

## ARAŞTIRMA MAKALESİ

Ferda Kaya Zaman<sup>1</sup>  
Nurşah Özkan<sup>2</sup>  
Dilek Toprak<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Aile Hekimliği Kliniği,  
İstinye Üniversitesi Liv  
Hastanesi, İstanbul, Türkiye  
<sup>2</sup>Aile Hekimliği Kliniği, VKV  
Amerikan Hastanesi, İstanbul,  
Türkiye  
<sup>3</sup>Aile Hekimliği Kliniği,  
Hamidiye Şişli Etfal Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi, İstanbul,  
Türkiye

### Yazışma Adresi:

Ferda Kaya Zaman  
İstinye Üniversitesi Liv Hastanesi  
Aşık Veysel Mah. Atatürk Bulvarı  
No:6 34510 Esenyurt, İstanbul,  
Türkiye  
Tel: +90 533 818 38 06  
Email: ferda\_kaya@hotmail.com

Bu çalışma Trakya Aile  
Hekimliği Kongresinde sözlü  
sunum olarak sunulmuştur.

Geliş Tarihi: 10.05.2017  
Kabul Tarihi: 12.02.2018  
DOI: 10.18521/kt.311793

Konuralp Tıp Dergisi  
e-ISSN1309-3878  
konuralptipdergi@duzce.edu.tr  
konuralptipdergisi@gmail.com  
www.konuralptipdergi.duzce.edu.tr

## Gebelikte Depresyon ve Anksiyete

### ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı; üreme çağındaki gebe olan ve olmayan kadınların anksiyete ve depresyon seviyelerini mukayese etmek ve sosyodemografik özelliklerindeki korelasyonları incelemektir.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmaya Gazi Osman Paşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları Doğum Polikliniği ile Gebe Polikliniğine başvuran, 15-49 yaş arası doğurganlık çağındaki 50 gebe ve 50 gebe olmayan kadın dâhil edilmiştir. Çalışmaya alınan katılımcılara sosyodemografik sorgulama için tarafımızca hazırlanan anket formu, Beck Anksiyete Envanteri (BAE) ve Beck Depresyon Envanteri (BDE) uygulanmıştır. Sonuçlar istatistiksel olarak analiz edilmiştir.

**Bulgular:** Gebe grubunun Beck depresyon ve anksiyete puanları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Ayrıca gebe grupta trimesterlere göre Beck depresyon ve anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmakta olup ( $p<0,05$ ); 3. trimester grubunun puanı 1. trimester grubundan anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

**Sonuç:** Sonuç olarak bulgularımız gebeliğin tüm trimesterlerinde, özellikle 3. trimesterde depresyon ve anksiyete düzeylerinin arttığını, yaşam kalitesinin düştüğünü göstermektedir. Gebelik sırasında depresyon ve anksiyete semptomları mutlaka ciddiye alınmalı ve gebeliğin normal bir parçası olarak değerlendirilip gözden kaçırılmamalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Anksiyete, Depresyon, Gebelik, Sosyodemografik Özellikler, Tedavi

## Depression and Anxiety in Pregnancy

### ABSTRACT

**Objective:** The aim of the study was to compare the levels of depression and anxiety among pregnant women versus nonpregnant women in reproductive age and to examine its correlation with socio-demographic characteristics.

**Methods:** 50 women in reproductive age groups and 50 nonpregnant (control group) women between 15-49 age group who have applied to the department of Obstetrics and Gynecology and Pregnant Polyclinic of Gazi Osman Paşa Taksim Training and Research Hospital. The participants who were involved in this study have been applied a questionnaire for demographic features, Beck Anxiety Inventory (BAI) and Beck Depression Inventory (BDI). The results have been statistically analyzed.

**Results:** The pregnant group's BDI and BAI scores are statistically higher than nonpregnant group ( $p<0,05$ ). Furthermore, there is statistically a meaningful difference in BDI and BDA scores in respect of trimester in pregnant women ( $p<0,05$ ). According to the results of comparison between the groups in order to determine the reason of the difference; it has been found that while the score of 3rd trimester group is meaningly higher than the score of 1st trimester group ( $p<0,05$ ).

**Conclusion:** In conclusion, findings show us that while the quality of life declines, the level of anxiety and depression increases in the all terms of pregnancy, especially in the 3. trimester. Depression and anxiety symptoms during pregnancy be taken seriously and should be taken as normal symptoms of pregnancy. These symptoms should not be missed.

**Keywords:** Anxiety, Depression, Pregnancy, Sociodemographic Feature, Treatment

## GİRİŞ

Gebelik kadının hayatının en özel dönemlerinden biridir. Bu dönemde anne olmanın getirdiği mutluluğun yanında endişe ve stres de sıklıkla gözlenebilmektedir.

Son 30 yılda ruh sağlığı alanındaki gelişmeler ışığında çeşitli ruhsal sorunların gebelikte sık görülebileceği bilinmektedir. Bu sorunların en başında depresyon ve anksiyete bozuklukları gelmektedir. Yapılan çalışmalar gebe popülasyonda depresyon ve anksiyetenin normal popülasyona göre daha sık görüldüğünü göstermektedir (1,2,3,4,5,6,7,8,9). Gebelikte depresyon semptomları olan kadınların prevalansı %18'den %30'a (10, 11), hatta bazı çalışmalarda %53'e varan oranlarda (1, 2, 3,4, 5, 6, 7, 8, 9, 12) değişiklik göstermektedir.

Gebelikte görülen depresyon ve anksiyete belirtileri genellikle hekimlerce gebelikte ilgili hormonal ve fiziksel değişikliklere bağlanmakta ve az tanınmaktadır. Depresyon ve anksiyete gebelik döneminin annenin çökkün duygu durum, uyku ve iştah bozukluklarıyla geçirmesine neden olmakta ve buna bağlı olarak fetüsün hem bedensel hem de ruhsal gelişimi kötü etkilenmektedir. Gebe annelik rolüne iyi hazırlanamamakta, yaşam kalitesi düşmekte ve aile içi çatışmalara neden olmaktadır (13).

Yapılan birçok çalışmada gebelikte görülen depresyon ve anksiyetenin; gebelerin yaşları, medeni durumları, çocuk sayıları, eğitim seviyeleri, sigara, alkol ve madde kullanımları, gebeliğin istemli olup olmadığı gibi sosyodemografik özelliklerle ilişkili olabileceği gösterilmiştir (14, 15).

Gebelerde kaygının artması depresif semptomlara yol açabileceği gibi depresyonun artmasında kaygının artmasına neden olabilmekte, her iki durum birbirini etkileyebilmektedir. Tahin ve Kılıçaslan'ın çalışması da bunu desteklemektedir (16).

Çalışmamızda 15-49 yaş aralığında doğurganlık çağındaki gebe olmayan kadınlar ile aynı yaş grubundaki gebelerin depresyon ve anksiyete oranları değerlendirilmiştir. Aynı zamanda iki grubun sosyodemografik verilerinin depresyon ve anksiyete üzerine olan etkisi ve ilişkili faktörler araştırılmıştır.

## MATERYAL VE METOD

Çalışmamız 03.04.2013 tarihli ve 11 sayılı etik kurul onayıyla; 15 Şubat 2013 - 15 Nisan 2013 tarihleri arasında; Gazi Osman Paşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Polikliniği ile Gebe Polikliniği'ne başvurmuş, 15 - 49 yaş arası doğurganlık çağındaki 100 kadın ile yapılmıştır. 50 tanesi Gebe polikliniğine başvuran gebelik tanısı almış kadınlardan oluşan Gebe Grubu, 50 tanesi Kadın Doğum polikliniğine rutin takip için başvurmuş sağlam kadınlardan oluşan Kontrol Grubu olarak belirlenmiştir. Gebeler kendi içlerinde trimesterlere göre gruplandırılmıştır. İki grubun da

ek hastalık, yaş, sigara ve ilaç kullanımı, eğitim ve çalışma durumu gibi sosyodemografik verileri ve gebe grubun gebelik ve küretaj sayısı, trimester, kaçınıcı gebelik gibi obstetrik bilgileri sorgulanmıştır.

Hastalara depresyon araştırılması amacı ile; 21 maddeden oluşan, toplamında 0 - 63 puan elde edilen ve Türk toplumu için kesme puanı 17 kabul edilen (17) Beck Depresyon Envanteri (BDE) ile anksiyete araştırılması amacı ile 21 maddeden oluşan, somatik ve kognitif anksiyete yakınlıklarını sorgulayan ve 0 - 3 arası puanlanan likert tipi bir ölçek olan maximum puan 63, kesme puanı 17 olarak kabul edilen Beck Anksiyete Envanteri (BAE) uygulanmıştır. Beck Anksiyete Envanterinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (18). Beck Depresyon Envanterinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları ülkemizde yapılmıştır (19).

Beck Depresyon Envanteri için; 0 - 9 puan: Minimal depresif semptom, 10-16 puan: Hafif derecede depresif semptom, 17 - 24 puan: Orta derecede depresif semptom, 25 ve üzeri puan: Ciddi depresif semptom olarak belirtilmiştir.

Beck Anksiyete Envanteri için; 0 - 7 puan: Minimal düzeyde anksiyete, 8 - 15 puan: Hafif düzeyde anksiyete, 16 - 25 puan: Orta düzeyde anksiyete, 26 - 63 puan: Şiddetli düzeyde anksiyete olarak değerlendirilmiştir.

Katılımcılara çalışma hakkında gerekli bilgi verilip, bilgilendirilmiş gönüllü olur formu okutulmuştur.

**İstatistiksel yöntem:** Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System), 2007 Statistical Software (Utah, U.S.A.) programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma, medyan, sıklık, oran) yanı sıra; niceliksel verilerin normal dağılım uygunluklarında Kolmogorov Smirnov test ve box plot grafikler kullanılmıştır. BAD ve BDE puanlarının sola çarpık dağılım gösterdiği görülmekte olup logaritmik dönüşüm uygulandığında da dağılımın normal olmadığı görülmüştür (Test ist BAD:0,142; BED:0,092; p<0,05). Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis Test ve anlamlı farklığın tespitinde Mann Whitney U Test kullanılmıştır. Yine normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında da Mann-Whitney U Test kullanılmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık p<0.05 düzeyinde değerlendirilmiştir.

## BULGULAR

Çalışmaya alınan olguların demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 1 de özetlenmiştir. Olguların yaşları 17 ile 49 yıl arasında değişmekte olup, ortalaması 30,87±7,39 yıldır. Gebe olguların gebeliğe ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 2'de verilmiştir.

**Tablo 1:** Demografik Özelliklerin Dağılımı

		Tüm olgular		Gebe		Kontrol	
		n	%	n	%	n	%
Yaş	15-25	22	22,0	14	28,0	8	16,0
	26-35	51	51,0	28	56,0	23	46,0
	36-45	21	21,0	8	16,0	13	26,0
	>45	6	6,0	0	0	6	12,0
Eğitim Durumu	İlkokul	23	23,0	10	20,0	13	26,0
	Ortaokul	16	16,0	10	20,0	6	12,0
	Lise	29	29,0	19	38,0	10	20,0
	Üniversite	32	32,0	11	22,0	21	42,0
Çalışma Durumu	Çalışıyor	38	38,0	14	28,0	24	48,0
	Çalışmıyor	62	62,0	36	72,0	26	52,0
Ek Hastalık	Var	15	15,0	8	16,0	7	14,0
	Yok	85	85,0	42	84,0	43	86,0
İlaç Kullanımı	Var	12	12,0	7	14,0	5	10,0
	Yok	88	88,0	43	86,0	45	90,0
Sigara Kullanımı	Var	17	17,0	11	22,0	6	12,0
	Yok	83	83,0	39	78,0	44	88,0

**Tablo 2:** Gebeliğe İlişkin Özelliklerin Dağılımı

		N	%
Trimester	0-3 ay (1. trimester)	16	32,0
	3-6 ay (2. trimester)	17	34,0
	6-9 ay (3. trimester)	17	34,0
Kaçıncı	1. gebelik	24	48,0
Gebelik	2 ve üzeri	26	52,0
Düşük veya	Var	9	18,0
Kürtaj	Yok	41	82,0

Bütün olguların BDE, ortalaması 13,19±10,79; medyanı 12'dir. Olguların %42 (n=42) minimal düzeyde, %24 (n=24) hafif düzeyde; %23 (n=23) orta düzeyde ve %11 (n=11) şiddetli düzeyde depresyona sahiptir. Tüm olguların BAE, ortalaması 13,19±10,79; medyanı 12'dir. Olguların %42 (n=42) minimal düzeyde; %26 (n=26) hafif düzeyde; %23 (n=23) orta düzeyde ve %9 (n=9) şiddetli anksiyeteye sahiptir.

Gebe ve kontrol grubu karşılaştırıldığında, gebe grubun Beck depresyon ve anksiyete puanları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır ( $p<0,05$ ) (Tablo 3).

**Tablo 3:** Gruplara Göre BECK Depresyon ve BECK Anksiyete Puanlarının Değerlendirmesi

	Gebe Grubu (n=50)	Kontrol Grubu (n=50)	P
	Ort±SD (medyan)	Ort±SD (medyan)	
BECK Depresyon	17,34±1,71 (17,0)	9,04±9,19 (6,5)	<b>0,001*</b>
BECK Anksiyete	15,76±9,01 (16,0)	7,64±5,71 (6,5)	<b>0,001*</b>

Mann Whitney U test

\* $p<0,05$

Trimesterlere göre Beck depresyon ve anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Anlamlı farklılığın tespitinde yapılan ikili karşılaştırmalarda;

3. trimesterde depresyon puanı 1. trimesterden anlamlı şekilde yüksek saptanırken ( $p<0,05$ ); diğer trimesterler arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4).

**Tablo 4:** Gebelik Dönemlerine Göre BECK Depresyon ve BECK Anksiyete Puanlarının Değerlendirmesi

	1. Dönem (n=16)	2. Dönem (n=17)	3. Dönem (n=17)	P
	Ort±SD (medyan)	Ort±SD (medyan)	Ort±SD (medyan)	
BECK Depresyon	12,18±9,02 (10,5)	19,35±12,44 (18,0)	20,18±9,02 (19,0)	<b>0,048*</b>
BECK Anksiyete	10,69±8,51 (9,5)	15,53±9,42 (14,0)	20,76±6,30 (19,0)	<b>0,003*</b>

Kruskal Wallis test

\* $p<0,05$

Gebe olgular arasında yaş, eğitim durumu, ek hastalık, gebelik sayısı, sigara ve ilaç kullanım durumlarına göre BDE ve BAE değerlendirmesinde istatistiksel anlamlı farklılık görülmemektedir

( $p>0,05$ ). Çalışmayan gebelerin BDE puanları ortalaması 19,25±10,28, çalışanların BDE ortalaması 12,43±10,59 olarak saptanmış olup; çalışma durumuna göre BDE puanları arasında

istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Benzer şekilde çalışmayan gebelerin BAE puanları ortalaması  $17.86\pm 8.71$ , çalışanların BAE ortalaması  $10.36\pm 7.6$  olarak saptanmış olup; çalışma durumuna göre BAE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Ayrıca gebe grupta düşük ve/veya kürtaj öyküsü olan gebelerin BDE puanları ortalaması  $24.78\pm 12.20$  iken öyküsü olmayanların BDE puan ortalaması  $15.71\pm 9.78$  olarak saptanmış olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

#### TARTIŞMA

Kadınların yaşam döngüsü içerisinde yaşadıkları değişimler onları psikiyatrik hastalıklara daha yatkın hale getirmektedir. Kadınlar özellikle puberte, menstrual siklusun geç luteal evresi, gebelik, loğusalık ve perimenopoz dönemi gibi üreme hormonlarında değişim olan dönemlerde depresyona daha yatkın olabilmektedirler.

Döllenme ile başlayan ve doğumla sona eren gebelik periyodu, gebe ve fetüste fizyolojik, psikolojik değişikliklerin meydana geldiği önemli bir dönemdir. Bu dönemde yaşanan kaygı ve depresyonun; gebelik ve doğum komplikasyonlarını arttırdığı, yenidoğanın sağlığını olumsuz etkilediği, erken doğuma, düşük doğum ağırlığına ve intrauterin gelişim geriliğine neden olduğu bildirilmiştir (16).

Araştırmamızda gebe kadınların en fazla 26 - 35 yaş aralığında olduğunu görmekteyiz. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 verilerine göre Türkiye'de en yüksek yaşa özel doğurganlık hızları 25-29 yaş grubundadır (20). Çoğu çalışma bulgusu bizim araştırmamızdaki bulguyla benzerlik göstermekte olup, anne olma yaşının genç yetişkinlik dönemi olduğu söylenebilir (1, 2, 3, 4, 5, 6, 8). Gebe kadınların bu yaş döneminde olması anne ve çocuk sağlığı açısından sevindiricidir. Araştırmamıza göre yaş ile depresyon ve anksiyete arasında ilişki tespit edilememiştir. Literatürde çalışma sonuçlarımızı destekleyen araştırmalar mevcuttur. Edirne'de 340 gebe ile yapılan bir çalışmada da yaşın depresyon ile ilişkisi olmadığı saptanmıştır (16). Aksine Yücel ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptığı bir çalışmada gebelik yaşı  $>30$  olan gebelerde depresyon ve anksiyete görülme oranı daha yüksek bulunmuştur (3).

Çalışmamızda gebe grubun Beck depresyon ve anksiyete puanları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Toplum tabanlı çalışmalarda gebelikte duygulanım bozukluğunun %70'leri bulduğu, anksiyetenin %15-29 ve depresyon yaygınlığının %17-18 olduğu bildirilmiştir (21). Değişik kültürlerde gebelik döneminde depresyon yaygınlığını araştıran çalışmalarda çoğunlukla sonuçlar benzerdir. Lancaster ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %18 (20), Macaristan'da %17.9, ABD'de %30-38, Latin Amerikalı gebelerde yaklaşık %30 (21) bulunmuştur. Ülkemizdeki

bildirimlerde ise anksiyetenin %12-34 ve depresyon yaygınlığının %19-53 olduğu şeklindedir (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9).

2011 yılında 452 olgu ile yapılan bir çalışmada gebelerin %41,2'si 2. trimester gebelerden oluşmaktadır. Bunun nedeninin 2. trimesterde tarama testlerinin sık olması ve bu nedenle gebelerin polikliniği daha sık ziyaret etmesi olduğu düşünülmüştür (4). Ancak bizim çalışmamızda her üç trimesterden yaklaşık eşit sayıda gebe alınmıştır.

Kimi çalışmalarda duygulanım bozukluğunun 1. trimesterde arttığı yönünde bildirimler yapılmışken (22), bazı çalışmalar 3. trimesterde yüksek olduğunu bildirmektedir (14). Bizim çalışmamızda ise 3. trimesterde Beck depresyon ve anksiyete puanları diğer trimesterlerden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. 1. trimesterde depresyon ve anksiyetenin az olmasının nedeninin; bu dönemin gebeliğin sevinçle karşılandığı, annenin gebelikle birlikte infertilite açısından eş, aile ve toplum baskılarından kurtulduğu, aile içi mutluluğun arttığı ve gebeliğin fiziksel ve ruhsal kısıtlamalarının henüz başlamadığı bir dönem olmasından kaynaklı olabileceği düşünülmüştür. 3. trimesterde daha sık olmasının nedeninin ise; yaklaşan doğum ve yenidoğanla ilgili kaygılar, hareket kısıtlılığı ve diğer fiziksel semptomların artmasının yaşam kalitesini düşürmesi ve ruhsal yönden gebeleri etkilemesi olabileceği düşünülmüştür.

TNSA 2008 verilerine göre kadınlarda lise ve üzeri eğitim durumuna bakıldığında %18,2 olduğunu görüyoruz (20). Arslan ve arkadaşlarının 2011 yılında yaptığı bir araştırmada gebelerin %30,1'i lise mezunudur ve bu anlamda araştırmamız ile benzerdir (4, 6). Araştırmamıza katılan gebelerin eğitim seviyesi orta ve üst düzeyde bulunmuştur, buda hastanemizin eğitim araştırma hastanesi olmasına bağlanmıştır. Çalışmamızda eğitim düzeyi ile depresyon ve anksiyete arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Bazı çalışmalar da sonuçlar çalışmamız ile benzerken (16); bazı çalışmalarda eğitim düzeyi düşüğe anksiyete ve depresyon düzeylerinin arttığı bulunmuştur (1, 3, 4, 6, 23).

Araştırmamızda gebelikte çalışmama oranı yüksek bulunmuştur. Birçok çalışmada sonuçlar çalışmamız ile benzerdir (1, 4, 5, 6). TNSA 2008 verilerine göre toplumdaki çalışan kadın oranının (%31) çalışmamızdaki çalışan kadın oranından yüksek olduğu görülmektedir (20). Aradaki farkın gebelik döneminde kadınların herhangi bir işte çalışmama ihtimalinin yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür. Çalışmamızda özellikle gebe grupta çalışan grubun Beck depresyon ve anksiyete puanları anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Yılmaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ve benzeri bazı çalışmalarda da araştırmamızı destekler şekilde; çalışan kadınların depresyon puanları daha düşük saptanmıştır. (1, 4,

6, 16, 23). Bazı çalışmalarda ise çalışma durumunun anksiyeteyi etkilemediği sonucuna varılmıştır (2).

2014 yılında Dağlar ve Nur'un yaptığı çalışmada gebelerde kronik hastalık oranı %10,1 bulunmuştur (6) ve bulgularımıza benzerlik göstermektedir. Bizim araştırmamızda kronik hastalık öyküsü bulunan olgularda olmayanlara göre anksiyete ve depresyon puanı arasında anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Bazı çalışmalarda ise kronik hastalık varlığının gebelerde anksiyete oranını artırırken, depresyon oranını değiştirmedeği görülmüştür (6). Çalışmamızda kronik hastalığı olan gebelerde depresyonun istatistiki olarak anlamsız çıkmasının kronik hastalığa sahip gebelerin fetüse zarar gelmemesi için sağlıklarına daha fazla dikkat etmesi ve buna bağlı öz bakımlarının daha yüksek olması, böylece hastalıklarını kontrol altında tuttukları için depresyon görülme oranının bu gebelerde daha az olması nedeniyle olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda ilaç kullanım durumu ile anksiyete ve depresyon puanı arasında anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Gebelikte ilaçların teratojenik etkilerinin daha fazla olması nedeniyle kullanımının az olduğu düşünülmüştür. Benzer şekilde gebeliğin sırası ile de depresyon ve anksiyete puanları arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Çalışmamızı destekleyen çalışmalar olduğu gibi (1, 2); gebelik sayısı arttıkça anksiyete ve depresyonun arttığına gösterildiği çalışmalar da literatürde bulunmaktadır (3, 4).

Ülkemizde istenmeyen gebeliklerin fazla olması, anne sağlığı için risk taşıyan düşük ve kürtaj oranlarının artışına neden olmaktadır. Dağlar ve Nur'un yaptığı araştırmada gebelerin %30,4'ünün daha önce gebelik kaybı yaşadığı tespit edilmiştir (6). TNSA 2008 verilerine göre Türkiye'de kendiliğinden düşük oranı %10,5'dir (20). Çalışma bulgularımızda düşük/kürtaj görülme oranı biraz daha yüksek saptanmıştır. Aradaki farkın sosyokültürel ve bölgesel farklılıklardan kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca gebe grupta; düşük/kürtaj görülen olguların Beck depresyon puanları düşük/kürtaj görülmeyen olgulardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Buna karşılık Beck anksiyete puanlarında anlamlı farklılık gösterilememiştir. Daha önce geçirilmiş kötü deneyimin, sonraki gebeliklerde depresyonu arttırabileceği düşünülmüştür. Bazı çalışmalarda da araştırmamız ile benzer şekilde düşük ve kürtaj öyküsü bulunan gebelerde depresyon ve anksiyete oranlarının daha

yüksek olduğu bulunmuştur (2, 4, 6, 21, 23).

TNSA (2008) verilerinde gebelikte sigara içme oranı %15,0 olarak bulunmuştur (20). Arslan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da bu oran %10,6 bulunmuştur (4). Çalışmamızda ki bulgular benzer özellikler göstermektedir. Olumlu sayılacak bir noktada kadınların gebelikleri sırasında sigara içmeye ara vermeleri hatta bazılarının tamamen bırakmalarıdır. Araştırmamızda sigara kullanımı ile anksiyete ve depresyon puanı arasında anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Bazı çalışmalarda ise sigara kullanan gebelerde anksiyete oranı daha yüksek saptanmıştır (4). Kişinin depresyonda olmasının, madde kullanma oranını artırması beklenirken gebelik durumunun annenin çocuğunun sağlığını korumak için bu maddelerden uzak durmasını sağladığı düşünülmektedir.

## SONUÇ

Gebeliğinde depresif belirtiler gösteren kadınlara bu problemlerle baş etme becerilerinin kazandırılması amacı ile psikiyatrik yardım ve danışmanlık verilmelidir.

Gebe kadınların gebelikleri süresince ve doğumda dengelerini sürdürebilmeleri için desteğe ihtiyaçları vardır. Bu yardımı sağlayacak sağlık personeli gebelikte oluşacak psikolojik ve fizyolojik değişikliklerle ilgili eğitilmelidir. Gebenin ailesine ve özellikle eşine gebeliğin fizyolojik, psikolojik yönü ile ilgili eğitim verilmelidir. Birinci basamak sağlık kurumlarına ruh sağlığı hizmetleri entegre edilmelidir. Bu gebelikte ve doğum sonunda yaşanan psikolojik rahatsızlıkların erken tanı ve tedavisini sağlamak açısından önemlidir.

Kadınlara ve eşlerine eğitim, destek, profesyonel yardım sağlamak amacı ile ulusal ve uluslararası destek grupları ve antenatal mental sağlık üniteleri kurulmalıdır.

Planlı olmayan gebeliklerin anne çocuk sağlığına olumsuz etkileri ile ilgili anneler eğitilmeli ve çiftlerin aile planlaması ile ilgili bilgi eksiklikleri giderilmeli, yanlış bilgileri düzeltilmelidir.

Gebelikte sigara kullanmanın anne ve bebeğin sağlığı açısından riskleri göz önüne alınarak anneye bu konuda danışmanlık verilmeli, sigara içmeyen anneler de pasif içicilik konusunda bilinçlendirilmelidir.

Antenatal dönemde özellikle genç ve ilk gebeliği olan gebelere doğum sonrası dönemde bebek bakımına ilişkin becerilerini arttırmaya yönelik eğitimler verilmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Yılmaz SD, Beli NK. Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. Genel Tıp Dergisi 2010;20(3)
2. Tekgöz I, Sunay D, Çaylan A ve arkadaşları. Gebeliğin son 3 ayında anksiyete bozukluğu ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. Türk Aile Hekimliği Dergisi 2009;13(3):132-136
3. Yücel P, Çayır Y, Yücel M. Birinci Dönem gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğu. Klinik Psikiyatri 2013;16:83-87

4. Arslan B, Arslan A, Kara S ve arkadaşları. Gebelik anksiyete ve depresyonunda risk faktörleri: 452 olguda değerlendirme. Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi 2011;21(2):79-84
5. Çakır L, Can H. Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin anksiyete ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. The Journal of Turkish Family Physician 2012;3(2):35-42
6. Dağlar G, Nur N. Gebelerin stresle başa çıkma tarzlarının anksiyete ve depresyon düzeyi ile ilişkisi. Cumhuriyet Tıp Dergisi 2014;36:429-441
7. Tunç S, Yenicesu O, Çakar E et al. Anxiety and depression frequency and related factors during pregnancy. The Journal of Gynecology-Obstetrics and Neonatology 2012;9(35):1431-1435
8. Tadesse AA, Azale T, Alemu K at al. Prevalance and associated factors of antenatal depression among women attending antenatal care service at Gondar University Hospital,Ethiopia. (internet) Journal Pone 2016; 0155125/article id=10.1371 (cited 2017 July 17) Available from: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0155125>
9. Dağlar G, Nur N, Bilgiç D ve arkadaşları. Gebelikte duygulanım bozukluğu. KASHED 2015;2(1):27-40
10. Lancaster CA, Flynn HA, Johnson TR at al. Peripartum length of stay for women with depressive symptoms during pregnancy. Womens Health (Larchmt) 2010;19:31-37
11. Lara MA, Le HN, Letechipia G at al. Prenatal depression in Latinas in the U.S. And Mexico. Matern Child Health 2009;3:67-76
12. Çelik F, Nadirgil Köken G, Yılmaz M. Gebelikte depresyon semptomlarının sıklığı ve depresyon gelişimini etkileyen faktörler. Anatol J Clin Investig 2013;7(2):110-117
13. Çalık KY, Aktaş S. Gebelikte depresyon: sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2011;3(1):142-62
14. Figueiredo B, Conde A. Anxiety and depression in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum. Arch Womens Ment Health 2011;14(3):247-55
15. Dağlar G, Bilgiç D, Koc S at al. Anxiety and depression levels of women's pre and post-labor stage and influencing factors. Innovative Journal of Medical and Health Science 2016;6(4):114-120
16. Şahin EM, Kılıçaslan S. Son Dönem gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2010;27(1):51-58
17. Savaşır I, Şahin NH. Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler, Ankara. Türk Psikologlar Derneği Yayınları 1997:23-38.
18. Ulusoy M, Şahin NH, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. J Cogn Psychother 1998;12:163-172
19. Sümbüloğlu K. Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri,Ankara. Hatiboğlu Yayınevi 2002:127-130
20. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. (internet) Ekim 2009; (cited 2017 July 17) Available from: <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf>
21. Ali NS, Azam IS, Ali BS at al. Frequency and associated factors for anxiety and depression in pregnant women:a hospital-based cross-sectional study. Scientific World Journal 2012;2012:653098
22. Bunevicius R, Kusminskas A, Nadisauskiene RJ et al. Psychosocial risc factors for depression during pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand 2009;88:599-605
23. Akbaş E, Vırt O, Kalenderoğlu A ve arkadaşları. Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi 2008;45:89-91