

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ KADIN
HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİM DALI

GEBELERDE ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYLERİNİN DÜŞÜK DOĞUM
AĞIRLIĞI VE PREMATURİTEYE ETKİSİ

DR BETÜL DİK

UZMANLIK TEZİ

KONYA,2017

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ KADIN
HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİM DALI

GEBELERDE ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYLERİNİN DÜŞÜK DOĞUM
AĞIRLIĞI VE PREMATURİTEYE ETKİSİ



DR BETÜL DİK

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN: PROF DR KAZIM GEZGİNÇ

KONYA,2017

TEŞEKKÜR

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Kazım Gezgin'e, Prof. Dr. Mehmet Çolakoğlu'na, Prof. Dr. Ali Acar'a, Prof. Dr. Hüseyin Görkemli'ye, Prof. Dr. Osman Balcı'ya, Yrd. Doç. Dr. Emine Türen Demir'e, Yrd. Doç. Dr. Adeviye Elçi Atılğan'a;

Yine eğitimim sırasında bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım ve tezime büyük katkıları olan saygıdeğer hocam Prof. Dr. Faruk Uğuz'a;

Bu çalışmada katkıları olan, bölümde birlikte görev yaptığım ve tecrübelerinden yararlandığım değerli kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ve asistanı meslektaşlarıma ve yardımcı sağlık personeline;

Son olarak her zaman yanımda olan sevgili arkadaşım Dr. Ayşegül Özcan'a, biricik kardeşime ve bu günlere gelmemde maddi, manevi desteklerini esirgemeyen aileme;

şükranlarımı sunarım...

Dr. Betül Dik
Konya, 2017

**GEBELERDE ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYLERİNİN DÜŞÜK DOĞUM
AĞIRLIĞI VE PREMATURİTEYE ETKİSİ,BETÜL DİK,UZMANLIK TEZİ,
KONYA, 2017**

ÖZET

Amaç: Düşük doğum ağırlığı olan bebek dünyaya getirmede ya da prematüre doğum yapmada gebenin depresyon ya da anksiyete düzeyinin etkisinin olup olmadığını araştırmayı amaçladık.

Gereç ve yöntem: Bu çalışma Meram Tıp Fakültesi gebe polikliniğine Nisan 2016 ile Haziran 2016 tarihleri arasında başvuran, herhangi bir fiziksel engeli olmayan, psikiyatrik bir tanı ve tedavi almamış, 3. trimester gebeliği olan gebelik takiplerinde ve doğum sürecinde herhangi bir problem olmayan, normal gebelik takibindeki 233 gebe ile yürütülmüştür. Katılımcılara kendilerini tanımaya yönelik 16 maddelik kişisel bilgi formu, Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD) ve Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire (TEMPS-A) ölçeği uygulanmıştır. İstatistiksel analizler için SPSS 15 Statistical Software (USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma, frekans) yanı sıra niceliksel verileri için Mann Whitney-U testi kullanıldı. Anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi. İki örneklem grubu arasında korelasyon olup olmadığını anlamak için ise Spearman'ın korelasyon testi (non-parametrik korelasyon) kullanılmıştır.

Bulgular: Doğum haftası ile doğum ağırlığı arasında anlamlı pozitif iyi derecede korelasyon mevcut (korelasyon katsayısı 0,649) iken, anksiyöz mizaç ile doğum haftası ve doğum ağırlığı arasında anlamlı pozitif düşük derecede korelasyon saptanmıştır (korelasyon katsayıları 0,217 ve 0,189).Düşük doğum ağırlığı ile anksiyöz mizaç skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,021$). Erken doğum ile anksiyöz mizaç arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur($p< 0,001$).

Sonuç: Erken doğum yapan ve düşük doğum ağırlıklı bebeği olan annelerin anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar kelimeler: Premature doğum; düşük doğum ağırlığı;postpartum depresyon; anksiyete;maternal anksiyete

**EFFECTS OF ANXIETY AND DEPRESSION LEVELS ON LOW BIRTH WEIGHT
AND PREMATURITY IN PREGNANT WOMEN, BETÜL DİK, EXPERTISE
THESIS, KONYA, 2017**

ABSTRACT

Objective: We aimed to investigate whether maternal depression or anxiety levels has an effect on premature birth or low birth weight.

Material and Method: This study was carried out at Meram Faculty of Medicine pregnancy outpatient clinic between April and June 2016. The study was conducted with 233 pregnant women having a normal pregnancy in the third trimester, who did not have any physical disabilities, no psychiatric diagnosis and treatment, and no problems during the pregnancy and birth process. A 16-item personal information form, Hospital Anxiety Depression Scale (HAD) and a Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire (TEMPS-A) scale were used to identify participants. SPSS 15 Statistical Software (USA) program was used for statistical analysis. Descriptive statistical methods (mean, standard deviation, frequency), as well as Mann Whitney-U test for quantitative data were used to evaluate the data. A p value of <0.05 considered as significant. Spearman's correlation test (non-parametric correlation) was used to determine if there was a correlation between the two sample groups.

Results: There was a significant positive correlation between the gestational week at birth and birth weight (Correlation coefficient 0.649). Significant positive low-order correlations were found between anxious temperament and birth week and birth weight (Correlation coefficient 0.217 and 0.189). Statistically significant correlation was found between low birth weight and anxious temperament score ($p=0.021$). Also, there was a statistically significant correlation between preterm delivery and anxious temperament ($p<0.001$).

Conclusion: Anxiety levels of mothers who had premature birth and low birth weight were high.

Keywords: Premature birth, low birth weight, postpartum depression, anxiety, maternal anxiety

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

Sayfa

TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	vi-vii
TABLolar VE GRAFİK DİZİNİ	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1-2
2. GENEL BİLGİLER	3-16
2.1. Prematürelilik nedir?	
2.2. Anksiyete	
2.2.1. Anksiyete nedir?	
2.2.2. Patolojik Anksiyete Etiyolojisi	
2.2.3. Anksiyete Sınıflaması	
2.3. Gebelikte Anksiyete Bozuklukları	
2.3.1. Postpartum psikiyatrik bozukluklar	
2.3.2. Postpartum anksiyete	
2.4. Mizaçlar	
2.4.1. Afektif mizaç	
2.4.2. Hipertimik mizaç	
2.4.3. Eşik altı distimik mizaç	
2.4.4. İrritable mizaç	
2.4.5. Siklotimik mizaç	
2.4.6. Depresif mizaç	
2.4.7. Anksiyöz mizaç	

3.	MATERYAL VE METOD	17-18
4.	BULGULAR	19-21
5.	TARTIşMA	22-24
6.	SONUÇ VE ÖZET	25
7.	KAYNAKLAR	26-30
8.	EK(ÖLÇEKLER)	31-36



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1 Düşük doğum ağırlığı ile mizaç skorları arasındaki ilişki

Tablo 2 Erken doğum ile mizaç skorları arasındaki ilişki

Tablo 3 Erken doğum-düşük doğum ağırlığı ile HAD anksiyete-depresyon düzeyleri arasındaki ilişki

Tablo 4 Mizaç skorları ile doğum haftası arasındaki korelasyon

Tablo 5 Mizaç skorları ile doğum ağırlığı arasındaki korelasyon

GRAFİK DİZİNİ

Grafik 1.Hastaların klinik ve demografik özellikleri

SİMGELER VE KISALTMALAR

GABA: Gammaaminobütirikasit

MSS: Merkezi sinir sistemi

VTa: Ventral tegmental alan

LC: Locus seruleus

PPN: Pedinkülopontin nukleus

YAB: Yaygın anksiyete bozukluğu

OKB: Obsesif kompulsif bozukluk

TSSB: Travma sonrası stres bozukluğu

GH: Gestasyonel hafta

DA: Doğum ağırlığı

DDA: Düşük doğum ağırlığı

ÇDDA: Çok düşük doğum ağırlığı

ÇÇDDA: Çok çok düşük doğum ağırlığı

SGA: Small for gestational age

AGA: Appropriate for gestational age

LGA: Large for gestational age

VLBW: Very low birth weight

ACOG: Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Derneği

DSD: Doğum Sonrası Depresyon

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Preterm eylem neonatal morbidite ve mortaliteye yol açan yüksek riskli bir durumdur. Preterm eylem görülme sıklığının Amerika’da %12-13, Avrupa’da ve diğer gelişmiş ülkelerde %5-9 olduğu bildirilmektedir. Ülkemizde preterm eylem prevalansı ile ilgili çalışmalar sınırlı olmakla birlikte Konya ilinde 300 gebe ile yapılan bir epidemiyolojik çalışmada preterm doğum prevalansı %17.3 olarak saptanmıştır.

Kadının anksiyete düzeyinin yüksek olması preterm eylem riskini arttıran faktörlerden biridir. Anksiyetenin nedenleri arasında gebe kadının hastaneye yatması, gebeliğe ilişkin bir hastalık tanısı alma ve uygulanan tedavilerin yoğunluğu yer almaktadır. Diğer yandan, bebeğini kaybetme korkusu, aileden uzak kalma ve destek faktörlerinin azalması da kadında umutsuzluk, çaresizlik, benlik saygısında azalma ve kayıp duygularının yaşanmasına yol açmaktadır. Gebenin baş etme mekanizmalarının yeterli olmadığı durumlarda öfke, güvensizlik, yetersizlik ve aşırı bağımlılık gibi özellikler belirginleşir. Ortaya çıkan depresif durum, gebenin öz-bakımında azalmaya, tedaviye direnmesine, iyileşmede gecikmeye, tedavi süresinin uzamasına neden olabilmektedir. Gebelik döneminde psikososyal ve duygusal destek yetersizliği gebelikte ve doğum sonrasında depresyon için belirleyici bir özelliğe sahiptir. Anksiyete ve depresyon, gebelik ve doğum komplikasyonlarını artırması, erken doğum ve düşük doğum ağırlığına neden olmasının yanı sıra yeni doğanın sağlığını da olumsuz etkilemektedir.

Gebelik kadın hayatında önemli biyolojik değişimlerle giden, psikososyal yönden önemli kaygıların yaşanabildiği bir dönemdir. Gebe kadının gebeliği hakkındaki duygu ve düşüncelerinin nasıl etkilendiğini geniş bir spektrum içinde değerlendirmek gerekir. Bazı kadınlar gebe kalmayı eğlence ve kendilerine verilmiş bir hediye olarak görürken bazıları ise özerkliğini tehdit eden, dönüşü olmayan ve sorumluluk alınmasını gerektiren bir durum olarak görmektedir. Dolayısıyla her bir değişim yeni bir uyumu zorunlu kıldığı için gebelikteki değişimler de gebe kadın ve partneri için psikolojik uyum gerektirmektedir. Bu süreçte gebenin ve partnerinin baş etme becerilerinin varolan problemler karşısında yetersiz kalması durumunda ise kriz durumundan çeşitli psikiyatrik bozukluklara kadar giden semptomlar baş gösterebilmektedir. Gebelik sürecinde en fazla üzerinde durulan psikiyatrik bozukluklar arasında anksiyete ve duygu durum bozuklukları gelmektedir. Gebeler üzerindeki bir çalışmada psikososyal faktörlerin ve düşük sosyoekonomik durumun gebelik dönemi depresyon ve anksiyetesinde önemli bir belirleyici olduğu, mevcut anksiyete ve depresyonun tedavi gereksinimi gösterdiği vurgulanmaktadır. Yine anne yaşının ileri olmasının depresyon

sıklığını artırdığı, ileri yaştaki annelerde; özellikle 30 yaş üzeri olanlarda, gebelikte depresyon taramasının faydalı olacağı bildirilirken, çocukluk ve ergenlik dönemindeki gebelerde de depresyon sıklığının artması dikkat çekicidir. Gebelikte depresyon etiyolojisiyle ilgili bir takım risk faktörleri ortaya konmuştur. Bunlar; gebelik öncesi geçirilmiş depresyonun varlığı, partner eksikliği (eşin ölümü, boşanma, ayrı yaşama vb.), evlilik sorunları, sosyal destek eksikliği, yoksulluk, aile içi şiddet, yaşam stresleri, madde bağımlılığı, daha önceki düşüklükler, plansız ve istenmeyen gebelik ve bebeğin durumuyla ilgili endişedir. Tüm bu riskler göz önüne alındığında gebelik döneminde oluşabilecek anksiyete ve depresyonun tespit edilmesi ve kontrol altına alınması toplum ruh sağlığı açısından önemli görülmektedir.

Duygulanım bireyin uyaranlara, olaylara, anılara, düşüncelere neşe, öfke, üzüntü, nefret, kin, sıkıntı gibi duygusal tepki ile katılabilme yetisidir. Duygu durum (mood, mizaç) bireyin bir süre neşeli, üzüntülü, sıkıntılı, taşkın ya da çökkün duygulanım içinde bulunur. Normalde duygu durum belli sınırlar içinde dalgalanmalar gösterir. Ancak, belli bir duygu durumu aşırı düzeyde ve uzun süre devam ettiğinde duygulanım bozuklukları ortaya çıkmaktadır. Duygulanım bozukluklarından anksiyete ve depresyona, erkeklere oranla kadınlarda ve özellikle doğurgan çağdakilerde sık olarak rastlanmakta ve gebelik ile birlikte bu sıklık gittikçe daha fazla artmaktadır. Fizyolojik ve psikososyal değişikliklerin yaşandığı bir dönem olan gebelik ve doğum süreci, aynı zamanda kaygı ve strese yol açan birçok etkenle karşılaşma riskinin de yüksek olduğu bir dönemdir. Bebeğin sağlık durumu ve doğumda ortaya çıkabilecek bir takım risklerin bebeğe zarar verme ihtimali gibi fetusa odaklı düşünceler anneyi strese sokar ve kaygılandırır. Gebelerde kaygının artması depresif semptomlara yol açabileceği gibi depresyonun varlığı da gebenin endişesinin, anksiyetesinin artmasına neden olur.

Duygulanım bozukluklarına en sık doğurgan çağdaki kadınlarda rastlanırken gebelik ile birlikte bu sıklık daha da artırmaktadır. Birçok kadın gebelik ve doğuma bağlı olarak oluşan fizyolojik, psikolojik, sosyal değişimlere kolaylıkla uyum sağlarken, bazı kadınlarda hafif, orta, şiddetli düzeylerde duygulanım bozuklukları ortaya çıkabilmektedir.

Bu çalışmada Meram Tıp Fakültesi gebe polikliniğine başvuran hastalarda anksiyete sıklığını tespit etmek ve ilişkili sosyodemografik faktörler ve risk faktörlerini ortaya koymak, depresyon ve anksiyete düzeyinin düşük doğum ağırlığı ve prematüriteye olan etkisini ortaya koymak amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. PREMATÜRELİK NEDİR?

Normal bir gebelik (gestasyon) süresi, annenin son adet kanamasının ilk gününden doğuma kadar geçen süredir. Bu süre normalde 40 haftadır ve 38 ile 42 hafta arasında değişebilir. Term ya da miadında doğan yenidoğanlar, bu süreyi tamamlayarak dünyaya gelmiş olan bebeklerdir. Otuz yedi gestasyon haftasından erken doğan bebekler (<37 hafta + 0 gün) ise prematüre bebek olarak adlandırılır(1).

Preterm eylem, Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Derneği (ACOG) tarafından 37. gestasyonel haftadan önce, servikal değişikliklere (efasman; serviksin incilmesi ve dilatasyon; serviksin açılması) neden olan uterin kontraksiyonlar olarak tanımlanmıştır. Gebeliğin 20 ve 37. haftaları arasında gerçekleşen doğumlar ise preterm doğum olarak isimlendirilir. 28 haftadan küçük doğan bebekler çok ciddi preterm, 28-32 hafta arası doğan bebekler ciddi derecede preterm, 34- 36 hafta arası doğan bebekler geç preterm, 32- 37 hafta arası doğan bebekler orta derecede preterm olarak adlandırılır. 34 haftadan önce doğan bebekler için sağlık sorunları riski en yüksektir. Ancak 34 hafta gebelik ve 37 haftalık gebelik arasında doğan bebekler de belirli risklere sahiptir (2)

Doğum kilosuna göre 2500 gr-1501 gr arası doğan prematüreler düşük doğum ağırlıklı prematüre (DDA), 1500 gr-1001 gr arası doğan prematüreler çok düşük doğum ağırlıklı prematüre (ÇDDA), 1000gr ve altında doğan prematüreler ise çok çok düşük doğum ağırlıklı (ÇÇDDA) prematüre olarak adlandırılmaktadır(1). Diğer bir sınıflamaya göre prematüre bebekler intrauterin büyüme özelliklerine göre 3'e ayrılırlar(3,4) :

1) Gebelik yaşına göre küçük bebek (Small for Gestational Age-SGA):

- a) Simetrik SGA: Gebelik yaşına göre ağırlığı, boy ve baş çevresi 10. persantilin altında olan bebeklerdir.
- b) Asimetrik SGA: Gebelik yaşına göre ağırlığı 10. persantilin altında olup boy ve baş çevresi normal sınırlarda olan bebeklerdir.

2) Gebelik yaşına göre uygun bebek (Appropriate for Gestational Age-AGA): Ağırlığı gebelik yaşına göre 10. ile 90. persentilin arasında bebeklerdir.

3) Gebelik yaşına göre iri bebek (Large for Gestational Age-LGA): Ağırlığı gebelik yaşına göre 90. persentilin üzerinde bebeklerdir.

Birleşik Devletlerdeki preterm doğum oranı son 2 dekatta % 3 oranında artmıştır.Preterm doğumlardaki bu artışın nedenleri; prematüre doğumla ilişkili tıbbi ve sosyal

nedenleri önlemede yetersizlik, sıklıkla infertilite tedavilerinden kaynaklanan çoğul doğum oranlarındaki artış ve obstetrik girişimlerdeki artıştır. Preterm doğumların çoğu preterm eylem, erken membran rüptürü (EMR) ve servikal yetersizlik gibi spontan nedenlerden kaynaklanmaktadır. Preterm doğumların %20 ila % 30'u maternal (preeklampsi, dekolman palsenta) veya fetal (intrauterin gelişme geriliği, fetal distres) endikasyonlarla ilişkili endikasyonlu iyatrojenik doğumlardır(5). Preterm eylem, preterm doğumun major nedenidir. Bu durum için risk faktörleri; gebeye ait demografik özellikler, gebenin hayat tarzı, tıbbi durumları, preterm doğum öyküsü ve genetik faktörleri içermektedir. Bu risk faktörleri (6,7,8):

A) Gebeye ait demografik özellikler;

- 17 yaşından küçük veya 35 yaşından büyük olmak
- Gebelik öncesi düşük vücut ağırlığı
- Kısa boy
- Düşük sosyoekonomik durum
- Siyah ırk

B) Gebenin hayat tarzı;

- Gebelik bakımında eksiklik
- Gebelikte yetersiz kilo alımı
- Alkol, tütün veya kokain kullanımı
- Mesleki şartlar
- Psikolojik stres

C) Tıbbi durumlar;

- Çoğul gebelik
- Polihidramnios
- Periodontal hastalık
- Genital kolonizasyon ve enfeksiyon
- Uterin anomaliler
- Plasenta previa
- Vaginal kanama
- Erken membran rüptürü
- Servikal yetersizlik
- Antifosfolipid antikorsendromu

D) Preterm doğum öyküsü

E) Genetik faktörler

Prematürenin uzun dönem sonuçlarının bütüncül bir yaklaşımla ele alınıp incelenmesi, doğumundan itibaren gelişimi risk altında olan, morbiditesi yüksek prematüre çocukların prognozu ve ailelerinin hayat kalitesi açısından büyük önem taşımaktadır(8).

2.2.ANKSİYETE

2.2.1.Anksiyete nedir?

Anksiyete, tanımlanması zor bir korku ve endişe duygusudur. Tetikte olunması için gelen bir uyarıdır. Yaklaşan tehlikeler için uyarmakta, kişinin tehdit ögesi ile baş etmek üzere önlem almasını sağlamaktadır. Korku da benzer bir uyarıdır ancak korku dışarıda bulunan, açıkça tanımlanabilen ve kökeni iç çatışmaya dayalı olmayan bir tehdide karşı gösterilen bir tepkidir. Oysa anksiyete, bilinmeyen, içten gelen, kökeni iç çatışmaya dayalı olan bir tehdide karşı gösterilen bir tepkidir. Başka bir deyişle korku akut, anksiyete ise kroniktir(9).

Anksiyeteye çarpıntı, terleme, bulantı, titreme, baş dönmesi, baş ağrısı, karın ağrısı, göğüs ağrısı, midede boşluk hissi, içinde bir şeylerin pırpır ettiği duygusu, ateş basması, sık idrara çıkma, ağız kuruluğu, nefes darlığı, diyare, huzursuzluk, boğazdadüğüm hissi, konsantrasyon güçlüğü, kolay yorulma gibi belirti ve duyular eşlik edebilir. Bazı hastalarda ise kas gerginliği ön planda gelir (9,10,11).

Bir olayın stresli olarak algılanıp algılanmaması, olayın yapısına ve kişinin bu olayla baş etme ve savunma mekanizmalarına bağlıdır. Kişinin algılama, düşünme, dış olaylara ve iç dürtülerine göre davranma işlemleri egonun kapsamı içinde yürür. Ego uygun biçimde işlevselliğini sürdüren bir kişi, dış ve iç dünyalar arasında bir denge kurmuştur. Ego işlevini yerine getiremez ve dengesizlik yeterince uzun sürerse kronik anksiyete olur(9).

Normal anksiyete, organizmanın biyolojik bir korunma sistemidir ve potansiyel bir tehlike algılandığında ortaya çıkar ve organizmanın tehlikeli bir durumdan sakınarak yaşamının devam etmesini sağlar. Objektif bir tehlike durumu olmaksızın abartılı ve kişinin günlük yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen subjektif bir beklenti hissi, dehşet, endişe veya bir felaketin yaklaştığı duygusu ile karakterize ise anormal anksiyete denir. Mutlaka psikolojik ve/veya farmakolojik tedaviyi gerektirir (9).

2.2.2.Patolojik Anksiyete Etiyolojisi:

1)Psikoanalitik kuramlar:

Anksiyete, hoş olmayan bir şeylerin olacağı (yaşanacağı) korkulu beklenti içine girme ile belirli evrensel bir insan yaşantısıdır. Psikanalitik kuramda anksiyete korkudan

ayrıtutulur.Yasak içgüdüsel dürtülerden kaynaklanan, iç tehdide karşı egonun bir tepkisiolarak ortaya çıkan anksiyete, bilinç düzeyinde sıkıntı veren bir durum olarakyaşanır. Diğer taraftan yaşanan bu durum, sözedilen dürtüleri denetim altına almaküzere egonun savunma mekanizmalarını harekete geçirir;anksiyetenin sürmesikullanılan savunma mekanizmalarının yetersiz kaldığının bir göstergesidir.Bu kuramsalçerçeve içinde anksiyetenin patolojik olarak görülmesi şart değildir.

Çağdaş psikodinamik kuramlar:Anksiyete, ego için kabul edilebilir olmayan birdürtünün bilince çıkmak için zorladığını gösteren bir uyarıdır. Ve egoyu alttan (idden) gelen baskılara karşı savunucu eylemlere geçmesi, yani savunma mekanizmalarını kullanması için uyarır.Savunmalar başarılı olursa anksiyete giderilir ya da denetim altına alınır,ancak kullanılan savunmaların yapısına bağlı olarak kişi, çeşitli nörotikseptomlar geliştirebilir.Tek başına represyonun kullanılması ile semptom çıkarılmaksızın psikolojik dengenin yeniden kurulması ile olayın sonuçlanmasıolabileceğin en iyisidir. Çünkü etkili bir represyon,dürtüleri bilinçdişına iterek bunlarıdenetim altına alınmasını sağlar. Represyon bazen tümüyle etkili olmayabilir,konversiyon, diplasman (yer değiştirme) ya da regresyon gibi yardımcı savunmamekanizmalarının da kullanılması gerekli olur.Kullanılan başlıca savunmaya bağlı olarakdürtüler kılık değiştirerek de olsa konversiyon bozukluğu, fobik bozukluk ya da obsesif kompulsif bozukluk olarak kısmen ifade edilir.Yardımcı savunmalar kendi başlarına tam anlamıyla etkili olamamakta; affekti dayanılabilir düzeylerde tutmaktadır. Represyon işlevini yeterince göremezse ve diğer savunmalar da kullanılamazsa, anksiyete tekseptom olarak karşımıza çıkar (yalın anksiyete).

Anksiyetenin anlam ve önemi,altta yatan çatışmanın yapısına bağlıdır; buçatışma, kişilerin psişik yapılarını şekillendirmiş erken gelişme evrelerindeki yaşantıların bir mirasıdır. Erişkinler bu erken gelişme evrelerindeki yaşantılarıyla oluşturdukları psişikyapılarıyla dış dünya ile yüzyüze gelirler. Kişilerin kendi içlerinde taşıdıkları çatışmaları harekete geçiren, psişik dengeyi bozan ve uyarı anksiyetesi doğuran ve bunun sonucuolarak çeşitli ego savunmalarının kullanılmasını gerekli kılan,erişkin çevresinden gelen bir takım uyarılar olur.Hastalar kendi içlerinde olup biten bu psikolojik olayların bilincinde değildirler ve çevrelerinde neyin içsel psikolojik süreci başlattığını da bilmezler.

Dürtüler:Anksiyetede hastalar, zorlayaniçsel dürtülerinden korkmaktadır. Bu dürtülere eşlik eden enerjinin boşalması için yasak ve kabul edilemeyecek birtakım eylemlere girişmekten korkarlar. Nörotik çatışmalarda dürtüler, cinsel ya da agresif bir yapıdadır. Bunlar sözgelimi eşcinsellikle, öldürme ile oral bağımlılık gereksinimleri ile ilgili olabilir. Ancak kişileri tehdit eden sadece dürtülerin olması değildir. Onları eylem olarakdışa vuracak olmanın

sonuçlarından da çekinirler. Kişilerin korktuğu sonuçların neler olduğu, yaşadıkları anksiyetenin niteliğini belirler. Bu bağlamda anksiyete dört bölümde ele alınır:

a) Süperego anksiyetesi: Hemen herkes, yaşamının bir döneminde, yanlış olduğunu düşündüğü bir eyleminden ötürü suçluluk duymuş ya da yaptığı yanlışın herkes tarafından anlaşılabileceğine dair anksiyöz beklentileri olmuştur. Ahlaki değerlerine ters düşen davranışlarda bulunduğu zaman kişinin vicdan azabı çekmesi doğaldır. Süperego anksiyetesi değişik yoğunluklarda yaşanabilir, ancak yapılan yanlış ne denli uygun düşüyor gibi görünürse görünsün patolojik semptomlar doğuruyorsa anormal olarak kabul edilir. Ödip kompleksinin aşıldığı ve prepubertal latent dönemin gelmiş olduğu süperegonun son gelişim evresinin bir sonucudur.

b) Kastrasyon anksiyetesi: Bedenin zarar göreceğine ya da kişilerin yetilerinin azalacağına ilişkin korkularla ilintilidir. Hastaların çağrışımları çoğu kez cinsel kimlik karmaşası ile birlikte "genital mutilasyon" düşlemlerine dayanır. Kökeninde ödipal çocukların, özellikle gelişmekte olan cinsel dürtüleri ile ilişkili kastrasyon dürtüleri vardır.

c) Ayrılma anksiyetesi: Önemli bir insanın yitirileceği ile ilgili korkulu bir beklentidir. Preödipal çocukların, dürtülerini ana babaların standartları ve istekleri doğrultusunda denetim altına alamaz ve bu yolda dışa vuramazlarsa ana babalarının sevgisini yitirecekleri, hatta onlar tarafından terk edilecekleri korkusu ile ilişkilidir(9). Aslında sevilen kişiden ayrılma genellikle derin özlem duygusu uyarır. Fakat ayrılma anksiyetesinde birey sevdiği kişi tümüyle yitirecekmiş ve dünyada yapayalnız, desteksiz, çaresiz kalacakmış gibi hisseder(10).

d) İd ya da dürtü anksiyetesi: Hastalar bir dürtüleri karşısında denetimlerini yitireceklerine ve bunun sonucunda çılgınca davranacaklarına ilişkin panik tarzında korku duyduklarını söylerler. En ileri biçimiyle sanki benlikleri dağılacakmış gibi bir korku duyarlar. Yenidoğan dönemi ile ilişkilidir.

2) Davranışçı kuramlar:

Anksiyetenin özgül çevresel uyarılara şartlı bir tepki olduğunu ileri sürerler. Toplumsal öğrenme kuramına göre insanlar ana babalarının anksiyete tepkilerini taklit ederek içten gelen bir anksiyete tepkisi göstermeyi öğrenebilirler. Hastanın anksiyete çıkartan uyarılarla tekrar tekrar karşı karşıya bırakılarak duyarsızlaştırılması gibi kognitif psikoterapötik yaklaşımların kullanılması bu kurama göre tedavinin temelidir.

3) Varoluşçu kuramlar:

Bu kurama göre insanlar yaşamlarında bir "hiç" olduklarının farkına varırlar, bu duygu ölümün kaçınılmazlığını kabul etmekten çok daha fazla rahatsızlık vericidir. Anksiyete kişinin varoluşunun geçersizliğine gösterdiği bir tepkidir.

4)Biyolojik kuramlar:

a)Otonom sinir sistemi: Otonom sinir sisteminin uyarılması belirli birtakım kardiyovasküler, müsküler, gastrointestinal ve respiratuar semptomlara neden olur. Bu anlamda merkezi sinir sistemi anksiyetesinin, anksiyetenin periferik görünümlerinden önce çıktığı kabul edilmektedir.

b)Nörotransmitterler:Anksiyetede iŖe karıştığı dŖnlen  nörotransmitter vardır:

1)Gammaaminobtirikasit(GABA): GABA M.S.S. deki başlıca inhibitör nörotransmitterdir. GABA A reseptör kompleksi bir GABA başlanma yeri (benzodiyazepinleri başlayan yer) ve bir klorür iyonu kanalı içerir. GABA A reseptörünün stimülasyonu klorür iyonlarının nöronun içine doğru akmasına neden olur, böylece nöronu hiperpolarize ve inhibe eder. Benzodiyazepinlerin anksiyete tedavisindeki etkinliği bu bozukluğun patofizyolojisinde GABA'nın rolü olduğunu dŖndrmektedir. Beynin her yerinde benzodiyazepin başlanma yerleri bulunursa da bunlar daha çok hipokampal oluşum, prefrontal korteks, amigdale, hipotalamus ve talamusta yoğunlaşmıştır.

2)Noradrenalin: Rostral ponstaki lokus seruleus, beyindeki noradrenerjik nöronların çoğunun hücre gövdelerini içerir. Bu nöronlar serebral kortekse, limbik sisteme, beyin sapına ve spinal korda projekte olurlar. Lokus seruleus, ağrı ve olası tehlikeli durumlarla ilgili sensoryal girdiyi alır ve bunları, bu tür durumlardan kaçma sırasında aktive olan bütün beyin bölgelerine projekte eder.

3)Serotonin:Rostral beyin sapındaki rafe nukleuslarının serotonerjik nöronları serebral kortekse, limbik sisteme (zellikle amigdale ve hipokampus) ve hipotalamusa projekte olur. Hayvanlara serotonin uygulanması anksiyete bulgularına neden olmaktadır. İnsanlarda panik bozukluklarında antidepresan tedavinin etkili olması antiserotonerjik etkileri nedeniyle olabilir.

c)Nöroanatomik dŖnceler: Lokus seruleusun (noradrenalin) ve rafe nükleuslarının (serotonin) anksiyete bozukluklarındaki patolojilerin olduğu yerler olma ihtimali yüksektir. Beyindeki subkortikal yapılar içinde talamus, hipotalamus, hipokampus, pinealbez, hipofiz ve amigdala gibi önemli nöroanatomik oluşumları içeren limbik sistem bellek ve duygudurum değişikliklerinden sorumlu önemli bir bölgedir .Limbik sistem içinde amigdala, korku duygusu ve anksiyete oluşumunda en önemli role sahip nöroanatomik oluşumdur(10).

Amigdala ve amigdala ile nöronal bařlantılarla iletiřim kuran lateral hipotalamus, vagusun dorsomedial nükleusu, nükleus ambiguus, parabrakial nükleus, ventraltegmental alan(VTA), locus seruleus(LC), pednklopontin nükleus(PPN), nkleusretiklaris ve hipotalamusun

paraventriküler nükleusu normal ve patolojik anksiyete oluşumunda rolü olan belli başlı anatomik yapılardır(10).

Limbik Sistem: Limbik sistem, lokus seruleus ve rafe nukleuslarından gelen girdiyi alır. Benzodiyazepin bağlanma yerleri de burada çok yoğundur. Limbik sistemin ve temporal korteksin çıkarılması korku ve agresyon düzeyinde azalma ile sonuçlanmakta; bu bölgenin stimülasyonu ise bu davranışların ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Serebral korteks: Frontal serebral korteksin ve temporal serebral korteksin anksiyete oluşumunda öneminin olabileceği üzerinde durulmaktadır(9).

2.2.3.Anksiyete Sınıflaması:Anksiyete Bozuklukları:

1)Panik Anksiyete Bozuklukları

a)Panik bozukluğu

-Agorafobisiz

-Agorafobili

b)Yaygın anksiyete bozukluğu(YAB)

2)Fobik Bozukluklar:

a)Agorafobi(durum fobisi)

b)Özgül fobi (nesne fobisi);hayvan, doğal çevre,kan-yara,enjeksiyonvb.

c)Sosyal fobi(işlev fobisi)

3)Obsesif Kompulsif Bozukluk(OKB)

4)Stres Bozuklukları

a)Travma sonrası stres bozukluğu(TSSB)

-Akut

-Kronik

b)Akut stres bozukluğu

5)Organik Etyolojili Anksiyete Bozuklukları

a) Genel tıbbi bir duruma bağlı anksiyete bozukluğu

-Yaygın

-Panik atakları

-Obsesif kompulsif semptomlar

b)Madde kullanımının yol açtığı anksiyete bozukluğu

-Entoksikasyon, yoksunluk

-Yaygın anksiyete

-Panik atakları

-Obsesif kompulsif semptomlar

2.3.GEBELİKTE ANKSİYETE BOZUKLUKLARI:

Ruh sağılığı problemleri arasında anksiyete bozuklukları yaygındır ve kadınlarda erkeklerden daha sık görölür(11,12). Ayrıca anksiyete bozuklukları için başlangıç yaşı tipik olarak doğurganlık çağı ya da daha öncesidir. Panik bozukluğun ilk atakları en sık geç adolesan çağından 30'lu yaşların ortasına kadar, OKB'nin ilk başlangıcı kadınlarda 20-29 yaş arası ortaya çıkar(13). Bu yüzden çok sayıda anksiyete bozukluğu olan kadın, hastalıklarının seyri boyunca gebeliğı tecrübe etmektedir(14).

Eskiden gebelerin anksiyete bozukluğu açısından düşük riskte olabileceğı düşünölürdü(15). Bu kanının aksine, özellikle panik bozukluk ve OKB üzerine yapılançalışmalar gebeliğın ve postpartum dönemin anksiyete bozuklukları açısından değışken etkileri olduğunu göstermektedir. Gebelikleri öncesinde anksiyete bozukluğu tanısı almış kadınlar, gebelikleri sırasında belirtilerinde düzelme tecrübe edebilirlerse de(16) çoğunda semptomlar belirgin olarak sürmektedir(17,18). İlaveten postpartum dönem özellikle panik bozukluk ve OKB için semptomların devam ettiğı ya da artmaya eğilim gösterdiği bir dönemdir(16-19). Genel olarak gebeliğın, panik bozukluk için koruyucu bir etkisi, OKB için tetikleyici biretkisi olduğı kanısı yaygındır(19). Bazı çalışmalarda hem OKB hem de panik bozukluğının gebeliğın, özellikle de postpartum dönemin tetikleyici etkisinden söz edilmektedir(18,20,21).

Kadınlarda görölün affektif bozuklukların sıklığı perinatal dönemde en az diğeri dönemler kadar ve hatta daha fazladır(22,23,24). Birçok araştırmacı gebelik ve postpartum dönemde seks hormon konsantrasyonlarındaki değışikliklerin kadınların ruh halindeki zayıflamaya sebep olduğunu ileri sürmüşlerdir(25,26,27). Diğeri kanıtlar ise sosyal destek eksikliği, eş ile ilişkide problemler ve günlük hayattaki stresli olaylara işaret etmektedir(28,29). Genetik ve hormonal etkenler gibi biyolojik değışkenler, gebelik dönemindeki depresyonu, psikososyal stresörlere ve anksiyete semptomlarına direnci düşürerek dolaylı yoldan etkilemektedir(30). Biyolojik faktörler, gerek genetik, gerekse hormonal, kişinin hayati durumlara stres veya anksiyete duyguları ile cevap vermesine sebep olmaktadır(31).

Bazı hormonların geri çekilmeleri de araştırılmış, β -endorfin geri çekilmesi olan kadınların mizaç değışikliğine daha yatkın oldukları bildirilmiştir(32). Östrojen konsantrasyonunun doğum sonrası düşüşü ile ilgili literatür gözden geçirildiğinde ise ani östrojen düşüşünün postpartum psikiyatrik tablo ile ilgili olabileceğı öne sürölümüştür(33). Postpartum dönemdeki

kadınların duygudurumları ve altında yatan etiyoloji hakkında yapılan çalışmaların çoğunun retrospektif oluşu birbiriyle çelişen verilerin ortaya çıkmasına sebep olmuştur(34,35,36,37,38). Fakat çoğu araştırmacı ve klinisyen, perinatal duygu durum değişikliklerinde, biyolojik ve psikososyal risk faktörlerinin birleşik etkilerinin sorumlu olduğunda görüş birliği içindedir(39).

2.3.1.Postpartum Psikiyatrik Bozukluklar:

Doğum sonrası dönem, pek çok fizyolojik ve psikolojik uyumlar gerektirmektedir. Östrojen ve progesteron konsantrasyonları hızlıca azalır, kortizolün adrenal salgılanması değişime uğrar, plasental hormonların kaybolması metabolizmayı derinlemesine etkiler ve yeni çok sayıda problem ortaya çıkar.

1)Postpartum Keyifsizliği:Postpartum döneminin ilk zamanlarında kadınların en sık yaşadığı ruhsal bozukluk”bebek keyifsizliği” diye de bilinen postpartum keyifsizliktir. Kadınların %50-80’inde oldukça yaygın bir fenomen olarak görülen postpartum keyifsizlik; ağlamaklı olma, hırçınlık, kaygı, uykusuzluk, enerji azlığı, iştah kaybı ve yeni doğum yapmaya ve çocuk için gereken ilgiye bağlı genel bunalma hissi gibi ani ruh değişiklikleri ve geçici semptomlar içermektedir. Atak ,tipik olarak postpartum 3. günden sonra, anne doğumun ardından hastaneden ayrıldığında görülür. Semptomlar 5.günde doruğa ulaşır ve onuncu günde kendi kendine çözülür.

2)Postpartum Depresyonu:Postpartum kadınların %10-15’inde görülür.Özgün süre hariç postpartum depresyonun tanı kriterleri, majör depressif düzensizliklerin bulgularından ayırt edilemez.Birçok ağır psikososyal problem ve kronik kişiler arası zorluklar yaşayan kadınlar, postpartumdönemde depresyon epizodu için artmış bir risk içindedir. Çalışmalar göstermiştir ki; psikososyal stresörler beyni metabolik ve hormonal değişikliklere duyarlı hale getirmektedir.

3)Postpartum Psikoz:Perinatal ruh sağlığı bozukluklarının en şiddetlisi postpartum psikoz, %0,1-0,2’ye tekabül eden bir oranda görülür. Postpartum psikozun bölümleri, işitsel ya da görsel varsanı ,paranoid ya da grandiyöz sanrılar ve deliryum ya da yönelim bozukluğu bileşenleri ve yargılamadaki ileri derecede bozulmaya eşlik eden yüksek düzeyde dürtüsellik sonucunda bebek öldürme ve özkıyımında artmadır(40). Bu sınıflamanın artık yetersiz kaldığı düşünülmektedir. Brockington’ın sunduğu yeni sınıflamada psikozlar, anne-bebek ilişkisi bozuklukları, depresyon ve anksiyete vestresle ilişkili bozukluklar yer almaktadır.

2.3.2.Postpartum Anksiyete :

Anksiyete bozuklukları (ilk bir ayda %37,1) postpartum dönemde depresyondan daha sık görülmektedir; ancak önemsenmemiştir. Depresyonla beraber sıklığı artar. Panik

bozuklukta %44 alevlenme olur, %10 yeni tanı konur. Annenin eğitim düzeyinin düşüklüğü; duygudurum bozukluğu öyküsü, abartılmış perinatal stres algısı (acı, kontrol kaybı); aşırı anksiyeteli mizaç başlıca risk faktörleridir. Stresli doğumun sebep olduğu bozukluklar travma sonrası stres bozukluğu %5.6 sıklıkta görülür. Duyulan acı, kontrol kaybı ve ölüm korkusu bu bozukluğu tetikler. Gerginlik, kâbuslar ve flashback'ler birkaç hafta/ay sürer ve bir sonraki hamileliğin sonuna doğru tekrarlayabilir. İsveç'te yapılan bir araştırmaya göre "kötü doğum öyküsü" olan annelerin yarısı bir daha doğurmak istememişlerdir. Bu duruma "tokofobi" denir ve psikolojik tedavi ile düzelir.

Özgül anksiyete bozuklukları; çocuğuna yönelik anksiyetesi olan bir annede çocukla ilgili bir fobi gelişebilir. Nokturnal vijilans, sürekli uyanıp çocuğun nefesini dinleme, sıkça kontrol etme, sonunda uykusuzluk ve yorgunluk, çocukların sağlığı hakkında aşırı endişehali ile karakterize bu duruma "annelik nevrozu" denir. Tedavisinde gevşeme teknikleri, bilişsel terapi, duyarsızlaştırma ve grup terapileri etkindir.

Çocuğa zarar vermeobsesyonları; depresyondaki annelerin %21'inin tekrarlayan çocuğa zarar vermedüşünceleri vardır ve %24'ü çocukla yalnız kalmaktan korkar. Hamilelik ve doğumobsesif-kompulsif bozukluğu başlatan ana sebeplerden biridir.

Dismorfofobi; hamilelik ve doğumla birlikte ortaya çıkan kilo alımı, lekeler, skarlarla ilgiliyakınmalar sıklıktır(41).

2.4.MİZAÇLAR

2.4.1.Afektif mizaç

Eski çağlardan beri doğuştan gelen bazı mizaç özelliklerinin belirli psikiyatrik bozukluklarla ilişkisi olduğu düşünülmektedir. Hipokrat, kişilik ve mizaç tiplerini biyolojik bir yaklaşımla dört sıvı (kara safra, kan, sarı safra, lenf) kuramıyla açıklamıştır. Bireyin yapısal özelliklerini tanımlayan mizaç kavramının kökeni Hipokrat'a kadar uzanıyor olsa da ilk olarak Kraepelin tarafından klinik psikiyatride kullanılmıştır. Kraepelin'e göre bipolar bozukluk, yalnızca mani ve majör depresyondan değil aynı zamanda farklı duygudurum kalıplarından, özellikle de mizaç özelliklerinden oluşuyordu. Kraepelin, depresif, manik, irritabl ve siklotimik mizaçların bipolar bozukluğa "kişisel yatkınlık" yaratan etkenler olduğunu ileri sürmüştür. Schneider, 1958 yılında Kraepelin'in gözlemlerini genişletmiş, depresif ve hipomanik mizaçları tanımlamıştır. Schneider, Kraepelin'in aksine bu iki mizacın duygudurum bozukluklarıyla genetik olarak bağlantısı olmadığını savunmuştur(42). Kraepelin'e göre bu mizaçlar, afektif psikozların subklinik formlarıdır, çoğu manik-depresif

hastada bu afektif mizaç özellikleri bulunur ve hastalar akut nöbet yatıştıktan sonra da bu afektif mizaç özelliklerine geri dönerler. Diğer taraftan hasta olmayan aile bireylerinde de benzer afektif mizaçlara rastlanabileceğini ifade etmiştir. Akiskal ve Mallya, iki uçlu bozukluk tanısı alan hastaların “fenotip” olarak tek uçlu olan yakınlarının “genotip” olarak iki uçlu olduğunu öne sürmüştür. Böylece genel popülasyonun %4-5’inin ağırlıklı olarak depresif fenomenoloji ve ılımlı iki uçlu özellikler gösteren geniş bir iki uçlu spektruma dâhil olduğu ileri sürülmüştür(43). Çalışmalar bipolar bozukluk için tahmin edilen %1-1,6’lık oranın çok düşük olduğunu, toplumda bipolar bozukluk oranının en az %5 olduğunu, bu bozukluğun çoğu kişide kendini, maniye varmayan kısa çıkış dönemlerini de içeren depresyon biçiminde gösterdiğini ortaya çıkarmıştır(44). Son şekliyle Akiskal’ın tanımladığı afektif mizaç ilk dördünü Kraepelin’in manik depresif hastalığın temel durumları olarak tanımladığı beş afektif mizaçtan oluşur: depresif, hipertimik, siklotimik, iritabl (sinirli) ve anksiyöz (endişeli)(45).

Sonuç olarak, afektif mizaç tiplerinin bipolar bozukluğun varlığını ve doğasını etkilediği ya da hastalığın tipinin afektif mizacı etkilediği söylenebilir. Afektif mizaç ile psikopatolojinin (özellikle afektif mizaç türleri ile bipolar bozukluk alt grupları arasındaki ilişki) ilişkisi olduğunu iddia eden varsayım yapılan birçok çalışmayla da desteklenmiştir. Bir başka deyişle depresyona ve maniye ait özgül afektif mizaç özellikleri bulunmaktadır. Mani birincil olarak hipertimik mizaç, depresyon da depresif mizaç ile bağlantılı bulunmuştur. Afektif mizaç ve bipolar bozukluk ilişkisi üzerinde öne sürülen özellikler arasında ailesel yüklülük, erken başlangıç, yüksek oranda yinleme ve antidepresan etkisi altında manik kaymaya yatkınlık sayılabilir(46). Aşağıda Akiskal ve Mallaya’ya göre afektif mizaçların özellikleri özet olarak verilmiştir(47).

2.4.2. Hipertimik mizaç

- Erken başlangıçlı (< 21)
- Nadiren araya giren ötimiyle birlikte aralıklı eşik altı hipomanik özellikler
- Az uyuma alışkanlığı (hafta sonları da dahil olarak < 6 saat/gün,)
- Yadsınmanın çok fazla kullanılması
- Schneiderian hipomanik kişilik özellikleri:
 - İritabl, neşeli, aşırı iyimser veya coşkulu
 - Saf, kendine fazla güvenen, övünge, abartılı, gösterişli
 - Gayretli, çok plan yapan, tedbirsiz ve bitmez tükenmez bir dürtüyle koşuşturan
 - Aşırı konuşkan
 - Sıcakkanlı, insan arayan veya dışa dönük

- Aşırı karışan ve başkalarının işine burnunu sokan
- Baskılanmayan, uyaran arayan veya rastgele cinsel ilişkide bulunan

2.4.3. Eşik altı distimik mizaç

- Erken başlangıç (< 21 yaş)
- Başka bir duruma ikincil olmayan aralıklı, düşük şiddette depresyon
- Çok uyuma alışkanlığı (Günde dokuz saatten fazla uyuma)
- Derin derin düşünme, anhedoni ve psikomotor enerji azlığına meyil (hepsi sabah saatlerinde daha belirgin)
- Schneiderian depresif kişilik özellikleri:
 - Ümitsiz, kötümser, neşesiz veya eğlenmeyen
 - Sessiz pasif ve kararsız
 - Şüpheli, aşırı eleştiren veya şikâyet eden
 - Derin derin düşünen ve endişelenen
 - Vicdanlı, kendi kendini disiplinize eden
 - Kendini eleştiren, kendini cezalandıran, kendini küçülten
 - Başarısızlıkları, yetersizlikleri ve olumsuz olaylar hakkında aşırı kafa yoran

2.4.4. İrritabl mizaç

- Erken başlangıç (<21 yaş)
- Nadiren ötimik, çoğunlukla karamsar (irritabilite ve çabuk öfkelenme)
- Derin düşüncelere dalmaya meyil
- Aşırı eleştiren ve şikâyet eden
- Mizahtan yoksun şakalar yapan
- İstenmediği halde sokulup sıkıntı veren
- Disforik, yerinde duramama
- Dürtüsellik
- Antisosyal kişilik bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu veya nöbet bozukluğu ölçütlerini karşılamaz

2.4.5. Siklotimik mizaç:

- Erken başlangıç (<21 yaş)
- Nadiren ötiminin olduğu, sık, kısa döngüler
- Bir fazdan diğerine öznel ve davranışsal görünümde ani geçişlerin olduğu iki dönemli durum

- Öznel görünümeler:
 -Bitkin, halsiz / Canlı, öforik
 -Kötümserlik / İyimserlik
 -Zihinsel konfüzyon / Keskinleşmiş ve yaratıcı düşünce
 -Düşük kendine güven / Aşırı kendine güven arasında değişen benlik saygısı
- Davranışsal görünümeler:
 - Azalmış sözel dışavurum / Çok konuşma
 -Aşırı uykulu / Aşırı uyanık
 -Nedensiz sulu gözlülük / Aşırı şakacılık
 -İçe dönük kendini soyutlama / Sınırsız insan arama
 -Üretkenlikte belirgin değişkenlik

2.4.6. Depresif mizaç

- Önemli ölçüde ilgi ve haz kaybı
- Kilo alımı ve ya kaybı
- İştah artışı veya kaybı
- Uykusuzluk artışı veya aşırı uyku
- Yorgunluk veya enerji azalması
- Değersizlik hissi ve ya karasılık
- Tekrarlayan ölüm düşünceleri, intihar fikri vya girişimi

2.4.7. Anksiyöz mizaç

- En az altı ay süren gündelik olaylar ve sorunlarla ilgili belirgin gerilim, endişe ve evham duyguları
- Bir tanesi otonomik uyarım belirtisi olmak üzere aşağıdaki belirtilerden en az dört tanesinin olması

-Otonomik uyarılma belirtileri

Çarpıntı, kalp atımlarında hızlanma, terleme, titreme,sarsıntı, ağız kuruması

-Göğüs ve karın belirtileri

Nefes almada güçlük, boğulma hissi, göğüste ağrı veya baskı, bulantı veya karında rahatsızlık

Siklotimik mizaca sahip bireylerin ailelerinde afektif hastalıklar sık olarak bulunur. Aynı zamanda siklotimik mizaç bipolar bozukluğa sahip hastaların çocuklarında da sıklıkla gözlenmektedir. Dolayısıyla bu mizacın bipolar bozukluk için kalıtsal bir yatkınlık oluşturduğu düşünülmektedir(47). Siklotimik mizacın bipolarII bozukluğu olan hastalarda daha sık gözlemlendiği ile ilgili yayınlar mevcuttur (48).

Yine ülkemizde, Kesebir ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada bipolar I bozukluğu olan hastaların ve birinci derecede akrabalarının, kişisel ve aile öyküsünde mizaç bozukluğu olmayan kontrol grubuna göre daha yüksek oranda hipertimik mizaca sahip oldukları saptanmıştır (46). Daha önce yapılan çalışmalarla (48,49) uyumlu olarak hipertimik mizacın erkeklerde daha sık görüldüğü; siklotimik ve irritabl mizacın, bipolar bozukluğu olan hastalarda birinci derece akrabalarına göre daha yüksek oranda bulunduğu tespit edilmiştir (46). Yapılan birçok çalışma ise depresif mizacın kadınlarda daha yaygın olarak görüldüğünü belirtmektedir(50).

Teorik olarak afektif mizaçlara insan doğasının evrimsel gelişimi penceresinden bakıldığında; anksiyöz mizacın özverili davranışa, bağlılık geliştirmeye ve evlilik bağının devam etmesine; depresif mizacın erkekte bağlanmaya; kadında evliliğe bağlanmaya; siklotimik mizacın romantizme ve yaratıcılığa; hipertimik mizacın keşfetmeye, kendi bölgesini korumaya ve liderlik vasfına hizmet ettiği ileri sürülmektedir(47).

MATERYAL VE METOD

Örneklem

Bu çalışma Meram Tıp Fakültesi gebe polikliniğine, Nisan 2016 ile Haziran 2016 tarihleri arasında başvuran gebeler ile yürütüldü. Herhangi bir fiziksel engeli olmayan, gebeliği sırasında psikiyatrik bir tanı konulmamış ve psikiyatrik bir tedavi almayan, tedavi gebeliği olmayan, gebelik takiplerinde ve doğum süreçlerinde herhangi bir sıkıntısı olmayan doğumunu üniversitemiz kadın doğum ünitesinde yapan 233 gebe ile yürütülmüştür. Araştırmaya başlanmadan önce Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Etik Kurulu'nun 2016/518 sayılı kararı ile onay alınmıştır. Hastalara çalışmanın amacı ve uygulama şekli ile ilgili bilgi verilerek katılmayı kabul eden hastalardan yazılı onamları alındı. Hastalara 28- 30. gebelik haftaları arasında test poliklinik kontrolleri esnasında uygulandı. 37. gebelik haftasının üstünde olup 2500 gr altında bebek doğuran ayrıca gestasyonel haftasına göre 10. persantilin altında doğum ağırlığına sahip bebek doğuran hastalar düşük doğum ağırlıklı doğum yapmış kabul edildi. 37 hafta altında doğum yapan hastalar erken doğum yapmış kabul edildi (2). İstatistiksel analizler için SPSS 15 Statistical Software (USA) programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, frekans) yanı sıra niceliksel verileri için Mann Whitney-U testi kullanılmıştır. Anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.İki örneklem grubu arasında korelasyon olup olmadığını anlamak için ise Spearman'ın korelasyon testi (non-parametrik korelasyon) kullanılmıştır.

Ölçümler

Katılımcılara kendilerini tanımaya yönelik 16 maddelik kişisel bilgi formu, 14 maddelik Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD) ve Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire (TEMPS-A) ölçeği uygulanmıştır. Kişisel bilgi formu, denekleri tanımaya ve demografik ve klinik özelliklerini kaydetmeye yönelik, araştırmacılar tarafından oluşturulmuş 16 maddelik bir bilgi formudur.

1-Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD)

Hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Toplam 14 soru içermekte ve bunların yedisi (tek sayılar) anksiyeteyi, diğer yedisi (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir. Ölçekte klinik kesme puanı anksiyete için 10, depresyon için 7 olarak bulunmuştur.Araştırmacılar tarafından antenatal

takip polikliniğine gelen gebelere, araştırma hakkında bilgi verilmiş ve araştırmaya katılmayı kabul edenlere, ölçekleri doldurmaları için uygun bir ortam sağlanmıştır.

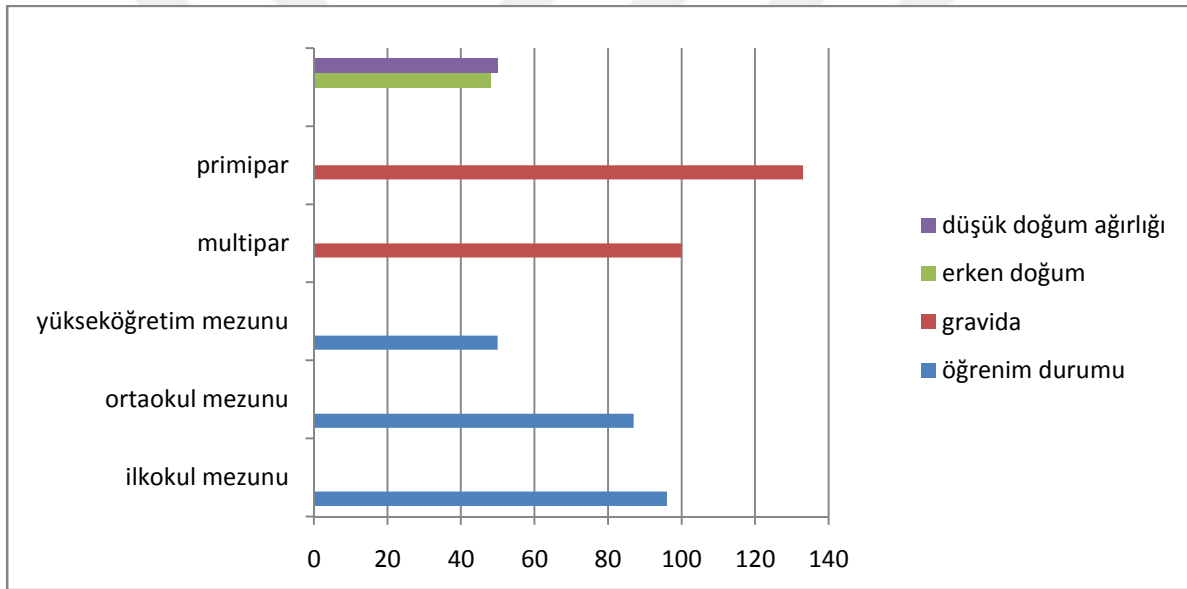
2-Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire (TEMPS-A) mizaç ölçeği

Baskın afektif mizacı değerlendirmek için Akiskal ve arkadaşları tarafından 1997’de düzenlenmiştir (51). Orijinal ölçek erkekler için 109, kadınlar için 110 maddedir. Türkçe’ye uyarlanmış şekli depresif, hipertimik, irritabl ve anksiyöz mizaçları belirlemek için 100 maddeden oluşur. Türkçe çevirinin test – tekrar test güvenilirliğinin 0,73 ile 0,93 ve Cronbach-alpha katsayısının 0,75 ile 0,84 arasında olduğu saptanmıştır. Kişi tüm yaşamını düşünerek maddelere evet veya hayır şeklinde yanıt verir. ‘Evet’ yanıtları 1 puan, ‘hayır’yanıtları 0 puan ile değerlendirilir. Ölçekte depresif mizaç 19 madde; siklotimik mizaç 19 madde; hipertimik mizaç 20 madde; irritabl(sinirli) mizaç 18 madde ve anksiyöz(endişeli) mizaç 24 madde ile sorgulanmaktadır. Baskın mizacı değerlendirmek için kesim noktaları sırası ile 13; 18; 20; 13 ve 18 puandır. Çalışmamızda TEMPS-A Türkçe versiyonu öncelikli olarak afektif mizaç özelliklerini tespit etmek ve belirlenen hasta gruplarının mizaç özelliklerini karşılaştırmak amacıyla kullanılmıştır.

BULGULAR

Çalışma, Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Gebe Polikliniğine başvuran 233 gebe üzerinde yapılmıştır. Gebelerin yaşları 17 ile 46 arasında değişmekte olup ortalama yaş $27,57 \pm 5,76$ 'dır. Annelerin eğitim durumları incelendiğinde; %41.2'sinin (96) ilkokul mezunu, %37.3'ünün (87) ortaokul mezunu, %21.5 'inin (50) ise yüksek okul mezunu olduğu görülmektedir. Olguların % 57.1'i (133) primipar % 42.9'u (100) multipar idi. Hastaların % 20.6'sı (48) erken doğum yapmış idi. Hastaların % 21.4'ünün (50) düşük doğum ağırlığı olan bebek doğurmuş olduğu gözlemlendi (Grafik 1).

Grafik 1. Hastaların klinik ve demografik özellikleri



Bebeklerin ortalama doğum haftaları 37.8 ± 3.6 (29-41) hafta idi. Bebeklerin ortalama doğum ağırlığı 2812 ± 710 gr idi.

Hastalarda depresif mizaç oranı %12.9, siklotimik mizaç oranı %1.7, hipertimik mizaç oranı %0.9, irritabl mizaç oranı %1.7 olarak saptanmıştır. Düşük doğum ağırlığı ile depresif, siklotimik, hipertimik, irritabl mizaç skoru arasında anlamlı ilişki bulunmamış, düşük doğum ağırlığı ile anksiyöz mizaç skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,021$) (Tablo 1).

Tablo1. Düşük doğum ağırlığı ile mizaç skorları arasındaki ilişki

Düşük doğum ağırlığı	Depresif mizaç skoru	Siklotimik mizaç skoru	Hipertimik mizaç skoru	Anksiyöz mizaç skoru	İrritabl mizaç skoru
<i>P değeri</i>	0,428	0,497	0,728	0,021	0,904

Erken doğum ile depresif, siklotimik,hipertimik,irritabl mizaç skoru arasında anlamlı ilişki tespit edilmemiş,erken doğum ile anksiyöz mizaç arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0,001$) (Tablo 2).

Tablo 2. Erken doğum ile mizaç skorları arasındaki ilişki

Erken Doğum	Depresif mizaç skoru	Siklotimik mizaç skoru	Hipertimik mizaç skoru	Anksiyöz mizaç skoru	İrritabl mizaç skoru
<i>P değeri</i>	0,337	0,598	0,628	0,000	0,902

Erken doğum - düşük doğum ağırlığı ile HAD anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 3).

Tablo 3. Erken doğum ve düşük doğum ağırlığının HAD anksiyete ve depresyon skorları ile ilişkisi

Erken doğum- düşük doğum ağırlığı	HAD anksiyete skoru	HADdepresyon skoru
<i>P değeri</i>	0,382	0,683

Doğum haftası ile doğum ağırlığı arasında anlamlı pozitif iyi derecede korelasyon mevcuttur (korelasyon katsayısı 0,649). Anksiyöz mizaç ile doğum haftası ve doğum ağırlığı arasında anlamlı pozitif düşük derecede korelasyonsaptandı (korelasyon katsayıları 0,217 ve 0,189). Depresif, siklotimik, hipertimik ve irritabl mizaç skorları ile doğum haftası ve doğum ağırlığı arasında anlamlı olmayan negatif korelasyon bulunmuştur (Tablo 4 ve Tablo 5).

Tablo 4.Mizaç skorları ile doğum haftası arasındaki korelasyon

	Anksiyöz	Siklotimik	Hipertimik	İrritabl	Depresif
Korelasyon katsayısı	0,217	-, 051	-,048	-,042	-,076
<i>P değeri</i>	0,001	0,443	0,468	0,523	0,248

Tablo 5.Mizaç skorları ve doğum ağırlığı arasındaki korelasyon

	Anksiyöz	Siklotimik	Hipertimik	irritabl	Depresif
Korelasyon katsayısı	0,189	-,017	-,034	-,059	-,078
<i>P değeri</i>	0,004	0,796	0,610	0,367	0,236

TARTIŞMA

Gelişmiş ülkelerde düşük doğum ağırlıklı yenidoğanların yaklaşık %70'ini preterm doğumlar oluşturmaktadır. Bu ülkelerde prematüre doğum sıklığı %6-7 iken, gelişmekte olan ülkelere sıklık % 30'a kadar yükselmektedir. Prematüre doğumun düşük sosyoekonomik ve sosyokültürel toplumlarda daha sık görüldüğü kesin olmakla birlikte prematüre doğumu provoke eden bir çok risk faktörü de belirlenmiştir(50).

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. Gebelerin birçoğu gebelik ve doğumla ortaya çıkan fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere uyum sağlayabilirken, bir bölümünde ise hastaneye yatırılmayı gerektirecek kadar ağır psikiyatrik tablolar gelişebilmektedir(52).

Bir sistematik derlemede gebelikte depresyon yaygınlığı birinci, ikinci ve üçüncü trimesterlerde sırasıyla, %7.4, %12.8 ve %12 olarak bildirilmiştir. Bazı araştırmalarda ikinci trimestere göre ilk ve üçüncü trimesterlerde depresyon ve kaygı belirti ve sıklığının daha fazla olduğu saptanmıştır. Gebelerin %6.2'sinde anksiyete bozukluğu mevcut iken, %4.2'sinde tanımlanmamış anksiyete bozukluğu tespit edilmiştir (53).

HAD ölçeğine göre; çalışmamızdaki anksiyete sıklığı %20.86, depresyon oranı ise %17.39 olarak bulunmuştur. Lee ve arkadaşları gebelerin %54'ünde kaygı, %37.1'inde depresyon saptamışlardır (55).

Değişik kültürlerde gebelik döneminde depresyon yaygınlığını araştıran çalışmalarda çoğunlukla sonuçlar benzerdir. Malta'da yapılan bir çalışmada %15.5, Finlandiya'da %30, Kanada'da %25, ABD'de farklı çalışmalarda %30-38, %21 ve %26, Brezilya'da depresyon %19.6, durumsal kaygı %59.5 ve sürekli kaygı %45.3 olarak tespit edilmiştir(54-59). Türkiye'de yapılan çalışmalarda ise farklı yayınlarda depresyon oranları %27.9, %27.3 ve %12 olarak bildirilmiştir(60,61,62).

Dayan ve arkadaşlarının çalışmalarında durumluluk-süreklilik anksiyete puanları ile depresyon puanı yüksek olan gebelerde preterm eylemin daha fazla görüldüğü belirlenmiştir. Preterm eylem insidansındaki artış ile anksiyete ve depresyon arasında ilişki olduğu bildirilmektedir(63). Literatürde araştırmamızın bulgularına kısmen benzer sonuçları olan çalışmalar da yer almaktadır.

Eğitim düzeyi daha iyi olan kadınların ebeveynliğe daha iyi uyum sağladıkları, eğitim düzeyi daha iyi olan eşlerin daha destekleyici oldukları, gebelik ve doğum komplikasyonlarının sıkıntı ve keder duygularının uzamasına katkıda bulunabileceği bildirilmektedir(64). Çalışmada anneler ve eşlerinin eğitim düzeyleri lise altı ve lise ve üstü olarak sınıflandırılıp değerlendirilmiş,annelerin eğitim düzeyleri arasında fark bulunmazken, depresyonlu annelerin eşlerinde lise altı eğitim düzeyine sahip olma depresyonsuz annelerin eşlerine göre 2 kat daha fazla bulunmuştur. Doğum sonu depresyonu (DSD) bulunan anneler ile depresyonsuz anneler arasında gebelik ve doğumla ilgili sorun yaşamış olma açısından fark saptanmazken lojistik regresyon modelinde gebelik ve doğumla ilgili sorun yaşamış olma DSD için risk faktörü olarak belirlenmiştir. Planlanmamış gebelik, düşük, küretaj gibi jinekolojik sorunlar DSD'na yatkınlığı arttırabilirken (65-66), ilk doğumunu yapanlarda DSD riskinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (67). Prematür doğumlarda ve doğumdan sonra bebeklerini emzirmeyenlerde depresyon için riskin daha yüksek olduğuna ilişkin bulgular vardır (64,65,66).

Ukpong ve arkadaşları (68) ile Gennaro ve arkadaşlarının (69) preterm bebeklerin annelerinde anksiyete ve depresyon sıklıklarını term bebeklerin annelerinden oluşan kontrol grubuyla karşılaştırdıkları çalışmalarında; preterm bebeği olan annelerde kaygının belirgin şekilde artmış olduğu saptanmıştır. Depresyonun da yine preterm bebek annelerinde arttığı gözlenmiştir. Miles ve arkadaşlarının da 2007 yılında yayınlanan ve preterm bebeklerin annelerinde depresyonun değerlendirildiği çalışmasında da benzer sonuçlar bulunmuştur (70). Annelerdeki depresyon sıklığını ve kaygı düzeylerini değerlendirdiğimiz ve stres faktörlerini belirlediğimiz çalışmamızın sonuçları da diğer araştırmalarla uyumluluk göstermektedir.

Dole ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, gebelik ile ilgili depresyonun preterm eylem ile ilişkisinin olmadığı, ancak anksiyetenin preterm eylem riskini iki kat arttırdığı saptanmıştır(71). Ancak literatürde preterm eylem ve depresyon arasında anlamlı ilişkinin saptanmadığı çalışmalar da yer almaktadır. Preterm eylem gebelerde stres ve anksiyete yaratan bir durumdur. Özellikle de gebeler kendilerinin yanı sıra fetüsün iyilik durumuna yönelik yoğun endişe yaşamaktadırlar.

Bizim çalışmamızda sadece anksiyöz mizaç ile düşük doğum ağırlığı ve prematurite arasında anlamlı ilişki saptandı.Bu çalışmada preterm eylem tanısı alan gebelerin sosyal destek düzeylerini orta düzeyde aldıkları belirlenmiştir. Yapılan araştırmalarda sosyal destek sistemlerinde yetersizlik olan gebelerin depresyon ve kaygı düzeylerinde artış olduğu ortaya konulmuştur. Gebelikte sosyal destek sistemlerinin yeterli olması, gebe kadınları duygusal ve

bilişsel olarak rahatlatmakta,anksiyete ve depresyon ile daha kolay baş etmelerine yardımcı olmakta ve annelik rolüne geçişlerini kolaylaştırmaktadır (72).

Gebelikte yeterli sosyal destek varlığının depresyon ve kaygı oranlarını azalttığını, gebeliğin seyrini ve doğumdan sonraki dönemde annenin ve bebeğin sağlığını olumlu yönde etkilediğini söyleyebiliriz. Sağlık çalışanları, bir gebeyi değerlendirirken bedensel belirtilerle birlikte, depresyonu ve kaygıyı ayırt etmekte de duyarlı davranmalıdırlar. Gebelik döneminde sosyal desteği artırmaya yönelik bazı çalışmalar yapılarak, bunun gebelik seyrini, doğum ve doğum sonrası durumları nasıl etkilediği araştırılabilir. Bu amaçla, hemşire ve ebelerin gebelerle telefon görüşmesi yapması, gebeler için destek gruplarının oluşturulması ve gebelikte riskli durumlar ve baş etme becerileri ile ilgili bilgilendirilmeleri gerekmektedir(73).



SONUÇ VE ÖZET

Postpartum anksiyete, doğum sonrası dönemde görülen en sık maternal psikiyatrik bozukluklardandır. 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, kötü obstetrik öyküsü olan gebeler anksiyete gelişmesi açısından risk altındadırlar.

Postpartum psikiyatrik bozukluklarda hem anne hem de çocuğun sağlık riskleri bulunmaktadır. Çocuk gelişimindeki postpartum depresyon ve sonuçları ve epidemiyoloji oldukça iyi çalışılmış olmasına rağmen postpartum anksiyete bozukluklarına ilişkin sonuçlar yetersizdir. Psikiyatrik rahatsızlığı olan ve sürekli yakınan anneler, anksiyete geliştirme riski yüksek olduğundan yakından takip edilmeli ve anneye erken dönemde sosyal destek sağlanmalıdır. Ayrıca gebelerin anksiyete ve depresyon sıklığına bakıldığında %32'sinin depresyon, %47'sinin anksiyete puanları klinik seviyenin üzerinde gözlenmektedir. Bu bulgular gebelik döneminde anksiyete ve depresyonun hiç de azımsanmayacak bir oranda olduğunu göstermektedir. Ancak bu araştırma, denek sayısının azlığı ve gebelik öncesi döneme ait psikolojik verileri ortaya koyamaması açısından zayıf yönleri sahiptir. Bu nedenle gebelik döneminde ortaya çıkacak anksiyete ve depresyonun nedenleri üzerinde daha özgün ve kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Neyzi Olcay, Pediatri 1. cilt, 3. baskı, Nobel, 2002, 326-340
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. Management of Preterm Labor. Practice Bulletin Number 159, January 2016.
3. Küçüköyük Ş. Yüksek riskli yenidoğanlara yaklaşım. In: Yenidoğan ve Hastalıkları, Feryal matbaası, Ankara, 1994:155-177
4. Dağoğlu T, Ovalı T, Samancı N, Neonatoloji, Nobel tıp kitabevi, 2000; 15:119- 132
5. Can G, Coban A, İnce Z. Yenidoğan ve Hastalıkları. İn ‘O. Neyzi, T.Ertuğrul (eds). Pediatri cilt I ‘Nobel Tıp Kitabevleri, İST., 2002: 296-431
6. H. William Toesch, Roberta A. Ballard, Christine A. Gleason, Avery’s diseases of the newborn. 8 th edition, Elsevier sounders, 2005; 4: 139- 146
7. Sayers S, Powers J, Risk factors for aboriginal low birth weight intrauterin growth retardation and preterm birth in the darwin health region, Austr N Z J Publik health 1997 Aug; 21(5): 524-30
8. Anette ML, Knoches Lex W. Doyle, Long-term outcome of infants born preterm. Bailliere’s Clinical Obstetrics and Gynaecology, 1993; 7: 633- 651
9. E Köroğlu,Psikozoloji Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri 2004;325-380
10. M.Öztürk Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 1997,261-291
11. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T.Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. Obstet Gynecol. 2005;106:1071-1083.
12. Bourdon KH, Boyd JH, Rae DS, Burns BJ, Thompson JW, Locke BZ. Gender differences in phobias: results of the ECA community survey. J Anxiety Disorders 1988;2:227–241.
13. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Arch Gen Psychiatry 1994; 51:8-19
14. Da Costa D, Larouche J, Dritsa M, Brender W. 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
15. Weisberg RB, Paquette JA. Screening and treatment of anxiety disorders inpregnant and lactating women. Women’s Health Issues 2002;12:32-36.

16. George DT, Ladenheim JA, Nutt DJ. Effect of pregnancy on panic attacks. *AmJ Psychiatry* 1987;144:1078–1079.
17. Villepontoux VA, Lydiard RB, Laraia MT, Stuart GW, Ballenger JC. The effects of pregnancy on preexisting panic disorder. *J Clin Psychiatry* 1992;53:201–203.
18. Cohen LS, Sichel DA, Faraone SV, Robertson LM, Dimmock JA, Rosenbaum JF. Course of panic disorder during pregnancy and the puerperium: a preliminary study. *Biol Psychiatry* 1996;39:950–954.
19. Williams KE, Koran LM. Obsessive-compulsive disorder in pregnancy, the puerperium and the premenstruum. *J Clin Psychiatry* 1997;58:330–334.
20. Cloitre M, Yonkers KA, Pearlstein T et al. Women and anxiety disorders: implications for diagnosis and treatment. *CNS Spectr* 2004;9:1-16.
21. Buttolph ML, Holland A. Obsessive compulsive disorders in pregnancy and childbirth. In: Jenke M, Baer L, Minivhiello WE (eds). *Obsessive Compulsive disorders: theory and management*. Chicago: Year book Medical Publishers. 1990;89-95.
22. O'hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression- A metaanalysis. *Int Rev Psychiatry* 2009;8:37-54
23. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Goldin J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 2001;323:257-60
24. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Samulsen SO, Opj-Ordsmoen S. Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatr Scand* 2002;106:426-33.
25. Harris B, Johns S, Fung H et al. The hormonal environment of postnatal depression. *Br J psychiatr* 1989;154:660-667.
26. Ahokas A, Aito M, Turiainen S. Association between estradiol and puerperal psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2000 ;101(2):167-169.
27. Nishi D, Usuda K. Psychological growth after childbirth: an exploratory prospective study. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2016; 20:1-7
28. Brughata TS, Sharp HM, Cooper SA et al. The Leicester 500 Project. Social support and the development of postnatal depressive symptoms, a prospective cohort survey. *Psychol Med* 1998;28:63-79.
29. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res* 2001;50:275-85.
30. Ross LE, Sellers Em, Gilbert Evans SE, Romach MK. Mood changes during pregnancy and the postpartum period: development of a biopsychosocial model. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109:457-66.

31. Savrun MB. Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu.İstanbul. 1999;2-3 Aralık:11-17
32. Smith R, Cubis J, Binsmead M et al. Mood changes, obstetric experience and alterations in plasma cortisol, beta endorphine and corticotrophin releasing hormone during pregnancy and puerperium. J Psychosom Res, 1990;34:53-69.
33. Sichel DA, Cohen LS, Robertson LM et al. Prophylactic estrogen in recurrent postpartum affective disorder. Biol Psychiatry, 1995;38:814-8
34. MacArthur C, Lewis M, Knox E. Health after childbirth. Br J Obstet Gyneacol;1991;98:1193-5
35. Hannah P, Adams D, Lee A, Glover V, Sandler M. Links between early postpartum mood and post-natal depression. Br J Obstet Gyneacol 1992;160:777-80.
36. Kendell RE, Rennie D, Clarke JA, Dean C. The social and obstetric correlates of psychiatric admission in puerperium. Psycho Med, 1981;11:341-50.
37. Astbury J, Brown S, Lumley J, Small R. Birth events, birth experiences and social differences in postnatal depression. Aust J Public Health, 1994;18:176-84.
38. Hickey AR, Boyce PM, Ellwood D, Morris-Yates AD. Early discharge and risk for postnatal depression. Med J Aust, 1997;167:244-7.
39. Miller LJ. Postpartum depression. JAMA 2002;287:762-5.
40. Parry BL. Postpartum psychiatric syndromes. Comprehensive textbook of psychiatry, 6. baskı, cilt 1, Kaplan HI, Sadock BJ (ed), Baltimore: Williams & Wilkins, 1995; 1059-66
41. N Kocabaşoğlu, S Z Başer İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Türkiye’de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar Sempozyum Dizisi Gebelik ve Doğumla Tetiklenen Psikiyatrik Hastalıklar No:62 Mart 2008 S:349-354
42. Sayin A, Aslan S. The relationship between mood disorders and temperament, character and personality. Turk Psikiyatri Derg 2005 Winter;16(4):276-83.
43. Akiskal HS, Mallya G. Criteria for the "soft" bipolar spectrum: treatment implications. Psychopharmacol Bull 1987;23(1):68-73.
44. Maj M, Pirozzi R, Magliano L, Bartoli L. The prognostic significance of “switching” in patients with bipolar disorder: a 10-year prospective follow-up study. Am J Psychiatry 2002; 159: 1711–1717.
45. Röttig D, Röttig S, Brieger P, Marneros A. Temperament and personality in bipolar I patients with and without mixed episodes, Journal of Affective Disorders 2007 ;104(1-3):97-102

46. Kesebir S, Vahip S, Akdeniz F, Yüncü Z. The relationship of affective temperament and clinical features in bipolar disorder. *Turk Psikiyatri Derg* 2005 ;16(3):164-9
47. Akiskal, H.S., Hantouche, E.G., Allilaire, J.F. Bipolar II with and without cyclothymic temperament: "dark" and "sunny" expressions of soft bipolarity. *J. Affect. Disord.* 2003;73:49–57.
48. Akiskal HS. Characterological manifestations of affective disorders: toward a new conceptualization. *Integr Psychiatry* 1984; 2: 83– 88.
49. Perugi G, Masetti L, Simonini E, Piagentini F, Cassano GB, Akiskal HS. Gender mediated clinical features of depressive illness: the importance of temperamental differences. *Br J Psychiatry* 1990; 157: 835–841
50. Fanaroff A.A. Neonatal Mortality and Morbidity. "Rudolph's Pediatrics "Ed. Rudolph C.D., Rudolph A.M., Hostetter M.K., Lister G., Siegel N.J., TheMcGraw-Hill Companies, U.S.A., 2002; 41: 56-61
51. Akiskal, H.S., Mendlowicz, M.V., Girardin, J.L., Rapaport, M.H., Kelsoe, J.R., Gillin, J.C., Smith, T.L. TEMPS-A: validation of a short version of a self-rated instrument designed to measure variations in temperament. *J. Affect. Disord.* 2005;85:45–52
52. Caliskan D, Oncu B, Kose K, Ocaktan ME, Ozdemir O. Depression scores and associated factors in pregnant and non-pregnant women: A community based study in Turkey. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2007Dec;28(4):195-200.
53. Orr S, Miller CA. Maternal depressive symptoms and the risk of poor pregnancy outcome. *Epidemiol Rev* 1995;17(1):165-71.
54. Lee AM, Lam SK, Sze Mun Lau SM, Chong CS, Chui HW, Fong DY. Prevalence, course and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol* 2007 Nov;110(5):1102-1112.
55. Felice E, Saliba J, Grech V, Cox J. Prevalance rates and psychosocial characteristics assosiated with depression in pregnancy and postpartum in Maltese women.*J Affect Disord* 2004 Oct;82(2):297-301.
56. Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstet Gynecol* 2000Apr;95(4):487-490.
57. Da Costa D, Larouche J, Dritsa M, Brender W. Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *J Affect Disord* 2000 Jul;59(1):31-40.
58. Kelly RH, Russo J, Katon W. Somatic complaints among pregnant women cared for in obstetrics: normal pregnancy or depressive and anxiety symptom amplification.Revisited *Gen Hosp Psychiatry* 2001 May-Jun;23(3):107-113.

59. Zuckerman B, Amaro H, Bauchner H, Cabral H. Depressive symptoms during pregnancy: relationship to poor health behaviors. *Am J Obstet Gynecol* 1989 May;160:1107-1111.
60. Faisal-Cury A, Rossi Menezes P. Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Arch Womens Ment Health* 2007 Feb;10(19):25-32.
61. Cebeci SA, Aydemir Ç, Göka E. Puerperal dönemde depresyon semptom prevalansı: obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi. *Kriz Dergisi* 2002;10(1):11-18.
62. Karaçam Z, Ançel G. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population. *Midwifery* 2009 Aug;25(4):344-356.
63. Dayan J, Creveuil C, Marks MN, Conroy S, Herlicoviez M, Dreyfus M, et al. Prenatal depression, prenatal anxiety, and spontaneous preterm birth: a prospective cohort study among women with early and regular care. *Psychosom Med* 2006;68(6):938-46.
64. Campbell SB, Cohn JF. Prevalence and Correlates of Postpartum Depression in First-time Mothers. *J Abnorm Psychol*. 1991; 100: 594-99.
65. McLennan JD, Kotelchuck M, Cho H. Prevalence, Persistence and Correlates of Depressive Symptoms in a National Samples of Mothers of Toddlers. *J Am Acad Child&Adolescent Psychiatry*, 2001; 40: 1316-23.
66. Warner R, Appleby L, Whitton A, Faragher B. Demographic and Obstetric Risk Factors for Postnatal Psychiatric Morbidity. *Br J Psychiatry*, 1996 May; 168(5): 607-11.
67. Parry BL. Postpartum Psychiatric Syndromes. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 6. Baskı, Cilt I, Hı Kaplan, BJ Sadock (Ed.), Baltimore, Williams&Wilkins, 1995: 1059-66.
68. Ukpom DI, Fatoye FO, Oseni SB, Adewuya AO. Postpartum emotional distress in mothers of preterm infants: a controlled study. *East Afr Med J* 2003;80(6):289-92.
69. Gennaro S. Postpartum anxiety and depression in mothers of term and preterm infants. *Nurs Res* 1988;37(2):82-5.
70. Miles MS, Holditch-Davis D, Schwartz TA, et al. Depressive symptoms in mothers of prematurely born infants. *J Dev Behav Pediatr* 2007;28(1):36-44.
71. Dole N, Savitz DA, Hertz-Picciotto I, Siega-Riz AM, McMahon MJ, Buekens P. Maternal stress and preterm birth. *Am J Epidemiol* 2003;157(1):14-24.
72. Field T, Diego M, Dieter J, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C et al. Prenatal depression effects on the fetus and newborn. *Infant Behav Dev* 2004; 27:216-229.
73. Spinelli M, Endicott J. Controlled clinical trial of interpersonal psychotherapy versus parenting education program for depressed pregnant women. *Am J Psychiatry* 2003; 160:555-562.

EKLER

TEMPS-A ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki soruları, yaşamınızın büyük bir bölümü için size kesinlikle uyuyorsa doğru (D), tam olarak uymuyor ya da yaşamınızın yalnızca bazı bölümleri için uyuyorsa yanlış (Y) olarak cevaplayınız.

1. (D) (Y) Üzgün, mutsuz bir insanım.
2. (D) (Y) İnsanlar bana olayların komik yanlarını göremediğimi söylerler.
3. (D) (Y) Hayatım boyunca çok çektim.
4. (D) (Y) İşlerin sonu sıklıkla kötüye varır diye düşünürüm.
5. (D) (Y) Kolay pes ederim.
6. (D) (Y) Kendimi bildim bileli başarısız hissetmişimdir.
7. (D) (Y) Başkalarının sorun saymadıkları konularda ben kendimi daima suçlamışım.
8. (D) (Y) Başka insanlar kadar çok enerjim olduğunu sanmıyorum.
9. (D) (Y) Değişikliği pek sevmeyen tipte bir kişiyim.
10. (D) (Y) Grup içinde konuşmaktansa başkalarını dinlemeyi tercih ederim.
11. (D) (Y) Sıklıkla önceliği başkalarına veririm.
12. (D) (Y) Yeni insanlarla karşılaştığımda kendimi oldukça rahatsız hissederim.
13. (D) (Y) Eleştirildiğimde ya da reddedildiğimde duygularım çok kolay zedelenir.
14. (D) (Y) Ben her zaman güvenilebilecek tipte bir insanım.
15. (D) (Y) Başkalarının ihtiyaçlarını kendiminkilerin önüne koyarım.
16. (D) (Y) İşlerin başında olmaktansa başkasının altında çalışmayı tercih ederim.
17. (D) (Y) Hiçbir şeyden emin olamayan tipte bir kişiyim.
18. (D) (Y) Cinsel arzularım her zaman az olmuştur.
19. (D) (Y) Normal olarak günde dokuz saatten fazla uykuya ihtiyacım vardır.
20. (D) (Y) Çoğu zaman sebepsiz yorgunluk hissederim.
21. (D) (Y) Ruh halimde ve enerjimde ani değişiklikler olur.
22. (D) (Y) Ruh halim ve enerjim ya yukarılarda ya da aşağılardadır, ender olarak ikisinin arasındadır.
23. (D) (Y) Ortada görünür bir neden yokken zihnim bazen çok açık bazen de donuk olur.
24. (D) (Y) Birisini gerçekten çok sevebilir ve sonra ona olan ilgimi tamamen kaybedebilirim.
25. (D) (Y) Sıklıkla insanlara parlarım ve sonra suçluluk duyarım.
26. (D) (Y) Sıklıkla bir şeye başlar ve onları bitirmeden ilgimi kaybederim.

27. (D) (Y) Ruh halim (duygularım) sebepsiz yere sık sık değişir.
28. (D) (Y) Canlılık ve uyusukluk arasında sürekli gidip gelirim.
29. (D) (Y) Bazen yatağa çökkün girer, fakat sabah müthiş iyi hissederek uyanırım.
30. (D) (Y) Bazen yatağa kendimi çok iyi hissederek girer ve sabahleyin yaşamın yaşamaya değer olmadığı duygusuyla uyanırım.
31. (D) (Y) Bana olaylar karşısında sıklıkla karamsarlığa kapıldığım ve eski mutlu zamanları unuttuğum söylenir.
32. (D) (Y) Aşırı kendine güven ile bir türlü kendinden emin olamama duyguları arasında gider gelirim.
33. (D) (Y) Dışa dönüklükle içe kapanıklık arasında gider gelirim.
34. (D) (Y) Tüm duyguları yoğun olarak yaşarım.
35. (D) (Y) Bazen her şeyi çok canlı, bazen yaşamdan yoksun denecek kadar renksiz algılarımla.
36. (D) (Y) Aynı anda hem mutsuz, hem mutlu olabilen bir kişiyim.
37. (D) (Y) Başkalarının ulaşılmaz saydıkları şeyler hakkında uzun uzun hayaller kurarım.
38. (D) (Y) Kolay aşık olup, kolay vazgeçen bir kişiyim.
39. (D) (Y) Coğunlukla havamda ya da neşeli bir ruh halindeyimdir.
40. (D) (Y) Yaşam, sonuna kadar tadını çıkardığım bir şölendir.
41. (D) (Y) Fıkra anlatmayı, espriler yapmayı severim, insanlar bana şakacı olduğumu söylerler.
42. (D) (Y) Her şeyin zamanla iyi olacağına inanan tipte bir kişiyim.
43. (D) (Y) Kendime müthiş güvenirim.
44. (D) (Y) Sıklıkla büyük fikirler üretirim.
45. (D) (Y) Her zaman bir şeylerle meşgulümdür.
46. (D) (Y) Birçok işi, hem de yorulmadan yapabilirim.
47. (D) (Y) Konuşmaya doğuştan yetenekliyim. Konuşmam başkaları için ikna edici, etkileyici ve ilham vericidir.
48. (D) (Y) Riskli bile olsalar yeni projelere atlamaya bayılırım.
49. (D) (Y) Bir şey yapmayı bir kez kafama koyduğumda, beni hiçbir şey durduramaz.
50. (D) (Y) Doğru dürüst tanımadığım insanlarla bile son derece rahatım.
51. (D) (Y) İnsanlarla birlikte olmayı çok severim.
52. (D) (Y) İnsanlar bana sıklıkla burnumu başkalarının işine soktuğumu söylerler.
53. (D) (Y) Cömerdim ve başkaları için bol para harcarım.
54. (D) (Y) Birçok alanda yetenekli ve uzmanım.

55. (D) (Y) Canımın istediğini yapma hakkım ve ayrıcalığım olduğunu hissederim.
56. (D) (Y) İşin patronu, “tepedeki adam” olmayı seven tipte bir kişiyim.
57. (D) (Y) Birisiyle bir konu üzerinde anlaşamadığım zaman ateşli bir tartışmaya girebilirim.
58. (D) (Y) Cinsel isteklerim daima fazladır.
59. (D) (Y) Huysuz (sinirli) bir kişiyim.
60. (D) (Y) Bir türlü hoşnut olmayan tabiatla bir kişiyim.
61. (D) (Y) Çok yakınırim.
62. (D) (Y) Başkalarını çok eleştiririm.
63. (D) (Y) Kendimi sıklıkla patlamaya hazır, gergin hissederim.
64. (D) (Y) Kendimi sıklıkla keman yayı gibi gerilmiş hissederim.
65. (D) (Y) Adeta hayatımı anlayamadığım, hoş olmayan bir huzursuzluk yönetiyor.
66. (D) (Y) Sık sık öylesine sinirleniyorum ki, gözüm hiçbir şey görmüyor.
67. (D) (Y) Terslendiğimde kavga edebilirim.
68. (D) (Y) İnsanlar bana hiç yokken parladığımı söylerler.
69. (D) (Y) Sinirlendiğimde insanlara bağırırim.
70. (D) (Y) İğneleyici şakalarım beni zor durumda bırakır.
71. (D) (Y) O kadar öfkelenebilirim ki birilerine zarar verebilirim.
72. (D) (Y) Eşimi (ya da sevgilimi) o kadar kıskanırim ki buna dayanamıyorum.
73. (D) (Y) Küfürbaz olarak bilinirim.
74. (D) (Y) Birkaç kadeh içkiyle saldırganlaştığım söylenmiştir.
75. (D) (Y) Çok kuşkucu bir kişiyim.
76. (D) (Y) Cinsel isteklerim sıklıkla o kadar yoğundur ki gerçekten rahatsızlık yaratır.
77. (D) (Y) Kendimi bildim bileli endişeli biriyim.
78. (D) (Y) Her zaman endişelenecek bir şey bulurum.
79. (D) (Y) Başkalarının ufak tefek saydığı günlük şeyler hakkında endişelenir dururum.
80. (D) (Y) Endişelenmenin önüne geçemiyorum.
81. (D) (Y) Birçok insan bana bu kadar endişelenmememi söylemiştir.
82. (D) (Y) Zorda kaldığımda çoğu kez kafam durur, bloke olurum.
83. (D) (Y) Gevşemeyi beceremiyorum.
84. (D) (Y) Sık sık içimde huzursuz bir kıpırtı hissederim.
85. (D) (Y) Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda sıklıkla ellerim titrer.
86. (D) (Y) Sık sık midem bozulur.
87. (D) (Y) Heyecanlandığımda ishal olabilirim.
88. (D) (Y) Heyecanlandığımda sıklıkla bulantı hissederim.

89. (D) (Y) Heyecanlandığımda tuvalete daha sık gitmek zorunda kalırım.
90. (D) (Y) Birisi eve geç kaldığı zaman başına bir kaza gelmiş olabileceğinden korkarım.
91. (D) (Y) Sıklıkla ailemden birileri ciddi bir hastalığa yakalanacak diye çok korkarım.
92. (D) (Y) Devamlı olarak aile üyelerinden biriyle ilgili kötü bir haber alacakmışım gibi geliyor.
93. (D) (Y) Uykum dinlendirici değil.
94. (D) (Y) Sıklıkla uykuya dalmakta güçlük çekerim.
95. (D) (Y) Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda hemencecik başım ağrır.
96. (D) (Y) Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda göğsüm sıkışır.
97. (D) (Y) Kendimi güvende hissetmiyorum.
98. (D) (Y) Günlük işleyişteki küçük değişiklikler bile beni çok zorlar.
99. (D) (Y) Araba kullanırken yanlış herhangi bir şey yapmasam bile, polis beni durduracakmış gibi bir korku duyarım.
100. (D) (Y) Ani sesler beni kolayca irkiltir.

HAD ÖLÇEĞİ

Hasta Adı Soyadı

Tarih

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1) Kendimi gergin “patlayacak gibi” hissediyorum.

- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Birçok zaman
- ☐ Zaman zaman, bazen
- ☐ Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- ☐ Aynı eskisi kadar
- ☐ Pek eskisi kadar değil
- ☐ Yalnızca biraz eskisi kadar
- ☐ Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3) Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

- ☐ Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- ☐ Evet, ama çok da şiddetli değil
- ☐ Biraz, ama beni endişelendiriyor
- ☐ Hayır, hiç de öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Şimdi pek o kadar değil
- ☐ Şimdi kesinlikle o kadar değil
- ☐ Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Birçok zaman
- ☐ Zaman zaman, ama çok sık değil
- ☐ Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Sık değil
- ☐ Bazen
- ☐ Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- ☐ Kesinlikle
- ☐ Genellikle
- ☐ Sık değil
- ☐ Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çok sık
- ☐ Bazen
- ☐ Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Bazen
- ☐ Oldukça sık
- ☐ Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- ☐ Kesinlikle
- ☐ Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- ☐ Pek o kadar özen göstermeyebilirim
- ☐ Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- ☐ Gerçekten de çok fazla
- ☐ Oldukça fazla
- ☐ Çok fazla değil
- ☐ Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Her zamankinden biraz daha az
- ☐ Her zamankinden kesinlikle daha az
- ☐ Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- ☐ Gerçekten de çok sık
- ☐ Oldukça sık
- ☐ Çok sık değil
- ☐ Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- ☐ Sıklıkla
- ☐ Bazen
- ☐ Pek sık değil
- ☐ Çok seyrek