

Kars'ta Gebelerin Ev Ziyareti İle Ruhsal Durumlarının Belirlenmesi

The Determination of Mental Status of Pregnants By Home Visiting in Kars

Nihal BOSTANCI DAŞTAN,¹ Nihal DENİZ,² Buket ŞAHİN³

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı Kars'ta, kadınlarda gebelik döneminde görülen ruhsal sorunları ve bunlarla ilişkili faktörleri belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, Ekim 2011-Şubat 2012 tarihleri arasında Kars il merkezine bağlı toplam altı aile sağlığı merkezine kayıtlı gebelerde ev ziyaretiyle yapılmış kesitsel tipte bir çalışmadır. Çalışmada anket formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Sürekli (SKÖ) ve Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ) kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde, yüzdelik hesaplaması, ortalama, t-testi, ANOVA, Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Gebelerin ortalama puanlarına bakıldığında; depresyon puanlarının 11.91 ± 8.64 , süreklilik kaygı puanlarının 42.81 ± 14.47 ve durumluk kaygı puanlarının 38.98 ± 14.02 olduğu görülmektedir. Ev hanımlarının, sosyal güvencesi olmayanların, doğum sayısı fazla olanların, eşile ilişkisi kötü olanların, kronik hastalığı olanların, özgeçmişinde depresyonu olanların, isteyerek gebe kalmayanların depresyon düzeylerinin daha yüksek ve eğitim düzeyi yüksek olanların, evlilik süresi daha uzun olanların, kronik hastalığı olanların, özgeçmişinde depresyonu olanların kaygı düzeyleri daha yüksek görülmüştür. Gebelerin %16.0'ı depresyon, %73.4'ü süreklilik kaygı ve %63.8'i durumluk kaygı açısından riskli bulunmuştur.

Sonuç: Çalışmanın bulguları; gebelerin ruhsal sorunlarının erken tanınması gerektiğini göstermektedir.

Anahtar sözcükler: Ev ziyareti; gebe; Kars; ruhsal durum.

SUMMARY

Objectives: The aim of the study is to determine the mental problems and their related factors in women during pregnancy, in Kars.

Methods: This is a cross sectional type study which has been made in Kars within 6 health centre, between October 2011 to February 2012, had applied to pregnant women which are recorded to these centers. In the study; survey sheet, Beck Depression Scale and State-Trait Anxiety Scale were used. In analysing the data statistically; percentage calculation, average, t test, ANOVA and Pearson correlation analysis were used.

Results: When we looked to the average point of the women, it is seen that; their depression points are 11.91 ± 8.64 , state anxiety points are 42.81 ± 14.47 and trait anxiety points are 38.98 ± 14.02 . It has been seen that the anxiety levels are more higher in the housewives, the ones which don't have social guarantee, the ones which has depression in their history, in women who had relationship with their husband, in ones which has chronic diseases, in ones who has more birth rates, in ones who has a higher education level and wanted a pregnancy without willingness, in ones whose marriage is long lasted. 16.0% of the women were found risky in means of depression, 73.4% of them were found risky in means of state anxiety and 63.8% of them were found risky in means of trait anxiety.

Conclusion: The results of the study shows that the mental problems of the pregnant women must be defined in early stage.

Key words: Home visit; pregnant; Kars; mental status.

Giriş

Çocuk doğurma ve anne olma, doğurganlıkları ile neslin devamını sağlayan kadınların en önemli özelliğidir.^[1] Gebelik ve doğum fizyolojik bir süreç olmasına karşın, bu dönemdeki nöroendokrin ve psikososyal değişiklikler kadın için

yaşamın diğer dönemleriyle kıyaslanmayacak bir yük ve stres oluşturmaktadır.^[2-4] Gebeliğin, bir araştırmada 43 stres verici yaşam olayı içerisinde 12. ve diğer bir araştırmada ise 116 olay içinde 15. sırada olduğu bildirilmiştir.^[5] Gebelik ruhsal sorunlarının en başında, depresyon ve anksiyete bozuklukları gelmektedir.^[4]

Gebelikteki anksiyete ve depresyon için risk etkenleri arasında; depresyon öyküsü, evlilik-eş ilişkisi, iş durumu, ekonomik kaygılar, olumsuz yaşam deneyimleri, istenmeyen gebelik, düşük hikayesi, gebelik durumunun yarattığı yeni güçlükler ve gereksinimler, fetüsle ilgili kaygı ve yüksek ebeveynlik stresi, düşük özsaygı, sürekli olumsuz düşünme eğilimi, gebelik döneminde destek yetersizliği ve sosyal izolasyon, aile içi şiddet, gebelikte alkol, sigara veya keyif verici madde tüketimi gibi değişkenlerin üzerinde durulmaktadır.^[5-9]

Gebelikteki fizyolojik reaksiyonlar kadar psikososyal reaksiyonların da tanınması ve önlenmesi, anne ve çocuk sağlığına etkilerinin azaltılması ve koruyucu ruh sağlığı hizmetle-

¹Kafkas Üniversitesi Kars Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Kars;

²Kars Devlet Hastanesi (Kafkas Üniversitesi Kars Sağlık Yüksekokulu 2011-2012 Akademik Yılı 3. Sınıf Öğrencisi), Kars;

³Gaziosmanpaşa Üniversitesi (Kafkas Üniversitesi Kars Sağlık Yüksekokulu 2011-2012 Akademik Yılı 3. Sınıf Öğrencisi), Tokat

İletişim (Correspondence): Dr. Nihal BOSTANCI DAŞTAN.

e-posta (e-mail): n_bostanci76@yahoo.com

Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2015;6(2):71-78
Journal of Psychiatric Nursing 2015;6(2):71-78

Doi: 10.5505/phd.2015.91885

Geliş tarihi (Submitted): 17.07.2014 **Kabul tarihi (Accepted):** 09.02.2015

rinin geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır. Bunun için bir gebenin izlemlerinde tıbbi değerlendirmesi yapılırken, fiziksel değerlendirmenin yanı sıra psikososyal değerlendirmenin ve de neden olabilecek risk etkenlerinin de değerlendirilmesinin, bütüncül bir yaklaşım açısından önemlidir.^[1,3,5] Gebelikteki duygusal gerilim, özellikle depresyon ve anksiyete, gebelik komplikasyonlarını arttırması ve fetüs ve annenin iyilik halini olumsuz etkilemesi, yenidoğan sağlığını olumsuz etkilemesi, erken doğuma, düşük doğum ağırlığına ve rahim içi gelişim geriliğine yol açması, doğum sonu depresyona zemin hazırlaması nedeniyle üzerinde önemle durulması ve erken tanı konularak tedavi edilmesi gereken bir durumdur.^[3,5,7] Bu bağlamda sağlık profesyonellerinden hemşire, ebe, hekim ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi ekibine önemli sorumluluk düşmektedir.

Bu araştırma, Kars'ta ev ziyaretiyle gebelerde ruhsal sorunların önemli bölümünü oluşturan depresyon ve anksiyete düzeylerini ve etkileyen faktörleri saptamak amacıyla yapılmıştır.

Bu amaca dayalı olarak araştırmada şu sorulara cevap aranmıştır;

1. Gebe kadınların depresyon, durumluk ve süreklilik anksiyete düzeyleri nedir?

2. Gebe kadınların depresyon, durumluk ve süreklilik anksiyete düzeyleri ile yaş, eğitim düzeyi, meslek, sosyal güvence durumu, gelir durumu, evlilik yaşı, evlilik süresi, evlenme aile tipi, eşi ile ilişkisi, hastalık öyküsü, kendisi ve ailesinde psikiyatrik rahatsızlık öyküsü, doğum sayısı, gebelik arzusu, önceki ve şimdiki gebelik sorunları, abortus öyküsü arasında anlamlı bir fark var mıdır?

3. Gebe kadınların depresyon ve anksiyete düzeyleri ile bazı değişkenler arasındaki ilişki nasıldır?

Gereç ve Yöntem

Araştırma Tipi

Bu araştırma, Ekim 2011-Şubat 2012 tarihleri arasında Kars il merkezine bağlı toplam altı aile sağlığı merkezine kayıtlı gebelerde ev ziyaretiyle yapılmış tanımlayıcı, kesitsel tipte bir çalışmadır (n=188).

Katılımcılar

Örneklem seçimi yapılmayarak il merkezindeki altı aile sağlığı merkezine kayıtlı ev ziyaretiyle ulaşılabilen tüm gebelere ulaşma hedeflenmiştir. Gebe kadından izin alındıktan ve çalışmanın amacı açıklandıktan sonra en fazla bir saatlik ev ziyareti yapılmıştır. Gebeler gözlemlenmiş ve veriler yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Görüşme sırasında herhangi bir fizik muayene uygulanmamıştır. Ultrasonografide fetusta malformasyon belirlenenler, çoğul gebelikler ya da invitro fertilizasyon ile gebe kalanlar, 18 yaş altı olanlar ve onam vermeyen kadınlar çalışmaya dahil edilmemiştir.

Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan bağımsız değişken olarak 30 soruluk bilgi formu, bağımlı değişken olarak ise Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Süreklilik Kaygı Ölçeği (SKÖ) ve Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ) kullanılmıştır.

Bilgi formunda; yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, sosyal güvence durumu, gelir durumu, evlilik yaşı, evlilik süresi, aile tipi, eşi ile ilişkisi, hastalık öyküsü, kendisi ve ailesinde psikiyatrik rahatsızlık öyküsü, doğum sayısı, gebelik arzusu, önceki ve şimdiki gebelik sorunları, düşük öyküsüne ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

Beck Depresyon Ölçeği, Beck ve ark. 1961 yılında tarafından geliştirilmiş olup, depresyonda görülen belirtileri içeren, 0-3 arasında puanlanan 21 kendini değerlendirme maddesinden oluşur. Ölçeğin amacı depresyon tanısından çok depresif belirtilerin şiddetini ortaya koymaktır. Alınan puan 0-9 arasında ise depresyon olmadığı, 10-16 puan hafif düzeyde, 17-24 puan orta ve 25 ve üzeri puan şiddetli düzeyde depresif belirtiyi gösterir. Ölçekten alınacak en yüksek puan 63'tür. Ölçeğin Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hisli tarafından yapılmış ve bu çalışmada kesme puanı 17 olarak belirtilmiştir.^[10]

Durumluk Kaygı Ölçeği ve SKÖ, Spielberger ve ark. tarafından 1970 yılında geliştirilmiş, Türk kültürüne uyarlanması, geçerlik ve güvenilirliği Öner ve Le Compte tarafından yapılmıştır. DKÖ, kişinin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini göz önüne alarak cevaplandığı bir ölçektir. SKÖ ise, kişi genellikle kendini nasıl hissettiğini dikkate alarak doldurur. Ölçeklerde bulunan, duygu ve davranışları ifade eden maddeler şiddet derecesine göre bir ile dört arasında puanlanır. Her iki ölçekten elde edilen puanlar kuramsal olarak 20 ile 80 arasında değişir. Yüksek puan yüksek kaygı seviyesini gösterir. Otuz altı ve altı puan kaygının olmadığını, 37-42 hafif kaygıyı, 43 ve üstü puan ise yüksek kaygıyı gösterir.^[11]

Çalışmanın Etik Yönü

Çalışmadan önce Kars il Sağlık Müdürlüğü ve Aile Sağlığı Merkezleri'nden izin alınmıştır. Aile sağlığı merkezlerine kayıtlı olan gebelerin listesi çıkarılmış ve gebelere telefon açılarak ev ziyaretinin amacı açıklanmış ve izin alınmıştır. Katılımcıların araştırmaya dahil edilmesinde, gönüllülük kriteri aranmıştır. Ruhsal açıdan riskli düzeyde belirlenen gebeler, psikiyatri polikliniğine yönlendirilmiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen veriler değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 20.0 programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların

(ortalama, standart sapma, frekans dağılımı) yanı sıra, verilerin karşılaştırılmasında; verilerin normal dağılım gösterdiği belirlendiğinden ikiden fazla gruplar arası karşılaştırmalarında tek yönlü varyans analizi ve farklılığa neden çıkan grubun tespitinde Tukey HDS testi ve iki grup arası karşılaştırmalarında t testi kullanılmıştır. Yaş, evlilik yaşı, evlilik süresi, doğum sayısı, BDÖ, SKÖ ve DKÖ arasındaki ilişkilerin incelemesinde Pearson Korelasyon testi kullanılmıştır.

Bulgular

Demografik Bulgular

Araştırmaya katılanların büyük çoğunluğu; ilköğretim mezunu (%48.9), ev hanımı (%88.3), sosyal güvencesi olan (%91.5), orta düzeyde geliri olan (%62.8), yaşının çoğunda şehirde yaşayan (%68.1), görücü usulü evlenen (%57.4), geniş ailesi olan (%57.4), eşyle iyi ilişkisi olan (%86.2), kronik hastalığı olmayan (%85.1), özgeçmişinde psikiyatrik hastalık olmayan (%87.2), soygeçmişinde psikiyatrik hastalık olmayan (%85.1), isteyerek gebe kalan (%77.7), gebeliğinde sorun yaşamayan (%70.2), istemli düşük öyküsü olmayan (%89.4), spontan düşük öyküsü olmayan (%83.0) ve bebeğinin cinsiyetini öğrenen (%66.0) kadınlardan oluşmuştur. Gebelerin ortalama puanlarına bakıldığında; 25.90±5.21 yaşlarında, 20.35±4.69 yaşında evlendikleri, 49.78±5.53 aylık evli oldukları, 1.25±1.37 doğum yaptıkları görülmektedir.

Gebelerin BDÖ puan ortalamaları 11.91±8.64 olup; %16.0'ı depresyon açısından riskli bulunmuştur. Gebelerin SKÖ puan ortalamaları 42.81±14.47 olup, %73.4'ü süreklilik kaygı ve DKÖ puan ortalamaları 38.98±14.02 olup %63.8'i durumluk kaygı açısından riskli bulunmuştur (Tablo 1).

Sosyodemografik özelliklere göre BDÖ, SKÖ ve DKÖ puan ortalamalarına bakıldığında (Tablo 2); çalışanların ev hanımlarına göre (t=4.302; p=0.000), sosyal güvencesi olanların sosyal güvencesi olmayanlara göre (t=3.443; p=0.003), evlilik ilişkisi iyi olanların evlilik ilişkisi kötü olanlara göre (F=3.067; p=0.049), kronik hastalığı olmayanların kronik hastalığı olanlara göre (t=5.719; p=0.000), psikiyatrik hastalık öyküsü olmayanların psikiyatrik hastalık öyküsü olanlara göre (t=3.924; p=0.001), gebelik isteği olanların depresyon gebelik isteği olmayanlara göre (t=4.057; p=0.000) depresyon

puan ortalamalarının; kronik hastalığı olmayanların kronik hastalığı olanlara göre (t=2.394; p=0.018), psikiyatrik hastalık öyküsü olmayanların psikiyatrik hastalık öyküsü olanlara göre (t=2.517; p=0.013) süreklilik kaygı puan ortalamalarının; okuryazarların yükseköğretim /üniversite mezunlarına göre (F=4.950; p=0.000), psikiyatrik hastalık öyküsü olmayanların psikiyatrik hastalık öyküsü olanlara göre (t=2.015; p=0.045) durumluk kaygı puan ortalamalarının daha düşük ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

Yaş, evlilik yaşı, evlilik süresi, doğum sayısı, BDÖ, SKÖ ve DKÖ ilişkisine bakıldığında (Tablo 3); yaş arttıkça sürekli kaygı puan ortalamasının arttığı (r=.308; p=000), depresyon puan ortalaması arttıkça sürekli kaygı (r=.240; p=001) ve durumluk kaygı (r=.193; p=008) puan ortalamalarının arttığı, süreklilik kaygı puan ortalaması arttıkça durumluk kaygı (r=.726; p=000) puan ortalamasının arttığı belirlenmiştir.

Tartışma

Gebelerin Demografik Özellikleri

Gebelerin ortalama puanlarına bakıldığında; 25.90±5.21 yaşlarında oldukları görülmektedir. Bu yaş ortalaması çoğu çalışmadaki doğurganlığın ve anne olma yaşının en aktif olduğu 20-35 yaş-genç yetişkinlik dönemi ile uyumludur.^[5,12,13] 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.^[14]

Araştırmaya katılan gebelerin eğitim durumu incelendiğinde çoğunluğun (%48.9) ilköğretim mezunu olduğu görülmektedir. TNSA 2008 verilerine göre kadınlarda lise ve üzeri eğitim durumuna bakıldığında %18.2 olduğunu görmekteyiz.^[14] Araştırmamıza katılan gebelerin eğitim seviyelerinin orta ve daha alt düzeyde olmasının nedeni araştırmanın kadınların eğitim imkanlarının daha kısıtlı olduğu ve daha erken evlendiği doğu şehrinde yapılması olarak düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan gebelerin gelir durumu incelendiğinde çoğunluğun (%62.8) orta düzeyde geliri olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılanların büyük bir bölümünün gelir düzeyinin orta düzeyde olması, bu çalışmadaki gebelerin çoğunluğunun ev hanımı (%88.3) olmasından ve aylık geliri-

Tablo 1. Beck Depresyon Ölçeği, Süreklilik Kaygı Ölçeği ve Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamaları ve dağılımları (n=188)

	Minimum	Maksimum	Ort.±SS	Kesme puan altı		Kesme puan üstü	
				n	%	n	%
Beck Depresyon Ölçeği Puanları	1.00	55.00	11.91±8.64	158	84.0	30	16.0
Süreklilik Kaygı Ölçeği Puanları	4.00	67.00	42.81±14.47	138	73.4	50	26.6
Durumluk Kaygı Ölçeği Puanları	0.00	77.00	38.98±14.02	120	63.8	68	36.2

Ort.: Ortalama; SS: Standart sapma.

Tablo 2. Sosyodemografik özelliklere göre Beck Depresyon Ölçeği, Sürekli Kaygı Ölçeği ve Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılması (n=188)

Ölçekler	n	Beck Depresyon Ölçeği		Sürekli Kaygı Ölçeği		Durumluk Kaygı Ölçeği	
		Ort.±SS	t, F, p	Ort.±SS	t, F, p	Ort.±SS	t, F, p
Sosyodemografik bilgi							
Eğitim düzeyi							
Okuma-yazma bilmiyor	8	13.50±9.51	F=1.008	43.75±11.71	F=1.967	42.25±15.82	F=4.950
Okur-yazar	26	12.69±6.14	p=0.415	37.30±17.84	p=0.086	30.23±12.59	p=0.000
İlköğretim mezunu	92	12.43±9.00		44.30±15.00		40.93±10.97	
Lise mezunu	40	11.65±10.25		40.85±13.39		35.55±14.32	
Yüksekokul/üniversite mezunu	17	7.77±5.56		48.77±5.26		48.11±21.26	
Lisansüstü eğitim mezunu	5	13.00±1.15		35.50±9.81		38.00±0.55	
Çalışma durumu							
Ev hanımı	166	12.44±8.97	t=4.302	42.48±15.19	t=1.570	38.33±13.51	t=1.761
Çalışan	22	7.90±3.71	p=0.000	45.36±6.59	p=0.122	43.90±16.97	p=0.080
Sosyal güvence durumu							
Var	172	11.27±8.41	t=3.443	42.39±14.60	t=1.500	39.10±14.02	t=0.360
Yok	16	18.75±8.29	p=0.003	47.37±12.51	p=0.150	37.75±14.43	p=0.723
Gelir durumu							
İyi	54	12.03±9.64	F=0.559	41.11±15.56	F=1.312	36.22±12.43	F=1.500
Orta	118	11.57±8.52	p=0.573	42.93±13.54	p=0.272	40.18±14.68	p=0.226
Kötü	16	14.00±5.53		47.75±16.95		39.50±13.56	
Aile tipi							
Çekirdek aile	80	10.90±6.48	t=1.475	44.40±15.06	t=1.291	40.50±14.80	t=1.273
Geniş aile	108	12.66±9.90	p=0.142	41.64±13.97	p=0.198	37.87±13.37	p=0.205
Evlenme şekli							
Görücü usulü	108	11.01±8.48	t=1.652	42.59±15.28	t=0.254	38.16±12.27	t=0.898
İsteyerek	80	13.12±8.75	p=0.100	43.12±13.39	p=0.800	40.10±16.10	p=0.371
Eşyle ilişki durumu							
İyi	162	11.71±8.90	F=3.067	42.77±14.23	F=0.073	39.01±14.50	F=0.244
Orta	20	11.00±4.37	p=0.049	42.50±14.27	p=0.930	39.90±10.02	p=0.784
Kötü	6	20.33±8.95		45.00±12.99		42.81±14.42	
Kronik hastalık öyküsü							
Var	28	23.78±12.69	t=5.719	48.78±14.01	t=2.394	44.00±18.41	t=1.623
Yok	160	5.59±0.44	p=0.000	41.77±14.34	p=0.018	38.11±12.98	p=0.115
Psikiyatrik hastalık öyküsü							
Var	24	21.50±13.47	t=3.924	49.66±11.10	t=2.517	44.33±15.81	t=2.015
Yok	164	10.51±6.67	p=0.001	41.81±14.66	p=0.013	38.20±13.62	p=0.045
Gebelik isteği							
Var	146	10.20±6.67	t=4.057	42.26±14.85	t=0.987	39.23±12.80	t=0.443
Yok	42	17.85±11.68	p=0.000	44.76±13.03	p=0.325	38.14±17.78	p=0.658
İstemli düşük öyküsü							
Var	20	12.80±4.14	t=0.854	40.70±17.71	t=0.692	43.30±15.37	t=1.459
Yok	168	11.80±9.03	p=0.398	43.07±14.08	p=0.490	38.47±13.81	p=0.146
Spontan düşük öyküsü							
Var	32	9.81±5.98	t=0.077	41.56±16.18	t=0.448	40.62±17.61	t=0.017
Yok	156	12.34±9.04	p=0.131	43.07±14.14	p=0.591	38.65±13.21	p=0.470

Ort.: Ortalama; SS: Standart sapma.

nin olmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan gebelerin sağlık güvenceleri incelendiğinde çoğunluğunun (%91.5) sağlık güvencesi olduğu görülmektedir. Bu sonuç, bu konuda yapılan diğer çalışma bulgularıyla da benzerdir.^[12,15]

Araştırmaya katılan gebelerin ortalama 20.35±4.69 yaşında evlendikleri görülmektedir. Gözüyeşil ve arkadaşlarının çalışmalarında (2008), %32.0'nun 20 yaş öncesi, %39.7'sinin 21-25 yaşlarında, %28.3'ünün 25 yaş üzerinde evlendiği görülmektedir.^[16] TNSA 2008 verilerine göre Türkiye'de ilk evlenme yaşı ortalama 20.8'dir.^[14] Bu çalışma, bu bulgular ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan gebelerin küretaj öyküleri incelendiğinde %10.6'sının daha önce istemli düşüğü olduğu görülmektedir. Aslan'ın Isparta'da yaptığı çalışmada^[12] (2010) gebelerin %4.9'unun en az bir kez küretaj yaşadığı görülmektedir. TNSA 2008 verilerine göre Türkiye'de isteyerek düşük yapma oranı % 10.0'dır.^[14] Çalışma bulguları biraz daha yüksektir.

Araştırmaya katılan gebelerin spontan düşük öykülerine bakıldığında %17'sinin daha önce düşük öyküsü olduğu görülmektedir. Aslan'ın Isparta'daki çalışmasında^[12] (2010), gebelerin %7.7'sinde, Kılıçarslan'ın Edirne'deki çalışmasında^[15] (2008), %12.1'inde düşük öyküsü olduğu görülmektedir.

Tablo 3. Yaş, evlilik yaşı, evlilik süresi, doğum sayısı, Beck Depresyon Ölçeği, Süreklilik Kaygı Ölçeği ve Durumluk Kaygı Ölçeği İlişkisi (n=188)

	Beck Depresyon Ölçeği	Süreklilik Kaygı Ölçeği	Durumluk Kaygı Ölçeği
Yaş	.100	.139	.064
	.188	.108	.379
Evlenme yaşı	.076	.052	-.020
	.298	.476	.790
Evlilik süresi	.039	.308**	.247
	.591	.000	.001
Doğum sayısı	.175*	.004	.039
	.016	.957	.600
Beck Depresyon Ölçeği		.240**	.193**
		.001	.008
Süreklilik Kaygı Ölçeği			.726**
			.000

TNSA 2008 verilerine göre Türkiye’de kendiliğinden düşük oranı %10.5’dir.^[14]

Gebelerin BDÖ, SKÖ ve DKÖ Puan Ortalamaları

Bu çalışmada; gebelerin BDÖ puan ortalamaları 11.91±8.64 olup; % 16.0’sı depresyon açısından riskli bulunmuştur (Tablo 1). Türkiye’de gebelikte depresif belirti görülme sıklığını; Karaçam ve Ançel^[7] %27.3, Altınay^[17] %27.9, Aslan^[12] % 35, Sevindik^[18] % 36.3, Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji^[19] 53.5 olarak belirlemiştir. Depresif belirtilerin yaygınlığındaki bu değişim kullanılan ölçüm araçlarının ve çalışma zamanlarının farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmada; gebelerin SKÖ puan ortalamaları 42.81±14.47 olup %73.4’ü sürekli kaygı ve DKÖ puan ortalamaları 38.98±14.02 olup %63.8’i durumluk kaygı açısından riskli bulunmuştur (Tablo 1). Vırit ve ark.nın çalışmalarında (2008), gebelerin DKÖ puan ortalamasına göre %87.2’si; SKÖ puan ortalamasına göre %90.4’ü kaygı taşımaktaydı.^[5] Şen ve Şirin’in çalışmalarında (2013), DKÖ puan ortalaması 45.81±8.75, SKÖ puan ortalaması 49.68±7.41’dir.^[9] Bu çalışmadaki gebelerde kaygı düzeyinin diğer çalışmalara göre daha düşük bulunmasının nedeni Vırit ve ark.nın çalışmasının 36 hafta ve üzerinde olan, Şen ve Şirin’in ise preterm eylem tanısı alan gebelerle çalışması olabilir.

Yücel ve ark.nın PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders Scale) ile gebeliğin ilk trimesterine yönelik çalışmalarında (2013); gebelerin %21.6’sında hem depresif bozukluk hem anksiyete bozukluğu, %20.7’sinde depresif bozukluk ve %13.5’inde anksiyete bozukluğu görülmüştür.^[20] Andersson ve ark. (2004), PRIME-MD ile, gebeliğin üçüncü ve altıncı ayları arasında olanların, %14.1’inde bir ya da daha fazla psikiyatrik sorun saptamışlar: %11.6’sında depresyon, %7.1’inde minör depresyon, %3.2’sinde majör depresyon, %6.2’sinde anksiyete, %4.2’sinde tanımlanmamış anksiyete bozukluğu belirlemiştirler.^[21] Tekgöz ve ark.nın PRIME-MD ile gebeliğin son trimesterine yönelik çalışma-

larında (2009), gebelerin %50.5’i bir ya da daha çok psikiyatrik tanı almış, %38.3’ünde depresyon, %40.2’sinde anksiyete belirlenmiş, %28’inde depresyon ve anksiyete birlikte görülmüştür.^[22]

Bu farklılıkların nedeni kültürel özelliklerle ilgili olabilir, çünkü farklı kültürlerde aile yapılanmaları ve birey-çevre etkileşimleri farklı özellikler göstermektedir. Diğer taraftan, daha önemli bir neden ise verilerin toplanmasında kullanılan araçların farklılığı, ölçme ve değerlendirmedeki yöntem farklılıklarından kaynaklanıyor olabilir.

Sosyodemografik özelliklere göre Beck Depresyon Ölçeği, Süreklilik Kaygı Ölçeği ve Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamalarını etkileyen faktörlere bakıldığında;

Çalışmada eğitim düzeyinin depresyon ve süreklilik kaygı düzeyi üzerinde etkisi olmadığı görülürken (p>0.005), okuryazar durumluluk kaygı puan ortalamasının yüksek okul /üniversite mezunlarına göre düşük olduğu (p=0.000) görülmüştür. Bu sonuç, okuryazar olmayanların daha erken evlenmesi ve daha fazla çocuk sahibi olmalarıyla, dolayısıyla gebelik sayısı arttıkça durumluk kaygının azalmasıyla açıklanabilir. Akbaş ve ark. (2008), Aslan (2010), Gözüyeşil ve ark. (2008), gebelerde eğitim düzeyi yükseldikçe gebenin kendi yaşamı üzerindeki etkinliğinin artarak, benlik saygısının yükseldiği ve aynı oranda depresyon görülme olasılığının azaldığını belirtmişlerdir.^[6,12,16] Yücel ve ark.nın çalışmalarında (2013) ise, gebelerin eğitim düzeyi ve anksiyete ve depresyonları arasında bir ilişki görülmemiştir.^[20]

Çalışmada çalışma durumuna göre ev hanımlarının depresyon puanları daha yüksek görülürken (p=0.000), çalışma durumunun anksiyeteyi etkilemediği görülmektedir (p>0.005). Bu çalışmada çalışma durumunun anksiyeteyi etkilememesi bazı çalışma sonuçları ile paraleldir.^[12,20,22] Gebelik sırasında çalışmanın depresyonu azalmasında etkisini gösteren çalışma sonuçları vardır.^[12,19,22] Çam, ev dışında çalışan kadınlarda benlik saygısının yüksek olduğunu ve eğer

eş, çocuk bakımı ve sorumlulukları paylaşıyorsa, depresyon görülme oranının daha düşük olduğunu belirtmiştir.^[23]

Çalışmada sosyal güvencesi olanların anksiyete düzeylerinde bir değişiklik görülmezken, depresyon puan ortalamalarının daha az olduğu ($p=0.003$) görülmektedir. Bu sonuç, sosyal güvencesi olanların kendilerini sağlık sorunlarının tedavisine yönelik kendilerini daha güvencede hissetmelerinden ve var olan sağlık sorunlarının tedavisini yaptırılmalarından kaynaklanıyor olabilir. Aslan'ın çalışmasında^[12] (2010), sosyal güvencenin anksiyete ve depresyon üzerinde etkili görülmemiştir.

Çalışmada kronik hastalık öyküsü olanların depresyon ($p=0.000$) ve sürekli anksiyete düzeylerinin ($p=0.018$) daha yüksek olduğu görülmektedir. Hastalıklar hem yaşam kalitesini düşürerek, hem de doğrudan biyolojik etkiyle depresyona neden olabilirler. Bazı hastalıklar da işlevsel kısıtlılığa neden olarak bireyleri depresyona itebilmektedir. Yapılan çalışmalarda kronik hastalığa sahip bireylerde, depresyon ve anksiyete görülme oranının kronik hastalığı olmayan bireylere oranla daha fazla olduğu belirlenmiştir.^[24,25]

Çalışmada gebeliği isteme durumunun anksiyete düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığı görülürken ($p>0.005$), gebeliği istemeyenlerin depresif düzeyleri daha yüksek görülmektedir ($p=0.000$). Bu sonuç bazı çalışma sonuçlarıyla uyumludur.^[7,12,22,26] Çakır ve Can'ın çalışmalarında (2012), plansız gebe kalanların % 52.6'sında depresyon, %34.2'sinde anksiyete saptanmıştır.^[27] Çünkü planlanmış gebeliklerde genellikle kadın ve aile hamileliğe hazırdır; kadın hamileliği daha kolay kabul eder.

Çalışmada kadınların istemli ve spontan düşük öyküleri ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında herhangi bir farklılık görülmemiştir ($p>0.005$). Bu durum, Türkiye'nin doğu bölgesindeki Kars ilindeki canlı doğum ve yaşayan çocuk sayısının çokluğundan kaynaklanıyor olabilir. Bu sonuç, Aslan'ın çalışması ile paraleldir.^[12]

Çalışmada evlilik ilişkisi kötü olanların depresyon puan ortalamalarının evlilik ilişkisi iyi olanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0.049$). Bu bulgular, evlilik ilişkisindeki sorunların gebelik depresyonu için bir risk etmeni olabileceğini göstermektedir. Bu sonuç, bazı çalışma sonuçları ile benzerdir.^[12,16] Evlilik sorunları gebelik depresyonuna risk oluşturan en önemli sosyal faktörlerden biridir.^[3] Gebelikte eş ve/veya aile tarafından sağlanan sosyal destek, gebeyi duygusal ve bilişsel olarak rahatlatmakta, sosyal kaynaklardan daha fazla yararlanmalarına, stres etkenleri ve ruhsal belirtiler ile daha kolay baş etmelerine yardımcı olmaktadır.^[5]

Çalışmada yaş ve BDÖ, SKÖ, DKÖ arasında herhangi bir ilişki görülmemiştir ($p>0.005$). Bu sonuç, ülkemizde gebelerle yapılan bazı çalışma sonuçlarıyla uyumludur.^[12,16,28] Yücel ve ark.nın çalışmalarında (2013), gebelik yaşı 30'dan

büyük olanlarda depresyon ve anksiyete daha yüksek oranda görülmüştür.^[20] Caliskan ve ark. (2007), gebelikte depresyonun yaş ile pozitif ilişkisinin olduğunu göstermişlerdir.^[29]

Çalışmada gebelerin evlilik süresi ile depresyon düzeyleri arasında bir fark görülmezken, süre arttıkça anksiyete düzeylerinin de arttığı görülmektedir ($p<0.005$). Bu sonuç, evlilik süresi arttıkça kadının yaşının, çocuk sayısının ve sorumluluklarının artmasından kaynaklanabilir.

Çalışmada gebelerin doğum sayısı arttıkça depresyon düzeylerinde artış görülürken ($p=0.016$) ve anksiyete düzeylerinde herhangi bir farklılık görülmemiştir ($p>0.005$). Aslan'ın çalışmasında (2010), canlı doğum sayısı anksiyete ve depresyon düzeylerinde etkisiz bulunurken, ölü doğum sayısının depresyon ve anksiyete düzeyini arttırdığı görülmüştür.^[12] Doğum sayısı daha fazla olan kadın yaşı daha büyük olan kadındır. Yaş ilerledikçe gebeliğin istemi azalmaktaydı. İleri yaşlarda bebek bakımının güçleşmesi ve yaş ilerlemiş annelerin çocuk sayısının fazla olması gebeliğin istenmemesinde ve depresif belirtilerde etkili olabilir.

Çalışmada gebe kadınların depresyon ve sürekli kaygı ($r=.240$; $p=001$) ve durumluk kaygı ($r=.193$; $p=008$) düzeyleri arasında pozitif bir ilişki, depresyon düzeyi arttıkça kaygı düzeylerinin de yüksek olduğu görülmüştür. Bu sonuç, Leigh ve Milgrom'un^[30] (2009), Bödecs ve ark.nın^[31] (2009) ve Karaçam ve Ançel^[7] (2009) çalışma sonuçlarındaki depresyon ve kaygı arasındaki pozitif ilişkiyle benzerdir.

Çalışmada bazı kısıtlılıklar bulunmaktadır. İlk olarak çalışma geneli içermeyen küçük bir örneklem grubunda yapılmıştır. Bu gebeler bir psikiyatrist tarafından muayene edilmemişler ve bir klinik tanı konulmamıştır. Değerlendirmeler belli ölçekler uygulanarak yapılmıştır (BDÖ, SKÖ, DKÖ). Yorumlamalar ölçeklerden elde edilen puanlar üzerinden yapılmıştır. Diğer taraftan gebelikte birçok bedensel belirti beklenen bir durumdur ve seyrin bir parçasıdır. Bu belirtiler depresyon ve kaygı ile ilişkili bedensel belirtilerle karışabilmektedir. Değerlendirme sırasında bunların ayırımının iyi bir şekilde tanımlanmaması ve yapılmaması diğer bir kısıtlayıcı etkindir.

Sonuç ve Öneriler

Araştırmada elde edilen sonuçlar, gebelerde ruhsal durumun eğitim, meslek, sosyal güvence, evlilik süresi, eşler arasındaki ilişkinin niteliği, doğum sayısı, gebelik isteği, hastalık öyküsü, depresyon öyküsü gibi bazı sosyodemografik, evlilik ve gebelik özelliklerinden etkilendiğini göstermiştir. Ayrıca gebelikte depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında pozitif bir ilişki belirlenmiştir.

Gebelik döneminde ruhsal bozukluklar oldukça yaygın, fakat sıklıkla gözden kaçan sorunlardır.^[32,33] Gebelik depresyonu hem bebeğin hem de annenin sağlık durumunu olum-

suz etkilemesi ve postpartum depresyona zemin hazırlaması nedeniyle üzerinde önemle durulması ve erken tanı koyulup tedavi edilmesi gereken bir sorundur.^[34] Tüm bunlar doğrultusunda gebeliğin hem kadın hem bebek hem de aile için kriz dönemi olduğu, bu dönemde kadının olabildiğince profesyonel destek ve sosyal destek alabilmesinin sağlıklı bir gebelik süreci geçirmesinde etkili olabileceği söylenebilir. Sağlık profesyonellerinin gebelik sürecinde anne adaylarının, hem fiziksel sağlık hem de ruhsal sağlıklarının tam bir iyilik halinde olabilmesi için gerekli değerlendirmeleri yapmaları, bu değerlendirmelerin sadece riskli gebeliklerde değil tüm anne adayları ile yapılması, bu problemlerin erken tanınmaması nedeniyle psikiyatrik semptomların artarak ciddi boyutlara ulaşmasını önlenmesi ve bu izlem ve değerlendirmenin rutin bir uygulama olması gerekmektedir. Bu kadar ciddi sonuçları olan gebelik ruhsal sorunlarının belirlenmesi, önlenmesi ve korunmasında hemşireler kilit rol oynamaktadır. Hemşirelikle ilgili yapılan 19 Nisan 2011 tarihli 27910 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “Hemşirelik Yönetmeliği’nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” uyarınca yapılan yasal düzenlemede de, “Toplum Ruh Sağlığı Hemşiresi” görev, yetki ve sorumluluklarında arasında “Sosyo-ekonomik düzeyi düşük bölgede yaşayan, ruh sağlığı bozulma riski taşıyan tüm grupların, ruh sağlığının korunmasında ve sürdürülmesinde görev alır ve destekleyici programlar oluşturur” ve “Ruhsal bozuklukların, fiziksel hastalık sürecinin erken belirtisi ya da hastalığın etkeni olabileceğini bilir ve hastaların ve sağlıklı bireylerin genel sağlık düzeyini değerlendirir, risk faktörü analizi yapar” olarak tanımlamalar yapılmış ve yasal olarak hemşirelere bu alanda çalışabilme olanağı sunulmuştur. Bu alanda yapılacak çalışmalar, ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesine ve sürdürülmesine de katkı sağlayacaktır. Nitelikli bir ev ziyareti ile gebenin fiziksel olduğu gibi psikolojik yönünün de detaylıca değerlendirilmesi, bu dönemdeki ruhsal sorunların erken dönemde belirlenmesine, önlenmesine ve dolayısıyla antenatal bakımın kalitesinin artmasına imkan tanıyacaktır.

Kaynaklar

1. Dülgerler Ş, Engin E, Ertem G. Gebelerin ruhsal belirti dağılımlarının incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005;21:115-26.
2. Babacan Gümüş A, Çevik N, Hataf Hyusni S, Biçen S, ve ark. Gebelikte benlik saygısı ve beden imajı ile ilgili özellikler. Anatol J Clin Investig 2011;5:7-14.
3. Yeşilççek Çalık K, Aktaş S. Gebelikte depresyon: sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2011;3:142-62.
4. Yıldız H. Gebelerde psikososyal sağlığı değerlendirme ölçeği geliştirme çalışması. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi 2011;4:63-74.
5. Virit O, Akbaş E, Savaş HA, Sertbaş G, ve ark. Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi 2008;45:9-13.
6. Akbaş E, Virit O, Kalenderoğlu A, Savaş AH, ve ark. Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi 2008;45:85-91.
7. Karaçam Z, Ançel G. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population. Midwifery 2009;25:344-56.
8. Marakoğlu K, Şahsivar MS. Gebelikte depresyon. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2008;28:525-32.
9. Şen E, Şirin A. Preterm eylem tanısı alan gebelerin kaygı, depresyon ve algılanan sosyal destek düzeyini etkileyen faktörler. Gaziantep Tıp Dergisi 2013;19:159-63.
10. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. Türk Psikoloji Dergisi 1989;7:3-13.
11. Öner N, Le Compte A. Durumluk – Sürekli Kaygı Envanteri el kitabı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları; 1985.
12. Aslan B. Gebelerde anksiyete ve depresyonla ilişkili sosyodemografik özellikler.[Yayınlanmamış uzmanlık tezi] Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı; 2010.
13. Bektaş E. Hastanemiz gebe polikliniğine başvuran gebelerde normal doğum ve tercihi ve nedenleri ile ilgili anket çalışması. [Yayınlanmamış uzmanlık tezi] İstanbul: Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı; 2008.
14. 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. Erişim: 20 Haziran 2014, <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf>
15. Kılıçarslan S. Edirne şehir merkezindeki son trimester gebelerin sosyodemografik özellikleri, yaşam kalitesi, kaygı düzeyleri. [Yayınlanmamış uzmanlık tezi] Edirne: Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı; 2008.
16. Gözüyeşil EY, Şirin A, Çetinkaya Ş. Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2008;3:39-66.
17. Altınay S. Gebelikte depresyon prevalansı, sosyodemografik özellikler, obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi. [Yayınlanmamış uzmanlık tezi] Ankara: Ankara Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı; 1999.
18. Sevindik F. Elazığ ilinde gebelikte depresyon prevalansı ve etkileyen faktörler. [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi] Elazığ: Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı; 2005.
19. Dereli Yılmaz S, Kızılkaya Beji N. Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. Genel Tıp Dergisi 2010;20:99-108.
20. Yücel P, Çayır N, Yücel M. Birinci trimester gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğu. Klinik Psikiyatri 2013;16:83-7.
21. Andersson L, Sundström-Poromaa I, Wulff M, Åström M, et al. Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome. Obstet Gynecol 2004;104:467-76.
22. Tekgöz İ, Sunay D, Çaylan A, Kısa C. Gebeliğin son 3 ayındaki anksiyete bozukluğu ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. Türk Aile Hek Dergisi 2009;13:132-6.
23. Çam O. Yaşamda kadın. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 1996;12:71-3.
24. Tarsuslu T, Yümin ET, Öztürk A, Yümin M. The relation between health-related quality of life and pain, depression, anxiety, and functional independence in persons with chronic physical disability. Agri 2010;22:30-6. [Article in Turkish]
25. Hacıhasanoğlu R, Karakurt P, Yıldırım A, Uslu S. Bir sağlık ocağına başvuran kronik hastalığı olan bireylerde anksiyete ve depresyon. TAF Prev Med Bull 2010;9:209-16.
26. Lau Y, Keung DW. Correlates of depressive symptomatology during the second trimester of pregnancy among Hong Kong Chinese. Soc Sci Med 2007;64:1802-11.
27. Çakır L, Can H. Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin anksiyete ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. Turkish Family Physician 2012;3:35-42.
28. Altınparmak S. Gebelerde sosyodemografik özellikler, öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi. TAF Preventive Medicine Bull 2006;5:416-23.
29. Caliskan D, Oncu B, Kose K, Ocaktan ME, et al. Depression scores and associated factors in pregnant and non-pregnant women: a community-ba-

- sed study in Turkey. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2007;28:195-200.
30. Leigh B, Milgrom J. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry* 2008;8:24.
31. Bödecs T, Horváth B, Kovács L, Diffellné Németh M, et al. Prevalence of depression and anxiety in early pregnancy on a population based Hungarian sample. [Article in Hungarian] *Orv Hetil* 2009;150:1888-93. [Abstract]
32. Integrating Mental Health into Primary Care: A Global Perspective. Geneva: World Health Organization and World Organization of Family Doctors (Wonca) 2008. Retrieved: 10 Haziran 2008, http://www.who.int/mental_health/policy/Integratingmhintoprimarycare2008_lastversion.pdf
33. Batelaan NM, Smit JH, Cuijpers P, van Marwijk HW, et al. Prevention of anxiety disorders in primary care: a feasibility study. *BMC Psychiatry* 2012;12:206.
34. Orr ST, Blazer DG, James SA, Reiter JP. Depressive symptoms and indicators of maternal health status during pregnancy. *J Womens Health (Larchmt)* 2007;16:535-42.