

PAPER DETAILS

TITLE: ANNE RUH SAGLIGININ ÖNEMİ

AUTHORS: Nalan ÖZTÜRK,Nazan AYDIN

PAGES: 29-36

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/402831>

ANNE RUH SAĞLIĞININ ÖNEMİ

THE IMPORTANCE OF MATERNAL MENTAL HEALTH

Nalan Öztürk^a, Nazan Aydın^b

ÖZ

Gebelik ve doğum sıklıkla mutluluk verici bir durum olarak algılanmakla birlikte bazen sıkıntılı bir süreç de yaşanabilmektedir. Bu süreçte bazı hastalıklar ilk kez ortaya çıkabilmekte ya da var olan mevcut hastalık kötüleşebilmektedir. Bununla beraber maalesef annelerin ruh sağlığı fiziksel sağlıkları kadar dikkate alınmamakta ya da tanı ve tedavisi gecikmektedir. Bu dönemde tedavi edilmeyen bir ruhsal hastalık hem anne hem de gelişmekte olan bebek için olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir. Annede kendine bakımında azalma, kilo kaybı, düzensiz beslenme, şeker hastalığının başlaması gibi gebelik seyrini de olumsuz etkileyen durumlar, bebekle ilgili olarak; düşük doğum ağırlığı, erken doğum, sinir sisteminin gelişiminde yetersizlikler, duygusal ve davranışsal gelişiminin olumsuz etkilenmesi görülebilmektedir. Doğum sonrası dönemde ise, ruhsal hastalığı olan bir annenin bebeğine yeterince ilgi gösterememesi anne bebek bağlanmasının olumsuz olmasına neden olabilmektedir. Bu dönemde en sık karşılaşılan ruhsal bozukluk depresyon olup her 5-7 anneden birisinde görülmektedir. Depresyonun yanı sıra anksiyete bozuklukları, duygu durum bozuklukları ve psikoz da bu dönemde görülebilen ruhsal hastalıklardır. Bu yazıda gebelik ve doğum sonrası dönemde annede görülebilecek ruhsal hastalıklar hakkında bilgi verilerek, tanı ve tedavinin önemi, çocuk ruh sağlığına etkilerine dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Anne ruh sağlığı, gebelik, doğum, stres, depresyon

ABSTRACT

Pregnancy and childbirth are often perceived as happy occasions but they may sometimes turn into a distressing experience. During this period, some mental illnesses may start or the existing illnesses may deteriorate. Unfortunately, mothers' mental health does not receive as much care and attention as their physical health, or diagnosis and treatment of psychological problems are delayed. An untreated mental illness during this period can have negative consequences for both the mother and the developing baby. Decreased self-care of mother can lead to conditions that negatively affect the course of pregnancy, such as weight loss, irregular nutrition, and the onset of diabetes. As for the baby, some of the problems which may be witnessed are low birth weight, premature birth, inadequacy in the development of the nervous system, and negative affect on emotional and behavioral development. In the postpartum period, mother with a mental illness in the postpartum period cannot display sufficient care and attention towards her baby and this may adversely affect mother-child attachment. The most common psychiatric disorder in this period is depression which is diagnosed in every 5-7 mothers. In addition to depression, anxiety disorders, mood disorders and psychosis are mental illnesses that may be diagnosed during this period. This article aims to draw attention to the importance of diagnosis and treatment of mental diseases and their implications for child mental health by informing about mental illnesses that the mother may suffer during pregnancy and postnatal period.

Keywords: Maternal mental health, pregnancy, childbirth, stress, depression

^a Uzm. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Kadın Ruh Sağlığı Merkezi, İstanbul, nalanozturk@bakirkoyruhsinir.gov.tr

^b Prof. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Kadın Ruh Sağlığı Merkezi, İstanbul, nazanaydin@bakirkoyruhsinir.gov.tr

1. GİRİŞ

Son yirmi yıldır kadın ruh sağlığına özellikle de üreme dönemiyle ilişkili ruhsal hastalıklara ilgi artmaktadır. Gebelik ve doğum sonrası dönemde kadınların duygu durum değişikliklerine daha yatkın oldukları artık daha iyi bilinmektedir. Gebelik ve doğum kişiyi fizyolojik ve psikolojik değişikliklerle birlikte anneliğe hazırlayan ve mutlu olunması beklenen süreçler gibi değerlendirilir. Ancak doğacak bebeğe yeterli bakım veremeyeceğini düşünen, güvensizlik ve yetersizlik duygularıyla mücadele eden bazı kadınlar için bu süreçler stresli olabilmektedir. Gebelik döneminde östrojen, progesteron ve stres hormonu olarak bilinen kortizol hormonlarının salınımlarındaki değişiklikler yatkınlığı olan kadınlarda çeşitli ruhsal problemlerin ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir. Ruhsal bozuklukların görülmesinde genetik yatkınlık kadar sosyal ve psikolojik faktörler de rol almaktadır. Ruhsal hastalıkların kadının biyolojik yapısını oluşturan genetik faktörlerle, sosyal ve psikolojik faktörlerin etkileşimi sonucunda ortaya çıktığı göz önünde bulundurulduğunda yatkınlığın fazla olduğu bu dönemde sosyal ve duygusal desteğin önemi de anlaşılmaktadır.

‘Perinatal dönem’ gebelikle başlayan ve doğum sonrası bir yılı kapsayan dönemdir. Perinatal ruhsal hastalıklar da ‘‘Gebelik sırasında ve doğumdan sonraki bir yıl süresince görülen yaygın psikiyatrik bozukluklardır’’ (O’Hara ve Wisner, 2014). Bu dönemde görülen psikiyatrik belirtiler ılımlı, geçici semptomları içeren ‘doğum sonrası hüzn’den, nadir görülen ‘doğum sonrası psikoz’a kadar değişebilmektedir. Doğum sonrası hüzn bir hastalık olarak kabul edilmemekle birlikte ayırıcı tanıda bilgi vermesi açısından bu yazıda değinilmektedir. Perinatal dönemde tanı konulmamış ve tedavi edilmemiş ruhsal hastalıklar kadının kişilerarası ilişkilerini ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyebildiği gibi çocuğun dil, sosyal, duygusal ve bilişsel gelişimini olumsuz etkileyen bir anne-bebek bağlanmasına da sebep olabilmektedir. Önemli sorunlardan biri de kadınların damgalanacakları, ebeveynlik haklarını kaybedecekleri ve yetersiz bir anne olarak nitelendirilecekleri korkusuyla ruhsal problemlerini açıklamaktan kaçınmalarıdır (Marjan ve Khajehei, 2015). Bu konuda yapılacakların başında annenin, yakın çevresindeki insanların ve sağlık çalışanlarının, yazımızda bahsedilen hastalık belirtilerinin annede olup olmadığını gözlemleyerek bir ruh sağlığı çalışanından destek almaya teşvik edilmesi gerekmektedir. Bu dönemde anne ve bebeğin sağlığını olumsuz etkilemeyecek, güvenilir tedavi seçenekleri mevcuttur. Annele- rin gereksinim duydukları destek ve tedavinin zamanında ve etkin biçimde sağlanması farkındalık ve uygun yönlendirme ile mümkün olacaktır.

2. PERİNATAL RUHSAL HASTALIKLARIN PREVALANSI

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan raporda gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde psikotik olmayan ruhsal hastalıkların oranının doğum öncesinde %15.6, doğum sonrasında %19.8 olduğu bildirilmiştir (Fisher vd., 2012). Depresyonun gebelikteki prevalansı %5-15 arasında doğum sonrası ilk bir yıl içindeki prevalansı %9.3-31 arasındadır (Gavin et al., 2005; Giardinelli, Innocenti and Benni, 2012; Watson, Elliott, Rugg and Brough 1984). Anksiyete bozukluklarının perinatal dönemde görülme oranı yüksektir. Yaygın Anksiyete Bozukluğunun gebelikte prevalansı % 1.3-8.5 (Vesga-Lopez, Blanco, Keyes, Olfson and Grant, 2008) iken doğum sonrası dönemde % 4.4-8.2 (Ross and McLean, 2006) arasındadır. Panik bozukluğun ise perinatal dönemde prevalansı %1.3-5.4 arasındadır (Wenzel, Haugen, Jackson and Brendle, 2005). İpolar bozukluk tanısı olan kadınların yaklaşık yarısında gebelik döneminde belirtilerin kötüleştiği bildirilmiştir (Freeman, 2002). Doğum sonrası ilk 3-6 aylık dönemde ise yeni bir atak geçirme %67-82 oranındadır (Viguera, 2000). Daha ağır bir tablo olan Doğum Sonrası Psikoz ise yaklaşık olarak 1000 canlı doğumda 1-2 oranında görülmektedir (Kendell, Chalmers and Platz, 1987).

3. GEBELİK VE DOĞUM SONRASI DÖNEMDEKİ STRESİN ANNEYE ETKİLERİ

Stres zor ve kontrol edilemeyen olumsuz olaylara ve algılanan tehdite karşı oluşan bir sinyal cevabıdır. Şiddeti ve süresi fazla olduğunda zarar verici etkileri ortaya çıkmaktadır (Maras et al. 2014). Stres kaynağı günlük yaşamda karşılaşılan zorluklar, deprem-sel-yangın gibi doğal afetler, bazen de ruhsal hastalıkların kendisi olabilir. Kişi tarafından algılanan stres, gebelikle ilişkili stres (bebeğin sakat doğacağı ya da gebelikte bir olumsuzluk yaşanacağı kaygısı), yakın dönem yaşam olayları, depresyon ve anksiyete belirtileri gebelik sırasında ya da doğum sonrasında yaşanan stres durumlarıdır.

Gebelik ve doğum sonrası dönemde yaşanan stres ve ruhsal hastalıkların hem anne, hem gelişmekte olan bebek/çocuk başta olmak üzere tüm aile üzerinde olumsuz etkileri görülebilmektedir. Depresyonu olan bir bireyde stres hormonu olarak bilinen kortizolün düzeyi artmaktadır. Kortizol fazla miktarda olduğunda vücuda zararlı etkileri olabilen bir hormondur. Kortizol yüksekliğiyle birlikte kişide gebelik diyabeti ortaya çıkabilmektedir. Yine depresyonu olan gebelerde yüksek tansiyon gibi gebeliğe bağlı istenmeyen olayların sıklığı artabilmektedir (Marcus and Flynn, 2008). Ruhsal hastalık nedeniyle gebeler kendisine bakımda azalma, düzensiz beslenme, kilo kaybı, alkol/madde kullanımı, sigara

kullanımı gibi kişinin sağlığını olumsuz etkileyecek davranışlar da gösterebilirler. Gebelikte yaşanan depresyonun tedavi edilmemesinin önemli sonuçlarından biri doğum sonrası depresyon görülme riskini arttırmasıdır. Doğum sonrası dönemde ise ruhsal hastalığa bağlı olarak anne-bebek arasındaki bağlanmada sorunlar olabilmektedir.

4. ANNE KARNINDA STRESE MARUZİYETİN GELİŞMEKTE OLAN BEBEĞE ETKİLERİ

Gebelik, fetüsün sağlıklı gelişimi için gerekli olan fizyolojik değişikliklerin ve bu fizyolojik değişikliklere adaptasyonun gerçekleştiği bir süreçtir. Gebe kadının iyilik hali hem kendisi hem de gelişmekte olan bebeğin sağlığı için önemlidir. Gebenin yaşadığı stres düzeyinin artması adaptasyon sürecinin sağlıklı olmasını sağlayan mekanizmaları olumsuz etkilemektedir. Gebelik sırasında ve doğum sonrası dönemde yaşanan stres, depresyon ve anksiyete bozukluğunun bebeğin gelişimi, sağlıklı anne bebek bağlanması, aile ilişkisi üzerine olumsuz etkileri olduğunu gösteren çok sayıda çalışma mevcuttur (Brockington I. 2004; Huizink, Robles, Mulder, Visser and Buitelaar, 2003; Dayan et al., 2006). Çalışmalarda gebelikte stresle ilişkili olarak bebeklerde düşük doğum ağırlığı, beyin gelişiminin bir göstergesi olan baş çevresinin küçüklüğü, erken doğum gibi olumsuz doğum sonuçları gösterilmiştir (Wadhwa, Sandman, Porto, Dunkel-Schetter and Garite, 1993; Lindley, Benson, Grimes, Cole and Herman, 1999; Dole et al., 2003). Olumsuz doğum sonuçlarının yanında çocuğun nörogelişimsel, duygusal ve davranışsal alanlarda da olumsuz etkilendiğini gösteren bulgular mevcuttur. Gebeliğe ilişkin kaygı düzeylerinin yüksek olmasının düşük mental-motor gelişim skorlarında belirleyici olduğu gösterilmiştir (Huizink et al., 2003). Yine gebelikle ilişkili stresin, 2 yaşındaki çocuklarda huzursuzluk, yıkıcı davranışlar ve dikkat problemlerinin daha fazla olmasının bir öngörücüsü olabileceği öne sürülmüştür (Guteling et al. 2005).

5. DOĞUM SONRASI HÜZÜN

Doğum sonrası hüznün ya da diğer ismiyle bebek hüznü doğum sonrası depresyondan farklı bir tablodur (Miller, 2002). Doğumdan sonra üçüncü ya da beşinci gün başlar ve genellikle günlerle sınırlı geçici bir durumdur. Doğum sonrasında annelerin yaklaşık yarısında görülür. Doğum sonrası hüznünde annede duygusal dalgalanmalar olur, kolayca ağlar ve çabuk sinirlenir (Kendell, McGuire, Connor and Cox, 1981). Doğum sonrası hüznün doğumdan sonra ani hormonal çekilmelere bağlı olabileceği ya da anne-bebek bağlanmasında etkili oksitosin kaynaklı biyolojik sistemin aktifleşmesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Psikiyatrik

bir durum olarak değerlendirilmeyen ve tedavi gerektirmeyen ‘bebek hüznü’ sosyal destek ile 1-2 hafta gibi kısa bir sürede geçer. Ancak o sırada sosyal desteğin yetersiz olması ve stres düzeyinin yüksek olması anneyi doğum sonrası depresyon için daha yatkın hale getirebilir.

6. GEBELİKTE VE DOĞUM SONRASI DÖNEMDE DEPRESYON

‘Perinatal depresyon’ kavramı gebelik sırasında ve doğumdan sonraki bir yıl içerisinde görülen depresyonu tanımlamak için kullanılır. Bu dönemdeki depresyon belirtileri bu dönem dışında görülen depresyon belirtileriyle aynıdır. En az iki hafta süreyle olan depresif duygudurum, ilgi kaybı, uyku ve iştah değişiklikleri, enerji azlığı ya da yorgunluk, suçluluk ya da değersizlik düşünceleri, intihar düşüncesi ya da planı depresyonun belirtileridir. Gebelik boyunca en sık görülen ruhsal hastalıklar depresyon ve anksiyete bozukluklarıdır (Ding et al., 2014). Gebelikte başlayan depresif semptomlar doğum sonrasında da devam edebilmektedir. Doğum sonrası depresyonu olan kadınların yaklaşık %50 si gebelikleri sırasında da depresyon belirtileri göstermektedir (Gottlieb et al. 1989). Perinatal dönem ruhsal bozukluklar açısından yatkınlığın olduğu bir dönem olmakla birlikte bu yatkınlığı etkileyen çeşitli biyolojik ve psikososyal faktörler mevcuttur. Kişinin birinci derece akrabalarında depresyon öyküsü olması, geçmişte doğum sonrası dönemde depresyon geçirmiş olması, plansız gebelik, sosyoekonomik düzeyin düşük olması, yüksek riskli gebelik, genç yaş, eş desteğinin olmaması, eş şiddeti, sosyal desteğin yetersiz olması, sigara içilmesi perinatal dönemde görülen depresif bozukluk için risk faktörleridir (O’Hara et al., 2014). Geçmişte doğum sonrası depresyon geçirmiş olmak bir sonraki doğum sonrası depresyon için riski %30-50 arasında arttırmaktadır (Johansson et al., 2002).

7. GEBELİKTE VE DOĞUM SONRASI DÖNEMDE ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

Anksiyete bozuklukları tek bir bozukluk olmaktan ziyade birbiriyle ilişkili farklı bozuklukları içine alır. Hepsinde karakteristik özellik, çoğu insanın tehdit algılamadığı durumlarda bu kişilerin yaygın ya da yoğun korku yaşamalarıdır. Kişide aynı zamanda birden fazla anksiyete bozukluğu görülebilir (Williams, 2014). Perinatal dönemde en sık karşılaşılan anksiyete bozuklukları alt tipleri Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve Panik Bozukluktur. Anksiyete bozukluklarının klinik özellikleri gebe olan ve olmayan kadında aynıdır. Yaygın anksiyete bozukluğunda hayatın farklı alanlarıyla ilgili yoğun endişe, huzursuzluk, uykusuzluk, kas ağrıları görülür. Panik bozukluğunda ise beklenmedik bir anda

başlayan ataklar mevcuttur. Atak sırasında nefes darlığı, göğüs ağrısı, çarpıntı, terleme, titreme, ateş basması, bulantı gibi belirtiler görülür. Anksiyete bozukluklarının perinatal dönemde görülme oranı yüksektir. Anksiyete bozukluklarına sıklıkla depresyon eşlik eder çünkü uzun süren kaygı bozukluğu belirtileri bir süre sonra kişinin depresif hissetmesine neden olur. Perinatal dönemde anksiyete bozuklukları sık görülmesine karşın depresyona kıyasla daha az tanı konmaktadır. Yeni anne olmuş kişilerin doğal olarak kaygılı olacakları inancı nedeniyle anksiyete bozuklukları daha az tanınmaktadır. Ancak bu tutum son dönemlerde değişerek anksiyete bozukluklarına da daha fazla odaklanılmaya başlanmıştır (Williams, 2014).

Anksiyete bozukluklarındaki risk faktörleri depresyon için olan risk faktörleri ile benzerdir. Geçmişte perinatal dönemde anksiyete bozukluğu geçirmiş olmak, geçmişte anksiyete bozukluğu öyküsü olmak, birinci derece yakınlarında perinatal dönemde anksiyete bozukluğu tanısı almış bireyin olması başlıca risk faktörleridir. Yine sosyal desteğin az olması, olumsuz yaşam olayları, kişilerarası ilişkilerin zayıf olması, bebekte sağlık problemlerinin olması ya da zor mizaçlı bebek olması kolaylaştırıcı faktörlerdir.

8. GEBELİKTE VE DOĞUM SONRASI DÖNEMDE BİPOLAR BOZUKLUK

Bipolar bozukluk, kadınları perinatal dönemde etkileyen ciddi bir ruhsal bozukluktur. Kişinin günlük yaşamını etkileyen duygu durum dalgalanmalarının olduğu, ataklarla (depresif, manik, karışık) seyreden kronik bir bozukluktur. Depresif atakta görülen belirtiler majör depresyonda görülen belirtilerle aynıdır. Manik atakta ise kendine güvende artış, uyku ihtiyacında azalma, konuşmada artış, riskli davranışlar (gereksiz yere fazla para harcama, kontrolsüz cinsel ilişkiler gibi), hareketlilik ve enerji artışı, bazen de şüphecilik gibi belirtiler görülmektedir (APA, 2013). Tedavi edilmemesi kişide daha sık ve ciddi atakların görülmesine sebep olurken koruma tedavisiyle bu atakların sıklığı ve şiddeti azaltılabilmektedir. Bipolar bozukluğu olan bir kadın için doğum sonrası dönem depresif atak, manik atak ya da psikoz geçirmesi açısından riskli dönemdir. Daha önce psikiyatrik öyküsü olmayan ve doğum sonrası psikoz yaşayan kişilerin yine stres dönemlerinde duygu durum atağı geçirme riski yüksek olduğundan yakından takip edilmeleri gerekmektedir.

Gebelik sırasında bipolar bozukluğun sıklığını arttıracak bir neden saptanmamakla birlikte çoğu kadında belirtilerin şiddetinde artış olmaktadır. Doğum sonrası dönem ise bipolar bozukluğun başlaması ya da atakların olması açısından risk artışının olduğu dönemdir. Manik belirtilerin daha az sayıda ve şiddette görüldüğü hipomanik ataklar doğum

sonrası dönemde ilk kez olduğunda bu durum annenin bebek nedenli sevincine bağlanarak gözden kaçabilmektedir (Williams, 2014).

Bipolar bozukluk önlenemese de atak geçirme riskinin ya da olumsuz etkilerin azaltılması açısından gebelik öncesi danışmanlık almak ve bir planlama yapılması önemlidir. Gebelik planlamasında, kişinin tedavisinin yeniden gözden geçirilmesi, tedavi ile birlikte bir gebelik planlanacaksa ilaçların olası olumsuz etkileri, tedavisiz kalan ruhsal bozukluğun anne ve çocuk için olumsuz etkileri değerlendirilerek hekim ve çift ile birlikte bir karar verilmektedir.

9. DOĞUM SONRASI PSİKOZ

Psikotik bozukluk gerçeği değerlendirmenin bozulduğu, yanlış inançlar (insanların kendisine kötülük yapacağı, hakkında konuşulduğu düşünceleri), algı bozuklukları (görüntü görme, kulağına sesler gelmesi) ve garip davranışların eşlik edebildiği bir hastalıktır. Doğum sonrası dönem bipolar bozukluk veya bir psikotik atağın başlaması ya da nüks etmesi açısından artmış risk taşımaktadır. Doğum sonrası psikoz sıklıkla beklenmedik ve hızlı bir şekilde başlamaktadır. Belirtiler genellikle doğumdan sonraki ilk dört hafta içinde görülmektedir (Cohen et al., 2010). Psikotik atak bir gün gibi kısa bir süre de olabilir ya da bir haftaya kadar uzayabilir. Atak sonrasında kişi önceki işlevselliğine dönebilmektedir. Psikotik belirtiler yaşamın diğer zamanlarında görülen psikotik belirtilerle aynıdır ancak bu dönemde bebekle ilgili olabilen bozuk düşünceler ve davranışlar bebek için risk oluşturmaktadır. Neonatisid/infantisid olarak tanımlanan bu durum annenin bu düşüncelerin etkisiyle bebeği öldürmesidir. Hızlı şekilde başlayan bu tabloda kadının genellikle hastalığın ciddiyeti ile ilgili farkındalığı yoktur. Bu yüzden hem anne ve bebeğin güvenliği hem de tedavinin hemen başlaması için annenin hastaneye yatırılması gerekmektedir. Perinatal dönemde psikotik atak psikiyatrik bir acil durum olarak değerlendirilmelidir.

10. PERİNATAL DÖNEMDE TEDAVİ EDİLMEYEN RUHSAL HASTALIĞIN GETİRDİĞİ RİSKLER

Perinatal dönemde görülen ruhsal hastalıklar kadının, bebeğin ve ailenin yaşamının kritik bir döneminde görüldüğünden ayrı bir öneme sahiptir. Bu dönemde kadının etkin bir tedavi alması sağlanmadığında bu durum anne, bebek ve aile ilişkileri üzerinde uzun süreli olumsuz etkilerin görülmesi ile sonuçlanabilmektedir. Perinatal ruhsal hastalığı olan kadınların hem gebelik sürecinde hem de doğum sonrası dönemde yaşadıkları sağlık problemleri ve bebeklerinin yoğun bakım ihtiyacı daha fazla olabilmektedir (Bonari et

al., 2004). Perinatal dönemde en sık karşılaşılan ruhsal problem depresyon olduğundan tedavisiz kalan ruhsal hastalığın etkilerini araştıran çalışmalar da en fazla depresyonu olan kadınlarla yapılmıştır. Diğer bölümlerde sözünü ettiğimiz depresyon dışındaki ruhsal bozuklukların da tedavi edilmediğinde karşılaşılan olumsuz etkileri depresyon ile benzerdir. Gebelik depresyonu doğum sonrası dönemde de depresyon görülme riskini anlamlı oranda arttırmaktadır (Gotlib et al., 1989). Perinatal dönemde yaşanan depresyon tedavi edilmediğinde, annenin kendine bakımında azalma ve buna bağlı olarak gebeliğin gidişi ile ilgili sıkıntıların ortaya çıkması, kendisine zarar verme, intihar düşüncesi, doğum sonrası dönemde bebekle sağlıklı bağlanmanın olmaması gibi riskler gündeme gelebilmektedir (Pearson KH et al., 2002). Perinatal ruhsal hastalığın hem kendisinin hem de anne üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle çocuğun bakımında ihmal, bağlanma problemleri, mental-motor gelişimde gecikme, erken çocukluk döneminde duygusal, davranışsal problemler ve adolesan dönemde depresyon görülme riski ortaya çıkabilmektedir (Brockington et al., 2011). Bunlarla birlikte perinatal dönemde en sık karşılaşılan ölüm sebebi intihardır. 2008 yılında Britanya Kolumbiyası (BC)'nda gebelik ile ilişkili ölüm oranı 100.000 doğumda 7.6 olarak değerlendirilmiştir (BC Maternity Mortality Review Committee, 2008). Başka bir raporda doğumdan sonraki ilk dokuz ayda intihar riskinin gebelikte görülenden dört kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (Lewis, Drife, Botting and Ireland, 2001). Perinatal dönemde ruhsal bozukluğu olan kadının intihar düşüncesi, intihar planı, geçmişte yada şimdi intihar girişiminin olup olmadığı dikkatli sorgulanarak risk değerlendirmesi yapılmalıdır. Annenin ruhsal hastalığıyla ilişkili olarak kendisine zarar verme riskinin yanında bebeğe de zarar verme riski bulunmaktadır. Neonatisid doğumdan sonraki 24 saat içinde bebeği öldürmek, infantisid ise sıklıkla ilk bir yıl içinde olmak üzere küçük çocuğu öldürmek olarak tanımlanmaktadır. Endüstrileşmiş ülkelerde neonatisid ve infantisid sıklığıyla ilgili yapılan değerlendirmede oranın 100.000 doğumda 2.4-7 arasında olduğu bildirilmiştir (Porter and Gavin 2010). Tedavi edilmemiş ruhsal hastalık bebek ölümünün nadir bir nedeni olsa da geri dönüşü olmayan bir kayba yol açması nedeniyle dikkate alınmalıdır.

11. TÜRKİYE'DE VE DÜNYADA ANNE RUH SAĞLIĞI

Dünyada ve pek çok ülkede gebelik ve doğumla ilişkili ruhsal bozuklukların tespiti, eğitimi ve tedavisi için eylem planları mevcuttur. Özellikle doğum sonrası depresyon için erken tanı ve tedavi öncelikli durum kabul edilmiş ve bunlara yönelik programlar başlatılmıştır. Amerika'da doğum

sonrası Altıncı haftada rutin tarama yapılmakta ve bu tarama sigorta geri ödeme kapsamında değerlendirilmektedir. İngiltere'de doğum sonrası dördüncü ayda ebeler tarafından tarama yapılması zorunludur. Amerika'da 2007 yılında MOTHERS Act adı altında annelere yönelik ruhsal eylem planı faaliyete geçirilmiştir. 2007 yılında İngiltere NICE kılavuzu antenatal bakım için yönergeler içine depresyonu da dahil etmiştir. Avustralya 2001-2005 yılları arasında Doğum sonu Depresyonu Araştırma Programı uygulanmıştır. İsrail Halk Sağlığı Bakanlığı, 2013 Ocak ayından beri Edinburg Doğum Sonu Depresyon Ölçeğini kullanarak devlet kontrolünde hamilelik dönemlerinde (yaklaşık 32 haftalık) ve doğum sonrası dönemlerinde (yaklaşık 8 haftalık) bütün kadınları taramaktadır.

Türkiye'de anne ruh sağlığı hakkında farkındalığı arttırmak için dünya ile eş zamanda Mayıs ayının ilk Çarşamba günü 'Anne Ruh Sağlığı Farkındalık Günü' etkinliklerle farkındalık oluşturulmaya çalışılmaktadır. Hafta boyunca perinatal dönemdeki ruhsal hastalıkları tanıtmak ve desteğe ihtiyacı olanların zamanında fark edilerek gerekli desteği almaları için teşvik edilmelerini sağlamak adına çeşitli programlar düzenlenmektedir. Ayrıca Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Eğitim Araştırma Hastalıkları Hastanesi bünyesinde Türkiye'de ilk kez kurulmuş olan Bakırköy Kadın Ruh Sağlığı Merkezi yaklaşık iki yıldır perinatal dönemdeki kişilere hizmet vermektedir.

12. SONUÇ

Gebelik ve doğum sonrası dönem, biyolojik ve çevresel faktörlerin etkileşimiyle ruhsal hastalıklar açısından yatkınlığın olduğu bir dönemdir. Annenin tedavi edilmemiş ruhsal hastalığı kişinin kendisi, gelişmekte olan bebek/çocuk ve aile ilişkileri ile ilgili birçok olumsuzlukla sonuçlanmaktadır. Anne karnında strese maruz kalan bebekte düşük doğum ağırlığı, erken doğum, duygusal ve davranışsal problemler, çocukluk çağında ise dikkat problemleri, yıkıcı davranışlar, akademik başarıda düşüklük olduğu gösterilmiştir. Erken tanı ve tedavi için risk altındaki bireylerin belirlenmesi oldukça önemlidir. Çoğu kadın gebe kaldığında bir sağlık kuruluşuna başvurmaktadır. Bu başvuru sırasında geçmişte gebelik ve doğum sonrası dönemde bir ruhsal problem yaşayıp yaşamadığı ve şu anda nasıl hissettiği sorgulanarak gerekirse bir ruh sağlığı çalışanına yönlendirilmelidir. Kadınların damgalanacakları, ebeveynlik haklarını kaybedecekleri ya da yetersiz olarak değerlendirilecekleri düşüncesiyle ruhsal problemlerini söylemekten kaçındıkları göz önünde bulundurularak bu kişilere oldukça nazik ve destekleyici yaklaşılmalıdır. Bir bireyde yaşamının ilerleyen döneminde görülebilecek hastalıkların kodlanmasının ve stresin

olumsuz etkilerinin henüz anne karnındayken başlaması, anne ruh sağlığının bireyin ve toplumun sağlığını etkilediği gerçeğini daha iyi anlamamızı sağlar. Sonuç olarak perinatal dönemde olan bir kadının ruh sağlığı dikkatle takip edilerek, olası ruhsal hastalığın erken tanınması, gerekli müdahalelerle önlenmeye çalışılması ve tedavi edilmesi sağlanmalıdır. Bununla birlikte çeşitli kampanyalar düzenlenerek anne ruh sağlığının öneminin toplum ve sağlık çalışanları tarafından kavranması için çaba sarf edilmelidir.

KAYNAKÇA

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th edition). Arlington (Ed.). VA: American Psychiatric Association.
- Bonari, L., Pinto, N., Ahn, E., Einarson, A., Steiner, M. ve Koren, G. (2004). Perinatal risks of untreated depression during pregnancy. *Can J Psychiatry*; 49, 726-735 [PMID: 15633850].
- Brockington, I. (2004). Postpartum psychiatric disorder – ders. *Lancet*, 363, 303-10.
- Brockington, I., Chandra, P., Dubowitz, H., Jones, D., Moussa, S., Nakku, J. ve Quadros Ferre, I. (2011). WPA guidance on the protection and promotion of mental health in children of persons with severe mental disorders. *World Psychiatry*, 10, 93-102. [PMID: 21633678 DOI: 10.1002/j.2051-5545.2011.tb00023.x]
- Cohen, L. S., Wang, B., Nonacs, R., Viguera, A. C., Lemon, E.L. ve Freeman, M. P. (2010). Treatment of mood disorders during pregnancy and postpartum. *Psychiatr Clin North Am.*, 33(2), 273-293.
- Dayan, J., Creveuil, C., Marks, M. N., Conroy, S., Herlicoviez, M., Dreyfus, M. et al. (2006). Prenatal depression, prenatal anxiety, and spontaneous preterm birth: A prospective cohort study among women with early and regular care. *Psychosom Med.*, 68(6), 938–946.
- Ding, X. X., Wu, Y. L., Xu, S. J., Zhu, R. P., Jia, X. M., Zhang, S. F., Huang, K., Zhu, P., Hao, J. H. ve Tao, F. B. (2014). Maternal anxiety during pregnancy and adverse birth outcomes: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *J. Affect. Disord.*, 159, 103–110.
- Dole, N., Savitz, D. A., Hertz-Picciotto, I., Siega-Riz, A. M., McMahon, M. J. ve Buekens, P. (2003). Maternal stress and preterm birth. *Am J Epidemiol*, 157, 14–24.
- Fisher, J., Cabral de Mello, M., Patel, V., Rahman, A., Tran, T., Holton, S. ve Holmes, W. (2012). Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low – and lower-middle-income countries: A systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 90, 139-149.
- Freeman, M. P. (2002). The impact of reproductive events on the course of bipolar disorder in women. *J Clin Psychiatry*, 63(4), 284-287.
- Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G. ve Swinson, T. (2005). Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics & Gynecology*, 106 (5, Part 1), 1071-1083.
- Giardinelli, L., Innocenti, A., Benni, L., et al. (2012). Depression and anxiety in perinatal period: Prevalence and risk factors in an Italian sample. *Archives of Women's Mental Health*, 15(1), 21-30.
- Gotlib, I.H., Whiffen, V.E., Mount, J.H. et al. (1989). Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the post-partum period. *J Consult Clin Psychol*, 57, 269-74.
- Gutteling, B. M., de Weerth, C., Willemsen-Swinkels, S.H., Huizink, A. C., Mulder, E. J., Visser, G. H. et al. (2005). The effects of prenatal stress on temperament and problem behavior of 27-month-old toddlers. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 14, 41–51.
- Huizink, A. C., Robles de Medina, P. G., Mulder, E. J., Visser, G. H. ve Buitelaar, J. K. (2003). Stress during pregnancy is associated with development – mental outcome in infancy. *J Child Psychol Psychiatry*, 44, 810–818.
- Josefsson, A., Angelsioo, L., Berg, G., Ekstrom, C. M., Gunnervik, C., Nordin, C., et al. (2002). Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstet Gynecol*, 99(2), 223–228.
- Kendell, R. E., McGuire, R. J., Connor, Y., ve Cox, J. L. (1981). Mood changes in the first three weeks after childbirth. *Journal of Affective Disorders*, 1, 317–326.
- Kendell, R., Chalmers, J., Platz, C. (1987). Epidemiology of puerperal psychoses. *Br J Psychiatry*, 150, 662-673.
- Khajehi, M. (2015). Mental health of perinatal women. *World J Obstet Gynecol*, 4(2), 46-51.
- Lewis, G., Drife, J. O., Botting, B. J. ve Ireland, N. (2001). *Why mothers die: The fifth report of the confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom 1997-1999*. RCOG Press.
- Lindley, A. A., Benson, J. E., Grimes, C., Cole, T.M. 3rd ve Herman, A. A. (1999). The relationship in neonates between clinically measured head circumference and brain volume estimated from head CT-scans. *Early Hum Dev*, 56(1), 17–29.
- Maras, P. M., Molet, J., Chen, Y., Rice, C., Ji, S. G., Solodkin, A. et al. (2014). Preferential loss of dorsal-hippocampus synapses underlies memory impairments provoked by short, multimodal stress. *Mol Psychiatry*, 19, 811–822.
- Marcus, S. M., Flynn, H. A. (2008). Depression, antidepressant medication, and functioning outcomes among pregnant women. *Int J Gynaecol Obstet*, 100, 248-51.
- Miller, L. J. (2002). Postpartum depression. *Journal of the American Medical Association*, 287, 762–765.
- O'Hara, M. W. ve Wisner, K. L. (2014). Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 28(1), 3-12.
- Pearson, K. H., Nona's, R., Cohen, L. S. (2002). Practical guidelines for the treatment of psychiatric disorders during pregnancy. Pearson, K. H., Sonawalla, S. B. ve Rosenbaum, J. F.

- (Eds). *Women's health and psychiatry* (115-123). Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins.
- Porter, T., Gavin, H. (2010). Infanticide and neonaticide: A review of 40 years of research literature on incidence and causes. *Trauma, Violence, & Abuse*, 11(3), 99-112.
- Ross, L. E., McLean, L. M. (2006). Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. *J Clin Psychiatry*, 67(8), 1285-98.
- Vesga-Lopez, O., Blanco, C., Keyes, K., Olfson, M. ve Grant, B. F. (2008). Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Arch Gen Psychiatry*, 65(7), 805-815.
- Viguera, A. C. (2000). Risk of recurrence of bipolar disorder in pregnant and nonpregnant women after discontinuing lithium maintenance. *Am J Psychiatry*, 157(2), 179-84.
- Wadhwa, P. D., Sandman, C. A., Porto, M., Dunkel-Schetter, C. ve Garite, T. J. (1993). The association between prenatal stress and infant birth weight and gestational age at birth: a prospective investigation. *Am J Obstet Gynecol*, 169, 858-86.
- Watson, J.P., Elliott, S.A., Rugg, A.J., Brough, D.L. (1984). Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year. *Br J Psychiatry*, 144, 453-462.
- Wenzel, A., Haugen, E. N., Jackson, L. C., Brendle, J. R. (2005). Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *J Anxiety Disord*, 19(3), 295-311.
- Williams, J. (2014) *Best practice guidelines for mental health disorders in the perinatal period*. BC Reproductive Mental Health Program & Perinatal Services BC.

