

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

RİSKLİ GEBELİKLERDE DEPRESYON VE
ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Teslime Nazlı PİŞİRGEN

Aile Hekimliği Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ

ESKİŞEHİR

2011

**T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**RİSKLİ GEBELİKLERDE DEPRESYON VE
ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Teslime Nazlı PİŞİRGEN

**Aile Hekimliği Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŐMANI
Doç. Dr. Murat ÜNALACAK**

ESKİŞEHİR

2011

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,

Dr. Teslime Nazlı PİŞİRGEN'e ait "Riskli Gebeliklerde Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Değerlendirilmesi" adlı çalışma jürimiz tarafından Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Tarih: 03.05.2011

Jüri Başkanı	Prof. Dr. İlhami ÜNLÜOĞLU Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Üye	Prof. Dr. Gökay AKSARAY Psikiyatri Anabilim Dalı
Üye	Doç. Dr. Murat ÜNALACAK Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fakülte Kurulu' nunTarih veSayılı Kararıyla onaylanmıştır.

Prof.Dr. Necmi ATA

Dekan

TEŞEKKÜR

Çalışmamın her aşamasında yönlendirmeleri ile destek veren, yapıcı eleştirileriyle yol gösteren, yazdığım cümleleri sabırla okuyup düzelten danışmanım ve hocam Doç. Dr. Sayın Murat ÜNALACAK'a ve tezimin tamamlanmasında her türlü desteği sağlayan, uzmanlık eğitimimin yanında her türlü sosyal, bilimsel ve kişisel desteğiyle motivasyonumu ayakta tutmamda varlığını her zaman yanımda hissettiğim, kişiliği ve erdemli duruşuyla örnek aldığım değerli hocam Prof. Dr. Sayın İlhami ÜNLÜOĞLU'na teşekkürlerimi borç bilirim. Tezimin istatistiklerinin hazırlanmasında yardımlarını esirgemeyen Uzm. Dr. Şeyhmus KAYA ve Uzm. Dr. A. Tuğrul ZEYTİN'e ve tez çalışmamın yürütülmesinde sürekli yanımda olan asistan arkadaşlarım; Arş. Gör. Dr. Bengü PALA, Arş. Gör. Dr. Aslı Melek ZEYTİN, Arş. Gör. Dr. Burcu GÜNGÖR ERGÜN, Arş. Gör. Murat KORKMAZ, Arş. Gör. Dr. Aynur ÖZTÜRK ÖZER, Arş. Gör. Dr. Muhterem İPEK'e teşekkürü bir borç bilirim. Ayrıca, rotasyon yapmış olduğum disiplinlerdeki değerli hocalarıma da teker teker teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Pişirgen, TN. Riskli Gebeliklerde Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2011. Gebelikte risk faktörü tespit edilmesi, gebelerde depresyon ve anksiyete düzeylerinde artışa neden olurken bu durum da hem gebenin kendisi için hem de fetus için tehdit unsuru yaratmaktadır. Çalışmanın amacı, riskli ve normal gebeliği olanlarda sosyodemografik özelliklerin, depresyon ve anksiyete düzeylerinin ve bunların birbirleriyle olan ilişkilerinin araştırılıp, depresyon ve anksiyete yönünden erken tanı ve tedavi açısından dikkatli olunmasını sağlamaktır. Çalışmaya 6 aylık süreçte Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne başvuran bilinen riskli gebelik tanısı olan ve olmayan toplam 150 gebe alındı. Hastaların sosyodemografik özellikleri, depresyon ve anksiyete düzeyleri sosyodemografik bilgi formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) kullanılarak değerlendirildi. BDÖ kesme puanı 17 olarak alındı. Riskli gebelikleri olan olguların %40,0'ında depresyon yok, iken %60,0'ında depresyon tespit edildi. Riskli gebeliği olanlarda depresyon görülme oranı, kontrol grubundaki olgulara göre anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0,01$). Riskli gebeliği olan olguların anksiyete ve depresyon ortalamaları da kontrol grubundaki olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p=0.00$). Riskli gebeliği olanlarda gravida ve parite sayıları yüksek bulundu. Riskli gebelik tanısı alan olguların gelir düzeyi, kontrol grubuna göre düşük bulunmuştur ($p=0.027$). Çalışmada riskli gebelerin %60 gibi yüksek bir oranında depresyon belirtilerinin görüldüğü ve bu gebelerin anksiyete ortalamalarının da yüksek olduğu görüldü. Gebelik anksiyetesi ve depresyonun erken tanısı ve tedavisi anne ve bebek açısından çok önem taşımaktadır. Hekimlerin gebelikte depresyon ve anksiyete konusunda dikkatli olup, gerekli tanı ve tedaviyi kar-zarar oranını değerlendirerek yapmaları gereklidir

Anahtar Kelimeler: Gebelik, risk faktörleri, depresyon, anksiyete

ABSTRACT

Pisirgen, TN. Evaluation of Depression and Anxiety Levels in High Risk Pregnancies. Eskisehir Osmangazi University, Faculty of Medicine, Department of Family Medicine, Speciality Thesis, Eskisehir, 2011. Determining risk factors during pregnancies, increases depression and anxiety levels of pregnant and it threatens lives of fetuses as well as their mother. In this study, we aimed to research sociodemographic characteristics of both normal and high risk pregnant, to assess the depression and anxiety levels among them, to determine if there are relations between sociodemographic factors and depression and anxiety levels and to alert caregivers about early diagnosis and treatment. A hundred and fifty normal and high risk diagnosed pregnant who admitted to Eskisehir Osmangazi University Faculty of Medicine, Polyclinics of Gynecology and Obstetrics Department during six months, were included in the research. Sociodemographic Data Form was used to determine sociodemographic characteristics and Beck Depression Inventory (BDI) and Beck Anxiety Inventory (BAI) were used to determine the depression and anxiety levels of pregnant. Cut off point of BDI was taken as seventeen and over. Sixty percent of high risk pregnant had depression and high risk pregnant have significantly higher depression rates than the control group ($p < 0,01$). Also the average levels of depression and anxiety, are statistically higher among high risk pregnant than the normal ones ($p = 0.00$). High risk pregnant have higher gravida and parity rates. High risk pregnant income levels of high risk pregnant were lower than controls ($p = 0.027$). Sixty percent of high risk pregnant had depression and these pregnant also had higher anxiety levels. Early diagnosis and treatment of depression and anxiety during pregnancy is very important for mother and baby. Physicians should be careful about diagnosing and giving essential treatments with evaluating cost-effectiveness.

Key Words: Pregnancy, risk factors, depression, anxiety

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Riskli Gebeliklerde Depresyon	3
2.1.1. Riskli Gebelik	4
2.1.2. Gebelikte Risk Faktörleri	5
2.1.3. Depresyon	13
2.1.4. Gebelikte Depresyon Sıklığı	16
2.1.5. Gebelikte Depresyon İçin Risk Faktörleri	17
2.1.6. Gebelikte Depresyona Ait Belirti ve Bulgular	19
2.1.7. Riskli Gebeliklerde Depresiyoma Ait Belirti ve Bulgular	19
2.1.8. Riskli Gebeliklerde Meydana Gelen Tepkiler	20
2.1.9. Gebelikte Depresyonun Sonuçları	22
2.1.10. Gebelikte Depresyon Tedavisi ve Önlenmesi	25
2.2. Riskli Gebeliklerde Anksiyete	28
2.2.1. Anksiyete	28
2.2.2. Gebelik ve Anksiyete Bozuklukları	29
3. GEREÇ VE YÖNTEM	31
3.1 Örneklem Seçimi ve Verilerin Toplanması	31
3.2. Veri Toplama Araçları	32
3.2.1. Sosyodemografik Bilgi formu	32
3.2.2 Beck Depresyon Ölçeği	32
3.2.3. Beck Anksiyete Ölçeği	33

	Sayfa
3.3. Verilerin İstatistiksel Analizi ve Yorumlanması	33
4. BULGULAR	34
5. TARTIŞMA	46
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	54
KAYNAKLAR	58
EKLER	70
EK 1: Sosyodemografik Bilgi Formu	
EK 2: Beck Anksiyete Ölçeği	
EK 3: Beck Depresyon Ölçeği	

SİMGELER VE KISALTMALAR

APA	Amerikan Psikiatri Birliği
BDÖ	Beck Depresyon Ölçeği
BDT	Bilişsel-Davranışçı Tedavi
CI	Confidence Interval (Güven Aralığı)
CRH	Kortikotropin Serbestleştirici Hormon
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EKT	Elektro Konvulzif Tedavi
EPDÖ	Edinburg Postnatal Depresyon Ölçeği
GTH	Gestasyonel Trofoblastik Hastalık
HCG	Human Korionik Gonadotropin
HPA	Hipotalamo-Pitüiter-Adrenal
İUGG	İntrauterin Gelişme Geriliği
KİT	Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi
OGTT	Oral Glikoz Tolerans Testi
OR	Odds Ratio
PRİME-MD	Primary Care Evaluation of Mental Disorders
SNRI	Selektif Serotonin ve Norepinefrin Gerialım İnhibitörleri
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SSRI	Selektif Serotonin Gerialım İnhibitörleri
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TABLOLAR

	Sayfa
2.1. 100 gr glikoz testinde sınır değerler	10
2.2. 75 gr glikoz testinde sınır değerler	10
2.3. DSM IV Majör Depresyon Tanı Kriterleri	14
4.1. Riskli Gbelik Tanısı Alan ve Almayan Gebelerin Demografik Özelliklere Göre Dağılımı	36
4.2. Çalışan ve Çalışmayan Gebelerin Riskli Gebelik Durumlarının Karşılaştırılması	37
4.3. Vaka-Kontrol Gruplarının Gebelik Öykülerine Göre Dağılımı	38
4.4. Vaka-Kontrol Gruplarının Depresyon Dağılımı	39
4.5. Vaka-Kontrol Gruplarının Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri	40
4.6. Vaka-Kontrol Gruplarının Tanı Dağılımı	41
4.7. Vaka Grubunun Risk Dağılımı	42
4.8. Vaka-Kontrol Gruplarının Psikiyatrik Tedavi Dağılımı	42
4.9. Gebeliklerinde Depresyon Değeri 17 ve Üzeri Tespit Edilen Kadınların Gebelik Öncesi Psikiyatrik Tedavi Öykülerine Göre Dağılımları	43
4.10. Riskli Gebeliği Olanlarda Depresyon ile Eğitim Düzeyi Arasındaki İlişki	43
4.11. Riskli Gebelerin Risklerinin Başlama Dönemlerinin Ve Yaşamlarına Etkilerinin Dağılımları	44
4.12. Gebelik Öncesi Psikiyatrik Tedavi Alan ve Almayan Gebelerin Ortalama BDA puanlarının karşılatırılması	44
4.13. Gebeliği İsteyen Vaka-Kontrol Gruplarının Ortalama BDA ve BDÖ Puanlarının Karşılaştırılması	45
4.14. Gebeliği İstemeyen Vaka-Kontrol Gruplarının Ortalama BDA ve BDÖ Puanlarının Karşılaştırılması	45

1.GİRİŞ

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

Riskli gebelikler genellikle anne, fetus ya da yenidoğanın doğumdan önce veya sonra artmış morbidite ve mortalite riskini taşıması diye tanımlanabilir (4). Her ne kadar gebelik fizyolojik bir hadise ise de, gebeliklerin %5-%20 sinde anne ve bebeğin sağlığını tehdit eden patolojik bir olayla karşılaşılır (5).

Yapılan çalışmalara göre gebelikte depresyon ve depresif semptom görülme sıklığının %5-51 arasında değiştiği bulunmuştur (6). 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 fetus için tehdit unsuru yaratmaktadır (7). Tedavi edilmemiş anksiyete bozukluğunun gebelik ve yenidoğan üzerinde düşük doğum ağırlığı ve prematür doğum gibi olumsuz etkileri vardır (8, 9).

Mental hastalıkların annenin duygu durumunu etkileyerek gebelikle ilgili olumsuz sonuçlar doğurabileceği belirtilmektedir. Bu konudaki genel fikir, gebelik esnasında görülen psikopatolojik semptomların fetus üzerinde fizyolojik etkiler yarattığı şeklindedir (10).

Bu araştırmada, riskli ve normal gebeliği olanlarda sosyodemografik özelliklerin, depresyon ve anksiyete düzeylerinin ve bunların birbirleriyle olan ilişkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Riskli Gebeliklerde Depresyon

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 bekleme, yüklenme de yaratabilir (11, 12).

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 (11-13).

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 şöyle sıralanabilir:

- 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 (12).

Gebeliğin her döneminde görülen fizyolojik ve psikolojik tepkiler farklı olabilir. Gebeliğin ilk dönemlerinde bedensel düzenlemeler üzerinde yoğunlaşılır;

sabah bulantısıyla baş etme, meme hassasiyeti, fiziksel değişiklikler, cinsellik, diyet ve egzersiz gibi. Gebelik sırasında, gebe kadın hem fiziksel hem de fizyolojik sınırlardaki değişikliklere ayak uydurmalıdır (14). İlk trimester genellikle yeni duruma ve gebe olunduğu gerçeğine uyum dönemidir. Eğer istenilen gebelikse mutluluk, haz, doğum 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 mizaç değişiklikleri görülür. Gebelikte duygu durum değişiklikleri, yemek yeme dürtüsü değişiklikleri de görülebilir (13). 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 (hiperemesis), 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 (15).

Hamileliğin son dönemi yaklaştıkça doğum korkusu başlar. Bebeğin normal olup olmayacağı, sağlıklı, problemsiz bir doğum yapıp yapmayacağı endişesi içerisine girer. Doğum esnasında çekeceği acıların düşüncesi bile gebe kadının büyük bir kaygı yaşamasına neden olabilmektedir. Bir an önce doğum yapıp, sağlıklı bir duruma bebeği ile birlikte kavuşmak ister (16). Gebelik çoğu kadın için stres faktörüdür. Gebelik sırasında ve doğum sonrasında kadının anneliğe uyum sağlamaya çalışması, stresin asıl kaynağıdır. Bunun yanı sıra çevrenin kadından iyi bir anne olmasını beklemesi de stresi artırır (17).

2.1.1. Riskli Gebelik

Riskli gebelikler genellikle anne, fetus ya da yenidoğanın doğumdan önce veya sonra artmış morbidite ve mortalite riskini taşıması diye tanımlanabilir (4).

Türkiye’de yılda 1.958.501 gebeliğin olduğu ve bunlardan yaklaşık 284,000’inin 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 tespit edilmiştir (18).

Her ne kadar gebelik fizyolojik bir hadise ise de gebeliklerin %5-%20 sinde anne ve bebeğin sağlığını tehdit eden patolojik bir olayla karşılaşılır (5). Yüksek riskli gebeliklerin saptanması ve ikinci basamak kuruluşlarına sevk edilmesi, gebelikte ortaya çıkacak sorunların erken tanısı ve tedavisi gebelikte verilecek sağlık hizmeti ile sağlanır (19, 20).

2.1.2. Gebelikte Risk Faktörleri

İlk Antenatal Muayenede Saptanan Risk Faktörleri

1) Öykü:

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

2) 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 (İUGG): 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 uyuşmazlığı: Annenin Rh-negatif, babanın Rh-pozitif kan grubuna sahip olması.

ABO uyuşmazlığı: 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 konular (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.

3) 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: Servikste 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

4) 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.

5) 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.

6) Aile Öyküsü:

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

7) İlaçlar ve Alışkanlıklar:

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

8) Sosyo-Ekonomik Faktörler:

Sosyo-ekonomik durum, babanın işi, annenin eğitim durumu, sosyal çevre gibi faktörlerin yetersiz olması.

9) 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 diyastolik 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.

10) 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.

11) 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.

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

Enfeksiyon hastalıklarının taranması: TORCH grubu (toksoplazma, rubella, cytomegalovirüs 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 2.1.). En az iki noktada normal rakamların aşılması durumunda gestasyonel diyabet tanısı konulur.

Tablo 2.1. 100 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
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 2.2)

Tablo 2.2. 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

Gebelik İzleminde Saptanan Risk Faktörleri

Şiddetli hiperemezis gravidarum: 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 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.

İzoimmünizasyon: 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 değerini ≥ 200 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 aleyhte farkın olması.

Intrauterin 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.

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 2500 gr altında veya 4000 gr'ın üstünde olması

İkiz gebelik

Amniotik sıvının mekonyumla boyanmış olması

APGAR skorunun 5 veya altında olması (1.dakikada)

Fetusa ait bir hastalığın öncül belirtileri

Fetal canlandırmanın gerekmesi

Solunum sıkıntısı belirtileri ya da solunum sıkıntısı sendromu

Fetal enfeksiyon şüphesi veya bulgular

Doğum travması bulguları

Fetal deformite varlığı (4, 21).

2.1.3. Depresyon

DSM IV'e göre depresyon, iki haftalık bir dönem sırasında daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte Tablo 2.3'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 2.3.) (22).

Tablo 2.3. DSM IV Majör Depresyon Tanı Kriterleri (22).

<p>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.</p>
<p>(1) ya hastanın kendisinin bildirmesi (örn. Kendisini üzgün ya da boşlukta hisseder.) 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.</p> <p>(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).</p> <p>(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.</p> <p>(4) hemen her gün, insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnia (aşırı uyku) olması.</p> <p>(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).</p> <p>(6) hemen her gün, yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması.</p> <p>(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)</p> <p>(8) hemen her gün, düşünme ve yoğunlaşma kabiliyetlerinde azalma, kararsızlık olması.</p> <p>(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.</p>
<p>B. Bu semptomlar bir Mikst Epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.</p>
<p>C. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.</p>
<p>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.</p>
<p>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 uğraşp durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir.</p>

Depresyon yaygınlık, kronikleşme ve tekrarlama oranının yüksek olması, işgücü kaybını ve ayrıca intihar riskini artırması nedeniyle önemli bireysel ve toplumsal bir sağlık sorunudur. Depresyonun tanımlanması, önlenmesi, tedavisi ve tekrarlamasındaki risk etmenlerinin belirlenmesi özel bir önem arz etmektedir. Birincil duygulanım bozukluğu biçiminde ortaya çıkabileceği gibi, birçok psikiyatrik ve tıbbi duruma ikincil olarakta görülebilmektedir (23).

Depresyon, insanın yaşama istek ve zevkinin kaybolduğu, kişinin kendisini derin bir keder içerisinde hissettiği, geleceğe ilişkin kötümser, karamsar düşünceler, geçmişe ilişkin yoğun, pişmanlık, suçluluk duygu ve düşüncelerinin taşındığı, bazen ölüm düşüncesi, bazen intihar girişimi ve sonuçta ölümün olabildiği, uyku, iştah, cinsel istek ile ilgili fizyolojik bozuklukların olduğu bir hastalıktır. Ayrıca depresyonda dünyaya karşı ilginin azalması veya tam kaybı, diğer insanlara yatırım yapma veya bağlanma kapasitesinin kaybolması; kendini ayıplama, kınama, kendine serzenişte bulunma, sitem etme ve kendini aşağılama, hor görme gibi duygularla bir arada olan ciddi benlik saygısı ve kendilik değeri düşmesi saptanır (24).

Depresyon, normal, geçici, anlık bir emosyondan bir hastalığın herhangi bir belirtisi ya da tam anlamıyla psikiyatrik bir bozukluk olarak ele alınmaya kadar birçok şeyi kapsayabilen bir kavram olarak kullanılabilir. Bazen günlük düş kırıklıklarının yansımaları, doğal yaşantı, bir uyum yanıtı veya insan varlığının ölümle yüzyüze geleceği ontolojik durumuna evrensel bir tepki olarak ortaya çıkabilir. Bazı varoluşsal krizler ağır depresyonu tetikleyebilir. Çoğu afektif dalgalanmalar normaldir, göreceli olarak iyi, geçici ve geri dönüşlüdür (25).

Depresyon bebeklikten yaşlılığa; hayatın her döneminde olur. Bebeklikte hastanede yatırılan bebeklerde anne yoksunluğuna bir tepki olarak, gençlik döneminde intihar riski yüksekliği ve karmaşık belirtilerle birlikte, erişkin ve yaşlılık döneminde de yine kendilerine özgü değişik belirtilerle ortaya çıkar. Mizacın elemli oluşu, uyku bozuklukları, intihar düşünceleri gibi temel belirtiler yaşla değişmez (26).

2.1.4. Gebelikte Depresyon Sıklığı

Genel olarak gebelik, iyilik ve mutluluk halinin yaşandığı bir zaman dilimi olarak düşünülür. Bazı kaynaklarda gebelik durumunun kadınları depresyondan koruduğu belirtilir (27). Son yıllarda gebeliğin ruhsal bozukluklar için koruyucu bir dönem ya da “kendini iyi hissetme” dönemi olduğu düşüncesi kabul görmemektedir. Depresyon, hafif ya da ağır düzeyde, hamilelikte en sık görülen ruhsal bozukluktur (12).

Pospartum depresyon üzerine çok çalışmalar yapılmış olmasına karşın gebelik depresyonu ile ilişkili araştırmalar sınırlı sayıdadır (28, 29). Değişik kültürlerde gebelik döneminde depresyon yaygınlığını araştıran çalışmalarda depresif belirti görülme sıklığı Macaristan’da %17.9, Amerika’da %20, Kanada’da %25, Finlandiya’da %30 olarak bulunmuştur (30-33).

Yapılan çalışmalara göre gebelikte depresyon ve depresif semptom görülme sıklığının % 5-%51 arasında değiştiği bulunmuştur (6). Türkiye’de bu konuda sınırlı sayıda çalışma mevcut olmakla birlikte, Beck Depresyon Ölçeğine (BDÖ) göre (kesme puan 17 ve üzeri) yapılan çalışmalar da gebelikte depresif belirti görülme sıklığını; Karaçam ve Ançel (34) %27.3, Altınay (35) %27.9, Sevindik (36) %36.3 olarak bulmuşlardır. Gölbaşı ve arkadaşlarının (37) Edinburg Postnatal Depresyon Ölçeği’ne (EPDÖ) göre yaptıkları çalışmada; gebelikte depresif belirti görülme sıklığını %28.6 olarak belirlemişlerdir. Kurki ve arkadaşlarının (31) gebelikte depresyon sıklığını %30, Marcus ve arkadaşlarının (33) %20 olarak bulmuşlardır. McKee ve arkadaşları’nın (38) düşük gelir düzeyine sahip gebeler üzerinde yaptığı bir çalışmada ise Beck Depresyon Ölçeği’ne göre (kesme değeri 14 ve üzeri) depresyon prevalansı %51 olarak bulunmuştur.

Gebelerde görülen depresyon belirtilerinin düzeylerine yönelik yapılan çalışmaları incelediğimizde; Sevindik (36) çalışmasında; gebelerin %30’unda depresif belirti olmadığını, %33.8’inde hafif , %23,8 ininde orta ve %12,5’inin de ağır düzeyde depresif belirti bildirmişken; Aktaş ve arkadaşları (39) gebelerin %46.6’sında depresif belirti olmadığını, %34.5’inde hafif, %13,9’unda orta düzeyde, % 4.8’inin de ağır düzeyde depresif belirtilerinin olduğunu saptamışlardır. Gebelikte depresif belirti görülme sıklığı gebelik trimesterlerine göre de değişkenlik

gösterebilmektedir. Literatürde gebeliğin ikinci trimesterine göre birinci ve üçüncü trimesterinde anksiyete ve depresyonun daha fazla yaşandığı belirtilmektedir (36, 39, 40) Bennet ve arkadaşlarının (41), sistematik gözden geçirme çalışmasında depresyon yaygınlığı; gebeliğin ilk trimesterinde %7.4, ikinci trimesterde %12.8 ve üçüncü trimesterde %12 olarak bildirilmiştir. Bunevicius ve arkadaşları (42) çalışmalarında gebelik depresyonunun en fazla ilk trimesterde görüldüğünü ve bu trimesterde yüksek oranda görülmesini de gebeliğin plansız ve istenmeyen olması, düşük gelir ve eğitim düzeyinde olunması, gelir getiren bir işte çalışmama değişkenleriyle ilişkili olduğunu saptamıştır.

Perinatal ve postpartum dönemde depresyon prevalans yüksekliğinin nedeni tam olarak açıklanamasa da hormonlar, nöroendokrin ve psikososyal değişiklikler gibi çeşitli etyolojik faktörler suçlanmaktadır (6).

2.1.5. Gebelikte Depresyon İçin Risk Faktörleri

Gebelikte depresyon, postnatal depresyon kadar şiddetli olmayıp, genellikle en sık ilk trimesterde görülmektedir (11).

Genetik Faktörler

Genetik faktörle ilgili bilgiler tam açıklığa kavuşmamıştır. Bununla birlikte gebelik/ lohusalık depresyonunun yaklaşık %40-50'sinin genetik faktörle ilişkisinin olduğu ileri sürülmektedir. Literatürde genetik faktörle çevresel faktörlerin iç içe olduğu ve araştırılırken bu iki faktörün birlikte ele alınması gerektiği belirtilmektedir (28, 29)

Psikolojik Faktörler

Gebenin şimdi depresyon veya anksiyete yaşamaması, geçmişinde depresyon hikayesinin olması, gebeliğine yönelik zıt duygular, geçmişinde psikiyatrik hastalıkların varlığı gibi nedenler gebelik depresyonunu etkileyen psikolojik

faktörlerdendir. Psikolojik ve sosyal faktörler gebelik depresyonunu en çok etkileyen unsurlardır (28, 29).

Çevresel Faktörler

Stres, fiziksel, duygusal ve mental travma, viral enfeksiyonlar, kronik hastalıklar, oral kontraseptif kullanma, bazı sedatif ilaçlar gebelik depresyonuna zemin hazırlayan çevresel faktörlerdendir. Çevresel faktörler gebelik depresyonun oluşmasında tek faktör olmayıp, genetik eğilimle birlikte depresyon riskini arttırmaktadır (28, 29)

Sosyal Faktörler

Partner yokluğu, evlilik sorunları, yalnız yaşama, boşanma, ekonomik düzeyin düşüklüğü, sosyal destek azlığı veya yokluğu, sosyal izolasyon, aile içi şiddet yaşama, geçmişinde: fiziksel, duygusal ve cinsel şiddet öyküsünün bulunması, yaşamdaki majör olaylar, sigara tüketimi, alkol ve yabancı madde kullanımı gebelik depresyonuna etki eden sosyal faktörlerdendir (28, 29).

Biyolojik Faktörler

Biyolojik faktörlerle maternal depresyonun (gebelik-lohusalık) ilişkisinin belirlemek zordur. Biyolojik faktörler hormonlara etki ederek maternal depresyona zemin hazırlarlar. Malnütrisyon veya yetersiz-dengesiz gıda alımı nedeniyle gebedeki beslenme bozukluğu, nörotransmitter ve hormonal fonksiyonları bozarak maternal depresyonun patofizyolojisinin oluşmasına zemin hazırlamaktadır (28, 29).

Hormonal Faktörler

Gebelikte; östrojen, progesteron, prolaktin, troidi stimüle eden hormon (TSH), triodothronine / thyoxine hormon düzeylerinde ciddi değişiklikler görülür. Gebelikte östrojen ve progesteron düzeyindeki artışla maternal depresyon arasında

ilişki bulunmadığı, ancak yükselmiş TSH hormonu ile gebelik depresyonu arasında güçlü bir ilişkinin olduğu belirtilmektedir (28, 29).

2.1.6. Gebelikte Depresyona Ait Belirti ve Bulgular

Gebelerdeki depresif belirti ve bulguların; gebeliğin fizyolojik değişiklikleri ve yakınmalarıyla benzer özellikte olması ve subsendromal özellik gösterebilmesi nedeniyle gebelik depresyonuna tanı koymak bazen güç olabilir (43, 44). Bu nedenle ebe, hemşire ve hekim doğru tanı için gebeyi fiziksel ve psikolojik yönüyle iyi değerlendirebilmeli, depresyona yönelik belirtileri ve etkin tarama yöntemlerini bilmeli, bu yöntemleri uygulayabilmelidir (44, 45).

Gebeliğin birinci trimesterindeki başlıca depresif belirti ve bulgular; uyku ve iştah değişiklikleri, duygulanım ve anksiyete durumlarında dalgalanma, aşırı yorgunluk, libido kaybı, konsantrasyon güçlüğüdür. Benzer şekilde gebeliğin üçüncü trimesterinde anksiyete, aşırı yorgunluk, uyku ve iştah bozuklukları, doğumla ilgili kaygılar görülebilmektedir. Bu depresif belirtiler gebeliğin ikinci trimesterinde daha az görülmektedir (43). Literatürde, depresif belirtilerin gebe kadınlarda en az postpartum dönemdeki veya gebe olmayan kadınlardaki kadar sık ve yoğun görüldüğü belirtilmektedir (40). Gebelikteki depresif belirtiler genel depresyon belirtilerinden farklı olmamakla birlikte; hamile depresif hastalarda diğer depresif hastalara göre bulantı, mide ağrısı, sık soluk alıp verme, baş ağrısı gibi somatik şikâyetler anlamlı derecede fazla görülmektedir (44).

2.1.7. Riskli Gebeliklerde Depresyona Ait Belirti ve Bulgular

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 fetus için tehdit unsuru yaratmaktadır (7).

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 (7).

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 arttırabilmektedir. Amerikan Psikiyatri Birliği (APA, 1994), genel tıbbi rahatsızlığa bağlı oluşan bir duygu durum bozukluğu tanımlamıştır. Bu bozukluk için gerekli olan kriterler şunlardır: (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 (38).

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 olduğu hissine neden olmaktadır. Sensör, motor ve sosyal uyarımlar azalmıştır. Çevresel uyaranlar belirli sayıda, belirli nitelikte, rahatsız edici ve tekrarlayıcı özelliktedirler. Uyaranların az olması bir tür sensör yetersizlik oluşturmaktadır. Gebenin kendisi veya bebeği hakkında duyduğu endişelerle birlikte tüm bu faktörler, antepartum depresyon gelişiminde etkin olmaktadır (7).

2.1.8. Riskli Gebeliklerde Meydana Gelen Tepkiler

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 (4, 11, 21).

Gebe kadın kişilik yapısı, savunma düzenekleri, ailesel ve sosyal destek istemlerine bağlı olarak, riskli gebeliğe değişik tepkiler gösterir. Genellikle bu durum anne olabilmek yönünde güven sarsıcı olur ve özbeğeni sarsılır. Sıkıntı, kızgınlık ve korkular gelişir. Kendini gerçek ya da hayali nedenlerle suçlama eğilimleri ortaya çıkar (5, 11).

Bebeğin risk altında olacağı düşüncesi kaygıyı daha da artırır. Umutsuzluk, çaresizlik duyguları gelişir. Ender olarak da inkar savunmaları ve gerçek ötesi optimist düşünce ve beklentiler gelişir ki, bu da hekimler ve tedavi ekibinin işini zorlaştırır (11).

Gebeliğin riskli olarak tanımlanmasını takiben, bir dizi tetkik ve izleme yöntemleri gündeme gelir. İleri inceleme için başka kurumlara nakil, terkedilmişlik duyguları ve tanıdık olmayan çevrelere 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 (11, 46).

Bu riskli gebeliklerde ultrason, kan-idrar incelemeleri, amniosentez, bazen fetal kan örnekleri gibi bir dizi incelemeler başlar. Bunlardan ultrason en sık kullanılır. Ultrason 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 (4, 11, 15, 21).

Gebelik ve doğumun riskli olduğu durumlarda ise 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 tanınmalı, 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 tanınmalı, işbirliği içinde olmalı, bazen o ekibin içinde yer almalı; tıbbi değerlendirmenin ve görüş bildirmenin yanında, gebenin psişik süreçlerini tanınmalı, koşulları terapötik kılmaya çalışmalıdır. Gebenin bağımlılık gereksinimi, motivasyonunu arttırıcı yönde etkileyebilir. Bu dönemdeki destek sadece riskleri azaltmayacak, anneliğe de hazırlayarak kolaylaştıracaktır (11).

2.1.9. Gebelikte Depresyonun Sonuçları

Gebelikte Depresyon Sonuçlarının Etyolojisi

Depresyon, hipotalamo-pitüiter-adrenal (HPA) aks hiperaktivitesi ile ilişkilendirilmektedir (6). Aktive HPA aksından elde edilen peptidlerce kontrol edilen maternal stres, anksiyete veya depresyonun gebelik sonuçlarını etkilediği düşünülmektedir (47, 52). 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 (49, 50). Yapılan hayvan çalışmalarında gebelik sırasındaki stresin HPA aks bozukluğuyla ve daha sonra fetal dokunun anormal gelişimi ile ilişkili olduğu bulunmuştur (51, 53, 54).

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 göstermiş ve doğum öncesi pik yapmış, 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 (51).

Gebelikte Depresyona Bağlı Oluşabilecek Riskler

Tedavi almayan mental bozukluğu olan kadınlarda maternal morbidite ve mortalite hızı (intihar girişimleri dahil olmak üzere) artmaktadır (55). Mental hastalıkların annenin duygu durumunu etkileyerek gebelikte ilgili olumsuz sonuçlar doğurabileceği belirtilmektedir. Bu konudaki genel fikir, gebelik esnasında görülen psikopatolojik semptomların fetüs üzerinde fizyolojik etkiler yarattığı şeklindedir (48).

Anne ya da bebeğe bu sürecin olumsuz etkileri şu şekildedir: gebeliğin hipertansif hastalıkları (preeklampsi-eklampsi), spontan abortus, antenatal kanama, artmış uterin arter direnci, düşük apgar skoru, neonatal yoğun bakım gerektiren bebek doğurma, neonatal büyüme geriliği, spontan erken doğum, fetal ölüm, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma, gestasyon yaşına göre küçük bebek doğurma, perinatal ve doğum komplikasyonları, preterm eylem ve yüksek kortizol düzeyine sahip bebek doğurmazdır. Ayrıca gebelik (antenatal) depresyonu lohusalık depresyonunun (postpartum depresyon) gelişimi için de önemli bir risk faktörüdür (28, 29, 43, 44).

Gebelikte görülen depresyon ile sigara, alkol ve kokain kullanımı arasında belirgin bir ilişki vardır. Bu toksik maddeler hem anneyi hem de fetüsün sağlığını tehlikeye sokup doğumun sağlıksız sonuçlanma riskini artırmaktadır (56). Gebelikteki depresyonun doğum eylemine yönelik olumsuz sonuçlanması (erken doğum, zor doğum, cerrahi müdahalelerde artış gibi) daha çok ikinci ve üçüncü trimester sırasında ortaya çıkan depresyonlarla ilişkilendirilmektedir (36, 44).

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 (1, 2). Psikiyatrik nedenlerden dolayı gebeliğin sonlandırıldığı vakalar az değildir (57, 58). National Depressive and Manic Depressive Association'nın perinatal depresyon hakkındaki görüşleri, gebelik sırasında depresif olup tedavi almayan gebelerin %15'inin intihara giriştiği, %50-%62'sinin de postpartum peryotta depresif olmaya devam ettikleri şeklindedir (59, 60). Gebelik sırasında intihar girişimleri ile karşılaşılabilindiğini bildiren çalışmalar bulunmaktadır (59, 61).

Depresif annelerin; gebeliği sırasında sağlık personelinde daha az bakım aldığı ve kendi öz bakımına daha az özen gösterdiği belirtilmektedir. Antenatal bakımdaki bu yetersizlik sonucu gebelerde ağrı ve rahatsızlıklar daha fazla görülebilmektedir (28, 62, 63).

Amerika'da BDÖ ile yapılan bir izlem çalışmasında; gebeliğinde depresyon yaşayan kadınlarda depresyon yaşamayanlara göre erken doğum görülme insidansının %13, düşük doğum ağırlıklı bebek olma insidansının %15 oranında arttığı saptanmıştır (64). Yine aynı çalışmada, gebelik depresyonu tanısı alanlarda prenatal kortizol düzeylerinin daha yüksek, fetüslerin gestasyon haftasına göre daha küçük, fetüsün büyüme hızının daha yavaş ve düşük doğum ağırlıklı bebek oranının daha yüksek olduğu görülmüştür (64). Rahman ve arkadaşları (65), depresyondaki annelerin bebeklerinin ağırlıklarının depresyonda olmayan annelerin bebeklerine oranla 1.9 kat daha düşük bulmuşlardır. Yapılan diğer çalışmalarda da prenatal stres ve depresyonun, düşük doğum ağırlıklı ve gestasyonel yaşa göre küçük bebek doğurma riskini artırdığı görülmüştür (66, 67).

Kurki ve arkadaşları (33), depresyonun preeklampsi riskini 2.5 kat artırdığı, depresyon ve anksiyetenin ise bu riski 3.1 kat arttığını bulmuşlardır.

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 (68, 69).

Ultrason kullanılarak yapılan bir çalışmada depresyonda olan gebelerin fetüslerinin depresyonda olmayan gebelerin fetüslerine göre daha çok uydukları ve

daha az hareket ettikleri görülmüştür (6). Zuckerman ve arkadaşları (56), depresif annelerin bebeklerinin artmış kortizol ve katekolamin düzeylerine bağlı olarak doğum sonrası daha sık ağladığını, daha geç avunduğunu ve daha geç uykuya daldıklarını belirtmişlerdi. Bu annelerin intrauterin dönemdeki bebeklerinin hiperaktif ve fetal kalp atımlarının normalin üzerinde olduğu, yenidoğan döneminde de düşük apgar skoru ile doğdukları ve daha fazla oranda yoğun bakım ünitelerine başvurdukları saptanmıştır (63, 70, 71).

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 (48). 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 (72).

Gebelikte yaşanan stres, çocukta gelişimsel problemlere yol açabilmektedir (ağlama, hiperaktivite, kolay kırılma, asosyal davranışlar sergileme, şizofreni, dikkat eksikliği hiperaktivite hastalığı) (73).

2003'te yapılan bir çalışmada tedavi edilmemiş antenatal depresyonu olan annelerin çocuklarında suç işleme potansiyelinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (74). 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 (75).

2.1.10. Gebelikte Depresyon Tedavisi ve Önlenmesi

Gebelikte depresyonunu önlemede atılacak ilk adım, riskli grubun belirlenmesidir. Bu risk grubunun erken dönemde (mümkünse hamilelik öncesinde) belirlenmesi ve erken tedavisi anne ve bebek üzerindeki olası riskleri de azaltacaktır

(34, 45). Gebelikte depresyon tespiti uygun tarama yöntemleri kullanılarak yapılmalıdır. Bu tanısal tarama için en yaygın kullanılan ölçekler Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Edinburgh Postnatal Depresyon Ölçeğidir (EPDÖ) (28, 34).

Gebelikte saptanan depresyon için tedavi seçenekleri ise psikoterapi, ilaçla tedavi ve farmakoloji dışı (non-farmakolojik) diğer uygulamalardır. Hafif düzeydeki depresyonda ilk seçenek olarak psikoterapi ve farmakoloji dışı tedavilerin uygulanması önerilirken, orta ve şiddetli depresyonda farmakolojik tedavilerin (antidepresanların) kullanımı öne çıkmaktadır (36, 76, 77)

Psikoterapi

Gebelik ve postpartum depresyon tedavisinde kullanılan psikoterapi yöntemleri, depresyonda kullanılan yöntemlerle benzerlik göstermektedir. Bu alanda öne çıkan psikoterapötik yöntemler kişilerarası ilişkiler terapisi (interpersonal therapy (KİT) ve bilişsel-davranışçı terapidir (BDT) (36, 76).

KİT sınırlı, süreli ve yaşam olaylarına odaklanan özellikle depresyon tedavisinde etkinliği gösterilmiş bir psikoterapi yöntemidir. KİT, güncel kişilerarası ilişki sorunları ile ruhsal durumun bağlantılı olduğu varsayımı üzerine temellendirilmiştir. Bu terapide amaç, gebenin depresif belirtilerinin azaltılması ve güncel kişilerarası ilişkilerini çözümleyebilmesi için gerekli sosyal becerileri kazanmasıdır (78).

BDT, bireylerin günlük yaşamlarında üstesinden gelemedikleri güçlükler ve yaşam problemleri ile karşılaştıklarında onlara yardım etmek için öğrenme kuramlarını uygulayan, problem odaklı, ‘burada ve şimdi’ ile ilgilenen ve davranışçı psikolojik danışma kuramından temel alınarak geliştirilmiş bir psikoterapi yöntemidir. BDT gebeyi bilgilendirmeyi, uyumu artırmayı, gerginliklerle ve gebelik sorunlarıyla baş etmeyi öğretmeyi amaçlar (79).

Spinelli ve Endicott (76), DSM-IV tanı ölçütlerine göre majör depresyon tanısı alan 38 gebe üzerinde yaptıkları KİT çalışmasında; bu terapinin uygulandığı annelerin hem gebelik hem de postpartum dönem depresyonların da diğer gruba göre anlamlı derecede iyileşme görüldüğü saptanmıştır. Margaret ve Spinelli (80), KİT’in gebelikte antidepresan ilaçlara alternatif olabileceğini vurgulamıştır. Bhatla ve

arkadaşları (81) ise BDT yönteminin ilaçla tedaviye kıyasla anne ve fetus için daha güvenli olduğunu, hafif depresif belirtilerde de daha etkin olduğuna dikkati çekmişlerdir.

Farmakoterapi

Günümüzde selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ve selektif serotonin ve norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI) en sık kullanılanlardır. 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 vermemekteyse gebeliğinde de o ilacı kullanılması önerilmektedir. Her anne ve bebeğin ilaçları metabolize edişleri farklı olacağı için gebelik sırasında belli bir ilacın evrenselleştirilmesi doğru olmayacaktır (13).

Gebelik sırasında antidepresan ilaç tedavisi verilmesi, teratojenite, neonatal toksisite ve çocuğun gelişimi üzerinde olumsuz etkiler oluşturma riskleri taşımaktadır. SSRI'ların veya venlafaksin teratojeniteyi artırdığına dair geçerli bir kanıt bulunmasa da birinci trimesterde bu konudaki temel endişe, fetüste oluşabilecek malformasyonlardır (82). Gebelikte antidepresan ilaç kullanımına bağlı ortaya çıkabilecek bir sorun da neonatal adaptasyon bozukluğudur. Literatürde, gebeliğin son trimesterinde SSRI grubu antidepresan kullanan annelerin bebeklerinin %30'unda neonatal adaptasyon bozukluğu bulgularının görüldüğü belirtilmektedir. Bu bozukluğun bulguları yenidoğanda taşikardi, hipotermi, hipoglisemi, bulantı, huzursuzluk, anormal kas tonusu, yeme bozukluğu ve solunum sıkıntısıdır (28).

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 (82).

Gebelikte aynı tip ve az sayıda (mümkünse tek başına) antidepresan ilacın mümkün olan en düşük dozda uygulanması, tedavinin temelini teşkil eder (28, 44).

Nonfarmakolojik Tedavi

Nonfarmakolojik tedavilere yönelik sınırlı çalışmalar mevcuttur. Elektrokonvülsif Terapi (EKT), yoga, masaj, meditasyon, egzersiz, beslenme (özellikle omega-3), ışık tedavisi gebelik depresyonunda uygulanan başlıca farmakolojik olmayan yöntemlerdir (29, 77).

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 gebelikte güvenilir ve etkili olduğu, birkaç vaka çalışmasında 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). Literatürde gebelere EKT uygulamasının depresif belirtileri azalttığı ya da tamamen ortadan kaldırdığı belirtilmektedir (85).

2.2. Riskli Gebeliklerde Anksiyete

2.2.1. Anksiyete

İç sıkıntısı, kaygı, bunaltı gibi sözcüklerle anlatılmaya çalışılan yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan, rahatsız edici, endişe ve korku duygusudur. İçsel ya da dış dünyadan bir tehlike olasılığı ya da kişi tarafından tehlikeli olarak algılanıp yorumlanan herhangi bir durum karşısında yaşanan duygu durumudur (86).

Anksiyetede gerginlik, kaygı ve korku gibi ruhsal belirtilere davranışsal ve bedensel belirtiler de eşlik etmektedir. Bütün bunların gerçekleşmesi için, o duruma

uygun olan otonom sinir sisteminin etkilediği solunum, kardiyovasküler işlevler, ısı kontrolü gibi denge sağlayıcı (hemostatik) düzeneklerin işlevi gereklidir (87, 88).

Zorlu durumlarla başa çıkma konusunda yetersizlik hissi ve gelecekle ilgili belirsizlik düşünceleri, anksiyetenin bilişsel yönünü oluşturmaktadır. Bu düşünce örüntüsüne kaygı duyma, anksiyete gelişmesinden kaygılanma, korku ve anksiyete yaratan durumlarla başa çıkamayacağı düşünceleri de eşlik etmektedir. Bu düşünceler de sonuçta, kişinin anksiyete yaşama ve bununla baş etme konularındaki güvensizliğini bir kısır döngüye sokacak ve yaşanan olumsuz duyguları pekiştirecektir (89).

2.2.2. Gebelik ve Anksiyete Bozuklukları

Eskiden gebelerin anksiyete bozukluğu açısından düşük riskte olabileceği düşünülürdü (90). Bu erken kanının aksine, çalışmalar (özellikle panik bozukluk ve OKB'ye odaklı) gebelik ve postpartum dönemin anksiyete bozuklukları açısından değişken etkileri olduğunu göstermektedir. Gebelikleri öncesinde anksiyete bozukluğu tanısı almış kadınlar gebelikleri sırasında belirtilerinde düzelme gösterebilir de (91), görünen şudur ki, kadınların çoğunun klinik olarak belirgin semptomları sürmektedir (92, 93). Aynı kadının farklı gebeliklerinde bile anksiyete bozukluğu açısından seyri değişkenlik gösterir. Önceki gebeliğinde belirtilerinde düzelme gösteren bir kadın, süren gebeliğinde de artmış risk taşır (91).

Son 10 yılda yapılmış birçok çalışma prenatal stres ve kaygının da dahil olduğu psikososyal değişkenlerin kötü obstetrik sonuçla ilişkili olabileceğini göstermiştir (94). Lobel ve arkadaşları (95) tarafından yapılan bir prospektif çalışmada, yaşamsal olaylardan, durumluluk kaygısından ve algılanan stresten oluşan stres indeksindeki yüksek skorların gebelik süresini anlamlı oranda kısalttığı bildirilmiştir. Yine yapılan benzer bir çalışmada, gebelik süresince yaşanan yaşamsal olayların düşük doğum ağırlığı ile ilişkili olduğu ve gebeliğe bağlı anksiyetede bir birimlik artışın gebelik süresini üç gün kısalttığı sonucuna varılmıştır (96). Yakın zamanda yapılan bir başka çalışmanın sonuçlarına göre de prenatal dönemde yüksek anksiyeteye sahip gebelerin, daha düşük anksiyete yaşayan gebelere göre daha erken doğum yaptıkları gösterilmiştir (97).

L. Andersson ve ark. (98) antenatal ve postpartum depresyon ile anksiyete bozukluğunun ilişkisini araştırmak amacıyla Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD) ölçeği ile yaptıkları, 2006'da yayınlanan çalışmalarında ikinci trimester gebeler için bildirdikleri anksiyete bozukluğu oranı %18,4'tür. Aynı yazar grubunun 2003'te aynı ölçekle yaptıkları ve ikinci trimester gebelerde anksiyete bozukluğu için bildirdikleri nokta prevalans %12,1'dir (99).

Gebelikte görölen fizyolojik duyuların çoğu anksiyete semptomlarına çok benzer, bu nedenle anksiyete bozuklukları gebe kadında maskelenir. Klinisyenlerin bu konuda dikkatli olmaları gerekmektedir (100). Tedavi edilmemiş anksiyete bozukluğunun gebelik ve yenidoğan üzerinde düşük doğum ağırlığı ve prematür doğum gibi olumsuz etkileri vardır (8, 9).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma vaka-kontrol tipinde bir araştırmadır. Bu çalışmada, riskli gebeliği olan ve olmayan gebelerin sosyodemografik özelliklerinin, depresyon ve anksiyete düzeylerinin ve bunların birbirleriyle olan ilişkilerinin araştırılması amaçlanmıştır. Çalışma için 21.05.2010 tarih ve 110 sayılı etik kurulu onayı Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskişehir Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından verilmiştir.

3.1 Örneklem Seçimi ve Verilerin Toplanması

Çalışmaya 1 Temmuz 2010-31 Aralık 2010 tarihleri arasında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne başvuran bilinen riskli gebelik tanısı olan ve olmayan gebeler alınmıştır. Riskli gebelik tanısı olan 75 gebeye ulaşılan kadar gebe alımı devam etmiştir. Ayrıca riskli gebeliği olan gebelerin karşılaştırılacağı kontrol grubu için de 75 gebe çalışmaya alınmıştır.

Gebelik izlemi sırasında saptanan risk faktörleri olarak aşağıdaki durumlar alındı:

- Hipertansif hastalıklar
- Şiddetli hiperemezis gravidarum
- Kilo alımında problemler
- İntrauterin gelişme geriliği (İUGG)
- Polihidramnios veya oligohidramnios
- Prezentasyon anomalileri
- Diabetes mellitus
- Preterm veya postterm eylem
- Çoğul gebelik
- Akut cerrahi problemler
- Rh izoimmünizasyonu
- Antenatal kanama

3.2. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada katılımcıların sosyodemografik özelliklerini ve gebelik öykülerini belirlemek için tarafımızca hazırlanmış sosyodemografik bilgi formu, depresif belirtileri araştırmak için Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), anksiyete belirtilerini araştırmak için de Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) kullanılmıştır. Anket formları, araştırmacı tarafından gebelere bilgi verilip onamları alındıktan sonra yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanıp verilen cevaplar ankete araştırmacı tarafından kaydedilmiştir.

3.2.1. Sosyodemografik Bilgi formu

Bu formda, gebelerin sosyodemografik bilgileri; gebelerin yaşları, eğitim düzeyleri, çalışma durumları, eşlerinin eğitim düzeyleri ve çalışma durumları, önceki gebelikleri ve doğum öyküleri, gebelik izlemi sırasında saptanan risk faktörleri, bu risk başlamadan önce önemli bir stres, psikiyatrik hastalık ve tedavi öyküsü, bebeğin istenme durumu sorgulandı.

3.2.2 Beck Depresyon Ölçeği

Bu ölçek ilk kez 1961'de Aeoron T. Beck (101) tarafından geliştirilmiş olup 1971'de tekrar gözden geçirilmiştir. 1989'da Hisli (102) tarafından Türkçe'ye çevrilmiş, geçerliği ve güvenilirliği gösterilmiştir. BDÖ, 21 maddelik bir kendi kendini değerlendirme ölçeği olup, depresif semptomları ve karakteristik yaklaşımları ölçmektedir. 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 (102).

3.2.3. Beck Anksiyete Ölçeği

Bu ölçek 1988'de Aeron T.Beck (103) tarafından geliştirilmiş olup 21 maddelik bir kendi kendini değerlendirme ölçeğidir. Türkçe'ye Ulusoy ve ark. (104) tarafından 1989'da çevrilmişti. BAE'deki maddelerde anksiyetenin subjektif, somatik ve panikle ilgili belirtileri tarif edilmektedir. Her madde 0'dan 3'e kadar puanlanan 4 seçenek içermektedir. 21 maddenin toplamında da 0-63 puan elde edilir ve toplam skorun artması anksiyete semptomlarının da arttığını gösterir.

3.3. Verilerin İstatistiksel Analizi ve Yorumlanması

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 17.0 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) yanı sıra niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi kullanıldı. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup durumunda, parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında bağımsız örnekler (independent samples) t testi kullanıldı. Sonuçlar %95 güven aralığında, anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde çift yönlü olarak değerlendirilmiştir.

4.BULGULAR

Çalışmaya 1 Temmuz 2010-31 Aralık 2010 tarihleri arasında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne başvuran bilinen riskli gebelik tanısı olan ve olmayan gebeler alınmıştır. Vaka grubuna riskli gebelik tanısı olan 75 gebeye ulaşılan kadar gebe alımı devam etmiştir. Ayrıca riskli gebeliği olan gebelerin karşılaştırılacağı kontrol grubu için de 75 gebe çalışmaya alınmıştır.

Riskli gebelik tanısı olan olguların 17'si (%22,7) 18-24, 41'i (%54,7) 25-34, 17'si (%22,7) 35 ve üstü yaş grubundadır. Riskli gebeliği olmayan olguların 13'ü (%17,3) 18-24, 48'i (%64,0) 25-34, 14'ü (%18,7) 35 ve üstü yaş grubundadır. Riskli gebeliği olan olguların 35'i (%46,7) ilköğretim, 18'i (%24,0) lise, 22'si (%29,3) üniversite mezunudur. Riskli gebeliği olmayan olguların 22'si (%29,3) ilköğretim, 30'u (%40,0) lise, 23'ü (%30,7) üniversite mezunudur. Riskli gebeliği olan olguların 47'si (%62,7) ev hanımı, 19'u (%25,3) memur, 3'ü (%4,0) işçi, 6'sı (%8,0) serbest meslek sahibidir. Riskli gebeliği olmayan olguların 41'i (%54,7) ev hanımı, 26'sı (%34,7) memur, 3'ü (%4,0) işçi, 5'i (%6,7) serbest meslek sahibidir.

Riskli gebelik tanısı olan olguların 16'sının (%21,3) eşi ilköğretim, 31'inin (%41,3) eşi lise, 28'inin (%37,3) eşi üniversite mezunudur. Riskli gebeliği olmayan olguların 9'unun (%12,0) eşi ilköğretim, 31'inin (%41,3) eşi lise, 35'inin (%46,7) eşi üniversite mezunudur. Riskli gebeliği olan olguların 23'ünün (%30,7) eşi memur, 31'inin (%41,3) eşi işçi, 21'inin (%28,0) eşi serbest meslek sahibidir. Riskli gebeliği olmayan olguların 28'inin (%37,3) eşi memur, 19'unun (%25,3) eşi işçi, 28'inin (%37,3) eşi serbest meslek sahibidir.

Riskli gebeliği olan olguların 12'si (%16,0) 18 ve altı, 45'i (%60,0) 19-25, 18'i (%24,0) 26 ve üstü yaşında evlenmiştir. Riskli gebeliği olmayan olguların 5'i (%6,7) 18 ve altı, 42'si (%56,0) 19-25, 28'i (%37,3) 26 ve üstü yaşında evlenmiştir. Riskli gebeliği olan olguların 69'u (%92,0) ilk, 6'sı (%8,0) ikinci evliliğini yapmıştır. Riskli gebeliği olmayan olguların 72'si (%96,0) ilk, 3'ü (%4,0) ikinci evliliğini yapmıştır. Riskli gebeliği olan olguların 9'u (%12,0) akrabadır. Riskli gebeliği olmayan olguların 9'u (%12,0) akrabadır.

Riskli gebeliği olan olguların 5'i (%6,7) köy, 3'ü (%4,0) kasaba, 22'si (%29,3) ilçe, 45'i (%60,0) ilde yaşamaktadır. Riskli gebeliği olmayan olguların 1'i (%1,3) köy, 18'i (%24,0) kasaba, 25'i (%33,3) ilçe, 31'i (%41,3) ilde yaşamaktadır. Riskli gebeliği olan olgularda kasabada yaşama oranı riskli gebeliği olmayanlara göre düşük iken; ilde yaşama oranı olmayanlara göre yüksek bulunmuştur ($p=0.001$).

Riskli gebeliği olan olguların 31'i (%41,3) 500-1000 TL, 21'i (%28,0) 1000-2000 TL, 23'ü (%30,7) 2000 TL üstü gelir düzeyine sahiptir. Riskli gebeliği olmayan 16'sı (%21,3) 500-1000 TL, 25'i (%33,3) 1000-2000 TL, 34'ü (%45,3) 2000 TL üstü gelir düzeyine sahiptir. Riskli gebeliği olanların gelir düzeyi, olmayanlara göre düşük bulunmuştur ($p=0.027$).

Riskli gebeliği olan olguların 62'si (%82,7) eş+çocuk 11'i (%14,7) eş+eşinin ailesi, 2'si (%2,7) kendi ailesi ile birlikte yaşamaktadır. Gebeliğinde risk faktörü olmayan olguların 63'ü (%84,0) eş+çocuk, 11'i (%14,7) eş+eşinin ailesi, 1'i (%1,3) kendi ailesi ile birlikte yaşamaktadır.

Tablo 4.1. Riskli Gebelik Tanısı Alan ve Almayan Gebelerin Demografik Özelliklere Göre Dağılımı

		Vaka		Kontrol		p
		N	%	N	%	
Yaş	18-24	17	% 22,7	13	% 17,3	0,503
	25-34	41	% 54,7	48	% 64,0	
	35 ve üstü	17	% 22,7	14	% 18,7	
Eğitim düzeyi	ilköğretim	35	% 46,7	22	% 29,3	0,050
	Lise	18	% 24,0	30	% 40,0	
	üniversite	22	% 29,3	23	% 30,7	
Meslek	ev hanımı	47	% 62,7	41	% 54,7	0,662
	memur	19	% 25,3	26	% 34,7	
	İşçi	3	% 4,0	3	% 4,0	
	serbest	6	% 8,0	5	% 6,7	
Eş eğitim düzeyi	ilköğretim	16	% 21,3	9	% 12,0	0,254
	Lise	31	% 41,3	31	% 41,3	
	üniversite	28	% 37,3	35	% 46,7	
Eş meslek	memur	23	% 30,7	28	% 37,3	0,112
	İşçi	31	% 41,3	19	% 25,3	
	serbest	21	% 28,0	28	% 37,3	
Evlenme yaşı	18 ve altı	12	% 16,0	5	% 6,7	0,076
	19-25	45	% 60,0	42	% 56,0	
	26 ve üstü	18	% 24,0	28	% 37,3	
Kaçınıcı evlilik	1	69	% 92,0	72	% 96,0	0,302
	2	6	% 8,0	3	% 4,0	
Akrabalık durumu	evet	9	% 12,0	9	% 12,0	1,000
	hayır	66	% 88,0	66	% 88,0	
Yaşadığı yer	köy	5	% 6,7	1	% 1,3	0,001*
	kasaba	3	% 4,0	18	% 24,0	
	İlçe	22	% 29,3	25	% 33,3	
	İl	45	% 60,0	31	% 41,3	
Ailenin gelir durumu	500-100	31	% 41,3	16	% 21,3	0,027**
	1000-2000	21	% 28,0	25	% 33,3	
	2000 üstü	23	% 30,7	34	% 45,3	
Birlikte yaşadıkları kişiler	eş+cocuk	62	% 82,7	63	% 84,0	0,843
	eş+aile	11	% 14,7	11	% 14,7	
	kendi ailesi	2	% 2,7	1	% 1,3	

*p<0,05 **p<0,01

Tablo 4.2. Çalışan ve Çalışmayan (ev hanımı olan) Gebelerin Riskli Gebelik Durumlarının Karşılaştırılması

		Vaka		Kontrol		p
		N	%	N	%	
Çalışma durumu	Çalışmayan	47	% 62,7	41	% 54,7	0,320
	Çalışan	28	% 37,3	34	% 45,3	

Riskli gebeliğe sahip olguların 47'si (%62,7) çalışmayan, 28'i (%37,3) çalışandır. Riskli gebeliği olmayan olguların ise 41'i (%54,7) çalışmayan, 34'ü (%45,3) çalışandır. Riskli gebelerle riskli gebeliği olmayan olgular arasında çalışma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p=0.320$).

Tablo 4.3. Vaka-Kontrol Gruplarının Gebelik Öykülerine Göre Dağılımı.

		Vaka		Kontrol		p
		N	%	N	%	
Gravida	1	38	% 50,7	33	% 44,0	0,016*
	2	20	% 26,7	24	% 32,0	
	3	8	% 10,7	17	% 22,7	
	4 ve üstü	9	% 12,0	1	% 1,3	
Parite	0	39	% 52,0	33	% 44,0	0,036*
	1	19	% 25,3	23	% 30,7	
	2	8	% 10,7	17	% 22,7	
	3 ve üstü	9	% 12,0	2	% 2,7	
Abortus	0	54	% 72,0	55	% 73,3	0,320
	1	15	% 20,0	18	% 24,0	
	2 ve üstü	6	% 8,0	2	% 2,7	
Yaşayan	0	45	% 60,0	41	% 54,7	0,781
	1	24	% 32,0	28	% 37,3	
	2	6	% 8,0	6	% 8,0	
Gebelik kaç hafta	0-12 hafta	11	% 14,7	14	% 18,7	0,003**
	13-27 hafta	19	% 25,3	36	% 48,0	
	28 hafta ve üstü	45	% 60,0	25	% 33,3	
İstenilen gebelik	var	65	% 86,7	70	% 93,3	0,174
	yok	10	% 13,3	5	% 6,7	

*p<0,05 **p<0,01

Riskli gebeliği olan olguların 38'i (%50,7) 1, 20'si (%26,7) 2, 8'i (%10,7) 3, 9'u (%12,0) 4 ve üstü gravida yaşamıştır. Gebeliğinde risk olmayan olguların 33'ü (%44,0) 1, 24'ü (%32,0) 2, 17'si (%22,7) 3, 1'i (%1,3) 4 ve üstü gravida yaşamıştır. Riskli gebeliği olan olguların gravida 4 ve üstü olma oranı, kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur (p=0.016).

Gebeliğinde risk faktörü tespit edilen gebelerin 39'u (%52,0) 0, 19'u (%25,3) 1, 8'i (%10,7) 2, 9'u (%12,0) 3 ve üstü parite yaşamıştır. Kontrol grubundaki olguların 33'ü (%44,0) 0, 23'ü (%30,7) 1, 17'si (%22,7) 2, 2'si (%2,7) 3 ve üstü parite yaşamıştır. Riskli gebeliği olanların parite 3 ve üstü olma oranı, gebeliğinde risk olmayanlara göre yüksek bulunmuştur (p=0.036).

Riskli gebeliği olan olguların 54'ü (%72,0) 0, 15'i (%20,0) 1, 6'sı (%8,0) 2 ve üstü abortus yaşamıştır. Kontrol grubundaki olguların 55'i (%73,3) 0, 18'i (%24,0) 1, 2'si (%2,7) 2 ve üstü abortus yaşamıştır.

Risk faktörü tespit edilen olguların 45'inin (%60,0) yaşayan çocuğu yok iken; 24'ünün (%32,0) 1, 6'sının (%8,0) 2 çocuğu yaşamaktadır. Gebeliğinde risk olmayanların ise 41'inin (%54,7) yaşayan çocuğu yok iken; 28'inin (%37,3) 1, 6'sının (%8,0) 2 çocuğu yaşamaktadır.

Vaka grubundaki olguların 11'i (%14,7) 0-12 hafta, 19'u (%25,3) 13-27 hafta, 45'i (%60,0) 28 hafta ve üstü gebelik süresine sahiptir. Kontrol grubundaki olguların 14'ü (%18,7) 0-12 hafta, 36'sı (%48,0) 13-27 hafta, 25'i (%33,3) 28 hafta ve üstü gebelik süresine sahiptir. Vaka grubundaki olguların çoğunluğu 3. trimesterde iken kontrol grubundaki olguların çoğunluğunun 13.-27. haftada (2. trimestir) bulunma oranı yüksek bulunmuştur (p=0.003).

Riskli gebeliklerin 65'i (%86,7) istenilen gebelik, 10'u (%13,3) ise istenmeyen gebeliktir. Risk tespit edilemeyen gebeliklerin ise 70'i (%93,3) istenilen gebelik, 5'i (%6,7) istenmeyen gebeliktir.

Tablo 4.4. Vaka-Kontrol Gruplarının Depresyon Dağılımı.

		Vaka		Kontrol		P
		N	%	N	%	
Depresyon	yok	30	% 40,0	73	% 97,3	0,000**
	var	45	% 60,0	2	% 2,7	

**p<0,01

Çalışmamıza katılan gebelerin %31.3'ünde (n=47) depresyon vardır. (BDÖ düzeyleri 17 ve üzeridir.) Riskli gebelikleri olan olguların 30'unda (%40,0) depresyon yok, 45'inde (%60,0) depresyon vardır. Kontrol grubundaki olguların 73'ünde (%97,3) depresyon yok, 2'sinde (%2,7) depresyon vardır.

Vaka grubundaki olgularda depresyon görülme oranları, kontrol grubundaki olgulara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p=0.000).

Tablo 4.5. Vaka-Kontrol Gruplarının Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri.

	Vaka		Kontrol		t	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
Anksiyete	17,240	9,855	9,707	6,696	5,476	0,000**
Depresyon	16,893	6,442	7,187	3,755	11,273	0,000**

**p<0,01

Riskli gebeliği olan olguların anksiyete ve depresyon ortalamaları, kontrol grubundaki olgulara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p=0,000).

Tablo 4.6. Vaka-Kontrol Gruplarının Tanı Dağılımı.

		Vaka		Kontrol		p
		N	%	N	%	
Hipertansiyon	var	12	% 16,0	0	% 0,0	0,000**
	yok	63	% 84,0	75	% 100,0	
Şiddetli Hiperemezis	var	5	% 6,7	0	% 0,0	0,023*
	yok	70	% 93,3	75	% 100,0	
Kilo Alımında Problemler	var	1	% 1,3	0	% 0,0	0,316
	yok	74	% 98,7	75	% 100,0	
İntrauterin Gelişme Geriliği	var	3	% 4,0	0	% 0,0	0,080
	yok	72	% 96,0	75	% 100,0	
Polihidramnios veya Oligohidraamnios	var	5	% 6,7	0	% 0,0	0,023*
	yok	70	% 93,3	75	% 100,0	
Prezentasyon Anomalileri	var	5	% 6,7	0	% 0,0	0,023*
	yok	70	% 93,3	75	% 100,0	
Diabet	var	13	% 17,3	0	% 0,0	0,000**
	yok	62	% 82,7	75	% 100,0	
Preterm Veya Postterm Eylem	var	21	% 28,0	0	% 0,0	0,000**
	yok	54	% 72,0	75	% 100,0	
Çoğul Gebelik	var	9	% 12,0	0	% 0,0	0,002**
	yok	66	% 88,0	75	% 100,0	
Akut Cerrahi Problemler	var	7	% 9,3	0	% 0,0	0,007**
	yok	68	% 90,7	75	% 100,0	
Rh İzoimmunizasyonu	var	8	% 10,7	0	% 0,0	0,004**
	yok	67	% 89,3	75	% 100,0	
Antenatal Kanama	var	9	% 12,0	0	% 0,0	0,002**
	yok	66	% 88,0	75	% 100,0	

*p<0,05 **p<0,01

Riskli gebeliğe sahip olgularda hipertansiyon (%16), şiddetli hiperemezis (%6,7), polihidramnios veya oligohidraamnios (%6,7), prezentasyon anomalileri (%6,7), diabetes mellitus (%17,3), preterm veya postterm eylem (%28), çoğul gebelik (%12), akut cerrahi problemler (%9,3), Rh izoimmunizasyonu (%10,7), antenatal kanama (%12) görülme oranı, kontrol grubundaki olgulara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p<0,05).

Tablo 4.7. Vaka Grubunun Risk Dağılımı.

		N	%
Risk faktörleri hangi haftada tespit edildi	0-12 hafta	27	36,0
	13-27 hafta	21	28,0
	28 hafta ve üstü	27	36,0
	Toplam	75	100,0
Stres	Evet	16	21,3
	Hayır	59	78,7
	Toplam	75	100,0
Eş desteği	Evet	63	84,0
	Hayır	12	16,0
	Toplam	75	100,0

Riskli gebeliği olan olgularda risk faktörü ortalama $20,5 \pm 1,5$ haftada tespit edilmiştir. 27'sinin (% 36,0) ilk trimesterde, 21'inin (% 28,0) ikinci trimesterde, 27'sinin (% 36,0) üçüncü trimesterde risk faktörleri tespit edildi.

Riskli gebeliği olan olguların 16'sı (% 21,3) risk tespit edilmeden önce stresli bir durum yaşadığını, 59'u (% 78,7) ise stresli bir durum yaşamadığını söylemiştir. Risk tespit edilenlerin 63'ü (% 84,0) eşinden destek alırken, 12'si (% 16,0) eşinden destek almadığını söylemiştir.

Tablo 4.8. Vaka-Kontrol Gruplarının Psikiyatrik Tedavi Dağılımı.

		Vaka		Kontrol		p
		N	%	N	%	
Gebelik öncesi psikiyatrik tedavi	Evet	24	% 32,0	13	% 17,3	0,037*
	Hayır	51	% 68,0	62	% 82,7	

* $p < 0,05$

Riskli gebeliği olan olguların 24'ü (%32,0) gebelik öncesi psikiyatrik tedavi aldığını, 51'i (%68,0) psikiyatrik tedavi almadığını söylemiştir. Kontrol grubundaki olguların 13'ü (%17,3) psikiyatrik tedavi aldığını, 62'si (%82,7) psikiyatrik tedavialmadığını söylemiştir. Vaka grubundaki olgularda psikiyatrik tedavi alma oranı, kontrol grubundaki olgulara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p=0,037$).

Tablo 4.9. Gebeliklerinde Depresyon Değeri 17 ve Üzeri Tespit Edilen Kadınların Gebelik Öncesi Psikiyatrik Tedavi Öykülerine Göre Dağılımları.

		Depresyon yok		Depresyon var		p
		N	%	N	%	
Psikiyatrik tedavi	Evet	20	% 19,4	17	% 36,2	0,027*
	Hayır	83	% 80,6	30	% 63,8	

*p<0,05

Depresyonu olmayan olguların 20'si (%19,4) gebelik öncesi psikiyatrik tedavi görmüş, 83'ü (%80,6) gebelik öncesi psikiyatrik tedavi görmemiştir. Depresyonu olan olguların 17'si (%36,2) gebelik öncesi psikiyatrik tedavi görmüş, 30'u (%63,8) gebelik öncesi psikiyatrik tedavi görmemiştir. Depresyonu olan olguların gebelik öncesi psikiyatrik tedavi görme oranı, depresyonu olmayan olgulara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p=0,027).

Tablo 4.10. Riskli Gebeliği Olanlarda Depresyon ile Eğitim Düzeyi Arasındaki İlişki.

		Depresyon yok		Depresyon var		p
		N	%	N	%	
Eğitim düzeyi	ilköğretim	14	% 46,7	21	% 46,7	0,992
	lise	7	% 23,3	11	% 24,4	
	üniversite	9	% 30,0	13	% 28,9	

Riskli gebeliğe sahip olgularda depresyon tespit edilmeyenlerin 14'ü (%46,7) ilköğretim, 7'si (%23,3) lise, 9'u (%30,0) üniversite mezunudur. Riskli gebeliğe sahip olgularda depresyon tespit edilenlerin 21'i (%46,7) ilköğretim, 11'i (%24,4) lise, 13'ü (%28,9) üniversite mezunudur. Gebeliğinde risk faktörü tespit edilen olgularda depresyon varlığı ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p=0.992).

Tablo 4.11. Riskli Gebelerin Risklerinin Başlama Dönemlerinin ve Yaşamlarına Etkilerinin Dağılımları.

	Stres var		Stres yok		t	P
	Ort	Ss	Ort	Ss		
Risk faktörleri hangi haftada tespit edildi	22,69	11,90	19,88	11,47	0,861	0,392

Risk tespit edilmeden önce stresli bir durum yaşayan olgularda risk faktörü ortalama $22,69 \pm 11,9$ haftada; risk tespit edilmeden önce stresli bir durum yaşamayan olgularda risk ortalama $19,88 \pm 11,47$ haftada tespit edildi. Risk tespit edilmeden önce stresli bir durum yaşayan ve yaşamayan olguların risk tespit edilme haftası ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,392$).

Tablo 4.12. Gebelik Öncesi Psikiyatrik Tedavi Alan ve Almayan Gebelerin Ortalama BDA puanlarının karşılaştırılması

	Psikiyatrik tedavi	N	Ort	Ss	t	p
Anksiyete	Evet	37	16,081	10,478	2,005	0,047*
	Hayır	113	12,619	8,633		

Gebelik öncesi psikiyatrik tedavi alan gebelerin ortalama anksiyete puanları, gebelik öncesi psikiyatrik tedavi almayan gebelerinkinden anksiyete puanlarından yüksek bulunmuştur ($p=0.047$).

Riskli gebeliğe sahip olan gebelerin gebelik öncesi tedavi durumları ile anksiyete puanları arasında ilişki saptanmamıştır ($p=0.102$).

Riskli gebeliği olmayan gebelerin gebelik öncesi tedavi durumları ile anksiyete puanları arasında ilişki saptanmamıştır ($p=0.646$).

Tablo 4.13. Gebeliği İsteyen Vaka-Kontrol Gruplarının Ortalama BDA ve BDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

	Grup	N	Ort	Ss	t	p
Anksiyete	Vaka	65	15,662	9,077	4,197	0,000**
	Kontrol	70	9,886	6,624		
Depresyon	Vaka	65	16,138	6,215	10,475	0,000**
	Kontrol	70	7,014	3,394		

**p<0,01

Gebeliğin istendiği riskli gebelik olgularının anksiyete puanları, risksiz gebelerin anksiyete puanlarından yüksek bulunmuştur ($p<0,01$). Aynı şekilde gebeliğin istendiği riskli gebelerin depresyon puanları, kontrol grubundaki olguların depresyon puanlarından yüksek bulunmuştur ($p<0,01$).

Tablo 4.14. Gebeliği İstemeyen Vaka-Kontrol Gruplarının Ortalama BDA ve BDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

	Grup	N	Ort	Ss	t	p
Anksiyete	Vaka	10	27,500	8,822	4,319	0,001**
	Kontrol	5	7,200	8,012		
Depresyon	Vaka	10	21,800	5,978	3,460	0,004**
	Kontrol	5	9,600	7,369		

**p<0,01

Gebeliğin istenmediği riskli gebelik olgularında da anksiyete ve depresyon puanları risksiz gebelere göre yüksek bulunmuştur ($p<0,01$). Bu sonuçlarla anksiyete ve depresyon belirtilerinin gebeliğin istenme durumuyla değil de, gebelikte risk faktörüne sahip olmayla ilişkili olduğu düşünülebilir.

5. TARTIŞMA

Riskli gebelikler genellikle anne, fetus ya da yenidoğanın doğumdan önce veya sonra artmış morbidite ve mortalite riskini taşıması diye tanımlanabilir (4). Çalışmamızda gebelik izleminde tespit edilen risk faktörlerine sahip gebeleri riskli gebelik grubuna (vaka grubu), risk faktörü bulunmayanları ise risksiz gebelik grubuna (kontrol grubu) aldık.

Türkiye’de yılda 1.958.501 gebeliğin olduğu ve bunlardan yaklaşık 284,000’inin 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 tespit edilmiştir (18).

Genel olarak toplumda gebelik izleminde tespit edilen riskli gebelik nedenlerinden antenatal kanama gebeliklerin %3’ünde, poli/oligohidramnios %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 (105,106).

Çalışmamızda riskli gebeliği olanlarda hipertansiyon (%16), şiddetli hiperemezis (%6,7), polihidramnios veya oligohidraamnios (%6,7), prezentasyon anomalileri (%6,7), diyabetes mellitus (%17,3), preterm veya postterm eylem (%28), çoğul gebelik (%12), akut cerrahi problemler (%9,3), Rh izoimmunizasyonu (%10,7), antenatal kanama (%12) bulunmaktadır. Pesavento ve arkadaşlarının (107) 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. Maloni ve arkadaşlarının (108) 89 riskli gebe üzerinde yaptıkları çalışmada ise gebelerin %69’unun preterm eylem, %10’unun plasenta previa, %10’unun erken membran rüptürü tanıları bulunmaktaydı. Bizim çalışmamızda ve yapılan diğer çalışmalarda, gebeler risk

durumlarına göre seçilerek bu araştırmalara alındıkları için, gebelikte görülen risk etkenlerinin dağılımı toplumdaki doğru sıklıklarını göstermemektedir.

Araştırmaya katılan gebelerin 89'u (%59.3) 25-34 yaş grubundaydı. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 verilerine göre Türkiye'de kadınlar en yüksek doğurganlıklarını yirmili yaşlarda yaşamaktadır; en yüksek yaşa özel doğurganlık hızları 25-29 yaş grubundadır (109). Kölgeliler S. ve arkadaşlarının (110) yaptığı bir çalışmada gebelerin 249'u (%54,8) 26-35 yaş grubundadır. Bektaş E.'nin (111) yaptığı çalışmada 25-34 yaş grubu gebeler tüm çalışmanın %54,5'ini oluşturmaktadır. Arslan B.'nin (112) yaptığı çalışmada araştırmaya katılan gebelerin 243'ü (%53,8) 26-35 yaş grubundadır. Çoğu çalışma bulgusu bizim çalışmamızdaki bulguyla benzerlik göstermekte olup, anne olma yaşının genç yetişkinlik dönemi olduğu söylenebilir.

Gebelerin %58.6'sının ev hanımı olduğu geriye kalan %41.4'ünün ise bir meslekle uğraştığı bulunmuştur. Arslan B.'nin (112) yaptığı çalışmada ise %73,5'inin ev hanımı olduğu geriye kalan %26,5'inin ise bir meslekle uğraştığı bulunmuştur. Yine aynı çalışmada araştırmaya katılan gebelerin %76,1 gebeliği sırasında herhangi bir işte çalışmamaktadır. TNSA 2008 verilerine göre çalışan kadın oranının (%31) çalışmamızdaki çalışan kadın oranından düşük olduğu görülmektedir (109). Bunun nedeninin vaka sayımızın az olması olabileceği gibi, ilimizin sosyoekonomik açıdan Türkiye genelindeki pek çok ilden daha gelişmiş olmasından da kaynaklanıyor olabileceği düşünüldü.

Gebelerin eğitim düzeyine bakıldığında riskli gebelik tanısı almış gebelerin %46.7'si ilköğretim mezunu, %24'ü lise mezunu ve %29.3'ü üniversite mezunu idi. Riskli gebeliği olmayan olguların %29,3'ü ilköğretim, %40,0'ı lise, %30,7'si üniversite mezunudur. Pesavento ve arkadaşlarının (107) çalışmasında, risksiz gebelerin %6'sı, risklilerin %24'ü ilköğretim, risksiz gebelerin %58'i, risklilerin %58'i lise, risksiz gebelerin %36'sı, risklilerin %18'i üniversite-yüksekokul düzeyinde eğitim almış oldukları görülmüştür. Kılıç ve arkadaşlarının (113) Türkiye'de toplam 200 gebe üzerinde yaptıkları çalışmada, gebelerin gebelikteki risk durumları eğitim düzeylerine göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır (p=0.34). Shawky ve Milaat'ın (114) Suudi Arabistan'da yaptıkları çalışmada gebelerin eğitim düzeyleri, ilköğretim ve altı düzeyinden üniversite

düzeyine yükseldikçe riskli gebelik görülme durumlarının istatistiksel açıdan anlamlı derecede azaldığı saptanmıştır ($p<0.001$). Çalışmamızda gebelerin eğitim düzeyleri ve riskli gebelikleri arasında anlamlı bir ilişki tespit etmedik. Bu konu üzerinde yapılan bazı çalışma sonuçları bizim çalışma sonuçlarımızla benzer olup sadece Shawky ve Milaat'ın (114) yaptıkları çalışmada eğitim düzeyinin yüksek olmasının riskli gebelik durumunu azalttığı tespit edilmiştir.

Gebelerin gebelikteki risk durumlarını eşlerinin eğitim düzeylerine göre incelediğimizde, risk durumu ile eş eğitim düzeyi arasındaki ilişki anlamlı bulunamamıştır ($p=0.254$). Kılıç ve arkadaşlarının (113) yaptıkları çalışmada, gebelerin gebelikteki risk durumları eşlerinin eğitim düzeylerine göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlılık saptanamamıştır ($p=0.49$).

Araştırmaya katılan gebelerin eğitim durumu incelendiğinde %31.3'ü ilköğretim, %32'si lise, %30'u üniversite mezunu idi. TNSA 2008 verilerine göre kadınlarda lise ve üzeri eğitim durumuna bakıldığında % 18,2 olduğunu görüyoruz. (109). Gözüyeşil ve arkadaşlarının (115) yaptığı bir çalışmada gebelerin %37,5'i ortaokul veya lise mezunu olup çoğunluğunu bu grup oluşturmaktaydı ve bizim araştırmamızla benzer özellik göstermekteydi.

Çalışmamıza katılan gebelerin evlenme yaşlarına göre risk durumlarına bakıldığında; 18 yaş ve altı gebelerin 12'si (%16) risk taşıırken, 5'inde (%6.7) risk faktörü yoktu. 19-25 yaş aralığındaki gebelerin 45'i (%60) risk taşıırken, 42'sinde (%56) risk tespit edilmedi. 26 yaş ve üstü gebelerin 18'i (%24) riskli gebelik iken 28'i (%37.3) risk taşımamaktaydı. İki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmadı. Şahsıvar M.Ş.'nin (116) çalışmasında da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Evlenme yaşının gebeliğin risk durumu üzerine etkisi olmadığı düşünülmüştür.

Riskli gebeliğe sahip olma durumu ile eş mesleği arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0.112$). Şahsıvar M.Ş.'nin (116) yaptığı çalışmada eşleri memur olan gebelerde riskli gebelik görülme durumu istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p=0.038$). Öztanrıöver S.'nin (117) yaptığı çalışmada da benzer olarak eşi memur ya da işçi olan gebelerin riskli gebelik durumları istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p=0.020$).

Riskli gebeliğe sahip olguların %62.7'si ev hanımı iken, %37.3'ü farklı meslek gruplarındadır. Riskli gebeliği olamayan olguların ise %54.7'si ev hanımı

iken, %45.3'ü çalışandır. Riskli gebelerle risksiz gebeler arasında çalışma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0.320$). Öztanrıöver S.'nin (117) yaptığı çalışmada da riskli gebeliği olanlarla risksiz gebeler arasında çalışma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.06$). Kılıç ve arkadaşlarının (113) yaptıkları çalışmada gebelerin gebelikteki risk durumları çalışma durumlarına göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır ($p=0.727$). Pesavento ve arkadaşlarının (107) çalışmasında, çalışan gebelerde çalışmayan gebelere göre riskli gebelik görülme durumu (sırasıyla %84, %16) daha yüksek bulunmuştur. Kurki ve arkadaşlarının (31) preklamptik 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. Yine Shawky ve Milaat'ın (114) çalışmalarında, çalışmayan gebelerde çalışan gebelere göre riskli gebelik görülme durumunun istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Şahsıvar M.Ş.'nin (116) çalışmasında da çalışan gebelerde çalışmayanlara göre riskli gebelik durumu istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Bu sonuçlar incelendiğinde çalışan gebe olmanın, riskli gebelik açısından koruyucu bir faktör olabileceği düşünülebilir.

Riskli gebelik tanısı alan olguların gelir düzeyi, kontrol grubuna göre düşük bulunmuştur ($p=0.027$). Şahsıvar M.Ş.'nin (116) yaptığı çalışmada da 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 S.'nin (117) yaptığı çalışmada da iki grup arasındaki ilişki istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Kılıç ve arkadaşlarının (114) yaptıkları çalışmada gebelerin gebelikteki risk durumları toplam aylık gelir düzeylerine göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır ($p=0.28$). Düşük gelir düzeyi tıbbi hizmet alma ve önerileri yerine getirme yönünden risk durumu yaratmaktadır.

Araştırmaya katılan gebelerin %12'sinin eşleriyle aralarında akrabalık olduğu bulunmuştur. Tekbaş ve arkadaşlarının (118) yaptığı bir çalışmada katılımcıların %14,9'u anne-babasının akraba olduğunu belirtmiştir. TNSA 2003 verilerine göre Türkiye'de akraba evliliği oranı %22 olarak saptanmıştır (109). Çalışmamızda

akraba evliliği oranının Türkiye ortalamasına göre düşük olmasının nedeni ilimizin batıda bulunması ve akraba evliliklerinin doğudan batıya gidildikçe azalması olabileceği düşünülmüştür.

Gebelik sayısı ile riskli gebelik arasında ilişki istatistiksel olarak incelendiğinde, riskli gebeliği olan olguların gravida 4 ve üstü olma oranı, kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur ($p=0.016$). Kılıç ve arkadaşlarının (113) yaptıkları çalışmada gebelerin, gebelikteki risk durumları gebelik sayısına göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır ($p=0.51$). Bu veriler klasik tıp bilgileriyle uyusmaktadır (4).

Araştırmamızda bulunan gebelerin %47.3'unun ilk gebeliğidir. Kılıçarslan S.'nin (119) yaptığı çalışmada katılımcıların %56,5'inin ilk gebeliğidir. Cebeci ve ark. (120) yaptığı çalışmada bu oran %33 olarak tespit edilmiştir. Araştırmamıza katılan olgularda gebeliğin ilk gebelik olma oranı daha yüksektir. Bu da bölgenin sosyokültürel özellikleri ile açıklanabilir.

Riskli gebeliği olan olguların parite 3 ve üstü olma oranı, kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur ($p=0.036$). Şahsıvar M.Ş.'nin (116) çalışmasında ise parite ile riskli gebelik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Klasik bilgiler ise paritenin 5 ve üzeri olduğu durumlarda risklerin arttığı yönündedir. Bizim verilerimiz klasik tıp bilgileriyle uyusmaktadır.

Görüşme yapıldığında birinci trimesterde bulunan gebelerin %14.7'sinde ikinci trimesterde bulunan gebelerin %25.3'ünde, üçüncü trimesterde bulunan gebelerin %60'ında riskli gebelik bulunmakta idi. Riskli gebelik tanısı olanların daha yüksek oranda 3.trimesterde gözlenmesinin nedeninin araştırmamızın üniversite hastanesinde yapılması ve riskli gebeliği olan olguların doğum eylemi amacıyla refere edilmesi olduğu düşünüldü.

Çalışmamıza katılan gebelerin %31.3'ünde BDÖ düzeyleri 17 ve üzeri olarak bulundu. Yapılan çalışmalarda gebelikte depresyon ve depresif semptom görülme sıklığının % 5-51 arasında değiştiği bulunmuştur (6). Türkiye'de bu konuda sınırlı sayıda çalışma mevcut olmakla birlikte, Beck Depresyon Ölçeğine (BDÖ) göre (kesme puanı 17 ve üzeri) yapılan çalışmalar da gebelikte depresif belirti görülme sıklığını; Karaçam ve Ançel (34) %27.3, Altınay (35) %27.9, Sevindik (36) %36.3 olarak bulmuşlardır. Gölbaşı ve ark. (37) Edinburg Postnatal Depresyon

Ölçeğine (EPDÖ) göre yaptıkları çalışmada; gebelikte depresif belirti görülme sıklığını %28.6 olarak belirlemişlerdir. Kurki ve ark. (31) gebelikte depresyon sıklığını %30, Marcus ve ark.(33) %20 olarak bulmuşlardır. McKee ve ark.nın (38) düşük gelir düzeyine sahip gebeler üzerinde yaptığı bir çalışmada ise Beck Depresyon Ölçeğine göre (kesme değeri 14 ve üzeri) depresyon prevalansı %51 olarak bulunmuştur.

Riskli gebelerin ise %60'ında BDÖ düzeyleri 17 ve üzeri bulundu. Çalışmamıza katılan gebelerin ortalama BDÖ düzeyleri, kontrol grubunda, vaka grubuna göre daha düşük bulundu ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı idi ($p<0.001$). Aynı zamanda çalışmamıza katılan riskli gebelerin ortalama BDA düzeyleri kontrol grubundaki olguların ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Öztanrıöver S'nin (117) yaptığı çalışmada da benzer olarak BDÖ ortalaması, riskli gebelerde risksiz gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0.001$). Maloni ve arkadaşlarının (7) yaptıkları çalışmada riskli gebelerin CES-D (kesme noktası \geq 16) puan ortalamaları (18.5) oldukça yüksek bulunmuştur. Şahsıvar M.Ş'nin (116) çalışmasında da ortalama depresyon düzeyleri açısından vaka ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Pesavento ve arkadaşlarının (107) çalışmalarında gebelerin %12.0'ında (tamamı riskli grupta), riskli gebelerin ise %24.0'ında BDÖ düzeyleri 17 ve üzeri olarak bulunmuştur. Chen ve arkadaşlarının (121) Singapur'da yaptıkları çalışmada gebelerin % 20.0'nın, riskli gebelerin ise %31.39'unun CES-D (kesme noktası \geq 4) düzeyleri 4 ve üzeri olarak bulunmuştur. Forde (122), Norveçli 65 gebe üzerinde yaptığı bir çalışmada özellikle psikososyal problemleri olan, ağır fiziksel aktivitelerde bulunan gebelerde anksiyete ve depresif semptomların daha fazla görüldüğünü belirtmiştir. Amerika'da BDÖ ile yapılan bir izlem çalışmasında; gebeliğinde depresyon yaşayan kadınlarda depresyon yaşamayanlara göre erken doğum görülme insidansının %13, düşük doğum ağırlıklı bebek olma insidansının %15 oranında arttığı saptanmıştır (64). Yine aynı çalışmada, gebelik depresyonu tanısı alanlarda prenatal kortizol düzeylerinin daha yüksek, fetüslerin gestasyon haftasına göre daha küçük, fetüsün büyüme hızının daha yavaş ve düşük doğum ağırlıklı bebek oranının daha yüksek olduğu görülmüştür (64). Rahman ve arkadaşları (65), depresyondaki annelerin bebeklerinin ağırlıklarının

depresyonda olmayan annelerin bebeklerine oranla 1.9 kat daha düşük bulmuşlardır. Yapılan diğer çalışmalarda da prenatal stres ve depresyonun, düşük doğum ağırlıklı ve gestasyonel yaşa göre küçük bebek doğurma riskini artırdığı görülmüştür (66, 67). Kurki ve arkadaşları (33), depresyonun preeklampsi riskini 2.5 kat arttırdığı, depresyon ve anksiyetenin ise bu riski 3.1 kat arttırdığını bulmuşlardır. Bu çalışma sonuçları bize gebelerde depresyonun arttığını özellikle riskli gebeliği olanlarda artışın daha belirgin olduğunu göstermektedir.

Kadınların gebelik öncesi aldıkları psikiyatrik tedavi durumları ile gebelikleri esnasındaki risk durumları ($p=0.037$) ve BDÖ düzeyleri ($p=0.027$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkisi saptanmıştır. Bu sonuç ise kadınların gebelik esnasında meydana gelen fizyolojik ve çevresel etmenlerden olumsuz etkilendiğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda gebeliğin istenmeyen gebelik olma oranı %10'dur. Kılıçarslan S.'nin (119) çalışmasında ise Edirne il merkezinde gebeliğin istenmeyen bir gebelik olması oranı %9,1'dir. Türkiye'de istenmeyen gebelik gibi iyi bir aile planlaması programı ile önlenebilecek sorunlar varlığını sürdürmektedir. TNSA 2008 verilerine göre Türkiye genelinde son 5 yıldaki doğumların %20'sinin istenmeden olduğu da düşünülürse bizim araştırmamızda son gebeliğin istenmemesi oranı diğer araştırmalardan düşüktür, bu da bölgenin aile planlaması hizmetlerinin yeterli olmasından ileri gelebilir.

Gebeliğin istenip istenmediği incelendiğinde, gebeliği istemeyen toplam 15 gebeden 5'inin (%6.7) kontrol grubunda, 10'unun (%13,3) ise vaka grubunda olduğu görülmekte idi; ancak iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi ($p=0.174$). Benzer şekilde Öztanrıöver S.'nin (117) yaptığı çalışmada da iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir. Şahsıvar M.Ş.'nin (116) yaptığı çalışmada da istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir. Vaka grubunda istenmeyen gebeliklerin sık olmasının nedeni gebeliklerinin istem dışı meydana gelmesi nedeniyle gebelik sürecinde olguların fetüs ve kendi sağlıklarıyla yeterince ilgilenmemesi olarak düşünüldü.

Vaka grubundaki gebelerin %36'sın risk faktörü üçüncü trimesterde tespit edildi. Bu gebelerin %21.3'ünde risk faktörü başlamadan önce stresli bir durum mevcut idi. Çalışmamızdaki riskli gebelerin %84'ü eş desteği almaktaydılar. Arslan

ve Korkmaz'ın (123) yüksek riskli gebeler üzerinde yaptıkları çalışmada ise gebelerin %80.76'sının eşlerinden destek aldıkları saptanmıştır.

Riskli gebeliğe sahip olgularda anksiyete ve depresyon ortalamaları, gebeliğinde risk faktörü saptanmayan olgulara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,01$). Eskici L'nin (124) yaptığı çalışmada HAM-A ve BAÖ kullanılarak yapılan değerlendirmede gebelikteki anksiyetenin risk faktörleri ile ilişkili olmadığı gözlemlenmiştir. BAÖ ile değerlendirildiğinde anksiyetenin risk faktörleriyle ilişkisi gözlemlenmiştir. Forde'nin (122) çalışmasının sonucunda da riskli gebeliklerin anksiyeteye yol açabileceği ve yaşam kalitesini düşürebileceği belirtilmiştir.

Çalışmamızda gebelik öncesi psikiyatrik tedavi alanların anksiyete puanları, gebelik öncesi psikiyatrik tedavi almayanların anksiyete puanlarından yüksek bulunmuştur ($p=0.047$). Arslan B.'nin (112) çalışmasında da daha önce psikiyatrik tedavi alma öyküsü anksiyete için bir risk faktörü olarak saptanmıştır. Psikiyatrik tedavi öyküsü ile anksiyete puanı arasında anlamlı farklılık gözlemlenmiştir. Psikiyatrik hastalığı olanlarda anksiyete puanı daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda gebelik öncesi psikiyatrik tedavi alma ile anksiyete puanları arasında anlamlı ilişki saptanırken riskli gebeliğe sahip olan ve olmayan gebelerin gebelik öncesi tedavi durumları ile anksiyete puanları arasında ilişki saptanmamıştır.

Çalışmamızda gebeliğin istendiği riskli gebelik olgularının anksiyete puanları, risksiz gebelerin anksiyete puanlarından yüksek bulunmuştur ($p<0,01$). Aynı şekilde gebeliğin istendiği riskli gebelerin depresyon puanları, kontrol grubundaki olguların depresyon puanlarından yüksek bulunmuştur ($p<0,01$). Gebeliğin istenmediği riskli gebelik ve risksiz gebelik olgularında da anksiyete ve depresyon puanları yüksek bulunmuştur ($p<0,01$). Bu sonuçlarla anksiyete ve depresyon belirtilerinin gebeliğin istenme durumuyla değil de gebelikte risk faktörüne sahip olmayla ilişkili olduğu düşünülebilir. Arslan B'nin (112) çalışmada ise gebelik isteme durumu ile anksiyete puanı arasında anlamlı farklılık gözlenmemesine karşın gebeliği isteme durumu ile depresyon puanı arasında anlamlı farklılık gözlenmiştir. Gebeliği istemeyenlerde depresyon puanı daha yüksek saptanmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Vaka-kontrol tipindeki bu araştırma, gebelik izlenmeleri sırasında risk faktörleri tespit edilen vaka grubunu oluşturan 75 gebede ve gebelikleri boyunca herhangi bir riskli durum ile karşılaşmayan kontrol grubunu oluşturan 75 gebede uygulandı. Her iki grup sosyodemografik durum, depresyon ve anksiyete düzeyleri açısından karşılaştırıldı. Bu amaçla sosyodemografik bilgi formu, Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği kullanıldı.

1. Riskli gebeliği olanlarda hipertansiyon (%16), şiddetli hiperemesis (%6,7), polihidramnios veya oligohidramnios (%6,7), prezentasyon anomalileri (%6,7), diabet (%17,3), preterm veya postterm eylem (%28), çoğul gebelik (%12), akut cerrahi problemler (%9,3), Rh izoimmunizasyonu (%10,7), antenatal kanama (%12) bulunmaktadır
2. Araştırmaya katılan gebelerin 89'u (%59,3) 25-34 yaş grubundaydı. Bu bulgu pek çok çalışmayla benzerlik göstermekte olup, anne olma yaşının genç yetişkinlik dönemi olduğu söylenebilir.
3. Gebelerin %58,6'sının ev hanımı olduğu, geriye kalan %41,4'ünün ise bir meslekle uğraştığı bulunmuştur. Bulgularımızın TNSA 2008 verilerine göre çalışan kadın oranından (%31) yüksek olduğu görülmüştür (109).
4. Riskli gebeliğe sahip olguların %62,7'si ev hanımı iken, %37,3'ü farklı meslek gruplarındadır. Riskli gebeliği olmayan olguların ise %54,7'si ev hanımı iken, %45,3'ü çalışandır. Riskli gebelerle risksiz gebeler arasında çalışma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p=0.320$).
5. Vaka grubundaki olguların %22,7'si 18-24, %54,7'si 25-34, 22,7'si 35 ve üstü yaş grubundadır. Kontrol grubundaki olguların %17,3'ü 18-24, %64,0'ü 25-34, %18,7'si 35 ve üstü yaş grubundadır.
6. Araştırmaya katılan gebelerin eğitim durumu incelendiğinde %31,3'ü ilköğretim, %32'si lise, %30'u üniversite mezunu idi. TNSA 2008 verilerine göre kadınlarda lise ve üzeri eğitim durumuna bakıldığında % 18,2 olduğunu görüyoruz (109).

7. Gebelerin eğitim düzeyine bakıldığında riskli gebelik tanısı almış gebelerin %46.7'si ilköğretim mezunu, %24'ü lise mezunu ve %29.3'ü üniversite mezunu idi. Riskli gebeliği olmayan olguların %29,3'ü ilköğretim, %40,0'ı lise, %30,7'si üniversite mezunudur. Çalışmamızda gebelerin eğitim düzeyleri ve riskli gebelikleri arasında anlamlı bir ilişki tespit etmedik
8. Gebelerin gebelikteki risk durumlarını eşlerinin eğitim düzeylerine göre incelediğimizde, risk durumu ile eş eğitim düzeyi arasındaki ilişki anlamlı bulunamamıştır (p=0.254).
9. Vaka grubundaki olguların %6,7'si köy, %4'ü kasaba, %29,3'ü ilçe, %60'ı ilde yaşamaktadır. Kontrol grubundaki olguların %1,3'ü köy, %24'ü kasaba, %33,3'ü ilçe, %41,3'ü ilde yaşamaktadır. Vaka grubunda kasabada yaşama oranı kontrol grubuna göre düşük iken; ilde yaşama oranı kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur (p=0.001).
10. Vaka grubundaki olguların %41,3'ü 500-1000 TL, %28'i 1000-2000 TL, %30,7'si 2000 TL üstü gelir düzeyine sahiptir. Kontrol grubundaki olguların %21,3'ü 500-1000 TL, %33,3'ü 1000-2000 TL, %45,3'ü 2000 TL üstü gelir düzeyine sahiptir. Vaka grubundaki olguların gelir düzeyi, kontrol grubuna göre düşük bulunmuştur (p=0.027).
11. Riskli gebeliğe sahip olguların %62.7'si ev hanımı iken, %37.3'ü farklı meslek gruplarındadır. Riskli gebeliği olmayan olguların ise %54.7'si ev hanımı iken, %45.3'ü çalışandır. Riskli gebelerle risksiz gebeler arasında çalışma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır (p=0.320). Bu sonuçlar incelendiğinde çalışan gebe olmanın riskli gebelik açısından koruyucu faktör olduğu düşünüldü.
12. Riskli gebelik tanısı alan olguların gelir düzeyi, kontrol grubuna göre düşük bulunmuştur (p=0.027). Düşük gelir düzeyi tıbbi hizmet alma ve önerileri yerine getirme yönünden risk durumu yaratmaktadır
13. Araştırmaya katılan gebelerin %12'sinin eşleriyle aralarında akrabalık olduğu bulunmuştur. TNSA 2003 verilerine göre Türkiye'de akraba evliliği oranı %22 olarak saptanmıştır. İlimizin batıda bulunması ve akraba evliliklerinin doğudan batıya doğru azalması çalışmamızdaki akraba evliliği oranının Türkiye ortalamasından düşük olmasının nedeni olarak açıklanabilir.

14. Vaka grubundaki olguların gravida 4 ve üstü olma oranı, kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur ($p=0.016$). Bu veriler klasik tıp bilgileriyle uyuşmaktadır.
15. Riskli gebeliği olanların parite 3 ve üstü olma oranı, gebeliğinde risk olmayanlara göre yüksek bulunmuştur ($p=0.036$).
16. Riskli gebelik tanısı olanların daha yüksek oranda 3. trimesterde gözlenmesinin nedeninin araştırmamızın üniversite hastanesinde yapılması ve riskli gebeliği olan olguların doğum eylemi amacıyla refere edilmesi olduğu düşünüldü.
17. Çalışmamıza katılan gebelerin %31.3'ünde BDÖ düzeyi 17 ve üzeri bulundu. Riskli gebeliği olan olguların ise 30'unda (%40,0) depresyon yok, 45'inde (%60,0) depresyon varken (BDÖ düzeyleri 17 ve üzeri); kontrol grubundaki olguların 73'ünde (%97,3) depresyon yok, 2'sinde (%2,7) depresyon vardır. Vaka grubundaki olgularda depresyon görülme oranları, kontrol grubundaki olgulara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p=0,000$).
18. Riskli gebeliğe sahip olgularda anksiyete ve depresyon ortalamaları, gebeliğinde risk faktörü saptanmayan olgulara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p=0.000$).
19. Riskli gebeliği olan olguların 16'sı (%21,3) risk tespit edilmeden önce stresli bir durum yaşadığını, 59'u (%78,7) ise stresli bir durum yaşamadığını söylemiştir. Risk tespit edilenlerin 63'ü (%84,0) eşinden destek alırken, 12'si (% 16,0) eşinin desteği olmadığını söylemiştir. Risk tespit edilmeden önce stresli bir durum yaşayan olgularda risk ortalama $22,69 \pm 11,9$ haftada; risk tespit edilmeden önce stresli bir durum yaşamayan olgularda risk ortalama $19,88 \pm 11,47$ haftada tespit edildi. Risk tespit edilmeden önce stresli bir durum yaşayan ve yaşamayan olguların risk tespit edilme haftası ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).
20. Kadınların gebelik öncesi aldıkları psikiyatrik tedavi durumları ile gebelikleri esnasındaki risk durumları ($p=0.037$) ve BDÖ düzeyleri ($p=0.027$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkisi saptanmıştır.
21. Çalışmamızda gebeliğin istenme oranı %10'dur. Gebeliğin istenip istenmediği incelendiğinde, gebeliği istemeyen toplam 15 gebeden 5'inin

(%6.7) kontrol grubunda, 10'unun (%13,3) ise vaka grubunda olduğu görülmekte idi; ancak iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi

22. Depresyonu olan olguların gebelik öncesi psikiyatrik tedavi görme oranı, depresyonu olmayan olgulara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. ($p=0.027$).
23. Vaka grubundaki olguların 24'ü (%32,0) gebelik öncesi psikiyatrik tedavi aldığını, 51'i (%68,0) psikiyatrik tedavi almadığını söylemiştir. Kontrol grubundaki olguların 13'ü (%17,3) psikiyatrik tedavi aldığını, 62'si (%82,7) psikiyatrik tedavi almadığını söylemiştir. Vaka grubundaki olgularda gebelik öncesi psikiyatrik tedavi alma oranı, kontrol grubundaki olgulara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p=0.037$).
24. Gebelik öncesi psikiyatrik tedavi alanların anksiyete puanları, gebelik öncesi psikiyatrik tedavi almayanların anksiyete puanlarından yüksek bulunmuştur ($p=0.047$).
25. Gebelik öncesi psikiyatrik tedavi alma ile anksiyete puanları arasında anlamlı ilişki saptanırken riskli gebeliğe sahip olan ve olmayan gebelerin gebelik öncesi tedavi durumları ile anksiyete puanları arasında ilişki saptanmamıştır.
26. Gebeliğin istendiği riskli gebelik olgularının anksiyete puanları, risksiz gebelerin anksiyete puanlarından yüksek bulunmuştur. ($p<0,01$). Aynı şekilde gebeliğin istendiği riskli gebelerin depresyon puanları, kontrol grubundaki olguların depresyon puanlarından yüksek bulunmuştur. ($p<0,01$).

KAYNAKLAR

1. Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjo G. Prevalance of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80:251-255.
2. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* . 2001;323:257-260.
3. Andersson L, Sundström-Poromaa I, Wulff M, Ström M, Bixo M. Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. *Acta Obstet Gynecol* . 2006; 85: 937-944
4. 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
5. Kennerley H, Gath D. Maternity blues. III. Associations with obstetric, psychological, and psychiatric factors. *Brit J of Psych* 1989;155: 367–73
6. 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.
7. Maloni JA, Park S, Anthony MK, Musil CM. Measurement of antepartum depressive symptoms during high-risk pregnancy. *Res Nurs Health*. 2005; 28: 16-26.
8. Cohen LS, Rosenbaum JF. Psychotropic drug use during pregnancy: weighing the risks. *J Clin Psychiatry* 1998;59,Suppl 2:18–28.
9. Dunkel-Schetter C, Lobel M. Pregnancy and childbirth. In: Blechman EA, Brownell KD, eds. *Behavioral medicine and women*. New York: Guilford; 1998.
10. 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

11. Özkan S. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Kitabı. İstanbul, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı 1993; 201–9.
12. 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).
13. Şen D, Yücel B. Gebelikte Psikotrop İlaç Kullanımı, Derlemeler: İst. Tıp Fak. Mec 1998; 61: 2.
14. Sarah LB, Barbara LP, Jill MC, Psikiyatri ve Reprodüktif Süreç. Benjamin JS, Sadock MD, Virginia A (Editörler) (Çeviri editörleri: Aydın H, Bozkurt A). Kaplan & Sadock Comprehensive Textbook of Psychiatry'de Cilt 3. 8. baskı. Ankara: Güneş Kitapevi; 2007. s.2305-14.
15. Barsky AJ and Klerman GL. Overview: hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. Am J Psychiatry 1983; 140: 273–83.
16. Burt V, Hendrick VC (Eds.). Clinical Manual of Womens Mental Health. London: Amerikan Psychiatric Publishing; 2005: p.145-77.
17. Altınay SA, Aydemir Ç, Gökale E. Puerperal dönemde depresyon semptom prevalansı: Obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destekle ilişkisi. Kriz Dergisi 2002;10(1):11-8.
18. Ana ve Çocuk Ölümelerini Önleme Projesi. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2002.
19. Anahit C. Perinatal hemşirelik yaklaşımı ve ekip çalışmasının önemi. Perinatoloji Dergisi 1996; 4(3): 181-4.
20. Kılıç S, Uçar M, Temir P, Erten Ü, Şahin E, Karaca B. Hamile kadınlarda doğum öncesi bakım alma sıklığı ve bunu etkileyen faktörler. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6(2): 91-7.
21. Çiçek MN, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi Kitabı, Güneş Kitabevi, Ankara, 2006, 197.

22. 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.
23. Marakoğlu K, Çivi S, Şahsıvar Ş, Özdemir S. Tıp fakültesi birinci ve ikinci sınıf öğrencilerde sigara içme durumu ve depresyon yaygınlığı arasındaki ilişki. Bağımlılık Dergisi,2006;7:129-134
24. Çevik A, Volkan VD. Depresyonun psikosomatik etyolojisi. Depresyon Monografaları Serisi 3.1993;s:109-122
25. Karasu TB. Towart a clinical model of psychotherapy for depression. An integrative and selective treatment approach. Am J Psychiatry, 1990;147:269-78
26. Carlson GA, Kashani JH. Phenomenology of major depression from childhood through adulthood: analysis of three studies. Am J Psychiatry,1988;s:145-1225
27. Akdeniz F, Gönül AS. Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. Klin Psik Derg, 2004; Ek 2: 70–4.
28. Muzik M, Marcus SM, Heringhausen JE, Flynn HA. When depression complicates child bearing:guidelines for screening and treatment during antenatal and postpartum obstetric care. Obstet Gynecol Clin North Am 2009; 36:771–788.
29. Brenda M, Leung Y, Bonnie ND, Kaplan J. Perinatal depression: prevalance, risks, and the nutrition link-a review of the literatüre. J Am Diet Assoc 2009; 109: 1566-1577.
30. Bödecs T, Horvath B, Kovacs L, Diffellne Nemeth M, Sandor J. Prevalence of depression and anxiety in early pregnancy on a population based Hungarian sample. Orv Hetil 2009; 150:1888-1893.
31. Marcus SM, Flynn HA, Blow FC, Barry KL. Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. J Women’s Health (Larchmt) 2003; 12:373-380.

32. Da Costa D, Larouche J, Dritsa M, Brender W. Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *J Affect Disord* 2000; 59:31-40.
33. Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstet Gynecol* 2000; 95:487-490.
34. Karaçam Z, Ançel G . Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: A study in a Turkish population. *Midwifery* 2009; 25:344-356.
35. Altınay S. Gebelikte depresyon prevalansı, sosyodemografik özellikler, obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi. Ankara Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği Uzmanlık tezi, 1999.
36. Sevindik F. Elazığ ilinde gebelikte depresyon prevalansı ve etkileyen faktörler (Yüksek lisans tezi). Elazığ, Fırat Üniversitesi, 2005.
37. Gölbaşı Z, Kelleci M, Kısacık G. Gebelikte depresif belirtiler: Prevelans ve risk faktörlerine ilişkin bir çalışma. 5. Uluslar Arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 19-22 Nisan 2007, Ankara, Türkiye. Kongre Özet Kitabı sayfa 255
38. Mc Kee Md, Cuminghom M, Jankowski Kr, Zayas L. Healty-related functional status in pegnancy:relationship to depression and social support in multisenthric population . *Obstetric Gynecol* 2001;97:988-93
39. Aktaş S, Yeşilçiçek Çalık K, Dinçkol M, Kara H, Budak S, Güney S. Gebelikte depresyon, depresyona etki eden faktörler ve gebelik depresyonu ile sosyal destek arasında ilişki. 9. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi, 15-18 Ocak 2009, Bursa, Türkiye. Kongre Özet Kitabı sayfa: 459-460.
40. Vırit 0, Akbaş E, Savaş HA, Sertbaş G, Kandemir H. Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi. *Noropsikiyatri Arşivi* 2008; 45:9-13.
41. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol* 2004; 103:698-709.

42. Bunevicius R, Kusminskas L, Bunevicius A, Nadisauskiene RJ, Jureniene K, Pop VJ. Psychosocial risk factors for depression during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009; 88:599-605.
43. Marakoğlu K, Şahsıvar MŞ. Gebelikte depresyon. *Turkiye Klinikleri J Med Sci* 2008; 28:525-532.
44. Bowen A, Muhajarine N. Antenatal depression. *Canadian Nurse Journal* 2006; 102:26-30.
45. Kim J, La Porte LM, Adams MG, Gordon Te, Kuendig JM, Silver RK. Obstetric care provider engagement in a perinatal depression screening program. *Arch Womens Ment Health* 2009;12:167-172.
46. 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.
47. Chrousos GP, Torpy DJ, Gold PW. Interactions between the hypothalamic-pituitary-adrenal 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.
48. 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.
49. 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.
50. 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.

51. 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.
52. 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.
53. Nonacs R, Cohen LS. Depression during pregnancy: diagnosis and treatment options. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 24–30.
54. Dorn LD, Susman EJ, Petersen AC. Cortisol reactivity and anxiety and depression in pregnant adolescents: a longitudinal perspective. *Psychoneuroendocrinology* 1993; 18: 219–39
55. 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.
56. Zuckerman B, Amaro A, Bauchner H, Cabral H. Depressive symptoms during pregnancy: Relationship to poor health behaviours. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 160:1107-1111.
57. Kenyon FE. Termination of pregnancy on psychiatric grounds: a comparative study of 61 cases. *Br J Med Psychol* 1969; 42: 243–54.
58. Krener P, Treat JN, Hansen RL. Research in pregnancy and mental illness: testing old wives' hypotheses. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1993; 14: 163–83.
59. Appleby L. Suicide during pregnancy and in the first postnatal year. *BMJ* 1991; 302: 137–40.
60. 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.

61. 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.
62. Sidebotham M. Mental health problems. In *Mayes' Midwifery: A Textbook For Midwives*, 13th ed. (Eds C Henderson, S Macdonald): 918-934. London, Elsevier, 2008.
63. Raynor MD, Oates MR. Perinatal mental health. In *Myles Textbook For Midwives*, 15th ed. (Eds DM Fraser, MA Cooper):679-703. London, Elsevier, 2009.
64. Diego MA, Field T, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, Gonzalez-Quintero V. Prenatal depression restricts fetal growth. *Early Hum Dev* 2009; 85:65-7.
65. Rahman A, Bunn J, Lovel H, Creed F. Association between antenatal depression and low birth weight in a developing country. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 115:481-486.
66. 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
67. 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. *th: a prospective investigation. Am J Obstet Gynecol* 1993; 169: 858–65.
68. Michel-Wolfrohm H. The psychological factor in spontaneous abortion. *J Psychosom Res* 1968; 12: 67–71.
69. 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.
70. Field T, Diego M, Dieter J, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C et al. Prenatal depression effects on the fetus and newborn. *Infant Behav Dev* 2004; 27:216-229.

71. Stewart D. Depression during pregnancy . *Can Fam Physician* 2005; 51:1061-1063.
72. Smith MV, Brunetto WL, Yonkers KA. Identifying perinatal depression: Sooner is better. *Contemp Obstet Gynaecol* 2004; 49: 58.
73. Weinstock M. Alterations induced by gestational stress in brain morphology and behaviour of the offspring. *Prog Neurobiol* 2001; 65: 427–51.
74. 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.
75. 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.
76. Spinelli M, Endicott J. Controlled clinical trial of interpersonal psychotherapy versus parenting education program for depressed pregnant women. *Am J Psychiatry* 2003; 160:555–562.
77. Dimidjian S, Goodman S. Nonpharmacologic intervention and prevention strategies for depression during pregnancy and the postpartum. *Clin Obstet Gynecol* 2009; 52:498-515.
78. Alkan M. Kişilerarası ilişkiler terapisi. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* 2009; 2:14-20.
79. Demiralp M, Oflaz F. Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri ve psikiyatri hemşireliği uygulaması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007; 8:132-139.
80. Margaret G, Spinelli MD. Interpersonal psychotherapy for depressed antepartum women: A pilot study. *Am J Psychiatry* 1997; 154:1028–1030.
81. Bhatla SC, Bhatla SK. Depression in women: Diagnostic and treatment considerations. *Am Fam Physician* 1999; 60:1-17.
82. Buist A. Managing depression in pregnancy. *Aust Fam Physician*. 2000; 29: 663–7.

83. Güdücü F, alıyurt O, Vardar E, Tuğlu C, Abay E. Majör depresyonda sertralin ile birlikte uygulanan uyku yoksunluğu ve ışık tedavisinin etkinliğinin sertralin tedavisi ile karęılařtırılması. Turk Psik Derg. 2005; 16: 245-51
84. Kalinowsky LB. ECT in pregnancy. Am J Psychiatry 1984; 141: 1643
85. Nayak V, Laxminarayana Bairy K, Devaramane V. Treatment of depression during pregnancy. Kuwait Med J 2010; 42:187-191.
86. Işık E, Taner Y. ocuk Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları. Asimetrik Parelel Kitabevi,2006;s:3-29
87. Esel E. Genelleşmiş anksiyete bozukluğunun nrobiyolojisi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni.2003;13(2):78-87
88. Ito C. The role of brain histamine in acute and cronic stress. Biomedicine & Phamacothreapy, 2000;54(5):263-267
89. Gabbard GO. Anxiety Disorders: Psychodynamic Aspects. In: Sadock VA eds. Comprehesive textbook of psychiatry.7 th ed.PA: Lippincott Williams and Wilkins,2000;s:1464-1476
90. Weisberg RB, Paquette JA. Screening and treatment of anxiety disorders in pregnant and lactating women. Women's Healty Issues,2002;12:32-36
91. George HT, Ladenheim JA, Nutt DJ. Effect of pregnant on panic attacks. Am J Psychiatry 1987;144:1078-1079
92. Villeponteaux VA, Lydiard RB, Laraia MT, Stuart GW, Ballenger JC. The effect of pregnancy on preexisting panic disorder. J Clin Psychiatry,1992;53:201-203
93. Cohen LS, Sichel DA, Faraone SV, Robertson LM, Dimmock JA, Rosembaum JF. Course of panic disorder during pregnancy and the puerperium: a preliminary study. Bio Psychiatry 1996;39:950-954
94. Hedeard M, Henriksen TB, Secher NJ, Hatch M, Sabroe S. Do stersful life events affect duration of gestation and risk of preterm delivery? Am J Epidem , 1996;7:339-45

95. Lobel M, Dunkel-Schetter C, Scrimshaw SCM. Prenatal maternal stress and prematurity: a prospective study of socioeconomically disadvantaged women. *Health Psychol*, 1992;11:32-40
96. Wadhwa PD, Sandman CA, Porto M, Dunkel-Schetter C, Gaithe 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
97. Runi CK, Dunkel-Schetter C, Wadhwa PD, Sandman CA. Psychological adaptation and birth outcomes: the role of personal resources, stress and sociocultural context in pregnancy. *Health Psychol* 1999;18:333-45
98. Altshuler LL, Hendrick V, Cohen LS. Course of mood and anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1998;2:29-33
99. Anderson L, Sundström-Palomä I, Bixo M, Wulff M, Bondestam K, Åström M. Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population based study. *Am J Obstet Gynecol*, 2003;189:148-154
100. Cloitre M, Yonkers KA, Pearlstein T et al. Women and anxiety disorders: implications for diagnosis and treatment. *CNS Spectr* 2004;9:1-16.
101. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mosk J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4:561-571.
102. Hisli N. Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* 1989; 7:3-13.
103. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988;56:893-897.
104. Ulusoy M, Sahin NH, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *J Cogn Psychother* 1998;12:163-172.

105. Kişnişçi A, Gökşin E, Durukan T, Üstay K, Ayhan A, Gürkan T, Önderoğlu S. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi Kitabı, Güneş Kitabevi, Ankara, 1996, 1623-45.
106. Çiçek MN, Mungan MT. Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji Kitabı, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 2007, 283-489.
107. 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.
108. 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.
109. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara, Türkiye 2008
110. Kölgelir S, Demir Arslan H, Ktaş B, Güler G. Gebelerde toxoplazma gondi seroprevalansı. *Dicle Tıp Dergisi*, Cilt 36, No:3 s:170-172
111. Bektaş E. Hastanemiz gebe polikliniğine başvuran gebelerde normal doğum ve tercihi ve nedenleri ile ilgili anket çalışması. Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, 2008
112. Arslan B. Gebelerde anksiyete ve depresyonla ilişkili sosyodemografik özellikler. Süleyman Demirel Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, 2010
113. Shawky S, Milaat W. Early teenage marriage and subsequent pregnancy outcome. *East Medit Health J.* 2000; 6: 46-54.
114. Kılıç S, Uçar M, Temir P, Erten Ü, Şahin E, Karaca B, Yüksel S, Özkır F. Hamile kadınlarda doğum öncesi bakım alma sıklığı ve bunu etkileyen faktörler. *Kor Hek* 2007; 6: 91-7.

115. Gözüyeşil EY, Şirin A, Çetinkaya Ş. Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2008;3(9):13-7
116. Şahsıvar MŞ. Riskli gebeliklerde depresyon ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Selçuk Üniveristesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, 2007
117. Öztanrıöver S. Riskli gebelerde ruhsal sorunlar. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Uzmanlık Tezi, 1998; 51-7.
118. Tekbaş FÖ, Oğur R, Uçar M. Genç erişkin erkekler arasında akraba evliliği sıklığının ve nedenlerinin araştırılması. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni,2005;4(3)
119. Kılıçarslan S. Edirne şehir merkezindeki son trimester gebelerin sosyodemografik özellikleri, yaşam kaliteleri, kaygı düzeyleri. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, 2008
120. Altınay SA, Aydemir Ç, Gökcal E. Puerperal dönemde depresyon semptom prevalansı: Obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destekle ilişkisi. Kriz Dergisi 2002;10(1):11-8.
121. Chen H, Chan YH, Tan KH, Lee T. Depressive symptomatology in pregnancy. Soc Psychiatry Psych Epidem 2004; 39: 975–9.
122. Symon A. A review of mothers' prenatal and postnatal quality of life. Health Qual Life Outcomes. 2003; 1: 38.
123. Arslan H, Korkmaz N. Kısmi yatak istirahati ile hastanede yatan yüksek riskli gebelerin yaşadığı fiziksel ve psikolojik sorunlar. Perinatoloji Derg 2005; 13: 91-100.
124. Eskici L. Gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğunun obstetrik sonuçlar ve yenidoğan üzerine etkileri. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, 2010