

Son Trimester Gebelerin Depresyon ve Kaygı Düzeyleri ile Bunları Etkileyen Etmenler

Depressive, Anxiety Levels and Affecting Factors of Third Trimester Pregnant Women

Erkan Melih ŞAHİN,¹ Suna KILIÇARSLAN²

¹Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Çanakkale;

²Babaeski Devlet Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği, Kırklareli

Başvuru tarihi / Submitted: 08.10.2008 **Kabul tarihi / Accepted:** 03.11.2008

Amaç: Bebek sahibi olmak mutlu bir olaydır fakat kadınlar gebelik döneminde zor ve stresli zaman geçirebilir. Gebe kadınların kendilerinin ve bebeklerinin ruhsal sağlığını etkileyen faktörlerden uzak durması önemlidir. Bu çalışmanın amacı Edirne'de yaşayan üçüncü trimester gebe kadınların depresyon ve kaygı düzeyleri ve bunları etkileyen etmenleri belirlemektir.

Hastalar ve Yöntemler: Hamile kadınların sosyodemografik ve obstetrik özellikleri, durumluluk kaygı düzeyi ölçeği, birinci basamak için Beck depresyon ölçeği ve WHOQOL-BREF(TR) yaşam kalitesi ölçeğini içeren anket Nisan-Haziran 2007 tarihleri arasında Edirne'de saptanan son trimester 340 gebe kadına uygulandı.

Bulgular: Gebe kadınların %56.6'sının ilk gebeliği idi ve %90.9'u istenilen gebelikti. Gebe kadınların %97.7'sinde önemli bir sağlık problemi yoktu. Gebelikte sigara kullananların oranı %14.4, ortalama doktor ziyareti sayısı %7.2 defaydı ve gebelerin %85'ine ebelerce ev ziyareti yapılmamıştı. Kaygı düzeyi artan yaşla düşmekteydi. Kalabalık aileler, sosyo-ekonomik durumun düşük olması, istenmeyen gebelikler, sigara ve alkol tüketimi depresyon seviyesini arttırmaktaydı.

Sonuç: Gebe kadınların sosyo-ekonomik ve eğitim durumlarının iyileşmesi, gebelik takiplerinde ruhsal durum ve etkileyen faktörlerin izlenmesi sağlıklı bir gebelik dönemi geçirilmesini sağlayacaktır.

Anahtar sözcükler: Gebelik; durumluluk kaygı düzeyi envanteri; birinci basamak için Beck depresyon ölçeği; Edirne.

Objectives: Having a baby is a happy event but the mother may have a hard and stressful time in pregnancy. It is important that pregnant women should stay away from factors that have an effect on their mental health for themselves and their babies. The aim of this study was to determine the anxiety and depression levels and affecting factors in third trimester pregnant women living in Edirne, Turkey.

Patients and Methods: A questionnaire including items about socio-demographic and obstetric characteristics, state anxiety inventory, Beck depression scale for primary care and WHOQOL-BREF(TR) quality of life scale was applied to 340 last trimester pregnant women determined in Edirne, Turkey between April-June 2007.

Results: It was the first pregnancy for 56.6% and a wanted one in 90.9% of them. There was not an important health problem in 97.7% of participants; smoking rate in pregnancy was 14.4%. Average physician visits was 7.2 times and 85% of them did not receive any home visit by midwives. Anxiety level decreased by age. Crowded families, low socio-economic status, unwanted pregnancies, cigarette and alcohol consumption increased depression level.

Conclusion: Enhancing the socio-economic and educational status, surveying mental state and affecting factors in pregnancy follow-ups would provide a healthy pregnancy period for pregnant women.

Key words: Pregnancy; State Anxiety Inventory; Beck depression scale for primary care; Edirne; Turkey.

Anne olabilmesi kadının en önemli özelliklerindedir. Neslin devamını sağlmasıyla gebelik, anne olmak, kadının hayatında önemli bir yere sahiptir. Gebelik, vücut görüntüsünde, sosyal ilişkilerde ve aile üyelerinin rollerinde değişiklik yapan bir durumdur. Bu durum gebelerin biyolojik durumunu etkilediği gibi psikolojik ve sosyal durumunu da etkilemektedir.^[1] Anne karnında gelişen bebeğin varlığı ve gebeliğe özgü fizyolojik değişimler psikolojik değişikliklerin kaynağını oluşturur.

Gebelik dönemini sağlıklı ve rahat geçirmek kadın için ve doğacak çocuk için çok önemlidir. Hemen hemen bütün kadınlar doğumdan korkarlar.^[2] Doğumda ortaya çıkabilecek birtakım risklerin bebeğe zarar verebilme ihtimali anneyi strese sokar ve kaygılandırır.^[3] Ayrıca gebelik kadın vücudu için büyük yük ve stres oluşturur. Gebelik döneminde kadının vücudunda meydana gelen fizyolojik ve psikolojik değişiklikler sadece anneyi değil, çevresindeki insanları, eşini, ailesini, arkadaşlarını da çeşitli şekillerde etkileyebilir.^[4] Anne-baba olmaya geçiş dönemi olan doğum eylemi hem anneyi hem de babayı etkileyen geçici bir durum ve değişikliklerdir. Hamilelik süresince, bebek aileye katılınca kadar aile gelişimsel kriz yaşar.^[5]

Bu çalışmada temel amaç Edirne şehir merkezindeki gebelerin sosyodemografik özelliklerini, kaygı ve depresyon düzeylerini belirlemek, depresyon ve kaygı düzeylerine etkili etmenleri ayırt etmektir. Çalışmanın sonunda gebelikte ortaya çıkan kaygıların giderilmesi, sağlıklı ve kaliteli bir gebelik sürecine ilişkin önerilere ulaşmak amaçlanmaktadır.

HASTALAR VE YÖNTEMLER

Kesitsel tanımlayıcı desende tasarlanmış bu çalışmanın evreni Edirne şehir merkezinde son üç ayında olan tüm gebeler oluşturdu. Evrenin tamamının çalışmaya alınması hedeflendi. Çalışmanın veri toplama aşaması 1 Mayıs 2007 - 30 Haziran 2007 tarihleri arasında yürütüldü. Araştırmamızda Edirne'deki Devlet Hastaneleri ile Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'nde takip edilen, birinci basamakta ebelerin ev ziyaretleri ile takip ettiği son üç ayında olan toplam 500 gebe kadına ulaşıldı. Çalışma hakkında bilgi verilip sözel onamları istenen bu gebelerden 340'ı (%68.0) katılmayı kabul ettiler. Çalışmaya katılmayı kabul eden gebelerle takip edildikleri sağlık kuruluşlarında ve ebelerin gebe takiplerinde yüz yüze görüşülerek anketlerin doldurulması sağlandı. Gebelerin kimlik bilgileri toplanmadı. Araştırmaya katılacakların bilgilendirme ve onam alma süreci, çalışma anketinin giriş bölümünde bulunan, araştırmayı açıklayan ve katılmalarını isteyen bir metin yardımıyla sağlandı. Okuma yazması olmayan gebelere metin araştırmacılar tarafından okundu ve çalışma sorularına sözel yanıtları araştırmacılar tarafından anketlere işaretlendi.

Veri Toplama Aracı

Çalışmada veriler, bu çalışma için araştırmacılar tarafından hazırlanan bir anket kullanılarak toplandı. Anket, katılımcıların sosyodemografik ve aile ortamı bilgileri, sigara ve alkol alışkanlığı bilgileri, obstetrik öykü, gebelik öyküsü, sosyal destek ve tepkileri sorgulayan sorulara ek olarak depresif semptomları değerlendiren Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Ölçeği, kaygı düzeyini değerlendiren Spielberg'in Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri ile 27 soruluk Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalite Ölçeği Kısa Form (WHOQOL-BREF(TR)) içermektedir.

Anket sorularının ve yönlendirmelerin okunabilirlik ve anlaşılabilirlik özelliklerini belirlemek üzere, veri toplama sürecinde doğumlarını yapmış olacaklarından çalışma evrenine dahil olmayan, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Obstetri Servisi'nde yatmakta olan farklı sosyokültürel özelliklerde 10 gebe kadına deneme uygulaması yapıldı ve gerekli düzeltmelerden sonra ankete son hali verildi.

Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri durumluluk ve sürekli kaygı düzeylerini 20 soru ile ayrı ayrı ölçen Likert tipi bir ölçektir. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20-80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan ise düşük kaygı seviyesini belirtir. Ölçeğin, her biri 20 maddelik iki ayrı ölçeği vardır. Durumluluk Kaygı Ölçeği (DKÖ) bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirlerken Sürekli Kaygı Ölçeği bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak, kendini nasıl hissettiğini belirler.^[6] Çalışmamızda, amaçla bağlantılı olarak DKÖ'den yararlanılmıştır.

Birinci basamak için Beck depresyon ölçeği (BBİBDÖ), Beck ve ark. tarafından geliştirilen uluslararası kabul görmüş bir ölçektir. Aktürk ve ark.^[7] tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçek, üzüntü, kötümserlik, geçmişteki başarısızlıklar, kendini beğenmeme, kendini suçlama, ilgi kaybı ve intihar düşüncesi veya isteği belirtilerini kullanarak yedi başlık altında depresyon taraması yapar. Her başlık 0'dan 3'e kadar dört basamaklı bir derecelendirme içerir. Puanlaması her başlıktaki puanların toplanmasıyla elde edilir. Toplam en fazla 21 puan elde edilebilir. Herhangi bir kesme puanı bildirilmemekle birlikte 4'ün üzerindeki puanlarda depresyon olasılığı %90'ın üzerindedir. Depresyon tanı ölçütlerinin azami gerekliliklerini yerine getirmek için bireylere "bugün dahil, son iki hafta içindeki" duygularını sorulmuştur.^[7]

Değişkenler ve İstatistiksel Analiz

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin dijital ortama aktarılmasını takiben istatistiksel analizleri yapıldı. İstatistiksel anlamlılık sınırı olarak p<0.05 değeri

Tablo 1. Çalışmaya alınan gebelerin sosyo-demografik özellikleri

Yaş	26.87±4.82. ortanca 26 yıl (17 ile 43 yaş)	
Evlilik süresi	5.00±4.70. ortanca 3 yıl (1 ile 29 yıl)	
Büyük çocuklarının yaşı	7.46±4.82. ortanca 6 (en küçük 1, en büyük 20 yaş)	
Eğitim durumu	Okur-yazar değil %0.3	Ortaokul %14.7
	Okur-yazar %0.9	Lise %38.8
	İlkokul %26.2	Üniversite %19.1
Kocasının eğitim durumu	Okur-yazar değil %0.0	Ortaokul %16.3
	Okur-yazar %0.0	Lise %41.7
	İlkokul %19.8	Üniversite %22.2
Evde yaşayan kişi sayısı	2.88±1.26. ortanca 2 kişi (1 ile 9 kişi)	
Aylık aile geliri	1106.75±1068.33. ortanca 900 YTL (en düşük 200, en yüksek 10.000 YTL)	
Kişi başı aylık gelir	457.83±510.43. ortanca 350 YTL (en düşük 29, en yüksek 5000 YTL)	
Sosyal güvence	Yok %4.7	SSK %56.2
	Emekli sandığı %20.6	Yeşil kart %7.1
	Bağ-Kur %11.5	

ri kabul edildi ve her analizle ilgili mutlak p değerleri belirtildi. Katılımcılardan çeşitli yakınlarının gebelere destek olma oranları 5'li Likert skalayla incelendi ve yanıtlarda 1 çok az, 2 biraz, 3 orta, 4 oldukça, 5 çok eşlikleri kullanıldı. Grup ortalamaları alındıktan sonra 2'den küçük değerler "çok az", 3'ten 2'ye kadar olan değerler "biraz", 3'ten 4'e kadar olan değerler "oldukça" ve 4'ten büyük değerler "çok" alanı olarak kabul edildiler. Çeşitli analizlerde kullanılmak üzere meslek, sosyal güvence, gebelik, doğum, kürtaj ve çocuk sayıları, gebelikte sağlık sorunu yaşama durumu, kronik hastalık varlığı, sigara ve alkol kullanımı, gebelik takibi yaptırma ve gebelik takibini aynı hekime yaptırma

değişkenleri "var/yok" şeklinde yeniden gruplandılar. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu tek örneklem Kolmogorov-Smirnov Z test ile incelendi. Verilerin değerlendirilmesinde frekans tabloları, çapraz tablolar, değişken özelliklerine uygun şekilde seçilerek Ki-kare testi, Fisher exact test, Kruskal-Wallis testi, Mann-Whitney U testi, Kendall's tau-b testi ve lojistik regresyon testleri kullanıldı.

Destek ve İzinler

Bu araştırmada uluslararası etik kurallara uyulmuştur ve Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu'ndan etik onayı alınmıştır.

Tablo 2. Çalışmaya alınan gebelerin obstetrik özellikleri

Gebelik haftası	31.64±4.69. ortanca 32 (24-40) hafta	
Gebelik sayısı	192'sinin (%56.5) ilk gebeliği	
	Kalanların ortalama 1.78±1.19, ortanca 1 (1-8)	
Normal doğum	257'sinin (%75.5) normal doğumu yok	
	1 doğum 59 (%17.4)	3 doğum 4 (%1.2)
	2 doğum 17 (%5.0)	4 doğum 2 (%0.6)
		5 doğum 1 (%0.3)
Sezeryan öyküsü	Yok 295 (%86.4)	İki kez 5 (%1.8)
	Bir kez 39 (%11.5)	Üç kez 1 (%0.3)
Düşük öyküsü	Yok 295 (%86.7)	İki kez 4 (%1.2)
	Bir kez 41 (%12.1)	
Kürtaj öyküsü	Yok 310 (%91.1)	İki kez 8 (%2.4)
	Bir kez 21 (%6.2)	Üç kez 1 (%0.3)
Ölü doğum	Yok 327 (%96.2)	İki kez 4 (%1.2)
	Bir kez 9 (%2.6)	
Çocuk sayısı	225 (%66.2) gebenin hiç çocuğu yok	
	Kalanların ortalama 1.46±1.05, ortanca 1 (1-8)	
Gebeliği isteme	309 (%90.9)	
Tıbbi yardım	Aşılama 10 (%2.9)	
	Tüp bebek 3 (%0.9)	

BULGULAR

Çalışmaya gebelik haftaları ortalama 31.64 ± 4.69 , ortanca 32 (en düşük 24, en yüksek 40) hafta olan 340 gebe dahil edildi. Çalışmaya alınan tüm gebeler evliydi. Gebelerin çeşitli sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Katılımcıların 242'si (%71.2) işsiz, öğrenci ya da ev hanımıydı. En sık rastlanan meslek grubu 51 (%15) kişiyle büro, eğitim, sağlık hizmetleri grubuydu. Eşlerin meslekleri içinde kalifiye işçi veya serbest meslek grubu 100 kişi (%29.4) ile en kalabalık grubu oluşturmaktaydı.

Gebelerin çeşitli obstetrik öykü özellikleri Tablo 2'de verilmiştir. Katılımcıların 332'si (%97.7) gebeliğinde önemli bir rahatsızlık geçirmemişti. Kalan sekiz (%2.3) gebeden ikisinde kanama, ikisinde gestasyonel diyabetes mellitus, ikisinde hipertansiyon, birinde oligohidramniyos, birinde abortus imminens rahatsızlıklarının bulunduğu öğrenildi. Katılımcıların 328'i (%96.5) daha önceki gebeliklerinde sorun yaşamamıştı. Kalan 12 (%3.5) gebeden ikisi ölü doğum, dördü düşük, biri gestasyonel diyabetes mellitus, biri kanama, biri hipertansiyon, biri ateşli hastalık, biri erken doğum, biri anemi rahatsızlıkları geçirmişti.

Gebenin ve eşinin eğitim durumu ile kişi başına düşen gelir arttıkça gebelik sayısı azalmaktaydı (Kendall's tau-b sırasıyla -0.278 ; -0.201 ; -0.264 , tümünde $p < 0.001$). Aylık ortalama gelir sezaryen yaptıran gebelerde yaptırmayan gebelerden daha yüksekti (Mann-Whitney U=1055.00, $p=0.049$). İsteyerek gebe kalmışların yaşı istemeyenlerinkinden düşüktü (Mann-Whitney U=2587.00, $p < 0.001$).

Katılımcıların 174'ü (%51.2) hiç sigara kullanmamıştı. Son bir ayda sigara kullanan 49 (%14.4) kişiydi ve 21 gebe (%6.2) halen düzenli sigara kullanmaktaydı. Sigara kullanan gebelerin eğitim durumu daha yüksekti (Mann-Whitney U=12673.00, $p=0.042$). Katılımcılardan 74'ünün (%21.8) hiç alkol kullanmadığı bulundu. Kalan 266 kişi (%78.2) içinde son bir ayda alkol kullanan yoktu. Alkol kullanan gebelerin %16.2'si, kullanmayanların %3.4'ü halen sigara kullanmaktaydı. ($X^2=16.452$, $p < 0.001$). Alkol kullanan gebelerin ve eşlerinin eğitim durumu daha yüksekti. (Mann-Whitney U=5944.00, $p < 0.001$; Mann-Whitney U=6649.50, $p < 0.001$). Ailenin ortalama aylık geliri ve kişi başı geliri yüksek olan gebelerin alkol kullanma durumu daha yüksekti (Mann-Whitney U=6045.50, $p < 0.001$; Mann-Whitney U=5442.00, $p < 0.001$).

Katılımcılardan biri (%0.3) hiç gebelik takibi yaptırmamıştı. Katılımcıların gebelik takiplerini en sık özel muayenehanelerde (112 gebe, %33) ve devlet hastanesinde (83 gebe, %24.5) yaptırmışlardı. Katılımcıların 290'ı (%85.3) gebelik takiplerini sürekli aynı doktorda yaptırmıştı. Gebeler, ortalama 7.17 ± 3.45 , ortanca yedi (en az bir, en fazla 30) kez doktor takiplerine gitmişti. Katılımcılardan 289'unun (%85) evine ebeler tarafından hiç ev ziyareti yapılmamıştı. Ebelerin, kalan gebelerden

19'una (%37.3) bir, 16'sına (%31.4) iki, 16'sına (%31.4) üç ve daha çok ev ziyareti yaptığı görüldü. Ebelerin ev ziyareti sayısı, hiç ziyaret yapılmayanlar hariç bırakıldığında ortalama 2 ± 1.62 , ortanca iki (en az bir, en fazla sekiz) kez idi.

Katılımcılardan 317'si (%93.2) gebe olduğunu öğrenince sevinmişti. Yakınları ve eşi bu habere sevinen ise 324 (%95.3) kişiydi. Katılımcılardan 328'i (%96.5) yakınlarının gebeliğinde destek olduğunu belirtti. Gebeliği isteyenlerden 302'si (%97.7), gebeliği istemeyenlerin 15'i (%48.4) gebe olduğunu öğrenince sevinmişti ($X^2=108.77$, Fisher's Exact test $p < 0.001$).

Katılımcıların, hesaplanan DKÖ puan ortalaması 39.43 ± 11.02 ortanca 38 (en düşük 20, en yüksek 73) puanıydı. DKÖ skoru ile gebenin yaşı (Kendall's tau-b= -0.105 , $p=0.006$) ve ebe ev ziyareti sıklığı arasında negatif korelasyon vardı (Kendall's tau-b= -0.114 , $p=0.010$). Gebenin eğitim düzeyi, evlilik süresi, ailenin ortalama geliri, çocuk sayısı, evde sürekli yaşayan kişi sayısı, gebelik haftası, doktor takiplerine gitme sıklığı ile DKÖ skoru arasında korelasyon yoktu.

Ölçek sorularının tamamına yanıt veren 337 (%99.1) kişinin BBİBDÖ skoru ortalaması 1.25 ± 2.02 , ortanca 1 (en düşük 0, en yüksek 14) puandı. Katılımcılardan 37 (%11) kişi kesme değeri olan 4 ve üzeri puan almıştı. DKÖ skoru ile BBİBDÖ skoru arasında pozitif korelasyon vardı (Kendall's tau-b= 0.146 $p=0.001$). Evde sürekli yaşayan kişi sayısı ile BBİBDÖ skoru arasında pozitif korelasyon vardı (Kendall's tau-b= 0.115 , $p=0.018$). Ailenin ortalama aylık geliri ile BBİBDÖ skoru arasında negatif korelasyon vardı (Kendall's tau-b= -0.092 , $p=0.039$). Gebenin yaşı, en son bitirdiği okul, evlilik süresi, çocuk sayısı, gebelik haftası, doktor takip sayısı, ebelerin ev ziyareti sayısı ile arasında korelasyon yoktu. Çalışan gebelerin depresyon skorları daha düşüktü (Mann-Whitney U=9526.00, $p=0.007$). Son bir ay içinde sigara kullanan gebelerde (Mann-Whitney U=5399.50, $p=0.005$) ve halen düzenli sigara kullanan gebelerde depresyon skoru daha yüksekti (Mann-Whitney U=2308.50, $p=0.012$).

Katılımcıların WHOQOL-BREF(TR) skoru ortalama 69.34 ± 7.02 , ortanca 69.62 (en düşük 44.44 en yüksek 89.63) puan olduğu görüldü. WHOQOL-BREF(TR) skoru ile DKÖ skoru (Kendall's tau-b= -0.315 , $p < 0.001$) ve BBİBDÖ skoru arasında negatif korelasyon vardı (Kendall's tau-b= -0.140 , $p=0.001$). WHOQOL-BREF(TR) skoru ile eşin eğitim durumu arasında pozitif korelasyon vardı (Kendall's tau-b= 0.092 , $p=0.027$).

İstenen gebelik olması gebe kadınların WHOQOL-BREF(TR) skorunu arttırmaktayken (Mann-Whitney U=3272.50, $p=0.014$), DKÖ ve BBİBDÖ skoru arasında anlamlı fark yoktu (Mann-Whitney U=4197.50, $p=0.489$; Mann-Whitney U=4158.50, $p=0.225$). Yaşam boyu alkol kullanmış gebelerde BBİBDÖ skoru daha yüksek ve WHOQOL-BREF(TR) skoru daha düşükken (Mann-Whitney U=8234.50, $p=0.041$; Mann-Whitney U=7832.50,

Tablo 3. Durumluk Kaygı Ölçeği skoruna etki eden faktörlerin lineer regresyon analizi

Değişkenler	β değeri	p
Sabit	98.997	<0.001
Gebenin yaşı	-0.795	0.034
Gebenin çalışmama durumu	4.550	0.087
Evlilik süresi	0.570	0.100
Gebelik takiplerini sürekli aynı doktorun yapıyor olması	-6.325	0.027
WHOQOL-BREF(TR) skoru	-0.625	<0.001

Başlangıç değişkenleri: yaş, çalışıp çalışmama durumu, eğitim durumu, sosyal güvencesinin olup olmaması, eşin eğitim durumu, evlilik süresi, evde sürekli birlikte yaşayan kişi sayısı, ailenin ortalama aylık geliri, gebelik sayısı, daha önce kürtaj olup olmama durumu, daha önceki gebeliklerinde sezeryan olup olmaması, çocuk sayısı, gebelik haftası, gebeliğin istenme durumu, gebelikte tıbbi yardım alınıp alınmama durumu, yaşam boyunca sigara kullanıp kullanmama durumu, halen düzenli sigara kullanıp kullanmama durumu, yaşam boyunca alkol kullanıp kullanmama durumu, gebelik takiplerini sürekli aynı doktorun yapıp yapmama durumu, doktor takibine gitme sayısı, ebelerin ev ziyareti sayısı, gebe olduğunu öğrenince sevinip sevinmeme durumu, eşinin gebe olduğunu öğrenince sevinip sevinmeme durumu, yakınlarının gebeliğine destek olma durumu, eşin gebeliğine destek olma durumu, WHOQOL-BREF(TR) skoru ve Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Ölçeği skoru.

$p=0.042$), DKÖ skorları farklı değildi (Mann-Whitney $U=9046.00$, $p=0.723$).

DKÖ ve BBİBDÖ ortalama skorlarına etki eden değişkenler Backward yöntemli lineer regresyon modellerinde incelendi. DKÖ ile ilgili regresyon modeli istatistik anlamlılığa sahipti ($F=5.109$, $p<0.001$) ve düzeltilmiş $R^2=0.195$ olarak hesaplandı. Yöntem tarafından ayıklanan değişkenlerden sonraki model sonuçları Tablo 3'te verilmiştir. BBİBDÖ skoru ile ilgili regresyon modeli istatistik anlamlılığa sahipti ($F=6.713$, $p<0.001$) ve düzeltilmiş $R^2=0.287$ olarak hesaplandı. Yöntem tarafından ayıklanan değişkenlerden sonraki model sonuçları Tablo 4'te verilmiştir.

TARTIŞMA

Gebelik dönemi gelişimsel bir durumdur ve öneminde dolayı ayrı incelenmelidir. Gebelik sağlıklı kadınlar için bile risk yaratır. Gebelik döneminde sağlık risklerinden uzak kalınması hem gebe hem de bebeği için önemlidir. Bu araştırma ile Edirne şehir merkezinde son trimester gebelerin sosyodemografik özellikleri, kaygı ve depresif semptom düzeylerinin belirlenip sağlıklı bir gebelik sürdürülmesine yardımcı olabilecek sonuç ve önerilere ulaşmak amaçlanmıştır. Toplum temelli verileri toplamada BBİBDÖ,^[7] Spielberg'in Durumluluk Kaygı-Sürekli Kaygı Envanteri^[6] ve Dünya Sağlık Örgütü WHOQOL-BREF(TR)^[8] gibi geçerlilikleri yüksek uluslararası standartta sayısal veri sağlayacak ölçekler kullanılarak güçlü sonuçlara ulaşılmaya çalışılmıştır. Çalışmanın kişisel beyana dayalı olması kendine has bazı kısıtlılıklar oluştursa da, ebelerin de yardımı güvenli ortam yaratılarak gebelerin katılımları teşvik edilmiştir. Okuma yazma bilmeyen kadınların çalışmaya katılabilmeleri, ebelerin anket doldurulmasına eşlik etmesiyle sağlanmıştır.

Tablo 4. Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği skoruna etki eden faktörlerin lineer regresyon analizi

Değişkenler	β değeri	p
Sabit	6.112	0.003
Gebenin en son bitirdiği okul	-0.393	0.076
Eşinin en son bitirdiği okul	-0.541	0.012
Gebeliğin istenmiş olması durumu	-1.765	0.002
Gebelik takiplerini sürekli aynı doktorun yapıyor olması	-1.537	0.001
Gebeliği öğrenince sevinme durumu	-2.473	<0.001
WHOQOL-BREF(TR) skoru	-0.065	0.022

Başlangıç değişkenleri: yaş, çalışıp çalışmama durumu, eğitim durumu, sosyal güvencesinin olup olmaması, eşin eğitim durumu, evlilik süresi, evde sürekli birlikte yaşayan kişi sayısı, ailenin ortalama aylık geliri, gebelik sayısı, daha önce kürtaj olup olmama durumu, daha önceki gebeliklerinde sezeryan olup olmaması, çocuk sayısı, gebelik haftası, gebeliğin istenme durumu, gebelikte tıbbi yardım alınıp alınmama durumu, yaşam boyunca sigara kullanıp kullanmama durumu, halen düzenli sigara kullanıp kullanmama durumu, yaşam boyunca alkol kullanıp kullanmama durumu, gebelik takiplerini sürekli aynı doktorun yapıp yapmama durumu, doktor takibine gitme sayısı, ebelerin ev ziyareti sayısı, gebe olduğunu öğrenince sevinip sevinmeme durumu, eşinin gebe olduğunu öğrenince sevinip sevinmeme durumu, yakınlarının gebeliğine destek olma durumu, eşin gebeliğine destek olma durumu, WHOQOL-BREF(TR) skoru ve Durumluluk Kaygı Ölçeği skoru.

Araştırmamızdaki gebelerin yaş ortalaması (26.9) benzer çalışmalarla uyumludur.^[9,10] TNSA 2003 verilerine göre Türkiye'de kadınlar en yüksek doğurganlıklarını yirmili yaşlarda yaşamaktadır; en yüksek yaşa özel doğurganlık hızları 20-29 yaş grubundadır.^[11]

Evde sürekli birlikte yaşayan kişi sayısı ortalama 2.9 olarak tespit edilmiştir. Eker'in^[12] Edirne merkezde yaptığı araştırmada katılımcıların çoğu dört bireyli ailelerden gelmektedir. Edirne ilinin sosyoekonomik kültüründen kaynaklanarak genel doğurganlık hızının düşük olabileceği düşünülmektedir. TNSA 2003'e göre Türkiye'nin toplam doğurganlık hızı 2.23 iken^[11] 2000 yılında yapılan bir araştırmaya göre Edirne toplam doğurganlık hızında 1.66 ile en düşük ildir.^[12] Balcı ve ark.nın^[13] Erciyes Üniversitesi'nde yaptığı araştırmada ortalama gebelik sayısı 2.3, Efe'nin^[14] İstanbul'da yaptığı araştırmada 2.3, Altınparmak'ın^[9] Manisa'da yaptığı araştırmada 2.4'tür. Bizim araştırmamızda bu çalışmalardan biraz daha düşük olarak ortalama 1.78 bulunan gebelik sayısı, çalışmamıza dahil olan gebelerin ileride tekrar gebe kalabilecekleri ya da planladıkları çocuk sayısının az olduğunu düşündürmektedir.

Sonuçlarımıza göre, gebeliğin istenmeyen bir gebelik olması oranı %9.1'dir. Türkiye'de istenmeyen gebelik gibi iyi bir aile planlaması programı ile önlenilecek sorunlar varlığını sürdürmektedir. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 1998^[15] verilerine göre Türkiye genelinde son beş yıldaki doğumların %18.8'inin istenmeden olduğu da düşünülürse bizim araştırmamızda son gebeliğin istenmemesi oranı ülke ortalamasından daha düşüktür. Bu bölgenin aile planlaması hizmetlerinin yeterli olmasına bağlanabilir.

Edirne’de sigara içme oranı ülke ortalamasından oldukça yüksek düzeydedir ve özellikle kadınlarda artma eğilimi sürmektedir.^[16] Bu yüksek sigara içme oranlarının gebelikte de sürdüğü anlaşılmaktadır. Sigara tüketiminin artması sigaradan kaynaklanan gebelik ile ilgili risklerin artmasına neden olabilir. Gebelik ve doğum sonrası dönemde sigara içilmesi fetus, yenidoğan ve çocukta ciddi riskler oluşturmaktadır.^[17] Gebelikte sigara içilmesi veya ortamdaki sigara dumanının solunması, fertilitiyi, fetüsün gelişmesini, gebeliğin her safhasını, doğumu, bebek sağlığını ve gelişimini etkileyebilmektedir.^[18]

Katılımcıların %99.7’si gebelik izlemi yaptırmıştı. Bu gebeliklerin çoğunda önerilen izlem düzeni yakalanmamış dahi olsa bu önemli bir başarıdır ve ailelerin çocuklarına verdiği yüksek değerle eşleşiyor olması muhtemeldir. Bu yüksek oranlar istenmiş gebelik oranlarındaki yüksek yüzdelerle de aynı seyirdedir. Bölgede doğurganlık oranı ve ailelerdeki ortalama çocuk sayısının düşük olması gebelikler ve beklenen çocukların aileler için değerini arttırmakta ve sağlık hizmeti kullanımını arttırmaktadır. Ülkemizde doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma oranı %67.5’tir.^[19] 1998 TNSA verilerine göre kadınların %31.9’u hiç doğum öncesi bakım hizmeti almazken TNSA 2003 verilerine göre bu oran %18.6’ya gerilemiştir. 2003 TNSA verilerinde 1993 ve 1998 sonuçlarına göre doğum öncesi bakım alanların oranında belirgin artış vardır. Fakat istenilen düzeyde değildir.^[11] Küba, Finlandiya ve Avusturya’da yaşayan tüm kadınların gebelikleri süresince en az bir kez sağlık personeli ile karşılaştığı görülmektedir. Oysa az gelişmiş ülkeler için oranlar düşüktür.^[20]

Doğum öncesi bakımı almada yeterli kriterler ilk kontrolün gebeliğin ilk üç ayı içinde gerçekleştirilmesi, bakımın sağlık personelinin alınmış olması ve en az dört ve daha fazla izlem yapılmasıdır.^[19] Araştırmamızda gebeler için belirlenmiş olan ortalama 7.2 defa takip sayısı yeterli ve ülkemizde belirlenmiş diğer rakamlardan yüksektir.^[21] Gebelerin çalışmamızda %85.3 olarak belirlenen düzenli aynı doktor tarafından takip edilme oranları da benzer çalışmalardan yüksektir.^[22] Ebe izlem ortalamasının Türkiye bütününde 4.2^[23] olan gebe izleme ortalamasından ve Sağlık Bakanlığı tarafından önerilen ziyaret sayısından^[19] düşük olması ise, sağlık ocaklarına olan güvensizlikten öte, ebelerin gebelik takiplerinde eksiklik olduğuna işaret etmektedir.

İnsanın belirli bir uyarıcı veya durumu, kendisi için potansiyel olarak zararlı, tehlikeli ve tehdit edici olarak algıladığında ortaya çıkan o andaki kaygı düzeyi durumluk kaygı durumunu tanımlar.^[5] Çalışmamızda gebelerin hesaplanan DKÖ skorları ortalama 39.4 puandır. Cebeci ve ark.^[6] yaptığı çalışmada gebelerin ortalama DKÖ puanları 40 ile bizim çalışmamızla benzer bulunmuştur. Da Costa ve ark.^[24] 1999 yılında yaptığı çalışmada gebelerin birinci trimesterde DKÖ puan ortalamaları 37 iken ikinci trimesterde 38.4, üçüncü

trimesterde ise 40.6 puana yükselmektedir. Genez^[5] Samsun’da 2002 yılında yaptığı çalışmasında gebeliğin üçüncü trimesterinde olan kadınların DKÖ skorlarını bir ve ikinci trimesterinde olanlardan daha yüksek bulmuştur.

Araştırmamızda gebenin yaşı benzer çalışmalardaki verileri teyit edecek şekilde DKÖ puanını azaltan değişkenlerden biridir.^[24,25] Yaş ilerledikçe gebe kadının daha önce doğum ve gebelik geçirme ihtimali daha yüksektir. Gebenin bu konuda tecrübesi olduğu için gebelik ile ilgili korkuları, endişeleri hiç gebelik geçirmemiş bir kadına göre daha azalmıştır.

Eşlerin çocukları olacağına sevinme durumu ve destek olmaları gebelerin DKÖ skorunu azaltmaktaydı. Yapılan diğer çalışmalarda da eşin gebelik döneminde destek olma oranının artmasıyla gebelerde kaygı düzeyinin azaldığı saptanmıştır.^[26] Bu sonuçlar gebe kadının ilişkilerinde desteklenme gereksinimini gösterir. Desteklendiğini hisseden gebe kadının yaşamı olumlu yönde etkilenirken, desteğin yetersiz olması gebelikteki emosyonel değişiklikleri, anksiyeteyi artırır. Eşler erişkin dönemde en güçlü sosyal destek kaynağıdır ve gebelikte de kaygıyı yatıştırmada en güçlü kaynak eşin gebeliğe olumlu bakışıdır.

Araştırmamızda gebelik takiplerini sürekli aynı doktorun yapıyor olması ile katılımcıların kaygı ve depresyon düzeylerinin düşük olması arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır. Hekimle sağlanan güven temelli sürekli ilişki gebelerin korkularını, endişelerini daha rahat paylaşmasını ve kaygılarını yatıştırmada hekimlerinin geçerli bir kaynak rolü oynamasını sağlıyor görünmektedir. Sonuçlarımıza göre ebelerin ev ziyareti sıklığının artması ile de gebelerin DKÖ skoru azalmaktadır. Ancak ebe ziyareti sayılarının çok düşük olması gebelerin bu destekten beklendiği oranda yararlanamamasına yol açmıştır.

Depresif belirtilerin toplum içindeki nokta prevalansı %13 ile %20 arasında değişmektedir, yaşam boyu depresif bozukluk gelişme riski kadınlar için %10 ile %25, erkekler için %5 ile %12 olarak bildirilmektedir.^[27] Gebelikte, evlilik ilişkilerinde değişimler, kazanılan yeni sorumluluklar, sosyal ve ekonomik sıkıntılar, doğum ve bebeğin doğumu ile ilgili pek çok sorun yaşanabilir. Bu sorunlar beraberinde ağır bir yük ve stres oluşturur. Depresyon, hafif ya da ağır düzeyde, hamilelikte en sık görülen ruhsal bozukluktur.^[28] Depresyon 25-35 yaş arasında daha sık görülür ki bu kadınların yüksek doğurganlık çağına denk düşer. Agerter ve ark.^[29] yaptığı çalışmada gebelerde depresyon oranı yaklaşık %10 bulunmuştur. Araştırmamızda katılımcıların BBİBDÖ skoru ortalaması 1.3 puandı. Katılımcılardan 37 (%11) kişi kesme değeri olan 4 ve üzeri puan almıştı. Bu bulgu daha önce yapılan çalışmalarda elde edilen oranlar ile uyumlu gözükmektedir. Cebeci ve ark.^[6] yaptığı çalışmada da gebelerin %12’sinde Beck Depresyon

Ölçeği'ne göre yüksek depresyon semptomu saptanmıştır. Depresyon ve kaygı düzeyleri arasında bildirilmiş olan pozitif korelasyon bu araştırma verilerinde de görülmektedir.^[28]

Araştırmamızda BBİBDÖ skoru kalabalık aile ortamı ve düşük ortalama gelir ile artarken, gebenin yaşı, evlilik süresi, çocuk sayısı, gebelik haftası, doktor takip sayısı, ev ziyareti sayısı gibi değişkenler etkili bulunmamıştır. Sosyoekonomik şartların daha düşük olması gebelerin bu dönemde ve gebelik sonrası dönemde depresyon için risk faktörlerindedir.^[28] Çalışmamızda gebenin eğitim durumunun aksine eşinin eğitim durumu lineer regresyon analizlerinde depresyon düzeyini azaltan etmenlerdendir. Eğitim durumu yüksek olan eşlerin daha bilinçli olup, eşlerine fazladan destek sağladıkları düşünülebilir.

Araştırmamıza göre istenen bir gebelik olması gebelerde BBİBDÖ skorunu düşürmüştür. Ayrıca katılımının, eşinin ve yakınlarının gebe olduğunu öğrenince sevinme durumu ile BBİBDÖ skoru arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır. Diğer araştırmalardaki sonuçlar da bizim araştırmamızla paraleldir.^[25] Gebeliğin istenmeyen, planlanmayan gebelik olması, eşin, yakınlarının, sosyal desteğin azlığı gebelik ve sonrası depresyon gelişmesine neden olabilir.^[28]

Araştırmamızda DKÖ ve BBİBDÖ skorunun artması yaşam kalitesini etkilemektedir. Jomeen'in^[30] yaptığı çalışmada da depresyonun yaşam kalitesini düşürdüğü bulunmuştur. Gebenin depresif veya kaygılı olması yaşam kalitesini fiziksel, ruhsal, sosyal yönden etkileyecektir.

Gebelerin sağlığını etkileyen önemli faktörlerden biri eğitim ve sosyoekonomik düzeydir. Eğitim düzeyi arttıkça gebeler izlemelerini daha düzenli yaptırılmaktadır. Sosyoekonomik düzey arttıkça istenmeyen, planlanmamış gebeliklerin sayısı azalmaktadır. Kadınların eğitim, sosyoekonomik durumunun iyileşmesi, gebelerin bu özel dönemini daha sağlıklı ve rahat geçirmeleri ve doğacak bebeğin de sağlıklı olmasına katkı yapacaktır.

Aile hekimi, bütüncül ve sürekli yaklaşımı ile gebelik dönemindeki ruhsal, fiziksel değişiklikleri en kolay fark edebilecek ve yardımcı olabilecek hekimdir. Bu dönemde düzenli gebelik takiplerinin yapılması, gebelikte ilgili risklerin değerlendirilmesi, bunlara yönelik önlem ve taramalarla sağlığın korunması, oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi aile hekiminin görevlerindedir. Bunun yanı sıra aile hekiminin gebe kadının kaygılarını arttırabilecek sosyal etmenleri izlemesi, ailesi ve yakınlarının desteğini sağlamaya yönelik çaba göstermesi, gebenin, ailesinin psikososyal gereksinimlerini saptaması ve gebeliğin getirdiği bu yaşam değişikliğine ailenin uyumuna yardımcı olması gebelerin ve doğacak bebeğin sağlığı için gereklidir. Gebeliğin istenmemiş, planlanmamış olması gebe kadının kaygı ve depresyonunu arttırmakta, yaşam kalitesinin bozulmasına neden

olmaktadır. Aile hekimleri tarafından sağlanacak aile planlaması hizmetleri ve gebelik öncesi bakım ve danışmanlıklar ile istenmeyen gebeliklerin önüne geçilebilir.

KAYNAKLAR

1. Gender issues in the treatment of mental illness. In: Burt VK, Hendrick VC, editors. Clinical manual of women's mental health. 1st ed. London: American Psychiatric Publishing Inc; 2005. p. 147-80.
2. Llewellyn AM, Stowe ZN, Nemeroff CB. Depression during pregnancy and the puerperium. J Clin Psychiatry 1997;58 Suppl 15:26-32.
3. Akdeniz F, Gönül AS. Kadınlarda türeme olayları ile depresyon ilişkisi. Klinik Psikiyatri Dergisi 2004;Ek 2:70-4.
4. Ailenin doğuşu: Aile odaklı gebelik bakımı. Çev.: Ulusel B. In: McDaniel SH, Campbell TL, Hepworth J, Lorenz A, editörler. Aile yönelimli birincil bakım. Çeviri editörü: Yaman H. 2. basım. İstanbul: Yüce Yayın; 2005. s. 142-61.
5. Genez D. Hamile kadınların kaygı düzeyleri. [Yüksek lisans tezi] Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2002.
6. Cebeci SA, Aydemir Ç, Göka E. Puerperal dönemde depresyon semptom prevalansı: obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi. Kriz Dergisi 2002;10:11-8.
7. Aktürk Z, Dağdeviren N, Türe M, Tuğlu C. Birinci basamak için Beck Depresyon Tarama Ölçeği'nin Türkçe çevriminin geçerlik ve güvenilirliği. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2005;9:117-22.
8. Eser E, Fidaner H, Fidaner C, Eser SY, Elbi H, Göker E. WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. 3P Dergisi 1999;7(Suppl 2):23-40.
9. Altınparmak S. Gebelerde sosyodemografik özellikler, öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2006;5:416-23.
10. Dülgerler Ş, Engin E, Ertem G. Gebelerin ruhsal belirti dağılımlarının incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2005;21:115-26.
11. Türkiye nüfus ve sağlık araştırması TNSA-2003. Available at: <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/>
12. Eker E. Edirne ili kentsel alanında yaşayan erişkinlerde beslenme durum değerlendirilmesi. [Uzmanlık tezi] Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı; 2006.
13. Balcı E, Gün İ, Özçelik B, Öztürk A. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Doğum polikliniğine başvuran gebelerin sevk ve sağlık ocaklarını kullanma durumu. Sağlık Bilimleri Dergisi 2005;14:91-6.
14. Efe H. Gebeliğin kadın cinselliği üzerindeki etkileri. [Uzmanlık Tezi] İstanbul: Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği; 2006.
15. Öztürk H, Okçay H. İstenmeyen gebelikler ve istemli düşüklükler. Aile ve Toplum Dergisi 2003;2. [Epub ahead of print]
16. Yalçın MB. Edirne ilinde hipertansiyon prevalansı ve eşlik eden etyopatolojik risk faktörleri. [Uzmanlık tezi] Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2002.
17. Oncken CA, Kranzler HR. Pharmacotherapies to enhance smoking cessation during pregnancy. Drug Alcohol Rev 2003;22:191-202.
18. Kırmı E, Peñçe S. Gebelikte sigara kullanımının fetus ve plasentanın gelişimine etkisi. Van Tıp Dergisi 1999;6:28-30.
19. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Türkiye üreme sağlığı acil obstetrik bakım yönetici kolaylaştırıcı uyum eğitimi katılımcı rehberi.

- Ankara: Buluş Tasarım ve Matbaacılık Hizmetleri; 2007.
20. Bellamy C. The state of the world's children 2005. Childhood under threat. Available from: [http://www.unicef.org/publications/files/SOWC_2005_\(English\).pdf](http://www.unicef.org/publications/files/SOWC_2005_(English).pdf)
 21. Beşer E, Ergin F, Sönmez A. Aydın il merkezinde doğum öncesi bakım hizmetleri. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007;6:137-41.
 22. Sözeri C, Cevahir R, Şahin S, Semiz O. Gebelerin gebelik süreci ile ilgili bilgi ve davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2006;1:92-104.
 23. Sağdıç A. Emirler Sağlık Ocağı ebe çalışmalarının değerlendirilmesi. STED 2005;14:62-4.
 24. Da Costa D, Larouche J, Dritsa M, Brender W. Variations in stress levels over the course of pregnancy: factors associated with elevated hassles, state anxiety and pregnancy-specific stress. J Psychosom Res 1999;47:609-21.
 25. Field T, Hernandez-Reif M, Diego M. Risk factors and stress variables that differentiate depressed from nondepressed pregnant women. Infant Behav Dev 2006;29:169-74.
 26. Stevenson W, Maton KI, Teti DM. Social support, relationship quality, and well-being among pregnant adolescents. J Adolesc 1999;22:109-21.
 27. Aydemir Ç, Temiz HV, Göka E. Majör depresyon ve özkiyıda kognitif ve emosyonel faktörler. Türk Psikiyatri Dergisi 2002;13:33-9.
 28. Lee DT, Chung TK. Postnatal depression: an update. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2007;21:183-91.
 29. Agerter DC, Rasmussen NH, Sutor B. Depression. In: Rakel RE, editor. Textbook of family medicine. 7th ed. Edinburgh: Elsevier Saunders; 2007. p. 1387-98.
 30. Jomeen J. The importance of assessing psychological status during pregnancy, childbirth and the postnatal period as a multidimensional construct: a literature review. Clin Eff Nurs 2004;8:143-55.