

The relationship between sociodemographic variables and depressive symptoms in uncomplicated pregnant women at term

Miadında komplikasyonsuz gebe kadınlarda depresyon belirtilerinin sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi

Ebru ERSOY¹, Halil ÖZCAN², Ali Özgür ERSOY¹, Aytekin TOKMAK¹, Esra YAŞAR ÇELİK¹, Yasemin TAŞCI¹

ABSTRACT

The aim of this study was to investigate the relationship between sociodemographic variables and depressive symptoms in uncomplicated pregnant women at term. Four hundred-seventeen pregnant patients at term who attended to antenatal outpatient clinic without significant risk factors were recruited for the application of questionnaire survey, and Beck Depression Inventory (BDI). The cut-off point of the scale was evaluated as 17. Accordingly, the patients with BDI scores between 0 and 16 were classified in Group 1, while the other patients were categorized in Group 2. Educational level, occupation, husband's occupation, habitat, social security status, level of financial income, previous psychiatric illness in her or anyone in her family, smoking status, difficulty in arrival to a health center, family structure, migration status, social support provided from her family and close environment, the number of her marriages, the status of planned or unplanned pregnancy, the outcome of previous pregnancy, the use of vitamin pills in pregnancy, conceiving with a medical treatment (except in vitro fertilization), and number of parities were not significantly different between groups. The presence of anxiety for fetal health, unfavorable life experience, marital problems, history of premenstrual syndrome, the lower birth weights, and the absence of a civil marriage and regular antenatal visits in Group 2 were significantly more frequent than Group 1. As a conclusion; many individual variables of uncomplicated pregnant women at term can induce the development of depressive symptoms. The early recognition of the risk factors that aggravate depressive mood of the pregnant women may aid in taking measures aiming to improve maternal and neonatal health state.

Keywords: Pregnancy; depression; questionnaire; maternal health

ÖZ

Çalışmanın amacı, antenatal risk faktörü bulunmayan term gebeliklerde, sosyodemografik etkenler ile depresyon belirtilerinin ilişkisini araştırmaktır. Ayaktan başvuran hastalar arasından katılım sağlayan 417 miadında, antenatal takiplerinde belirgin risk saptanmayan gebeye anket ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) uygulandı. Ölçekte kesme puanı 17 olarak değerlendirildi. Buna göre, BDÖ puanı 0-16 olanlar 1. grup, 17 ve üzeri olanlar 2. grup olarak sınıflandırıldı. Katılımcıların eğitim düzeyi, kendisinin mesleği, eşinin mesleği, yaşam yeri, sosyal güvence, aylık gelir, geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, sigara kullanımı, sağlık kuruluşuna ulaşım zorluğu, aile yapısı, göç etme, ailenin gebeye sosyal desteği, çevrenin gebeye sosyal desteği, gebenin kaçınıcı evliliği olduğu, gebeliğin planlanarak istenmesi, önceki gebelik sonucu, gebelikte vitamin kullanımı, tedavi gebeliği (tüp bebek hariç) varlığı ve parite açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı. Bebek ile ilgili kaygı varlığı, olumsuz yaşam deneyimi varlığı, evlilikte sorun varlığı, resmi nikâh yokluğu, düzenli antenatal takip yokluğu, premenstrüel sendrom öyküsü varlığı ve bebeğin doğum ağırlığının daha az olması 2. grupta istatistiksel olarak belirgin derecede fazla gözlemlendi. Sonuç olarak, gebelik süreci sağlıklı ilerleyen doğuma yakın olgularda da değişik bireysel özellikler depresyon semptomları gelişimine neden olabilmektedir. Bu gebelerin depresye ruh hâlini arttırmabilecek faktörlerin önceden tanınması, anne ve çocuk sağlığını iyileştirici önlemlerin alınmasına yardımcı olabilir.

Anahtar kelimeler: Gebelik, depresyon, anket, anne sağlığı

GİRİŞ

Gebelik, kadın hayatında önemli biyolojik, psikolojik ve sosyal değişikliklerin yaşanabildiği bir dönemdir.

Kanda insan koryonik gonadotropini hormonunun beta alt birimi (β -hCG) düzeyinin pozitifleşmesi ile başlayan ve ilerleyen biyolojik ve fizyolojik değişiklikler, doğum itibarıyla gerilemeye başlar ve doğum

Received: 07.04.2016

Accepted: 06.06.2016

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Zekai Tahir Burak Women's Healthcare, Training and Research Hospital

²Department of Psychiatry, Ataturk University

Yazışma adresi: Ebru Ersoy, Department of Obstetrics and Gynecology, Zekai Tahir Burak Women's Healthcare, Training and Research Hospital, Ankara
e-mail: eebuersoy09@gmail.com

sonrası 6. haftada son bulur. Reprodüktif dönem kadınlarında olağan fizyolojinin (menstrüel siklus) dışında gelişen bir dönem olarak gebelik, kadında algısal ve psikolojik değişkenliğe neden olabilmektedir. Yapılan çalışmalar, depresyonun 18-44 yaş arasındaki reprodüktif çağ kadınlarında önemli oranlarda görüldüğünü bildirmektedir^{1,2}. Sistematik bir derlemede, gebelik döneminde depresyon sıklığının, birinci, ikinci ve üçüncü trimesterde sırasıyla, %7,4, %12,8 ve %12 olduğu bildirilmiştir³. Yine, gebelikte ve doğum sonrası dönemde depresyonu inceleyen bir derlemede, gebelerin %70'inden fazlasında depresif belirtilerin olduğu ve %10-16 oranında major depresyon bulunduğu bildirilmiştir⁴.

Kadınlar tarafından gebelik, mutluluk, doyum, olgunluk, kendini gerçekleştirme olarak algılanabileceği gibi, aynı zamanda stres, endişe, kaygılı bekleme gibi olumsuz ruhsal duygulanımların yaşanabileceği bir dönem olarak da görülebilmektedir. Bireyler arasındaki farklı etkenler, gerek gebelik, gerekse doğum sonrası depresyon gelişimine neden olabilmektedir. Bu nedenle gebelik, depresyon belirtilerinin eşlik edebileceği, kadının yaşamında önemli bir dönemdir⁵. Ülkemizde, gebelik döneminde depresyon gelişimi ile ilgili sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Erken dönemde depresyon belirtilerine sahip gebelerin sağlık hizmeti veren personel tarafından tanınması ve destek sağlanması, olası bir postpartum depresyonu engelleyebilir⁶. Bu bağlamda, çalışmamızda, hastaneye ayaktan başvuran, antenatal takiplerinde risk faktörü bulunmayan, miadında gebelerde, depresyon semptomlarının sıklığı ve sosyodemografik etkenler ile depresyon belirtilerinin ilişkisini araştırmayı amaçladık.

GEREÇ ve YÖNTEM

Kesitsel ve ölçekli anket çalışmamıza, Ankara'da referans bir merkez olan Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne Aralık 2013-Mayıs 2014 tarihleri arasında ayaktan başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 417 gebe dâhil edilmiştir. Çalışma öncesinde, hastanemizin Eğitim Planlama ve Koordinasyon Kurulundan gerekli onay alınmıştır

(Onay tarih ve numarası: 23.08.2013/35). Araştırmanın planlanması ve yürütülmesinde, 2008 yılında güncellenmiş olan Helsinki Deklerasyonu ilkelerine uyulmuştur. Katılımcılar doğumun aktif evresinde olmayan, gebelik haftası son adet tarihine (SAT) göre 37 hafta ve üzerinde olup, antenatal takipte belirlenmiş risk faktörü bulunmayan, çoğul gebeliği olmayan, tüp bebek tedavisi ile gebe kalmamış, gebelikte ilaç kullanımı olmayan (vitamin ve demir preparatı hariç) ve kronik hastalığı bulunmayan gebelerden oluşturuldu. Soruları net olarak yanıtlamayan ve okur-yazar olmayan bireyler çalışma dışı bırakıldı. Katılımcılara anket çalışması hakkında bilgi verildi ve yazılı onam veren gebeler çalışmaya dâhil edildi. Ekonomik gelir düzeyi, 2012 yılı Türkiye İstatistik Kurumunun kişi başı gelir üzerinden belirlediği değerlere göre sınıflandırıldı. Göç durumu, son 1 yıl içinde yaşadığı şehrin değişmesi olarak sorgulandı. Son 1 yıl içinde kişiyi derinden etkilemiş olay (ölüm, kaza, vb. gibi) varlığı "olumsuz yaşam deneyimi" olarak değerlendirildi. Katılımcılara sosyodemografik form soruları yazarlar tarafından sorgulanıp, ardından Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) formu yazar gözetiminde kişilerin kendisi tarafından dolduruldu.

Beck Depresyon Ölçeği

Bin dokuz yüz altmış bir yılında geliştirilmiş olan ölçek, depresyonda görülen belirtileri araştıran, 0-3 arasında puanlanan, 21 adet kendini değerlendirme maddesinden oluşmaktadır⁷. Ölçek, depresyon tanısından daha çok, depresif belirtilerin şiddetini değerlendirmektedir. Alınan puan 0-9 arasında ise kişide büyük olasılıkla depresyon olmadığı, 10-16 puan ise hafif düzeyde, 17-24 puan ise orta, 25 ve üzeri ise şiddetli düzeyde depresif belirtilerin olduğu düşünülmektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli tarafından yapılmış ve kesme puanı 17 olarak bildirilmiştir⁸. Ölçekten 17 ve üzeri puan alınması, %90 doğrulukla kişide tedavi gerektirecek düzeyde depresif belirtilerin olduğunu düşündürmektedir⁹. Bu nedenle BDÖ puanı 0 ile 16 arası olan olgular 1. grup, BDÖ puanı 17 ve üzeri olgular 2. grup olarak düzenlendi.

İstatistiksel Değerlendirme

Çalışmada elde edilen veriler değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows version 17.0 yazılımı kullanılmıştır. Tüm katılımcıların demografik verileri, normal dağılıma uygun olanlarda ortalama± standart sapma değerleri ile verilir, gruplar arası karşılaştırmaları Student's t test ile yapıldı. Normal dağılmayan veriler ortanca (minimum-maksimum) değerleri ile verilir, gruplar arasında Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldı. Kategorik veriler sayı ve yüzde değerleri ile sunulup, ki-kare veya Fisher'in kesin testi ile karşılaştırıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak alınmıştır.

BULGULAR

Çalışmamıza katılan 417 olgunun yaş dağılımı $26,53\pm 5,51$ yıl, ortanca evlilik süresi 4,5 yıl olarak izlenmiştir. Daha önce herhangi bir gebelik öyküsü (düşük, doğum ve küretaj) olan 267 kadının mevcut gebeliği ile bir önceki gebeliği arası süre ortanca 4 yıl olarak saptanmıştır. Tüm hastaların demografik verileri Tablo 1'de özetlenmiştir. Katılımcıların ortanca BDÖ puanı 9 olup, 1. grupta (0-16 puan) 346 (%82,98) kişi, 2. grupta (17 ve üzeri puan) 71 (%17,02) kişi yer almıştır. Bebeklerin doğum ağırlığı 2. grupta anlamlı olarak daha düşük saptandı ($p=0,029$), diğer parametrelerde anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 2).

Tablo 1. Tüm hastaların demografik verileri.

Değişken	Dağılım
Yaş (yıl)	26,53±5,51
Evlilik süresi (yıl)	4,5 (0,5-26)
Bir önceki gebelikten sonra geçen süre (yıl)*	4 (0-22)
Doğumda gebelik haftası	39,37±1,29
Doğum ağırlığı (g)	3351,1±399,09
Beck depresyon puanı	9 (0-42)
Gebelik sayısı	2 (0-9)
Doğum sayısı	1 (0-4)
Yaşayan çocuk sayısı	1 (0-4)
Düşük sayısı	0 (0-4)
Elektif küretaj sayısı	0 (0-3)

*Daha önce gebelik geçirmiş 267 hasta için değerlendirildi.

Tablo 2. BDÖ puanına göre iki grubun demografik verilerinin kıyaslaması.

Değişken	BDÖ puanı 0-16 (n=346)	BDÖ puanı 17 ve üzeri (n=71)	p değeri
Yaş (yıl)	26,51±5,39	26,61±6,07	0,893
Evlilik süresi (yıl)	7 (1-26)	7 (1-22)	0,776
Bir önceki gebelikten sonra geçen süre (yıl)*	3 (0-22)	4 (0-15)	0,333
Doğumda gebelik haftası	39,39±1,28	39,3±1,3	0,593
Doğum ağırlığı (g)	3370±398	3256±392	0,029
Beck depresyon puanı	8 (0-16)	22,5 (17-42)	<0,001
Gebelik sayısı	2 (1-9)	3 (2-7)	0,131
Doğum sayısı	1 (0-4)	1 (0-4)	0,430
Yaşayan çocuk sayısı	1 (0-4)	1 (0-4)	0,332
Düşük sayısı	0 (0-4)	0 (0-3)	0,315
Elektif küretaj	0 (0-2)	0 (0-3)	0,156

*Daha önce gebelik geçirmiş 267 hasta için değerlendirildi.

Katılımcıların eğitim düzeyi, kendisinin mesleği, eşinin mesleği, yaşam yeri, sosyal güvence, aylık gelir, geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, sigara kullanımı, sağlık kuruluşuna ulaşım zorluğu, aile yapısı, göç etme, ailenin gebeye sosyal desteği, çevrenin gebeye sosyal desteği, gebenin kaçınıcı evliliği olduğu, gebeliğin planlanarak istenmesi, önceki gebelik sonucu, doğum şekli, bebek cinsiyeti, gebelikte vitamin kullanımı, tedavi gebeliği (tüp bebek hariç) varlığı ve parite açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 3). Öte yandan, bebek ile ilgili kaygı varlığı ($p=0,047$), olumsuz yaşam deneyimi varlığı ($p=0,013$), evlilikte sorun varlığı ($p=0,003$), resmi nikah yokluğu ($p<0,001$), düzenli antenatal takip yokluğu ($p=0,014$) ve gebelik öncesinde premenstrüel sendrom öyküsü ($p<0,001$) değişkenlerinin, grup 2'de istatistiksel açıdan daha belirgin olduğu saptandı (Tablo 3).

TARTIŞMA

Çalışmamızda, antenatal dönemde belirgin risk faktörü olmayan gebelerin miad dönemde depresyon belirtilerinin sıklığı ve bununla ilişkili sosyodemografik değişkenler incelenmeye çalışılmıştır. Ülkemizde yapılan benzer çalışmalarda, antenatal dönemde risk saptanıp saptanmamasına göre hastaların ayırt edilmediği gözlenmektedir¹⁰⁻¹². Antenatal dönemde risk belirlenmiş gebe, bebeği ile ilgili artmış kaygı varlığının beraberinde BDÖ puanını arttırabileceği için,

Tablo 3. Kategorik değişkenlerin iki grup arasında kıyaslanması.

Değişken	BDÖ puanı 0-16 (n=346, %82,98)	BDÖ puanı 17 ve üzeri (n=71, %17,02)	p değeri				
Eğitim düzeyi				Göç varlığı (şehir dışı)			
İlkokul	87 (25,1)	19 (26,8)	0,600	Var	79 (22,8)	13 (18,3)	0,403
Ortaokul	103 (29,8)	24 (33,8)		Yok	267 (77,2)	58 (81,7)	
Lise	126 (36,4)	25 (35,2)		Ailenin sosyal desteği			
Yükseköğretim	30 (8,7)	3 (4,2)		Var	274 (79,2)	54 (76,1)	0,557
Meslek durumu				Yok	72 (20,8)	17 (23,9)	
Ev hanımı	293 (84,7)	64 (90,1)	0,268	Çevrenin sosyal destek			
İşçi	33 (9,5)	2 (2,8)		Var	205 (59,2)	44 (62)	
Memur	11 (3,2)	2 (2,8)		Yok	141 (40,8)	27 (38)	
Serbest meslek	9 (2,6)	3 (4,2)		Resmi nikâh			<0,001
Eşinin mesleği				Var			
İşsiz	27 (7,8)	4 (5,6)	0,380	Yok	343 (99,4)	68 (95,8)	
İşçi	185 (53,5)	33 (46,5)		Kaçınıcı evlilik			
Memur	29 (8,4)	5 (7)		İlk	2 (0,6)	3 (4,2)	
Serbest meslek	105 (30,3)	29 (40,8)		İkinci	340 (98,3)	71 (100)	0,264
Yaşam yeri				Çiftin gebelik istemi	6 (1,7)	0	
Köy	10 (2,9)	5 (7)	0,227	Yalnız kadın istemiş			
İlçe	80 (23,1)	15 (21,1)		Yalnız erkek istemiş	13 (3,8)	2 (2,8)	
İl merkezi	256 (74)	51 (71,8)		İkisi de istemiş	21 (6,1)	9 (12,7)	
Sosyal güvence				İstenmeyen gebelik	240 (69,4)	41 (57,7)	0,082
Var	323 (93,4)	62 (87,3)	Önceki gebelik sonucu	72 (20,8)	19 (26,8)		
Yok	23 (6,6)	9 (12,7)	Önce gebelik yok				
Aylık gelir				Doğum	136 (39,3)	27 (38)	0,667
Düşük	62 (17,9)	15 (21,1)	0,777	Düşük	159 (46)	36 (50,7)	
Orta	260 (75,1)	52 (73,2)		Doğum şekli	51 (14,7)	8 (11,3)	
Yüksek	24 (6,9)	4 (5,6)		Vajinal doğum			
Psikiyatrik öykü				Sezaryen doğum	235 (67,9)	55 (77,5)	0,117
Var	21 (6,1)	8 (11,3)	0,831	Bebek cinsiyeti	111 (32,1)	16 (22,5)	
Yok	325 (93,9)	63 (88,7)		Erkek			
Ailede psikiyatrik öykü					Kız	172 (49,7)	31 (43,7)
Var	32 (9,2)	6 (8,5)	0,072	Gebelikte vitamin	174 (50,3)	40 (56,3)	
Yok	314 (90,8)	65 (91,5)		Kullanmış			
Sigara kullanımı					Kullanmamış	316 (91,3)	62 (87,3)
Var	37 (10,7)	13 (18,3)	0,047	Düzenli antenatal takip	30 (8,7)	9 (12,7)	
Yok	309 (89,3)	58 (81,7)		Var			
Bebek ile ilgili kaygı					Yok	326 (94,2)	61 (85,9)
Var	66 (19,1)	21 (29,6)	0,888	Tedavi gebeliği	20 (5,8)	10 (14,1)	
Yok	280 (80,9)	50 (70,4)		Yok			
Ulaşım zorluğu					Var	338 (97,7)	71 (100)
Var	21 (6,1)	4 (5,6)	0,013	Premenstruel sendrom	8 (2,3)	0	
Yok	325 (93,9)	67 (94,4)		öyküsü			
Olumsuz yaşam deneyimi					Var		
Var	33 (9,5)	14 (19,7)	0,003	Yok	96 (27,7)	39 (54,9)	
Yok	313 (90,5)	57 (80,3)		Parite	250 (72,3)	32 (45,1)	
Evlilikte sorun					Nulliparite		
Var	19 (5,5)	11 (15,5)	0,609	Multiparite	157 (45,4)	32 (45,1)	
Yok	327 (94,5)	60 (84,5)			189 (54,6)	39 (54,9)	
Aile yapısı							
Çekirdek	268 (77,5)	53 (16,5)	0,609				
Geniş	78 (22,5)	18 (25,4)					

çalışmamızda sağlık sorunlarına (anne ve/veya bebek ile ilgili) bağlı etkenlerin dışında annede depresye semptomları etkileyen faktörleri belirlemeyi hedefle-

dik. Gebeliği sağlıklı ilerleyen olgularda da, değişik bireysel özelliklerin depresyon semptomları gelişimine neden olabileceğini gördük.

Sosyodemografik verilere bakıldığında, örneklem grubunun ağırlıklı olarak ortaöğretim düzeyinde ve sosyoekonomik düzeyi düşük-orta kesimden oluştuğu söylenebilir. Araştırmamızdaki BDÖ puanlarına bakıldığında, tüm gebelerin yaklaşık olarak %17'sinin orta-ağır şiddette depresif belirtilere sahip olduğu bulunmuştur. Bu sonuç, gebelerin %70'inden fazlasında depresif belirtilerin olduğu, %10-16'sının ise major depresyonu olduğu sonucuna ulaşan önceki bir derleme ile uyumlu görünmektedir⁴. Literatürde depresyon belirtileri açısından önemli olduğu bildirilen, geçirilmiş depresyon, ailede depresyon öyküsü, sosyal destek azlığı gibi sosyodemografik değişkenler açısından, çalışmamızda gruplar arasında fark bulunmamıştır^{13,14}. Öte yandan, iki grubun sayısal olarak eşitlenmesi hâlinde, bu parametrelerin yeniden değerlendirilmesi sonucu etkileyebilir.

Doğum ve fetusun sağlığı ile ilgili kaygılar, evlilik sorunlarının varlığı, önceki çalışmalara benzer şekilde, gebelerde depresyon belirtileri açısından önemli olarak bulunmuştur¹¹. Çalışmamızda, istatistiksel olarak belirgin olmasa da, sigara içen gebelerde depresif belirtiler daha sık bulunmuştur. Aubin ve ark.¹⁵ tarafından daha önce yapılan bir çalışma da, bu bulgumuzu desteklemektedir. Ülkemizde doğumların yaklaşık %20'si plansız gebelik sonucu gerçekleşmektedir¹⁶. Bu parametrenin gruplarımız arasında anlamlı farklılık sergilememesinin, çoğu kadının gebelik süreci içerisinde durumu kabullenmesinden kaynaklanmış olabileceğini düşündük.

Düzenli antenatal takiplere devam etmemiş olmak, doğuma yakın zamanda olasılıkla bebek ile ilgili kaygıları arttırarak, depresif belirtilerin artmasına neden olmaktadır. Çalışmamızdaki resmi nikâhı bulunmayan kadınların daha yoğun depresif belirtiler göstermesi, benzer şekilde kişinin kendini ve bebeğini güvence hissedememesine bağlanabilir¹⁷. Premenstrüel sendrom öyküsünün varlığı, diğer bazı çalışmalarda da gösterildiği gibi, bizim çalışmamızda da depresyon ile ilişkili bulunmuştur^{18,19}.

Gebelikteki depresyonların bir kısmının doğum sonrasında devam ettiği, gebelik depresyonunun gebe-

nin özkıyımı da dâhil olmak üzere gebe, fetus, yenidoğan ve ailenin sağlığına olumsuz etkileri olduğu, gebelik döneminde depresyonu olanlarda doğum sonrası depresyon riskinin belirgin arttığı ve bu durumların çocuğun ileri yaşamında anne-bebek bağının kurulmasında sorunların oluşması, büyümede gerilik, motor ve dil gelişiminde gecikme, duygusal gelişimde bozukluk ve davranış sorunları gibi olumsuz etkilerinin olabileceği bildirilmektedir²⁰.

Gebelik döneminde depresyon tanınır ve etkili biçimde tedavi edilirse, postpartum depresyonun önlenmesi de olası görünmektedir⁶. Bu bağlamda, ciddi sonuçları olabilen gebelik depresyonunun önlenmesi, korunması, teşhis ve tedavisinde ebe, hemşire, kadın hastalıkları ve doğum uzmanları ile ruh sağlığı çalışanlarının birlikte çalışmaları çok önemlidir¹². Ülkemizde “gebe okulları” başlığı altında doğum öncesinde kadınları anneliğe hazırlayan programların içerisinde, annenin bedensel hazırlığı ve gereksinimlerine yönelik eğitimler verilmektedir. Gerek bu programlarda, gerekse birinci basamak sağlık kuruluşlarında (aile hekimliği) psikolojik olarak ileri desteğe gereksinim duyabilecek gebelerin belirlenip doğru şekilde yönlendirilmesinin, toplum ve özellikle anne sağlığı açısından yararlı katkıları olacağı inancındayız.

Yaptığımız çalışmanın bazı kısıtlılıkları mevcuttur. Kesitsel çalışmamızdaki örneklem grupları arasında belirgin sayı farkının olması, bazı değişkenler açısından gruplar arasında fark bulunmamasının nedeni olabilir. Gebeler anket çalışması üzerinden değerlendirilmiş, ancak poliklinik şartlarında psikiyatri uzmanı tarafından muayeneleri yapılmadığından, klinik depresyon tanısı konulmamıştır. Depresyon için yapılan değerlendirmeler ve yorumlar BDÖ üzerinden yapılmıştır. Bazı bedensel veya ruhsal başka hastalığın etkisine bağlı belirtilerin depresyon belirtileri ile karışabildiği gösterilmiştir²¹. Ayrıca, genetik, psikososyal, çevresel değişkenlerden ölçmediğimiz birçok neden, depresyon belirtileri ile ilişkili olabilir²². Sağlık hizmeti sunulan kurumlarda gebeler depresyon belirtileri açısından değerlendirilirken, olabildiğince çok sayıda değişkenin göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Sonuç olarak, gebeliği sağlıklı ilerleyen olgularda da, değişik bireysel özelliklerin depresyon semptomları gelişimine neden olabileceğini gördük. Antenatal dönemde belirlenmiş sağlık sorunu olmayan gebelerin deprese ruh hâlini arttırabilecek faktörlerin önceden tanınması, anne ve çocuk sağlığını iyileştirici önlemlerin alınmasına yardımcı olabilir.

TEŞEKKÜR

Çalışmamıza bilgisayar destekli istatistiksel yardımı için Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Bilgisayar ve Öğretim Teknolojileri Bölümünden Yard. Doç. Dr. Mehmet Ersoy'a teşekkürlerimizi sunarız.

KAYNAKLAR

- Stewart D. Depression during pregnancy. *Can Fam Physician* 2005;51(8):1061-1063.
- Muzik M, Marcus SM, Heringhausen JE, Flynn H. When depression complicates childbearing: guidelines for screening and treatment during antenatal and postpartum obstetric care. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2009;36(4):771-88. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ogc.2009.10.006>
- Bennett HA, Einarson A, Taddio A, et al. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol* 2004;103(4):698-709. <http://dx.doi.org/10.1097/01.AOG.0000116689.75396.5f>
- Llewellyn AM, Stowe ZN, Nemeroff CB. Depression during pregnancy and the puerperium. *J Clin Psychiatry* 1997;58(Suppl 15):26-32.
- Çelik F, Nadirgil Köken G, Yilmazer M. Prevalence of depression during pregnancy and the effecting factors. *Anatol J Clin Investig* 2013;7(2):110-117.
- Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry* 2004;26(4):289-295. <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2004.02.006>
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al. An Inventory For Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4(6):561-71. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Hisli N. The validity and reliability of Beck Depression Inventory for college students. *The Journal of Psychology* 1989;2(7):3-13.
- Savaşır I, Şahin NH (Eds.). Assessment in cognitive and behavioural therapies; Frequently Used Scales. Ankara: Turkish Psychologist Association; 1997. p.100-114. ISBN: 975-9756-09-5.
- Erbil N, Oruç H, Karabulut A. Determination of depression and affecting factors in pregnancy. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecol and Obstet* 2009;19(2):67-74.
- Yeşilççek Çalık K, Aktaş S. Depression in Pregnancy: Prevalence, Risk Factors and Treatment. *Current Approaches in Psychiatry* 2011;3(1):142-162.
- Şahin EM, Kılıçarslan S. Depressive, anxiety levels and affecting factors of third trimester pregnant women. *Trakya Univ Tıp Fak Derg* 2010;27(1):51-58.
- Gotlib IH, Whiffen VE, Mount JH, et al. Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *J Consult Clin Psychol* 1989;57(2):269-74. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.57.2.269>
- Kitamura T, Shima S, Sugawara M, Toda MA. Psychological and social correlates of the onset of affective disorders among pregnant women. *Psychol Med* 1993;23(4):967-75. <http://dx.doi.org/10.1017/S003329170002643X>
- Aubin HJ, Tilikete S, Barrucand D. Depression and smoking. *Encephale* 1996;22(1):17-22.
- Ersoy E, Karasu Y, Yaşar Çelik E, Ersoy AÖ, Tokmak A, Taşçı Y. Individual features and contraceptive attitudes of women who had unintended pregnancy. *Journal of Clinical and Experimental Investigations* 2015;6(3):250-255. <http://dx.doi.org/10.5799/ahinjs.01.2015.03.0528>
- Kurçer MA, Keleş E. Comparisons effects of smoking and some problems in pregnancy on postpartum depressive symptoms in first and 60th day after birth. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2009;8(4):323-8.
- Özeren İA, Atila D, Helvacı M. Premenstrual syndrome and its relationship with depression by the health care employees. *The Journal of Tepecik Teaching Hospital* 2013;23(1):25-33. <http://dx.doi.org/10.5222/terh.2013.68585>
- Yücel U, Bilge A, Oran N, et al. The prevalence of premenstrual syndrome and its relationship with depression risk in adolescents. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2009;10(1):55-61.
- Field T, Diego M, Dieter J, et al. Prenatal depression effects on the fetus and newborn. *Infant Behav Dev* 2004;27(2):216-229. <http://dx.doi.org/10.1016/j.infbeh.2006.03.003>
- Tezcan E. The differential diagnosis of the depression. *Affective Disorders Series* 2000;1(2):77-98.
- Kuehner C. Gender differences in unipolar depression: An update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatr Scand* 2003;108(3):163-17. <http://dx.doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00204.x>