



Gebelik Kaybı Sonrası Akut Stres Bozukluğunun Değerlendirilmesi

Evaluation of Acute Stress Disorder following Pregnancy Losses

Hamit Sırrı Keten¹, Salih Gençoğlan², Ahmet Ferit Dalgacı³, Fazıl Avcı⁴, Yılmaz Satan⁵, Soner Ölmez⁶, Mustafa Çelik⁶

¹Onikişubat Toplum Sağlığı Merkezi, KAHRAMANMARAŞ

²Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatri Anabilim Dalı, VAN,

³Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, ANKARA

⁴Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, ⁶Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, KAHRAMANMARAŞ

⁵Necmettin Erbakan Üniversitesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı, KONYA

Cukurova Medical Journal 2015;40(2):226-232.

ABSTRACT

Purpose: The aim of this study was to evaluate acute stress disorder in women experiencing a pregnancy loss.

Material and Methods: The study included 170 pregnant women presenting to the Obstetrics and Gynecology Clinic in research and training hospital of Kahramanmaraş Sütçü İmam University between February 2013 and July 2013. Fifty-four women experiencing a pregnancy loss before the 21st week of gestation (31%) were assigned into the pregnancy loss group and 116 women whose pregnancy continued without any problems (69%) were assigned into the control group. Data were collected with Posttraumatic Stress disorder Scale (PTSDS) and a questionnaire composed of questions about socio-demographic features and history of pregnancy and diseases..

Results: The mean ages of the pregnancy loss group the control group were 28.83±7.30 years and 28.87±5.87 years respectively without a significant difference (p=0.968). The mean score for PTSDS was 32.40±10.24 (min: 17 and max: 52) in all the participants, 35.83±11.51 in the pregnancy loss group and 30.81±9.21 in the control group. The women experiencing a pregnancy loss had significantly higher scores for PTSDS.

Conclusion: The study revealed that symptoms of posttraumatic stress disorder increased after pregnancy losses. It is of great importance to provide social and psychological support for the couples experiencing a pregnancy loss in terms of their wellbeing. Inability to implement support mechanisms effectively in cases of increased acute stress such as pregnancy loss can predispose to progression to posttraumatic stress disorder.

Key words: Acute Stress, pregnancy loss, miscarriage

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada gebelik kaybı yaşayan kadınların, akut stres bozukluğu durumunun değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod: Bu çalışmaya Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine Şubat-Temmuz 2013 tarihleri arasında başvuran gebeler alınmıştır. Başvuru sonrası gebelik kaybı (<21hafta) olan hastalar 'gebelik kaybı yaşayan grubu', gebeliği sağlıklı devam edenler ise 'kontrol grubunu' oluşturdu. Katılımcıların sosyodemografik verileri, gebelik ve hastalık öyküleri anket ile sorgulandı. Ayrıca hastalardan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeğini (TSSBÖ) yanıtlaması istendi. Anket formunu tam dolduran 170

hastanın 54'ü (%31) gebelik kaybı yaşayan gruptan, 116'sı (%69) ise kontrol grubundan çalışmaya dahil oldu. İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ olarak belirlendi.

Bulgular: Gebelik kaybı yaşayan hastaların yaş ortalaması 28.83 ± 7.30 , kontrol grubunda ki gebelerin ise 28.87 ± 5.87 olarak saptandı. Her iki grubun yaş ortalaması benzer idi ($p=0.968$). Katılımcıların TSSBÖ puanı 32.40 ± 10.24 (min=17, max=52) olarak saptandı. Gebelik kaybı yaşayan olguların TSSBÖ puanı ortalaması 35.83 ± 11.51 , kontrol grubunun ise 30.81 ± 9.21 olarak belirlendi. Gebelik kaybı yaşayan grubun TSSBÖ puanının, kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edildi ($p=0.006$).

Sonuç: Çalışmamızda gebelik kaybı sonrası akut stres bozukluğu semptomlarının arttığı belirlenmiştir. Gebelik kaybı yaşayan ailelere sosyal ve psikolojik destek vermek, ailenin iyilik hali için çok önemlidir. Gebelik kaybı gibi akut stresin arttığı durumlarda destek mekanizmalarının etkili uygulanamaması bireyin post-travmatik stres bozukluğuna geçmesine önayak olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Akut Stres, gebelik kaybı, düşük

GİRİŞ

Gebelik kadının yaşamında ruhsal, sosyal ve bedensel değişimlerin yaşandığı, bu değişimlere uyumu gerektiren önemli bir süreçtir¹. Gebelik haftasının 20. haftadan önce sonlanması ile terminasyonun tamamlanmaması düşük olarak tanımlanmakta ve gebelik kayıplarının en sık sebebi olarak ifade edilmektedir. Gebelik kaybı oranının 25-29 yaş aralığındaki kadınlarda %15-%27, 45 yaşındaki kadınlarda ise %75 oranında olduğu saptanmıştır². Tüm gebeliklerin %12-%20'sinin ilk 12 haftada sonlandığı belirlenmiştir³.

Spontan düşük sonrası kadınların %48-%51'inin psikiyatrik hastalık yaşadığı literatürde ifade edilmektedir⁴. Toplumda majör depresyon sıklığı %3-10 aralığında iken, gebelik kaybı yaşayanlarda bu oranın %10-%51 aralığında değiştiği yapılan çalışmalarda belirtilmiştir^{4,5}. Kadınların erken gebelik kaybı sonrasında %20-%40 oranında anksiyete bozukluğu yaşadığı⁵ ve %39'unda Post travmatik stres bozukluğu (PTSB) geliştiği tespit edilmiştir⁶.

Bu çalışmada kadınlarda gebelik kaybı sonrasında, akut stres bozukluğunun (ASB) değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL ve METOD

Bu çalışmaya Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine 01.02.2013-01.07.2014 tarihleri arasında başvuran gebeler alınmıştır. Başvuru sonrası gebelik kaybı

(<21hafta) olan hastalar 'gebelik kaybı yaşayan grup', gebeliği sağlıklı devam edenler ise 'kontrol grubunu' oluşturdu. Olgular çalışma öncesinde bilgilendirildi ve onam verenler çalışmaya dahil edildi. Katılımcılara araştırmacılar tarafından hazırlanan anket yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandı. Anketin birinci bölümü katılımcıların sosyodemografik verileri, ikinci bölümünde ise obstetrik öyküleri sorgulandı. Ayrıca hastalardan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeğini (TSSBÖ) yanıtlaması istendi. Anket formunu tam dolduran 170 hastanın 54'ü (%31.7) gebelik kaybı yapan gruptan, 116'sı (%68.3) ise kontrol grubundan çalışmaya dahil oldu. Gebelik kaybı yapan gruptaki bireyler, gebelik kaybı sonrasında 2-28. günleri arasında çalışmaya alındı.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeğini (TSSBÖ): 'Zorla gelen anımsamalar, fiziksel uyuşmuşluk, hipervijilans' gibi 17 TSSB semptomunu sorgulayan kendi bildirim ölçeğidir. Semptomlar şiddetine göre 1-5 aralığında skorlanmaktadır. Literatürde TSSBÖ'deki 50 puanlık skorun, ASB için kesme değer oluşturduğu belirtilmiştir^{7,8}.

İstatistiksel analiz SPSS 20.0 paket programı kullanılarak yapıldı. Verilerin analizinde ortalama, frekans ve standart sapma değeri belirlendi. İki grup arasındaki farklılığı ortaya koymak için parametrik değerler student t testi ile nonparametrik değerler Mann Whitney U testi ile değerlendirildi. İstatistiksel olarak $p < 0.05$ anlamlı kabul edildi.

Bu çalışma için Helsinki Bildirgesine (Seul, 2008) uygun olarak Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik kurulundan izin alındı.

BULGULAR

Katılımcıların yaş ortalaması 28.86 ± 6.34 (min=18, max=48) olarak belirlendi. Gebelik kaybı yapan hastaların yaş ortalaması 28.83 ± 7.30 , gebeliği devam eden olguların ise 28.87 ± 5.87 olarak saptandı. Her iki grubun yaş ortalaması benzer idi ($p=0.968$). 'Gebelik kaybı yapan grup' ile 'kontrol grubunun' ekonomik gelir seviyesi ($p=0.469$), mesleği ($p=0.129$), yerleşim yeri ($p=0.473$) ve eğitim seviyesi ($p=0.774$) benzer özellikler taşımaktaydı. Grupların sosyodemografik verileri tabloda sunuldu (Tablo 1).

Katılımcıların 13'ünde (%7.6) gestasyonel hipertansiyon, 6'sında (%3.5) gestasyonel diabetes mellitus, 151'inde (%88.8) ise herhangi bir hastalık olmadığı saptandı. Gebelik kaybı yapan gruptaki hastaların 8'inde (%14.8) gestasyonel hipertansiyon, 2'sinde (%3.7) gestasyonel diabetes mellitus, 44'ünde (%81.5) herhangi bir hastalık tanısı olmadığı belirlendi. Kontrol grubunun ise 5'inde (%4.3) gestasyonel hipertansiyon, 4'ünde (%3.4) gestasyonel diabetes mellitus, 107'sinde ise (%92.2) herhangi bir hastalık tanısı olmadığı tespit edildi. Her iki grubun hastalık öyküsünün benzer olduğu saptandı ($p=0.055$).

Gebelik kaybı yapan gruptaki olguların gebeliklerinin ortalama 9.13 ± 5.04 haftasında gebelik kaybı yaşadığı, kontrol grubunun ise gebelik haftası ortalamasının 9.19 ± 4.69 olduğu saptandı. Olguların evlilik yaşı ortalaması 20.52 ± 3.80 (min=14, max=36) olarak belirlendi. Evlilik yaş ortalaması gebelik kaybı yaşayan grupta 20.85 ± 4.00 , kontrol grubunda ise 20.37 ± 3.71 olarak tespit edildi. Her iki grubun evlilik yaş ortalaması benzerdi ($p=0.457$). Olguların toplam gebelik sayısı ortalaması 2.95 ± 1.93 olarak belirlendi. Gebelik kaybı yapan grubun toplam

gebelik sayısı ortalaması 3.55 ± 2.24 , kontrol grubunun ise 2.67 ± 1.70 olarak belirlendi. Gebelik kaybı yaşayan grubun toplam gebelik sayısı ortalaması, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde fazla idi ($p=0.005$).

Katılımcıların TSSBÖ puanı ortalaması 32.40 ± 10.24 (min=17, max=52) olarak saptandı. Gebelik kaybı yapan gruptaki olguların TSSBÖ puanı ortalaması 35.83 ± 11.51 , kontrol grubundaki olguların ise 30.81 ± 9.21 olarak belirlendi. Gebelik kaybı yaşayan grubun TSSBÖ puanının, kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edildi ($p=0.006$). Gebelik kaybı yaşayan 54 olgunun 46'sının (%85.2) ölçek kesme değerinin (<50) altında, 8'inin (%14.8) ölçek kesme değerinin (≥ 50) üzerinde puan aldığı saptandı. Kontrol grubunun ise tamamının ($n=116$) ölçek kesme değerinin altında puan aldığı belirlendi. Gebelik kaybı yaşayan olguların, kontrol grubundaki olgulara göre anlamlı düzeyde, kesme değerinin üzerinde puan aldığı tespit edildi ($p=0.000$).

Gebelik kaybı yapan gruptaki; TSSBÖ puanı kesme değeri üzerinde olan 8 hastanın tamamının, daha önce 3 veya daha fazla sayıda düşük ve ya ölü doğum yaptığı saptandı. Gebelik kaybı yapan gruptaki diğer olguların 11'i (%23.9) düşük veya ölü doğum öyküsü olmadığını, 11'i (%23.9) bir defa, 16'sı (%34.8) iki, 8'i (%17.4) üç veya daha fazla sayıda düşük veya ölü doğum öyküsü olduğunu belirtti. Önceden düşük veya ölü doğum hikayesi olması ile TSSBÖ kesme değeri üzeri puan alma arasında anlamlı ilişki mevcuttu ($p=0.000$).

Gebelik kaybı yapan gruptaki TSSBÖ kesme değeri üzerinde ve altında puan alan olguların; eğitim seviyesi ($p=0.696$), yerleşim yeri ($p=0.575$), ekonomik gelir seviyesi ($p=0.266$), hastalık öyküsü (0.134), meslek özellikleri ($p=0.391$) benzer olarak saptandı. Gebelik kaybı yapan grupta ki olguların TSSBÖ kesme değerlerine göre karşılaştırılması tabloda sunuldu (Tablo 2).

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik verileri

Veriler	Değişkenler	Toplam n(%)	Gebelik kaybı yaşayan grup n(%)	Kontrol Grubu n(%)	p
Aylık ekonomik gelir miktarı	<1000 TL	108(63.5)	38(70.4)	70(60.3)	0.469
	1000-2000 TL	29(17.1)	6(11.1)	23(19.8)	
	2001-3000 TL	11(6.5)	4(7.4)	7(6.0)	
	>3000 TL	22(12.9)	6(11.1)	16(13.8)	
Meslek	Ev hanımı	132(77.6)	45(83.3)	87(75.0)	0.129
	Memur	26 (15.3)	4(7.4)	22(19.0)	
	İşsiz	12 (7.1)	5(9.3)	7(6.0)	
Yerleşim yeri	Kentsel	155(91.2)	48(88.9)	107(92.2)	0.473
	Kırsal	15(8.8)	6(11.1)	9(7.8)	
Eğitim seviyesi	Ortaokul ve altı	119(70.0)	37(68.5)	82(70.7)	0.774
	Lise ve üzeri	51(30.0)	17(31.5)	34(29.3)	

Tablo 2. Gebelik kaybı yapan grupta ki olguların TSSBÖ puanı kesme değerine göre sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

		TSSBÖ (<50 puan) n(%)	TSSBÖ (≥50 puan) n(%)	p
Aylık ekonomik gelir miktarı	<1000 TL	30(65.2)	8(100)	(p=0.266).
	1000-2000 TL	6(13.0)		
	2001-3000 TL	4(8.7)		
	>3000 TL	6(13.0)		
Meslek	Ev hanımı	37(80.4)	8(100)	(p=0.391)
	Memur	4(8.7)		
	İşsiz	5(10.9)		
Yerleşim yeri	Kentsel	40(87.0)	8(100)	p=0.575
	Kırsal	6(13.0)		
Eğitim seviyesi	Ortaokul ve altı		5(62.5)	(p=0.696).
	Lise ve üzeri	14(30.4)	3(37.5)	

TARTIŞMA

Çalışmamızda katılımcıların TSSBÖ'den aldıkları skorlara göre ASB tanısı aldıkları varsayılmıştır. Blanchard ve arkadaşların yaptıkları çalışmada da katılımcıların TSSBÖ'den aldıkları 50 puan ve üzeri, ASB için kesme noktası olarak kabul edilmiştir⁷. Önceki çalışmalarda ASB olan olguların %57-83'ünde sonraki dönemde TSSB geliştiği, ASB'nin TSSB için bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir^{9,10}. Çalışmamızda gebelik kaybı yaşayan kadınların TSSB puan ortalaması sağlıklı kontrollere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ayrıca çalışmamızda gebelik kaybindan 2-28 gün sonra kadınların %14'ünün ASB kriterlerini karşıladığı saptanmıştır. Engelhard ve arkadaşlarının yaptıkları benzer bir çalışmada 1370 kadın, gebelik kaybindan sonra değerlendirilmiş, 1 ay sonra TSSB kriterlerini karşılama oranı % 25 olduğu ve 4 ay sonra TSSB oranının %4 düzeyinde olduğunu bildirmişlerdir. Ancak TSSB oranındaki düşmeyi çalışmayı tamamlayamayan hastaların olmasına bağlamışlar ve TSSB oranının %4-10 arasında olması gerektiğini belirtmişlerdir¹¹. Bu çalışmalardan farklı olarak Bowles ve arkadaşlarının çalışmasında ise gebelik kaybindan bir hafta sonra ASB oranının %10, bir ay sonra TSSB oranının %1 olduğunu belirlemiştir⁶. Walker ve Davidson'un çalışmasında kadınların erken gebelik kaybı sonrasında 3.haftada %15'inin ASB kriterlerini karşıladığı saptanmıştır¹². Çalışmamız yapılan çalışmalar ile benzer sonuçlar içermektedir. Gebelik kaybı yaşayanlara psikolojik ve sosyal destek mekanizmalarının hayata geçirilmesi bu bireylerin sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır.

Çalışmamızda her iki gruptaki katılımcıların yaş, eğitim seviyesi, yerleşim yeri ve sosyoekonomik durumları benzerdi. Hasta grubunda yaş, eğitim seviyesi, yerleşim yeri ve sosyoekonomik durumlara göre TSSBÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Literatür gözden geçirildiğinde bir çok çalışmada yaş, medeni durum, sosyal sınıf ile

gebelik kaybı sonrasındaki psikiyatrik morbidite arasında ilişkinin olmadığı gösterilmiştir¹³⁻¹⁹. Çalışmamız yapılan çalışmalar ile uyumludur.

Çalışmamızda ASB kriterlerini karşılayan ve TSSB ölçeğinden kesme değeri üzerinde alan 8 hastanın daha önce 3 veya daha fazla sayıda düşük yaptığı belirlendi. Katılımcıların önceden düşük veya ölü doğum hikayesi ile TSSBÖ ölçeğinden aldıkları puan ortalaması arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Finlandiya'da ülke çapında yapılan; kesitsel ve toplum temelli iki çalışmadan elde edilen verileri inceleyen Toffol ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, gebelik kaybının sayısı ile psikiyatrik bozukluklarının riskinde artış meydana geldiğini belirlemişlerdir. Ayrıca gebelik kaybı öyküsünün bulunması özellikle de genç kadınların duygudurum ve psikolojik iyilik hali üzerine olumsuz etkisinin olduğu gösterilmiş. Ek olarak gebelik kaybı öyküsü olan kadınlarda depresif semptomların ve depresif bozukluğun daha yaygın görüldüğünü bildirmişlerdir²⁰. Bu durum göz önünde bulundurulursa gebelik kaybı sonrası ve yeni gebelikleri boyunca bu kadınların psikiyatrik yardım almaları, hem kendi hem de bebek sağlığı için önemlidir.

Çalışmamızda ortalama gebelik kaybının 9.13±5.04 haftada gerçekleştiği bulunmuştur ve sağlıklı kontrollere göre TSSB puan ortalamasının anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Perinatal kayıp ile ilişkili bir çok çalışmada annenin fetusa bağlanmasının, gebeliğin süresiyle ilişkili olduğunu öne sürülmektedir, bunun bir sonucu olarak gebeliğin süresi arttıkça gebelik kaybı sonrasında daha fazla üzüntü yaşama arasında korelasyon olduğu gösterilmiştir²¹⁻²⁵. Buna rağmen gebelik kaybıyla ilgili çalışmalarda çelişkili sonuçlar mevcuttur. Bazı çalışmalarda gestasyonel yaş ile daha yoğun ve daha uzun depresif somptomlar arasında pozitif bir ilişki olduğu gösterilmektedir^{26,18}, bazı çalışmalarda ise erken dönem gebelik kayıplarında (<16 hafta) daha fazla depresyonun görüldüğünü bildirmektedir²⁷. Diğer

taftan gebelik süresiyle gebelik kaybı sonrası psikiyatrik morbidite arasında ilişki bulunamamıştır^{19,28,29}.

Bu çalışmanın birçok kısıtlılığı mevcuttur. İlk olarak, sonuçlar küçük örneklem sayısından ve öz bildirim ölçeklerinden elde edilmiş olmasıdır. İkinci olarak, Türkiye'de ASB'yi değerlendiren ölçeğinin olmamasından dolayı TSSB ölçeği kullanılmıştır. Üçüncü olarak çalışmada sadece akut stres belirtileri incelenmesi ve diğer sık görülen psikopatolojilerin incelenmemiş olmasıdır. Ayrıca çalışma sadece bir üçüncü basamak sağlık kuruluşuna başvuran hastalarla yürütülmüş olmasından dolayı toplumu yeterince yansıtmamaktadır.

SONUÇ

Çalışmamızda gebelik kaybı sonrası akut stres bozukluğu semptomlarının arttığı belirlenmiştir. Gebelik kaybı yaşayan ailelere; sosyal ve psikolojik destek vermek, ailenin iyilik hali için çok önemlidir. Gebelik kaybı gibi akut stresin arttığı durumlarda destek mekanizmalarının etkili uygulanamaması bireyin post-travmatik stres bozukluğuna geçmesine önayak olacaktır.

*****Bu çalışma 13. Ulusal Aile Hekimliği Kongresinde (23-27 Nisan.2013, Antalya) poster bildiri olarak sunulmuştur.**

KAYNAKLAR

1. Ayvaz S, Hocoğlu Ç, Tiryaki A Ak İ. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. Türk Psikiyatri Dergisi. 2006;17:243-51.
2. Robinson GE. Dilemmas related to pregnancy loss. J Nerv Ment Dis, 2011;199:571-4.
3. Scotchie JG, Fritz MA. Early pregnancy loss. Postgraduate Obstetrics and Gynecology. 2006;26:1-7.
4. Athey J, Spielvogel AM. Risk factors and interventions for psychological sequelae in women after miscarriage. Prim Care Update Ob Gyns. 2000;7:64-9.
5. Lok IH, Neugebauer R. Psychological morbidity following miscarriage. Best Pract Res Clin Obstet Gynecol. 2007;21:229-47.
6. Bowles SV, James LC, Solursh DS, Yancey MK, Epperly TD, Folen RA. Acute and post-traumatic stress disorder after spontaneous abortion. Am Fam Physician. 2000;15;61:1689-96.
7. Blanchard EB, Jones-Alexander J, Buckley TC, Forneris CA. Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL). Behaviour Research and Therapy 1996;34:669-73.
8. Turan MT, Eşel E, Keleş S. Motorlu araç kazası geçiren kişilerde akut stres bozukluğu semptomlarının değerlendirilmesi. Klinik Psikiyatri. 2003;6:12-17.
9. Brewin CR, Andrews B, Rose S ve Kirk M. Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in victims of violent crime. Am J Psychiatry. 1999;156:360-6.
10. Bryant RA, Moulds ML, Guthrie RM. Acute stress disorder scale: A self report measure of acute stress disorder. Psychol Assess. 2000;12:61-8.
11. Engelhard IM, van den Hout MA, Arntz A. Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. Gen Hosp Psychiatry. 2001;23:62-6.
12. Walker TM, Davidson KM. A preliminary investigation of psychological distress following surgical management of early pregnancy loss detected at initial ultrasound scanning: A trauma perspective. Journal of Reproductive and Infant Psychology. 2001;19:7-16.
13. Friedman T, Gath D. The psychiatric consequences of spontaneous abortion. Br J Psychiatry. 1989;155:810-3.
14. Beutel M, Deckardt R, von Rad M, Weiner H. Grief and depression after miscarriage: their separation, antecedents and course. Psychosom Med. 1995;57:517-26.
15. Prettyman RJ, Cordle CJ, Cook GD. A three-month follow-up of psychological morbidity after early miscarriage. Br J Med Psychol. 1993;66:363-72.
16. Thapar AK, Thapar A. Psychological sequelae of miscarriage: a controlled study using the general

- health questionnaire and the hospital anxiety and depression scale. *Br J Gen Pract.* 1992;42:94-6.
17. Garel M, Blondel B, Lelong N, Papin C, Bonenfant S, Kaminski M. Reactions depressive apresune fausse-couche. *Contracept Fertil Sex.* 1992;20:75-81.
 18. Neugebauer R, Kline J, O'Connor P, Shrout P, Johnson J, Skodol A, et al. Determinants of depressive symptoms in the early weeks after miscarriage. *Am J Public Health.* 1992;82:1332-9.
 19. Lee DT, Wong CK, Cheung LP, Leung HC, Haines CJ, Chung TK. Psychiatric morbidity following miscarriage: A prevalence study of Chinese women in Hong Kong. *J Affect Disord.* 1997;43:63-8.
 20. Toffol E, Koponen P, Partonen T. Miscarriage and mental health: results of two population-based studies. *Psychiatry Res.* 2013;205:51-8.
 21. Condon JT. The parental-foetal relationship-a comparison of male and female expectant parents. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 1985;4:271-84.
 22. Kirkley-Best E. Grief in response to prenatal loss: an argument for the earliest maternal attachment. *Diss Abstr Int.* 1981;42:2560.
 23. LaRoche C, Lalinec-Michaud M, Engelsmann F, Fuller N, Copp M, McQuade-Soldatos L et al. Grief reactions to perinatal death: an exploratory study. *Psychosomatics.* 1982;23:510-8.
 24. Theut SK, Pedersen FA, Zaslow MJ, Cain RL, Rabinovich BA, Morihisa JM. Perinatal loss and parental bereavement. *Am J Psychiatry.* 1989;146:635-9.
 25. Toedter LJ, Lasker JN, Alhadeff JM. The Perinatal Grief Scale: Development and initial validation. *Am J Orthopsychiatry.* 1988;58:435-49.
 26. Janssen HJEM, Cuisinier CJM, Hoogduin KAL, de Graauw KPHM. Controlled prospective study on the mental health of women following pregnancy loss. *Am J Psychiatry.* 1996;153:226-30.
 27. Thapar AK, Thapar A. Psychological sequelae of miscarriage: a controlled study using the general health questionnaire and the hospital anxiety and depression scale. *Br J Gen Pract.* 1992;42:94-6.
 28. Neugebauer R, Kline J, Shrout P, Skodol A, O'Connor P, Geller PA et al. Major depressive disorder in the 6 months after miscarriage. *JAMA.* 1997;277:383-8.
 29. Klier CM, Geller PA, Neugebauer R. Minor depressive disorder in the context of miscarriage. *J Affect Disord.* 2000;59:13-21.

Yazışma Adresi / Address for Correspondence:

Dr. Hamit Sırrı Ketten
Onikişubat Toplum Sağlığı Merkezi
KAHRAMANMARAŞ

Geliş tarihi/Received on : 12.09.2014

Kabul tarihi/Accepted on: 03.11.2014