

Doğum Sonrası Depresyon ve Perinatal Dönemde Duygudurum Bozuklukları

Yeter Çuvadar Baş¹

Rukiye Karabacak²

Özet

Perinatal dönemde görülen duygudurum bozuklukları, özellikle doğum sonrası depresyon (PPD) ve bipolar bozukluk, kadın sağlığını önemli ölçüde etkileyen ve anne-bebek sonuçları üzerinde belirleyici rol oynayan klinik durumlardır. PPD, doğumun en sık komplikasyonlarından biri olup işlev kaybına yol açabilmekte ancak uygun tedavi ile yönetilebilmektedir. En güçlü risk faktörü, özellikle gebelik sırasında aktif belirtilerin varlığı olmak üzere, daha önce geçirilmiş duygudurum ya da anksiyete bozukluğu öyküsüdür. Perinatal duygudurum bozuklukları; obstetrik ve neonatal komplikasyonlar, anne-bebek bağlanması bozulma, ebeveynlik işlevlerinde yetersizlik ve ağır olgularda intihar riski ile ilişkilidir.

Majör depresif bozukluk kadınlarda erkeklere göre yaklaşık iki kat daha sık görülmekte ve en yüksek risk doğurganlık döneminde ortaya çıkmaktadır. Bipolar bozukluk ise perinatal dönemde relaps açısından yüksek risk taşımakta; özellikle ilaç tedavisinin kesilmesi nüks oranlarını belirgin şekilde artırmaktadır. Gebelikte tedavi planlaması, teratojenite riski ile hastalığın yineleme olasılığı arasında dikkatli bir denge gerektirir. Unipolar depresyon ile bipolar bozukluğun doğru ayırt edilmesi, uygun farmakolojik ve psikososyal müdahalelerin seçilmesi açısından kritik öneme sahiptir.

Erken tanı, düzenli tarama, bireyselleştirilmiş tedavi planı ve multidisipliner iş birliği, perinatal ruh sağlığının korunmasında temel unsurlardır. Bu yaklaşım hem maternal morbiditenin azaltılmasına hem de uzun vadede anne, bebek ve aile sağlığının güçlendirilmesine katkı sağlayacaktır.

1 Öğr. Gör., Gedik Üniversitesi, yeter.cuvadar@gedik.edu.tr, 0000-0001-9020-1655

2 Yl. Öğr., Karabük Üniversitesi, y.agm.ur87@hotmail.com, 0009-0005-9503-3650

1. Giriş

Doğum sonrası depresyon (Postpartum Depression, PPD), doğum sonrasında ortaya çıkan, yaygın görülen, işlev kaybına neden olabilen ve uygun müdahaleler ile tedavi edilebilen önemli bir ruhsal bozukluktur. En güçlü risk faktörleri arasında özellikle gebelik döneminde aktif belirtilerin bulunmasıyla ilişkili olmak üzere, daha önce geçirilmiş duygudurum veya anksiyete bozukluğu öyküsü yer almaktadır. PPD, doğumun en sık görülen komplikasyonlarından biri olarak kabul edilmekte ve anne, bebek ile aile sağlığı üzerinde kısa ve uzun vadeli önemli sonuçlar doğurmaktadır. Bu nedenle etkili ve güvenli tedavi yaklaşımlarının belirlenmesi, optimal maternal ve neonatal sonuçların sağlanması açısından büyük önem taşımaktadır. PPD'nin patofizyolojisine ilişkin bilgi birikiminin artması ve gelişmekte olan tedavi seçenekleri; mevcut farmakolojik tedavilere, somatik girişimlere ve kanıta dayalı psikoterapilere ek olarak yenilikçi yaklaşımların geliştirilmesine katkı sağlamaktadır. Ancak tedavi planlanırken, özellikle emzirme dönemindeki güvenlilik boyutu göz önünde bulundurularak yarar-risk değerlendirmesinin dikkatli biçimde yapılması gerekmektedir (Stewart & Vigod, 2019).

Duygudurum bozuklukları yaşam boyu kadınları orantısız biçimde etkileyen ruhsal sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Gebelik ve doğum sonrası dönemde görülen duygudurum bozuklukları ise hem yaygınlıkları hem de anne ve bebek sağlığı üzerindeki etkileri nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir. Bu bozukluklar; obstetrik komplikasyonlar, erken doğum, düşük doğum ağırlığı, neonatal adaptasyon sorunları, anne-bebek bağlanmasında bozulma ve ebeveynlik işlevlerinde yetersizlik gibi birçok olumsuz sonuç ile ilişkilendirilmektedir. Daha ağır klinik tablolarda maternal intihar ve nadiren infantisid gibi ciddi sonuçlar da görülebilmektedir. Bu nedenle perinatal dönemde ruh sağlığının değerlendirilmesi, yalnızca annenin değil bebeğin ve ailenin bütüncül iyilik halinin korunması açısından da kritik öneme sahiptir (Yonkers vd., 2011).

Doğum sonrası depresyonun görülme sıklığı toplumlara, kullanılan değerlendirme araçlarına ve kültürel özelliklere göre değişmekle birlikte, dünya genelinde kadınların yaklaşık %10–20'sini etkilediği bildirilmektedir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde bu oranların daha yüksek olduğu ve sosyal destek yetersizliği, ekonomik güçlükler, aile içi çatışmalar ve sağlık hizmetlerine erişim sorunları gibi etkenlerin riski artırdığı belirtilmektedir. Özellikle plansız gebelik, travmatik doğum deneyimi, düşük sosyal destek, ev içi şiddet öyküsü ve yenidoğan bakımına ilişkin yoğun stres gibi durumlar postpartum depresyon gelişiminde önemli risk faktörleri arasında yer almaktadır (Stewart & Vigod, 2019).

Amerika Birleşik Devletleri'nde yetişkin kadın nüfusunun yaklaşık %20'sinin yaşamlarının herhangi bir döneminde majör depresif bozukluk atağı geçirdiği bildirilmektedir (Kessler vd., 2003; Hasin vd., 2005). Kadınlarda majör depresif bozukluk gelişme olasılığı erkeklere göre yaklaşık iki kat daha yüksektir ve en riskli dönem doğurganlık yıllarıdır (Yonkers vd., 2011). Kadınların yaklaşık %1'inde manik belirtilerle seyreden bipolar bozukluk görülmekte olup bu tablo, perinatal dönemde ortaya çıkan en ağır duygudurum bozuklukları arasında değerlendirilmektedir. Özellikle doğum sonrası erken dönem, bipolar bozuklukta relaps açısından yüksek risk taşımaktadır (Yonkers vd., 2011).

Perinatal dönemde meydana gelen hormonal değişimler, özellikle östrojen ve progesteron düzeylerindeki hızlı düşüşler, nöroendokrin sistem üzerinde etkili olmakta ve bazı kadınlarda depresif belirtilerin ortaya çıkmasını kolaylaştırabilmektedir. Bunun yanı sıra uyku düzensizlikleri, doğum sonrası fiziksel yorgunluk, annelik rolüne uyum süreci ve bakım sorumluluğunun artması da ruhsal kırılganlığı artıran etkenler arasında yer almaktadır. Özellikle sosyal destek eksikliği yaşayan kadınlarda bu süreç daha ağır seyredebilmekte ve depresif belirtilerin kronikleşme riskini artırabilmektedir.

Duygudurum bozuklukları yalnızca psikolojik iyi oluşu değil, kadının sosyal ve mesleki rollerini yerine getirme kapasitesini de olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Anne rolünün benimsenmesi, emzirme süreci, bebekle duygusal bağ kurulması ve aile içi ilişkilerin düzenlenmesi gibi yaşamsal alanlar bu bozukluklardan etkilenebilmektedir. Ayrıca diyabet, kardiyovasküler hastalıklar ve astım gibi kronik tıbbi hastalıklarla birlikte görüldüğünde, duygudurum bozukluklarının genel sağlık sonuçlarını kötüleştirdiğine dair güçlü kanıtlar bulunmaktadır (Gelenberg vd., 2010). Bu durum, perinatal ruh sağlığının multidisipliner bir yaklaşımla ele alınması gerektiğini göstermektedir.

Kadın doğum uzmanları, ebeler ve perinatal bakım sunan diğer sağlık profesyonelleri çoğu zaman genç kadınların sağlık sistemiyle ilk ve bazen tek temas noktasıdır. Bu nedenle perinatal dönemde görülen depresif hastalıkların klinik belirtilerine, ayırıcı tanısına ve tedavi yaklaşımlarına ilişkin yeterli bilgiye sahip olmaları büyük önem taşımaktadır. Özellikle unipolar majör depresif bozukluk ile bipolar bozukluğun doğru şekilde ayırt edilmesi kritik önemdedir. Yanlış tanı konulması ve özellikle bipolar bozukluğu olan kadınlarda yalnızca antidepresan tedavi başlanması, manik alevlenmeye yol açabilmektedir (Yonkers vd., 2011). Bu nedenle ayrıntılı psikiyatrik öykü alınması ve gerektiğinde psikiyatri konsültasyonu sağlanması önemlidir.

DSM-IV'e göre majör depresif bozukluk tek epizodlu ya da tekrarlayan biçimde görülebilmekte; belirtilerin sayısı ve şiddetine göre hafif, orta veya ağır olarak sınıflandırılmaktadır. Gebe olmayan kadınlarda her şiddet düzeyindeki

majör depresyon için antidepresan tedavi birinci basamak yaklaşım olarak önerilirken, hafif ve orta şiddetteki epizodlarda psikoterapi ilk seçenek olarak değerlendirilmektedir (Yonkers vd., 2011). Bilişsel davranışçı terapi, kişilerarası terapi ve destekleyici psikoterapi gibi kanıta dayalı psikoterapilerin postpartum depresyonda etkili olduğu bildirilmektedir. Önceki depresif epizod sayısı arttıkça yineleme riski de belirgin biçimde yükselmektedir. Bir depresif epizod geçiren kadınların yaklaşık yarısı ikinci bir epizod yaşarken, iki epizod öyküsü olanlarda bu risk yaklaşık %80'e ulaşmaktadır (Rush vd., 1993). Üç veya daha fazla epizod öyküsü bulunan kadınlarda ise idame ve hatta yaşam boyu antidepresan tedavi düşünülmesi önerilmektedir (Yonkers vd., 2011).

Son yıllarda postpartum depresyonun önlenmesi ve yönetiminde yalnızca farmakolojik yaklaşımların değil; psikososyal destek programları, ebe temelli danışmanlık hizmetleri, mindfulness uygulamaları, destek grupları ve tamamlayıcı yaklaşımların da önem kazandığı görülmektedir. Özellikle anne-bebek bağlanmasını güçlendiren, annelik rolüne uyumu destekleyen ve sosyal destek mekanizmalarını artıran girişimlerin postpartum ruh sağlığını olumlu etkilediği bildirilmektedir. Bu nedenle postpartum depresyonun erken dönemde tanınması, riskli kadınların belirlenmesi ve bireyselleştirilmiş bakım planlarının oluşturulması maternal ve neonatal sağlığın korunmasında temel yaklaşımlar arasında yer almaktadır (Yonkers vd., 2011).

2. Perinatal Dönemde Bipolar Bozukluk ve Relaps Riski

Gebelik ve postpartum dönemde bipolar bozukluğun görülme sıklığına ilişkin veriler, çeşitli metodolojik güçlükler nedeniyle karmaşık bir yapı göstermektedir. Bipolar bozukluğun genel toplumdaki prevalansının görece düşük olması (%0,5–1), güvenilir epidemiyolojik değerlendirmeler için geniş örneklem gruplarına gereksinim duyulmasına neden olmaktadır. Ayrıca puerperal dönemde ortaya çıkan postpartum psikoz olgularının tümü bipolar bozukluk ile ilişkili olmamakla birlikte, bipolar bozukluk postpartum psikozun en önemli nedenlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Bunun yanında doğum sonrası dönemde görülen bipolar depresyon tabloları sıklıkla unipolar depresyon şeklinde yanlış tanılanabilmekte ve bu durum uygun tedaviye ulaşmayı geciktirebilmektedir (Viguera vd., 2002).

Bipolar bozuklukta relaps riski özellikle ilaç tedavisinin kesilmesi ile güçlü biçimde ilişkilidir. Teratojenite kaygıları nedeniyle birçok kadın gebelik döneminde farmakolojik tedavisini bırakmayı tercih etmekte; bu durum ise hastalık belirtilerinin yeniden ortaya çıkma riskini önemli ölçüde artırmaktadır (Viguera vd., 2002). Özellikle duygu durum düzenleyicilerinin aniden kesilmesi hem gebelik hem de postpartum dönemde manik, depresif veya karma özellikli epizodların gelişmesine zemin hazırlayabilmektedir.

İsveç'te gerçekleştirilen geniş ölçekli bir kayıt çalışmasında, doğumdan sonraki ilk üç ay içerisinde bipolar epizod nedeniyle hastaneye yatış insidansı %0,03 olarak bildirilmiştir (Harlow vd., 2007). Ancak bu veriler yalnızca hastaneye yatışı gerektiren ağır klinik tabloları kapsadığından, gerçek relaps sıklığının olduğundan daha düşük yansıtılmış olabileceği düşünülmektedir. Literatürde bipolar bozukluğu olan gebelerin yaklaşık %25–30'unun gebelik veya postpartum dönemde manik ya da depresif epizod yaşadığı bildirilmektedir (Akdeniz vd., 2003).

Gebeliğin bipolar bozukluk açısından koruyucu bir dönem olmadığı vurgulanmaktadır. Özellikle ilaç tedavisinin kesilmesinden sonra relaps oranlarının %80–100'e kadar ulaşabildiği ve bu riskin tedaviyi sürdüren kadınlara göre iki ila üç kat daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Newport vd., 2008). Relapsların çoğunlukla depresif ya da karma özellikli epizodlar biçiminde ortaya çıktığı bildirilmektedir (Yonkers vd., 2011). Bu durum postpartum depresyon ile bipolar depresyonun klinik olarak birbirine benzeyebilmesi nedeniyle ayırıcı tanının önemini artırmaktadır. Perinatal dönemde bipolar bozukluğun yanlış tanılanması veya yeterince değerlendirilememesi hem anne hem de bebek açısından ciddi sonuçlara yol açabilmektedir. Özellikle bipolar bozukluğu olan kadınlarda yalnızca antidepresan tedavi başlanması, manik atakları tetikleyebilmekte ve klinik tablonun ağırlaşmasına neden olabilmektedir. Bu nedenle depresif belirtilerle başvuran postpartum kadınlarda ayrıntılı psikiyatrik öykü alınması, önceki hipomani/mani epizodlarının sorgulanması ve aile öyküsünün değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır (Yonkers vd., 2011).

Ayrıca postpartum dönemde görülen uyku yoksunluğu, hormonal dalgalanmalar, yoğun bakım sorumluluğu ve psikososyal stresörler, bipolar bozukluğu olan kadınlarda relaps riskini artıran önemli tetikleyiciler arasında yer almaktadır. Özellikle doğum sonrası ilk haftalar, hastalığın yeniden alevlenmesi açısından en riskli dönem olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle bipolar bozukluk öyküsü bulunan kadınların gebelik öncesinden başlayarak multidisipliner bir ekip tarafından izlenmesi, farmakolojik tedavinin risk-yarar dengesi gözetilerek planlanması ve postpartum dönemde yakın ruhsal izlemin sürdürülmesi önerilmektedir (Yonkers vd., 2011).

3. Gebelik ve Postpartum Dönemde Bipolar Bozukluğun Tedavisi

Bipolar bozukluğun standart tedavisinde lityum, karbamazepin, valproik asit ve lamotrijin gibi duyudurum dengeleyiciler ile antipsikotik ilaçlar kullanılmaktadır. Tipik antipsikotikler bipolar bozukluk tedavisinde Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) onayına sahip olmamakla birlikte,

klirik etkinliklerinin desteklendiği bildirilmektedir. Atipik antipsikotiklerin ise bir kısmı bipolar bozukluk tedavisinde FDA onayı almıştır. Psikoterapi uygulamaları bipolar bozukluk tedavisinde tek başına yeterli kabul edilmemekle birlikte, farmakolojik tedaviye destekleyici önemli yaklaşımlar arasında yer almaktadır (Yonkers vd., 2011).

Gebelik döneminde bipolar bozukluğun tedavisi planlanırken, kullanılan ilaçların teratojenite riski dikkatle değeriendirilmelidir. Özellikle organogenez döneminde maruziyetin fetal gelişim üzerindeki etkileri göz önünde bulundurulmalı ve tedavi kararları anne-fetüs yarar-risk dengesi çerçevesinde bireyselleştirilmelidir (Meador vd., 2006). Lityum kullanımının konjenital kardiyak anomaliler açısından hafif düzeyde risk artışı ile ilişkili olduğu bildirilmekle birlikte, bu riskin geçmiş yıllardaki erken bildirimlere kıyasla daha düşük olduğu belirtilmektedir (Einarson & Boskovic, 2009; Yonkers vd., 2011). Bununla birlikte, bipolar bozukluğu olan kadınlarda tedavinin tamamen kesilmesi ciddi relaps riskine yol açabilmektedir. Özellikle nöral tüp kapanması sonrasında tedavinin sonlandırılmasının fetüs açısından sınırlı yarar sağlayabileceği; buna karşın anne açısından yüksek relaps riski oluşturabileceği vurgulanmaktadır (Yonkers vd., 2011).

Gebelikte duygu durum dengeleyicilerinin sürdürülmesinin relaps riskini azalttığı bildirilmektedir. Ancak kullanılan ilacın türü, dozajı ve annenin klinik durumu dikkatle değeriendirilmelidir. Özellikle valproik asidin nöral tüp defektleri başta olmak üzere ciddi konjenital anomalilerle ilişkili olması nedeniyle gebelikte kullanımına mümkün olduğuunca sınırlı yaklaşılmaları önerilmektedir. Ayrıca stabil seyreden kadınlarda valproatin postpartum profilaktik yararının yeterince gösterilemediği bildirilmektedir (Yonkers vd., 2011). Lamotrijin ise bazı çalışmalarda daha düşük teratojenite riski ile ilişkilendirilmiş olsa da gebelik boyunca serum düzeylerindeki değışkenlik nedeniyle yakın takip gerektirmektedir.

Lityum tedavisi sürdürülen gebelerde serum lityum düzeylerinin düzenli aralıklarla izlenmesi önemlidir. Gebelik sürecinde artan renal klirens nedeniyle doz ayarlamaları gerekebilmekte; postpartum dönemde ise renal fonksiyonların hızla normale dönmesi toksisite riskini artırabilmektedir. Bu nedenle doğum sonrasında doz azaltımı ve yakın serum düzeyi izlemi önerilmektedir (Yonkers vd., 2011). Ayrıca lityum kullanan gebelerde fetal kardiyak değeriendirmelerin yapılması önerilmektedir.

Psikotik belirtilerin eşlik ettiği ağır bipolar tabloların yönetiminde antipsikotik ilaçlar ön planda yer almaktadır. Özellikle ajitasyon, mani, ağır insomnia veya psikotik belirtilerin varlığında antipsikotik tedavi gerekli olabilmektedir. İntihar riski taşıyan hastalar ise acil psikiyatrik değeriendirme

ve yakın izlem gerektirmektedir. Bipolar bozukluk öyküsü bulunan kadınlarda yalnızca antidepresan tedavi başlanması manik kaymaları tetikleyebileceğinden önerilmemektedir. Antidepresan kullanımı gerekli olduğunda, tedavinin mutlaka bir duygudurum dengeleyici ile birlikte planlanması gerektiği vurgulanmaktadır (Yonkers vd., 2011).

Şiddetli bipolar depresyon, katatoni, intihar riski veya tedaviye dirençli olgularda elektrokonvulsif tedavi (EKT), gebelik ve postpartum dönemde güvenli ve etkili bir seçenek olarak değerlendirilmektedir. Özellikle hızlı klinik yanıt gerektiren durumlarda EKT'nin maternal ve fetal açıdan kabul edilebilir güvenlik profiliyle sahip olduğu bildirilmektedir (Yonkers vd., 2011).

Gebelik ve postpartum dönemde bipolar bozukluğun yönetimi multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir. Kadın doğum uzmanları, psikiyatristler, ebeler ve diğer sağlık profesyonellerinin iş birliği içerisinde çalışması; anne ve fetus sağlığının korunması, relapsların önlenmesi ve güvenli tedavi planlarının oluşturulması açısından büyük önem taşımaktadır. Özellikle postpartum dönemin yüksek relaps riski taşıması nedeniyle, doğum sonrası yakın ruhsal izlem ve psikososyal destek sağlanması önerilmektedir (Yonkers vd., 2011).

4. Perinatal Dönemde Risk Faktörleri

Perinatal dönemde görülen duygudurum bozuklukları, biyolojik, psikolojik ve sosyal birçok etkenin bir araya gelmesi sonucunda ortaya çıkabilmektedir. Özellikle gebelik ve doğum sonrası süreçte yaşanan hormonal değişimler, annelik rolüne uyum, bakım sorumluluğunun artması ve yaşam düzenindeki değişiklikler kadınların ruhsal açıdan daha kırılgan hale gelmesine neden olabilmektedir. Bu nedenle postpartum depresyon ve bipolar bozukluk gibi perinatal ruh sağlığı sorunlarının gelişiminde rol oynayan risk faktörlerinin erken dönemde belirlenmesi büyük önem taşımaktadır (Stewart & Vigod, 2019).

Perinatal dönemde en güçlü risk faktörlerinden biri, daha önce geçirilmiş depresyon, bipolar bozukluk veya anksiyete bozukluğu öyküsünün bulunmasıdır. Özellikle gebelik sırasında aktif depresif belirtilerin varlığı, postpartum depresyon gelişme riskini belirgin şekilde artırmaktadır. Daha önce postpartum depresyon yaşamış kadınlarda sonraki gebeliklerde yinleme olasılığı da oldukça yüksektir (Yonkers vd., 2011). Bipolar bozukluğu olan kadınlarda ise gebelik ve postpartum dönem, relaps açısından yüksek riskli dönemler olarak değerlendirilmektedir. Özellikle ilaç tedavisinin kesilmesi veya düzensiz kullanılması durumunda manik, depresif ya da karma özellikli epizodların ortaya çıkma olasılığı artmaktadır (Newport vd., 2008).

Hormonal değişiklikler de perinatal ruh sağlığını etkileyen önemli biyolojik faktörler arasında yer almaktadır. Gebelik boyunca yükselen östrojen ve progesteron düzeylerinin doğum sonrasında hızlı şekilde düşmesi, nöroendokrin sistem üzerinde etkili olmakta ve bazı kadınlarda depresif belirtilerin ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilmektedir. Bunun yanında uyku yoksunluğu, postpartum yorgunluk, fiziksel iyileşme süreci ve emzirme ile ilişkili stres faktörleri de ruhsal kırılganlığı artırabilmektedir (Stewart & Vigod, 2019). Özellikle postpartum dönemde kesintili uyku düzeni, bipolar bozukluğu olan kadınlarda manik epizodları tetikleyebilen önemli bir faktör olarak değerlendirilmektedir.

Psikososyal etkenler de perinatal dönemde ruh sağlığı üzerinde belirleyici rol oynamaktadır. Düşük sosyal destek, aile içi çatışmalar, eş desteğinin yetersizliği, ekonomik güçlükler ve stresli yaşam olayları postpartum depresyon riskini artırmaktadır. Özellikle partner şiddeti, sosyal izolasyon ve aile içi iletişim sorunlarının kadınların psikolojik iyilik hali üzerinde olumsuz etkiler oluşturduğu bildirilmektedir (Gelenberg vd., 2010). Bunun yanı sıra plansız gebelik, genç yaşta gebelik, infertilite tedavisi sonrası gebelik ve yüksek riskli gebelik süreçleri de kadınlarda kaygı düzeyini artırarak ruh sağlığını olumsuz etkileyebilmektedir.

Doğum deneyimine ilişkin faktörler de postpartum ruh sağlığı ile yakından ilişkilidir. Travmatik doğum deneyimi, acil sezaryen, yoğun ağrı deneyimi, doğum sırasında kontrol kaybı hissi ve obstetrik komplikasyonlar postpartum depresyon ve travma sonrası stres belirtileri gelişimine katkı sağlayabilmektedir. Özellikle anne beklentileri ile gerçek doğum deneyimi arasındaki uyumsuzluk, doğum sonrası dönemde duygusal zorlanmayı artırabilmektedir. Yenidoğanın yoğun bakım ünitesine alınması, prematüre doğum veya bebeğin sağlık sorunları yaşaması da annede yoğun stres ve kaygıya neden olabilmektedir (Stewart & Vigod, 2019).

Perinatal dönemde bireyin kişilik özellikleri ve baş etme becerileri de önemli risk belirleyicileri arasında yer almaktadır. Düşük öz yeterlik algısı, yetersiz stresle baş etme becerileri, mükemmeliyetçi kişilik özellikleri ve yüksek düzeyde kaygı eğilimi bulunan kadınlarda postpartum depresyon riskinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Ayrıca çocukluk çağı travmaları, istismar öyküsü ve geçmişte yaşanan psikososyal travmalar da perinatal dönemde ruhsal sorunların ortaya çıkmasına katkıda bulunabilmektedir (Yonkers vd., 2011).

Kronik fiziksel hastalıkların varlığı da perinatal ruh sağlığını etkileyebilmektedir. Diyabet, hipertansiyon, tiroid hastalıkları, kardiyovasküler hastalıklar ve astım gibi kronik sağlık sorunlarının depresif belirtiler ile ilişkili olduğu bildirilmektedir. Gebelik komplikasyonları yaşayan kadınlarda hem

fiziksel hem de psikolojik stres düzeyi artabilmekte; bu durum postpartum dönemde ruhsal sorun gelişme riskini yükseltebilmektedir (Gelenberg vd., 2010).

Perinatal dönemde görülen ruhsal bozuklukların yalnızca anne üzerinde değil; anne-bebek bağlanması, emzirme süreci, ebeveynlik işlevleri ve bebeğin bilişsel-duygusal gelişimi üzerinde de önemli etkileri bulunmaktadır. Bu nedenle risk faktörlerinin erken dönemde belirlenmesi, düzenli ruhsal değerlendirmelerin yapılması ve riskli kadınlara uygun psikososyal destek sağlanması büyük önem taşımaktadır. Özellikle ebeler, kadın doğum uzmanları ve ruh sağlığı profesyonellerinin iş birliği içinde çalışması; erken tanılama, danışmanlık ve uygun müdahalelerin planlanması açısından temel bir gereklilik olarak değerlendirilmektedir (Yonkers vd., 2011).

5. Perinatal Ruh Sağlığında Ebelik ve Hemşirelik Yaklaşımları

Perinatal dönemde ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesi, anne, bebek ve aile sağlığının bütüncül olarak ele alınmasını gerektiren önemli bir bakım alanıdır. Bu süreçte ebeler ve hemşireler; gebelik, doğum ve postpartum dönemde kadınla sürekli iletişim halinde olan sağlık profesyonelleri olarak erken tanılama, danışmanlık, psikososyal destek ve bakım hizmetlerinde temel role sahiptir. Özellikle postpartum depresyon ve bipolar bozukluk gibi duygudurum bozukluklarının erken dönemde fark edilmesi, uygun yönlendirme ve destek mekanizmalarının oluşturulması açısından ebelik ve hemşirelik yaklaşımları büyük önem taşımaktadır (Yonkers vd., 2011).

Perinatal ruh sağlığı hizmetlerinde temel yaklaşımlardan biri düzenli psikososyal değerlendirme yapılmasıdır. Gebelikten itibaren kadınların ruhsal durumlarının değerlendirilmesi, risk faktörlerinin belirlenmesi ve depresif belirtilerin erken dönemde tanınması önerilmektedir. Bu kapsamda Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDS) gibi standart tarama araçlarının kullanılması, riskli kadınların belirlenmesine katkı sağlamaktadır. Özellikle daha önce depresyon, bipolar bozukluk veya anksiyete bozukluğu öyküsü bulunan kadınların daha yakından izlenmesi gerekmektedir (Stewart & Vigod, 2019). Ebeler ve hemşireler, düzenli izlem görüşmeleri sırasında kadının emosyonel durumunu değerlendirmeli, uyku düzeni, stres düzeyi, sosyal destek durumu ve annelik rolüne uyum sürecini göz önünde bulundurmalıdır.

Ebelik ve hemşirelik bakımında terapötik iletişim önemli bir yer tutmaktadır. Kadının yargılanmadan dinlenmesi, duygularını ifade etmesine fırsat verilmesi ve güven temelli bir bakım ilişkisinin kurulması postpartum ruh sağlığını destekleyen temel unsurlar arasında yer almaktadır. Özellikle stigma nedeniyle ruhsal belirtilerini paylaşmakta zorlanan kadınların desteklenmesi, yardım

arama davranışını artırabilmektedir. Empatik yaklaşım ve etkili iletişim becerileri sayesinde kadınların kaygı, korku ve yetersizlik hislerini ifade etmeleri kolaylaşmakta; bu durum psikolojik rahatlama sağlayabilmektedir (Gelenberg vd., 2010).

Perinatal dönemde sosyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi de ebelik ve hemşirelik bakımının önemli bileşenlerinden biridir. Eş, aile üyeleri ve yakın çevrenin bakım sürecine dahil edilmesi; annenin yalnızlık hissinin azalmasına ve psikososyal açıdan desteklenmesine katkı sağlayabilmektedir. Özellikle postpartum dönemde bakım yükünün paylaşılması, annenin dinlenme fırsatı bulması ve emzirme sürecinde desteklenmesi ruh sağlığını olumlu yönde etkileyebilmektedir. Ebeler ve hemşireler, aile üyelerine postpartum dönemin psikolojik özellikleri konusunda eğitim vererek destekleyici aile ortamının oluşturulmasına katkıda bulunabilmektedir.

Anne-bebek bağlanmasının desteklenmesi de perinatal ruh sağlığında önemli bir bakım alanıdır. Postpartum depresyon yaşayan kadınlarda bebekle duygusal bağ kurmada güçlük yaşanabilmekte, bu durum emzirme sürecini ve ebeveynlik işlevlerini olumsuz etkileyebilmektedir. Ebeler ve hemşireler; ten tene temasın desteklenmesi, emzirme danışmanlığı verilmesi ve annenin bebeğiyle güvenli bağ kurmasına yardımcı olacak uygulamaların sürdürülmesi konusunda aktif rol üstlenmektedir. Anneye bakım becerileri konusunda destek verilmesi ve annelik rolüne uyum sürecinin güçlendirilmesi psikolojik iyilik halini artırabilmektedir (Stewart & Vigod, 2019).

Perinatal ruh sağlığında nonfarmakolojik girişimlerin kullanımı da giderek önem kazanmaktadır. Psikoeğitim, gevşeme egzersizleri, mindfulness uygulamaları, stres yönetimi teknikleri, destek grupları ve tamamlayıcı yaklaşımlar ruhsal belirtilerin azaltılmasında destekleyici yöntemler arasında yer almaktadır. Ebeler ve hemşireler, bireyin gereksinimlerine uygun nonfarmakolojik yöntemler konusunda danışmanlık sağlayarak kadının baş etme becerilerini güçlendirebilmektedir. Özellikle stres yönetimine yönelik uygulamalar, annenin emosyonel yükünü azaltarak postpartum uyum sürecini destekleyebilmektedir.

Bipolar bozukluk öyküsü bulunan kadınlarda yakın izlem ve multidisipliner iş birliği büyük önem taşımaktadır. Ebeler ve hemşireler, ilaç uyumunun sürdürülmesi, uyku düzeninin korunması, erken relaps belirtilerinin fark edilmesi ve gerektiğinde psikiyatri desteğine yönlendirme konusunda önemli sorumluluklara sahiptir. Özellikle postpartum dönemin yüksek relaps riski taşıması nedeniyle doğum sonrası ilk haftalarda yakın ruhsal değerlendirme yapılması önerilmektedir (Yonkers vd., 2011).

Sonuç olarak ebelik ve hemşirelik yaklaşımları, perinatal ruh sağlığının korunması, riskli kadınların erken dönemde belirlenmesi ve uygun bakım hizmetlerinin sunulması açısından kritik öneme sahiptir. Bütüncül, kadın merkezli ve kanıta dayalı bakım anlayışı doğrultusunda yürütülen psikososyal destek, eğitim ve danışmanlık hizmetleri; postpartum depresyon ve bipolar bozukluk gibi ruhsal sorunların olumsuz etkilerini azaltmada önemli katkılar sağlamaktadır.

6. Sonuç

Perinatal dönemde görülen duygudurum bozuklukları, özellikle doğum sonrası depresyon ve bipolar bozukluk, anne, bebek ve aile sağlığını çok yönlü etkileyen önemli ruh sağlığı sorunları arasında yer almaktadır. Gebelik ve postpartum dönemde ortaya çıkan hormonal değişimler, uyku düzensizlikleri, artan bakım sorumluluğu, sosyal destek yetersizliği ve geçmiş psikiyatrik hastalık öyküsü; kadınların ruhsal açıdan daha kırılgan hale gelmesine neden olabilmektedir. Özellikle postpartum depresyonun anne-bebek bağlanması, emzirme süreci, ebeveynlik işlevleri ve bebeğin bilişsel-duygusal gelişimi üzerinde olumsuz etkiler oluşturabildiği; bipolar bozuklukta ise postpartum dönemin yüksek relaps riski taşıdığı bilinmektedir. Bu nedenle perinatal ruh sağlığının korunmasında erken tanılama, düzenli psikososyal değerlendirme, multidisipliner yaklaşım ve bireyselleştirilmiş bakım planları büyük önem taşımaktadır. Ebeler ve hemşireler; gebelikten postpartum döneme kadar kadınla sürekli iletişim halinde olan sağlık profesyonelleri olarak riskli bireylerin erken belirlenmesi, terapötik iletişim kurulması, psikososyal destek sağlanması ve uygun yönlendirmelerin yapılmasında temel role sahiptir. Ayrıca sosyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi, anne-bebek bağlanmasının desteklenmesi ve kanıta dayalı nonfarmakolojik girişimlerin bakım süreçlerine entegre edilmesi, perinatal ruh sağlığının geliştirilmesine önemli katkılar sağlayacaktır. Sonuç olarak perinatal dönemde ruh sağlığının bütüncül, kadın merkezli ve sürdürülebilir bir yaklaşımla ele alınması; maternal morbiditenin azaltılması ve uzun vadede anne, bebek ve aile iyilik halinin güçlendirilmesi açısından temel bir gereklilik olarak değerlendirilmektedir.

7. Kaynakça

- Stewart, D. E., & Vigod, S. N. (2019). Postpartum depression: Pathophysiology, treatment, and emerging therapeutics. *Annual Review of Medicine*, 70, 183–196. <https://doi.org/10.1146/annurev-med-041217-011106>
- Yonkers, K. A., Vigod, S., & Ross, L. E. (2011). Diagnosis, pathophysiology, and management of mood disorders in pregnant and postpartum women. *Obstetrics & Gynecology*, 117(4), 961–977. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e31821187a7>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., et al. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 289, 3095–3105. <https://doi.org/10.1001/jama.289.23.3095>
- Hasin, D. S., Goodwin, R. D., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2005). Epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 62, 1097–1106. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.10.1097>
- Gelenberg, A., Freeman, M., Markowitz, J., Rosenbaum, J. F., Thase, M. E., Trivedi, M. H., et al. (2010). *Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder* (3rd ed.). American Psychiatric Association.
- Rush, A. J., Golden, W. E., Hall, G. W., Herrera, M., Houston, A., Kathol, R. G., et al. (1993). *Depression in primary care: Volume 2. Treatment of major depression (Clinical Practice Guideline No. 5)*. Agency for Health Care Policy and Research.
- Viguera, A. C., Cohen, L. S., Bouffard, S., Whitfield, T. H., & Baldessarini, R. J. (2002). Reproductive decisions by women with bipolar disorder after prepregnancy psychiatric consultation. *American Journal of Psychiatry*, 159, 2102–2104. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.12.2102>
- Harlow, B. L., Vitonis, A. F., Sparén, P., Cnattingius, S., Joffe, H., & Hultman, C. M. (2007). Incidence of hospitalization for postpartum psychotic and bipolar episodes in women with and without prior prepregnancy or prenatal psychiatric hospitalizations. *Archives of General Psychiatry*, 64, 42–48. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.1.42>
- Akdeniz, E., Vahip, S., Pirildar, S., Vahip, I., Doganer, I., & Bulut, I. (2003). Risk factors associated with childbearing-related episodes in women with bipolar disorder. *Psychopathology*, 36, 234–238. <https://doi.org/10.1159/000073448>
- Newport, D. J., Stowe, Z. N., Viguera, A. C., Calamaras, M. R., Juric, S., Knight, B., et al. (2008). Lamotrigine in bipolar disorder: Efficacy during pregnancy. *Bipolar Disorders*, 10, 432–436. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2007.00565.x>
- Meador, K. J., Baker, G. A., Finnell, R. H., Kalayjian, L. A., Liporace, J. D., Loring, D. W., et al. (2006). In utero antiepileptic drug exposure: Fetal death

and malformations. *Neurology*, 67, 407–412. <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000227919.81208.b2>

Einarson, A., & Boskovic, R. (2009). Use and safety of antipsychotic drugs during pregnancy. *Journal of Psychiatric Practice*, 15, 183–192. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000351878.45260.94>