



T.C

DICLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİM DALI

**GEBELİĞİ ŞİDDETLİ PREEKLAMPSİ VEYA PERİPARTUM
KANAMAYLA KOMPLİKE OLAN KADINLARDA TEKRAR
GEBE KALMA İSTEĞİ, ANKSİYETE-DEPRESYON VE
TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU BELİRTİLERİNİN
İNCELENMESİ**

**Dr. PINAR EM
(TIPTA UZMANLIK TEZİ)**

DIYARBAKIR 2011



T.C

DICLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİM DALI

**GEBELİĞİ ŞİDDETLİ PREEKLAMPSİ VEYA PERİPARTUM
KANAMAYLA KOMPLİKE OLAN KADINLARDA TEKRAR
GEBE KALMA İSTEĞİ, ANKSİYETE-DEPRESYON VE
TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU BELİRTİLERİNİN
İNCELENMESİ**

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

Dr. PINAR EM

TEZ DANIŞMANI

Yrd. Doç. Dr. M. Sıddık EVSEN

DİYARBAKIR 2011

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca; tüm tecrübe ve bilgilerinden yararlanmamı sağlayan başta sayın hocam Prof. Dr. M. Zeki Taner'e; Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'ndaki diğer öğretim üyelerine, Prof. Dr. Talip Gül, Doç. Dr. Ahmet Yalınkaya, Doç. Dr. Mahmut Erdemoğlu, Yrd. Doç. Dr. M. Erdal Sak, Yrd. Doç. Dr. H.Ender Soydinç, Yrd. Doç. Dr. Ali Özler'e teşekkürlerimi sunarım. Bu güne kadar bana her türlü desteğini esirgemeyen gerek tezimde gerekse yetişmemde yadsınamayacak kadar çok emeği geçen ömür boyu minnettar kalacağım tez hocam Yrd. Doç. Dr. M. Sıddık Evsen'e en derin şükranlarımı sunarım. Ayrıca beraber çalıştığım asistan arkadaşlarıma, hemşire arkadaşlarıma ve tüm personellere teşekkür ederim. Yine; tezimde her türlü desteği sağlayan, büyük bir sabırla her aşamada yardımcı olan Yrd. Doç. Dr. Yasin Bez hocama teşekkürü bir borç bilirim. Hayatım boyunca bana her türlü desteği ve özveriyi sunan aileme, ayrıca tezimde büyük emeği geçen eşime de teşekkür ederim...

Dr. Pınar EM

Diyarbakır 2011

GEBELİĞİ ŞİDDETLİ PREEKLAMPSİ VEYA PERİPARTUM KANAMAYLA KOMPLİKE OLAN KADINLARDA TEKRAR GEBE KALMA İSTEĞİ, ANKSİYETE-DEPRESYON VE TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU BELİRTİLERİNİN İNCELENMESİ

Dr. Pınar EM

Uzmanlık Tezi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Tez Yöneticisi: Yrd. Doç.Dr. M. Sıddık Evsen

Eylül 2011

ÖZET

Komplike gebelik; maternal ve/veya fetal hayatı tehlikeye düşürecek, morbidite ya da mortaliteye sebebiyet verebilecek gebelik durumudur. Gebelik fizyolojik bir süreçtir. Vücudun doğal mekanizması sayesinde gebelik, doğum ve doğum sonrası olaylar kontrol altında tutulur. Ancak bazı durumlar vardır ki; hem anne hem de fetüs için ciddi stresler yaratır. Preeklampsi, eklampsi, prepartum, intrapartum ve postpartum hemorajiler, gebelik ve sistemik hastalıklar, intrauterin gelişim geriliği, polihidroamniosis-oligohidroamniosis vb. riskli durumlar gebeliği komplike edebilir. Çalışmamızın amacı komplike gebelik yaşayan hastaların tekrar gebe kalmaya bakış açısını ve tekrar çocuk sahibi olma isteğini etkileyip etkilemediğini, psikolojik bir stres oluşturup oluşturmadığını; anksiyete, depresyon ya da travma sonrası stres bozukluğu belirtileri yaratıp yaratmadığını normal gebelik yaşayanlarla karşılaştırmaktır. Çalışmamıza 01 Ocak 2008 ile 31 Aralık 2010 tarihleri arasında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine son gebeliğinde hayati tehlike oluşturan bir gebelik nedeniyle başvurmuş, kliniğimizde takip ve tedavisi yapılmış olgular alındı. Komplike gebelik geçiren olgu grubu, grup 1(n=40) ; son gebeliğinde hiçbir problem yaşamayan olgu grubu ise, grup 2(n=41) olarak ele alındı. Hasta ve kontrol grubu arasında demografik özellikler bakımından fark saptanmadı. Hem hasta grubunda hem de kontrol grubunda olay öncesi planlanan çocuk sayısı ile şu an planlanan çocuk sayısı arasında fark izlendi. Tekrar gebe kalma korkusu hasta grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek izlendi. Anksiyete ve depresyon yönünden her iki grup arasında bir fark izlenmedi. Travma sonrası stres bozukluğunda yeniden yaşam ve kaçınma belirtileri açısından ise grup 1'de grup 2'ye göre daha fazla idi. Ancak uyarılmışlık belirtileri yönünden her iki grup birbirine benzer izlendi. Sonuç olarak gebelik ya da doğum öncesi, doğum esnası ve doğum sonrası komplikasyon yaşayan hastalarda bir sonraki gebelik açısından korku şiddetinin arttığını, planlanan çocuk sayısının azaldığını ve travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin daha fazla izlendiğini saptadık.

ABSTRACT

Complicated pregnancy, is that while maternal/fetal life could be in danger and/or could cause morbidity or mortality in state of pregnancy. Pregnancy is a physiological process, pregnancy, childbirth and postnatal events are kept under control for the body's natural mechanism. However, there are some situations, creating a serious risk or can be stressful to both mother and fetus. Pre-eclampsia, eclampsia, postpartum atony, placenta previa totalis, percreata placenta previa, placental abruption, pregnancy and heart disease, pregnancy and asthma, pregnancy and risky situations, such as hypertension may complicate pregnancy. The aim of our study is to investigate fertility desire, affair against to conceive, anxiety, depression or posttraumatic stress disorder after complicated pregnancy. The patients which is last pregnancies is complicated and follow-up and/or treatment patients were applied in the Department of Obstetrics and Gynecology, Dicle University between 1/01/2008- 31/12/2010. Patients who had a complicated pregnancy were group 1 (n = 40); group 2 (n = 41) which had no problems in their last pregnancy. There was no difference in terms of demographic characteristics between patients and controls. In terms of to have more children, both group showed decreasing in the planing to have more children after last pregnancy and this were statistically significant however in patient group it was more meaningful.

Fear about the new pregnancy were significantly higher in patients group when compared to controls. There were no statistically significant difference between the two groups in terms of Anxiety and depression. In terms of re-living and avoidance in PTSD was significantly higher in group 1 when compared to controls, but were similar in terms of arousal. As a result fear of a subsequent pregnancy is high and to planning more children is decreased after complicated pregnancy. PTSD symptoms observed much in patients group.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	vi
1. GİRİŞ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.2.Preeklampsi.....	3
2.2.2.Epidemiyoloji.....	4
2.2.3.Preeklampside Etyopatogenez.....	4
2.2.4.Preeklampside sınıflandırma.....	4
2.2.5.Preeklampside Maternal Komplikasyonlar.....	5
2.2.6. Fetal Komplikasyonlar.....	7
2.3.EKLAMPSİ.....	7
2.3.1. Eklampside komplikasyonlar.....	8
2.4. PERİPARTUM KANAMALAR.....	8
2.4.1.Peripartum Hemoraji Nedenleri.....	8
2.4.2.Epidemiyoloji.....	8
2.4.3.Obstetrik kanamaların kliniği.....	8
2.4.4.Kanamalara predispozan faktörler.....	9
2.5.Ablasyo (Dekolman) Plasenta.....	9
2.5.1.Dekolman plasentaya bağlı komplikasyonlar.....	9
2.6.Plasenta Previa.....	10
2.6.1.İnsidansı.....	10
2.6.2.Etyoloji.....	10
2.6.3.Klinik Bulgular.....	11
2.6.4.Komplikasyonlar.....	11
2.7.Plasenta Akreata.....	11
2.7.1.Risk faktörleri.....	12
2.7.2.Etyoloji.....	12
2.7.3.Komplikasyonlar.....	12
2.8.Postpartum Atoni.....	12
2.8.1.Etyoloji.....	13
2.8.2.Komplikasyonlar.....	13
2.9.Gebelikte Oluşan Ruhsal Değişiklikler.....	13
2.10.Gebelikte Ve Gebelik Sonrasında Oluşabilecek Psikiyatrik Sorunlar.....	15
2.11.DEPRESYON.....	16
2.11.1.Tanım.....	16
2.11.2.Depresyonun klinik belirtileri.....	16
2.11.3.DSM IV Majör Depresyon Tanı Kriterleri.....	16
2.11.4.Gebelik ve depresyon.....	17
2.11.5.Gebelikte depresyon sıklığı.....	19
2.11.6.Gebelikte depresyon için risk faftörleri.....	20
2.11.7.Gebelikte depresyon epidemiyolojisi.....	21
2.11.8.Hastane anksiyete ve depresyon.....	21
2.12.Anksiyete.....	21
2.12.1.Anksiyetede belirtiler.....	22
2.12.2.Anksiyetenin bilişsel, davranışsal ve bedensel bileşenleri.....	22
2.12.3.Gebelikte anksiyete bozukluğu.....	22
2.13. Travma Sonrası Stres Bozukluğu.....	23

2.13.1. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU ÖLÇEĞİ (TSSB).....	25
3.MATERYAL METOD	27
4.BULGULAR	32
5.TARTIŞMA	40
6.SONUÇ	43
7.KAYNAKLAR	44

SİMĞELER VE KISALTMALAR

ACOG: Amerikan Collage of Obstetriceans and Gynecologists

HELLP: Hemolysis, Elevated Liver, Low Platelet

AFP: Alfa Fetoprotein

HCG: Human Corionik Gonadotropin

CK: Creatin Kinaz

HAD: Hospital Anxiety and Depression Scale

DSM IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV

APA: American Psychiatric Association's

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

SD: Standart Deviation

1. GİRİŞ

Gebelik reproduktif dönemde bir kadın için yaşam siklusu boyunca neşe, doyum, kendini gerçekleştirebilme ve mutluluk kaynağı gibi bir durumu oluşturmaktadır. Kadının hayatında var oluştan bu yana kadar süregelen dönem içinde önemli bir yer tutar. Kişiyi hayata bağlayıp yaşamın temel noktası haline gelir. Kadını üretkenlik adına doyum noktasına ulaştıran en önemli olaydır. Bunun yanında vücut için büyük bir yük olsa da sonuçta vermiş olduğu haz kadın için güzel bir duygudur.

Gebelik fizyolojik bir süreç olup; bazı hallerde hem anne hem de fetüs üzerinde hayati tehlike oluşturabilecek birçok olaya sebebiyet verebilir. İşte hem fetüs hem de annede morbidite ya da mortalite riski oluşturabilecek tüm gebeliklere komplike gebelik denir. Gebelikte ya da gebeliğe bağlı doğum öncesi doğum sonrası gelişebilecek her türlü tıbbi sorun; ciddi zorlamalara ve psikiyatrik bozukluklara yol açabilir. Öte yandan bu durum kişinin gebeliğe bakış açısını ve tekrar gebe kalma isteğini de etkileyebilir.

Gebelikte hayati risk oluşturan durumlar arasında; şiddetli preeklampsi, eklampsi, prepartum, intrapartum, postpartum kanamalara sebebiyet veren durumlarda gebeliğe bağlı komplikasyonlar gelişebilir. Bu komplikasyonlar arasında hastanın uzun süre hospitalizasyonu, genel durum bozukluğu, masif kan transfüzyonu gerektiren kanamalara bağlı hayati organ fonksiyonlarında gerileme, cerrahi gerektirecek durumların olması hastayı psikososyal yönden olumsuz etkileyebilir. Hasta mevcut durumun gebeliğe bağlı oluştuğunu düşünerek kendini, bebeğini ve gebeliğini olumsuz yönde suçlayabilir. Bu durumdan rahatsızlık duyup uzun süren hospitalizasyon sürecinde hastaya yapılan her işlemde kendini olumsuz yönde sorgulayabilir. Aslında gebe olmasaydı bu durumun da gelişmeyeceğini düşünerek bir daha gebe kalma isteği hakkında kendisini şartlandırabilir.

Toplumda yaşanan tüm olumsuz olaylar kişinin gelecekteki kararları üzerinde önemli bir yer tutar. Kimi zaman bu olaylar sosyal hayatımızın ciddi bir şekilde değişimini de sağlayabilir. Birçok psikiyatrik olayların temelinde geçmişte yaşanan olumsuz olayların yatmaktadır. Gebelikte ya da gebeliğe bağlı gelişen olumsuz her hadise, sonrasında kişinin yaşam kalitesini, psikososyal durumunu ve isteklerini olumlu-olumsuz şekillendirebilir.

Komplike olmuş gebelerde anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu belirtileri izlenebilir. Gebelikte ya da gebelik sonrasında depresyon gelişebilir. Ancak yine normal bir gebelikte de yukarıda sayılan bu durumlar söz konusu olabilir. Gebelikte, doğum-doğum sonrasında gelişen bu tip durumlar vücudun bazı mekanizmaları ile atlatılabilir.

Çalışmamızda komplike olmuş gebelerde, komplike olmamış gebelere göre tekrar gebe kalma isteğini ve anksiyete, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin sıklığını karşı-laştırmayı amaçladık.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.GİRİŞ

Komplike gebelik; gebeliğin hem anne hem de fetüsün üzerinde mortalite ve/veya morbiditeye sebebiyet verme durumudur. 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasına göre Türkiye’de yılda 1.649.000 gebeliğin olduğu ve bunlardan 1.142.268’nin hastanede doğurduğu izlenmiş olup, isteyerek olmak üzere 163.000’ünün düşük ile sonlandığı, 171.000’nin kendiliğinden düşük ile sonuçlanıp, 18.000’inin ölü doğum olduğu saptanmıştır (1). Yaklaşık 50 yıl öncesinde kadının doğum sırasında hayatını kaybetmesine daha sık rastlanılmasına rağmen günümüzde gelişmiş ülkelerde bu oran 100.000 canlı doğumda 10’nun altında, ülkemizde ise maternal mortalite oranı % 19,5 ‘dur(1). Gelişmekte olan ülkelerde, 15-49 yaş arası kadınlarda gebelik ve doğuma bağlı komplikasyonlar önde gelen morbidite ve mortalite nedenidir. Her yıl dünyada yaklaşık 529 000 kadın gebeliğe bağlı komplikasyonlardan ölmekte ve bu ölümlerin %99’u gelişmekte olan ülkelerde olmaktadır (2). Son yıllarda Gebelik her ne kadar fizyolojik bir süreç olsa da %5-20’sinde fetal ya da maternal mortalite-morbidite izlenebilir. Dolayısıyla antenatal takip gebelikte ortaya çıkabilecek komplikasyon yönünden önlem almayı sağlamada önemli bir yer tutar.

Komplike gebelik başlığı altında birçok konu mevcuttur. Bunlar preeklampsi-eklampsi, prepartum, intrapartum, postpartum hemorajiler, polihidroamniosis-oligohidroamniosis, intrauterin gelişim geriliği, gebelik ve sistemik hastalıklar, preterm eylem, çoğul gebelik, izoimmünizasyon, erken membran rüptürü... Komplike gebeliklerden çalışmamıza dahil ettiğimiz konular; şiddetli preklampsi, eklampsi, prepartum, intrapartum ve postpartum kanamalarıdır.

2.2.Preeklampsi

Tüm gebeliklerin %2-3’ünü komplike eder. Bu oran nulliplarlarda %5-7’dir. Bu kadınların %2’sinde de eklampsi gelişir. Bir başka deyişle her yıl dünyada yaklaşık 4 milyondan fazla gebe kadından preeklampsi gelişecek ve bunların 100.000 tanesine konvülziyon eklenecektir.

Preeklampsi obstetrik alanındaki gelişmelere rağmen hala materno-fetal mortalite ve morbiditenin önde gelen sebeplerinden birini oluşturmaktadır. Endotel hasarı ve vazospazma sekonder azalmış organ perfüzyonu ile seyreden klinik bir tablo olup insan gebeliklerine özgüdür. Primatlarda da çok seyrek olarak görüldüğü rapor edilmiştir. Klasik tanı triadı 20. gebelik haftasından sonra oluşan hipertansiyon, proteinüri ve ödemdir (3). Renal hastalık, kronik hipertansiyon ve trofoblastik hastalık gibi durumlarda daha erken de ortaya çıkabilir. Tanı koymak için triadın tamamlanması gerekmez. Çünkü bu triadın bir üyesi olan ödem, yeni

başlayan bir preeklampside görülmeyebilir ya da tam tersi olarak normal bir gebelikte artmış olarak bulunabilir. Ödem hariç diğer bulguların hafif olduğu durumlarda ölçüm hatalarının olabileceği de göz önünde bulundurularak bir yandan gerçekten preeklampsisi olup olmadığı araştırılarak diğer yandan başka klinik tabloların ayırıcı tanılarına gidilmelidir. Preeklampsisi tanısı için hipertansiyon ve proteinüri mutlaka bulunmalıdır. Özel bir durum olarak nefropatili gebelerde hipertansiyonun bulunması, gebelerde proteinüri ve hipertansiyon ile karakterize bir duruma neden olabilir. Bu özellikle vasküler komplikasyonu olan diabetik gebelerde görülür.

2.2.1.Preeklampsisi İçin Predispozan Faktörler

- Nulliparite,
- Siyah ırk,
- Anne yaşının 20'nin altında, 35'in üstünde olması,
- Düşük sosyoekonomik durum,
- Çoğul gebelik ve mol hidatiform,
- Birinci dereceden akrabalarda preeklampsisi öyküsünün varlığı
- Geçirilmiş preeklampsisi öyküsü,
- Kronik hipertansiyon,
- Diabet,
- Renal hastalık, kollajen doku hastalıkları,
- Artmış vücut kitle indeksi
- Anemi, folik asit eksikliği
- Grandmultiparite

2.2.2.Epidemiyoloji

Preeklampsisi genel olarak genç ve nullipar kadınların hastalığı olarak bilinir. Preeklampsi kadınların 2/3 'ünü primigravidalar oluşturur. Bununla birlikte bimodal yaş dağılımı gösterir ve ikinci piki 35 yaş üzeri multipar kadınlarda görülür. Bu risk faktörlerine sahip kadınlarda preeklampsisi görülme insidansı daha yüksektir. İlk gebeliklerinde preeklampsisi geçiren kadınların daha sonraki gebeliklerinde preeklampsisi rekkürrensi %3,4'dür (4). Buna ilaveten bu kadınları kronik hipertansiyon riski %25'tir. İlk gebeliklerinde ikinci trimester gibi erken dönemde görülmüşse daha sonraki gebelikte görülme riski %60'tır (5).

2.2.3.Preeklampside Etiyopatogenez

Preeklampsinin fizyopatolojisinde uterus damarlarının trofoblastlar tarafından yetersiz invazyonu, fetoplasental dokuya karşı immünolojik intolerans, maternal kardiyovasküler ve inflamatuvar cevapta maladaptasyon, diyet eksikliği ve genetik etkiler suçlanmaktadır.

2.2.4.Preeklampside sınıflandırma

Preeklampsi hafif ve ciddi olarak sınıflandırılır. Preeklampsi çok sayıdaki sistemden birinde belirgin bulguların olması durumunda ciddi olarak kabul edilir. ACOG aşağıdaki parametrelerin herhangi birinin veya birden fazlasının bulunması durumunu şiddetli preeklampsi olarak tanımlamıştır (6).

1)En azından 6 saat ara ile yapılan iki ölçümde sistolik kan basıncının 160mmHg'nin üzerinde veya diastolik kan basıncının 110mmHg'nin üzerinde olması veya ortalama arteriyel basıncının >126mmHg oluşu

2)Proteinürinin 24 saatlik idrarda 5 gr ve üzerinde olması

3)24 saatlik idrar miktarının 500 cc'nin altında olması

4)Serebral veya görme ile ilgili semptomların varlığı

5)Üst abdominal ağrının olması, bulantı, kusma

6)Trombositopeni (<100.000 olması)

7)Karaciğer fonksiyon testlerinde yükselme veya periferik yaymada bozulma

8)Pulmoner ödem veya siyanoz

9)Serum kreatininin yüksek olması (>1,2 mg/dl) veya oligohidroamniosis varlığı

10)Konvülziyon

2.2.5.Preeklampside Maternal Komplikasyonlar

Preeklampsi, bir multiorgan hastalığı olması nedeniyle hastalığın etkileri de birçok sistem ve organları etkiler. Komplikasyonlar genelde akut dönemde izlenir. Bunların başında eklamptik konvülziyonlar ve buna bağlı nörolojik sekeller, HELLP sendromu, intakranial kanama, kalp yetmezliği, pulmoner ödem, akut ve kronik böbrek yetmezliği, akut ve kronik kortikal nekroz, yaygın intravasküler koagülopati, ölüm, fetal kayıp gibi komplikasyonlar gelir. Akut dönemde gelişen komplikasyonlara bağlı olarak hastada uzun dönem yoğun bakım ihtiyacı oluşturabilir. Bu da hastada psikolojik çöküntü yaratabilir. Kronik dönemde kalıcı hipertansiyon ve böbrek yetmezliği gelişebilir.

Endotelyal hasar, intravasküler koagülasyon, arter spazmı ile birlikte potansiyel olarak bütün organlarda hipoperfüzyona ve nekroza yol açar. Bu komplikasyonlardan bazıları:

a)Eklamptik Komplikasyonlar

Preeklampsi tablosuna tonik ve klonik konvülsiyonların eklenmesi olup, preeklamptik hastaların %1'inde gözlenir. Konvülziyonlar serebral korteks kökenli ve santripedaldir. Gebelerde konvülziyonlar genellikle öncü belirtiler sonrasında olabildiği gibi bazen de baş ağrısı, görme bozuklukları, ödem, proteinüri ve hipertansiyon gibi prodromal belirtiler olmadan aniden gelişebilir. Eklampsi %0,5-1,4 oranında maternal mortaliteye yol açabilir ve

intraserebral kanama en sık ölüm sebebidir. Perinatal mortalite ise %10-28 oranında olup, kısmen prematürite ve fetal gelişme geriliğine bağlıdır (7, 8).

b)İntraserebral hemoraji:

Nadir bir komplikasyon olmakla birlikte preeklampside ölen kadınların otopsilerinde sıklıkla rastlanılmaktadır. Hayvan deneylerinde intrakranial kanamanın, diastolik kan basıncı değerinin 120 mmHg'ya yükseltilmesi ile oluşturulması, gebelerde diastolik basıncın 110 mmHg'dan fazla olduğu olgularda antihipertansif tedavi gerekliliğini ortaya koymaktadır (9).

c)Körlük

Retinal, serebral ödeme veya arteriyel spazma sekonder gelişebilen, nadir rastlanılan bir komplikasyondur. Retina dekolmanı da bir diğer komplikasyon olarak görülebilir.

d)Akut Tübüler Nekroz

Yetersiz renal perfüzyona bağlı oluşur. Renal vazokonstrüksiyon ve hipovolemi şiddetli preeklampsinin yaygın elemanlarıdır. Bir şiddetli preeklampitik gebede oligüri oluşmasına karşın akut tübüler nekrozun gelişebileceği şiddetteki olgulara sık rastlanılmaz.

e)Akut Kortikal Nekroz

Renal iskeminin uzun ve şiddetli olması glomerüler hasara neden olabilir. Akut kortikal nekroz, akut tübüler nekroz gibi geriye dönebilen bir patoloji değildir.

f) Yaygın İnvasküler Koagülopati

Şiddetli preeklampside görülen endotelial hücre hasarı ve dekolman plasenta olgularında tromboplastin gibi prokoagülanların salınımına bağlı oluşabilir.

g)Trombositopeni

Trombosit tüketiminin mekanizması tam bilinmemekle beraber endotel harabiyetinden oluşan aşırı trombin aktivitesine sekonder invasküler tüketimin arttığına inanılmaktadır. Şiddetli preeklampsi olgularında %10 oranında gözlenir (10).

h)HELLP Sendromu

Şiddetli preeklampsi ve eklampsi olgularının %4-12'sinde görülür. Mikroanjiopatik hemolitik anemi, karaciğer enzimlerinde yükselme ve trombositopeni ile karakterizedir. Tüm gebeliklerin 0,1-0,6'sında olduğu rapor edilmiştir (11). Olgulara sıklıkla 27-36. gebelik haftalarına rastlanılır. Bununla birlikte %30 vakada, postpartum ilk altı gün içerisinde sendrom oluşabilmektedir. HELLP sendromuna bağlı maternal mortalite %1-3, perinatal mortalite ise %35 olarak bildirilmiştir (7).

i) Kardiak ve Pulmoner Komplikasyonlar

Kalp yetmezliği genç ve diğer bakımlardan sağlıklı kadınlarda nadiren gözlenmesine karşın, hipertansiyonu kontrol altında tutulamayan yaşlı gebe grubunda görülebilir. Bu

hastalarda sık rastlanılan düşük kolloid basıncı veya kapiller permeabilite artışı, pulmoner ödem oluşumuna zemin hazırlar. Şiddetli preeklampsi sol ventrikül hipertrofisine yol açabilir.

j) Hepatik rüptür

İskemi sonucu infarkt hatta subkapsüler kanama ve nadir de olsa karaciğer rüptürüne yol açabilir.

2.2.6. Fetal Komplikasyonlar

Plasental hipoperfüzyona bağlı olarak bu tip anne bebeklerinde intrauterin gelişim geriliği, prematürite gelişebilir. Dekolman plasentaya bağlı olarak da intrauterin fetal ölüm gibi komplikasyonlar görülebilir.

2.3.EKLAMPSİ

Preeklampsi tablosuna tonik-klonik konvülziyonların, koma ve solunum durmasının eklenmesi durumuna eklampsi denir. Eklampsi insidansı tahminen 1/1000 ile 1/3000 arasında değişir (3). Preeklampside eklampsiye geçişi sağlayan konvülziyonların sebebi hala bilinmemektedir. Ancak konvülziyonlara neden olan patofizyolojik olay serebral vazospazmdır (12). Eklampsi tüm dünyada maternal mortalitenin en önemli nedenlerinden biri olup, acil hayatı tehdit eden bir durumdur. Konvülziyonların yaklaşık %50'i antepartum dönemde, %25'i intrapartum dönemde ve %25'i postpartum dönemde görülür (13). Postpartum dönemde olanlar erken ve geç dönem olarak ikiye ayrılır.

Postpartum 48 saatten sonra görülenler geç dönem eklampsi olarak tanımlanır. Oldukça nadir görülmekle beraber postpartum 3-4 hafta sonra da görülebilir. Preeklampside eklampitik nöbetlerin profilaksisi çok önemli bir yer tutar. Zira konvülsiyon oluşması halinde maternal ve fetal mortalite oldukça yüksektir. Konvülziyon geçirenlerin %30'si normotansif, %30'si nonproteinürik, %40'u ise ödemsizdir (14). Prodromal belirtilerin başında baş ağrısı ve görme bozukluğudur. Ancak prodromal belirtiler hastaların sadece yarısında görülür.

Annede epilepsiye benzeyen aura safhasından sonra yüzde, ağız etrafında başlayan kasılma şeklindeki konvülziyonlar yukardan aşağıya, ekstremitelere yayılır. Önce tonik (tonus artışı) sonra irade dışı kasılma ve ekstremitelerin hareketi (klonik) şeklinde konvülziyonlar gelişirken, dilin dışarıya çıkarılması, dişler arasında sıkışması, hatta dilin kopması ile karakterize eklampsi nöbeti görülür. Eklampitik konvülziyonlar, tonik-klonik şekilde olup maksimum 60-90 sn içinde kendini sınırlayıcı tiptedir. Hastalar konvülziyonu hatırlamaz ve konvülziyondan sonra postiktal durum gelişir. Çoğunda dil ve dudakta ısırılmalara bağlı lezyonlar, istemsiz idrar kaçırma ve postiktal ajitasyon gelişir.

2.3.1. Eklampside komplikasyonlar

Nöbetlerin devamı halinde hava yollarının kapanması ve solunum arresti, şuurun kapanması, beyinde anoksi ve hipoksiye bağlı koma, status epileptikus, ölüm gelişebilir.

2.4. PERİPARTUM KANAMALAR

Anne ölümlerinin nedenleri bir triad oluşturur. Kanama, enfeksiyon, hipertansiyon. Gebelikte kanamalar antenatal nedenlere, doğum sırasındaki ve sonrasındaki kanamalar ise doğumdaki nedenlere dayanır.

20.hafta öncesi kanamalar ablasyo plasenta, düşük, dış gebelik ve trofoblastik hastalıklara bağlı gelişir. 20.haftadan sonraki kanamalar ise plasenta previa, dekolman plasenta, uterus rüptürüne bağlı gelişir. Postpartum kanamalar atoni, plasenta invazyon anomalileri, plasenta retansiyonu gibi nedenlere bağlı gelişir.

2.4.1.Peripartum Hemoraji Nedenleri

Antepartum Hemorajiler

Plasenta previa

Dekolman plasenta

Travma

Uterus rüptürü

Postpartum Hemorajiler

Uterin atoni

Uterusta plasenta artığı

Genital kanalda travma

Plasental yapışma anomalisi

Pıhtılaşma defektleri

Akut uterin inversiyon

Sekonder Postpartum Hemoraji

Puerperal sepsis

Uterusta plasenta artığı (15)

2.4.2.Epidemiyoloji

Kanamaların %19'u dekolman plasenta, %16'ı doğum sonu yırtıklar, %15'i uterin atoni, %14'ü koagülasyon defektleri, %7'i plasenta previa, %6'ı plasenta acreata, increata, percreata %4'ü plasenta retansiyonu ve geri kalanlar diğer sebepler (16).

2.4.3.Obstetrik kanamaların kliniği

Masif kanamalar tüm kanamaların %5-10'unu oluşturur. On üniteden fazla transfüzyon gerektiren vakalar ise %1'ini oluşturur. Normal doğumda 500-600cc, sezeryanda

1000- 1500cc, koagülasyon bozuklukları ve rüptür gibi hayatı tehdit eden durumlarda 2000 cc ve üzerinde kanamalar olmaktadır. Önlenemeyen kanamalar 2500-3500cc ve üzerindeki kanamalardır. Bunlarda damar bağlama ya da histerektomi yapılamazsa ölüm riski fazladır. Bunlarda kanama ya intraabdominal ya da dışarı kanama şeklinde olur. Masif transfüzyon ve uzun süreli yoğun bakım desteği gerektiren sonuçları oluşturabilir. Kanamalara bağlı hipovolemik şok, yaygın intravasküler koagülopati, multiorgan yetmezliği, solunumsal ve kardiak arrest, akut tübüler nekroz, akut renal yetmezlik gibi komplikasyonlara sebebiyet verebilir.

2.4.4.Kanamalara predispozan faktörler

- Çok doğurganlık
- Maternal obezite
- İri bebek
- İleri maternal yaş
- Hızlı doğum ve uzamış travay
- Annenin küçük yapılı olması ve daha önceki doğumlarında postpartum kanama öyküsü olanlar
- Ölü fetüs
- Sepsis, plasenta previa, plasenta acreata, plasenta increata, plasenta percreata, dekolman plasenta
- Preeklampsi-eklampsi
- Koagülopatiler
- Amniyotik sıvı embolisi

2.5.Ablasyo (Dekolman) Plasenta

Plasentanın doğumdan önce bulunduğu yerden ayrılmasıdır. Bu ayrılma ile beraber %70-75 dışarıya kanama, %25-30 içeriye kanama olur. Plasenta arkasında erken ayrılmaya bağlı hematoma gelişir. Uterus hipertonisite, vajinal kanama, fetal distres durumu gelişir. Etiyoloji tam olarak bilinmemekle beraber, hipertansiyon, eklampsi-preeklampsi, hiperhomosisteinemi, künt karın travması, sigara ve kokain alımı, çoğul gebelik, polihidroamnios, preterm membran rüptürü, trombofili ve bir önceki gebeliğinde dekolman olmuş kişiler gibi nedenler suçlanmaktadır.

2.5.1.Dekolman plasentaya bağlı komplikasyonlar

- Koagülasyon bozuklukları
- Akut renal yetmezlik
- İskemik uterus (cuvalliere uterus) buna bağlı histerektomi

- Trombositopeni
- Yaygın intravasküler koagülopati
- Multiorgan yetmezliği
- Sepsis
- ARDS
- Akciğer ödemi
- Ölüm

Bu hastalığa bağlı fetal kayıp, prematürite ve buna benzer yenidoğan döneminde ciddi sorunları olan bebeklerin doğumu gibi olaylar oluşabilir. Ciddi yoğun bakım tedavisi gerektiren bu hastalarda gelişen morbiditeler hastada birçok psikolojik sorunları meydana getirebilir.

2.6.Plasenta Previa

Plasentanın internal servikal os üzerinde veya çok yakınında yerleşmiş olmasıdır. Bu şekilde plasenta serviksini açılma(dilatasyon), silinme(efasman) bölgesi içinde kalmakta ve prezente olan kısma bir engel oluşturmaktadır. 4 değişik durumu bulunmaktadır.

- 1) Plasenta previa totalis: Plasentanın internal servikal osu tamamen kapatması
- 2) Plasenta previa parsiyalis: Plasentanın internal servikal osu kısmen kapatması
- 3) Plasenta previa marjinalis: Plasentanın kenarının internal os sınırında olması
- 4) Aşağı yerleşimli plasenta(Low -lying plasenta): Plasentanın alt uterin segmentte olması, internal osa yakın olması (17)

2.6.1.İnsidansı

Birleşik Devletlerde 2003 doğum sertifikası verilerine göre plasenta previa 300 doğumda bir görülür (18). Nova Scotia'dan Crane ve arkadaşları 93.000 doğumda yaklaşık 300'de bir insidans bulmuşlardır (19). Parkland Hastanesinde 1998 ile 2006 yılları arasındaki 280.000 'den fazla doğumdaki insidansı 390 doğumda birdir. Bunlar dikkat çekici bulgulardır. Klinik olarak tanımlanabilen bir plasenta previa sık ancak az rastlanılan, gebeliğin ikinci yarısına ait bir patolojidir. Ultrason ile plasenta lokalizasyon tespitinde plasenta previa sıklığı gestasyonel yaşa göre değişir. İlk ve ikinci trimesterde previa sıklığı %5-30 'dur. Ancak 24. haftadan sonra plasenta previa sıklığı 1/200 arasındadır. Tipler arasında dağılım da şöyledir; marjinal %35-55, parsiyal %20-35, total ise %20-30 sıklığında görülür.

2.6.2.Etyoloji

Etyoloji arasında birçok neden suçlanmaktadır. Bunlar arasında ileri anne yaşı plasenta previa riskini artırır. FASTER çalışmasına katılan 360.000 kadında 35 yaş altı previa insidansı %0,5, 35 yaş üstü kadınlarda ise bu oran %1,1 bulunmuştur (20, 21).

Multiparite previa riskini arttırır. Babinszki ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 5 ve üzeri doğum yapan hastada bu oranın %2,2 oranda arttığını, Ananth ve arkadaşları çoğul gebelikte tekil gebeliğe oranla %40 fazla oranda bulmuşlardır (21, 22). Bilinmeyen nedenlerden dolayı, önceki sezaryen doğum, plasenta previa riskini arttırır. Sezaryenle doğum yapan 30.132 kadını içeren bir çalışmada Silver ve arkadaşları, sezaryen öyküsü olan kadınlarda previa riskinin arttığını bildirmişlerdir (23).

Bunun ötesinde daha önceki abortlar, daha önce geçirilmiş sezeryan, daha önce uterin insizyon, anemi, anormal prezentasyonlar, uterin enfeksiyonlar ve uterusun konturlarını bozan tümörler gibi sebepler de etyoloji arasında sayılabilir.

2.6.3.Klinik Bulgular

Plasenta previa tanılı her hastada düzenli takipler yapılmalı, ameliyata alınacağı zaman deneyimli kadın doğum uzmanlarının olması, hastaya geniş kanüllü çift damar yolunun açılması ve en az dört ünite kan istenmelidir. Çünkü plasenta previa olguları gerek muayene ve gerekse diğer maniplasyonlar sırasında akut hemoraji oluşturabilir ve bu kanamalar ölümcül olabilir. Ağrısız kanama previanın en belirgin bulgusudur. İlk kanama genelde 28. hafta sonrasında yoğun ve ağrısız olarak başlar. Hastanın hospitalizasyonu ve yakın takibi bu haftalardan itibaren başlar ve beraberinde masif transfüzyon ihtiyacı da doğurabilir.

2.6.4.Komplikasyonlar

Plasenta previa % 0,3-0,6 sıklığında görülmektedir. Maternal, fetal, neonatal mortalite ve morbiditeye neden olabilir (24). Tekrarlayan kanamalar sonucu gelişebilecek fibrosis ve infarktlar nedeniyle plasenta yetmezliği ve buna bağlı intra uterin gelişim geriliği, prematürite gibi problemler gelişebilir (22). Ayrıca antepartum, intrapartum, postpartum kanama, hipovolemik şok, yaygın intravasküler koagülopati, sezaryen ve sezaryen sırasında histerektomi oranlarında artışa yol açarak maternal mortalite ve morbiditeyi arttırabilir (24).

2.7.Plasenta Akreata

Bildirilmiş olgularda plasenta akreata görülme sıklığı %15 'dir. Plasenta akreatanın bildirilen sıklığı 533 ile 70.000 doğum arasında değişmektedir (25, 26). ACOG tarafından kabul edilen sıklığı 2500 doğumda bir görülür. Plasental dokuların uterus duvarında myometrium arasında invazyonu durumunda oluşur. Uterusta desidua bazalisin zayıf olmasından dolayı plasental villuslar myometrium dokusu içinde yayılım gösterir. İnvazyonun derecesine göre sınıflandırma yapılır.

- İnvazyon eğer myometriumun 1/3 kadarında sınırlı ise seroza intakt ise plasenta akreata
- Myometriumun 2/3 kadarını aşmışsa ancak seroza intakt ise plasenta inkreata
- Myometriumun tamamını kaplamış ve serozayı da aşmışsa plasenta perkreata denir. Plasenta perkreata olgularında komşu organlara invazyon da söz konusu olabilir.

2.7.1.Risk faktörleri

Grandmultiparite, küretaj, endometrial ablasyon, uterin arter embolizasyonu daha önce operasyon geçirmiş olma (sezeryan, myomektomi), plasenta previa, geçirilmiş histeroskopik cerrahi gibi girişimler olup; ileri anne yaşı bağımsız bir risk faktörüdür (27).

2.7.2.Etyoloji

Etyoloji tam olarak bilinmemektedir. Normal gebelikte koryon villus desidua içinde spongios tabakaya kadar invaze olur. Myometrium doğum sonunda kontraksiyonla desidua bazalisten ayrılır. Bu kontraksiyonlar vasküler yapılarda sıkışmaya yol açarak postpartum kanamayı önler. Bu basamaktaki herhangi bir defekt plasentanın tam çıkmamasına ve postop hemorajiye yol açar.

Anormal plasenta invazyonu Nitabuch tabakasının yokluğu ya da yetersiz gelişmesine bağlı gerçekleşir. Nitekim bu tabaka desidua ve koryon arasındaki sınırı oluşturur. Normal invaziv trofoblastlar mononükleer hücrelidir. İnvazyon derinliği arttığı zaman dev multinükleer hücrelere dönüştüğü izlenmiştir. Multinükleer dev hücreler arttığı zaman anormal invaziv patolojiler oluşur. Etyolojide suçlanan diğer bir patoloji de oksijensiz ortamdır. Uterin skar hipoksik bir ortamdır. Plasental dokular hipoksik alanda proliferasyon olup invazyon dereceleri artar. Maternal kanda mRNA, CK, maternal AFP, HCG düzeyi artabilir (27).

2.7.3.Komplikasyonlar

Bu durum hastada çok ciddi hayatı tehdit edici komplikasyonlar oluşturabilir. Doğumdan sonra plasentanın dakikalar içinde yerinden çıkması beklenir. Ancak bu tip olaylarda plasenta yapıştığı yerden ayrılamaz ya da ayrılırken uterustaki plasental yataklarda aşırı kanama olabilir. Bu tip vakalarda ani hemorajik şok, masif transfüzyon gerektiren kanamalar, uterus rüptürü, histerektomiye kadar varan komplikasyonlar, koma, ölüm, fetal kayıp gelişebilir. Uzun süre yoğun bakımda yatma kan transfüzyonu gerektiren bir sebep olmasından dolayı hastalarda ağır psikolojik stres oluşturabilir.

2.8.Postpartum Atoni

Postpartum kanamalara en sık sebebiyet veren durumdur. Uterin atoni ciddi kanamalara yol açabilen bir olaydır. Doğumdan sonra plasentanın çıkmasından sonra uterus oksitosin ya da beraberinde uygulanan uterin masaj ile tonusu yüksek bir organ halini alır. Kontraksiyonla beraber uterin duvar katmanlarında yer alan damar çapları daralır ve vazokonstriksiyon gelişir. Böylece kanama miktarı kontrol altında olur. Bunun aksi şeklindeki bir durum varlığında uterus tonusunu kaybeder, kasılamaz, flask bir haldedir. Bu durum damarların açık olmasına sebebiyet verir ve abondan vajinal kanamaya yol açar.

2.8.1.Etyoloji

- Grandmultiparite
- oğul gebelik
- Uzamış travay
- Polihidroamniozis
- İri bebek
- Anensefali bebek
- İleri maternal yaş
- Genel anestezi almış olma
- Hipotonik ajan alımı (morfin gibi)
- Plasenta veya pıhtı retansiyonu
- Uterusun aşırı gerilmesini sağlayan durumlar (hidrosefalili bebek)
- Myoma uteri
- Dekolman plasenta
- Daha önceki gebeliğinde atoni öyküsü

2.8.2.Komplikasyonlar

- Hemorajik şok
- Akut renal yetmezlik
- Yaygın intravasküler koagülopati
- Akut tübüler nekroz
- Hipoksik ensefalopati
- İnter kranial kanama
- ARDS
- Multi organ yetmezliği
- Ölüm
- Masif transfüzyonlara bağlı komplikasyonlar ve anafaksi
- Postpartum histerektomi

Bu tip hastalarda oluşabilecek komplikasyonlar, yoğun bakımda uzun süre yatmaya bağlı ciddi ölüm korkusu, anksiyete ve stres yaratabilir.

2.9.Gebelikte Oluşan Ruhsal Değişiklikler

Yaşamın yeni bir evresi olan ana-baba olma ya da ebeveynlik, ailedeki tüm bireyleri etkileyen bir süreçtir. Gebelik, fizyolojik bir olay olmasına karşın her kadın gebeliğe karşı kendi ruh yapısına, sosyoekonomik ve kültürel yapısına uygun bir davranış göstermektedir. Karı koca arasındaki sevgiyi artıran, evlilik temellerini kuvvetlendiren gebelikte, vücutta

görülen hormonal değişikliklerin kadınlarda büyük ruhsal değişiklikler yaptığı bilinmektedir. Gebelik, kadınlar için doğal bir yaşam krizidir. Gebelik süresince değişik zaman dilimlerinde gebenin emosyonel reaksiyonları, belirsizlik, içe dönüklük, pasiflik, kendini beğenmeme, bağımlılık, korku ve anksiyete olarak tanımlanmıştır. Gebeliğin ilk üç ayında, duyguların zıt olduğu, önceden sakin görünen bir gebenin günlük yaşantısında davranışlarının değişken olduğu gözlenmiştir. Ani neşe, yerini üzüntü ve sıkıntıya bırakabilir. Gebe, fertilizasyonu beklenmedik ve hak edilmedik olarak değerlendirebilir. Bu beklenmedik olayda memnunluk ve mutsuzluk karışık tepkilere neden olmaktadır. “Bir gün çocuğum olacak” düşüncesi memnuniyet, “şimdi değil” düşüncesi de mutsuzluk yaratmaktadır. İlk trimester, genellikle yeni duruma ve gebe olunduğu gerçeğine uyumla ilgilidir. Kadının aile durumu, iş durumu, eşle ilişkisi, gebelik durumunun yaratacağı yeni güçlükler bu gerçeğe geliştirilen tutumda etkilidir. Fetusa psikolojik bağlanma uterus içinde başlar ve ikinci trimesterin başlangıcına kadar kadınların çoğunda bebeğin zihinsel bir resmi oluşur. Doğmadan önce bile fetus ayrı olarak hissedilir ve doğum öncesi bir kişilikle donatılır. Annelerin çoğu doğmamış çocuklarıyla konuşurlar. Fetusa emosyonel konuşma, yalnızca erken anne-bebek bağlanmasını değil, aynı zamanda sigara içme ve kafeini bırakma gibi annenin sağlıklı gebelikle ilgili çabalarını da gösterir. Psikanalitik teorisyenlere göre, çocuk annenin umutlarını ve korkularını yansıtan boş bir ekran gibidir.

İlk trimesterde, gebede içe dönüklük başlarsa da bu duygu kısa sürede diğer gebelerle kurulan ilişki sonunda kaybolmaktadır. Rubin, gebelik süresince kadının olayları algılaması ve yorumlamasının gebelik öncesine göre daha duyarlı olduğunu belirtmiştir. İkinci trimesterde kadın gebeliğe adaptasyonu tamamlamış, gebeliğini benimsemiş ve dışa dönüklük dönemi başlamıştır. Anneliği benimseyen kadın büyük istekle anne ve çocuk sorunlarıyla ilgilenmeye başlar. Bu dönemde, fetusa olan biyolojik bağ daha derin ve yakın hissedilir. Son trimesterde fizyolojik olarak hareketleri kısıtlı olmasına karşın gelişen annelik duygularının etkisiyle doğacak çocuğuna karşı korumacı davrandığına inanılmaktadır. 28-32. haftadan sonra ölü bebek doğurma, zor doğum, doğum ağrısı, ölüm korkusu, iyi anne olamayacağı korkusu, doğumdan sonra işini bırakmak ya da ara vermek zorunda olması, ailenin ekonomik bir yükün altına girmesi gibi nedenler gebede anksiyete ve strese neden olacaktır. Yaşamda yeni bir evre olarak kabul edilen ana-baba olma duygusu eşler için stres yaratır. Bu stres, gebelikte her şeyin iyi gitmeyeceği olasılığı ile birlikte olan anksiyete ile birleştiği zaman ebeveynler için ağır bir yük oluşturmaktadır. Bir gebelik planlanmış olsun ya da olmasın kadının çocuk doğurma yeteneğini koruması ve sürdürmesi oldukça önemlidir. Gebelikte

kadın rolünün ötesinde, anne rolüne ilişkin tüm duygusal, yaşamsal, ruhsal, davranışsal beklenti, çatışma, umut ve arzular ön plana çıkar (28, 29).

2.10.Gebelikte Ve Gebelik Sonrasında Oluşabilecek Psikiyatrik Sorunlar

Gebelik genelde, kısa vadeli baş etme davranışlarının etkisiz olduğu, uzun süren bir kriz dönemi olarak değerlendirilir (30). Gebelik, kadınların yaşamında yüksek bir stres yaratan bir durum olup; sıklıkla da depresyon ve endişe ile birliktelik gösterir (31). İnsan yaşamındaki hiçbir olay gebelikte ve doğumdaki gibi nöroendokrin ve psikososyal değişikliklerle yarışamaz (33). Gebeliği psikososyal yönden riskli bir hale getiren etmenler şunlardır:

- Geçmiş yaşantısında şiddete, ihmale ve istismara uğramış olma
- Önceden var olan sağlık sorunları (mental hastalıklar, alkolizm, gibi)
- Düşük sosyoekonomik durum, prenatal bakım eksikliği, sağlık bakımının sağlanamaması
- Destekleyici sistemin olmaması
- Ailede ayrılık ya da boşanma
- Rol değişiklikleri ve kişilik çatışmalarının olması (kariyer, yaşam düzeninde değişimler, sorumluluklar)
- Gelişimsel ve durumsal krizler (adölesan dönemde gebelikler)
- Kültürel normlara zıtlık/karşı gelme (evlilik dışı gebelikler)
- Disfonksiyonel davranışlar(anksiyete, nevroz, depresyon, psikoz)
- Baş etme becerilerinin zayıflığı, eksikliği (30)

Kadının ruhsal durumunun yanı sıra gebeliğin kendisi de kadının ruhsal-duygusal yaşantısı üzerinde önemli yansımalar yaratır. Gebelikte psikiyatrik bozukluklar ikinci trimestere rağmen birinci ve üçüncü trimesterde daha sık görülür. Gebelikte psikiyatrik bozukluklar olması gebelik öncesi psikiyatrik bozukluğu olanlarda daha fazladır. Gebelik bir kadın için önemli bir anksiyete kaynağıdır (29). Anksiyete, sonunda depresyona yol açabilir (31). Depresyon gebelikte en sık rastlanılan psikiyatrik bozukluk olup; gebelikte görülme sıklığı %10'dur (29,33). Gebelikte görülen bir diğer psikiyatrik bozukluk da "Maternity blues". Gebelikte sık rastlanılan hafif seyirli, doğumdan sonraki 10 günden sonra gelişip 4-24 saat sonra sonlanan kısa periyotlu bir durumdur. Bu dönemde kadınlar anksiyete ve depresyonu aynı anda yaşar. Yorgunluk, karamsarlık, yas, anksiyete, hafif bilinç bulanıklığı, bitkinlik ile karakterizedir. Bu durum gebelikle beraber rastlanılan en sık psikiyatrik bozukluktur. Doğum sonrasında %50-70 izlenir. Çalışmamızda komplike gebeliklere bağlı en sık görülebilecek psikiyatrik durumlara yer vermiş olup, ona yönelik araştırmalar esas

alınmıştır. Bunlar arasında en sık rastlanılan konular anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu yer alır.

2.11.DEPRESYON

2.11.1.Tanım

Depresyon; hayattan zevk alamama (anhedoni), çökkün duygudurum, hayata karşı ilgi azalması, uyku bozukluğu (insomnia, bazen hiperinsomnia), motor etkinlikte değişiklikler (yavaşlama veya ajitasyon), halsizlik, dikkatini toplayamama, suçluluk-değersizlik hissi ve ölüm-intihar düşünceleri, iştahsızlık düşünceleri belirtilerinden en az beşinin iki hafta süreyle var olması ciddi sıkıntı vermesi veya sosyal ya da mesleki işlevleri bozacak şiddette olması olarak tanımlanmaktadır.

2.11.2.Depresyonun klinik belirtileri

- Haftalar boyu üzüntü duyumsama yada üzgün olma
- Kendini “duygusuz” yada “boş” olarak hissetme
- Eskiden zevk aldığı şeylerden artık zevk almaz olma
- Uyuma güçlüğü
- İçsel güç ve istek yitimi
- İştah ve yeme alışkanlığı değişiklikleri
- Daha huzursuz, sinirli ve gergin olma
- Kendini değersiz ya da suçlu hissetme
- Vücutta sık görülen ağrılar sızılar ya da sindirim sorunları
- Aileden ve arkadaşlardan uzaklaşma
- Olağan dışı düşünceler ve yaşantılar
- Belirli bir konu üzerinde odaklanamama, yoğunlaşamama, düşüncelerini toparlayamama, muhakeme ve anımsama zorluğu çekme ya da karar vermede zorluk çekme
- Yapılan etkinliklerle ilgili değişiklikler

2.11.3.DSM IV Majör Depresyon Tanı Kriterleri

A.İki haftalık bir dönem sırasında daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması,

(1) Depresif duygudurum, ilgi kaybı ya da hayattan artık zevk alamama olması gerekir. Bunu ya hastanın kendisinin bildirmesi (örn. kendisini üzgün ya da boşlukta hisseder) ya da başkalarının gözlemlemesi (örn. ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen hergün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum. Not: Çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygudurum bulunabilir.

(2) Hemen 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 (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarının gözleniyor olması).

(3) Perhizli değilken önemli derecede ya kilo kaybı ya da aşırı kilo alımının olması (örn. ayda, vücut kilosunun %5'inden fazlası olmak üzere) ya da hemen her gün iştahın azalmış ya da artmış olması. Not: Çocuklarda beklenen kilo alımının olmaması.

(4) Hemen her gün, insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnia (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 (sanrısız olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil)

(8) Hemen her gün, düşünme ve yoğunlaşma kabiliyetlerinde azalma, kararsızlık olması.

(9) 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 tasarının olması.

B. Bu semptomlar bir Mikst Epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

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

D. Bu semptomlar bir madde kullanımının (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi durumun (örn. hipotiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

E. Bu semptomlar, yaşla daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitilmesinden sonra bu semptomlar 2 aydan daha uzun sürer ya da bu semptomlar, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşıp durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir (34).

2.11.4. Gebelik ve depresyon

Klinik bilgiler, gebelik döneminin duygusal olarak iyi hali olduğunu göstermektedir. Gelder'e göre; gebelik kadınları psikiyatrik bozukluklardan koruyucu bir süreçtir. Buna karşın gebelerin yaklaşık %70'inde depresyon semptomları görülmektedir. Bunun da yaklaşık %10-16 kadarında majör depresyon kriterleri mevcuttur (33, 35).

Son yapılan çalışmalar göstermiştir ki, maternal depresyon ne kadar erkense yeni doğan üzerinde olumsuz etkileri de o kadar fazladır. Prenatal depresyon geçiren hastaların bebeklerinde, Brazelton Neonatal değerlendirme skalasına göre düşük oryantasyon, motor fonksiyonlarda yavaşlama, yüksek iritabilite, düşük aktivite puanları, yüksek depresyon göstermişlerdir. Gebelikte stresin, yenidoğana etkilerinin incelendiği bir izleme çalışmasında ise maternal prenatal stresin yenidoğan ağırlığı ve gestasyon yaşı üzerine etkili olduğu bulunmuştur. Özellikle gebeliğin son trimesterinde depresyon gelişmesi, epidural anestezi, sezaryan doğum ve yenidoğanın hastaneye yatma riskini arttırmaktadır. Depresyon gebelerde norepinefrin ve kortizol düzeylerini artırır. Yine artan noradrenalin düzeyi annedeki fetal hormonu ve uterustaki kan akımını, indirekt olarak da bebeğin davranışlarını etkilediği bulunmuştur. Bu olay intrauterin gelişim geriliği, düşük doğum ağırlıklı bebek ve erken doğuma yol açabilir. Alliter'in bir çalışmasında böyle annelerin bebekleri hiperaktif olup, kalp atım sayıları normalin üzerinde bulunmuştur (36, 40).

Gebelikte depresyonu etkileyen faktörler arasında daha önce geçirilmiş olan psikiyatrik sorunlar, eşten alınan düşük sosyal destek, zayıf sosyal ağ, düşük sosyoekonomik durum, yaş, gebelikte yaşanan sorunlar (yoğun bakımda yatmayı gerektiren durumlar, masif kan transfüzyonu gerektiren haller, hayati tehlike oluşturan durumlardır. Planlanmamış gebeliklerde özellikle adolesan dönemdeki gebeliklerde depresyon riski artmaktadır (41, 44).

Gebelikte depresyon, postnatal depresyon gibi sorunlara yol açan problemlerden biridir. Ayrıca gebede depresyon, anne-çocuk ilişkisini, çocuğun sosyal ve zihinsel gelişimini olumsuz etkiler (45).

Postpartum depresyon, doğumdan sonra annenin gebelik öncesi fizyolojik ve psikolojik özelliklerine dönmesi için geçen altı haftalık bir dönemde annenin organizması daha çok pelvik organlarda olmak üzere çeşitli ve hızlı fizyolojik değişikliklerin etkisi altındadır. Doğum sonundaki dönemde aileye yeni bir bireyin katılmış olması yeni bir düzenin kurulduğu dönemdir. Anne için bebeğine, postpartum rahatsızlıklara, ailedeki yeni düzene ve vücut imgesindeki değişikliklere uyum sağlamak zorunda olduğu bir geçiş dönemidir. Bu dönemde artan ve değişen etkileşim, aynı zamanda bir stres kaynağı da olabilir (46, 47). Doğum sonrası depresyon birkaç değişik şekilde ortaya çıkabilir. Bunlardan biri annede erken dönemde oluşan annelik hüznüdür. Doğumdan sonraki iki hafta içinde ortaya çıkar. Postpartum dönemde hüznün ve depresif bir hal duygudurum ile karakterizedir. Bu olay iki -üç hafta içinde kendiliğinden sekelsiz iyileşir, ilaç gerektirmez. Ancak postpartum hüznün eğer geçmezse devam ederse yerini depresyona bırakır (33). Doğum yapmış her 8 kadından biri postpartum depresyona maruz kalır. Postpartum depresyonlu annelerin çocuklarında da

zihinsel ve dil gelişiminde bozukluk gelişebilir. Kadınlarda doğumdan önce ve doğumdan sonra oluşabilecek depresyona yol açan etmenler şunlardır:

- 1) Aile geçmişinde depresyon,
- 2) Geçirilmiş depresyon öyküsü
- 3) Eşiyle kötü ilişkiler ve tek ebeveynlik
- 4) Akrabasından, ailesinden ve arkadaşlarından destek alamaması
- 5) Zor ya da mutsuz bir çocukluk çağı geçirmiş olma
- 6) Erken-geç veya birden çok çocuklu olma,
- 7) Bebeğe karşı olumsuz duygular yaşama
- 8) Bebeğin sağlığında problemlerin olması, ölü doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurmuş olmak
- 9) Anne ya da bebeğin hayatını tehlikeye sokabilecek bir gebelik geçirmiş olmak, komplike bir gebelik süreci geçirmiş olmak
- 10) Anne ve bebeğin erken dönemde ayrılması, daha önce olumsuz doğum deneyimi
- 11) Düşük sosyoekonomik durum
- 12) Planlanmamış gebelik (48, 51)

2.11.5. Gebelikte depresyon sıklığı

Kadınlarda yaşam boyu depresyon görülme sıklığı erkeklerin yaklaşık 1.7 ile 2.7 katıdır. Cinsiyet farklılığı erken ergenlik yaşlarında başlamakta ve 50'li yaşların ortasına kadar sürmektedir, yani üreme çağını içermektedir. Kadınlar, üreme hormonlarında değişim olduğu dönemlerde depresyona daha yatkın hale gelmektedir. Bu değişim dönemleri puberte, doğum kontrol haptı kullanımı, adet döneminin geç luteal evresi, gebelik ve lohusalık dönemi ve perimenopoz dönemidir. Genel olarak gebelik, iyilik ve mutluluk halinin yaşandığı bir zaman dilimi olarak düşünülür. Bazı kaynaklarda gebelik durumunun kadınları depresyondan koruduğu belirtilse de birçok kadın çocuk doğurma yaşında major depresyon geçirmektedir (52). Depresyon, gebelikte en sık görülen ruhsal bozukluktur (53). Yapılan çalışmalara göre gebelikte depresyon ve depresif semptom görülme sıklığının %5-51 arasında değiştiği bulunmuştur (54, 57). Türkiye'de bu konuda yapılmış yeterince çalışma olmaması ile birlikte Cebeci ve arkadaşlarının gebeler üzerinde yaptıkları bir çalışmada Beck depresyon ölçeğine göre (kesme değeri 17 ve üzeri) depresyon semptomları görülme prevalansı %12 bulunmuştur (58). Kurki ve arkadaşları gebelikte depresyon sıklığını %30, Marcus ve arkadaşları %20 olarak bulmuşlardır (57, 59). Mc Kee ve arkadaşlarının düşük gelir düzeyine sahip gebeler üzerinde yaptığı bir çalışmada ise Beck depresyon ölçeğine göre (kesme değeri 14 ve üzeri) depresyon prevalansı %51 olarak bulunmuştur (60). Chen ve arkadaşları, Centre for

Epidemiological Studies-Depression skalasına göre gebelikte depresif semptom görülme sıklığını araştırmışlar; birinci trimesterde %8, ikinci trimesterde %10 ve üçüncü trimesterde %2 olarak bulmuşlardır (61). Perinatal depresyon görülme insidansının adolesan çağıdaki ve düşük gelirli kadınlar arasında daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmalarda depresif semptomların gebe kadınlarda en az postpartum veya gebe olmayan kadınlardaki kadar görüldüğü saptanmıştır (62, 66). Perinatal ve postpartum dönemde depresyon prevalans yüksekliğinin nedeni tam olarak açıklanamasa da hormonlar, nöroendokrin ve psikososyal değişiklikler gibi çeşitli etyolojik faktörler suçlanmaktadır (55).

2.11.6. Gebelikte depresyon için risk faktörleri

Gebelikte depresyon, postnatal depresyon kadar şiddetli olmayıp, genellikle en sık ilk trimesterde görülmektedir. Jinekolojik öyküde, kürtaj sıklığı, gebeliğe ilişkin ikilemler, duygular ve kayıp yaşanması antenatal depresyon için risk faktörleri olmaktadır (54). Gebeliklerin %15'i düşük ile sonuçlanmaktadır. Düşük sonrası gelişen depresyon şiddeti ile gebelik ayı arasında ilişki vardır. Düşük yapanlarda bir sonraki gebelikte de depresyon görülme riski artar. Daha önce depresyon geçirmiş olanlarda, ailesinde depresyon öyküsü olanlarda, genç annelerde, çok çocuklu olanlarda, istenmeyen gebeliklerde, sosyal desteği yeterli olmayanlarda ve evlilik sorunları olanlarda depresyon görülme sıklığı artar. Gebelikteki diğer bir zorluk ise halen antidepresan tedavisi alanların gebe kaldıkları zaman tedavilerini erken kesmeleridir. Gelişmiş toplumlarda bile planlanmamış gebelik oranı %50'ye yakındır. Çoğu gebe kadın "bebek mi, yoksa ilaç mı?" sorusuna ilacı kesme ile yanıt vermektedir. Bu durumda gebelik sırasında depresyonda alevlenme ya da yinelenme riski doğmaktadır. Özellikle de tedavi kesildikten sonraki ilk 8 hafta içinde alevlenme görülmesi açısından en riskli dönemdir (67). Bu konuda yapılan ileriye dönük çalışmalar, daha önceki yaşamlarında psikotik tablo geçirmiş olan hastaların %58'inin, gebelik ve/veya postpartum dönemde ciddi ruhsal bozukluklar gösterdiğini ortaya koymuştur. Bu vakaların birçoğunda kişilerarası iletişim bozukluğu, istenmeyen gebelik ve evlilikle ilgili sorunlar daha sıktır. Böylece gebelik ve postpartum dönemi, latent olan ruhsal bozukluğu açığa çıkarabilen bir dönemdir. Gebelikte çıkan her komplikasyon ve gebeliği riskli hale getiren her tıbbi sorun, ciddi zorlamalar ve psikiyatrik semptomlara yol açma potansiyelindedir. Preeklampsi hipertansiyon, diyabet gibi tıbbi sorunları olan gebelerde, bu tür komplikasyonları olmayan gebelere göre daha fazla psikopatoloji saptanmıştır (68). Tıbbi hastalıkları psikodinamik etyolojilerle açıklamanın yaygın olduğu dönemde, gebelikteki psikolojik komplikasyonlar, tıbbi sorunların nedeni olarak yorumlanmıştır. Ancak genellikle psikiyatrik tablolar, gebeliğin tıbbi komplikasyonlarının sebebi değil, sorunlara reaktif gelişen durumlardır (68). Daha

önceden mevcut ya da yeni olarak ortaya çıkan her türlü majör psikiyatrik bozukluk gebelik ve doğum komplikasyonlarını arttırır. Gebenin kendine bakımını, doğumun gerektirdiği uyum ve tedbirlerini yürütmek güçleşir (54).

2.11.7.Gebelikte depresyon epidemiyolojisi

Depresyonun ortalama başlangıç yaşı 27'dir. Ancak bu rahatsızlık her yaşta başlayabilir. Gebelik sırasındaki depresyon postnatal depresyonun oluşmasında predikte edici bir faktördür.

2.11.8.Hastane anksiyete ve depresyon

Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) ölçeği; hastada anksiyete ve depresyon yönünden belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçen bir ölçektir. Ölçek türü kendini değerlendirme ölçeğidir. Uygulanacak grup bedensel sağlığı olan hastalardan oluşur.

Kapsamı: Toplam 14 soru içermekte ve bunların 7 adeti anksiyeteyi ve diğer 7 adeti depresyonu ölçmektedir. Dörtlü Likert tipi ölçüm sağlamaktadır.

Materyal: Hastalar ölçeğin üzerine işaretleyerek yanıt verirler.

Uygulama: Kısa ve anlaşılır olması nedeniyle kolaydır ve hastalar kendi başlarına doldura-bilirler.

Yönerge: Yönergesi ölçeğin başında vardır ve hastalara kendilerine en çok uyan maddeyi işaretlemeleri belirtilir.

Ölçek Bilgileri

Özgün adı Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)' dir.

Özgün makalesi Zigmond AS, Snaith PR: The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand 1983; 67: 361 -70 'dir.

Türkçe formunun adı: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğidir.

Türkçe 'ye çevirenler: Ömer Aydemir, Taner Güvenir, Levent Küey, Savaş Kültür

2.12.Anksiyete

Anksiyete, her insanın hayatının bazı dönemlerinde zaman zaman yaşadığı ve tanıdığı bir durumdur. Her türlü korku ve heyecanı vücuttan uzaklaştırmak için vücudun verdiği bir savunma mekanizmasıdır. Strese karşı bir cevap olan anksiyete, tehlike anında alarm vasfında eyleme geçmeyi hazırlar. Öyleyse anksiyete, normal hayatta var olan olaylara karşı oluşan bir tepkidir. Korku ve anksiyetenin, tehlikelere karşı savunma mekanizmasını sağlayan insan doğasının bir parçası olduğu düşünülür. Hatta edebiyatçılar ve psikologlar çağdaş yaşamın oluşturduğu değişikliklerinden dolayı 20. yüzyılı "anksiyete" yüzyılı olarak isimlendirmiştir.

2.12.1.Anksiyetede belirtiler

Anksiyetede emosyonel ve psikolojik belirtiler olup; korku, heyecan, huzursuzluk, panik, kötü birşey olacak korkusu hissini yanı sıra bedensel ve somatik özellikler de görülebilir. Bunlar arasında terleme, kalp çarpıntısı, gevşeyememe hali, irritabilite, uykusuzluk vb. birçok fiziksel belirtiler görülebilir. Otonomik belirtiler olup aurasal özellikler taşır. Hiperventilasyon gelişe-bilir buna bağlı kanda karbondioksit düzeyi düşer, başta sersemlik, baş dönmesi, ellerde-ayaklarda kasılmalar, uyuşmalar ortaya çıkabilir.

2.12.2.Anksiyetenin bilişsel, davranışsal ve bedensel bileşenleri

Bedensel bileşenler

- Çarpıntı
- Nefes alamama
- Boğulma hissi
- Terleme, titreme
- Baş dönmesi, sersemlik
- Göğüste sıkışma, hiperventilasyon
- Epigastrik rahatsızlık
- Kas gerilimi ve ağrıları
- Hipertansiyon
- Pupil dilatasyonu

Bilişsel bileşenler

- Katastrofik düşünceler
- Endişeler
- İntusif düşünceler, imgeler
- Obsesyonlar
- Flashbackler

Davranışsal bileşenler

- Motor huzursuzluk
- Kaçınma
- Güvenlik davranışları
- Kompülsiyonlar
- Yardım arama

2.12.3.Gebelikte anksiyete bozukluğu

Anksiyetenin çeşitli tipleri vardır: Anksiyete bozuklukları; panik bozukluğu, özgül fobiler, sosyal fobi, obsesif-kompulsif bozukluk, akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, madde kullanımının yol açtığı anksiyete bozukluğu

ve genel tıbbi bozukluğun yol açtığı anksiyete bozukluğu. Gebelikte panik bozukluğu yatışabilir ya da alevlenebilir. İlk çalışmalar gebeliğin panik bozukluğunu bastırıldığını ancak postpartum dönemde alevlendirdiğini göstermiştir. Daha sonraki çalışmalarda ise durum karışık çıkmıştır. Bu konudaki 8 çalışmada gebelikte % 41 oranda anksiyete bozukluğunun düzeldiğini, postpartum dönemde % 38 oranda alevlendiğini göstermiştir.

2.13. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Çeşitli doğal afetlerden, kazalardan, savaşlara, hastalıklara uzanan bir dizi felaketin yaygın olduğu günümüz dünyasında, şiddetli stresin etkilerini uzun süre yaşayan insanların sayısı hızla artmaktadır. Son yüzyılda teknolojinin büyük bir hızda gelişmesi, sosyal dengelerin değişmesi, insanlığın karşılaştığı travmaların sıklığı ve çeşitliliğini arttırmıştır. Özellikle savaşlar, kazalar ve hastalıkların geçmişe göre daha etkin ve yaygın etkiler oluşturması, travmatik bozukluklarla ilgili bozuklara yönelik çalışmaların sıklığını arttırmıştır. Buna bağlı travma sonrası stres bozukluğu son 20 yılda önemli ve ilgi duyulan konulardan biri haline gelmiştir. İlk olarak II. Dünya Savaşı sonrasında özellikle toplama kamplarında kalmış insanlarda gözlenmiştir.

Travma sonrası stres bozukluğu ise ilk olarak Vietnam Savaşı gazileri ile gündeme gelmiştir. APA'nın tanımlamasına göre travma sonrası stres bozukluğu, olağan insan deneyimlerinin dışında yaşanan ve hemen herkes için sıkıntı kaynağı olabilecek bir olayın ardından gelişen bilişsel, duyuşsal, davranışsal ve sosyal bozuklukları içeren psikiyatrik belirtilerle karakterize bir bozukluklardır.

Hastalığı tanımlamak için;

A. Kişi, aşağıdakilerden her ikisinin de bulunduğu bir biçimde travmatik bir olayla karşı-laşmıştır:

(1) Kişi, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma, kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir.

(2) Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır.

Hastalık belirtilerini sıralamak gerekirse olayı yeniden yaşama, kaçınma ve aşırı uyarılmışlık şeklinde üç grup belirtiden söz edebiliriz.

B. Travmatik olay aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır:

(1) Olayın, elde olmadan tekrar tekrar anımsanan sıkıntı veren anıları; bunların arasında düşümler, düşünceler ya da algılar vardır. Not: Küçük çocuklar, travmanın kendisini ya da değişik yönlerini konu alan oyunları tekrar tekrar oynayabilirler.

(2) Olayı, sık sık, sıkıntı veren bir biçimde rüyada görme. Not: Çocuklar, içeriğini tam anla-maksızın korkunç rüyalar görebilirler.

(3) Travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranma ya da hissetme (uyanmak üzereyken ya da sarhoşken ortaya çıkıyor olsa bile, o yaşantıyı yeniden yaşıyor gibi olma duygusunu, illüzyonlarını, hallüsinasyonlarını ve dissosiatif "flashback" epizodlarını kapsar).

(4) Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran, andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine yoğun bir psikolojik sıkıntı duyma

(5) Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran, andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine fizyolojik tepki gösterme

C. Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, travmaya eşlik etmiş olan uyaranlardan sürekli kaçınma ve genel tepki gösterme düzeyinde azalma (travmadan önce olmayan)

1) Travmaya eşlik etmiş olan düşünce, duygu ya da konuşmalardan kaçınma çabaları

2) Travma ile ilgili anıları uyandıran etkinlikler, yerler ya da kişilerden uzak durma çabaları

3) Travmanın önemli bir yönünü anımsayamama

4) Önemli etkinliklere karşı ilginin ya da bunlara katılımın belirgin olarak azalması

5) İnsanlardan uzaklaşma ya da insanlara yabancılaştığı duyguları

6) Duygulanımda kısıtlılık (örn. sevmeye duygusunu yaşayamama)

7) Bir geleceği kalmadığı duygusunu taşıma

D. Aşağıdakilerden en az ikisinin bulunması ile belirli, artmış uyarılmışlık belirtileri sürekli bulunmalıdır. Bunlar:

1) Uykuya dalmada ve sürdürmede güçlük,

2) Öfke patlamaları,

3) Aşırı irkilme tepkisi,

4) Sürekli olarak tetikte olma (hipervijilans),

5) Düşüncelerini belirli bir konuda yoğunlaştırmada güçlük ve işini bitirmede zorluk çekmedir.

E. A, B, C ve D bölümlerindeki belirtileri bir aydan daha uzun sürmelidir. Bozukluk belli bir sıkıntıya, toplumsal, mesleki sorunlara ve yaşamın diğer alanlarında önemli bir işlev kaybına neden olmalıdır. Semptomlar genelde ilk üç ayda başlar ancak bazen aylar hatta yıllar sonra da başlayabilir.

DSM-IV'e göre travma sonrası stres bozukluğu gelişmesine neden olacak travmalar, askeri çatışmaya katılma, saldırıya uğrama, işkence, savaşta esir düşme, toplama kamplarında

bulunma, doğal ya da insanların neden olduğu felaketlerle karşılaşma, ciddi trafik kazaları, yaşamı tehdit edici bir hastalık tanısı alma gibi olağan dışı travmatik olaylardır. Ciddi yaralanmaya, birisinin vahşice öldürülmesine, kaza ya da afetteki haline, yaralanmasına tanık olma, ceset-ceset parçasını görme gibi olaylar, bunların bir başkası tarafından görülüp anlatılması yakın arkadaş ya da aile üyelerinden birinin ölümü, kazaya, travmaya, uğramasının öğrenilmesi de travmatik nitelikte olabilmektedir. Travmatik olay, insan tarafından yapılmış ise hastalığın gelişme riski, şiddeti ve süresi daha fazla olmaktadır. Bazen de, sıradan gibi görünen ya da çoğu insan için bir felaket gibi görünmeyen olaylar, söz konusu olayın kişi için öznel bir anlamı olması nedeniyle travma sonrası stres bozukluğuna neden olabilmektedir. Travma sonrası stres bozukluğu'nun gelişme riskini stresörün şiddetini arttıran ve kişinin yatkınlığı olduğunu gösteren etkenler belirlemektedir.

Stresörün etki şiddetini arttıran etkenler:

- Birey için öznel anlamı olması,
- Karşı karşıya kalma süresinin uzaması,
- Karşılaşmanın ani olması (hazırlıksız olma)
- Katastrofik olması,
- İnsan tarafından oluşturulması,
- Ölüm tehdidi içermesi,
- Fiziksel yaralanma ile birlikte olması,
- Gaddarlık ve insanlık dışı olay içermesi,
- Kişide suçluluk duygusu uyarması,
- Köşeye sıkıştırılmışlığı hissetme

2.13.1. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU ÖLÇEĞİ (TSSB)

Ölçek DSM-IV ölçütlerine göre Post-Travmatik Stres Bozukluğunu sorgulayan ve araştıran bir soru listesidir. Bir öz bildirim ölçeğidir. Uygulanacak grup hem toplum taramalarında hem de başıran hastalarda travma sonrası stres bozukluğu ölçütlerini araştırmak için kullanışlıdır.

Kapsamı: Ölçek, toplam 17 maddeden oluşur ve sorulardan 5'i yeniden yaşama, 7'si kaçınma ve 5'i artmış uyarılmışlık belirtilerini sorgulamaktadır.

Uygulama: Hastalar son bir aylık zaman diliminde kendilerinde bulunan belirtileri listeden seçip ne düzeyde etkilendiğine göre puanlarlar.

Yönerge: Hastalardan stres veren olaydan son bir aylık zaman diliminde ne düzeyde etkilen-diklerine göre en uygun yanıtı seçmeleri istenir.

Ölçek Bilgileri

Özgün adı PTSD CheckList- Civilian Version (PCL-C) 'dir.

Özgün makale: Weathers FW, Litz BT, Herman DS et al (1993) The PTSD Checklist: Reliability, validity and diagnostic utility. Paper presented at the annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies. San Antonio: TX

Türkçe formunun adı: Post-Travmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi- Sivil Versiyonu
Türkçeye çevirenler: Neşe Kocabaşoğlu, Aytül Çorapcıoğlu Özdemir, İlhan Yargıç, Pakize Geyran

3.MATERYAL METOD

Bu çalışmaya, 1 Ocak 2008 ile 30Aralık 2010 tarihleri arasında, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğine son gebeliğinde gebelik ve/veya doğuma bağlı olarak hayatı tehlike oluşturabilen gebelik nedeniyle başvurmuş, kliniğimizde takip ve tedavisi yapılmış hastalar alınarak yapılmıştır. Çalışmamız Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi tarafından etik kurul onayı almıştır.

Hasta grubuna, 18-35 yaş aralığında, 3'den fazla çocuğu olmayan, aile çocuk sayısını tamamlamamış, son doğumunun üzerinden en az 6 ay geçmiş 2 yılı geçmemiş, gebe kalmasında herhangi bir engel bulunmayan en az ilkokul mezunu, ulaşımı kolay olgular dahil edildi. Komplike gebelik geçiren hasta grubu olarak, ağır preeklampsi/eklampsi, prepartum, intrapartum ve postpartum dönemde gebeliğe ve/veya doğuma bağlı şiddetli kanama sebeplerinden dolayı uzun süre hastanede yatmış olup, yoğun bakım ünitesinde takip edilmiş, masif kan transfüzyonuna ihtiyaç duymuş olan olgular ele alındı. Kontrol grubu olarak da son gebeliğinde, doğum ve doğum sonrasında hiçbir sorun yaşamamış, 3'den fazla çocuğu olmayan, aile sayını tamamlamamış, son doğumunun üzerinden en az 6 ay geçmiş 2 yıl geçmemiş, en az ilkokul mezunu, 18-35 yaş arası, DÜTF Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı polikliniğine başvuran kişiler arasından seçildi. Toplam 41 olgu kontrol grubuna dahil edildi. Hasta grubu hastane arşivi ve hasta dosyaları taranarak belirlendi. Çalışmamıza dahil edeceğimiz hasta grubundan toplam 301 hasta bulundu. Diyarbakır ili sınırları dışında olan hastalar, histerektomi geçirenler, tüp ligasyonu yapılmış olanlar çalışmanın dışında bırakıldı. Çalışmamıza dahil edilen gruptaki 301 hastanın 187 tanesi Diyarbakır ili sınırının dışında olduğu için onlar çalışmamızdan çıkarıldı. 114 hastadan 8'i vefat ettiği, 36'sının telefon numarasının yanlış ya da aramalara kapalı olduğu, 17'si de çalışmaya katılmak istemediği için toplam 53 olgu ele alındı. 53 hastanın 16 'sı preeklampsi, 4'ü dekolman plasenta, 15'i eklampsi, 8'i plasenta previa totalis, 10'u postpartum kanama tanılı hastalardı. Bu hastaların sadece 17 'si normal vajinal yolla doğum yapmıştı. Diğerleri ise son gebeliğinden dolayı sezeryan geçirmişti. Prepartum, intrapartum ya da postpartum kanama nedeniyle başvuran hastalardan (n=18) 14'ü son gebeliğinde oluşan komplikasyona bağlı cerrahi operasyon geçirmişti. Bu hastalar en az 4 gün, en fazla 18 gün yoğun bakım ünitesinde takip edilmişti. Peripartum kanamaya bağlı hastalara en fazla 14 ünite, en az 2 ünite kan transfüzyonu yapılmıştı. Eklampsi hastalarının 10'u kliniğimize getirilmeden önce konvülziyon geçirmişti. 53 hastanın 5'i tüp ligasyonu geçirdiği, 3'ü histerektomi olduğu için, 2'sinin yaşının 35 yaş üzerinde olduğu, 3'ü de çocuk sayısı 3'ün üzerinde olduğu için çalışmadan çıkarıldı. Çalışmaya toplam 40 hasta alındı. Çalışmamızda komplike gebelik

geçiren kadınlarda tekrar gebe kalma isteğini değerlendirmek üzere daha önceden hazırlamış olduğumuz sorulardan oluşan anketler kullandık. Anketimizde demografik veriler ve olay öncesini ve sonrasını kıyaslamak için sorulan 28 adet soru bulunmaktadır. Tekrar gebe kalma isteğini ve tekrar gebe kalma ile ilgili endişe / korku düzeyini tespit etmek için iki adet çizgi düzenlendi. Her çizgi 10 cm ebatında olup birer cm aralıklarla işaretlendi. Verilen cevapların kişinin istek, endişe ve korku düzeyine göre işaretlenmesi istendi. Sorular açık anlaşılır tarzda olup, anketimiz tablo 1’de ayrıntılı olarak gösterilmektedir.

**KOMPLİKE GEBELİK YAŞAMIŞ HASTALARIN SONRAKİ DÖNEMDE
FERTİLİTEYE BAKIŞI**

Adı-Soyadı :..... Tarih :

Yaş (18-35) :..... Telefon :

Eğitim Düzeyi (yıl) :..... Yaşadığı bölge :

Mesleği : Ev hanımı / Çalışıyor (düzensiz bir işte / düzenli bir işte)

Eşinin işi? :.....

Kendi bakış açısıyla gelir düzeyi : Çok iyi / İyi / Orta / Kötü / Çok kötü

G-P-Y-A :.....

Bir hastalığınız var mı? :Hayır / Evet (belirtiniz).....

Sürekli kullandığınız bir ilaç :Yok / Var (belirtiniz)

Yatış tarihi :...../...../.....

Yatış tanısı :.....

Yattığı gün sayısı :.....

Erken dönemde kalıcı bir hasar oluştu mu? :.....

Geç dönemde kalıcı bir hasar oluştu mu? :.....

Gebelik sizde psikolojik yönden kalıcı hasar bırakmış mı? :Hayır/
Evet(belirtiniz).....

Ölüm korkusu yaşamış mı? :Hiç / Hafif / Orta / Şiddetli / Çok şiddetli

Son gebeliğinde doğan bebek yaşıyor mu? : Evet / Hayır

Olay öncesinde planlanan (aklından geçen istediği) çocuk sayısı :

Şu an planlanan(aklından geçen istediği) çocuk sayısı :

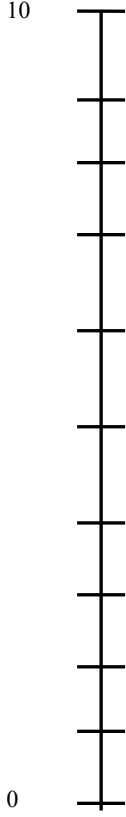
Tekrar gebe kalmayı düşünüyor mu?: Hayır / Kararsız / Evet

Tekrar gebe kalma korkusu var mı? : Yok / Hafif / Orta / Şiddetli / Çok şiddetli

Korunuyor mu? : Hayır / Bazen / Evet

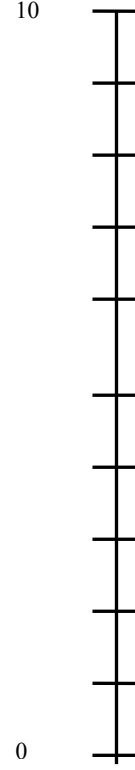
Tekrar gebe kalma isteğinizi ve tekrar gebe kalma ile ilgili endişe / korku d¼zeyinizi aşağıdaki çizgiler ¼zerinde her b¼lmenin sizdeki gebe kalma isteği ve endişe/korku d¼zeyinize denk gelecek şekilde işaretleyiniz.

Çok istiyorum



Hiç istemiyorum

Çok endişeliyim



Hiç endişeli değilim

Tablo 1: Çalışmada kullanılan anket sorularını içeren tablodur.

Çalışmamızda komplike gebelik geçiren hastalarda gebeliğin etkisine bağlı anksiyete, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu belirtilerini araştırmak için psikiyatrik ölçeklerin kullanıldığı anketlere de yer verildi. HAD anksiyete ve depresyon skalası ile posttravmatik stres bozukluğu skalası kullanıldı. Hastalara araştırmacı tarafından günlük 3 hasta çağırılmak üzere telefonla ulaşıldı. Hastalarla tek tek aynı araştırmacı tarafından görüşüldü. Öncesinde hastalara ultrason bakılıp, jinekolojik muayene yapıldı. Son gebeliğine dair ayrıntılı anamnez alındı, hastanın motivasyonu ve rahatlığı sağlandı. Hastaya çalışma hakkında bilgi verildi ve onayı alındı. Anket soruları soruldu ve hastanın bizzat kendisi tarafından cevapları alındı. Kontrol grubuna da hastalara uygulanan anket soruları soruldu. Grup 1 (n=40) hasta grubu; grup2 (n=41) kontrol grubu olarak belirlendi. Her soruya kendi arasında puanlamalar yapıldı. Psikiyatrik testler ise ölçeklerine göre uydurularak puanlama yapıldı. Bu çalışma ile kontrol grubu ile hasta grubu tekrar gebe kalma isteği, olay öncesi planlanan çocuk sayısı, şu an planlanan çocuk sayısı, tekrar gebe kalma korkusu, anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu belirtileri açısından karşılaştırıldı.

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Verilerin değerlendirilmesinde; SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 15,0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler için, değişken sürekli olduğunda ortalama ve standart sapma kullanıldı. Sürekli değişkenleri istatistiksel olarak karşılaştırmada “t” testi kullanıldı. Aynı grupta tekrarlayan ölçümlerin karşılaştırılmasında “tekrarlayan t testi” kullanıldı. Nonparametrik dağılımlarda sürekli değişkenlerin gruplar arasında karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler ve demografik bilgilerin tanımlanmasında tanımlayıcı istatistikler kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Khi-Kare testi kullanıldı. İstatistiksel farklılık için p değeri 0,05’in altında olan değerler anlamlı kabul edildi.

4.BULGULAR

Çalışmamıza katılan toplam hasta sayısı 81 idi. Bunların 40 'ı son gebeliğinde sorun yaşamış olup; gebelik ve/veya doğum esnasında komplike olmuş kişilerden oluşmakta idi. Bu 40 hastanın 10'u eklampsi, 12'si şiddetli preeklampsi, 4'ü dekolman plasenta, 12'si ise peripartum nedeniyle hayati risk altında olan hastalar idi. Çalışmaya dahil edilen hastalar grup 1'i (n=40) oluşturup, gebelik ve/veya doğumda hiçbir problem yaşamayan olgular ise kontrol grubu olarak ele alındı. Kontrol grubu grup 2 olarak ele alındı ve toplam sayısı 41 idi. Hasta grubu ve kontrol grubu kendi aralarında demografik yönden ve bir takım parametreler açısından karşılaştırıldı.

Hasta grubunun yaş ortalaması $26,98 \pm 4,45$, kontrol grubu yaş ortalaması $28,07 \pm 4,44$ idi. İki grup yaş açısından benzer izlendi (p: 0,26). Her iki grupta gebelik sayısı sırasıyla; grup 1'de $2,80 \pm 1,42$, grup 2'de $2,24 \pm 1,20$ idi. Gruplar gebelik sayısı yönünden benzer izlendi (p: 0,60). Hasta grubunda doğum sayısı $2,15 \pm 1,12$ iken; kontrol grubunda bu oran $1,88 \pm 1,20$ idi. Her iki grup doğum sayısı açısından birbirine benzerdi (p: 0,26). Grup 1'de yaşayan çocuk sayısı $1,80 \pm 1,0$; grup 2'de $2,80 \pm 0,10$ idi. İki grup arasında demografik veriler benzer izlendi (tablo 2). Hasta grubundaki vakaların komplike gebelik ve/veya doğum sırasında mevcut patolojileri nedeniyle ortalama hastanede kalma süresinin $11,73 \pm 11,42$ gün olduğu izlendi.

Tablo 2. Hasta ve kontrol grubunun yaş, gebelik sayısı, doğum sayısı ve yaşayan çocuk sayısı yönünden karşılaştırılması

	Grup1(n=40) (Mean±SD)	Grup2(n=41) (Mean-SD)	P
Hasta Yaşı	$26,98 \pm 4,45$	$28,07 \pm 4,44$	0,26
Gebelik Sayısı	$2,80 \pm 1,42$	$2,24 \pm 1,20$	0,60
Doğum Sayısı	$2,15 \pm 1,12$	$1,88 \pm 1,20$	0,26
Yaşayan Çocuk Sayısı	$1,80 \pm 1,0$	$2,80 \pm 0,10$	0,60

Hasta grubu ve kontrol grubu eğitim düzeyi açısından karşılaştırıldığında; grup 1'de ilk-orta öğretim düzeyinde 31 kişi, lise ve üstünde 9 kişi vardı. Grup 2'de ilk-orta öğretim düzeyinde 24 kişi, lise ve üstünde ise 17 kişi vardı. Her iki grup eğitim düzeyi açısından karşılaştırıldığında benzer izlendi tablo 3. (p: 0,068)

Tablo 3. Hasta ve Kontrol grubu arasında eğitim durumunun karşılaştırması

	Grup 1 (n=40)	Grup 2 (n=41)	Ki-kare	p
İlk-orta öğretim düzeyinde	31	24		
			3,341	0,068
Lise ve üstü	9	17		

Çalışmamızda hasta grubunda olay öncesi planlanan çocuk sayısı ortalama $3,75\pm 1,15$ iken şu an planlanan çocuk sayısı ise ortalama $1,60\pm 1,41$ idi. Komplike gebelik sonrasında önceki duruma göre sahip olunmak istenilen çocuk sayısında istatistiksel olarak azalma olduğu izlendi. Kontrol grubunda son gebelik sonrasında daha öncesine göre sahip olunmak istenen çocuk sayısı açısından istatistiksel olarak azalma olduğu gözlemlendi (önce $2,80\pm 1,00$, sonra $2,0\pm 1,0$) idi. Hasta ve kontrol grubunda son gebelikten sonra istenilen çocuk sayısında azalma mevcuttu fakat hasta grubunda bu farklılık daha belirgin olarak gözlemlendi.

Tablo 4. Hasta ve kontrol grubunun olay öncesi planlanan çocuk sayısı ve şu an planlanan çocuk sayısı açısından karşılaştırılması

	Olay öncesi planlanan çocuk sayısı	Şuan planlanan çocuk sayısı	t	p
Grup 1 (n=40) (Mean-SD)	$3,75\pm 1,15$	$1,60\pm 1,41$	10,86	<0,001
Grup 2 (n=41) (Mean-SD)	$2,80\pm 1,00$	$2,0\pm 1,0$	3,68	0,001

Hasta ve kontrol grubu gebe kalma isteği skalası puanlaması açısından karşılaştırıldığında iki grup arasında fark izlenmedi (Grup 1= $2,90\pm 3,68$ iken grup 2’de bu oran $4,05\pm 3,98$; p: 0,18). İki grup gebe kalma korku skalası kullanılarak karşılaştırıldıklarında hasta grubunun gebe kalma korkusunun istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek olduğu izlendi (grup 1= $7,23\pm 3,86$; grup 2= $4,12\pm 3,80$; p <0,001) Tablo 5.

Tablo 5. Hasta ve kontrol gruplarındaki gebe kalma isteği ve gebe kalma korkusunun görsel analog skala ile karşılaştırılması

	Grup 1 (Mean-SD)	Grup 2 (Mean-SD)	P
Gebe kalma isteği skalası	2,90±3,68	4,05±3,98	0,18
Gebe kalmaktan korkma skalası	7,23±3,86	4,12±3,80	<0,001

Hasta ve kontrol grubunda anksiyete ve depresyon açısından karşılaştırıldı. Grup 1’de ortalama Anksiyete puanı 8,55±4,31 iken grup 2’de bu değer 8,15±4,15 idi. İki grup anksiyete açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmedi (p: 0,66). Gruplar depresyon açısından karşılaştırıldığında (grup1= 6,18±3,79; grup 2=6,68±4,45) her iki grup arasında depresyon görülme oranı bakımından istatistiksel olarak benzer izlendi (p: 0,59). Grup 1’de total depresyon puanı 14,75±7,3 iken, grup 2’de 14,61±7,92 idi. İki grup arasında total depresyon puanlaması açısından istatistiksel olarak bir fark izlenmedi (p: 0,93) Tablo 6.

Tablo 6. Hasta ve kontrol grubunun anksiyete, depresyon, total depresyon yönünden karşılaştırılması

	Grup 1(n=40)(Mean-SD)	Grup 2(n=41) (Mean-SD)	P
HAD Anksiyete	8,55±4,31	8,15±4,15	0,66
HAD Depresyon	6,18±3,79	6,68±4,45	0,59
HAD Total	14,75±7,3	14,61±7,92	0,93

Travma sonrası stres bozukluğu yeniden yaşam belirtileri açısından hasta ve kontrol grubu karşılaştırıldığında hasta grubunda 15,00±4,12 iken, kontrol grubunda 12,24±5,55 idi. Hasta ve kontrol grubunda yeniden yaşam belirtileri açısından fark vardı (p: 0,013). Travma sonrası stres bozukluğu kaçınma belirtileri açısından hasta grubunda 18,35±5,11 iken, kontrol grubunda 15,30±5,50 idi. İki grup arasında kaçınma belirtileri açısından fark izlendi (p: 0,011). Travma sonrası stres bozukluğu uyarılmışlık belirtileri açısından hasta grubunda

14,13±4,50 iken kontrol grubunda 12,80±4,31 idi. Uyarılmışlık belirtileri açısından iki grup arasında fark yoktu (p: 0,17). Travma sonrası stres bozukluğu total belirtiler açısından hasta grubunda 47,48±11,78 iken; kontrol grubunda 40,56±13,21 idi. İki grup arasında Travma sonrası stres bozukluğu total belirtileri açısından fark izlendi (p: 0,015).

Tablo 7. Grup 1 ve Grup 2'nin Travma sonrası stres bozukluğu belirtileri açısından karşılaştırılması

	Grup 1 (Mean-SD)	Grup 2 (Mean-SD)	p
TSSB yeniden yaşam belirtileri	15,00±4,12	12,24±5,55	0,013
TSSB kaçınma belirtileri	18,35±5,11	15,30±5,50	0,011
TSSB uyarılmışlık belirtileri	14,13±4,50	12,80±4,31	0,17
TSSB total belirtiler	47,48±11,78	40,56±13,21	0,015

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Hasta ve kontrol grubunda son gebelik ve/veya doğum sırasında ölüm korkusu yaşamış olup olmaması açısından karşılaştırıldığında; grup 1'de ölüm korkusu gelişmiş olanlar 32 kişi (%80), olmayanlar 8 (%20) kişi idi. grup 2'de ölüm korkusu olanlar 27 kişi (%65,9), olmayanlar 14 kişi (%34,1) kişi idi. grup 1 de ölüm korkusu yaşayan hasta oranı grup 2'ye göre daha fazla idi. Ancak iki grup arasında istatistiksel fark mevcut değildi (p:0,152) tablo 8.

Tablo 8. Hasta ve kontrol grubu arasında son gebelik/doğum sürecinde ölüm korkusu yaşamış olup-olmaması açısından karşılaştırılması

	Son gebelik sürecinde ölüm korkusu yaşama		Ki-kare	P
	Olmamış	Olmuş		
Grup 1	8 (%20)	32 (%80)		
			2,048	0,152
Grup 2	14 (%34,1)	27 (%65,9)		

Hasta grubunda (n=40) son gebeliğindeki bebeğin sağ olup olmamasına göre kendi arasında kıyaslandığında; 8 kişinin bebeği ölü; 32 kişinin bebeği canlı idi. Bebeği canlı olan hastaların yaş ortalaması 20,20; bebeği ölü olanların yaş ortalaması 21,70 idi. Bebeği canlı olanlarla olmayanlar arasında yaş ortalaması açısından fark yoktu (p:0,75). Hasta grubunda bebeği canlı olanlar grup 1a (n=32), bebeği ölenler grup 1b (n=8) olarak ele alındığında;

Grup 1a ile grup 1b arasında anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu belirtileri açısından kendi aralarında karşılaştırıldı. Grup 1a'da anksiyete oranı 19,38 iken; grup 1b'de 20,78 idi. Anksiyete açısından her iki grup birbirine benzerdi (p:0,77). Grup 1a'da depresyon 20,25 iken; grup 1b'de 20,56 idi. İki grup depresyon yönünden birbirine benzerdi (p:0,96). Grup 1a'da travma sonrası stres bozukluğu yeniden yaşam belirtileri ortalaması 12,75 iken; grup 1b'de 22,44 idi. Yeniden yaşam belirtileri yönünden gruplar benzerdi (p:0,98). Grup 1a'da kaçınma belirtileri ortalaması 14,13 iken; grup 1b'de 22,09 idi. İki grup arasında kaçınma belirtileri yönünden fark vardı (p:0,03). Travma sonrası stres bozukluğu uyarılmışlık belirtileri grup 1a'da 19,81 iken; grup 1b'de 20,67 idi. Her iki grup birbirine benzerdi (p:0,08). Travma sonrası stres bozukluğu total belirtileri grup 1a'da 15,56 iken; grup 1b'de 21,73 idi. Gruplar birbirine bu yönden benzer izlendi (p:0,85).

Tablo 9. Bebeği canlı olanlar ile bebeği ölenler arasında anksiyete, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu yeniden yaşam, kaçınma, uyarılmışlık, total belirtileri açısından karşılaştıırılması

	Grup 1a	Grup 1b	P
Anksiyete	19,38	20,78	0,77
Depresyon	20,25	20,56	0,96
TSSB yeniden yaşam belirtileri	12,75	22,44	0,98
TSSB kaçınma belirtileri	14,13	22,09	0,03*
TSSB uyarılmışlık belirtileri	19,81	20,67	0,08
TSSB total belirtileri	15,56	21,73	0,85

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Her iki grup arasında tekrar gebe kalmayı düşünüp düşünmemesi açısından karşılaştırıldı. Grup 1’de hayır diyen 21 kişi (%52,5), kararsız olan 10 kişi (%25), evet diyen 9 kişi (%22,5) idi. Grup 2’de hayır diyen 17 kişi (%41,4), kararsız diyen 6 kişi (% 14,6), evet diyen 18 kişi (%43,9) idi. Her iki grupta da tekrar gebe kalma isteği açısından fark yoktu (p:0,11).

Tablo 10. Hasta ve kontrol grubu arasında tekrar gebe kalmayı düşünmesi açısından karşılaştırılması

Tekrar gebe kalmayı düşünüyor mu?				
	Grup 1 (n=40)	Grup 2 (n=41)	Ki-kare	P
Hayır	21 (%52,5),	17 (%41,4),		
Karasız	10 (%25),	6 (% 14,6)	4,409	0,11
Evet	9 (%22,5)	18 (%43,9)		

Hasta ve kontrol grubunda tekrar gebe kalmak korkusu olup olmadığı açısından karşılaştırıldı. Hasta grubunda 34 kişide (%85) var, 6 (%15) kişide yoktu. Kontrol grubunda 21 kişide (%51,2) var, 20 kişide (%48,8) yoktu. Her iki grup tekrar gebe kalma korkusu olup olmaması açısından karşılaştırıldığında hasta grubunda gebe kalma korkusu kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark izlendi ($p < 0,001$).

Tablo 11. Hasta ve kontrol grubu arasında tekrar gebe kalma korkusu varlığı açısından karşılaştırma.

	Grup 1	Grup 2	Ki-kare	P
Yok	6 (%15)	20 (%48,8)	10,600	0,001
Var	34 (%85),	21 (%51,2)		

Hasta ve kontrol grubu korunup korunmadığı açısından karşılaştırıldı. Grup 1’de (n=40) korunan hasta sayısı 9 kişi (%22,5), korunmayan hasta 31 (%77,5) idi. Grup 2’de (n=41) ise korunan hasta sayısı 8 kişi (%19,5), korunmayan hasta 33 kişi (%80,5) idi. Her iki grup gebelikten korunma hususunda birbirine benzer izlendi ($p:0,74$).

Tablo 12. Hasta ve kontrol grubunun gebelikten korkma açısından korunup korunmadığının karşılaştırılması

	Grup 1 (n=40)	Grup 2 (n=41)	Ki-kare	P
Korunuyor	9 (%22,5)	8 (%19,5)	0,109	0,741
Korunmuyor	31 (%77,5)	33 (%80,5)		

5.TARTIŞMA

Gebelik ve doğum birçok kişi için önemli bir olaydır. Gebeliği yaşayan her kadının o döneme dair zihninde kalacak hatıraları mevcuttur. Gebelik korkusu ve çocuk isteği; kişiye, topluma, sahip olunan çocuk sayısına, ekonomik duruma, eğitime ve geçmiş tecrübeye bağlıdır. Gebelik ve doğum bazı hayati riskler içerebilmektedir. Gebeliğinde ciddi komplikasyon geçiren hastaların sonraki dönemde fertilitate isteği ve korkusu üzerine çalışma yapılmamıştır. Çalışmamıza komplike gebelik açısından şiddetli preeklampsi/eklampsi ve ciddi peripartum kanama geçiren olgular alındı. Dünyada ve ülkemizde maternal mortalite nedenlerine bakıldığında en sıklıkla şiddetli preeklampsi/eklampsi ve doğuma bağlı kanamaların neden olduğu rapor edilmektedir (69). Biz de hasta popülasyonumuzu bu gruptan seçtik. Yoğun bakım ihtiyacı gösteren obstetrik hasta popülasyonu irdelendiğinde ulusal ve uluslararası raporlarda en sık preeklampsi/eklampsiye (%38.7) bağlı hipertansiyon yer almakta, ikinci sırada doğum sonrası kanamalara bağlı hipovolemik şokun (%27.8) izlediği görülmektedir. Bu sıralama literatür bilgileri ile de uyumludur. Ülkemiz genelinde, Sağlık Bakanlığı verilerine göre anne ölümlerinin nedenlerine baktığımızda % 30.3 ile kanamaların ilk sırayı aldığı bunu % 15.5 ile toksemilerin, %9.6 ile enfeksiyonların, % 4 ile düşük komplikasyonlarının takip ettiği görülmektedir (70,71). Yoğun bakım ünitesindeki obstetrik olgular (Keleş ve arkadaşları) değerlendirildiğinde yoğun bakıma yatırılan hastaların %38,7 preeklampsi /eklampsi iken % 27,8 i postpartum kanamaya sekonder hipovolemik şok idi. Yoğun bakıma yatırılan 18 hastanın 5 i ex olup, mortalite oranı %27,7 idi (72). Obstetrik olgularda yoğun bakım ihtiyacı en sıklıkla preeklampsi/ eklampsi ve obstetrik kanama olduğu saptandıklarını rapor etmişlerdir.

Uysal ve arkadaşlarının yaptığı çalışma yoğun bakım ihtiyacı gösteren hastaların %38 gebelik hipertansiyonu, %14 ise peripartum kanama nedeni olduğu belirtmişlerdir (73). Yaptığımız çalışmada komplike gebelik sonrası korku skalasında hasta grubunda gebelik ve doğuma karşı korku istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek saptandı. Sentilhes, ve arkadaşları ciddi postpartum kanamalı hastalardan fertilitatesi korunmuş uterin devaskularizasyon uygulanan 27 hastadan 11 tanesinin tekrar gebe kalmak istemedikleri, bunların da 6 tanesinin tekrar ciddi kanama geçirmekten korktukları için tekrar gebe kalmak istemediğini ifade etmişler (74). Bizim çalışmamızda nonkomplike gebelik sonrası gebe kalma korkusu 21 hastada varken, hasta grubunda ise 34 hastada tekrar gebe kalma korkusu olduğu izlendi. İki grup arasındaki istatistiksel anlamlı fark mevcut olup, komplike gebelik öyküsü sonrası fertilitate isteğinin azaldığını saptadık.

Nizard ve arkadaşları ciddi postpartum kanamalı hipogastrik arter ligasyonu yapılan hastalarda sonraki dönemde gebelik sonuçlarını değerlendirdikleri çalışmada hastaların sonraki dönemlerde çocuk isteklerinin daha az olduğunu düşünmüşler ve bunun tahminlerince psikolojik nedenlere bağlı olabileceğini ifade etmişlerdir. Yine kendileri bu konuda çalışma yapılmamış olduğunu belirtmişlerdir (75). Biz bu çalışmamızda normal gebelik ve doğum sonrasında gebelik öncesine göre istenen çocuk sayısının azaldığını saptadık. Komplike gebelik geçiren olgularımızda da olay öncesi çocuk sayısında olay sonrasında göre planlanan çocuk sayısında istek açısından istatistiksel anlamlı olarak azalma saptadık.

Berkane ve arkadaşlarının ciddi postpartum kanama nedeniyle uterin arter embolisi yapılan hastalarda sonraki dönemde çocuk sahibi olmak isteyen hastalara bakıldığında hastaların olay sonrasında daha fazla çocuk sahibi olmak istemediklerini ifade ettiklerini rapor etmişlerdir. Yine ciddi risklerle karşılaşmış gebelerde sonraki gebeliğinde aynı riskleri taşıma endişesinden ötürü tekrar gebe kalma isteği ve çocuk doğurmaya karşı hastalarda tereddüte neden olduğu izlenmiştir (76). Sahip olunmak istenen çocuk sayısı normal hasta grubunda ve komplike gebelik grubunda, hem komplike olmamış gebelik; hem de komplike olmuş gebelik sonrasında istatistiksel anlamlı olarak azalmış olduğunu saptadık. Ancak bu farkın komplike gebelik geçirenlerde komplike olmamış gebeliğe oranla daha fazla olduğu izlendi. Komplike gebelik geçiren olgularda daha önce planlanan çocuk sayısının şu an planlanan çocuk sayısına göre bir azalma olduğunu söyleyebiliriz. Bunu kişilerin ek bir travmaya maruz kaldıklarının, bir önceki gebeliğinin hem kendisinde hem de bebekte hayati risk oluşturması sonucu oluştuğunu düşünüyoruz. Yine gebe kalma korkusu skalası ile hastalar karşılaştırıldıklarında gebe kalma korkusunun fazla olarak saptanması korkunun gebelik-doğuma bağlı olarak algılanması sonraki dönemde mevcut olabilecek gebelik-doğumda aynı risklerle tekrar karşılaşma ihtimal ve korkusu nedeniyle olduğu düşünüyoruz.

Depresyon ve anksiyete her iki grupta benzer saptandı bunun nedeni depresyon ve anksiyetenin zaman içinde düzelebilmesi, sosyal ve ailesel destek, kişinin olayı kabullenip üstesinden gelebilmesi ile açıklanabilir. Yine hasta ve kontrol grubunda 6ay- 2 yıllık süre zarfında bu patolojiler gelişmişse bile düzelmiş olabileceğini düşünüyoruz.

PTSD ilk kez 1980 yılında tariflenmiş olup American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders tanımlanmıştır. Patolojiyi şöyle tanımlamaktadır: 'Kişide ölüm riski veya ciddi sekel ihtimali oluşturabilen, direkt kişinin maruz kaldığı aşırı, travmatik, stres deneyimi yaşamış olması ve kişinin buna; aşırı korku, çaresizlik ve endişe ile cevap vermesi' olarak tanımlanmıştır (77). Travma sonrası stres bozukluğu bazı popülasyonlarda tanımlanmış olup Born ve arkadaşları tarafından gebeliğinde

anksiyete veya depresyon gelişen, daha önce gebelik kaybı yaşamış olunması veya obstetrik komplikasyon öyküsü olanlarda tariflemişlerdir (78). Cashion postpartum dönemde hormonal değişiklik ve adaptasyon mekanizmaları nedeniyle travma sonrası stres bozukluğu tanısının konulmasında zor olabileceğini tariflemiştir (79). Tham ve arkadaşları doğum hatıralarında genel anksiyete tecrübesi, stresle başa çıkma kapasitesinde yetersizlik, korkuyu uyandıran doğum tecrübesi ve psikiyatrik hastalık öyküsünün olanlarda travma sonrası stres bozukluğu riskinin yüksek olduğunu rapor etmişlerdir (80). Olde ve arkadaşları zayıf sosyal destek, fazla obstetrik müdahale gerçek veya algılanan negatif sağlık personeli tutumu, gebelik veya hemen doğum sonrası negatif duygusal durum öyküsü olanlarda travma sonrası stres bozukluğu riski açısından yüksek riskli grup olarak tanımlamışlardır (81). Kişisel cevaplar daha önce yaşanmış olaylara göre olmakta ve kişiler geçmiş cevaplarının aynısını göstermektedir. Geleneksel olarak doğumun travma sonrası stres bozukluğu belirtilerini başlatan bir olay olmadığı düşünülmektedir. Bununla birlikte Beck ve arkadaşları aşırı travmatik stres oluşturabildiğini ve travma sonrası stres bozukluğu gelişimine katkıda bulunabileceğini rapor etmiştir (82). Maggioni ve arkadaşları hastaların bazen delüzyonel korkularının gerçeğin önüne geçebildiğini tariflemişlerdir. Açık travmatik doğum riski olan hastalarda olmakla beraber normal doğumu travmatik olarak algılayan kişilerde de olduğunu fark etmişlerdir (83). Biz de çalışmamızda hasta grubunda travma sonrası stres bozukluğu yeniden yaşam belirtileri, travma sonrası stres bozukluğu kaçınma belirtileri ve total travma sonrası stres bozukluğu düzeyini hasta grubunda anlamlı olarak yüksek saptadık. Travma sonrası stres bozukluğu uyarılmışlık belirtileri ise iki grupta istatistiksel benzer izlendi.

6.SONUÇ

Sonuç olarak komplike gebelik sonrası tekrar gebe kalma korkusu daha yüksek olmakta, bu da sahip olunmak istenen çocuk sayısını etkilemektedir. Normal gebelik sonrasında da çocuk isteğinde azalma olmaktadır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasına göre doğurganlık dönüşümü kesintisiz olarak devam ediyor, doğurganlığın yaş yapısı değişmiyor, kadınların üçte ikisi başka çocuk istemiyor. Çalışmamızda bu isteğin komplike gebelik sonrasında daha belirgin olduğunu saptadık.

Travma sonrası stres bozukluğu belirtileri komplike gebelik geçirenlerde normal gebelere oranla daha yüksek saptanmıştır. Ancak kliniğimiz; bölgemizdeki komplike gebeliklerin gönderildiği bir merkez olup; planlanan çocuk sayısı sadece komplike bir gebelik geçirmiş olmaya bağlı kalmayıp; mevcut sahip olunan çocuk sayısı, anne baba isteği, sosyo-ekonomik durum, dini ve toplumsal görüşler, örf-adet,cehalet gibi faktörlerden de etkilenmektedir.

7.KAYNAKLAR

- 1- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) 2008 verileri.
2. WHO, Maternal Mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, 2004.
- 3-Miller DA. Hipertansiyon in Pregnancy. In: Mishell DR, Goodwin M, Brenner PF, eds. Management of common problems in obstetrics and gynecology. Fourth edition. Blackwell Publishing, Los Angeles. 2002:112- 19
- 4- August P. Hypertensive disorders in pregnancy. In: Burrow GN, Duffy T (edds). Medical complications during pregnancy. FifthEdition. W.B. Saunders Company, 1999: 53- 79
- 5- Sibai BM, Mercer B, Sarinoglu C. Severe preeclampsia in the second trimester: recurrence risk and long- term prognosis. Am J Obstet Gynecol. 1991; 165: 1408- 12
- 6- Amerikan Collage of Obstetriceans and Gynecologists. Committee on Technical Bulletins. Hypertension in Pregnancy. ACOG Technical Bulletin. 1996;2 19: 1- 8
- 7- Kaya E Gebelik Hipertansiyonu Preeklampsi-Eklampsi. Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Ç. G. Ed. Berksaç MS. Demir N, Koç A (Koordinatörler) . OBSTETRİK Maternal- fetal ve perinatoloji. Ankara Medikal Network 2001; 625- 52
- 8-Sibar BM. Eclampsia. In: Rubin PC(ed). Hypertension in pregnancy Amsterdam: Elsevier Science Publishers, 1998; 320- 4
- 9- Silver H. Hypertensive disorders. In: Niswander KR, Evans AT (eds). Manual of Obstetrics Boston: Little, Brown and Company, 1996; 283- 289.
- 10-Pritchard JA, Pritchard SA. Standardized treatment of 154 cosecutive cases. Am J Obstet Gynecol, 1975; 123:543.
- 11- Weinstein L. Syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes and low platelet count: a severe consequence of hypertension in pregnanacy. Am J Obstet Gynecol, 1982; 142: 59.
- 12-Trommer BL, Homer D,Mikhael MA. Cerebral vasospasm and eclampsia. Stroke. 1988;19: 326- 9.
- 13- Antoniette C. Bolte, Herman p. Van Geijn and Gustaaf A. Dekker Management and monitoring of severe preeclampsia European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.2001;96: 8- 20
- 14- Douglas KA, Redman CW. Eclampsia in the United Kingdom. BMJ. 1994 26; 1395- 00.
- 15- Banks A, Norris A. Massive haemorrhage in pregnancy. Anaest, Crit C Pain 2005; Vol 5 No 6: 1- 4.

- 16-Durukan T Obstetrik Kanamalar(Geç Gebelik Dönemi-Antenatal ve Postpartum Kanamalar). Karacan N (Koordinatör) .Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Güneş Tıp Kitapevleri, 1996; 437:42
- 17-Madazlı R. Plasenta İstanbul; 2008: 3- 9
- 18-Crane JMG, Van Den Hof MC, Dodds L, et al: Neonatal outcomes with placenta previa. Obstet Gynecol 1999; 93: 541.
- 19- Tuzovic L. Djelmis J. Ilijic M. Obstetric risk factors associated with placenta previa development: case control study. Croat Med J 2003;44: 728- 33.
- 20- Clearly- Goldman J, Malone FD, Vidaver J, et al: Impact of maternal age on obstetric outcome. Obstet Gynecol 2005; 105:90-93
- 21-Babinszki A, Kerenyi T, Torok O, et al: Perinatal outcomes in Grand and great Grant multiparity: Effects of parity on obstetric risk factors. Am J Obstet Gynecol 1999; 181:669
- 22-Ananth CV, Smulian JC, Vintzileos AM: The effect of placenta previa on neonatal mortality: A population-based study in the United States, 1989 through 1997. Am J Obstet Gynecol 2003; 188:1299
- 23-Silver RM, Landon RH, Berkowitz RL, et al: Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. Obstet Gynecol 2006; 107:1226
- 24- Mcshane PM, Heyl PS, Epstein MF. Maternal and perinatal morbidity resulting from placenta previa. Obstet Gynecol, 1985; 65: 176- 82
- 25-Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM. Clinical risk factors for placenta previaplacenta accreta. Am J Obstet Gynecol, 1997; 177: 210- 14
- 26-Wu S, Kocherginsky M, Hibbard JU. Abnormal placentation: Twenty-year analysis Am J Obstet Gynecol. 2005; 192: 1458- 61
- 27- Bauer ST, Bonanno C. Abnormal Placentation Semin Perinatol. 2009; 33: 88- 96
- 28-Karanisaoglu H. (Riskli Gebeliklerde Ruhsal Durum Ve Hemsirelik Yaklaşımı. Hemsirelik Bülteni 1991; 5: 47- 52.
- 29-Kugu N, Akyüz G. Gebelikte Ruhsal Durum. C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 2001; 23:61- 64.
- 30-Buldukoglu K, Terakye G. Fiziksel yönden riskli gebelerin, ruhsal yönden risk durumlarının belirlenmesi. II. Ulusal Hemsirelik Kongresi. İzmir 1990.
- 31-Diket AL, Nolan TE. Anxiety and Depression. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America 1997; 24: 535- 60.
- 32-Llewellyn MA, Stowe ZN, Nemerrof D. Depression during pregnancy and and puerperium. J Clinical Psychiatr. 1999; 58: 26- 32.

- 33-Altınay S. Gebelikte Depresyon Prevelansı, Sosyodemografik Özellikler, Obstetrik Risk Faktörleri, Kaygı Düzeyi ve Sosyal Destek ile; ilişkisi. Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi. Sağlık Bakanlığı Ankara Hastanesi 1999.
- 34- Amerikan Psikiyatri Birliği. Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı. Yeniden gözden geçirilmiş 4. Baskı (DSM-IV TR). Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, (Çev E. Köroğlu), Ankara, Hekimler Yayın Birliği. 2001; 139-41.
- 35-Lee D, Chan S, Sahota D, Yip A, Tsui M, Chung T. A Prevalence Study of Antenatal Depression Among Chinese Women. *Journal of Affective Disorders* 2004; 82: 93- 99.
- 36-Abrams SM, Field T, Scafidi F, Prodromidis M. Maternal Depression Effects on Infants Brazelton Scale Performance. *Infant Mental Health Journal* 1995; 16: 231- 35
- 37-Lundy B, Field T, Pickens J. Newborns of Mothers with Depressive Symptoms are Less Expressive. *Infant Behaviour and Development* 1996;19: 419- 24.
- 38-Wadhwa PD, Sandman CA, Porto M, Dunkel-Schetter C, Garite TJ. The Association Between Prenatal Stress and Infant Birth Weight and Gestational Age at Birth: A Prospective investigation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1993; 169:858- 65
- 39-Chung TK, Lau TK, Yip AS, Chiu HF, Lee DT. Antepartum Depressive Symptomatology is Associated with Adverse Obstetric and Neonatal Outcomes. *Psychosomatic Medicine* 2001; 63: 830- 34.
- 40-Field T, Diego M, Dieter J, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, Yando R, Bendell D. Prenatal Depression Effects on the Fetus and the Newborn. *Infant Behaviour and Development* 2004; 27: 216- 29.
- 41-Casanueva E, Labastida J, Sanz C, Morales-Carmona F. Depression and Body Fat Deposition in Mexican Pregnant Adolescent. *Archives of Medical Research* 2000; 31:48- 52.
- 42-Dimitrovsky L, Perz-Hirshberg M, Itskowitz R. (1987). Depression During and Following pregnancy: Quality of Family Relationship. *Journal of Psychology* 1987; 12: 213- 18.
- 43-Field T, Sandberg D, Garcia R, Vega N, Goldstein S, Guy L. Pregnancy Problems, postpartum Depression and Early Mother-infant Interactions. *Developmental Psychology* 1985; 21/:1152- 56
- 44-Murray L. The Impact of Postnatal Depression on Infant Development. *J. Child Psychol. Psychiatry* 1992; 33: 543- 61.
- 45-Stein A, Gath DH, Bucher J, Bond A, Day A, Cooper PJ. The Relationship Between Postnatal Depression and Mother-Child Interaction. *British Journal of Psychiatry* 1991; 158: 46- 52.

- 46-Kelley SJ. Parenting Stres and Child Maltreatmentin Drugexposed Children. Child Abuse Neglect 16: 1992; 317- 28.
- 47-Stevens-Simon C, McAnarney E. Chilhood Victimization: Relationship to Adolescent Pregnancy Outcome. Child Abuse&Neglect 1994; 18: 569- 75.
- 48-Anonim. The National Postnatal Depression Program. Erisim (<http://mchs.health.nsw.gov.au>). Erisim Tarihi: 10.11.2004.
- 49-Beck CT, Reynolds MA; Rutowski P. Maternity Blues and Postpartum Depression. JOGNN 1992; 21: 287- 93.
- 50-Danacı AE, Dinç G, Deveci A, Sen Seyfe F, ; çelli ; Manisa; I Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Yaygınlığı ve Etkileyen Etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi 2000; 11: 204- 11.
- 51-Felice E, Saliba J,Grech V, Cox J. Prevalance Rates and Psychosocial Characteristic Associated with Depression in Pregnancy and Postpartum in Maltese Women. Journal of Affective Disorders 2000; 82: 297- 301
- 52- Akdeniz F, Gönül AS. Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. Klin Psik Derg, 2004; Ek 2: 70–4.
- 53- Buist A. Managing depression in pregnancy. Aust Fam Physician. 2000; 29: 663–7.
- 54- Özkan S. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Kitabı. istanbul, .Ü. istanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı 1993; 201–9
- 55- Chung TK, Lau TK, Yip AS, Chiu HF, Lee DT. Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. Psychosom Med 2001; 63: 830–4.
- 56- Smith MV, Brunetto WL, Yonkers KA. Identifying perinatal depression: Sooner is better. Contemp Obstet Gynaecol 2004; 49;58
- 57- Marcus SM, Flynn HA, Blow FC, Barry KL. Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. J Women’s Health. 2003; 12: 373- 80.
- 58- Cebeci SA, Aydemir Ç, Göka E. Puerperal dönemde depresyon semptom prevalansı: obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi. Kriz Derg 2002; 10: 11– 8
- 59- Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. Obstet Gynecol 2000; 95: 487–90.
- 60- Mckee MD, Cunningham M, Jankowski KRB, Zayas L. Health-related functional status in pregnancy: Relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. Obst & Gynecol 2001; 97: 988–93.
- 61- Chen H, Chan YH, Tan KH, Lee T. Depressive symptomatology in pregnancy. Soc. Psychiatry Psych Epidem 2004; 39: 975–89.

- 62- Kessler, McGonagle KA, Swartz M. Sex and depression in the National Comorbidity Survey I: lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *J Affect Disord* 1993; 29: 85–96.
- 63- Evans J, Heron J, Francomb H, et al. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ*. 2001; 323: 257–60.
- 64- Barnet B, Joffe A, Duggan AK, et al. Depressive symptoms, stress, and social support in pregnant and postpartum adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1996; 150: 64–9.
- 65- Hobfoll SE, Ritter C, Lavin J, et al. Depression prevalence incidence among inner-city pregnant and postpartum women. *J Consult Clin Psychol*. 1995; 63: 445- 53.
- 66- O'Hara MW, Zekoski EM, Philipps LH, et al. Controlled prospective study of postpartum mood disorders: Comparison of childbearing and nonchildbearing women. *J Abnorm Psychol*. 1990; 99: 3–15.
- 67- Ünal S, Küey L, Güleç C, Bekaroglu M, Evlice YE, Kırılı S. Depresif bozukluklarda risk etkenleri. *Klin Psik Derg*, 2002; 5: 8–15.
- 68- Appleby L, Fox H, Shaw M and Kumar R. The psychiatrist in the obstetric unit. Establishing a liaison service. *Brit J of Psych*. 1989; 154: 510- 5.
- 69- Yalınkaya A, Ozcan Y, Kaya Z, Savas Z, Erdemoğlu M. Üniversite Hastanemizde Maternal Mortalite Oranı. *Perinatoloji Dergisi* 2008; 16: 9
- 70- Mahutte NG, Murphy-Kaulbeck L, Le Q, Solomon J, Benjamin A, Boyd ME. Obstetric admissions to the intensive care unit. *Obstet Gynecol* 1999; 94: 263-6.
- 71- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2005) Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ana ve Çocuk Ölümlerini Önleme Projesi. Web sayfası: <http://www.saglik.gov.tr>
- 72- Keleş Tezcan G, Topçu İ, Kefi A, Ekici Z, Sakarya M. Yoğun Bakım Ünitesinde Obstetrik Olgular. *Fırat Tıp Dergisi* 2006; 11:62-5
- 73- Uysal N, Dikensoy E, Balat Ö. Outcome of Obstetric Patients Admitted to a Medical Intensive Care Unit in Southeastern Turkey. *Gynecology Obstetrics & Reproductive Medicine* 2009; 15: 1
- 74- Sentilhes L, Trichot C, Resch B, Sergent F, Roman H, Marpeau L, Verspyck E. Fertility and pregnancy outcomes following uterine devascularization for severe postpartum haemorrhage. *Human Reproduction* 2008; 23: 1087– 92.
- 75- J.Nizard¹, L.Barrinque¹, R.Frydman¹ and H.Fernandez. Fertility and pregnancy outcomes following hypogastric artery ligation for severe post-partum haemorrhage. *Human Reproduction* 2003; 844- 848
- 76- Berkane N and Moutafoff-Borie C. Impact of previous uterine artery embolization on fertility. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 2010; 22:242–247

- 77-American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 2000.
- 78-Born, L. Soares, C. , Phillips, S. , Jung, M. , & Steiner, M. Women and reproductive-related trauma. *Annals New York Academy of Sciences*, 2006; 1071: 491–94.
- 79-Cashion, C. Nursing care of the postpartum woman. In D. Lowdermilk, & A. Perry, (Eds.), *Maternity & Women’s Health Care* St. Louis, MO: Mosby 2004; 8:636–37.
- 80-Tham, V., Christensson, K., & Ryding, E. Sense of coherence and symptoms of post-traumatic stress after emergency caesarean section. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 2007; 86: 1090–96.
- 81- Olde, E, Van Der Hart, O Kleber, R Van Son, M. Wijnen, H., & Pop, V. Peritraumatic dissociation and emotions as predictors of PTSD symptoms following childbirth. *Journal of Trauma and Dissociation* 2005; 6: 125– 42.
- 82-Beck, C. T. . Post-traumatic stress disorder due to childbirth: The aftermath. *Nursing Research*, 2004; 53: 216– 23.
- 83-Maggioni, C, Margola, D., & Filippi, F. . PTSD, risk factors, and expectations among women having a baby: A two-wave longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and*