

TC
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

Prof. Dr. Selma ÇİVİ
ANABİLİM DALI BAŞKANI

RİSKLİ GEBELİKLERDE DEPRESYON VE YAŞAM KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. M. Şule ŞAHSIVAR
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Kamile MARAKOĞLU

KONYA

2007

İÇİNDEKİLER

1. İÇİNDEKİLER	1
2. KISALTMALAR	4
3. GİRİŞ	5
4. GENEL BİLGİLER	7
4.1. Riskli Gebeliklerde Depresyon	7
4.1.1. Gebelik Ve Doğumdaki Ruhsal-Davranışsal-Duygusal Değişiklikler	9
4.1.2. Riskli Gebelik	12
4.1.3. Gebelikte Risk Faktörleri	12
4.1.3.1. İlk Antenatal Muayenede Saptanan Risk Faktörleri	12
4.1.3.2. Gebelik İzleminde Saptanan Risk Faktörleri	19
4.1.3.3. Perinatal Yüksek Risk Etmenleri	21
4.1.4. Depresyonun Tanımı	23
4.1.4.1. Depresyonda Risk Etkenleri	25
4.1.5. Gebelikte Depresyon Sıklığı	26
4.1.6. Gebelikte Depresyon İçin Risk Faktörleri	27
4.1.7. Gebelikte Depresyona Ait Semptomlar	28
4.1.8. Riskli Gebeliklerde Depresif Semptomlar	29
4.1.9. Gebelik Komplikasyonlarına Tepki	30
4.1.10. Yüksek Derecede Riskli Obstetrik Müdahaleye Tepkiler	31
4.1.11. Gebelik Depresyonunun Olumsuz Sonuçları	34
4.1.11.1. Gebelik Depresyonunun Olumsuz Sonuçlarının Etyolojisi 34	
4.1.11.2. Gebelikte Depresyonun Getireceği Riskler	35
4.1.11.3. Preterm Eylem Ve Büyüme Geriliği İle Depresyon	

Arasındaki İlişki	36
4.1.11.4. Preeklampsi Ve Depresyon İlişkisi.....	37
4.1.11.5. Spontan Abortus İle Depresyon İlişkisi	38
4.1.11.6. Fetal Fizyoloji İle Depresyon İlişkisi.....	40
4.1.11.7. Depresif Gebenin Sağlık Durumunun Davranışlarına Etkisi	40
4.1.11.8. Perinatal Gelişme Üzerine Etkileri	41
4.1.11.9. Perinatal Depresyonun Çocukların Psikolojileri Üzerine Etkileri.....	41
4.1.12. Gebelikteki Depresyonun Tedavisi Ve Önlenmesi.....	42
4.1.12.1. Farmakolojik Tedavi.....	42
4.1.12.2. Nonfarmakolojik Biyolojik Tedaviler	45
4.2. Riskli Gebeliklerde Yaşam Kalitesi.....	46
4.2.1. Yaşam Kalitesinin Tanımı	46
4.2.2. Yaşam Kalitesi İle İlgili Kavramlar	49
4.2.2.1. Sağlık Durumu, Sağlık Algılaması.....	49
4.2.2.2. İşlevsel Durum (Functional Status)	49
4.2.2.3. Ruhsal Durum (Mood)	50
4.2.2.4. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi (SİYK) (Health-Related Quality Of Life).....	50
4.2.3. Yaşam Kalitesi Değerlendirmeleri.....	50
5. GEREÇ VE YÖNTEM	53
5.1. Araştırmanın Şekli	53
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Evreni.....	54
5.3. Araştırmanın Örneklemi	54

5.4. Verilerin Toplanması	54
5.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	55
5.4.2. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu [WHOQOL-BREF (TR)]	55
5.4.3. Beck Depresyon Ölçeği	57
5.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	58
5.6. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi.....	58
6. BULGULAR.....	59
7. TARTIŞMA.....	70
8. SONUÇ	81
9. ÖZET.....	80
10. SUMMARY	84
11. KAYNAKLAR	86
12. EKLER.....	95
EK 1 Sosyodemografik Bilgi Formu	95
EK 2 Beck Depresyon Ölçeği.....	98
EK 3 Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu	101
13. TEŞEKKÜR.....	104

2.KISALTMALAR

BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
BDT	: Bilişsel-Davranışçı Tedavi
CI	: Confidence Interval (Güven Aralığı)
CRH	: Kortikotropin Sebestleştirici Hormon
ÇA	: Çevre Alanı
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EKT	: Elektro Konvulzif Tedavi
FSA	: Fiziksel Sağlık Alanı
HPA	: Hipotalamo-Pitüiter-Adrenal
KAT	: Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi
OGTT	: Oral Glikoz Tolerans Testi
OR	: Odds Ratio
PSA	: Psikolojik Sağlık Alanı
SİA	: Sosyal İlişkiler Alanı
SİYK	: Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi
SNRI	: Selektif Serotonin Ve Norepinefrin Gerialım İnhibitörleri
SSRI	: Selektif Serotonin Gerialım İnhibitörleri
UÇA	: Ulusal Çevre Alanı
WHOQOL	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi
WHOQOL-BREF TR	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu

3. GİRİŞ

Gebelik, üretken çağıdaki kadınlar arasında yaygın görülen bir durumdur ve genellikle anne için bir mutluluk dönemi olarak algılanır. Gebelik bir neşe, doyum, olgunluk, kendini gerçekleştirme ve mutluluk kaynağı olabildiği gibi; endişe, kaygılı bekleyiş, yüklenme de yaratabilir.

Riskli gebelikler genellikle anne, fetus ya da yenidoğanın doğumdan önce veya sonra artmış morbidite ve mortalite riskini taşıması diye tanımlanabilir. Her ne kadar gebelik fizyolojik bir hadise ise de gebeliklerin %5-%20 sinde anne ve bebeğin sağlığını tehdit eden patolojik bir olayla karşılaşılır.

Gebelikte çıkan her komplikasyon ve gebeliği riskli hale getiren her tıbbi sorun, ciddi zorlamalar ve psikiyatrik semptomlara yol açma potansiyelindedir. Preeklampsi, hipertansiyon, diyabet gibi tıbbi sorunları olan gebelerde, bu tür komplikasyonları olmayan gebelere göre daha fazla psikopatoloji saptanmıştır.

Depresyon, hafif ya da ağır düzeyde, gebelikte en sık görülen ruhsal bozukluktur. Bazı kaynaklarda gebelik durumunun kadınları depresyondan koruduğu belirtilse de birçok kadın çocuk doğurma yaşında major depresyon geçirmektedir.

Yapılan çalışmalara göre gebelikte depresyon ve depresif semptom görülme sıklığının %5-51 arasında değiştiği bulunmuştur. Depresif semptomların gebe kadınlarda en az postpartum veya gebe olmayan kadınlardaki kadar görüldüğü saptanmıştır. Bu semptomlar, uyku ve iştah değişiklikleri, duygulanım ve anksiyete durumlarında dalgalanma, aşırı yorgunluk, libido kaybı, konsantrasyon güçlüğü olarak görülebilmektedir.

Perinatal komplikasyonlar, depresyon gelişimini tetikleyebilmektedir. Yüksek riskli gebeliklerde stres ve anksiyete durumlarında artış görülmektedir. Riskli gebelikler, acil

hastaneye yatış sıklığını artırmakta ve hem gebenin kendisi için hem de fetüs için tehdit unsuru yaratmaktadır.

Mental hastalıkların annenin duygu durumunu etkileyerek gebelikle ilgili olumsuz sonuçlar doğurabileceği belirtilmektedir. Bu konudaki genel fikir, gebelik esnasında görülen psikopatolojik semptomların fetüs üzerinde fizyolojik etkiler yarattığı şeklindedir.

Yaşam kalitesi, bir yandan kişinin beden sağlığı, ruhsal durumu, sosyal ilişkileri, bağımsızlık düzeyi ve kişisel inançlarından, diğer yandan kendi çevresiyle olan ilişkilerinden karmaşık bir şekilde etkilenmektedir. Son yıllarda özellikle kronik hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesine yönelik çalışmalar artmıştır. Ancak riskli gebelerde yaşam kalitesi ile ilişkili çalışmalar yetersizdir.

Bu araştırmada, riskli ve normal gebeliği olanlarda sosyodemografik özelliklerin, depresif semptom görülme düzeylerinin, yaşam kalitelerinin ve bunların birbirleriyle olan ilişkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

4.GENEL BİLGİLER

4.1. RİSKLİ GEBELİKLERDE DEPRESYON

Hormonal durum ile ruhsal durum arasındaki ilişki Hipokrat döneminden bu yana dikkati çekmiştir. 19. yüzyıldan bu yana menstruasyon ile davranış değişiklikleri arasındaki ilişki deneysel ve klinik olarak araştırılmaktadır. Menarş, gebelik, doğum ve menapoz bir kadının yaşamındaki en önemli dönemlerindendir (1,2).

Gebelik, üretken çağdaki kadınlar arasında yaygın görülen bir durumdur ve genellikle anne için bir mutluluk dönemi olarak algılanır. Gebelik bir neşe, doyum, olgunluk, kendini gerçekleştirme ve mutluluk kaynağı olabildiği gibi; endişe, kaygılı bekleyiş, yüklenme de yaratabilir (2,3).

Gebelik biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimin yaşandığı ve uyum gerektiren önemli bir dönemdir. Psikolojik olarak sağlıklı bir kadında bu dönem, kendini gerçekleştirme ve kadın olarak kendini ifade etmenin bir yolu olarak algılanır. Gebelikle ilgili olumsuz tutumlar ve beklentiler ise genellikle doğum korkusu ya da annelik rolü ile ilgili endişelerden kaynaklanır. Bu nedenle gebelik ve doğum bazı kadınlarda ruhsal bozuklukların gelişmesine yol açabilir. Gebelik sırasında kaygı artışı, emosyonel dalgalanmalar ve ağlama eğilimi görülebilir. Sözü edilen belirtilerin özellikle doğumdan sonraki ilk haftada doruk noktasına ulaşarak, doğum sonrası üçüncü ayda normale döndüğü ifade edilmektedir (2-4).

Gebeliğin ruhsal bozukluklar için koruyucu bir dönem ya da “kendini iyi hissetme” dönemi olduğu düşüncesi son yıllarda kabul görmemektedir. En son çalışmalar gebeliğe ait psikolojik tepkilerin bireysel etkenlerle ve diğer bazı etkenlerle ilgisi olduğuna işaret etmektedir. Bu faktörler;

- Emosyonel labilite
- Feminiteye karşı tutum

- Eş ve anneyle olan ilişkiler
- Kültürel tutumlar
- Anneliğe hazırlıklı olma
- Önceki ruhsal hastalıklar
- Önceki çocuğun varlığı ya da yokluğu
- Önceki abortus
- Gebelikte medikal olarak yüksek risklerin olup olmadığı (3).

Gebelikte her trimesterin kendine özgü psikolojik uyum süreci olduğu belirtilmektedir (4). Gebe kadın özellikle ilk trimesterde bir dizi ruhsal ve duygusal süreçler yaşar. İlk trimesterde, kadın fiziksel durumdaki değişikliklere uyum sağlamak zorundadır. Bu dönemde yorgunluk, bulantı ve kusma gibi fizyolojik belirti ve bulgulara paralel olarak, oral döneme gerileme özellikleri görülür. Sıklıkla hafif düzeyde depresif ruh hali ortaya çıkar, ancak bu durum genellikle ikinci ve üçüncü trimesterlere kadar devam etmez (2). İlk trimester genellikle yeni duruma ve gebe olduğu gerçeğine uyumdur. Eğer istenilen gebelikse mutluluk, haz, doyum duygusu yaşanır. Kuşkusuz kadının aile durumu, iş durumu, eşle ilişkisi, gebelik durumunun yaratacağı yeni güçlük ve gereksinimler; bu gerçeğe karşı geliştirilen tutumda etkilidir. Bu dönemde duygu ve mizah değişiklikleri görülür. Gebelikte duygu durum değişiklikleri, yemek yeme dürtüsü değişiklikleri görülebilir (4). Bulantı, kusma gibi fizyolojik yakınmaların şiddeti ile yeni objenin (bebek) benimsenmesi ve gebelikteki durum arasında ilişki olduğu ifade edilmiştir. Kusmanın şiddetli olduğu ya da 2. trimesterde de devam ettiği olgularda (hiperemezis) tıbbi faktörlerin yanında, psikik faktörlerin de kusmanın şiddetini etkilediği bildirilmiştir. Bu kadınlarda immatür, histrionik kişilik özelliklerinin ve eşleri ile yaş ve kültür farklılıklarının daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Hiperemezis, anne ve bebek sağlığını tehdit edecek düzeyde ise, klorpromazin gibi antiemetikler, relaksasyon sağlayıcı ve

destekleyici psikoterapi faydalı olabilir (5). Mental bozukluğu olan kadınlarda gestasyon problemlerinin daha fazla ve bebeğin doğum kilosunun daha az olduğu belirtilmiştir (2). Ayrıca birinci trimesterden itibaren östrojen düzeylerinin artması da bazı kadınlarda libido azalmasına yol açabilmektedir (4).

İkinci trimesterde, 16–20 haftalar arasında, bebeğin hareketleri anne tarafından hissedilmeye başlanır ve bu dönem annenin doğacak bebeğine ilişkin beklentilerinin belirlendiği dönemdir (4). Kendi vücudunda taşıdığı bebek ile olan ilişkisi, gebe kadının geçmişte kendi annesiyle ve ailesiyle yaşadığı duyguları ortaya çıkarır. Kendisi anne rolüne uyum sağlarken, kendi annesiyle yaşadığı özdeşleşmeye ilişkin duygular ortaya çıkar. Fetüsle olan biyolojik bağ daha derin ve yakından hissedilir. Bu simbiyotik ilişki ve bağ yanında, yeni canlı ayrı bir varlık olarak hissedilmeye başlanır (2).

Üçüncü trimesterde ise doğum olayı ile ilgili bir takım kaygılar ortaya çıkmaya başlar (4). Yeni canlı annenin bütün sistemlerini etkilemiştir. Doğum yaklaştıkça, doğumun nasıl olacağına, bebeğin sağlıklı olup olmayacağına ilişkin endişeler ön plana çıkar. Bunun yanında, doğumu takiben bebeğin bakımı, annelik rol ve işlevlerini yeterince yürütüp yürütemeyeceği endişeleri dikkati çeker. Doğum korkusunun, yetersizlik, kendini kontrol edememe, beden ve duygusal denetim endişesi ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Bu dönemde gebe kadının bilgilendirilmesi, açıklamalarla yönlendirilmesi yararlı olabilmektedir. Eş desteği kuşkusuz önemlidir. Bu ruhsal tepki ve kaygılar şiddetlenirse veya gebeliği komplike hale getirirse, psikiyatrist ile işbirliği gerekebilir (2,4).

4.1.1. Gebelik Ve Doğumdaki Ruhsal-Davranışsal-Duygusal Değişiklikler

Gebelik ve doğumdaki ruhsal-davranışsal-duygusal değişiklikler şu alanların etkileşimleri içinde değerlendirilmelidir:

— Endokrin-hormonal değişiklikler,

- Vücut biçimi değişiklikleri ve algılanması,
- Gebelikle ilgili bilinçli ya da farkına varılmayan düşünce, duygu, tutum, beklenti ve çatışmalar,
- Anne olmaya ilişkin ruhsal yapı ve kişilik organizasyonu.

Tüm bu faktörler birbirini de etkileyebildiği için birlikte ele alınmalıdır.

Gebelik, kadın rolünün ötesinde anne rolüne ilişkin tüm duygusal, yaşamsal, ruhsal, davranışsal beklenti, çatışma, umut ve arzuları ön plana çıkarır. Kadının ruhsal durum ve yaşantısı, gebeliğin gidişini etkilediği gibi; gebeliğin kendisi de ruhsal-duygusal yaşantısı üzerinde önemli yansımalar yaratır. Gebelik kadınlara bir kendine güven, varlığını ortaya koyma, seçkinlik ve değer duygusu verir. Bu dönem bazı gebeler için bağımlılık gereksinimlerini, çevrede ilgi, destek ve yardım beklentilerini daha kolay ortaya koyabilecekleri bir zamandır. Bir kısım gebe ise panik ve korku yaşar, doğumda sakat kalacakları veya ölecekleri endişesine kapılırlar. Annenin bu ruhsal reaksiyonları, çocuğuna ilişkin endişeleri, sakat kalma gibi korkuları, gebelik komplikasyonlarının seyrini etkiler. Kişilik ve duygu yaşantısı bozuk ya da yetersiz kadınlar, bedensel ve ruhsal açıdan çocuksu kadınlar ve mazohistik özellikler taşıyan kadınlarda bu dönemler daha güç atlatılmaktadır (2,5).

Bazı kadınlar bu dönemde destek bulacakları ve özdeşlecekleri anne modeli ararlar. Vücut imajı değiştikçe yakın çevrede eşin ve aile bireylerinin ve sosyal çevrede diğer insanların tutumlarıyla karşılaşılırlar. Gebe bir kadın birçok kişide, kendi anıları ve özlemleriyle bağlı güçlü duygular ortaya çıkarır. İnsan hayatında cinselliğin ve yaşam planlamasının en yoğun konuşulduğu dönem kuşkusuz gebeliktir. Gebelik ilerledikçe doğum, bebeğin sağlığı ve anneliğe ilişkin kaygılar ortaya çıkar. Fetüsün zedelenmesi ve ölümüne ilişkin, ya da kendi sağlığına ilişkin korkular, yaşanan fiziksel huzursuzluğu daha da artırır. Huzursuzluk, uykusuzluk, sabırsızlık, kaygılı bekleyiş, doğumla fetüsten

ayrılmayı psikolojik olarak daha da güçleştirir. Gebe kadın genel olarak biraz çocuklaşır, duyarlı hale gelir ve derinliklerdeki ruhsal yaşantılama ve çatışmalar su yüzüne çıkar. Tüm bunlar daha sonraki anneliğe uyumu etkiler. Gebelikte kuşkusuz çok önemli diğer faktör, kadının içsel ruh duygudurumunu doğrudan etkileyen, eşin tutumu ve içinde yaşadığı psikososyal çevredir. Kadının gebeliği, evlilik ilişkisinde yeni değişiklikleri gündeme getirir ve müstakbel babaya belirli görevler yükler (2).

Erkek bir taraftan eşindeki fiziksel ve ruhsal değişikliklerden etkilenir, diğer taraftan kendisinin ilk çocukluk yıllarından bu yana annesi, babası ve kardeşleriyle yaşadığı ilişki biçimi ve eşlik eden duygu durumları su yüzüne çıkar. Kadının duygusal olarak kendi içine kapanması, erkekte ihmal edildiği düşüncesini ortaya çıkarabilir. Diğer yandan kadının çalışıyor olmasıyla da işinden ayrılmak zorunda kalması hem doğrudan gebe kadın üzerinde hem de eşinde sosyal ve ekonomik problemler yaratır (2,6).

Erkeğin destek güven ve yakın ilgisi, her ikisinin de yaşadığı ruhsal karmaşayı azaltır. Erkek çeşitli zorlanmalarla ne kadar başarılı bir biçimde baş edebilirse, kadının uyum sağlamasını o kadar cesaretlendirir. Öte yandan, daha önceki kişisel ve evliliğe ilgili çatışmalar çözümlenmemiş ise veya erkeğin yapısı ve olgunluğu yardımcı olmaya, paylaşmaya, destek olmaya müsait değilse kadının baş edilebilmesi ve yükü ağır olacaktır. Bu kapsamda, erkeğin de müstakbel baba olarak, baştan itibaren kadının gebeliğin takibinde ve doğumda birlikte olması, gebelik ve doğum ilişkilerini derinleştirilmesi ve birlikte ebeveyn rolüne hazırlanmaları yönünden çok önemli katkı sağlar. Bunun yanında, ailedeki diğer çocukların, kadın ve erkeğin anne babasının, aileyi etkileyen diğer kişilerin tutum, yaklaşım ve arzuları kadının uyumunun destekleyici olabileceği gibi, güçleştirici de olabilir. Fakat gebe kadın ve eşi bilmelidir ki, tüm insanların davranış ve yönelimlerini belirleyen faktörler çoğunlukla kendi geçmişleri ve görüşlerine ilişkindir. Gebelik süresince ve doğumda hasta hekim ilişkisi de çok önemlidir. Genellikle gebe kadın

doktoruna olumlu duygularla bağlanır ve sempati duyar. Hekim ilgisi, yaklaşımı ve açıklamalarıyla gebe kadının birçok kaygı ve endişesini giderebilir (2).

4.1.2. Riskli Gebelik

Riskli gebelikler genellikle anne, fetus ya da yenidoğanın doğumdan önce veya sonra artmış morbidite ve mortalite riskini taşıması diye tanımlanabilir (7).

Türkiye’de yılda 1.958.501 gebeliğin olduğu ve bunlardan yaklaşık 284,000 ünün isteyerek olmak üzere 454.373 ünün düşük ile sonlandığı, 29.378 inin ölü doğum olduğu, 465,000 inin gebelikleri süresince hiç doğum öncesi bakım almadığı, 436,526 kadının tek, 156,324 kadının ise birden fazla gebelik ile ilgili risk faktörü taşıdığı 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasında tespit edilmiştir (8). Yaklaşık 40-50 yıl önce doğum sırasında ve sonrasında kadının hayatını kaybetmesi durumuna daha sık rastlanmakta idi. Günümüzde gelişmiş ülkelerde maternal mortalite oranları 100.000 canlı doğumda 10’un altına ve ülkemizde maternal mortalite hızı %49.20’ye indirilebilmiştir (8).

Her ne kadar gebelik fizyolojik bir hadise ise de gebeliklerin %5-%20 sinde anne ve bebeğin sağlığını tehdit eden patolojik bir olayla karşılaşılır. Doğum öncesi bakımın amacı gebe hastanın daha önce geçirmiş olduğu bir hastalığın erken tanısı kadar, sağlıklı bir gebenin bu gebeliğinde ortaya çıkabilecek bir hastalığının zamanında teşhis edilebilmesidir. İlk antenatal muayenede mevcut riskler ortaya çıkarılıp uygun takiplerle erken önlem alınabilir, morbidite ve mortalite oranı azaltılabilir (6).

4.1.3. Gebelikte Risk Faktörleri

4.1.3.1. İlk Antenatal Muayenede Saptanan Risk Faktörleri

Öykü:

Yaş: Adolesan dönemdeki (10–19 yaş grubundaki), 35 yaş ve üzerindeki gebelikler.

Önceki Gebeliklerin Öyküsü:

Habituel abortus: Daha önceki gebeliklerinde ard arda üç veya daha fazla spontan abortus hikayesi olması.

Ölü doğum: Geçirilmiş intrauterin ölüm hikayesi bulunması.

Neonatal ölüm: Daha önceki gebeliklerinde hayatın ilk 28 günü içinde yenidoğanın ölüm hikayesi bulunması.

Preterm doğum: Preterm (37. hafta ve öncesi olan doğum) doğum öyküsü bulunması.

İntrauterin gelişme geriliği: Daha önceki gebeliklerinde intrauterin gelişme geriliği öyküsü bulunması.

İri bebek: Önceden doğum ağırlığı 4000 gr'ın üzerinde olan bebek doğurmuş olmak.

Grandmultiparite: Altı veya daha fazla doğum yapmış olmak.

Rh uyumsuzluğu: Annenin Rh-negatif, babanın Rh-pozitif kan grubuna sahip olması.

ABO uyumsuzluğu: Anne kan grubunun 0, bebek kan grubunun ise A, B veya AB olması.

Preeklampsi-eklampsi: Gebeliğin 20. haftasından sonra ortaya çıkan ve gebeliğin sonlanması ile ortadan kaybolan kan basıncı yüksekliği, günlük 300 mg'ın üstünde proteinüri ve ödem olması preeklampsi, özellikle konvülziyon gibi nörolojik tutulumun da eşlik ettiği preeklampsi ise eklampsi olarak adlandırılır.

Genetik bozukluğu veya konjenital anomalisi olan bebek: Önceden genetik bozukluğu veya konjenital anomalisi olan bebek doğurmuş olmak.

Doğum travması öyküsü: Önceki gebeliklerinde doğum anında maternal (laserasyonlar, a. uterina rüptürü gibi) veya fetal travma (basis kranii kırığı, periferik sinir yaralanması gibi) yaşanmış olması.

Neonatal yoğun bakım gerektiren yenidoğan: Önceki gebeliklerinde neonatal yoğun bakım gerektiren yenidoğan öyküsü bulunması.

Tıbbi endikasyonla sonlandırılmış gebelik: Konjenital anomaliler, Marfan sendromu, ileri evre kardiyopati gibi herhangi bir tıbbi endikasyon nedeni ile sonlandırılmış gebelik öyküsü bulunması.

Gestasyonel trofoblastik hastalık (GTH): GTH tanısı gebelik olmadığı halde menarş sonrası bir kadında hCG seviyelerinin yüksek bulunması ile konulur (nadiren primer over koryokarsinomu dışında). Hidatidiform mol, invazif mol, koryokarsinom, plasental yerleşim bölgesinden gelişen trofoblastik tümör olarak dört gruba ayrılırlar.

Diğer risk faktörleri: Bir önceki doğumun sezaryen, forseps, makat ekstraksiyon gibi operatif doğumla sonlanmış olması, üç aydan az aralıklarla gebelik oluşması, uzamış eylem veya distosi, eylem ve doğum sırasında ortaya çıkmış psikolojik bozukluk öyküsü olması.

Genital Sistem Problemleri Öyküsü:

Genital sistem anomalileri: Uterus bikornus, uterus septus ve uterus didelfis gibi uterus anomalileri ve servikal yetersizlik olması.

Myomlar: Uterus leiomyomları ağrı, erken doğum tehdidi, travayda disfonksiyon, kanama yapabilmektedirler.

Servikal lezyonlar: Servikte koterizasyon, infeksiyon gibi nedenlere bağlı gelişen skar dokusu, infiltratif serviks kanseri gibi lezyonların bulunması.

Over kitleleri: Ovaryan tümörlerin torsiyonu, rüptürü ve pelvisi obstrükte etmesi gibi durumların olması.

Uterus ve serviks operasyonu: Geçirilmiş koterizasyona bağlı servikal skar varlığı ve konizasyon, myomektomi, metroplasti gibi operasyon öyküsünün olması.

İnfertilite: Tıbbi veya cerrahi infertilite tedavisi öyküsü bulunması.

Maternal tıbbi hastalık öyküsü:

Kalp hastalığı: Romatizmal, hipertansif veya konjenital kalp hastalığı bulunması.

Pulmoner hastalık: Bronşiyal astım, pulmoner emboli bulunması.

Endokrin hastalıklar: Diabet, tiroid hastalıkları bulunması.

Renal ve üriner sistem hastalıkları: Asemptomatik bakteriüri, akut pyelonefrit, glomerulopatiler, nefrotik sendrom, polikistik böbrek, kronik böbrek hastalığı, kronik böbrek yetmezliği, renal transplantasyon sonrası gibi durumların bulunması.

Gastrointestinal sistem hastalıkları: Appendisit, akut viral hepatit gibi hastalıkların bulunması.

Hematolojik hastalıklar: Demir, folik asit, vitamin B12 eksikliklerine bağlı anemi, orak hücreli anemi, hemolitik anemi, trombositopeni gibi hastalıkların bulunması.

Kollajen doku hastalıkları: Sistemik Lupus Eritematozis (SLE), antifosfolipid antikor taşıyıcılığı bulunması.

Nörolojik ve psikiyatrik hastalıklar: Epilepsi, antiepileptik ilaç kullanımı, psikiyatrik ilaç kullanımı gibi durumların bulunması.

Neoplastik hastalıklar: Hematopoetik ve lenfatik sistem, tiroid, meme, serviks, over, kolon kanserleri, malign melanom ve kanser için tedavi alınması gibi durumların bulunması.

İnfeksiyon hastalıkları: Herpes zoster, rubella, sitomegalovirüs, toksoplazmozis, sifiliz, gonore, klamidyal infeksiyonlara sahip olunması.

Teratojenlere maruz kalma öyküsü:

Alkol, phenytoin, folik asit antagonistleri, litium, valproik asit, tetrasiklin, talidomit, trimetadion, warfarin gibi ilaçların kullanılması. Koksakivirus, Sitomegalovirus, Herpes

simpleks, viral hepatit, Rubella, Varisella, toksoplazmozis gibi infeksiyonlara sahip olunması. Bazı kimyasal maddelere ve radyasyona (10 Rad'dan fazla) maruz kalınması.

Aile öyküsü:

Annenin ikiz olması, ailede kalıtsal hastalıkların olması, ailede mental retardasyon öyküsü olması.

İlaçlar ve Alışkanlıklar:

Teratojenik ilaçlar (talidomid, progestagenler, dietilstilbesterol, folik asit antagonistleri gibi) ve sigara, alkol, marijuana, amfetamin, eroin, kokain gibi bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımı.

Sosyo-ekonomik faktörler:

Sosyo-ekonomik durum: Kalabalık ev, kötü hijyen, yetersiz beslenme gibi faktörlerin bulunması.

Babanın işi: Sosyo ekonomik durumun bir göstergesi olan babanın iş seviyesinin düşük olması.

Annenin eğitim durumu: Annenin eğitim seviyesinin düşük olması.

Sosyal çevre: Ailenin sağlık ve hijyen durumunun kötü olması, ev koşullarının, aylık kazancının, emosyonel ve sosyal destekler gibi faktörlerin yetersiz olması.

Fizik Muayene:

Boy: Annenin boyunun 150 cm'den kısa olması, sefalopelvik uyumsuzluk ve kemik pelvis anomalisi görülme riskini artırmaktadır.

Ağırlık: Gebelik öncesi ağırlık 45 kg'dan az ise dismatürite, gebeliğin başında 90 kg'ın üzerinde ise makrozomi, disfonksiyonel travay, omuz distosisi görülme riskleri artmaktadır.

Kan basıncı: Gebe kadınlarda en az iki veya daha fazla kan basıncının ölçüm ortalaması diastolik 90 mm Hg, sistolik 140 mm Hg ya da üzeri ise hipertansiyon tanısı konulur.

Gözler: Göz fundusunda diabete ve hipertansiyona ait retina değişikliklerinin bulunması.

Tiroid: Tiroidin büyümüş olarak ele gelmesi.

Kalp: Oskültasyonda 3/6 dereceden sistolik üfürümün ve diastolik üfürümlerin duyulması.

Vasküler sistem: Varisler tromboflebit ve emboli gelişebilmesi açısından önem taşımaktadır .

Ekstremiteler: Özellikle ellerde, göz kapaklarında gelişen ödem ve anazarka tarzı ödem preeklampsi açısından önem taşımaktadır.

Pelvik Muayene:

Uterus: Uterus prolapsusu, serviksin introitustan dışarı çıkması, inkarsere uterus, uterus anomalileri gibi durumlar prematür doğum ve perinatal ölüm risklerini yükseltmektedir.

Serviks: Servisit, servikal tümörler, geniş skar dokuları, derin servikal laserasyonlar servikal yetersizliğe yol açabilmektedirler.

Vajen ve vulva: Vajende transvers septum, longitudinal septum, doğum kanalını dolduracak kadar büyük Gardner kistleri, vulvada dev kondilomların bulunması.

Overler ve tüpler: Overlerde 5 cm'den büyük tümörler operasyonla alınmaktadır.

Pelvis yapısı: Doğuştan kalça çıkığı, poliomyelit sekeli, trafik kazası gibi nedenlerle gelişmiş pelvis deformitesi bulunması.

Laboratuvar Muayenesi:

Tam kan sayımı: Gebelik sonunda ve başında 11 gr/dl'nin altında olan hemoglobin değeri, ikinci trimesterde 10.5 gr/dl'nin altında olan hemoglobin değeri, 5000-12000'nin dışındaki lökosit değerleri, trombositopeni, periferik yaymada anormallikler olması.

Kan grubu: Annenin kan grubunun Rh-negatif ve babanın kan grubunun Rh-pozitif olması ya da annenin kan grubunun 0 ve babanın kan grubunun A, B veya AB olması.

İdrar tetkiki: Proteinüri, infeksiyon bulgularının olması.

İdrar kültürü: Bakteriüri saptanması.

Alfa-fetoprotein: 16.-18. haftalarda nöral tüp defekti yönünden bakılmaktadır.

3lü tarama testi (Beta HCG, E3, AFP): Down Sendromu yönünden bakılmaktadır.

Enfeksiyon hastalıklarının taranması: TORCH grubu (toksoplazma, rubella, cytomegalo virüs, ve herpes), tüberküloz, sifiliz, Hepatit, AIDS gibi enfeksiyon hastalıklarına ait laboratuvar tetkiklerinin pozitif olması.

Şeker taraması: 24.-28. gebelik haftasında gebelere yapılan 50 gr glukoz yükleme testi sonucunda (bir saat sonra) kan şekeri değerinin 140 mg/dl ve üzerinde olması durumunda:

Birkaç günlük zengin karbonhidratlı beslenmeyi takiben anne adayına tarama testinin ikinci aşaması olarak oral glikoz tolerans testi (OGTT) uygulanır. İkinci aşamada OGTT testi, 100 gr glikoz ile 3 saatte veya 75 gr glikoz içirilerek 2 saatte yorumlanabilmektedir.

100 gr glikozlu testte normalde kan şekeri aşağıda belirtilen rakamları aşmamalıdır (Tablo 4.1.). En az iki noktada normal rakamların aşılması durumunda gestasyonel diyabet tanısı konulur.

Tablo 4.1. 100 gr glikoz testinde sınır değerler

Açlık kan şekeri	95mg/dl
1.saat kan şekeri	180 mg/dl
2.saat kan şekeri	155 mg/dl
3.saat kan şekeri	140 mg/dl

75 gr glikozlu test: Normalde kan şekeri aşağıda belirtilen rakamları aşmamalıdır. En az iki noktada normal rakamların aşılması durumunda gestasyonel diyabet tanısı konulmaktadır (Tablo 4.2.).

Tablo 4.2. 75 gr glikoz testinde sınır değerler

Açlık kan şekeri	95 mg/dl
1. saat kan şekeri	180 mg/dl
2. saat kan şekeri	155 mg/dl

Papanicolaou testi: Pap testinin pozitif olması.

4.1.3.2. Gebelik İzleminde Saptanan Risk Faktörleri

Şiddetli hiperemezis gravidorum: Vücut ağırlığının %5'i kadar kilo kaybına yol açacak düzeyde aşırı bulantı, kusma ve dehidratasyon, ketozis, elektrolit ve asid-baz dengesizliği, bazen de hepatik ve renal yetmezlik ile seyredabilen bir tablonun bulunması.

Kilo alımı: Hızlı kilo artışı olması (gebelik süresince 9–17 kg kadar bir kilo artışı normaldir).

Hipertansiyon: Kan basıncının 140/90 mm Hg veya üzerinde olması.

Pyelonefrit: İdrar kültüründe 100.000' den fazla bakteriüri saptanması.

Ateş: Yüksek ateş olması. Ateş normal seyirde giderken 39 dereceye çıkarsa preterm doğum riskini artırmaktadır.

İzoinmünizasyon: İndirekt Coombs testinin pozitif olması.

Diabetes mellitus: Tip 1 veya Tip 2 diabetes mellitus tanısı için en az iki kere bakılan açlık kan şekeri değerinin ≥ 126 mg/dl veya herhangi bir zamanda en az iki kere bakılan kan şekeri değerinin ≥ 200 mg/dl olması, gestasyonel diabetes mellitus tanısı için ise açlık kan şekeri değerinin ≥ 95 mg/dl, 75 gr veya 100 gr OGTT 1. saat kan şekeri değerinin ≥ 180 mg/dl, 2.saat kan şekeri değerinin ≥ 155 mg/dl ve 100 gr OGTT 3. saat kan şekeri değerinin ≥ 140 mg/dl olması gerekmektedir.

Antenatal kanama: Başlıca nedenleri servisitler, servikal ya da vajinal travmalar, serviks kanseri, servikal polip, plasenta sirkümvallata, plasenta previa, ablasyo plasenta, uterus rüptürü ve vasa previa olan, 20. gebelik haftasından doğuma kadarki sürede lekelenme şeklinde veya fazla miktarlarda kanama olması.

Fundus yüksekliği: 18.-30. gebelik haftalarında fundus-pubis ölçümü ile fetusun büyümesi arasında 4 cm'lik bir alehte farkın olması.

İntrauterin gelişme geriliği: USG' da fetal ağırlığın <10 persentil olması.

Polihidramnios ve oligohidramnios: Polihidramnios, amnion mayi miktarının 2 lt'nin üzerinde olması maternal dispne ve prematür doğum riskini artırmaktadır. Oligohidramnios, amnion mayi miktarının 500 ml'nin altında olması fetal pulmoner hipoplazi ile amniyotik band sendomlarının görülme riskini artırmaktadır.

Preterm eylem: Doğum eyleminin 37. gebelik haftasından önce başlaması.

Postterm gebelik: Gebeliğin son adet başlangıcından itibaren 42 hafta veya daha uzun süre devam etmesi.

Çoğul gebelik: Gebelik sırasında birden fazla fetüsün uterusunda mevcut olması.

Prenatal bakımın olmaması: Gebenin, 32. haftaya kadar ayda bir, 36. haftaya kadar iki haftada bir, doğuma kadar haftada bir şeklinde olan rutin muayenelerine devam etmemesi.

Akut cerrahi problemler: Appendisit, kolesistit gibi hastalıkların bulunması.

Prezentasyon anomalileri: Makat, yüz, alın, transvers prezentasyon anomalilerinin bulunması.

4.1.3.3. Perinatal yüksek risk etmenleri

1) Eylem ve doğum sırasında yüksek risk etmenleri:

Erken doğum: Travayın 28–37. haftalar arasında sonlanması ve fetüsün 1000–2500 gr arasında olması.

Gün aşımı: Gebeliğin 42 hafta üzerinde olması.

Uzamış doğum eylemi: Birinci devrenin primigravidada 18 saat, multigravidada ise 14 saatin üstünde olması; ikinci devrenin ise primigravidada 2, multigravidada 1 saatin üstünde olması.

Erken membran rüptürü: Membranların doğumdan 18 saatten daha önce yırtılması.

Defleksiyon gelişi: Fetüs başını doğum yolundan büyük çapıyla geçmeye mecbur bırakan defleksiyon habitusunda olması.

Fetal başın malrotasyonu: Doğum eylemi sırasında fetal başın yapması gereken kardinal hareketlerden olan internal ve eksternal rotasyonların tam olarak yapılamaması.

Asinklitizm: Sutura sagittalisin, pelvis eksenine üzerinde değil de onun önünde veya arkasında olması.

Baş-pelvis uyumsuzluğu: Fetüsün kilosundan bağımsız olarak fetal başın biparietal çapı ile pelvik girim arasında uyumsuzluk olması.

Kordon sarkması: Su kesesinin yırtılmasından sonra kordonun kayarak fetüsün prezente kısmının önüne düşmesi.

Seksiyo sezeryan: Fetus, plasenta ve membranların, abdominal ve uterus duvarlarındaki insizyonlar yoluyla doğması.

Eylem başlangıcında, primiparlarda prezente olan kısmın yüksekte olması: Dar pelviste baş ve makadın yüksekte olması, prezente kısmın pelvise girmemiş olması.

Doğumda forseps uygulanması: Fetusun doğum kanalına yerleştiği en uygun yerden introitusa doğru forseps ile çekilmesi.

Eylemde fetal sıkıntı bulguları: Uterin hipertonisite, tetanik kontraksiyonlar veya disfonksiyonel uterin kontraksiyonlar ile fetal kalp hızı deselerasyonları, bazal kalp hızı değişimleri görülmesi.

2) Neonatal yüksek risk etmenleri:

Fetal doğum ağırlığının 2500gr altında veya 4000gr'ın üstünde olması

İkiz gebelik

Amniotik sıvının mekonyumla boyanmış olması

APGAR skorunun 5 veya altında olması (1 dakikada)

Fetusa ait bir hastalığın öncül belirtileri;

—İdrarda düşük östriol seviyeleri

—Elektronik fetal monitarizasyonda fetal sıkıntı bulgularının çıkması

—Doğum eylemi sırasında fetal kafa derisinden alınan kan örneklerinde düşük

pH saptanması

Fetal canlandırmanın gerekmesi

Solunum sıkıntısı belirtileri ya da solunum sıkıntısı sendromu

Fetal enfeksiyon şüphesi veya bulgular

Doğum travması bulguları

Fetal deformite varlığı (7,9).

4.1.4. Depresyon

Depresyon terimi duygu durumunu (mood), bir belirtiyi, bir sendromu veya bozukluğu gösterebilir. Depresyon normal ve nörotik kişilerde olan hafif mizaç bozukluğundan huzursuzluk, motor retardasyon, erken uyanma, kilo kaybı ve iştahsızlık gibi belirtilerle ve kendini kınama, apati, umutsuzluk, değersizlik hissi, intihar düşüncesi ve girişimi gibi öznel belirtilerle karakterize olan, şiddetli bir hastalığa kadar uzanabilen geniş bir yelpazeyi içerir. Depresyon; bilişsel, duygusal ve güdüsel alanlarla ilgili pek çok belirtiyi kapsamaktadır (10). DSM IV'e göre depresyon, iki haftalık bir dönem sırasında daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte Tablo 3'te belirtilen semptomlardan beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan en az birinin ya depresif duygudurum ya da ilgi kaybı ve artık zevk alamama durumu olarak tanımlanmaktadır (Tablo 4.3.) (11).

Tablo 4.3. DSM IV Majör Depresyon Tanı Kriterleri (11)

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

(1) ya hastanın kendisinin bildirmesi (örn. Kendisini üzgün ya da boşlukta hissediyor.) ya da başkalarının gözlemesi(örn. Ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen hergün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum. Not: Çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygudurum bulunabilir.

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

(3) perhizli değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örn. Ayda, vücut kilosunun %5'inden fazlası olmak üzere) ya da hemen her gün iştahın azalmış ya da artmış olması. Not: Çocuklarda beklenen kilo alımının olmaması.

(4) hemen her gün, insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnia (aşırı uyku) olması.

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

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

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

(8) hemen her gün, düşünme ve yoğunlaşma kabiliyetlerinde azalma, kararsızlık olması.

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

B. Bu semptomlar bir Mikst Epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

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

D. Bu semptomlar bir madde kullanımının (örn. Kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedav için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi durumun (örn. hipotiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

E. Bu semptomlar Yas'la daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitirilmesinden sonra bu semptomlar 2 aydan daha uzun sürer ya da bu semptomlar, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşıp durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir.

Depresyon yaygınlık, kronikleşme ve tekrarlama oranının yüksek olması, iş gücü kaybını ve ayrıca intihar riskini artırması nedeniyle önemli bir toplumsal ve bireysel sağlık sorunu konumundadır. Depresyonun tanımlanması, önlenmesi, tedavisi, tekrarlama risk etkenlerinin belirlenmesi özel bir önem arz etmektedir. Birincil duygulanım bozukluğu biçiminde ortaya çıkabileceği gibi, birçok psikiyatrik ve tıbbi duruma ikincil olarak da görülebilmektedir (10).

Gebelikte depresyon hem anne sağlığını hem de fetal sağlığı etkileyen bir hastalık olarak bilinmektedir. Bu konuda hem psikolojik hem de biyolojik açıklamalar yapılmış olsa da hormonal hipotezler daha çok ilgi çekmektedir (12).

4.1.4.1. Depresyonda Risk Etkenleri

Kraemer ve arkadaşları risk etkenleri terimini özellikle belirlenmiş bir popülasyonda, söz konusu hastalık ya da durumdan önce geldiği kanıtlanan, grubu yüksek ve düşük risk grubu olarak ikiye böldüğü saptanan, kişinin ölçülebilir özellikleri (cinsiyet, aile öyküsü, şiddetli yaşam olayları) olarak tanımlamaktadır. Hastalığın ortaya çıkmasında tek bir risk etkeninin varlığı yeterli değildir. Genetik yapının olumsuz çevresel etkenlerle etkileşiminin belirli bir eşiği aşması ve bunun zamanlaması önemlidir. Çeşitli çalışmalarda ailesel genetik yüklülük, depresif kişilik özellikleri, kadın olmak, eğitim düzeyi düşüklüğü, olumsuz yaşam olayları, göç, yakın ilişki azlığı, bedensel hastalıklar ve bunların tedavisi, yeti yitimine yol açan psikiyatrik bozukluklar major depresyon için temel risk etkenleri olarak ileri sürülmüştür. 18–44 yaşlar arasında olmak, işsiz, bekar ya da dul olmak da risk etkenleridir (13).

4.1.5. Gebelikte Depresyon Sıklığı

Kadınlarda yaşam boyu depresyon görülme sıklığı erkeklerin yaklaşık 1.7 ile 2.7 katıdır. Cinsiyet farklılığı erken ergenlik yaşlarında başlamakta ve 50'li yaşların ortasına kadar sürmektedir, yani üreme çağını içermektedir. Kadınlar, üreme hormonlarında değişim olduğu dönemlerde depresyona daha yatkın hale gelmektedir. Bu değişim dönemleri puberte, doğum kontrol hapı kullanımı, adet döneminin geç luteal evresi, gebelik ve lohusalık dönemi ve perimenopoz dönemidir (14).

Genel olarak gebelik, iyilik ve mutluluk halinin yaşandığı bir zaman dilimi olarak düşünülür. Bazı kaynaklarda gebelik durumunun kadınları depresyondan koruduğu belirtilse de (14) birçok kadın çocuk doğurma yaşında major depresyon geçirmektedir. Depresyon, hafif ya da ağır düzeyde, gebelikte en sık görülen ruhsal bozukluktur (15).

Yapılan çalışmalara göre gebelikte depresyon ve depresif semptom görülme sıklığının %5-51 arasında değiştiği bulunmuştur (2,12,16-21). Türkiye'de bu konuda yapılmış yeterince çalışma olmaması ile birlikte Cebeci ve arkadaşlarının gebeler üzerinde yaptıkları bir çalışmada Beck depresyon ölçeğine göre (kesme değeri 17 ve üzeri) depresyon semptom görülme prevalansı %12 bulunmuştur (22). Kurki ve arkadaşları gebelikte depresyon sıklığını %30, Marcus ve arkadaşları 20% olarak bulmuşlardır (21, 23). McKee ve arkadaşlarının düşük gelir düzeyine sahip gebeler üzerinde yaptığı bir çalışmada ise Beck depresyon ölçeğine göre (kesme değeri 14 ve üzeri) depresyon prevalansı %51 olarak bulunmuştur (24). Chen ve arkadaşları, Centre for Epidemiological Studies-Depression skalasına göre gebelikte depresif semptom görülme sıklığını araştırmışlar; birinci trimesterde %8, ikinci trimesterde %10 ve üçüncü trimesterde %2 olarak bulmuşlardır (17).

Perinatal depresyon görülme insidansının adolesan çağıdaki ve düşük gelirli kadınlar arasında daha yüksek olduğu görülmüştür (19,20,25). Yapılan çalışmalarda depresif

semptomların gebe kadınlarda en az postpartum (19,20,25) veya gebe olmayan (26,27) kadınlardaki kadar görüldüğü saptanmıştır.

Perinatal ve postpartum dönemde depresyon prevalans yüksekliğinin nedeni tam olarak açıklanamasa da hormonlar, nöroendokrin ve psikososyal değişiklikler gibi çeşitli etyolojik faktörler suçlanmaktadır (12).

4.1.6. Gebelikte Depresyon İçin Risk Faktörleri

Gebelikte depresyon, postnatal depresyon kadar şiddetli olmayıp, genellikle en sık ilk trimesterde görülmektedir. Jinekolojik öyküde, kürtaj sıklığı, gebeliğe ilişkin ikilemler, duygular ve kayıp yaşantılaması antenatal depresyon için risk faktörleri olmaktadır (2). Gebeliklerin %15'i düşük ile sonuçlanmaktadır. Düşük sonrası gelişen depresyon şiddeti ile gebelik ayı arasında ilişki vardır. Düşük yapanlarda bir sonraki gebelikte de depresyon görülme riski artar. Daha önce depresyon geçirmiş olanlarda, ailesinde depresyon öyküsü olanlarda, genç annelerde, çok çocuklu olanlarda, istenmeyen gebelikte, sosyal desteği yeterli olmayanlarda ve evlilik sorunları olanlarda depresyon görülme sıklığı artar. Gebelikteki diğer bir zorluk ise halen antidepresan tedavisi alanların gebe kaldıkları zaman tedavilerini erken kesmeleridir. Gelişmiş toplumlarda bile planlanmamış gebelik oranı %50' ye yakındır. Çoğu gebe kadın "bebek mi yoksa ilaç mı?" sorusuna ilacı kesme ile yanıt vermektedir. Bu durumda gebelik sırasında depresyonda alevlenme ya da yinelenme riski doğmaktadır. Özellikle de tedavi kesildikten sonraki ilk 8 hafta alevlenme görülmesi açısından en riskli dönemdir (13).

Bu konuda yapılan ileriye dönük çalışmalar, daha önceki yaşamlarında psikotik tablo geçirmiş olan hastaların %58'inin, gebelik ve/veya postpartum dönemde ciddi ruhsal bozukluklar gösterdiğini ortaya koymuştur. Bu vakaların birçoğunda insanlararası iletişim bozukluğu, istenmeyen gebelik ve evlilikle ilgili sorunlar daha sıktır. Böylece gebelik ve

postpartum dönemi, latent olan ruhsal bozukluğu açığa çıkarabilen bir dönemdir. Gebelikte çıkan her komplikasyon ve gebeliği riskli hale getiren her tıbbi sorun, ciddi zorlamalar ve psikiyatrik semptomlara yol açma potansiyelindedir. Preeklampsi, hipertansiyon, diyabet gibi tıbbi sorunları olan gebelerde, bu tür komplikasyonları olmayan gebelere göre daha fazla psikopatoloji saptanmıştır (28).

Tıbbi hastalıkları psikodinamik etyolojilerle açıklamanın yaygın olduğu dönemde, gebelikteki psikolojik komplikasyonlar, tıbbi sorunların nedeni olarak yorumlanmıştır. Ancak genellikle psikiyatrik tablolar, gebeliğin tıbbi komplikasyonlarının sebebi değil, sorunlara reaktif gelişen durumlardır (28).

Daha önceden mevcut ya da yeni olarak ortaya çıkan her türden majör psikiyatrik bozukluk gebelik ve doğum komplikasyonlarını arttırır. Gebenin kendine bakımını, doğumun gerektirdiği uyum ve tedbirleri yürütmek güçleşir (2).

4.1.7. Gebelikte Depresyona Ait Semptomlar

Gebelerdeki depresyon semptomlarının gebeliğin kendisine mi ait nedenlerle mi yoksa altta yatan predispozan faktörlere bağlı olarak mı ortaya çıktığı konusu tartışmalıdır. Birinci trimesterde bu semptomlar, uyku ve iştah değişiklikleri, duygulanım ve anksiyete durumlarında dalgalanma, aşırı yorgunluk, libido kaybı, konsantrasyon güçlüğü olarak görülebilmektedir. Benzer şekilde üçüncü trimesterde de anksiyete, aşırı yorgunluk, uyku ve iştah bozuklukları, doğumla ilgili kaygılar görülebilmektedir. 2. trimesterde ise bu semptomlar daha az görülmektedir. Yapılan çalışmalarda depresif semptomların gebe kadınlarda en az postpartum dönemdeki veya gebe olmayan kadınlardaki kadar görüldüğü saptanmıştır. Perinatal depresyon semptomları ile majör depresyon semptomları benzerlik gösterebilmektedir (19,20,25,29–31).

4.1.8. Riskli Gebeliklerde Depresif Semptomlar

Perinatal komplikasyonlar, depresyon gelişimini tetikleyebilmektedir. Yüksek riskli gebeliklerde stres ve anksiyete durumlarında artış görülmektedir. Riskli gebelikler, acil hastaneye yatış sıklığını artırmakta ve hem gebenin kendisi için hem de fetüs için tehdit unsuru yaratmaktadır (32).

Perinatal komplikasyonlar şiddetli ise tedavi olarak sıklıkla yatak istirahati tercih edilmektedir. Yatak istirahatinde olan hastalarda çeşitli fizyolojik ve psikolojik yan etkiler görülebilmektedir. Yapılan diğer çalışmalarda hastanede yatış sırasında depresif semptomların görülmesinde artış olduğu saptanmıştır. Maternal komplikasyonların şiddeti arttıkça antepartum yatak istirahati ve tıbbi girişim gereksinim oranları da artmaktadır. Uzun süre yatak istirahati, değişik psikolojik ve psikososyal değişiklikler yaratarak tüm organ sistemlerinin işleyişini etkilemektedir. Ayrıca EEG dalgalarında ve kortikal işlevlerde yavaşlama, bilişsellikte, duygulanımda ve algılamada bozulma gibi psiko-fizyolojik değişiklikler de görülebilmektedir (32).

Annenin gebeliğinin riskli olduğunun farkında olması, hastanede yatma, yatak istirahati veya tüm bu faktörler birlikte gebelik esnasında depresif semptom gelişimine neden olabilmektedir veya var olan depresyon semptomlarını artırabilmektedir. Amerikan Psikiyatri Birliği (APA, 1994), genel tıbbi rahatsızlığa bağlı oluşan bir duygu durum bozukluğu tanımlamıştır. Bu bozukluk için gerekli olan kriterler: (a) depresif duygu durum, (b) doğrudan o tıbbi durumla ilişkili olması, (c) duygu durum bozukluğunu açıklayacak başka bir bozukluğun bulunmaması, (d) kişi hezeyan içinde olmadığına görülmesi, (e) septomların aşırı stres durumuna veya hareket zorluğuna yol açıyor olması. Bu bozukluk, gebelik esnasındaki komplikasyonlar nedeniyle hastanede yatan kadınlarda da görülebilmektedir (24).

Antepartum yatak istirahati, birçok nedenlerden dolayı kadınlar için zor olmaktadır. Yatak istirahatinde olan gebe, riskli gebeliğe ait ve yatak istirahatinin getirdiği fizyolojik ve psikososyal değişikliklere ait zorluklar yanında yoğun korku, kontrol kaybı, güçsüzlük, kızgınlık ve anksiyete de yaşamaktadır. Hastanın hareket etmesi fiziksel olarak mümkün olduğu halde sağlık çalışanlarınca yasaklandığı ve kontrol edildiği için bu durum hastada hapsedilmiş, kısıtlanmış etkisi yaratmaktadır. Sensör, motor ve sosyal uyarımlar azalmıştır. Çevresel uyarılar belirli sayıda, belirli nitelikte, rahatsız edici ve tekrarlayıcı özelliktedirler. Uyarıların az olması bir tür sensör yetersizlik oluşturmaktadır. Gebenin kendisi veya bebeği hakkında duyduğu endişelerle birlikte tüm bu faktörler, antepartum depresyon gelişiminde etkin olmaktadır (32).

4.1.9. Gebelik Komplikasyonlarına Tepki

Prematür doğum, polihidramnios, intrauterin büyüme gecikmesi, preeklampsi ve benzeri komplikasyonlar gebeliği riskli kılar. Daha önceden infertilite problemi olan ve bir dizi tedavi görmüş gebelerde, çoğul gestasyon sorunu daha çoktur. Daha önceden problemlili gebelikleri olan anneler sadece obstetrik riskler açısından değil, sıkıntı ve belirsizlikle de karşı karşıyadırlar. Tüm benzer tıbbi sorunlar gebe kadını ciddi ruhsal baskı altında bırakır. Gündeme gelen birçok tıbbi tetkik ve tedavi de ruhsal durumu daha da örseler (2,7,9).

Gebe kadın kişilik yapısı, savunma düzenekleri, ailesel ve sosyal destek istemlerine bağlı olarak, riskli gebeliğe değişik tepkiler gösterir. Genellikle bu durum anne olabilme yönünde güven sarsıcı olur ve özbeğeni sarsılır. Sıkıntı, kızgınlık ve korkular gelişir. Kendini gerçek ya da hayali nedenlerle suçlama eğilimleri ortaya çıkar (2,6).

Bebegın risk altında olacağı dışıncesi kaygıyı daha da artırır. Umutsuzluk, aresizlik duyguları gelişir. Ender olarak da inkar savunmaları ve gerçek ötesi optimist dışınce ve beklentiler gelişir ki, bu da hekimler ve tedavi ekibinin işini zorlaştırır (2).

4.1.10. Yüksek Derecede Riskli Obstetrik Mdaheleye Tepkiler

Gebeliğin riskli olarak tanımlanmasını takiben, bir dizi tetkik ve izleme yöntemleri gündeme gelir. Yeni teknolojiler, diğer uzmanlıklar devreye girer. Tüm bunlar belirsizlik dışıncelerini arttırır. Ortaya konan değişik görüşler umutsuzluk yaratır. İleri inceleme için başka kurumlara nakil, terkedilmişlik duyguları ve tanıdık olmayan vrelere uyum güçlüğü, yeni sorunlara neden olur. Tüm bunlar, ekonomik ve duygusal yeni uyum güçlükleri ve zorluklar oluşmasına neden olur. Eş daha büyük gerginlikler yaşayabilir. Çaresizlik, terkedilmişlik ve suçluluk duyguları aileyi ve eşi daha da zorlar (1,2).

Bu riskli gebeliklerde ultrasound, kan-idrar incelemeleri, amniosentez, bazen fetal kan örnekleri gibi bir dizi incelemeler başlar. Bunlardan ultrasound en sık kullanılır. Ultrasound ile fetüsün hareketlerinin gözlenmesi heyecan verici olduğu kadar, güven ve emniyet verici yönde telkin ve etki eder. Amniosentez ile fetüsün cinsiyetinin belirlenebilmesi bazı duyguları, bazen de sıkıntı ve suçluluk duyguları yaratabilir. Fetüse ilişkin anormalliklerin belirlenmesi ise ciddi depresif reaksiyonlar doğurur. Bu incelemelerin yapılması bir taraftan annede fetüse zarar verebilme yönünden endişe yaratırken, diğer yandan mümkün olan her şeyin yapılması eğilimi çatışma yaratmaktadır. İşte bu noktada hekimin ve ilgili uzmanların tutumlarının açıklamaları ve hastanın duygusal reaksiyonlarının anlaşılması çok önemlidir (2,5,7,9).

Bu konudaki bir diğer nokta, bu sürede gerek annenin hastalıklarının tedavisi, gerekse obstetrik komplikasyonlarının tedavisi ve inceleme amaçlarına yönelik olarak ilaç uygulama gereksinimidir. Bu ilaçların bir kısmı doğrudan bir kısmı da dolaylı olarak

merkezi sinir sistemini etkiler ve psikiyatrik yan etkiler yol açar. Prematür doğumda kullanılan beta sempatomimetik ajanlar; farmakojenik olarak sıkıntı, uykusuzluk, tremor, taşikardi yaparlar. Bu somatik etkiler hastanın gerginliğini ve yetersizlik duygularını daha da artırır (1,2,4).

Bu aşamada kesin yatak istirahati zorunluluğu ortaya çıkarsa, yeni iç ve dış çatışmalar belirir. Gebeliğinin son haftalarına kadar çalışmayı planlamış bir gebe; sadece işinden uzaklaşmış olmayacak, eşinin, çocuklarının beklentilerini karşılayamayacak, değer verdiği etkinlikleri yürütemeyecektir. Bu durum ekonomik güçlükleri artıracaktır. Kaygı, endişe, suçluluk, yetersizlik duyguları, regresyon, çaresizlik yaşantılaması artacaktır. Bu kaygılar ise gebeliği ve doğumu daha da güçleştirecektir (2,6).

Gebe kadın, yatak istirahati, monitörler ve yüksek tekniklerden oluşan bir ortamda bir yandan kendi sağlığını, diğer yandan da kendi sağlığını zedelemek ve acıya katlanmak pahasına bebeğinin sağlığını düşünmek zorundadır. Bağımlılık gereksinimi ikilemli duygular yaratır. Bu aşamada ortaya çıkan hastanede yatış zorunluluğu gebeyi diğer gebelerle ve bebekle birlikte olmaya götürür. Normal gebelikler ve sağlıklı bebekler böyle bir gebede kızgınlık, öfke, suçluluk ve yetersizlik duygularını arttırabilir. Gebe ile bu yeni evindeki doktorlar ve tedavi ekibinin üyeleri arasında güçlü bağlar oluşur. Bu alanda çalışan profesyoneller sıklıkla bir ikilem yaşarlar. Çünkü burada simbiyotik iki hasta (fetüs ve anne) arasındaki denge söz konusudur. Annedeki hastalığın tedavisi fetüs için riskler taşıyabilir. Fetüsün korunmasına yönelik uygulama ve tedaviler ise anne için ızdırap verici olabilir. Hekim bu iki simbiyotik hastanın sağlıkları açısından riskleri ve faydaları dengelemek durumundadır. Hekim kendi kişilik yapısı, dinamikleri ve hayat görüşünün etkisinden çoğu zaman kurtulamaz. Eğer kendisini fetüsün korunması ve yaşamının sağlanması amacına yönelik görüyorsa; annenin inceleme ve tedavi tekniklerine karşı ortaya koyduğu reaksiyonları anlamakta güçlük çeker, hatta karşı tepki gösterir. Kendisini

anne ile empatik hissederse, gebeliğin korunmasına yönelik müdahalelerde çekingenlik yaşar. Hasta ile hekimin kurdukları olumlu iletişim her ikisinin de gerginliğini azaltır (2,28).

Kuşkusuz tedavi ekibinin diğer üyelerinin tutumları da anneyi etkileyecektir. Bu kapsamda hastayı gerçekçi ve bilimsel bütüncül değerlendirme dışına itebilecek mesaj ve tutumlar sakıncalıdır. Tedavi ekibi ile gebe arasındaki ilişki ve iletişim bozukluklarında, ruh sağlığı alanında ilgili uzmanlardan yardım istenmelidir. Gebede ortaya çıkan, tedaviyi güçleştiren ve riski daha da arttıran ruhsal-davranışsal reaksiyonlarda; kişinin tedavisi yanında, ortamın tedavi edici kılınmasına yönelik düzenlemeler gerekebilir (28).

Aslında birçok gebe, hayatının hiçbir döneminde olmadığı kadar, gebelik döneminde tıbbi müdahale ve tedavinin gerekli kıldığı her türlü zahmete katlanmaya razıdır. Tedavi ekibi ve ilişkilerde bağımlılık gereksinimi ve beklenti yüksektir. Bu zahmetler bazı gebeler için bir çocuk doğurma ve sahip olma arzusunun doğal sonucudur. Bazıları için gebeliğe ilişkin reddedici ya da ikilemli duyguların cezalandırılmasıdır. Böylece bir anlamda suçluluk duygularından kurtulmuş olurlar. Bu dönemde yaşanan sıkıntı ve fedakarlıklar kişinin egosuyla çatışmaz. Bir çocuk sahibi olacağı beklentisi, tüm bu sıkıntıların geçici olduğu bilincini yerleştirir (1,2).

Gebelik ve doğumun riskli olduğu durumlarda ise yukarıda belirtilen bir dizi ruhsal ve davranışsal tepkiler ortaya çıkar ki, bunlar uyum güçlüğünden, ciddi psikopatolojik yanıtlara dek uzanır. Bu alanda yardımcı olarak psikiyatrist, obstetrik ve jinekolojik yöntemleri tanımalı, bu dönemde kullanılması söz konusu ilaçların psişik yan etkilerini bilmeli, ayrıca gebeliğin psikodinamiğini ve psikolojisini tıbbi, endokrin boyutları ile birlikte kavramalıdır. Ayrıca bu alandaki uzmanları ve tedavi ekibini tanımalı, işbirliği içinde olmalı, bazen o ekibin içinde yer almalı; tıbbi değerlendirmenin ve görüş bildirmenin yanında, gebenin psişik süreçlerini tanımalı, koşulları terapötik kılmaya

çalışmalıdır. Gebenin bağımlılık gereksinimi, motivasyonunu arttırıcı yönde etkileyebilir. Bu dönemdeki destek sadece riskleri azaltmayacak, anneliğe de hazırlayarak kolaylaştıracaktır (2).

4.1.11. Gebelik Depresyonunun Sonuçları

4.1.11.1. Gebelik Depresyonunun Sonuçlarının Etyolojisi

Depresyon, hipotalamo-pitüiter-adrenal (HPA) aks hiperaktivitesi ile ilişkilendirilmektedir (12). Aktive HPA aksından elde edilen peptidlerce kontrol edilen maternal stres, anksiyete veya depresyonun gebelik sonuçlarını etkilediği düşünülmektedir (33–38). Bu artmış HPA aks aktivasyonu direkt olarak fetal büyümeyi etkileyebilir. Maternal depresyon sadece annenin HPA aksını aktive etmeyebilir; katekolaminler ve kortizolün etkisiyle plasentadan kortikotropin sebestleştirici hormon (CRH) salımında artışa da neden olabilir. CRH ayrıca doğumun başlamasını da etkileyebilir, bu da bize depresyonlu gebelerde neden prematür doğumların daha fazla görüldüğünü açıklayabilir (35,36). Yapılan hayvan çalışmalarında gebelik sırasındaki stresin HPA aks bozukluğuyla ve daha sonra fetal dokunun anormal gelişimi ile ilişkili olduğu bulunmuştur (37,39,40). Diğer bir hipotezde, depresyonun vazoaktif hormonların ve nöroendokrin transmitterlerin salınımını değiştirdiği ve böylelikle gebe bir kadında vasküler değişiklikleri başlattığı belirtilmektedir (23).

Gebelikte görülen depresyonda HPA aks hipotezinin etkin olduğunu desteklemek için yapılan bir çalışmada 197 gebede duygu durum değişiklikleri, gebelik ve plazma kortizol, betaendorfin, CRH değişiklikleri arasındaki ilişki araştırılmıştır. Plazmadaki bu hormon değerlerine gebelikte, doğum sırasında ve postpartum dönemde ayrı ayrı bakılmıştır. Plazma hormon değerleri gebelik boyunca artış gösterdi ve doğum öncesi pik yaptı, ancak duygu durum bozuklukları en çok 38. gestasyon haftasında saptanmıştır.

Kortizol, betaendorfin ve CRH düzeyleri gebelik süresince birbirleriyle korele bir şekilde artış göstermiştir. Klinik depresyon skorları yüksek olan gebelerin doğum sırasında daha fazla ağrıları olmuştur. Bu durumun, gebelik boyunca sürekli yükselip doğum esnasında aniden düşüş gösteren endorfin düzeyleri ile ilgili olabileceği düşünülmüştür. Önceki çalışmalarla bağlantılı olarak duygu durum bozuklukları postnatal döneme göre geç antenatal dönemde daha fazla oranda saptanmış; bu durum geç gebelik döneminde pik yapıp postpartum dönemde düşen hormon seviyeleri ile ilişkili bulunmuştur (37). Bu verilerden elde edilen sonuçlar bize antenatal duygu durumuyla obstetrik olaylar arasındaki etkileşimde CRH ve HPA aksının rolünün olduğunu göstermektedir.

Mevcut literatürlerde hormonal sapmaların çeşitli yollardan gebeleri etkilediklerinden bahsedilse de depresyonun gebelik üzerinde nasıl olumsuz sonuçlar yarattığını açıklayabilecek mekanizmalar tam olarak gösterilememiştir.

4.1.11.2. Gebelikte Depresyonun Getireceği Riskler

Tedavi almayan mental bozukluğu olan kadınlarda maternal morbidite ve mortalite hızı (intihar girişimleri dahil olmak üzere) artmaktadır (30,41–45). Bu konu ile ilgili yapılan çalışmalarda depresyonun müdahale edilmediği takdirde çeşitli obstetrik komplikasyonlara ve doğumsal patolojilere yol açabileceği bulunmuştur (12,23,35,46,47). Mental hastalıkların annenin duygu durumunu etkileyerek gebelikle ilgili olumsuz sonuçlar doğurabileceği belirtilmektedir. Bu konudaki genel fikir, gebelik esnasında görülen psikopatolojik semptomların fetüs üzerinde fizyolojik etkiler yarattığı şeklindedir (34). Gebelik sırasında görülebilen depresyonla ilişkili bulunan durumlar şu şekildedir: gestasyonel hipertansiyon ve preeklampsi (23,34), spontan abortus (45), antenatal kanama (48), artmış uterin arter rezistansı (46), düşük Apgar skoru (47), neonatal yoğun bakım gerektiren bebek doğurma (12), neonatal büyüme geriliği (12,48), spontan erken doğum

(51,52), fetal ölüm (50), düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma (34,36,53,54,55), gestasyon yaşına göre küçük bebek doğurma (53-55), perinatal ve doğum komplikasyonları (53,54,56), preterm eylem (12,36,51,52,57,58) ve yüksek kortizol düzeyine sahip bebek doğurma (50,59).

Depresyon, ayrıca sezeryan veya forseps gibi operatif doğumlar (19), doğumun normalden daha ağırlı olması ve bundan dolayı da daha çok epidural analjeziye ihtiyaç duyulması gibi durumlarla da ilişkili bulunmuştur (37,60). Fizyolojik olarak bakıldığında mental hastalığın annenin hareketlilik durumunu, prenatal bakım sağlayabilme ve sağlıklı davranışlarını engelleyebilme kabiliyetini etkileyebildiği ilgili çalışmalarda gösterilmiştir. Depresyonda olan kadınlar sigara içmeye, alkol ve diğer bağımlılık yapıcı maddeleri kullanmaya daha yatkın olmakta, bu durumlar da gebeliğin olumsuz yönde sonuçlanmasına katkıda bulunabilmektedirler (61).

Gebelikteki depresyonla ilgili olan en önemli sorunlardan biri intihar düşüncesine veya girişimine yönlendirecek kadar kendi kendine büyüeyebilen bir sorun olmasıdır. Antenatal depresyon, %50-%62 oranında postpartum epizod geçirme ve mevcut psikiyatrik durumun daha da kötüleşmesi risklerini taşımaktadır (62,63). Psikiyatrik nedenlerden dolayı gebeliğin sonlandırıldığı vakalar az değildir (64,65). National Depressive and Manic Depressive Association'ın perinatal depresyon hakkındaki görüşleri gebelik sırasında depresif olup tedavi almayan gebelerin %15'inin intihara giriştiği (66,67), %50-%62'sinin de postpartum peryodda depresif olmaya devam ettikleri şeklindedir (67). Gebelik sırasında intihar girişimleri ile karşılaşılabilindiğini bildiren çalışmalar bulunmaktadır (66,68).

4.1.11.3. Preterm Eylem Ve Büyüme Geriliği İle Depresyon Arasındaki İlişki

Gebelik esnasındaki psikopatolojinin uterin çevreyi olumsuz yönde etkilediği ve bu

yüzden fetal zararlara yol açtığı düşünülmektedir (20). Steer ve arkadaşları, Beck Depresyon Ölçeği'nden (BDÖ) 21 ve üzerinde puan alan ve herhangi bir tedavi almayan kadınlarda preterm eylem (<37 hafta), düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma (<2500gr), gestasyonel yaşa göre küçük bebek doğurma (<10.persentil) görülme risklerinin daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. 389 gebenin katıldığı çalışmada BDÖ skorunda her 1 puan artışına karşılık gebeliğin sağlıksız sonuçlanma riskinin %5'ten %7'ye çıktığı bulunmuştur (p<0.05) (55). Benzer şekilde bu konuyla ilgili yapılan diğer çalışmalarda da prenatal stres ve depresyonun, düşük doğum ağırlıklı ve gestasyonel yaşa göre küçük bebek doğurma riskini artırdığı görülmüştür (54,55,58,69,70). Düşük sosyoekonomik düzeye sahip gebelerde yapılan bir çalışmada depresyonla, fetal büyüme geriliği ve gestasyonel yaşa göre küçük bebek doğurma ilişkili bulunmuştur (48). Başka bir çalışmada yüksek hipotalamik, pitüiter ve plasental hormon düzeyleri ile preterm eylem arasında çok açık bir ilişki olduğu saptanmıştır (51,57). Son zamanlarda yapılan çalışmalarda maternal depresyonla bebeğin baş çevresinin küçüklüğü ve düşük APGAR skoru arasında ilişki olduğu belirtilmektedir (39,47). Perinatal depresyon, fetoplasental bütünlük ve fetal santral sinir sistemi gelişimi açısından önemli bir sorun teşkil etmektedir (71).

4.1.11.4. Preeklampsi Ve Depresyon İlişkisi

Yapılan çalışmaların sonuçlarında depresyon ve preeklampsi arasında da bağlantı olduğu belirtilmiştir. Gebeliğin 20. haftasından sonra ortaya çıkan ve gebeliğin sonlanması ile ortadan kaybolan kan basıncı yüksekliği, günlük 300 mg'ın üstünde proteinüri ve ödem olması şeklinde tanımlanan preeklampsi (7), ciddi bir gebelik komplikasyonudur. Ağır iş yapmak, depresyon ve anksiyete bu durumun gelişmesini kolaylaştırırken günlük yaşamın getirdiği stres bu komplikasyonla ilişkilendirilmemiştir. Kurki ve arkadaşları, preeklampsi için düşük risk taşıyan 623 Finlandiyalı nullipar kadın üzerinde bir çalışma yapmışlardır.

Bu çalışmada kadınların tümü sağlıklı bir ilk trimester geçirmiştir ve daha sonra 12. haftanın ortasında hepsine standart Beck Depresyon Ölçeği ve Anksiyete skalaları uygulanmıştır. Kadınların %30'unda depresyon semptomları saptanmış ve bu oran Finlandiyalı gebelerde bilinen depresyon prevalansı ile benzer olarak bulunmuştur (23). Gebelerin %16'sında anksiyete ve %4.5'de preeklampsi saptanmıştır. Depresyonun anksiyetede olduğu gibi preeklampsi riskini artırdığı anlaşılmıştır (odds ratio 2.5; %95CI, 1.2 – 5.3). Bu risk artışı ile BDÖ değeri arasında ilişki saptanmamıştır. Sözü geçen çalışmanın çoklu lojistik regresyon analizinde depresyonun preeklampsi riskini 2.5 kat artırdığı, depresyon veya anksiyetenin ise bu riski 3.1 kat artırdığı bulunmuştur. Yapılan çalışmaların sonucunda depresyon ve anksiyetenin zararlı etkilerini, vazoaaktif hormonların ve nöroendokrin transmitterlerin salınımlarındaki değişiklikler yoluyla gösterebileceği kanısına varılmıştır. Transmitterlerin salınımlarındaki değişikliklerin de vazokonstrüksiyona, uterin arter rezistans artışına ve sonuçta kan basıncı artışına sebep olabileceği düşünülmüştür (23,35).

4.1.11.5. Spontan Abortus İle Depresyon İlişkisi

Depresyonun spontan abortus için bir risk teşkil ettiğine dair yapılmış çeşitli çalışmalar bulunmaktadır (44–47). CRH, adrenokortikotrofik hormon (ACTH) gibi depresyonla ilişkili hormonlar ve stres, T hücreleri veya mast hücreleriyle etkileşerek sitokin üretiminde değişikliklere yol açabilmektedirler. Gebeliğin devamı için sinir ve endokrin sistemler arasında bir dengenin olması gerekmektedir; depresyon tarafından bozulan denge abortusa yol açabilir. Psikolojik faktörlerden etkilendiğinden şüphelenilen Th1-Th2 sitokinler arasında oluşacak bir dengesizliğin düşüklere yol açabileceği düşünülmektedir (46,72,73).

Psikolojik olayların endokrin ve immün sistem üzerindeki etkileri araştırıldıktan sonra gebe bir kadının psikolojik durumunun gebelik sonuçlarını bu sistemler üzerinden etkileyebileceği kanısına varılmıştır (34). Rekürren spontan abortus hikayesi olan kadınlarda psikolojik bozukluklar görülebilmektedir; bu vakalarda altta yatan asıl neden depresyon olabilmektedir ya da yaşananların sonucu olarak depresyon görülebilmektedir. Yayınlanmış olan birkaç çalışmada emosyonel stresin rekürren spontan abortus ve infertilite durumları ile ilgili olabileceği gösterilmiştir (45,73). Aksine bazı çalışmalarda ise bu ilişki gösterilememiştir (74). Yakın zamanlarda yapılan bir çalışmada düşüğün habercisi olduğu düşünülen natural-killer cell aktivitesiyle kadınlardaki sinirlilik ve depresif semptom bulunma durumunun ilişkili olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda pre- ve perikonsepsiyonel psikolojik durumun, kadının gebelik ve doğum sonuçlarıyla olduğu kadar fertilize olan oosit sayısı ile ilgili olduğu bulunmuştur (12). Sugiura-Ogasawara ve arkadaşları, spontan rekürren abortus yaşayan kadınlarda asıl sorunun psikososyal faktörler olup olmadığını araştırmışlardır. İki veya daha fazla düşüğü olan ve hiç doğum yapmamış olan kadınlara Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) psikopatoloji skalası uygulanarak kadınların kişisel özelliklerinin (depresyon dahil) düşüklere yol açıp açmadığını görmek için skala sonuçları değerlendirildi. Çalışmaya katılanların %22'si düşük yapmış ve düşük yapma durumu depresyon varlığı, sinirlilik, çevreye karşı hassasiyet, psikoz gibi durumlarla pozitif korelasyon göstermiştir (p=0.004). Sadece depresyon, abortus için istatistiksel olarak anlamlı bir prediktif değer taşımaktaydı. Akut ve kronik stresin immün sistemi etkilediği genel olarak kabul edildiği için bu çalışmada da depresyonun yarattığı kronik stresin, gebeliğin devamını etkileyebilecek immün sistem faktör değişiklikleriyle ilişkili olabileceği sonucuna varılmıştır (73).

4.1.11.6. Fetal Fizyoloji İle Depresyon İlişkisi

Ultrason kullanılarak yapılan bir çalışmada depresyonda olan gebelerin fetüslerinin depresyonda olmayan gebelerin fetüslerine göre daha çok uydukları ve daha az hareket ettikleri görülmüştür (12). Ultrason eşlinde yapılan benzer bir çalışmada gebelerde depresyonun, vibroakustik uyarı testine cevap olarak fetal kalp hızını değiştirebildiği gösterilmiştir (Vibroakustik uyarı testi sağlıklı bir fetüste kardiyokselerasyon yaratır ve genellikle fetal iyilik durumunu ölçmek için kullanılır). Bu çalışmada depresyonda olan gebelerin karın bölgelerine vibroakustik uyarı verildiğinde fetal cevapta gecikme olduğu görülmüş ve yüksek BDÖ skoruna göre sahip gebelerde fetal kalp hızının daha düşük olduğu saptanmıştır (71).

4.1.11.7. Depresif Gebenin Sağlık Durumunun Davranışlarına Etkisi

Depresyonun, obstetrik sonuçları olumsuz olarak etkileyip sağlıksız davranışlar ortaya çıkarabileceği belirtilmektedir. Bunun yanında sağlıksız yaşam tarzına ve davranışlara sahip gebelerde depresyon ortaya çıkabilmektedir (34,61). Mental hastalıklar, karar verebilme becerisini etkileyebilecek bilişsel tahribatlara yol açabilirler; bu durum antenatal olarak dikkat eksikliği ve uyuşturucu madde kullanımı ile de ilişkili olabilmektedir (61,75). Zuckerman ve arkadaşları gebelikte görülen depresyon ile sigara, alkol ve kokain kullanımı arasında önemli düzeyde bir ilişki saptamışlardır (61). Depresyonu olan gebelerin hekimin gebelik için önerdiği işleri yapabilmeleri daha zorlaşmaktadır. Bu hastalar beslenme problemi yaşarlar, karar vermeleri zorlaşır ve uykusuzluktan şikayet ederler; depresyonu olmayan gebelere göre daha sağlıksız davranışlar sergileyebilirler. Depresyonda olan kadınların sosyal fonksiyonlarında azalma, duygusal olarak içe kapanma ve gelecekte ebeveyn olabilme kaygısı ile ilgili problemleri olabilmektedir. Gebelikleri hakkında aşırı tasaları olabilir ve obstetrik muayene, rutin

ultrason kontrollerini ihmal edebilirler. İştahları azaldığı için gebelik boyunca normalden daha az kilo alırlar. Kendilerine bakımları azalabilir ve prenatal bakımın gereklerine uymayabilirler. Tersine depresyonda olmayan kadınlar gebelikle ilgili sağlık konularıyla daha çok ilgilidirler (34). Depresyonda olan kadınlar depresyonda olmayanlara göre prenatal dönemde daha az vitamin kullanmaktadırlar ve folik asit hakkındaki bilgileri daha azdır (61). Depresyondaki gebeler yardım istemek konusunda isteksizdirler ve obstetri servislerinin pek faydalı olduğuna inanmazlar (61,76). Bu davranışların tümü gebeliğin problemlili sonuçlanma riskini artırabilmektedir. İleri derecede depresyon, ayrıca kendine zarar verme, psikotik, atılgan ve zararlı davranışlar sergileme riskini de artırmaktadır. Gebelikte görülen depresyonun psikiyatrik rahatsızlıkların akut formlarına dönüşebildiği bildirilmektedir (16).

4.1.11.8. Perinatal Gelişme Üzerine Etkileri

Gebelikte yaşanan stres, çocukta gelişimsel problemlere yol açabilmektedir (ağlama, hiperaktivite, kolay kırılma, asosyal davranışlar sergileme, şizofreni, dikkat eksikliği hiperaktivite hastalığı) (57).

4.1.11.9. Perinatal Depresyonun Çocukların Psikolojileri Üzerine Etkileri

2003'te yapılan bir çalışmada tedavi edilmemiş antenatal depresyonu olan annelerin çocuklarında suç işleme potansiyelinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (77). Ayrıca yapılan çalışmalarda depresyonsuz annelerden doğan çocuklara oranla depresyonlu annelerden çocuklarda depresyon gelişme riskinin 6 kat arttığı bulunmuştur, bu durum çocuklarda depresyon gelişme etyolojisinde çevresel faktörlerle birlikte genetik yatkınlığın da rolü olduğunu akla getirmektedir (78).

4.1.12. Gebelikteki Depresyonun Tedavisi Ve Önlenmesi

Gebelikteki depresyonu önlemedeki ilk adım risk altındaki kadınların belirlenmesidir. Risk altında bulunan kadınların erken belirlenmesi, bu konuda önleyici girişimlerin yapılmasına olanak sunabilecektir. Gebelikteki depresyon, güvenilir tarama yöntemleri kullanılarak belirlenmelidir (31).

Gebelikte görülen depresyon için tedavi seçenekleri psikoterapi (kişisel veya grup), farmakoterapi (antidepresan ilaçlar), nonfarmakolojik biyolojik tedavilerdir [parlak-ışık terapisi ve elektrokonvulzif terapidir (EKT)] (79,80).

En yaygın olarak kullanılan iki psikoterapi, sosyal etkileşimler, yaşamdaki yeni dönemlere uyum sağlayabilme konuları üzerinde duran kişilerarası ilişkiler psikoterapisi (KAT) ve hastaların kendi başlarına çeşitli düşünce türleriyle başa çıkabilmelerini amaçlayan bilişsel-davranışçı tedavidir (BDT). Gebelikte KAT' nin kullanılması ile 16 hafta sonunda duygudurumun yeterince düzeldiği gösterilmiştir. Maalesef diğer nonfarmakolojik tedavi yaklaşımlarının prenatal depresyonda etkinliği üzerine yapılmış çok az çalışma bulunmaktadır (81).

4.1.12.1. Farmakolojik Tedavi

Günümüzde selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ve selektif serotonin ve norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI) en sık kullanılanlardır. Trisiklik antidepresanlar gibi eski antidepresanlar artık majör depresyonda rutin olarak birinci seçenek ilaç grubu olarak kullanılmamaktadırlar. SSRI grubu ilaçlar fluoksetin, paroksetin, sertralin, fluvoksamin ve sitalopramdır. Venlafaksin SNRI grubu ilaçlara bir örnektir. Bupropion ve mirtazapin gebe kadınlarda kullanılabilen çift etkili yeni antidepresanlar arasındadır. Venlafaksin ve tüm SSRI'ların plasentaya geçtiği bulunmuştur. Paroksetin ve sertralin, fluoksetine göre plasentaya daha yavaş geçmektedirler; bu duruma klinik uygulamalarda

dikkat etmek gerekir. Eğer bir hasta, örneğin fluoksetine daha iyi cevap veremekteyse gebeliğinde de o ilacı kullanılması önerilmektedir. Her anne ve bebeğin ilaçları metabolize edişleri farklı olacağı için gebelik sırasında belli bir ilacın evrenselleştirilmesi doğru olmayacaktır (4). Tablo 4.4’de gebelikte SSRI ve SNRI kullanımı ile ilgili sonuçlar özetlenmektedir (15).

Gebelik sırasında antidepresan ilaç tedavisi verilmesi, teratojenite, neonatal toksisite ve çocuğun gelişimi üzerinde olumsuz etkiler oluşturma riskleri taşımaktadır. Bu durum hem annenin hem de hekimin endişelenmesine sebep olmaktadır. SSRI’ların veya venlafaksinin teratojeniteyi artırdığına dair geçerli bir kanıt bulunmasa da birinci trimesterde bu konudaki temel endişe, fetüste oluşabilecek malformasyonlardır. Üçüncü trimesterde antidepresanlara maruziyet ile respiratuar distres, beslenme problemleri ve düşük doğum ağırlığı gibi yenidoğan problemleri doğrudan ilişkili olduğu için bu dönemde daha çok yenidoğanda görülebilecek olan çekilme belirtilerinden endişelenilir. Ancak bu etkilerin geçici olduğu gösterilmiştir (15).

Yakın zamanda Kanada’da üçüncü trimesterde SSRI kullanımı hakkında bir uyarı yayınlanmıştır: “Her ne kadar anneler ve hekimler, ilaç maruziyeti konusunda edişelenseler de bu ilaçların hızlı bir şekilde bırakılması relaps riskini oldukça artırabilmektedir. SSRI kullanımı durumunda, bebeğin doğum sırasında yakın takibinin yapılabilmesi ve gerekirse uygun tedavinin verilebilmesi açısından obstetrisyenlerin ve neonatolojistlerin mutlaka bilgilendirilmeleri gerekir” (15,82).

Gebelikte trisiklik antidepresan kullanımının kısa ve uzun süreli etkileri hakkında yapılan 400’den fazla çalışmada bu grubun majör yan etki oluşturma riskine sahip olduğu belirtilmektedir. Trisiklik antidepresanlar günümüzde fazla kullanılmamaktadır. Monoamin oksidaz inhibitörlerinin kullanımı gebelikte önerilmemektedir (15).

Tablo 4.4. Gebelikte antidepresan kullanımının güvenilirliği üzerine yapılan çalışmalara ait bulguların özeti (15)

İlaç (maruz kalan bebek sayısı)	Obstetrik komplikasyonlar ve yenidoğanda çekilme belirtileri	Uzun-sürelilikleri
Fluoksetin (1532)	Üçüncü trimester: Prematür doğum veya perinatal komplikasyonlar; yüksek doz düşük doğum ağırlığına yol açabilir; Geçici çekilme belirtileri*	Uzun süreli etkisi yok; depresif annelerin ço- cuklarında bilişsel ve konuşma problemleri görülmedi.
Sertralin (234)	Geçici çekilme belirtileri*	İleri araştırmalar gerekmektedir.
Paroksetin (313)	Geçici çekilme belirtileri*	İleri araştırmalar gerekmektedir.
Sitalopram (318) İsveç doğum sicil kayıtlarına göre (375); Lundbeck Safety verilerine göre(100)	Yok	İleri araştırmalar gerekmektedir.
Fluvoksamin (30)	Yok	İleri araştırmalar gerekmektedir.
Venlafaksin (174)	Geçici çekilme belirtileri*	İleri araştırmalar gerekmektedir.
Mirtazapin (9)	Yok	İleri araştırmalar gerekmektedir.
Bupropiyon (534)	Yok	İleri araştırmalar gerekmektedir.
Trazodon (58) Nefazodon (89)	Yok	İleri araştırmalar gerekmektedir.

Bu ilaçlardan herhangi birinin kullanımı ile teratojenite artmamaktadır.

*Geçici yenidoğan çekilme belirtileri respiratuar distres, sarılık, huzursuzluk, titreme ve ağlamanın artmasıdır.

4.1.12.2. Nonfarmakolojik Biyolojik Tedaviler

Işık tedavisi farmakolojik yaklaşıma alternatif olarak kullanılabilir ve antenatal depresyonun tedavisinde etkili olduğu gösterilmiştir. Bu tedavi yaklaşımı özellikle mevsimsel değişim gösteren duygudurumuna sahip hastalar ve gebeliklerinde antidepresan kullanmak istemeyenler için faydalı olmaktadır (83).

Nadir olarak kullanılan EKT'nin birkaç vaka çalışmasında gebelikte güvenilir ve etkili olduğu gösterilmiştir. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin EKT kullanımı konusunda katı kuralları vardır; EKT'nin sadece, ileri derecede psikotik veya akut suicidal girişimde bulunmuş vakalarda ve diğer terapilerin veya ilaçların tedavide başarısız olduğu vakalarda kullanılmasını önermektedirler (84).

Gebelikte görülen depresyonun tedavisinde karar verirken, hekim ve hasta işbirliği içinde olmalıdır. Her vakanın tedavisinin kendisine özgü seçilmesi gerekmektedir. Örneğin, gebe kaldığında ilaç kullanmakta olup tekrarlayan depresif atak geçirme hikayesi olan kadınlar, postpartum dönem dahil gebelikleri boyunca ilaçlarını kullanmaya devam etmeleri konusunda teşvik edilmelidirler. Yine şiddetli depresyon geçirme öyküsü olup gebeliğinde atak geçiren hastalara, geçmiş atağında başarılı cevap alınmış olan antidepresan tedavinin önerilmesi gerekmektedir. Gebeliğinde ilk depresif atağını yaşayan hastalar için antidepresanlar, ancak depresyon şiddetli ise ve psikoterapiye cevap vermiyor ise önerilebilmektedir. Kar-zarar oranına bakıldığında, gebelikte görülen depresyonun tedavi edilmesinin olumlu sonuçlar getireceği daha ağır basmaktadır (15,85).

Gebelik ve doğumun riskli olduğu durumlarda ise daha önce belirtilen bir dizi ruhsal ve davranışsal tepkiler ortaya çıkar ki, bunlar uyum güçlüğünden, ciddi psikopatolojik yanıtlara dek uzanır. Bu alanda yardımcı olarak psikiyatrist, obstetrik ve jinekolojik yöntemleri tanımalı, bu dönemde kullanılması söz konusu ilaçların psikişik yan etkilerini bilmeli, ayrıca gebeliğin psikodinamiğini ve psikolojisini tıbbi, endokrin boyutları ile

birlikte kavramalıdır. Ayrıca bu alandaki uzmanları ve tedavi ekibini tanımalı, işbirliği içinde olmalı, bazen o ekibin içinde yer almalı; tıbbi değerlendirmenin ve görüş bildirmenin yanında, gebenin psişik süreçlerini tanımalı, koşulları terapötik kılmaya çalışmalıdır. Gebenin bağımlılık gereksinimi, motivasyonunu artırıcı yönde etkileyebilir. Bu dönemdeki destek sadece riskleri azaltmayacak, anneliğe de hazırlayarak kolaylaştıracaktır. Gebe kadınların, gebelik, doğum, postpartum dönem konusunda bilgilendirilmesi, eşin kadının yanında katılımı, gevşeme egzersizleri ile doğumun kolaylaştırılması gibi uygulamalarla gebe kadının, korku ve kaygısının, endişeli bekleyişinin azaltılması, kendi durumu üzerinde denetimi sağlayabileceği duygusunun gelişmesi açısından yararlıdır (2).

4.2. RİSKLİ GEBELİKLERDE YAŞAM KALİTESİ

4.2.1. Yaşam Kalitesinin Tanımı

Dünya sağlık örgütünün (DSÖ) 1948’te, sağlığı “yalnızca hastalık bulunmayışıyla değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali” olarak tanımlamasından sonra, sağlıkla ilişkin iyilik halinin ölçülebilmesi için, yaşam kalitesi kavramı sağlık hizmetleri uygulamaları ve araştırmalarında giderek artan bir önem kazanmıştır (86).

Yaşam kalitesi, bireylerin kendi kültürleri ve değerler sistemi içinde kendi durumlarını algılayış biçimidir. Yaşam kalitesi kavramı çok boyutludur, zaman içinde değişim gösterebilir, bireylerin beklentileriyle ve yaşantısıyla ilişkilidir, bu nedenle objektif olarak ölçülmesi zordur (86).

“Yaşam kalitesi” karmaşık ve soyut bir kavramdır. Bu konu hakkındaki düşünürler, yaşam kalitesini maddi çevrenin uygunluğu ve insanların bunu algılayış biçimi olarak yorumlamaktadır. Yaşam kalitesi çoğunlukla bireylerin “iyi olma” durumu olarak da değerlendirilmektedir. Meeberg yaşam kalitesini çok yönlü tatmin olma; mutluluk ve

zevkin kişisel algısı olarak değerlendirmiştir. Buna rağmen düşünürler çoğunlukla yaşam kalitesini hayattan tatmin olma, mutluluk ve moral kavramlarının yerine de kullanırlar (87).

Yaşam kalitesi, bir kişinin görünürdeki fiziksel ve zihinsel zindelik durumudur. Birçok etmen yaşam kalitesine katkıda bulunabilir. Bunlar arasında yaşamın iyi olması, kişinin mutluluğu ve başkalarına bağımlı olmadan işlerini yaparak yaşamın keyfini çıkarması sayılabilir. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, hastalıklar ve hastalıkların tedavisiyle etkilenebilen durumlarla ilgilidir. Örneğin, hastalığa bağlı ağrı ve bunun işlevlere getirdiği kısıtlamalar, günlük etkinliklerde başkalarının yardımını gerektirir ve hastanın yaşam kalitesini azaltır. “Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?” gibi basit bir soru, yaşam kalitesini, resmi olmasa da bir ölçme yoludur. Son yıllarda gelişmiş ülkelerde sağlık hizmeti görevlileri genellikle yaşam kalitesini anketler kullanarak ölçerler. Bu anketler, hastadaki fiziksel ve zihinsel belirtiler, ağrı ve günlük yaşam etkinlikleri gibi birkaç konuyla ilgili sorular içerir. Bu tür anketler, doktorların bir hastalığın ya da tedavi uygulamalarının kişinin yaşamını nasıl etkilediğini daha iyi anlamalarını sağlar (88).

Teknolojinin ilerlemesi ile birlikte sağlıkta başarılı adımlar atılmış ve hastalıkların tedavisinde mesafeler kat edilmiştir. Buna bağlı olarak yaşam süresi uzamış ve kronik hastalıklar ile daha uzun süre birlikte yaşama zorunluluğu doğmuştur. Hastalıkların biyolojik yönden tedavisinde bu gelişmeler sağlanırken, hastaların psikososyal sorunları ile daha fazla ilgilenme zorunluluğu gündeme gelmiştir. Ek olarak, hastalıklar için etkili ilaçlar piyasaya sürüldükçe, bu ilaçlar arasındaki farkı da belirleyen hastanın tedavi sırasındaki konforu olmuştur. Böylece hastaların yaşam kalitesi giderek daha fazla ilgi çeker bir duruma gelmiştir. Çeşitli tedavi çalışmalarında %30–50 oranında yaşam kalitesinden söz edilmekte iken, klinik pratikte yaşam kalitesi ölçeği kullanımı ise yalnızca %2–7 oranındadır. Bunun dışında klinisyenler yaşam kalitesi konusunda olumlu görüş

bildirirken, günlük uygulamalarına pek yansıtmadıkları da bilinmektedir. 1973 yılından bu yana giderek artan sayıda klinik araştırmada yaşam kalitesi kavramı araştırmanın ana çıktısı olarak kullanılmaktadır (88).

Yaşamın zenginlik ve ödüllendirme, mutluluk ve ağrı gibi birçok yönü yaşam kalitesini etkilemektedir. Yaşam kalitesi sağlık kavramını içermektedir ancak bu kavramla sınırlı değildir. İnsan yaşamındaki önemli alanlar, sağlıklı ve hasta gruplarında yapılan araştırmalar sonucunda çeşitli şekillerde sınıflandırılmıştır. Flanagan yaşam kalitesini 15 yön içeren 5 ana dalda sınıflandırmaktadır (Tablo 4.5.) (88).

Yaşam kalitesinin özel bir formu olan “Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesi-SİYK” kavramı fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarda bireyin deneyimleri, inançları, beklentileri ve algılamalarından etkilenen sağlık algılarını içermektedir.

Tablo 4.5. Flanagan’ın insan yaşamındaki önemli alanlar sınıflaması

Fiziksel ve maddesel iyilik

1. Maddesel iyilik hali ve finansal güvenlik
2. Sağlık ve kişisel güvenlik

Diğer insanlarla ilişkiler

1. Eş ile ilişkiler
2. Çocuk sahibi olma ve büyütme
3. Ana-baba, torun veya diğer akrabalarla ilişkiler
4. Arkadaşlarla ilişkiler

Sosyal, toplumsal ilişkiler

1. Diğerlerine yardım ve destek
2. Yerel ve idari işlere katılım

Kişisel gelişme ve görevleri yerine getirme

1. Entellektuel gelişim
2. Anlama ve planlama
3. Mesleki rolü sürdürme
4. Yaratıcılık ve kendini ifade etme

Eğlence, dinlenme

1. Başkaları ile sosyal ilişkiler
2. Pasif ve gözlemsel eğlence, dinlenme eylemleri
3. Aktif eğlenceye katılım

4.2.2. Yaşam Kalitesi İle İlgili Kavramlar

4.2.2.1. Sağlık Durumu, Sağlık Algılaması

Sağlık durumu biyolojik, fizyolojik veya işlevsel bozuklukları ve belirtileri dikkate alarak bireyin göreceli iyilik veya hastalık halidir. Sağlık algılaması (veya algılanan sağlık) bireyin sağlık durumundan etkilenen öznel değerlendirmedir. Bazı insanlar bir veya daha çok kronik hastalık nedeniyle sıkıntı çekerken kendilerini sağlıklı saymakta, bazıları ise nesnel bir hastalık belirtisi yokken kendilerini hasta algılamaktadırlar.

4.2.2.2. İşlevsel Durum (Functional Status)

Bireyin temel gereksinimlerini karşılamak, her zamanki rolünü, sağlık ve iyilik halini sürdürmek için günlük işlevlerini yerine getirmedeki yeterliliğidir. İşlevsel kapasite, bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal alanlardaki günlük işlevleri yerine getirmedeki en yüksek kapasitesini yansıtırken, işlevsel performans günlük yaşam akışı içindeki işlevleri içermektedir. Herkes tarafından iyi olarak değerlendirilen ancak kendisini hasta olarak gören bir kişi kapasitesinden daha düşük işlevsel performansa sahip olabilir.

4.2.2.3. Ruhsal Durum (Mood)

Ruhsal durum uzun ve kısa süreli streslere (örneğin sağlık durumundaki değişiklikler) verilen duygusal yanıttır. Bireyin dünyaya karşı gösterdiği yüzü olarak tanımlanabilir. Depresyon, anksiyete veya kızgınlık, fiziksel hastalıklar ile birlikte olabilen ve bireyin işlevsel performansını, belirtileri, sağlık algılarını ve yaşam kalitesini etkileyen duygusal durumlardır.

4.2.2.4. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi (SİYK) (Health-Related Quality of Life)

SİYK bireyin sağlığını etkileyen veya sağlığından etkilenen yaşam alanlarındaki doyum ve mutluluğudur. SİYK sağlık hizmet durumunun alanına giren etkenlerle doğrudan ilişkisi nedeniyle yaşam kalitesinden ayrılır. Genel olarak SİYK değerlendirilmesi, sağlıkla ilgili değişkenlerin (örneğin hastalık veya tedavi), genelde (genel SİYK) veya belli bir hastalığı olanlarda (duruma özel SİYK) önemli olan yaşam olaylarıyla ilişkisini yansıtmaya çalışmaktadır (84). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, sağlığın bireylerin fonksiyonlarını yerine getirmedeki yeteneklerini ve bireylerin yaşamlarındaki algıladıkları fiziksel, mental ve sosyal alanı ifade eder. Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi ölçütleri, sağlık programları, tedavinin etkinliğinin değerlendirilmesi ve ekonomik değerlendirme çalışmalarında yaygın olarak kullanılmaktadır (86).

4.2.3. Yaşam Kalitesi Değerlendirmeleri

Yaşam kalitesi değerlendirmeleri genellikle 3 araştırma tasarımı içinde kullanılmaktadır:

1. Geniş örneklerle gerçekleştirilen ve yaşam kalitesini belirleyen bileşenleri tanımlayan kesitsel veya randomize olmayan longitudinal araştırmalar,

2. Bir program veya tedavinin sağlık üzerine etkilerini değerlendiren maliyet-etkinlik ve maliyet-yarar araştırmaları,

3. Randomize kontrollü klinik girişimler.

Genel yaşam kalitesi anketleri, hastalıklara ve hasta gruplarına özgü olmayıp, geniş populasyonlarda, genel sağlık araştırmalarında kullanılırlar. Hastalığa özel araçlar ise, çalışılan gruptaki hastalık ya da duruma en uygun olanlara yoğunlaşır. Hastalığa özel araçlar tedavi girişimlerinin değerlendirildiği klinik araştırmalar için çok uygundur. Klinik araştırmalarda kullanılan Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi-SİYK (Health Oriented QOL veya Health related QOL) anketleridir. Klinik araştırmaların amacına uygun olan sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçüm aracı belirlenirken, ölçüm aracının geçerli bir Türkçe çevriminin bulunup bulunmadığı da araştırılmalıdır. Yaşam kalitesi anketleri, hazırlandıkları ülkenin, kültürün ve dilin özelliklerini taşımaktadır. Anketin orijinalinden birebir çeviri ile kullanılması uygun değildir. Anketlerin dilden dile çevrilmesi işlemi yalnızca çeviriyi değil, kültürel uyum işlemlerini de gerektirmektedir. Anketleri hazırlayan kuruluşlar, diller arası çeviriler için belirli aşamaların gerçekleştirilmesi kuralını gözetmektedirler. Anketin çevirisi aşamaları, anketin hazırlandığı dilden (A dili) yeni dile (B dili) ileri çeviri B dilinden A diline geri çeviri, pilot uygulama ve geçerlilik çalışması gibi işlemleri içermektedir (88).

Tıbbın giderek ilerlediği günümüzde, sadece hastalıkların ortadan kaldırılması değil, kişilerin yaşam kalitelerinin artırılması da hedeflenmektedir. Bu nedenle de iyilik hali ve yaşam kalitesinin ölçülebilmesi konusunda giderek artan çaba gösterilmektedir. DSÖ de 1980'den beri yaşam kalitesini ölçmek ve değerlendirmek için çalışmalar yapmaktadır. Bu amaçla kişinin iyilik halini ölçen ve kültürlerarası karşılaştırmalara olanak veren geniş kapsamlı bir yaşam kalitesi ölçeği (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi-WHOQOL) geliştirmiştir. Dünya çapında 15 merkezde yapılan pilot çalışmalar sonucu 100 soruluk

WHOQOL-100 ve bunlardan seçilen 26 sorudan oluşan WHOQOL-BREF oluşturulmuştur. Türkçe geçerlilik çalışmaları sırasında bir ulusal soru eklenmesiyle oluşan WHOQOL-BREF-TR, 27 sorudan oluşmaktadır (86).

Yaşam kalitesi, bir yandan kişinin beden sağlığı, ruhsal durumu, sosyal ilişkileri, bağımsızlık düzeyi ve kişisel inançlarından, diğer yandan kendi çevresiyle olan ilişkilerinden karmaşık bir şekilde etkilenmektedir. Son yıllarda özellikle kronik hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesine yönelik çalışmalar artmıştır (89). Ancak riskli gebelerde yaşam kalitesi ile ilişkili çalışmalar yetersizdir.

Bu araştırmada, riskli ve risksiz gebeliği olanlarda sosyodemografik özelliklerin, depresif semptom görülme düzeylerinin, yaşam kalitelerinin ve bunların birbirleriyle olan ilişkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Şekli:

Bu araştırma, vaka kontrol tipinde bir araştırmadır. Bu araştırmada gebelik izlemi esnasında riskli gebeliği olan ve olmayan gebelerin sosyodemografik özelliklerinin incelenmesi, yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi, depresif belirtilerin tespit edilerek ve bunlarla ilişkili etmenlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gebelik izlemi sırasında saptanan risk faktörleri olarak aşağıdaki durumlar alındı:

- Hipertansif hastalıklar
- Şiddetli hiperemesis gravidarum
- Kilo alımındaki anormallikler
- Pyelonefrit
- Yüksek ateş
- Rh izoimmünizasyonu
- Diabetes mellitus
- Antenatal kanama
- Gebelik haftasına uygun olmayan fundus yüksekliği
- İntrauterin gelişme geriliği
- Polihidramnios ve oligohidramnios
- Preterm eylem
- Postterm gebelik
- Çoğul gebelik
- Akut cerrahi problemler
- Prezentasyon anomalileri alındı.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Evreni

Bu çalışma, 15 Şubat–31 Ağustos 2006 tarihleri arasında Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim dalında yapıldı. Belirtilen dönemdeki gebelerin tamamının çalışma kapsamına alınması hedeflenmiştir, fakat değişik nedenlerle ancak 297 vaka ve kontrol grubu gebe çalışmaya dahil edilebilmiştir (çalışmaya katılmayı istemeyenler, hafta sonu ve resmi tatil günlerinde serviste yatan gebeler çalışmaya alınamamıştır).

5.3. Araştırmanın Örneklemi

Riskli gebelik esnasında depresyon görülme sıklığı ortalama %48.0 olduğundan ve $\pm\%10$ sapma düşünüldüğünden $n=t^2.p.q/d^2$ formülüne göre en az 95 riskli gebeye ulaşılması gerekmektedir (90). Her riskli gebeliğe karşın en az bir normal gebeliği olan kadın alınması planlandığında en az 190 gebeye ulaşılması gerekmektedir. Çalışmaya alınan her riskli gebe yaş ve evlilik sayıları açısından kontrol grubu ile benzer tutuldu. Çalışmamıza vaka grubuna 115 gebe, kontrol grubuna 182 gebe olmak üzere toplam 297 gebe alındı.

5.4. Verilerin Toplanması

Araştırma için gerekli verileri toplama amacı ile üç form kullanılmıştır. Birinci form çalışmaya alınan gebelerin sosyodemografik özelliklerini ve gebelik öykülerini belirlemek için hazırlanan sosyodemografik bilgi formu, ikinci form yaşam kalitesi değerlendirme ölçeği olan WHOQOL-BREF (TR) ve üçüncü form ise depresif semptomların değerlendirilmesi için kullanılan Beck Depresyon Ölçeğidir. Anket formları, araştırmacı tarafından kadınlara bilgi verilip rızaları alındıktan sonra yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanıp verilen cevaplar ankete araştırmacı tarafından kaydedildi.

5.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Bu formda, gebelerin sosyodemografik bilgileri; gebelerin yaşları, eğitim düzeyleri, çalışma durumları, önceki gebelikleri ve doğum öyküleri, gebenin ve eşinin sigara içme durumları, gebelik izlemi sırasında saptanan risk faktörleri, bu risk başlamadan önce önemli bir stres, psikiyatrik hastalık ve tedavi öyküsü, bebeğin istenme durumu, bebek hakkındaki endişeler, eşi ile uyumları ve riskli gebelik belirlendikten sonra yaşam biçiminde değişiklik olup olmadığı sorgulandı.

5.4.2. WHOQOL-BREF (TR)

WHOQOL ölçeğinin WHOQOL–100 (uzun form) ve WHOQOL-Brief (kısa form) olmak üzere 2 sürümü mevcuttur:

WHOQOL–100 orijinal ölçeği 100 sorudan oluşmaktadır. Ölçek 6 alan (domain) ve 25 bölümden (facet) oluşmaktadır. Her bir bölüm 4'er sorudan oluşmaktadır. Sorular 5'li Likert tipi ordinal yanıt ölçeğine sahiptir. Ölçeğin toplam skoru yoktur. Her bir bölüm ve alan maksimum 20 puan veya 100 puan üzerinden skor alır. Yüksek puan daha iyi yaşam kalitesini ifade eder. Bu ölçeğin Türkçe sürümünde (WHOQOL–100 TR) ayrı bir "Sosyal Baskı" fasetini oluşturan Türkiye'ye özgü 3 ek soru daha vardır.

WHOQOL-Brief, orijinal ölçekteki (WHOQOL–100) genel bölümden (fasetten) iki, geri kalan 24 fasetten de birer soru alınarak oluşturulmuş olan 26 soruluk bir ölçektir. WHOQOL-Brief, uzun ölçeğin aksine 4 alan (domain)'den oluşmuştur. Ayrı ayrı bölümleri yoktur. Bu ölçeğin de toplam skoru yoktur. Her bir bölüm ve alan maksimum 20 puan veya 100 puan üzerinden skor alır. Ölçek skorları arttıkça algılanan yaşam kalitesi de artmaktadır.

Bu araştırmada Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış DSÖ Yaşam Kalitesi leği kısa formu (WHOQOL-BREF TR) uygulanmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığı için hesaplanan ‘‘cronbach alfa’’ değerleri bedensel alanda 0.83, ruhsal alanda 0.66, sosyal alanda 0.53, evre alanında 0.73 ve ulusal evre alanında 0.73 bulunmuştur. Test-tekrar test güvenirliliğini hesaplamaya yönelik her soru için hesaplanan pearson katsayıları 0.57 ve 0.81 arasında değişmektedir (91).

Bu ölçeğin beş alt skoru bulunmaktadır: Fiziksel Sağlık Alanı (FSA), Psikolojik Sağlık Alanı (PSA),evre Alanı(A), Sosyal İlişkiler Alanı (SİA), Ulusal evre Alanı (UÇA). WHOQOL-BREF-TR 27 sorudan oluşmaktadır (86). Soruların son 15 gün dikkate alınarak yanıtlanması istenmiştir. İlk iki genel soru dışındaki sorular kullanılarak bedensel, psikolojik, sosyal, evre ve ulusal evre alan puanları hesaplanmıştır. Alanlara göre soruların içeriği şöyledir:

Fiziksel Sağlık Alanı (FSA): Üç temel konuyu içine almaktadır. Bunlar kişilerin ağrı ve rahatsızlık, canlılık ve bitkinlik, uyku ve dinlenme durumları ile ilgilidir. Bu üç konu baz alınarak, kişilerin yaşadığı hoş olmayan bedensel duyuları ve bunlardan ne derece rahatsız olunduğunu ortaya çıkarır. Kişinin serbest etkinlikleri sırasındaki canlılık, coşku ve dayanıklılığını araştırır. Ne kadar uyunup dinlendiği, bu alandaki sorunlar ve tüm bunların kişinin yaşam kalitesine olan etkileri ile ilgilidir.

Psikolojik Sağlık Alanı (PSA): Bu bölüm kişinin iç huzuru, denge, barışıklık, mutluluk, mit, neşe, yaşamdaki iyi şeylerden tat alma gibi olumlu duyguların yanı sıra; ümitsizlik, suçluluk, üzüntü, sinirlilik, bunaltı, yaşamdan haz alamama gibi olumsuz duyguları da ne ölçüde yaşadığını; düşünme, öğrenme, bellek, dikkat toplama ve karar verme yetisi hakkındaki görüşünü; kişinin kendisi hakkında ne hissettiğini ve dış görünüşüne bakış açısını inceler.

Çevre Alanı (ÇA): Bu bölüm kişinin fiziksel emniyet ve güvenlik algısını ve yaşadığı yerin onun yaşamına olan etkisini, maddi kaynaklarına, yakın çevresindeki sağlık hizmetlerine ve sosyal yardıma bakış açısını inceler. Ayrıca kişinin neler olup bittiği hakkında fikir sahibi olma ve yeni bilgi ve beceriler edinme arzu ve fırsatlarına, boş zaman değerlendirme fırsatlarına ve çevresine bakış açısını; bir yerlere gidebilmek için ulaşım araçlarını bulabilmesinin ve onlardan yararlanabilmesinin ne kadar kolay olduğu hakkındaki görüşünü araştırır.

Sosyal İlişkiler Alanı (SİA): Bu bölüm, kişilerin diğer kişilerle kurduğu yakın ilişkilerinden ne ölçüde dostluk, sevgi ve destek beklediklerini ve kişinin ailesinden aldığı destek, onay ve gündelik yardımları nasıl değerlendirdiğini araştırır. Aynı zamanda bu bölüm kişinin cinsel dürtü ve isteğini kapsar. Cinsel arzusunu uygun biçimde ifade edebilme ve yaşayabilme düzeyi ile ilgilidir.

Ulusal çevre alanı (UÇA): Kişilerin yaşamlarındaki kendilerine yakın olan kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinde, baskı ve kontrol ile ilgili zorlukların ne ölçüde olduğu ile ilgili olan bölümdür (92).

5.4.3.3. Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Envanteri, kişide depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla sağlıklı ve psikiyatrik hasta gruplarında kullanılabilen bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam 21 kendini değerlendirme sorusu içermektedir. Dörtlü Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Hastalar ölçeğin üzerine işaretleyerek yanıt verirler (Çalışmamızda cevaplandırma konusunda yardım isteyenlere yönlendirici olunmadan yardımcı olundu). Her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır ve toplam puan bunların toplanması ile elde edilir. Toplam puan 0-63 arasında değişir. Ölçeğin Türkçe için geçerlik ve güvenilirlik makalesinde kesme

puanının 17 olarak kabul edildiği belirtilmiştir. Güvenilirlik çalışmasında, 17 kesme puanında Cronbach alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur. Yarıya bölme güvenilirliğinde, $r=0.74$ olarak belirlenmiştir (93).

5.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

İlgili kurumun ve gebe kadınların izni alındıktan sonra gebelere sosyodemografik bilgi formu, yaşam kalitesi leği (WHOQOL-BREF (TR)) ve Beck Depresyon leği (BDÖ) araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile uygulandı.

5.6. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Veriler, SPSS 13.0 (Scientific Packages for Social Sciences) paket programı ile değerlendirildi. Yaş, gelir, BDÖ ve WHOQOL-Brief domainlere ait ortalama değerler ve standart deviasyonlar Student t-testi kullanılarak karşılaştırıldı. Kategorik verilerin sıklık dağılımları verilerek gruplar arasında Ki-kare testi kullanıldı. Ki-kare testinde anlamlı bulunan veriler lojistik regresyon analizi ile değerlendirildi (%95 Güven Aralığında). Riskli gebelerin bütün WHOQOL alt puanları ile BDÖ puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde ise Pearson bağıntı analizi kullanıldı. İstatistiksel nemlilik düzeyi olarak $p<0.05$ alındı.

6. BULGULAR

Çalışmamıza toplam 297 gebe alındı. Bu gebelerin 115'inde (%38.7) gebelik izleminde saptanan risk faktörleri mevcuttu. 182 (%61.3) gebede ise gebelik izleminde gebeliğe ait herhangi bir risk faktörü mevcut değildi.

Çalışmaya alınan gebelerin genel olarak yaş ortalaması 26.74 ± 5.00 (median=26.0, min=17, max=42) olarak bulundu. Gebelerin 295'i (%99.3) evli, 1'i (%0.3) dul ve 1'i de (%0.3) eşinden ayrı yaşamakta idi. Evlenme yaş ortalamaları 20.71 ± 3.55 (median=20.0, min=14, max=34) idi. Gebelerin 286'sının (%96.3) ilk evliliği idi ve 286'sının da (%96.3) resmi nikahı mevcuttu. Gebelerin 188'i (%63.3) ilde, 66'sı (%22.2) ilçede, 19'u (%6.4) kasabada, 24'ü (%8.1) köyde yaşamakta idi. Çalışmaya katılanların ortalama gelir düzeyi 1245.69 ± 1154.06 YTL (median=900, min=20, max=10.000) idi.

Gebelik izleminde risk faktörleri saptanan gebelerin almış oldukları tanıların dağılımı Tablo 5.1'de görülmektedir.

Tablo-5.1. Riskli Gebelerin Tanılarının Dağılımları

Tanımlar	n	%
Antenatal kanama	30	26.1
Poli/oligohidroamnios	22	19.1
Hipertansif hastalıklar	16	13.9
Preterm eylem	15	13.0
İntrauterin gelişme geriliği	14	12.2
Çoğul gebelik	11	9.6
Gestasyonel Diyabetes Mellitus	4	3.5
Şiddetli Hiperemezis gravidarum	3	2.6
Toplam	115	100.0

Tablo 5.2’de kadınların gebelikteki risk durumlarına göre sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması görülmektedir. İki grup arasında gebelerin yaş ortalamaları ($p=0.302$), gebelerin eğitim durumları ($p=0.089$), evlenme yaşları ($p=0.908$), evlilik sayıları ($p=0.879$), resmi nikah durumları ($p=0.434$), aile tipleri ($p=0.474$), çocuk sayıları ($p=0.126$), kendilerinin ve eşlerinin sigara içme özellikleri ($p=0.214$, $p=0.113$) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Ayrıca her iki grupta gebelerin yaşadıkları yer ile risk durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p=0.431$). Gebelerin gebelikteki risk durumlarını eşlerinin eğitim düzeylerine göre incelediğimizde, üniversite ve yükseköğretim mezunu eşlere sahip olan gebelerde riskli gebelik durumu istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulundu ($p=0.003$). Çalışan gebelerde çalışmayanlara göre riskli gebelik durumu istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulundu ($p=0.010$). Gebelikteki risk durumlarını eşlerinin mesleğine göre incelediğimizde, eşleri memur olan gebelerde riskli gebelik durumu istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulundu ($p=0.038$).

Tablo-5.2. Kadınların gebelikteki risk durumlarına göre sosyodemografik özelliklerinin dağılımları

Sosyo-demografik özellikler	Vaka (n=115)		Kontrol (n=182)		Toplam (n=297)		X ² /t	p
	n	%	n	%	n	%		
Yaş (Ort±Std)*	27.12±5.67		26.50±4.53				1.037	0.302
Gebenin eğitim durumu								
İlkokul ve altı	81	43.1	107	56.9	188	100.0		
Ortaokul	10	40.0	15	60.0	25	100.0		
Lise	16	34.0	31	66.0	47	100.0		
Üniversite-yüksekokul	8	21.6	29	78.4	37	100.0	6.519	0.089
Eşin eğitim durumu								
İlkokul ve altı	47	43.1	62	56.9	109	100.0		
Ortaokul	20	51.3	9	48.7	39	100.0		
Lise	36	41.9	50	58.1	86	100.0		
Yüksekokul	12	19.0	51	81.0	63	100.0	14.116	0.003
Gebenin çalışma durumu								
Çalışmayan	108	41.7	151	58.3	259	100.0		
Çalışan	7	18.4	31	81.6	38	100.0	6.618	0.010
Eşin mesleği								
İşsiz	4	36.4	7	63.6	11	100.0		
Memur	16	25.4	47	74.6	63	100.0	8.449	0.038
İşçi	42	48.8	44	51.2	86	100.0		
Serbest	53	38.7	84	61.3	137	100.0		
Evlenme yaşı*	20.68±3.86		20.73±3.35				0.116	0.908
Yaş gruplarına göre evlenme yaşı								
18 yaş ve altı	34	42.0	47	58.0	81	100.0	0.327	0.568
19 yaş-34 yaş	81	37.5	135	62.5	216	100.0		
Kaçıncı evlilik olduğu								
Birinci evlilik	110	38.5	176	61.5	286	100.0		
İkinci ve üzeri	5	45.5	6	54.5	11	100.0	0.023	0.879
Resmi nikah durumu								
Yok	6	54.5	5	45.5	11	100.0		
Var	109	38.1	177	61.9	286	100.0	0.612	0.434
Aile tipi								
Çekirdek aile	80	40.4	118	59.6	198	100.0		
Geniş aile	35	35.4	64	64.6	99	100.0	0.513	0.474
Yaşayan çocuk								
0	65	44.8	80	55.2	145	100.0		
1	23	28.8	57	71.3	80	100.0	5.712	0.126
2	18	38.3	29	61.7	47	100.0		
3 ve üzeri	9	36.0	16	64.0	25	100.0		
Aylık gelir ortalaması*	876.26±760.37		1479.12±1293.22				4.527	<0.001
Gebenin sigara içme durumu								
Sigara içen	7	63.9	4	36.4	11	100.0	3.082	0.214
Bırakan	8	34.8	15	65.2	23	100.0		
Hiç içmeyen	100	38.0	163	62.0	263	100.0		
Eşin sigara içme durumu								
Sigara içen	79	41.6	111	58.4	190	100.0		
Bırakan	2	14.3	12	85.7	14	100.0	4.360	0.113
Hiç içmeyen	34	36.6	59	63.4	93	100.0		

* Student-t testi kullanıldı. Diğerlerinde ki-kare testi kullanıldı.

Tablo 5.3’de vaka ve kontrol gruplarında gebelik öykülerinin karşılaştırılması görülmektedir. Gebeliklerinde risk tespit edilen kadınlarda risk tespit edilmeyenlere göre gebelik sayısı (p=0.713), parite (p=0.665), abortus (p=0.966) ve riskin tespit edildiği trimester (p=0.067) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı.

Tablo–5.3. Vaka ve kontrol gruplarında gebelik öykülerinin karşılaştırılması

Sosyo-demografik özellikler	Vaka (n=115)		Kontrol (n=182)		Toplam (n=297)		X ²	p
	n	%	n	%	n	%		
Gebelik sayısı								
1	46	41.8	64	58.2	110	100.0		
2	28	38.9	44	61.1	72	100.0		
3	21	33.9	41	66.1	62	100.0		
4	12	44.4	15	55.6	27	100.0		
5 ve üzeri	18	69.2	8	30.8	26	100.0	2.126	0.713
Parite								
0	76	57.6	56	42.4	132	100.0	1.574	0.665
1	54	65.9	28	34.1	82	100.0		
2	31	62.0	19	38.0	50	100.0		
3 ve üzeri	21	63.6	12	36.4	33	100.0		
Abortus								
0	132	60.8	85	39.2	217	100.0		
1	40	62.5	24	37.5	64	100.0	0.069	0.966
2 ve üzeri	10	62.5	6	37.5	16	100.0		
Gebelik haftası								
1.trimester (1–12.hafta)	8	38.1	13	61.9	21	100.0	5.407	0.067
2.trimester (13-27.hafta)	41	60.3	27	39.7	68	100.0		
3.trimester (28 ve üzeri)	133	63.9	75	36.1	208	100.0		

Tablo 5.4’de vaka ve kontrol gruplarında depresyon düzeylerinin dağılımları görülmektedir. Çalışmamıza katılan gebelerin %34.4’ünde (n=102) BDÖ düzeyleri 17 ve üzeri olarak bulundu. BDÖ düzeylerini kadınların gebelikteki risk durumlarına göre incelediğimizde, vaka grubunda (%42.6) kontrol grubuna (%29.1) göre depresyon düzeyi istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu (p=0.017).

Tablo-5.4. Vaka ve kontrol gruplarında Beck depresyon düzeylerinin dağılımları

Beck depresyon düzeyi	Vaka (n=115)		Kontrol (n=182)		t/x ²	p
	n	%	n	%		
BDÖ (Ort±Std)	16.40± 8.03		12.68±9.21		3.564	<0.001
16 ve altı	66	57.4	129	70.9		
17 ve üstü	49	42.6	53	29.1	5.103	0.017
Toplam	115	100.0	182	100.0		

Tablo 5.5’de vaka ve kontrol gruplarında gebelik öncesi aldıkları psikiyatrik tanı ve tedavi durumlarının karşılaştırılması görülmektedir. Gebelerin 37’sinin (%12.5) gebe kalmadan 1 ile 8 yıl öncesi dönemde, depresyon ve/veya anksiyete tanısı ve tedavisi almış oldukları tespit edildi. Gebelik öncesi psikiyatrik tanı ve tedavi alanlarda almayanlara göre, gebelik esnasındaki risk durumları (p=0.672) ve Beck depresyon düzeyleri (p=0.507) yüksek bulundu. Fakat bu durum istatistiksel açıdan anlamlı değildi (Tablo 5.6).

Tablo -5.5. Kadınların gebelik öncesi psikiyatrik tanı ve tedavi öykülerine göre dağılımları

Tedavi durumları	Vaka (n= 115)		Kontrol (n= 182)		Toplam (n=297)		x ²	p
	n	%	n	%	n	%		
Tanı ve tedavi yok	99	38.1	161	61.9	260	100.0		
Tanı ve tedavi var	16	43.2	21	56.8	37	100.0	0.179	0.672

Tablo–5.6. Gebelikleri esnasında BDÖ değeri 17 ve üzeri tespit edilen kadınların gebelik öncesi psikiyatrik tanı ve tedavi öykülerine göre dağılımları

Tedavi durumları	BDÖ ≤ 16 (n= 195)		BDÖ ≥ 17 (n= 102)		Toplam (n=297)		x ²	p
	n	%	n	%	n	%		
Tanı ve tedavi yok	173	66.5	87	33.5	260	100.0		
Tanı ve tedavi var	22	59.5	15	40.5	37	100.0	0.440	0.507

Tablo 5.7’de ki-kare testine göre riskli gebelik ve diğer değişkenler arasında anlamlı bulunan durumların lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmesi görülmektedir. Eşi ilkököl, ortaokul ve lise mezunu olan gebelerde eşi üniversite mezunu olanlara göre riskli gebelik durumu yaklaşık 3–4 kat artmakta idi. [Sırası ile OR, %95 CI; 3.060 (1.430–6.549), 4.474 (1.840–10.879), 3.222 (1.546–6.714)]. Çalışan kadınlarda çalışmayan kadınlara göre riskli gebelik daha az görülmekte idi [OR %95 CI; 0.316 (0.134–0.744)]. Eşinin mesleği memur olan gebeleri diğer meslek grupları ile mukayese ettiğimizde; eşi işçi, serbest ve işsiz olan gebelerde riskli gebelik görülme durumu yaklaşık 1.7–2.8 kat artmakta idi [Sırası ile OR, %95 CI; 2.804 (1.382–5.689), 1.853 (0.955–3.598), 1.679 (0.434–6.495)]. BDÖ düzeyi 17 ve üzeri olanlarda 16 ve altı olanlara göre riskli gebelik görülme durumu yaklaşık 1.8 kat artmakta idi. [OR=1.807, %95 CI; (1.108–2.946)].

Table-5.7. Vaka grubunda ki-kare testi ile anlamlı bulunan değişkenlerin lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmesi

Variable	Odds ratio	%95 CI	p
Eşin eğitimi			
Üniversite ve yükseköğretim	1.000		0.004
Lise	3.060	1.430–6.549	0.004
Ortaokul	4.474	1.840–10.879	0.001
İlköğretim ve altı	3.222	1.546–6.714	0.002
Kadının çalışma durumu	0.316	0.134–0.744	0.008
Eşin mesleği			
Memur	1.000		0.042
İşçi	2.804	1.382–5.689	0.004
Serbest	1.853	0.955–3.598	0.068
İşsiz	1.679	0.434–6.495	0.453
BDÖ	1.807	1.108–2.946	0.018

Tablo 5.8’de gebelerin risk durumlarına göre yaşam kalitesi alan puanlarının karşılaştırılması görülmektedir. Riskli gebelerin fiziksel sağlık ($p<0.001$), psikolojik sağlık ($p=0.036$), sosyal ilişkiler ($p<0.001$), ve genel ($p<0.001$) alanlarda yaşam kalitesi puanları, risk taşımayan gebelere göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede düşük bulundu.

Tablo-5.8. Gebelerin risk durumlarına göre yaşam kalitesi alan puanlarının dağılımları

Alanlar	Vaka (n= 117) Ort±Std	Kontrol (n= 182) Ort±Std	t	p
Fiziksel Sağlık Alanı	54.00±22.59	67.64±17.19	5.885	<0.001
Psikolojik Sağlık Alanı	52.60±18.32	57.46±19.95	2.109	0.036
Sosyal İlişkiler Alanı	56.44±23.70	66.60±23.08	3.659	<0.001
Çevre Alanı	64.13±13.89	74.29±70.13	1.533	0.126
Ulusal Çevre Alanı(TR)	65.52±12.83	74.81±69.97	1.409	0.160
Genel Alanı	56.61±13.46	65.41±14.24	5.294	<0.001

Gebelerin BDÖ değerlerine göre yaşam kalitesi alan puanları karşılaştırdığında, BDÖ \leq 16 olan gebelerde BDÖ \geq 17 olanlara göre, fiziksel sağlık (p<0.001), psikolojik sağlık (p<0.001), sosyal ilişkiler (p<0.001), çevre (p=0.007), ulusal çevre (p=0.008) ve genel alanda (p<0.001) yaşam kalitesi puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı derecede düşük olduğu bulundu (Tablo 5.9). Ayrıca bütün WHOQOL alt puanları ile riskli gebelerin BDÖ puanları arasında negatif yönde anlamlı korelasyon bulundu (Tablo 5.10).

Tablo-5.9. Gebelerin BDÖ değerlerine göre yaşam kalitesi alan puan dağılımları

Alanlar	BDÖ \leq 16 (n=195) Ort \pm Std	BDÖ \geq 17 (n= 102) Ort \pm Std	t	p
Fiziksel Sağlık Alanı	68.80 \pm 18.76	50.05 \pm 18.0.6	8.280	<0.001
Psikolojik Sağlık Alanı	64.34 \pm 13.29	38.84 \pm 18.40	13.697	<0.001
Sosyal İlişkiler Alanı	69.54 \pm 21.88	49.53 \pm 21.81	7.488	<0.001
Çevre Alanı	76.61 \pm 67.20	58.42 \pm 14.50	2.699	0.007
Ulusal Çevre Alanı (TR)	77.35 \pm 67.00	59.48 \pm 13.55	2.664	0.008
Genel Alan	68.63 \pm 11.08	49.33 \pm 11.79	13.941	<0.001

Tablo-5.10. Riskli gebelerin BDÖ değerlerine göre yaşam kalitesi arasındaki ilişki

Alanlar	Fiziksel sağlık		Psikolojik sağlık		Sosyal ilişkiler		Çevre alanı		U. Çevre alanı		Genel alan	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
BDÖ	-0.470	<0.01	-0.708	<0.01	-0.459	<0.01	-0.441	<0.01	-0.476	<0.01	-0.679	<0.01

Tablo 5.11’de vaka ve kontrol gruplarının bebekleri hakkındaki görüşleri ve sosyal destek dağılımları karşılaştırılmıştır. Riskli ve risksiz gebeler arasında cinsiyet beklentisi (p=0.541), gebeliğin istenmesi (p=0.877), ebeveynlerin bebeğin yaşamları üzerine etkisi hakkındaki beklentileri (p=0.132), sosyal destek açısından özel sırlarını paylaştıkları birilerinin olma durumu (p=0.556) ve eş uyumları (p=0.756) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı.

Tablo-5.11. Vaka ve kontrol gruplarının bebekleri hakkındaki görüşleri ve sosyal destek dağılımları

Sosyo-demografik özellikler	Kontrol (n=182)		Vaka (n=115)		Toplam (n=297)		X ²	p
	n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet beklentisi								
Beklenti yok	120	59.4	82	40.6	202	100.0		
Erkek bebek	30	68.2	14	31.8	44	100.0	1.228	0.541
Kız bebek	32	62.7	19	37.3	51	100.0		
Gebeliğin istenmesi								
Evet	156	61.7	97	38.3	253	100.0		
Hayır	26	59.1	18	40.9	44	100.0	0.024	0.877
Bebeğin yaşamları üzerine etkisi hakkındaki beklentiler								
Olumsuz	56	54.9	46	45.1	102	100.0		
Olumlu	126	64.6	69	35.4	195	100.0	2.269	0.132
Özel sırlarını paylaştıkları kimse								
Yok	24	58.5	17	41.5	41	100.0		
Yeterli değil	23	54.8	19	45.2	42	100.0	1.176	0.556
Yeterli	135	63.1	79	36.9	214	100.0		
Eş uyumu								
İyi	173	60.9	111	39.1	284	100.0		
Kötü	9	69.2	4	30.8	13	100.0	0.097	0.756

Tablo 5.12’de riskli gebelerin risklerinin başlama dönemlerinin ve yaşamlarına etkilerinin dağılımları görülmektedir. Riskli gebelerin 50’sinin (%43.5) risk durumları üçüncü trimesterde, 33’ünün (%28.7) birinci trimesterde ve 32’sinin (%27.8) ikinci trimesterde başlamıştı. 27 gebe (%23.5), risk durumları başlamadan önce stresli bir durum yaşamışlardı. 32 gebe (%27.8), risk durumlarından dolayı kendilerini suçlamaktaydılar. Riskli gebelerden 74’ü (%64.3), mevcut riskli durumları açısından eş desteği almaktaydılar. Riskli durum başladıktan sonra gebelerden 100’ünün (%87) ev yaşamlarında, 98’inin (%85.2) ise cinsel yaşamlarında olumsuz yönde değişiklikler olmuştu.

Tablo-5.12. Riskli gebelerin risklerinin başlama dönemlerinin ve yaşamlarına etkilerinin dağılımları

Risk faktörlerinin başlama dönemi	n (115)	%
Birinci trimester	33	28.7
İkinci trimester	32	27.8
Üçüncü trimester	50	43.5
Risk faktörü başlamadan önce stresli bir durum varlığı		
Yok	88	76.5
Var	27	23.5
Risk durumundan dolayı kendini suçlama durumu		
Yok	83	72.2
Var	32	27.8
Riskli duruma eşin desteği		
Yok	41	35.7
Var	74	64.3
Ev yaşamına etkisi		
Değişmedi	15	13.0
Halen ev işi yapamıyor	38	33.1
Halen veya sık sık hastanede yatıyor	62	53.9
Cinsel yaşama etkisi		
Değişmedi	17	14.8
Cinsel yaşam azaldı veya durdu	98	85.2
Toplam	115	100.0

7. TARTIŞMA

Riskli gebelikler genellikle anne, fetus ya da yenidoğanın doğumdan önce veya sonra artmış morbidite ve mortalite riskini taşıması diye tanımlanabilir. Gebelikte karşılaşılabilecek tüm risk faktörleri gebelik seyri içerisinde dönemlere göre sınıflandırılmaktadır (7). Çalışmamızda gebelik izleminde tespit edilen risk faktörlerine sahip gebeleri riskli gebelik grubuna aldık.

Genel olarak toplumda gebelik izleminde tespit edilen riskli gebelik nedenlerinden antenatal kanama gebeliklerin %3'ünde, poli/oligohidramniyos %0.2 ile 3'ünde, hipertansif hastalıklar %12-22'sinde, İUGG %4-30'unda, preterm eylem %11.9'unda, çoğul gebelikler %3'ünde, diyabetes mellitus %7'sinde, şiddetli hiperemezis gravidarum %0.5-1'inde görülmektedir (94,95).

Çalışmamıza aldığımız 297 gebenin 115'inde (%38.72) riskli gebelik tanısı bulunmaktaydı. Çalışmamıza katılan riskli gebelerin tanılarını incelediğimizde %26.1'inde antenatal kanama, %19.1'inde poli/oligohidroamnios, %13.9'unda hipertansif hastalıklar, %13.0'unda preterm eylem, %12.2'sinde intrauterin gelişme geriliği, %9.6'sında çoğul gebelik, %3.5'inde gestasyonel diyabetes mellitus ve %2.6'sında şiddetli hiperemezis-gravidarum bulunmakta idi. Pesavento ve arkadaşlarının İtalya'da riskli gebeliği olan 50 kadın üzerinde yaptıkları bir çalışmada, riskli gebelik tanıları incelendiğinde; %32'sinde preterm eylem, %12'sinde hipertansif hastalıklar, %10'unda plasentanın erken ayrılması, %8'inde erken membran rüptürü, %8'inde düşük tehdidi, %6'sında oligohidroamnios, %4'ünde plasenta previa, %4'ünde intrauterin gelişme geriliği, %2'sinde şiddetli hiperemezis gravidarum, %2'sinde gestasyonel diyabetes mellitus bulunmuştur (90). Maloni ve arkadaşlarının 89 riskli gebe üzerinde yaptıkları çalışmada ise gebelerin %69'unun preterm eylem, %10'unun plasenta previa, %10'unun erken membran rüptürü tanıları bulunmaktaydı (28). Bizim çalışmamızda ve yapılan diğer araştırmalarda olduğu

(28,90) gibi, bu gebeler risk durumlarına göre seçilerek bu araştırmalara alındıkları için, gebelikte görölen risk etkenlerinin dağılımları toplumdaki doğru sıklıklarını göstermemektedir.

Gebelerin eğitim durumlarına bakıldığında ilkokul ve altı düzeyinde eğitimi olan gebelerin %43.1'inde, ortaokul mezunu olanların %40.0'ında, lise mezunu olanların %34.0'ında, üniversite-yüksekokul mezunu olanların %21.6'sında riskli gebelik görölmekte idi. Ancak iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0.089$). Kılıç ve arkadaşlarının Türkiye'de toplam 200 gebe üzerinde yaptıkları çalışmada, gebelerin gebelikteki risk durumları eğitim düzeylerine göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır ($p=0.34$) (96). Pesavento ve arkadaşlarının çalışmasında, risksiz gebelerin %6'sı, risklilerin %24'ü ortaokul altı, risksiz gebelerin %58'i, risklilerin %58'i ortaokul ve üzeri, risksiz gebelerin %36'sı, risklilerin %18'i üniversite-yüksekokul düzeyinde eğitim almış oldukları görölmüştür (90). Shawky ve Milaat'ın Suudi Arabistan'da yaptıkları çalışmada gebelerin eğitim düzeyleri, ilköğretim ve altı düzeyinden üniversite düzeyine yükseldikçe riskli gebelik görölme durumlarının istatistiksel açıdan anlamlı derecede azaldığı saptanmıştır ($p<0.001$) (97). Çalışmamızda gebelerin eğitim düzeyleri ve riskli gebelikleri arasında anlamlı bir ilişki tespit etmedik. Bu konu üzerinde yapılan bazı çalışma sonuçları bizim çalışma sonuçlarımızla benzer (96) olup sadece Shawky ve Milaat'ın yaptıkları çalışmada eğitim düzeyinin yüksek olmasının riskli gebelik durumunu azalttığı tespit edilmiştir (97). Bu konu ile ilgili destekleyici çalışmalara ihtiyaç vardır.

Gebelerin gebelikteki risk durumlarını eşlerinin eğitim düzeylerine göre incelediğimizde, üniversite ve yüksekökol mezunu eşlere sahip olan gebelerde riskli gebelik durumu istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulundu ($p=0.003$). Eşi ilkokul, ortaokul ve lise mezunu olan gebelerde eşi üniversite mezunu olanlara göre riskli gebelik

durumu yaklaşık 3–4 kat artmakta idi. Kılıç ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, gebelerin gebelikteki risk durumları eşlerinin eğitim düzeylerine göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır ($p=0.49$) (96). Yapılan çalışmaların çoğunda eşlerin meslekleri ile doğacak bebeğin morbidite ve mortalitesi arasında direkt bir ilişki olduğu ifade edilmektedir (7).

Çalışan gebelerde çalışmayanlara göre riskli gebelik durumu (sırasıyla %18.4, %41.7) istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulundu ($p=0.010$). Çalışan kadınlarda çalışmayan kadınlara göre riskli gebelik görülme durumu azalmakta idi. Öztanrıöver'in yaptığı çalışmada ise risksiz gebelerle riskli gebeler arasında çalışma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.06$) (98). Kılıç ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada gebelerin gebelikteki risk durumları çalışma durumlarına göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır ($p=0.727$) (96). Bizim çalışmamızın aksine Pesavento ve arkadaşlarının çalışmasında, çalışan gebelerde çalışmayan gebelere göre riskli gebelik görülme durumu (sırasıyla %84, %16) daha yüksek bulunmuştur (90). Kurki ve arkadaşlarının preeklampatik ve normal gebelerde erken gebelik döneminde yaptıkları bir çalışmada, çalışmayan gebelerde çalışan gebelere göre riskli gebelik görülme durumu $OR=0.6$, %95 CI; (0.1-4.0) olarak bulunmuştur (23). Yine Shawky ve Milaat'ın çalışmalarında, çalışmayan gebelerde çalışan gebelere göre riskli gebelik görülme durumunun istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.001$) (97). Bu sonuçlar çalışan gebe olmanın riskli gebelik açısından koruyucu gibi olduğunu düşündürürken (23,97), desteklemeyen diğer çalışmalar (90,96,98) bu konu ile ilgili çalışmaların sürdürülmesi gerektiği kanaatini uyandırmaktadır. Gebelikteki risk durumlarını eşlerinin mesleğine göre incelediğimizde, eşleri memur olan gebelerde riskli gebelik görülme durumu istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulundu ($p=0.038$). Eşleri memur olan gebeleri diğer meslek grupları ile kıyasladığımızda;

eşi işçi, serbest ve işsiz olan gebelerde riskli gebelik görülme durumu yaklaşık 1.7–2.8 kat artmakta idi. Öztanrıöver'in yaptığı çalışmada da bizim çalışmamıza benzer olarak eşi memur ya da işçi olan gebelerin riskli gebelik durumları istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p=0.020$) (98). Eşin mesleği ve ona bağlı olarak maddi durum ve beraberinde refah seviyelerinin yükselmesi gebelikte görülen olumsuz durumları azaltmaktadır.

Çalışmamıza katılan risksiz gebelerin evlenme yaş ortalamaları 20.73 ± 3.35 iken riskli gebelerin evlenme yaş ortalamaları 20.68 ± 3.86 idi. İki grup arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark bulunmadı ($p=0.908$). Öztanrıöver'in yaptığı çalışmada da iki grup arasında evlenme yaşı açısından önemli farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (98). Evlenme yaşlarına göre risk durumlarına bakıldığında; 18 yaş ve altında olan gebelerin 47'si (%58) risk taşımazken 34'ü (%42) risk taşımakta idi. 19–34 yaş grubunda olan gebelerin 135'i (%62.5) risk taşımazken 81'i (%37.5) risk taşımakta idi. İki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p=0.568$). Evlenme yaşı gebeliğin risk durumu üzerine etkisizdir.

Resmi nikahı olmayan gebe sayısı kontrol grubunda 5 (%2.74) iken vaka grubunda 6 (%5.21) idi. İki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0.434$). Altıparmak'ın çalışmasında ise gebelerin %5.3'ünün resmi nikahı bulunmamaktaydı (99). Benzer olarak Pesavento ve arkadaşlarının çalışmasında da risksiz gebelerin %8'inin, riskli gebelerin ise %20'sinin resmi nikahlarının bulunmadığı saptanmıştır (90). Mercer ve Ferketich'in yaptıkları çalışmada riskli gebelerin %11'inin, Maloni ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise riskli gebelerin %33.7'ünün resmi nikahlarının bulunmadığı saptanmıştır (32). Kurki ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, resmi nikahı bulunmayan gebelerin resmi nikahı bulunan gebelere göre riskli gebelik görülme durumunun yaklaşık 1.3 kat arttığı görülmüştür [OR=1.3, %95 CI; (0.6–3.0)] (23). Bizim

çalışmamızda resmi nikah durumu riskli gebelik açısından anlamlı bulunmazken anlamlı olduğunu destekleyen diğer çalışmalar gebelikte resmi nikah olmamasının bir risk faktörü olduğunu düşündürmektedir.

Gebelerin aile yapısı ile riskli gebelik arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p=0.474$). Schmiede ve Russo'nun Amerika'da yaptıkları çalışmada ise gebelerde geniş aile yapısı ile riskli gebelik durumunun arttığı saptanmıştır [$p<0.001$, OR=1.13, %95 CI; (1.02 – 1.25)] (100). Bu durum geniş ailelerde kişi başına düşen gelir, tıbbi kontrol ve sosyal desteğin yetersizliğinin bir sonucu olduğunu düşündürmektedir.

Aylık gelir ortalaması risk taşımayan gebelerde 1479.12±1293.22 YTL iken, risk taşıyan gebelerde 876.26±760.37 YTL idi ve iki grup arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı idi ($p<0.001$). Benzer olarak Öztanrıöver'in yaptığı çalışmada da iki grup arasındaki ilişki istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0.05$) (98). Kılıç ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada gebelerin gebelikteki risk durumları toplam aylık gelir düzeylerine göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır ($p=0.28$). (96). Maloni ve arkadaşlarının riskli gebeler üzerinde yaptıkları çalışmada, riskli gebelerin %29'unun yıllık gelir ortalamasının \$30.000 ve altında olduğu, Mercer ve Ferketich' in yaptıkları çalışmada ise riskli gebelerin %15'inin sosyoekonomik düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır (32). Düşük gelir düzeyi tıbbi hizmet alma ve önerileri yerine getirme yönünden risk durumu yaratmaktadır.

Çalışmamızdaki gebelerin %3.7'sinin sigara içtiği saptandı. Türkiye'de gebelikte sigara içme sıklıkları hakkında yapılmış olan çalışmalar incelendiğinde; 1988–1989 yılları arasında Samsun'da %37.0 (101), Erzurum'da 1991–1992 yılları arasında doğum yapmış olan kadınlarda gebelikte sigara içme sıklığı %2.7 (102), 2002'de Sivas Doğumevi'nde %17.0 (103), 2005 yılında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü'nde %9.8 (104) olarak bulunmuştur. Yurtdışında gebelikte sigara içme sıklığı

İsrail’de %12.8 (2002’de) (105), İsveç’te %13.0 (2000’de) (106), İtalya’da %17.0 (1995’de) (107), ABD’de %12.0 (1999’da) (108), İngiltere’de %25.0 (1992–1995) (109) ve Almanya’da %26.0 (1992–1994) (110) bulunmuştur. Gebelikte sigara içme sıklığı, ülkelere ve bölgelerdeki sosyal normlara göre değişebilmektedir. Bu çalışmada gerçekten çok düşük sıklıkta sigara içme durumu tespit edilmiştir. Çalışmamızda riskli gebeliğe sahip kadınlarda (%6.0’ya karşılık %2.1) ve eşlerinde (%68.6’ya karşılık %60.9) sigara içme sıklığı, riskli olmayan gruba göre yüksek bulunmasına rağmen istatistiksel düzeyde anlamlı bulunmadı. Sorensen ve arkadaşlarının Amerika’da toplam 584 gebe üzerinde yaptıkları çalışmada, gebeliklerinde risk taşımayan gebelerin %13.1’inin, risk taşıyan gebelerin ise %17.9’unun sigara içtiği saptanmıştır (111). Elsenbruch ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada ise sigara içen gebelerde riskli gebeliklere, istatistiksel olarak anlamlı derecede daha sık rastlandığı bulunmuştur (p=0.019). Yine aynı çalışmada, gebeliklerinde sigara içmiş olan kadınların bebeklerinin boylarının daha kısa (p=0.04) ve doğum ağırlıklarının daha düşük (p=0.001) olduğu gözlenmiştir (112). Kurki ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise günde 16 ve üzerinde sigara içen gebelerin sigara içmeyen gebelere göre riskli gebelik görülme durumunun yaklaşık 1.4 kat arttığı görülmüştür [OR=1.4, %95 CI; (0.3–6.5)] (23). Bu sonuçlar, gebelikte sigara içmenin anne ve bebek açısından olumsuz durumlara yol açabileceğini desteklemektedir.

Gebelik sayısı ile riskli gebelik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı (p=0.713). Kılıç ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada gebelerin gebelikteki risk durumları gebelik sayısına göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır (p=0.51) (96). Bu veriler üçüncü basamak sağlık kurumundan elde edildiği için klasik tıp bilgilerine ters düşmektedir (7).

Parite ile riskli gebelik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı (p=0.966). Klasik bilgiler 5 ve üzerindeki gebeliklerde risklerin arttığı yönündedir (7). Bu

veriler üçüncü basamak sağlık kurumundan elde edildiği için klasik tıp bilgileri ile uyuşmamaktadır (7).

Görüşme yapıldığında birinci trimesterde bulunan gebelerin %61.9'unda, ikinci trimesterde bulunan gebelerin %39.7'sinde, üçüncü trimesterde bulunan gebelerin %36.1'inde riskli gebelik bulunmakta idi. Birinci trimesterde riskli gebelik diğer iki trimestere göre fazla olmasına rağmen, iki grup arasında bulunulan trimester yönünden anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0.067$). Daha fazla olgu ile yapılan çalışmalarda daha gerçeğe yakın sonuçlar elde edilebilir.

Çalışmamıza katılan gebelerin %34.4'ünde, riskli gebelerin ise %42.6'sında BDÖ düzeyleri 17 ve üzeri olarak bulundu. Çalışmamıza katılan gebelerin ortalama BDÖ düzeyleri, kontrol grubunda, vaka grubuna göre daha düşük bulundu ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı idi ($p<0.001$). Öztanrıöver'in yaptığı çalışmada da benzer olarak BDÖ ortalaması, riskli gebelerde risksiz gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0.001$) (98). Yine Nicholson ve arkadaşlarının Amerika'da erken gebelik döneminde olan 175 gebe üzerinde yaptıkları çalışmada, riskli gebeliği olanlarda Centre for Epidemiological Studies-Depression (CES-D) ölçeğine göre depresif semptom (kesme noktası ≥ 16) görülme oranı (%41) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0.01$) (113). Pesavento ve arkadaşlarının çalışmalarında gebelerin %12.0'ında (tamamı riskli grupta), riskli gebelerin ise %24.0'ında BDÖ düzeyleri 17 ve üzeri olarak bulunmuştur (90). Chen ve arkadaşlarının Singapur'da yaptıkları çalışmada gebelerin % 20.0'ının, riskli gebelerin ise %31.39'unun CES-D (kesme noktası ≥ 4) düzeyleri 4 ve üzeri olarak bulunmuştur (17). Maloni ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada riskli gebelerin CES-D (kesme noktası ≥ 16) puan ortalamaları (18.5) oldukça yüksek bulunmuştur (32).

Çalışmamızda BDÖ düzeyi 17 ve üzeri olanlarda, 16 ve altı olanlara göre riskli gebelik görülme durumu yaklaşık 1.8 kat artmakta idi ($p=0.018$) (Tablo 8, Tablo 11). Benzer olarak Öztanrıöver'in yaptığı çalışmada da riskli gebelerin BDÖ puanları risksiz gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.01$) (98). Chen ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada CES-D düzeyi 4 ve üzeri olanlarda, 3 ve altı olanlara göre riskli gebelik görülme durumunun yaklaşık 2.1 kat arttığı görülmüştür [$(p=0.004)$ OR=2.1, %95 güven aralığında; (1.3-3.6)] (17). Kurki ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada depresyonun preeklampsi riskini 2.5 kat artırdığı saptanmıştır [OR=2.5, %95 CI; (1.2-5.3)] (23). Forde, Norveçli 65 gebe üzerinde yaptığı bir çalışmada özellikle psikososyal problemleri olan, ağır fiziksel aktivitelerde bulunan gebelerde anksiyete ve depresif semptomların daha fazla görüldüğünü belirtmiştir (114). Bu çalışma sonuçları bize gebelikte depresyonun önemli ölçüde arttığını, özellikle riskli gebeliklerde artışın daha fazla olduğunu göstermektedir. Depresyon getireceği intihar olasılığı ve yaşam kalitesindeki bozulma nedeni ile hekimlerin biyopsikososyal yaklaşımla müdahale etmeleri gereken bir sağlık sorunudur.

Kadınların gebelik öncesi aldıkları psikiyatrik tanı ve tedavi durumlarının, gebelikleri esnasındaki risk durumları ($p=0.672$) ve BDÖ düzeyleri ($p=0.507$) ile istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkisi yok idi. Benzer olarak Chen ve arkadaşlarının çalışmalarında da kadınların gebelik öncesi aldıkları psikiyatrik tanı ve tedavi durumlarının, gebelikleri esnasındaki CES-D düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (17). Bu sonuçlar, kadınların gebelik esnasında meydana gelen fizyolojik ve çevresel etmenlerden olumsuz etkilendiğini düşündürmektedir.

Gebelerin yaşam kalitesi alan puan dağılımları incelendiğinde riskli gruptaki gebelerin fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve genel alan puan ortalamalarının risksiz gruptakilere göre daha düşük olduğu görülmekte idi. İki grup

arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı idi (sırasıyla $p<0.001$, $p=0.036$, $p<0.001$, $p<0.001$). Altıparmak'ın çalışmasında ise yaşam kalitesi fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevresel alan puan ortalamaları düşük bulunmuştur (99). Nansel ve arkadaşları, erken doğum tehdidi nedeniyle risk altında olan gebelerde fiziksel sağlık ($p<0.001$), psikolojik sağlık ($p<0.001$), sosyal ilişkiler ($p=0.04$) alanlarında yaşam kalitesi puan ortalamalarını aynı yaş grubundaki normal gebelere göre daha istatistiksel olarak düşük bulmuşlardır (115). Pesavento ve arkadaşlarının çalışmalarında da benzer olarak riskli gebelerin fiziksel sağlık, psikolojik sağlık ve çevre alan puanlarının risksizlere göre daha düşük olduğu bulunmuştur (90). Drescher ve arkadaşlarının, yaşları 14-18 arasında değişen, 42 adolesan gebe üzerinde yaptıkları bir çalışmada kontrol grubu (18-24 yaşlar arasındaki gebeler) ile karşılaştırıldığında sadece fiziksel sağlık alanında belirgin bir düşüş olduğu gözlenmiştir (116). Attard ve arkadaşlarının Kanada'da yaptıkları bir çalışmada bulantı ve kusması olan gebelerin yaşam kaliteleri oldukça düşük bulunmuştur. Hunfeld ve arkadaşlarının Hollanda'da yaptıkları bir çalışmada ise düşük yapma öyküsü bulunan gebelerin yaşam kalitelerinin, düşük yapma öyküsü bulunmayanlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Forde, çalışmasının sonucunda riskli gebeliklerin anksiyeteye yol açabileceğini ve yaşam kalitesini düşürebileceğini belirtmiştir. Gebelik ilerledikçe fiziksel hareketlilik skalalarında düşme olduğu gözlenmiştir ($p<0.001$) (114). Larrabee ve arkadaşlarının human immunodeficiency virus (HIV)-pozitif 21 gebe üzerinde yaptıkları çalışmada, tüm alanlara ait yaşam kalitesi puanlarının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır (117).

BDÖ değeri 17 ve üzerinde olan gebelerin yaşam kalitesi puanları, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler, çevre, ulusal çevre ve genel alan olmak üzere toplam 6 alanda BDÖ değeri 16 ve altında olan gebelere göre daha düşük bulundu. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi (sırasıyla $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$,

p=0.007, p=0.008, p<0.001). Pesavento'nun çalışmasında ise bu iki grup karşılaştırılığında, sadece psikolojik sağlık alanında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmekte idi (p<0.001) (90). Mckee MD ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada BDÖ değeri 17 ve üzerinde olan gebelerin fiziksel sağlık alanındaki yaşam kalitesi puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur (24). Nicholson ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, depresif semptomları fazla olan gebelerin fiziksel sağlık alanında (p=0.006) ve genel alanda (p=0.001) yaşam kalitesi puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur (113). Depresyon yaşam kalitesinin tüm alanlarında önemli ölçüde azalma yaratmaktadır.

Gebelerde doğacak bebekleri ile ilgili cinsiyet beklentileri incelendiğinde riskli ve risksiz grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi (p=0.541). Bu konuya değinen literatürde başka bir araştırma görülmedi.

Gebeliğin istenip istenmediği incelendiğinde, gebeliği istemeyen toplam 44 gebeden 26'sının (%59.1) kontrol grubunda, 18'inin (%40.9) ise vaka grubunda oldukları görülmekte idi; ancak iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi (p=0.877). Benzer şekilde Öztanrıöver'in yaptığı çalışmada da iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir (98).

Gebelere doğacak bebeklerinin yaşamlarını nasıl değiştireceği sorulduğunda; olumsuz cevap alınan 56 (%54.9) gebenin kontrol grubunda, 46 (%45.1) gebenin ise vaka grubunda oldukları görülmekte idi. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p=0.132). Öztanrıöver'in yaptığı çalışmada da iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05) (98).

Risksiz ve riskli gebelere sosyal destek almaları ile ilgili olarak, özel sınırlarını paylaştıkları kimse olup olmadığı sorulduğunda, alınan cevaplar istatistiksel olarak anlam taşımamakta idi (p=0.556). Ayrıca her iki grubun eşleri ile uyum durumlarına bakıldığında

da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmedi ($p=0.756$). Elsenbruch ve arkadaşları preterm eylemi yüksek destek grubunda hiç tespit etmezken, düşük destek grubunda olan gebelerde %10.0 olarak tespit etmişlerdir. ($p=0.05$) Diğer riskli durumlara yüksek destek grubunda %10.3, düşük destek grubunda %34.0 sıklıkla karşılaştığı ve istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($p=0.019$) (112).

Vaka grubundaki gebelerin %43.5'inde risk faktörü üçüncü trimesterden itibaren bulunmakta idi. Bu gebelerin %23.5'inde risk faktörü başlamadan önce stresli bir durum mevcut idi ve %27.8'i risk durumundan dolayı kendisini suçlamaktaydı. Çalışmamızdaki riskli gebelerin %64.3'ü eş desteği almaktaydılar. Arslan ve Korkmaz'ın 52 yüksek riskli gebe üzerinde yaptıkları çalışmada ise gebelerin %80.76'sının eşlerinden destek aldıkları saptanmıştır (118).

Çalışmamızdaki riskli gebelerin risk durumları belirlendikten sonra ev yaşamlarında (%87.0), cinsel yaşamlarında (%85.2) değişiklik olmuştu ve %53.9'u hastaneye yatmak zorunda kalmışlardı. Benzer olarak Öztanrıöver'in yaptığı çalışmada da riskli gebelerin yaklaşık yarısının ev, iş, sosyal yaşamlarında ve cinsel yaşamlarında değişiklik olmuştur (98). Arslan ve Korkmaz'ın çalışmalarında ise riskli gebelerin %100'ü risk durumları belirlendikten sonra hastaneye yatmışlardır (118).

8. SONUÇ

Vaka kontrol tipindeki bu araştırma, gebelik izlemleri sırasında tespit edilen risk faktörlerine göre 115 riskli gebede ve yaş, evlilik süresi, evlilik sayısı açısından benzer tutulan kontrol grubundaki 182 gebede yapıldı. Her iki grupta BDÖ ve WHOQOL-BREF (TR) ölçekleri uygulanarak yaşam kalitesi ve depresyon düzeyleri kıyaslandı. Çalışmaya katılan tüm gebelerde %34.4 (n=102), riskli gebelerde %42.6 (n=49) ve kontrol grubunda %29.1 (n=53) sıklıkta BDÖ düzeyleri 17 ve üzeri olarak bulundu.

Risli gebelik durumu eşleri ilkökul, ortaokul ve lise mezunu olan gebelerde eşleri üniversite mezunu olanlara göre 3-4 kat; eşleri işçi, serbest ve işsiz olan gebelerde eşleri memur olan gebelere göre yaklaşık 1.7-2.8 kat; BDÖ düzeyi 17 ve üzeri olanlarda 16 ve altı olanlara göre 1.8 kat artarken; çalışan gebelerde çalışmayan gebelere göre yaklaşık 3 kat azalmakta idi. Riskli gebelerin fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve genel alanlarda yaşam kalitesi puanları, risk taşımayan gebelere göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede düşüktü.

Çalışmamızda riskli gebelerde %42.6, tüm gebelerde %34.4 gibi yüksek oranda depresyon belirtilerinin ortaya çıktığı ve yaşam kalitesininin düştüğü görüldü. Bu nedenle gebelik depresyonunun erken tanısı ve tedavisi anne ve bebek sağlığı açısından çok önem taşımaktadır. Hekimlerin gebelikte depresyon konusunda dikkatli olup, gerekli tanı ve tedaviyi yapmaları gereklidir.

9. ÖZET

Bu çalışma, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim dalında, riskli ve risksiz gebeliği olanlarda sosyodemografik özelliklerin, depresif semptom görülme düzeylerinin, yaşam kalitelerinin ve bunların birbirleriyle olan ilişkilerinin araştırılması amacıyla yapıldı.

Bu çalışmanın evrenini, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü'ne 15 Şubat-31 Ağustos 2006 tarihleri arasında başvuran 297 gebe oluşturdu. Araştırmacı tarafından kadınlara bilgi verilip rızaları alındıktan sonra sosyodemografik bilgi formu, WHOQOL-BREF (TR) ve Beck Depresyon Ölçeği, yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanıp verilen cevaplar ankete araştırmacı tarafından kaydedildi. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kesme puanı 17 olarak alındı.

Çalışmamıza katılan gebelerin %34.4'ünde (n=102) ve riskli gebelerin %42.6'ında (n=49) BDÖ düzeyleri 17 ve üzeri olarak bulundu. 17 ve üzeri BDÖ düzeyi olanlarda riskli gebelik görülme durumu, 16 ve altı BDÖ düzeyine sahip olanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu (p=0.017).

Riskli gebelik durumu eşleri ilkokul, ortaokul ve lise mezunu olan gebelerde eşleri üniversite mezunu olanlara göre 3-4 kat [sırası ile OR, %95 CI; 3.060 (1.430-6.549), 4.474 (1.840-10.879), 3.222 (1.546-6.714)]; eşleri işçi, serbest ve işsiz olan gebelerde eşleri memur olan gebelere göre yaklaşık 1.7-2.8 kat [sırası ile OR, %95 CI; 2.804 (1.382-5.689), 1.853 (0.955-3.598), 1.679 (0.434-6.495)]; BDÖ düzeyi 17 ve üzeri olanlarda 16 ve altı olanlara göre 1.8 kat artarken [OR=1.807, %95 CI; (1.108-2.946)]; çalışan gebelerde çalışmayan gebelere göre yaklaşık 3 kat azalmakta idi [OR %95 CI; 0.316 (0.134-0.744)].

Riskli gebelerin fiziksel sağlık (p<0.001) psikolojik sağlık (p=0.036), sosyal ilişkiler (p<0.001) ve genel (p<0.001) alanlarda yaşam kalitesi puanları, risk taşımayan gebelere göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede düşük bulundu.

Çalışmamızda riskli gebelerin %42.6 gibi yüksek bir oranında depresyon belirtilerinin ortaya çıktığı ve riskli gebeliğin yaşam kalitesini düşürdüğü görüldü. Gebelik depresyonunun erken tanısı ve tedavisi anne ve bebek açısından çok önem taşımaktadır. Hekim tanı koyar koymaz kar-zarar oranını değerlendirerek tedavi verip vermeyeceğine karar vermek durumundadır.

Anahtar kelimeler: Gebelik, depresyon, risk faktörleri, tedavi, yaşam kalitesi

10. SUMMARY

This study is constructed to search the socio-demographical characteristics, levels of depressive symptomatology and quality of life and the relations between them among high-risk and normal pregnant in Gynecology Department of Meram Medical Faculty, Selçuk University.

The universe of this study constitutes of 297 pregnant who applied to Gynecology Department of Meram Medical Faculty, Selçuk University between the dates of 15 February–31 August 2006. After giving information about subject of the search to the women and taking their approval about accepting to participate in the study, socio-demographical information form, WHOQOL-BREF (TR) and Beck Depression Inventory (BDI) were filled by face to face method. And the the answers were recorded by the researcher. The cut-off point of BDI was taken as 17 and over.

BDI level was found as 17 and over among 34.4% (n=102) of all women who took part in our study and 42.6% (n=49) among high-risk pregnant. The incidence of high-risk pregnancies among the pregnant who had 17 and over BDI score was found significantly higher than the ones who took 16 and lower (p=0.017).

High-risk pregnancies were 3–4 times higher among the pregnant whose husbands had education levels of primary, middle and high school than the level of university [OR, %95 CI; 3.060 (1.430-6.549), 4.474 (1.840-10.879), 3.222 (1.546-6.714)]; 1.7–2.8 times higher among the pregnant whose husbands were worker, unemployed and self-employed than the ones whose husbands were official [OR, %95 CI; 2.804 (1.382-5.689), 1.853 (0.955-3.598), 1.679 (0.434-6.495)]; 1.8 times higher among the pregnant who had 17 and over BDI score than the ones who had 16 and under BDI score [OR=1.807, %95 CI; (1.108-2.946)]; 3 times lower among employer pregnant than the unemployer ones [OR=0.316, %95 CI; (0.134-0.744)].

Quality of life scores in the domains of physical health ($p<0.001$), psychological health ($p=0.036$), social relationships ($p<0.001$) and general ($p<0.001$) were significantly lower among high-risk pregnant than normal ones.

In our study, it was seen that 42.6% of high risk pregnant had depression symptoms and high-risk pregnancies diminished quality of life. Early diagnosis and treatment of depression in pregnancy matter for mother and baby. As the doctor diagnoses, he or she has to decide to give treatment or not by evaluating the rate of benefit and deficit.

Key Words: Pregnancy, depression, risk factors, treatment, quality of life

11. KAYNAKLAR

- 1- Saks BR, Frank JB, Lowe TL, Berman W, Naftolin F and Cohen DJ. Depressed mood during pregnancy and the puerperium: clinical recognition and implications for clinical practice. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 728–31.
- 2- Özkan S. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Kitabı. İstanbul, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı 1993; 201–9.
- 3- Hocaoğlu Ç, Ayvaz S, Tiryaki A, Ak İ. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili risk etkenleri. *Türk Psik Derg* 2006; 17(4).
- 4- Şen D, Yücel B. Gebelikte Psikotrop İlaç Kullanımı, Derlemeler: İst. Tıp Fak. Mec 1998; 61: 2.
- 5- Barsky AJ and Klerman GL. Overview: hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. *Am J Psychiatry* 1983; 140: 273–83.
- 6- Kennerley H, Gath D. Maternity blues. III. Associations with obstetric, psychological, and psychiatric factors. *Brit J of Psych* 1989;155: 367–73.
- 7- Kışnişçi A, Gökşin E, Durukan T, Üstay K, Ayhan A, Gürkan T, Önderoğlu S. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi Kitabı, Güneş Kitabevi, Ankara, 1996, 317–32.
- 8- Ana ve Çocuk Ölümlerini Önleme Projesi. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2002.
- 9- Çiçek MN, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi Kitabı, Güneş Kitabevi, Ankara, 2006, 197.
- 10- Marakoğlu K, Çivi S, Şahsıvar Ş, Özdemir S. The relationship between smoking status and depression prevalence among first and second year medical students. *J of Dependence* 2006; 7: 129–34.
- 11- Amerikan Psikiyatri Birliği. Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı. Yeniden gözden geçirilmiş 4. Baskı (DSM-IV TR). Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000 (Çev E. Köroğlu), Ankara, Hekimler Yayın Birliği. 2001; 139–41.
- 12- Chung TK, Lau TK, Yip AS, Chiu HF, Lee DT. Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. *Psychosom Med* 2001; 63: 830–4.
- 13- Ünal S, Küey L, Güleç C, Bekaroğlu M, Evlice YE, Kırılı S. Depresif bozukluklarda risk etkenleri. *Klin Psik Derg*, 2002; 5: 8–15.

- 14-** Akdeniz F, Gönül AS. Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. *Klin Psik Derg*, 2004; Ek 2: 70–4.
- 15-** Buist A. Managing depression in pregnancy. *Aust Fam Physician*. 2000; 29: 663–7.
- 16-** Smith MV, Brunetto WL, Yonkers KA. Identifying perinatal depression: Sooner is better. *Contemp Obstet Gynaecol* 2004; 49: 58.
- 17-** Chen H, Chan YH, Tan KH, Lee T. Depressive symptomatology in pregnancy. *Soc Psychiatry Psych Epidem* 2004; 39: 975–9.
- 18-** Llewellyn AM, Stowe ZN, Nemeroff CB. Depression during pregnancy and the puerperium. *J Clin Psychiatry* 1997; 58: 26–32.
- 19-** Kessler, McGonagle KA, Swartz M. Sex and depression in the National Comorbidity Survey I: lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *J Affect Disord* 1993; 29: 85–96.
- 20-** Evans J, Heron J, Francomb H, et al. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ*.2001; 323: 257–60.
- 21-** Marcus SM, Flynn HA, Blow FC, Barry KL. Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *J Women’s Health*. 2003; 12: 373-80.
- 22-** Cebeci SA, Aydemir Ç, Göka E. Puerperal dönemde depresyon semptom prevalansı: obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi. *Kriz Derg* 2002; 10: 11–8).
- 23-** 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.
- 24-** 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. *Obst & Gynecol* 2001; 97: 988–93.
- 25-** Barnet B, Joffe A, Duggan AK, et al. Depressive symptoms, stress, and social support in pregnant and postpartum adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1996; 150: 64–9.
- 26-** Hobfoll SE, Ritter C, Lavin J, et al. Depression prevalence incidence among inner-city pregnant and postpartum women. *J Consult Clin Psychol*. 1995; 63: 445-53.
- 27-** O’Hara MW, Zekoski EM, Philipps LH, et al. Controlled prospective study of postpartum mood disorders: Comparison of childbearing and nonchildbearing women. *J Abnorm Psychol*. 1990; 99: 3–15.
- 28-** Appleby L, Fox H, Shaw M and Kumar R. The psychiatrist in the obstetric unit. Establishing a liaison service. *Brit J of Psych*. 1989; 154: 510-5.
- 29-** Rees WD. Parental depression before and after childbirth. An assesment with the Beck Depression Inventory. *J R Coll Gen Pract*. 1971; 21: 26-31.

- 30-** Altshuler LL, Cohen LS, Moline ML, Kahn DA, Carpenter D, Docherty JP. The expert consensus guideline series. Treatment of depression in women. *Postgrad Med* 2001; (Special No): 1–107.
- 31-** Phillips K. Preventing, identifying and treating maternal depression: Tools for employers. Center for prevention and health services. Issue Brief 2005: 1-20.
- 32-** Maloni JA, Park S, Anthony MK, Musil CM. Measurement of antepartum depressive symptoms during high-risk pregnancy. *Res Nurs Health*. 2005; 28: 16-26.
- 33-** Chrousos GP, Torpy DJ, Gold PW. Interactions between the hypothalamic- pituitary-adrenal axis and the female reproductive system: clinical implications. *Ann Intern Med* 1998; 129: 229–40.
- 34-** Paarlberg KM, Vingerhoets AJ, Passchier J, Dekker GA, van Geijn HP. Psychosocial factors and pregnancy outcome: a review with emphasis on methodological issues. *J Psychosom Res* 1995; 39: 563–95.
- 35-** Sandman CA, Wadhwa PD, Dunkel-Schetter C, Chicz-DeMet A, Belman J, Porto M, and others. Psychobiological influences of stress and HPA regulation on the human fetus and infant birth outcomes. *Ann N Y Acad Sci* 1994; 739: 198–210.
- 36-** Sandman CA, Wadhwa PD, Chicz-DeMet A, Dunkel-Schetter C, Porto M. Maternal stress, HPA activity, and fetal/infant outcome. *Ann N Y Acad Sci* 1997; 814: 266–75.
- 37-** Smith R, Cubis J, Brinsmead M, Lewin T, Singh B, Owens P, and others. Mood changes, obstetric experience and alterations in plasma cortisol, beta-endorphin and corticotrophin releasing hormone during pregnancy and the puerperium. *J Psychosom Res* 1990; 34: 53–69.
- 38-** Wadhwa PD, Dunkel-Schetter C, Chicz-DeMet A, Porto M, Sandman CA. Prenatal psychosocial factors and the neuroendocrine axis in human pregnancy. *Psychosom Med* 1996; 58: 432–46.
- 39-** Nonacs R, Cohen LS. Depression during pregnancy: diagnosis and treatment options. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 24–30.
- 40-** Dorn LD, Susman EJ, Petersen AC. Cortisol reactivity and anxiety and depression in pregnant adolescents: a longitudinal perspective. *Psychoneuroendocrinology* 1993; 18: 219–39.
- 41-** [Anonymous]. American Psychiatric Association: practice guideline for major depressive disorder in adults. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1–26.
- 42-** [Anonymous]. Health Indicators. Volume 2002, no 1. Depression. Ottawa (ON): Statistics Canada; 2002. Catalogue no 82–221-XIE.

- 43-** Angst J, Baastrup P, Grof P, Hippus H, Poldinger W, Weis P. The course of monopolar depression and bipolar psychoses. *Psychiatr Neurol Neurochir* 1973; 76: 489–500.
- 44-** Frank E, Kupfer DJ, Perel JM, Cornes C, Jarrett DB, Mallinger AG, and others. Three year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 1093–9.
- 45-** Michel-Wolf fromm H. The psychological factor in spontaneous abortion. *J Psychosom Res* 1968; 12: 67–71.
- 46-** Arck PC. Stress and pregnancy: loss of immune mediators, hormones and neurotransmitters. *Am J Reprod Immunol* 2001; 46: 117–23.
- 47-** Zax M, Sameroff AJ, Babigian HM. Birth outcomes in the offspring of mentally disordered women. *Am J Orthopsychiatry* 1977; 47: 218–30.
- 48-** Hoffman S, Hatch MC. Depressive symptomatology during pregnancy: evidence for an association with decreased fetal growth in pregnancies of lower social class women. *Health Psychol* 2000; 19: 535–43.
- 49-** Teixeira JM, Fisk NM, Glover V. Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: cohort based study. *BMJ* 1999; 318: 153–7.
- 50-** Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Salman F, Schanberg S, Kuhn C, and others. Prenatal anger effects on the fetus and neonate. *J Obstet Gynaecol* 2002; 22: 260–6.
- 51-** Dayan J, Creveuil C, Herlicoviez M, Herbel C, Baranger E, Savoye C, and others. Role of anxiety and depression in the onset of spontaneous preterm labor. *Am J Epidemiol* 2002; 155: 293–301.
- 52-** Orr ST, James SA, Blackmore PC. Maternal prenatal depressive symptoms and spontaneous preterm births among African-American women in Baltimore, Maryland. *Am J Epidemiol* 2002; 156: 797–802.
- 53-** Preti A, Cardascia L, Zen T, Pellizzari P, Marchetti M, Favaretto G, and others. Obstetric complications in patients with depression—a population-based case-control study. *J Affect Disord* 2000; 61: 101–6.
- 54-** McAnarney ER, Stevens-Simon C. Maternal psychological stress/depression and low birth weight. Is there a relationship? *Am J Dis Child* 1990; 144: 789–92.
- 55-** Steer RA, Scholl TO, Hediger ML, Fischer RL. Self-reported depression and negative pregnancy outcomes. *J Clin Epidemiol* 1992; 45: 1093–9.

- 56-** Cohler BJ, Gallant DH, Grunebaum HU, Weiss JL, Gamer E. Pregnancy and birth complications among mentally ill and well mothers and their children. *Soc Biol* 1975; 22: 269–78.
- 57-** Weinstock M. Alterations induced by gestational stress in brain morphology and behaviour of the offspring. *Prog Neurobiol* 2001; 65: 427–51.
- 58-** Wadhwa PD, Sandman CA, Porto M, Dunkel-Schetter C, Garite TJ. The association between prenatal stress and infant birth weight and gestational age at birth: a prospective investigation. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169: 858–65.
- 59-** Ashman SB, Dawson G, Panagiotides H, Yamada E, Wilkins CW. Stress hormone levels of children of depressed mothers. *Dev Psychopathol* 2002; 14: 333–49.
- 60-** Mahomed K, Gulmezoglu AM, Nikodem VC, Wolman WL, Chalmers BE, Hofmeyr GJ. Labor experience, maternal mood and cortisol and catecholamine levels in low-risk primiparous women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1995; 16: 181–6.
- 61-** Zuckerman B, Amaro H, Bauchner H, Cabral H. Depressive symptoms during pregnancy: relationship to poor health behaviors. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 160: 1107–11.
- 62-** Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjo G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80: 251–5.
- 63-** Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 2001; 323: 257–60.
- 64-** Kenyon FE. Termination of pregnancy on psychiatric grounds: a comparative study of 61 cases. *Br J Med Psychol* 1969; 42: 243–54.
- 65-** Krener P, Treat JN, Hansen RL. Research in pregnancy and mental illness: testing old wives' hypotheses. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1993; 14: 163–83.
- 66-** Appleby L. Suicide during pregnancy and in the first postnatal year. *BMJ* 1991; 302: 137–40.
- 67-** Hirschfeld RM, Keller MB, Panico S, Arons BS, Barlow D, Davidoff F, and others. The National Depressive and Manic-Depressive Association consensus statement on the undertreatment of depression. *JAMA* 1997; 277: 333–40.
- 68-** Kleiner GJ, Greston WM. Suicide during pregnancy. In: Cherry SH, Merkatz IR, editors. *Complications of pregnancy: medical, surgical, psychosocial and perinatal*. Volume 4. 4th ed. Philadelphia (PA): Williams & Wilkins; 1991; 269–89.
- 69-** Hostetter A, Stowe ZN, Strader JR Jr, McLaughlin E, Llewellyn A. Dose of selective serotonin uptake inhibitors across pregnancy: clinical implications. *Depress Anxiety* 2000; 11: 51–7.

- 70-** Paarlberg KM, Vingerhoets AJ, Passchier J, Dekker GA, Heinen AG, van Geijn HP. Psychosocial predictors of low birthweight: a prospective study. *Br J Obstet Gynaecol* 1999; 106: 834–41.
- 71-** Allister L, Lester BM, Carr S, Liu J. The effects of maternal depression on fetal heart rate response to vibroacoustic stimulation. *Dev Neuropsychol* 2001; 20: 639–51.
- 72-** Arck PC, Rose M, Hertwig K, Hagen E, Hildebrandt M, Klapp BF. Stress and immune mediators in miscarriage. *Hum Reprod* 2001; 16: 1505–11.
- 73-** Sugiura-Ogasawara M, Furukawa TA, Nakano Y, Hori S, Aoki K, Kitamura T. Depression as a potential causal factor in subsequent miscarriage in recurrent spontaneous aborters. *Hum Reprod* 2002; 17: 2580–4.
- 74-** Bergant AM, Reinstadler K, Moncayo HE, Solder E, Heim K, Ulmer H, and others. Spontaneous abortion and psychosomatics. A prospective study on the impact of psychological factors as a cause for recurrent spontaneous abortion. *Hum Reprod* 1997; 12: 1106–10.
- 75-** Marcus SM, Barry KL, Flynn HA, Blow FC. [Improving detection, prevention and treatment of depression and substance abuse in childbearing women: critical variables in pregnancy and pre-pregnancy planning, 1998.] Located at University of Michigan Clinical Ventures, Faculty Group Practice.
- 76-** Coverdale JH, Chervenak FA, McCullough LB, Bayer T. Ethically justified clinically comprehensive guidelines for the management of the depressed pregnant patient. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174:169–73.
- 77-** Maki P, Veijola J, Rasanen P, Joukamaa M, Valonen P, Jokelainen J, and others. Criminality in the offspring of antenatally depressed mothers: a 33-year follow-up of the Northern Finland 1966 birth cohort. *J Affect Disord* 2003; 74: 273–8.
- 78-** Hammen C, Brennan PA. Severity, chronicity, and timing of maternal depression and risk for adolescent offspring diagnoses in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 253–8.
- 79-** Weinstock M. Alterations induced by Grote NK, Frank E. Difficult-to-treat depression: the role of contexts and comorbidities. *Biol Psychiatry* 2003; 53: 660-70.
- 80-** Santvana S, Shamsah S, Firuza P, Rajesh P. Psychiatric disorders associated with pregnancy. *J Obstet Gynecol India* 2005; 55: 218-27.
- 81-** Ward RK, Zamorski MA. Benefits and risks of psychiatric medications during pregnancy. *Am Fam Physician*. 2002; 66: 629-36.
- 82-** Leslie Born, Dawn Zinga. Shauna Dae Phillips Therapy. 2006; 1: 153-61.

- 83-** Gdc F, alıyurt O, Vardar E, Tuğlu C, Abay E. Majr depresyonda sertralin ile birlikte uygulanan uyku yoksunluğu ve ışık tedavisinin etkinliğinin sertralin tedavisi ile karşılaştırılması. Turk Psik Derg. 2005; 16: 245-51
- 84-** Kalinowsky LB. ECT in pregnancy. Am J Psychiatry 1984; 141: 1643
- 85-** Wisner KL, Zarin DA, Holmboe ES, Appelbaum PS, Gelenberg AJ, Leonard HL, and others. Risk-benefit decision making for treatment of depression during pregnancy. Am J Psychiatry 2000;157:1933–40.
- 86-** Avcı K, Pala K. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde alışan Araştırma Görevlisi ve Uzman Doktorların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Uludağ Üniv Tıp Fak Derg. 2004; 30: 81-5.
- 87-** Yazgan , Kora K, Topçuoğlu V, Kuşcu K. Huzurevinde kalan demansı olmayan yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Turk J Geriatrics. 2006; 9: 143-9.
- 88-** Güler D. Mastalji, yaşam kalitesi ve depresyon (Uzmanlık tezi). İstanbul: şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, 2006; 65-7.
- 89-** Uğuz F, Dursun R, Kaya N, illi AS. Behçet hastalarında ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006; 7:133-9.
- 90-** Pesavento F, Marconcini E, Drago D. Quality of life and depression in normal and in high-risk pregnancy. Analysis of a sample of 100 women, Minerva Ginecol. 2005; 57: 451-60.
- 91-** Eser SY, Fidaner H, Fidaner C. Yaşam kalitesinin llmesi, WHOQOL–100 ve WHOQOL-Bref. 3P Dergisi. 1999; 7: 5-13.
- 92-** Aydemir , Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Klinik lekler Kitabı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2006, 121-5.
- 93-** Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin niversite öğrencileri için geçerliliği ve güvenirliliği. Psikol Derg. 1989; 7: 3-13.
- 94-** Kişnişci A, Gökşin E, Durukan T, stay K, Ayhan A, Grgan T, Önderoğlu S. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi Kitabı, Güneş Kitabevi, Ankara, 1996, 1623-45.
- 95-** iek MN, Mungan MT. Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji Kitabı, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 2007, 283-489.
- 96-** Kılıç S, Uçar M, Temir P, Erten , şahin E, Karaca B, Yüksel S, zkır F. Hamile kadınlarda doğum öncesi bakım alma sıklığı ve bunu etkileyen faktörler. Kor Hek 2007; 6: 91-7.
- 97-** Shawky S, Milaat W. Early teenage marriage and subsequent pregnancy outcome. East Medit Health J. 2000; 6: 46-54.

- 98-** Öztanrıöver S. Riskli gebelerde ruhsal sorunlar (Uzmanlık tezi). Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, 1998; 51-7.
- 99-** Altıparmak S. Gebelerde sosyo-demografik özellikler, öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi. TAF Prev Med Bull. 2006; 5: 416-23.
- 100-** Schmiede S, Russo NF. Depression and unwanted first pregnancy: longitudinal cohort study. BMJ. 2005; 3; 331: 1303.
- 101-** Üstün C, Malatyahoğlu E. The effects of smoking on fetus-plasenta during pregnancy. Ondokuz Mayıs Üni. Tıp Fak. Derg. 1990; 7: 43-8.
- 102-** Alp H, Selimoğlu MA, Yaman S, Energin M, Altınkaynak S, Orbak Z. Fetal effects of maternal smoking. İst Çocuk Klin Derg. 1995; 30: 80-3.
- 103-** Marakoğlu K, Sezer RE. Sivas'ta gebelikte sigara kullanımı. C. Ü. Tıp Fak. Derg. 2003; 25: 157 – 164.
- 104-** Uncu Y, Ozcakir A, Ercan I, Bilgel N, Uncu G. Pregnant women quit smoking; what about fathers? Survey study in Bursa Region, Turkey. Croat Med J. 2005; 46: 832-7.
- 105-** Fisher N, Amitai Y, Haringman M, Meiraz H, Baram N, Leventhal A. The prevalence of smoking among pregnant and postpartum women in Israel: a national survey and review. Health Policy. 2005; 73: 1-9.
- 106-** Cnattingius S. The epidemiology of smoking during pregnancy: smoking prevalence, maternal characteristics, and pregnancy outcomes. Nicotine Tob Res. 2004; 6: 125-40.
- 107-** Pagano R, La Vecchia C, Decarli A. Smoking in Italy, 1995. Tumori. 1998; 84: 456-9.
- 108-** Balle J, Olofsson MJ, Hilden J. Cannabis and pregnancy. Ugeskr Laeger. 1999; 161: 5024-8.
- 109-** Chatenoud L, Chiaffarino F, Parrazini F, Benzi G, Vecchia CL. Letters. Prevalence of smoking among pregnant women is lower in Italy than England. BMJ 1999; 318: 1012.
- 110-** Steuerer A, Rosenbaum P, Heller WD, Scherer G, Sennwald E, Funk B, Schmidt W. Effect of smoking and antioxidant vitamin concentrations of pregnant patients on birth weight of newborn infants. Z Geburtshilfe Neonatal. 1999; 203: 110-4.
- 111-** Sorensen TK, Williams MA, Lee IM, Dashow EE, Thompson ML, Luthy DA. Recreational physical activity during pregnancy and risk of preeclampsia. Hypertension. 2003; 41: 1273-80.
- 112-** Elsenbruch S, Benson S, Rütke M, Rose M, Dudenhausen J, Pincus-Knackstedt MK, Klapp BF, Arck PC. Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. Hum Reprod 2006; 16: 1-9.

- 113-** Nicholson WK, 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.
- 114-** Symon A. A review of mothers' prenatal and postnatal quality of life. *Health Qual Life Outcomes.* 2003; 1: 38.
- 115-** Nansel TR, Doyle F, Frederick MM, Zhang J. Quality of life in women undergoing medical treatment for early pregnancy failure. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2005 ;34: 473-81.
- 116-** Drescher KM, Monga, M, Williams P, Promecene-Cook P, Schneider K. Perceived quality of life in pregnant adolescent girls. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:1231-3.
- 117-** Larrabee KD, Monga M, Eriksen N, Helfgott A. Quality of life in pregnant women with the human immunodeficiency virus. *Int J Gynaecol Obstet.* 1997; 56: 305.
- 118-** Arslan H, Korkmaz N. Kısmi yatak istirahati ile hastanede yatan yüksek riskli gebelerin yaşadığı fiziksel ve psikolojik sorunlar. *Perinatoloji Derg* 2005; 13: 91-100.

12- EKLER

EK-1

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1- Tarih:

2- Adı Soyadı:

3- Adres:

4- Telefon:

5- Doğum Tarihi (yaş):

6- Eğitim düzeyi:

- 1-Okur yazar değil
- 2-Okur yazar
- 3-İlkokul mezunu

- 4-Ortaokul mezunu
- 5-Lise mezunu
- 6-Yüksekokul mezunu

7-Eşin eğitim düzeyi:

- 1-Okur yazar değil
- 2-Okur yazar
- 3-İlkokul mezunu

- 4-Ortaokul mezunu
- 5-Lise mezunu
- 6-Yüksekokul mezunu

8- Evlilik Durumu:

- 1-Evli
- 2-Boşanmış
- 3-Dul

- 4-Ayrı yaşıyor
- 5-Diğer.....

9- Evlenme yaşı:

10- Kaçınca evliliği:

11- Resmi nikah var mı?

1-Var

2-Yok

12- Meslek:

13- Eşinin mesleği:

14- Ailenin gelir düzeyi:

15- Yaşadığı yer

1-Köy

2-Kasaba

3-İlçe

4-İl

16- Birlikte kaldığı kişiler

- 1-Eş ve/veya çocukları
2-Yalnız
3-Kendi anne ve babasıyla
4-Eşinin anne ve babasıyla
5-Diğer.....

17- Sigara içiyor musunuz?

- 1-Evet halen (günde.....)
2-Arasıra (günde:.....,Haftada:.....)
3-Bıraktım (Süre:.....)
4-Hiç içmedim

18- Eşiniz sigara içiyor mu?

- 1-Evet halen (günde.....)
2-Arasıra (günde:.....,Haftada:.....)
3-Bıraktı (Süre:.....)
4-Hiç içmedi

19- Özel sırlarımı açacak kadar samimi, desteğine güvendiği kişiler var mı?

- 1-Yok
2-Yeterli değil
3-Yeterli

20- Gravida:

- Parite:
Abortus:
Yaşayan çocuk:

21- Bir önceki gebeliğin nasıl sonlandı ve bebeğin sağlık durumu:

- 1-Sezaryan: 2-NSVD: 3-Düşük: 4-Kürtaj:

22- Şu anda gebeliğin kaçınıcı hafta.....(ay.....) olduğu:

23- Çocuğun cinsiyeti hakkında beklentileri (kendisinin ve çevresinin).....

24- Riskli gebeliğe sahip mi?

- 1- Hayır
2- Evet

- a) Yaş
b) Önceki gebeliklerin öyküsü
c) Genital sistem problemleri öyküsü
g) Sosyoekonomik faktörler
h) Fizik muayene

d) Maternal tıbbi hastalık öyküsü

ı) Pelvik muayene

e) Teratojenlere maruz kalma öyküsü

i) Laboratuvar muayenesi

f) Aile öyküsü

j) Alışkanlıklar (İlaçlar..)

k) Gebelik izleminde saptanan risk faktörleri:

—Hipertansif hastalıklar

—Şiddetli hiperemezis gravidarum

—Kiloalımındaki anormallikler

—İntrauterin gelişme geriliği

—Polihidramnios ve oligohidramnios

—Akut cerrahi problemler

—Prezentasyon anomalileri

—Gebelik haftasına uygun olmayan fundus yüksekliği

—Pyelonefrit

—Preterm eylem

—Postterm gebelik

—Çoğul gebelik

—Yüksek ateş

—Rh izoimmünizasyonu

—Diabetes mellitus

—Antenatal kanama

24-Gebeliğin kaçınıcı ayından beri bu risk faktörü var?

25-Risk faktörü başlamadan önce önemli bir yaşam olayı geçirmiş mi?

26-Bu risk faktöründen dolayı kendini suçluyor musun? 1-Evet 2-Hayır

27-Bebek istenilen bir bebek mi? 1-Evet 2-Hayır

28-Bebeğin hayatınıza getireceği değişiklikler hakkında ne düşünüyorsunuz? Bununla ilgili endişeleriniz var mı?.....

29-Eşi ile uyumu:

30-Eşinin riskli bakış açısı nasıl?

31-Riskli gebelik belirlendikten sonra yaşam biçimindeki değişiklikler:

1. İş yaşamı:

2. Ev yaşamı:

3. Eş ve çocuklarla ilişkiler:

4. Sosyal yaşam ve çevre ilişkileri:

5. Cinsel yaşam:

32-Daha önce psikiyatrik tedavi görmüş mü?

1-Evet

2-Hayır

Aşağıda, Kişilerin Ruh Durumlarını İfade 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 İçindeki (Şu An Dahil) Kendi Ruh Durumunuzu Göz Önünde Bulundurarak, Size En Uygun Olan İfadeyi İşaretleyiniz. (Not: İsim belirtmenizi istemediğimiz için bu bilgilerin size ait olduğunu kimse bilmeyecektir.) Teşekkür Ederiz.

1. 0) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
1) Kendimi üzgün hissediyorum.
2) Her zaman için üzgünüm kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
3) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2. 0) Gelecekte umutsuz değilim.
1) Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum.
2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok
3) Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.
3. 0) Kendimi başarısız görmüyorum.
1) Çevremdeki birçok kişiden fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
2) Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığımın olduğunu görüyorum.
3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4. 0) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
1) Her şeyden eskisi kadar zevk almıyorum.
2) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
3) Bana zevk veren hiçbir şey yok.
5. 0) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
1) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
2) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
3) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
6. 0) Cezalandırıldığımı düşünmüyorum.
1) Bazı şeyler için cezalandırılabilirim hissediyorum.
2) Cezalandırılmayı bekliyorum.
3) Cezalandırıldığımı hissediyorum.
7. 0) Kendimden hoşnutum.
1) Kendimden pek hoşnut değilim.
2) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
3) Kendimden nefret ediyorum.
8. 0) Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum.
1) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
2) Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum.
3) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9. 0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

- 1) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum, fakat bunu yapamıyorum.
 - 2) Kendimi öldürebilmeyi isterdim.
 - 3) Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10.**
- 0) Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
 - 1) Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum.
 - 2) Şu sıralarda her an ağlıyorum.
 - 3) Eskiden ağlayabilirdim, ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.
- 11.**
- 0) Her zamankinden daha sinirli değilim.
 - 1) Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum.
 - 2) Çoğu zaman sinirliyim.
 - 3) Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum.
- 12.**
- 0) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
 - 1) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
 - 2) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
 - 3) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
- 13.**
- 0) Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum.
 - 1) Bu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum.
 - 2) Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
 - 3) Artık hiç karar veremiyorum.
- 14.**
- 0) Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.
 - 1) Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyor ve üzülüyorum.
 - 2) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu düşünüyorum.
 - 3) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
- 15.**
- 0) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
 - 1) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.
 - 2) Hangi iş olursa olsun yapabilmek için kendimi çok fazla zorluyorum.
 - 3) Hiçbir iş yapamıyorum.
- 16.**
- 0) Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum.
 - 1) Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum.
 - 2) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.
 - 3) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve uyuyamıyorum.
- 17.**
- 0) Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
 - 1) Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.
 - 2) Şu sıralarda neredeyse her şey beni yoruyor.
 - 3) Öyle yorgunum ki hiçbir şey yapamıyorum.
- 18.**
- 0) İştahım eskisinden pek farklı değil.
 - 1) İştahım eskisi kadar iyi değil.
 - 2) Şu sıralarda iştahım epey kötü.
 - 3) Artık hiç iştahım yok.
- 19.**
- 0) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğim söylenemez.

- 1) Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim.
 - 2) Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim.
 - 3) Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilo verdim.
- 20.** 0) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
- 1) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.
 - 2) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
 - 3) Bu tür sıkıntılar beni öyle endişelendiriyor ki, artık başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 21.** 0) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.
- 1) Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
 - 2) Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim.
 - 3) Artık, cinsellikle bir ilgim kalmadı.

TEŞEKKÜR EDERİZ

Yönerge

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 giden 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.

Örnek**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 yuvarlağa almanız gerekiyor.

- 4 Çokça

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

1.G1. Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?

- 1) Çok kötü 2) Biraz kötü 3) Ne iyi ne kötü 4) Oldukça iyi 5) Çok iyi

2.G4. Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

- 1) Hiç hoşnut 2) Çok az 3) Ne hoşnutum 4) Epeyce 5) Çok
değilim hoşnutum ne değilim hoşnutum hoşnutum

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

3.F1.4. Ağrınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?

- 1) Hiç 2) Çok az 3) Orta derece 4) Çokça 5) Aşırı derece

4.F11.3. Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?

- 1) Hiç 2) Çok az 3) Orta derece 4) Çokça 5) Aşırı derece

5.F4.1. Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?

- 1) Hiç 2) Çok az 3) Orta derece 4) Çokça 5) Aşırı derece

6.F24.2. Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?

- 1) Hiç 2) Çok az 3) Orta derece 4) Çokça 5) Aşırı derece

7.F5.3. Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?

- 1) Hiç 2) Çok az 3) Orta derece 4) Çokça 5) Aşırı derece

8.F16.1. Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?

- 1) Hiç 2) Çok az 3) Orta derece 4) Çokça 5) Aşırı derece

9.F22.1. Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?

- 1) Hiç 2) Çok az 3) Orta derece 4) Çokça 5) Aşırı derece

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

10.F2.1 Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?

- 1) Hiç 2) Çok az 3) Orta derece 4) Çokça 5) Aşırı derece

11.F7.1 Bedensel görüntünüzle barışık mısınız?

- 1) Hiç 2) Çok az 3) Orta derece 4) Çokça 5) Aşırı derece

12.F18.1 İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?

- 1) Hiç 2) Çok az 3) Orta derece 4) Çokça 5) Aşırı derece

13.F20.1 Günlük yaşamınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?

- 1) Hiç 2) Çok az 3) Orta derece 4) Çokça 5) Aşırı derece

14.F21.1 Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?

- 1) Hiç 2) Çok az 3) Orta derece 4) Çokça 5) Aşırı derece

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde iyi yada doyurucu bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

15.F9.1 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.F13.3 Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?

- 1) Hiç hoşnut değilim 2) Çok az hoşnutum 3) Ne hoşnutum ne değilim 4) Epeyce hoşnutum 5) Çok hoşnutum

17.F10.3 Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?

- 1) Hiç hoşnut değilim 2) Çok az hoşnutum 3) Ne hoşnutum ne değilim 4) Epeyce hoşnutum 5) Çok hoşnutum

18.F12.4 İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?

- 1) Hiç hoşnut değilim 2) Çok az hoşnutum 3) Ne hoşnutum ne değilim 4) Epeyce hoşnutum 5) Çok hoşnutum

19.F6.3 Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?

- 1) Hiç hoşnut değilim 2) Çok az hoşnutum 3) Ne hoşnutum ne değilim 4) Epeyce hoşnutum 5) Çok hoşnutum

20.F13.3 Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?

- 1) Hiç hoşnut değilim 2) Çok az hoşnutum 3) Ne hoşnutum ne değilim 4) Epeyce hoşnutum 5) Çok hoşnutum

21.F15.3 Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

- 1) Hiç hoşnut değilim 2) Çok az hoşnutum 3) Ne hoşnutum ne değilim 4) Epeyce hoşnutum 5) Çok hoşnutum

22.F14.4 Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?

- 1) Hiç hoşnut değilim 2) Çok az hoşnutum 3) Ne hoşnutum ne değilim 4) Epeyce hoşnutum 5) Çok hoşnutum

23.F17.3 Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?

- 1) Hiç hoşnut değilim 2) Çok az hoşnutum 3) Ne hoşnutum ne değilim 4) Epeyce hoşnutum 5) Çok hoşnutum

24.F19.3 Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

- 1) Hiç hoşnut değilim 2) Çok az hoşnutum 3) Ne hoşnutum ne değilim 4) Epeyce hoşnutum 5) Çok hoşnutum

25.F23.3 Ulaşım olanaklarından ne kadar hoşnutsunuz?

- 1) Hiç hoşnut değilim 2) Çok az hoşnutum 3) Ne hoşnutum ne değilim 4) Epeyce hoşnutum 5) Çok hoşnutum

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde bazı şeyleri ne sıklıkta hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

26.F8.1 Ne sıklıkta hüznün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?

- 1) Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Ara sıra 4) Çoğunlukla 5) Her zaman

U.27 Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrol ile ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?

- 1) Hiç 2) Çok az 3) Orta derece 4) Çokça 5) Aşırı derece

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu?.....

Bu formun doldurulması ne kadar süre aldı?.....

Soru formu ile ilgili yazmak istediğiniz görüş var mı?.....

Yardımanız için teşekkürler.

13. TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince yetişmeme katkıda bulunan, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Selma Çivi ve öğretim üyeleri Sayın Yrd. Doç. Dr. Ruhuşen Kutlu, Sayın Yrd. Doç. Dr. Kamile Marakoğlu'na teşekkür ederim.

Uzmanlık tezimin hazırlanmasında yardım ve katkılarını esirgemeyen tez danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Kamile Marakoğlu'na ve tez çalışmama ışık tutan Sayın Prof. Dr. Selma Çivi'ye teşekkürü borç bilirim. Ayrıca tezimin SÜMTF Kadın Hastalıkları ve Doğum AD'da yürütülmesine izin veren Sayın Prof. Dr. Mehmet Çolakoğlu ve yardımlarını esirgemeyen Sayın Doç. Dr. Ali Savaş Çilli'ye teşekkürlerimi sunuyorum.

Uzmanlık eğitimi süresince eğitimime katkıda bulunan tüm hocalarıma ve daima uyum içinde çalıştığımız araştırma görevlisi arkadaşlarıma ve özellikle Dr. Saniye Özdemir'e teşekkür ederim.

Aldığım tüm kararlarda beni destekleyerek bugünlere gelmemde büyük payları olan sevgili aileme, eşim Dr. Orkun Şahsivar'a ve oğlum Anıl'a teşekkür ederim.

Dr. M. Şule ŞAHSIVAR

Konya 2007