

**T.C.
ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HAMİLE KADINLARIN VE HAMİLE OLMAYAN KADINLARIN
ANKSİYETE VE DEPRESYON BELİRTİLERİYLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN
İNCELENMESİ**

Naciye Zülal AYDIN

EYLÜL 2023

ANTALYA

**T.C.
ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HAMİLE KADINLARIN VE HAMİLE OLMAYAN KADINLARIN
ANKSİYETE VE DEPRESYON BELİRTİLERİYLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN
İNCELENMESİ**

Naciye Zülal AYDIN

EYLÜL 2023

ANTALYA

T.C.
ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HAMİLE KADINLARIN VE HAMİLE OLMAYAN KADINLARIN
ANKSİYETE VE DEPRESYON BELİRTİLERİYLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN
İNCELENMESİ

Naciye Zülal AYDIN

PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI tezi olarak/...../2023 tarihinde jüri tarafından (oybirliği / oyçokluğu ile) kabul edilmiştir.

Dr. Öğr. Üyesi Cumhur AVCİL (Danışman)

Dr. Öğr. Üyesi Oğuzhan HERDİ

Dr. Öğr. Üyesi Hatice Yıldız BURKOVİK

Enstitü Müdürü

Prof. Dr. İbrahim Sani MERT

Tez Teslim Tarihi:

BEYAN

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Hamile Kadınların ve Hamile Olmayan Kadınların Anksiyete ve Depresyon Belirtileriyle İlişkili Faktörlerin İncelenmesi” adlı bu çalışmanın hazırlanmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi tahrifat yapılmadığını, bu çalışmanın herhangi bir kısmının başka bir akademik çalışma olarak sunulmadığını beyan ederim.

.../...../ 2023

Naciye Zülal AYDIN

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
ABSTRACT.....	ii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	iii
TABLOLAR LİSTESİ.....	iv
EKLER.....	v
ÖNSÖZ.....	vi
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı	3
1.2. Araştırmanın Hipotezleri	3
2.KAVRAMSAL ÇERÇEVE	5
2.1. Hamilelik	5
2.1.1. Hamilelik Döneminde Görülen Değişiklikler	5
2.2. Depresyon.....	6
2.2.1. Depresyon Yaygınlık ve Eş Tanı.....	7
2.2.2. Depresyon Belirti ve Tanı Ölçütleri	7
2.2.3. Depresyon Etiyolojisi	8
2.2.4. Depresyon Tedavisi	9
2.3. Anksiyete.....	11
2.3.1. Anksiyete Yaygınlık ve Eş Tanı.....	12
2.3.3. Anksiyete Etiyolojisi	12
2.3.4. Anksiyete Tedavisi	13
2.4. Hamilelikte Depresyon ve Anksiyete.....	14
2.4.1 Hamilelikte Depresyon ve Anksiyete ile İlişkili Sosyodemografik Faktörler ve Yaşam Olayları.....	17
2.4.2 Hamilelikte Depresyon ve Anksiyete'nin Önlenmesi ve Tedavi Yöntemleri ...	18
2.5. Hamilelikte Kadınlar ile Hamile Olmayan Kadınların Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	19
3. YÖNTEM.....	21
3.1. Evren ve Örneklem.....	21
3.2. Veri Toplama Araçları.....	21
3.2.1. Demografik Bilgi Formu	21
3.2.2. Beck Depresyon Envanteri	22

3.2.3. Beck Anksiyete Envanteri	22
3.2. Verilerin Analizi.....	23
4. BULGULAR.....	24
4.1. Katılımcıların Demografik Bilgileri ile İlgili Bulgular	24
4.2. Tüm Katılımcılara Ait Bulgular	24
4.2.1. Hamile Olan ve Olmayan Kadınlara Ait Demografik Bilgiler-1	25
4.2.2. Hamile Olan ve Olmayan Kadınlara Ait Demografik Bilgiler-2	26
4.3. Hamile Olan ve Olmayan Kadınların Depresyon ve Anksiyete Seviyelerinin BDE ve BAE Skorları Aracılığıyla Karşılaştırılması.....	27
4.3.1. Hamile Olan ve Olmayan Kadınların BDE ve BAE Skorlarının T-Test ile Karşılaştırılması.....	27
4.4. Hamile Olan ve Olmayan Kadınların Depresyon ve Anksiyete Skorları ile Demografik Verilerin İlişkisinin İncelenmesi	28
4.4.1. Hamile Olan ve Olmayan Kadınların BDE ve BAE Skorları ile Sürekli Demografik Değişkenlerin Korelasyonlarının İncelenmesi	28
4.4.2. Hamile Kadınların BDE ve BAE Skorları ile İlişkili Kategorik Demografik Değişkenlerin T-Test ile İncelenmesi.....	28
4.4.3. Hamile Olmayan Kadınların BDE ve BAE Skorları ile İlişkili Kategorik Demografik Değişkenlerin T-Test ile İncelenmesi	30
4.4.4. Hamile Olmayan Kadınların BDE ve BAE Skorları ile İlişkili Kategorik Demografik Değişkenlerin T-Test ile İncelenmesi	31
4.4.5. Hamile Kadınların Depresyon Düzeylerini Etkileyen Demografik Değişkenlerin İncelenmesi	33
4.4.6. Hamile Olmayan Kadınların Anksiyete Düzeylerini Etkileyen Demografik Değişkenlerin İncelenmesi	34
4.4.7. Hamile Olmayan Kadınların Depresyon Düzeylerini Etkileyen Demografik Değişkenlerin İncelenmesi	36
5. TARTIŞMA	37
5.1. Hamile Olan ve Olmayan Kadınların Depresyon ve Anksiyete Seviyelerinin BDE ve BAE Skorları Aracılığıyla Karşılaştırılması.....	37
5.2. Hamile Olan ve Olmayan Kadınların Depresyon ve Anksiyete Seviyeleri ile İlişkili Faktörlerin İncelenmesi.....	39

5.3 Sınırlılıklar ve Öneriler.....	41
6. SONUÇLAR	43
KAYNAKÇA	44
EK 1. Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	56
EK 2. Demografik Bilgi Formu	57
EK 3. Beck Depresyon Envanteri	58
EK 4. Beck Anksiyete Envanteri	62
EK 5. Etik Kurul Onayı.....	64

ÖZET

ÖZEL SAĞLIK KURULUŞUNA BAŞVURAN HAMİLE KADINLARIN VE HAMİLE OLMAYAN KADINLARIN ANKSİYETE VE DEPRESYON BELİRTİLERİYLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Naciye Zülal AYDIN

Yüksek Lisans Tezi, Psikoloji Anabilim Dalı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Cumhuriyet Avcil

Eylül 2023; 66 sayfa

Hamilelik dönemi kadınların fizyolojik hormonal ve psikolojik değişiklikler yaşadığı bir dönemdir. Yapılan araştırmalar hamilelikte depresyon ve anksiyetenin yaygın olduğunu göstermektedir. Hamilelik döneminde artan depresif belirtiler ve anksiyete düzeyi hem anne hem de çocuk için risk faktörüdür. Hamilelik döneminde depresyon ve anksiyeteyi etkileyen faktörlerin farkında olmak müdahale etme şansını arttırmaktadır. Bu araştırmada 18-45 yaş aralığındaki hamile kadınların depresif belirti ve anksiyete düzeylerinin aynı yaş aralığında ve benzer demografik özelliklere sahip hamile olmayan kadınlarla karşılaştırılması, ek olarak; anksiyete ve depresyon düzeyleri ile ilişkili demografik özelliklerin incelenmesi amaçlanmaktadır. Bu doğrultuda toplam 330 gönüllü katılımcı, Demografik Bilgi Formu, Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Envanterini içeren anket sorularını doldurarak çalışmaya katılım sağlamıştır. Elde edilen veriler IBM SPSS 22 ile analiz edilmiştir. Bağımsız örneklem t-testi aracılığıyla yapılan analizler sonucunda; hamile kadınların Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Envanterinden aldıkları skorlar hamile olmayan kadınlara göre anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Aşamalı regresyon analizi sonucunda ise; hamile kadınlarda kürtaj geçmişi ve eğitim seviyesi değişkenleri depresyon seviyesinin %18'ini açıklamıştır. Düşük tecrübesi, sigara kullanımı, çalışma durumu ve kürtaj tecrübesi değişkenleri ise anksiyete seviyesinin %25'ini açıklamıştır.

ANAHTAR KELİMELEER: Anksiyete, Depresyon, Demografik Özellikler, Hamilelik

JÜRİ: Dr. Öğr. Üyesi Cumhuriyet AVCİL

Dr. Öğr. Üyesi Oğuzhan HERDİ

Dr. Öğr. Üyesi Hatice Yıldız BURKOVİK

ABSTRACT

COMPARISON OF FACTORS RELATED TO ANXIETY AND DEPRESSION SYMPTOMS IN PREGNANT AND NON-PREGNANT WOMEN

Naciye Zülal AYDIN

MSc Thesis in Psychology Department

Supervisor: Dr. Assistant Professor Cumhuri AVÇİL

September 2023; 66 pages

The period of pregnancy is a time when women experience physiological, hormonal, and psychological changes. Researchs show that depression and anxiety are common during pregnancy. Increased depressive symptoms and anxiety levels during pregnancy are risk factors for both the mother and the newborn and can predict postpartum depression and anxiety. Being aware of the factors that affect depression and anxiety during pregnancy increases the chance of intervention, which is important for the well-being of the mother and the baby. This study aims to compare the levels of depressive symptoms and anxiety symptoms in pregnant women aged 18-45 who applied to a private healthcare institution with pregnant women of similar age range and demographic characteristics, and to examine the demographic characteristics associated with anxiety and depression levels. In this context, a total of 110 voluntary participants, including 50 pregnant women in the experiment group and 60 non-pregnant women in the control group, completed the questionnaire consisting of a Demographic Information Form, Beck Depression Inventory, and Beck Anxiety Inventory. The data obtained were analyzed using IBM SPSS 22. The results of the analysis conducted through independent samples t-test indicated that the scores obtained by pregnant women from the Beck Depression Inventory and Beck Anxiety Inventory were significantly higher compared to non-pregnant women ($p<0.05$). The results of one-way analysis of variance revealed that anxiety scores of pregnant women differed according to income level groups ($p<0.05$).

KEYWORDS: Anxiety, Depression, Demographic Characteristics, Pregnancy

COMMITTEE: Asst. Prof. Cumhuri AVÇİL

Asst. Prof. Oğuzhan HERDİ

Asst. Prof. Hatice Yıldız BURKOVİK

SİMGELER VE KISALTMALAR

Simgeler

SS: Standart Sapma

N: Toplam Sayı

p: Anlamlılık Düzeyi

r: Korelasyon Katsayısı

Kısaltmalar

ABÜ : Antalya Bilim Üniversitesi

BAE : Beck Anksiyete Envanteri

BDE : Beck Depresyon Envanteri

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Tüm Katılımcıların Demografik Bilgileri-1	24
Tablo 2. Tüm Katılımcıların Demografik Bilgileri-2.....	25
Tablo 3. Hamile Olan ve Olmayan Kadınlara Ait Demografik Bilgiler-1	26
Tablo 4. Hamile Olan ve Olmayan Kadınlara Ait Demografik Bilgiler-2.....	27
Tablo 5. Hamile Olan ve Olmayan Kadınların BDE ve BAE Skorlarının t-test ile Karşılaştırılması.....	28
Tablo 6. Hamile Olan ve Olmayan Kadınların BDE ve BAE Skorları ile İlişkili Sürekli Demografik Değişkenlerin Korelasyonlarının İncelenmesi.....	29
Tablo 7. Hamile Kadınların BDE ve BAE Skorları ile İlişkili Kategorik Demografik Değişkenlerin T-Test ile İncelenmesi.....	29
Tablo 8. Hamile Olmayan Kadınların BDE ve BAE Skorları ile İlişkili Kategorik Demografik Değişkenlerin T-Test ile İncelenmesi.....	31
Tablo 9. Hamile Kadınların BAE Skorları İle Demografik Değişkenlerin İlişkisinin Regresyon Analizi ile İncelenmesi-1.....	33
Tablo 10. Hamile Kadınların BAE Skorları İle Demografik Değişkenlerin İlişkisinin Regresyon Analizi ile İncelenmesi -2.....	33
Tablo 11: Hamile Kadınların BDE Skorları İle Demografik Değişkenlerin İlişkisinin Regresyon Analizi ile İncelenmesi 1.....	34
Tablo 12: Hamile Kadınların BDE Skorları İle Demografik Değişkenlerin İlişkisinin Regresyon Analizi ile İncelenmesi 2.....	35
Tablo 13: Hamile Olmayan Kadınların BAE Skorları İle Demografik Değişkenlerin İlişkisinin Regresyon Analizi ile İncelenmesi 1.....	35
Tablo 14: Hamile Olmayan Kadınların BAE Skorları İle Demografik Değişkenlerin İlişkisinin Regresyon Analizi ile İncelenmesi 2.....	36
Tablo 15: Hamile Olmayan Kadınların BDE Skorları İle Demografik Değişkenlerin İlişkisinin Regresyon Analizi ile İncelenmesi 1.....	36
Tablo 16: Hamile Olmayan Kadınların BDE Skorları İle Demografik Değişkenlerin İlişkisinin Regresyon Analizi ile İncelenmesi 1.....	37

EKLER LİSTESİ

EK 1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

EK 2. Demografik Bilgi Formu

EK 3. Beck Depresyon Envanteri

EK 4. Beck Anksiyete Envanteri

EK 5. Etik Kurul Onayı

ÖNSÖZ

Bu çalışmayı yaparken hedefim hamile kadınların yaşadığı depresif belirtilere ve anksiyete belirtilerine biraz olsun dikkat çekebilmek ve özellikle Türkçe literatüre katkıda bulunmaktır. Çalışmayı Antalya ilinde özel sağlık kuruluşuna başvuran katılımcılarla gerçekleştirdim ve literatürle uyumlu sonuçlar elde ettim. Gelecekte büyük şehirlerde daha yüksek katılımcılarla benzer çalışmalar yapılması temennimdir.

Her zaman olduğu gibi tez sürecimde de yanımda olan kıymetli aile üyelerim Halit Aydın, Melek Aydın ve İlayda Aydın'a teşekkürlerimi ve sevgilerimi sunuyorum.

Tez sürecinde bana destek olan değerli arkadaşlarım Ece Çakılkaya ve Mert Aksoy'a teşekkür ediyorum. Son olarak tez danışmanım Dr. Cumhuriyet Avcil'e teşekkürler.

1.GİRİŞ

Hamilelik, kadınların yaşamlarında deneyimledikleri fizyolojik, hormonal, psikolojik ve sosyal değişiklikler yaşadığı bir dönem olarak tanımlanabilir (Fadzil ve ark., 2013). Yapılan araştırmalar, kadınların yaşamlarının bu döneminde, deneyimledikleri değişimlere uyum sağlamaya çalıştıklarını ancak psikolojik değişimler ve duygusal rahatsızlıklar yaşama ihtimallerinin de arttığını göstermektedir (Zeng ve ark., 2015; Tariq ve ark., 2021). Dolayısıyla, yapılan araştırmalar, hamilelik döneminde depresyon ve anksiyete bozukluklarına daha sık rastlandığını göstermektedir (Zeng ve ark., 2015).

Hamilelikte yaşanan anksiyete ve depresyon genellikle hamileliğin neden olduğu hormonal ve psikolojik değişikliklere yorular ve tanısı güçleşip atlanabilir. Ancak hamilelikteki anksiyete ve depresyon, anne adayında çökkün duygudurum, uyku ve iştah problemleri gibi belirtiler ile kendini gösterir ve fetüsün psikolojik ve fiziksel gelişimini olumsuz yönde etkileyebilir (Çalık ve Aktaş, 2011). Hamilelik döneminde depresyon, yorgunluk, düşük duygudurum, iştah ve uyku değişiklikleri, hareket azlığı ve intihar düşünceleri gibi semptomlarla karakterizedir (APA, 2013). Bu yüzden, anne-bebek bağlanma problemleri (Righetti-Veltima ve ark., 2003) ve evlilik problemleri (Beck, 2001) gibi istenmeyen durumları beraberinde getirebilir.

Depresyon, kişinin duygudurumunu, yaşam kalitesini ve fiziksel sağlığını olumsuz etkileyen ve işlev kaybına yol açabilen yaygın bir ruh sağlığı hastalığıdır (Sağduyu ve ark., 2000). Bu hastalık, kadınlarda erkeklere göre daha sık görülür ve kadınların bu rahatsızlığa yakalanma riski erkeklere göre iki kat daha fazladır (Cyranowski ve ark., 2000; Kessler, 2003). Araştırmalar, 18-39 yaş aralığındaki 10 kadından 1'inin depresyon yaşadığını ve kadınlarda depresyonun yaşam boyu yaygınlığının %20'nin üzerinde olduğunu göstermektedir (Kessler ve ark., 2012; Ertel ve ark., 2013). Ayrıca, hamilelik döneminde depresif belirtiler gösteren kadınların, kişisel bakım ve sağlık durumlarına daha az özen gösterdikleri ve fiziksel belirtiler açısından da depresif belirtileri olmayanlarla kıyaslandığında daha sık şikayetçi oldukları tespit edilmiştir (Yılmaz ve Beji, 2010; Atasever ve Sis Çelik, 2018). Bu bulgular da yapılan çalışmaların sonuçlarını destekler niteliktedir ve hamilelikte görülme olasılığı yüksek olan depresyonun, anne ve bebek sağlığı üzerinde ciddi riskler oluşturabileceğini yordamaktadır. Dolayısıyla, hamilelik depresyonu, doğum komplikasyonları, erken veya prematüre doğum ve düşük yaşama gibi riskleri artırır ve hem anne hem de bebeğin sağlığını tehdit eder (Virit ve ark., 2008; Şen ve ark., 2012).

Hamilelik döneminde yaşanan depresyon, doğum sonrası depresyon riskini de arttırması sebebiyle anne ve yenidoğanın sağlığı için önemli bir risk faktörüdür. Bu nedenle, depresyonun erken teşhis edilmesi ve tedavi edilmesi büyük önem taşır (Orr ve ark., 2007). Doğum sonrası depresyon da tıpkı hamilelik depresyonu ve anksiyetesi gibi, yaygın görülen bir ruh sağlığı sorunu olup, hem anne hem de bebek için ciddi sonuçlara yol açabilir (Stuart-Parrigon, K., 2014). Yaşam boyu yaygınlığı %9 ile %19 arasında değişen bu ruh sağlığı sorunu, zamanında müdahale edilmediği takdirde uzun sürebilir ve tedavi edilmediğinde kronikleşebilir (O'Hara, M.W.; McCabe, J.E. 2013).

Anksiyete bozuklukları, dünya çapında milyonlarca insanı etkileyen yaygın psikiyatrik bozukluklardan biridir (Thibaut, 2017). Anksiyete, huzursuzluk, endişe,

ölüm korkusu ve istenmeyen girici düşüncelerin zihne hücumu ile karakterize edilir ve titreme, terleme, çarpıntı gibi fizyolojik belirtiler ile birlikte görülebilir (Cunningham ve ark., 2010). Anksiyete bozukluğu, toplumda yaygın görülen bir hastalıktır ve kadınlarda görülme oranı %30'dur. Ayrıca, kadınların anksiyete bozukluğuna yakalanma riski erkeklere göre 1.5 ile 2 kat daha fazladır (Thibaut, 2017) (Özdamar ve ark., 2014: 74).

Bundan dolayı, hamile kadınların çeşitli anksiyete bozukluklarına sahip olmaları muhtemeldir. Bu bozuklukların belirtileri arasında genellikle panik atakları ve yoğun bir gerilim hissi yer alır (Demircan & Bor, 2022) ve (Zou ve ark., 2020). Yapılan güncel bir meta-analiz çalışmasında, hamile kadınlarda anksiyete yaygınlığının %26 ile %57 arasında olduğu saptanmıştır (Luo ve ark., 2022). Dennis ve arkadaşlarının (2017) yaptığı sistemik inceleme meta-analiz çalışmasına göre ise, perinatal dönemde (hamilelik döneminin hemen öncesi ve sonrasını da kapsayan dönem) anksiyete yaygındır ve yaklaşık %15'lik bir hamile kadın popülasyonu herhangi bir anksiyete bozukluğu tanı ölçütlerini karşılamaktadır. Sonuç olarak, bu çalışma, hamilelik ve doğum sonrası dönemde anksiyete belirtilerinin yaygın görüldüğünü ve kadın popülasyonunun ciddi bir kısmını etkilediğini önemle belirtmiştir (Dennis ve ark., 2017).

Ne yazık ki, hamilelik dönemi boyunca yaşanan anksiyete de tıpkı depresyon gibi, sadece anneleri etkilemekle kalmayıp, bebeğin uzun vadeli fiziksel ve psikolojik sağlığını da ekseriyetle etkileyebilir. Perinatal dönemde yüksek düzeyde kaygı yaşayan annelerin bebeklerinin prematüre doğma olasılığı yaşamayan annelerin bebeklerine kıyasla anlamlı şekilde daha yüksektir. Ayrıca, bu bebeklerin ilerleyen çocukluk dönemlerinde duygusal, bilişsel ve davranışsal problemler yaşama olasılıkları da artar. Bu problemler, çocukluk çağının ötesinde de devam edip kişinin hayatını olumsuz şekilde etkileyebilir (Grigoriadis ve ark., 2018; Henrichs ve ark., 2010). Ayrıca, perinatal dönemde ciddi stres yaşayan annelerin bebekleri stresle ilgili değişmiş davranışsal tepkiler sergileyebilir. Osborne ve arkadaşlarına göre (2018), bu değişiklikler annelerin de kendi bebeklerine karşı olumsuz davranışsal tepkiler sergilemesine ve anne bebek ilişkisinin olumsuz yönde etkilenmesine neden olabilir (Osborne ve ark., 2018).

Son olarak, hamilelik dönemindeki kadınların psikolojik sağlığı, yani anksiyete ve depresyon gibi ruhsal rahatsızlıklar yaşama olasılıkları, biyopsikososyal birçok faktörden etkilenebilir. Bu faktörler arasında, geçmişte yaşanmış psikolojik sorunlar, ailedeki ruhsal hastalık öyküsü, istenmeyen gebelikler, kürtaj veya düşük öyküsü, fetüsle ilgili kaygı, düşük sosyoekonomik seviye ve geçmişte yaşanmış olumsuz tecrübeler sayılabilir (Vırit ve ark., 2008; Harrison ve Sidebottom, 2008; Arslan, 2010; Osman ve ark., 2015). İstenmeyen gebeliklerin özellikle depresyon ve anksiyete ile ilişkili olduğu bilinmektedir (Kuğu ve Akyüz, 2001; Birol, 2005). Pandemi döneminde yapılan bir araştırmaya göre, hamile kadınların sağlığını tehdit eden risk faktörleri arasında önceden var olan mental veya bedensel hastalıklar, COVID-19 veya semptomlarına sahip olmak, sigara içmek, planlanmamış hamilelik gibi faktörler yer almaktadır (Tauqeer ve ark., 2023). Ayrıca, yapılan güncel bir çalışmaya göre, hamile kadınlarda depresyon ve anksiyete risk faktörleri arasında geçmişte depresyon veya anksiyete tanısı almış veya tecrübe etmiş olması, stresli yaşam olaylarının tecrübe edilmesi, sosyal destek yetersizliği ve zayıf evlilik veya romantik partner ilişkileri de bulunmaktadır (Luo ve ark., 2022). Ek olarak, alkol veya madde kullanımı ve aile içi

şiddet deneyimlerinin de kadınların ruhsal sağlığını olumsuz etkileyebildiği saptanmıştır (Harrison ve Sidebottom, 2008; Karmaliani ve ark., 2009; Arslan, 2010).

Sonuç olarak, yapılan çalışmaların ışığında, hamilelik döneminde yaşanan anksiyete ve depresyon gibi ruhsal bozuklukların yaygın olarak görüldüğünü ve hem anne hem de bebeğin sağlığını anlamlı şekilde etkilediğini belirtebiliriz. Ayrıca hamilelik döneminde yaşanan bu ruhsal bozuklukların birçok değişkene bağlı olarak değişebildiğini ve hamile kadınların hamile olmayan kadınlara göre bu bozukluklara karşı daha hassas oldukları saptanabilir (Ashley ve ark., 2016; Tauqeer ve ark., 2023).

1.1 Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada 18-45 yaş aralığındaki hamile kadınların depresif belirti ve anksiyete düzeyleriyle ilişkili faktörlerin incelenmesi ve bu faktörlerin, hamile olmayan aynı yaş aralığındaki kadınlarla karşılaştırılması amaçlanmaktadır. Dolayısıyla, bu çalışmanın amacı; doğurganlık çağındaki hamile olan ve olmayan kadınların anksiyete ve depresyon seviyelerini kıyaslayıp hamilelikle depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını sorgulamak ve sosyodemografik özelliklerin depresyon ve anksiyete düzeyleri ile ilişkilerini incelemektir.

1.2 Araştırmanın Hipotezleri

Hipotez 1: Hamile kadınların Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Envanterinden aldıkları skorlar hamile olmayan kadınlara göre daha yüksektir.

Hipotez 2: Hamile kadınların yaşı ile depresyon ve anksiyete ölçeklerinden aldıkları skorlar arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 3: Hamile olmayan kadınların yaşı ile depresyon ve anksiyete skorlarından aldıkları skorlar arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Hipotez 4: Hamile kadınların eğitim düzeyleri ile depresyon ve anksiyete ölçeklerinden aldıkları skorlar arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 5: Hamile olmayan kadınların eğitim düzeyleri ile depresyon ve anksiyete envanterlerinden aldıkları skorlar arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Hipotez 6: Hamile kadınların aylık gelirleri ile depresyon ve anksiyete ölçeklerinden aldıkları skorlar arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 7: Hamile olmayan kadınların aylık gelirleri ile depresyon ve anksiyete envanterlerinden aldıkları skorlar arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Hipotez 8: Çalışan hamile kadınların Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Envanterinden aldıkları skorlar çalışmayanlara göre daha düşüktür.

Hipotez 9: Hamile olan ve olmayan kadınların düşük tecrübesi ile depresyon ve anksiyete envanterlerinden aldıkları skorlar arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 10: Hamile olan ve olmayan kadınların kürtaj tecrübesi ile depresyon ve anksiyete envanterlerinden aldıkları skorlar arasında anlamlı bir ilişki vardır.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1 Hamilelik

Hamilelik, sperm ile yumurtanın döllenmesi sonucu ortaya çıkan, kadın ruhunda ve bedeninde değişikliklere yol açabilen doğal bir yaşam olayı ve neredeyse her kadının hayatında en azından bir kez yaşama olasılığı bulunan bir dönemdir. Hamilelik olarak tanımlanan bu dönem, her biri on üç haftalık üç trimesterden oluşmaktadır (Davidson ve ark., 2012: 1128). Bu dönem, kadınların yaşamları boyunca yaşayabilecekleri en özel ve elzem deneyimlerden biridir ve biyolojik olarak insanların soylarını devam ettirebilmeleri için gereklidir. Hamilelik süreci, kadınların anne olmaya hazırlandıkları ve hayatlarında önemli değişiklikler yaşadıkları bir süreçtir. Bu süreçte kadın vücudu, doğum için gerekli ortamı sağlamak ve fetüsün rahimde büyüyüp gelişebilmesi için ihtiyaçlarını karşılamak üzere hazırlanır. Hamilelik, menstrasyon döngüsünün ilk gününden itibaren yaklaşık iki yüz yetmiş ile iki yüz seksen gün yani otuz dokuz ile kırk hafta uzunluğunda sürer (Taşkın, 2016).

2.1.1 Hamilelik Döneminde Görülen Değişiklikler

Üreme çağındaki kadınlar için hamilelik yaygın bir yaşam olayı olmasına rağmen; 1998'de ve 2001'de yapılan çalışmalarda, hamilelik ve doğum sonrası dönemde tipik olarak meydana gelen fiziksel, psikolojik ve sosyal değişiklikler hakkında şaşırtıcı derecede az yayın yapıldığı belirtilmiştir. (Hueston ve Kasik-Miller, 1998; McKee ve ark., 2001). Benzer zamanlarda Smith ve arkadaşları (2001) yaptıkları çalışma sonucunda, hamilelik sürecinde kadının sağlık durumunda meydana gelen değişikliklerin daha iyi anlaşılması için bu konuda daha çok çalışma yapılması gerektiğini ve bu çalışmaların çıktılarının kadınların beklentilerini belirlemelerine yardımcı olma ve kadınların psikolojik ve fiziksel sağlıkları ile ilgili kamu ve sağlık politikaları için veri sağlama açısından önemli olduğunu vurgulamışlardır (Smith, Downs, ve O'Connell, 2001).

Hamilelik sürecinde, gelişmekte olan fetüsü beslemek ve kadın vücudunun doğum yapmak için hazırlanmasını sağlamak amacıyla vücutta birtakım fizyolojik değişimler meydana gelir. Dolayısıyla; hamile anne adayları, rahminde gelişmekte olan yavrusunu beslemek ve barındırmak için önemli anatomik ve fizyolojik değişiklikler geçirir. Bu değişiklikler fertilizasyon yani döllenme gerçekleştikten sonra başlar ve vücuttaki her organ sistemi üzerinde etkili olur. Bu değişikliklerin bazıları normal biyokimyasal belirtiler iken, bazıları tıbbi hastalık belirtilerini andırabilir. Normal fizyolojik değişiklikler ile patolojik semptomlar arasındaki farkı ayırt etmek, tanı ve tedavi şansını arttıracığından, anne ve bebek sağlığı için oldukça önemlidir. (Soma-Pillay ve ark., 2016). Hamilelik, annenin neredeyse her organ sistemi üzerinde etkisi olan fizyolojik değişikliklerle yakından ilişkilidir. Bu fizyolojik değişiklikler, hamilelikte fetüsün büyümesine yardımcı olmaktadır. Aynı zamanda, doğuma ve kadının doğum sonrası sürece dayanabilmesine de destek sağlamaktadır. Hamile kadın için bazı durumlarda ameliyat gerekebilir, bu nedenle süreçteki fizyolojik değişiklikleri anlamak ve takip etmek önemlidir (Hill & Pickinpaugh, 2008). Genital sistem değişiklikleri, üriner sistem değişiklikleri, kardiyovasküler sistem değişiklikleri, gastrointestinal sistem değişiklikleri, kas iskelet sistemi değişiklikleri ve metabolik

değişiklikler hamilelikte görülen fiziksel değişikliklerden bazıları olarak sayılabilir (Kızılkaya Beji ve Özkan, 2015: 237).

Psikososyal sağlık, kişinin toplumsal çevreye işlevsel bir şekilde adapte olabilmesi ve toplumsal çevredeki olumsuzlukların kişinin sağlığına zarar vermemesi şeklinde tanımlanmaktadır ve hamilelik sürecinin gidişatı açısından oldukça önemlidir (Gümüüşdaş, Ejder, & Özorhan, 2014). Daha önce de birçok kez ifade edildiği gibi, hamilelik dönemi, kadınların biyolojik, duygusal ve sosyal dengelerinin değiştiği bir dönemdir. Bu dönemde, kadınlar yeni sorumluluklar edinirler ve uyum sağlamak için yeni roller üstlenirler. Dolayısıyla; bu dönem, biyopsikososyal açıdan bir kaos ve kriz dönemi olarak da ifade edilebilir. (Körükçü ve ark., 2017). Ross ve arkadaşları (2004) yaptıkları çalışma sonucunda, kadınların bu dönemde duygusal ve sosyal değişimlere karşı hassas olduklarını bildirmişlerdir (Ross ve ark., 2004). Bununla beraber; Bolbay ve Dereli (2015) ise, psikososyal sorunların, hamilelik sürecinin gidişatını olumsuz yönde etkileyerek anne adayının psikolojik durumunu kötüleştirebileceğini ve tedavi almayan anne adaylarının öz kırım girişimlerini arttırabileceğini bildirmişlerdir (Bolbay ve Dereli, 2015).

Hamilelik, kadınların psikolojik fonksiyonlarındaki değişikliklerle ilişkilendirilir. Genellikle kararsızlık, sık ruh hali değişimleri, kaygı, yorgunluk, bitkinlik, uykulu veya halsiz hissetme ve depresif tepkiler gibi çeşitli semptomlarla karakterizedir. Hamilelik sırasında, kadının görünüşünde, duygusal durumunda ve cinselliğinde çeşitli değişiklikler meydana gelir ve bu değişikliklerin sonucunda kadının hayattaki konumu ve kimliği yeni bir nitelik kazanır. Romantik partnerlerle kurulan sağlıklı ilişki ve toplumun desteği gibi psikososyal faktörler, anne adayının hamilelik sürecindeki stresin üstesinden gelebilme kabiliyetini artırma açısından önemli bir rol oynamaktadır. Ayrıca, bu faktörler, yeni doğan bireyin psikolojik işlevselliğini de önemli derecede destekleyebilmektedir. (Bjelica & Kapor-Stanulović, 2004) Her anne adayı, bir dereceye kadar duygusal ikilemler, çökkünlükten coşkunluğa kadar bir spektrumda değişebilen duygudurum ve dolayısıyla kaygı ve depresyon bozukluğu gibi psikiyatrik bozukluklar yaşama açısından risk grubunda sayılabilir. Üstelik; hamilelik, sürecin seyri ve sonucuyla ilgili belirli endişeler de oluşturabilir ve bu endişeler anne adayını psikolojik olarak daha hassas ve savunmasız hale getirerek ruhsal bozukluklara yakalanma riskini arttırabilir. Dolayısıyla; hamilelik dönemi, psikososyal ve duygusal açıdan, yüksek potansiyelli bir stres faktörü olabilecek özel bir dönem olarak da değerlendirilebilir. Dahası; annelik ve doğum stresi, bedensel ve psikolojik işlevselliği önemli derecede etkileyerek uzun vadeli sonuçları olabilecek farklı komplikasyonlara neden olabilir (Bjelica ve ark., 2018). Tüm bu sebeplerden; anne adayını ile ilgili sadece fizyolojik değişikliklerin değil, psikolojik değişikliklerin de tespit ve teşhis edilmesi, anne adayını ve yavrusunun psikolojik sağlığının korunması ve gerekli ise tedavi müdahalelerinde bulunulması açısından oldukça önemlidir. (Şahin, 2015).

2.2 Depresyon

Depresyon; düşünceleri, ruh hâlini ve fiziksel sağlığı etkileyebilen yaygın ve kronik bir tıbbi rahatsızlık olarak tanımlanmıştır. Bu rahatsızlık, genel olarak düşük ruh hali, enerji eksikliği, üzüntü, uyku problemleri, iştah problemleri ve hayattan büyük oranda zevk alamama gibi belirtilere neden olabilmektedir (Cui, 2018). Depresif bozukluk olarak da bilinen depresyon, psikiyatrik bozuklukların en yaygın olanlarından

biri olup, dünya genelinde işlev ve yaşam kayıplarının önde gelen nedenlerinden biridir. Bu bozukluk; duygusal, davranışsal ve bilişsel özelliklerin bir kümesi tarafından karakterize edilen bir klinik sendrom olarak tanınmalıdır ve azalmış üretkenlik, tedavi maliyetleri ve intihar yoluyla insan hayatının kaybı gibi önemli bir ekonomik yük oluşturur. Depresyon, oldukça yaygın bir ruh sağlığı sorunudur ve neredeyse tüm cinsiyetlerde, yaşlarda ve geçmişteki yaşam tecrübelerinde olan kişilerde görülmektedir. (Arya & Kumar, 2021).

2.2.1 Depresyon Yaygınlık ve Eş Tanı

Depresyon, birçok bilimsel çalışmanın klasikleşmiş açılış cümlesi olan "yaygın, zarar verici ve potansiyel olarak ölümcül bir bozukluktur" şeklinde tanımlanmaktadır. Tüm dünyada 300 milyondan fazla insanın depresyonla mücadele ettiği tahmin edilmektedir ve Dünya Sağlık Örgütü'ne göre bu hastalık, küresel boyutta işlev kaybının önde gelen sebeplerinden biridir (Dünya Sağlık Örgütü [WHO], 2012). Destekleyici şekilde; Küresel Hastalık Yüğü (KHY) tarafından yapılan çalışma sonucunda, major depresif bozukluk, dünya genelinde engelli yaşam yıllarının üçüncü önde gelen nedeni olarak tespit edilmiştir (KHY, 2015; Hastalık ve Yaralanma İnsidansı ve Yaygınlığı İşbirliği Grubu, 2016). Bu bozukluk, düşük, orta ve yüksek gelirli ülkelerde morbidite yükünün önde gelen nedenlerinden biridir. Kadınlar, erkeklere göre major depresif bozukluktan iki kat daha fazla etkilenme riskine sahip oldukları için daha büyük bir yük oluşturmaktadırlar (Ferrari ve ark., 2013b). Maalesef, son on yılda depresyonun artış gösterdiğine dair anlamlı kanıtlar da mevcuttur (WHO, 2012, 2014; Stringaris, 2017). Sonuç olarak; depresyon, erkeklerle kıyaslandığında kadınlarda 2-3 kat daha yüksek yaşam boyu görülme sıklığına sahip olan, yaygın ve süregelen bir hastalıktır. Birinci basamak hastalarında %10, tıbbi nedenlerle yatan hastalarda ise %15 oranında görülmektedir. Depresyonun iyileşme sürecinde nüks etme durumunun sıkça görüldüğü ve tedavi edilmeyen vakaların %15 oranında kronik hale gelebileceği bilinmektedir. Bu bulgular göz önüne alındığında, konunun önemi daha iyi anlaşılabilir (Örsel, 2004).

Uzun süreli çökkün duygudurum ile birlikte bilişsel ve davranışsal değişikliklerin meydana geldiği bir ruh sağlığı bozukluğu olan depresyon, farklı sağlık problemlerine sahip insanlar tarafından deneyimlenebilir. Ancak, normal bir kayıp tepkisi olarak kabul edilen üzüntüden veya yastan farklıdır. Depresyon; demans, parkinsonizm, şizofreni veya madde kullanımı gibi başka bir hastalığın bir belirtisi olarak da ortaya çıkabilir. Örneğin, parkinson hastalarının yaklaşık yarısında depresif belirtiler görülebilir ve fonksiyonel bozukluğun önemli bir nedenidir. (McDonald, Richard, & DeLong, 2003; Pollitt, 2015). Reddy'e göre ise depresyon; Tip II diyabet, kardiyovasküler ve serebrovasküler bozukluklar için bir risk faktörüdür ve çift yönlü pozitif bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Depresyon, bağımsız bir risk faktörüdür ve aracılık eden faktör hiper kortizolizm / HPA ekseninin disfonksiyonu olabilir. Ayrıca, depresif hastaların üçte biri kişilik bozukluğu tanı ölçütlerini karşılar ve eş tanı oranı en yüksek olan ise obsesif-kompulsif kişilik bozukluğudur (OKKB) ve bu hastaların %40'ında, eşlik eden anksiyete bozuklukları veya alkol bağımlılığı vardır (Reddy, 2012). Ek olarak; depresyon, kardiyovasküler olay riskinin artması gibi ciddi sonuçlarla ilişkili bulunmuştur (Zarate ve ark., 2013).

2.2.2 Depresyon Belirti ve Tanı Ölçütleri

Depresyon; ruh hali, davranış ve genel sağlık üzerinde etkili ciddi belirtilere sebep olan bir psikiyatrik bozukluktur. Bu belirtilerden birkaçı; uzun süren üzüntü, boşluk veya umutsuzluk hissi ve önceden keyif alınan aktivitelere karşı ilgi kaybı olarak sayılabilir. Depresyonu olan kişilerin iştahı değişebilir (fazla yeme veya yeterince yememe), uyku düzeni değişebilir (çok uyuma veya uyuyamama), enerji kaybı yaşayabilir ve konsantre olmakta zorlanabilirler. Depresyon, temel olarak ruhsal bir sağlık bozukluğu olarak kabul edilse de, baş ağrısı, diğer açıklanamayan ağrılar ve sancılar, olağandışı yavaş veya hızlı hareketler ve sindirim problemleri gibi fiziksel belirtilere de sebep olabilir (Fancher & Kravitz, 2015; Rabin, 1983). Ayrıca, kalıcı hüzün, anhedoni, suçluluk, düşük özsaygı, bozulmuş uyku, düşük iştah, düşük enerji, intihar düşünceleri, libido eksikliği, yorgunluk, düşük konsantrasyon ve dikkat, kötümser ve intihar eğilimleri, beslenme düzenlemesi bozukluğu gibi bir dizi rahatsız edici belirtiyeye de atıfta bulunur (Arya & Kumar, 2021). Depresyondan muzdarip olan kişiler, enerji düşüklüğü, yorgunluk, uyku bozuklukları, iştahsızlık gibi fiziksel semptomlardan kaynaklı sorunlar yaşadıkları gibi; kaygı, öfke, kızgınlık ve depresif ruh hali, düşük özgüven, azalmış tolerans, görünür bir neden olmadan ağlama, kararsızlık, arkadaş ve aileyle iletişimden kaçınma gibi belirtiler de gösterebilirler (Maloni ve ark., 2005: 21; Rabin, 1983). Depresyon tanısı konulabilmesi için, bireyin en az 2 hafta neredeyse her gün ve günün büyük bir kısmında yukarıda bahsedilen belirtilerin bir kısmını göstermesi gerekmektedir. Ancak, bu durumun özellikleri geniş bir yelpazede değişebilir (Fancher & Kravitz, 2015). Depresyon tanısı, kişisel öykü ve fiziksel bulgulara dayanmaktadır ve bu bozukluğu teşhis etmek için net sonuç veren tanısız laboratuvar testleri mevcut değildir. Ancak, depresif belirtilere sebep olabilecek tıbbi hastalıkları dışlamak için B12 testi, tioid testi ve HIV testi gibi laboratuvar çıktıları yardımcı olabilir (Mangla ve ark., 2019; Shelton, 2019; Tanner ve ark., 2019).

Depresyonun tekrarlama riskinin yüksek olması, kronik hale gelmesi ve sıklıkla nüks etmesi nedeniyle, işlevsel kayıplara ve hatta özkıyım girişimlerine yol açabilmesi, hem kişisel hem de içinde yaşadığı insan topluluğu nezdinde önemli bir sağlık sorunu olarak kabul edilmesine sebep olmaktadır (Marakoğlu ve Şahsivar, 2008: 531). Bu nedenle, duygudurum bozukluklarının hayal kırıklığı veya "kötü bir gün geçirme" gibi durumlardan kaynaklanan "mutsuzluk"tan ayrılabilmesi için kabul edilmiş standart tanı ölçütleri kullanılmaktadır (Örsel, 2004)

2.2.3 Depresyon Etiyolojisi

Hippokrates (MÖ 460-357), melankoliyi tanımlayan ilk kişilerden biri olarak bilinmektedir ve duygudurum bozukluğunu ayrıntılı bir şekilde ele almıştır (Pham ve Gardier, 2019). Melankoliyi "nedeni yok" olarak tanımlayan ilk İngilizce eser, Robert Burton'ın 1621 yılında yayınladığı "Melankolinin Anatomisi" adlı eseridir (Reddy, 2012). Depresyon kelimesi, Latince "depressus" kelimesinden gelmektedir ve "bastırmak, baskı altında olmak" anlamına gelmektedir. Depresyon, duyguların o kadar yoğun olduğu bir bozukluktur ki, sosyal hayatı ciddi şekilde etkileyebilir (Helvacı Çelik ve Hocoğlu, 2016).

Streim ve Katz (1998), depresyonun nörotransmitterler, nörogelişimsel faktörler ve genetik yatkınlık gibi birden fazla etiyolojik faktörün sonucu olduğunu vurgular. Pham ve Gardier (2019) ve Namkung, Lee ve Sawa (2018) gibi birçok araştırmacı, yaptıkları çalışmalarda, depresyonun kalıtsal, psikososyal ve biyolojik değişkenlerle

ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir. Depresyonun patogenezi, öncelikle monoamin nörotransmisyonundaki fonksiyonel bozukluklara dayandırılmıştır. Ancak, sonraki araştırmalar endojen nörotrofik faktörlerin seviyelerindeki azalmanın da patogeneze katkıda bulunabileceğini düşündürmektedir (Üçel, 2016: 43).

Bağışıklık sistemi aktivasyonuna bağlı olarak salınan sitokinlerin depresyon patogenezi ile ilişkili olduğunu gösteren pek çok deneysel ve klinik çalışma yapılmıştır. Proinflamatuvar sitokin seviyelerindeki artış ve sitokin salınımını indükleyen ajanların depresyon benzeri belirtilere neden olabileceği bilinmektedir. Monoaminlerin metabolizması ve seviyelerindeki değişimler ile birlikte hipotalamo-hipofizer-adrenal eksenin aktivasyonuna da neden olabilirler. Bazı antidepresan ilaçların da sitokin salımı üzerine etkisi olduğu bilinmektedir (Üçel, 2016: 43). Klinik kanıtlar, serotonin ve norepinefrinin temel rolleri ile birlikte, bu sistemler arasındaki etkileşimleri depresyon etiolojisinde işaret etmektedir. Ayrıca, madde P, kortikotropin salgılatıcı faktör, dopamin, gama-aminobütirik asit (GABA), somatostatin ve tiroidle ilgili hormonlar Depresyonun patofizyolojisinde etkili olduğu gösterilmiştir. Normal ruh halinin ve Depresyonun temel özelliklerinin altında yatan nöral devrelerin hala çok basit bir anlayışa sahibiz. Depresyon, ciddi bir sosyal, evlilik ve işlevsellik bozukluğu ile birlikte, kişisel ve kişilerarası sıkıntının belirgin bir şekilde görüldüğü bir durumdur (Arya & Kumar, 2021).

Depresyonun oluşumuyla %33'lük bir ilişkisi olan genetik faktörler, Levinson'a göre; şiddetli, erken yaşta ortaya çıkan ve tekrarlayan depresyon vakalarının görülme riskini arttırmaktadır (Levinson, 2006: 88). Ancak, depresyon geçmişi olmayan kişilerde de depresyon görülebilir. Depresyon geçmişi olan kişilerin birinci derece akrabalarının, genel nüfusa göre depresyona yakalanma olasılığı yaklaşık 3 kat daha yüksektir (Pham ve Gardier, 2019; Namkung, Lee ve Sawa, 2018). Ayrıca, bazı çalışmaların bulguları, kalıtsal faktörlerin geç başlangıçlı depresyonda, erken başlangıçlı depresyona göre daha az önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Yaşlı insanlarda depresyon riskini artıran potansiyel biyolojik risk faktörleri arasında nörodejeneratif hastalıklar (özellikle Alzheimer ve Parkinson hastalıkları), inme, multipl skleroz, nöbet bozuklukları, kanser, makula dejenerasyonu ve kronik ağrı yer almaktadır. Depresyonun gelişmesinde bazı tetikleyici faktörler olarak hayat olayları ve zorlukları rol oynar. Sevilen birinin ölümü veya kaybı, azalan veya eksik sosyal destek, bakım vericinin yükü, maddi sorunlar, kişiler arası zorluklar ve çatışmalar gibi yaşam olayları ve zorluklar tetikleyici faktörlerden bazılarıdır (Chand ve Arif, 2022). Ek olarak, depresyonik inançlar, genellikle mevcut kaynakları etkileyen streslere karşı algılanan kayıpları arttıran bilişsel değerlendirmeler yapma eğiliminde olan bireyleri yatkın hale getirir. Şiddetli depresyonun klinik özellikleri (örneğin, anhedoni, anarji) bu değerlendirmelerden ve tetikledikleri biyolojik reaksiyonlardan (otonomik, immün, nörokimyasal) kaynaklanır. Bu semptomlar evrimsel tarihimize uyum sağlamak için muhtemelen uyumlu olsalar da, çağdaş zamanlarda uyumsuzdur. Bu nedenle, sonuç olarak; şiddetli depresyon, evrimsel olarak temellendirilmiş bir "programın" anakronistik bir tezahürü olarak düşünülebilir (Beck & Bredemeier, 2016).

2.2.4 Depresyon Tedavisi

Depresyon yaygın ve yeti yitimine sebep olan bir hastalıktır. Tedavi edilebilir bir rahatsızlık olmasına rağmen depresyonu olan insanların çoğu yeterli tedaviyi almazlar.

Depresyon, ruh hali, kendine yönelik tutum, bilişsel işlevler, uyku, iştah ve enerji seviyesinde değişikliklere neden olur. Aynı zamanda, kişiye acı çektirir, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler ve kişinin sosyal ve mesleki işlevselliğinde bozulmaya neden olur. Depresyon, birçok kronik tıbbi durumun yanı sıra yüksek sağlık hizmetleri maliyetleriyle ilişkilidir. Birçok araştırma, majör depresyon tanısı konulup konulmadığına bakılmaksızın, yüksek depresif semptom sayısının kötü sağlık ve işlev bozukluğu ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Pratt ve Brody, 2008). Yanlış algılar nedeniyle, depresyonu olan insanların neredeyse %60'ı tıbbi yardım aramamaktadır. Birçok kişi, zihinsel sağlık bozukluğunun toplumda kabul edilebilir olmadığını ve kişisel ve profesyonel yaşamı engelleyebileceğini düşünmektedir (Chand & Arif, 2022).

Antidepresan ilaçlar enzim ya da reseptör inhibitörleri ve geri alım engelleyicileri olarak etkilerini gösterirler (Örsel, 2004). Depresif bozuklukların tedavisi, doğru tanı konulması ve tedavi hedeflerinin belirlenmesini içerir. Bu hedefler; tedavi amaçlarının belirlenmesi, uygun antidepresan ilacın seçilmesi, ek fiziksel rahatsızlıkların ele alınması ve sağaltımının yapılması, özkıyım riskinin ele alınması, hastanın tedavi sürecine katılım ve uyumunun sağlanması, tedavi sürecinin gidişatının değerlendirilmesi, antidepresan ilaçların uygun miktar ve sürede kullanımının sağlanması, tedaviden alınan olumlu yanıt varsa sürdürülmesi ve psikoterapik müdahale gerekliliğinin değerlendirilmesi olarak belirtilmiştir. Tedavide, akut ve sürdürüm dönemleri olarak iki faza ayrılır. Akut dönem, belirtilerin remisyonu ve önceki işlevselliğe dönüşün hedeflendiği ilk 6-12 haftayı kapsar. Bu dönemde, hastanın işbirliği yapması, eğitim verilmesi, tedavi seçiminin ve yanıtın değerlendirilmesinin önemlidir. Sürdürüm fazı, remisyonun ardından 6 ay veya daha uzun süreyi kapsar ve mevcut atağın alevlenmesinin veya tekrarlanmasının önlenmesi amaçlanır. Bu dönemde, hastaya uzun süreli ilaç kullanımı hakkında eğitim verilmesi, yan etkilerin kontrolü ve işlevselliğin sağlanması gereklidir. (Kennedy ve ark., 2004).

Aaron Beck, 1960'larda bilişsel davranış terapi (BDT) adlı bir terapi yöntemi geliştirdi. O zamandan bu yana yapılan birçok araştırma, BDT'nin depresyon, anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları, madde bağımlılığı ve kişilik bozuklukları gibi psikiyatrik sorunlarda etkili olduğunu kanıtlamıştır. Ayrıca, bipolar bozukluk ve şizofreni gibi ciddi ruhsal hastalıkların tedavisinde ilaç tedavisine yardımcı bir yöntem olarak da etkili olduğu gösterilmiştir. Bu terapi yöntemi, çocuklar, ergenler, yetişkinler, çiftler ve aileler için de uygun şekilde uyarlanmış ve kullanılmıştır. (Chand, Kuckel, & Huecker, 2022). Dolayısıyla, 1970'lerden bu yana, bilişsel-davranışçı terapi, depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik rahatsızlıkların tedavisi için altın standart olarak kabul edilen bir yöntem haline gelmiştir. BDT, semptomları uzun süreli olarak azaltabilir ve antidepresan ilaç tedavisi ile sonuç sağlanamayan hastaları tedavi edebilir. Çalışmalar, pozitif ve hedefe yönelik davranışları artıran BDT bileşeni olan davranışsal aktivasyonun, antidepresan ilaçlar kadar etkili olabileceğini ve depresyon tedavisinde sadece bilişsel terapiden daha etkili olabileceğini göstermektedir (Streim & Katz, 1998).

BDT, yaklaşık 16 ile 20 seans uzunluğunda yapılandırılmış ve didaktik bir terapi şeklidir ve bireylerin yanlış düşünce ve davranış kalıplarını tanımlayıp değiştirmelerine yardımcı olmayı hedefler. Depresyonda olan hastaların kendileri, dünya ve gelecek hakkında negatif bir görüş sergiledikleri varsayımına dayanır. Depresyonda olan hastalar ayrıca, negatif inançlarını sürdürmeye yardımcı olan bilişsel çarpıtmalar da sergilerler. Depresyonun tedavi içeriği genellikle davranışsal stratejiler (örneğin,

aktivite programlama) yanında negatif otomatik düşünceleri değiştirmek ve uygunsuz şemaları ele almak için bilişsel yapılandırmayı içerir. Tüm yaşlardaki bireylerle kullanımı destekleyen kanıtlar vardır. Ayrıca hastalığın yenileme riskinin önlenmesinde etkili bir yöntem olarak kabul edilir. Özellikle ilaçlarla ilgili sorunlara veya yan etkilere daha yatkın olabilecek kişilerin tedavi süreci için değerli bir yaklaşım ve müdahale yöntemidir (Chand ve Arif, 2022). Bu yaklaşım, terapist ve hasta tarafından işbirliği içinde yapılan pratik çalışmalarla elde edilen bir değişiklik hastanın ruh halini ve yaşam tarzını iyileştirmeyi amaçlar. Geniş bir sorun yelpazesine yardımcı olmak için kullanılır ve hastanın tanısı ve karşılaştığı problemlere bağlı olarak uygun tedavi protokollerine göre sağaltım sağlar. (Webb ve ark., 2019; Cuijpers ve ark., 2019; O'Leirigh ve ark., 2019; Sahranavard ve ark., 2019).

Sonuç olarak, genel anlamda psikolojik müdahaleler, iyileşme ve depresif semptomların azaltılması üzerinde önemli bir etkiye sahip görünmektedir (Cuijpers ve Dekker, 2005) ve depresyon tedavisi için tek bir yöntem yerine, kişiselleştirilmiş tedavi yaklaşımlarının kullanılması gerektiği vurgulanmaktadır (Streim ve Katz, 1998). Depresyonda ilaç tedavisi veya psikoterapi tek başına depresif semptomları hafifletebilir. Ancak daha hızlı ve kalıcı iyileşme sağlamak için kombine tedavi yani ilaç ve psikoterapinin bir arada alınması, depresif semptomlarda önemli ölçüde iyileşme, artan yaşam kalitesi ve daha iyi tedavi uyumu ile ilişkilendirilmiştir. Ayrıca, BDT'nin nüksü önlemedeki etkinliği konusunda da deneysel destek bulunmaktadır (Horowitz ve Taylor, 2019; Knappe ve ark., 2018)

2.3 Anksiyete

Anksiyete; genel olarak, insanda ortaya çıkan tedirginlik ya da akıl dışı korku durumu olarak tanımlanmıştır ve herhangi bir tehlikenin korkusunun yansıması olsa da, nesnesiz olması nedeniyle korkudan farklıdır. Korkunun insan ya da bir olay olsun nesnesi belli iken, kaygının nesnesi belirsizdir (Budak, 2000). Dolayısıyla, gerçek riskle ilgisi olmayan sürekli ve orantısız korku ile karakterize bir psikolojik bozukluk olarak da tanımlanabilir. (Akash, Sharma, & Gahalain, 2010). Belirli bir düzeyde anksiyete, evrimsel açıdan ve modern hayatta bireyi tehditleri algılama ve ele alma konusunda hazırlayan, böylece hayatta kalmasını sağlayan uyumlu bir duygu olarak değerlendirilebilir (Marks ve Nesse, 1994). Ancak yüksek düzeyde anksiyetenin, kişisel gelişimi engelleme potansiyeli yüksektir ve bozulmuş kişilerarası ve akademik işlev gibi çeşitli uyumsuz sonuçlara yol açarak kişinin yaşam kalitesini ciddi seviyeye düşürebilir (Rapee, Schniering ve Hudson, 2009).

2.3.1 Anksiyete Yaygınlık ve Eş Tanı

Günümüzde çoğu insan, nispeten güvenli ve refah içindeki modern toplumlarda bile kaygılı hissettiğini bildirmektedir. Yılda neredeyse beş kişiden biri herhangi bir anksiyete bozukluğu yaşıyor ve nüfusun çeyreğinden fazlası hayatlarının bir noktasında anksiyete durumu olduğunu kabul ediyor. (Horwitz, 2013). Dünya çapında, kaygı bozukluklarının mevcut yaygınlığı ise %7,3 olarak tahmin edilmektedir ve özgül fobiler en yaygın olanıdır (%10,3), onu panik bozukluğu %6,0'lık bir oranla takip etmektedir (Thibaut, 2017). Toplumun %5-10'u herhangi bir anksiyete türüne sahip olma eğilimindedir. Anksiyete bozuklukları genellikle 20 ile 30 yaş arasında başlar (Budakoğlu ve ark., 2005: 94). Batılı ülkelerde, anksiyete, depresyon ve bunların yanı

sıra alkol-madde kullanımı, yaygın görülen ruhsal bozukluklardan bazılarıdır. Anksiyetenin bir yıllık prevalans oranı %17.7 olarak bildirilmektedir (Ertan, 2008).

Yapılan bir çalışmaya göre ise; anksiyete bozukluğunun yaygınlık oranı toplumda %13.6-28.8 arasında olduğu bildirilmektedir ve kadınlarda karşı cinsiyete kıyasla neredeyse iki kat daha fazla rast gelmektedir. Anksiyete belirtilerinin ise tanı düzeyinde olmasa bile toplumda %10-30 arasında yaygın olduğu belirtilmektedir. Türkiye ruh sağlığı profiline bakıldığında ise anksiyetenin 12 aylık yaygınlık oranı %6.7 olarak bulunmuştur. Anksiyete bozukluklarının yaşam boyu prevalansı incelendiğinde genellikle yaşamın neredeyse tamamında devam ettiği bilinmektedir. Ancak genellikle erken yaşlarda başlar ve en riskli dönem 10-25 yaş aralığıdır. Erkeklerde bu rahatsızlığın seyri yaşam boyu sabit bir izlenimdeyken kadınlarda ise genellikle 40-50 yaş civarında artış gösterdiği ve daha sonrasında azalmaya başladığı gözlenmektedir. Ancak yine de kadınlardaki bu durum, yani ileri yaşlarda anksiyetenin azalması, rahatsızlığın erkeklerden daha az görüldüğü anlamına gelmemektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2016).

Yaygın ve önemli psikiyatrik bozukluklardan kaygı bozuklukları yaygın bulunan bozukluklardır ve kadınlarda görülme oranı yüzde otuz civarındadır (Özdamar ve ark., 2014). Öyle ki, çoğu anksiyete bozukluğu, kadınlarda erkeklere göre neredeyse iki kat daha fazla etkilidir. Tedavi edilmezse, anksiyete bozuklukları kronik olarak tekrarlamaya eğilimlidir. (Craske ve Stein, 2016).

Son olarak, anksiyete bozuklukları ve depresif bozukluklar arasında yüksek bir eş tanı oranı vardır ve anksiyete bozukluklarının sık sık başka sağlık sorunlarıyla ilişkili olduğu bulunmuştur, bu da tedaviyi uzman olmayanlar için daha karmaşık hale getirir (Wittchen ve ark., 2002). Anksiyete ve depresif bozukluklarda komorbidite yüksek oranda görüldüğünden, ruh sağlığı hizmeti verilen hastalarda her iki bozukluğun da rutin olarak değerlendirilmesi önemle önerilir. Özellikle komorbid hastaların çocukluk çağı travmaları, nevrozizm ve semptomların daha şiddetli ve uzun süreli olduğu göz önüne alındığında, bu değerlendirmenin yapılması tedavi sürecinin gidişatı açısından oldukça belirleyicidir (Lamers ve ark., 2011).

2.3.2 Anksiyete Semptomları ve Tanı Ölçütleri

Geçmiş çalışmalarda da belirtildiği gibi, anksiyete bozuklukları sık görülen ve işlev kaybına neden olabilen bozukluklardır. Günlük yaşamda karşılaşılan veya stres kaynaklı geçici anksiyeteden farklı olarak, bu bozukluklar işlevsellikte azalmaya sebep olur, aynı zamanda belirgin (yani, mevcut gerçek tehdide oranla orantısız) ve sürekli. (Craske & Stein, 2016). Bu bozukluklar, öfke, korku, uykusuzluk, sinirlilik, çarpıntı, konsantre olamama, kötü baş etme becerileri, terleme, çevreye karşı kapalı olma ve sosyal geri çekilme gibi çeşitli temel belirtilerle karakterizedir (Arya, Ta, Ajay, Anil, & Arya, 2011). Kaygılı kişide, vesvese olarak tabir edilen düşüncelerle senkronize tedirgin ruh hali hakimdir ve bir şeyden korkuyormuş gibi davranabilir (Dağ, 1999: 181). Bireylerin anksiyete yaşadığı durumlarda, genellikle baş dönmesi, korku, konsantrasyon eksikliği, mide bulantısı, baş ağrısı, terleme, gerginlik, kasların gerilmesi, nefes darlığı ve kalp çarpıntısı gibi belirtiler gözlenebilir (Tamam ve Demirkol, 2019).

2.3.3 Anksiyete Etiyolojisi

Anksiyetenin kökeni, beynin eski bir bölgesine dayanmaktadır ve anksiyeteli olma yeteneğimiz insanlardan çok daha eski türlerden biz insanlara miras kalmıştır. Anksiyete bazı durumlarda adaptif olarak değerlendirilebilir. Örneğin, tehditlere yanıt vermeyi mümkün kılar. Ancak normal durumsal korku, psikiyatrinin anksiyete bozuklukları olarak kategorize ettiği sürekli ve orantısız bir kaygıya dönüştüğünde, maladaptif hale gelir. (Horwitz, 2013). Anksiyete bozukluklarının etiyojisine dair mevcut kavramsallaştırma, çocukluk çağı olumsuzlukları veya stresli olaylar gibi psikososyal faktörlerin ve genetik bir yatkınlığın etkileşimini içermektedir. (Bandelow ve ark., 2017). Ayrıca, kökenini psikodinamik etkenler, öğrenilmiş davranışlar ve biyolojik faktörler oluşturur. Bazı hastalarda psikodinamik, bazılarında öğrenme bazılarında da biyolojik etkenler ağırlıkta olabilir (Öztürk ve Uluşahin, 2016). Öztürk ve Uluşahin (2016) tarafından yapılan araştırmalara göre, anksiyete bozukluğunda ailesel yani genetik faktörlerin de rolü bulunmaktadır. Ancak, kişinin anksiyete bozukluğunun durumu ve gidişatı açısından çevresel koşulların da etkisi göz ardı edilmemelidir. Anksiyete bozukluğu alt kategorileri ayrı ayrı incelendiğinde, panik bozukluğunun en yüksek oranda ailesel geçiş özelliğine sahip alt kategori olduğu tespit edilmiştir. Anksiyetenin biyolojik temelini araştıran klinik çalışmalar ise, amigdalanın korku devrelerinde önemli bir rol oynadığını ve amigdala yollarındaki anormalliklerin korku koşullandırmasının edinimi ve ifadesini etkileyebileceğini göstermiştir. (Akash ve ark., 2010).

2.3.4 Anksiyete Tedavisi

Anksiyete bozukluğu, insanı yoran, acı veren, sosyal ve ekonomik olarak kayıplara ve yeti yitimine sebep olan bir bozukluktur. Tedaviye erken dönemde başlanması önemlidir. Hastaya eğitim düzeyine uygun olarak psikoeğitim verilmeli ve tedavi planı açıklanmalı, ayrıca kafein tüketimi azaltılmaya yönelik önerilerde bulunulmalıdır. Bu bozukluğa sahip olan hastalar, ilaçlara ve ilaçların yan etkilerine daha duyarlı olabilirler, bu nedenle ilaç tedavisi verilen hastalarda bu bulgu göz önünde bulundurulmalı ve gerekli önlemler alınmalıdır (Öztürk ve Uluşahin, 2016, s. 258). Anksiyete bozukluklarının tedavisinde genel olarak, hem psikoterapinin hem de ilaç tedavisinin plasebo veya bekleyen listesinden daha etkili olduğu bulunmuştur (Bandelow ve ark., 2017) ve Gama-aminobütirik asit (GABA) kolaylaştırıcı ilaçlar, 1960'lardan beri anksiyete tedavisi için ABD Gıda ve İlaç Dairesi tarafından onaylanmıştır. Bu bulgulara dayanarak, dirençli vakalarda ilaç ve psikoterapi birlikte kullanılabilir. Hastanın hangi tedaviyi ne şekilde alması gerektiği ruh sağlığı uzmanı tarafından belirlenmeli ve kişiye özel olmalıdır. Örneğin, nevroitik anksiyete gibi dirençli bozukluklar yaşayan hastaların tedavisi için önerilen ilk yöntem, davranış değişikliğini kolaylaştırmak ve stresli olaylarla başa çıkmak için psikoterapi kullanmak şeklinde önerilmiştir (Akash, Sharma, & Gahalain, 2010). Ayrıca, tedavinin içeriğinde psikoterapi ve farmakoterapinin yanı sıra, hastaların stres yönetimi, düzenli uyku, fiziksel aktivite ve dengeli beslenme gibi sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri edinmesini desteklemek de gerekmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2016, s. 258).

Saatçioğlu (2001)'na göre, anksiyete bozukluğu tedavisinde, hastanın durumuna ve belirtilerine göre farklı tedavi yöntemleri kullanılabilir. Örneğin, hafif anksiyete durumlarında psikoterapi teknikleri yeterli olabilirken, orta ve şiddetli anksiyete bozukluklarında ilaç tedavisi de gerekebilir. Anksiyete bozukluğu orta şiddette seyrediyorsa ilaç tedavisi yerine psikodinamik terapi yöntemi, bilişsel davranışçı terapi

veya destekleyici temelli terapi gibi psikoterapi teknikleri kullanılabilir. Bu teknikler, hastanın anksiyete belirtilerinin nedenlerini anlamasına, kaygı düzeyini azaltmasına ve daha iyi bir yaşam kalitesi elde etmesine yardımcı olabilir. Ancak, şiddetli anksiyete bozuklukları için ilaç tedavisi, psikoterapi veya her ikisinin bir arada kullanılması gerekebilir. Tedavi seçenekleri, her hastanın bireysel ihtiyaçlarına göre belirlenmelidir. Bunun için, uygun bir uzmanla görüşülmesi ve hastalığın doğru teşhis edilmesi önemlidir. Anksiyete bozukluğu tedavisinde, hastanın durumuna ve ihtiyaçlarına göre farklı terapi modelleri kullanılabilir. Dinamik psikoterapi, işlevsiz ilişkiler ve savunma mekanizmalarıyla ilgilenirken, destekleyici psikoterapi stres ve sıkıntılı durumlarla başa çıkmayı hedefler. Bilişsel-davranışçı terapi ise olumsuz düşüncelerin çözümlenmesi, gevşeme ve yüzleştirme teknikleri gibi aşamaları içeren bir tedavi yöntemidir. Son çalışmalar bilişsel-davranışçı terapinin, dinamik terapiden ve farmakoterapiden daha faydalı olduğunu göstermektedir. Bu terapide, hasta ve terapist arasındaki ilişki de son derece önemlidir. Terapist, hastaya düşünce, duygu ve davranışlarıyla ilgili ev ödevleri verebilir ve hastanın anksiyete ile ilgili düşünceleri incelenerek, düşünce, duygu ve davranışları arasındaki bağlantı kurulmaya çalışılır. Tedavinin yanı sıra, hastaların yaşam tarzı değişiklikleri, stres yönetimi, düzenli uyku, fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenme gibi konularda da destek almaları gerekmektedir. Anksiyete bozukluğu olan hastaların, tedaviye erken dönemde başlamaları ve ilaçların yan etkilerine daha duyarlı oldukları unutulmadan, tedavi planlarına uygun bir şekilde takip edilmeleri de son derece önemlidir (Saatçioğlu, 2001).

Özetle, anksiyete bozukluğunun tedavisinde ilaç tedavisi, hastanın belirtilerini hafifletmeye ve tedavi sürecini kolaylaştırmaya yardımcı olabilir. Ancak, ilaç tedavisi tek başına yeterli sağaltımı sağlayamayabilir. Bu nedenle, tedavi sürecinin psikoterapi ile birlikte yürütülmesi önerilmektedir. İlaç kullanımının süresi ve dozu, hastanın durumuna ve ihtiyacına göre belirlenir ve düzenli olarak takip edilmesi gerekir. Bazı çalışmalar, ilaç tedavisinin uzun süreli kullanımının etkili olduğunu gösterse de, ilaç kesildiğinde belirtilerin yeniden başlama yani nüks etme olasılığı da bulunmaktadır. Bu nedenle, ilaç tedavisinin süresi belirli bir zaman aralığından sonra kademeli olarak azaltılmalı ve hastanın durumuna göre tedavi sonlandırılmalıdır. Ayrıca, ilaç tedavisinin yan etkileri de göz önünde bulundurulmalıdır ve hastaların ilaçlara karşı duyarlılıkları takip edilmelidir. İlaç kullanımıyla ilgili herhangi bir endişe veya sorunun olduğu durumlarda hastaların mutlaka doktorlarına başvurmaları önerilmektedir. Son olarak, ilaç yazma yetkisi sadece hekimlere aittir ve diğer kişilerin ilaç önermesi etik açıdan uygun değildir. Hastaların hekimlerinin önerdiği ilaçları kullanmaları ve ilaç tedavisini psikiyatrist hekimlerle düzenli olarak takip etmeleri önemlidir (Ünel, 2022). Sonuç olarak, özellikle bilişsel davranışçı terapi ve seçici serotonin geri alım inhibitörleri ve serotonin-noradrenalin geri alım inhibitörleri gibi farmakolojik tedavilerle birlikte, psikolojik tedaviler etkilidir ve bu tedavilerin birlikte kullanımı, her birinin ayrı ayrı uygulanmasından daha etkili olabilir. (Craske & Stein, 2016).

2.4 Hamilelikte Depresyon ve Anksiyete

Dünya genelinde önümüzdeki on beş yıl içinde iki milyardan fazla bebek doğması beklenmektedir. Bu, geçmiş on beş yıla göre toplam doğum sayısında %2'lik bir artış anlamına gelmektedir. Bu bebeklerin yaklaşık yarısının Asya'da ve üçte birinin ise Afrika'da doğacağı tahmin edilmektedir. Artan doğum sayısı, düşük ve orta gelirli ülkelerin anneler ve bebekler için hizmetlerini genişletmelerini gerektirecektir. Bu

hizmetler arasında doğum sürecinde yaşanan ruhsal bozuklukları teşhis etmek ve tedavi etmek için stratejiler de yer alacaktır (Nüfus ve Kalkınma Komisyonu, 2015).

Kadınların doğurganlık çağında psikiyatrik rahatsızlıklar yaşama sıklığı diğer yaşam dönemlerine göre biraz daha yüksektir. Hamilelik ve doğum sonrası dönemde ise hastalık sıklığında artış yerine, hastalığın şiddetlenmesi ile ilgili bir artış görülmektedir. Yani geçmişinde psikiyatrik bir rahatsızlık geçiren kadının, hamilelik ve sonrası dönemde bu rahatsızlığı daha şiddetli yaşama olasılığı artar. Bu dönemde birçok anne adayı için depresyon, kaygı, yeme bozuklukları ve hatta şizofreni gibi mental hastalıklar daha yaygın hale gelebilir. Bu süreçte yaşanan bedensel değişiklikler, cinselliğe karşı ilgide azalma, ve doğum anıyla ilgili endişeler gibi faktörler duygudurum değişikliklerine neden olabilir. (Özdamar ve ark., 2014).

Hamilelikte en çok görülen psikolojik rahatsızlıklar anksiyete bozuklukları ve depresyondur. Bu hastalıklar, ayrı ayrı görülebildikleri gibi, yaygın olarak bir arada görülmektedirler. Türkiye dahil 25 ülkede yapılan bir araştırmada, gebelik döneminde hafif depresif belirtilerin ve anksiyete belirtilerinin beraber görülme sıklığı %9.5, orta şiddette depresif belirtilerin ve anksiyete belirtilerinin beraber görülme sıklığı % 6.3 olarak saptanmıştır (Hassani ve ark., 2017). Hamilelik dönemindeki kaygının artması, depresif semptomlara yol açabileceği gibi, depresyonun artması da kaygının artmasına neden olabilir ve her iki durum da birbirini etkileyebilir. Yani gebelik dönemi depresyon ve anksiyete arasında çift yönlü bir etkileşim vardır ve bu durum komorbid görülme olasılığını arttırabilir. (Şahin ve Kılıçaslan, 2010). Sonuç olarak, hamilelik dönemi depresyon ve anksiyete sıkça bir arada görülen bozukluklardır ancak risk faktörleri hakkında yeterli bilgi bulunmamaktadır. Bu sebeple, durumun tanısı için güvenilir yöntemlerin geliştirilmesi ve etkili tedavi seçeneklerinin belirlenmesi için daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir (Falah-Hassani ve ark., 2016).

Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı Beşinci Sürümü (DSM-5), perinatal depresyonu, peri-partum başlangıçlı majör depresif bir epizod (MDD) olarak tanımlar, yani semptomların hamilelik sırasında veya doğumdan sonraki dört hafta içinde başlaması durumunu ifade eder (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Birinci dereceden önemli hastalık yükü nedenlerinden biri olan Major Depresif Bozukluk, doğurganlık çağındaki kadınlar arasında oldukça yaygındır. Ancak, hamilelik süreci depresyonun Major Depresif Bozukluk üzerindeki etkisi henüz tam olarak bilinmemektedir. Bu konuda literatürde yapılan sistemli incelemeler ve küresel olarak hamilelik süreci depresyonun yaygınlığı ve insidansının tahmini konusunda yeterince çaba gösterilmemiştir. Artan farkındalıkla birlikte, tarama ve tedavi için kaynak tahsisi konusunda rehberlik sağlanacağı düşünülmektedir (Woody ve ark., 2017). Majör depresyon durumunda, uyku ve iştah bozukluğu, kilo artışı, sinirlilik, enerji kaybı ve isteksizlik gibi birçok klinik bulgu ve belirti, gebelik döneminde de sıklıkla görülür. Bu benzer semptomlar nedeniyle depresyon teşhisi, hamilelik sırasında fark edilemeyebilir (Klein ve Essex, 1995)

Önceki literatür taramalarından elde edilen perinatal depresyon prevalans tahminleri büyük ölçüde değişmektedir ve küresel olarak temsil edici tahminler nadirdir. 2005'te yapılan bir sistemik inceleme, doğum sonrası bir aylık prevalansı %5,7 olarak tahmin etmiştir (Gavin ve ark., 2005). Bu çalışma sadece yüksek gelirli ülkelerden elde edilen verileri analiz ettiğinden küresel olarak temsilci değildi. Ayrıca kullanılan

örnekler, yapılan çalışmaların yapıldığı her ülkenin çeşitliliğini temsil etmede tutarlı değildi (Gavin ve ark., 2005). Leahy-Warren ve McCarthy'nin (2007) bir incelemesi, depresyonun son bir aydaki yaygınlığının, ölçüm araçları, örneklem yöntemleri ve sosyodemografik farklılıklar nedeniyle postnatal dönem boyunca %4,4 ila %73,7 arasında değiştiğini buldu. Meta-regresyon veya meta-analiz yapılmadığı için, prevalans ve insidansın özet tahminleri rapor edilmedi ve heterojenlik kaynakları ölçülemedi. Düşük ve alt orta gelirli ülkelerdeki kadınların perinatal dönemde yaygın ruhsal bozukluklarının prevalansını inceleyen bir derleme 2011'de yapıldı (Fisher ve ark., 2011). Fisher ve ark. (2011), antenatal depresyonun ortalama prevalansını %15,9 olarak buldu, ancak bu ölçüye ilişkin verilerin sadece düşük ve alt orta gelirli ülkelerin %8'inden elde edildiğini bildirdi. Postnatal dönemde, düşük ve alt orta gelirli ülkelerin %15'inden gelen veriler kullanılarak toplam prevalansın %19,8 olduğunu buldular (Fisher ve ark., 2011). Ek olarak, perinatal depresyon, düşük ve orta gelirli ülkelerdeki kadınlar üzerinde daha yüksek bir yük oluşturuyormuş gibi görünmektedir (Woody ve ark., 2017). Son zamanlarda, Gelaye ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan bir çalışmada, düşük ve orta gelirli ülkelerdeki perinatal depresyonun prevalansı incelenmiş ve prenatal depresyonun prevalansı %25,8 olarak bulunmuştur, postnatal depresyonun prevalansı ise %19,7 olarak belirlenmiştir. Ancak bu inceleme yüksek gelirli ülkeleri dışlaması nedeniyle sınırlıdır ve heterojenlik tespit edilmiş olsa da, kaynakları daha ayrıntılı şekilde araştırmak için çaba gösterilmemiştir. Ciddi derecede işlevsel kayıplara yol açabilen depresif bozukluk ile ilgili yapılan çalışmalarda, bu bozukluğun hamilelik döneminde % 7,4 ile 12,7 arasında değişen bir görülme sıklığına sahip olduğu bulunmuştur. (Bennett ve ark., 2004, Lancaster ve ark., 2010).

Hamilelik döneminde tedavi edilmeyen depresif bozukluk, semptomların daha şiddetli hissedilmesine, intihar düşüncelerinin ortaya çıkmasına ve doğum sonrası dönemde artmış depresyon riski gibi birçok olumsuzluğa neden olabilir. Hamilelikte yaşanan depresyon, diyabet ve bebeğin olması gerekenden daha düşük ağırlıkta doğması gibi risk faktörleriyle ilişkilidir. Ayrıca, tedavi edilmeyen depresyon, yenidoğanın kan kortizol düzeyinin yüksek olmasına ve bebeğin mental ve davranışsal gelişimini olumsuz etkilemesine neden olabilir (Carter ve Kostaras, 2005; Lundy ve ark., 1999). Ayrıca, şiddetli depresif semptomlar, doğum öncesi kliniklerin yetersiz kullanımı, madde kötüye kullanımı, prematüre doğum ile ilişkilendirilmiştir (Evans ve ark., 2001); doğum sonrasında ise bu semptomlar kadının yeni doğan bebeğiyle ilgilenme becerisini ve önemli diğer ilişkileri sürdürme yeteneğini etkilemektedir (Stewart, 2011).

Hamilelikte, anksiyete belirtilerine benzer fiziksel değişimlerin meydana gelmesi nedeniyle, anksiyete bozukluklarının tanımlanması güç olabilir. Anksiyete bozukluğu tanısı almış kadınlar genellikle doğurganlık çağındadır veya bu çağı geçmiş olabilirler. Bu nedenle, anksiyete bozukluğu olan kadınların birçoğu, hastalıkları devam ederken hamile kalma olasılığına sahiptir (American Psychiatric Association, 1994). Buna rağmen, hamilelik döneminde anksiyete bozukluğuyla ilgili çalışma sayısı çok sınırlıdır. Araştırma bulgularına göre, bu dönemde anksiyete bozukluğu prevalansı %9 ile %30 arasında görülmektedir (Stuart ve ark., 1998; Uguz ve ark., 2010). Bu yüzden, Sağlık çalışanları, hamilelerin takibini yaparken, birçok faktörün kaygı ve stres oluşturabileceği bu dönemde karşılaşılabilecek risklere dikkat etmelidirler. Fiziksel değişikliklerin yanı sıra, psikolojik değişiklikleri de göz önünde bulundurarak

sorgulamalı ve gebelerin aile içi şiddet konusunda farkındalığını artırmalıdır. (Özşahin ve Erdemoğlu, 2018).

Sonuç olarak, araştırmalar, hamileliğin tüm trimesterleri boyunca depresif ve anksiyetik belirtilerin artabileceğini, özellikle üçüncü trimesterde yaşam kalitesinin düşebileceğini göstermektedir. Bu nedenle, hamilelik sırasında depresyon ve anksiyete belirtileri önemsenmeli, ciddiye alınmalı ve normal bir hamilelik durumu olarak değerlendirilmemelidir. Bu semptomlar ihmal edilmemeli ve gerektiği gibi tedavi edilmelidir (Zaman, Ozkan, & Toprak, 2018)

2.4.1 Hamilelikte Depresyon ve Anksiyete ile İlişkili Sosyodemografik Faktörler ve Yaşam Olayları

Hamilelik sırasında, kadınların psikolojik sağlığı birçok faktöre bağlıdır. Bu faktörler arasında eğitim düzeyi, sosyoekonomik durum, yaşayan çocuk sayısı, geçmiş hamilelik ve doğum deneyimleri, hamileliğin planlanmış olup olmaması, eşleriyle ilişkili sorunlar, aile içindeki dinamikler, annenin psikiyatrik öyküsü, hamilelikle ilgili aldıkları eğitimler ve bilgi düzeyi, çevrelerindeki olumlu veya olumsuz örnekler, düşük benlik saygı, algılanan destek ve sosyal içe çekilme yer almaktadır (Karaçam ve Ançel, 2007; Körükcü ve ark., 2017; Özşahin ve ark., 2018). Aynı şekilde, birçok araştırma, hamilelikte depresyon ve anksiyete semptomlarının yaş, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim seviyesi, sigara, alkol ve madde kullanımı, hamileliğin istemli olup olmaması gibi sosyodemografik faktörlerle ilişkili olabileceğini göstermektedir (Figueiredo ve Conde, 2011; Daglar ve ark., 2016). Özellikle ergenlik dönemindeki hamilelikler, yüksek riskli kategorisine girer ve anne ile bebeği için ciddi sağlık sorunlarına yol açabilir (Özalp ve ark., 2003). Örneğin, düşük doğum ağırlığı, bebek ölümlerinde önemli bir neden olup, adolesan annelere sahip bebeklerde daha sık görülür (Sezgin ve Akın, 1998).

Depresif belirtiler hamilelik sürecinde, geçmişte depresyon öyküsü olan ve tedaviyi yarıda bırakan kişilerde daha yüksek oranda görülür. Ayrıca, düşük öyküsü, ölü doğum yapma, sosyal destek yetersizliği, istenmeyen hamilelik durumu, tatminsiz evlilik, ailede depresyon öyküsü, doğacak çocukla ilgili endişeler, alkol veya sigara dahil olmak üzere madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı ve hamilelik öncesinde kadının 2 veya daha fazla kronik rahatsızlığının bulunması gibi faktörler hamilelik depresyonu riskini arttırmaktadır (O'Hara, 1995; Melville ve ark., 2010).

Ek olarak, yapılan çalışmalarda hane içindeki çocuk sayısı ile hamilelik döneminde depresyonun görülme sıklığı arasında pozitif ilişki olduğu da saptanmıştır. (Chung ve ark, 2001: 832; Çakır ve Can, 2012: 38).

Omidvar ve arkadaşlarının (2018) çalışmasına göre ise; depresyon, kaygı, evlilik memnuniyeti, stres ve sosyal destek gibi psikososyal faktörlerin hamilelik sırasında sağlıklı bir yaşam tarzına sahip olmakla ilişkili olduğu bulunmuştur. Hamilelikte; depresyonun sağlıklı yaşam tarzı ile negatif olarak ilişkili olduğu ve evlilikteki memnuniyetsizliğin beslenme, stres yönetimi, sağlık sorumluluğu ve kendini gerçekleştirme ile negatif ilişkili olduğu bulunmuştur. Yazarlar, bu faktörlerin belirlenmesi ve ele alınmasıyla, hamile kadınların genel sağlık ve refahını artırmanın mümkün olabileceğini belirtmişlerdir (Omidvar ve ark., 2018). Gourounti,

Anagnostopoulos ve Sandall (2014) tarafından yapılan bir araştırmada, anne adaylarının psikolojik durumlarına birçok farklı psikososyal faktörün etki edebileceği ve evlilik, sosyal destek ve anksiyete arasındaki ilişkinin önemi belirtilmiştir. (Gourounti, Anagnostopoulos, & Sandall, 2014).

Hamilelik sırasında; düşük maddi gelir seviyesi, işsizlik ve kişinin daha önce düşük öyküsünün bulunması, anksiyete, depresyon ve stresle ilişkili bulunmuştur. Bununla birlikte; inkar, davranışsal kopma, kendini suçlama, kendini dağıtma, madde kullanımı, kabul, olumlu yeniden yapılandırma, aktif başa çıkma ve duygusal destek arayışı gibi başa çıkma stratejileri de anksiyete ve depresyonla ilişkilidir. Bu nedenle; psikolojik destek, özellikle yüksek riskli anne adayları için önemli bir müdahale olarak düşünülebilir. (Gourounti ve ark., 2013). Arch (2014) ise, hamilelik anksiyetesi için öngörücüler olarak, daha yüksek eğitim düzeyi, daha düşük gelir, parite (daha önce çocuk sahibi olmama durumu), yüksek durumsal anksiyete ve yüksek genel anksiyete gibi faktörlerin daha yüksek hamilelik anksiyetesi ile ilişkili olduğunu tespit etmiştir. Daha önce çocuk doğurmanın, doğum hakkında bilgi, gerçekçi beklentiler ve doğumla ilgili öz yeterliliği artırarak (en azından önceki doğumlar iyi geçtiyse), doğum korkusu için güçlü bir koruyucu faktör olarak hizmet etmesini mantıklı bulmuştur. Çünkü, ilk kez doğum yapmak, birçok endişe verici bilinmeyeni içerir. Daha yüksek gelir, profesyonel destek (örneğin, doula) gibi doğum kaynaklarına daha fazla erişim ve nerede ve dolayısıyla nasıl doğum yapılacağına dair daha fazla sayıda ve kaliteli seçeneklerin bulunmasından dolayı doğum korkusunu azaltabilir şeklinde ifade etmiştir (Arch, 2014).

2.4.2 Hamilelikte Depresyon ve Anksiyetenin Önlenmesi ve Tedavi Yöntemleri

Her yeni doğan bebek, insan hayatında yeni bir umut ve geleceği temsil eder. Bu umudun sağlıklı bir şekilde doğması için ise; anne adayının fiziksel ve psikolojik olarak sağlıklı olması, kendinin ve bebeğinin sağlığı hakkında yeterli bilgiye sahip olması ve doğum sürecini özenle planlaması gerekmektedir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2002). Araştırmalar, hamileliğin tüm trimesterleri boyunca depresyon ve anksiyete gibi ruhsal bozukluklar yaşama olasılığının ciddi düzeyde arttığını ve bu artışın anne adayının yaşam kalitesini düşürebileceğini göstermektedir. Bu nedenle, hamilelik sırasında yaşanan fiziksel semptomlar kadar psikolojik semptomlar önemsenmeli, ciddiye alınmalı ve normal bir durum olarak değerlendirilmemelidir. Bu semptomlar gözden kaçırılmamalı hatta mümkün olduğunca yaşanmasını önlemek için tedbirler alınmalıdır (Zaman, Ozkan, & Toprak, 2018).

Hamilelikte ruhsal bozukluklar yaşanmasının önüne geçebilmenin ilk adımı, risk grubunun tespit edilmesidir. Bu risk grubu erken dönemde (mümkünse hamilelik başlamadan) tespit edilerek erken tedavi sağlanırsa anne ve bebek üzerindeki olası riskler de azaltılabilir. Bu yüzden, hamilelikte ruhsal bozuklukların tanınması için uygun ölçüm yöntemleri kullanılmalıdır. Örneğin, depresyon tespiti için en yaygın kullanılan ölçekler arasında Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Edinburgh Postnatal Depresyon Ölçeği (EPDÖ) yer almaktadır (Karaçam ve Ançel, 2009; Kim ve ark., 2009; Muzik ve ark., 2009). Ayrıca, önleyici önlemler, risk grubunu tespit edip tüm hamilelere ve yakın gelecekte hamile kalmayı planlayan kadınlara uygun psikolojik desteği sağlamalıdır (Bjelica ve Kapor-Stanulović, 2004).

Hamileliğin planlanmış olup olmaması hem önleme hem de tedavi müdahaleleri açısından önemlidir. Öyle ki, planlanmamış hamilelikler, ruhsal bozukluk tedavilerinin durdurulmasına neden olabilir. Hamilelik sırasında veya sonrasında ilaç tedavisi, fetüs ve anne üzerinde potansiyel etkileri nedeniyle mevcut hastalıkların kötüleşmesine ve ciddi komplikasyonlara yol açabilir. Bu yüzden hamilelerde ilaç seçimi yapılırken, ilaçların farmakokinetiği ve fetüs ile anne üzerindeki etkilerinin yanı sıra sürecin neden olduğu metabolik değişiklikler de dikkate alınmalıdır. Ek olarak, yetersiz sosyal destek veya partner şiddeti gibi faktörlerle birleşen planlanmamış hamilelikler, anne ve bebeğin sağlığı açısından olumsuz sonuçlara yol açabilir. (Çetin, 2011).

İlaç Tedavisi: Hamilelik sırasında birçok yaygın kullanılan antidepresan ve duyu dengeleyici ilaçta önemli farmakokinetik değişiklikler meydana gelebilir. Citalopram, klomipramin, imipramin, fluoksetin, fluvoksamin, nortriptilin, paroksetin ve sertralin gibi antidepresanların özellikle hamileliğin son dönemlerinde doz artışına ihtiyaç duyulabilir. Metabolizmadaki değişiklikler nedeniyle lityum, lamotrijin ve valproik asit için doz artışları da gerekebilir. Hamilelik dönemi ruhsal bozuklukların tedavisinde yakın klinik takibi, trisiklik antidepresanlar ve duyu dengeleyicilerin kullanılması önerilmiştir (Deligiannidis ve ark., 2014).

Psikoterapi: Yapılan çalışmalarda, hamilelik döneminde ve doğum sonrasında yaşanan ruhsal bozuklukların tedavisinde kullanılan en etkili psikoterapi yöntemleri BDT ve Kişilerarası İlişkiler Terapisi (KİT) olarak belirtilmiştir (Sevindik, 2005; Spinelli & Endicott, 2003)

Kişilerarası İlişkiler Terapisi: KİT, özellikle depresyon tedavisinde etkinliği kanıtlanmış, sınırlı, süreli ve yaşam olaylarına odaklanan bir psikoterapi yöntemidir. KİT, psikolojik sağlığın güncel kişilerarası ilişki sorunlarıyla ilişkili olduğu varsayımına dayanmaktadır. Bu terapinin amacı, hamilelik döneminde yaşanan depresif belirtileri azaltmak ve güncel kişilerarası ilişkilerini çözüme kavuşturmak için gerekli sosyal becerileri kazandırmaktır. Üç aşamalı terapinin ilk aşaması, kişinin depresyon belirtilerinin değerlendirilmesi ve depresif belirtilerle ilişkili olan ilişki sorunlarının belirlenmesini içerir. İkinci aşama, karmaşık yas, sosyal rollerde değişiklikler, kişilerarası ilişkilerde rol çatışmaları ve kişilerarası ilişkilerde yetersizlikler alanlarından birine odaklanır. Son aşamada ise, KİT terapisinin kazanımları gözden geçirilerek anne adayının güçlü yönleri desteklenir (Alkan, 2009).

Bilişsel Davranışçı Terapi: BDT, bireylerin günlük yaşamlarında karşılaştığı zorlukları ve yaşam problemlerini aşmalarına yardımcı olmak için öğrenme kuramlarını uygulayan, problem odaklı ve geçmişten ziyade günümüze odaklanan yaklaşımıyla davranışçı terapi kuramından geliştirilen bir psikoterapi yöntemidir. BDT, anne adayını süreç hakkında bilgilendirmeyi, uyumu artırmayı, stresle ve hamilelik sorunlarıyla baş etmeyi öğretmeyi amaçlar. Bu terapilerin genel hedefleri kişinin tatmin düzeyini artırmak, sosyal becerileri geliştirmek ve istenmeyen davranışları azaltmaktır. BDT teknikleri, diğer tedavilerle birlikte veya tek başına kullanılabilir (Demiralp ve Oflaz, 2007; Sevindik, 2005).

Sonuç olarak, tedavi ekipleri ve hasta aileleri için, farmakoterapötik yaklaşımların yanı sıra, KİT ve BDT gibi etkinliği ve güvenilirliği kanıtlanmış psikoterapötik yaklaşımların da dikkate alınması ve kullanılması gerekmektedir. Çünkü ilaç tedavisi hem bebek hem

de anne sağlığı için riskli olabilir. Kısa destekleyici tedaviler de bazı durumlarda profesyonel psikoterapötik desteğe ihtiyaç duyulabilen bir seçenek olabilir. Ek olarak, elektrokonvulziv tedavi ise, ilaç tedavisine yanıt vermeyen veya ciddi bir hastalık durumu olan anne adaylarında etkili bir tedavi seçeneği olarak önemini korumaktadır. (Özdamar, 2014).

2.5 Hamile Kadınlar ile Hamile Olmayan Kadınların Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması

Yapılan araştırmalar sonucunda, depresyon ve anksiyetenin, kadınlarda erkeklere göre daha sık görüldüğü ve kadınların bu rahatsızlığa yakalanma riskinin erkeklere göre iki kat daha fazla olduğu bilinmektedir (Cyranowski ve ark., 2000; Kessler, 2003; Öztürk ve Uluşahin, 2016). Ayrıca, partnerlerinin hamilelik döneminde erkekler de depresyona yakalanabilmektedir. Bu dönemde yaşanan depresyonun prevalansı ise kadınlarda (%10,3) erkeklere (%6,5) göre daha yüksek bulunmuştur. Her iki cinsiyette de evlilik memnuniyetsizliği yaşayan katılımcıların hamilelik dönemi sırasında depresyona yakalanma riskinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Escribè-Agüir ve ark., 2008).

Hamile olan ve olmayan kadınların depresyon ve anksiyete düzeyleri mukayese edildiğinde ise, hamile grubunun depresyon ve anksiyete düzeylerinin hamile olmayan gruba kıyasla yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca, özellikle 3. trimester olmak üzere hamileliğin her döneminde, depresyon düzeylerinin arttığı bulunmuştur. Dolayısıyla, araştırma sonuçları, bu dönemde kadınların yaşam kalitesinin önemli derecede düştüğünü göstermektedir. Bu sebeple, araştırmacılar, hamilelik sürecinde depresyon ve anksiyete semptomlarının önemsenmesi gerektiğini ve hamileliğin olağan bir parçası olarak görülüp teşhis ve tedavisinin ihmal edilmemesi gerektiğini belirtmişlerdir (Zaman ve ark., 2018). Ashley ve arkadaşlarının (2016) alışmasına göre, şiddetli depresyonun hamile kadınlarda görülme sıklığı yaklaşık %6.1 iken, hamile olmayan kadınlarda yaklaşık %7 civarındadır. Hafif depresyonun yaygınlığı ise, yaş, ırk, gelir düzeyi, istihdam durumu, eğitim seviyesi, medeni durum, genel sağlık durumu ve duygusal destek gibi temel değişkenler kontrol edildikten sonra, hamile kadınlar arasında %16.6 ve hamile olmayan kadınlar arasında %11.4 olarak bulunmuştur. Sonuç olarak; çalışma, şiddetli depresyon ile hamilelik arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını ancak hafif depresyonun hamile kadınlar arasında daha yaygın olduğunu ortaya koymuştur.

Bu bulgularla uyumsuz olarak, Ko ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan çalışmada, hamile kadınlar arasında depresyon prevalansının, hamile olmayan üreme çağındaki kadınlarla karşılaştırıldığında daha düşük olduğu bulunmuştur. Ayrıca, COVID-19 pandemi sürecinde in’de yapılan bir çalışmada ise, hamile kadınların depresyon, kaygı ve uykusuzluk (insomnia) gibi psikiyatrik rahatsızlıklara yakalanma riskinin hamile olmayan kadınlara oranla daha düşük olduğunu göstermektedir (Zhou ve ark., 2020). Hamile ve hamile olmayan kadınlar depresyonun iki alt boyutuna göre kıyaslandığında, anaklitik depresyon açısından farklı olmadıkları, ancak hamile kadınların introjektif depresyon seviyesinin hamile olmayan kadınlarınkinden daha düşük olduğu saptanmıştır (Dimitrovski ve ark., 2002). Çalışkan ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada ise, hamile kadınların ve hamile olmayan kadınların depresyon seviyeleri kıyaslandığında anlamlı bir fark bulunamadığı gibi hamileliklerinin farklı

trimesterlerinde olan kadınların depresyon seviyeleri arasında da anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Sonuç olarak, depresyon ve anksiyete özellikle hamilelik döneminde sık görülen ve istenmeyen sonuçlara yol açabilen psikiyatrik bozukluklardır. Hamile kadınlar bu önemli dönemde anksiyete ve depresyona yakalanma riskini yüksek oranda taşırlar (Hassani ve ark., 2017). Bu yüzden bu hususa dikkat çekilmesi ve daha çok araştırma yapılması önemlidir. Bu çalışma da hamile olan ve olmayan kadınların depresyon ve anksiyete seviyelerini kıyaslamak ve etkileyen demografik özellikleri saptama amacıyla yapılmıştır.

3. YÖNTEM

3.1 Evren ve Örneklem

Araştırma için Antalya Bilim Üniversitesi Etik Kurulundan onay alınmıştır (Karar Numarası: 2023/12, E-12402273-640.640.640-2300003379). Araştırmanın evrenini 18-45 yaş aralığındaki hamile kadınlar ve 18-45 yaş aralığındaki hamile olmayan kadınlar oluşturmaktadır.

Çalışmada dahil edilme ölçütü olarak, gönüllü olmak, cinsiyet (kadın olmak), yaş aralığı (18 yaşından büyük ve 45 yaşından küçük olmak) ve doldurulan formların hatasız olma durumu göz önünde bulundurulmuştur. Çalışmanın dışlama kriterleri ise 18 yaşın altında veya 45 yaşın üstünde olmak ve erkek olmaktır.

Katılımcı sayısı belirlenirken geçmişte yapılan benzer çalışmalar göz önünde bulundurularak gerekli hesaplamalar yapılmıştır. Zaman ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında, hamile kadınların Beck Depresyon Envanteri skorları ortalaması 17,34 ve hamile olmayan kadınların Beck Depresyon Envanteri skorları ortalaması 9,04 olarak bulunmuştur. Bu veriler baz alınarak G Power %95 güç ve .05 hata payıyla hesaplandığında hamile kadınlar için 26 katılımcı, hamile olmayan kadınlar için ise 26 katılımcı olmak üzere toplam 52 katılımcı yeterli bulunmuştur. Araştırmanın genellenebilirliğini arttırmak amacıyla daha fazla gönüllü katılımcıya ulaşılmış ve çalışmaya dahil edilmiştir. Sonuç olarak, çalışmaya hamile kadınlar grubunda 152 katılımcı ve hamile olmayan kadınlar grubunda 178 katılımcı olmak üzere toplam 330 katılımcı dahil edilmiştir.

3.2 Veri Toplama Araçları

Araştırmada, veriler gönüllü katılımcılardan yüz yüze ve google forms aracılığıyla toplanmıştır. Katılımcılardan ilk olarak bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Daha sonra, katılımcılara demografik özelliklerini, depresyon ve anksiyete düzeylerini ölçmek amacıyla oluşturulan ve seçilen değerlendirme formları sunulmuş ve doldurmaları istenmiştir. Bunlar; Demografik Bilgi Formu, Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Beck Anksiyete Envanteri (BAE) olarak belirlenmiştir. Son olarak, elde edilen bulgular istatistiksel olarak analiz edilmiştir. Aşağıda yer alan başlıklarda değerlendirme formlarının özelliklerine ilişkin bilgiler verilmiştir.

3.2.1 Demografik Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanmış olan demografik bilgi formu; katılımcının yaşı, eğitim durumu, medeni hali, maddi gelir seviyesi, eğer evliyse eşinin maddi gelir seviyesi, sosyal güvence varlığı, evde beraber yaşadığı kişilerin sayısı gibi demografik bilgilerini içeren sorular ve hamileliğin kaçınıcı haftasında olduğu, , daha önce düşük veya kürtaj öyküsü olup olmadığı, kaç çocuğu olduğu ve alkol sigara kullanımı gibi bazı özelliklerini içeren sorulardan oluşmaktadır. Doğrudan mevcut hamilelikle ilgili olan son iki soru hamile olmayan katılımcıların demografik bilgi formunda kullanılmamıştır.

3.2.2 Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Mevcut çalışmada kadınların depresif belirti seviyelerini ölçmek amacıyla kullanılan bu envanter, normal ve psikiyatrik popülasyonlardaki depresyonun merkezinde yer alan olumsuz bilişsel çarpıtmalara dayanarak depresyon şiddetini ölçmek için bilişsel davranışçı terapinin kurucusu olan Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilmiştir ve günümüzde yaygın olarak kullanılmaktadır (Jackson-Koku, 2016). Geçerli, güvenilir ve uygulama açısından pratik olduğu için tercih edilmiştir. Bu ölçek Hisli (1989) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. BDE, 21 maddelik, 4 seçenekli likert tipi bir öz bildirim ölçüm aracıdır. Katılımcılardan, son bir haftayı dikkate alarak her semptomu 0 ile 3 puan aralığında değişen dört yanıt seçeneğine göre derecelendirmeleri istenir. Bu ölçekte puanlar 0 ile 63 arasında değişebilmektedir ve kesme puanı 17 olarak belirlenmiştir. Yüksek puanlar daha şiddetli depresyonu ifade ederken, düşük puanlar daha hafif depresyonu ifade etmektedir. Beck Depresyon Envanteri için;

0 - 9 puan aralığı minimal depresif belirti,

10-16 puan aralığı hafif derecede depresif belirti,

17 - 24 puan: Orta derecede depresif belirti,

25 ve üzeri puan ise ciddi depresif belirti olarak değerlendirilmektedir (Beck ve ark., 1961).

Beck ve arkadaşları (1961) tarafından, ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .75'ten yüksek bulunmuştur. Ek olarak, Holcomb ve arkadaşları (1996) tarafından Beck Depresyon Envanteri'nin özelliklerinin hamile depresyonu üzerinde taramayı amaçlayan bir çalışmada, ölçeğin hamilelik sırasında depresyon belirtilerinin tespiti için hızlı bir tarama testi olarak kullanılabilir olduğu bulunmuştur. Ancak, araştırmacılar, hamile popülasyonda normal popülasyondaki kullanımdan farklı olarak, daha yüksek bir kesme değerinin gerekli olduğunu belirtmişlerdir. 882 psikiyatrik olmayan hamile kadın örneklemiyle yapılan bir diğer çalışmada ise; iç tutarlılık, öge sıklığı ve faktör boyutları ilişkisi analiz edilmiş ve BDE .85 Cronbach alfa katsayısı ile yüksek bir iç tutarlılık düzeyi göstermiştir (Salamero ve ark., 1994). Sonuç olarak, BDE, normal popülasyonda olduğu gibi hamile kadınların depresyon düzeyini ölçmek için de kullanılabilir tutarlı ve uygun bir ölçüm aracıdır (Holcomb ve ark., 1996; Salamero ve ark., 1994).

3.2.3 Beck Anksiyete Envanteri (BAE)

Beck Anksiyete Envanteri, normal ve psikiyatrik popülasyonlardaki anksiyete şiddetini ölçmek için Beck ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilmiştir (akt. Hewitt, 1993). Beck ve arkadaşları (1988) tarafından ölçeğin iç tutarlılık cronbach alfa değeri .92 ($\alpha = .92$) ve bir hafta boyunca test-tekrar test güvenilirliği iç tutarlılık katsayısı değeri .75 olarak bulunmuştur. Bu ölçek Ulusoy ve arkadaşları (1996) tarafından türkçeye uyarlanmış ve psikometrik özellikleri incelenmiştir. Beck Anksiyete Envanteri, tıpkı Beck Depresyon Envanteri gibi 21 maddeden oluşan 4'lü likert tip ve öz bildirim dayalı bir ölçüm aracıdır. Anksiyetenin sorgulanması amacı ile somatik ve kognitif

anksiyete yakınmalarını inceleyen ve her sorusu 0 - 3 arası puanlanan likert tipindeki bu ölçekten maximum puan 63 puan alınabilmektedir ve kesme puanı 17 olarak kabul edilmektedir. Son olarak, Beck Anksiyete Envanteri için:

0 – 7 puan aralığı minimal düzeyde anksiyete belirtisi,

8 - 15 puan aralığı hafif düzeyde anksiyete belirtisi,

16 - 25 puan aralığı orta düzeyde anksiyete belirtisi,

26 - 63 puan aralığı ise şiddetli düzeyde anksiyete belirtisi olarak değerlendirilmektedir (Beck ve ark., 1988).

3.3 Verilerin Analizi

Bu araştırmada kullanılan ölçekler,18-45 yaş aralığındaki hamile olan ve olmayan toplam 330 kadın tarafından doldurulmuştur. Çalışmanın amacı, doğurganlık çağındaki hamile ve hamile olmayan kadınların anksiyete ve depresyon seviyelerini karşılaştırmak ve her iki grup için ayrı ayrı sosyodemografik özelliklerin depresyon ve anksiyete düzeyleriyle olan ilişkilerini incelemektir. Bu amaç doğrultusunda toplanan veriler IBM SPSS 22 istatistik programı aracılığı ile gerekli istatistiksel analizlere tabi tutulmuştur. Katılımcıların demografik değişkenleri betimsel istatistiksel yöntemler kullanılarak analiz edilmiştir. Veri setinin analizi için, öncelikle uygun testin seçilebilmesi amacıyla ilgili değişkenlerin normal dağılım gösterip göstermediği çarpıklık ve basıklık değerlerine göre sorgulanmıştır. Tüm değişkenler normal dağılıma uygun bulunmuştur. Hamile kadınlar ve hamile olmayan kadınların BDE ve BAE skorları kıyaslanırken Bağımsız Değişkenler t-testi uygulanmıştır. Eğitim seviyesi, sosyal sigorta varlığı, kürtaj ve düşük geçmişi, çalışma durumu ve medeni hal gibi değişkenler ile BDE ve BAE skorları ilişkisini incelemek için Bağımsız Örneklem t-testi analiz yöntemi kullanılmıştır. Yaş, aylık gelir, evde yaşayan kişi sayısı, çocuk sayısı, evlilik süresi ve hamilelik haftası gibi bağımsız değişkenlerle BDE ve BAE skorları arasındaki ilişkiyi incelemek için ise Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Ayrıca, hamile olan ve olmayan kadınların anksiyete ve depresyon düzeyleri ile demografik değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla adimsal regresyon analizi kullanılmıştır.

4. BULGULAR

4.1 Katılımcıların Demografik Bilgileri ile İlgili Bulgular

Doğurganlık çağındaki hamile ve hamile olmayan kadınların anksiyete ve depresyon seviyelerini karşılaştırmayı ve demografik özelliklerin depresyon ve anksiyete düzeyleriyle olan ilişkilerini incelemeyi hedefleyen bu çalışmaya 152 hamile kadın ve 178 hamile olmayan kadın olmak üzere toplam 330 kadın katılmıştır. Her iki grup da Demografik Bilgi Formu, BDE ve BAE sorularını yanıtlamıştır.

4.2 Tüm Katılımcılara Ait Bulgular

Çalışmaya katılan kişilerin demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 1 ve Tablo 2’de sunulmuştur.

Katılımcıların yaşları 18 ile 45 arasında değişmektedir ve ortalama yaş 28,24 iken standart sapması 5,81’dir. Katılımcıların evlenme yaşları 15 ile 38 arasındadır (Ort. = 25,14 SS= 3,65). Katılımcıların kaç yıldır evli oldukları 0 ile 28 sene arasında ve evlilik seneleri ortalaması 5,84 iken standart sapması 6,38 senedir. Katılımcıların aylık gelirleri 0 ile 100.000 TL arasında değişmekte olup, ortalaması 12.648 standart sapması 14.945 TL’dir. Eşlerinin aylık gelirleri ise 7.500 ile 150.000 TL arasındadır (Ort. = 27.683 SS =26.535). Tablo 2’de görüldüğü gibi; katılımcıların %58,5’inin üniversite mezunu olduğu (N=193), %57,3’ünün çalışıyor olduğu (N=189), %72,1’inin evli olduğu (N=238), %87,8’inin sosyal güvencesinin olduğu (N=288) ve %46,4’ünün geçmişte sigara alışkanlığı olduğu (N=153) saptanmıştır. Ayrıca %16,6’sının düşük (N=48) ve %17’sinin kürtaj (N=56) öyküsü olduğu ve tüm katılımcıların %46,1’inin hamile olduğu (N=152) saptanmıştır.

Son olarak, tüm katılımcıların Beck Depresyon Envanterinden aldıkları puanların ortalaması 17,75 ve standart sapması 10,18 iken; Beck Anksiyete Envanterinden aldıkları puanların ortalaması 15,95 ve standart sapması 10,99’dur.

Tablo 1: Tüm Katılımcıların Demografik Bilgileri-1

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	SS
Yaş	330	18	45	29,24	5,81
Aylık gelir	285	0	100.000	12.648	14.945
Eşin aylık geliri	205	7.500	150.000	27.673	25.701
Evlenme yaşı	237	15	38	25,14	3,65
Evlilik süresi	236	0	28	5,84	6,38
Evdeki kişi sayısı	329	0	9	2,82	1,25

Çocuk sayısı	330	0	3	0	0,85
Hamilelik haftası	150	4	38	21,32	9,47
Depresyon skoru	330	0	51	17,75	10,18
Anksiyete skoru	330	0	54	15,95	10,99

4.2 Hamile Olan ve Olmayan Kadınlara Ait Bulgular

4.2.1 Hamile Olan ve Olmayan Kadınlara Ait Demografik Bilgiler-1

Katılımcıların sürekli demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 3'te sunulmuştur.

Hamile kadınların yaş ortalamasının 30,28 ve standart sapmasının 4,57, evlenme yaşı ortalamasının 25,13 ve standart sapmasının 3,74, evlilik süresi ortalamasının 4,82 ve standart sapmasının 4,74 sene, aylık gelir ortalamasının 10.162 ve standart sapmasının 13.167 TL ve eşlerinin aylık gelir ortalamasının 25.032 ve standart sapmasının 26.386 TL, BDE skorlarının ortalamasının 19,51 ve standart sapmasının 10,39 ve BAE skorlarının ortalamasının 17,96 ve standart sapmasının 11,19 olduğu belirlenmiştir. Hamilelik haftası ile ilgili soru, yöntemde belirtildiği gibi demografik bilgi formunda hamile olmayan kadınlara sunulmamıştır. Bu yüzden tabloda ilgili kısımlar boş bırakılmıştır. Hamile olmayan kadınların yaş ortalamasının 28,35 ve standart sapmasının 6,57, evlenme yaşı ortalamasının 25,16 ve standart sapmasının 3,53, evlilik süresi ortalamasının 7,43 ve standart sapmasının 7,89 sene, aylık gelir ortalamasının 14.917 ve standart sapmasının 15.631 TL, BDE skorlarının ortalamasının 16,24 ve standart sapmasının 9,77 ve BAE skorlarının ortalamasının 14,24 ve standart sapmasının 10,54 olduğu belirlenmiştir. Ayrıca çocuk sayısı ortanca değeri her iki grup için de 0'dır.

Tablo 3'te sunulan bu veriler, hamile katılımcıların ve hamile olmayan katılımcıların sürekli demografik özelliklerinin oldukça benzer olduğunu ortaya koymaktadır.

Tablo 3: Hamile Olan ve Olmayan Kadınlara Ait Demografik Bilgiler-1

	Hamile Kadınlar			Hamile Olmayan Kadınlar		
	Ortalama	SS	N	Ortalama	SS	N
BAE	17,96	11,19	152	14,24	10,54	178
BDE	19,51	10,39	152	16,24	9,77	178
Yaş	30,28	4,57	152	28,35	6,57	178
Aylık gelir	10.162	13.697	136	14.917	15.631	149
Eşin aylık geliri	25.032	26.386	123	12.000	24.258	82

Evlenme yaşı	25,13	3,74	145	25,16	3,53	92
Evlilik süresi	4,82	4,74	144	7,43	7,89	92
Evdeki kişi sayısı	2,65	1,16	152	2,97	1,31	177
Çocuk sayısı	0	1,16	152	0	0,62	178
Hamilelik haftası	21,32	9,47	150			

4.2.2 Hamile Olan ve Olmayan Kadınlara Ait Demografik Bilgiler-2

Tablo 4'te görüldüğü üzere; hamile katılımcıların %47,4'ünün üniversite mezunu olduğu (N=72), %58,3'ünün çalışıyor olduğu (N=88), %95,4'ünün evli olduğu (N=145), %88,2'sinin sosyal güvencesinin olduğu (N=134) saptanmıştır. Ayrıca %19,9'unun düşük (N=30) ve %18,5'inin kürtaj (N=28) öyküsü olduğu tespit edilmiştir.

Ayrıca; hamile olmayan katılımcıların %69,7'sinin üniversite mezunu olduğu (N=124), %56,7'sinin çalışıyor olduğu (N=101), %52,2'sinin evli olduğu (N=93), %87,5'inin sosyal güvencesinin olduğu (N=154) saptanmıştır. Ayrıca %10,1'inin düşük (N=18) ve %15,7'sinin kürtaj (N=28) öyküsü olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4: Hamile Olan ve Olmayan Kadınlara Ait Demografik Bilgiler-2

		Hamile		Hamile Olmayan	
		N	Yüzde	N	Yüzde
Eğitim seviyesi	Lise	72	47,4	20	11,2
	Üniversite	80	52,6	158	88,8
Çalışma durumu	Çalışıyor	88	58,3	101	56,7
	Çalışmıyor	63	41,7	77	43,3
Medeni hal	Bekar	7	4,6	85	47,8
	Evli	145	95,4	93	52,2
Sosyal güvence	Yok	18	11,8	22	12,5
	Var	134	88,2	154	87,5
Düşük tecrübesi	Yok	121	80,1	160	89,9
	Var	30	19,9	18	10,1
Kürtaj tecrübesi	Yok	123	81,5	150	84,3
	Var	28	18,5	28	15,7
Sigara kullanımı	Kullanmıyor	124	81,6	97	54,5
	Kullanıyor	28	18,4	81	45,5
Sigara geçmişi	Kullanmamış	89	58,6	88	49,4
	Kullanmış	63	41,4	90	50,6

Alkol kullanımı	Kullanmıyor	129	84,9	64	36
	Kullanıyor	23	15,1	114	64
Alkol geçmişi	Kullanmamış	84	55,3	62	34,8
	Kullanmış	68	44,7	116	65,2
Hamilelik planı	Planlı	49	67,8		
	Planlı değil	103	32,2		

4.3 Hamile Olan ve Olmayan Kadınların Anksiyete ve Depresyon Seviyelerinin BDE ve BAE Skorları Aracılığıyla Karşılaştırılması

Hamile kadınların BAE skorları ortalaması 17,96 iken, hamile olmayan kadınların BAE skorları ortalaması 14,24 bulunmuştur. Hamile kadınların BDE skorları ortalaması 19,51 bulunurken, hamile olmayan kadınların BDE skorları ortalaması 16,24 olarak bulunmuştur. Tablo 5'te görüldüğü üzere hamile kadınların BDE ve BAE skorları ortalamaları hamile olmayan kadınlara göre daha yüksektir. Ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını araştırmak için bağımsız değişkenler t-testi yapılmış ve Tablo 5'te sunulmuştur.

4.3.1 Hamile Olan ve Olmayan Kadınların BDE ve BAE Skorlarının t-test ile Karşılaştırılması

Bağımsız örneklem t-testi, hamile olan ve olmayan kadınların BDE ve BAE skorları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek için yapılmıştır. Sonuçlar, hamile kadınlar (Ort.=19,51) ile hamile olmayan kadınlar (Ort.= 16,24) arasında BDE skorları açısından anlamlı bir fark olduğunu [$t(328) = 2,95, p = .003 < .05$] ve hamile kadınlar (Ort.= 17,96) ile hamile olmayan kadınlar (Ort.= 14,24) arasında BAE skorları açısından da anlamlı bir fark olduğunu [$t(328) = 3,09, p = .002 < .05$] göstermektedir. Tablo 5'te sunulan BDE ve BAE skorları ortalamaları göz önüne alındığında, bulgular, hamile kadınların BDE ve BAE skorları ortalamalarının hamile olmayan kadınlara göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğunu göstermektedir ($p < .05$).

Tablo 5: Hamile Olan ve Olmayan Kadınların BDE ve BAE Skorlarının t-test ile Karşılaştırılması

		N	Ortalama	Ortalama farkı	t	p
BAE	Hamile	152	17,96	3,72	3,09	.002*
	Hamile değil	178	14,24			
BDE	Hamile	152	19,51	3,27	2,95	.003*
	Hamile değil	178	16,24			

BAE: Beck Anksiyete Envanteri, BDE: Beck Anksiyete Envanteri * = ilişki 0.05 düzeyinde anlamlı

4.4 Hamile Olan ve Olmayan Kadınların Depresyon ve Anksiyete Skorları ile Demografik Verilerin İlişkisinin İncelenmesi

4.4.1 Hamile Olan ve Olmayan Kadınların BDE ve BAE Skorları ile İlişkili Sürekli Demografik Değişkenlerin Korelasyonlarının İncelenmesi

Hamile olan ve olmayan kadınların depresyon ve anksiyete ölçeği puanları ile sürekli demografik değişkenlerinin puanları arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla yapılan Pearson Korelasyon Analizi sonuçları Tablo 6'da sunulmuştur. Hamilelerin BAE skorları ile aylık gelir ($r=-.240^*$) arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. ($p<.05$). Hamile olmayan kadınların BDE skorları ile evlilik seneleri ($r=.235^*$) arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<.05$).

Sonuç olarak, korelasyon analizi bulguları, hamile kadınların aylık geliri arttıkça anksiyete düzeylerinin azaldığını göstermektedir ($p<.05$). Ayrıca; bulgular, hamile olmayan kadınların evlilik seneleri arttıkça depresyon skorlarının arttığını göstermektedir. Diğer değişkenler ile her iki grubun da depresyon ve anksiyete skorları arasında anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır ($p>.05$)

Tablo 6: Hamile Olan ve Olmayan Kadınların BDE ve BAE Skorları ile İlişkili Sürekli Demografik Değişkenlerin Korelasyonlarının İncelenmesi

		Yaş	Evlenme yaşı	Aylık gelir	Evlilik süresi	Eş aylık geliri	Evdeki kişi	Çocuk sayısı	Hamilelik haftası
Hamile	BDE	.023	-.045	-.119	.069	-.117	.108	.095	-.019
	BAE	-.085	-.131	-.240*	.031	-0,026	.097	.104	.071
Hamile değil	BDE	.093	-.174	-.147	.235*	-.159	.127	.096	
	BAE	-.002	.008	-.067	-.013	-.142	-.030	-.058	

BAE: Beck Anksiyete Envanteri, BDE: Beck Anksiyete Envanteri *= $p < .05$ ilişkisi anlamlı

4.4.2 Hamile Kadınların BDE ve BAE Skorları ile İlişkili Kategorik Demografik Değişkenlerin T-Test ile İncelenmesi

Bağımsız örneklem t-testi, kategorik demografik değişkenler ile BAE ve BDE skorları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek için yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 7'de sunulmuştur.

Hamile kadınlarda; üniversite ve üzeri eğitim alan kadınların (Ort.=17,86) ve yalnızca lise eğitimi alan kadınların (Ort.=19,11) BDE skorları arasında anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir. [$t(151) = 2,095, p = .038 < .05$]. Ayrıca, çalışan hamile kadınların (Ort.=16,34) ve çalışmayan hamile kadınların (Ort.=20,38) BAE skorları arasında anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir. [$t(151) = 2,213, p = .028 < .05$]. Düşük tecrübesi olan kadınların anksiyete ve depresyon seviyeleri düşük tecrübesi olmayan kadınlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur ($p=.00$).

Tablo 7: Hamile Kadınların BDE ve BAE Skorları ile İlişkili Kategorik Demografik Değişkenlerin T-Test ile İncelenmesi

		N	Ort.		SS		t		p																																																																																																																																																																						
			BAE	BDE	BAE	BDE	BAE	BDE	BAE	BDE																																																																																																																																																																					
Eğitim seviyesi	Lise	72	19,11	21,36	10,61	10,09	1,204	2,095	0,231	,038*																																																																																																																																																																					
	Üniversite	80	16,92	17,86	11,71	10,57					Çalışma durumu	Çalışıyor	88	16,34	18,71	10,85	10,3	2,213	1,163	,028*	0,247	Çalışmıyor	63	20,38	20,71	11,35	10,56	Medeni hal	Bekar	7	24	25,28	11,1	14,71	1,467	1,509	0,145	0,133	Evli	145	17,66	19,24	11,15	10,12	Sosyal güvence	Yok	18	20,94	20,11	13,85	11,58	1,206	0,206	0,23	0,798	Var	134	17,55	19,44	10,79	10,27	Düşük tecrübesi	Yok	121	15,95	18,45	9,78	9,88	-3,91	-2,478	,00*	,014*	Var	30	25,96	23,63	13,15	11,64	Kürtaj tecrübesi	Yok	123	16,3	17,6	9,64	8,82	-3,045	-3,956	,00*	,00*	Var	28	25,14	27,71	14,66	12,84	Sigara kullanımı	Kullanmıyor	124	17,67	19,07	11,5	10,11	-0,655	-1,117	0,514	0,266	Kullanıyor	28	19,07	21,5	9,83	11,53	Sigara geçmişi	Kullanmamış	89	15,11	18,06	8,93	10,1	-3,673	-2,069	,00*	,040*	Kullanmış	63	21,98	21,87	12,8	10,53	Alkol kullanımı	Kullanmıyor	129	17,66	19,75	11,15	10,14	-0,765	0,651	0,445	0,516	Kullanıyor	23	19,6	18,21	11,53	11,87	Alkol geçmişi	Kullanmamış	84	15,53	19,05	9,14	9,82	-2,946	-0,605	,003*	0,546	Kullanmış	68	20,98	20,08	12,74	11,1	Hamilelik planı	Planlı	49	16,62	17,52	10,48	9,42	2,164	3,352	,032*	,001*	Planlı değil
Çalışma durumu	Çalışıyor	88	16,34	18,71	10,85	10,3	2,213	1,163	,028*	0,247																																																																																																																																																																					
	Çalışmıyor	63	20,38	20,71	11,35	10,56					Medeni hal	Bekar	7	24	25,28	11,1	14,71	1,467	1,509	0,145	0,133	Evli	145	17,66	19,24	11,15	10,12	Sosyal güvence	Yok	18	20,94	20,11	13,85	11,58	1,206	0,206	0,23	0,798	Var	134	17,55	19,44	10,79	10,27	Düşük tecrübesi	Yok	121	15,95	18,45	9,78	9,88	-3,91	-2,478	,00*	,014*	Var	30	25,96	23,63	13,15	11,64	Kürtaj tecrübesi	Yok	123	16,3	17,6	9,64	8,82	-3,045	-3,956	,00*	,00*	Var	28	25,14	27,71	14,66	12,84	Sigara kullanımı	Kullanmıyor	124	17,67	19,07	11,5	10,11	-0,655	-1,117	0,514	0,266	Kullanıyor	28	19,07	21,5	9,83	11,53	Sigara geçmişi	Kullanmamış	89	15,11	18,06	8,93	10,1	-3,673	-2,069	,00*	,040*	Kullanmış	63	21,98	21,87	12,8	10,53	Alkol kullanımı	Kullanmıyor	129	17,66	19,75	11,15	10,14	-0,765	0,651	0,445	0,516	Kullanıyor	23	19,6	18,21	11,53	11,87	Alkol geçmişi	Kullanmamış	84	15,53	19,05	9,14	9,82	-2,946	-0,605	,003*	0,546	Kullanmış	68	20,98	20,08	12,74	11,1	Hamilelik planı	Planlı	49	16,62	17,52	10,48	9,42	2,164	3,352	,032*	,001*	Planlı değil	103	20,77	23,71	12,19	11,17												
Medeni hal	Bekar	7	24	25,28	11,1	14,71	1,467	1,509	0,145	0,133																																																																																																																																																																					
	Evli	145	17,66	19,24	11,15	10,12					Sosyal güvence	Yok	18	20,94	20,11	13,85	11,58	1,206	0,206	0,23	0,798	Var	134	17,55	19,44	10,79	10,27	Düşük tecrübesi	Yok	121	15,95	18,45	9,78	9,88	-3,91	-2,478	,00*	,014*	Var	30	25,96	23,63	13,15	11,64	Kürtaj tecrübesi	Yok	123	16,3	17,6	9,64	8,82	-3,045	-3,956	,00*	,00*	Var	28	25,14	27,71	14,66	12,84	Sigara kullanımı	Kullanmıyor	124	17,67	19,07	11,5	10,11	-0,655	-1,117	0,514	0,266	Kullanıyor	28	19,07	21,5	9,83	11,53	Sigara geçmişi	Kullanmamış	89	15,11	18,06	8,93	10,1	-3,673	-2,069	,00*	,040*	Kullanmış	63	21,98	21,87	12,8	10,53	Alkol kullanımı	Kullanmıyor	129	17,66	19,75	11,15	10,14	-0,765	0,651	0,445	0,516	Kullanıyor	23	19,6	18,21	11,53	11,87	Alkol geçmişi	Kullanmamış	84	15,53	19,05	9,14	9,82	-2,946	-0,605	,003*	0,546	Kullanmış	68	20,98	20,08	12,74	11,1	Hamilelik planı	Planlı	49	16,62	17,52	10,48	9,42	2,164	3,352	,032*	,001*	Planlı değil	103	20,77	23,71	12,19	11,17																													
Sosyal güvence	Yok	18	20,94	20,11	13,85	11,58	1,206	0,206	0,23	0,798																																																																																																																																																																					
	Var	134	17,55	19,44	10,79	10,27					Düşük tecrübesi	Yok	121	15,95	18,45	9,78	9,88	-3,91	-2,478	,00*	,014*	Var	30	25,96	23,63	13,15	11,64	Kürtaj tecrübesi	Yok	123	16,3	17,6	9,64	8,82	-3,045	-3,956	,00*	,00*	Var	28	25,14	27,71	14,66	12,84	Sigara kullanımı	Kullanmıyor	124	17,67	19,07	11,5	10,11	-0,655	-1,117	0,514	0,266	Kullanıyor	28	19,07	21,5	9,83	11,53	Sigara geçmişi	Kullanmamış	89	15,11	18,06	8,93	10,1	-3,673	-2,069	,00*	,040*	Kullanmış	63	21,98	21,87	12,8	10,53	Alkol kullanımı	Kullanmıyor	129	17,66	19,75	11,15	10,14	-0,765	0,651	0,445	0,516	Kullanıyor	23	19,6	18,21	11,53	11,87	Alkol geçmişi	Kullanmamış	84	15,53	19,05	9,14	9,82	-2,946	-0,605	,003*	0,546	Kullanmış	68	20,98	20,08	12,74	11,1	Hamilelik planı	Planlı	49	16,62	17,52	10,48	9,42	2,164	3,352	,032*	,001*	Planlı değil	103	20,77	23,71	12,19	11,17																																														
Düşük tecrübesi	Yok	121	15,95	18,45	9,78	9,88	-3,91	-2,478	,00*	,014*																																																																																																																																																																					
	Var	30	25,96	23,63	13,15	11,64					Kürtaj tecrübesi	Yok	123	16,3	17,6	9,64	8,82	-3,045	-3,956	,00*	,00*	Var	28	25,14	27,71	14,66	12,84	Sigara kullanımı	Kullanmıyor	124	17,67	19,07	11,5	10,11	-0,655	-1,117	0,514	0,266	Kullanıyor	28	19,07	21,5	9,83	11,53	Sigara geçmişi	Kullanmamış	89	15,11	18,06	8,93	10,1	-3,673	-2,069	,00*	,040*	Kullanmış	63	21,98	21,87	12,8	10,53	Alkol kullanımı	Kullanmıyor	129	17,66	19,75	11,15	10,14	-0,765	0,651	0,445	0,516	Kullanıyor	23	19,6	18,21	11,53	11,87	Alkol geçmişi	Kullanmamış	84	15,53	19,05	9,14	9,82	-2,946	-0,605	,003*	0,546	Kullanmış	68	20,98	20,08	12,74	11,1	Hamilelik planı	Planlı	49	16,62	17,52	10,48	9,42	2,164	3,352	,032*	,001*	Planlı değil	103	20,77	23,71	12,19	11,17																																																															
Kürtaj tecrübesi	Yok	123	16,3	17,6	9,64	8,82	-3,045	-3,956	,00*	,00*																																																																																																																																																																					
	Var	28	25,14	27,71	14,66	12,84					Sigara kullanımı	Kullanmıyor	124	17,67	19,07	11,5	10,11	-0,655	-1,117	0,514	0,266	Kullanıyor	28	19,07	21,5	9,83	11,53	Sigara geçmişi	Kullanmamış	89	15,11	18,06	8,93	10,1	-3,673	-2,069	,00*	,040*	Kullanmış	63	21,98	21,87	12,8	10,53	Alkol kullanımı	Kullanmıyor	129	17,66	19,75	11,15	10,14	-0,765	0,651	0,445	0,516	Kullanıyor	23	19,6	18,21	11,53	11,87	Alkol geçmişi	Kullanmamış	84	15,53	19,05	9,14	9,82	-2,946	-0,605	,003*	0,546	Kullanmış	68	20,98	20,08	12,74	11,1	Hamilelik planı	Planlı	49	16,62	17,52	10,48	9,42	2,164	3,352	,032*	,001*	Planlı değil	103	20,77	23,71	12,19	11,17																																																																																
Sigara kullanımı	Kullanmıyor	124	17,67	19,07	11,5	10,11	-0,655	-1,117	0,514	0,266																																																																																																																																																																					
	Kullanıyor	28	19,07	21,5	9,83	11,53					Sigara geçmişi	Kullanmamış	89	15,11	18,06	8,93	10,1	-3,673	-2,069	,00*	,040*	Kullanmış	63	21,98	21,87	12,8	10,53	Alkol kullanımı	Kullanmıyor	129	17,66	19,75	11,15	10,14	-0,765	0,651	0,445	0,516	Kullanıyor	23	19,6	18,21	11,53	11,87	Alkol geçmişi	Kullanmamış	84	15,53	19,05	9,14	9,82	-2,946	-0,605	,003*	0,546	Kullanmış	68	20,98	20,08	12,74	11,1	Hamilelik planı	Planlı	49	16,62	17,52	10,48	9,42	2,164	3,352	,032*	,001*	Planlı değil	103	20,77	23,71	12,19	11,17																																																																																																	
Sigara geçmişi	Kullanmamış	89	15,11	18,06	8,93	10,1	-3,673	-2,069	,00*	,040*																																																																																																																																																																					
	Kullanmış	63	21,98	21,87	12,8	10,53					Alkol kullanımı	Kullanmıyor	129	17,66	19,75	11,15	10,14	-0,765	0,651	0,445	0,516	Kullanıyor	23	19,6	18,21	11,53	11,87	Alkol geçmişi	Kullanmamış	84	15,53	19,05	9,14	9,82	-2,946	-0,605	,003*	0,546	Kullanmış	68	20,98	20,08	12,74	11,1	Hamilelik planı	Planlı	49	16,62	17,52	10,48	9,42	2,164	3,352	,032*	,001*	Planlı değil	103	20,77	23,71	12,19	11,17																																																																																																																		
Alkol kullanımı	Kullanmıyor	129	17,66	19,75	11,15	10,14	-0,765	0,651	0,445	0,516																																																																																																																																																																					
	Kullanıyor	23	19,6	18,21	11,53	11,87					Alkol geçmişi	Kullanmamış	84	15,53	19,05	9,14	9,82	-2,946	-0,605	,003*	0,546	Kullanmış	68	20,98	20,08	12,74	11,1	Hamilelik planı	Planlı	49	16,62	17,52	10,48	9,42	2,164	3,352	,032*	,001*	Planlı değil	103	20,77	23,71	12,19	11,17																																																																																																																																			
Alkol geçmişi	Kullanmamış	84	15,53	19,05	9,14	9,82	-2,946	-0,605	,003*	0,546																																																																																																																																																																					
	Kullanmış	68	20,98	20,08	12,74	11,1					Hamilelik planı	Planlı	49	16,62	17,52	10,48	9,42	2,164	3,352	,032*	,001*	Planlı değil	103	20,77	23,71	12,19	11,17																																																																																																																																																				
Hamilelik planı	Planlı	49	16,62	17,52	10,48	9,42	2,164	3,352	,032*	,001*																																																																																																																																																																					
	Planlı değil	103	20,77	23,71	12,19	11,17																																																																																																																																																																									

BAE: Beck Anksiyete Envanteri, BDE: Beck Depresyon Envanteri, *= ilişki .05 düzeyinde anlamlı

4.4.3 Hamile Olmayan Kadınların BDE ve BAE Skorları ile İlişkili Kategorik Demografik Değişkenlerin T-Test ile İncelenmesi

Bağımsız örneklem t-testi, kategorik demografik değişkenler ile BAE ve BDE skorları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek için yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 8’de sunulmuştur.

Hamile olmayan kadınlarda; üniversite ve üzeri eğitim alan kadınların (Ort.=15,35) ve yalnızca lise eğitimi alan kadınların (Ort.=22,9) BDE skorları arasında anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir. [$t(177) = 3,350, p = .001 < .05$]. Ayrıca, çalışan kadınların (Ort.=14,61) ve çalışmayan kadınların (Ort.=18,37) BDE skorları arasında anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir. [$t(177) = 2,584, p = .013 < .05$]. Düşük tecrübesi olan kadınların anksiyete ve depresyon seviyeleri düşük tecrübesi olmayan kadınlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur ($p < .001$).

Tablo 8: Hamile Olmayan Kadınların BDE ve BAE Skorları ile İlişkili Kategorik Demografik Değişkenlerin T-Test ile İncelenmesi

		N		Ort.		SS		t		p	
		BAE	BDE	BAE	BDE	BAE	BDE	BAE	BDE		
Eğitim seviyesi	Lise	20	20,35	22,95	14,64	12,11	2,044	3,350	.054	.001*	
	Üniversite	158	13,47	15,39	9,46	9,25					
Çalışma durumu	Çalışıyor	101	13,2	14,61	10,13	8,76	1,511	2,584	.133	.013*	
	Çalışmıyor	77	15,61	18,37	10,98	10,65					
Medeni hal	Bekar	85	14,11	16,17	9,39	9,36	-0,156	-0,085	.876	.933	
	Evli	93	14,36	16,3	11,54	10,19					
Sosyal güvence	Yok	22	18,22	18,54	12,55	11,02	1,864	1,216	.064	.226	
	Var	154	13,75	15,83	10,2	9,61					
Düşük tecrübesi	Yok	160	14,01	15,53	10,49	9,24	-0,861	-2,343	.391	.004*	
	Var	18	16,27	22,5	11,09	12,21					
Kürtaj tecrübesi	Yok	150	12,94	14,3	10,09	8,49	-3,984	-6,86	.00*	.00*	
	Var	28	21,25	26,6	10,32	9,82					
Sigara kullanımı	Kullanmıyor	97	12,86	15,35	9,17	9,46	-1,883	-1,333	.062	.184	
	Kullanıyor	81	15,9	17,3	11,83	10,09					

Sigara geçmişi	Kullanmamış	88	13,13	15,56	9,62	9,36	-1,393	-0,908	.165	.365
	Kullanmış	90	15,33	16,9	11,32	10,17				
Alkol kullanımı	Kullanmıyor	64	14,65	18,26	10,57	9,25	0,387	2,089	.699	.068
	Kullanıyor	114	14,01	15,1	10,57	9,92				
Alkol geçmişi	Kullanmamış	62	14,37	18	10,58	9,18	0,114	1,765	.909	.079
	Kullanmış	116	14,18	15,3	10,57	9,99				

BAE: Beck Anksiyete Envanteri, BDE: Beck Depresyon Envanteri, *= ilişki .05 düzeyinde anlamlı

4.4.4 Hamile Kadınların Anksiyete Düzeylerini Etkileyen Demografik Değişkenlerin İncelenmesi

Hamile kadınların anksiyete düzeyleri ile demografik değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla adımsal regresyon analizi kullanılmıştır. Sonuçlar Tablo 9 ve 10'da sunulmuştur.

Bağımlı değişken hamile kadınların anksiyete düzeyi, bağımsız değişkenler ise düşük tecrübesi, sigara kullanımı, çalışma durumu ve kürtaj tecrübesi değişkenleridir. Bağımlı değişken ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek üzere regresyon modeli kurulmuştur. Stepwise regresyon analizi kullanılmıştır.

Adımsal regresyon analizinin 1. Aşamasında düşük tecrübesi hamile olan kadınların anksiyete düzeylerinin yüzde 13.7'sini açıklamaktadır ((F=4, 151)= 21,860, p<.001).

Adımsal regresyon analizinin ikinci aşamasında modele, düşük tecrübesi değişkeninin yanına sigara kullanımı değişkeni girmiştir. Düşük tecrübesi ile birlikte sigara kullanımı hamile kadınların anksiyete düzeylerinin yüzde 19.6'sını açıklamıştır ((F=4, 151)= 18,117, p<.001).

Adımsal regresyon analizinin 3. aşamasında modele, düşük tecrübesi ve sigara kullanımı değişkenlerinin yanına çalışma durumu değişkeni girmiştir. Düşük tecrübesi ile birlikte sigara kullanımı ve çalışma durumu değişkenleri hamile kadınların anksiyete düzeylerinin yüzde 22.5'ini açıklamıştır ((F=4, 151)= 14,328, p<.001).

Adımsal regresyon analizinin 4. aşamasında modele, düşük tecrübesi, sigara kullanımı ve çalışma durumu değişkenlerinin yanına kürtaj tecrübesi değişkeni girmiştir. Düşük tecrübesi, sigara kullanımı çalışma durumu ve kürtaj tecrübesi

değişkenleri hamile kadınların anksiyete düzeylerinin yüzde 25.2'sini açıklamıştır ((F=4, 151)= 12,393, p<.001).

Genel olarak, düşük tecrübesi yaşamış olmak, sigara kullanıyor olmak, çalışmıyor olmak ve kürtaj tecrübesi yaşamış olmak hamile kadınlarda anksiyete öngörücüleridir (p<.001).

Tablo 9: Hamile Kadınların BAE Skorları İle Demografik Değişkenlerin İlişkisinin Regresyon Analizi ile İncelenmesi 1

Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	Yord. Std. Hatası
1	.357	.127	.121	10,4961
2	.442	.196	.185	10,1101
3	.474	.225	.209	9,9568
4	.502	.252	.232	8,8143

Tablo 10: Hamile Kadınların BAE Skorları İle Demografik Değişkenlerin İlişkisinin Regresyon Analizi ile İncelenmesi 2

Model	Yordayıcılar	B	SS	β	t	p
1	Düşük tecrübesi	10	2,14	.357	4,675	.00
2	Düşük tecrübesi	9,1	2,07	.324	4,381	.00
	Sigara kullanımı	5,97	1,67	.364	3,56	.00
3	Düşük tecrübesi	8,62	2,05	.307	4,197	.00
	Sigara kullanımı	6,32	1,65	.279	3,812	.00
	Çalışma durumu	-3,92	1,65	-.173	-2,372	.019
4	Düşük tecrübesi	5,88	2,34	.210	2,506	.013
	Sigara kullanımı	5,82	1,64	.257	3,532	.001
	Çalışma durumu	-4,94	1,69	-.218	-2,925	.004
	Kürtaj tecrübesi	2,46	2,46	.198	2,309	.022

4.4.5 Hamile Kadınların Depresyon Düzeylerini Etkileyen Demografik Değişkenlerin İncelenmesi

Hamile kadınların depresyon düzeyleri ile demografik değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla adimsal regresyon analizi kullanılmıştır. Sonuçlar Tablo 11 ve 12’de sunulmuştur.

Bağımlı değişken hamile kadınların depresyon düzeyi, bağımsız değişkenler ise eğitim seviyesi ve kürtaj tecrübesi değişkenleridir. Bağımlı değişken ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek üzere regresyon modeli kurulmuştur. Stepwise regresyon analizi kullanılmıştır.

Adimsal regresyon analizinin 1. Aşamasında kürtaj tecrübesi hamile olan kadınların depresyon düzeylerinin yüzde 14.3’ünü açıklamaktadır ((F=2, 151)= 24,945, p<.001)).

Adimsal regresyon analizinin ikinci aşamasında modele, kürtaj tecrübesi değişkeninin yanına eğitim seviyesi değişkeni girmiştir. kürtaj tecrübesi ile birlikte eğitim düzeyi hamile kadınların depresyon düzeylerinin yüzde 18.1’ini açıklamıştır ((F=2, 151)= 16,424, p<.001).

Genel olarak, kürtaj tecrübesi yaşamış olmak ve daha düşük eğitim seviyesine sahip olmak hamile kadınlarda depresyon öngörücüleridir (p<.001).

Tablo 11: Hamile Kadınların BDE Skorları İle Demografik Değişkenlerin İlişkisinin Regresyon Analizi ile İncelenmesi 1

Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	Yord. Std. Hatası
1	.378	.143	.137	9,6584
2	.425	.181	.170	9,4734

Tablo 12: Hamile Kadınların BDE Skorları İle Demografik Değişkenlerin İlişkisinin Regresyon Analizi ile İncelenmesi 2

	Yordayıcılar	B	SS	β	t	p
1	Kürtaj tecrübesi	10,1	2,02	.378	4,994	.00
2	Kürtaj tecrübesi	9,97	1,98	.373	5,028	.00
	Eğitim seviyesi	-3,25	1,23	-.195	-2,63	.009

4.4.6 Hamile Olmayan Kadınların Anksiyete Düzeylerini Etkileyen Demografik Değişkenlerin İncelenmesi

Hamile olmayan kadınların anksiyete düzeyleri ile demografik değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla adımsal regresyon analizi kullanılmıştır. Sonuçlar Tablo 13 ve 14’te sunulmuştur.

Bağımlı değişken hamile olmayan kadınların anksiyete düzeyi, bağımsız değişkenler ise sosyal sigorta varlığı ve kürtaj tecrübesi değişkenleridir. Bağımlı değişken ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek üzere regresyon modeli kurulmuştur. Stepwise regresyon analizi kullanılmıştır.

Adımsal regresyon analizinin 1. Aşamasında kürtaj tecrübesi hamile olmayan kadınların anksiyete düzeylerinin yüzde 8.3’ünü açıklamaktadır ((F=2, 177)= 15,874, p<.001)).

Adımsal regresyon analizinin ikinci aşamasında modele, kürtaj tecrübesi değişkeninin yanına sosyal değişkeni girmiştir. Kürtaj tecrübesi ile birlikte sosyal sigorta hamile olmayan kadınların anksiyete düzeylerinin yüzde 10.8’ini açıklamıştır ((F=2, 177)= 10,643, p<.001).

Genel olarak, kürtaj tecrübesi yaşamış olmak ve sosyal sigortaya sahip olmamak hamile olmayan kadınlarda anksiyete öngörücüleridir (p<.001).

Tablo 13: Hamile Olmayan Kadınların BAE Skorları İle Demografik Değişkenlerin İlişkisinin Regresyon Analizi ile İncelenmesi 1

Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	Yord. Std. Hatası
1	.288	.083	.078	10,1314
2	.329	.108	.098	10,0169

Tablo 14: Hamile Olmayan Kadınların BAE Skorları İle Demografik Değişkenlerin İlişkisinin Regresyon Analizi ile İncelenmesi 2

Model	Yordayıcılar	B	SS	β	t	p
1	Kürtaj tecrübesi	8,31	2,08	.288	3,984	.00
2	Kürtaj tecrübesi	8,63	2,06	.299	4,178	.00
	Sosyal sigorta	-5,14	2,28	-.161	-2,247	.026

4.4.7 Hamile Olmayan Kadınların Depresyon Düzeylerini Etkileyen Demografik Değişkenlerin İncelenmesi

Hamile olmayan kadınların depresyon düzeyleri ile demografik değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla adımsal regresyon analizi kullanılmıştır. Sonuçlar Tablo'da sunulmuştur.

Bağımlı değişken hamile olmayan kadınların depresyon düzeyi, bağımsız değişkenler ise eğitim seviyesi, çalışma durumu ve kürtaj tecrübesi değişkenleridir. Bağımlı değişken ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek üzere regresyon modeli kurulmuştur. Stepwise regresyon analizi kullanılmıştır.

Adımsal regresyon analizinin 1. Aşamasında kürtaj tecrübesi hamile olmayan kadınların depresyon düzeylerinin yüzde 21.1'ini açıklamaktadır ((F=3, 177)= 47,064, p<.001)).

Adımsal regresyon analizinin ikinci aşamasında modele, kürtaj tecrübesi değişkeninin yanına eğitim seviyesi değişkeni girmiştir. Kürtaj tecrübesi ile birlikte eğitim seviyesi hamile olmayan kadınların depresyon düzeylerinin yüzde 24.5'ini açıklamıştır ((F=3, 177)= 28,348, p<.001).

Adımsal regresyon analizinin üçüncü aşamasında modele, kürtaj tecrübesi ve eğitim seviyesi değişkenlerinin yanına çalışma durumu değişkeni girmiştir. Çalışma durumu, kürtaj tecrübesi ve eğitim seviyesi ile birlikte hamile olmayan kadınların depresyon düzeylerinin yüzde 26.5'ini açıklamıştır ((F=3, 177)= 20,945, p<.001).

Genel olarak, kürtaj tecrübesi yaşamış olmak, daha düşük eğitim seviyesine sahip olmak ve çalışmıyor olmak hamile olmayan kadınlarda depresyon öngörücüleridir (p<.001).

Tablo 15: Hamile Olmayan Kadınların BDE Skorları İle Demografik Değişkenlerin İlişkisinin Regresyon Analizi ile İncelenmesi 1

Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	Yord. Std. Hatası
1	.459	.211	.207	8,7095
2	.495	.245	.236	8,5457
3	.515	.265	.253	8,4524

Tablo 16: Hamile Olmayan Kadınların BDE Skorları İle Demografik Değişkenlerin İlişkisinin Regresyon Analizi ile İncelenmesi 2

Model	Yordayıcılar	B	SS	β	t	p
-------	--------------	---	----	---	---	---

1	Kürtaj tecrübesi	12,3	1,79	.459	6,86	.00
2	Kürtaj tecrübesi	11,85	1,76	.443	6,71	.00
	Eğitim seviyesi	-3,29	1,18	-.184	-2,795	.004
3	Kürtaj tecrübesi	11,82	1,75	.441	6,764	.00
	Eğitim seviyesi	-2,75	1,19	-.154	-2,305	.022
	Çalışma durumu	-2,89	1,31	-.147	-2,21	.028

5. TARTIŞMA

Kadınların yaşam döngüsü değişimleri, psikiyatrik rahatsızlıklara daha yatkın hale gelmelerine neden olur. Hamilelik de, neredeyse her kadının yaşadığı özel bir yaşam döngüsü değişimi deneyimi olarak tanımlanabilir. Ancak bu özel deneyim, bazı zorlukları da beraberinde getirebilir. Hamilelik sırasında yaşanan değişimler, kadınlara psikolojik rahatsızlıklara karşı daha savunmasız hale getirebilmektedir. Hamilelik sürecinde yaşanan depresyon ve anksiyetenin hamilelik ve doğum komplikasyonlarında artışa ve bebeğin sağlığında istenmeyen sonuçlara neden olduğu bilinmektedir. Ayrıca hamilelikte yaşanan depresyon ve anksiyetenin; erken doğum, düşük doğum ağırlığı, anne bebek bağlanma problemleri ve intrauterin gelişme geriliği gibi istenmeyen durumlara yol açabileceği belirtilmiştir (Şahin ve Kılıçaslan, 2010). Bu yüzden, hamilelik döneminde depresyon ve anksiyetenin tespit ve tedavisi önemlidir. Bu çalışmada da literatüre katkıda bulunmak ve konuya bir nebze dikkat çekebilmek amaçlanmıştır.

5.1 Hamile Olan ve Olmayan Kadınların Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Kıyaslanması

Özdamar ve arkadaşları (2014), yaptıkları çalışma sonucunda kadınların doğurganlık çağında psikiyatrik rahatsızlıklar yaşama sıklığının diğer yaşam dönemlerine göre daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Araştırmacılara göre, hamilelik sürecinde yaşanan fiziksel değişiklikler, doğum süreci ile ilgili kaygılar ve cinsel arzuda azalma gibi faktörler hamile kadınların depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik rahatsızlıklar yaşamasına neden olabilir. Mevcut çalışmanın bulguları da bu ifadeleri destekler niteliktedir. Hamile kadınların depresyon ve anksiyete düzeyleri hamile olmayan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Zaman ve arkadaşları (2018) tarafından hamile olan ve olmayan kadınların depresyon ve anksiyete düzeylerini mukayese etmek amacıyla yapılan benzer çalışmada, hamile grubunun depresyon ve anksiyete düzeylerinin hamile olmayan kadınlara kıyasla anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur. Zaman ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında, hamile kadınların BDE skorları ortalaması 17,34 ve hamile olmayan kadınların BDE skorları ortalaması 9,04 olarak bulunurken, hamile kadınların BAE skorları ortalaması 15,76 ve hamile olmayan kadınların BAE skorları ortalaması 7,64 olarak bulunmuştur. Bu skorlar mevcut çalışmadaki skorlarla paralellik göstermektedir. Mevcut çalışmada da hamile kadınların depresyon ve anksiyete skorlarının ortalaması hamile olmayan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Özel kliniğe başvuran kadınlardan veri toplanmış olması, dolayısıyla katılımcıların sosyoekonomik düzey ve yaşam refah seviyesinin daha yüksek olması sebebiyle mevcut çalışmadaki katılımcıların depresyon ve anksiyete seviyelerinin daha düşük olabileceği düşünülmektedir.

Ashley ve arkadaşlarının (2016) çalışmasına göre, hafif depresyonun yaygınlığı; yaş, ırk, gelir düzeyi, istihdam durumu, eğitim seviyesi, medeni durum, genel sağlık durumu ve duygusal destek gibi temel değişkenler kontrol edildikten sonra, hamile kadınlar arasında %16.6 ve hamile olmayan kadınlar arasında %11.4 olarak bulunmuştur. Sonuç olarak; çalışma, hafif depresyonun hamile kadınlar arasında daha yaygın olduğunu ortaya koymuştur. Dolayısıyla hamile kadınların depresyon seviyeleri

hamile olmayan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Mevcut çalışmada hamile olan ve olmayan kadınların yaş, eğitim seviyesi, maddi durum gibi temel değişkenleri benzer özellik göstermektedir. Bu sayede karıştırıcı değişken olma ihtimali bir nebze kontrol altında tutulmaya çalışılmıştır ve iki grubun depresyon ve anksiyete seviyeleri daha sağlıklı bir şekilde karşılaştırılabilmektedir.

5.2 Hamile Olan ve Olmayan Kadınların Depresyon ve Anksiyete Seviyeleri ile İlişkili Faktörlerin İncelenmesi

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması verilerine göre kadınlarda lise ve üzeri eğitim durumuna bakıldığında %18,2 olduğu görülmektedir (TNSA, 2008). Arslan ve arkadaşlarının 2011 yılında yaptığı çalışmaya göre ise hamile kadınların %30,1'i lise mezunudur (Arslan ve ark., 2011; Dağlar ve Nur, 2014). Mevcut çalışmada hamile kadınların %47,4'ü lise ve %52,6'sı üniversite ve yüksek lisans mezunudur. Dolayısıyla çalışmaya katılan hamile kadın grubunun eğitim seviyesi topluma kıyasla üst düzeydedir, sosyoekonomik seviyenin toplumun geneline kıyasla daha yüksek olduğu düşünülebilir. Mevcut çalışmada, eğitim düzeyine göre depresyon ve anksiyete skorlarının değişip değişmediğini belirlemek için bağımsız örneklem t-testi ve adimsal regresyon analizi yapıldı. T-test'te elde edilen sonuçlara göre, eğitim seviyesli lisans ve üstü olan hamile kadınların depresyon seviyesi eğitim seviyesi lise olan hamile kadınlara göre daha düşük bulunmuştur. Adimsal regresyon bulgularına göre de eğitim seviyesi hamile kadınların depresyon seviyeleri üzerinde etkili bulunmuştur. Mevcut çalışma bulguları ile paralel olarak, eğitim düzeyi ile anksiyete ve depresyon düzeylerinin ters yönlü değiştiği, yani daha yüksek eğitim seviyesinin daha düşük anksiyete ve depresyon yordayıcısı olduğu önceki çalışmalarda tespit edilmiştir (Yılmaz ve Beji, 2010; Yücel ve ark., 2013; Arslan ve ark., 2011; Dağlar ve Nur, 2014; Akbaş ve ark., 2008, Arch, 2014).

Zaman ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında, çalışmayan hamilelerin BDE skorları ortalama 19.25 puan, çalışanların BDE skorları ortalama 12.43 puan olarak bulunmuştur. Çalışma durumuna göre BDE skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Mevcut çalışmanın "Çalışan hamile kadınların Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Envanterinden aldıkları skorlar çalışmayanlara göre daha düşüktür." varsayımının dayanak noktası mevcut çalışmayla oldukça benzer olan bu çalışmanın bulgularıdır.

Mevcut çalışmada da benzer şekilde hamile grubunda çalışan kadınların BAE skorları çalışmayan kadınlara göre anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Dolayısıyla bulgular "Çalışan hamile kadınların Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Envanterinden aldıkları skorlar çalışmayanlara göre daha düşüktür." hipotezini desteklemektedir. Çalışan hamile kadınların anksiyete skorlarının çalışmayan hamile kadınlara kıyasla daha düşük olmasının, kadınların ekonomik özgürlüğe sahip olmaları ve çalışma ortamları sayesinde ihtiyaç duydukları sosyal desteğin karşılanabiliyor olması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, mevcut çalışmada anlamlı bir ilişki bulunamamış olsa da, çalışma durumu değişkeni, maddi gelir ve yaş gibi diğer değişkenlerle bağlantılı olabilecek bir değişkendir.

Arch (2014), yaptığı araştırma sonucunda, hamilelik anksiyetesi için öngörücülerden biri olarak düşük gelir değişkenini literatüre sunmuştur. Mevcut

çalışmada ise; Pearson Korelasyon analizi bulguları, hamile kadınların aylık geliri arttıkça anksiyete düzeyinin azaldığını göstermektedir. Dolayısıyla Arch'ın (2014) bulgularını destekler niteliktedir. Gelir seviyesi değişkeni diğer değişkenlerle .80 ve üzeri korelasyona sahip olduğu için adımsal regresyon analizine dahil edilmemiştir. Bu yüzden gelir seviyesinin depresyon ve anksiyete üzerindeki etkisi analiz edilememiştir. Gelir seviyesi ile hamile kadınların anksiyete seviyeleri negatif korele olup, etkisi veya yordayıcılığı hakkında bir bulgu elde edilememiştir.

Hamilelik sırasında; düşük maddi gelir seviyesi ve işsizlik, anksiyete ve depresyonla ilişkili bulunmuştur. Bununla birlikte; inkar, davranışsal kopma, kendini suçlama, kendini dağıtma, madde kullanımı, kabul, olumlu yeniden yapılandırma, aktif başa çıkma ve duygusal destek arayışı gibi başa çıkma stratejileri de anksiyete ve depresyonla ilişkilidir. (Gourounti ve ark., 2013). Mevcut çalışmanın sonuçları da aktif olarak çalışan hamile kadınların anksiyete seviyelerinin çalışmayan kadınlara kıyasla daha düşük olduğunu göstermektedir ve literatürü destekler niteliktedir. Çalışma durumu ile aylık gelir bağlantılı değişkenlerdir ve birbirleriyle uyumlu olarak hamile kadınların anksiyete seviyeleri ile ilişkili bulunmuşlardır.

Ayrıca, 2018'de yapılan çalışmada, hamile grupta; düşük/kürtaj geçmişi olan kadınların BDE skorları, düşük/kürtaj geçmişi olmayan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (Zaman ve ark., 2018). Mevcut çalışmada da düşük ve kürtaj tecrübesi olan kadınların depresyon ve anksiyete seviyeleri düşük ve kürtaj tecrübesi olmayan hamile kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Adımsal regresyon analizi sonucunda da düşük ve kürtaj tecrübeleri hamile kadınların depresyon ve anksiyete seviyeleri üzerinde etkili bulunmuştur. Literatürde, kürtaj ve düşük öyküsü, hamilelik dönemindeki kadınların psikolojik sağlığı, yani anksiyete ve depresyon gibi ruhsal rahatsızlıklar yaşama olasılıkları ile ilişkili bulunmuştur (Vırit ve ark., 2008; Harrison ve Sidebottom, 2008; Arslan, 2010; Osman ve ark., 2015). Bir veya daha fazla hamilelik kaybı yaşamış olan kadınlar, hamilelik kaybı geçmişi olmayan kadınlara göre psikiyatrik tedavi gereksinimi konusunda yaklaşık olarak %35 daha yüksek bir olasılığa sahip olarak bulunmuştur (Reardon ve Craver, 2021). Hamilelik kaybı, tüm farklı türlerini içeren (düşük, kürtaj ve fetal ölüm), en yaygın olumsuz hamilelik sonuçlarından biri olarak kabul edilir. Bununla birlikte, bu kaybın psikolojik etkileri genellikle küçümsenir. Bu sonuca verilen bireysel tepki, kadınlar arasında farklılık gösterebilir ve yaş, etnik köken, kültür veya dini inançlar gibi faktörlerden etkilenebilir. Ancak çoğu kadın, böyle bir kaybın ardından anksiyete, stres ve depresyon belirtileri yaşama eğilimindedir. Ayrıca kürtajın gönüllü veya istemeden gerçekleşmiş olması da önemli bir etkidir. (Cuenca D., 2023). Mevcut çalışmada kürtaj tecrübesinin gönüllü olup olmadığı bilgisi bulunmamaktadır. Gelecek çalışmalarda incelenebilir. Kürtaj ve düşük tecrübeleri travmatik yaşam olayları olduğu için hem hamile hem de hamile olmayan kadınlarda depresyon ve anksiyeteye yol açıyor olabilir. Kürtaj ve düşük tecrübesiyle ilişkili anksiyete mevcut çalışmada depresyona göre daha yüksek bulunmuştur. Bunun sebebi, kürtajın isteyerek veya istemeden gerçekleşmiş olması, yaş, dini inanç ve başa çıkma becerileri gibi faktörler olabilir. Dolayısıyla, geçmişinde düşük ve kürtaj tecrübeleri olan kadınlar hamilelik dönemi depresyon ve anksiyetesi için risk grubundadır. Bu yüzden, bu tecrübelerle sahip olan kadınlarla psikiyatrik bozuklukları önlemek için çalışmalar yapılmalıdır.

Hamile kadınlarla yapılan bir çalışmadaki bulgulara göre, yaş ile depresyon ve anksiyete puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Bu bulgulara dayanarak araştırmacı yaş ilerledikçe bireylerin anksiyete ve depresyon düzeylerinin artmakta olduğunu belirtmiştir (Sarı, 2022). Tekgöz ve arkadaşları (2009) ise yaptıkları araştırmada, 30 yaş ve üzerinde olan hamile kadınlarda anksiyete görülme riskinin arttığını saptamışlardır. Yücel ve arkadaşlarının (2012) yaptığı bir çalışmada ise 30 yaş üstü olan hamile kadınlarda depresyon ve anksiyete görülme sıklığı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Yılmaz (2013) araştırmasında yaş ile depresyon arasında anlamlı bir farklılık gözlemlememiştir. Benzer şekilde, Babadağlı (2008), yaptığı araştırma sonucunda, genel olarak hamilelikte yaşanan psikolojik değişiklikler ile yaşın faktörü arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını belirtmiştir. Başka bir çalışmada da benzer şekilde kadının yaşının, depresyon seviyesi açısından önemli olmadığı belirtilmiştir (Bulut ve Yiğitbaş, 2018). 340 hamile katılımcı ile gerçekleştirilen bir diğer çalışmanın sonucunda da depresyon ile hamile kadının yaşı arasında bir ilişki bulunmamıştır (Şahin ve Kılıçaslan, 2010). Mevcut çalışmada da bu sonuçlarla paralel olarak hem hamile kadınlarda hem de hamile olmayan kadınlarda yaş faktörü ile depresyon ve anksiyete skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Dolayısıyla, mevcut çalışmanın bulguları literatürü kısmen destekler niteliktedir. Mevcut çalışmada; Yücel ve arkadaşlarının (2012) çalışmasından farklı olarak, yaş değişkeni 30 ve üstü veya altı şeklinde gruplandırılmayıp sürekli değişken olarak ele alındığı için anlamlı bir ilişki bulunmamış olabilir.

Adımsal regresyon analizi sonucunda, sigara kullanımı hamile kadınların anksiyete seviyelerini yordayıcı bir değişken olarak bulunmuştur. Taqueer ve arkadaşlarının (2023) çalışmasında da uyumlu olarak; sigara kullanımı hamile kadınların ruhsal sağlığı için risk faktörü olarak bulunmuştur. Aynı şekilde Figueiredo ve Conde (2011) hamilelikte depresyon ve anksiyete semptomlarının sigara kullanımı ile ilişkili olabileceğini belirtmişlerdir. Ayrıca, düşük öyküsü, alkol veya sigara dahil olmak üzere madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı gibi faktörlerin hamilelik depresyonu riskini arttırdığı belirtilmiştir (O'Hara, 1995; Melville ve ark., 2010). Bu sebeple, hem anne hem de bebeğin fiziksel ve ruhsal sağlığını korumak için sağlık çalışanları tarafından hamile kadınların alkol madde ve sigara kullanımı konusunda bilgilendirilmesi ve eğer kullanıyorlarsa bırakmaları için teşvik edilmeleri gerekmektedir.

Taqueer ve arkadaşları (2023) hamileliğin planlanmamış olmasını hamile kadınların sağlığını tehdit eden bir risk faktörü olarak literatüre sunmuştur. Başka çalışmalarda da hamileliğin planlanmış olup olmaması hamile kadınların psikolojik sağlığı ile ilişkili bulunmuştur (Karaçam ve Ançel, 2007; Körükcü ve ark., 2017; Özşahin ve ark., 2018). Çetin (2011) planlanmamış hamileliklerin anne ve bebeğin sağlığı açısından olumsuz sonuçlara yol açabileceğini ve hamilelik planının bu süreçte ruhsal bozuklukların tanı ve tedavisi açısından önemli olduğunu belirtmiştir. Mevcut çalışmada da literatürle uyumlu olarak hamileliğini planlayan kadınların depresyon ve anksiyete seviyeleri plansız hamile kalan kadınlara göre daha düşük bulunmuştur. Bu sonuç, hamilelik planlamasının önemini vurgular niteliktedir.

Sonuç olarak, hamilelik dönemi depresyon ve anksiyete sıkça bir arada görülen bozukluklardır ancak risk faktörleri hakkında yeterli bilgi bulunmamaktadır. Bu sebeple, durumun tanısı için güvenilir yöntemlerin geliştirilmesi ve etkili tedavi

seçeneklerinin belirlenmesi için daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir (Falah-Hassani ve ark., 2016).

5.3 Sınırlılıklar ve Öneriler

Katılımcıların psikiyatrik tanılarının olup olmamasına göre eleme yapılmamıştır. Bu durum çalışmanın sınırlılıklarından biridir. Gelecek çalışmalarda psikiyatrik tanısı olan katılımcılar çalışmaya dahil edilmeyerek daha genellenebilir bulgular elde edilebilir.

Katılımcıların bir kısmı yüzyüze bir kısmı ise online olarak çalışmaya katılım göstermiştir. Bu durum online veri toplanırken daha geniş bir çevreden katılımcılara ulaşılabilmesi, katılımcıların anketleri doldururken buldukları yerde nasıl hissettikleri gibi faktörler dolayısıyla genellenebilirlik açısından sınırlılık yaratmış olabilir.

Katılımcıların eğitim seviyesi ve sosyoekonomik durumları, hamile katılımcıların bir kısmı özel sağlık kuruluşuna başvuran kadınlardan oltuğu için topluma kıyasla daha yüksektir. Katılımcılar arasında ilkökul veya ortaokul mezunu bulunmamaktadır. Bu durum özellikle eğitim seviyesinin depresyon ve anksiyete ile ilişkili olduğu düşünüldüğünde bir sınırlılık yaratmaktadır. Gelecek çalışmalarda farklı eğitim ve sosyoekonomik seviyelere sahip kadınlarla çalışılması önerilir.

Kadınların yaşam döngüsündeki değişimler, psikiyatrik hastalıklara daha yatkın olmalarına sebep olur. Hamilelik, neredeyse her kadının karşılaştığı özel bir deneyimdir fakat zorlukları da vardır. Hamilelik sırasında hormonal değişiklikler, kadınları psikolojik hastalıklara karşı savunmasız hale getirerek onları risk grubu haline getirebilir. Bu nedenle, bu potansiyel riskleri kabul etmek ve hamile kadınlara yeterli destek sağlamak son derece önemlidir.

Zaman ve arkadaşlarının (2018) yaptığı araştırma sonuçları, hamilelik döneminde kadınların yaşam kalitesinin önemli derecede düştüğünü göstermektedir. Bu sebeple, araştırmacılar, hamilelik sürecinde depresyon ve anksiyete semptomlarının ciddiye alınması gerektiğini, daha da önemlisi, teşhis ve tedavisinin ihmal edilmemesi gerektiğini belirtmişlerdir. Mevcut çalışmada da hamile kadınların depresyon ve anksiyete düzeylerinin hamile olmayanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Dolayısıyla, kadınların hamilelik döneminde depresyon ve anksiyete ile mücadele edebilmeleri için sağlık çalışanları ve sosyal çevreleri tarafından desteklenmeleri önemle önerilir.

Literatürde, alkol veya madde kullanımı ve aile içi şiddet gibi deneyimlerin kadınların mental sağlığını olumsuz etkileyebildiği saptanmıştır (Harrison ve Sidebottom, 2008: 267; Karmaliani ve ark., 2009: 419; Arslan, 2010; Howard ve ark., 201: 16). Mevcut çalışmada ise sigara kullanımı hamile kadınların anksiyete seviyesi hakkında yordayıcı bir değişken olarak tespit edilmiştir. Geçmiş çalışmalardan da yola

çıkarak, özellikle doğurganlık çağındaki kadınların alkol ve sigara alışkanlıklarını sonlandırmaları yönünde teşvik edilmelerinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Son yıllarda daha fazla araştırma yapılmış olsa da, özellikle Türkiye'deki hamile kadınların psikolojik durumları ve bu durumları etkileyen faktörler gibi konularda hala geniş bir literatür eksikliği bulunmaktadır. Bu alanda daha fazla araştırma yapılması, depresyon ve anksiyete gibi istenmeyen psikolojik semptomlarla başa çıkmalarına yardımcı olmak için hamile kadınlara destek sağlayacaktır. Hamilelikte yaşanan depresyon ve anksiyetenin yalnızca anne adayının değil, yenidoğanın ve hatta baba adayının da sağlığını birçok açıdan olumsuz etkilediği düşünüldüğünde, bu alanda daha fazla çalışma yapılması ve sağlık sisteminde bu konuya yönelik müdahale çalışmalarının başlatılması gerektiği görülmektedir.

6. SONUÇLAR

Bu çalışmanın temel amacı; doğurganlık çağındaki hamile ve hamile olmayan kadınların anksiyete ve depresyon seviyelerini karşılaştırmak ve demografik özelliklerin depresyon ve anksiyete düzeyleriyle olan ilişkilerini incelemektir. Bu doğrultuda, çalışmaya 152 hamile kadın ve 178 hamile olmayan kadın olmak üzere toplam 330 kadın katılmıştır. Her iki grup da Demografik Bilgi Formu, BDE ve BAE sorularını yanıtlamıştır.

Hamile olan ve olmayan kadınların BDE ve BAE skorları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek için bağımsız örneklem t-testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda iki grubun anksiyete ve depresyon sonuçları farklılık göstermiştir ($p<0.05$). Her iki grubun da BAE ve BDE skorlarının ortalamaları göz önüne alındığında; hamile kadınların BDE ve BAE skorlarının hamile olmayanlara kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Sonuç olarak; literatür ile uyumlu şekilde; Hamile kadınların Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Envanterinden aldıkları skorlar hamile olmayan kadınlara göre anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Bu sonuç, araştırmanın temel hipotezi olan Hipotez 1'i desteklemektedir.

Pearson Korelasyon analizi bulguları, hamile kadınların aylık geliri arttıkça anksiyete düzeyinin azaldığını göstermektedir ($p<0.05$). Yaş, evlenme yaşı, çocuk sayısı ve evdeki kişi sayısı gibi diğer sürekli değişkenler ile her iki grubun da BDE ve BAE skorları arasında anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır ($p>0.05$).

Planlı şekilde hamile kalan kadınların depresyon ve anksiyete seviyeleri, plansız hamile kalan kadınlara göre daha düşük bulunmuştur.

Hamile kadınlarda; eğitim seviyesi lisans ve üstü olan grubun depresyon seviyesi, eğitim seviyesi lise olan gruba göre daha düşük bulunmuştur. Ayrıca, adimsal regresyon analizi sonucunda eğitim seviyesi hamile kadınların depresyon seviyeleri üzerinde etkili bulunmuştur.

Düşük ve kürtaj tecrübesi olan hamile kadınların depresyon ve anksiyete skorları düşük ve kürtaj tecrübesi olmayan hamile kadınlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

Çalışan hamile kadınların anksiyete seviyesi çalışmayan hamile kadınlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Planlı şekilde hamile kalan kadınların depresyon ve anksiyete seviyeleri plansız hamile kalan kadınlara göre daha düşük bulunmuştur.

Hamile kadınlarda; kürtaj geçmişi ve eğitim seviyesi değişkenleri depresyon seviyesinin %18'ini açıklamıştır. Düşük tecrübesi, sigara kullanımı, çalışma durumu ve kürtaj tecrübesi değişkenleri ise anksiyete seviyesinin %25'ini açıklamıştır.

KAYNAKÇA**Kitaplar**

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Budak, S. (2000). Psikoloji Sözlüğü. (Birinci basım). Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.
- Davidson, M. R., London, M. L., & Ladewig, P. W. (2012). Olds' maternal-newborn nursing and women's health across the lifespan (8th ed.).
- Kennedy, S. H., Lam, R. W., Nutt, D. J., et al. (2004). Treating Depression Effectively: Applying Clinical Guidelines. Thomson Publishing.
- Kızılkaya Beji, N., & Özkan, S. A. (2015). Gebelikte görülen fizyolojik/psikolojik değişiklikler. In N. Kızılkaya Beji (Ed.), Kadın Sağlığı ve Hastalıkları (pp. 227-247). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Köroğlu, E., Güleç, C., & Şenol, S. (2007). Psikiyatri temel kitabı (2. Baskı). Ankara: HYB Basım Yayın.
- O'Hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum Depression: Current Status and Future Directions. In Annual Review of Clinical Psychology (Vol. 9, pp. 379-407).
- Nemeroff, C. B., & Owens, M. J. (2002). Treatment of mood disorders. Nature Neuroscience, 5(Supplement 11), 1068-1070.
- Nesse, R. M. (1994). Fear and fitness: An evolutionary analysis of anxiety disorders. In Ethology and Sociobiology (Vol. 15, No. 5-6, pp. 247-261).
- Tamam, L., & Demirkol, M. E. (2019). Anksiyete Bozuklukları. In Bütüncül Tıp: Birinci Basamakta ve Aile Hekimliğinde Güncel Tanı-Tedavi (pp. 1675-1677). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Taşkın, L. (2016). Gebelikte annenin fizyolojisi. In L. Taşkın (Ed.), Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği (pp. 87-112). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

Makaleler

- Akash, J., Sharma, R., & Gahalain, N. (2010). Anxiety disorder: An overview. Review. Journal of the Indian Academy of Applied Psychology, 36(2), 255-259.
- Akbaş E, Vırit O, Kalenderoğlu A ve arkadaşları. Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi 2008;45:89-91
- Albert, P. R. (2015). Why is depression more prevalent in women?. *Journal of psychiatry & neuroscience: JPN*, 40(4), 219.
- Alkan M. Kişilerarası ilişkiler terapisi. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics 2009; 2:14-20.
- Arch JJ. Pregnancy-specific anxiety: Which women are highest and what are the alcohol-related risks? *Compr Psychiatry* 2013; 54(3): 217-28.
- Arslan B, Arslan A, Kara S ve arkadaşları. Gebelik anksiyete ve depresyonunda risk faktörleri: 452 olguda değerlendirme. *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi* 2011;21(2):79-84
- Arya, A., & Kumar, T. (2021). Depression: A review. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(3), 1327-1332. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_1931_20.

- Arya, A., Ta, K., Ajay, M., Anil, H., & Arya, A. (2011). Anxiety disorders: A review. *Journal of Pharmacy Research*, 4(8), 2555-2560.
- Ashley JM, Harper BD, Arms-Chavez CJ, LoBello SG. Estimated prevalence of antenatal depression in the US population. *Arch Womens Ment Health*. 2016 Apr;19(2):395-400. doi: 10.1007/s00737-015-0593-1.
- Atasever İ, Sis Çelik A. (2018) "Prenatal stresin ana-çocuk sağlığı üzerine etkisi." *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.*; 21(1): 60-68.
- Bandelow B., Baldwin D., Abelli M., ve ark., Biomarkers for anxiety disorders, OCD and PTSD: a consensus statement part II. *Neurochemistry, neurophysiology and neurocognition*. *World J Biol Psychiatry*. 2017;18(3):162–214.
- Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing research*. 2001 Sep 1;50(5):275-85.
- Beck, A. T., & Bredemeier, K. (2016). A unified model of depression: Integrating clinical, cognitive, biological, and evolutionary perspectives. *Clinical Psychological Science*, 4(4), 596-619.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893–897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4(6), 561-571.
- Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet. Gynecol* 2004;103(4): 698–709.
- Bjelica A, Kapor-Stanulović N. Trudnoća kao psiholoski događaj [Pregnancy as a psychological event]. *Med Pregl*. 2004 Mar-Apr;57(3-4):144-8. Serbian. doi: 10.2298
- Bjelica, A., Cetkovic, N., Trninc-Pjevic, A., & Mladenovic-Segedi, L. (2018). The phenomenon of pregnancy - a psychological view. *Ginekologia Polska*, 89(2), 102-106. doi: 10.5603/GP.a2018.0017
- Boybay KS, Dereli YS. Son trimester nullipar gebelerde bazı sosyodemografik ve obstetrik özelliklerin psikososyal sağlık düzeyine etkisi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2015, 31(2): 53-66.
- Budakoğlu, I. İ., Maral, I., Coşar B., Biri A., and Bumin M.A. (2005) "15 Yaş Üzeri Kadınlarda Anksiyete Sıklığı ve Gelişimini Etkileyen Faktörler." *TJOD*; 2(2): 92-97.
- Bulut, A., & Yiğitbaş, Ç. (2018). Gebelerde Depresyonla İlişkili Sosyodemografik Özellikler. *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 15(1), 5-9.
- Bunevicius R, Kusminskas L, Bunevicius A ve ark. (2009) Psychosocial risk factors for depression during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 88: 599-605.
- Cuenca, D. (2023). Pregnancy loss: Consequences for mental health. *Frontiers in Global Women's Health*, 3, 1032212.

- Çakır, L. & Can, H. (2012) “Gebelikte Sosyodemografik Değişkenlerin Anksiyete ve Depresyon Düzeyleriyle İlişkisi.” *Turkish Family Physician*; 3(2): 35-42.
- Çalık KY, Aktaş S. Gebelikte depresyon: sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011;3(1):142-62.
- Çalışkan, D., Öncü, B., Köse, K., Ocaktan, M. E., & Özdemir, O. (2007). Depression scores and associated factors in pregnant and non-pregnant women: a community-based study in Turkey. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28(4), 195-200.
- Carter D, Kostaras X. Psychiatric disorders in pregnancy. *BCMJ* 2005; 47(3): 96-9.
- Çetin M. Gebelikte psikotrop ilaç kullanımı: Bir güncelleme [Psychotropic drug use in pregnancy: An update]. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 2011;2(21):161-73.
- Chung, T. K., Lau, T. K., Yip, A. S., Chiu, H. F. and Lee, D. T. (2001) “Antepartum Depressive Symptomatology is Associated with Adverse Obstetric and Neonatal Outcomes.” *Psychosomatic Medicine*; 63:830-834.
- Commission on Population and Development, 2015. Integrating population issues into sustainable development, including in the post-2015 development agenda. United Nations Department of Economic and Social Affairs. (Nüfus ve Kalkınma Komisyonu)
- Craske, M. G., & Stein, M. B. (2016). Anxiety. *The Lancet*, 388(10063), 3048-3059. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30381-6.
- Craske, M. G., Rauch, S. L., Ursano, R., Prenoveau, J., Pine, D. S., & Zinbarg, R. E. (2011). What is an anxiety disorder?. *Focus*, 9(3), 369-388. <https://doi.org/10.1176/foc.9.3.foc369>
- Cui, R. (2018). Editorial: A systematic review of depression. *Current Neuropharmacology*, 16(2), 166-167. doi: 10.2174/1570159X15666170704144031
- Cuijpers P, Noma H, Karyotaki E, Cipriani A, Furukawa TA. Effectiveness and Acceptability of Cognitive Behavior Therapy Delivery Formats in Adults With Depression: A Network Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2019 Jul 01;76(7):700-707. [PMC free article] [PubMed]
- Cuijpers, P., & Dekker, J. (2005). Psychological treatment of depression; a systematic review of meta-analyses. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 149(11), 580-583.
- Cunningham FG, Gant FN, Leveno KJ, Gilstrap CL, Hauth JC, Wenstrom K. Neurologic and psychiatric disorders. In: Cunningham FG, Gant FN, Leveno KJ, Gilstrap CL, Hauth JC, Wenstrom K, eds. *Williams Obstetrics*. 23rd ed. New York: McGraw Hill, 2010, pp.1420-32.
- Cyranowski JM, Frank E, Young E, ve ark. Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression: a theoretical model. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:21-7.
- Dağ, İ. (1999). Psikolojinin Işığında Kaygı. *Doğu Batı Düşünce Dergisi*. (6). 181-189.

- Daglar G, Bilgic D, Koc S at al. Anxiety and depression levels of women's pre and post-labor stage and influencing factors. *Innovative Journal of Medical and Health Science* 2016;6(4):114-120
- Dağlar G, Nur N. Gebelerin stresle başa çıkma tarzlarının anksiyete ve depresyon düzeyi ile ilişkisi. *Cumhuriyet Tıp Dergisi* 2014;36:429-441
- Deligiannidis K, Byatt N, Freeman M. Pharmacotherapy for Mood Disorders in Pregnancy: A Review of Pharmacokinetic Changes and Clinical Recommendations for Therapeutic Drug Monitoring. *J Clin Psychopharmacol.* 2014 Oct;34(5):244-55. doi: 10.1097/JCP.000000000000161. PMID: 25160974.
- Demiralp M, Oflaz F. Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri ve psikiyatri hemşireliği uygulaması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007; 8:132-139.
- Demircan S, Bor ED. Knowledge, perception, and protective measures of Turkish pregnant women towards COVID-19 pandemic and their effects on anxiety levels. *J Obstet Gynaecol.* (2022) 5:1018– 22. doi: 10.1080/01443615.2021.1990232
- Dennis CL, Falah-Hassani K, Shiri R. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2017;210:315–23.
- Dimitrovsky, L., Levy-Shiff, R., & Schattner-Zanany, I. (2002). Dimensions of depression and perfectionism in pregnant and nonpregnant women: Their levels and interrelationships and their relationship to marital satisfaction. *The Journal of psychology, 136*(6), 631-646.
- Ertan, T. (2008) "Psikiyatrik Bozuklukların Epidemiyolojisi." İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi; 62: 25-30.
- Ertel, K. A., Rich-Edwards, J. W., & Koenen, K. C. (2011). Maternal depression in the United States: Nationally representative rates and risks. *Journal of Women's Health, 20*, 1609-1617. <https://doi.org/10.1089/jwh.2010.2657>.
- Escribè-Agüir, V., Gonzalez-Galarzo, M. C., Barona-Vilar, C., & Artazcoz, L. (2008). Factors related to depression during pregnancy: are there gender differences?. *Journal of Epidemiology & Community Health, 62*(5), 410-414.
- Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S., Golding, J., 2001. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *British Medical Journal* 323, 257-260.
- Fadzil A ve ark. (2013) Risk factors for depression and anxiety among pregnant women in Hospital Tuanku Bainun, Ipoh, Malaysia. *Asia Pacific Psychiatry* ISSN, 1758-5864.
- Falah-Hassani, K., Shiri, R., & Dennis, C. L. (2016). Prevalence and risk factors for comorbid postpartum depressive symptomatology and anxiety: A longitudinal population-based study. *Journal of Affective Disorders, 203*, 120-127.
- Fancher, T., & Kravitz, R. (2015). Depression. *Annals of Internal Medicine, 163*(5), ITC1-ITC16. doi: 10.7326/aitc201509010.

- Ferrari, A.J., Charlson, F.J., Norman, R.E., Patten, S.B., Murray, C.J.L., Vos, T., Whiteford, H.A., 2013b. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS Medicine* 10, e1001547.
- Figueiredo B, Conde A. Anxiety and depression in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum. *Arch Womens Ment Health* 2011;14(3):247-55
- Fisher, J., Cabral de Mello, M., Patel, V., Rahman, A., Tran, T., Holton, S., Holmes, W., 2011. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organisation* 90, 139-149H.
- Florence Thibaut (2017) Anxiety disorders: a review of current literature, *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19:2, 87-88, DOI: 10.31887/DCNS.2017.19.2/fthibaut
- Gavin, N.I., Gaynes, B.N., Lohr, K.N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., Swinson, T., 2005. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics & Gynecology* 106, 1071-1083.
- GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, 2016. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet* 388, 1545-1602.
- Gelaye, B., Rondon, M.B., Araya, R., Williams, M.A., 2016. Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry* 3, 973-982.
- Gourounti, K., Anagnostopoulos, F., & Lykeridou, K. (2013). Coping strategies as psychological risk factor for antenatal anxiety, worries, and depression among Greek women. *Archives of Women's Mental Health*, 16(5), 353-361. doi: 10.1007/s00737-013-0338-y
- Grace SL, Evindar A, Stewart DE. The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: a review and critical analysis of the literature. *Archives of women's mental health*. 2003 Nov 1;6(4):263-74.
- Grigoriadis S, Graves L, Peer M, Mamisashavili L, Tomlinson G, Vigod SN, ve ark. Maternal anxiety during pregnancy and the association with adverse perinatal outcomes: systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. 2018;79:17r12011.
- Gümüşdaş M, Ejder AS, Özorhan EY. Riskli olan ve olmayan gebelerin psiko-sosyal sağlıklarının karşılaştırılması. *HSP* 2014;1(2): 32-42.
- Harrison, P.A. and Sidebottom, A.C. (2008) "Systematic Prenatal Screening for Psychosocial Risks." *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 19(1): 258-276. doi: 10.1353/hpu.2008.0003
- Hassani KF, Shiri R, Dennis CL. (2017). The prevalence of antenatal and postnatal comorbid anxiety and depression: A meta-analysis. *Psychological Medication*, 47(12), 2041-2053.

- Helvacı Çelik F, Hocaoğlu Ç. (2016). Major depresif bozukluk tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: Bir gözden geçirme. *Journal of Contemporary Medicine*, 6(1), 51-66.
- Henrichs J, Schenk JJ, Roza SJ, van den Berg MP, Schmidt HG, Steegers EAP, ve ark. Maternal psychological distress and fetal growth trajectories: the Generation R study. *Psychol Med*. 2010;40:633–43.
- Hentges, R. F., Graham, S. A., Fearon, P., Tough, S., & Madigan, S. (2020). The chronicity and timing of prenatal and antenatal maternal depression and anxiety on child outcomes at age 5. *Depression and anxiety*, 37(6), 576-586.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1993). Dimensions of perfectionism, daily stress, and depression: a test of the specific vulnerability hypothesis. *Journal of abnormal psychology*, 102(1), 58.
- Hill, C. C., & Pickinpaugh, J. (2008). Physiologic changes in pregnancy. *The Surgical Clinics of North America*, 88(2), 391-401.
- Hisli, N. (1989). Beck depresyon envanterinin universite ogrencileri icin gecerlilik, guvenilirlik.(A reliability and validity study of Beck Depression Inventory in a university student sample). *J. Psychol.*, 7, 3-13.
- Holcomb, W.L., Stone, L.S., Lustman, P.J., Gavard, J.A., & Mostello, D.J. (1996). Screening for depression in pregnancy: Characteristics of the Beck Depression Inventory. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 56.
- Horowitz MA, Taylor D. Tapering of SSRI treatment to mitigate withdrawal symptoms. *Lancet Psychiatry*. 2019 Jun;6(6):538-546. [PubMed]
- Horwitz, A. (2013). *Anxiety: A short history*. Johns Hopkins University Press.
- Hueston WJ, Kasik-Miller S. Changes in functional health status during normal pregnancy. *J Fam Pract*. 1998;47:209–12.
- Jackson-Koku, G. (2016). Beck depression inventory. *Occupational Medicine*, 66(2), 174-175.
- Karaçam Z, Ançel G . Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: A study in a Turkish population. *Midwifery* 2009; 25:344-356.
- Kessler, R. C. (2003). Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*, 74, 5–13. [http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00426-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00426-3).
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Wittchen, H.-U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21, 169 –184. <http://dx.doi.org/10.1002/mpr.1359>.
- Kim J, La Porte LM, Adams MG, Gordon Te, Kuendig JM, Silver RK. Obstetric care provider engagement in a perinatal depression screening program. *Arch Womens Ment Health* 2009;12:167-172.
- Klein M, Essex M. Pregnant or depressed? The effects of overlap between symptoms of depression and somatic complaints of pregnancy on rates of major depression in the second trimester. *Depression* 1995;2(6):308-14.

- Knappe S, Einsle F, Rummel-Kluge C, Heinz I, Wieder G, Venz J, Schouler-Ocak M, Wittchen HU, Lieb R, Hoyer J, Schmitt J, Bergmann A, Beesdo-Baum K. [Simple guideline-oriented supportive tools in primary care: Effects on adherence to the S3/NV guideline unipolar depression]. *Z Psychosom Med Psychother.* 2018 Sep;64(3):298-311. [PubMed].
- Ko, J. Y., Farr, S. L., Dietz, P. M., & Robbins, C. L. (2012). Depression and treatment among US pregnant and nonpregnant women of reproductive age, 2005–2009. *Journal of women's health, 21*(8), 830-836.
- Körükçü, Ö., Deliktaş, A., Aydın, R. ve Kabukcuoğlu, K. (2017) “Gebelikte psikososyal sağlık durumu ile doğum korkusu arasındaki ilişkinin incelenmesi.” *Clinical and Experimental Health Sciences, 7: 152-158.* DOI:10.5152/clinexphealthsci.2017.359.
- Kuğu N, Akyüz G (2001) Gebelikte Ruhsal Durum C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 23: 61-64.
- Lamers, F., van Oppen, P., Comijs, H. C., Smit, J. H., Spinhoven, P., van Balkom, A. J. L. M., Nolen, W. A., Zitman, F. G., Beekman, A. T. F., & Penninx, B. W. J. H. (2011). Comorbidity patterns of anxiety and depressive disorders in a large cohort study: the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of Clinical Psychiatry.*
- Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2010;202(1): 5-14.
- Leahy-Warren, P., McCarthy, G., 2007. Postnatal depression: Prevalence, mothers' perspectives, and treatments. *Archives of Psychiatric Nursing* 21, 91-100.
- Levinson, D.F. (2006) The Genetics of Depression: A Review. *Biological Psychiatry; 60*(2), 84–92. DOI:10.1016/j.biopsych.2005.08.024.
- Lundy BL, Jones NA, Field T, Nearing G, Davalos M, Pietro PA, ve ark. Prenatal depression effects on neonates. *Infant Behav Dev* 1999;22(1): 119-29.
- Luo Y, Zhang K, Huang M, Qiu C (2022) Risk factors for depression and anxiety in pregnant women during the COVID-19 pandemic: Evidence from meta-analysis. *PLOS ONE* 17(3): e0265021. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265021>
- Maloni, J. A., Park, S., Anthony M. K., & Musil C. M. (2005) “Measurement of Antepartum Depressive Symptoms During High-Risk Pregnancy.” *Research in Nursing and Health; 28: 16-26.* doi: 10.1002/nur.20051
- Mangla K, Hoffman MC, Trumpff C, O'Grady S, Monk C. Maternal self-harm deaths: an unrecognized and preventable outcome. *Am J Obstet Gynecol.* 2019 Oct;221(4):295-303. [PubMed]
- Marakoğlu, K. & Şahsıvar M. Ş. (2008) “Gebelikte Depresyon.” *Türkiye Klinikleri Journal Medical Science; 28*(4): 525-532.
- McDonald, W. M., Richard, I. H., & DeLong, M. R. (2003). Prevalence, etiology, and treatment of depression in Parkinson's disease. *Biological Psychiatry, 54*(3), 363-375.

- McKee MD, Cunningham M, Jankowski KR, Zayas L. Health-related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. *Obstet Gynecol.* 2001;97:988–93.
- Melville JL, Gavin A, Guo Y, Fan MY, Kayon WJ. Depressive disorders during pregnancy. *Obstet Gynecol* 2010;116(5): 1064–70.
- Muzik M, Marcus SM, Heringhausen JE, Flynn HA. When depression complicates child bearing: guidelines for screening and treatment during antenatal and postpartum obstetric care. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2009; 36:771–788.
- Namkung H, Lee BJ, Sawa A. Causal Inference on Pathophysiological Mediators in Psychiatry. *Cold Spring Harb Symp Quant Biol.* 2018;83:17-23. [PubMed]
- O’Hara MW. Postpartum depression: Causes and Consequences. New York, NY: Springer-Verlag. 1995;168-94.
- O’Cleirigh C, Safren SA, Taylor SW, Goshe BM, Bedoya CA, Marquez SM, Boroughs MS, Shipherd JC. Cognitive Behavioral Therapy for Trauma and Self-Care (CBT-TSC) in Men Who have Sex with Men with a History of Childhood Sexual Abuse: A Randomized Controlled Trial. *AIDS Behav.* 2019 Sep;23(9):2421-2431. [PMC free article] [PubMed]
- O’Donnell, S., Vanderloo, S., McRae, L., Onysko, J., Patten, S. B., & Pelletier, L. (2016). Comparison of the estimated prevalence of mood and/or anxiety disorders in Canada between self-report and administrative data. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25, 360-369. <https://doi.org/10.1017/S2045796015000463>
- Omidvar, S., Faramarzi, M., Hajian-Tilaki, K., & Nasiri Amiri, F. (2018). Correction: Associations of psychosocial factors with pregnancy healthy life styles. *PLOS ONE*, 13(5), e0197389. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197389>
- Orr ST, Blazer DG, James SA ve ark. (2007) Depressive symptoms and indicators of maternal health status during pregnancy. *J Womens Health*, 16:535-542.
- Örsel, S. (2004). Depresyonda tedavi: Genel ilkeler ve kullanılan antidepresan ilaçlar. *Klinik Psikiyatri*, 4, 17-24.
- Osborne, S., Biaggi, A., Chua, T., Du Preez, A., Hazelgrove, K., Nikkheslat, N., Previti, G., Zunszain, P., Conroy, S., & Pariante, C. (2018). Antenatal depression programs cortisol stress reactivity in offspring through increased maternal inflammation and cortisol in pregnancy: The psychiatry research and motherhood–depression (pram-d) study. *Psychoneuroendocrinology*, 98, 211-221. doi: 10.1016/j.psyneuen.2018.07.009.
- Özalp S, Tanır HM, Kabukçuoğlu A ve ark. (2003). Aynı şehirde bulunan doğumevi ve üniversite hastanesindeki adölesan gebeliklerin retrospektif karşılaştırılması. *Sağlık ve Toplum* 13(4): 65-68.
- Özdamar, Ö., Yılmaz, O., Beyca, H.H. ve Muhcu, M. (2014) “Gebelik ve postpartum dönemde sık görülen ruhsal bozukluklar.” *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*; 45(2): 71-77.

- Özşahin, Z., Erdemoğlu, Ç. ve Karakayalı, Ç. (2018) “Gebelikte psikososyal sağlık düzeyi ve ilişkili faktörler.” *The Journal of Turkish Family Physician*, 9(2): 34-46. DOI:10.15511/tjtfp.18.00234.
- Pham TH, Gardier AM. Fast-acting antidepressant activity of ketamine: highlights on brain serotonin, glutamate, and GABA neurotransmission in preclinical studies. *Pharmacol Ther*. 2019 Jul;199:58-90. [PubMed]
- Pollitt, J. (2015). The diagnosis and management of depression. *Practitioner*, 259(1785), 21-24.
- Pratt, L. A., & Brody, D. J. (2008). Depression in the United States household population, 2005-2006. *NCHS data brief*, (7), 1-8.
- Priel, A., Zeev-Wolf, M., Djalovski, A., & Feldman, R. (2019, June 24). Maternal Depression Impairs Child Emotion Understanding and Executive Functions: The Role of Dysregulated Maternal Care Across the First Decade of Life. *Emotion*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/emo0000614>
- Rabin, P. L. (1983). What is depression? *Nephrology Nurse*. 12(5), 21-24.
- Rapee, R. M., Schniering, C. A., & Hudson, J. L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual review of clinical psychology*, 5, 311-341.
- Reardon, D. C., & Craver, C. (2021). Effects of pregnancy loss on subsequent postpartum mental health: A prospective longitudinal cohort study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 2179.
- Reddy, M. S. (2012). Depression – The Global Crisis. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 34(3), 201-203. doi: 10.4103/0253-7176.106011.
- Reupert, A. E., J Maybery, D., & Kowalenko, N. M. (2013). Children whose parents have a mental illness: prevalence, need and treatment. *The Medical Journal of Australia*, 199, S7-S9. <http://dx.doi.org/10.5694/mja11.11200>
- Righetti-Veltama M, Bousquet A, Manzano J. Impact of postpartum depressive symptoms on mother and her 18-month-old infant. *European child & adolescent psychiatry*. 2003 Apr 1;12(2):75-83.
- Ross, L., Sellers, E., Gilbert Evans, S., & Romach, M. (2004). Mood changes during pregnancy and the postpartum period: development of a biopsychosocial model. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(6), 457-466.
- Saatçioğlu, Ö. (2001). Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Tedavisi Ve Yeni Yaklaşımlar. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 11(1), 60-77.
- Sağduyu A, Ögel K, Özmen E, Boratav C. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyon. *Türk Psikiyatri Derg* 2000; 11:3-16.
- Şahin EM, Kılıçaslan S. Son Dönem gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2010;27(1):51-58.
- Sahranavard S, Esmaceli A, Salehiniya H, Behdani S. The effectiveness of group training of cognitive behavioral therapy-based stress management on anxiety, hardiness and self-efficacy in female medical students. *J Educ Health Promot*. 2019;8:49. [PMC free article] [PubMed].

- Salamero, M., Marcos, T., Gutiérrez, F., & Rebull, E. (1994). Factorial study of the BDI in pregnant women. *Psychological Medicine*, 24, 1031 - 1035.
- Sezgin B, Akın A (1998). Adölesan dönemi üreme sağlığı. *Toplum ve Sağlık Dergisi* 8(3): 27-32.
- Shelton RC. Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitors. *Handb Exp Pharmacol*. 2019;250:145-180. [PubMed]
- Śliwerski, A., Kossakowska, K., Jarecka, K., Świtalska, J., & Bielawska-Batorowicz, E. (2020). The effect of maternal depression on infant attachment: A systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 17(8), 2675.
- Smith K, Downs B, O'Connell M. Maternity Leave and Employment Patterns: 1961–1995, Vol. P70–79. Washington, DC: U.S. Census Bureau; 2001. Current Population Reports.
- Soma-Pillay, P., Nelson-Piercy, C., Tolppanen, H., & Mebazaa, A. (2016). Physiological changes in pregnancy. *Cardiovascular Journal of Africa*, 27(3), 132-139.
- Spinelli M, Endicott J. Controlled clinical trial of interpersonal psychotherapy versus parenting education program for depressed pregnant women. *Am J Psychiatry* 2003; 160:555–562.
- Stein, D.J. ve Hollender, E. (2011) Textbook of anxiety disorder. America: American Psychiatric Publishing.
- Stewart, D.E., 2011. Depression during pregnancy. *The New England Journal of Medicine* 365, 1605- 1611.
- Streim, J. E., & Katz, I. R. (1998). Treating depression. *Science*, 280(5372), 63-66.
- Stringaris, A. (2017). Editorial: What is depression?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 58(4), 409-410. doi: 10.1111/jcpp.12687
- Stuart S, Couser G, Schilder K, O'Hara MW, Gorman L. Postpartum anxiety and depression: onset and comorbidity in a community sample. *J Nerv Ment Dis* 1998; 186(7); 420-4.
- Stuart-Parrigon, K.; Stuart, S. Perinatal Depression: An Update and Overview. *Curr. Psychiatry Rep.* 2014, 16, 467–476.
- Tanner J, Zeffiro T, Wyss D, Perron N, Rufer M, Mueller-Pfeiffer C. Psychiatric Symptom Profiles Predict Functional Impairment. *Front Psychiatry*. 2019;10:37. [PMC free article] [PubMed]
- Tariq, N., Naeem, H., Tariq, A., & Naseem, S. (2021). Maternal depression and its correlates: A longitudinal study. *J. Pak. Med. Assoc*, 71, 1618-1622.
- Tauqeer, F., Ceulemans, M., Gerbier, E., Guerrero Vinueza, R., De Luca, C., García-Esteve, L., ... & Kamal, N. (2023). Mental health of pregnant and postpartum women during the third wave of the COVID-19 pandemic: a European cross-sectional study. *BMJ Open*, 13, e063391. doi: 10.1136/bmjopen-2022-063391.

- Tekgöz, İ., Sunay, D., Çaylan, A., & Kısa, C. (2009). Gebeliğin Son 3 Ayında Anksiyete Bozukluğu ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Türk Aile Hek Derg*, 13(3): 132-136.
- Thibaut F. Anxiety disorders: a review of current literature. *Dialogues Clin Neurosci*. 2017 Jun;19(2):87-88. doi: 10.31887/DCNS.2017.19.2/fthibaut. PMID: 28867933; PMCID: PMC5573565. DOI: 10.31887/DCNS.2017.19.2/fthibaut
- Üçel, U.İ. (2016) "Depresyon etiyolojisi ve sitokinlerin rolü." *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*; 6(1), 41-45.
- Uguz F, Gezginc K, Kayhan F, Sarı S, Büyüköz D. Is pregnancy associated with mood and anxiety disorders? A cross-sectional study. *Gen Hosp Psychiatry* 2010; 32(2): 213-5.
- Ulusoy, M., Sahin, N., & Erkmen, H. (1996). Turkish version of the Beck Anxiety Inventory. *Psychometric properties. J Cognit Psychother*1996, 46, 125-132.
- Vigod S N, Wilson C A, Howard L M. Depression in pregnancy *BMJ* 2016; 352 :i1547 doi:10.1136/bmj.i1547.
- Vırit, O., Akbaş, E., Savaş, H. A., Sertbaş, G., ve Kandemir, H. (2008) "Gebelikte Depresyon ve Kaygı Düzeylerinin Sosyal Destek ile İlişkisi." *Nöropsikiyatri Arşivi*, 45: 9-13.
- Webb CA, Stanton CH, Bondy E, Singleton P, Pizzagalli DA, Auerbach RP. Cognitive versus behavioral skills in CBT for depressed adolescents: Disaggregating within-patient versus between-patient effects on symptom change. *J Consult Clin Psychol*. 2019 May;87(5):484-490. [PMC free article] [PubMed]
- WHO (2012). *Depression: A global crisis*. Geneva, Switzerland: Author.
- WHO (2014). *Health for the World's Adolescents. A second chance in the second decade*. Geneva, Switzerland: Author
- Wittchen HU., Kessler RC., Beesdo K., Krause P., Hofler M., Hoyer J. Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management. *J Clin Psychiatry*. 2002;63((suppl 8)):24-34.
- Woody, C.A., Ferrari, A.J., Siskind, D.J., Whiteford, H.A., & Harris, M.G. (2017). A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 219, 86-92. doi: 10.1016/j.jad.2017.05.003.
- World Health Organisation. (2017). *International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics (11 ed.)*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
- Yılmaz, S.D. ve Beji, N.K. (2010) "Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler." *Genel Tıp Dergisi*, 20(3): 99-108.
- Yücel P, Çayır Y, Yücel M. Birinci Dönem gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğu. *Klinik Psikiyatri* 2013;16:83-87

- Yücel, P., Çayır, Y. ve Yücel, M. (2013) “Birinci trimester gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğu.” *Klinik Psikiyatri*, 16: 7-17.
- Zaman, F. K., Ozkan, N., & Toprak, D. (2018). Depression and anxiety in pregnancy. *Konuralp Tıp Dergisi*, 10(1), 20-25.
- Zarate, C. A., Duman, R. S., Liu, G., Sartori, S., Quiroz, J. A., & Murck, H. (2013). New paradigms for treatment-resistant depression. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1292(1), 21-31.
- Zeng, Y., Cui, Y., & Li, J. (2015) “Prevalence and Predictors of Antenatal Depressive Symptoms Among Chinese Women in Their Third Trimester: A Cross-Sectional Survey.” *BMC Psychiatry*, 15(66): 1-7. doi: 10.1186/s12888-015-0452-7.
- Zhou, Y., Shi, H., Liu, Z., Peng, S., Wang, R., Qi, L., ... & Zhang, X. (2020). The prevalence of psychiatric symptoms of pregnant and non-pregnant women during the COVID-19 epidemic. *Translational psychiatry*, 10(1), 319.
- Zou Y, Hui S, Demei X, Haihui M, Juan W, Rongming X, ve ark. Anxiety, depression and sleep status of pregnant women in Beijing during the prevalence of new corona pneumonia. *Chin J Ment Health*. (2020) 3:267–72. doi: 10.3969/j.issn.1000-6729.2022.03.014

Tezler

- Belgin BABADAĞLI. (2008). Gebelik Yaşının Gebelikte Yaşanan Fizyolojik ve Psikolojik Değişikliklere Etkisi [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Atatürk Üniversitesi.
- Sevindik F. Elazığ ilinde gebelikte depresyon prevalansı ve etkileyen faktörler [Yüksek lisans tezi]. Elazığ, Fırat Üniversitesi, 2005.
- Şahin P. Gebelikte Depresyon ve Anksiyete Belirti Düzeyleri ve İlişkili Faktörler [Yüksek Lisans Tezi]. Mersin, Mersin Üniversitesi, 2015.
- Ünel, E. (2022). Kadınlarda depresyon, anksiyete ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin incelenmesi [Examining levels of depression, anxiety, and psychological resilience in women] (Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya, Türkiye).
- Zeren, D. (2022). Gebelerde zihin kurami ile depresyon, anksiyete ve prenatal bağlanma arasındaki ilişki [Master's thesis]. Istanbul Gelisim University, Graduate School of Education, Department of Psychology, Clinical Psychology Program.

İnternet Kaynakları

- Chand, S. P., & Arif, H. (2022). Depression. In StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430847/>
- Chand, S. P., Kuckel, D. P., & Huecker, M. R. (2023). Cognitive Behavior Therapy. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; [updated 2022 Sep 9]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470241/>
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2009). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 [Turkey Demographic and Health Survey 2008]. Retrieved July 17, 2017, from <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf>

Institute for Health Metrics and Evaluation. (2016). GBD Compare. IHME, University of Washington, Seattle, WA.

EK 1. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Değerli katılımcı,

Gönüllülük esasına göre katılacağınız “Özel Sağlık Kuruluşuna Başvuran Hamile Kadınların ve Hamile Olmayan Kadınların Anksiyete ve Depresyon Belirtileriyle İlişkili Faktörlerin Karşılaştırılması.” başlıklı araştırmada 18-45 yaş aralığındaki hamile kadınların depresif belirti ve anksiyete düzeyleriyle ilişkili faktörleri incelemek ve bu faktörlerin hamile olmayan aynı yaş aralığındaki kadınlarla karşılaştırılması amaçlanmaktadır. Antalya Bilim Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans programı tez süreci kapsamında yürütülecek olan bu çalışma; Dr. Öğr. Üyesi Cumhur Avcil’in danışmanlığında, psikolog N.Zülal Aydın tarafından yürütülmektedir. Bu formu onaylamadan önce araştırma ile ilgili aklınızdaki soruları araştırmacıya sorunuz. Katılımınız boyunca aynı şekilde araştırmacıyla iletişime geçip çalışmayla ilgili daha detaylı bilgileri öğrenebilirsiniz.

Kişisel Bilgilerin ve Verilen Korunması ve Gizlilik

Araştırma boyunca tüm kişisel bilgileriniz ayrı bir şekilde saklanacak olup araştırma sonunda duyurulmayacaktır. Elde edilen araştırma verileriniz anonim bir şekilde araştırma içinde kullanılacaktır. Araştırma boyunca elde edilen veriler, size verilen katılımcı numaraları ile saklanacaktır.

Araştırma Süresince Haklarınız

Bu araştırmaya zorunlu katılım söz konusu değildir. Araştırma süresince istediğiniz zaman herhangi bir zorunluluk altında kalmadan çalışmayı bırakıp geri çekilebilirsiniz. Mevcut tez çalışması süresince hiçbir maddi yükümlülük veya sorumluluğunuz bulunmamaktadır. Tüm program araştırmacı tarafından sağlanmaktadır.

Katılımcısı olarak bir parçası olacağım araştırmanın yukarıda verilen ayrıntılarını okuduğumu ve aklımdaki soruları sorduğumu onaylıyorum.

Bu çalışmaya katılımın gönüllülük esasına göre olduğunu, istediğim noktada araştırmadan herhangi bir yükümlülük altında kalmadan ayrılabileceğimi anlıyorum.

Bu araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Ad Soyad:

Tarih:

İmza:

EK 2. DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1. Kaç yaşındasınız?:
2. Eğitim düzeyiniz nedir?: (Lise, Üniversite, Yüksek Lisans)
3. Mesleğiniz nedir?:
4. Şu anda çalışıyor musunuz?:
5. Aylık geliriniz nedir? (kendinizin, TL bazında):
6. Evli misiniz?:
7. Eşinizin aylık geliri nedir? (TL bazında):
8. Kaç yaşında evlendiniz?
9. Kaç yıldır evlisiniz?
10. Sosyal güvenceniz var mı?
11. Sigara kullanıyor musunuz?
12. Geçmişte sigara kullanıyor muydunuz?
13. Alkol kullanıyor musunuz?
14. Geçmişte alkol kullanıyor muydunuz?
15. Evinizde sizinle birlikte toplam kaç kişi yaşıyor?:
16. Daha önce düşük yaptınız mı? Kaç kez?:
17. Daha önce kürtaj oldunuz mu? Kaç kez?:
18. Kaç çocuğunuz var?
19. Hamileliğinizin kaçınıcı haftasındasınız?:
20. Şu anki hamilelik planlı bir hamilelik mi?

EK 3. BECK DEPRESYON ENVANTERİ

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz. Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.

1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.

2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.

3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.

1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.

2. Cezalandırılmayı bekliyorum.

3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7- 0. Kendimden memnunum.

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.

2. Kendime çok kızıyorum.

3. Kendimden nefret ediyorum.

8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.

2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.

3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.

2. Kendimi öldürmek isterdim.

3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.

2. Çoğu zaman ağlıyorum.

3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

11- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.

1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.

2. Şimdi hep sinirliyim.

3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

12- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.

14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

18- 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.

2. İştahım çok azaldı.

3. Artık hiç iştahım yok.

19- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.

2. Dört kilodan fazla kilo verdim.

3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

20- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.

2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.

3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünmüyorum.

21- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.

2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.

3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

EK 4. BECK ANKSİYETE ENVANTERİ

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğim yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif Düzeyde Beni pek Etkilemedi	Orta Düzeyde Hoş değildi ama Katlanabildim	Ciddi Düzeyde Dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				

12. Ellerde titreme				
13. Titreklilik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

EK 5. ETİK KURUL ONAYI

T.C.ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

Karar No: 2023/12

SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURULU KARARLARI

Karar Tarihi:23.02.2023

Antalya Bilim Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Prof. Dr. Ömer TURUNÇ'un başkanlığında toplandı. Yapılan toplantıda aşağıdaki kararlar alındı.

1. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı öğrencilerinden Naciye Zülal Aydın tarafından Etik Kurulumuza sunulan "Özel Sağlık Kuruluşuna Başvuran Hamile Kadınların ve Hamile Olmayan Kadınların Anksiyete ve Depresyon Belirtileriyle İlişkili Faktörlerin Karşılaştırılması." başlıklı çalışmada kullanılacak ölçme aracının fikri, hukuki ve telif hakları bakımından metot ve ölçeğine ilişkin sorumluluğun başvurucuya ait olmak üzere, Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi'ne uygun olduğunun kabulü ile ilgili çalışmaların gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel yönden sakınca bulunmadığına, sonucun Naciye Zülal Aydın'a bildirilmek üzere Rektörlük Makamına arzına katılanların oybirliği ile karar verildi.

Prof. Dr. Ömer TURUNÇ Etik Kurul Başkanı

Prof. Dr. Yusuf Mehmet ÖRNEK Etik Kurul Başkan Yardımcısı

Prof. Dr. İbrahim Sani MERT Etik Kurul Üyesi

Prof. Dr. Mesut UYAR Etik Kurul Üyesi

Prof. Dr. Harun GÜMRÜKÇÜ Etik Kurul Üyesi

Prof. Dr. Fatma Bike KOCAOĞLU Etik Kurul Üyesi

Prof. Dr. A. Nizamettin AKTAY Etik Kurul Üyesi

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Doğrulama Kodu: AC5D4AB

Doğrulama Adresi: <https://ubs.antalya.edu.tr/BelgeDogrulama>