1995'te BDE ile Kanada'da yapmış oldukları çalışmada 2. trimester için %29.6 depresyon oranı bildirmişlerdir (125). Depresyon oranı bulgularımız BDE ile yapılmış bu çalışmalarla kıyaslandığında benzerdir.

7.2 Ruhsal Belirti Düzeyleri

Bildiğimiz kadarıyla literatürde SCL-90-R ile ruhsal belirti taraması yapılmış gebe araştırması bulunmamaktadır. Bu nedenle bu ölçekle elde edilen bulguları önceki çalışmalarla kıyaslama imkanı yoktur. SCL-90-R depresyon ve anksiyete alt ölçeklerinden elde edilen bulgular çalışmamızda depresyon ve anksiyete düzeylerini ölçmek için kullandığımız BDE ve BAE bulguları ile kıyaslanmıştır.

Tüm trimesterlerde kontrol grubuyla kıyaslandığında SCL-90-R'nin depresif belirtiler, anksiyete belirtileri ve somatik belirtiler alt ölçek puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Depresif belirtiler ve anksiyete alt ölçek bulguları çalışmamızdaki BDE ve BAE bulguları ile çoğunlukla örtüşmektedir.

Hem SCL-90-R depresif belirtiler alt ölçeğinde hem de BDE'nde 2. ve 3. trimester gebelerin kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek depresif belirtilere sahip olması depresif belirtilerin gebeliğin ilerleyen ve son dönemlerinde daha yaygın olduğunu düşündürmektedir. SCL-90-R depresif alt ölçek puanları tüm trimesterlerde kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksektir. BDE'nde 1.trimester ortalama depresif belirtiler düzeyi kontrol grubundan yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bunun iki test arasındaki farklılıktan kaynaklandığı düşünülmektedir.

SCL-90-R testinde anksiyete alt ölçek puanı 1. ve 3. trimester gebelerle kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı bulunmasa da tüm trimester gruplarının anksiyete puanları kontrol grubunun puanlarıyla kıyaslandığında daha yüksektir. BAE puanlarında 3. trimester gebelerde kontrol grubuyla kıyaslandığında anksiyete düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir yükseklik bulunmasına rağmen SCL-90-R anksiyete alt ölçeğinde 3. trimester ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmaması iki test arasındaki farklılığa bağlandı.

Ayrıca bu ölçekte 2. trimester gebelerin kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha kaygılı olmaları gebeliğin bu döneminde üçlü test (14-21. haftalar) ve USG ile fetusta anomali tarandığı dönem olmasına (128) ve gebelerin bu dönemdeki kontrollerinde fetusla ilgili daha fazla kaygılı olmasına bağlanabilir. Nitekim BAE puanları incelendiğinde doğumla ilgili ve gebeliğin seyrine göre belirlenen doğum şekliyle ilgili kaygıların arttığı bir dönem olan 3. trimester gebelerle, gebeliğin gerek bedensel yakınmalar gerekse de ruhsal yönden en sakin geçmesi beklenen dönemi olan 2. trimester gebelerin ortalama BAE puanlarının benzer olması da 2. trimester gebelerinin kaygı düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Bilinen organik tanısı olmayan gebelerin devlet hastaneleri yerine üçüncü basamak sağlık hizmeti almak için üniversitemiz hastanesini tercih etmiş olmaları da kaygı düzeyi yüksek olması muhtemel gebelerin çalışmaya dahil edilmiş olabileceğini ve buna bağlı olarak da anksiyete puanlarındaki bildirimlerin daha yüksek olabileceğini akla getirmektedir.

Somatik yakınmalar normalde gebeliğe bağlı artarken m. depresyon ve anksiyete bozukluklu hastalar da sıklıkla somatik yakınmalarla başvurabilmektedir (129). Andersson ve ark. 2.trimester gebelerde psikiyatrik bozuklukların nokta prevalanslarını araştırmayı amaçladıkları çalışmalarında psikiyatrik tanı alan hastalarda somatik yakınmaların arttığını

bildirmişlerdir (97). Bu nedenle depresif ve anksiyöz belirtileri artmış gebelerde somatik yakınmaların arttığı yönündeki bulgumuz literatür bilgileriyle uyumludur.

Obsesif belirtiler ortalama puanlarının gebelerde tüm trimesterlerde anlamlı şekilde kontrol grubundan düşük olması çarpıcı bir bulgudur. Gebelikte OKB belirtilerinin seyri değişkendir. Nitekim 1997’de Williams ve Koran’ın gebelik ve doğumun OKB belirtilerine etkilerini araştırdıkları çalışmalarında gebelik öncesi OKB tanısı alan kadınların %69’u gebelik ve doğumun OKB belirtilerine hiçbir etkisi olmadığını bildirirken, %17’si belirtilerinde kötüleşme, %14’ü de belirtilerinde düzelme bildirmiştir (93). 2006’da Vulink ve ark. gebelerde hormonal değişikliklerin OKB seyrine etkisini araştırdıkları bir başka çalışmada gebelerin %14-21’inin semptomlarında azalma olduğunu bildirilmişlerdir (130). Bu çalışma bulgumuzu desteklese de OKB’de belirti düzeyi ve şiddeti ölçmekte kullanılan Yale-Brown Obsesif Kompulsif Skalası (Y-BOCS) gibi bir ölçek kullanılarak gebelerin araştırılması yerinde olacaktır.

7.3 Yaşam Kalitesi Düzeyleri

Çalışmamızda tüm trimesterlerde yaşam kalitesi fiziksel sağlık alanı puanları kontrol grubuna kıyasla daha düşüktür. Ayrıca bu alanda 3.trimester puanları diğer tüm gruplardan istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde düşüktür. Bu da yaşam kalitesinin fiziksel sağlık açısından tüm gebelik boyunca azaldığını, özellikle de 3. trimesterde belirgin bir şekilde azaldığını göstermektedir. Önceki çalışmalarda da (104-107) gebeliğin son dönemlerinde yaşam kalitesinin düştüğü, en çok da fiziksel sağlığın etkilendiği bildirilmiştir. Gebeliğin ilerlemesiyle birlikte fetusun anne karnında en büyük ağırlığa ulaştığı, gebelikte alınan kiloların zirve yaptığı bir dönem olan 3. trimester belirgin hareket kısıtlılığı ve somatik yakınmaların, gebeliğe bağlı ağrı ve uykusuzlukların çok sık olduğu bir dönemdir. Bu nedenle 3. trimester gebelerin fiziksel sağlık alanında yaşam kalitelerinin diğer gruplardan

daha düşük olması beklenen bir bulgudur. Nitekim çalışmamızda fiziksel sağlık alanında en kötü puanlar 3. trimester gebelere aittir ve istatistiksel olarak anlamlıdır.

Yaşam kalitesi ölçeğinde psikolojik sağlık alanında en yüksek puanların 1. trimester gebelere, en düşük puanların 3. trimester gebelere ait olması dikkat çekici bir bulgudur. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlıdır. Psikolojik sağlık alanında yaşam kalitesinin 1. trimesterde yüksek olması gebeliğin getirdiği sevince, 3. trimesterde düşük olması yaklaşan doğumla ilgili, yenidoğanın bakımı ve adaptasyon süreci ile ilgili kaygılara bağlı görünmektedir. Nitekim 1. ve 3. trimesterler gebelerin BDE ve BAE puanları kıyaslandığında 3.trimester gebelerin depresif ve anksiyöz belirti düzeyleri daha yüksektir. Ayrıca yaklaşan doğum ve yenidoğanla ilgili kaygılara ilaveten 3. trimester gebelerin maruz kaldıkları hareket kısıtlılığı ve somatik yakınmaların da ruhsal yönden gebeleri etkileyebileceği ve psikolojik sağlık alanında yaşam kalitesini düşürebileceği gözden kaçırılmamalıdır.

Çevre alanında yaşam kalitesi en yüksek grup 1. trimester, en düşük grup 3. trimesterdir. Fiziksel çevre ve yaşam koşullarının psikolojik ve fiziksel sağlık alanında yaşam kalitesini etkileyeceği muhtemeldir. Bu nedenle 1. trimester gebelerin yaşam kalitesinin fiziksel ve psikolojik sağlık alanında yüksek olmasına çevre alanında yüksek yaşam kalitesine sahip olmalarının da katkısı olabilir.

Hueston ve Kasik-Miller (104) 1998'de gebelikleri normal seyreden kadınlarla yaptıkları çalışmada yaşam kalitesi ile ilgili değişimlerin ruhsal alandan ziyade fiziksel alanda olduğunu bildirmişlerdir. Bizim bulgularımız özellikle gebeliğin son dönemlerinde gebelerin sadece fiziksel alanda değil, psikolojik sağlık alanında da yaşam kalitelerinin düştüğü yönündedir. Nitekim BDE ve BAE ortalama puanları, SCL-90-R depresif

belirtiler, anksiyete ve somatik belirtiler alanında ortalama puanları gebeliğin son dönemlerinde kontrol grubuna göre daha yüksektir.

7.4 Gebe Kadınlarda Yaşam Kalitesi ile İlgili Etkenler

Çalışmamızda gebelerin yaşam kalitesi ile evlilik süresi, yaş ve çocuk sayısı arasında ilişki bulunmazken yaşam kalitesinin fiziksel sağlık, psikolojik sağlık ve çevre alanı puanları ile gebelik süresi, BDE, BAE ve SCL-90-R'nin tüm alt ölçek puanları arasında anlamlı derecede negatif bağıntı bulunmuştur. Sosyal ilişkiler puanı ise gebelik süresi, BDE, BAE ve SCL-90-R'nin anksiyete ve depresif belirtiler hariç diğer alt ölçek puanları ile negatif ilişkili bulunmuştur. Bu da istatistiksel olarak gebelik süresi arttıkça, genel ruhsal belirtiler, depresyon ve anksiyete düzeyleri arttıkça, gebelerde yaşam kalitesinin düştüğünü gösterir. Bulgularımızda depresyon ve yaşam kalitesi ilişkisi Mckee ve arkadaşlarının bulgularıyla uyumludur (105). Artan gebelik süresiyle birlikte artan ağrılar, uyuşmalar, uykusuzluklar, kilo alımı ve hareket kısıtlılığı fiziksel yönden, fetusla ve doğumla ilgili kaygılar da psikolojik yönden gebelikte yaşam kalitesini bozduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda gebe kadınlarda ayrıca BDE ile çocuk sayısı ve gebelik süresi arasında anlamlı derecede pozitif yönde bağıntı bulunmuştur. Bu bulgumuz Murray D ve arkadaşlarının 1995'te gebelikte depresyon riskinin çocuk sayısı ile arttığını bildirdikleri çalışmayla uyumludur (66). Çalışmamızda gebelerde çocuk sayısı BAE puanları ile de anlamlı derecede ilişkili bulunmuştur. Bu da artan çocuk sayısının gebelerde anksiyete ve depresyon düzeyini artırdığını, bunun da muhtemelen annenin çocuklarına bakım verirken daha fazla zorlanmasına ve sıkıntıya girmesine bağlı olabilir.

7.5 Çalışmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın kesitsel bir çalışma olması aynı gebelerin tüm trimesterlerdeki depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi düzeylerini değerlendirmeye olanak vermemiştir. Örneklemimizin görece küçük olması çalışmanın bir diğer sınırlılığıdır.

Tüm gebelerin sosyodemografik bilgileri yeniden gözden geçirilirse gebelerin düşük-orta sosyokültürel ve ekonomik düzeyde oldukları söylenebilir. Bu da katılımcıların anksiyete ve depresyon düzeylerini artırabilecek, yaşam kalitesini kötü yönde etkileyebilecek önemli bir etkidir.

Ayrıca tüm gebelerin fiziksel yönden bilinen herhangi bir hastalıkları olmayan bireylerden seçilmiş olması, gebelerin anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi puanlarını gebelik dışında diğer fiziksel hastalıkların etkilemesini önlemiştir. Ancak bilinen fiziksel hastalığı olmayan bireylerle çalışılmış olması bulguların toplum için genelleştirilmesine engel teşkil etmektedir. İlaveten bilinen fiziksel hastalıkları olanlar ve gebeliklerinde fetusta anomalisi ve ya anomali şüphesi olan gebeler de çalışmaya dahil edilmiş olsaydı muhtemelen anksiyete ve depresyon düzeyleri daha da artabilir, yaşam kalitesi skorları daha da düşebilirdi.

7.6 Sonuç

Sonuç olarak çalışmamızda kontrol grubuna kıyasla gebeliğin tüm trimesterlerinde özellikle de 3. trimesterde anksiyete ve depresyon belirti düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Gebelerde yaşam kalitesi fiziksel sağlık, psikolojik sağlık ve çevre alanlarında en düşük grup 3. trimesterdi. Gebelerde, özellikle de ilerlemiş gebeliklerde, anksiyete ve depresyona karşı hekimler uyanık olmalı ve başta annenin ruhsal sağlığı ve sağlıklı fetal gelişim olmak üzere, doğum sonrası sağlıklı anne-çocuk ilişkisi kurulabilmesi ve çocuk bakımının sağlıklı yürütülebilmesi açısından gebelikteki depresyon ve anksiyete düzeyi mutlaka tedavi edilmelidir.

8. ÖZET

Gebelerde Trimesterler Arası Depresyon, Anksiyete, Diğer Ruhsal Belirtiler Ve Yaşam Kalitesi Düzeyleri

Bu çalışmada gebelerde trimesterler arasında depresyon, anksiyete, diğer ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi düzeyleri arasındaki farklılıkların araştırmayı amaçladık.

Çalışma hakkında bilgi verilerek her trimesterden 50 gebe ve kontrol grubu için sosyodemografik özellikleri gebelere benzeyen doğurganlık çağındaki gebe olmayan 50 kadın olmak üzere, dört farklı gruptan toplam 200 gönüllü katılımcı dahil edildi. Örneklem grubunun tamamı fiziksel ve ruhsal yönden bilinen bir hastalığı olmayan gönüllüler arasından seçildi. Tüm katılımcılara Beck Depresyon Envanteri (BDE), Beck Anksiyete Envanteri (BAE), SCL-90-R (Belirti Tarama Listesi), WHOQOL-BREF-TR (Yaşam kalitesi ölçeği-kısa form) uygulandı ve sonuçlar istatistiksel olarak analiz edildi.

BDE ve BAE puanları 2. ve 3. trimester gebelerde kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulundu. Klinik düzeyde depresyon oranları kontrol grubunda %10, 1. trimesterde %22, 2. trimesterde %32, 3. trimesterde %36 olarak bulundu. SCL-90-R testinde tüm trimesterlerde kontrol grubuna göre somatik belirtiler, anksiyete ve depresif belirtiler anlamlı derecede yüksek, obsesif belirtiler anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Gebelerde yaşam kalitesi fiziksel sağlık, psikolojik sağlık ve çevre alanında en düşük grup 3. trimesterdi. Yaşam kalitesi fiziksel sağlık, psikolojik sağlık ve çevre alanı puanları ile gebelik süresi, BDE, BAE ve belirti tarama listesinin tüm alt ölçek puanları arasında anlamlı derecede negatif bağıntı bulundu. Ayrıca gebe kadınlarda BDE puanları ile çocuk sayısı ve gebelik süresi arasında, BAE puanları ile de çocuk sayısı arasında anlamlı derecede pozitif yönde bağıntı bulunmuştur.

Bulgularımız gebeliğin tüm trimesterlerinde, özellikle de 3. trimesterde depresyon ve anksiyete düzeylerinin arttığını, yaşam kalitesinin düştüğünü göstermektedir. Gebelerde, özellikle ilerlemiş gebeliklerde, hekimler depresyon ve anksiyeteye karşı uyanık olmalı ve yol açabilecekleri sonuçlar nedeniyle gebelikte görülen depresyon ve anksiyete bozuklukları hemen tedavi edilmelidir.

9. SUMMARY

Levels of Depression, Anxiety, Other Psychiatric Symptoms and Health Related Quality Of Life among Trimesters

In this study, we aimed to investigate the differences of levels of depression, anxiety, other psychiatric symptoms and health related quality of life during pregnancy among trimesters.

After giving information about the study, 50 pregnant women from each trimester and 50 non-pregnant but in reproductive period women who have similar socio-demographic features with pregnant women for the control group, totally a sample of 200 volunteer participants from four different groups were included in the study. The entire sample was elected among volunteers who had no known physical and psychological problem. Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI), SCL-90-R and WHOQOL-BREF-TR were administered to the participants and the results were statistically analyzed.

Comparing with the control group, pregnant women from the second and the third trimesters had significantly high BDI and BAI scores. The estimated clinical depression rates for the control group were %10, for the first trimester %22, for the second trimester %32 and for the third trimester %36. Considering SCL-90-R, by comparing with the control group, each trimester group had significantly high levels of depressive symptoms, anxiety and somatic symptoms and significantly low levels of obsessive symptoms. Among pregnant, third trimester pregnant had the lowest health related quality of life on the physical health, psychological health and environment areas. A negative correlation between physical health, psychological health and environment areas of health related quality of life and BDI, BAI and entire SCL-90-R scores was found. Moreover, among pregnant, BDI scores and number of children together with duration of pregnancy, also BAI scores and number of children were significantly related.

Our findings suggest that during the entire trimesters of pregnancy, especially during the third trimester, levels of depression and anxiety increase and the health related quality of life decrease. During pregnancy, especially in last gestational weeks, physicians have to be wakeful and watchful against depression and anxiety. Because of the unwanted results, antenatal depression and anxiety disorders have to be immediately treated.

10. KAYNAKLAR

1. Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjö G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80:251-255.
2. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* . 2001;323:257-260.
3. Andersson L, Sundström-Poromaa I, Wulff M, Ström M, Bixo M. Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. *Acta Obstet Gynecol* . 2006; 85: 937-944
4. Carter D.,Kostaras X.. Psychiatric disorders in pregnancy, *BC Medical Journal* 2005; 47: 96-99
5. Cott AD, Wisner KL. Psychiatric disorders during pregnancy. *Inter Rev. Psychiatry* 2003; 15: 217–230.
6. Altshuler LL, Hendrick V, Cohen LS. Course of mood and anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1998; 59,Suppl. 2:29–33.
7. Grof P., Robbins W, Alda M, Berghoefer A,Vojtechovsky M, Nilsson A, Robertson C. Protective effect of pregnancy in women with lithium-responsive bipolar disorder. *J. Aff Disorders*, 2001;61:31–39.
8. Freeman MP, Wosnitzer-Smith K, Freeman SA, Mcelroy SL, Kmetz GF,Wright R, Keck PEJr. The impact of reproductive events on the course of bipolar disorder in women. *J. Clin Psychiatry*. 2002; 63:284–287.
9. Blehar M, Depaulo J, Gershon E, Reich T,Simpson SG, Nurnberger JIJr. Women with bipolar disorder: findings from the NIMH genetics initiative sample. *Psychopharm Bulletin*. 1998;34:239–243.
10. Viguera AC, Cohen LS, Baldessarini RJ, Nonacs R. Managing bipolar disorder during pregnancy: weighing the risks and benefits. *Can J Psychiatry*. 2002; 47:426–436.
11. Viguera AC, Cohen LS, Bouffard S, Whitfield TH, Baldessarini RJ. Reproductive decisions by women with bipolar disorder after pre-pregnancy psychiatric consultation. *Am J Psychiatry*. 2002;159: 2102–2104.
12. Viguera AC, Nonacs R, Cohen LS, Tondo L, Murray A, Baldessarini RJ. Risk of recurrence of bipolar disorder in pregnant and nonpregnant women after discontinuing lithium maintenance. *Am J Psychiatry*. 2000;157:179–184.
13. Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. *Br J Psychiatry* 1987;150:662-673.

14. McNeil TF. A prospective study of postpartum psychoses in a high-risk group. Relationships to demographic and psychiatric history characteristics. *Acta Psychiatr Scand* 1987;75:35-43.
15. Brockington IF, Oates M, Rose G. Prepartum psychosis. *J Aff Disorders*. 1990;19:31–35.
16. Lier L, Kastrup M, Rafaelsen OJ. Psychiatric illness in relation to childbirth and pregnancy: diagnostic profiles, psychosocial and perinatal aspects. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift*.1989; 43: 535–542.
17. McNeil TF, Malmquist-Larsson A. Women with non-organic psychosis: mental disturbance during pregnancy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1984; 70:127–139.
18. Turton P, Hughes P, Bolton H, et al. Incidence and demographic correlates of eating disorder symptoms in a pregnant population. *Int J Eat Disord* 1999;26:448-452.
19. Blais MA, Becker AE, Burwell RA, et al. Pregnancy: Outcome and impact on symptomatology in a cohort of eatingdisordered women. *Int J Eat Disord* 2000;27:140-149.
20. Franko DL, Blais MA, Becker AE, et al.Pregnancy complications and neonatal outcomes in women with eating disorders.*Am J Psychiatry* 2001;158:1461-1466.
21. Brinch M, Isager T, Tolstrup K. Anorexia and motherhood: Reproduction pattern and mothering behaviour of 50 women. *Acta Psychiatr Scand* 1988;77:611-617.
22. Steiner M, Dunn E, Born L. Hormones and mood: from menarche to menopause and beyond. *J Aff Disorders* 2003; 74:67-83
23. Weissman MM, Olfson M. Depression in women: implications for health care research. *Science* 1995;269:799-801.
24. Strauss JF, Barbieri RL. İnsan Gebelik Endokrinolojisi ve Fetal Plasental Nöroendokrin Gelişim. Yen & Jaffe Üreme Endokrinolojisi, Fizyoloji, Patofizyoloji ve Klinik Muayene. Mesiano S., Jaffe RB. (eds) Güneş Kitabevi 5. Baskı 2006; 213-307.
25. Angold A., Costello EJ, Worthman CM. Puberty and depression: the roles of age, pubertal status and pubertal timing. *Psychol. Med.*1998; 28:51–61.
26. Cullberg J. Mood changes and menstrual symptoms with different gestagen/estrogen combinations. A double blind comparison with a placebo. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1972;236:1-86.
27. Yonkers KA. The association between premenstrual dysphoric disorder and other mood disorders. *J Clin Psychiatry*. 1997;58, Suppl 15:19-25.
28. Buckwalter JG, Stanczyk FZ, McCleary CA, Bluestein BW, Buckwalter DK, Rankin KP, Chang L, Goodwin TM. Pregnancy, the postpartum, and steroid hormones: effects on cognition and mood. *Psychoneuroendocrinology*. 1999;24:69-84.

29. Bosworth HB, Bastian LA, Kuchibhatla MN, Steffens DC, McBride CM, Skinner CS, Rimer BK, Siegler IC. Depressive symptoms, menopausal status, and climacteric symptoms in women at midlife. *Psychosom Med* 2001;63:603-608.
30. Freeman EW, Sammel MD, Liu L, Gracia CR, Nelson DB, Hollander L. Hormones and menopausal status as predictors of depression in women in transition to menopause. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:62-70.
31. Zweifel JE, O'Brien WH. A meta-analysis of the effect of hormone replacement therapy upon depressed mood. *Psychoneuroendocrinology* 1997, 22:189-212.
32. Fink G, Sumner BE, Rosie R, Grace O, Quinn JP. Estrogen control of central neurotransmission: effect on mood, mental state, and memory. *Cell. Mol. Neurobiol.* 1996; 16: 325–344.
33. Sumner BE, Fink G, The density of 5-hydroxy- tryptamine receptors in forebrain is increased at pro-oestrus in intact female rats. *Neuroscience Letters.* 1997; 234:7–10.
34. Birzniece V, Backstrom T, Johansson IM, et al. Neuroactive steroid effects on cognitive functions with a focus on the serotonin and GABA systems. *Brain Res Rev.* 2006 ;51:212-239.
35. Steiner M, Dunn EJ. The psychobiology of female- specific mood disorders. *Infertil. Reprod. Med. Clin. N. Am.* 1996;7:297–313.
36. Dunn EJ, Steiner M. The functional neurochemistry of mood disorders in women. In: Steiner M, Yonkers KA, Eriksson E. (Eds.) *Mood Disorders in Women.* 2000 pp. 71–82.
37. Kessler RC, Keller MB, Wittchen HU. The epidemiology of generalized anxiety disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2001;24:19-39.
38. Breslau N, Chilcoat H, Schultz LR. Anxiety disorders and the emergence of sex differences in major depression. *J Gend Specif Med* 1998;33-39.
39. Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Clinical characteristics of major depression that predict risk of depression in relatives. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:322-327.
40. Kendler KS, Thornton LM, Prescott CA. Gender differences in the rates of exposure to stressful life events and sensitivity to their depressogenic effects. *Am J Psychiatry* 2001; 158:587-593.
41. Kendler KS, Kessler RC, Walters EE, MacLean C, Neale MC, Heath AC, Eaves LJ. Stressful life events, genetic liability, and onset of an episode of major depression in women. *Am J Psychiatry* 1995;152:833-842.
42. Murray CJL, Lopez ED, (eds). *A Comprehensive Assesment of Mortality and DisabilityFrom Diseases, Injuries, and risk Factors in 1990 and Projected to 2020.* Cambridge, Mass: Harvard University Press;1996. *The Global Burden of Diseaese and Injury Series*;vol 1

43. Liu S, Prince M, Blizard B, Mann A. The prevalence of psychiatric morbidity and its associated factors in general health care in Taiwan. *Psychol Med* 2002;32:629–637.
44. Australian Institute of Health and Welfare. National health priority areas report. Mental health 1998. Canberra: The Institute; 1999. AIHW Cat. No. PHE 13.
45. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuna J, Lewis G. Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and sociodemographic correlates. *Br J Psychiatry* 2001;178:228–233.
46. Statistics Canada. Health indicators, volume 2002, no 1, Depression. Ottawa, (ON): Statistics Canada, CIHI; 2002. Catalogue No: 82-221-XIE.
47. Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of Sao Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002;37:316–325.
48. Regier DA, Narrow WE, Rae DS, Manderscheid RW, Locke BZ, Goodwin FK. The de facto US mental and addictive disorders service system: epidemiologic catchment area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:85–94.
49. Bland RC. Epidemiology of affective disorders: a review. *Can J Psychiatry* 1997;42:367–377.
50. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:8–19.
51. Lepine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylee A. Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *Int Clin Psychopharmacol* 1997;12:19–29.
52. Berardi D, Leggieri G, Bertti CG, Rucci P, Pezzoli A, Paltrinieri E, et al. Depression in primary care: a nationwide epidemiological survey. *Fam Pract* 2002;19:397–400.
53. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: global burden of disease study. *Lancet* 1997;349:1498–1504.
54. Burke KC, Burke JD, Regier DA, et al. Age at onset of selected mental disorders in five community populations. *Arch Gen Psychiatry*. 1990;47:511–518
55. Kessler RC, McGonagle KA, Swartz M, et al. Sex and depression in the National Comorbidity Survey, 1: lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *J Affect Disord* 1993;29:85–96
56. Weismann MM, Bland R, Joyce PR, et al. Sex differences in rates of depression: cross-national perspectives. *J Affect Disord* 1993;29:77–84
57. Zajicek E. Psychiatric problems during pregnancy. In: Wolkind S, Zajicek E (eds). *Pregnancy: a psychological and social study*. London: Academic Press. 1981:57–73

58. Kendell RE, Wainwright S, Hailey A et al. The influence of childbirth on psychiatric morbidity. *Psychol Med* 1976;6:297-302.
59. Sonawalla SB, Rosenbaum JF (eds). *Women's Health and Psychiatry*. Philadelphia. Lippincott, Williams and Wilkins. 2002:115-123.
60. Klein M, Essex M. Pregnant or depressed ? The effects of overlap between symptoms of depression and somatic complaints of pregnancy on rates of major depression in the second trimester. *Depression* 1995;2:308-314.
61. Marzuk M, Tardiff K, Leon AC et al. Lower risk of suicide during pregnancy. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 122-123.
62. Appleby L. Suicide during pregnancy in the first postnatal year. *BMJ* 1991;302:137-140.
63. O'Hara MW. *Postpartum depression: Causes and Consequences*. New York,NY: Springer-Verlag; 1995;168-194
64. Frank E.,Kupfer DJ, Perel JM. Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:1093-1099
65. Kumar R, Robson MK. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J Psychiatry* 1984;144:35-47
66. Murray D, Cox JL, Chapman G, et al. Childbirth: life event or start of a long term difficulty? *Br J Psychiatry* 1995;166:595-600
67. Kupfer DJ. Long term treatment of depression. *J Clin Psychiatry* 1991;52,suppl 2:34
68. Thase ME. Long term nature of depression. *J Clin Psychiatry* 1999;60,suppl 14:3-9
69. Prien RF, Kupfer DJ. Continuation drug therapy for major depressive episodes: how long should it be maintained? *Am J Psychiatry* 1986;143:18-23
70. Cohen LS. Course and treatment of mood disordersduring pregnancy and the postpartum period. Presented at the 153rd annual meeting of American Psychiatric Association; May 13-18, 2000; Chicago,III
71. Steer RA, Scholl TO, Hediger ML, et al. Self-reported depression and negative pregnancy outcomes. *J Clin Epidemiology* 1992 ;45:1093-1099.
72. Dayan J, Creveuil C, Herlicoviez M, Herbel C, Baranger E, Savoye C, et al. Role of anxiety and depression in the onset of spontaneous preterm labor. *Am J Epidemiol* 2002;155:293-301
73. Barnet B, Joffe A, Duggan AK, Wilson MD, Repke JT. Depressive symptoms, stress, and social support in pregnant and postpartum adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996;150:64-69.

74. Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjo G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80:251–255.
75. Seguin L, Potvin L, St-Denis M, Loiselle J. Chronic stressors, social support, and depression during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1995;85:583–589.
76. Hobfoll SE, Ritter C, Lavin J, Hulsizer MR, Cameron RP. Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum women. *J Consult Clin Psychol* 1995;63:445–453.
77. Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstet Gynecol* 2000;95:487–90.
78. McKee MD, Cunningham M, Jankowski KR, Zayas L. Health-related functional status in pregnancy: Relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. *Obstet Gynecol* 2001;97:988–993.
79. Orr ST, James SA, Blackmore Prince C. Maternal prenatal depressive symptoms and spontaneous preterm births among African-American women in Baltimore, Maryland. *Am J Epidemiol* 2002;156:797–802.
80. Deal LW, Holt VL. Young maternal age and depressive symptoms: Results from the 1988 National Maternal and Infant Health Survey. *Am J Public Health* 1998;88:266–270.
81. Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjo G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80:251–255.
82. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 2001;323:257–260.
83. Tycheya C, Spitz E, Brian S, Lighezzolod J, Girvane F, Rosati A, Thockler A, Vincente S. Pre- and postnatal depression and coping: A comparative approach *J Aff Disorders* 2005;85:323–326
84. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol* 2004;103:698–709.
85. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol*. 2005;106:1071–1083.
86. Bourdon KH, Boyd JH, Rae DS, Burns BJ, Thompson JW, Locke BZ. Gender differences in phobias: results of the ECA community survey. *J Anxiety Disorders* 1988;2:227–241.
87. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:8–19

88. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. DSM-IV. Washington, DC; 1994.
89. Weisberg RB, Paquette JA. Screening and treatment of anxiety disorders in pregnant and lactating women. *Women's Health Issues* 2002 ;12:32-36.
90. George DT, Ladenheim JA, Nutt DJ. Effect of pregnancy on panic attacks. *Am J Psychiatry* 1987;144:1078–1079.
91. Villeponteaux VA, Lydiard RB, Laraia MT, Stuart GW, Ballenger JC. The effects of pregnancy on preexisting panic disorder. *J Clin Psychiatry* 1992;53:201–203.
92. Cohen LS, Sichel DA, Faraone SV, Robertson LM, Dimmock JA, Rosenbaum JF. Course of panic disorder during pregnancy and the puerperium: a preliminary study. *Biol Psychiatry* 1996;39:950–954.
93. Williams KE, Koran LM. Obsessive-compulsive disorder in pregnancy, the puerperium and the premenstruum. *J Clin Psychiatry* 1997;58:330–334.
94. Cloitre M, Yonkers KA, Pearlstein T et al. Women and anxiety disorders: implications for diagnosis and treatment. *CNS Spectr* 2004;9:1-16.
95. Cohen LS, Sichel DA, Faraone SV et al. Course of panic disorder during pregnancy and the puerperium: a preliminary study. *Biol Psychiatry* 1996;39:950-954.
96. Buttolph ML, Holland A. Obsessive compulsive disorders in pregnancy and childbirth. In: Jenke M, Baer L, Minivhiello WE (eds). *Obsessive Compulsive disorders: theory and management*. Chicago: Year book Medical Publishers. 1990; 89-95.
97. Andersson L, Sundström-Paromaa I, Bixo M, Wulff M, Bondestam K, Aström M. Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population based study. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;189:148-154.
98. Sutter-Dallay AL, Giaconne- Marcesche V, Glatigny-Dallay E et al. Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort. *Eur Psychiatry*. 2004;19:459-463.
99. van den Bergh BR, Marcoen A. High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalising problems, and anxiety in 8 and 9 year olds. *Child Dev* 2004;75:1085-1097.
100. Cohen LS, Rosenbaum JF. Psychotropic drug use during pregnancy: weighing the risks. *J Clin Psychiatry* 1998;59,Suppl 2:18–28.
101. Dunkel-Schetter C, Lobel M. Pregnancy and childbirth. In: Blechman EA, Brownell KD, eds. *Behavioral medicine and women*. New York: Guilford; 1998.
102. Shear MK, Mammen O. Anxiety disorders in pregnant and postpartum women. *Psychopharmacol Bull* 1995;31:693–703.

103. Gjerdingen D, Froberg DG, Fontaine P. The effects of social support on women's health during pregnancy, labor and delivery, and the postpartum period. *Fam Med* 1991;23:370–375.
104. Hueston WJ, Kasik-Miller S. Changes in functional health status during normal pregnancy. *J Fam Pract* 1998;47:209–212.
105. Mckee MD, Cunningham M, Jankowski KRB, Zayas L. Health-related functional status in pregnancy: Relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. *Obstet Gynecol* 2001;97:988-993
106. Haas JS, Jackson RA, Fuentes-Afflick E, Stewart AL, Dean ML, Brawarsky P, et al. Changes in the health status of women during and after pregnancy. *J Gen Intern Med* 2005;20:45–51.
107. Otchet F, Carey MS, Adam L. General health and psychological symptom status in pregnancy and the puerperium: what is normal? *Obstet Gynecol* 1999;94:935–941.
108. Nicholson KW, Setse R, Hill-Briggs F, Cooper LA, Strobino D, Powe NR. Depressive symptoms and health-related quality of life in early pregnancy. *Obstet Gynecol* 2006;107:798-806
109. Beck AT, Ward CH, Mehdelson M, Mosk J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4:561-571.
110. Hisli N. Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği. *Psikoloji Dergisi* 1989; 7:3-13.
111. Savaşır I, Şahin NH. Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler, Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları. 1997:23-38.
112. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988;56:893-897.
113. Ulusoy M, Sahin NH, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *J Cogn Psychother* 1998;12:163-172.
114. World Health Organization. WHOQOL, measuring quality of life. World Health Organization, WHO/MSA/MNH/PSF/, 1997.
115. Eser YS, Fidaner H, Fidaner C, Elbi H, Eser E, Göker E. Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-Brief. *3P Dergisi* 1999; 7,Ek 2:5-13.
116. Derogatis LR. SCL-90 administration, scoring, and procedure manual for the Revised Version. Baltimore, Consulting Psychologists, 1977.
117. Dağ I. Belirti tarama listesinin (SCL-90-R) üniversite öğrencileri için geçerliği ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Derg* 1991; 2:5-12.

118. Da Silva VA, Moraes-Santos AR, Carvalho MS, Martins ML, Teixeira NA. Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. *Braz J Med Biol Res* 1998;31:799–804.
119. Bolton HL, Hughes PM, Turton P, Sedgwick P. Incidence and demographic correlates of depressive symptoms during pregnancy in an inner London population. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1998;19:202–209.
120. Wissart J, Parshad O, Kulkarni S. Prevalence of pre- and postpartum depression in Jamaican women. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2005; 5:1-5
121. Kitamura T, Shima S, Sugawara M, Toda MA. Psychological and social correlates of the onset of affective disorders among pregnant women. *Psychol Med* 1993;23:967–975.
122. Gotlib IH, Whiffen VE, Mount JH, Milne K, Cordy NI. Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *J Consult Clin Psychol* 1989;57:269 –274.
123. O'Hara MW. Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:569 –573.
124. Birndorf CA, Madden A, Portera L, Leon AC. Psychiatric symptoms, functional impairment, and receptivity toward mental health treatment among obstetrical patients. *Int J Psychiatry Med* 2001;31:355– 365.
125. Seguin L, Potvin L, St-Denis M, Loiselle J. Chronic stressors, social support, and depression during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1995;85:583–589.
126. Küey L, Üstün TB, Güleç C. Türkiye’de ruhsal bozukluklar epidemiyolojisi araştırmaları üzerine bir gözden geçirme çalışması. *Toplum ve Hekim* 1987; 44:12-16.
127. Öztürk O: Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 8. baskı. Bölüm 18, Duygulanım Bozuklukları. Ankara, Nobel Tıp Kitapevi,2001. s:291-342.
128. Acar A. Gebe Takip ve Bakımı. In: Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Çiçek MN, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal H editörler. Ankara,Güneş Kitabevi 2004 s:171-176
129. Katon W, Lin EH, Kroenke K. The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *Gen Hosp Psychiatry*. 2007 ;29:147-155.
130. Vulink NC, Denys D, Bus L, Westenberg HG. Female hormones affect symptom severity in obsessive-compulsive disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 2006;21:171-175.

11. EKLER

EK1. HASTA BİLGİ FORMU

Ad Soyad:.....

Yaş:.....

Gebelik haftası:.....

Eğitim durumu: 1. İlköğretim (8yıl)

2. Ortaöğretim (lise)

3. Yükseköğretim

Evlilik süresi (ay):.....

Ekonomik durum: 1. Düşük (500 YTL'den az)

2. Orta (500-1500 YTL)

3. İyi (1500 YTL'nin üstü)

Çalışma durumu: 1. Ev hanımı

2. Çalışıyor

Çocuk sayısı (son gebelik dahil):.....

Düşük Öyküsü: 0. yok

1. Var

EK.2 BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir, çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki harfin üzerine (x) işareti koyunuz.

1. (a)Kendimi üzgün hissetmiyorum.
(b)Kendimi üzgün hissediyorum.
(c)Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
(d)Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2. (a)Gelecekte umutsuz değilim.
(b)Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum.
(c)Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(d)Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.
4. (a)Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
(b)Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
(c)Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
(d)Bana zevk veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı.
5. (a)Kendimi suçlu hissetmiyorum.
(b)Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
(c)Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
(d)Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
6. (a)Cezalandırıldığımı düşünmüyorum.
(b)Bazı şeyler için cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
(c)Cezalandırılmayı bekliyorum.
(d)Cezalandırıldığımı hissediyorum.
7. (a)Kendimden hoşnudum.
(b)Kendimden pek hoşnut değilim.
(c)Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
(d)Kendimden nefret ediyorum.

8. (a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum.
(b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
(c) Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum.
(d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9. (a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(b) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum, fakat bunu yapmam.
(c) Kendimi öldürebilmeyi isterdim.
(d) Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
10. (a) Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
(b) Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum.
(c) Şu sıralarda her an ağlıyorum.
(d) Eskiden ağlayabilirdim, ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.
11. (a) Her zamankinden daha sinirli değilim.
(b) Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum.
(c) Çoğu zaman sinirliyim.
(d) Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum.
12. (a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
(b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
(c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
(d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13. (a) Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum.
(b) Şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum.
(c) Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
(d) Artık hiç karar veremiyorum.
14. (a) Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.
(b) Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum ve üzülüyorum.
(c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu hissediyorum.
(d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.

15. (a)Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
(b)Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.
(c)Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
(d)Hiçbir iş yapamıyorum.
16. (a)Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum.
(b)Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum.
(c)Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.
(d)Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17. (a)Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
(b)Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.
(c)Şu sıralarda neredeyse her şey beni yoruyor.
(d)Öyle yorgunum ki hiç bir şey yapamıyorum.
18. (a)İştahım eskisinden pek farklı değil.
(b)İştahım eskisi kadar iyi değil.
(c)Şu sıralarda iştahım epey kötü.
(d)Artık hiç iştahım yok.
19. (a)Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
(b)Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim.
(c)Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim.
(d)Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim.
Daha az yemeye çalışarak kilo kaybetmeye çalışıyorum. Evet () Hayır ()
20. (a)Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
(b)Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.
(c)Ağrı, sızı gibi bu sıkıntıları beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
(d)Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka hiçbir şey düşünemiyorum.
21. (a)Son zamanlarda cinsel yaşamımda dikkatimi çeken bir şey yok.
(b)Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
(c)Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim.
(d)Artık, cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

EK3. BECK ANKSİYETE ENVANTERİ

Aşağıda insanların kaygılı yada endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini uygun seçeneği seçerek belirleyiniz.

1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma
Hiç
Hafif
Orta
Ciddi
2. Sıcak/ateş basmaları
Hiç
Hafif
Orta
Ciddi
3. Bacaklarda halsizlik, titreme
Hiç
Hafif
Orta
Ciddi
4. Gevşeyememe
Hiç
Hafif
Orta
Ciddi
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu
Hiç
Hafif
Orta
Ciddi
6. Baş dönmesi veya sersemlik
Hiç
Hafif
Orta
Ciddi
7. Kalp çarpıntısı
Hiç
Hafif
Orta
Ciddi
8. Dengeyi kaybetme korkusu
Hiç
Hafif
Orta
Ciddi

9. Dehşete kapılma
Hiç
Hafif
Orta
Ciddi
10. Sinirlilik
Hiç
Hafif
Orta
Ciddi
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu
Hiç
Hafif
Orta
Ciddi
12. Ellerde titreme
Hiç
Hafif
Orta
Ciddi
13. Titreklik
Hiç
Hafif
Orta
Ciddi
14. Kontrolükaybetmekorkusu
Hiç
Hafif
Orta
Ciddi
15. Nefes almada güçlük
Hiç
Hafif
Orta
Ciddi
16. Ölüm korkusu
Hiç
Hafif
Orta
Ciddi
17. Korkuya kapılma
Hiç
Hafif
Orta
Ciddi
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi
Hiç
Hafif
Orta
Ciddi

19. Baygınlık
Hiç
Hafif
Orta
Ciddi
20. Yüzün kızarması
Hiç
Hafif
Orta
Ciddi
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olamayan)
Hiç
Hafif
Orta
Ciddi

EK4.SCL-90-R

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun bugün de dahil olmak üzere son bir ay içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak aşağıda belirtilen tanımlamalardan uygun olanının numarasını karşısındaki boşluğa yazınız. Düşüncenizi değiştirirseniz ilk yazdığınız numarayı tamamen siliniz. Lütfen başlangıç örneğini dikkatlice okuyunuz ve anlamadığınız bir cümle ile karşılaştığınızda uygulayan kişiye danışınız.

Örnek:

Aşağıda belirtilen sorudan ne
Ölçüderahatsız olmaktadır?

Örnek: Bel ağrısı.....3....

Tanımlama:

0 Hiç

1 Çok az

2 Orta derecede

3 Oldukça fazla

4 Aşırı düzeyde

1. ___Baş ağrısı
2. ___Sinirlilik ya da içinin titremesi
3. ___Zihinden atamadığınız tekrarlayan, hoşla gitmeyen düşünceler.....
4. ___Baygınlık ya da baş dönmesi
5. ___Cinsel arzu ve ilginin kaybı
6. ___Başkaları tarafından eleştirilme duygusu
7. ___Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri
8. ___Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu
9. ___Olayları anımsamada güçlük
10. ___Dikkatsizlik ya da sakarlıkla ilgili düşünceler
11. ___Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi
12. ___Göğüs ya da kalp bölgesinde ağrılar
13. ___Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi.....
14. ___Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali.....
15. ___Yaşamınızın sonlanması düşünceleri
16. ___Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma
17. ___Titreme
18. ___Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi
19. ___İştah azalması
20. ___Kolayca ağlama
21. ___Karşı cinsten kişilerle utangaçlık ve rahatsızlık hissi
22. ___Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi
23. ___Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma
24. ___Kontrol edilemeyen öfke patlamaları

25. ___ Evden dışarı yalnız çıkma korkusu
26. ___ Olanlar için kendisini suçlama
27. ___ Belin alt kısmında ağrılar
28. ___ İşlerin yapılmasında erteleme duygusu
29. ___ Yalnızlık hissi
30. ___ Karamsarlık hissi
31. ___ Her şey için çok fazla endişe duyma
32. ___ Her şeye karşı ilgisizlik hali
33. ___ Korku hissi
34. ___ Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali
35. ___ Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi
36. ___ Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu
37. ___ Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi...
38. ___ İşlerin doğru yapıldığından emin olmak için çok yavaş yapmak
39. ___ Kalbin çok hızlı çarpması
40. ___ Bulantı ve midede rahatsızlık hissi
41. ___ Kendini başkalarından aşağı görme
42. ___ Adale (kas) ağrıları
43. ___ Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi
44. ___ Uykuya dalmada güçlük.....
45. ___ Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme
46. ___ Karar vermede güçlük
47. ___ Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu.....
48. ___ Nefes almada güçlük
49. ___ Soğuk veya sıcak basması
50. ___ Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelerden kaçınma durumu
51. ___ Hiç bir şey düşünmeme hali.....
52. ___ Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması
53. ___ Boğazınıza bir yumru takınmış hissi.....
54. ___ Gelecek konusunda ümitsizlik
55. ___ Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük
56. ___ Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi
57. ___ Gerginlik veya coşku hissi
58. ___ Kol ve bacaklarda ağırlık hissi.
59. ___ Ölüm ya da ölme düşünceleri
60. ___ Aşırı yemek yeme
61. ___ İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma.....
62. ___ Size ait olmayan düşüncelere sahip olma
63. ___ Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması
64. ___ Sabahın erken saatlerinde uyanma
65. ___ Yılanma, sayma, dokunma, gibi bazı hareketleri yineleme hali.....
66. ___ Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama
67. ___ Bazı şeyleri kırıp dökme hissi
68. ___ Başkalarının paylaşıp kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması
69. ___ Başkalarının yanında kendini çok sıkışık hissetme
70. ___ Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi
71. ___ Her şeyin bir yük gibi görünmesi
72. ___ Dehşet ve panik nöbetleri
73. ___ Toplum içinde yer, içerken huzursuzluk hissi
74. ___ Sık sık tartışmaya girme

75. ___ Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali.....
76. ___ Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu
77. ___ Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme
78. ___ Yerinizde duramayacak ölçüde rahatsızlık hissetme
79. ___ Değersizlik duygusu
80. ___ Size kötü bir şey olacakmış hissi
81. ___ Bağırma ya da eşyaları fırlatma
82. ___ Topluluk içinde bayılacağınız korkusu.....
83. ___ Eğer izin vererseniz insanların sizi sömüreceği duygusu.....
84. ___ Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerin olması
85. ___ Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi
86. ___ Korkutucu türden düşünce ve hayaller
87. ___ Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi
88. ___ Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama
89. ___ Suçluluk duygusu
90. ___ Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi

EK 5. YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ - WHOQOL-BREF (TR)

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşantınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları cevaplayınız. Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, lütfen size en uygun görünen cevabı seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygun cevap olacaktır.

Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza gidin ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak göz önüne alınız. Yaşamınızın son iki haftasını dikkate almanızı istiyoruz. Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir.

İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Çokça 5. Aşırı derecede

Son iki hafta boyunca başkalarından aldığınız desteğin miktarını en iyi karşılayan rakamı yuvarlağa almalısınız. Buna göre, eğer başkalarından çokça yardım aldıysanız, aşağıdaki gibi “4” rakamını yuvarlığa almanız gerekiyor.

İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Çokça 5. Aşırı derecede

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlığa alınız.

1. Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?

1. Çok kötü 2. Biraz kötü 3. Ne iyi, ne kötü 4. Oldukça iyi 5. Çok iyi

2. Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

1. Hiç hoşnut 2. Çok az hoşnut 3. Ne hoşnut, değil 4. Epeyce hoşnut 5. Çok hoşnut

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri ne kadar yaşadığınızı soruşturmaktadır.

3. Ağrılarınız yapmanız gerekenleri engellediğini ne kadar düşünüyorsunuz?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Çokça 5. Aşırı derecede

4. Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için her hangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Çokça 5. Aşırı derecede

5. Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Çokça 5. Aşırı derecede

6. Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Çokça 5. Aşırı derecede

7. Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Çokça 5. Aşırı derecede

8. Günlük yaşamda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Çokça 5. Aşırı derecede

9. Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Çokça 5. Aşırı derecede

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde tam olarak yaşadığınızı yada yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

10. Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Çokça 5. Aşırı derecede

11. Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Çokça 5. Aşırı derecede

12. İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?
1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Çokça 5. Aşırı derecede
13. Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberleri ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?
1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Çokça 5. Aşırı derecede
14. Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?
1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Çokça 5. Aşırı derecede
Aşağıdaki sorular son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde iyi yada doyurucu bulduğunuzu belirtmektedir.
15. Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?
1. Çok kötü 2. Biraz kötü 3. Ne iyi, ne kötü 4. Oldukça iyi 5. Çok iyi
16. Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?
1. Hiç hoşnut değil 2. Çok az hoşnut 3. Ne hoşnut, ne de değil 4. Epeyce hoşnut 5. Çok hoşnut
17. Günlük uğraşları yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?
1. Hiç hoşnut değil 2. Çok az hoşnut 3. Ne hoşnut, ne de değil 4. Epeyce hoşnut 5. Çok hoşnut
18. İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?
1. Hiç hoşnut değil 2. Çok az hoşnut 3. Ne hoşnut, ne de değil 4. Epeyce hoşnut 5. Çok hoşnut
19. Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?
1. Hiç hoşnut değil 2. Çok az hoşnut 3. Ne hoşnut, ne de değil 4. Epeyce hoşnut 5. Çok hoşnut
20. Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?
1. Hiç hoşnut değil 2. Çok az hoşnut 3. Ne hoşnut, ne de değil 4. Epeyce hoşnut 5. Çok hoşnut
21. Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?
1. Hiç hoşnut değil 2. Çok az hoşnut 3. Ne hoşnut, ne de değil 4. Epeyce hoşnut 5. Çok hoşnut
22. Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?
1. Hiç hoşnut değil 2. Çok az hoşnut 3. Ne hoşnut, ne de değil 4. Epeyce hoşnut 5. Çok hoşnut
23. Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?
1. Hiç hoşnut değil 2. Çok az hoşnut 3. Ne hoşnut, ne de değil 4. Epeyce hoşnut 5. Çok hoşnut
24. Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?
1. Hiç hoşnut değil 2. Çok az hoşnut 3. Ne hoşnut, ne de değil 4. Epeyce hoşnut 5. Çok hoşnut
25. Ulaşım olanaklarından ne kadar hoşnutsunuz?
1. Hiç hoşnut değil 2. Çok az hoşnut 3. Ne hoşnut, ne de değil 4. Epeyce hoşnut 5. Çok hoşnut
Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri ne sıklıkla hissettiğiniz yada yaşadığınıza ilişkindir.
26. Ne sıklıkla hüznün, ümitsizlik, bunalım, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?
1. Hiçbir zaman 2. Nadiren 3. Ara sıra 4. Çoğunlukta 5. Her zaman
27. Yaşamınıza size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız oldu mu?
1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Çokça 5. Aşırı derecede

12. TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın yürütülmesinde değerli tecrübeleriyle yol gösteren Sayın Doç. Dr. Ali Savaş Çilli'ye, verilerin istatistiksel analizinde yardımlarını hiç esirgemeyen Sayın Yrd. Doç. Dr. Faruk Uğuz'a teşekkürü bir borç bilirim.

Uzmanlık eğitimim süresince eğitimime katkıda bulunan Sayın Prof. Dr. Rahim Kucur'a, Sayın Prof. Dr. Rüstem Aşkın'a, Sayın Prof. Dr. Nazmiye Kaya'ya, uyum içinde çalıştığımız araştırma görevlisi arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Beni her zaman destekleyen sevgili eşime ayrıca teşekkür ederim.

Dr. Savaş KARATAYLI

KONYA 2007