

GEBELİKTE DUYGULANIM BOZUKLUĞU

Gülseren DAĞLAR*, Naim NUR***, Dilek BİLGİÇ*, Merve KADIOĞLU****

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 olması da gebenin endişesinin, anksiyetesinin artmasına neden olabilmektedir. Gebelikte en yaygın olarak görülen duygulanım bozukluğu olan depresyonun postpartum dönemde de devam etmesi durumunda sadece anneye zarar vermekle kalmayıp çocuğunun ileriki yaşamını da olumsuz etkileme riskini beraberinde taşımaktadır. Bu nedenle gebelik depresyonunu önlemedeki ilk adım önleyici girişimlerin yapılabilmesi için risk altındaki kadınların belirlenmesidir. Hafif ve orta düzeydeki depresyon belirtilerine yönelik yaklaşımda ilk seçenek olarak psikoterapi ve psiko-eğitim, daha ağır formlarda ise ilaç kullanılması seçeneği devreye girmektedir. Gebelik ve doğum sonu sürecin sağlıklı geçirilmesinde, bebeğin ve ailenin diğer üyelerinin sağlıklı bir yaşam sürmelerinde başta ebe, hemşire ve hekim olmak üzere sağlık çalışanlarına önemli sorumluluklar düşmektedir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik; depresyon; anksiyete; ebe; hemşire

Affective Disorders in Pregnancy

Women, particularly those at childbearing age, are vulnerable to affective disorders such as anxiety and depression more frequently than are men, and during pregnancy, the frequency is even higher. Pregnancy and childbirth process is a period during which women not only experience biological, physiological and psychological changes but also are at a high risk of facing factors leading to a lot of anxiety and stress. Concerns such as the health status of the baby and the possibility that risks arising during delivery can cause harm to the baby make the mother-to-be stressed and anxious. While increased anxiety can lead to depressive symptoms in pregnant women, the presence of depression can increase their anxiety as well. If depression, the most common affective disorder seen during pregnancy, continues during the postpartum period, it not only causes harm to the mother but also brings about the risk of affecting the child later in life negatively. Therefore, the first step in preventing pregnancy depression is to identify women at risk of depression. The next step is to provide psychotherapy and psycho-education to those suffering mild and moderate depression due to the possible side effects of medication. Administration of medication is the option to be considered in case the depression is severe. In order for the prospective mother to have healthy pregnancy and postpartum process and for the baby and other members of the family to lead a healthy life, midwives, nurses, physicians and other healthcare workers bear important responsibilities.

Key words: *Pregnancy; depression; anxiety; midwife; nurse*

*Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü 58140, Sivas, Yr. Doç. Dr. e-mail: gulserendaglar@gmail.com

**Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD 58140, Sivas, Doç. Dr.

*** İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi İstanbul, Arş. Gör.

Bu derleme çalışması "1. Ulusal Kadın Hastalıkları ve Ana Çocuk Sağlığı Kongre"sinde poster bildiri olarak sunulmuştur.

GİRİŞ

Duygulanım bireyin uyarılara, 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 bulunduğu durumdur. Normalde duygu durum belli sınırlar içinde dalgalanmalar gösterir. Ancak, belli bir duygu durumu aşırı düzeyde ve uzun süre devam ettiğinde duygulanım bozuklukları ortaya çıkmaktadır (Öztürk 2002). Anksiyete bozukluğu ve depresyon genellikle kadınlarda erkeklere oranla daha yaygındır (Öztürk ve Günay 2011).

Kadın, intrauterin dönemden başlayarak, yaşlılık döneminin sonuna kadar geçirdiği yaşam evrelerinin her birinde fiziksel, ruhsal ve sosyal değişimler yaşamaktadır. Kadının yaşam döngüsü içerisinde yaşadığı bu değişimler onları psikiyatrik hastalıklara daha yatkın hale getirmektedir (Taşkın 2011). Kadınlar özellikle puberte, oral kontraseptif kullanımı, menstrual siklusun geç luteal evresi, gebelik ve loğusalık dönemi ve perimenopoz dönemi gibi üreme hormonlarında değişim olduğu dönemlerde depresyona daha yatkın olabilmektedir (Akdeniz ve Gönül 2004). Hormonal farklılıklar, çocuk doğurmanın etkileri, kadınlar ve erkekler için psikososyal yüklenmelerin farklılığı ve öğrenilmiş çaresizlikle ilgili davranış modelleri depresyonun kadınlarda fazla görülmesinin nedenleri olarak varsayılmaktadır (Mumcu, Saner ve Gökalp 2002). Okyay ve arkadaşları (2012) doğurgan çağıdaki kadınların %35,5'inde anksiyete ve depresyon belirtileri olduğunu (Okyay, Atasoylu, Önde, Dereboy, Beşer 2012), Dönmez ve arkadaşları (2000) da kadın olmanın anksiyete riskini 3,56 kat, duygu durum bozukluğu riskini de 2.07 kat arttırdığını saptamışlardır (Dönmez, Dedeoğlu ve Özcan 2000). Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran kadınların beşte birinde anksiyete şüphesi saptanması da anksiyete bozukluğunun önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir (Budakoğlu, Maral, Coşar, Biri, Bumin 2005).

Duygulanım bozuklukları en sık doğurgan çağıdaki kadınlarda rastlanırken gebelik ile birlikte bu sıklık daha da artırmaktadır (**Savrun 2008**). 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 (Ekuklu, Tokuc, Eskiocak, Berberoğlu ve Saltık 2004; Üst, Pasinlioğlu ve Özkan 2013).

Gebeliğin her döneminde görölen fizyolojik ve psikolojik tepkiler, annenin gebeliği kabul edip etmemesine göre değişmekle birlikte, gebeliğe uyum süreci her kadının geğmiş yaşam deneyimlerine göre farklılıklar gösterir. Gebeliğin ilk haftalarında kadın belirsizlik ve ambivalan duygular yaşarken ikinci trimesterde ortaya çıkan fiziksel değişikliklerle birlikte ambivalan duygular ortadan kalkmaya başlar. Bu trimester kadının gebeliğin fiziksel değişikliklerine uyum sağladığı, birinci trimesterde karşılaştığı sorunları çözdüğü, ruhsal açıdan dengede olduğu dönemdir. (Taşkın 2011). Gebeliğin son döneminde ise bebeğin normal olup olmayacağı, problemsiz bir doğum yapıp yapmayacağı endişesi hem kadın hem de erkeklerin çoğunun doğumla ilgili bazı korkulara kapılmasına yol açar (Szevereniyi, Poka, Hetey ve Torok 1998).

Gebelikte yaşanan anksiyete ve stres gebe ve fetüs sağlığı açısından uzun dönemde anormal durumlara yol açabilmektedir (Allison, Stafford ve Anumba 2011). Duygusal gerilimin, özellikle kaygı ve depresyonun, gebelik ve doğum komplikasyonlarını artırdığı, yenidoğanın sağlığını olumsuz etkilediği, erken doğuma, düşük doğum ağırlığına ve intrauterin gelişim geriliğine neden olduğu bildirilmiştir (Şahin ve Kılıçarslan 2010; Altın 2012; Eskici, Demir Akca, Atasoy, Arıkan ve Harma 2012). Gebelikte yaşanan anksiyete anne-bebek bağlanma üzerine olumsuz etki oluşturmazken (Gaffney (1986; Yarcheski ve ark. 2009; Dağlar ve Nur 2015), doğum sonrası erken dönemde yaşanan anksiyetenin doğum sonrası anne-bebek bağlanmasını olumsuz etkilediği saptanmıştır (Cannella 2005; Dağlar ve Nur 2015).

Bu derlemede amaç; gebelik döneminde yaşanan duygulanım bozukluklarının kadın sağlığı açısından incelenmesidir.

GEBELERDE GÖRÖLEN ANKSİYETE VE DEPRESYON PREVELANSI

Gebelikteki hormonal değişimler duygu durum bozukluklarının gelişmesine zemin hazırlayabilmektedir (Kısa ve Yıldırım 2004). Toplum tabanlı çalışmalarda duygulanım bozukluğunun %70'leri bulduğu (Ali, Azam, Ali, Tabbusum ve Moin 2012), anksiyetenin %15-29 ve depresyon yaygınlığının %17-18 olduğu bildirilmiştir (Ali, Azam, Ali, Tabbusum ve Moin 2012; Nasreen, Kabir, Forsell ve Edhborg 2011; Felice, Saliba, Grech, Cox ve Calleja 2007). Ülkemizdeki bildirimlerde ise anksiyetenin %12-34 ve depresyon yaygınlığının %19-53 olduğu şeklindedir (Tekgöz, Sunay, Çaylan ve Kısa 2009; Gölbaşı,

Kelleci, Çetin ve Kısacık 2010; Yılmaz ve Beji 2010; Tunç, Yenicesu, Çakar, Özcan, Pekçetin ve Danışman 2012; Yücel, Çayır ve Yücel 2013; Dağlar ve Nur 2015).

Gebelik dönemi bir süreç olarak ele alındığında anksiyete ve depresyon gibi duygulanım bozukluklarına ait semptomlar gebelik **trimesterlerine** bağlı olarak değişkenlik gösterebilmektedir. Kimi çalışmalarda duygulanım bozukluğunun ilk trimesterde arttığı yönünde bildirimler yapılmışken (Bunevicius, Kusminskas, Bunevicius, Nadisauskiene, Jurenienne ve Pop 2009), başka çalışmalarda semptomların ikinci ve üçüncü trimester gebeliklerde arttığı yönündedir (Pehlivan 2004; Karataylı 2007). Başka bir çalışmada ise anksiyete ve depresyonun birinci ve üçüncü trimesterde daha yaygın olduğu bildirilmiştir (Lee, Lam, Sze Mun Lau, Chong, Chui ve Fong 2007).

Görüldüğü gibi gebelik, emosyonel açıdan çok iyi geçirilebildiği gibi psikiyatrik hastalıkların/duygulanım bozukluklarının ortaya çıktığı ya da alevlendiği bir süreç olarak ta geçirilebilmektedir (Akdeniz ve Gönül 2004; Savrun 2008).

GEBELİK VE ANKSİYETE

Yaşamın sürdürülmesi ve uyum davranışının gelişmesinde önemli bir yaşam deneyimi olan anksiyete, “kötü bir şey olacaktıymış hissi, hoş olmayan bir endişe hali ya da nedensiz bir korku” şeklinde ifade edilmektedir (Cüceloğlu 2005). Anksiyete yaşayan bireyde belirsizlik bir tehlike olarak algılanabilirken, belirsizlik durumu da anksiyeteyi, anksiyete de belirsizliği arttırabilmektedir.

Doğurganlık dönemindeki kadın, gebelik ve doğumla birlikte önemli organik ve psikolojik değişiklikler yaşadığından, gebelik ve doğum anksiyeteye yol açmaktadır. Önceki çalışmalar bize gebelik dönemindeki anksiyetenin oldukça yüksek düzeyde olduğu (Correia ve Linhares 2007) ve bu yüksekliğin özellikle üçüncü trimesterde mevcut olduğunu bildirmektedir (Karataylı 2007, Figuerido ve Conde 2011). Gebelikte yaşanan anksiyetenin nedeni ise kadının kendisinden çok fetusa odaklı olmasına bağlanmıştır (Özkan ve Bozkurt 1999). Buna göre malformasyonlu ya da yaralanmış incinmiş bir bebeğe sahip olmak, operasyonlu doğum, yabancı bir ortamda yalnız kalıp herhangi bir şeyi yanlış yapmak ya da doğumun nasıl olacağı (Szeverenyi ve ark 1998) gibi, bebeğin sağlık durumu ve doğumda ortaya çıkabilecek bir takım risklerin bebeğe zarar verme ihtimali (Şahin ve Kılıçarslan 2010, Dönmez, Yeniel ve Kavlak 2014) gebelerde anksiyeteye yol açmaktadır.

Anksiyete bozukluklarının gebelik sürecinde ortaya çıkma riskini arttıran faktörler arasında düşük eğitim düzeyi, evlilikten tatmin olamama, perinatal stessörler, çocuk için gerekli tıbbi koşulların bulunmaması, hayat koşullarındaki değişiklikler ve kendi aileleriyle ilgili sıkıntılı anılar sayılabilir (Kocabaşoğlu ve Başer 2008).

Yapılan bazı çalışmalarda gebelerin çoğunun antepartum dönemde gebelik ve doğuma ilişkin korkular yaşadığı (Yanikkerem, Kitapçioğlu ve Karadeniz 2010; Dönmez ve ark 2014), bu korkuların daha çok doğum korkusu şeklinde olduğu (Johnson ve Slade 2003; Heimstad, Dahloe, Laache, Skogvoll ve Schei 2006; Spice, Jones, Hadjistavropoulos, Kowalyk ve Stewart 2009) ve doğum korkusunun da anksiyete düzeyini arttırdığı yönünde sonuçlar elde edilmiştir (Alipour, Lamyian, Hajizadeh ve Vafaei 2011).

Öte yandan, anksiyete ile obstetrik komplikasyonlar arasında direkt bir ilişki olmamasına karşılık obstetrik komplikasyonların gelişiminde etkisinin olabileceği bildirilmiştir. Özellikle psiko-sosyal stres, doğum korkusu gibi spesifik anksiyetelerin sezaryen doğum yada uzamış doğum (Johnson ve Slade 2003), preterm eylem, düşük doğum ağırlığı ve polihidramnios ile ilişkili olabileceği gösterilmiştir (Eskici ve ark 2012).

Son zamanlarda yapılmış çalışmalarda ise gebelik döneminde, anksiyete ve depresyon belirtileri arasında pozitif yönde birbirini indükleyen ilişkilerin olduğu belirtilmiştir. Buna göre gebelerde anksiyetenin artması depresif semptomlara yol açabileceği gibi depresyonun olması da gebenin endişesinin, anksiyetesinin artmasına neden olmaktadır (Şahin ve Kılıçaslan 2010; Çelik, Köken ve Yılmaz 2013).

Orta şiddette anksiyetesi olan hastalara farmakolojik olmayan psikolojik yaklaşımlar (dinamik psikoterapi, destekleyici psikoterapi ve bilişsel-davranışçı terapi yaklaşımları) uygulanabilirken anksiyetesi günlük yaşamını etkileyen hastalarda psikolojik yaklaşımların yanı sıra medikal tedavide tercih edilebilmektedir (Saatçioğlu 2001).

GEBELİK VE DEPRESYON

Depresyon hafif mizaç bozukluğundan huzursuzluk, motor retardasyon, erken uyanma, kilo kaybı ve iştahsızlık gibi belirtilerle ve kendini kınama, apati, umutsuzluk, değersizlik hissi, intihar düşüncesi ve girişimi gibi öznel belirtilerle karakterize olan, şiddetli bir hastalığa kadar uzanabilen geniş bir yelpazeyi içerir (Marakoğlu ve Şahsuvar 2008). Depresyon yeti yitiminin en önemli nedeni olmasının yanı sıra, mortalite ve morbiditeyi arttıran hastalıklar arasında yer almaktadır (Savrun 2008).

Gebelikte depresyonun yaygın olması ve postpartum dönemde de devam etmesi ihtimalinin hem anne sağlığını hem de fetal sağlığı olumsuz etkilemesi nedeniyle üzerinde önemle durulması ve erken tanınıp tedavi edilmesi gereken bir sorundur (Marakoğlu ve Şahsuvar 2008; Bunevicius ve ark 2009; Çalık ve Aktaş 2011; Savrun 2008). Depresyonda görülen, uyku ve iştah bozukluğu, enerji azalması gibi belirtilerin, psikiyatrik bozukluğu olmayan kadınlarda da görülmesi, depresyonun atlanmasına sebep olabilir. Ancak dikkatli bir gözlem ile gebelerde umutsuzluk, hayattan zevk alamama, suçluluk hisleri ve intihar düşüncesinin saptanması depresyon tanısını koydurur.

Gebelik depresyonun fetus üzerindeki etkileri farklı şekillerde kendini gösterebilmektedir. Gebelikte depresyon durumu norepinefrin ve kortizol düzeylerini yükseltmekte, bu durum uterusu olan kan akımını azaltarak hem gebe, hem de fetus üzerinde çok ciddi obstetrik ve neonatal sonuçlar doğurmaktadır (Çalık ve Aktaş 2011). Yine gebelik döneminde iştahın azalması, yetersiz ve dengesiz beslenme, öz bakımının bozulması, sigara ve alkol kullanımında artış fetus gelişimini olumsuz etkilemekte, gebelik ve doğum komplikasyonlarında artışa yol açabilmektedir (Savrun 2008). Bu bağlamda gebeliğinde depresyon yaşayan kadınlarda depresyon yaşamayanlara göre erken doğum görülme insidansının %13, düşük doğum ağırlıklı bebek olma insidansının ise %15 oranında arttığı, gebelik depresyonu tanısı alanlarda prenatal kortizol düzeylerinin daha yüksek fetüslerin gestasyon haftasına göre daha küçük, fetüsün büyüme hızının daha yavaş ve düşük doğum ağırlıklı bebek oranının daha yüksek olduğu görülmüştür (Diego, Field, Hernandez-Reif, Schanberg, Kuhn, Gonzalez-Quintero 2009).

Gestasyonel depresyon etiyojisine yönelik çalışmalarda, 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 düşükler, plansız ve istenmeyen gebelik, gebelik hakkında zıt duygulanım ve bebeğin durumuyla ilgili endişelerin varlığı gösterilmiştir (Bowen and Muhajarine 2006; Edwards, Galletly, Semmler-Booth ve Dekker 2008). Ayrıca anne yaşının küçük ya da çok ileri olması, düşük eğitim seviyesi, düşük sosyoekonomik düzey, evde aileyle yaşayan bir ebeveyn varlığı, bebeğin sağlığı konusunda duyulan kaygı, doğum korkusu, gebelikte yaşanan komplikasyonlar, aile içi şiddet ve gebelikten önce psikiyatrik hastalık öyküsü gebelikte depresyon gelişimi ile ilişkili faktörler olarak ortaya konmuştur (Edwards ve ark. 2008; Çelik ve ark 2013).

Gebelikte dönemindeki anksiyete ve depresif semptomlar aynı zamanda postpartum depresyonun en güçlü belirleyicileri durumundadır (Seimry, Sjögren, Welles-Nyström ve Nissen 2009). Literatürde gebelik ve postpartum dönemlerinde görülen anksiyete ve depresyon durumları arasında dolaysız ilişkilerin var olduğunu ortaya koyan çalışmalar mevcuttur (Alhusen 2008). Postnatal depresyon belirtileri olan kadınların % 50 sinden daha fazlasında bu belirtilerin gebelik döneminden itibaren devam ettiği (Bloch, Rotenberg, Koren ve Klein 2006), önceki gebelikte depresyon öyküsü varsa sonraki gebelik ve doğumlarda %50-60 oranında tekrarlama riskinin olduğu bildirilmiştir (Kısa ve Yıldırım 2004).

Gebelik depresyonunun kontrol altına alınmasına yönelik girişimler arasında ilaçların olası yan etkilerinden dolayı, hafif ve orta düzeydeki depresyon durumlarında psikoterapi ve psiko-eğitim seçenekleri önerilmektedir. Son zamanlarda etkinliği kanıtlanmış, özellikle kısa süreli psikoterapilerin uygulaması hızla artmaktadır. Ancak depresyonun daha ağır formlarında, annenin kendisine zarar verme olasılığının artması durumunda, ilaçla tedavi seçeneği devreye girmektedir (Savrun 2008). Böylesi zorunlu durumlarda, gebelikte ilaç kullanımı için yeterli literatür bilgisi olmamakla birlikte, potansiyel nörotoksisite ve teratojenite açısından annenin bilgilendirilmesi şarttır (Kocabaşoğlu ve Başer 2008). Zira depresyon için ilaç kullanan kadın, farkında olmadan gebe kalıp bir süre daha ilaç almaya devam edebilir. Böyle bir durumda anne ve yakınları ile görüşülüp riskler anlatılmalı, gebeliğe devam veya tahliye kararı birlikte verilmelidir (Savrun 2008). Dennis, Ross ve Grigoriadis (2007) depresif gebe kadınların tedavisinde kişilerarası psikoterapi etkinliğininin incelendiği çalışmalarında psikoterapi uygulanan grupta Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDS) skorlarında azalma olduğunu belirlemişlerdir.

GEBELİKTE GÖRÜLEN DUYGULANIM BOZUKLUĞUNDA SAĞLIK ÇALIŞANININ SORUMLULUKLARI

Gebelik süresince annede oluşan duygulanım bozuklukları hem anne ve fetüsün sağlığını ve gelişimini olumsuz etkilediğinden hem de doğumdan sonra bebekte bazı davranış sorunlarına neden olduğundan (Savrun 2008) prenatal depresyon ve anksiyetenin tanınması ve kontrol altına alınması, gebe kadının yanı sıra aile ve bebek sağlığına da katkıda bulunmaktadır (Bertan, Haznedaroğlu, Koln, Yurdakök ve Güçiz 2009; Yücel ve ark 2013). Dolayısıyla annenin, bebeğın ve diğer aile üyelerinin sağlıklı bir yaşam sürmelerinde başta ebe, hemşire

ve hekim olmak üzere sağlık çalışanlarına büyük sorumluluklar düşmektedir (Koyun, Taşkın ve Terzioğlu 2011).

Gebelerde depresyonun ve anksiyetenin tanımlanması ve önlenmesi için risk etkenlerinin belirlenmesi, anne-bebek sağlığı, gebelik ve doğum sonu sürecin sağlıklı geçirilmesi açısından kritik önemdedir (Marakoğlu ve Şahsuvar 2008). Buna yönelik olarak annenin depresyon ve anksiyete ile olumlu baş etmesini sağlamak için eğitim ve danışmanlık yapılmalı, gebenin destek sistemleri belirlenmeli ve bu destekleri kullanması sağlanmalıdır (Yücel ve ark 2013). Ayrıca sağlık çalışanlarınca tarama programları başlatılmalı, yaygınlaştırılmalı, depresyon riski olan gebeler erken dönemde belirlenmeli ve ilgili birimlere yönlendirilmelidir. Perinatal depresyona yönelik yapılan tarama programının etkinliğinin değerlendirildiği bir çalışmada gebelerin (n= 425) % 95.0'i ni ve postpartum dönemdeki kadınların da % 90.0'ını (n=269) "Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2)" ölçme aracı kullanılarak depresif semptomlar açısından taramış ve bu tarama sonucunda gebeleri (n=110) ve postpartum kadınları (n=22) ruh sağlığı hizmetleri almaları için yönlendirme yapılmıştır (Hanson, Klima, Lori ve Levi 2013). Evans, Spiby ve Morrell'in (2015) 32 çalışmanın incelendiği sistematik derlemesinde gebelikte anksiyete ve depresyonun değerlendirilmesinde 17 farklı ölçüm aracı kullanıldığını saptamıştır. Üç ölçüm aracının ("The State Trait Anxiety Inventory", "Edinburgh Postnatal Depression Scale" ve "The Hospital Anxiety and Depression") en sık kullanıldığını ancak gebelikte kullanımıyla ilgili daha fazla çalışmanın yapılması gerektiğini vurgulanmıştır.

Gebelerde ve sağlık çalışanlarında gebelik süreci ve yaşanan fizyolojik ve psikolojik değişimlerle ilgili farkındalığın artırılması, gebelikte ortaya çıkabilecek birçok ruhsal sorunun erken tanınması, önlenmesi, erken müdahale edilmesi ve tedavisine olanak sağlaması bakımından son derece önemlidir (Çelik ve ark 2013). Ayrıca doğuma hazırlık sınıflarının yaygınlaştırılması, gebe ve eşlerinin bu sınıflara katılımlarının desteklenerek daha olumlu bir gebelik ve doğum deneyimi yaşamaları sağlanabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Birçok kadın gebelik ve doğuma bağlı değişimlere uyum sağlarken, bazı kadınlarda farklı düzeylerde duygulanım bozuklukları ortaya çıkabilmekte, gebelik kadın ve ailesi için kriz dönemi olabilmektedir. Gebelikte yaşanan duygulanım bozuklukları özellikle kaygı ve depresyon, gebelik ve doğum komplikasyonlarını artırmakta, erken doğuma, düşük doğum

ağırlığına ve intrauterin gelişim geriliğine neden olabilmekte, yenidoğanın sağlığını olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle prenatal depresyon ve anksiyetenin tanınması, sadece gebe kadın için değil aile ve bebek için de oldukça önemlidir.

Gebelik sürecinde gebe kadın ve ailesinin gebeliğe uyum sağlaması, gebelik sırasında ortaya çıkan veya alevlenen depresyon, anksiyete belirtilerinin erken dönemde saptanması ve kontrol altına alınması çabaları, sağlık çalışanlarına kritik bir rol vermektedir. Bu amaçla gebelere danışmanlık hizmeti verilmeli, depresyon ve anksiyete tarama programları başlatılmalıdır.

KAYNAKLAR

Akdeniz F, Gönül AS. (2004). Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. Klinik Psikiyatri, (Ek 2): 70-74.

Ali NS, Azam IS, Ali BS, Tabbusum G, Moin SS. (2012). Frequency and associated factors for anxiety and depression in pregnantwomen: a hospital-based cross-sectional study. The Scientific World Journal, Article ID 653098: 1-9.

Alipour Z, Lamyian M, Hajizadeh E, Vafaei MA. (2011). The association between antenatal anxiety and fear of childbirth in nulliparous women: a prospective study. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 16(2):1-6.

Alhusen JL. (2008). A literature update on maternal-fetal attachment. JOGNN, 37: 315-328.

Allison S, Stafford J, Anumba D. (2011). The effect of stres and anxiety associated with maternal prenatal diagnosis on fetomaternal attachment. BMC Women's Health, 11;33.

Altın EG. (2012). Perinatal depresyon tedavisinde kişilerarası terapi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry, 4(2): 188-203.

Bertan M, Haznedaroğlu D, Koln P, Kadriye Yurdakök K, Güçüz BD. (2009). Ülkemizde erken çocukluk gelişimine ilişkin yapılan çalışmaların derlenmesi (2000-2007). Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 52(1): 1-8.

Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E. (2006). Risk factors for early postpartum depressive symptoms. Gen Hosp Psychiatry, 28: 3-8.

Bowen A, Muhajarine N. (2006). Antenatal depression. Can Nurse, 102: 26-30.

Budakoglu II, Maral I, Coşar B, Biri A, Bumin MA. (2005). 15 yaş üzeri kadınlarda anksiyete sıklığı ve gelişimini etkileyen faktörler. *TJOD*, 2(2): 92-97.

Bunevicius R, Kusminskas L, Bunevicius A, Nadisauskiene RJ, Jureniene K, Pop VJ. (2009). Psychosocial risk factors for depression during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand.*, 88: 599-605.

Cannella BL. (2005). Maternal-fetal attachment: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 50 (1): 60-68.

Correia and Linhares MB. (2007). Maternal anxiety in the pre and postnatal period: a literature review. *Rev Latino Am Enfermagem*, 15: 677-683.

Cüceloğlu D. (2005). İnsan ve Davranışları Psikolojinin Temel Kavramları. 15. Baskı. İstanbul: Remzi Kitabevi.

Çalık YK, Aktaş S. (2011). Gebelikte depresyon: sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. *Psikiyatrik Güncel Yaklaşımlar- Current Approaches in Psychiatry*. 3(1): 142-162.

Çelik F, Köken GN, Yılmaz M. (2013). Gebelikte depresyon semptomlarının sıklığı ve depresyon gelişimini etkileyen faktörler. *Anatol J Clin Investig.*, 7(2): 110-117.

Daglar G, Nur N. (2015.) Level of mother-baby bonding and influencing factors during pregnancy and postpartum period. *First International Scientific Nursing and Midwifery Congress Care 4 Magazine*, pp 29.

Dennis CL, Ross LE, Grigoriadis S. (2007). Psychosocial and psychological interventions for treating antenatal depression. *Cochrane Database Syst Rev*. Jul 18;(3):CD006309.

Diego MA, Field T, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, Gonzalez-Quintero V. (2009). Prenatal depression restricts fetal growth. *Early Hum Dev.*, 85:65-7.

Dönmez L, Dedeoğlu N, Özcan E. (2000). Sağlık ocaklarına başvuranlarda ruhsal bozukluklar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 11: 198-203.

Dönmez S, Yeniçel ÖA, Kavlak O, (2014). Vajinal doğum ve sezaryen doğum yapan gebeleri durumluk kaygı düzeylerinin karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi /Gümüşhane University Journal of Health Sciences*, 3(3): 908-920.

Edwards B, Galletly C, Semmler-Booth T, Dekker G. (2008). Antenatal psychosocial risk factors and depression among women living in socioeconomically disadvantaged suburbs in Adelaide, South Australia. *Aust N Z J Psychiatry*, 42: 45-50.

Ekuklu, G., Tokuc B., Eskiocak, M., Berberoglu, U., Saltik, A. (2004). Prevalence of postpartum depression in Edirne, Turkey, and related factors. *J Reprod Med.*, 49: 908-914.

Eskici L, Demir Akca AS, Atasoy N, Arıkan İ, Harma M. (2012). Gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğunun obstetrik sonuçları ve yenidoğan üzerine etkileri. *Anatol J Clin Investig.*, 6(1): 10-16.

Evans K, Spiby H, Morrell CJ. (2015). A psychometric systematic review of self-report instruments to identify anxiety in pregnancy. *J Adv Nurs*. Mar 26:1-16.

Felice E, Saliba J, Grech V, Cox J, Calleja N. (2007). Antenatal psychiatric morbidity in Maltese women. *Gen Hosp Psychiatry*, 29: 501-505.

Figueiredo, B., Conde, A. (2011). Anxiety and depression in women and men from early pregnancy, *Arch Womens Ment Health*, 14: 247-255.

Gaffney, KF. (1986). Maternal-fetal attachment in relation to self-concept and anxiety. *Maternal Child Nursing Journal*, 15(2): 91-101.

Golbasi Z, Kelleci M, Çetin A, Kısacik G. (2010). Prevalence and correlates of depression in pregnancy among Turkish women. *Matern Child Health J.*, 14: 485-491.

Hanson L, Klima C, Lori J, Levi A. (2013). Abstracts from Research Forums Presented at the American College of Nurse-Midwives' 58th Annual Meeting. *J Midwifery Womens Health*. Sep;58(5):583. doi: 10.1111/jmwh.12115_1.

Heimstad R, Dahloe R, Laache I, Skogvoll E, Schei B. (2006). Fear of childbirth and history of abuse: implications for pregnancy and delivery. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85(4): 435-440.

Johnson R.C, Slade P. (2003). Obstetric complications and anxiety during pregnancy: is there a relationship. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 24(1): 1-14.

Karataylı S. (2007). Gebelerde trimesterler arası depresyon, anksiyete, diğer ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi düzeyleri, Uzmanlık Tezi, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Konya.

Kısa C, Yıldırım SG. (2004). Gebelik; postpartum dönem ve ruhsal bozukluklar. 3P Dergisi, (ek 4): 30-37.

Kocabaşoğlu N, Başer SZ. (2008). Gebelik ve doğumla tetiklenen psikiyatrik hastalıklar. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No:62: 349-354.

Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F. (2011). Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry, 3(1): 67-99.

Lee AM, Lam SK, Sze Mun Lau SM, Chong CS, Y Chui HW, Fong DYT. (2007). Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. Obstetrics and Gynecology, 110(5): 1102–1112.

Marakoğlu ve Şahsuvar. (2008). Gebelikte Depresyon. Türkiye Klinikleri J Med Sci., 28.

Mumcu C, Saner S, Gökalp P. (2002). Kadın ve Depresyon, 1. Baskı. İstanbul, 87-88.

Nasreen HE, Kabir ZN, Forsell Y, Edhborg M. (2011). Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms during pregnancy: a population based study in rural Bangladesh. BMC Women’s Health, 11(22).

Okyay P, Atasoylu G, Önde M, Dereboy Ç, Beşer E. (2012). Kadınlarda yaşam kalitesi anksiyete ve depresyon belirtilerinin varlığında nasıl etkileniyor? Kesitsel bir alan çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi, 23(3): 178-188.

Özkan S, Bozkurt O. (1999). Kadın Doğum ve Ruh Sağlığı. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi, İstanbul, 36-49.

Öztürk O (2011). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 9.Baskı, Nobel Tıp Kitabevi- İstanbul, 217-342.

Öztürk Y, Günay O. (2011). Halk Sağlığı Genel Bilgiler, Önder ofset, Kayseri, 1233-1243.

Pehlivan K. (2004). Kadın psikiyatrik hastalarının cinsel yaşam, evlilik, aile planlaması ve kontrasepsiyon, gebelik ve çocuk sahibi olması, aids, cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından riskli davranışlarının genel popülasyonla karşılaştırılması çalışması. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul.

Saatçioğlu Ö. (2001). Yaygın anksiyete bozukluğunun tedavisi ve yeni yaklaşımlar. Klinik Psikofarmakoloji Bulteni, 11(1):60-77.

Savrun M. (2008). Gebelik ve Depresyon. Klinik Gelişim Dergisi, 21(1):164-166.

Seimyr L, Sjögren B, Welles-Nyström B, Nissen E. (2009). Antenatal maternal depressive mood and parental-fetal attachment at the end of pregnancy, Arch Womens Ment Health, 12: 269-279.

Spice K, Jones SL, Hadjistavropoulos HD, Kowalyk K, Stewart S.H. (2009). Prenatal fear of childbirth and anxiety sensitivity. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 30(3): 168-174.

Szeverenyi P, Poka R, Hetey M, Torok Z. (1998). Contents of childbirth-related fear among couples wishing the partner's presence at delivery. J Psychosom Obstet Gynaecol., 19(1): 38-43.

Şahin EM, Kılıçarslan S. (2010). Son trimester gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 27(1): 51-58.

Taşkın, L. (2011). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara.

Tekgöz İ, Sunay D, Çaylan A, Kısa C. (2009). Gebeliğin son 3 ayında anksiyete bozukluğu ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi, Türk Aile Hek Derg., 13(3): 132-136.

Tunç S, Yenicesu O, Çakar E, Özcan H, Pekçetin S, Danışman N. (2012). Antenatal dönemde anksiyete ve depresyonun görülme sıklığı ve ilişkili faktörler. The Journal Of Gynecology - Obstetrics And Neonatology, 9 (35): 1431-1435.

Üst ZD, Pasinlioğlu T, Özkan H. (2013). Doğum eyleminde gebelerin anksiyete düzeylerinin incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 16: 110-115.

Yanikkerem Uçum E, Kitapçioğlu G, Karadeniz G. (2010). Kadınların doğum yöntemlerine bakış açısı, deneyim ve memnuniyetleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5(13): 107-123.

Yarcheski A, Mahon NE, Yarcheski TJ, Hanks MM, Cannella BL. (2009). A meta-analytic study of predictors of maternal-fetal attachment. *International Journal of Nursing Studies*, 46; 708–715.

Yılmaz DS, Beji KN. (2010). Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler, *Genel Tıp Dergisi*, 20(3): 99-108.

Yücel P, Çayır Y, Yücel M. (2013). Birinci trimester gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*, 16: 7-17.