

YÜKSEK RİSKLİ GEBELERDE PSİKİYATRİK MORBİDİTE

Mine ÖZKAN*, Nazmiye KAÇMAZ*, Dilek ANUK*, Lem'i İBRAHİMOĞLU**

ÖZET

Araştırmada, İstanbul Tıp Fakültesi Kadın ve Doğum Hastalıkları Anabilim Dalı'nda Ağustos-Ekim 2000 tarihleri arasında yüksek riskli gebelik tanısıyla klinikte yatarak izlenen gebeler, aynı bölümün gebe polikliniğinde ayaktan takip edilen gebelerle psikiyatrik açıdan karşılaştırılarak, riskli gebeliğin, psikiyatrik bozukluklar açısından da riski artırıp arttırmadığının saptanması amaçlanmıştır. Yüksek riskli 107 gebeye ve kontrol grubu olarak sağlıklı 107 gebeye Genel Sağlık Anketi-12 uygulandı. Genel Sağlık Anketi skoru 3 ve üzerinde olan, deney grubunda 32, kontrol grubunda 62 olguya psikiyatrik muayene (DSM-IV), yarı yapılandırılmış görüşme formu, Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği uygulandı. Deney grubundaki gebelerin %59.4'ü psikiyatrik tanı alırken, kontrol grubunda bu oran %30.6'da kalmıştır. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlıdır (P=0.01). Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeğinden elde edilen puanlar da, deney grubunda daha yüksekti. Deney grubunda depresyon ve anksiyete skorları çalışan kadınlarda ve eğitim düzeyi yüksek olan kadınlarda anlamlı yükseklik göstermekteydi. Psikiyatrik morbidite oranının yatarak izlenen yüksek riskli gebelerde yüksek çıkması, bu gebelerin psikiyatrik açıdan da riskli grubu oluşturduğunu gösterdiğinden, daha yakın psikiyatrik izlemleri gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Gebelik, yüksek riskli gebelik, psikiyatrik tanı, hastane anksiyete depresyon ölçeği.

SUMMARY

Psychiatric morbidity in high risk pregnancies. In this study, we aimed to determine whether high risk pregnancy also increases the risk of psychiatric morbidity. Pregnant inpatients with high risk, during the period from August to October 2000, hospitalized at the Department of Obstetrics and Gynecology, Istanbul University Faculty of Medicine, were compared psychiatrically with pregnant women followed as outpatients. 107 inpatient high risk pregnant women and 107 outpatient pregnant women without risk as a control group were assessed with General Health Questionnaire-12, 32 patients in the experiment group and 62 in the control group that scored 3 and above were assessed by using semi-structured questionnaire and psychiatric evaluation (DSM-IV), in addition, Hospital Anxiety-Depression Scale, Multidimensional Perceived Social Support Scale were applied. The ratio of psychiatric morbidity in the experiment group was 59.4 %, in the control group it was %30.6. This difference was statistically significant (P=0.01) Scores of Hospital Anxiety Depression Scale were also higher in the experiment group. Depression and anxiety scores in the experiment group were significantly high in working women and women with high levels of education. The high percentage of psychiatric morbidity in high-risk pregnant in-patients, showed that high risk pregnancy constitute a risk group in terms of psychiatric morbidity and psychiatric follow-ups should be more close.

Key words: Pregnancy, high risk pregnancy, psychiatric diagnosis, hospital anxiety and depression scale.

GİRİŞ

Kadınların yaşamlarında menarş, ilk cinsel birleşme, gebelik, ilk ve takip eden gebelikler ve menapoz gibi dönüm noktaları vardır (27). Bu dönemlerin kültürlere göre farklı anlamı olmakla birlikte, hormon-davranış-psikopatoloji ilişkilerinden, toplumda cinselliğe ve üretkenliğe ilişkin görüşlere dek geniş bir yelpazede psikiyatrik boyutu vardır (24,30). Döllenme ile başlayan, doğumla sona eren gebelik periyodu, gebe için fizyolojik ve psikolojik değişikliklerle düzenlenmiş doğal bir süreçtir. Aynı zamanda çiftlerin yaşamlarında yeni bir düzen gerektiren dönemin de başlangıcıdır (4,13).

Yüksek riskli gebelik, gebelik ile ilgili bir komplikasyon ya da gebelik dışı faktörlere bağlı anne ve/veya fetusun yaşamını tehdit eden bir durum olarak tanımlanmaktadır (23). Gebeliğin yüksek riskli olmasına yol açan faktörler psikolojik (psikiyatrik hastalık öyküsü, madde bağımlılığı öyküsü...), sosyal (sosyal izolasyon, düşük sosyoekonomik düzey, destek sistemlerinin az olması...) ve fizikeldir (eşlik eden fiziksel hastalıklar, obezite, sıvı ya da elektrolit dengesizliği, plaseenta previa, preeklampsi, eklampsi, gestasyonel diyabet, demir, folik asit ya da protein eksikliği, enfeksiyonlar, kardiyovasküler hastalıklar...). Yüksek riskli gebelerin yalnızca tıbbi ve doğum komplikasyonları açısından risk altında olmadığı, psikiyatrik açıdan da risk altında olduğu bilinmektedir (10, 8,23).

Psikiyatrik belirtilerin yoğun olması, kadının çocuğun doğumuna eşlik eden biyolojik, psikolojik ve sosyal değişiklikleri düzenleme yetisini olumsuz etkiler. Psikiyatrik bozukluk beslenmeyi, prenatal bakımı ve obstetrik süreci olumsuz etkileyebilir (20). Bu belirtilerin doğum öncesi dönemde uygun şekilde ele alınmayıp, doğum sonrası dönemde de sürmesi, anne-çocuk ilişkisini ve bu yolla da çocuğun bilişsel ve davranışsal gelişimini olumsuz etkileyebilir (12). Bu sonuçların cid-

diyeti, antenatal psikiyatrik bozukluğun erken dönemde tanı ve tedavisinin önemli olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada, hastanede yatan, yüksek riskli gebelik nedeniyle takibi ve tedavisi süren gebeler ile, gebe polikliniğinde ayaktan takip edilen sağlıklı gebeler arasında psikiyatrik morbidite açısından fark olup olmadığını incelemek amaçlanmıştır.

MATERYAL ve METOD

Araştırma İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda yürüttüğümüz liyezon hizmeti kapsamında Ağustos-Ekim 2000 tarihleri arasında gebelik servisinde takip edilen 107 olgu deney grubunu, aynı bölümün gebe polikliniğine başvuran ayaktan takip edilen, sağlıklı 107 olgu da kontrol grubunu oluşturmuştur.

Olgulara öncelikle Genel Sağlık Anketi uygulanmış ve psikiyatrik açıdan riskli olanlar (3 ve üzerinde puan alan) belirlenmiştir. Psikiyatrik değerlendirme (DSM-IV) yapılmış, Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu, Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği uygulanmıştır.

Genel Sağlık Anketi (GSA-12), Goldberg tarafından birinci basamak sağlık birimlerinde psikiyatrik bozuklukları tarama amacıyla geliştirilmiştir. Her soru son bir kaç haftadaki belirtileri (bedensel, ruhsal, sosyal işlevle ilgili) sorgular ve dörder şıklıdır (hiç olmuyor, her zamanki kadar, her zamankinden sık, çok sık). İren ve arkadaşları (11) GSA-12'nin iki basamaklı araştırmalar için uygun ve güvenilir bir ölçme aracı olduğunu göstermişlerdir. GSA-12 türkçe formunun geçerlik, güvenilirlik çalışması Kılıç (15) tarafından klasik GSA puanlamasına göre yapılmıştır. Geçerlik-güvenirlik çalışmasında klasik GSA puanlamasına göre duyarlılık ve

Tablo 1. Olguların sosyodemografik özellikleri

		DENEY		KONTROL	
SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER		n	%	n	%
Eğitim	İlk-Ortaokul	14	43.7	27	43.5
	Lise ve üstü	18	56.3	35	56.5
Meslek	Ev kadını	18	56.3	50	80.6
	Çalışıyor	14	43.7	12	19.4
Gelir Düzeyi	Kötü-Orta	19	59.4	44	71.0
	İyi	13	40.6	18	29.0
En uzun yaşadığı yer	Şehir	27	84.4	53	85.5
	Kasaba-Köy	5	15.6	9	14.5
Aile biçimi	Çekirdek aile	30	93.8	60	96.8
	Geniş aile	2	6.3	2	3.2
Tedavi masraflarının karşılanması	Kendileri	8	25.0	1	1.6
	Devlet desteği ile	24	75.0	61	98.4

Tablo 2. Olguların cinsel gelişim öyküsü

		DENEY		KONTROL	
CİNSEL GELİŞİM ÖYKÜSÜ		n	%	n	%
Menarşa karşı tutumu	Biliyordum, özellik yok	23	71.9	32	51.6
	Şok, korku, utanç...	9	28.1	30	48.4
Menstruasyon siklusu	Düzenli	21	65.6	51	82.3
	Düzensiz	11	34.4	11	17.7

özgüllüğün en iyi dengede olduğu (0.84-0.83) kesme noktası 2/3 olarak saptanmıştır.

Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu, olgunun sosyodemografik özelliklerini (yaş, eğitim, meslek, gelir durumu gibi), gebelik sayısını, gebeliğin planlı olup olmadığını, doğum şeklini, evlilik yaşını ve süresini, aile biçimini, sosyal güvencesini, cinsel gelişim öyküsünü (adetlerin başlangıç yaşı, ilk adeti ni nasıl karşıladığı, adetlerin düzeni), tıbbi hastalık öyküsünü, psikiyatrik özgeçmişini içermektedir.

Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD), Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilmiştir (33). Bedensel hastalığı olan hastalar ve birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran gruba uygulanan ölçek, hastada

anksiyete ve depresyon yönünden riski belirler ve şiddetini ölçer. Toplam 14 soru içermekte olup, bunların 7'si (tek sayılar) anksiyeteyi ve diğer 7'si (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir. Dörtlü likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Ölçeğin Türkçeye çevirisi ve uyarlaması Aydemir ve arkadaşları (1) tarafından yapılmıştır. Türkiye'de yapılan çalışma sonucunda anksiyete altölçeği için kesme puanı 10/11, depresyon altölçeği için ise 7/8 bulunmuştur. Buna göre bu puanların üzerinde alanlar risk altında olarak değerlendirilirler.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Zimet ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, 12 maddelik bir ölçektir. Her biri 4 maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin

Tablo 3. Olguların gebelik ve doğum öyküleri

		DENEY		KONTROL	
GEBELİK ÖYKÜSÜ	ÖZELLİKLER	n	%	n	%
Gebelik Sayısı	1-3	28	87.5	59	95.2
	4-6	4	12.5	3	4.8
Gebelik planlı mıydı?	Evet	28	87.5	45	72.6
	Hayır	4	12.5	17	27.4
Çocuk sayısı	0	13	40.6	36	58.1
	1-3	19	59.4	26	41.9

Tablo 4. Olguların tıbbi ve psikiyatrik hastalık özellikleri

		DENEY		KONTROL	
		n	%	n	%
Tıbbi Hastalık Öyküsü	Var	17	53.1	7	11.3
	Yok	15	46.9	55	88.7
Psikiyatrik Özgeçmiş	Var	9	28.1	6	9.7
	Yok	23	71.9	56	90.3
Mevcut Psikiyatrik Tanı	Tanı alınmayan	13	40.6	43	69.4
	Depresif uyum bozukluğu	10	31.3	6	9.7
	Anksiyeteli uyum bozukluğu	1	3.1	3	4.8
	Karışık depresif anksiyeteli uyum bozukluğu	3	9.4	7	11.3
	Panik bozukluk ve majör depresyon	1	0.1	-	-
	OKB ve anksiyeteli uyum bozukluğu	2	6.3	-	-
	Majör depresyon	2	6.3	2	3.2
	Başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk	-	-	1	1.6

üç gruptan oluşur. Bunlar aile (3,4,8,11), arkadaşlar (6,7,9,12) ve özel bir insan (1,2,5,10)'dır. Her madde 7 aralıklı bir ölçek kullanılarak derecelendirilmiştir. Her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları ülkemizde Eker ve Arar (6) tarafından yapılmıştır.

Veriler SPSS ve Instat programı kullanılarak, Fisher's exact test ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Araştırmaya alınan deney ve kontrol grubundaki olgulara Genel Sağlık Anketi uygulanmış, deney grubundaki hastaların n:32; %29.9'u, kontrol grubundaki hastaların n:62; %58.94'ü 3 ve üzerinde puan alarak psikiyatrik değerlendirmeye alınmıştır.

Deney grubundaki olguların yaş ortalaması 27.4 ± 6.8 (16-41), kontrol grubundakilerin yaş ortalaması 26.7 ± 4.7 (18-37) idi. Tüm evli olan olguların, deney grubundaki hastaların ortalama 21.9 ± 5 (15-35) yaşında evlendikleri ve ortalama 5.3 ± 4.7 (1-16) yıldır evli oldukları saptanmıştır. Kontrol grubun-

Tablo 5. Olguların psikometrik ölçek sonuçları

		DENEY		KONTROL	
		n	%	n	%
Hastane Anksiyete Puanı	0-10	19	59.5	48	77.4
	11-19	13	40.5	14	22.6
Hastane Depresyon Puanı	0-7	17	53.1	38	61.3
	8-17	15	46.9	24	38.7
Sosyal Destek Puanı	12-69	14	43.5	33	53.2
	70-84	18	56.5	29	46.8

daki hastaların da ortalama 22.1 ± 3.9 (14-34) yaşında evlendikleri ve ortalama 4.6 ± 4.2 (1-21) yıldır evli oldukları bulunmuştur. Olguların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Olguların cinsel gelişim öykülerine ilişkin veriler Tablo 2'te gösterilmiştir. Deney grubundaki olguların menarş yaşı ortalaması 13.7 ± 1.5 (11-17), kontrol grubundakilerin menarş yaşı ortalaması 13.2 ± 1.4 (10-18) olarak saptanmıştır. Olguların gebeliğe ilişkin verileri Tablo 3'de gösterilmiştir. Deney grubundaki olguların gebelik haftası ortalaması 31.7 ± 4.9 (22-40 hafta), kontrol grubundakilerin gebelik haftası ortalaması 31.4 ± 5.6 (20-40 hafta) olarak saptanmıştır.

Olguların tıbbi ve psikiyatrik hastalık öyküleri ve şimdiki psikiyatrik muayenede konulan psikiyatrik tanıları Tablo 4'te gösterilmiştir. Deney grubundaki gebelerin %53.1'inde, kontrol grubundaki gebelerin ise sadece %11.3'ünde tıbbi bir hastalık öyküsünün olduğu saptanmıştır. Psikiyatrik özgeçmişlerine bakıldığında, deney grubundaki olguların %71.9'unda, kontrol grubundaki olguların %90.3'ünde psikiyatrik bir bozukluk öyküsü olmadığı ve şimdiki psikiyatrik muayenede ise deney grubundaki yüksek riskli gebelerin %54.9'unun ve kontrol grubundaki sağlıklı gebelerin %30.6'sının psikiyatrik bir tanı aldığı bulunmuştur.

Hastane Anksiyete Depresyon ölçeğinden alınan sonuçlara bakıldığında, deney grubundaki olguların %40.5'inin, kontrol grubundaki olguların %22.6'sının anksiyete puanının ve deney grubundaki gebelerin %46.9'unun, kontrol grubundaki gebelerin %38.7'sinin depresyon puanının yüksek olduğu saptanmıştır. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nden aldıkları puanlar açısından bakıldığında deney grubundaki gebelerin %43.5'inin, kontrol grubundaki gebelerin %53.2'sinin sosyal destek puanının ortalamasının altında yani yeterli desteğe sahip olmadıkları bulunmuştur. Bulgular Tablo 5'te gösterilmiştir.

Yüksek riskli gebelerden oluşan deney grubu ile sağlıklı gebelerden oluşan kontrol grubunun psikiyatrik tanı oranları istatistiksel açıdan karşılaştırıldı. Fark anlamlı bulundu ($P=0.01$) (Tablo 6). Yüksek riskli gebelerin hastane anksiyete depresyon puanı ile ilişkili olabilecek faktörler değerlendirildiğinde, eğitim düzeyi yüksek olan ve çalışan kadın-

Tablo 6. Yüksek riskli gebeler ile sağlıklı gebelerdeki psikiyatrik morbidite arasındaki farkın karşılaştırılması

	DENEY		KONTROL	
Psikiyatrik tanı alıyor	19	(%59.4)	19	(%30.6)
Psikiyatrik tanı almıyor	13	(%40.6)	43	(%69.4)
TOPLAM	32		62	

$P=0.01$

Tablo 7. Yüksek riskli gebelerin eğitim düzeyi ve meslek ile anksiyete ve depresyon puanlarının karşılaştırılması

		HASTANE DEPRESYON		HASTANE ANKSİYETE	
		0-7	8-17	0-10	11-19
EĞİTİM	İlkokul-ortaokul	10 (%71.4)	4 (%28.6)	11 (%78.6)	3 (%21.4)
	Lise ve üstü	7 (%38.9)	11 (%61.1)	8 (%44.4)	10 (%55.6)
MESLEK	Çalışıyor	5 (%35.7)	9 (%64.3)	5 (%35.7)	9 (%64.3)
	Ev kadını	12 (%66.7)	6 (%33.3)	14 (%77.8)	4 (%22.2)
TOPLAM		17 (%53.1)	15 (%46.9)	19 (%59.4)	13 (%40.6)

* $P < 0.05$

ların anksiyete ve depresyon puanının yüksek olduğu saptandı ($P < 0.05$) (Tablo 7).

TARTIŞMA

Kadınlarda psikiyatrik bozukluklar sıklıkla 18 - 45 yaşlarında ortaya çıkar. Bu yaşların çocuk doğurma yaşları olduğu düşünülürse, bir çok kadında psikiyatrik bozukluk başlangıcı gebelik sırasında olabilir (3). Uzun yıllar gebeliğin nispeten dingin bir dönem olduğu ve mental hastalıklara ait bir koruma yaptığı savunulmuştur; ancak literatürdeki veriler gebeliğin depresyon ve diğer psikiyatrik bozuklukların oluşumunda koruyucu rol oynadığını göstermemektedir (14,31,32).

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı'ndan istenen konsültasyonlar değerlendirildiğinde, kadın hastalıkları ve doğum servisinden istenen konsültasyonların diğer kliniklere göre sayıca azlığı dikkat çekicidir (17,25). Bu konuda yapılan, benzer sonuçların elde edildiği diğer çalışmalarda da, kadın doğum servisinden istenen konsültasyonların diğer kliniklere göre daha düşük olduğu bulunmuştur (5,29). Psikiyatrik sorunlar ihmal edilebilir veya kısa süreli yatışı takiben taburculuk sonrası da ortaya çıkabilir. Diğer servislere göre organik mental bozukluklar, klinisyeni uyaran, psikiyatrik konsültasyon istemini çabuklaştıran major tablolar obstet-

rik hastalarda daha nadirdir. Doğum sonrası yatışların çok kısa süreli olması, kronik bir hastalık olmaması, hedefin ve dikkatin kadın doğum ekibi, anne ve aile açısından tümünün doğuma ve bebeğe kitlenmesi psikiyatrik konsültasyonların diğer kliniklere göre daha az olmasının nedenleri arasında sayılabilir. Gebelikle ilgili psikiyatrik morbiditenin önlenmesi önceliği ile kadın hastalıkları ve doğum servisi ile liyezon ilişkisinin artmasına ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda yüksek riskli gebelerin anksiyete ve depresyon puanlarının, sağlıklı gebelere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuç, hastanede yatan gebelerle yapılan, yaklaşık 1/3 oranında yüksek anksiyete düzeylerinin bildirildiği bir çalışmayla benzerlik göstermektedir (26). Hastaneye yatırılan gebelerde, yatırılmayan ya da yüksek risk taşımayan gebelere oranla anksiyete ve depresyon skorlarında yükseklik, öz-güvende azalma bildirilmiştir (8). Benzer başka bir çalışmada da yüksek riskli gebelerin durumluk anksiyete düzeyinin, düşük riskli gebelerin anksiyete düzeyine göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (9).

Türkiye'deki genel populasyon taramasına göre depresif bozukluk oranı %9-20 (18), hamilelikte depresyon prevalansı yaklaşık %10'dur ve gebe olmayan kadınlarla karşılaştırılabilir düzeydedir (7,22). Ancak çalışmamızda yüksek oranda saptadığımız depre-

sif uyum bozukluğu, karışık depresif anksiyeteli uyum bozukluğu tanıları dikkate alındığında, depresif belirtilerin yaygınlığı dikkat çekicidir. Gebelik sırasında minor depresyon geliştiren kadınlar bilişsel terapi ve kişilerarası psikoterapi gibi farmakolojik olmayan yaklaşımlardan da fayda görebilirler (2,16).

Yüksek riskli gebelik tanısı henüz sınırları net çizilmemiş, tartışmalı bir alandır. Bu hasta populasyonunda yapılmış psikiyatrik çalışmalar daha çok psikososyal alanda hemşirelik çalışmalarıdır (8,9,22). Bu çalışmalarda hastanede yatarak tedavi gören gebelerin yalnızlık, anksiyete, güçsüzlük gibi emosyonel tepkiler verdikleri, kendileri ve bebeklerinin sağlığına ilişkin, evde kalan çocuklarına ilişkin endişeler yaşadıkları belirtilmiştir (9,21). Sonuçlarımızı kıyaslayabileceğimiz psikiyatrik morbidite oranlarına literatürde rastlanamamıştır. Çalışmamız bu anlamda da özgün bir araştırmadır. Bu alanda daha çok çalışma yapılmasına gereksinim vardır.

Gebeliğinin ikinci trimesterinde olan, sağlıklı geniş bir gebe populasyonunda yapılan çalışmada psikiyatrik morbidite %14.1 oranında bildirilmiştir. Major depresyon oranı ise %3.3 olarak bildirilmiştir (28). Çalışmamızda kontrol grubunun bu rutin kontrollerine gelen sağlıklı gebe populasyonu ile benzerlik gösterdiği düşünülürse, psikiyatrik tanısı oranı %30.6 olarak belirgin daha yüksektir. Ancak major depresyon oranı benzer şekilde %3.2 olarak saptanmıştır.

Çalışmamızda kadınların eğitim düzeyi ile hastane anksiyete depresyon ölçeğinin hem anksiyete, hem depresyon skorları arasında ilişki saptanmıştır. Başka bir çalışmada, gebelerde eğitim düzeyi ile anksiyete düzeyi arasında negatif korelasyon bildirilmiştir (19).

Yüksek riskli gebeliklerdeki emosyonel reaksiyonların şiddeti bu alandaki liyezon çalışmasını gerekli kılmaktadır. Psikiyatri ve

kadın doğum işbirliği, hastalara multidisipliner yaklaşım, kadın doğum servislerindeki bakım kalitesinin artmasının yanı sıra, anne ve çocuk sağlığı açısından da etkilidir (31). Hastanede yatarak tedavi gören yüksek riskli gebelerin fiziksel bakım ve tedavileri ile birlikte psikiyatrik tedavi ve bakımlarının sürdürülmesi ve bütüncül yaklaşımın benimsenmesi önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Aydemir Ö, Güvenir T, Küley L, Kültür S: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1997; 8:280.
2. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF ve ark.: *Cognitive Therapy of Depression*, Guilford, New York 1979.
3. Burt VK, Hendrick VC: *Women's mental health*, American Psychiatric Publishing, Inc., London, 2. baskı (2001), sayfa: 33-68.
4. Copan R: Effects of childbirth preparation. *Clin Obstet And Gynecol* 23:1 (1980).
5. Dunsis A, Smith GC: Consultation-liaison psychiatry in an obstetric service (see comments). *Aust N Z Psychiatry* 1996; 30:63.
6. Eker D, Arar H: Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği. *Türk Psikoloji Dergisi* 1995; 10:45.
7. Gotlib IH, Whiffen VE, Mount JH ve ark: Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *J Consult Clin Psychol* 1989; 57:269.
8. Gupton A, Heaman M, Asbroft T: Bed rest from the perspective of the high-risk pregnant women. *JOGNN* 1997; 26:423.
9. Heaman M, Beaton J, Gupton A, Sloan J: A comparison of childbirth expectations in high risk and low risk pregnant women. *Clinical Nursing Research* 1992; 1: 252.
10. Holmgren K, Uddenberg N: Ambivalence during early pregnancy among expectant mothers. *Gynecologic Obstetric Investigation* 1993; 1:36.
11. İren-Akbıyık D, Önder ME, Gökkurt E, Sümbüloğlu V: Genel sağlık anketi: Üç ayrı puanlama yöntemine göre geçerlik ve test-lekrrar test güvenirlilik. *3P Dergisi* 1996; 4:91.
12. Jacobsen T: The effects of postpartum disorders on parenting and on offspring, "Postpartum Mood Disorders, editör: Miller LJ, American Psychiatric Press, Washington, D.C., 1999".
13. Karanisoğlu H: Riskli gebeliklerde ruhsal durum ve hemşirelik yaklaşımı. *Hemşirelik Bülteni* 1991; 5:19-22.
14. Kendell RE, Wainwright S, Hailey A ve ark.: The influence of childbirth on psychiatric morbidity. *Psychol Med* 1976; 6:297.
15. Kılıç C: Genel sağlık anketi: geçerlik ve güvenirlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1996; 7:3.
16. Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville B ve ark.: *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. Basic Books, New York (1984).

17. Kulaksızoglu BI, Kaçmaz N, Akkaş HS, Özkan S: İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı'nda 1997-1998 yıllarında verilen konsültasyon hizmetlerinin değerlendirilmesi:1837 olgu. "Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi 1998-1999, editör: Özkan S, İstanbul, Novartis İlaç A.Ş. 2001" sayfa: 301.
18. Küley L, Güleç C: Depresyonun epidemiyolojisi. Depresyon Monografaları - 2, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1993.
19. Lubin B, Gardener SH, Roth A: Mood and somatic symptoms during pregnancy. *Psychosom Med.* 1975; 37: 136.
20. Miller LJ, Shah A: Majör mental illness during pregnancy. *Prim Care Update Ob/Gyns* 1999; 6: 163.
21. McCain GC, Deatrick JA: The experience of high-risk pregnancy. *JOGNN* 23: 421.
22. O'Hara MW : Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43:569.
23. Olds SB, London ML, Ladewing PW: Maternal newborn nursing a family centered approach. The Benjamin/Cummings Publishing Company, Inc., California, Fifty Edition 1996, sayfa : 319.
24. Özkan S: Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi. İstanbul, Roche Sanayii. A.Ş. 1993.
25. Özkan M, Özkan S, Kaçmaz N, Akkaş S: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı'ndan 1995-1996 yıllarında istenen konsültasyonların değerlendirilmesi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 1998; 35:77.
26. Phillips N, Dennerstein L, Farish S: Psychological morbidity in obstetric-gynaecology patients: testing the need for expanded psychiatry services in obstetric-gynaecology facilities. *Aust N Z J Psychiatry* 1996; 30:74.
27. Stotland ND: Obstetrics and gynecology. "Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry, editör: Rundell JR, Wise MG, The American Psychiatric Press, Washington , 1996", sayfa:720.
28. Sundstrom IM, Bixo M, Bjorn I, Amstrom M: Prevalence of psychiatric disorders in gynecologic outpatients. *Am J Obstet Gynecol.* 2001; 184:8.
29. Tsai SJ, Lee YC, Yang CH, Sim CB: Psychiatric consultation in obstetric inpatients. *J Obstet Gynaecol Res* 1996; 22:603.
30. Ulrich HE: A study of change and depression among Havik Brahmin women in a south Indian village. *Cult Med Psychiatry* 1987; 11:261.
31. Wohlreich MM: Psychiatric aspects of high-risk pregnancy. *Psychiatr Clin North Am* 1987; 10:53.
32. Zajicek E: Psychiatric problems during pregnancy. "In Pregnancy: A psychological and social study, editör: Wolkind S, Zajicek E, Academic Press, London 1981", sayfa:57.
33. Zigmund AS, Snaith PR: The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67:361.