

GEBELİK VE PSİKİYATRİK HASTALIKLAR ¹

PREGNANCY AND PSYCHIATRIC DISORDERS

*Hacer YALNIZ*¹, *Hülya TÜRKMEN*², *Birsen KARACA SAYDAM*³, *Fatih CANAN*⁴,
*Ömer GEÇİCİ*⁴, *M. Murat KULOĞLU*⁴

¹ Akdeniz Üniversitesi Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma Uygulama Merkezi, Antalya/Türkiye

² Balıkesir Üniversitesi Balıkesir Sağlık Yüksek Okulu Ebelik Bölümü, Balıkesir / Türkiye

³ Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksek Okulu Ebelik Bölümü, İzmir / Türkiye

⁴ Akdeniz Üniversitesi, Psikiyatri Bölümü, Antalya/ Türkiye

Öz: Bu makalede; gebelik sırasında görülebilecek ruh sağlığı problemlerini ayırt edebilmek ve bu konuda farkındalığın artırılmasını sağlamak amacıyla ruh sağlığı problemi yaşayan gebelere verilecek bakım, literatür bilgisi kapsamında derlenmiştir. Gebelik sırasında mevcut psikiyatrik belirtilerde artma görülebilirken, belirtilerin gebelik döneminde ortaya çıkması da söz konusu olabilir. Biyopsikososyal değişimlerin yoğun olarak yaşandığı gebelik ve doğum sonrası dönem, anksiyete bozukluğu, depresyon, gibi psikiyatrik hastalıklara yatkınlığının artabileceği bir dönemdir. Toplum sağlığının yükseltilmesi için psikiyatrik hastalığa sahip gebeye verilecek ebelik bakımı önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Depresyon, Anksiyete Bozukluğu, Bipolar Hastalık, Şizofreni, Ebelik Bakımı

Abstract: The aim of this study is to identify mental health problems that may be seen during pregnancy, to provide care to pregnant women who experience mental health problems and to increase awareness on this issue. While exacerbation is seen in existing psychiatric symptoms during pregnancy, the first psychiatric symptoms may emerge during this period. Therefore, in gestation and postnatal periods, women's susceptibility to psychiatric diseases such as depression and anxiety disorder, increases. Consequently, since psychiatric diseases may threaten the life of both mother and fetus, the pregnancy care to be provided for pregnant women is important.

Key Words: Pregnancy, Depression, Anxiety Disorder, Bipolar Disease, Schizophrenia, Pregnancy Care

Doi: 10.17367/JACSD.2016721957

1. Sorumlu Yazar Hacer YALNIZ, Akdeniz Üniversitesi Alkol Ve Madde Bağımlılığı Araştırma Uygulama Merkezi, Antalya/Türkiye, haceryalniz@hotmail.com Geliş Tarihi / Received: 21.03.2015/ Düzeltme Tarihi / Revised: 15.12.2015 / Kabul Tarihi/ Accepted: 19.07.2016 Makalenin Türü: Type of article (Derleme/ Review) Çıkar Çatışması / Conflict of Interest: Yok / Non Etik Kurul Raporu/ Ethics Committee:Yok /None



JACS D

www.jacsdergisi.com

Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi

Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07

International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health

Compilation September 2016 Special Issue Number: 07

ID:18 K:48

ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X

(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)

(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)

(2015/03947-2015-GE-17304)

GİRİŞ

Gebelik, kadının yaşamında doğal bir süreç olmanın yanında önemli psikososyal değişikliklerin olduğu stres ve kaygıya neden olabilecek birçok nedenle karşılaşma riskinin yüksek olduğu bir süreçtir (Weissman et al. 1995: 799–801). Gebelik döneminde var olan psikiyatrik belirtilerde artma olabilirken, psikiyatrik belirtiler ilk gebelikte de ortaya çıkabilir (Levy, 2004: 863-893). Bu nedenle gebelik ve lohusalık, anksiyete bozukluğu ve depresyon gibi psikiyatrik hastalıklara yatkınlığın artabileceği bir dönemdir (Andersson et al. 2003:148-154).

Gebeliği psikososyal yönden riskli hale getiren durumlar şunlardır:

1. Geçmiş hayatında şiddet, ihmal veya istismara uğramış olma,
2. Önceden var olan önemli sağlık sorunları (mental hastalıklar, alkolizm gibi),
3. Sosyo-ekonomik düzeyin düşük seviyede olması, sağlık bakımı sağlamada yetersizlik, prenatal bakım eksikliği,
4. Destekleyici sistemlerin yetersizliği,
5. Ailede ayrılık veya boşanma,
6. Rol değişiklikleri ve çatışması (yaşam düzeninde değişimler, kariyer, sorumluluklar),

7. Gelişimsel ve durumsal krizler (adölesan gebelikler),
8. Kültürel normlara zıtlık/karşı gelme (evlilik dışı gebelikler),
9. Disfonksiyonel davranışlar (anksiyete, nevroz, depresyon, psikoz),
10. Baş etme becerilerinin zayıflığı, eksikliği (Buldukoğlu et al. 1990).

Bu makalede; gebelik sırasında görülebilecek ruh sağlığı problemlerini ayırt edebilmek ve bu konuda farkındalığın artırılmasını sağlamak amacıyla ruh sağlığı problemi yaşayan gebelere verilecek bakım, literatür bilgisi kapsamında derlenmiştir. Makale gebelikte en fazla görülen hastalıklarla sınırlandırılmıştır.

GEBELİK ve DEPRESYON

Depresyon; derin üzgün bir duygu durumunda düşünce, konuşma kabiliyeti ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, küçüklük, isteksizlik, kuvvetsizlik, karamsarlık, değersizlik, intihar gibi duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde azalma gibi semptomları olan bir hastalıktır. Farklı kültürlerde gebelik sürecinde depresyon sıklığını bulmak için yapılan araştırmalarda depresif belirti görülme sıklığı Finlandiya’da %30 (Kurki et al. 2006:1186-92), Amerika’da %20 (Marcus et al. 2003:174-181), Kanada’da %25 (Da Costa et al. 2000: 31-40), Macaristan’da %17.9 (Bödecs et al. 2009:1888-1893), olarak tespit



JACSD

www.jacsdergisi.com

Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi

Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07

International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health

Compilation September 2016 Special Issue Number: 07

ID:18 K:48

ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X

(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)

(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)

(2015/03947-2015-GE-17304)

edilmiştir. Gebelerde depresyon görülme sıklığı %7-21 oranında bildirilmiştir (Bennett et al. 2004:698-709; Lee et al. 2007:1102-12). Türkiye’de yapılan çalışmalarda gebelik döneminde depresif belirti yaygınlığı %12-36 arasında bulunmuştur (Çalık et al. 2011:142-162; Sevindik 2005:26-33; Karaçam et al. 2009:344-356). Bennet ve ark., depresyon sıklığını; gebeliğin ilk trimesterinde %7.4, ikinci trimesterde %12.8 ve üçüncü trimesterde %12 olarak bulmuşlardır (2004:698-709).

Depresyona bağlı olarak gebelik döneminde kortizol ve norepinefrin düzeyleri artmaktadır. Artan kortizol ve norepinefrin seviyesi uterusu giden kan akımını yavaşlatarak gebe ve fetüste çok ciddi maternal ve neonatal sonuçlara neden olmaktadır (Muzik et al. 2009: 771-788; Diego et al. 2009: 65-7; Bowen et al. 2006: 26-30). Gebede depresyon görülme riskinin; depresyon öyküsü, genç yaş, çocuk sayısının çok olması, evlilik problemleri, artmış yaşam stresi, gebelikte yaşanan ambivalans duygular, sosyal desteğin az olması, yetersiz maternal kilo alımı, sigara, alkol, madde kullanımı ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Altshuler et al. 1998:29). Gebelerdeki depresyon belirtilerinin gebeliğin fizyolojik değişimleri ve şikayetleriyle aynı özellikte olması ve sendromal özellik görülebilmesi sebebiyle gebelik depresyonuna tanı konması zor olabilir (Marakoğlu et al. 2008:525-32; Bowen et al. 2006:26-30).

Bu nedenle sağlık profesyoneli teşhis için gebeyi fiziksel ve psikolojik açıdan ayrıntılı değerlendirmeli, depresyonun belirtilerini ve depresyonu tespit etmek için kullanılan etkili tarama yöntemlerini bilmeli, bu yöntemleri etkin olarak uygulamalıdır (Bowen et al 2006:26-30; Kim et al 2009:167-172). Gebeliğin birinci trimesterinde ki başlıca depresyon belirtileri; uyku ve iştah değişiklikleri, aşırı yorgunluk, libido kaybı, duygulanım ve anksiyete durumlarında dalgalanma, konsantrasyon yetersizliğidir. Benzer biçimde gebeliğin üçüncü trimesterinde uyku ve iştah bozuklukları, aşırı yorgunluk, doğumla ilgili kaygılar ve anksiyete görülmektedir. Bu depresyon belirtileri gebeliğin ikinci trimesterinde daha az görülebilmektedir (Marakoğlu et al. 2008: 525-32).

Maternal ve Fetal Riskler

Gebelikte görülen hipertansiyon (preeklampsi-eklampsi), abortus, spontan erken doğum, perinatal kanama, uterin arter direncinin artması, apgar skorunun düşük olması, neonatal yoğun bakım ihtiyacı olan yeni doğan, neonatal büyüme geriliği, fetal ölüm, intrauterin gelişme geriliği, antenatal ve doğum komplikasyonları, erken doğum tehditi ve artmış kortizol düzeyine sahip bebek doğurma maternal ve fetal risklerdir. Ayrıca antenatal dönemde görülen depresyon, postpartum depresyonun gelişimini etkileyen önemli bir risk faktörüdür (Muzik et al 2009:771-788; Marakoğlu et al



JACSOD

www.jacsodergisi.com

Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi

Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07

International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health

Compilation September 2016 Special Issue Number: 07

ID:18 K:48

ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X

(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)

(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)

(2015/03947-2015-GE-17304)

2008:525-32; Brenda et al. 2009; Bowen et al. 2006:26-30).

Gebelikte ikinci ve üçüncü trimester dönemde yaşanan depresyon ile doğum eyleminin olumsuz sonuçlanması (zor doğum, preterm eylem, cerrahi müdahalelerde artma gibi) arasında ilişki olduğu düşünülmektedir (Bennett et al. 2004:698-709; Bowen et al. 2006: 26-30). Depresyon tedavisi olmayan gebelerde irritabl bağırsak sendromu ve kardiyovasküler hastalık riski yükselmektedir (Bowen et al. 2006:26-30). Depresyonda olan gebe, iştahsızlıktan dolayı gebelik sürecinde kilo alamama problemi yaşayabilir. Ayrıca beslenme bozukluğundan kaynaklanan intrauterin gelişme geriliği de fazla görülmektedir (Çalık et al. 2011:142-162; Sidebotham, 2008:918-934).

Depresyonlu gebelerin, gebeliği sırasında sağlık profesyoneli ve ebeden daha az bakım aldığı ve kendi öz bakımına dikkat etmediği belirtilmektedir. Antenatal dönemde bu yetersiz bakım sonucu gebelerde ağrı ve rahatsızlıklar daha fazla görülebilmektedir (Muzik et al. 2009:771-788; Sidebotham, 2008:918-934; Raynor et al. 2009:679-703).

Yönetim ve Ebelik Bakımı

Gebelik depresyonunu önlemede yapılacak ilk adım riskli grubu tespit etmektir. Depresyon görülme riski yüksek olan gebenin erken dönemde (gebelik öncesinde) tespit edilmesi

ve tedavi olması, gelişebilecek maternal ve fetal riskleri de azaltacaktır (Karaçam et al. 2009:344-356; Kim et al. 2009:167-172).

Ebelik bakımında dikkat edilmesi gereken konular:

- Doğum öncesi dönemde yapılacak nitelikli ev ziyaretleri ile gebelerin fiziksel muayene kadar psikolojik açıdan değerlendirilmesi, depresyonun daha erken süreçte belirlenmesine, depresyon görülme riskinin azalmasına ve perinatal bakımın niteliğinin artmasına neden olacaktır (Diego et al. 2009:65-7).
- Gebelikte depresyon tanısı için tarama yöntemleri yapılabilir. Bu tanısal tarama yöntemlerinde en sık kullanılan ölçekler Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)'dir (Muzik et al 2009:771-788; Karaçam et al. 2009).
- Gebelikte depresyon da tedavi yöntemleri ise ilaçla tedavi, psikoterapi ve psiko-eğitim uygulamalardır (Dimidjian et al. 2009:498-515). Ebeler bu konuda gebeleri yönlendirmelidirler.
- Tespit edilememiş ve tedavi görmeyen depresyon hastası olan gebe, maternal ve fetal açıdan risk taşır (Diego et al. 2009:65-7). Bu nedenle ebeler depresyon belirtilerini bilmeli, bu yönden dikkatli olmalı ve daha sık izlem yapmalıdır.



JACSD

www.jacsdergisi.com

Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi

Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07

International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health

Compilation September 2016 Special Issue Number: 07

ID:18 K:48

ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X

(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)

(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)

(2015/03947-2015-GE-17304)

- Ebelerin depresyon tanısı nedeniyle ilaç tedavisi alan gebeleri lohusalık döneminde daha sık izlemesi gerekmektedir (Diego et al 2009:65-7; Kim et al 2009:167-172).

Gebelikte görülen depresyonunun önlenmesi, tespit edilmesi ve tedavisi açısından ebeler kilit rol oynamaktadır.

GEBELİK ve ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

Anksiyete Bozukluğu (AB), iç sıkıntısı, bunaltı, kaygı gibi kelimelerle ifade edilen hayatı tehdit eden ve ya tehdit şeklinde hissedilen, huzursuz olma, endişe ve korku duygusudur. İçsel ya da dış dünyadan bir tehlike olasılığı ya da kişi tarafından tehlikeli olarak hissedilip algılanan herhangi bir olay karşısında yaşanan duygu durumudur (Işık et al. 2006:3-29).

Genel nüfusta anksiyete bozukluklarına kadınlarda, erkeklerden daha yaygın rastlanmaktadır. Çalışmalar kadınlarda anksiyete bozukluklarının çok sık (%30) görüldüğü, özellikle depresyon ve anksiyete bozukluklarının doğurganlık döneminde en yüksek prevalansa sahip olduğu bildirilmektedir (Kocabaşoğlu et al. 2008:349-354).

Freud'a göre anksiyete tanımı, her şeyden önce bir duygulanımdır. İçsel çatışmaların merkezinde yer alan bir psikolojik yapı, hem de çeşitli psikiyatrik hastalıkların belirtirelerinden biridir (Işık et al. 2006:3-29). Freud'a

göre gelişimsel dönemlerde anksiyeteye neden olan durumlar beş başlık altında toplanır; Doğum anksiyetesi (erken bebeklik dönemi), Ayrılık (separasyon) anksiyetesi, Kastrasyon anksiyetesi, Üstbenlik (Süperego) anksiyetesi, Altbenlik (id) anksiyetedir (Işık et al. 2006:3-29).

Düşük eğitim düzeyi, mutsuz evlilik, perinatal stressörler, bebek için gerekli tıbbi koşulların olmaması, olumsuz yaşam koşulları, gebenin aile içi sıkıntılı ilişkileri gebelik süresince anksiyete bozukluklarının ortaya çıkma riskini arttırmaktadır (Kocabaşoğlu et al. 2008:349-354). Depresif ve anksiyete bozukluğu olan gebelerdeki bulantı, baş ağrısı, sırt ağrısı gibi somatik problemlerin normal gebelere göre anlamlı düzeyde daha fazla görüldüğü bildirmektedir (Demiryay, 2006).

Maternal ve Fetal Riskler

Gebeliğe ve perinatal stresörlere bağlı ortaya çıkan anksiyete gebelik boyunca, doğum eylemi sürecinde ve lohusalık döneminde olumsuz etkiler oluşmaktadır (Sevil et al. 2004:67- 76). Tedavi edilmemiş anksiyete bozukluğunun gebelik ve yenidoğan üzerinde düşük doğum ağırlığı ve prematüre doğum gibi olumsuz etkileri vardır (Cohen et al. 1998:18-28). Gebelik dönemi boyunca tedavi edilmemiş anksiyete; gestasyon haftasına göre düşük doğum ağırlığı, değişken APGAR skorları; fetal hemodinami ve hareket bozukluklarına sebep olabilir; preeklampsi riski 3



JACSD

www.jacsdergisi.com

Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi

Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07

International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health

Compilation September 2016 Special Issue Number: 07

ID:18 K:48

ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X

(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)

(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)

(2015/03947-2015-GE-17304)

kat artar; servikal diskinezi, erken membran rüptürü ve sezaryen ile sonuçlanabilir (Koca-başoğlu et al. 2008:349-354).

Gebelikte gözlenen fizyolojik duyuların birçoğu anksiyete belirtilerine benzer, bu sebeple anksiyete bozuklukları gebede gizlenir. Sağlık profesyonellerinin bu konuda uyanık olmaları gerekmektedir (Cloitre et al. 2004:1-16).

Yönetim ve Ebelik Bakımı

Hastalar genellikle anksiyete bozukluklarının kronik yapısı nedeniyle yıllar boyunca sürdürüm tedavisine gereksinim duymaktadırlar (Stein 2004:3-7).

Bakımda üzerinde durulması gereken durumlar:

- Tedavide; anksiyetenin, endişenin azaltılması ve kişinin anksiyeteye rağmen normal faaliyetlerini sürdürmesi hedeflenmektedir (Stein, 2004:3-7; Ünsalver et al. 2006:115-120). Gebenin günlük faaliyetlerini sürdürebilmesi için ebeler gebeleri desteklenmeli ve aileleri bu konuda bilgilendirilmelidirler.
- Anksiyetesi günlük yaşamını etkileyen gebeler için farmakolojik tedavi tercih edilmekte ve tedavi süresi uzun olacağı için güvenli ve etkili ilaçların kullanılması önem kazanmaktadır. İlaçların kullanımı hakkında gebelere detaylı ve kapsamlı bir

eğitim verilmelidir (Uzbay et al. 2002:14-26).

- Gebelikte AB tedavisinde benzodiazepinler, buspiron, beta blokerler ve antidepresanlar kullanılabilir (Ünsalver et al. 2006:115-120). Ebeler bu ilaçların etki mekanizması ve yan etkileri konusunda bilgi sahibi olmalı, gebeyi bu konuda bilgilendirmelidir.
- Psikoterapötik yaklaşımlar içinde en sık kullanılan ise bilişsel yaklaşımdır. Bilişsel yaklaşım, bilişsel bozuklukların neden olduğu kaygıları daha gerçekçi görmeyi sağlamak ve bu şekilde daha iyi planlama yaparak anksiyeteyi kontrol etmenin seçeneklerini göstermektedir (Ünsalver et al. 2006:115-120). Ebeler bu konuda gebeleri yönlendirebilmeli ve bilgilendirmelidir.
- Gebeler için ruh sağlığının korunması, geliştirilmesi ve tedavi de kullanılan psikoeğitim programları hazırlanmalıdır.
- Sosyal desteği olan gebelerde, antenatal psikoeğitim programlarına gebe ile birlikte aile üyelerinin de aktif katılımı sağlanmalıdır.
- İstenmeyen gebeliklerde anksiyete düzeyi artığı için, aile planlaması hakkında danışmanlık hizmetlerinin yapılması oldukça önemlidir.



JACSÖ

www.jacsödergisi.com

Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi

Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07

International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health

Compilation September 2016 Special Issue Number: 07

ID:18 K:48

ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X

(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)

(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)

(2015/03947-2015-GE-17304)

GEBELİK ve BİPOLAR BOZUKLUK

Bipolar bozukluk kronik gidişli olabilen, belli bir sıra gözetmeden tekrarlayıcı nitelikte manik, depresif ya da her ikisinin birlikte görülebildiği karma dönemlerle seyreden bir hastalıktır. Manik ve depresif dönemler arasında, hasta eşik altı belirtiler gösterebilmekle beraber bazen hiç bulgu vermediği olağan duygu durumu (ötimi) dönemlerinin de görülebildiği bilinmektedir (Öztürk, 2004:343-89). Bipolar bozukluk duygu durumu, algı ve davranışlarda döngüsel değişimlerle karakterize heterojen bir grup hastalığı kapsar (Jacobson et al. 2006:302-309).

Bipolar Bozukluk görülme sıklığı 16-25 yaş arası erkeklerde daha fazla iken, erişkin yaşlarda ise kadınlarda daha yüksektir (Kennedy et al. 2005:257-262). Bipolar-I Bozukluk kadın ve erkekleri eşit olarak etkiler ve yaşam süresi prevalansı %1.3'tür. Bipolar-II Bozukluk ve benzer birçok bipolar değişken ise kadınlarda daha sıktır ve daha çok tekrarlar (Jacobson et al. 2006:302-309).

Genetik, biyolojik ve psikososyal etkenler birbirleriyle etkileşerek duygu durumu bozukluklarına sebep olurlar. Hastalar dikkatle incelendiğinde, özellikle hastalığın başlangıcında hem çökkünlük hem de mani dönemlerinin ortaya çıkmasında psikososyal etkenlerin payı olduğu görülür (Öztürk, 2004:343-89). Çevresel etmenler hastalığın başlangıcında ve gidişatında daha fazla etkili olmaktadır.

Yapısal ve işlevsel beyin değişiklikleri yaygınlıkla nörobilişsel ve nöroendokrin değişikliklerle birlikte görülmektedir (Kesebir et al. 2013:221-31)

Bipolar bozukluk tanısı alan vakaların birinci derece akrabalarında hastalanma riski toplumdakinin on katı fazladır. İkiz araştırmalarında eşlerin hastalanma oranını %70 bulan araştırmalar bulunmaktadır. Bipolar bozuklukta ailesel geçişi olan kadın hastalarda (ailedeki ilk hasta) erkeklere göre iki kat fazla iken, hastalığın aktarıldığı çocuklar arasında cinsiyet farkı gözlenmemektedir (Currier et al. 2006:51-60). Bipolar bozukluk tanısı alan vakaların kadınlarda birinci derece akrabaları arasında duygu durumu bozuklukları, erkeklerde birinci derece akrabaları arasında alkol bağımlılığı daha fazla tespit edilmiştir (Goldstein et al. 1993:763-768).

Gebelik döneminde bipolar bozukluğun gidişatını tahmin etmek zordur (Grof et al. 2000:31-9). Tedavide kullanılan fakat gebelikte kullanımı sakıncalı olan Lityum'un aniden kesilmesi hastalığın tekrarlama riskini artırır. Bipolar bozukluğu olan kadınların doğumdan hemen sonraki dönemde hem hastalığın tekrarlanması hem de ilk kez bipolar bozukluk atağı geçirme riski yüksektir (Viguera et al. 2000:179-84). Doğumdan sonra iki hafta içinde her 1000 doğumdan 1-2'sinde bipolar bozukluk atağına rastlanır (Kendell et al. 1991:758-63).



JACSD

www.jacsdergisi.com

Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi

Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07

International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health

Compilation September 2016 Special Issue Number: 07

ID:18 K:48

ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X

(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)

(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)

(2015/03947-2015-GE-17304)

Maternal ve Fetal Riskler

Gebelikte bipolar bozukluğun tekrarlama riskinin azaldığını saptayan araştırma (Grof et al. 2000:31-9) olsa da, bazı literatürler bu görüşü desteklemekte (Viguera et al. 2000:179-84; Akdeniz et al. 2003:234-8) gebelikte hastalık gidişatının kötüleştiğini, tekrarlama riskinin arttığını bulmuşlardır.

Gebelik boyunca yineleyen her atağın aynı zamanda fetal sağlığı da olumsuz etkilendiği göz önünde bulundurulmalıdır (Viguera et al. 2000:179-84). Bipolar bozukluğu olan kadınlar gebe kalmayı düşündüklerinde, gebeliğin izlemi ve bipolar bozukluğun sağaltımını kapsayan bir plan oluşturulması önerilmektedir. Fakat birçok gebeliğin istenmeyen bir şekilde oluşması gebelerin tedavilerini düzenlerken zorluklara neden olmaktadır (Dodd et al. 2006:25-33).

Lohusalıktaki bipolar bozukluk dönemlerinin yarısı gebelikte başlayabilir ve gebelik dönemindeki duygu durum değişiklikleri postpartum dönemde oluşabilecek ciddi tabloların ön görücülerinden birisidir (Halbreich, 2004:177-184).

Yönetim ve Ebelik Bakımı

Bipolar bozukluk hayatın erken dönemlerinde başlaması ve tekrarlayıcı olması sebebiyle hayat boyu ilaç kullanımı gerektirmektedir. Ancak uzun süreli ilaç kullanımı özellikle ka-

dın hastalar için yüksek riski de beraberinde getirmektedir (Akdeniz et al. 2003:234-8).

Bipolar bozukluk tedavisi bireye göre özel oluşturulması gereken bir tedavidir. Bipolar bozukluğu olan gebelerin tedavisinde, gebelik ve doğum sonrası sürecin dışında, gebelik ihtimali yönünden de büyük önem taşır (Vega et al. 2011:663-74). Aile planlaması yöntemlerinden oral kontrasepsiyonların kullanımı ise ilaç etkileşimlerinin yanında, endokrin patoloji riskini de arttır, bu yönden dikkatle izlenmesi gerekir (Vega et al. 2011:663-74).

Bakımda yapılması gerekenler:

- Üreme çağında 15-49 yaş aralığında kadın hastaların tedavisi çok önemlidir ve gebeliklerin mutlaka önceden planlanması yapılmalıdır.
- İstenen gebelik için hastalığın durumu gözden geçirilir, olabilecekse ilaç miktarı teke düşülür, en az bir senelik iyilik dönemi amaçlanır.
- Hastanın fayda gördüğü ilacın gebelikte de fayda sağlayacağı unutulmamalıdır. Gebelik sırasında Valproat kullanımı tercih edilmemelidir. Gebelikte kullanımı güvenli olmayan ilaçların kullanılması doğru değildir. Ebeler Valproat kullanımının gebelikte sakıncalı olduğunu bilmeli ve gebeyi bu konuda bilgilendirmelidir.



JACSD

www.jacsdergisi.com

Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi

Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07

International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health

Compilation September 2016 Special Issue Number: 07

ID:18 K:48

ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X

(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)

(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)

(2015/03947-2015-GE-17304)

- Hastanın ve eşinin üreme sağlığının yeterli olup olmadığı (menstrüasyon düzeni, hormonları incelemeleri, ovulasyon izlemi, spermiyogram) kontrol edilmelidir.
- Gebe ve ailesi gebelik ve doğum sonu süreçte hastalığın gidişatı, ilaçların teratojenik etkileri, ilaç kullanmayan gebelerde oluşabilecek riskler ve gebelik sürecinde izlem konularında bilgi verilmelidir.
- Gebelik sırasında hastanın aylık takipleri yapılmalı; ilaç kullanıyorsa her ay düzenli olarak kan düzeyi kontrol edilmelidir. Ailesine hastalık hakkında bilgilendirme yapılmalıdır. Erken hastalık belirtileri acil değerlendirilmelidir.
- Bipolar bozukluğu olan ve doğurganlık dönemindeki kadın hastalara aile planlaması yöntemleri, gebe olmak isteyenlere hastalık ve gebelik döneminde hastalığın seyri ve tedavisi, planlanan eğitim programında mutlaka yer almalıdır (Gülöksüz et al. 2010:155-66).

GEBELİK ve ŞİZOFRENİ

Şizofreni; davranışın bilişsel, emosyonel, algısal yönlerini kapsayan, yıkıcı psikopatolojik etkileri olan, varsanı ve sanrılara eşlik eden davranış bozukluklarının görüldüğü, kişinin kendine özgü bir içe dönme dünyasına çekildiği bir klinik sendromdur. Görünümü hastadan hastaya farklılık gösterir. Hastalığın etkisi her zaman ağırdır. Erken yaşlarda

başlayarak, çoğunlukla hayat boyu devam etmektedir. Kişilik yıkılması ile birlikte kötü bir seyir göstermektedir (Nebioğlu, 2007:10-20).

Şizofreni birçok bireysel ve ekonomik bedelleri olan, dünyadaki önde gelen halk sağlığı problemlerinden biridir. Sıklık ve hayat boyu yaygınlık oranları tüm dünyada neredeyse aynıdır. Şizofreni görülme sıklığı kadınlarda erkeklerden daha azdır. Kırsal alanda şizofreni sıklığı, kentsel alana göre daha azdır. Şizofreni, gelişmiş ülkelerde, gelişmekte olan ülkelere göre daha ağır seyretmektedir (Nebioğlu, 2007:10-20).

Şizofreni görülme prevalansı çeşitli araştırmalarda %0.1-1 arasında farklılık göstermekte olup, ortalama %0.5-1 olarak kabul edilmektedir. Şizofreni yaygınlığı sosyoekonomik düzeyi düşük olanlarda daha yüksek olarak saptanırken; bunun yanında evli olanlarda, dul ve bekarlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur (Ceylan, 2001:1-3).

Şizofreni fizyopatolojisinde rol alan etiyolojik süreç ya da süreçler tam olarak bilinmemektedir (McGue, 1991: 174-181). Şizofreninin sebebine yönelik birçok etyolojik açıklama yapılmasının yanında henüz hastalığın nedeni tam bilinmemektedir. Yaş, cinsiyet, medeni durum, viral enfeksiyonlar, göç, stresörler, genetik yatkınlık, doğduğu mevsim, toplumsal sınıf, etyolojik kuramların çıkış noktasıdır (Arkonaç, 1999:36-148).



JACSD

www.jacsdergisi.com

Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi

Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07

International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health

Compilation September 2016 Special Issue Number: 07

ID:18 K:48

ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X

(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)

(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)

(2015/03947-2015-GE-17304)

Maternal ve Fetal Riskler; Araştırmacılar obstetrik komplikasyonların 3 ana grubuna ait anlamlı görüşler bulmuşlardır (Cannon et al. 2002:1080-92). Bunlar:

1. *Gebelik komplikasyonları;* Kanama, pre-eklampsi, diyabet ve Rh uyuşmazlığı
2. *Anormal fetal gelişim ve büyüme;* Konjenital malformasyonlar ve küçük baş çevresi, düşük doğum ağırlığı,
3. *Doğum sırasındaki komplikasyonlar;* Asfiksi, atonik uterus ve acil sezeryan sekisiyo.

Viral Enfeksiyonlar; Yapılan bir çalışmada gebeliğin erken döneminde influenzaya maruz kalan ve kalmayan gebeler karşılaştırıldığında, şizofreninin gebeliğin erken döneminde influenzaya maruz kalanlarda %21 daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Çalışma neticesinde şizofreni ile prenatal dönemde kızamık, suçiçeği, polio ve kabakulak arasında bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Bazı çalışmalar ise prenatal dönemdeki kızamıkçığın nörogelişimsel bozukluklara yol açabileceğini ve bu durumun sonucunda şizofreni spektrum bozukluklarına neden olabileceğini göstermiştir (Brown et al. 2004:889-895).

Maternal beslenme; Yüksek maternal vücut kitle indeksi (MVKİ) nöral tüp defekti gibi kötü sonuçlarla birliktelik göstermektedir. Vücut kitle indeksi sonucu ortaya çıkan

şizofreni riskindeki artma dikkate değerdir (Schaefer et al. 2000:275-286).

Rh Uyuşmazlığı; Rh uyuşmazlığının şizofreni için bir risk faktörü olup olmadığı araştırılmış ve Rh uyuşmazlığının ikinci veya daha sonra doğan erkek çocuklarda 2 katlık bir risk artışına neden olduğu belirlenmiştir (Hollister et al. 1999:198-215).

Maternal ve Fetal Riskler

Prospektif bir çalışmada, şizofreni hastalığı olan anne-babaların çocuklarında eşleştirilmiş grupla karşılaştırma yapıldığında fetal ve neonatal ölüm oranında artma olduğu bulunmuştur. Başka çalışmada da düşük doğum ağırlığı, prematürite, düşük APGAR skorumun mental hastalıkların kronisitesi ve şiddetiyle ilişkisi olduğu bildirilmiştir (Miller et al. 1993:373-378).

Yönetim ve Ebelik Bakımı

Şizofreni tedavisinde Elektro Konvülsif Tedavi (EKT) ve psikofarmakoloji, bireysel, aile, grup, davranış, sosyal yeti ve rehabilitasyon terapileri gibi psikososyal tedavi yöntemlerini içeren bütüncül bir yaklaşım benimsenmelidir (Merikangas et al. 1997:144-155).

Bakımda yapılması gerekenler:

- Sosyal hizmetler dahil olmak üzere uygun destek ve yeterli yardım sağlamak için gebelik erken bir aşamada tespit edilmeli,



JACSOD

www.jacsodergisi.com

Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi

Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07

International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health

Compilation September 2016 Special Issue Number: 07

ID:18 K:48

ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X

(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)

(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)

(2015/03947-2015-GE-17304)

gebe ve ailesi için uygun bakım hizmetleri verilmelidir (Jacobson et al. 2006:351-63).

- Genellikle gebelik sırasında sağlık hizmeti almak, şizofreni olan kadınlar için zordur. Gebeliğin önceden planlanması ve profesyonel sağlık personelleri arasında yakın bir koordinasyon kurulması bu riski azaltmaya yardımcı olacaktır (Jacobson et al. 2006:351-63).
- Gebelik sırasında nüks etkileri açısından tedaviye devam edilerek uygun bir izlem programı yapılmalıdır. Bu süreçte, hem anne hem fetus için ciddi komplikasyonlar söz konusudur (Cantwell et al. 2006:14-20).
- Atipik antipsikotik ilaçlar kullanan şizofreni tanılı gebeler, bozulmuş glukoz toleransı ve gestasyonel diyabet riski açısından yüksek risk grubundadır (Lindenmayer et al. 2003:290-296). Bu nedenle gestasyonel diyabet taramasının yapılması ve teşhis edilen gebelere bu açıdan bakım verilmesi önem taşımaktadır.
- Şizofren gebeler kendilerini ihmal edebilir ve sonuç olarak yetersiz beslenme görülebilir. Beslenme açısından gebeler değerlendirilmeli ve sık kilo takibi yapılmalıdır.
- Şizofren gebelerin diğer gebelere göre sigara ve içki içme olasılığı daha yüksektir. Gebelere riskler konusunda danışmanlık verilmelidir.

SONUÇ

Sonuç olarak; ebeler gebelerden ayrıntılı bir öykü alarak, ağır ruhsal hastalık öyküsü olanlar tespit edilmelidir.

Temelde sağlık profesyoneli arasında neyin nasıl sorulacağı veya sorulması gerektiği konusunda sıkıntı yaşanmaktadır. Tüm sağlık profesyonelleri özellikle de toplumun en ucrak köşelerine ulaşabilen ebeler özel bir eğitim programına dahil edilerek; doğum öncesi bakım hizmetlerinde kadınları doğru algılamak, ruh sağlığı sorunlarını, mevcut hastalıkları tespit etmek ve gebelik bakımı ile ilgili soruları uygun şekilde sormak konusunda sağlık profesyonellerine donanım kazandırılabilir. Kapsamlı ve uygun soru formları ile toplum tabanlı tarama programları yapılabilir.

Obstetrik, psikiyatrik ve birinci basamak sağlık hizmetleri arasında yakın bir irtibat olması bu tür yüksek riskli gebeliklerin en iyi şekilde yönetilmesi için gereklidir (Cantwell et al. 2006:14-20) (Kelly et al. 2001:213-219) (Howard, 2006: 201-211).

Ruh sağlığı sorunları olan kadınların evsizlik ve sosyo-ekonomik zorluklar yaşaması muhtemeldir ve bu konu dikkatli sorgulanmalıdır.

İlaç tedavisi başlanan kadın hastaların modern, etkisi ve etkinliği yüksek bir aile planlaması yöntemi kullanması önemlidir. Bu nedenle ebelerin bu kadınları tespit ederek aile



JACSD

www.jacsdergisi.com

Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi

Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07

International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health

Compilation September 2016 Special Issue Number: 07

ID:18 K:48

ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X

(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)

(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)

(2015/03947-2015-GE-17304)

planlaması konusunda eğitim vermesi gerekmektedir.

Psikotrop ilaçların birçoğu teratojeniktir ve ayrıca ilacın ani kesilmesi hastalığın alevlenmesine ve tetiklenmesine yol açar. Gebelikte bu ilaçların değişmesi ya da dozlarının ayarlanması gerekmektedir. Bu nedenle ebeler gebe kalmak isteyen kadınları gebe kalmadan önce belirleyerek psikiyatri uzmanı ve kadın doğum uzmanına yönlendirmelidirler.

Psikiyatrik hastalıklar gebelik döneminde olduğu kadar postpartum dönemde de ortaya çıkabildiği için doğum sonrasında lohusaların ilk 6 ay boyunca sıkı takip edilmesi önemlidir. Ebelerin özellikle doğum sonrası ortaya çıkan postpartum depresyon açısından lohusaları taraması gerekmektedir. Ebeler, risk bulunan kadınları psikiyatri uzmanına yönlendirmelidirler.

KAYNAKLAR

AKDENİZ, F., VAHİP, S., PİRİLDAR, S., VAHİP, I., DOGANER, I., BULUT, I., (2003). Risk factors associated with childbearing-related episodes in women with bipolar disorder. *Psychopathology*, 36 (5), (234-8)

ALTSHULER, L.L., HENDRICK, V., COHEN, L.S., (1998). Course of Mood and Anxiety Disorders During Pregnancy and The Postpartumperiod *J Clin Psychol.*, 59(2), (29)

ANDERSSON, L., SUNDSTROM-POROMAA, I., BIXO, M., WULFF, M., BONDDESTAM, K., ASTROM, M., (2003). Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: A population-based study. *Am J Obstet Gynecology*, 189, (148-154)

ARKONAÇ, O., (1996). Psikotik Bozukluklar ve Tedavileri. Nobel Tıp Kitabevi-İstanbul, ss. 36-148

BENNETT, H.A., EINARSON, A., TADDIO, A., KOREN, G., EINARSON, T., (2004). Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol.*,103, (698-709)

BOWEN, A., MUHAJARINE, N., (2006). Antenatal depression. *Canadian Nurse Journal.*,102, (26-30)

BÖDECS, T., HORVATH, B., KOVACS, L., DIFFELLNE NEMETH, M., SANDOR, J., (2009). Prevalence of depression and anxiety in early pregnancy on a population based Hungarian sample. *Orv Hetil.*, 150, (1888-1893)

BRENDA, M., LEUNG, Y., BONNIE, N.D., KAPLAN, J., (2009). Perinatal depression: prevalence, risks, and the nutrition link-a review of the literature. *J Am Diet Assoc.*, 109, (1566- 1577)



JACSOD

www.jacsodergisi.com

Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi

Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07

International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health

Compilation September 2016 Special Issue Number: 07

ID:18 K:48

ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X

(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)

(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)

(2015/03947-2015-GE-17304)

- BROWN, AS., HOOTON, J., SCHAEFER, C.A., ZHANG, H., PETKOVA, E., BABULAS, V., PERRIN, M., GORMAN, J.M., SUSSER, E.S., (2004).** Elevated maternal interleukin-8 levels and risk of schizophrenia in adult offspring. *Am. J. Psychiatry.*, 161, (889-895)
- BULDUKOĞLU, K., TIRAKYA, G., (1990).** Fiziksel Yönden Riskli Gebelerin Ruhsal Yönden Risk Durumlarının Belirlenmesi. II. Ulusal Hemşirelik Kongresi, İzmir.
- CANNON, M., JONES, P.B., MURRAY, R.M., (2002).** Obstetric complications and schizophrenia: Historical and meta-analytic review. *Am J Psychiatry.*, 159(7), (1080-1092)
- CANTWELL, R., COX, J.J., (2006).** Psychiatric disorders in pregnancy and the puerperium, *Current Obstetrics & Gynaecology*, 16, (14-20)
- CEYLAN, M. E., (2001).** Biyolojik Psikiyatri, Şizofreni, İstanbul, 1(2), ss. 1-3
- CLOITRE, M., YONKERS, K.A., PEARLSTEIN T ALTEMUS, M., DAVIDSON, K.W., PIGOTT, T.A., SHEAR, M.K., PINE, D., ROSS, J., HOWELL, H., & et al. (2004).** Women and anxiety disorders: implications for diagnosis and treatment. *CNS Spectr*, 9(8), (1-16)
- COHEN, L.S., ROSENBAUM, J.F., (1998).** Psychotropic drug use during pregnancy: weighing the risks. *J. Clin Psychiatry.*, 59 (2), (18-28)
- CURRIER, D., MANN, M.J., OQUENDO, M.A., GALFALVY, H., MANN, J.J., (2006).** Sex differences in the familial transmission of mood disorders. *J Affect Disord.*, 95, (51-60)
- ÇALIK, K.Y., AKTAŞ, S., (2011).** Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri Ve Tedavisi, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1), (142-162)
- DA COSTA, D., LAROUCHE, J., DRITSA, M., BRENDER, W., (2000).** Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *J Affect Disord.*, 59, (831-40)
- DEMİRİYAY, A., (2006).** Gebe Kadınların Algıladıkları Fiziksel ve Emosyonel Yakınlıklar. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, Afyon
- DIEGO, M.A., FIELD, T., HERNANDEZ-REIF, M., SCHANBERG, S., KUHN, C., GONZALEZ-QUINTERO, V., (2009).** Prenatal depression restricts fetal growth. *Early Hum Dev.*, 85, (65-67)



JACSOD

www.jacsodergisi.com

Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi

Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07

International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health

Compilation September 2016 Special Issue Number: 07

ID:18 K:48

ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X

(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)

(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)

(2015/03947-2015-GE-17304)

- DIMIDJIAN, S., GOODMAN, S., (2009).** Nonpharmacologic intervention and prevention strategies for depression during pregnancy and the postpartum. Clin Obstet Gynecol., 52, (498-515)
- DODD, S., BERK, M., (2006).** The safety of medications for the treatment of bipolar disorder during pregnancy and the puerperium. Curr Drug Saf, 1, (25-33)
- GOLDSTEIN, J.M., FARAONE, S.V., CHEN, W.J., TSUANG, M.T., (1993).** The role of gender in understanding the familial transmission of schizoaffective disorder. Br J Psychiatry, 163, (763-768)
- GOODWIN, F.K., JAMISON, K.R., (2007).** Manic Depressive Illness 2nd ed. New York: Oxford University Press., (175-176)
- GROF, P., ROBBINS, W., ALDA, M., BERGHOEFER, A., VOJTECHOVSKY, M., NILSSON, A., ROBERTSON, C., (2000).** Protective effect of pregnancy in women with lithium-responsive bipolar disorder J Affect Disord., 61(1-2), (31-39)
- GÜLÖKSÜZ, S., AKDENİZ, F., İNCE, B., ORAL, E.T., (2010).** Gebe Ve Lohusalarda İki Uçlu Bozukluğun Sağaltımı, Türk Psikiyatri Dergisi, 21(2), (155-166)
- HALBREICH, U., (2004).** Prevalence of mood symptoms and depression during pregnancy: implications for clinical practice and research. CNS Spectr., 9,(177-184)
- HOLLISTER, J.M., BROWN, A.S., (1999).** Rhesus incompatibility and schizophrenia. In:Susser E, Brown AS, Gorman JM, Eds. Prenatal Exposures in Schizophrenia. Washington, D. C.:American Psychiatric Pres, Inc, (198-215)
- HOWARD, L.M., (2006).** Pregnancy in women with psychotic disorders, Clinical Effectiveness in Nursing., 9(2), (201-211)
- İŞİK, E., TANER, Y., (2006).** Çocuk Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları. Asimetrik Parelel Kitabevi, ss.3-29
- JACOBSON, J.L., JACOBSON, M.A., KAYAALP, M.L., (2006)** Psikiyatrinin Sırları. Doğanün B. (çev.), Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, ss,302-309,351-363
- KARAÇAM, Z., ANÇEL, G., (2009).** Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: A study in a Turkish population.Midwifery., 25, (344-356)
- KELLY, H., ZATZICK, D. F., ANDERS, T. F., (2001).** The detection and treatment of psychiatric disorders and substance use among pregnant women cared for in



JACSOD

www.jacsodergisi.com

Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi

Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07

International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health

Compilation September 2016 Special Issue Number: 07

ID:18 K:48

ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X

(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)

(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)

(2015/03947-2015-GE-17304)

- obstetrics. American Journal of Psychiatry., 158, (213–219)
- KENDELL, R.E., ADAMS, W., (1991).** Unexplained fluctuations in the risk for schizophrenia by month and year of birth. BRJ Psychiatry., 158, (758-763)
- KENNEDY, N., BOYDELL, J., KALINDI, S., FEARON, P., JONES, P.B., VAN OS, J, MURRAY, RM., (2005).** Gender differences in incidence and age at onset of mania and bipolar disorder over a 35-year period in Camberwell, England. Am J Psychiatry., 162(2), (257-262)
- KESEBİR, S., İNANÇ, L., BEZGİN, Ç. H., CENGİZ, F., (2013).** Kadınlarda Bipolar Bozukluk. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry, 5(2), (220-231)
- KIM, J., LA PORTE, L.M., ADAMS, M.G., GORDON, T.E., KUENDIG, J.M., SILVER, R.K., (2009).** Obstetric care provider engagement in a perinatal depression screening program. Arch Womens Ment Health., 12,(167-172)
- KOCABAŞOĞLU, N., BAŞER, Z.S., (2008).** Gebelik ve doğumla tetiklenen psikiyatrik hastalıklar. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyumu Dizisi, 62, (349-354)
- KURKI, T., HIILESMAA, V., RAITASALO, R., MATTILA, H., YLIKORKALA, O., (2006).** Depression and anxiety Lalitpur district Nepal. Acta Obstet Gynecol Scand, 85(10), (1186-1192)
- LEE, A.M., LAM, S.K., SZEMUNLAU, S.M., CHONG, C.S., CHUI, H.W., FONG, D.Y., (2007).** Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. Obstet Gynecol.,110, (1102-1112)
- LEVY, L., RAGAN, K., HOWERHARTLEY, A., NEWPORT, D., STOWE, Z., (2004).** Psychiatric disorders in pregnancy. Neurol Clin., 22, (863-893)
- LINDENMAYER, J.P., CZOBOR, P, VOLAVKA, J., CITROME, L., SHEITMAN, B., MCEVOY, J.P., COOPER, T.B., CHAKOS, M., LIEBERMAN, J.A., (2003).** Changes in glucose and cholesterol levels in patients with schizophrenia treated with typical or atypical antipsychotics. American Journal of Psychiatry., 160 (2),(290–296)
- MACKEY, C.E., RODDICK, E., BARRICK, T.R., LLOYD, A., ROBERTS, N., CROW, T.J. YOUNG, A.H., FERRIER, I.N., (2010).** Sex dependence of brain size and shape in bipolar disorder: an exploratory study. Bipolar Disord., 12(3), (306-311)



JACSOD

www.jacsodergisi.com

Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi

Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07

International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health

Compilation September 2016 Special Issue Number: 07

ID:18 K:48

ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X

(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)

(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)

(2015/03947-2015-GE-17304)

MARAKOĞLU, K., ŞAHSIVAR, M.Ş. (2008).

Gebelikte depresyon. Türkiye Klinikleri J Med Sci., 28, (525-532)

MARCUS, S.M., FLYNN, H.A., BLOW,

F.C., BARRY, K.L., (2003). Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. J Women's Health (Larchmt)., 12, (373-380)

MCGUE, M., (1991). Gottesman II. The genetic epidemiology of Schizophrenia and the design of linkage studies. Eur Arch Clin Psychiatry., 240, (174-181)

MERIKANGAS, K.R., SWENDSEN, J.D.,

(1997). Genetic epidemiology of psychiatric disorders. Epidemiol Rev., 19, (144-155)

MILLER, W.H., RESNICK, M.D., WILLIAMS, M.H., BLOOM, S.D., (1993).

Pregnant psychiatric inpatient: a missed opportunity. Gen Hosp Psychiatry., 12, (373-378)

MUZIK, M., MARCUS, S.M. HERINGHAUSEN, J.E., FLYNN, H.A., (2009).

When depression complicates child bearing: guidelines for screening and treatment during antenatal and postpartum obstetric care. Obstet Gynecol Clin North Am., 36, (771-788)

NEBİOĞLU, M., (2007). Şizofreni Hastalarında Anksiyete Bozukluğu Komorbidite-

si Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi Haran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, ss,10-20.

ÖZTÜRK, M., (2004). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Ankara, Nobel Tıp Kitabevi, 10, (343-389)

RAYNOR, M.D., OATES, M.R., (2009). Perinatal mental health. In Myles Textbook For Midwives, 15 th ed. (Eds DM Fraser, MA Cooper), London, Elsevier, ss, 679-703

SCHAEFER, C.A. BROWN, A.S., WYATT, R.J., KLINE, J., BEGG, M.D., BRESNAHAN, M.A., SUSSER, E.S., (2000). Maternal prepregnant body mass and risk of schizophrenia in adult offspring. London, Elsevier, Schizophr Bull., 26(2), (275-286)

SEVİL, D.Ü., SARUHAN, A., ERTEM, G., KAVLAK, O., (2004). Kadınların doğum öncesi ve doğum sonrası anksiyete ve depresyon düzeylerinin ve bunlara etki eden faktörlerin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 18, (1), (67- 76)

SEVİNDİK, F., (2005). Elazığ ilinde gebelikte depresyon prevalansı ve etkileyen faktörler (Yüksek lisans tezi). Elazığ, Fırat Üniversitesi, ss, 26-33



JACSD

www.jacsdergisi.com

Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi

Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07

International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health

Compilation September 2016 Special Issue Number: 07

ID:18 K:48

ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X

(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)

(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)

(2015/03947-2015-GE-17304)

SIDEBOTHAM, M., (2008). Mental health problems. In Mayes' Midwifery: A Textbook For Midwives, (Eds C Henderson, S Macdonald): London, Elsevier,13, (918-934)

STEIN, M.B., (2004). Public health perspectives on generalized anxiety disorder, J Clin Psychiatry, 65, (3-7)

ŞAHİN, E.M., KILIÇARSLAN, S., (2010). Son trimester gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 27, (51-58)

UZBAY, T., YÜKSEL, N., (2002). Anksiyete Tedavisinde Kullanılan İlaçların Farmakolojisi ve Kullanım Güvenliği. Klinik Psikiyat., 1, (14-26)

ÜNSALVER, B. Ö., BALCIOĞLU, İ., (2006). Yaygın anksiyete bozukluğu: epidemiyolo-

loji, prognoz ve farmakolojik olmayan tedaviler, Cerrahpaşa Tıp Dergisi, 37, (115-120)

VEGA, P., BARBEITO, S., AZUA, S.R., CENGOTITABENGOA, M.M., ORTEGA, I.G., SAENZ, M., GONZALEZ-PINTO, A., (2011). Bipolar disorder differences between genders: special considerations for women. Womens Health (Long Engl), 7, (663-674)

VIGUERA, A.C., NONACS, R., COHEN, L.S. TONDO, L., MURRAY, A., BALDESSARINI, R.J., (2000). Risk of recurrence of bipolar disorder in pregnant and nonpregnant women after discontinuing lithium maintenance. Am J Psychiatry, 157(2), (179-184)

WEISSMAN, M., OLFSON, M., (1995). Depression in women: implications for healthcare research. Science, 269, (799-801)



JACSD

www.jacsdergisi.com

Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi

Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07

International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health

Compilation September 2016 Special Issue Number: 07

ID:18 K:48

ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X

(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)

(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)

(2015/03947-2015-GE-17304)

EXTENDED ABSTRACT

Importance; Pregnancy is a natural part of a woman's life, as well as a process during which important psychosocial changes take place and events that increase the risk of stress and anxiety occur (Weissman, 1995: 799–801). Treatment procedures for pregnant women who experience problems with their mental health are compiled in this article with reference to the literature review, to distinguish mental health problems that may be seen during pregnancy and to raise awareness on the topic. Especially, knowledge about depression, bipolar affective disorder, anxiety disorder and schizophrenia is provided. While psychiatric symptoms that are already present may increase in number during pregnancy, the symptoms may also appear during pregnancy. Pregnancy and postpartum, during which biopsychosocial changes are experienced intensely, are the periods where susceptibility to psychiatric illnesses such as anxiety disorder and depression may increase **Aim;** The aim of this study is to identify mental health problems that may be seen during pregnancy, to provide care to pregnant women who experience mental health problems and to increase awareness on this issue. **Definition Depression;** an illness with symptoms such as slowing down of thoughts, speech and movements; thoughts and feelings of stillness, littleness, unwillingness, weakness, pessimism and insignificance; and decrease in physiological functions. In several studies conducted to determine depression rate in different cultures during pregnancy, numbers suggested 30% in Finland (Kurki, 2006: 1186-92), 20% in the United States of America (Marcus, 2003: 174-181), 25% in Canada (Da Costa, 2000: 31-40), 17.9% in Hungary (Bödecs, 2009:1888-1893). Studies in Turkey have shown that depression sign rate is between 12-36%. The main depression symptoms during the first trimester of pregnancy are changes in sleep and appetite, extreme fatigue, loss of libido, fluctuation in affect and anxiety, inability to concentrate. Similarly, changes in sleep and appetite, extreme fatigue, worrying about birth and anxiety are seen during the third trimester of pregnancy. These depression symptoms can be fewer in number during the second trimester (Marakoğlu, 2008: 525-32). Determining and treating (prepregnancy) the pregnant that has a high risk of depression will reduce maternal and fetal risks that may develop. **Anxiety Disorder (AD)** is a sense of uneasiness, apprehension and horror that are life-threatening or felt as threats characterized by words such as tediousness, anxiety, worry (Işık, 2006: 3-29). Low educational level, unhappy marriage, perinatal stressors, a lack of medical equipment for the baby, negative life environment, distressed domestic relationships of the pregnant are the causes for anxiety disorder to emerge



JACSD

www.jacsdergisi.com

Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi

Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07

International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health

Compilation September 2016 Special Issue Number: 07

ID:18 K:48

ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X

(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)

(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)

(2015/03947-2015-GE-17304)

during pregnancy (Kocabaşoğlu, 2008: 349-354). Untreated anxiety disorder may result in low birth weight of the newborn and premature birth (Cohen, 1998: 18-28) Treatment for AD during pregnancy includes the use of benzodiazepines, buspirone, beta blocker, antidepressants (Ünsalver, 2006:115-120). Midwives should be instructed on the effects and side effects of these drugs and then should instruct the pregnant themselves. Mental health protection and development for pregnant should be emphasized and psychoeducational programmes that are used in treatment should be prepared. **Bipolar disorder** is an illness that can progress chronically, is repeated without any particular order; and is manic, depressive or a combined period where both is present (Öztürk, 2004:343-89). It is hard to estimate the progress of Bipolar Disorder during pregnancy (Grof, 2000: 31-9). Discontinuing Lithium that is used in treatment but dangerous to use during pregnancy increases the risk of relapse. Women with bipolar disorder have both high risks of relapse and experiencing the first bipolar disorder seizure (Viguera, 2000: 179-84). It is important to note that each seizure during pregnancy also affects fetal health negatively (Viguera, 2000: 179-84). If women with bipolar disorder consider pregnancy, it is suggested that they should develop plans to follow-up and that include Bipolar disorder treatment. **Schizophrenia**; is a clinical syndrome that includes cognitive, emotional, perceptual aspects of behavior; that has destructive psychopathological effects; in which behavioural disorders that accompany hallucinations and illusions are seen; where a person retreats to a distinctively self-created inner world (Nebioğlu, 2007: 10-20). In treatment of schizophrenia, an integrative approach that includes psychosocial treatment procedures such as Electroconvulsive Therapy (ECT) and psychopharmacology, individual, family, group, behavioural, social competence and rehabilitation therapies (Merikangas 1997:144-155). Schizophrenic pregnant are more likely to smoke and drink compared to other pregnant. Counselling about the risks should be provided to pregnant. Pregnant that are diagnosed with schizophrenia and that use atypical antipsychotic drugs are under high risk of disrupted tolerance of glucose and gestational diabetes (Lindenmayer, 2003: 290-296). Therefore, it is important for the diagnosis of gestational diabetes to be completed and those who are diagnosed to be treated. Schizophrenic pregnant may disregard their own health and as a result poor nutrition can be seen. Proper nutrition in pregnant should be emphasized and weight tracking should be done regularly. Midwife treatment that will be given to the mentally unhealthy pregnant is important in order to raise health rate in society. **In conclusion**; as midwives gather detailed data from pregnant, those with severe mental health histories should be determined. Fundamentally, what to and how to ask is a common problem among health professionals. All health professionals, especially midwives that are able to re-



JACSD

www.jacsdergisi.com

Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi

Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07

International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health

Compilation September 2016 Special Issue Number: 07

ID:18 K:48

ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X

(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)

(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)

(2015/03947-2015-GE-17304)

ach out to far reaches of society should be included in a special training programme to provide them with competence to understand women correctly in prenatal care services, to determine mental health problems and present illnesses, and to correctly ask questions about pregnancy care. It is important for women patients that are undergoing drug treatment to use a modern and effective family plan. Therefore, midwives should determine these women and provide them with accurate information about family planning. The majority of psychotropic drugs are teratogenic, and immediate discontinuation will result in illness to renew and relapse. These drugs themselves or their dosages should be changed during pregnancy. Therefore, midwives should assist women who wish to be pregnant before they get pregnant and direct them to psychiatrists and gynecologists.