

Gebeliğin son 3 ayında anksiyete bozukluğu ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi

Assessment of anxiety disorders and related factors at the third trimester of pregnancy

İmran Tekgöz¹, Didem Sunay¹, Ayşe Çaylan¹, Cebail Kısa²

Özet

Amaç: Gebeliğin son 3 ayındaki anksiyete bozukluğu ve ilişkili faktörlerin araştırılması.

Yöntem: Mart-Eylül 2007 tarihleri arasında, Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi I. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne başvuran gebeliğinin son üç ayındaki 107 kadın incelendi. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ve kadın-doğum öyküleri hazırlanan soru formu, psikiyatrik sorunları ise Mental Hastalıkların Birinci Basamak Değerlendirilmesi (PRIME-MD) ölçeği ile değerlendirildi.

Bulgular: 107 gebenin %50.5'i, PRIME-MD ölçeği ile bir ya da daha çok psikiyatrik tanı aldı; %28'inde depresyon ve anksiyete birlikte idi. Anksiyete tanısı alan 43 gebenin, %31.8'inde başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu, %4.7'sinde yaygın anksiyete bozukluğu, %3.7'sinde panik bozukluğu saptandı. Aylık geliri 1.000 TL ve altında olan, daha önce düşük yapmış gebelerdeki anksiyete oranı daha yüksekti.

Sonuç: PRIME-MD ile anksiyetesi olan gebelerin saptanarak tedavi edilmesi ile erken doğum, düşük doğum ağırlığı gibi komplikasyonların önüne geçilebilir.

Anahtar sözcükler: Gebelik, anksiyete, depresyon.

Summary

Objective: To investigate anxiety disorders and related factors in the third trimester of pregnancy.

Methods: Between March-September 2007, 107 women in the 3rd trimester of pregnancy, referred to the outpatient clinics of Gynecology and Obstetrics Department of the Ankara Training and Research Hospital, Ministry of Health, were included in the study. A questionnaire was used to determine demographic characteristics and obstetric histories and the Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD) questionnaire was used to evaluate psychiatric disorders.

Results: Out of 107 women, 50.5% had one or more psychiatric diagnosis with assessment with PRIME-MD. 28% of the women had both anxiety and depression. Out of 43 women who had anxiety disorder; 31.8% had anxiety disorder not otherwise specified, 4.7% had generalized anxiety disorder and 3.7% had panic disorder. Anxiety disorder rate was high in women who had monthly income lower than 1.000 YTL and history for abortion.

Conclusions: Complications such as preterm delivery and low birth weight would be precluded by detecting and treating anxiety in pregnant women by PRIME-MD.

Key words: Pregnancy, anxiety, depression.

Doğurganlık dönemindeki kadın, gebelik ve doğumla, önemli organik ve psikolojik değişiklikler yaşar. Birçok çalışma, doğumun anksiyeteye yol açtığını göstermiştir.¹⁻³ Preterm doğum ve düşük doğum ağırlığı, doğum öncesi depresyon ve/veya anksiyete ile ilişkili bulunmuştur.^{4,5} Doğum öncesi stresin; plasentayı ve annenin hipofiz-adrenal eksenini uyarak erken do-

ğuma neden olduğu ileri sürülmektedir.⁶ Erken doğum ile plasentadan ve anneden kortikotropin hormonu salınımının artışı ilişkili bulunmuştur.^{6,7}

Gebelikte, strese neden olan önemli bir faktör de bebeğin sağlık durumudur. Özellikle ilk hamilelikte, doğum süreci ve doğum şekli ile ilgili kaygılar sık görülür. Bazı çalışmalar, anksiyete ile gebelik komplikasyonları-

¹ Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Uzmanı, Ankara

² Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Psikiyatri Kliniği, Psikiyatri Uzmanı, Ankara

nın ilişkili olabileceğini göstermiştir. Finlandiya’da, gebeliğin erken döneminde yoğun anksiyete yaşayanlarda gebeliğe bağlı yüksek tansiyon ve preeklampsinin görülme sıklığının yaklaşık 3 kat arttığı saptanmıştır.⁸ Kaliforniya’da, yoğun anksiyetenin düşük riskini 2-3 kat arttırdığı saptanmıştır.⁹

Bu çalışmada, kullanımı kolay olan, Mental Hastalıkların Birinci Basamak Değerlendirilmesi (Primary Care Evaluation of Mental Disorders=PRIME-MD) ölçeği ile gebeliğin son 3 ayındaki anksiyete bozukluğunun oranını ve sosyo-demografik özelliklerle ilişkisini araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem

Bu gözlemsel/kesitsel çalışmaya, Mart-Eylül 2007 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği gebe polikliniğine başvuran son üç aydaki (24-38. hafta) 107 gebe dahil edildi. Gebelik haftası ultrasonografi ile saptandı. Çalışma hakkında bilgi verilip, sözlü onamları alınanların, sosyo-demografik özellikleri ve obstetrik öyküleri soru formuna kaydedildi.

Okur-yazar olmayan, 18 yaşından küçük olan, in vitro fertilizasyonla gebe kalan, kronik hastalığı, çoğul gebeliği olan ve ultrasonografi ile fetusta malformasyon belirlenen gebeler çalışmaya alınmadı.

Anksiyete ve depresyon, Mental Hastalıkların Birinci Basamak Değerlendirilmesi ölçeği (PRIME-MD) ile arandı. DSM-IV ölçütlerine uyan ölçeğin birinci basamakta kullanımı onaylanmış olup, en çok rastlanan dört ruhsal bozukluğu (duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu, alkol kötüye kullanımı ve somatoform bozukluk) ortaya koyar.¹⁰ PRIME-MD’nin gebelerdeki psikiyatrik hastalık prevalansını değerlendirmede de güvenilirliği kanıtlanmıştır.¹¹ PRIME-MD, "hasta soru formu" ve "klinikisyen değerlendirme kılavuzu"ndan oluşur. Hasta, 26 soruyu “evet”-“hayır” şıklarıyla yanıtlar. Yanıtlar, “klinikisyen değerlendirme kılavuzu” ile değerlendirilerek tanıya gidilir. Ölçeği, dilimize, Çorapçıoğlu ve arkadaşları uyarlamışlardır.¹²

Veri analizinde, grup içi farklılıklar Ki-kare testi ile saptandı, $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Çalışma, Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi etik kurulunun onayı ile yürütüldü.

Bulgular

İncelediğimiz, gebeliğinin son üç ayındaki (24-38 hafta) 107 kadının yaş ortalaması 26.45 ± 4.9 yıl, ortalama evlilik yaşı 20.87 ± 3.8 yıl, ortalama evlilik süreleri ise 5.71 ± 4.6 yıldır; %35.5’i ilköğretim mezunuydu, %74.8’i çalışmıyordu, %34.6’sının aylık geliri 500 TL ve altındaydı.

Gebelerin %43.9’u hiç doğum yapmamıştı, %80.4’ünde düşük, %93.5’inde küretaj öyküsü yoktu. Gebelerin %41.1’i daha önce normal doğum, %17.8’i sezaryenle doğum yapmıştı. %99.1’i mevcut gebeliğini istiyor, %0.9’u ise istemiyordu. %15’i ise planlamadan gebe kalmıştı.

Gebelerin %50.5’i bir ya da daha çok psikiyatrik tanı aldı: %10,3’ünde depresyon, %12.1’inde anksiyete, %28’inde hem depresyon hem anksiyete saptandı; tanının alt küme dağılımları **Tablo 1**’de görülmektedir.

18 yaşından küçük ve 18-25 yaş grubundaki gebelerde anksiyete daha sık olmasına rağmen, fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (sırasıyla $p=0.143$, $p=0.512$).

Daha önce düşük yapmış olan gebelerde anksiyete anlamlı olarak daha fazlaydı ($p=0.028$). Küretaj öyküsü gebelerdeki anksiyete sıklığını etkilemiyordu ($p=0.417$).

İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, üç ya da daha fazla kez gebe kaldığı halde hiç doğum yap(a)mamış olanlarda anksiyete daha fazla idi (sırasıyla, $p=0.651$, $p=0.407$).

Daha önce sezaryenle doğum yapanlarda anksiyete oranı fazla olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0.189$).

Aylık geliri 1000 YTL ve altında olan gebelerde anksiyete görülme oranı daha yüksekti ($p=0.020$).

Gebelerin çalışıp/çalışmamasının anksiyeteyi etkilemediği saptandı ($p=0.417$) (**Tablo 2**).

Planlanmamış gebeliklerde anksiyete sıklığı artmasına rağmen, fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0.417$).

Tablo 1. Gebelerin PRIME-MD ile aldığı tanılarının alt küme dağılım tablosu

	Psikiyatrik tanı	N	%
Anksiyete bozukluğunun dağılımı	Tanı yok	64	59.8
	Panik bozukluğu	4	3.7
	Yaygın anksiyete bozukluğu	5	4.7
	BTA* anksiyete bozukluğu	34	31.8
	Toplam	107	100.0
Depresif bozukluğun dağılımı	Tanı yok	66	61.7
	Majör depresif bozukluk	14	13.1
	Minör depresif bozukluk	27	25.2
	Toplam	107	100.0

BTA: Başka türlü tanımlanamayan anksiyete.

Tablo 2. Sosyo-demografik ve obstetrik özellikler – anksiyete ilişkisi

		Anksiyete varlığı		p
		Yok %	Var %	
Gebelik yaşı	18-25	25 (39.1)	21 (48.8)	0.512
	26-30	26 (40.6)	13 (30.2)	
	>30	13 (20.3)	9 (20.9)	
Evlilik yaşı	<18	5 (7.8)	9 (20.9)	0.143
	18-25	50 (78.1)	29 (67.4)	
	>25	9 (14.1)	5 (11.6)	
Düşük öyküsü	Var	8 (12.5)	13 (30.2)	0.028*
	Yok	56 (87.5)	30 (69.8)	
Kürtaj öyküsü	Var	5 (7.8)	2 (4.7)	0.699
	Yok	59 (92.2)	41 (95.3)	
Gebelik sayısı	1	24 (37.5)	14 (32.6)	0.651
	2	23 (35.9)	14 (32.6)	
	≥3	17 (26.6)	15 (34.9)	
Doğum sayısı	Yok	25 (39.1)	22 (51.2)	0.143
	1	26 (40.6)	15 (34.9)	
	2	10 (15.6)	3 (7.0)	
	≥3	3 (4.7)	3 (7.0)	
Sezaryenle doğum öyküsü	Var	8 (12.5)	10 (23.3)	0.189
	Yok	56 (87.5)	33 (76.7)	
Vajinal doğum öyküsü	Var	27 (42.2)	17 (39.5)	0.843
	Yok	37 (57.8)	26 (60.5)	
Aylık gelir	1000 TL ve altı	38 (59.4)	35 (81.4)	0.020*
	1000 TL üstü	26 (40.6)	8 (18.6)	
Çalışma durumu	Çalışıyor	17 (26.6)	10 (23.3)	0.417
	Çalışmıyor	47 (73.4)	33 (76.7)	
Toplam		64	43	

*p<0.05 istatistiksel anlamlılık

Tartışma

Ülkemiz nüfusu geniş aileden çekirdek aileye geçmektedir. Bu geçiş ve kırsal kesimden şehire göç, olumsuz ekonomik şartlar altında meydana gelmektedir. Türkiye nüfus ve sağlık araştırması (TNSA) 2003 verilerine göre kadınlar için evlenme yaşı kırsal kesimde 20.4, kent-sel kesimde ise 21.3'tür.¹³ Çalışma grubumuzdaki kadınların 20.9 olan ortalama evlenme yaşı (%43'ünde 20 yaşın altında, %13.1'inde 18 yaşın altında) TNSA bulguları ile uyumludur.

Andersson ve arkadaşları,¹⁴ PRIME-MD ile, gebeliğin 3. ve 6. ayları arasında olanların, %14.1'inde bir ya da daha fazla psikiyatrik sorun saptadılar: %11.6 depresyon, %7.1 minör depresyon, %3.2 majör depresyon, %6.2 anksiyete, %4.2 tanımlanmamış anksiyete bozukluğu. Çalışmamızda, gebeliğin son 3 ayındaki kadınların, %50.5'i bir ya da daha fazla psikiyatrik tanı aldı. En yaygın tanı %40.2 ile anksiyete idi, onu %3.7 ile panik bozukluğu, %4.7 ile yaygın anksiyete bozukluğu, %31.8 ile tanımlanmamış anksiyete bozukluğu izliyordu. Depresyon oranı %38.3'dü; %13.1'i majör, %25.2'si minör depresyon.

Perkin ve arkadaşları, prospektif bir çalışma ile,¹ 1515 gebede, anksiyete, depresyon ve obstetrik komplikasyonların ilişkisini araştırdılar, anksiyete ile anne yaşı ve doğum sayısı arasında anlamlı ilişki saptadılar. Aynı çalışmada, obstetrik komplikasyonlar ile depresyon arasında anlamlı ilişki saptanamadı. Gottvall ve arkadaşlarına göre, annenin anksiyetesi, doğumu ve doğum sonrasında tekrar çocuk sahibi olmayı da olumsuz yönde etkilemektedir.¹⁵ Ülkemizde, doğum ve anksiyeteyi inceleyen bir araştırmada, kadınlarda doğum sayısının ve iki doğum arasındaki sürenin uzamasının anksiyeteyi arttırdığı görülmüştür.² Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 30 yaş ve üzerinde olan, ilk gebeliği olan veya doğum sayısı 3 ve üzerinde olan kadınlarda anksiyete görülme oranının arttığı tespit edildi.

Gebenin kişisel deneyimleri hamileliği olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebilir. Daha önceki hamileliğinde ve doğum sırasında olumsuzluklar yaşayanlar, aynı olumsuzlukların bu gebelikte de tekrarlanabileceği endişesini duyabilirler. Andersson ve arkadaşları,¹⁴ doğum öncesi

depresyon ve/veya anksiyete ile erken kasımlara bağlı başvuru, planlı sezaryen ile doğum, doğumda epidural analjezi kullanımı ve travayın hasta tarafından daha uzun hissedilmesi arasında anlamlı ilişki saptadılar. Sezaryen doğumlarının artması depresyon ve/veya anksiyete ile doğum korkusu arasındaki ilişki ile açıklanabilir. Sjögren ve Thomassen'in bulgularına göre,¹⁶ doğumla ilgili ciddi anksiyetesi olan kadınların %68'i başlangıçta sezaryen ile doğum istemekteydi. Bizim çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte vajinal doğum yapanlarla yapmayanlar arasında anksiyete görülme açısından fark yokken, sezaryen ile doğum yapmış olanlarda anksiyete daha yaygındı.

Anne adaylarını endişelendiren bir başka konu da ekonomik faktörlerdir. Bebeğin doğumunun ve sonrasında gerektirdiği harcamalar anne adayında anksiyeteye neden olabilir. Çalışma grubumuzda sosyo-ekonomik statüsü düşük olanlarda anksiyete ve depresyon sıklığının daha yüksek olmasının sebebi bu olabilir.

Planlanmış gebeliklerde genellikle kadın ve aile hamileliğe hazırdır; kadın hamileliği daha kolay kabul eder. Planlanmamış gebelik ise aileyi şaşırtıp, anneyi mutsuz edebilir. Çalışmamızda planlanmamış gebeliklerde anksiyete görülme oranı daha yüksek olmasına rağmen anksiyete tanısı alma açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.

Mc Cubbin ve arkadaşları⁹ yoğun anksiyetenin düşük riskini 2-3 kat arttırdığını ve bu artışın 32 yaş üzerindeki kadınlarda daha belirgin olduğunu saptadılar. Daha önce düşük yapanlarda, sonraki hamileliklerinin de düşükle sonlanacağı düşüncesi, anksiyeteye neden olabilir. Genez,¹⁷ düşük yapanların durumluk kaygı düzeyini düşük yapmayanlardan daha yüksek buldu. Benzer şekilde çalışmamızda düşük öyküsü olan gebelerde anksiyete sıklığı olmayanlara göre yüksekti.

Sonuç

Gebelikteki anksiyete, anne ve bebek sağlığını doğrudan etkiler. Gebelikte, anksiyetenin ve nedenlerinin belirlenerek muhtemel sorunların giderilmesi sağlıklı bir gebeliğe zemin hazırlar.

Düşük sosyo-ekonomik statüdeki, önceden düşük yapmış gebeler anksiyete gelişmesi açısından risk altındadırlar. Gebeyi izleyen hekim, risk varsa PRIME-MD ile anksiyete ve duygudurum bozukluğunu saptayabilir; bu gebeleri psikiyatri uzmanına yönlendirerek tedavi ile komplikasyonların önüne geçebilir.

Kaynaklar

1. Perkin MR, Bland JM, Peacock JL, Anderson HR. The effect of anxiety and depression during pregnancy on obstetric complications. *Br J Obstet Gynecol* 1993; 100: 629-34.
2. Turan TE, Cetin N. Doğum ve anksiyete üzerine kıyaslamalı bir çalışma. *Türkiye'de Psikiyatri* 2001; 3: 47-51.
3. Rossi N, Bassi L, Campanini D, Delfino MD. Maternal anxiety and child-birth. *Clin Exp Obstet Gynecol* 1993; 18: 19-25.
4. Orr ST, James SA, Blackmore Prince C. Maternal prenatal depressive symptoms and spontaneous preterm births among African-American women in Baltimore, Maryland. *Am J Epidemiol* 2002; 156: 797- 802.
5. 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.
6. Hobel CJ, Dunkel-Schetter C, Roesch SC, Castro LC, Arora CP. 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.
7. McGrath S, McLean M, Smith D, Bisits A, Giles W, Smith R. Plasma corticotrophin-releasing hormone trajectories vary depending on the cause of preterm delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186: 257-60.
8. Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstetrics & Gynecology* 2000; 95: 487-90.
9. McCubbin JA, Lawson EJ, Cox S, Sherman JJ, Norton JA, Read JA. Prenatal maternal blood pressure response to stress predicts birth weight and gestational age: a preliminary study. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175: 706-12.
10. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, ve ark. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: The PRIME-MD 1000 study. *JAMA* 1994; 22:1749-56.
11. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Hornyak R, McMurray J. Validity and utility of the PRIME-MD patient health questionnaire in assessment of 3000 obstetric-gynecologic patients: the PRIME-MD Patient Health Questionnaire Obstetrics-Gynecology Study. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183: 759-69.
12. 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: 3-10.
13. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2003. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/analizrapor.htm> adresinden 27/10/2008'de erişilmiştir.
14. 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.
15. Gottvall K, Waldenstrom U. Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *BJOG* 2002; 109: 254-60.
16. Sjogren B, Thomassen P. Obstetric outcome in 100 women with severe anxiety over childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; 76: 948-52.
17. Genç D. Hamile kadınların kaygı düzeyleri (Tez). On Dokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; Samsun, 2002.

Geliş tarihi: 04.03.2009

Kabul tarihi: 07.05.2009

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Dr. Didem Sunay

Kız Kulesi Sokak 3/5 Çankaya

06450 Ankara

Tel: (0312) 595 42 47

e-posta: didemsunay@gmail.com