T.C.
İSTANBUL MALTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

İLK TRİMESTER DEPRESYON VE ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN ERKEN DOĞUM EYLEMİNDEKİ ROLÜ

YÜKSEK LİSANS (MASTER) TEZİ

Filiz GÜLER

İstanbul, 2008

T.C.
İSTANBUL MALTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ BÖLÜM ANABİLİM DALI

İLK TRİMESTER DEPRESYON VE ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN ERKEN DOĞUM EYLEMİNDEKİ ROLÜ

YÜKSEK LİSANS (MASTER) TEZİ

Filiz GÜLER

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Kemal KUŞÇU

İstanbul, 2008

TEŞEKKÜR

Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi Saygıdeğer Başhekimi Prof. Dr. Hamit OKUR'a, bana Yüksek Lisans Eğitimi veren Ülkemizin değerli kurumu Maltepe Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Belma T. AKŞİT'e, Psikoloji Bölüm Başkanı Prof. Dr. Nursel TELMAN'a, derslerimize giren değerli öğretim görevlileri Prof. Dr. Adnan ZİYALAR'a, Yar.Doç. Dr. E. Figen Karadayı'ya Yrd. Doç. Dr. Bayhan ÜGE'ye ve Dr. Bülent MADİ'ye, bizlere farklı olduğumuzu her zaman hissettiren, Üniversitem, İstanbul Bilgi Üniversitesi'ni kuran ve geliştirenlere, işe başladığım ilk günden itibaren her türlü eğitim ve çalışmamda bana destek olan Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği Başhekim Yardımcısı Uz. Dr. Asım YÖRÜK'e, eğitimim boyunca benden desteğini esirgemeyen, bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım ve daima yararlanacağım, Tez Danışmanım Doç. Dr. Kemal KUŞÇU'ya, tezimin test uygulama ve ön görüşme süreçlerinde destek veren sevgili dostlarım Psk. Linda BALCI'ya ve Psk. Özden YALÇIN'a, çalışmam sırasında hasta iletişimi ve kayıt takibi konularında her zaman yanımda olan Acil Septik Sorumlu Hemşiresi Serap SAY'a,

Varlıklarından güç aldığım sevgili aileme,

Hayatta en büyük yol göstericim, daimi hocam, tanıdığım en iyi baba, iyi hekim ve varlığı ile çevresinde bulunan herkesin hayatını kolaylaştıran, başıma gelen en güzel şey, Ertunç MEGA'ya

TEŞEKKÜR EDERİM…

ÖZET

Erken Doğum Eylemi ve erken doğan bebekler obstetrik pratiğin en katastrofik komplikasyonlarından olarak kabul edilmektedir. Bu durum sadece Tıbbi bir hastalık olarak ele alınmayıp, Ekonomik ve Sosyal bir gerçek olarak ta kabul görmektedir. Erken Doğumun tıbbi, enfeksiyoz ve anatomik nedenleri kanıta dayalı gerçeklik kazanmıştır, ancak psikososyal durumlarla ilişkisi son 20 yılda ilgi çekmeye ve çalışılmaya başlamıştır.

Çalışmamızda gebeliğin erken dönemlerinde saptanan depresyon ve anksiyetenin doğum zamanlamasına olan etkisini araştırmayı hedefledik. Bu amaçla gebeliklerinin ilk 12 haftasında Beck Depresyon ve Beck Anksiyete ölçekleri ile değerlendirdiğimiz gebelerin, 12–35 haftalık gebelik süreçlerini takip ettik. Gruplarımızı test negatif ve en az bir test pozitifler olarak ayırdık. Test pozitif gruplar daha sonra en az bir test pozitif, herhangi bir test pozitif ve her iki test pozitif olarak sınıflandırıldı. Çalışmamızda erken gebelik dönemlerinde saptanan depresyon ve anksiyete durumlarının, doğum eyleminin gerçekleşmesinden bağımsız olarak, erken doğum tehdidini arttırdığını saptadık.

Araştırma sonuçlarımız literatürdeki sonuçlarla uyumluluk göstermektedir, ancak son derece çok yönlü bir klinik durum olan erken doğum eyleminin ilk trimester depresyon ve anksiyete ölçekleri sonuçlarıyla ilişkisinin geniş olgu sayılı, çok merkezli, randomize prospektif çalışmalarla değerlendirilmesinin yayarlı olacağı kanısındayız.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Depresyon, Anksiyete, Erken Doğum Eylemi

ABSTRACT

In obstetrical practice premature delivery is one of the most catastrophic complications. The situation is not only a medical problem but also an Economical and Social entitiy.

The medical, infectious and anatomical causes of premature delivery is a well defined clinical case, whereas the psycogenic relationship was not considered as an academic reality until last 20 years.

In our study we aimed to discuss the effects of early depression and anxiety to the timing of birth. In order to study the relationship we tested a group of pregnant women in their first trimester of pregnancy. The criteria for depression or anxiety was met by using the Beck Depression and Beck Anxiety Inventories.

The groups were organised as no test positives and one or more tests positives. The test positive ones were further classified as one, two, either or both

Our study revealed a relation between first trimester anxiety and depression with premature labour.

Our results seems paralel to the literature. We think it will be mandatory to study the effects of first trimester depression and anxiety on premature labour with multicentric double blind prospective studies.

Key words: Depression , Anxiety, Pregnancy, Premature Labour

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR ..... **iii**

İÇİNDEKİLER ..... **vi**

ÖZET ..... **iv**

ABSTRACT ..... **v**

TABLO LİSTESİ ..... **viii**

GRAFİK LİSTESİ ..... **ix**

GİRİŞ **1**

BÖLÜM I. **2**

- **1.1. Depresyon** **3**
- 1.1.1. Depresyonda Kuramsallaşmış Görüşler **3**
- 1.1.2. Stres Depresyon İlişkisi **9**
- 1.1.3. Depresyonda Biyolojik Temel **13**
- 1.1.4. Depresyonda Tedavi **15**
- 1.1.5. Depresyon Tedavisinde Genel İlkeler **16**
- **1.2. Anksiyete** **17**
- **1.3.Gebelik** **20**
- 1.3.1 Gebelik ve Duygudurum **24**
- 1.3.2.Gebelik ve Depresyon **25**
- 1.3.3 Gebelikte Depresyon Sıklığı **25**
- 1.3.4.Gebelikte Depresyon için Risk Faktörleri **26**
- 1.3.5.Gebelikte Depresyona Ait Semptomlar **27**
- 1.3.6.Gebelikte Depresyon Gelişmesi İle İlgili Risk Faktörleri **27**
- 1.3.7.Gebelikte Depresyonun Sonuçları **28**
- 1.3.8.Depresyonun Gebenin Davranışları Üzerine Etkileri **29**
- 1.3.9.Gebelikte Depresyonun Tedavisi ve Önlenmesi **30**
- 1.3.10. Postpartum Depresyon **30**
- 1.3.11. Gebelik ve Anksiyete **33**
- **1.4. Erken Doğum** **33**
- 1.4.1. Erken Doğum Nedenleri **34**
- 1.4.2. Erken Doğum Etiyolojisi **36**
- 1.4.3. Erken Doğumda Risk Faktörleri **37**
- 1.4.4. Erken Doğum Eyleminin Tanısı **38**

- 1.4.5. Erken Doğum Eylemine Yaklaşım 38
- **1.5. Problem** 38
- **2. Hipotez** 39
- **3. Önemi** 39
- **4. Kapsamı ve Sınırlılıkları** 39
- **5. Varsayımlar** 40
- **6. Tanımlar** 40

BÖLÜM II. 41

YÖNTEM 41

2.1. Araştırmanın Modeli 41

2.2. Evren ve Örneklem 41

2.3. Veri Toplama Araçları 43

2.3.1. İlk Trimester Depresyon- Anksiyete Ölçekleri 62

2.3.2. Beck Depresyon Ölçeği 64

2.3.3. Beck Anksiyete Ölçeği 67

2.4. Veri Çözümleme Yöntemleri 44

BÖLÜM III 44

Bulgular ve Yorum 44

BÖLÜM IV 54

Sonuç ve Tartışma 54

KAYNAKLAR 69

EKLER 59

ÖZGEÇMİŞ 68

TABLO LİSTESİ

Tablo 1	Obstetrik Terminoloji Tablosu	……..	23
Tablo 2	Erken Doğum Nedenleri Tablosu	……..	35
Tablo 3	Erken Doğum Yönünden Tıbbi riskler Tablosu	……..	36
Tablo 4	Çalışmadan Çıkartılma Koşulları Tablosu	……..	44
Tablo 5	Araştırma Kapsamındaki İlk Trimester Olguların Test Yapılan Gebelik Haftasına Göre Dağılımı Tablosu	……..	45
Tablo 6	Grupların Tanımlanması Tablosu	……..	45
Tablo 7	Demografik Değerlendirme Tablosu I	……..	46
Tablo 8	Demografik Değerlendirme Tablosu II	……..	49
Tablo 9	Test Pozitif Olgular Tablosu	……..	51
Tablo 10	Test Negatif Olgular Tablosu	……..	52
Tablo 11	Olgu-Kontrol Karşılaştırma Tablosu	……..	53
Tablo 12	İkili Sınıflama Tablosu	……..	53

GRAFİK LİSTESİ

Grafik 1 Grupların Dağılımı Grafiği …….. 47

Grafik 2 Obstetrik Sonuçların Dağılımı Grafiği …….. 48

GİRİŞ

Geleneksel olarak gebelik bir iyilik ve mutluluk hali olarak kabul edilmektedir. Bazı toplumlarda gebelik durumunun kadını depresyondan koruduğu görüşü kabul görmektedir (Buist vd, 2000: 663–667). Gebelikte depresyon görülme oranları %10–25 olarak bildirilmiştir (Wisner vd, 2000: 1933–1940). Erken Doğum Eylemi sıklığı, ardışık yıllar bazında, zaman zaman azalma gösterse de 20 yıl öncesiyle bugün arasında genel anlamda bir yükselme vardır (Martin vd, 2002: 1–101). 1990 yılında %10,6 olarak bildirilen erken doğum insidansı 2007 verilerine göre %11,6'dır. Erken doğum eylemi 2004 yılında tüm doğumların %12.5'ini oluşturmuştur. 37. gebelik haftasından önce olan doğumlar 1990'dan bugüne %18 artmıştır. Her ne kadar çoğul gebelik sayısının bu artışa katkısı olduğu düşünülse de sadece tekil gebeliklerdeki artışın %11 olduğu düşünülmektedir (Wisner vd, 2000: 1933–1940).

Erken doğum eyleminin etiyopatogenezi henüz net olarak saptanmamıştır. Nedene yönelik bulguların yetersiz olduğu bir tıbbi durumun tedavisindeki gelişmelerde aynı oranda yetersiz kalmaktadır. Son yıllarda maternal depresyon ve anksiyete gibi anneyi etkileyen psikososyal faktörlerin erken doğum eyleminin potansiyel nedenlerinden biri olabileceği kimi araştırmalarla desteklenmektedir (Orr vd, 1995: 165–171).

Depresyonun hipotalamo-pituiter-adrenal eksen hiperaktivitesi ile ilişkili olduğu hipotezi yaygın kabul görülen bir gerçektir. Aktive hipotalamo-pituiter-adrenal eksen tarafından salgılanan kimyasalların indüklediği maternal anksiyete ve depresyonun gebelik sürecini etkilediği bilinmektedir (Chrousos vd, 1998: 229–240).

Erken Doğum Eylemlerinin tıbbi, sosyal ve ekonomik sonuçları birçok ülkede genel sağlık politikalarının vazgeçilmez bir unsurudur (Raju vd, 2006: 751–763). Gebelik gibi duygu durum değişikliklerinin gündemde olduğu süreçlerde oluşabilecek önemli komplikasyonlardan biri olan erken doğumun psikolojik nedenlerinin saptanmasına yönelik çalışmalar özellikle son 20 yıldır akademisyenlerin gündemindedir. Gelişmekte olan ülkelerde en önemli sosyal sorunlardan biri olan erken doğum sonrası başlatılan çok merkezli yaklaşımın, doğum öncesi ve gebelik dönemine de yönlendirilmesi gerekmektedir (Bhutta vd, 2005: 519–617)

BÖLÜM I

1.1. Depresyon

Depresyon kavramının eski Mısır uygarlığından bu yana tanındığı bilinmektedir. Medikal anlamda "Depresyon" kelimesi ilk kez Alman psikiyatr Emil Wilhelm Magnus Georg Kraepelin tarafından 1886 yılında "la-folie-maniaque-depressive" terimi altında geçmiştir. En yaygın tıbbi bozukluklardan olan depresyon, normal kişilerde olağan olan hafif mizaç bozukluğundan, huzursuzluk, erken uyanma, kilo kaybı ve iştahsızlık gibi bedensel belirtilerle ve kendini kınama, umutsuzluk, değersizlik hissi ve intihar düşüncesi gibi öznel belirtilerle karakterize olan şiddetli hastalığa kadar geniş bir klinik yelpazeyi içerir.

Birçok insan kişiliklerine ve başa çıkma biçimlerine bağlı olan, periyodik hüzün dönemleri yaşarken; klinik depresyon bu geçici atakların süresi ve şiddetinin artması durumu olarak tanımlanabilir. Tanı için önemli belirti üçlüsü, zevk alma kapasitesinde düşme (anhedoni), çevreye ilginin azalması (sosyal çekilme) ve azalmış enerji düzeyidir.

Depresyon sık görülen, uzun süreli atakları olan, yüksek süreğenleşme, depreşme ve yineleme oranları gösteren, ciddi fiziksel ve psiko-sosyal yeti kaybına neden olan son derece yıkıcı bir bozukluktur. Depresyonun neden olduğu yeti kaybı sosyal ve mesleki alanlarda olabilir ve kişinin aile düzeni ile ekonomik durumuna ciddi olumsuz etkiler yapabilir. Bununla birlikte depresyon birey kadar çevresi ve bakımını üstlenenler üzerinde de ciddi olumsuz etkiler yaratır (Schöpf vd, 1983: 131–148).

Hayat boyu yaygınlığının %17–19 ve bir yıllık yaygınlığının ise %1–9 arasında olduğu bildirilen Majör Depresif Bozuklukta, öz kıyım girişimi sonucu ölüm oranının %15 olduğu ve öz kıyım sonucu ölümlerin yaklaşık %50'sinden Majör Depresif bozukluğun sorumlu olduğu bildirilmiştir. Bu nedenlerle MDB ciddi bir halk sağlığı problemi olarak öne çıkmaktadır (Valtonen vd, 2008: 588–596.)

Depresyonun yaşam boyu görülme oranı %5–25 arasında bildirilmiştir (Parmelee vd,1992: 189–196). Kadınların %20'si, erkeklerin %10'u yaşamlarının bir döneminde bu sağlık sorunu ile karşılaşmaktadır (Weisman vd, 1991: 799–801).

Depresyonun ülkemiz genel popülasyondaki yaygınlığı %10–20 arasındadır (Bekaoğlu vd, 1991: 174–178). Depresyon, kolayca tanınan ve tedavi edilen bir bozukluk olduğu yönündeki önyargıya rağmen yeterince tanısı konamayan ve tedavisi yapılamayan bir bozukluktur. Son yıllarda depresyonun süreğen ve tekrarlayıcı bir seyir gösterdiği üzerinde sık durulmaktadır (Barefoot vd,1996: 1976–1980).

Psikiyatrlar arasında son yılların en önemli bakış açısı değişimi Majör Depresif Bozukluğun akut bir bozukluktan çok süreğen bir rahatsızlık olarak kabul edilmesidir (Judd vd, 1997: 989–991).Geçirilen her atağın yeni bir atak gelişme riskini arttırdığı da bilinmektedir. Depresyon atağı geçiren bir kişinin, ikinci bir depresyon atağı geçirme ihtimali 2 yıl içinde %40, 5 yıl içinde %60, 10 yıl içinde %75 ve 15 yol içinde %85 olarak bildirilmiştir. Bununla birlikte, bir depresif atağı olan kişilerin yaklaşık üçte biri en az iki yıl süren süreğen bir seyir gösterirler ve bu kişiler genellikle depresif ataklar arasında da tam olarak düzelmezler (Keller vd, 1983: 689–694).Depresyondan kurtulmuş bireyler, ayrıca zayıf benlik saygısını, yaşama kederli bakışı, narsisistik incinebilirliği, çaresizlik ve düşük özgüven duygusunu sürdürebilirler.

1.1.1. Depresyonda Kuramsallaşmış Görüşler

Gabbard'a göre duygudurum bozukluklarına çağdaş psikodinamik yaklaşım bu bozuklukların altında yatan sağlam biyolojik temelleri de öngörmelidir. Çünkü psikososyal etkilenmeler nörofizyolojik faktörler üzerinde kalıcı etkiler bırakır.Çoğu depresyon stresörlerle tetiklenir ve neredeyse tamamı endojen biyokimyasal faktörlerle ilişkilidir. (Judd vd, 1997: 989–991).Görece hafif psikolojik stresörler hasta tarafından bilinçli veya bilinçsiz olarak daha da abartılmış olabilir. Psikodinamiğin çoklu nedenselliği: birden fazla psikodinamik teori; bireyin depresyonunu anlamada aynı anda yardımcı olabilir, birlikte kullanılabilir demektir ayrıca, dinamik anlayışa göre bir belirti olarak çökkünlüğün saptanmayışı; o kişide depresyon bulunmadığı anlamına gelmez. (Odağ;1999)

Freud, depresyonun birey için önemli biri ya da bir şeyin kaybıyla hızlandığını gözlemlemişti. Brown ve Haris de, depresyonun gelişimini psikolojik terimlerle açıklama girişimine, Freud'un Psikoanalitik Modelinin çeşitli yönlerini ödünç alarak

ve genişleterek katkıda bulunmuşlardır. Yaptıkları çalışmalarda, depresif hastalar arasında, stresli olayların ortaya çıkış oranında bir artış olduğunu gözlemlemişlerdir (Bruder;1990)Depresif hastalarda ortak duygu kendini aşağılamadır. Freud bu aşağılamayı içe yöneltilen öfkeye bağlar. Bu öfke de gerçek veya hayali nesne kaybına bağlıdır. Hasta kayıp duygularının farkında olmayabilir. Freud'a göre, bilinçdışında ise, normal yas ve ciddi melankolik durumların ayrımı;

a.Yasta dış gerçeklikte nesne kaybı vardır, depresyonda kayıp nesne daha çok emosyonel olma eğilimindedir.

b.Depresyonda benlik saygısında düşme varken; bu yasta gözlenmez.

c.Depresyon psikodinamiğinde temel savunma Freud'a göre introjeksiyon'dur. Hasta kayıp nesneyi içine alır.

d.Deprese hastalar kayıp sevgi nesnesini kendilerini terketmiş gibi algılarlar. Bu yüzden sevgi ve nefretin bir arada varolduğu bir ambivalans gözlenir. İntrojeksiyon sonucu deprese hastanın ambivalansının negatif yönleri içe yönelir ve kendini aşağılama biçimini alır. Bu açıdan bakıldığında deprese bir hastanın intiharı bilinçdışında cinayet anlamına gelebilir, dolayısıyla içe yönelen öfke açıklamasına göre; depresyonda üç ön koşul vardır:

a-nesne kaybı
b-ambivalans
c-libidonun benlik içine gerilemesi.

Çagdaş Bowlby ise sağlıklı bir kişilik gelişiminin ve psikolojik hastalıklardan uzak kalmanın sağlıklı ve iyi başlayan bir bebeklik ve çocuklukla olabileceğini savunuyor. Bunun içinde anne veya herhangi bir yetişkin bireyle kurulacak sağlam bir bağ önemlidir. Kurulacak güvenli çocuk anne ilişkileri bireyi ileri için hazırlar. Birey sürekli kaybetme endişesi yaşamaz. Bowlby ve bağlılık teorisini okumak, etrafında çocuk bulunan herkese tavsiye edilmelidir Bağlanma teorisi (attachment theory), anneye veya rahatlatıcı bir başka figüre bağlanmanın, çocuğun yaşamını sürdürmesinde önemli bir işlevi olduğunu savunmaktadır. Bu yaklaşımdaki sosyal psikologlara göre (Bowlby, Ainsworth, vb.), bazı kişilerle sıcak-yakın ilişki ihtiyacı, insan doğasının temel bir boyutudur. Çünkü, hem insan, hem de primatlarda gözlenen

bağlanma ihtiyacı, yeni doğmuş çocuğu çevresel tehlikelerden korumaya yönelik bio-sosyal bir süreçtir. Anne-çocuk ilişkisinde yaygın inanç, annenin çocuğuna karşı özverili, dikkatli, her an yardıma koşmaya hazır olduğu şeklindedir. Ancak Ainsworth vd. (Abramson; 1978), çocuk-anne ilişkisinde arasında üç farklı bağlanma stili ve dolayısıyla üç farklı ilişki tipi ayırt etmişlerdir: Birinci tip, yaygın inanca uygundur, çocuk, annesini çevreyle ilişkisinde güven verici bir dayanak olarak kullanmaktadır ve "güvenli çocuk" tipini yansıtmaktadır. İkinci tipte, anne mesafeli durmakta, çocuğun kendine yaklaşma çabalarını reddetmekte ve bunun sonucunda "kaçınan çocuk" tipi belirmektedir. Üçüncü tipte anne, çocuğun isteklerine cevap vermede geç kalmakta veya belirsiz/istikrarsız tepkiler göstermekte ve bunun sonucunda, "kaygılı çocuk" tipi ortaya çıkmaktadır. (Hazan & Shaver, 1987).

Bağlanma teorisi temel olarak psikanalitik gelenekten İngiliz John Bowlby'ın bağlanma ve nesne ilişkileri kuramına dayanmaktadır. Bağlanma teorisi anne-çocuk arasındaki bağlanma ilişkisine ve bununla ilişkili olarak genellikle çiftler arasındaki ilişkilerin doğasına eğilir. Örneğin, evrimsel adaptasyon açısından tartışılmaz bir önemi olan çocukluktaki bağlanma sisteminin temel özelliklerinin yetişkin ilişkilerinde de sürdüğünü gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Hazan & Shaver, 1987). Bunun yanında "bağlanma stili" kavramı ile yürütülen araştırmalar insanların duygularını nasıl düzenlediklerine, stresle nasıl basa çıktıklarına, ilişki tatminine ve depresyona kadar bu çok konuda anlamlı mesajlar vermektedir (Lopez & Brennan, 2000). En önemlisi bu teori içerisinde kişi ya da birey diğer kişilerle beraber ilişki bağlamı içerisinde değerlendirilmektedir (Pietromonaco & Barett, 2000). Her ne kadar bu ilişki bağlamı içerisindeki kişi algısı dilsel bağlama oturmasa da, çok daha uygun bir özne algısı sunmaktadır. Bu konuda ayrıca Amerika bazlı sosyal psikolojinin Bolwby'nin teorisini iğdiş ettiğini yazan Avrupalı araştırmacılar da bulunmaktadır

Tedavide depresyondaki birey hayatını ve çocukluğunu gözden geçirir terapistin yardımıyla. Bu bireyin şimdiki davranışlarının kökenini çözülmemiş sorunları tekrar terapide yaşayarak çözmeyi amaçlar. Bireyin çevresindeki önemli kişilerle ilişkisi incelenir, bu ilişkilerde uyumsuzluklar tespit edilmeye çalışılır. Tedavinin başlangıcında terapist baskın olmayan bir tavırla önemli yakın rolündedir. Terapist güvenilir, yumuşak biridir ilişkide. Tedavinin ortalarında birkaç ay sonra , bireyin görevi dışarıdaki dünyada kendisini mutlu edebilecek faaliyetlere

yönelmesidir. Burada yapılması gereken şey bireyin çevreye ve şartlara uyumunu sağlamaktır. Bu benlik algısının kötüden iyiye değişmesi ve kendisine saygıyı öğretmek ve öğrenmek sürecidir (Lopez & Brennan, 2000).

Karl Abraham ise Freud'un depresyon hakkında görüşlerini paylaşmakla birlikte bazı eklemeler de yapmıştır.Abraham'a göre İntrojeksiyon 2 biçimde olabilir: asıl sevgi nesnesinin içe alımı kişinin ego-ideal'ini oluşturmasının temelidir. böylece zaman içinde vicdan rolü içe alınan nesne tarafından üstlenilir. patolojik özeleştirinin kaynağı da içe alınan sevgi nesnesi olmaktadır.bu tür İntrojeksiyon freud'ungörüşleriyleçakışmaktadır.kendini aşağılama içe alınan nesnenin eleştirisiyle olmaktadır.ayrıca; abraham İntrojeksiyon'u süperego oluşumunda son derece önemli görmektedir.depresyon, dinamik açıklamaya göre psikoseksüel gelişimin anal ve oral safhalarında erken saplanmalara bağlıdır.deprese hastalarda kendini cezalandırmanın asıl kaynağı oral sadistik eğilimlerdir (Hazan & Shaver, 1987).

Fenichel 'e göre depresyon, Depresyonlu birey erken çocukluktaki narsisistik zedelenmelerini devam ettirir; bu şekilde benlik saygısı ile sevgiyi aynı şeyler olarak değerlendirir. Depresyon süreci zedelenmiş benliği onarma sürecidir. Depresif kişilerin pregenital fiksasyonları frustrasyonlara şiddetli tepkiler gösterirken, diğer yandan oral bağımlılıkları onları boyun eğmeye, kendini beğendirmeye iter. Bu zıt özellikler arası çatışma, depresyona yatkın olan bireyler için karakteristiktir. Depresif kişi bir dış nesneyi sevemediği gibi kendisini de sevemez..Depresif kişilerde regresyon; süperego nun koruyucu gücünü yok edip, cezalandırıcı özelliğini belirginleştirmiştir ayrıca oral safhada yetersiz anneliğin de ; depresyonda rolü olduğunu bildirmektedir. (Pietromonaco & Barett, 2000). .

Melanie klein 'a göre de depresyon;sevilen nesnelere yönelen öfkenin ifadesidir. yaşamın ilk yılında bebek; paranoid-şizoid pozisyondan depresif pozisyona ilerler. (paranoid pozisyon ilk 3-4 ayı içerir)paranoid pozisyonda korkutucu,"kötü" anne,seven,besleyen,"iyi" anneden splitting(yarılma) savunma düzeneği ile ayrı tutulur.Klein'a göre normal gelişimde annenin pozitif ve negatif imajları daha ambivalan bir görüşe doğru ilerler.başka bir deyişle;bebek korktuğu ve nefret ettiği,"kötü" annenin;sevdiği,bağlandığı "iyi" anne ile aynı olduğunu anlar.Kişinin sevdiklerine de zarar verebileceğini kavraması depresif pozisyon safhasında ana temadır. ("depresif anksiyete" bu farkındalığın doğurduğu endişeye denir)

kleİn'a göre klinik depresyon çocukluğun depresif pozisyonunu başarılı bir şekilde aşamama ile bağlantılıdır.Klein'a göre deprese hastalar bir yandan kayıp sevgi nesnelerini ararken;diğer yandan kötü nesneler tarafından cezalandırılmaktadır.Bu teoride kendini aşağılama; kişinin kendi yıkıcı eğilimleri yüzünden iyi ebeveynleri sert cezalandırıcılara dönüştürme korkusuna bağlanmaktadır.yine;kötü iç nesneler süperego içerisine entegre edilmekte;bu süperego da hasta üzerinde sadistik isteklerde bulunmaktadır.Klein'ın görüşüne göre deprese hastalarda gözlenen kendini aşağılamanın benliğe ve içsel dürtülere yönlendirildiği düşünülür. (Hazan & Shaver, 1987).

Depresyon hakkındaki psikodinamik teorilerin çoğu süper ego'nun patoloji oluşumu üzerinde durmaktadır.edward bibring ise depresyonu ego ve süperego arasında bir gerilimden çok; ego'nun kendi içinde bir gerilim olarak görme eğilimindedir.

Bibring'e göre ego'nun 3 adet; yüksek derecede yatırım yapılmış narsistik hedefi vardır:

a-İyi ve seven olmak (anal dönemle ilişkili)

b-Üstün ve güçlü olmak (fallik dönemle ilişkilidir)

c-sevilen ve değer verilen, takdir edilen biri olmak(oral dönemle ilişkilidir)

depresyon;kişi bu İdealler ve gerçeklik arasi uyumsuzluğun farkına vardığından da ortaya çıkmaktadır.Bu yüksek standartlara erişememe hissi; umutsuzluk ve güçsüzlüğü doğurmakta; benlik saygısına gelen darbeler veya ego'nun ideallere erişmesinin engellenmesi ile depresyon ortaya çıkmaktadır.Bibring'e göre agresyon depresyon oluşumunda primer bir rol oynamamaktadır. depresyonda ki agresyon umutsuzluğun bilincine varmakla ortaya çıkmakta;sekonder bir rol oynamaktadır (Pietromonaco & Barett, 2000).

Boşanma ve ayrı yaşama gibi durumların özellikle kadınların iyilik hallerinde uzun süreli etkileri olduğunu anlamışlardır. Uzun süreli sonuçları olan önemli bir olayı

yaşamış olmanın, depresyon düzeyinin belirgin bir biçimde artmasında etkili olduğunu görmüşlerdir. Brown ve Haris bu olayları "kışkırtıcı olaylar" olarak adlandırmışlardır. Ayrıca, "yatkınlık etkenleri" olarak adlandırdıkları başka olayların ya da sosyal koşulların da var olduğunu bulmuşlardır. Bunlar, tek başlarına depresyon gelişimine neden olmayan, ancak stresli bir yaşam olayının yaşanması riskinin artmasına yol açan etkenlerdi. Yakın ve güvenilir bir ilişkinin olmaması, evde 14 yaşından küçük 3 ya da daha fazla çocuğun olması, tam gün ya da yarım günlük bir işte çalışmıyor olmak, kadının annesini 11 yaşından önce kaybetmiş olması gibi etkenler stresli yaşam olaylarının yaşanması riskini artırıyordu. Daha sonra yapılan araştırmalar, bu etkenlere ek olarak başka etkenler de belirlemişlerdir. (Lopez & Brennan, 2000).

Ayrıca uzun süre devam eden huzursuz bir evliliğin, kadının hayatında kendisini adadığı alanlarda (örneğin çocuğun sağlığı ya da kariyer gelişiminde) yaşadığı sorunların, depresyonu başlatma olasılıkları yüksek olan olaylar oldukları anlaşılmıştır. Ayrıca stresli yaşam olayları ile depresyon arasındaki bağlantının çift yönlü olduğu bulunmuştur. Stresin depresyona neden olabileceği gibi, depresyonun da strese neden olabileceği anlaşılmıştır (Judd vd, 1997: 989–991).

Sosyal öğrenme kuramcısı Bandura'ya, göre kişilerarası ilişkilerin ve sosyal becerilerin, depresyonun gelişimi ve devam etmesinde önemli bir rol oynadığını düşünürler. Depresif insanlar, depresif deneyimleriyle ilgili konuştuklarında, diğer insanlar başlangıçta empatik ve özenli olarak tepki verirler. Ancak, bu sürecin uzun vadeli sonuçları genellikle olumsuzdur. Depresif insanların yakınları sonunda bu davranıştan yorulurlar ve ilişkiden kaçınmaya başlarlar. Böylece, ulaşılan sosyal destek kaybedilmiş olur. Depresif insanlardaki sosyal becerilerin yokluğu da, diğer insanlarla olan ilişkilerini olumsuz etkileyebilir. Bütün bu uyumsuz kişilerarası ilişkilerin, bulgular ortadan kalktığı zaman da devam edebileceği unutulmamalıdır. Stresli olaylarla başa çıkmada kendilerine yardımcı olacak sosyal destek kaynaklarından mahrum kalan kişilerin yeniden depresyona girmeleri mümkündür (Lopez & Brennan, 2000).

Depresyondaki insanların kendi çevrelerindeki olayları nasıl algıladıkları ve yorumladıkları da önemlidir. Beck, belirli olumsuz bilişsel örüntülerin, depresyon

gelişimine yatkın insanlarda etkili olduğunu öne sürmüştür. Depresif insanların kendileri ve çevreleri ile ilgili bilgilerinin değerlendirilmesi, olumsuz birtakım şemalar kullanılarak çarpıtılmış olabilir. Algılanan olumsuz yaşam olayları, depresyon semptomlarının ortaya çıkmasına neden olan umutsuzluk durumlarını oluşturabilir. Bu umutsuzluk durumlarına; çok arzulanan sonuçların asla olmayacağı, istenmeyen sonuçların olacağı, bu olayların istenildiği gibi olması olasılığını değiştirmek için hiçbir şey yapılamayacağı gibi örnekler verilebilir. Burada önemli olan, olumsuz yaşam olaylarının algılanması ile umutsuzluğun ortaya çıkması arasındaki ilişkidir. Bazı insanlar çeşitli deneyimlerden dolayı umutsuz olurlarken, diğerleri olmayabilir. Bazı kişiler olumsuz bir olayı önemliymiş gibi algılayabilirler. Bu olayın birçok sonucu etkileyebileceğini düşünebilirler. Kendilerini daha az becerikli, daha az değerli ya da daha az istenilen bir kişi olarak görebilirler. Bu tür yorumların, depresyonun ortaya çıkmasına zemin hazırlayabileceği unutulmaması gerektiği düşünülmektedir (Lopez & Brennan, 2000).

1. 1.2. Stres Depresyon İlişkisi

Stresin çok çeşitli tanımları yapılmıştır. En genelanlamıyla stres kişiye güç gelen, baskı ve engellen-me yaratan, çıkmaza sokan, çaresizliğe sürükleyen,acı veren, bunaltı ve üzüntü verici yaşam olaylarıdır.Stresin en kapsamlı tanımı ise Folkman ve Lazarustarafından ortaya konmuştur. Folkman ve Lazarus'agöre stres "kişi-çevre etkileşiminde, kişinin uyumunu

tehlikeye sokan ve mevcut kaynakları zorlayan ya daaşan çevre talepleridir".Yapılan çeşitli stres tanımları incelendiğinde çoğun-lukla stresin olumsuz ve zararlı bir anlamda ele

alındığı görülmektedir (Lazarus vd,1980;104-21). Oysa stres kişiyi zora soksada, uyumunu tehlikeye soksa da, acı ve bunaltı versede stresle başaçıkıldığında kişiyi ileriye, mutluluğa,başarıya götüren bir özelliğe de sahiptir. Örneğinhamile olmak pekçok kadın için yorucu, endişeyaratıcı, hatta acı verici bir durumdur. Ancak bebeğini kucağına alabilen bir annenin mutluluğu tartışılamaz. Bu tür nedenlerle bazı araştırmacılar stresin aslında kötü birşey olmadığını, bundan kaçınmanın mümkün olmadığını ve stresin motivasyon,büyüme, değişim ve gelişme için şart olduğunubelirtmişlerdir. (Lazarus vd,1980;104-21). Örneğin Levi stresi "hoş olan" ve "hoşolmayan" şeklinde ikiye ayırmıştır. Selye'de neşe,canlılık, başarı ya da kazanç

sağlayan stresler için "eustress", sıkıntı veren stresler için de "distress"ifadelerini kullanmıştır. Ancak sonucu ne olursaolsun, genellikle stres yaşandığı zaman içinde kişiiçin çok zorlayıcı olması nedeniyle, çalışmalarda stresifadesi kullanılmaya devam edilmiştir.Stres kaynaklarının özellikleri ile ilgili bilgiler gözden geçirildiğinde, stres kaynaklarının 3 grupta toplandığı görülmektedir.

Bunlar:

a) günlük olaylar,

b) yaşam olayları ve

c) spesifik yaşam durumlarıdır.

Günlük olayları stres kaynağı olarak ele alan çalış-malarda bir sınavın kötü geçmesi, komşunun yaptığıgürültü nedeniyle uyuyamama, baş ağrısı, çocuğu-nun okulda başarılı bir proje yapamadığını öğrenmek gibi olaylar yer almaktadır. Stres yaratan günlükolaylar genel olarak "değişme ve uyum gerektirensüresi sınırlı olaylar" olarak tanımlanmaktadır. Yaşamolaylarını belirlemeye yönelik ölçeklerde eşin ölümü,hamilelik, ekonomik durumda önemli bir değişiklik,emekli olma, başka bir yere taşınma, çocuklarınevden ayrılması gibi olaylar bulunmaktadır.Görüldüğü gibi yaşam olayları günlük olaylardanfarklı olarak daha uzun bir sürece yayılan ve yaşambiçiminde genel değişikliklere yol açan olaylardır.Spesifik yaşam durumları yaklaşımında ise anne-baba ilişkilerinde sorunların yaşanması, alkol sorunu

yaşananan aile ortamı, iş yaşamında sorunlarınolması, menopoz döneminde olma gibi kronik durumlar ele alınmaktadır (Lazarus vd,1980;104-21).

Günlük yaşamda insanlar sık sık kendi istekleri ile çevrenin koşulları arasında kalarak çatışma yaşayabilirler. Eckenrode ve Reich ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarında bir gün, hafta ya da ay boyunca ortaya çıkan küçük istenmeyen olayların birikimi sonucunda uyum sürecinin zorlandığını ve bu tür olayların "normal" populasyonda bile olumsuz duygulara yol açabildiğini ifade etmişlerdir. (Parmelee vd,1992: 189–196). Yapılan çeşitli çalışmalarda da istenmeyen günlük yaşantılarla depresyon arasında anlamlı ilişkiler elde edilmiştir.Günlük olayların olumsuz duygulara yol açmasının nedenlerinden biri, herşeyin kötü gittiği günlerde olduğu gibi, kişinin pekçok stres yaratan durumla birarada karşılaşmasıdır. Günlük olayların olumsuz duygulara yol açmasının nedenlerinden bir diğeri ise o gün ortaya çıkan bir

olayın kişinin kendisi, diğerleri ya da yaşam ile ilgili temel inançlarından birini tetiklemesidir. Lazarus bunu şöyle bir örnekle açıklamaktadır. O gün ortaya çıkan bir terslik örneğin kişinin tam sokağa çıkacakken ayakkabı bağının kopması, kişinin "yaşamını kontrol edemediği" ile ilgili temel inancını tetikleyebilir ve hatta kişi ayakkabının bağının kopmasının kendi yetersizliğinden kaynaklandığını düşünerek olumsuz düşünce ve duygular içine girebilir. Dohrenwend ve Dohrenwend ileBrown ve Harris de günlük olayların, kronik sıkıntıların veya devam etmekte olan zorlukların göstergeleri olabileceğine dikkat çekmişlerdir (Parmelee vd,1992: 189–196).

Bununla birlikte 1989 yılında Kendall ve Watson günlük olaylarla depresyon arasındaki ilişkilerin çokkuvvetli olmadığını, günlük olayların olumsuz yaşam olayları ile depresyon arasındaki ilişkilerin açıklanmasında rol oynayan ara değişkenlerden biri olduğunu ifade etmişlerdir (Parmelee vd,1992: 189–196).

Stres ile depresyon ilişkisinde rol oynadığı belirtilenen önemli ara değişkenlerden biri bilişsel değerlendirmelerdir. Çeşitli yazarlar bir olayın ne kadar stres verici olduğunun belirlenmesinde, olayın kendisinden çok, o olayla ilgili olarak yapılan bilişsel değerlendirmelerin rol oynadığını ileri sürmüşlerdir. (Lazarus vd,1980;104-21). Lazarus ve Folkman'a göre bilişsel değerlendirme birincil ve ikincil olmak üzere 2 şekilde yapılabilir.Birincil değerlendirmede kişi "tehlikede" olup olmadığına karar verir. Eğer bir olay kayıba yol açıyor, kişiye zarar veriyor ya da onu tehdit ediyorsa"tehlikeli" şeklinde değerlendirilir. Bazı yazarlar ise bir olay ya da durumun ne kadar stres verici olduğu-nun değerlendirilmesinde olay ya da durumun"tehlikeli" olması dışında farklı özelliklerin de roloynadığına dikkat çekmişlerdir. Örneğin Sutherland ve Cooper olay ya da durumun "değişemez", Parkesise "kontrol edilemez" şeklinde değerlendirilmesi ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki elde ettiklerini belirtmişlerdir. Yine olay ya da durumun ortaya çıkmasının ne kadar "istenmez" olduğu ve olay ya da durumun ortaya çıkmasında kişinin kendini ne kadar"sorumlu" gördüğü ile depresyon arasında anlamlı ilişkiler saptanmıştır.Lazarus ve Folkman'a göre birincil değerlendirme ile eşzamanlı olarak ikincil değerlendirme başlar. İkincil değerlendirmede kişi kendi kaynaklarını, sağlığını,kişiliğini, sosyal desteklerini, moralini vb. dikkate alarak "ne yapabilirim" sorusunu cevaplamaya çalışır. Bu cevaba göre kişi nasıl davranacağına kararverir. Böylece kişinin belli bir durum ile ilgili yaptığı birincil ve ikincil değerlendirmeler o

kişinin o durumla başa çıkabilmek için başvuracağı yolları belirler. Aldwin ve Revenson ile Carver ve arkadaşları da stres ile depresyon arasındaki ilişkinin belirlenmesinde başa çıkma yollarının önemini vurgulamışlardır (Lazarus vd,1980;104-21).

Başaçıkma yolları ile ilgili bir model geliştiren Lazarusve Folkman başa çıkmayı "stresli olay ya da durumların yol açtığı duygusal gerilimi azaltma, yok etmeya da bu gerilime dayanma amacıyla gösterilen bilişsel, davranışsal ve duygusal tepkilerin bütünü" şeklinde tanımlamışlardır. Bu modele göre başa çıkma kişinin iç ve dış taleplere karşı gösterdiği başarılı yada başarısız tüm çabaları kapsar. Belli bir stres durumuyla başaçıkmada kullanılan yolların başarılı olup olmadığı ancak uyum üzerindeki etkilerine göre belirlenebilir. Başaçıkma modeline göre başa çıkma davranışlarının rahatsızlık yaratan kaynağı ortadan kaldırmak ya da azaltmak, stres yaratan durumla ilgili değerlendirmeleri değiştirmek ve rahatsızlığa yol açan duyguları düzenlemek gibi amaçları vardır. Lazarus ve arkadaşları başaçıkmada kullanılan yolları"duygulara odaklanan" ve "soruna odaklanan" başaçıkma yolları şeklinde adlandırmışlardır. Soruna odaklanan başaçıkma yolları, durumu değiştirmeye yönelik aktif, mantıklı, serinkanlı, bilinçli çabaları içerirken, duygulara odaklı başa çıkma yolları genellikle uzaklaşma, kendini kontrol etme,sosyal destek arama, kabullenme gibi davranışlar ıiçermektedir. Örneğin kişi tarafından "değişebilir" olarak algılanan durumlarda bilgi toplama, sorun çözme, karar verme, harekete geçme gibi doğrudan soruna yönelik başaçıkma yolları daha etkili olurken, "değişemez" olarak algılanan durumlarda kabuletme, inkar, uzlaşmaya çalışmak gibi duygulara yönelik başaçıkma yollarına başvurmak daha yararlıolur. Ancak genellikle bir durumla başa çıkmak için mümkün olan her yolu birlikte kullanmak en faydalısıdır..Yapılan çeşitli çalışmalarda depresif belirtileri yüksek olan kişilerin stresli durumlarda daha çok duygulara odaklı başa çıkma yollarını tercih ettikleri ortaya konmuştur. Nolen-Hoeksema ve arkadaşları kronik stresyaşayan depresif kadınların boyun eğici yaklaşımlar ıdaha fazla kullandıklarını belirtmişlerdir. Cohen ise psikolojik sağlık açısından önemli olanın hang ibaşa çıkma yollarının kullanıldığının değil, başa çıkmadavranışları repertuarının genişliği olduğunu belirtmiştir. Başka bir deyişle kişi bir olayla başaçıkabilmek için ne kadar fazla yol kullanabiliyorsa, o olaydan o kadar az etkilenecektir (Lazarus vd,1980;104-21)

1. 1.3. Depresyonda Biyolojik Temel

Majör depresif Bozukluğun ve diğer depresif bozuklukların etiyolojisinde yer alan biyolojik etkenlerin varlığına ilişkin kuramlar uzun yıllardır ortaya konmaktadır. 1950'lerde monoamin oksidaz inhibitörlerinin (MAOİ) ve trisiklik antidepresanların (TSA) psikiyatrik bozuklukların tedavisinde kullanılmaya başlanmasıyla birlikte, "Monoamin Hipotezi" ortaya atılmış ve depresyonun biyolojik nedenleri, nörotransmitterler ve nöroendokrin özellikler konusunda sayısız araştırmalar yapılmıştır. Monoamin hipotezi, üç biyojenik aminden (serotonin, noradrenalin, dopamin) birisinin eksikliğinin ve işlevlerinde ortaya çıkan azalmanın veya reseptörlerindeki sayı ve duyarlılıktaki artışın depresyonun altında yatan biyolojik düzenek olduğunu ileri sürer. Bu varsayım, ilk oluşturulduğunda özellikle fonksiyonel olarak önemli reseptör bölgelerinde noradrenalinin (NA) tam veya kısmi yetersizliğinin depresyonun nedeni olduğu düşünülmüştür (Kidman vd,1976; 293–294).

Serotoninerjik sistem üzerinden etki eden SSGİ serotoninerjik nöronların dentrit ve aksonlarındaki serotoninin aktif ve enerji gerektiren bir süreç sonunda geri alımından sorumlu, sodyuma ve ısıya bağımlı serotonin taşıyıcılarında blokaja sebep olarak serotonin düzeyini hem akson terminalinde hem de somatodendritik alanda arttırırlar (Halem vd,1994; 1785–1788). Somatodendritik alandaki bir otoreseptör olan 5-HT 1a reseptörlerinde, bu artışı takiben bir aşağı-regülasyon ve duyarsızlaşma meydana gelir. Asıl görevi serotonin salıverilmesini sürekli olarak baskılamak olan bu reseptörün, bu değişimiyle baskılama azalır ve bir dezinhibisyon oluşur. Bunun sonucu olarak, akson terminallerinden salıverilen serotonin miktarındaki artış hızlanır ve post-sinaptik reseptör alanlarındaki serotonin miktarı artar.

Ancak geri-alım inhibitörünün etkisinin ilacı alır almaz başlamasına rağmen, yukarıda özetlenen düzeneğe bağlı olarak antidepresan etki için birkaç hafta beklemek gerekir. Sonuç olarak prefrontal korteksteki serotonin artışının depresyonu giderdiğine ve 5-HT 1a, 5-HT 2a ve 5-HT 2c reseptörlerinin depresyonda rol oynayan reseptörler olduğuna inanılmaktadır (Racagni vd, 1999; 3–7).

Çalışmaların büyük ölçüde SSGİ üzerine odaklanmasıyla, tüm antidepresanların etkililiğindeki son ortak yolun en baştaki nörobiyolojik etkilerinden bağımsız olarak serotonin nörotransmisyonunu arttırmak olduğu üzerinde görüş birliğine varılmış ve noradrenalinin depresyondaki rolünden uzaklaşılmıştır (Delgado vd, 2000; 5–12).

Ancak, günümüzde yapılan ileri çalışmalardan elde edilen sonuçlar, azalmış beyin serotonin işlevlerinin depresyona özgül olmadığını ve birçok değişik bozuklukta ortaya çıkabileceğini göstermektedir. Serotoninerjik yolakların beyinde izole yolaklar olmayıp birçok diğer nörotransmitter yolakları ile önemli kesişmelerinin saptanması, depresyonun etiyolojisinin açıklanmasında serotoninin tek başına yeterli olmadığını düşündürmektedir (Şekil 3). Son çalışmalar, noradrenalinin önemi üzerinde durmakta (Anand vd, 2000; 16–24) ve depresyonda kapsanan nörotransmitter sistemleri hakkındaki görüşler özellikle, noradrenalin ve serotonin üzerine odaklanmaktadır (Van Moffaert, 1999); (Tamam: 2002).

Noradrenerjik sistem ve bu sistem üzerinden etki eden antidepresanların yaptıkları değişiklikler hakkındaki bilgilerimiz daha sınırlıdır. Noradrenalin eksikliği, alfa-2 ve beta reseptör disfonksiyonları ile ilgili çeşitli iddialar bulunmakla birlikte depresyon etiyolojisinde, korteksteki beta-1 reseptörlerinin önemli bir rol oynadığına inanılmaktadır (Zemlan vd, 1990; 503–523).

Noradrenerjik etkili antidepresanların NA geri-alımını bloke etmeleri ve sinaptik aralıkta NA miktarını arttırmaları ile reseptörlerde meydana gelen değişiklikler ise halen net değildir. Ancak beta-adrenoseptörlerdeki aşağı-regülasyonun antidepresan cevap açısından bir gösterge olduğu vurgulanmaktadır (Racagni vd, 1999; 3–7). Serotoninerjik ve Noradrenerjik Sistemler Depresyonun fizyopatolojisi açısından çok önemli oldukları sık sık vurgulanan, serotoninerjik ve noradrenerjik sistemlerin özellikleri son yıllarda tanımlanabilir hale gelmiştir.Noradrenerjik sistem nöronlarının yaklaşık %50'si lokus seruleustadır. Santral noradrenerjik nöronlar ön beyini, serebellumu ve spinal kordu içine alan birçok sinir sistemi bölgesine projeksiyonlar yaparlar (Şekil 4). Santral noradrenerjik nöronlar retiküler aktive edici sistemin bir parçasıdır ve uyanıklık ile uyarılmayı devam ettirmede önemli bir rol oynarlar. Ayrıca çevreye karşı verilen tepkilerin kontrol edilmesi, dikkat, öğrenme, bellek, duygu durumun düzenlenmesi, dürtü kontrolü ve motivasyon seviyeleri üzerine de etkilidirler (Sasaki vd, 2008; 10-18).

Serotoninerjik sistemin nöronları ise neredeyse tümüyle beyinde ve rafe nukleuslarında, orta beyinden medulla oblangataya uzanan bir hat üzerindedirler (Şekil 5).Serotoninerjik sistemin duygu durum düzenlenmesi, korku ve anksiyete, öğrenme ve bellek, bilişsel kontrol, iştah ve yemenin düzenlenmesi, uyku, cinsel işlevler, dürtü kontrolü, gelişimsel davranışın düzenlenmesi, impulsivite ve irritabilite üzerine etkili olduğu düşünülmektedir (Uğuz vd, 2002; 19–23).

Depresyon etiyolojisini açıklamaya yönelik bazı deplesyon (nöron yolaklarındaki nörotransmitter depolarının boşaltılması) çalışmaları neticesinde antidepresan ilaç aktivitesinin tek bir mekanizmasının olamayacağı, hem serotoninin hem de noradrenalinin önemli olduğu şeklinde bir hipotez ortaya atılmıştır. Monoamin ve serotonin hipotezlerinde iddia edilenin aksine depresyonun ortaya çıkabilmesi için monoamin seviyesindeki basit bir değişiklikten daha fazlasına ihtiyaç olduğu gözükmektedir.

Yapılan son çalışmalar göstermektedir ki depresyonda monoamin seviyelerinde ve presinaptik ile postsinaptik nöron membranlarında bu monoaminlerin bağlandıkları reseptörlerde, meydana gelen değişiklikler depresyonun nedeni olmaktan çok sonucudur.

1.1.4. Depresyonda Tedavi

Depresyonun tedavisinde, kişiye uygun psikoterapi teknikleri uygulanır ve gerekli ise antidepresan ilaç tedavisi kullanılır. Sosyal etkinliklerin artırılması, daha etkili iletişimin kurulabilmesi ve stresli olayların etkisini azaltmaya yardımcı olabilecek destekleyici bir sosyal çevrenin oluşturulması için çalışılır. Depresif semptomlar ile o andaki kişilerarası sorunlar arasındaki bağlantı üzerinde durularak, depresyonu devam ettirebilecek ve şiddetlendirebilecek anlaşmazlıkları çözebilmek için pratik sorun çözme yaklaşımları ele alınır. İfade edilemeyen ya da kabul edilemeyen olumsuz duygular üzerinde tartışılır. Depresyon, uygulanan psikoterapi teknikleri ve kullanılan ilaçlar ile tedavi edilebilir bir hastalıktır. Günümüzde kullanılan tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi için ileride yapılacak çalışmalar, depresyon tedavisinde daha iyi sonuçlar alınmasını sağlayacaktır (Feighner vd,1985; 20-25).

1.1.5. Depresyon Tedavisinde Genel İlkeler

Depresyon sık görülen,klinik gidişi sırasında tekrarlayan ve yaşam kalitesinde azalmaya yol açan bir bozukluktur. 11242 hastanın yer aldığı geniş çaplı izleme çalışmasında, depresyonun kişinin yaşamında yol açtığı bozulma açısından; hipertansiyon, diabetes mellitus, artrit, pulmoner, gastrointestinal sistem hastalıklarında ortaya çıkan bozulmadan daha fazlave kalp hastalıklarındakiyle benzer düzeyde olduğu bildirilmiştir. (Wells vd,1989; 3298-3302). Depresif bozuklukların tedavisi öncelikle doğru tanı konulması ve tedavi amaçlarının belirlenmesini içerir.. Tedavide akut ve sürdürüm dönem tedavisi olarak iki faz vardır. Akut dönem ortalama ilk 6-12 haftayı kapsar. Bu dönemde belirtilerin remisyonu ve önceki işlevselliğe dönüş amaçlanır. Bu dönemde hastayla işbirliğinin sağlanması, eğitim verilmesi, tedavi seçimi ve yanıtın değerlendirilmesi önemlidir. Sürdürüm fazı ise remisyonun ardından gelen 6 ay veya daha uzun süreyi kapsar, mevcut atağın alevlenmesi ya da tekrarlamanın önlenmesi amaçlanır. Bu dönemd ehastaya uzun süreli ilaç kullanımı konusunda eğitim verilmesi, yan etkilerin kontrolü ve işlevselliğin sağlanması gereklidir (Kennedy ;2004).Depresyon tedavisinde öncelikle bozukluğun tedavisi amaçlanırken, ilaç yan etkileri ve hasta özellikleri nedeniyle (ek medikal durumlar, yaşgrupları, gebelik gibi riskli durumlar) ek sorunlara yol açılmamasına dikkat edilmelidir. Depresyon yineleyen bir hastalıktır. Tedavinin teme lamaçlarından biri de yinelemelerin önlenmesidir.Tedavide dikkat edilecek önemli noktalardan biri intiharlardır. Depresyonda intihar oranı %15'tir,bunlardan %1'i ise ölümle sonuçlanmaktadır.Antidepresan tedavide dikkat edilmesi gereken konulardan biri de yeterli tedaviye rağmen hastalarda %15-35 arasında kısmi yanıtın olması ya da yanıtın hiç olmamasıdır. Kısmi yanıt veya yanıtsızlık işlevsel bozukluğun sürmesine ve depreşme oranlarının artmasına neden olur. Depresyonun distimi üzerine gelişmesi veya altta yatan bir kişilik bozukluğunun olması da yineleme ve süre genleşmelerde belirleyici olabilmektedir. Hasta ve yakınlarının hastalık konusunda bilgilendirilmeleri ve eğitilmeleri tedaviye uyumu arttıran önemli faktörlerden biridir. Tedavi sırasında belirtilerin zamanla düzelebileceği, tedaviye yanıtın zaman alacağı belirtilmeli, yanıt sürecinde olasılıklar açıklanmalıdır. Antidepresan ilaçların bağımlılık yapmayacağı söylenmelidir. Hastanın klinik tablosunda önde gelen belirtilere öncelik verilmesi tedaviye uyumu arttırabilir. Örneğin uykusuzluk, anksiyete, psikomotor retardasyon gibi belirtiler ilaç seçimini etkiler. Depresyon tablosunda akut dönem kontrol altına alındıktan sonra hastalık öncesi uyum düzeyinin

sağlanması ve yinelemelerin önlenmesi amaçlanmalıdır. Yinelemelerin en önemli nedenlerinden biri yetersiz süre tedavidir. İlaç etkinlik araştırmalarında tedaviye yanıt olarak belirti şiddetinde %50 oranında azalma ölçüt olarak alınmaktadır. Oysa ağır depresif olgularda standart ölçekleregöre %50 azalma olduğu halde hastalar hala ciddi düzeyde belirti gösterebilmektedir (Katerndahl; 2004).

Tedavi **s**üresi**:** Hemen bütün antidepresif ilaçların önemli bir özelliği etkinliğin 1-3 hafta içinde başlamasıdır. Bu süre içinde, uykuda, iştahta, duygudurum ve toplumsal etkinliklerde düzelme başlar.Antidepresan tedavide doz ve yeterli süre çok önemlidir. Etkin olup olmadığına karar verirken 4-6 haftalık süre zorunludur. Bu süre içinde olumlu yanıt alınamadıysa aynı ilaçta ısrar edilmemeli,

Depresif bozuklukların tedavisinde ana ilkeler

1. Tedavi amaçlarının belirlenmesi
2. Uygun antidepresan ilaç seçimi
3. Ek tıbbi bozuklukların değerlendirilmesi ve tedavi edilmesi
4. İntihar riskinin belirlenmesi
5. Tedaviye uyumun sağlanması
6. Tedavi gidişinin değerlendirilmesi
7. Antidepresan ilaçların uygun doz ve süre kullanımının sağlanması
8. Yan etkiler konusunda bilgilendirme
9. Elde edilen tedavi yanıtının sürdürülmesi
10. Psikoterapi gerekliğinin değerlendirilmesi

1.2. Anksiyete

Anksiyete bozukluklarının ayrı bir grup hastal›k olarak tan›mlanması 1990'lı yılların başlarında oldukça yeniydi. Depresyon ve anksiyete bozuklukları açık bir biçimde tanımlanmadıklarından sklıkla kavram karışıklıklıkları ortaya çıkıyordu. (Hood vd, 2000; 421–431). Anksiyetebozuklukları affektif bozukluklar adı altında sınıflandırılıyordu. Anksiyetede ön plandaki duygunun korku,depresyonda ise üzüntü olduğu kabul ediliyordu. Anksiyeteyi depresyondan ayırmada kullanılan tek veri kaynağı hastadan alınan anamnezdi. Ayrıca semptomatoloji, hastalığın seyri, farmakolojik tedaviye verdiği yanıtda ayırıcı tanıda yardımcı oluyordu. DSM-III'ten (APA)önce anksiyete süreklilikgösteren bir durum olarak tanımlanıyordu. Ancak,

konuyla ilgilenenler öğrenmenin, biyolojik etmenlerin ve bilinç dışının anksiyetedeki rolü konusunda anlaşlmazlığına düşe biliyorlardı.DSM-III bir çok klişeyi kolaylaşltırmışsa da konuya da-ha eleştirel gözle bakıldığında bazı zorluklar getirdiği de söylenebilir. Uzun zamandır klinisyenler, araştırmacılar ve kuramcılar arasında anlaflmazlık konusu olan anksiyete ve depresyon arasındaki ilişki yeniden dikkatleri üzerine çekmeye başlamıştır .

Anksiyete bozukluklarında şiddetle cinsiyete dayalı bir biyolojik altyapı tanımlanmaktadır. Anksiyete bozukluklarında hipotalamus, amygdala, hipocampus birlikte hareket ederek patolojik tabloyu üretir.Farmakolojik çalışmalar, klinik ve genetik araştırmalar anksiyetenin etiyolojisi, belirtileri ve tedavisinde çok farklı mekanizmaların rol oynadığını göstermiştir (Hood vd, 2000; 421–431).

Özgül nörotransmitterlerin, bunların reseptörlerinin ve diğer düzenleyicilerin kortikolimbik yapılardaki yerleşimleri ve nöronal uyarılabilirliği kontrol eden hücre içi ileti sistemleri üzerindeki etkileri anksiyete bozukluklarının patogenezinde önemlidir. Bu yapıların GABA içeren serotoninerjik ve noradrenerjik yolaklarla etkileşimleri de strese yanıtta ve duygudurumun kontrolünde önem taşımaktadır. Anksiyetenin ortaya çıkışında protein kinazlar, hücre içi mesajcıları, G protein sinyal iletim düzenleyicileri, serin protezlar da rol oynarlar (Brandao vd, 2003; 225–233).

Biyolojik modeller kişilerin genetik kalıtım yoluyla anksiyete bozukluklarına yatkınlaştıklarını ileri sürer. Genetik etkenler anksiyete etiyolojisinde belirli bir rol oynar. Sağlıklı kontrollerin birinci derece akrabalarıyla karşılaştırıldığında, anksiyete olgularının birinci derece akrabalarında beş misli daha fazla olduğu görülmektedir. Ancak geçiş oranları monozigot ve dizigot ikizler arasında farklılık göstermez (Andrews vb, 1990; 23–29). Anksiyete yatkınlığındaki varyansın en az %70'i çevreden kaynaklanır. Yaşlı ikizlerde yapılan yeni bir çalışmada anksiyetenin ılımlı derecede kalıtımsal olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Mackintosh vd, 2006; 30–37).Anksiyete ve duygu durum bozuklukları için paylaşılmış bir kalıtımdan söz edilmektedir (Kendler vd, 1992; 716 -722).

Anksiyete ve major depresyonun farklı yaşam olaylarıyla benzer bir genetik temelde ortaya çıktığı konusunda bir görüş ileri sürülmüş olsa da, bu konudaki veriler yetersizdir. Aslında, anksiyetede kalıtım yönünde kanıtlar olmasına karşın hastalığa özgü genetik aracılar tam olarak anlaşılamamıştır. 5-HT taşıyıcı genindeki

işlevsel polimorfizm anksiyete ile ilişkili kişilik özelliklerindeki varyansın çok küçük bir oranını açıklayabilecek durumdadır. Tedaviye dirençli bir YAB olgusunda GABA-A reseptörlerini kodlayan ß1alt birim genlerinden birisinde bir aminoasid yer değişmesinin yanı sıra sağ frontal ve orbitotemporal bölgede GABA A'ya bağlanan bir radyotraserinin bağlanmasının azaldığı bulunmuştur (Kendler vd, 1992; 716 - 722).

Anksiyetenin nöroanatomisi anksiyetede çeşitli yapıların işe karıştığı bilinmektedir. Lokus seruleus ve sempatik sinir sistemi korku ve uyarılmada rol oynadığı bilinmesine karşın, anksiyetedeki rolü tam olarak anlaşılamamıştır. HPA ekseni ve kortizol salınımı strese yanıtta rol oynar. Bazı kanıtlar sürekli stresle karşı karşıya gelmenin kortizol salınımının düzensizleşmesine ve inatçı bir anksiyetenin ortaya çıkmasına neden olduğunu gösterir. Amigdala ve stria terminalisin yatak nükleusunun önemli olduğu görülmektedir. Amigdala korku tepkilerinin ortaya çıkmasında önemli bir rol oynar (LeDoux, 1988:1229–1238).

Kuramsal etiyolojik modeller anksiyetenin etiyolojisi için çeşitli düşünce okulları tarafından farklı modeller geliştirilmiştir. Her olguda tek bir model uygun bulunmamıştır. Bütün modellerin de her olguya katkı yaptığı da söylenebilir. Sıklıkla basit yaklaşımlı olmakla suçlanan davranışçı modeller öğrenme kuramına dayanır. Anksiyete bozukluklarının bilişsel modelleri duygu yaşantısını etkilemede özgün inanç ve tarzlarının rolünü vurgular. Psikodinamik modellere göre anksiyete cinsel ve saldırgan dürtüler ile bu dürtülere karşı yapılan savunmalar arasındaki intrapsişik çatışmaların bir sonucu olarak ortaya çıkar (Andrews vb, 1990; 23–29).

Amigdala potansiyel tehditleri kontrol eder ve hipotalamusla yaptığı bağlantılarla da sempatik sinir sistemi ve HPA eksenini aktive eder, merkezi ortaya beyinle yaptığı bağlantılarla savaş ya da kaç ve dona kalma gibi davranışsal savunma yanıtlarına aracılık eder. Korku koşullamasının kazanılması ve ifadesi için sorumlu beyin alanı da amigdaladır. Amigdala bağlantılı bir yapı olan stria terminalisin yatak nukleusu anksiyetede önemli bir rol oynayabilir (Davis, 1991:1239–1247).Anksiyetenin nörobiyolojisi çeşitli nörokimyasal, nöroendokrin, nörofizyolojik ve nöroanatomik etkenlerle ilgili anormallikleri kapsar. Gama-aminobutirik asid (GABA) / benzodiazepin (BZ) kompleksi, norepinefrin (NE), serotonin (5-HT), kolesistokinin (CCK), kortikotropin-salıverici etken (CRF), hipotalamik-pituiter-adrenal (HPA) ekseni ve nörostereoidler anksiyete etiyopatogenezindeki kimyasallar

olarak tartışılmaktadır (Şekil 6).Yapılan çok sayıda çalışma anksiyetede noradrenerjik anormalliklerin bulunduğu yönündeki kanıtları desteklemektedir. Lokus seruleus-norepinefrin-sempatik sinir sistem kompleksi bedenin alarma ve tehdide yanıtında önemli bir rol oynar. Noradrenerjik yolakların uzun süreden beri anormal korku ve uyarılmışlık halleriyle çok yakın bir ilişki içinde olduğu bilinmektedir (Abelson vd, 1991; 157-162).Anksiyetede serotoninerjik işlevlerin anormal olduğu yönünde güçlü kanıtlar bulunmaktadır (Dubovsky vb, 1995; 38–48).5-HT sisteminin aşırı aktivitesi birçok anksiyete bozuklukları için temel olarak görülebilir. Serotonin (5-HT)5-HT rafe nukleustan çıkan ve limbik sistem, hipotalamus ve talamusu besleyen, anksiyetenin ortaya çıkışında önemli bir nörotransmitterdir (Ferrarese vd,1990; 169–173).

1.3.Gebelik

Gebelik fizyolojik bir olaydır ve genelllikle iyi duyguların hakim olduğu bir dönem olarak düşünülmektedir.Gebelik, kadın hayatını etkileyen son derece değişik bir süreçtir. Özellikle ilk gebelik, kadın yaşamının en önemli krizlerinden biridir; bir fiziksel durumdan diğerine, bir çiftten bir aile olmaya geçiştir. Eşlerin ikisi için de birçok değişikliğin olduğu, farklı hislerin yaşandığ ıbir dönemdir (Naim vd,2000; 469-484).

Gebelik; yumurtalıklardan atılan, yumurtanın (ovum), erkekten gelen spermle döllenmesi sonucu oluşan, embrionun gelişimi ile birlikte annede oluşan değişikliklerin tümünü kapsayan bir süreçtir. Rahim içindeki bebeğe; 8. haftaya kadar **"embriyo"**, 8.haftadan doğuma kadar ise **"fetus"** adı verilir.Yine, 8. hafta sonuna kadar olan dönem “embriyonik dönem”, bu tarihten doğuma kadarki dönemeyse “fetal dönem” denir. (Buist vd, 2000; 663–7).Gebelik sürecindeki bu değişiklikler, annenin yalnızca iç genital sistemi ile sınırlı kalmayıp; tüm gastro-intestinal sistemini, iskelet-kas sistemini, üriner sistemini, endokrin sistemini, kardiovasküler sistemini, merkezi ve periferik sinir sistemini, solunum sistemini, meme ve süt kanallarını, kan biyokimyası ve hemodinamik yapıyı önemli ölçüde etkiler.

Pratikte normal bir gebelik sürecinin, son adet tahinden itibaren 40 hafta (280 gün) ve ovulasyondan (yumurtlamadan) itibaren 38 hafta sürdüğü düşünülerek hesap yapılsa da, tüm gebeliklerin ancak %5’i tam olarak bu süre sonunda doğumla sonuçlanır.

Tahmini doğum tarihi; son adet tarihini kesin olarak bilen, hamilelik öncesi adetleri düzenli olan ve hamile kalmadan hemen önce doğum kontrol hapı kullanmamış olan gebelerin son adet tarihlerine göre hesaplanabilir.

"Son Adet Tarihi (SAT)", her zaman için son görülen adetin ilk günüdür.

Hesaplamadaki kolaylığı ve netliği nedeniyle ay olarak belirtme yerine gebelikte hafta hesabı yapmaktayız.

"Nagele yöntemi" adını verdiğimiz method ile, son adet tarihini kesin olarak bilen bir hastada bu tarihe "gün kısmına 7 eklenmesi ve ay kısmından 3 çıkartılması" ile tahmini doğum tarihi hesaplanabilir.

Örneğin;

Son Adet Tarihi (SAT)= 10.12.2002.

Tahmini Doğum Tarihi (TDT)= 17.09.2003. Demek ki gebe bu tarihte tam 40 haftalık olacaktır.

38 hafta ile 42 hafta arası doğan bebekler normal kabul edilirken 38 haftadan önce doğanlar preterm, 42 haftadan sonra doğanlar postterm (sürmatür, gün aşımı) olarak adlandırılır.

Prematürite ise bebeğin yaşını değil gelişimini anlatan bir ifadedir. Örneğin 36 haftalık doğan bir bebek preterm olmasına yani erken doğmasına rağmen eğer akciğer gelişimini tamamlamış ise prematür değildir.

Gün aşımına uğrayan gebeliklerde de bebeği bazı riskler bekler ve doğum 42. haftadan sonra daha fazla ertelenmemelidir.

Gebeliğin en önemli bulgusu adet gecikmesidir. Ancak her adet gecikmesi (adet retardı) gebelik anlamına gelmez.

Yaşam tarzındaki herhangi bir değişiklik, çeşitli rahatsızlıklar, diyet, iklim, stres ve depresyon şeklindeki psikolojik durum değişiklikleri gibi pek çok faktör adet gecikmesine neden olabilir.

Gebeliği düşündüren bulgular

1. Adet gecikmesi
2. Ağızda tat değişikliği
3. Bulantı & Kusma
4. Memelerde dolgunluk ve hassasiyet
5. Halsizlik

6. Sık idrara çıkma

7. Karında büyüme

Gebeliğin olası bulguları

1. Gebelik testleri

2. Rahimin (uterus) büyümesi

Gebeliğin kesin bulguları

1. Bebeğin kalp atımlarının duyulması

2. Bebek hareketlerinin hissedilmesi

3. Ultrason incelemesi

Bebek sahibi olmak için bir kadın için en uygun olduğu yaş aralığı 18-25 yaşlar arasıdır. Bu dönemin başlangıcında kadının kendi vücudu gelişimini tamamlamıştır ve bir bebek gelişimi için uygun hale gelmiştir. Yaşınız ya da pozisyonunuz ne olursa olsun gebe kalmak istediğinizde ya da gebe olduğunuzu düşündüğünüzde mutlaka uzman bir hekime müracaat etmelisiniz. 30 yaşından sonra gebe kalma (infertilite) problemleri artarken, 35 yaş sonrasında bu problemlere anne ve bebek yönünden gebeliğin getirdiği sorunlar da eklenir. (Socol, 1984: 228-234).Gebe olduğunuzu ne kadar erken öğrenilirse, gebelik ile ilgili izlemler o kadar erken başlanabilir. Bu nedenle adet gecikmesi olan her kadın zaman geçirmeden gebelik testi yaptırmalıdır. (Crombleholme, 1984: 168-188).Gebeliğin oluşması ile birlikte gebelik materyalinden bazı hormonlar salgılanmaya başlar. Bu gebeliğe özgü hormonlar kadının adet siklusunu kesintiye uğratır ve kadın gebelik süresince adet görmez.

Kanda ve idrarda bu hormonların (HCG hormonu) tayini ile gebelik teşhisi konulabilir. Kanda bakılan hormon testi, henüz bir adet gecikmesi olmadan önce bile gebeliği gösterebilir. İdrarda ise sıklıkla 7 günlük bir gecikmeden sonra gebelik saptanabilir. (Socol, 1984: 228-234).Piyasada "prediktör" adı altında satılan ve kişinin kendi kendine uyguladığı testlerin güvenirliliği laboratuardakilere oranla biraz daha düşüktür. Bu nedenle adet gecikmesi olan ve kendi kendine yaptığı test negatif çıkan kadınlar da hekimlerini konu hakkında bilgilendirmeli ve onun önerilerine uymalıdırlar. (Crombleholme, 1984: 168-188).Genel bir prensip olarak her adet gecikmesi durumunda önce gebeliğin olup olmadığı ortaya konulmalı ve ondan sonra duruma göre davranılmalıdır.İdeal olanı, gebe kalmayı düşünen bir

kişinin “gebe kalmadan önce” bir uzman hekime muayene olması ve bir takım testleri yaptırmasıdır. Bu şekilde en uygun durumda gebeliğe başlanmış olacak ve gebelikteki bir takım soru işaretleri giderilecektir. (Socol, 1984: 228-234).Gebelik izlemleri ise gebeliğin riskine göre değişmekle birlikte, normal ve risksiz bir gebelikteki alışılagelmiş uygulamalarda;

İlk muayeneye gebe olduğunuzu öğrenir hemen başlanır, sonra
32. haftaya kadar ayda bir
32-36 haftalar arası 15 günde bir
36. haftadan doğuma kadar da doktorunuzun uygun göreceği sıklıkta (genellikle haftada bir) devam edilir. Gebelik izlemlerinde bazı tarama testleri de yapılır, bebeğin gelişimi kontrol edilir ve standartlara uygun olup olmadığı saptanır, bebekte ya da gebelikte olası bir anormallik saptanır ise buna yönelik tedaviler uygulanır. (Crombleholme, 1984: 168-188)

Tablo 1. Obstetrik Terminoloji

.

Birinci Trimester	Gebeliğin ilk 12 haftalık dönemidir
İkinci Trimester	Gebeliğin 12 – 28 haftalar arasındaki dönemidir
Üçüncü Trimester	Gebeliğin 28 – 40 haftalık dönemidir
Abortus	Gebeliğin ilk 20 haftası içinde gebeliğin istenen veya istenmeyen tüm kayıplarını kapsar.
Doğum	Rahim ağzı açılmasına neden olabilen ritmik kasılmalar sonrasında gebelik ürünlerinin rahim dışına
Erken Doğum	20-35. gebelik haftaları arasında doğum eyleminin gerçekleşmesi durumudur (65).
Erken Doğum Tehdidi	20–35 gebelik haftaları arasında doğumla sonuçlanmamış, rahim ağzına yansıması olan düzenli

1.3.1 Gebelik Ve Duygudurum

Yirmi yılı aşkındır yapılan çalışmaların sonucunda denebilir ki kadınlarda görülen affektif bozuklukların sıklığı perinatal dönemde en az diğer dönemleri kadar ve hatta daha fazladır. (O'hara vd, 1996;37-54).Birçok araştırmacı gebelik ve postpartum dönemde seks hormon konsantrasyonlarındaki değişikliklerin kadınların ruh halindeki zayıflamaya sebep olduğunu ileri sürmüşlerdir (Dalton; 2001). Diğer kanıtlar ise sosyal destek eksikliği, eş ile ilişkide problemler ve günlük hayattaki stresli olayları işaret etmektedir (Beck vd,2001;275-85).

Genetik ve hormonal etkenler gibi biyolojik değişkenler, gebelik dönemindeki depresyonu, psikososyal stresörlere ve anksiyete semptomlarına direnci düşürerek dolaylı yoldan etkilemektedir. (O'hara vd, 1996;37-54).Biyolojik faktörler gerek genetik, gerekse hormonal, kişinin hayatidurumlara stres veya anksiyete duyguları ile cevap vermesine sebep olmaktadırlar.Genetik etkenlerin üstünde durulmasının sebebi postpartum depresyon (PPD) gelişen kadınların birinci derece akrabalarında mizaçbozukluğu oranının normal populasyona göre daha yüksek olmasıdır (Steiner vd,1998;26-47).Bu veri, kalıtsal ve ailesel etkenlerin postpartum depresyon gelişimindeönemli olabileceğini gösterir.Hormonal sebepler incelendiğinde, bazı veriler postpartum mizaç değişikliklerinde östrojen hormonunun rolü olduğunu düşündürsede yapılan çalışmalarda PPD gelişen ve gelişmeyen kadınlardaki gonadal hormon seviyeleri arasında bir fark bulunamamıştır (Chung vd, 2001; 830–4).Kortizoldüzeyinin etkisini değerlendirilen bir çalışma anlamlı çıksa da diğer çalışmalarda bu bulgu doğrulanmamıştır sıktır (Ryan vd, 2005; 1087-1093). Doğum sonrası geçici tiroid disfonksiyonunu PPD ile ilişkilendirilmiştir (Mckee vd, 2006; 63-81).Tiroid işlevlerindeki patolojiler ve doğum sonrasıdepresyon ile ilgili yapılan çalışmalar depresif mizacın tiroid bozukluğu ile ilgili olabileceğini düşündürmektedir Bazı hormonların geri çekilmeleri de araştırılmış, β-endorfin geriçekilmesi olan kadınların mizaç değişikliğine daha yatkın oldukları bildirilmiştir (Marcus vd, 2003; 373-380).Östrojen konsantrasyonunun doğum sonrası düşüşü ile ilgili literatür gözden geçirildiğinde ise ani östrojen düşüşünün postpartum psikiyatrik tablo ile ilgili olabileceği öne sürülmüştür.Postpartum dönemdeki kadınların duygudurumları ve altında yatan etiyoloji hakkında yapılan çalışmaların çoğunun retrospektifmetotlarla yapılmaları birbiriyle çelişen verilerin ortaya çıkmasına sebepolmuştur.(Mckee vd, 2006; 63-81).

Fakat çoğuaraştırmacı ve klinisyen, Perinatal duygudurum değişikliklerinde biyolojik ve psikososyal risk faktörlerinin birleşik etkilerinin sorumlu olduğunda görüş birliği içimdedir.(Chung vd, 2001; 830–4).

1.3.2.Gebelik Ve Depresyon

Gebelik üretken çağdaki kadınların birçoğunun deneyimlediği ve genellikle anne için mutluluk verici bir dönemdir. Ancak son yıllarda gebeliğin ruhsal bozukluk için koruyucu bir dönem ya da "kendini iyi hissetme" dönemi olduğu düşüncesi kabul görmemektedir. Gebelikte depresyon hem anne sağlığını hem de fetal sağlığı etkileyen ve sık görülebilen bir ruhsal bozukluktur. Yapılan çalışmalara göre gebelikte depresyon ve depresif semptom görülme sıklığının %5–51 arasında değiştiği bildirilmektedir. Depresyonda yaygınlık, kronikleşme ve tekrarlama oranının yüksek olması işgücü kaybını maternal ve fetal morbidite ve mortalite ve ayrıca intihar riskini artırması nedeniyle önemli bireysel ve toplumsal bir sağlık sorunudur. Gebelikte depresyon erken tanısı ve tedavisi anne ve bebek açısından çok önem taşımaktadır. Hekim tanı koyar koymaz kar-zarar oranı değerlendirilerek tedavi verip vermeyeceğine karar vermek durumundadır (Chung vd, 2001; 830–4).

Kadınların hormonal durumları ile ruhsal durumları arasındaki ilişki Hipokrat döneminden bu yana dikkati çekmiştir. 19. asırdan bu yana mensturasyon ile davranış değişiklikleri arasındaki ilişki deneysel ve klinik olarak araştırılmaktadır. Menarş, hamilelik, doğum ve menopoz bir kadının yaşantısındaki en önemli dönemlerdir (Özkan, 1993:201-9).

1.3.3 Gebelikte Depresyon Sıklığı

Yapılan araştırmalara göre gebelikte depresyon ve depresif belirti görülme sıklığının %5–51 arasında değiştiği bulunmuştur (Marcus vd, 2003; 373-380). Türkiye'de bu konuda yapılan yeterince çalışma olmaması ile birlikte Cebeci ve arkadaşlarının gebeler üzerinde yaptıkları bir çalışma da Beck Depresyon ölçeğine göre (Kesme değeri 17 ve üzeri) depresyon belirtileri görülme prevalansı %12 bulunmuştur (100). Kurki ve arkadaşlarının gebelikte depresyon sıklığını %30, Marcus ve arkadaşları %20 olarak bulmuştur (Marcus vd, 2003; 373-380). McKee

ve arkadaşlarının düşük gelir düzeyi ne sahip gebeler üzerinde yaptığı bir çalışma da ise Beck Depresyon ölçeğine göre (Kesme değeri 14 ve üzeri) depresyon prevalansı % 51 olarak bulunmuştur (Mckee vd, 2006; 63-81).Chan ve arkadaşları Centre for Epidemiological Studies and Depresion Skalasına göre gebelikte depresif semptom görülme sıklığını araştırmışlar; 1. trimesterde %8.2, 2.trimesterde %10 ve 3.trimesterde %2 olarak bulmuştur (Mckee vd, 2006; 63-81).

1.3.4.Gebelikte Depresyon için Risk Faktörleri

Jinekolojik öyküde kürtaj sıklığı, düşük ve hamileliğe ilişkin ikilemli duygular, daha önce depresyon öyküsü, ailesinde depresyon öyküsü, genç anne ve çok çocuklu olma öyküsü, istenmeyen gebelik, sosyal desteğin yeterli olmaması, evlilik sorunlarının ve eşlik eden tıbbi bir rahatsızlığın olması gebelikte depresyon için risk faktörleri arasındadır (Akdeniz vd, 2004; 70-74).

Halen antidepresan tedavisi alanların gebe kaldıkları zaman tedavilerini erken kesmek zorunda kalmaları da gebelikte depresyonun alevlenmesi ya da yinelenmesi açısında riske neden olmaktadır. Gelişmiş toplumlarda bile planlanmamış gebelik oranı %50'ye yakındır. Çoğu gebe kadın "Bebek mi? Yoksa ilaç mı?"sorusuna ilacı kesme ile yanıt vermektedir. Bu durumda gebelik sırasında, gebelikte depresyonda alevlenme ya da yineleme riski doğmaktadır. Özelliklede tedavi kesildikten sonra ilk 8 hafta alevlenme görülmesi açısından en riskli dönemdir. Bu konuda yapılan ileriye yönelik çalışmalar daha önceki yaşamlarında psikotik tablo geçirmiş olan hastaların %58 'inin hamilelik ve/veya postpartum dönemde ciddi ruhsal bozukluklar gösterdiği ortaya koymuştur. Bu olguların birçoğunda kişiler arası iletişim bozukluğu, istenmeyen gebelik ve evlilikle ilgili sorunlar daha sıktır (Ryan vd, 2005; 1087-1093).

Hamilelik ve postpartum dönem, latent olan ruhsal bozukluğu ortaya çıkarabilen bir dönemdir. Hamilelikte ortaya çıkan her komplikasyon ve gebeliği riskli hale getiren her tıbbi sorun, psikiyatrik semptomlara yol açma potansiyelindedir. Gebelikte hipertansiyon ve diyabet gibi tıbbi sorunları olan hamile kadınlarda bu tür komplikasyonları olmayan gebe kadınlara göre daha fazla psikopatoloji saptanmıştır (Ryan vd, 2005; 1087-1093).

1.3.5.Gebelikte Depresyona Ait Semptomlar

Gebelikte depresyon semptomlarının gebeliğin kendisine ait nedenlerle mi yoksa altta yatan predispozan faktörlere bağlı olarak mı ortaya çıktığı konusu tartışılmalıdır. Birinci trimesterde bu semptomlar uyku ve iştah değişiklikleri, duygulanım ve anksiyete durumlarında dalgalanma, aşırı yorgunluk, libido kaybı, konsantrasyon güçlüğü olarak görülebilir. Benzer şekilde 3. trimesterde de anksiyete, aşırı yorgunluk, uyku ve iştah bozuklukları, doğumla ilgili kaygılar görülebilmektedir. 2. trimesterde ise bu semptomlar daha az görülmektedir. Yapılan çalışmalarda depresif semptomların gebe kadınlarda en az postpartum dönemlerdeki veya gebe olmayan kadınlardaki kadar görüldüğü saptanmıştır. Perinatal depresyon semptomları ile majör depresyon semptomları benzerlik gösterebilmektedir (Rees, 1971: Nelson, 1993).

1.3.6.Gebelikte Depresyon Gelişmesi İle İlgili Risk Faktörleri

❖ **Biyolojik Faktörler**

—Duygu durum ve anksiyete bozukluğu öyküsü

—Postpartum depresyon öyküsü

—Premenstural disforik bozukluğu öyküsü

—Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü

❖ **Psikososyal Faktörler**

—Çocukluk çağı suistimal öyküsü

—Küçük yaş

—Planlanmamış gebelik

—Gebelik hakkında kararsızlık veya olumsuz düşüncelerin bulunması

—Dul anne olma

—Çocuk sayısının fazla olası

—Ev içinde şiddet veya evlilik çatışması

—Düşük eğitim düzeyi ve işsizlik

—Madde bağımlılığı ve sigara içme

1.3.7.Gebelikte Depresyonun Sonuçları

Ruhsal bozukluğu olup tedavi olmayan kadınlarda maternal morbitide mortalite hızı (intihar girişimleri dahil olmak üzere) artmaktadır (Altshuler vd, 2001; 1-107).

Ruhsal hastalıkların annenin duygu durumunu etkileyerek, gebelikle ilgili olumsuz sonuçlar doğurabileceği düşünülmektedir. Bu konu ile ilgili yapılan çalışmalarda depresyonun müdahale edilmediği takdirde çeşitli obstetrik komplikasyonlar ve doğumsal patolojilere yol açabileceği bulunmuştur (Zax vd,1977; 218-30).

Gebelik esnasında görülen patolojik semptomlar fetüs üzerinde olumsuz etkiler yarattığı düşünülmektedir. Gebeliğin hipertansif hastalıkları (preeklampsi- eklamps) gebelikteki depresyonla ilişkili bulunan en önemli durumlar arasındadır. Gebelikte depresyonla ilişkili bulunan diğer durumlar şunlardır: Spontan Abortus, Antenatal kanama, artmış uterin arter rezistansı, düşük Apgar skoru, neonatal yoğun bakım gerektiren bebek doğurma, neonatal büyüme geriliği, spontan erken doğum, fetal ölüm, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma, Prenatal ve doğum komplikasyonları preterm eylem, yüksek kortizol düzeyine sahip bebek doğurma (Dorn vd, 1993; 219-39).

Depresyon ayrıca sezaryen veya forseps gibi müdahaleli doğumlar, doğumun normalden daha ağrılı olması ve bundan dolayı da daha çok epidural analjeziye ihtiyaç duyulması gibi durumlarla da ilişkili bulunmuştur. Çeşitli çalışmalarda ruhsal hastalığın annenin hareketlilik durumunu, Prenatal bakım sağlanmasını ve sağlıksız davranışlarını önleme kabiliyetini etkilediği gösterilmiştir. Depresyonda olan kadınlar sigara içmeye alkol ve diğer bağımlılık yapıcı maddeleri kullanmaya daha yatkın olabilmekte ve bu durumlarda gebeliğin olumsuz yönde sonuçlanmasına katkıda bulunabilmektedir (Bonari vd, 2004; 726-35).Gebelikte depresyonla ilgili olan en önemli sorunlardan birisi intihar düşüncesine veya girişimine yönlendirecek

kadar kendine zarar verebilme ihtimali taşımasıdır (Appleby, 1991: 137-40).Gebelikte depresyon %50–62 oranında postpartum depresif atak geçirme ve mevcut psikiyatrik durumun daha da kötüleşmesi risklerini taşımaktadır (Evans vd, 2001; 257-260).Psikiyatrik nedenlerden dolayı gebeliğin sonlandırıldığı olgular az değildir. "National Depressive and Manic Depressive Association" gebelikteki depresyon hakkındaki görüşleri gebelik sırasında depresif olup tedavi olmayan gebelerin %15'inin intihar girişiminin de bulunduğu %50-62'sinin de postpartum dönem içinde de depresif durumlarının devam ettiği şeklindedir (Bonari vd, 2004; 726-35).

1.3.8.Depresyonun Gebenin Davranışları Üzerine Etkileri

Depresyonun, sağlıksız davranışlara yol açarak obstetrik sonuçları olumsuz etkileyebileceği, bunun yanında sağlıksız yaşam tarzına ve davranışlara sahip gebelerde de depresyon ortaya çıkabileceği belirtilmektedir (Altshuler vd, 2001; 1-107). Ruhsal hastalıklar karar verebilme becerisini etkileyebilerek bilişsel tahribatlara yol açabilirler, bu durum antenatal olarak dikkat eksikliği ve uyuşturucu madde kullanımı ile ilişkili olabilmektedir. Zuckerman ve arkadaşları gebelikte görülen depresyon ile sigara, alkol ve kokain kullanımı arasında önemli düzeyde bir ilişki saptamışlardır (Zuckerman vd, 1989; 1107-1111).

Depresif semptomları olan gebelerin hekimlerinin tavsiyelerine uyabilmeleri daha zor olmaktadır. Bu hastalar beslenme problemi yaşarlar, karar vermeleri zorlaşır ve uykusuzluktan şikayet ederler. Depresyonda olan gebelerin sosyal fonksiyonlarında azalma, duygusal olarak içe kapanma ve gelecekte ebeveyn olabilme kaygısı ile ilgili problemleri olabilmektedir. Gebelikleri hakkında aşırı tasaları olabilir ve obstetrik muayene, rutin ultrasonografi kontrollerini ihmal edebilirler. İştahları azaldığı için gebelik boyunca normalden daha az kilo alırlar. Öz bakımları azalabilir ve Prenatal bakımın gereklerine uymayabilirler. Tersine depresyonda olmayan gebeler gebelikte, ilgili sağlık konularıyla daha çok ilgilidirler (Altshuler vd, 2001; 1-107). Depresyonda olan kadınlar depresyonda olmayanlara göre Prenatal dönemde daha az vitamin kullanmaktadırlar ve folik asit hakkında bilgileri daha az olur. Depresyondaki gebeler yardım istemek konusunda isteksizdirler ve obstetrik servislerinin pek faydalı olduğuna inanmazlar. Bu

davranışların tümü gebeliğin problemli sonuçlanma riskini artırabilmektedir. Ayrıca ileri derece depresyon, kendine zarar verme, psikotik, atılgan ve zararlı davranışlar sergileme riskini de arttırmaktadır. Gebelikte görülen depresif durumun psikiyatrik rahatsızlıkları akut formlarına dönüşebildiği bildirilmektedir (Stocky vd, 1997; 73-78).

1.3.9.Gebelikte Depresyonun Tedavisi ve Önlenmesi

Gebelikteki depresyonu önlemedeki ilk adım risk altındaki kadınların belirlenmesidir. Risk altında bulunan kadınların erken belirlenmesi, bu konuda önleyici girişimlerin yapılmasına olanak sunabilecektir. Gebelikteki depresyon, güvenilir tarama yöntemleri kullanılarak belirlenmelidir (Philips vd, 2005; 1-20). Gebelikte görülen depresyon için tedavi seçenekleri psikoterapi(kişisel veya grup), farmakoterapi (antidepresan ilaçlar) ve nonfarmakolojik biyolojik tedavilerdir [parlak-ışık terapisi ve elektro konvülzif terapidir (EKT)] (Grote, 2003, Santvana 2005). En yaygın olarak kullanılan psikoterapi çeşitleri, sosyal etkileşimler ve yasamdaki yeni dönemlere uyum sağlayabilme konuları üzerinde duran kişiler arası ilişkiler psikoterapisi (KAT) ve hastaların kendi başlarına çeşitli düşünce türleriyle başa çıkabilmelerini amaçlayan bilişsel-davranışçı tedavidir (BDT). Gebelikte Kat'ın kullanılması ile 16 hafta sonunda duygu durumun yeterince düzeldiği gösterilmiştir. Maalesef diğer nonfarmakolojik tedavi yaklaşımlarının Prenatal depresyonda etkinliği üzerine yapılmış çok az çalışma bulunmaktadır (Ward vd, 2002; 629-36).

1.3.10. Postpartum Depresyon

Gebelik ve postpartum dönem ile ilgili çalışmalar incelendiğinde postpartum depresyonun klasik depresyondan ayrı özel bir bozukluk olduğu ve "atipik depresyon" şeklinde tanımlandığı görülür. Başka yayınlara göre ise, postpartum depresyon, gebeliğe bağlı hormonal değişikliklerin neden olduğu bir bozukluk değil, nonspesifik stresörlere bir cevap olarak değerlendirilir (Rees, 1971: Nelson, 1993). Bu görüşü destekleyen araştırmalarınçoğunluğunda gebe olan ve olmayan kadınların depresyon prevalanslarının benzer olduğu saptanmış ve çalışmaların önemli kısmında klinik özellikler açısından belirgin bir fark saptanmamıştır (Hood vd, 2000; 421–431). Tanısal ve İstatiksel Akıl Bozuklukları Rehberi'nin dördüncü baskısında (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Forth Edition, DSM IV) postparum

depresyon kriterleri net olarak tanımlanmıştır. Buna göre PPD, doğumdan sonraki 4 hafta içinde ortaya çıkan ve non-psikotik majör depresyon olarak tarif edilmiştir doğurma (Dorn vd, 1993; 219-39). Ağırlıkseviyesine göre "baby blues" (lohusalık hüznü), "non-psikotik depresyon" ve "puerperal psikoz" olarak sınıflandırılır (Hood vd, 2000; 421–431). Son yıllarda, psikiyatrik uygulamalarda tanı ölçütlerinin özgün şekilde geliştirilmeleri, dünyada yapılan çalışmalarda mizaç bozukluklarının kadınlarda erkeklere oranla 2 kat daha sık görülmesi ve başlangıç pikinin doğurganlık yıllarına denk geldiğinin gösterilmesi ve uluslararası sağlık gündeminde kadınla ilgili konuların öne çıkarak önem kazanmaları ile postpartum psikiyatrik tabloya gösterilen ilgi giderek artmaktadır (Stocky vd, 1997; 73-78).Peripartum dönemde kadınların %80'inden fazlasında mizaç dalgalanmaları görülebilmekte fakat bunların yalnızca %10-20 kadarında DSM tanı ölçütlerine göre affektif bozukluk gelişmektedir (Rees, 1971; Nelson, 1993). Geçmişte gebelik dönemi sıkça "duygusal iyilik hali" olarak tanımlanır ve psikiyatrik rahatsızlıklara karşı koruma sağladığ ıdüşünülürdü (Buist vd, 2000; 663–7).

Doğumun mutluluk veren bir olay olması gerektiği için mutlu anne kalıbına uymayan bir kadın şaşkın, utanç içinde ve suçlu hissederek iç karartıcı duygularını kendisine saklardı. (Wisner vd, 2000; 1933–1940).Bir kadının 10 hayatında gelişimsel bir dönüm noktası olarak kabul edilen çocuk doğurma eylemi sosyokültürel bir fantezi haline getirilmişti (Buist vd, 2000; 663–7).Buna göre doğum eylemi ile mükemmel bir bebek dünyaya getiren anne, hiç vakit kaybetmeden bebekle duygusal bağ kurmakta ve annelik rolünü kusursuz olarak sergilemekteydi (Crombleholme, 1984: 168-188).
Yapılan kalitatif çalışmalarda, yeni annenin yaşadığı deneyimler incelendiğinde bulunan sonuçlar ışığında bu geçmiş klişelerden daha farklı bir tablo çizilmektedir. (Dorn vd, 1993; 219-39). Bunlara göre yeni anne olan bir kadın yoğun bir izolasyon, yalnızlık hissedebilmekte ve günlük işlerin tekrarlayıcılığı, iyi bir anne olamama endişesi ve annelik rolü ile yaşadıkları çatışmalar sebebiyle depresif mizaca sahip olabilmektedir (Stocky vd, 1997; 73-78).Bu ruh durumu ile ortaya çıkan postpartum depresyon, kadınlardan mutluluk ve bebeklerine hissetmeleri beklenen sevgiyi çalan bir hırsız olarak tanımlanmıştır. (Crombleholme, 1984: 168-188).Anneler postpartum depresyonu kontrol edilemeyen endişe, suçluluk ve obsesif düşüncelerle dolu bir kabus olaraktanımlamışlardır (Hood vd, 2000; 421–431). Kadınlar yalnızca kendilerine değil çocuklarına da zarar vermeyi planlarlar. Hayatlarının bir daha normale dönmeyeceği korkusuyla kuşatılan postpartum depresyon hastaları, çocuğa

bakmanıngerektirdiği sorumluluk hissini bunaltıcı bulurlar ve kimi zaman hayatta kalabilmek için kendilerinin çocuklarında fiziksel ve psikolojik olaraktamamen koparırlar (Altshuler vd, 2001; 1-107). Depresif olmayan annelere göre depresif olanlar çocuklarıyla daha az şefkat içeren temas hareketi sergilerler. Bu sebeple bu annelerin çocuklarının da depresif olmayan anne çocuklarına göre daha sinirli, çekingen ve daha az yüz mimiği kullanan, az konuşançocuklar oldukları gözlenmiştir. (Socol, 1984: 228-234).Yine bu annelerin çocukları anneleri depresif olmayan çocuklara kıyasla daha sık davranış problemi göstermekte ve kognitif işlevleri daha alt düzeyde bulunmaktadır. Çocukluk dönemi uyku problemleri de postpartum depresyon ile ilişkilendirilmiştir. (Zax vd,1977; 218-30). Sanayileşmiş ülkelerde kadınların %10-15'inin doğum sonrasıdönemde non-psikotik klinik depresyon geliştirdiği ile ilgili kanıtlar mevcuttur. (Socol, 1984: 228-234).Semptomlar postpartum ilk altı haftada görülür. Mizaçta 11; labilite, ağlama, irritabilite, anksiyete, yorgunluk, uyku bozuklukları ve yoğunlaşma problemleri ile karakterize, nispeten hafif bir bozukluk olan postpartum hüznün aksine ağır olgular 2 seneye kadar devam eden majör depresif semptomlarla seyreder. (Zuckerman vd, 1989; 1107-1111).Enerji azlığı, işlev kaybı, sosyal izolasyon ajitasyon ve intihar düşünceleri görülebilen bu durum hafif ya da orta şiddette olduğunda sinsi bir seyir izleyip hastanye yatışı gerektirecek derecede ağırlaşabilir.27 Erken tanı anne ve bebeğin akut ve ilerleyen dönem fiziksel ve psikolojik sağlık seyirleri açısından önemlidir. Edinburg Postnatal Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) sağlık hizmeti verenlere erken tanı yönünden yardımcıdır (Altshuler vd, 2001; 1-107). Post partum depresyon için pek çok risk faktörü tanımlanmıştır. Birden fazla çocuğa sahip olma, geçirilmiş depresyon anamnezi, sigara kullanımı, düşük gelir, düşük eğitim seviyesi, evlilik durumu, doğum şekli, emzirme gibi pek çok etken hakkında çeşitli çalışmalar yapılmış ve tüm bu çalışmaların sonucunda farklı etiyolojik faktörler suçlanmıştır. (Ferrarese vd,1990; 169–173).

1.3.11. Gebelik ve Anksiyete

Anksiyete uterusta hormon seviyesinin artmasında ve sonuçta obstetrik komplikasyonların gelişmesinde etkisi olan bir durumdur. Yapılan kanıta dayalı çalışmalarda anksiyete ile obstetrik komplikasyonlar arasında direkt bir ilişki olmadığı ancak psiko-sosyal stres, doğum korkusu gibi spesifik anksiyete tiplerinin sezaryen doğum yada uzamış doğum ile ilişkili olabileceğini göstermektedir. Antenatal korkular doğum boyunca sıkıntı ve ağrıya, acil sezaryen ve doğum sonrası dönemde de ağır duygulanım bozuklukları riskinde artışa neden olabilmektedir. Bununla birlikte, doğum korkusu nedeniyle birçok kadın isteğe bağlı sezaryen ile doğum yapmak istemektedir. Bazı kadınlar bebeğin sağlığından endişelenmekte veya gebelikte ya da doğumda hayatta kalma endişesi yaşamakta, çocuk bakımı ve büyütme veya bu değişimlerin evlilik ve aile yaşamında değişimlere neden olacağı konusunda endişe duymaktadırlar. Birçok araştırmacı annede anksiyete ve korkunun neden ve sonuçları ile ilgili çalışmalar yapmışlardır. Yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre, gebe kadınların %20'si korku yaşadığını ve %6'sı sakat kalmaktan korktuğunu belirtmiştir Literatürde bu konuda geliştirilmiş bir ölçek bulunmamaktadır (Hood vd, 2000; 421–431).

1.4. Erken Doğum

Her yıl dünya da doğan bebeklerin %16'sı (yaklaşık 20-25 milyon) düşük doğum ağırlıklıdır. Bunların bir bölümünü erken doğan bebekler (prematüreler), bir bölümünü ise intrauterin malnütrisyonlar oluştururlar. Düşük doğum ağırlıklı bebeklerin %90'ı az gelişmiş ülkelerde doğarlar. Bu oranın yüksek olması ve özellikle sağlık olanaklarının kısıtlı olması nedeniyle gelişmekte olan ülkelerde konunun önemi daha da fazladır. Düşük doğum ağırlığı bebek doğum oranı gelişmiş ülkelerde %10'dur. ABD'de prematüre doğum sıklığı (beyaz ırkta) %10.2, İngiltere'de yapılan bir çalışmada ise %10.6 olarak bildirilmektedir (Buist vd, 2000; 663–7).

Ülkemizde bu konuda yapılan çalışmalar az ve sınırlıdır. Bununla birlikte eldeki verilere göre düşük doğum ağırlıklı bebeklerin sıklığının %16 civarında olduğu ileri sürülmüştür (Wisner vd, 2000; 1933–1940).Neonatal(yeni doğan) bakim teknikleri

geliştikçe erken doğumların mortalite ve morbidite oranlan önemli ölçüde düşmektedir. Buna rağmen erken doğum bebeklerde hala yüksek morbidite nedenidir

37. gebelik haftası tamamlanmadan sonlanan gebeliklere preterm eylemler denir. Dünya Sağlık Örgütünün yaptığı tanımlamada ise 260 günden erken doğum olması olarak tanımlanır.

1.4.1. Erken Doğum Nedenleri

Normal miat doğumu başlatan nedenin ne olduğu henüz bilinmediği gibi erken doğum eyleminin de nedeni saptanamamıştır.

Erken Doğumlarda fetal morbidite ve mortalite çok yüksektir. Kimi derlemelerde tüm Perinatal Fetal Ölümlerin %80'inden erken doğumun sorumlu olduğu bildirilmiştir (Crombleholme, 1984; 168-188).

Erken doğuma neden olan birçok obstetrik, tıbbi ve anatomik durum bildirilmiştir (Socol, 1984: 228-234).

Tablo2. Erken Doğum Nedenleri Tablosu

• Obstetrik Komplikasyonlar
▪ Preeklampsi – Eklampsi ▪ Plasental anormallikler ▪ Çoğul gebelik ▪ Yakın aralıklı gebelik
• Tıbbi nedenler
▪ Hipertansiyon ▪ Böbrek hastalıkları ▪ Kalp hastalıkları ▪ Enfeksiyonlar ▪ Sigara ▪ Alkolizm ▪ Ciddi anemi ▪ Travma ▪ Yanık
• Cerrahi nedenler
▪ Batın içi operasyon ▪ Servikal Konizasyon ▪ Geçmiş uterin operasyon
• Anatomik Nedenler
▪ Bikornuat Uterus ▪ Servikal yetmezlik

1.4.2. Erken Doğum Etiyolojisi

Anneye ait nedenler: Annenin 18 yaşında küçük ya da 32 yaşından büyük olması, primigravideler, gebe kalındığında 50 kilonun altında vücut ağırlığına sahip olunması (57 kilodan fazla olanlara göre risk 3 kat fazladır) preterm eylem için risk teşkil eder. Ayrıca annede düşük serum Çinko düzeyleri de risk faktörleri arasındadır. Annenin medikal hikayesi: 1 kez prematür eylem gerçekleştirmiş olanlarda risk %17–30'dur ve buna müteakip eğer miadında doğum yapmışsa bu risk azalır. Konizasyon sonrası risk %0–33'dür. Uterin anomali varlığında ise anomalinin şekline göre risk %3–16 arasında değişir.

Gebelik sırasındaki alışkanlıklar: Günde 10 taneden fazla sigara içilmesi, alkol, uyuşturucu madde kullanımı ve psikolojik travmalar (katekolamin deşarjına neden olduğu için) preterm eylem riskini arttırır.

Tablo 3 Erken Doğum Yönünden Tıbbi riskler Tablosu

▪ Çoğul gebelik	%20
▪ Önceki gebeliklerde erken doğum	%6
▪ Uterin ve/ya servikal anormallikler	%4
▪ Tekrarlayan idrar yolu veya böbrek enfeksiyonları	% 5
▪ Cinsel yolla bulaşan vaginal enfeksiyonlar	%2
▪ Ateşli enfeksiyon	%1
▪ Kronik hastalık	%7
▪ Tekrarlayan düşük hikayesi	%8
▪ Obezite, aşırı zayıflık	%1
▪ Pıhtılaşma bozuklukları	%1
▪ Yardımcı Üreme Tekniği kullanılarak oluşan gebelik	%12
▪ Son gebelikten 9 aydan az süre geçmesi	%2
▪ Sigara kullanımı	%2
▪ Alkol tüketimi	%1
▪ Uyuşturucu madde kullanımı	%1
▪ Açıklanamayan	%27

Gebelik komplikasyonları:

- Üriner enfeksiyonlar
- Asemptomatik bakteriüri
- Kronik hipertansiyon
- Hipofiz adenomu
- Anemi
- Hepatit
- Astım, Hipertioidi, kalp hastalığı gibi kronik hastalıklar
- Polihidramnios: %30–40 preterm eyleme neden olur
- Plasenta previa, Ablasyo plasenta ve normal plasenta olmasına rağmen antepartum kanama varlığı
- Semptomatik veya Asemptomatik intrauterin enfeksiyonlarda %15–25 oranında preterm eylem görülür. Başlıca ajanlar klamidya, ureoplazma, B grubu streptokoklar, gardenella ve T. vaginalistir.

1.4.3. Erken Doğumda Risk Faktörleri

Çoğul gebelik

DES (dietilstilbestrol) maruziyeti

Hidramnios

Uterin anomali

32. haftada serviksin 1 cm den daha fazla dilate olması

İki tane 2. trimester düşüğü

Geçirilmiş preterm doğum

Konizasyon

Otuz ikinci haftada serviksin 1 cm den daha kısa olması

Uterin irritabilite

Gebelikte uterin cerrahi

1.4.4. Erken Doğum Eyleminin Tanısı

Semptomlar: Mentruasyon benzeri kramplar, bel bölgesinde ağrı, pelvik bası hissi, artmış vaginal akıntı ve kanlı akıntı olarak sayılabilir.

Bulgular: 15-20 dakikada bir gelen uterin kontraksiyonlar (15-20 saniye kadar sürer ve ağrılıdır), %60'dan fazla silinme, USG de fetal solunum hareketlerinde durma ya da yavaşlama vardır.

Laboratuar: Tükürük Estradiol / Progesteron oranının arttığına ait çalışmalar varsa da pratikte uygulanmamaktadır.

1.4.5. Erken Doğum Eylemine Yaklaşım

Gebelik yaşı kesimleştirilmelidir. Bunun için son adet tarihi ve ultrason ölçümlerinden faydalanılır.

USG ile plasentanın lokalizasyonu, doğumun şeklini belirlemek için, tespit edilir; bu arada Ablasyo plasenta içinde ayırıcı tanıya gidilmelidir.

Tokokardiografi ile uterin kontraksiyonlar ve fetal kalp hareketleri takip edilmelidir.

Pelvik muayene ile pelvis ölçümleri yapılmalı ve Bishop skoru belirlenmelidir.

EMR (erken membran rüptürü) araştırılmalıdır. EMR varsa amniyon mayiinden kültür ve yayma yapılır; amniyon miktarı USG ile belirlenir; gelişebilecek bir korioamniyonit riskine karşı fetal akciğer maturasyon testleri yapılmalıdır (bunun içi amniyon mayiinden lesitin/sfingomiyelin oranına bakılır).

İdrar tahlili yapılır. Zira Üriner enfeksiyon bulguları bazen preterm eylem bulgularını taklit edebilir; şiddetli pyelonefrit ise uterin kontraksiyonlara neden olabilmektedir.

1.5. PROBLEM

Bu araştırmanın problemi, ilk 12 haftalık gebelik döneminde depresyon ve anksiyete saptanan olgularla, kontrol grubu karşılaştırılarak, gebeliğin ilerleyen haftalarında erken doğum eylemi görülme oranlarının saptanarak, ilk trimester duygudurum bozukluklarının erken doğum eylemi görülmesindeki rolünün saptanmasıdır.

2. HİPOTEZİ

Araştırmamız, "gebeliklerin ilk 12 haftalık döneminde saptanan depresyon ve anksiyete gibi duygudurum bozukluklarının, yirminci gebelik haftasından sonra görülen erken doğum eylemleri ile ilişkisi vardır" temel hipotezi üzerine kurulmuştur.

3. ÖNEMİ

Erken Doğum Eylemlerinin tıbbi, sosyal ve ekonomik sonuçları birçok ülkede genel sağlık politikalarının vazgeçilmez bir unsurudur. Gebelik gibi duygudurum değişikliklerinin gündemde olduğu süreçlerde oluşabilecek önemli komplikasyonlardan biri olan erken doğumun psikolojik nedenlerinin saptanmasına yönelik çalışmalar özellikle son 20 yıldır akademisyenlerin gündemindedir. Gelişmekte olan ülkelerde en önemli sosyal sorunlardan biri olan erken doğum sonrası başlatılan çok merkezli yaklaşımın, doğum öncesi ve gebelik dönemine de yönlendirilmesi gerekmektedir .Jinekolojik ve Obstetrik pratikte birçok alanda önemsenen ve nedenler arasında yer alan psikojenik faktörlerin, erken doğum bağlamında da ele alınmasının önem taşıdığı görüşündeyiz.

4. KAPSAMI VE SINIRLILIKLARI

Araştırmaya İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Perinatoloji polikliniğine başvuran hastalar katılmıştır. Tekrarlayan Gebelik kaybı yaşamış ve erken doğum eylemine yönelik risk taşıyan olgular araştırma dışında tutulmuştur.

Ağır psikiyatrik süreç içinde olduğu saptanan olgular tedavi başlanması amacıyla yönlendirilerek araştırma dışında tutulmuştur.
Depresyon ve anksiyete duygudurum ölçeği olarak Beck Depresyon ve Anksiyete ölçekleri , uygulama kolaylığı ve güvenilirlikleri temelinde, tercih edilmiştir.

5. VARSAYIMLAR

Temel hipotez ve yan hipotezler çerçevesinde araştırmanın varsayımları şunlardır:

5.1. Bu araştırmada kullanılan ölçme ve değerlendirme araçlarının ölçtükleri özellikler bakımından geçerli ve güvenilir olduğu,
5.2. Uygulamalara katılan bireylerin örneklem evrenini temsil ettiği,
5.3. Örneklemin ölçeklere içten ve yansız yanıtlar verdiği varsayılmıştır.
5.4. Uygulamalara katılan hastalardan Sağlık Bakanlığı formatına uygun olarak hazırlanmış araştırma bilgi formu (Ek 1) sunularak izin alınmıştır.
Araştırmada açıklanan tüm değişkenleri değerlendirebilmek için kullanılan ölçme araçları ise Hasta Bilgi Formu, Kısa Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksite Ölçeği ve İlk Trimester Depresyon- Anksiyete Ölçekleri Erken Doğum Tehdidi Araştırma Protokolü ‘dür.

6. TANIMLAR

İlk Trimester: Son adet tarihi bilinen olgularda kronolojik hesaplama, son adet tarihi bilinmeyen olgularda erken dönem ultrasonografik ölçümlerle saptanan, 12. gebelik haftasının altındaki gebeliklerdir.

Depresyon: Normal kişilerde olağan olan hafif mizaç bozukluğundan, huzursuzluk, erken uyanma, kilo kaybı ve iştahsızlık gibi bedensel belirtilerle ve kendini kınama, umutsuzluk, değersizlik hissi ve intihar düşüncesi gibi öznel belirtilerle karakterize olan şiddetli hastalığa kadar geniş bir klinik yelpazeyi içerir.

Anksiyete: Bunalım, iç sıkıntısı, psişik gerilim, kuruntu ve huzursuzluk gibi belirtilerle kendini gösteren ruhsal bozukluk

İkinci Trimester: Gebeliğin 12 – 28 haftalar arasındaki dönemidir

Üçüncü Trimester: Gebeliğin 28 – 40 haftalık dönemidir

BÖLÜM II

YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma gebeliklerinin ilk 12 haftalık döneminde depresyon ve anksiyete ölçekleri pozitif olan olgularda erken doğum eylemi görülme sıklığının, her iki duygudurum ölçekleri yönünden normal olan olgularla karşılaştırıldığı bir çift kör,randomize kontrollü klinik çalışmadır.

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini bütün ilk trimester gebeler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Perinatoloji polikliniğine başvuran ilk 12 haftalık dönemdeki gebeler oluştumaktadır.

Araştırma Eylül 2007 – Mayıs 2008 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı İstanbul Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniği Perinatoloji polikliniğinde gerçekleştirilmiştir.

Sistemik ve Obstetrik yönden risk grubunda kabul edilmeyen 141 olgu yazılı onayları sonrasında çalışma kapsamına alınmıştır.

2.3. Veri Toplama Araçları

Randomizasyon sağlanması amacıyla değerlendirme başka bir uzman psikolog tarafından yapıldı. Testlerin değerlendirmesinde, olgu toplama süresi sonunda test pozitif olguların sayısının tüm olguların % 30 unun altında olması durumunda, olgu toplama süresinin uzatılması amacıyla, durumun bildirilmesi gerektiği değerlendirmeleri yapan uzmana bildirildi.

Değerlendirme sonrasında ileri derecede depresyon veya anksiyete saptanan ve tedavi başlanması etik gereklilik kabul edilen 4 olgu çalışmadan çıkartıldı. Çalışma dışı bırakılan 4 olgunun ailesi ile irtibata geçilip uygun tedavinin başlanması için hastanenin psikiyatri bölümüne yönlendirildi.

7 Olgu testi takip eden 10 gün içinde gebeliklerini devam ettirmek istemediklerini ifade ederek çeşitli sağlık kuruluşlarında rahim tahliyesi yaptırdı.

Çalışma kapsamındaki 130 olgu testlerin uygulanması sonrasında gebelikleri süresince iki haftalık aralıklarla sistemik ve obstetrik yönden düzenli olarak takip edildi. Olguların telefon veya ev ziyareti ile takip edilmeleri kaygı düzeylerini arttırabileceği düşünüldüğünden takiplerde hastane kayıtları esas alındı. 1 ayı geçen sürelerde başvurusu olmayan 17 olgu telefonla sorgulandı.

Prenatal takipte olguların standart mineral ve vitamin suplementasyonu dışında medikasyon almadıkları, poliklinik veya hastane dahilinde yapılan tüm uygulamaların dijital kayıt altında olduğu belirlendi.

Araştırma yapılan hastanede uygulanan Erken Doğum Tehdidi yaklaşım ve tedavi protokolünün Dünya Sağlık Örgütü tarafından bildirilen ve uluslar arası ve ulusal profesyonel derneklerin önerdiği yöntem olduğu ve başvuran tüm olgularda standart olarak uygulandığı öğrenildi. 20–35 gebelik haftaları arasında Kardiyotokografi ile saptanmış tüm ritmik kasılmalar ve servikal açılmalar erken doğum tehdidi olarak kabul edildi. Erken Doğum Tehdidi tanısı alan tüm olgular hastaneye O–60 ICD kodu ile enterne edildi.

20. gebelik haftasında önce doğumlar obstetrik terminoloji içinde düşük, 35. gebelik haftasından sonraki doğumlar miat gebelik olarak adlandırıldığından çalışma grubundan çıkartıldılar.

Psikolojik testlerin ilk 12 haftada uygulanabildiği ve çalışma dışı bırakılma ölçütü olmayan tüm olgular gebelikleri süresince gebeliğin sonucu yönünden takip ve kayıt edildi.

Beck Depresyon Ölçegi degerlendirilmesinde 14-19 minimal depresyon ve 20-28 orta dereceli depresyon olguları çalışma grubuna alındı. 29-63 skorlu ciddi depresyon saptanan olguları çalışma dışında bırakılarak gerekli yönlendirmeleri yapıldı.

Beck Anksiyete Ölçeği değerlendirmesinde 10-18 hafif orta anksiyete ve19-29 orta –ciddi anksiyete skorlu olgular çalışma grubuna alındı. 30-63 ciddi anksiyete olguları çalışma dışında bırakıldı.

2.4. Veri Çözümleme Yöntemleri

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 15,0 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında student-t testi kullanıldı. Sonuçlar % 95 güven aralığında, $p > 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

BÖLÜM III

BULGULAR VE YORUM

Araştırma grubundan çıkartılması obstetrik veya psikolojik gereklilik olan olgular dışında çalışma kapsamına 141 olgu alındı. Araştırma başlangıcında her iki testi uygulamasına karşın 23 olgu çeşitli nedenlerle araştırmadan çıkartıldı (Tablo 4).

Tablo 4. Çalışmadan Çıkartılma Koşulları Tablo

Sayı	Araştırmadan Çıkartılma Nedeni
4	İleri derecede psikiyatrik problem
7	İlk 10 hafta içinde rahim tahliyesi kararı vermesi
5	İlk 20 hafta içinde spontan abortus
1	Şehir değişikliği
6	35. gebelik haftasına kadar kayıtlardan veya telefonla ulaşamama
23	Araştırmadan Çıkartılan Olguların Toplamı

Beck depresyon ölçeği ve anksiyete ölçeğini değerlendiren uzman psikologun uyarısı ile her iki testte de ileri derecede yüksek skorlar saptanan 4 olguda ileri tetkik ve tedavinin tıbbi gereklilik olduğu düşünüldüğünden, bu olgular araştırma kapsamından çıkartıldı. Tüm olgulara ulaşılarak gerekli bilgilendirme ve önerilerde bulunuldu. Olgular uygun psikiyatri kliniklerine yönlendirildi.

Başlangıçta gebeliğin devamı yönünde karar alan 7 olgu ilerleyen haftalar içinde gebeliklerinin sosyal nedenlerle sonlandırılmasını istediler.

20. gebelik haftasından önce sonlanan gebelikler Obstetrik pratikte düşük olarak değerlendirildiğinden bu durumdaki 5 olgu araştırmanın kıstası erken doğum tehdidi olduğundan çalışma kapsamından çıkartıldı.

1 olgu şehir değişikliği, 6 olgu ise ilerleyen gebelik haftalarda herhangi bir hastane kaydına rastlanamama ve telefonla ulaşılamama nedeniyle araştırma kapsamından çıkartıldı.

Tüm başvurular 7–12 gebelik haftaları arasında Beck Depresyon ve Beck Anksiyete testleri yönünden değerlendirildi. Testler, ilk trimester tanımı olarak evrensel kabul gören 7–12 gebelik haftaları arasında uygulandı (Tablo 5).

Tablo 5. Araştırma Kapsamındaki İlk Trimester Olguların Test Yapılan Gebelik Haftasına Göre Dağılımı Tablosu

	7. Gebelik Haftasında Test Uygulanan Olgular	8. Gebelik Haftasında Test Uygulanan Olgular	9. Gebelik Haftasında Test Uygulanan Olgular	10. Gebelik Haftasında Test Uygulanan Olgular	11. Gebelik Haftasında Test Uygulanan Olgular	İlk Trimesterde Test Uygulanan Olgular
Test Negatif	12	15	14	17	16	74
Test Pozitif	11	14	13	14	15	67
Toplam	23	29	27	31	31	141

Araştırma kapsamındaki 118 olgu Beck depresyon ve anksiyete ölçekleri sonuçlarına göre 2 gruba ayrıldı (Tablo 6).

Tablo 6. Grupların Tanımlanması Tablosu

AÇIKLAMA	**GRUP ADI**
HER İKİ TEST (BECK DEPRESYON VE BECK ANKSİYİTE) TESTİ **NEGATİF** OLGULAR	**GRUP 1**
BECK DEPRESYON VEYA ANKSİYİTE ÖLÇEKLERİNİN **HERHANGİ BİRİ VEYA HER İKİSİ POZİTİF (GRUP 2+3+4)**	**GRUP 2**

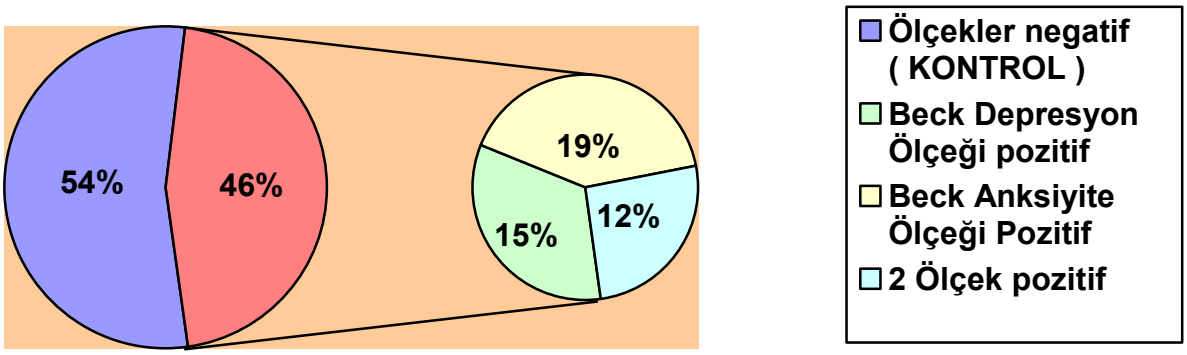
Grup 1 (Kontrol grubu) Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği testlerinin her ikisinin de negatif olduğu olgulardan oluşturuldu. 1. Gruptaki 64 olgunun ortalama yaşı, ortalama gebelik sayısı ve ortalama doğum sayısı, sırasıyla 27.7, 1.8, 0.98 olarak saptandı.

Grup 2 (Vaka Grubu) Beck depresyon veya Anksiyete Ölçeklerinin herhangi birinin ve her iki testin aynı anda pozitif olduğu olgulardan oluşturuldu. 2. gruptaki 54 olgunun ortalama yaşı, ortalama gebelik sayısı ve ortalama doğum sayısı, sırasıyla 26.6, 1.4, 1.1 olarak saptandı (Tablo 7 - 8).

Tablo 7 Grupların Demografik Değerlendirme Tablosu I

	KONTROL GRUBU	OLGU GRUBU
GRUP	Grup 1	Grup 2
SAYI	64	54
YAŞ (aralık)	18 - 41	19 - 38
YAŞ (ortalama)	27,7	26,4
GEBELİK SAYISI (aralık)	1 - 5	1 - 5
GEBELİK SAYISI (ortalama)	1,8	1,5
DOĞUM SAYISI (aralık)	0 - 2	0 - 2
DOĞUM SAYISI (ortalama)	0,98	1,1
ÖĞRENİM SÜRESİ (yıl-aralık)	5-13	5-13
ÖĞRENİM SÜRESİ (ortalama)	8,15	9,46
ÇALIŞAN SAYISI	14	11
EV HANIMI SAYISI	50	43

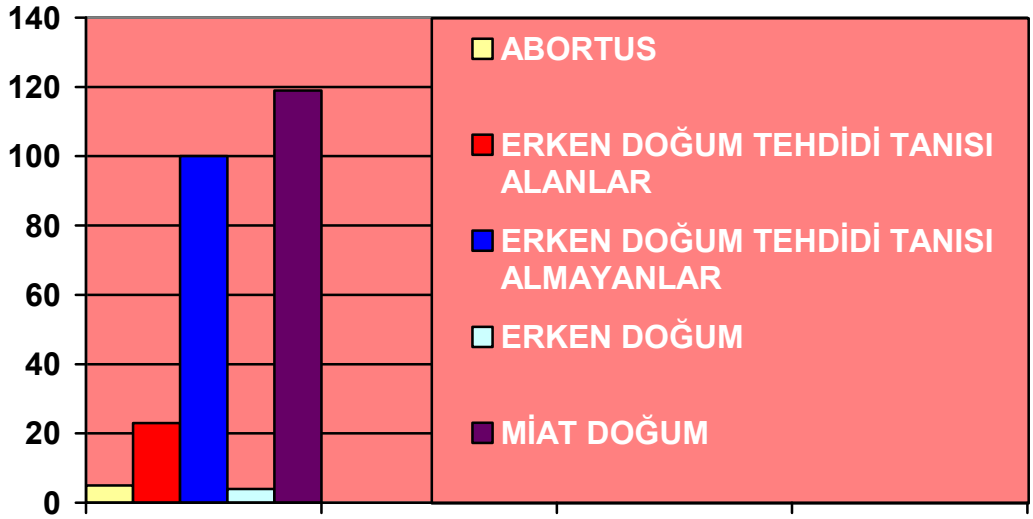
Her iki testinde negatif olduğu 64 olgu Grup 1 Kontrol grubunu oluştururken, en az bir testin pozitif olduğu 54 olgu Grup 2 Olgu gruplarını oluşturdu (Tablo 9-10), (Grafik 1).



Grafik 1. Grupların Dağılımı Grafiği

Olgu ve kontrol gruplarının karşılaştırılması sonucunda olgu sayısı dışında gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma saptanmamıştır ($p > 0.05$). Olgu sayısı temel alındığında sadece Beck Depresyon ölçeğinin pozitif olduğu (Grup 2, n = 14) ve her iki testin aynı anda pozitif olduğu (Grup 4, n =14) birinin pozitif olduğu iki grup dışında ($p < 0.05$), grupların birebir farklılık düzeyi tüm ölçütlerde istatistiksel olarak anlamsız saptanmıştır (Tablo 10)

Araştırma sonunda 5 olgu abortus, 104 olgu miat doğumla sonlandı. Araştırma kapsamındaki tüm olgular değerlendirildiğinde 95 olgu (% 77.2) gebelikleri süresince Erken Doğum Tehdidi tanısı almazken, 23 olgu (% 22,8) 20 – 35 gebelik haftaları arasında Erken Doğum Tehdidi tanısı aldı. Erken Doğum Tehdidi tanısı alan 23 olgunun 4 tanesi erken doğumla sonuçlanırken (%17.4), 19 olguda (82.6) gerekli obstetrik medikasyonla doğum durdurma (tokoliz) sağlanabildi (Grafik 2).



Grafik 2. Obstetrik Sonuçların Dağılımı Grafiği

Beck Depresyon veya Anksiyete testlerinin negatif olduğu 64 olguluk kontrol grubunda (Grup 1- KONTROL GRUBU), 14 olgu erken doğum tehdidi tanısı almıştır (%21.8).

Sadece Beck Depresyon testinin pozitif olduğu 18 olguda , 6 olgu erken doğum tehdidi tanısı almıştır (%33.3)

Sadece Beck Anksiyete Ölçeğinin pozitif olduğu 22 olguda , 7 olgu erken doğum tehdidi tanısı almıştır (%31.8).

Beck Depresyon veya Beck Anksiyete testlerinin her ikisinin pozitif olduğu 14 olguda , 5 olgu erken doğum tehdidi tanısı almıştır (%35.7).

Beck Depresyon veya Anksiyete Ölçeklerinin herhangi birinin pozitif olduğu 40 olguda , 13 olgu erken doğum tehdidi tanısı almıştır (%32.5).

Beck depresyon veya Anksiyete Ölçeklerinin herhangi birinin ve her iki testin aynı anda pozitif olduğu 54 olguda (Grup 2 – VAKA GRUBU), 18 olgu erken doğum tehdidi tanısı almıştır (%33).

Tablo 8. Demografik Değerlendirme Tablosu II

	KONTROL GRUBU ERKEN DOĞUM TEHDİTLERİ	OLGU GRUBU ERKEN DOĞUM TEHDİTLERİ
ERKEN DOĞUM EYLEMİ	14	18
ERKEN DOĞUM EYLEMİ – (yüzde)	% 21,8	% 33
YAŞ (aralık)	21 - 41	20 - 36
YAŞ (ortalama)	26,4	25,8
GEBELİK SAYISI (aralık)	1 - 5	1 - 5
GEBELİK SAYISI (ortalama)	1,8	1,5
DOĞUM SAYISI (aralık)	0 - 2	0 - 2
DOĞUM SAYISI (ortalama)	0,98	1,1
ÖĞRENİM SÜRESİ (yıl-aralık)	5-13	5-13
ÖĞRENİM SÜRESİ (ortalama)	8,15	9,46
ÇALIŞAN SAYISI	3	4
EV HANIMI SAYISI	11	14

Beck Depresyon ve Beck Anksiyete testlerinin her ikisinin de pozitif olduğu Grup 4 olgularla, testlerin herhangi birinin pozitif olduğu grup 2 ve grup 3 olguların karşılaştırılmasında istatistiksel fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Sadece Beck Depresyon testinin pozitif olduğu grup 2 olgularla, Beck Depresyon veya Anksiyete testlerinin negatif olduğu kontrol grubunun karşılaştırılmasında, test pozitif grupta erken doğum tehdidi görülme oranının fazla olduğu (% 33.3 - %21.8) ve farkın istatistiki olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Sadece Beck Anksiyete Ölçeğinin pozitif olduğu Grup 3 olgularla, Beck Depresyon veya Anksiyete testlerinin negatif olduğu kontrol grubunun karşılaştırılmasında, test pozitif grupta erken doğum tehdidi görülme oranının fazla olduğu (% 31.8 - %21.8) ve farkın istatistiki olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Beck Depresyon veya Beck Anksiyete testlerinin her ikisinin pozitif olduğu ve erken doğum tehdidi görülme oranının %35.7 saptandığı Grup 4 olgularla, Beck Depresyon veya Anksiyete testlerinin negatif olduğu kontrol grubunun karşılaştırılmasında, test pozitif grupta erken doğum tehdidi görülme oranının fazla olduğu (% 35,7 - %21.8) ve farkın istatistiki olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Beck Depresyon veya Anksiyete Ölçeklerinin herhangi birinin pozitif olduğu Grup 5 olgularla, Beck Depresyon veya Anksiyete testlerinin negatif olduğu kontrol grubunun karşılaştırılmasında, test pozitif grupta erken doğum tehdidi görülme oranının fazla olduğu (% 32,5 - %21.8) ve farkın istatistiki olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Beck depresyon veya Anksiyete Ölçeklerinin herhangi birinin ve her iki testin aynı anda pozitif olduğu Grup 6 olgularla, Beck Depresyon veya Anksiyete testlerinin negatif olduğu kontrol grubunun karşılaştırılmasında, test pozitif grupta erken doğum tehdidi görülme oranının fazla olduğu (% 33 - %21.8) ve farkın istatistiki olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 11).

Tablo 9 Test Pozitif Olgular Tablosu

	OLGU	GRUP	YAŞ	DEPRESYON ÖLÇEĞİ	ANKSİYİTE ÖLÇEĞİ	TEHDİT HAFTASI	DOĞUM EYLEMİ
1	A.A	3	27	-	+	-	-
2	A.B	3	24	-	+	30	+
3	A.G	3	30	-	+	-	-
4	A.I	2	27	+	-	28	-
5	A.K	4	26	+	+	-	-
6	A.K	4	30	+	+	-	-
7	A.M	4	28	+	+	28	-
8	B.G	4	27	+	+	-	-
9	B.K	3	37	-	+	24	-
10	B.K	2	21	+	-	-	-
11	B.K	4	24	+	+	32	+
12	B.L	3	32	-	+	-	-
13	C.B	2	33	+	-	-	-
14	Ç.A	3	20	-	+	-	-
15	D.A	2	24	+	-	-	-
16	D.K	2	25	+	-	-	-
17	E.B	3	21	-	+	-	-
18	F.A	2	24	+	-	-	-
19	F.Ç	4	25	+	+	32	-
20	G.A	3	35	-	+	-	-
21	G.Ç	2	22	+	-	-	-
22	G.Y	3	33	-	+	-	-
23	H.D	3	27	-	+	-	-
24	H.T	3	34	-	+	-	-
25	İ.A	3	28	-	+	30	-
26	İ.G	3	29	-	+	-	-
27	İ.Y	3	26	-	+	-	-
28	L.Ç	2	27	+	-	-	-
29	M.B	4	35	+	+	-	-
30	M.B	4	21	+	+	-	-
31	M.İ	2	25	+	-	32	-
32	M.S	4	20	+	+	-	-
33	N.A	3	24	-	+	24	-
34	N.A	2	33	+	-	-	-
35	N.B	2	34	+	-	-	-
36	N.Ç	2	29	+	-	-	-
37	N.K	3	20	-	+	-	-
38	O.A	2	26	+	-	32	+
39	O.C	4	30	+	+	-	-
40	P.B	3	26	-	+	-	-
41	P.M	4	38	+	+	-	-
42	P.Ü	3	19	-	+	-	-
43	S.A	2	26	+	-	22	+
44	S.B	2	25	+	-	26	-
45	S.D	4	30	+	+	28	-
46	S.K	3	33	-	+	34	-
47	S.S	2	29	+	-	-	-
48	S.T	3	24	-	+	26	-
49	S.T	2	27	+	-	-	-
50	Ş.A	3	29	-	+	-	-
51	T.C	4	24	+	+	-	-
52	Y.G	2	26	+	-	34	-
53	Y.Ö	3	25	-	+	26	-
54	Z.A	4	25	+	+	32	-

Tablo10 Test Negatif Olgular Tablosu

	OLGU	GRUP	YAŞ	DEPR. ÖLÇEĞİ	ANK. ÖLÇEĞİ	TEHDİT HF.	DOĞUM
1	A.A	1	21	-	-	-	
2	A.Ç	1	27	-	-	26	+
3	A.K	1	27	-	-	-	
4	A.S	1	24	-	-	-	-
5	B.B	1	24	-	-	-	-
6	B.C	1	26	-	-	28	-
7	B.T	1	33	-	-	-	-
8	B.U	1	27	-	-	-	-
9	C.A	1	26	-	-	-	
10	C.Ö	1	29	-	-	24	-
11	D.P	1	28	-	-	30	-
12	D.Y	1	24	-	-	-	
13	E.D	1	27	-	-	-	
14	E.E	1	27	-	-	-	-
15	E.G	1	38	-	-	-	-
16	E.Ş	1	19	-	-	-	-
17	E.Ş	1	35	-	-	-	-
18	F.O	1	21	-	-	-	-
19	F.T	1	20	-	-	34	-
20	F.T	1	30	-	-	-	
21	F.U	1	29	-	-	-	-
22	G.A	1	24	-	-	-	-
23	G.U	1	26	-	-	-	-
24	H.F	1	29	-	-	-	
25	H.P	1	21	-	-	-	-
26	H.T	1	30	-	-	-	-
27	I.D	1	26	-	-	32	-
28	K.C	1	35	-	-	-	
29	K.K	1	24	-	-	-	
30	M.A	1	24	-	-	-	-
31	M.F	1	34	-	-	-	
32	M.U	1	28	-	-	-	-
33	N.A	1	25	-	-	-	-
34	N.A	1	20	-	-	-	-
35	N.B	1	33	-	-	28	-
36	N.E	1	25	-	-	-	-
37	N.İ	1	32	-	-	-	
38	N.K	1	20	-	-	-	-
39	N.Ö	1	33	-	-	-	-
40	N.Y	1	29	-	-	30	
41	P.K	1	25	-	-	-	-
42	P.Ö	1	37	-	-	-	-
43	S.A	1	29	-	-	-	-
44	S.A	1	33	-	-	28	
45	S.B	1	26	-	-	-	
46	S.Ç	1	20	-	-	-	
47	S.E	1	30	-	-	-	-
48	S.G	1	22	-	-	-	
49	S.K	1	24	-	-	34	-
50	S.K	1	25	-	-	26	-
51	S.Ö	1	27	-	-	-	-
52	S.S	1	26	-	-	-	-
53	S.T	1	22	-	-	24	
54	S.Y	1	26	-	-	-	
55	Ş.Ö	1	23	-	-	-	
56	Ş.P	1	27	-	-	-	-
57	Ş.Y	1	25	-	-	32	-
58	T.D	1	25	-	-	-	-
59	T.K	1	28	-	-	-	
60	T.M	1	34	-	-	-	-
61	T.Ş	1	24	-	-	-	
62	V.K	1	25	-	-	30	
63	Y.G	1	30	-	-	-	-
64	Y.H	1	21	-	-	-	-

Tablo 11 Olgu – Kontrol Grupları
Erken Doğum Tehdidi Açısından Karşılaştırılması Tablosu

	KONTROL GRUBU HER İKİ TEST NEGATİF	OLGU GRUBU EN AZ BİR TEST POZİTİF
GRUP	Grup 1	Grup 2
SAYI	64	54
Erken Doğum Tehdidi (sayı)	14	18
Erken Doğum Tehdidi (%-yüzde)	21,8	33

Çalışmamızda Beck Ölçeklerinin erken doğum tehdidinin saptanmasındaki ikili sınıflama tablosu toplam olguyla oluşturulmuştur (Tablo 12). Erken doğum tehdidinin obstetrik ve medikal komplikasyonlardan bağımsız olarak Beck Depresyon ve Anksiyete Ölçekleriyle saptanmasında testin duyarlılığı %56, özgüllüğü %58 olarak saptanmıştır.

Tablo 12 İkili Sınıflama Tablosu

	EDT VAR	EDT YOK	**TOPLAM**
> 1 TEST POZİTİF	18	36	54
POZİTİF TEST YOK	14	50	64
TOPLAM	32	86	118

BÖLÜM IV

SONUÇ VE TARTIŞMA

Araştırmamızda elde edilen buldular değerlendirildiğinde, ilk trimester olarak kabul edilen 12. gebelik haftasına kadar olan dönemde yapılan Beck Depresyon ve Anksiyete ölçeklerinin pozitif saptanmasının erken doğum tehdidi olasılığının arttığı görülmektedir.

Her iki ölçek de literatürde en çok kullanılan ölçekler arasındadır. Araştırmamızdaki erken doğum tehdidi tanısı ve tanı kriterleri kesin ve obstetrik pratikte yaygın kullanılan bulgulardır.

Hedegaard ve arkadaşlarının 1993 yılında 5873 olguluk çalışmalarında duygu durum bozuklukları yaratan durumların erken doğum eyleminin gerçekleşmesindeki rolü araştırılmıştır (Wells vd,1989; 3298-3302).. Araştırma sonunda duygu durum bozukluklarının gebeliğin seyrinde etkisi olduğu ve erken doğum eylemine sıklıkla rastlandığı bildirilmiştir. Birden fazla ve çeşitli sorgulama yöntemlerinin birlikte değerlendirilmiş olması ve araştırmadaki olgu sayısı bizim çalışmamızdan farklılık gösterse de sonuçlar araştırmamızla erken doğum eylemi yüzdesi açısından çalışmamızla örtüşmektedir.

Jeronima ve arkadaşları, 1998 yılında 3. trimester gebeliklerde maternal anksiyete ve uterine arter doppler bulgularını araştırdıkları kohort çalışmada, uterin arter rezistans indeksleri ile maternal anksiyete arasında pozitif ilişki saptamışlardır . (Bonari vd, 2004; 726-35).Çalışmada kullanılan doppler ölçümünün obstetrik pratikte fetal ağırlık ve iyilik hali ile ilişkisi bilinmektedir. Doppler ultrasonografi kimi gruplar tarafından erken doğum eyleminin öngörülmesinde de kullanılmaktadır. Çalışmada kullanılan Spielberger Anketi anksiyetede güvenilirliği kabul edilen ölçeklerden biri olmasına karşın, sorgulamanın doppler ölçümünden hemen önce yapılmasının bir duygu durum bozukluğunun saptanmasından çok, ani gelişen bir durumu gösterebileceği konusunun tartışılması gerektiğini düşünülmektedir.

Gitau ve arkadaşlarının 1998 yılında yayımladıkları araştırmalarında Maternal kortizolün fetoplasental ünitede değişikliklere neden olduğunu saptamışlardır. (Halem vd,1994; 1785–1788). Depresyon ve anksiyetede nöromodulatörlerin ve hormonal uyarıların neden sonuç ilişkisi sıklıkla tartışılan bir konudur. Artmış fetal kortizol düzeylerinin erken doğum eylemiyle ilişkisi araştırma yılından önce ve sonra çeşitli araştırmalarda bildirilmiştir. Her ne kadar bizim araştırmamız durumun biyolojik temelini değerlendirmemiş olsa da elde ettiğimiz sonuçların biyolojik temelinde nörohormonal biyokimyasal değişikliklerin var olduğu spekule edilebilir.

Starkman ve arkadaşları katekolamin salgısının arttığı bir tümoral süreç olan pheochromocytoma olgularında artan noradrenalin düzeylerinin anksiyete ile ilişkisinin araştırmıştır . (Socol, 1984; 228-234).

Çalışmalarında Noradrenaline düzeylerinin anksiyete ile ilişkisi bildirilmiştir. Ortak biyolojik temel ve Monoamin Hipotezi bağlamında, çalışmanın araştırmamızda yer almayan biyokimyasal sonuçlarla tartışmamızı boyutlandırdığı düşünülmektedir.

Tony ve arkadaşları prospektif gözlemsel çalışmalarında gebelikteki depresif bulguların olumsuz obstetrik ve neonatal durumlarla ilişkisini araştırdıkları çalışmalarında, 3. trimesterde saptanan depresyonun müdahaleli doğumlarda ve yeni doğan yoğun bakım ihtiyaçlarında artışa neden olduğunu saptamışlardır. (Altshuler vd, 2001; 1-107). Çalışmalarında maternal depresyon ve anksiyetenin fetal büyüme geriliğine, erken doğumlara ve travay sırasında epidural analjezi ihtiyacında artışa neden olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmamız Tony ve arkadaşlarının prospektif çalışmaları ile sonuç bağlamında benzerlik taşımasına karşın, 32. gebelik haftasından sonra yapılan Beck Depresyon ve Anksiyete Ölçek değerlendirmelerinin kronik bir süreç saptaması olup olmadığının tartışılması gerektiğini düşünmekteyim. 3. trimester içinde gerçekleşen erken doğumların obstetrik anlamda doğru bir adlandırma olduğu bir gerçektir ancak hol istik bir bakışla 24 – 32 hafta erken doğumlarının irdelenmesinin daha önemli olduğunu düşünülmektedir.

Perkin ve arkadaşlarının anksiyete ve depresyonun erken doğum etiyolojisindeki yerini araştırdıkları 1515 olguluk prospektif popülasyon çalışmalarında depresyon ve anksiyetenin perinatal komplikasyonlarla ilişkisi

saptanmamıştır (Hood vd, 2000; 421–431). Çalışmada 17, 28 ve 36. gebelik haftalarında genel sağlık anketi yapılarak depresyon ve anksiyete skorları elde edilmiştir. Lewis ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ile Genel Sağlık Anketinin depresyon ve anksiyete tanısında farklı olmadıkları saptanmıştır (Kidman vd,1976; 293–294).

Ancak her iki ölçeğinde psikiyatrik ve psikolojik pratikte altın standart testler olarak kabul edilmediği görüşünden yola çıkarak, araştırma konusu olan ilişkinin bu olgu sayısında daha kabul edilir bir testle reddedilmesinin daha doğru olduğu görüşündeyim. Hazel ve arkadaşlarının çalışmalarında Genel Sağlık Anketi ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği testlerinin iletişim sorunu olan olgularda değerlendirilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır (Chrousos vd, 1998: 229–240).

Wadhwa ve arkadaşları yaptıkları prospektif çalışmada maternal prenatal psikososyal stres durumunun biomedikal riskten bağımsız olarak doğum haftasını etkilediği ve erken doğum eylemine neden olduğu sonucuna varmışlardır(Orr vd, 1995: 165–171) . Çalışmada psikolojik kriterlere uygun ölçekler kullanılmıştır. Her ne kadar çalışmamız stres ölçeklerini kapsamasa da benzer biyolojik temellerden ortaya çıkan ortak psikoanalitik sonuçlar doğrultusunda Wadhwa ve arkadaşlarının sonuçları bizim çalışmamızla örtüşmektedir.

Copper ve arkadaşlarının kötü psikososyal durumun erken doğum olgularındaki etkisini araştırdıkları çalışmada 28 soru başlığında Likert Ölçeğini kullanarak 2593 olguyu değerlendirmiştir. (Wisner vd, 2000: 1933–1940).

Çalışma sonucunda düşük skorların erken doğum eylemiyle ilişkisi saptanmamıştır. Araştırmada yönlendirilen soruların sosyoekonomik düzeyin değerlendirilmesinde daha etkin olduğu düşünülürse, sadece stress saptanan olgulardaki erken doğum oranındaki artış bizim araştırmamızla örtüşmektedir.

Suezanne ve arkadaşlarının 2002 yılında Baltimore'de yayımladıkları çalışmalarında maternal depressive duygu durum bozukluklarının erken doğum eylemi ile ilişkisi araştırılmıştır (Crombleholme, 1984; 168-188).

1339 olguluk seride CES Depresyon ölçeği kullanılmış ve depresyon skorları yüksek olgularda erken doğum olasılığının fazla olduğu bildirilmiştir. Araştırma grubunun yüksek olgu sayısı bizim çalışmamızdan yüksektir. Çalışmada kullanılan

ölçek akademik düzeyde kabul gören bir ölçektir. Araştırmada bildirilen sonuç bizim çalışmamız ile örtüşmekle birlikte, çalışmamızda anksiyete ölçeğinin de kullanılmış olmasının boyutluluk kazandırdığını düşünülmektedir.

Chung ve arkadaşları 2001 yılında yayımladıkları makalelerinde depresyon tanısı almış 450 olguyu gebelik komplikasyonları açısından irdelediklerinde gruptaki erken do(Chung vd, 2001; 830–4).ğum insidansının genel popülasyondan farklılık gösterdiğini saptamışlardır Chung ve arkadaşlarının çalışmalarında kullandıkları Beck Depresyon Ölçeği bizim çalışmamızda da depresyon tarama kıstası olarak kullanılmıştır. Anksiyete yönünden değerlendirme yapılmayan çalışmadaki maternal depresyon erken doğum ilişkisi bizim çalışmamızla örtüşmektedir.

Paarlberg ve arkadaşları yaptıkları çalışmada erken doğum eyleminin gebelikte saptanan depresyon ve anksiyeteyle olan ilişkisini ve sosyoekonomik seviyenin gebelik komplikasyonlarına etkisini araştırmışlar (Chung vd, 2001; 830–4).

Çalışmada sosyoekonomik kıstasların erken doğumla ilişkili olmadığını, bunun yanında depresyon ve anksiyetenin riski arttırdığını bildirmişlerdir. Çalışmanın sosyoekonomik ayağı bizim araştırmamızın kapsamının dışındadır. Çalışmada anksiyete ve depresyon saptanan olguların psikolojik tedavi altındaki hastalar olması ilişkiyi güçlü kılmaktadır. Her ne kadar Paarlberg ve arkadaşlarının çalışmasının sonuçları bizim çalışmamızla örtüşse de, ileri derece ve tedavi altındaki psikolojik olgularda depresyon-anksiyete ve gebelik komplikasyonları ilişkisinin uzun yıllardır spekule edilen, çalışılan ve bildirilen bir durum olduğu gerçeği göz ardı edilmemelidir. Bizim çalışmamızda, tedavi gerektiren olgular örneklem dışı bırakılmış ve farkındalık dışındaki olgular araştırılmıştır. Araştırmamızın Paarlberg ve arkadaşlarının çalışmasından daha güncel bir ilişkiyi gösterdiğini düşünülmektedir.

Sonuç olarak, araştırmamız sonucunda erken gebelik dönemlerinde saptanan depresif ve anksiyete durumlarının erken doğum olasılığını arttırdığı saptanmıştır. İleri derecede depresyon ve anksiyete saptanan olgulardaki obstetrik komplikasyonlar bilinmektedir. Orta derece depresyon ve anksiyete durumlarının doğum zamanına etkisi araştırmamız sonucunda saptanmıştır.

Birçok yönden gündemde olan gebelik öncesi danışmanlık (preconceptional counselling), yaklaşımlarının önümüzdeki yıllarda duygudurum bozuklukları açısından da ele alınmasının yararlı olacağını düşünülmektedir.

EK 1

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı İlk Trimester Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Eken Doğum Eylemi açısından incelenmesi'dir.

Bu araştırmanın amacı Çalışmamızda gebeliğin erken dönemlerinde saptanan depresyon ve anksiyetenin doğum zamanlamasına olan etkisini araştırmayı hedefledik. Çalışmamızda erken gebelik dönemlerinde saptanan depresyon ve anksiyete durumlarının, doğum eyleminin gerçekleşmesinden bağımsız olarak, erken doğum tehdidiyle ilişkisini araştırmaktır.

Bu araştırmada size üç ayrı anket uygulanacaktır ve yapılan son tahlilleriniz istenecektir. Bu araştırmada yer almanız öngörülen süre 9 ay olup, araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 141 'dir.

Bu araştırma ile ilgili olarak anketlerin tamamını doğru cevaplamak sizin sorumluluklarınızdır.

Bu araştırmada sizin için hiçbir risk söz konusu değildir.

Bu araştırmanın tedavisinde uygulanabilecek, ancak şimdilik uygulanmayacak olan bireysel ve grup psikoterapileri gibi alternatif tedavi ya da işlemler de bulunmaktadır.

Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda, bu durumun tedavisi sorumlu araştırıcı tarafından yapılacaktır. Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0505 316 4319 numaralı telefondan Psikolog Filiz Güler'e başvurabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır; ayrıca, bu araştırma kapsamındaki bütün muayene, tetkik, testler ve tıbbi bakım hizmetleri için sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu

durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırıcı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilecektir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere verilerin analizinden sonra ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,
Adı-Soyadı:
Adresi:
Tel.-Faks:
Tarih ve İmza:

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

EK 2 Hasta Değerlendirme Formu

İLK TRİMESTER DEPRESYON-ANKSİYETE ÖLÇEKLERİ ERKEN DOĞUM TEHDİDİ ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ							
Adı Soyadı		Gravida	Parite	Abortus	D/C	Y	
Doğum Tarihi							
Doğum Yeri		1.gebelik					
Yaş		2.gebelik					
Evlilik Yılı		3.gebelik					
Öğrenim Düzeyi		4.gebelik					
Öğrenim Yılı		5.gebelik					
İş hayatı		6.gebelik					
Adres							
Telefon							

VAKA GRUBU KONTROL GRUBU DIŞLAMA

Son Adet Tarihi	Beklenen Doğum Tarihi	Test Uygulama Haftası

Obstetrik Ultrasonografi Raporu	
Dr.	

SİSTEMİK HASTALIK SORGULAMA	VAR	YOK
Hipertansiyon		
Böbrek Hastalığı		
Kalp Hastalığı		
Sigara		
Alkolizm		
Anemi		
Tiroid Hastalığı		

OBSTETRİK GEÇMİŞ SORGULAMA	VAR	YOK
Pre-eklampsi		
Sık gebelik		
Tekrarlayan Düşük		
Erken Doğum Eylemi		
Akraba Evliliği		
Kan Uyuşmazlığı		

GEÇİRİLMİŞ OPERASYONLAR

NOTLAR:

GEBELİK HAFTASI	KONTROL SONUCU

EK 3

Anket No:_____

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

A-

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.

B-

0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

C-

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

D-

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.

E-

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

F-

0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
1. Cezalandırılabileceğimi hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

G-

0. Kendimden memnunum.
1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.

H-

0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1. Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

İ-

0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

J-

0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1. Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

K-

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.

L.

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.

M.

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.

N-

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.

O-

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.

P-

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.

R-

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.

S-

0. İştahım her zamanki gibi.
1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

T-

0. Son zamanlarda kilo vermedim.
1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

Evet ..... Hayır .....

U-

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 düşünemiyorum.

V-

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

Anket No: _____

BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Sizi ne kadar rahatsız etti?

0. HİÇ DERECEDE 1. HAFİF DERECEDE 2. ORTA DERECEDE 3.CİDDİ DERECEDE

1	Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma var mı?	0	1	2	3
2	Sıcak ve ateş basmaları var mı?	0	1	2	3
3	Bacaklarda halsizlik titreme var mı?	0	1	2	3
4	Gevşeyememe durumu var mı?	0	1	2	3
5	Çok kötü şeyler olacak korkusu var mı?	0	1	2	3
6	Baş dönmesi veya sersemlik var mı?	0	1	2	3
7	Kalp çarpıntısı var mı?	0	1	2	3
8	Dengeyi kaybetme duygusu var mı?	0	1	2	3
9	Dehşete kapılma anları var mı?	0	1	2	3
10	Sinirlilik hali var mı?	0	1	2	3
11	Boğuluyormuş gibi olma duygusu var mı?	0	1	2	3
12	Ellerde titreme var mı?	0	1	2	3
13	Titreklik var mı?	0	1	2	3
14	Kontrolü kaybetme korkusu var mı?	0	1	2	3
15	Nefes almada güçlük var mı?	0	1	2	3
16	Ölüm korkusu var mı?	0	1	2	3
17	Korkuya kapılma var mı?	0	1	2	3
18	Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi var mı?	0	1	2	3
19	Baygınlık var mı?	0	1	2	3
20	Yüzün kızarması var mı?	0	1	2	3
21	Sıcağa bağlı olmayan terleme var mı?	0	1	2	3

ÖZGEÇMİŞ

Filiz Güler

İstanbul Bilgi Üniversitesi Psikoloji Bölümü
Tel: +90 505 316 43 19
E-posta: filizguler75@mynet.com
Adres: Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği

Kişisel Bilgiler

Doğum Tarihi: 08.04.1975
Doğum Yeri: İstanbul
Medeni Hali: Evli
Bilgisayar: Microsoft Office (Word, Excel, Powerpoint), SPSS
Yabancı Dil: İngilizce (iyi düzeyde okuma, yazma)

Eğitim

Öğrenim

2006-: Maltepe Üniversitesi
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı
1998 – 2005: İstanbul Bilgi Üniversitesi
Psikoloji Lisan Eğitimi (Burslu)
1988 – 1992: Tefik Sağlam Sağlık Meslek Lisesi

Diğer Eğitimler

2007-: Rorschach ve Projective Testler Derneği'nin düzenlediği 2 yıllık *Rorschach Test Eğitim* programı
2007-: Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Davranış Nörolojisi ve Hareket Bozuklukları Birimi ve Nöropsikoloji Laboratuarı
2006: Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği(WISC-R) Eğitimi
2006: Çocuklara Uygulanan Projektif Testler Eğitimi

Çalışma Deneyimi

Mart 1994 – Mart 2006: S.B Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniği Uzm. Hemşirelik
Mart 2006-: Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği Psikolog

KAYNAKLAR

Abelson, JL., Glitz, D., Cameron, OG.(1991). "Blunted Growth Hormone Response to Clonidine in Patients with Generalized Anxiety Disorder", *Archives of General* Psychiatry, 48(1), 157-162.

Abramson. LY., Selgman, ME., Teasdale, J. (1978). "Learned helplessness in humans: Critique and reformulation", *Journal of Abnormal Psychology,* 87(1),49-74.

Akdeniz, F., Gönül, AS. (2004). "Kadınlarda Üreme Olayları İle Depresyon İlişkisi", *Klinik Psikiyatri Dergisi,* 2,70-4.

Altshuler, LL., Cohen, LS., Moline, ML., Kahn, DA., Carpenter, D., Docherty, JP. (2001) "Expert Consensus Guideline Series. Treatment of Depression in Women", *Postgraduate Medicine* , 17(2),1-107.

Anand, A., Charney, DS.(2000). " Norepinephrine Dysfunction in Depression", *Journal of Clinical Psychiatry,*61(10),16–24.

Andrews, G., Stewart, S., Allen, R. (1990). "The Genetics of Six Neurotic Disorders: A Twin Study", *Journal of Affective* Disorders, 19(2),23–29.

Anonymus. Pregnancy depression.Lancet. 1984 Jul 28;2(8396):206.

Appleby, L. (1991). "Suicide During Pregnancy and in The First Postnatal Year", *British Medical Journal,* 302,137-40.

Barefoot, JC., Schroll, M. (1996). "Symptoms of Depression, Acute Myocardial Infarction, and Total Mortality in a Community Sample", *Circulation,* 93(1),1976–1980.

Baumgarten, HG., Björklund, A., Holstein, AF., Nobin, A. (1972). "Chemical Degeneration of Indolamine Axons in Rat Brain by 5,6-dihydroxytryptamine. An Ultrastructural Study", *Zeıtschrıft fur Zellforschung und Mıkroskopısche Anatomıe,*129(2),256–71.

Beck, A., Emery, G., Greenberg, L. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Approach*, NY: Basic Books

Beck, A., Epstein, N., Brown, G., Steer, RA. (1988). “An Inventory For Measuring Clinical Anxiety; Psychometric Properties”, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56(1), 893–897.

Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. (1961). “An Inventory for Measuring Depression” *Archives of General* Psychiatry, 4(1),561–71.

Beck, AT., Steer, RA.(1984). “Internal Consistencies of the Original and Revised Beck Depression Inventory” *Journal* of Clinical *Psychology,* 40(6),1365–7.

Beck, CT. (2001). “Predictors of postpartum depression: an update”, *Nursery Research,* 50(1),275-85.

Bekaoğlu, M., Uluutku, N., Tanrıöver, S., Kırpınar, I. (1991). “Depression in Elderly Population in Turkey”,Acta *Psychiatrica* Scandinavica, 84(2),174–8.

Bennett, E., Lincoln, B. (2006). “Potential Screening Measures for Depression and Anxiety after Stroke”, *International Journal of Therapy and Rehabilitation,* 10, 401 – 406.

Bhutta, ZA., Darmstadt, GL., Hasan, BS., Haws, RA. (2005). “Community Based Interventions for Improving Perinatal and Neonatal Health Outcomes in Developing Countries”, *Pediatrics,* 115(2),519–617.

Bibring-Lehner, Grete. (1933). "Über die phallische Phase und ihre Störungen beim Mädchen", *Zeitschrift für psychoanalytische Pädagogik,* 7(2), 145-152.

Blackburn, IM., Eunson, KM. (1989). “A Content Analysis of Thoughts and Emotions Elicited From Depressed Patients During Cognitive Therapy”, *British* Journal *of Medical Psychology,* 62 (1),23–33.

Bonari, L., Pinto, N., Ahn, E., Einarson, A. (2004) “Perinatal Risks of Untreated Depression During Pregnancy” *Canadian Journal of Psychiatry,* 49(1),726-35.

Born, L., Zinga, D., Philips, S. (2006) “Update On The Treatment of Depression During Pregnancy”, *Therapy,* 1,153-61.

Brandao, ML., Troncoso, AC., Souza, S. (2003). “The Relevance of Neuronal Substrates of Defense In the Midbrain to Anxiety and Stress: Empirical and Conceptual Considerations” European Journal *of Pharmacology,* 463(1), 225–233.

Brown, G.W. (1978) *Social Origins of Depression* (3rd ed.) (37-45) . New York, Free Press.

Brown, GW., Craig, K., Harris, T,, Handley, R. (2008) "Parental Maltreatment and Adulthood Cohabiting Partnerships", *Journal of Affective* Disorders, 110(1–2),115-25.

Buist, A. (2000). "Managing Depression in Pregnancy", *Australian Family Physician,* 29 (7), 663–7.

Cebeci, SA., Aydemir, Ç., Göka, E.(2002). "Puerperal Dönemde Depresyon Semptom Prevalansı: Obstetrik Risk Faktörleri, Kaygı Düzeyi Ve Sosyal Destek İle İlişkisi", *Kriz Dergisi,* 10 (1),11-18.

Chen, H., Chan, YH., Tan, KH., Lee, T. (2004). "Depressive Symptomatology in Pregnancy- A Singaporean Perspective", *The International Journal for Research in Social and Genetic* Epidemiology *and Mental Health Services,* 39,975-9.

Chrousos, GP., Torpy, DJ., Gold, PW. (1998). "Interactions Between the Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis and the Female Reproductive System", *Annals of Internal Medicine,*129(3),229–40.

Chung, TK., Lau, TK., Yip, AS., Chiu, HF., Lee, DT. (2001). "Antepartum Depressive Symptomatology is Associated with Adverse Obstetric And Neonatal Outcomes", *Psychosomatic Medicine,* 63,830-4.

Chung, TK., Lau, TK., Yip, AS., Chiu, HF., Lee, DT. (2001). "Antepartum Depressive Symptomatology is Associated with Adverse Obstetrics And Neonatal Outcomes", *Psychosomatic Medicine,* 63(1),830–4.

Copper, RL., Goldenberg, RL., Das, A., Elder, N., Swain, M., Norman, G., Ramsey, R., Cotroneo, P., Collins, BA., Johnson, F., Jones, P., Meier, AM.(1996). "The Preterm Prediction Study: Maternal Stress is Associated With Spontaneous Preterm Birth at Less Than Thirty-five Weeks' Gestation", *American Journal Of Obstetrics And Gynecology,*175(5),1286–92.

Craven, JL., Rodin, GM., Littlefield, C. (1988) "The Beck Depression Inventory as a Screening Device for Major Depression in Renal Dialysis Patients" *International Journal of Psychiatry* in Medicine, 18(4),365–74.

Crombleholme, WR.(1984). “Cervical Cerclage”, *American Journal Of Obstetrics And Gynecology,*146(1), 168-188.

Cunningham, F. (1994) *William’s Obstetrics* (22nd ed.) (430-497),

Dalton, K. (2001*) Depression After Childbirth: How to Recognize and Treat PostnataI Illness* (4th ed) (604-617). New York, Oxford University Pres.

Daniel, H., Hemart, N., Jaillard, D., Crepel, F. (1992). “Coactivation of Metabotropic Glutamate Receptors and of Voltage Gated Calcium Channels Induces Long Term Depression in Cerebellar Purkinje Cells in Vitro”, Exp*erimental.* Brain Research, 90(2),327–31.

Davis, M. (1991). “Are Different Parts of The Extended Amygdala Involved In Fear Versus Anxiety”, *Biological* Psychiatry, 44(1),1239–1247.

Delgado, PL., Moreno, FA.(2000) . “Role of Norepinephrine in Depression”, *Journal of Clinical Psychiatry,* 61(1),5–12.

Dorn, LD., Susman, EJ., Petersen, AC. (1993). “Cortisol Reactivity and Depression in Pregnant Adolescents: A Longutudinal Perspective”, *Psychoneuroendocrinology,* 18(2),219-39.

Dubovsky, SL., Thomas, M. (1995). “Serotonergic Mechanisms and Current and Future Psychiatric Practice”, *Journal of Clinical Psychiatry,* 56(1),38–48.

Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S., Golding, J. (2001). “Cohort Study Of Depressed Mood During Pregnacy and After Chıldbırth”, *British Medical Journal,* 323,257-60.

Feighner, JP., Cohn, JB. (1985). “Double-blind comparative trials offluoxetine and doxepin in geriatric patients with major depressive disorders”, *Journal of Clinical Psychiatry*, 46(2), 20-25.

Ferrarese, C., Appollonio, I., Frigo, M. (1990). “Decreased Density of Benzodiazepine receptors in Lymphocytes of Anxious Patients: Reversal After Chronic Diazepam Treatment”, Acta *Psychiatrica* Scandinavica, 82(1),169–173.

Georg, K., Wan, M., Chang, H., Summergrad, P., Tsang, B., Chen, H.(2008). “Stigma of Depression is More Severe in Chinese Americans than Caucasian Americans”, *Psychiatry,* 71(3),210–8.

Gibb, DM., Toraya, J. (1982). "Outcome of Spontaneous Labour in Gravids", *British Journal of Obstetrics and Gynecology,* 89(1), 700-708.

Gitau, R., Cameron, A., Fisk, NM., Glover, V.(1998). "Fetal Exposure to Maternal Cortisol", *Lancet,* 352(9129),707–8.

Goldberg, A.(1998). "Self Psychology since Kohut", *The Psychoanalytic Quarterly,* 67(2),240–55.

Grote, NK., Frank, E. (2003). "Difficult To Treat Depression: The Role Of Contexts and Comorbidities", *Biological Psychiatry,* 53,660-70.

Haleem, DJ., Perveen, T. (1994). "Brain Regional Serotonin Synthesis Following Adaptation to Repeatedrestraint", *Neuro Report,* 5(1),1785–8.

Hamilton, MC.(1959) " Hamilton Anxiety Scale", *HAMA,* 154–157.

Harris, T., Brown, GW., Robinson, R.(1999). " Befriending as an Intervention for Chronic Depression Among Women in an Inner City", *British* Journal of Psychiatry,174(3),225–32.

Hedegaard, M., Henriksen, TB., Secher, NJ., Hatch, MC., Sabroe, S. (1996). "Do Stressful Life Events Affect Duration of Gestation and Risk of Preterm Delivery", *Epidemiology,* 197(4),339–45.

Hisli, N. (1989). "Beck Depresyon Envanteri'nin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliği ve Güvenirliği" *Psikoloji Dergisi,* 7(23), 3–13.

Hisli, N.(1988). "Beck Depresyon Envanteri'nin Geçerliği Üzerine Bir Çalışma" *Psikoloji Dergisi,* 6(22),118–122.

Hogan, RM. (1980). *Human Sexuality a Nursing Perspective* (469-484). Newyork, Appleton- Century-Crofts.

Hood, SD., Argyropoulos, V. (2000). "Agents in Development for Anxiety Disorders" *Central Nervous System Drugs*, 13(2), 421–431.

Huddleston, JF. (1982). "Preterm Labour", *Clinical Obstetrics and Gynecology,* 25(1), 123-130.

Huddleston, JF., Sanchez, R., Huddleston, KW.(2003). Acute Management of Preterm Labor", *Clinics In Perinatology,* 30(4), 803-24.

Jeronimo, M., Nicholas, M., Vivette, G. (1999). "Association Between Maternal Anxiety in Pregnancy and Increased Uterine Artery Resistance Index", *British Medical Journal,* 318(29, 153–7.

Judd, LL. (1997). "The Clinical Course of Unipolar Major Depressive Disorders", *Archives of General* Psychiatry, 54(1), 989–991.

Keller, MB., Lavori, PW., Endicott, J., Coryell, W., Klerman, GL. (1983). "Double Depression: Two-Year Follow-Up", *American Journal of Psychiatry,* 140(4),689–694.

Kendler, KS., Neale, MC., Kessler, RC. (1992). "Major Depression and Generalized Anxiety Disorder", *Archives of General* Psychiatry, 49(2) :716 -722.

Kennedy, SH.(2004). *Treating Depression Effectively. Applying Clinical Guidelines* (113-133). Hampshire,Thomson Publishing.

Kessler, RC., Mcgonagle, KA., Swartz, M., Blazer, DG., Nelson, CB. (1993). "Sex And Depression in The National Comorbidity Survey. Lifetime Prevalance , Chronicity and Recurrence", *Journal of Affective Disorders,* 29,85-96.

Kessler, RC., McGonagle, KA., Zhao, S., Nelson, CB., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, HU., Kendler, KS. (1994). " Lifetime and 12-month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey", *Archives of General* Psychiatry, 51(1),8–19.

Kidman, AD., Hinwood, BG., Yeo, JD.(1976) . "Concentrations of NE and 5-HT in the Contused Sheep Spinal Cord: Status of the Monoamine Hypothesis", *Journal of Neurochemistry,* 27(1),293–4.

Lazarus, RS. (1980). "The stress and coping paradigm", *Conceptual Models for Psychopathology,* 18(2), 104-21.

LeDoux, J. (1988). "Fear and The Brain: Where Have We Been and Where Are We Going", *Biological* Psychiatry, 44(1),1229–1238.

Lewis, G., Wessely, S. (1990). "Comparison of The General Health Questionnaire and the Hospital Anxiety and Depression Scale", *The British Journal of Psychiatry,*157(2),860–864.

Littlefield, VM., Chang, A., Adams, BN.(1990). "Participation in Alternative Care: Relationship to Anxiety, Depression, and Hostility" *Research In N*ursıng *And H*ealth, 13(1),17–25.

Mackintosh, M., Gatz, M., Wetherell, J. (2006). "A Twin Study of Lifetime Generalized Anxiety Disorder (GAD) in Older Adults: Genetic and Environmental Influences Shared by Neuroticism and GAD", *Human Genetics,* 9(2),30–37.

Maizels, M., Smitherman, TA., Penzien, DB.(2006). "A Review of Screening Tools for Psychiatric Comorbidity in Headache Patients", Headache, 46(3),98-109.

Marcus, SM., Flynn, HA., Blow, FC., Barry, KL.(2003). "Depressive Symptoms Among Pregnant Women Screened in Obstetrics Settings", *Journal of Women's Health,* 12,373-80.

Martin, JA., Hamilton, BE., Ventura, SJ.(2002). "Births: Final Data for 2000", *National Vital Statistics Reports,* 50(1),1–101.

Mckee, MD., Zayas, LH., Fletcher, J., Boyd, RC., Nam, SH. (2006). "Results of an Intervention To Reduce Perinatal Depression Among Low-Income Minority Women in Community Primary Care", *Journal Of Social Service Research,* 32, 63-81

Minkoff, H. (1984). "Risk Factors for Prematurity and Premature Rupture Of Membranes", *American Journal Of Obstetrics And Gynecology,*150(1),965-1000.

Mühleitner, E., Reichmay,r J., Otto Fenichel.(1998). "Historian of the Psychoanalytic Movement", *Psychohist Review,* 26(2):159–74.

Naim, M., Bhutto, E. (2000). "Sexuality during pregnancy in Pakistani women", *Journal of Pakistani Medical Association*, 50, 33-38.

O'hara, MW., Swain, AM. (1996). "Rates and risk of postpartum depression- A meta-analysis", *International Review of Psychiatry,* 8(2), 37-54.

Oltmanns, TF., Neale, JM., Davidson, GC.(1974). " The Effects of Signal-Noise Similarity on Visual Information Processing of Schizophrenics", *Journal of* Abnormal Psychology, 83(6),683–6.

Orr, ST., Miller, CA. (1995). "Maternal Depressive Symptoms and the Risk of Poor Pregnancy Outcome", *Epidemiologic Reviews*,17(1),165–71.

Özkan S. Psikiyatrik Tıp. Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Kitabı. 1.Baskı. İstanbul: Roche; 1993;201-9.

Paarlberg, KM., Vingerhoets, AJ., Passchier, J., Dekker, GA., Geijn, HP. (1995). "Psychosocial Factors and Pregnancy Outcome: A Review with Emphasis On Methodological Issues", *Journal of Psychosomatic Research,* 39(5),563–95.

Parmelee, PA., Katz, IR., Lawton, MP. (1992). "Incidence of Depression in Long-Term Care Settings", *Journals of Gerontology,* 47(6),189–96.

Perkin, MR., Bland, JM., Peacock, JL., Anderson, HR. (1993). "The Effect of Anxiety and Depression During Pregnancy on Obstetric Complications", *British Journal of Obstetrics ang Gynaecolog,*100(7),629–34.

Philips, K. (2005). "Preventing, Identifying and Treating Maternal Depression: Tools For Employers", *Center For Prevention and Health Services Issue Brief,* 3(1),1-20.

Practice Guideline For the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder (Revision). American Psychiatric Association. Am J Psychiatry 2000;157(4 Suppl):1-45.

Racagni, G., Brunello, N.(1999) . "Physiology to Functionality: The Brain and Neurotransmitter Activity",*International Clinical Psychopharmacology,* 14 (1),3–7.

Racagni, G., Brunello, N.(1999). "Physiology to Functionality: The Brain and Neurotransmitter Activity", *International Clinical Psychopharmacology,* 14 (1),3–7.

Raju, TN. (2006). "Epidemiology of Late Preterm Births", *Clinics in Perinatology,* 33(4),751–63.

Rees, WD. (1971). "Parental Depression Before and After Childbirth. an Assesment with The Beck Depression Inventory", *JR College General Practice,* 21(1),26-31.

Ryan, D., Milis, L., Mirsi, N.(2005). "Depression During Pregnancy", *Canadian Familian Physician,* 51,1087-93.

Santvana, S., Shamsah, S., Firuza, P., Rajesh, P. (2005). "Psychiatric Disorders Associated with Pregnancy", *Journal of Obstetrics and Gynecology India,* 55,218-27.

Sasaki, M., Shibata, E., Tohyama, K., Kudo, K., Endoh, J., Otsuka, K., Sakai, A.(2008).”Monoamine Neurons in The Human Brain Stem: Anatomy, Magnetic Resonance Imaging Findings and Clinical Implications. *Neuro Report,* 11(10),10-18.

Schöpf, J., Gaillard, JM., Müller, C., Duyse, C., Le, PK. (1983) . “Clinical Characteristics of a Representative Group of Hospitalized Depressed Patients”, Schweiz Archive *für Neurologie und Psychiatrie,*132(1),131–48.

Segal, ZV., Swallow, SR. (1994). “Cognitive Assessment of Unipolar Depression: Measuring Products, Processes and Structures”, *Behavıour* Research and Therapy, 32(1),147–58.

Socol, ML. (1984) “Perinatal Outcome Following Delivery in the Second or Early Third Trimester”, *Obstetrics And Gynecology,* 150(2), 228-234.

Starkman, MN., Cameron, OG., Nesse, RM., Zelnik, T. (1990). “Peripheral Catecholamine Levels and the Symptoms of Anxiety”, *Psychosomatic Medicine,* 52(2),129–42.

Stocky, A., Lynch, J.(1997). “Acute Psychiatric Disturbance in Pregnancy and Puerperium”, *B*est Practıce *and Research in C*lınıcal *Obstetrıcs and Gynaecology,* 14,73-78.

Suezanne, T. Sherman, J., Cherly, P.(2002). Maternal Prenatal Depressive Symptoms and Spontaneous Preterm Births among African-American Women in Baltimore, Maryland”, *American Journal of Epidmiology,* 156(1), 797–802.

Şen, D., Yücel, B.(1998). “Gebelikte Psikotrop İlaç Kullanımı", *İstanbul Tıp Fakultesi Mecmuası,* 1998,61:2.

Tamam, L., Zeren, T. (2002).” Depresyonda Serotoninerjik Düzenekler”, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5(4),11–8.

Tegin, B. (1980). *Depresyonda Bilişsel Bozukluklar. Beck Modeline Göre Bir İnceleme,* Yayımlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Psikoloji Bölümü.

Tomlinson, C. (1996). “Sandor Rado and Adolf Meyer: A Nodal Point in American Psychiatry and Psychoanalysis”, *International Journal* of *Psychoanalysis,* 77(5),963–82.

Tony, KH., Franzcog, T., Mrcog, S.(1993). "Antepartum Depressive Symtomatology Is Associated With Adverse Obstetric and Neonatal Outcomes", *Psycosomatic Medicine,* 63(2),830–834.

Uğuz, Ş., Yurdagül, E. (2002). "Noradrenerjik Sistem ve Depresyon", *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 4(1),19–23.

Valtonen, HM., Suominen, K., Haukka, J., Mantere, O., Leppämäki, S., Arvilommi, P., Isometsä, ET. (2008). "Differences in Incidence of Suicide Attempts during Phases of Bipolar I and II Disorders", *Bipolar Disorders,* 10(5),588–96.

Van Moffaert, M., Dierick, M. (1999). "Noradrenaline (Norepinephrine) and Depression: Role in Aetiology and Therapeutic Implications", *Central Nervous System Drugs*, 12(4),293-305.

Wadhwa, PD., Sandman, CA., Porto, M., Dunkel-Schetter, C., Garite, TJ.(1993). "The Association Between Prenatal Stress and Infant Birth Weight and Gestational Age at Birth", *American Journal Of Obstetrics And Gynecology,*169(4), 858–65.

Ward H.(1960). "Psychoanalytic Concepts of Depression", *Journal of Neurochemistry,*170 (1), 92-98.

Ward, RK., Zamorski, MA. (2002). "Risks of Psychiatric Mediactions During Pregnancy", *American Family Physician,* 66,629-36.

Weisman, MM., Olfson, M. (1991). "Depression in Women", *Science,* 269(1),799–801.

Wells, KB., Hays, RD., Burnam, MA. (1989). "Detection of depressive disorder for patients receiving prepaid or free for service care", *Journal of American Medical Association*, 282(1), 3298-3302.

Wisner, KL., Zarin DA., Holmboe ES., Appelbaum PS., Gelenberg AJ., Leonard HL. (2000). "Risk-benefit Decision Making for Treatment of Depression During Pregnancy", *American Journal of Psychiatry,* 157(12),1933–40.

Yazıcı, MK., Demir, B., Tanrıverdi, N., Karaağaoğlu, E., Yolaç, P.(1998), "Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, Değerlendiriciler Arası Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması" *Türk Psikiyatri Dergisi* 9(2),114–120.

Zax, M., Sameroff, AJ., Babigian, HM. (1977). "Birth Out-Comes in the Offspring Of Mentally Disordered Women", *American Journal of Orthopsychhiatry* , 47(1), 218-30.

Zemlan, FP., Garver, DL.(1990). "Depression and Antidepressant Therapy: Receptor Dynamics", *P*rogress *in Neuro*-Psychopharmacology *and* Biological Psychiatry ,14(4),503–23.

Zuckerman, H., Bauchner, H., Cabral, H. (1989). "Depressive Symptoms During Pregnancy: Relationship To Poor Health Behaviors", *American Journal of Obstetrics and Gynecology,* 160,1107-11.