

İkinci Trimestir Gebelerde Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu ile İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi

Evaluation of the Factors Associated with Depression and Anxiety Disorder in the Pregnants at Second Trimester

Engin Ortaarık¹, İmran Tekgöz², Muharrem Ak³, Erdal Kaya⁴

¹ Eryaman 7 Nolu Aile Sağlığı Merkezi, Ankara

² Mesude Terek Aile Sağlığı Merkezi, Aksaray

³ İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD, Malatya

⁴ Ulaş İlçe Hastanesi Aile Hekimliği, Sivas

Özet

Bu çalışmada gebeliğin ikinci trimesterinde olan hamile kadınlarda anksiyete ve depresif bozukluk düzeyleri ve bunları etkileyen faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır. Çalışmaya Temmuz-Ağustos 2008 tarihleri arasında Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi kadın hastalıkları ve doğum kliniği birinci gebe polikliniğine başvuran 2. trimestir 126 gebe dahil edildi. Hastaların sosyodemografik özellikleri, obstetrik öykülerinin tespitinde anket formu, psikiyatrik bozuklukların tanımlanmasında Mental Hastalıkların Birinci Basamak Değerlendirilmesi (Primary Care Evaluation of Mental Disorders PRIME-MD) kullanıldı. Toplam 126 gebenin PRIME-MD ile değerlendirme sonucunda %46'sı bir ya da daha fazla psikiyatrik tanı aldı. Bunların %40,5'i anksiyete bozukluğu, %26,2'si depresif bozukluktu, %20,6'sında ise anksiyete bozukluğu ve depresif bozukluk birlikteliği görüldü. Depresif bozukluğu olan gebelerde majör depresyon oranı %16,7, distimi oranı %9,5 idi. Geçirilmiş psikiyatrik hastalık öyküsü olan gebelerde anksiyete ve depresyon oran daha yüksekti (sırasıyla, p=0,012, p=0,032). Prime MD ölçeği gebeliğin ikinci trimesterinde anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik bozuklukları tanımlamada faydalı bir araçtır. Bu ölçeği kullanmanın ve gerekli önlemleri almanın depresyon ve anksiyete ilişkili komplikasyonları azaltacağını düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Anksiyete, Depresyon, PRIME-MD.

Abstract

In this study, investigation of the level and effecting factors of anxiety and depression in the women at second trimester of pregnancy were aimed. Total 126 pregnant women in the second trimester of pregnancy attending to the gynecology and obstetric clinic of Ankara Training and Research Hospital included in to the study. Sociodemographic and obstetric history were recorded. Prime MD scale was used in the determination of psychiatric disorders. Evaluation with PRIME-MD scale rendered 46% of the pregnant women afflicted with psychiatric morbidity. Of the pregnant women 40,5% only anxiety disorder, 26,2% only depression, and 20,6% had both anxiety disorder, and depression. The rate of major depression rate was 16,7% and rate of dystimia was 9%. Those pregnant women who had history of depressive disorder had higher rates of depression and anxiety (p=0,012, p=0,032, respectively). Prime MD is a useful tool to identify the psychiatric disorders like anxiety and depression in the second trimester of pregnancy. We think that using this scale and taking necessary precaution may reduce the complications associated with depression and anxiety.

Key Words: Pregnancy, Anxiety, Depression, PRIME-MD.

Giriş

Gebelik kadın hayatında önemli biyolojik ve psikososyal değişimlerin yaşandığı, kaygı ve stres oluşturabilecek birçok etkenle karşılaşma riskinin yüksek olduğu bir dönemdir (1). Gebelik süreci aile içi iletişimi neşe, doyum, mutluluk kaynağı olarak etkilemektedir. Gebelik anne karnındaki çocuğun sağlığı, cinsiyeti doğum sonrası gereksinimleri açısından belirsizlikleri de içerdiği için endişeye de neden olabilmektedir. Birçok kadın gebelik ve doğum ile ortaya çıkan fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere kolaylıkla uyum sağlarken, bazı kadınlarda hafif, orta ve şiddetli düzeylerde ruhsal hastalıklar ortaya çıkmaktadır (2). Gebelik süresince annenin ruh halini ve bu durumun çocuğa yansımaları ile yapılan çalışmalar mevcuttur (3,4).

Antenatal stresin; plasental, maternal pitüiter, adrenal aksın aktivasyonu ile preterm doğuma neden olduğu bildirilmiştir (5). Bu durum, preterm doğumla plasental ve maternal plazma kortikotropin hormonunun salınım düzeyinin yükselmesiyle ilişkili bulunmuştur (5,6).

Bu bilgiler ışığında stres etmenlerinin ve ağırlığının erken dönemde saptanarak ölçülebilmesi, uygun şekilde müdahaleye olanak verip gebeliğin sonuçlarına olumlu katkıda bulunulabileceğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada 2. trimestir gebelerde birinci basamakta kullanılan mental hastalıkların birinci basamak değerlendirilmesi (Primary Care Evaluation of Mental Disorders, PRIME-MD) ölçeğini uygulayarak, gebelikteki depresyon ve anksiyete bozukluğu ile

sosyo-demografik özellikler arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem

Gözlemsel ve kesitsel nitelikteki çalışmaya 15.08.2008 ve 15.09.2008 tarihleri arasında Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi 1. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği gebe polikliniğine başvuran ve gebeliğinin 2. trimestirinde (14-27 hafta) olan 126 kadın dahil edildi. Gebelik haftası obstetrik ultrasonografi ile tespit edildi. Ultrasonografide malformasyon belirlenenler, kronik hastalık öyküsü, çoğul ya da invitro fertilizasyon ile gebelik öyküsü olan, 18 yaşın altında olan gebeler ve sözlü onam vermeyenler çalışmaya dahil edilmedi.

Gebelere çalışma ile ilgili bilgi verilip sözlü onamları alındıktan sonra yüzyüze yapılan görüşmelerle sosyodemografik özellikleri ve obstetrik öyküleri kaydedildi. Anksiyete ve depresyon durumunun değerlendirilmesinde mental hastalıkların birinci basamakta değerlendirilmesi ölçeği (Prime-MD) kullanıldı. Ölçeğin Türkçe'ye çevirisi ile geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Çorapçıoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (7).

Çalışmamızda elde ettiğimiz veriler sayısal şekilde kodlanıp SPSS.15 (Statistical Programme for Social Science/US) ile değerlendirildi ve analizlerde $p < 0.05$ değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Grup içindeki farklılıkların tespitinde ki-kare testi kullanıldı. Çalışma; Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik kurulunun kararı ile yürütüldü.

Sonuçlar

Çalışmaya alınan 126 gebenin yaşları 18 ile 40 arasında değişmekle birlikte yaş ortalaması $26,03 \pm 5,03$ idi. Evlilik yaşları 14 ile 27 yaş aralığında olup ortalama evlilik yaşı $19,71 \pm 2,9$ idi. Evlilik süreleri 0,3 ile 24 yıl aralığında olup ortalama evlilik süresi $6,4 \pm 5,5$ yıldır. Ortalama eğitim süreleri $7,2 \pm 3,1$ yıldır.

Çalışma grubunun %26,1'inde eşler arasında 1. dereceden akrabalık mevcuttu. Ailelerin ekonomik durumuna bakıldığında %51,6'sında aylık gelir 500-1000 TL arasındaydı. Gebelerin büyük çoğunluğu (%93,7) çalışmazken eşlerinin büyük çoğunluğu (%98,4) çalışıyordu.

Çalışma grubu obstetrik öykülerine göre değerlendirildiğinde; gebelik sayısı 1 ile 10 aralığında değişmekte olup ortalama gebelik sayısı $2,4 \pm 1,3$ idi. İlk gebeliğini yaşayanların oranı %25,4'ken, 5 ve üzeri gebeliği olanların oranı %5,6 idi.

Hiç doğum yapmamış gebelerin oranı %33,3 iken, 1 kez doğum yapan gebe oranı %40,5'ti. Gebelerin %16,7'sinde abortus, %11,1'inde küretaj öyküsü mevcuttu. Daha önceki doğum şekillerine bakıldığında gebelerin %54'ünün normal doğum yaptığı saptandı. Gebelerin %34,9'unun yaşayan çocuğu yoktu. Mevcut

gebelik, gebelerin %96,8'inde istenen, %72,2'sinde planlanan gebelikti.

Tablo 1. Gebelerin PRİME-MD ile aldığı tanıların alt küme dağılımı.

	Psikiyatrik Tanı	Sayı (n/%)
Anksiyete bozukluğu dağılımı	Tanı yok	75 59,4
	Yaygın anksiyete bozukluğu	7 5,6
	BTA anksiyete bozukluğu	38 30,2
	Panik bozukluk	6 4,8
Toplam		126 100,0
Depresif bozukluk dağılımı	Tanı yok	93 73,8
	Majör depresif bozukluk	21 16,7
	Distimi	12 9,5
Toplam		126 100,0

Gebelerin %46'sının bir ya da daha fazla psikiyatrik tanı aldığı görüldü. Buna göre gebelerin %19,8'inde anksiyete bozukluğu, %7'sinde depresif bozukluk, 20,6'sında hem anksiyete ve hem depresif bozukluk saptandı (Tablo 1).

Anksiyete bozukluğu olan ve olmayan gebeler arasında yaş, evlenme yaşı ve evlilik süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (sırasıyla $p=0,434$, $p=0,654$, $p=0,567$).

Anksiyete bozukluğu olan gebelerin %33,3'ünde akraba evliliği mevcuttu ancak akraba evliliği ile anksiyete bozukluğu arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0,338$).

Aylık gelir düzeyi 500 TL'nin altında olan grupta anksiyete oranının daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,729$). Anksiyete bozukluğu olan ve olmayan gebeler arasında gebeliğin planlanmış olması açısından da istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0,946$).

Anksiyete bozukluğu saptanan gebelerin %71,4'ünde psikiyatrik hastalık öyküsü mevcuttu. Önceden psikiyatrik hastalık olma durumu ile anksiyete bozukluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p=0,012$).

Anksiyete bozukluğu olan ve olmayan gebeler obstetrik özellikleri açısından değerlendirildiğinde hiç doğum yapmamış veya 1 doğum yapmış gebelerde anksiyete görülme sıklığı daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,072$).

Anksiyete bozukluğu olan gebelerde abortus öyküsü oranı daha yüksek olmasına rağmen anksiyete bozukluğu ile abortus öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p=0,465$). Yine küretaj öyküsü olanlarda anksiyete bozukluğu riskinin

arttığı görülmekle beraber istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi ($p=0,054$).

Anksiyete bozukluğu ile doğum şekli arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; normal spontan vajinal doğum (NSVD) ($p=0,358$) ve sezaryen ile doğum yapma durumunda anksiyete bozukluğu üzerine istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı tespit edildi ($p=0,653$).

Depresyon saptanan gebelerde yaş ortalaması $25,33\pm 5,25$, ortalama evlilik süresi $6,62\pm 5,31$ ve

ortalama evlenme yaşı $18,66\pm 2,34$ idi. Gruplar arasında yaş ve evlilik süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu (sırasıyla $p=0,272$, $p=0,558$).

Aylık gelir düzeyi ile depresif bozukluk açısından anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p=0,401$). Önceden geçirilmiş psikiyatrik hastalık öyküsü açısından değerlendirildiğinde psikiyatrik hastalık öyküsü olan gebelerde depresyon oranının daha yüksek olduğu görüldü ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,032$).

Tablo 2. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile depresyon-anksiyete ilişkisi

Hasta Özellikleri	Anksiyete				P	Depresyon				P	
	Var (n/%)	Yok (n/%)	Var (n/%)	Yok (n/%)		Var (n/%)	Yok (n/%)				
PHÖ*	Var	10	71,4	4	28,6	.012**	7	50,0	7	50,0	.032*
	Yok	41	36,6	71	63,4		26	23,2	86	76,8	
Abortus	Var	10	47,6	11	52,4	.46	10	47,6	11	52,4	.46
	Yok	41	39,0	64	61,0		41	39,0	64	61,0	
Küretaj	Var	9	64,3	5	35,7	.05	4	28,6	10	71,4	.83
	Yok	42	37,5	70	62,5		29	25,9	83	74,1	
NSVD	Var	25	36,8	43	63,2	.35	20	29,4	48	70,6	.37
	Yok	26	44,8	32	55,2		13	22,4	45	77,6	
Sezeryan	Var	9	45,0	11	55,0	.65	4	20,0	16	80,0	.28
	Yok	42	39,6	64	60,4		29	27,4	77	72,6	
Toplam		51		75			33		93		

*Psikiyatrik Hastalık Öyküsü; ** İstatistiksel olarak anlamlı.

Önceden geçirilmiş abortus ve küretaj öyküsü ile depresif bozukluk arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmedi (sırasıyla $p=0,415$, $p=0,830$).

Gruplar doğum şekli açısından değerlendirildiğinde normal spontan vajinal doğum ve sezeryan doğum ile depresif bozukluk arasında anlamlı bir ilişki gözlenmedi (sırasıyla, $p=0,373$, $p=0,492$).

Tartışma

Gebelik ve doğum, normal bir yaşam olayı gibi görünse de kadın için büyük bir stres nedeni olabilmektedir. Bu dönemde her kadın hafif ya da yoğun kaygı yaşayabilir. Bir düzeye kadar normal olan bu duygu durum değişikliği, bir noktadan sonra kişinin yaşam aktivitelerini, sosyal yaşamını ve kişiler arası ilişkilerini olumsuz yönde etkiler. Annelerin birçoğu gebelik ve doğumla ortaya çıkan fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere uyum sağlayabilirken, bir bölümünde ise hastaneye yatırılmayı gerektirecek kadar ağır psikiyatrik tablolar geliştirebilmektedir (8,9).

Bir sistematik derlemede gebelikte depresyon yaygınlığı birinci, ikinci ve üçüncü trimestirlerde sırasıyla, % 7,4, %12,8 ve % 12 olarak bildirilmiştir (10). Bazı araştırmalarda ikinci trimestire göre ilk ve üçüncü trimestirlerde depresyon ve kaygı belirti sıklığının daha fazla olduğu bulunmuştur (11,12).

Andersson ve ark. (13) tarafından İsveç'te 2. trimestir gebelerde PRİME-MD'yi kullanarak yaptıkları çalışmada gebelerin %14,1'i bir ya da daha fazla psikiyatrik tanı almıştır. Depresif bozukluğun %11,6 ile en büyük prevelans oranına sahip olduğu saptanmıştır. Bunların %3,2'si majör depresyon, %7,1'i minör depresyon olarak bulunmuştur. Gebelerin %6,2'sinde anksiyete bozukluğu mevcutken, %4,2'sinde tanımlanmamış anksiyete bozukluğu tespit edilmiştir. (13). Bizim çalışmamızda ise 2. trimestir gebelerin %46'sında bir ya da daha fazlasında psikiyatrik tanı tespit edildi. Bunların %40,5'inde anksiyete bozukluğu, %26,2'sinde depresif bozukluk, %20,6'sında anksiyete bozukluğu ve depresif bozukluk birlikteliği görüldü. Anksiyete bozukluğu olan gebelerin %5,6'sı yaygın anksiyete bozukluğu, %30,2'si tanımlanmayan anksiyete bozukluğu ve %4,8'i panik bozukluk tanısı aldı. Depresif bozukluğu olan gebelerin %16,7'si majör depresyon, %9,5'i distimi tanısı alırken majör depresyonun kısmi remisyonu tanısını alan hastamız olmadı.

Bazı çalışmalarda genç yaşın gebelikte depresyon için bir risk etkeni olduğu bildirilmiştir (13,14). Genç yaşın yanı sıra, ilk gebelik olması, sigara ve alkol kullanmayı gebelikte kaygı ile ilişkilendirmişlerdir. Çalışmamızda gebelerin yaşı ile depresyon ve anksiyete arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Ancak literatürde bizim sonuçlarımızı destekleyen çalışmalar da mevcuttur (15).

Gebenin iş durumunun anksiyete ve depresyon arasında ilişkisinin olmadığını bildiren çalışmalar olduğu gibi çalışmayanlarda depresyonu yüksek bulan araştırmalar da mevcuttur (16-18). Gebelikte, özellikle düşük sosyoekonomik koşullara sahip kadınlarda depresif belirtilerin daha yaygın olduğunu gösteren birçok çalışma vardır (19,20). Ailenin ekonomik durumunun gebelik ve doğum komplikasyonları üzerine etkili olduğu ile ilgili yayınlar vardır (21). Çalışmamıza aldığımız ailelerin ailenin gelir düzeyi ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında belirgin bir ilişki olmadığını görüldü. Bu konuyu netleştirecek detaylı çalışmalar gerekmektedir.

İstenmeyen gebelik depresyon için önemli bir risk etkeni olarak birçok çalışmada ortaya konulmuştur. Çalışmamızda gebeliğin istenmeyen veya planlanmayan gebelik olması ile anksiyete ve depresif bozukluk arasında anlamlı bir ilişki yoktu. Bu durum sosyal desteğin olması ile açıklanabilir.

Daha önce geçirilmiş, psikiyatrik hastalıkların gebelikte depresyon ve kaygı için önemli bir risk etkeni olduğunu bildiren çalışmalar bildirilmektedir (13,14). Çalışmamızda da daha önce geçirilmiş psikiyatrik hastalık öyküsü anksiyete ve depresyon için bir risk faktörü olarak tespit edildi.

Biz bu çalışmamızda Prime-MD ölçeğini kullandık. Prime-MD ölçeği ile psikiyatrik hastalık belirti düzeyi belirleme oranı yüksektir. Prime-MD ölçeği kolay uygulanabilirliği ile obstetrik hastalarda psikiyatrik hastalıkların prevalansının değerlendirilmesinde uygun bir ölçek olduğu düşünülmektedir. Prime-MD temel olarak birinci basamakta en çok rastlanan dört ruhsal bozukluk (duygu durum bozukluğu, anksiyete bozukluğu, alkol kötüye kullanımı ve somatoform bozukluk) grubunun incelenmesinde uygun ve güvenli bir ölçektir. Prime-MD "hasta soru formu" ve "klinisyen değerlendirme kılavuzu" olmak üzere iki bölüme oluşur. Hasta soru formu, hastanın kendisi tarafından yanıtlanan evet-hayır tarzındaki 26 sorudan oluşmaktadır. Hasta soru formundaki sorulara verilen yanıtlara göre "klinisyen değerlendirme kılavuzu"na geçiş yapılır ve bu kılavuzdaki daha ayrıntılı değerlendirme ile tanıya gidilir.

Önceki gebeliklerinde ve doğum sırasında olumsuz deneyimleri olan kadınlar bu gebeliğinde de aynı olumsuzlukların tekrarlanabileceği endişesini duyabilirler. Gebelik döneminde ve doğum sırasında herhangi bir problemle karşılaşmayan kadınlar ise daha az kaygı duyacaklardır. Çalışmamızda vajinal doğum ya da sezaryen ile doğum yapmanın annelerdeki anksiyete ve depresyon prevalansını etkilemediği görüldü.

Gebelikte anksiyete ve/veya depresif bozukluğu olan kadınlarda şiddetli postnatal depresif semptomlar oluşma riskinde artışın getirdiği patofizyolojik

sorunların ötesinde, bu bulguların potansiyel klinik anlamları olabilir. Anksiyete ve depresif semptomlar gebeler tarafından sıklıkla belirtilmektedir. Bir gebenin tıbbi değerlendirmesi yapılırken fiziksel değerlendirmenin yanı sıra psikiyatrik ve sosyodemografik özelliklerin de göz önüne alınması yolu ile bütüncül bir yaklaşım gereklidir. Özellikle psikiyatrik hastalık öyküsü anksiyete ve depresif bozukluk açısından risklidirler. Erken tanı ve etkin psikoterapotik tedaviler ile gebelikteki depresyon ve anksiyete bozukluğuna bağlı erken doğum, düşük doğum ağırlığı gibi komplikasyonların önüne geçilebilir.

Kaynaklar

1. Da Costa D, Larouche J, Dritsa M. Variations in Stress Levels Over The Course of Pregnancy: Factors Associated With Elevated Hassles, State Anxiety and Pregnancy-Specific Stress. *J Psychosom Res* 1999; 47: 609-21.
2. Karaçam Z, Kitiş Y. Doğum sonrası depresyon tarama ölçeği: Türkçe'de geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007; 18: 3.
3. Orr ST, James SA, Blackmore PC. Maternal prenatal depressive symptoms and spontaneous preterm births among African-American women in Baltimore, Maryland. *Am J Epidemiol* 2002; 156: 797-802.
4. Hoffman S, Hatch MC. Depressive symptomatology during pregnancy: evidence for an association with decreased fetal growth in pregnancies of lower social class women. *Health Psychol* 2000; 19: 535-43.
5. Hobel, C. J. Maternal plasma corticotropin-releasing hormone associated with stress at 20 weeks gestation in pregnancies ending in preterm delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180: 257-63.
6. McGrath S, McLean M, Smith D. Plasma corticotrophin-releasing hormone trajectories vary depending on the cause of preterm delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186: 257-60.
7. Çorapçıoğlu A, Köroğlu E, Ceyhan B, Doğan O. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde psikiyatrik tanı koydurucu bir ölçeğin (Prime-MD) Türkiye için uyarlanması. *Nöropsikiyatri Gündemi* 1996; 1(1): 3-10.
8. Büyükkoca M. Algılanan Sosyal Destek ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İzmir. 2001.
9. Kayahan B, Altıntoprak E, Karabilgin S, ve ark. On-beş kırkdokuz yaşları arasındaki kadınlarda depresyon prevalansı ve depresyon şiddeti ile risk faktörleri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2003; 4: 561-71.

10. Dietz PM, Williams SB, Callaghan WM, et al. Clinically identified maternal depression before, during, and after pregnancies ending in live births. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 1515-20.
11. Kuğu N, Bolayır E. Anksiyete Bozukluklarında PET ve SPEKT Bulguları. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2001; 11: 132-42.
12. Rizzardo R, Magni G, Cremonese C, et al. Variations in anxiety levels during pregnancy and psychosocial factors in relation to obstetric complications. *Psychother Psychosom* 1988; 49: 10-6.
13. Andersson L, Sundstrom-Poromaa I, Wulff M, Astrom M, Bixo M. Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 104: 467-76.
14. Akbaş E, Vırt O, Kalenderoğlu A, Savaş AH, Sertbaş G. Association between sociodemographic variables with the levels of depression and anxiety in pregnancy. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2008; 45: 9-13.
15. Seguin L, St-Denis M, Loiselle J. Chronic stressors, social support and depression during pregnancy. *Obstet-Gynecol* 1995; 85: 583-8.
16. Ağır D. Postpartum depresyon ile ilişkili sosyodemografik risk faktörlerinin incelenmesi. Uzmanlık Tezi. Ankara. 2008.
17. Karaçam Z, Ançel G. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population. *Midwifery* 2009; 25(4): 344-56.
18. O'Hara MW. Social support, life events and depression during pregnancy and the puerperium. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: 569-73.
19. Zuckerman B, Amaro H, Bauchner H, et al. Depressive symptoms during pregnancy; relationship to poor health behaviors. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 160: 1107.
20. Eren T. Postpartum Depresyon Prevalansı ve Sosyodemografik Risk Faktörleri. Uzmanlık Tezi. İstanbul. 2007.
21. Sertbaş G. Gebelerde doğum öncesi ve sonrası dönemlerde durumluk-sürekli kaygı düzeylerinin incelenmesi. Doktora Tezi. İzmir. 1998.

İletişim Yazarı

Yrd. Doç. Dr. Muharrem AK
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD,
MALATYA
e-posta: muharrem.ak@inonu.edu.tr