

Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi

Depression in Pregnancy: Prevalence, Risk Factors and Treatment

Kıymet Yeşilçiçek Çalık¹, Songül Aktaş¹

¹ Öğr. Gör., Karadeniz Teknik Üniv. Trabzon Sağlık Yüksekokulu, Trabzon

ÖZET

Gebelik depresyonu, hem annenin hem de çocuğun sağlığını etkileyen ve sık görülen bir ruhsal bozukluktur. Gebelikte depresyon ve depresif belirti görülme sıklığı %12-36 arasında değişmektedir. Genetik, psikolojik, biyolojik, çevresel, hormonal faktörler gebelik depresyonunu hazırlayıcı nedenlerdir. Gebelikteki depresyon preterm eylem, pre-eklampsi, zor doğum, doğumda daha fazla cerrahi müdahaleye gereksinim duyma, gebelik haftasına göre küçük fetüs, düşük doğum ağırlıklı ve düşük apgar skorlu yenidoğan gibi olumsuz gebelik ve obstetrik komplikasyonlar gibi tablolara yol açabilmektedir. Ayrıca gebelik depresyonu intihar girişimini, postpartum depresyon riskini artırma potansiyeli nedeniyle de çok önem taşımaktadır. Gebeliğin erken dönemlerinde görülen depresyon, hem gebeyi hem de fetüsü uzun dönemde de olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle gebelik depresyonunun erken tanınıp, tedavi edilmesi anneye ve fetüsa ait oluşabilecek riskleri azaltacaktır. Görevli sağlık personelinin gebelikte depresyona eğilimli olabilecek riskli grupları erken dönemde belirlemesi, depresyonun önlenmesi ve tedavisini kolaylaştırır. Bu yazıda gebelikte depresyonunun tanımı, sıklığı, anneye ve fetüsa getireceği riskler, risk faktörleri, bu süreçte korunma ve tedavi yaklaşımları kısaca gözden geçirilmiştir.

Anahtar Sözcükler: gebelik, depresyon, komplikasyon, tedavi

ABSTRACT

Depression in pregnancy is a common psychiatric disorder affecting health of both the mother and the unborn child. The prevalence of depression and depressive symptoms during pregnancy ranges from 12% to 36%. Genetic, psychological, biological, environmental and hormonal factors comprise the predisposing factors for development of depression. Depression in pregnancy

may cause such pregnancy and obstetrical complications as preterm delivery, preeclampsia, difficult birth, increased need for surgical intervention during delivery, smaller fetus compared to the gestational age, newborns with low birth weights and low apgar scores. It is also important due to its potential to increase the risk of suicide attempts and postpartum depression. Depression seen at an early period of the pregnancy affects both the mother and the fetus negatively in the long run. Therefore, early diagnosis of depression and its treatment will decrease the prospective risks for both parts. Health care staff play a key role in the early detection of the risk groups inclined to the gestational depression, in the prevention and treatment of depression. With the present work, we aimed at revising the diagnosis of the depression in pregnancy, its prevalence, risk factors for mother and fetus, its prevention and treatment during pregnancy.

Keywords: pregnancy, depression, complication, treatment

Tüm dünyada sık görülen önemli bir ruh sağlığı sorunu olan depresyon, insanın işlevselliğini, yaratıcılığını, mutluluğunu ve doyumunu engelleyerek yaşam kalitesini düşürmekte ve işgücü kayıplarına yol açmaktadır.[1] Uluslararası çalışmalar depresyonun büyük çoğunluğunun gebelik, doğum, lohusalık gibi doğurganlık süreçlerini içine alan 18-44 yaş aralığındaki kadınlarda görüldüğünü belirtmektedir.[2,3] Bu süreçlerden gebelik, kadınlar için doğal bir yaşam olayı olmanın yanısıra önemli biyolojik ve psikososyal değişimlerin yaşandığı kaygı ve stres oluşturabilecek birçok etkenle karşılaşma riskinin de yüksek olduğu bir dönemdir.[4] Geçmiş yıllarda gebelik “psikiyatrik bozukluklar için koruyucu bir dönem” olarak görülürken, günümüzde bu görüş kabul görmemektedir.[5,6] Çünkü kadınlar gebeliği neşe, doyum, olgunluk, kendini gerçekleştirme ve mutluluk kaynağı olarak algıladığı gibi; stres, endişe, kaygılı bekleyiş, üzerinde aşırı bir yüklenme gibi olumsuz ruhsal duygulanımların da yaşanabileceği bir dönem olarak da görebilmektedir.

Literatürde gebelik ve doğum dönemlerinin neden olduğu nöroendokrin ve psikososyal değişikliklerin yaşamın diğer dönemleriyle kıyaslanmasının mümkün olamayacağı belirtilmektedir.[7,8] Bu nedenlerden dolayı gebelik, kadınların yaşamında yüksek etki gösteren stres dönemidir ve sıklıkla endişe ve depresyonla birleşmektedir.[6,9] Gebelik depresyonu fetüsü ve annenin iyilik halini olumsuz etkilemesi ve postpartum depresyona zemin hazırlaması nedeniyle üzerinde önemle durulması ve erken tanı koyulup tedavi edilmesi gereken bir sorundur.[10,11] Bu yazıda, gebelikte görülen depresyonun tanımlanmasını, anneye ve fetüsa getireceği riskleri, korunma, tedavisi ve gebe-

lik depresyonunda sağlık personelinin rolünü kısaca gözden geçirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla Türk Tıp Dizini, Türkiye Atıf Dizini, Türk Psikiyatri Dizini gibi ulusal veri tabanları, Pubmed ve Google Scholar gibi uluslar arası çevrimiçi veri tabanları gebelikte depresyon ile ilişkili anahtar sözcükler kullanılarak taranmış, uygun makaleler değerlendirilmeye alınmıştır.

Depresyonun Tanımı ve Tanı Ölçütleri

Depresyon; derin üzüntülü bir duygudurum içinde düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık, intihar gibi duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendromdur. Bu sendrom, bilişsel ve duygusal alanlarla ilgili bir çok belirtiyi kapsamaktadır. Bu belirtiler hafif düzeyden başlayıp şiddetli düzeye kadar ilerleyebilmektedir.[1,12] Depresyon, birincil bir duygudurum bozukluğu biçiminde ortaya çıkabileceği gibi, bir çok psikiyatrik ve tıbbi duruma ikincil olarak da görülebilmektedir. Depresyon aynı zamanda yaygınlık, kronikleşme, tekrarlama oranlarının yüksek olması, iş gücü kaybı ve intihar riskini de artırması nedeniyle önemli sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir.[5,12]

Amerikan Psikiyatri Birliğinin yayınladığı Ruhsal Bozuklukların Tanımı ve Sayımsal El Kitabına (DSM-IV-TR) göre major depresyon tanı ölçütleri Tablo.1.'de gösterilmiştir.

Gebelik Depresyonunun Görülme Sıklığı

Pospartum depresyon üzerine çok çalışmalar yapılmış olmasına karşın gebelik depresyonu ile ilişkili araştırmalar sınırlı sayıdadır.[3,13] Değişik kültürlerde gebelik döneminde depresyon yaygınlığını araştıran çalışmalarda depresif belirti görülme sıklığı Macaristan'da %17.9,[14] Amerika'da %20,[15] Kanada'da %25, [16], Finlandiya'da %30 [17] olarak bulunmuştur.

Türkiye'de bu konuda sınırlı sayıda çalışma mevcut olmakla birlikte, Beck Depresyon Ölçeğine (BDÖ) göre (kesme puan 17 ve üzeri) yapılan çalışmalar da gebelikte depresif belirti görülme sıklığını; Karaçam ve Ançel %27.3 [18], Altınay %27.9 [19], Sevindik %36.3 [6] olarak bulmuşlardır. Gölbaşı ve arkadaşları,[20] Edinburg Postnatal Depresyon Ölçeğine (EPDÖ) göre yaptıkları çalışmada; gebelikte depresif belirti görülme sıklığını %28.6 olarak belirlemişlerdir.

Tablo.1. DSM IV'e göre Major Depresyon Tanı Ölçütleri[12]

A. İki haftalık dönem sırasında daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmasıyla birlikte aşağıdaki belirtilerden en az 5'inin bulunmuş olması; bu belirtilerden en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama olması gerekir.

(1) Ya hastanın kendisinin bildirmesi (örn. Kendisini üzgün ya da boşlukta hisse eder.) ya da başkasının gözlemesi (örn. ağlamaklı bir görünümünün olması) ile belirli, hemen her gün yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum
Not: Çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygudurum bulunabilir.

(2) Hem hergün yaklaşık gün boyu süren tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma durumu.

(3) Perhizli değil iken önemli derece kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örn. Ayda, vücut kilosunun %5'inden fazlası olmak üzere) ya da hemen her gün iştahının azalmış ya da artmış olması.

Not: Çocuklarda beklenen kilo alımının olmaması.

(4) Hemen her gün, uykusuzluk veya aşırı uyku olması.

(5) Hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarının da gözleniyor olması gerekir).

(6) Hemen her gün, yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması.

(7) Hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (sarısal olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).

(8) Yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarımının olması.

B. Bu belirtiler bir karma (mikst) epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

C. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D. Bu belirtiler bir madde kullanımının ya da genel tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

E. Bu belirtiler yas süreciyle daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitilmesinden sonra bu belirtiler 2 aydan daha uzun sürer ya da bu belirtiler, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşıp durma, intihar düşünceleri, psikotik belirtiler ya da psikomotor retardasyonla belirlidir.

Gebelerde görülen depresyon belirtilerinin düzeylerine yönelik yapılan çalışmalarını incelediğimizde; Sevindik [6] çalışmasında; gebelerin %30'unda depresif belirti olmadığını, %33.8'inde hafif , %23,8 ininde orta ve %12,5'inin de ağır düzeyde depresif belirti bildirmişken; Aktaş ve arkadaşla-

rı[21] gebelerin %46.6'sında depresif belirti olmadığını, %34.5'inde hafif, %13,9'unda orta düzeyde, % 4.8'inin de ağır düzeyde depresif belirtilerinin olduğunu saptamışlardır. Bir çok çalışmada gebe kadınların ortalama %18'inin major depresyon tanısı aldıkları bildirilmektedir.[3,22]

Gebelikte depresif belirti görülme sıklığı gebelik trimesterlerine göre de değişkenlik gösterebilmektedir. Literatürde gebeliğin ikinci trimesterine göre birinci ve üçüncü trimesterinde anksiyete ve depresyonun daha fazla yaşandığı belirtilmektedir.[4,6,21] Bennet ve arkadaşlarının, sistematik gözden geçirme çalışmasında depresyon yaygınlığı; gebeliğin ilk trimesterinde %7.4, ikinci trimesterde %12.8 ve üçüncü trimesterde %12 olarak bildirilmiştir.[23] Bunevicius ve arkadaşları [11] çalışmalarında gebelik depresyonunun en fazla ilk trimesterde görüldüğünü ve bu trimesterde yüksek oranda görülmesini de gebeliğin plansız ve istenmeyen olması, düşük gelir ve eğitim düzeyinde olunması, gelir getiren bir işte çalışmama değişkenleriyle ilişkili olduğunu saptamıştır. Akbaş ve arkadaşlarının,[24] gestasyon haftası 36 ve üzerinde olan gebelerdeki depresyon sıklığını araştıran çalışmalarında ise; bu gebelerin %42.3'ünün hafif, %39.4'ünün orta ve %18.3'ünün şiddetli ve ağır depresyon belirtileri gösterdiği tespit edilmiştir.

Belirti ve Bulgular

Gebelerdeki depresif belirti ve bulguların; gebeliğin fizyolojik değişiklikleri ve yakınmalarıyla benzer özellikte olması ve subsendromal özellik gösterebilmesi nedeniyle gebelik depresyonuna tanı koymak bazen güç olabilir.[5,25] Bu nedenle ebe, hemşire ve hekim doğru tanı için gebeyi fiziksel ve psikolojik yönüyle iyi değerlendirebilmeli, depresyona yönelik belirtileri ve etkin tarama yöntemlerini bilmeli, bu yöntemleri uygulayabilmelidir.[25,26]

Gebeliğin birinci trimesterindeki başlıca depresif belirti ve bulgular; uyku ve iştah değişiklikleri, duygulanım ve anksiyete durumlarında dalgalanma, aşırı yorgunluk, libido kaybı, konsantrasyon güçlüğüdür. Benzer şekilde gebeliğin üçüncü trimesterinde anksiyete, aşırı yorgunluk, uyku ve iştah bozuklukları, doğumla ilgili kaygılar görülebilmektedir. Bu depresif belirtiler gebeliğin ikinci trimesterinde daha az görülmektedir.[5] Literatürde, depresif belirtilerin gebe kadınlarda en az postpartum dönemdeki veya gebe olmayan kadınlardaki kadar sık ve yoğun görüldüğü belirtilmektedir.[4] Gebelikteki depresif belirtiler genel depresyon belirtilerinden farklı olmamakla birlikte; hamile depresif hastalarda diğer depresif hastalara göre bulantı, mide ağrısı, sık soluk alıp

verme, baş ağrısı gibi somatik şikayetler anlamlı derecede fazla görülmektedir.[25]

Risk Faktörleri

Gebelik depresyonundaki risk faktörlerinin çok boyutlu olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Tablo.2.'de başlıca risk faktörleri ve kısa açıklamaları gösterilmiştir.

Literatürde gebelik depresyonunun risk faktörlerine yönelik birçok çalışma bulunmaktadır. Kalken ve arkadaşlarının,[27] 230 gebe üzerine yaptıkları çalışmada; gebeliğin erken dönemindeki şiddetli bulantı ve kusmanın gebelikteki yaşanan anksiyete ve depresyonla ilişkisinin olduğu saptanmıştır. Leigh ve arkadaşları,[28] Avustralya'da 367 gebe üzerinde yaptıkları randomize çalışmada; özsaygısı düşük olan, anksiyete yaşayan, sosyal desteği az ya da hiç olmayan, sürekli olumsuz yönde düşünme eğilimi olan, yaşamında büyük bir travma yaşamış, geçmişinde şiddet gören kadınlarla gebelik depresyonu riskinin yüksek olduğunu saptamışlardır. Aynı çalışmada ilk ebeveyn olma stresi ile gebelik depresyonu arasında da anlamlı bir ilişki bulunmuştur.[28]

Gebelikteki sosyodemografik ve obstetrik faktörler gebelik depresyonunu etkileyebilmektedir. Bu faktörlerden bazıları üzerinde yapılan bir çalışmada; gebelik depresyonunun evlilik süresi ile pozitif, eğitim düzeyi ile negatif yönde bir bağıntısı olduğu saptanmıştır.[24] Aynı çalışmada geniş ailede yaşayan gebelerde depresyon puanı çekirdek ailede yaşayanlara göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur.[24]

Ergenlikte ya da küçük yaşta gebe kalma depresyon için bir diğer risk faktörüdür. Figueiredo ve arkadaşlarının,[29] Hollanda'da yaptıkları randomize bir çalışmada; 17-40 yaş arası gebelere (n=54) göre ergenlik çağındaki gebeler (n=54) hem gebelik süresince hem de postpartum dönemde anlamlı olarak daha fazla depresif belirti göstermişlerdir. Aynı çalışmada depresif belirti gösteren ergen gebelerin daha çok sosyal desteğe ihtiyaç duyabileceği de vurgulanmaktadır. Benzer amaçlı bir çalışma olan Lau ve arkadaşlarının ikinci trimesterde olan 2178 gebe üzerinde yaptıkları bir araştırmada, istenmeyen gebelik ve genç yaşta olma ile depresif bulgular arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir.[30]

Gebelerin sosyoekonomik düzeyi ve gelir getiren bir işte çalışma durumu da depresyonu etkilemektedir. Bödecs ve arkadaşları,[14] gelir getiren herhangi bir işte çalışmayanlarda ve 18 yaş altında olan gebelerde gebelik depresyonunun daha çok görüldüğünü saptamışlardır. Benzer şekilde Leigh ve arkadaş-

ları da [28] gelir düzeyi düşük gebelerde gebelik depresyonunun, gelir düzeyi iyi olanlara göre anlamlı düzeyde arttığını bulmuşlardır.

Tablo.2. Gebelik Depresyonunda Başlıca Risk Faktörleri [3,13]

Genetik Faktörler

Genetik faktörle ilgili bilgiler tam açıklığa kavuşmamıştır. Bununla birlikte gebelik / lohusalık depresyonunun yaklaşık %40-50'sinin genetik faktörle ilişkisinin olduğu ileri sürülmektedir. Literatürde genetik faktörle çevresel faktörlerin iç içe olduğu ve araştırılırken bu iki faktörün birlikte ele alınması gerektiği belirtilmektedir.

Psikolojik Faktörler

Gebenin şimdi depresyon veya anksiyete yaşaması, geçmişinde depresyon hikayesinin olması, gebeliğine yönelik zıt duygular, geçmişinde psikiyatrik hastalıkların varlığı gibi nedenler gebelik depresyonunu etkileyen psikolojik faktörlerdendir. Psikolojik ve sosyal faktörler gebelik depresyonunu en çok etkileyen unsurlardır.

Çevresel Faktörler

Stres, fiziksel, duygusal ve mental travma, viral enfeksiyonlar, kronik hastalıklar, oral kontraseptif kullanma, bazı sedatif ilaçlar gebelik depresyonuna zemin hazırlayan çevresel faktörlerdendir. Çevresel faktörler gebelik depresyonunun oluşmasında tek faktör olmayıp, genetik eğilimle birlikte depresyon riskini arttırmaktadır.

Sosyal Faktörler

Partner yokluğu, evlilik sorunları, yalnız yaşama, boşanma, ekonomik düzeyin düşüklüğü, sosyal destek azlığı veya yokluğu, sosyal izolasyon, aile içi şiddet yaşama, geçmişinde: fiziksel, duygusal ve cinsel şiddet öyküsünün bulunması, yaşamdaki majör olaylar, sigara tüketimi, alkol ve yabancı madde kullanımı gebelik depresyonuna etki eden sosyal faktörlerdendir.

Biyolojik Faktörler

Biyolojik faktörlerle maternal depresyonun (gebelik / lohusalık) ilişkisinin belirlemek zordur. Biyolojik faktörler hormonlara etki ederek maternal depresyona zemin hazırlarlar. Malnütrisyon veya yetersiz-dengesiz gıda alımı nedeniyle gebedeki beslenme bozukluğu, nörotransmitter ve hormonal fonksiyonları bozarak maternal depresyonun patofizyolojisinin oluşmasına zemin hazırlamaktadır.

Hormonal Faktörler

Gebelikte; östrojen, progesteron, prolaktin, trodi stimüle eden hormon (TSH), triodothronine / thyoxine hormon düzeylerinde ciddi değişiklikler görülür. Gebelikte östrojen ve progesteron düzeyindeki artışla maternal depresyon arasında ilişki bulunmadığı ancak yükselmiş TSH hormonu ile gebelik depresyonu arasında güçlü bir ilişkinin olduğu belirtilmektedir.

Gebenin şimdiki veya geçmişteki gebelik öyküsü (düşük ya da küretaj), ve gebelikte yaşadığı duygusal ve fiziksel sorunlar gebelik depresyonu için risk faktörleridir.[3,31] Gözüyeşil ve arkadaşları[32] gebelik haftası 36 ve üzeri

olan 136 gebede, gebelik sorunları puan ortalaması, düşük ve küretaj sayıları ile gebelik depresyonu puan ortalaması arasında pozitif yönde bir ilişki belirlenmişlerdir. Aynı çalışmada eşyle evlilik uyumu iyi olmayan gebelerin depresyon puan ortalaması uyumu iyi olan gebelere göre anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır.[32] Bu bulgular, evlilik ilişkisindeki sorunların gebelik depresyonu için bir risk etmeni olabileceğini telkin etmektedir.

Gebelikteki fizyolojik değişiklikler gebelik depresyonuna neden olabilmektedir. Bu değişikliklerden biri olan kilo artışı, gebede memnuniyetsizlik yaratmasına bağlı olarak hem gebelik süresince hem de postpartum dönemde depresif belirtileri arttırabilmektedir.[33] Aktaş ve arkadaşları,[21] gebelerin “hamilelik sırasında kilo alma korkusunun” depresyon puan ortalamasını istatistiksel açıdan anlamlı olmasa da arttırdığını saptamışlardır. Gebelikteki depresyon ile gebenin yaşadığı anksiyete arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Bödecs ve arkadaşları çalışmalarında depresyon yaşayan gebelerin, tamamına yakınında anksiyete bulguları da saptamışlardır.[14] Benzer şekilde Karaçam ve Ançel gebelik depresyonu ile anksiyete arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulmuşlardır.[18] Gebelerdeki doğum korkusu da ayrıca önemli bir depresyon nedeni olabilmektedir.[34]

Sosyal destek gebeyi duygusal ve bilişsel olarak rahatlatmakta, sosyal imkanlardan daha fazla yararlanmalarına, stres etkeni ve kaygı ile daha fazla baş etmelerine yardımcı olmakta ve annelik rolüne geçişi kolaylaştırmaktadır. Sosyal destek eş, aile ve arkadaşlar tarafından sağlanan desteklerdir. Gebenin sosyal destek sistemleri ile gebelik depresyonu arasında sıkı bir ilişki bulunmaktadır.[24] Altınay,[19] gebelikte eş desteğinin olmamasının ya da yakın çevre ile iletişim zayıflığının depresyon gelişimine etkisi olduğunu saptamıştır. Aktaş ve arkadaşları, gebenin sosyal destek sistemleri ile depresyonu arasında negatif yönde güçlü bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir.[21] Sosyal desteğin eksikliği ya da yokluğu hem gebelik hem de postpartum depresyon gelişimi için önemli risk faktörleridir. Sosyal destek düzeyinin, gebelik ve postpartum depresyonla ilişkisinin araştırıldığı Kanada’da yapılan bir çalışmada, gebelikte düşük düzeyde sosyal destek sistemine sahip olanlarda hem gebelik hem de postpartum depresyon riskinin anlamlı derecede arttığı gözlenmiştir.[35]

Beslenme ve Gebelik Depresyonu

Gebelik depresyonuna yakınlığı artırdığı düşünülen bir diğer olası faktör gebelikteki beslenme düzenidir. Beslenme, nörotransmitter geçişi için temel elementi sağlayarak hipotalamus-pitüiter-adrenal (HPA) eksenindeki işlevlerin

düzenli çalışmasını sağlar.[13] Gebelikte B6 ve B12 vitamini, çinko, magnezyum gibi vitamin ve elementler yeterince alınması halinde serotonin hormonu üzerinde olumlu etki yaratarak depresyonu önlenmesine yardımcı olur.[36]

Gebelik depresyonunu etkileyebileceği düşünülen bir diğer element ise omega-3'tür. Kanıta dayalı çalışmalar, vücutta omega-3 yağ asiti düzeyinin düşüklüğünün gebelik boyunca ve doğumdan sonraki süreçte ortaya çıkan depresif belirtilerle ilişkili olduğunu göstermiştir.[37] Omega-3 yağ asidinin serotonin işlevleri üzerindeki etkisinden dolayı antidepresan etki gösterebileceği belirtilmektedir. Perinatal depresyonların tedavisi ve önlenmesine yönelik omega-3 yağ asidi kullanımı üzerine yapılan klinik çalışmalarda, omega-3 yağ asidi kullananlarda kullanmayan gruba göre (plasebo grup) anlamlı düzeyde daha az depresif belirti görülmüştür.[37]

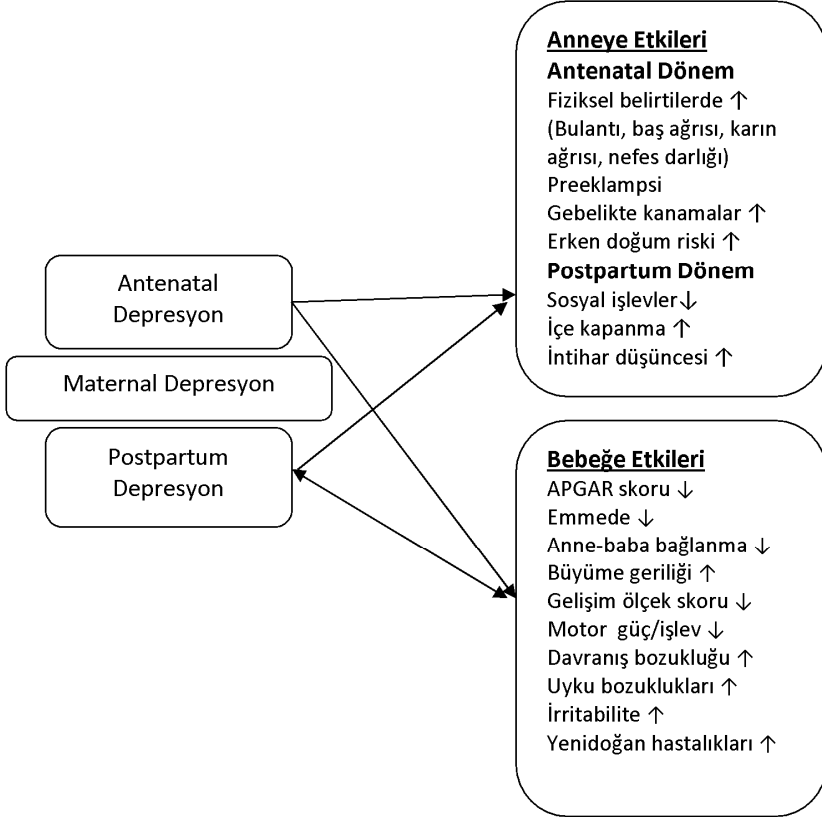
Cho ve arkadaşlarının [38] gebelikte folik asit alımının gebelik depresyonunu azaltıcı etkisinin incelendiği 1276 gebe üzerindeki çalışmalarında; folik asit alımının gebelik depresyonunu azaltıcı etkisinin olmadığı saptanmıştır. Araştırmacılar, beslenmenin gebelik depresyonuyla ilişkisinden söz edebilmek için beslenmenin çok boyutlu değerlendirilmesinin gerektiği ve bu konuda daha çok çalışmaya ihtiyaç duyulduğunu belirtmektedir.[13,37]

Gebelikte Depresyonun Etkileri ve Sonuçları

Ruhsal hastalıkların annenin duygudurumunu etkileyerek, gebelikle ilgili olumsuz sonuçlar doğurabileceği ve tedavi almayanlarda maternal morbidite ve mortalite hızını (intihar girişimleri dahil olmak üzere) arttırdığı bilinmektedir.[3,5,13] Depresyondaki gebe kadında gebeliğin seyri esnasında nörendokrin ekseninde ve uterusu olan kan akımındaki değişiklikler sonucunda hem gebenin hem fetüsün sağlığı olumsuz etkilenmektedir. Depresyona bağlı olarak gebelerde norepinefrin ve kortizol düzeyleri yükselmekte, bu süreçte yükselmiş norepinefrin ve kortizol uterusu olan kan akımını azaltarak hem gebe, hem fetüs üzerinde çok ciddi obstetrik ve neonatal sonuçlar doğurmaktadır.[3,8,25]

Anne ya da bebeğe bu sürecin olumsuz etkilerinin bazıları Şekil.1.'de gösterilmiştir. Kısaca ele alınırsa bunlar: gebeliğin hipertansif hastalıkları (preeklampsi-eklampsi), spontan abortus, antenatal kanama, artmış uterin arter direnci, düşük apgar skoru, neonatal yoğun bakım gerektiren bebek doğurma, neonatal büyüme geriliği, spontan erken doğum, fetal ölüm, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma, gestasyon yaşına göre küçük bebek doğurma, perinatal ve doğum komplikasyonları, preterm eylem ve yüksek kortizol düze-

yine sahip bebek doğurmazdır. Ayrıca gebelik (antenatal) depresyonu lohusalık depresyonunun (postpartum depresyon) gelişimi için de önemli bir risk faktörüdür.[3,5,13,25]



Şekil.1. Gebelik Depresyonunun Anneye ve Bebeğe Etkileri

Literatürde gebelik depresyonunun sonuçlarına ilişkin önemli çalışmalar mevcuttur. Amerika'da BDÖ ile yapılan bir izlem çalışmasında; gebeliğinde depresyon yaşayan kadınlarda depresyon yaşamayanlara göre erken doğum görülme insidansının %13, düşük doğum ağırlıklı bebek olma insidansının %15 oranında arttığı saptanmıştır.[8] Yine aynı çalışmada, 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.[8]

Rahman ve arkadaşları,[39] depresyondaki annelerin bebeklerinin ağırlıklarının depresyonda olmayan annelerin bebeklerine oranla 1.9 kat daha düşük bulmuşlardır. Zuckerman ve arkadaşları, depresif annelerin bebeklerinin artmış kortizol ve katekolamin düzeylerine bağlı olarak doğum sonrası daha sık ağladığını, daha geç avunduğunu ve daha geç uykuya daldıklarını belirtmişlerdir.[40] Bu annelerin intrauterin dönemdeki bebeklerinin hiperaktif ve fetal kalp atımlarının normalin üzerinde olduğu, yenidoğan döneminde de düşük apgar skoru ile doğdukları ve daha fazla oranda yoğun bakım ünitelerine başvurdukları saptanmıştır.[2,41,42]

Gebelikte görülen depresyon ile sigara, alkol ve kokain kullanımı arasında belirgin bir ilişki vardır. Bu toksik maddeler hem anneyi hem de fetüsün sağlığını tehlikeye sokup doğumun sağlıksız sonuçlanma riskini artırmaktadır.[40] Gebelikteki depresyonun doğum eylemine yönelik olumsuz sonuçlanması (erken doğum, zor doğum, cerrahi müdahalelerde artış gibi) daha çok ikinci ve üçüncü trimester sırasında ortaya çıkan depresyonlarla ilişkilendirilmektedir.[6,25] Ayrıca tedavi edilmeyen depresyonlar gebede kardiyovasküler problem ve irritabl bağırsak sendromu riskini de artırmaktadır.[25] Depresyonda olan kadında, iştah azlığından dolayı gebelik boyunca kilo alımı daha az olabilir. Ayrıca beslenme bozukluğuna bağlı fetüste intrauterin gelişme geriliği görülme riski artmıştır.[2,34]

Depresif annelerin; gebeliği sırasında sağlık personelinden daha az bakım aldığı ve kendi öz bakımına daha az özen gösterdiği belirtilmektedir. Antenatal bakımdaki bu yetersizlik sonucu gebelerde ağrı ve rahatsızlıklar daha fazla görülebilmektedir.[3,34,41] Depresyonda olan gebe kadınlarda, bulantı ve kusma, mide ağrısı, solunum problemleri, gastro-intestinal sistem yakınmaları, kalp çarpıntısı ve baş dönmesi sorunları daha sık ortaya çıkmaktadır.[25]

Gebelikteki depresyon postpartum dönemde de devam ederse çocuğun ileri yaşamına ait olumsuz etkilenme riski de artmaktadır. Bu olumsuz etkiler; anne-bebek bağının kurulmasında sorunların oluşması, büyümede gerilik, motor ve dil gelişiminde gecikme, duygusal gelişimde bozukluk ve davranış problemleridir.[3,8,13,42] Sweart [2] kesitsel çalışmasında; maternal depresyon yaşayan annelerin bebeklerinde büyüme gerilikleri, malnütrisyon, solunum ve ishal gibi sağlık problemleri görülme sıklığının daha fazla olduğunu belirtmiştir. Gebelik depresyonunun tüm bu olumsuz sonuç ve etkilerinin yanında, postpartum depresyonu riskini yaklaşık 6.5 kat artırdığı belirlenmiştir.[25]

Tedavisi ve Önlenmesi

Gebelikte depresyonunu önlemede atılacak ilk adım riskli grubun belirlenmesidir. Bu risk grubunun erken dönemde (mümkünse hamilelik öncesinde) belirlenmesi ve erken tedavisi anne ve bebek üzerindeki olası riskleri de azaltacaktır.[18,26] Gebelikte depresyon tespiti uygun tarama yöntemleri kullanılarak yapılmalıdır. Bu tanısal tarama için en yaygın kullanılan ölçekler Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Edinburgh Postnatal Depresyon Ölçeğidir (EPDÖ).[3,18]

Gebelikte saptanan depresyon için tedavi seçenekleri ise psikoterapi, ilaçla tedavi ve farmakoloji dışı (non-farmakolojik) diğer uygulamalardır. Hafif düzeydeki depresyonda ilk seçenek olarak psikoterapi ve farmakoloji dışı tedavilerin uygulanması önerilirken, orta ve şiddetli depresyonda farmakolojik tedavilerin (antidepresanların) kullanımı öne çıkmaktadır.[6,43,44]

Psikoterapi

Gebelik ve postpartum depresyon tedavisinde kullanılan psikoterapi yöntemleri depresyonda kullanılan yöntemlerle benzerlik göstermektedir. Bu alanda öne çıkan psikoterapötik yöntemler kişilerarası ilişkiler terapisi (interpersonal therapy -KİT) ve bilişsel - davranışçı terapidir (BDT). [6,43]

Kişilerarası İlişkiler Terapisi (KİT)

KİT sınırlı, süreli ve yaşam olaylarına odaklanan özellikle depresyon tedavisinde etkinliği gösterilmiş bir psikoterapi yöntemidir. KİT, güncel kişilerarası ilişki sorunları ile ruhsal durumun bağlantılı olduğu varsayımı üzerine temellendirilmiştir. Bu terapi de amaç, gebenin depresif belirtilerinin azaltılması ve güncel kişilerarası ilişkilerini çözümleyebilmesi için gerekli sosyal becerileri kazanmasıdır.

Üç aşamadan oluşan terapinin ilk aşamasında gebede depresyon belirtileri değerlendirilir ve depresif belirtilerle bağlantılı olan ilişki sorunu belirlenir. İkinci aşamada komplike yas, sosyal rollerde değişiklikler, kişilerarası ilişkilerde rol çatışması ve kişilerarası ilişkilerde yetersizlikler alanlarından birisine odaklanır. Son aşamada ise, KİT tedavisinin kazandırdıkları gözden geçirilerek gebenin güçlü yanları desteklenir.[45]

Bilişsel-Davranışçı Terapi (BDT)

BDT, bireylerin günlük yaşamlarında üstesinden gelemedikleri güçlükler ve yaşam problemleri ile karşılaştıklarında onlara yardım etmek için öğrenme kuramlarını uygulayan, problem odaklı, 'burada ve şimdi' ile ilgilenen ve

davranışçı psikolojik danışma kuramından temel alınarak geliştirilmiş bir psikoterapi yöntemidir.[46] BDT gebeyi bilgilendirmeyi, uyumu artırmayı, gerginliklerle ve gebelik sorunlarıyla baş etmeyi öğretmeyi amaçlar. Genel olarak bu terapilerin amaçladığı hedefler gebenin hoşnutsuzluk durumunun artması, sosyal becerilerinin geliştirilmesi ve istenmeyen davranışının azaltılmasıdır.[6,46]

BDT teknikleri tek başına ya da diğer tedavilerle birlikte kullanılabilen ve kullanılan teknikler uygulama becerisini gerektirmektedir. Terapi sırasında yapılan etkinlikler, klinik ortam dışında da gerçekleştirilebilir (asansöre binerken, alışverişe giderken). Bu hastalara uygulanabilen BDT stratejileri üç grup altında incelenebilir. Bunlar:

- 1.Anksiyeteyi azaltan terapi stratejileri: Gevşeme eğitimi, biofeedback, sistematik duyuarsızlaştırma, alıştırma, vestibular duyuarsızlaştırma, tepki önleme, göz hareketleri duyuarsızlaştırma ve yeniden işleme.
2. Bilişsel yeniden yapılandırma stratejileri: Duygu ve düşünceleri izleme, kanıt sorgulama, alternatifleri sınaama, felaketsizleştirme, yeniden düzenleme-çerçeveleme, düşünceleri durdurma.
- 3.Yeni davranışlar öğrenme stratejileri: Modelleme, biçimlendirme, markeyla ödüllendirme, rol oynama, sosyal beceri eğitimi, itici uyarıcılara koşullama terapisi (aversif terapi), olasılıklı anlaşma.[46]

Literatürde gebelik depresyonu üzerine yapılan BDT ve KİT çalışmaları sınırlı sayıdadır. Spinelli ve Endicott,[43] DSM-IV tanı ölçütlerine göre major depresyon tanısı alan 38 gebe üzerinde yaptıkları KİT çalışmasında; bu terapiin uygulandığı annelerin hem gebelik hem de postpartum dönem depresyonların da diğer gruba göre anlamlı derecede iyileşme görüldüğü saptanmıştır. Aynı çalışmada annenin depresyonu ile anne-bebek bağlanması arasında negatif yönde anlamlı derecede ilişki saptanmıştır.[43] Margaret ve Spinelli, DSM-III tanı ölçütlerine göre major depresyon tanısı almış olan13 gebeye 16 hafta boyunca KİT uygulamış ve bu sürenin sonunda hastaların depresif puan ortalamasını anlamlı derecede düştüğünü saptamışlardır.[47] Ayrıca bu çalışmanın bulgularını dayanılarak KİT'in gebelikte antidepresan ilaçlara alternatif olabileceği de vurgulanmıştır. Bhatla ve arkadaşları ise BDT yönteminin ilaçla tedaviye kıyasla anne ve fetus için daha güvenli olduğunu, hafif depresif belirtilerde daha etkin olduğuna dikkati çekmişlerdir.[48]

Farmakoterapi (Antidepresanlar)

Perinatal dönemde ortaya çıkan depresyon tedavisinde ilaç (farmakolojik) tedavisinin yararlılığı üzerine çelişkili bilgiler mevcuttur. Ter Horst ve arka-

daşları ulusal kılavuz merkezinin veritabanını kullanarak yaptıkları literatür çalışmasında, gebelik boyunca veya laktasyon süresince depresyon tedavisinde uygulanan tıbbi tedavinin risksiz olamayacağını belirtmişlerdir.[49] Bunun yanısıra depresyon süresince tedavi alınmamasının ciddi sonuçlara neden olabileceğine dikkat çekilmiştir.[49,50]

Günümüzde gebelik depresyonunda en sık kullanılan ilaç grupları seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI), serotonin ve norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI) ve trisiklik antidepresanlardır.[5,49] Trisiklik grubu antidepresan ilaçlar yan etkileri nedeniyle artık pek tercih edilmemektedir. Bütün psikotrop ilaçlar plasentaya ve amniyotik sıvısına geçmektedirler.[49,50]

Gebelik sırasında antidepresan ilaç tedavisi verilmesinin; teratojenite, neonatal adaptasyon bozukluğu ve çocuğun gelişimi üzerinde olumsuz etki oluşturma riskleri vardır. Bu durum hem anneyi, hem de hekimi kaygılandırabilir.[3,49] Gebe kadınlara ilaca başlamadan önce tedavinin olabilecek riskleri ile ilgili detaylı bilgi verilmelidir. Gebelikte kullanılan antidepresan ilaçların spontan abortus risk oranını %3.9 artırdığı öne sürülmüştür. SSRI grubu ilaçların (fluoksetin, paroksetin, sertralin) konjenital malformasyonlara neden olduğuna yönelik bazı savlar ortaya konmuşsa da, son çalışmalar bu ilaçların büyük konjenital malformasyon oluşma riskini artırmadığı kanıtlanmıştır.[3] Alwan ve arkadaşlarının [51] yaptıkları bir çalışmada SSRI kullanımı ile konjenital kardiyovasküler malformasyon arasında ilişki bulunamamıştır. Aynı çalışmada gebeliğin ilk trimesterindeki SSRI (özellikle paroksetin) kullanımı ile fetal anensefali ve omfalosel gelişimi arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir. Diğer taraftan Louick ve arkadaşlarının [52] Slone Epidemiyolojik Doğum Defektleri merkezindeki çalışmalarında ise; SSRI kullanımının fetüsta kalp defektleri, omfalosel ve kraniosinosis riskini artırmadığı sonucuna varmışlardır. Bazı kaynaklar bu ilaçların (fluoksetin ve sertralin) vücut tarafından iyi tolere edildiği, kullanım güvenliğine yönelik yeni çıkan ilaçlara göre daha fazla veri tabanına sahip olduğu ve bu yüzden de gebelikte kullanımının diğer antidepresanlara göre daha güvenli olduğunu ileri sürmüşlerdir.[53]

Gebelikte antidepresan ilaç kullanımına bağlı ortaya çıkabilecek bir sorun neonatal adaptasyon bozukluğudur. Literatürde, gebeliğin son trimesterinde SSRI grubu antidepresan kullanan annelerin bebeklerinin %30'unda neonatal adaptasyon bozukluğu bulgularının görüldüğü belirtilmektedir. Bu bozukluğun bulguları yenidoğanda taşikardi, hipotermi, hipoglisemi, bulantı, huzursuzluk, anormal kas tonüsü, yeme bozukluğu ve solunum sıkıntısıdır.[3]

Gebeliğinde trisiklik grubu antidepresan kullanan annelerde gebelik döneminde ortostatik hipotansiyon ve kabızlık görülebileceği, bebeklerinde de doğumdan sonraki ilk 12 saat içinde sinirlilik, huzursuzluk, idrar retansiyonu, barsak tıkanması gibi kısa süreli ilacın geri çekilme belirtilerinin olabileceği belirtilmektedir.[53,54]

Gebelikte antidepresan ilaç kullanımının bebekler üzerindeki kısa dönemdeki etkilerini gösteren çalışmalar olduğu gibi, uzun dönem etkilerini de gösteren izleme dayalı çalışmalar mevcuttur. Nulman ve arkadaşları çalışmalarında gebelik döneminde antidepresan ilaca maruz kalma durumlarına göre bebeklerin doğum sonrası 16 ila 86 ay arasındaki (okul öncesi) zeka düzeylerini (IQ), konuşma becerilerini ve davranış gelişimlerini belli aralıklarla incelemiştirler.[55] Bu çalışmaya göre gebeliğin ilk trimesterinden doğuma kadar olan sürede antidepresan kullanan annelerin çocuklarının IQ puan ortalamaları; trisiklik grubu antidepresan kullananlarda 118(±17), fluoksetin kullananlarda 117(±17), gebeliği süresince hiçbir antidepresan kullanmayanlarda ise 115(±14) olarak bulunmuş, bu üç gruptaki çocukların gerek IQ, gerek konuşma becerileri ve gerekse davranış gelişimi yönünden istatistiksel yönden bir farklılık göstermediği saptanmıştır.[55]

Ortaya çıkarılamamış veya tedavi edilememiş depresyon hem gebe hem de fetüs için risktir. İleri düzeyde depresif belirtisi olan gebe kadınların %86'sının herhangi bir tedavi almadıkları belirtilmektedir.[25] Gebelerin depresyon tedavisini almamaları veya istememelerinin ana nedenleri; depresif bulgularla gebelik şikayetlerinin birbirine karışması ve depresyonun ayırt edilememesi, depresyonun subsendromal özellik göstermesi, gebenin toplum tarafından etiketlenme korkusu ve alınacak tıbbi yardımın bebeğine verebileceği zararlara yönelik kaygılardır.[25,34,42] İlaçla tedaviye karar vermek için gebenin çok boyutlu irdelenmesi gerekmektedir. Özellikle gebeliğin ilk trimesterindeki depresyonlarda ilaçla tedaviye karar vermek hem hekim hem de gebe için oldukça önemlidir.[44,52] Annenin geçmişinde depresyon öyküsü varsa, ağır bir depresyon geçirilmişse ve intihar düşünce, plan ve girişimi öyküsü varsa gebelik durumuna bakılmaksızın hastanın kendi güvenliği için antidepresan ilaç kullanmaya başlanması önerilmektedir.[49] Gebelikte aynı tip ve az sayıda (mümkünse tek başına) antidepresan ilacın mümkün olan en düşük dozda uygulanması tedavinin temelini teşkil eder.[3,25]

Farmakoloji Dışı Yöntemler

Farmakolojik olmayan (nonfarmakolojik) yöntemlere yönelik sınırlı çalışmalar mevcuttur. Elektrokonvülsif Terapi (EKT), yoga, masaj, meditasyon, egzersiz,

beslenme (özellikle omega-3), gebelik depresyonunda uygulanan başlıca farmakolojik olmayan yöntemlerdir.[13,44] Chang ve arkadaşları, psikoterapinin, BDT ve müzik dinlemenin perinatal depresyonu iyileştirmede yarar sağladığını bildirmişlerdir.[54] Literatürde gebelere yapılan masajın [25] ve EKT uygulamasının[53] depresif belirtileri azalttığı ya da tamamen ortadan kaldırdığı belirtilmektedir. Manber ve arkadaşları major depresyon tanısı almış gebeler üzerine yaptıkları randomize çift kör çalışmalarında; tedavinin birinci ayının sonunda akupunktur uygulamasının masaj uygulamasına göre gebelerde depresif belirtileri daha fazla azalttığını bulmuşlardır.[56]

Gebelik Depresyonunda Sağlık Personelinin Rolü

Gebelik depresyonunun erken dönemde tanınmasında başta ebe, hekim ve hemşire olmak üzere sağlık profesyonellerine çok büyük sorumluluk düşmektedir.[25,26,57] Ülkemizde de diğer gelişmiş ülkelerde olduğu gebelik depresyonuna yönelik sağlık profesyonellerince tarama programları başlatılmalı, yaygınlaştırılmalı, depresyon riski olan gebeler (geçmişinde depresyon öyküsünün bulunması, kronik hastalığın olması gibi) erken dönemde belirlenmelidir. Ortaya çıkarılamamış veya tedavi edilememiş depresyon hem gebe hem de bebek için risk oluşturur.[8] Ebe ve hekimin, depresyon tedavisini ilaçla alan gebeleri postpartum dönemi dahil daha sık aralıklarla izlemesi gerekmektedir.[8,26,35]

Ülkemizde ebeler, gebeleri ve lohusaları ev ziyaretiyle değerlendirmekle yükümlüdür. Nitelikli bir ev ziyareti ile gebenin fiziksel olduğu gibi psikolojik yönünün de detaylıca değerlendirilmesi, depresyonun erken dönemde belirlenmesine, önlenmesine ve dolayısıyla antenatal bakımın kalitesinin artmasına imkan tanıyacaktır.[8,58] Şahin ve Kılıçarslan çalışmalarında ebenin ev ziyareti sıklığı ile gebenin durumluk kaygı (anksiyete) düzeyi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptamışlardır.[59] Ayan ve arkadaşları doğuma hazırlık kurslarının gebeler üzerine etkisini incelediği çalışmalarında; kursu alan gebelerde kaygı ve depresyonun kursu almayanlara göre daha az olduğu sonucuna varmışlardır.[60] Bu bağlamda ülkemizde birinci basamakta görev alan sağlık personellerinin ev ziyaretine daha özenle önem vermesi, gebelere yönelik doğuma hazırlık kurslarının yaygınlaştırılması depresyonun azaltılması ve önlenmesine katkı sağlamanın yanında, doğuma yönelik kaygıları azaltıp normal doğumun teşvikine de artıracaktır. Ayrıca sağlık personeli, gebelik depresyonunun korunması, önlenmesi ve tekrarlamamasına yönelik gebenin sosyal destek ağının güçlenmesini desteklemelidirler.[15,20,57]

Sonuç

Gebelikte depresyon yaygın görülen, gebenin, fetüsün, yenidoğanın ve ailenin sağlığını olumsuz etkileyen ciddi bir psikiyatrik bozukluktur.[13,61,62] Bu psikiyatrik bozukluk gebelerde yaygın görülmesine rağmen, konu ile ilgili araştırmalar postpartum depresyon kadar geniş sayıda değildir. Oysa ki gebelik depresyonu geçiren kadının postpartum depresyon geçirme riski ortalama 6,5 kat daha fazladır.[3] Eğer gebelik döneminde bu depresyon tanınır ve etkili biçimde tedavi edilirse postpartum depresyonun önlenmesine yönelik önemli bir adım atılmış olacaktır. Ortaya çıkarılmamış veya tedavi edilmemiş gebelik ve postpartum depresyonunun bir diğer yaşamsal komplikasyonunun da intihar olduğu hep akılda tutulmalıdır.[46,51,61] Bu anlamda; bu kadar ciddi sonuçları olan gebelik depresyonunun belirlenmesi, önlenmesi, korunması ve tedavisinde ebe, hemşire ve hekim kilit rol oynamaktadır.[34,59] İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde olduğu gibi, ülkemizde de bu ruhsal bozukluğun erken tanınip önlenmesine yönelik olarak gebelerin uzman bir ekip tarafından periyodik aralıklarla izlendiği depresyon tarama programları başlatılmalıdır.

Kaynaklar

1. Sağduyu A, Ögel K, Özmen E, Boratav C. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyon. Turk Psikiyatri Derg 2000; 11:3-16.
2. Stewart D. Depression during pregnancy . Can Fam Physician 2005; 51:1061-1063.
3. Muzik M, Marcus SM, Heringhausen JE, Flynn HA. When depression complicates child bearing:guidelines for screening and treatment during antenatal and postpartum obstetric care. Obstet Gynecol Clin North Am 2009; 36:771-788.
4. Vurıt 0, Akbaş E, Savaş HA, Sertbaş G, Kandemir H. Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi. Noropsikiyatri Arşivi 2008; 45:9-13.
5. Marakoğlu K, Şahsivar MŞ. Gebelikte depresyon. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2008; 28:525-532.
6. Sevindik F. Elazığ ilinde gebelikte depresyon prevalansı ve etkileyen faktörler (Yüksek lisans tezi). Elazığ, Fırat Üniversitesi, 2005.
7. Faisal-Cury A, Rossi Menezes P. Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. Arch Womens Ment Health 2007; 10:25-32.
8. Diego MA, Field T, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, Gonzalez-Quintero V. Prenatal depression restricts fetal growth. Early Hum Dev 2009; 85:65-7.
9. Ocaktan ME, Çalışkan D, Öncü B, Özdemir O, Köse K. Park Sağlık Ocağı bölgesindeki gebelerde doğum öncesi ve sonrası depresyonun değerlendirilmesi. 4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 20-23 Nisan 2005, Ankara,Türkiye. Kongre Özet Kitabı sayfa 277-278.

10. Ayvaz S, Hocaoglu Ç, Tiryaki A, Ak İ. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. *Turk Psikiyatri Derg* 2006; 17:243- 251.
11. Bunevicius R, Kusminskas L, Bunevicius A, Nadisauskiene RJ, Jureniene K, Pop VJ. Psychosocial risk factors for depression during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009; 88:599-605.
12. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş 4. Baskı (DSM-IV-TR). (E.Köroğlu, Çev.) Ankara, Hekimler Yayın Birliği. 2001.
13. Brenda M, Leung Y, Bonnie ND, Kaplan J. Perinatal depression: prevalence, risks, and the nutrition link-a review of the literature. *J Am Diet Assoc* 2009; 109: 1566-1577.
14. Bódecés T, Horvath B, Kovacs L, Diffellne Nemeth M, Sandor J. Prevalence of depression and anxiety in early pregnancy on a population based Hungarian sample. *Orv Hetil* 2009; 150:1888-1893.
15. Marcus SM, Flynn HA, Blow FC, Barry KL. Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *J Women's Health (Larchmt)* 2003; 12:373-380.
16. Da Costa D, Larouche J, Dritsa M, Brender W. Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *J Affect Disord* 2000; 59:31-40.
17. Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Martila H, Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstet Gynecol* 2000; 95:487-490.
18. Karaçam Z, Ançel G. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: A study in a Turkish population. *Midwifery* 2009; 25:344-356.
19. Altınay S. Gebelikte depresyon prevalansı, sosyodemografik özellikler, obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi (Uzmanlık tezi). Ankara, Ankara Üniversitesi, 1999.
20. Gölbaşı Z, Kelleci M, Kısacık G. Gebelikte depresif belirtiler: Prevelans ve risk faktörlerine ilişkin bir çalışma. 5. Uluslar Arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 19-22 Nisan 2007, Ankara, Türkiye. Kongre Özet Kitabı sayfa 255.
21. Aktaş S, Yeşilçiçek Çalık K, Dinçkol M, Kara H, Budak S, Güney S. Gebelikte depresyon, depresyona etki eden faktörler ve gebelik depresyonu ile sosyal destek arasında ilişki. 9. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi, 15-18 Ocak 2009, Bursa, Türkiye. Kongre Özet Kitabı sayfa: 459-460.
22. Marcus SM. Depression during pregnancy: rates, risks and consequences – Motherisk Update 2008. *Can J Clin Pharmacol* 2009; 16: 15-22.
23. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol* 2004; 103:698-709.
24. Akbaş A, Vırt O, Kalenderoğlu A, Savaş H, Sertbaş G. Gebelikte sosyo demografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyiyle ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2008; 45:85-91.
25. Bowen A, Muhajarine N. Antenatal depression. *Canadian Nurse Journal* 2006; 102:26-30.

26. Kim J, La Porte LM, Adams MG, Gordon Te, Kuendig JM, Silver RK. Obstetric care provider engagement in a perinatal depression screening program. *Arch Womens Ment Health* 2009;12:167-172.
27. Kalken G, Yilmazer M, Coşar E, Sahin FK, Çevrioglu S, Geçici O. Nausea and vomiting in early pregnancy: Relationship with anxiety and depression. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2008; 29:91-95.
28. Leigh B, Milgrom J. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stres. *BMC Psychiatry* 2008; 8:24.
29. Figueiredo B, Pacheco A, and Costa R. Depression during pregnancy and thepostpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Arch Womens Ment Health* 2007; 10:103-109.
30. Lau Y, DWF Keung DWF. Correlates of depressive symptomatology during the second trimester of pregnancy among Hong Kong Chinese. *Soc Sci Med* 2007; 64:1802-1811.
31. Cebeci SA, Aydemir Ç, E Göka. Puerperal dönemde depresyon belirti prevalansı: obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi. *Kriz Dergisi* 2002; 10:11-18.
32. Gözüyeşil EY, Şirin A, Çetinkaya Ş. Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2008; 3:40-66.
33. Clark A, Skouteris H, Wertheim EH, Paxton SJ, Milgrom J. The relationship between depression and body dissatisfaction across pregnancy and the postpartum: A prospective study. *J Health Psychol* 2009; 14:27-35.
34. Sidebotham M. Mental health problems. In *Mayer's Midwifery: A Textbook For Midwives*, 13th ed. (Eds C Henderson, S Macdonald): 918-934. London, Elsevier, 2008.
35. Xie RH, He G, Koszycki D, Walker M, Wen SW. Prenatal social support, postnatal social support, and postpartum depression. *Ann Epidemiol* 2009; 19:637-643.
36. Pinto E, Barros H, Dos Santos S. Dietary intake and nutritional adequacy prior to conception and during pregnancy. a follow up study in the nort of portuqal. *Public Health Nutr* 2008; 12:922-931.
37. Borja-Hart N, Marino J. Role of omega-3 fatty acids for prevention or treatment of perinatal depression. *Pharmacotherapy* 2010; 30:210-216.
38. Cho YJ, Han JY, Choi JS, Ryu HM, Kim MY et al. Prenatal multivitamins containing folic acid do not decrease prevalence of depression among pregnant women. *J Obstet Gynaecol* 2008; 28: 482-484.
39. Rahman A, Bunn J, Lovel H, Creed F. Association between antenatal depression and low birthweight in a developing country. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 115:481-486.
40. Zuckerman B, Amaro A, Bauchner H, Cabral H. Depressive symptoms during pregnancy: Relationship to poor health behaviours. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 160:1107-1111.
41. Raynor MD, Oates MR. Perinatal mental health. In *Myles Textbook For Midwives*, 15 th ed.(Eds DM Fraser, MA Cooper):679-703. London, Elsevier, 2009.
42. 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.

43. 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.
44. Dimidjian S, Goodman S. Nonpharmacologic intervention and prevention strategies for depression during pregnancy and the postpartum. *Clin Obstet Gynecol* 2009; 52:498-515.
45. Alkan M. Kişilerarası ilişkiler terapisi. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* 2009; 2:14-20.
46. Demiralp M, Oflaz F. Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri ve psikiyatri hemşireliği uygulaması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007; 8:132-139.
47. Margaret G, Spinelli MD. Interpersonal psychotherapy for depressed antepartum women: A pilot study. *Am J Psychiatry* 1997; 154:1028-1030.
48. Bhatla SC, Bhatla SK. Depression in women: Diagnostic and treatment considerations. *Am Fam Physician* 1999; 60:1-17.
49. Ter Horst PG, Smit JP. Antidepressants during pregnancy and lactation. *Tijdschr Psychiatr* 2009; 51:307-314.
50. Schimmell MS, Katz EZ, Shaag Y, Pastuszak A, Koren G. Toxic neonatal effects following maternal clomipramine therapy. *J Toxicol Clin Toxicol* 1991; 29:479-484.
51. Alwan S, Reefhuis J, Rasmussen SA, Olney MD, Fredman J. Use of selective serotonin-reuptake inhibitors in pregnancy and the risk of birth defects. *N Engl J Med* 2007; 356:2684-2692
52. Louik C, Lin AE, Werler MM, Hernandez-Diaz S, Mitchell A. First-trimester use of selective serotonin-reuptake inhibitors and the risk of birth defects. *N Engl J Med* 2007; 356:2675-2683.
53. Nayak V, Laxminarayana Bairy K, Devaramane V. Treatment of depression during pregnancy. *Kuwait Med J* 2010; 42:187-191.
54. Chang MY, Chen CH. Evidence-based management of perinatal depression. *Hu Li Za Zhi* 2008; 55:5-9.
55. Nulman I, Rovet J, Stewart DE, Wolpin J, Gardner A, Theis Jochen GW, Kulin N, Koren G. Neurodevelopment of children exposed in utero to antidepressant drugs. *N Engl J Med* 1997; 336:258-262.
56. Manber R, Schnyer RN, Allen JB, Rush AJ, Blasey CM. Acupuncture: a promising treatment for depression during pregnancy. *J Affect Disord* 2004; 83:89-95.
57. Karaçam Z, Ançel G. Gebelikte depresyon, anksiyete ve etkileyici faktörler. 4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 20-23 Nisan 2005, Ankara, Türkiye. Kongre Özet Kitabı sayfa:183.
58. Cesar JA, Mendoza-Sassi RA, Ulmi EF, Dallagnol M, Neumann NA. Effects of different home visit strategies on prenatal care in southern Brazil. *Cad Saude Publica* 2008; 24: 2614-2622.
59. Şahin EM, Kılıçarslan S. Son trimester gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2010; 27:51-58.
60. Ayan A, Aksoy C, Edizkan H. Doğuma hazırlık kursunun gebeler üzerine etkisi. 9.Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi, 15-18 Ocak 2009, Bursa, Türkiye. Kongre Özet Kitabı sayfa: 423-424.

61. Phillips K. Preventing, identifying and treating maternal depression: Tools for employers. Center for Prevention and Health Services Issue Brief 2005; 3:1-20.
62. Çeber E, Bilge A, Mermer G, Yücel U. İzmirin Bornova ilçesinde gebelik ve doğum sonrası depresyon riski. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2010; 20:1-9.

Yazışma Adresi/Correspondence: Songül Aktaş, Karadeniz Teknik Üniversitesi Trabzon Sağlık Yüksekokulu, Trabzon, Turkey. E-mail: songulbora@mynet.com