Perinatal Mental Sağlık ve Ebelerin Rolleri

Perinatal Mental Health And The Roles of Midwives

Derleme
Review

Ayseren Çevik[1], Sultan Alan[2]

DOI: 10.17942/sted.1646061

Geliş/Received: 24.02.2025
Kabul/Accepted: 01.06.2026

Özet:

Amaç: Perinatal döneminde yaşanan değişimler, mental yönden sağlıklı kadınlar tarafından tolere edilebilirken, mental sağlık sorunu veya yatkınlığı olan kadınlar tarafından tolere edilmesi güç olabilmektedir. Bu derleme, perinatal mental sağlık sorunları, önemi ve ebelerin rollerine yönelik kapsamlı bir perspektif sunmayı amaçlamaktadır.

Yöntem: Bu derleme kapsamında 01.06.2024–01.02.2025 tarihleri arasında "perinatal", "pregnancy", "postpartum", "mental health", "midwifery", "depression", "anxiety", "baby blues", "post-traumatic stress disorder", "obsessive-compulsive disorder", "bipolar disorder", "schizophrenia", "psychosis" anahtar kelimeleri kullanılarak UpToDate, PubMed, Science Direct, EBSCO ve Google Scholar veri tabanlarında literatür taraması gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Küresel çapta kadınların %10'u perinatal dönemde herhangi bir mental sağlık sorunu deneyimlemektedir. Perinatal dönemde kadınlar yaygın olarak; annelik hüznü, anksiyete, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, bipolar bozukluk, şizofreni ve psikoz gibi mental sağlık sorunları yaşamaktadır. Perinatal mental sağlık sorunları, anne ve çocuk sağlığı yükünü artıran küresel bir sorundur. Bu bakımdan perinatal dönemde anne ruh sağlığının korunması, büyük önem taşımaktadır.

Sonuç: Perinatal mental sağlığın korunması ve geliştirilmesinde, ana çocuk sağlığı hizmetlerinde primer rolde olan ebelere de sorumluluk düşmektedir. Perinatal mental sağlığı iyileştirmede ebelerin; farkındalığı artırma, duygusal refahı güçlendirme, güven oluşturma, aile üyelerini destekleme, uygun bakım sunma, psikoeğitim, yeterli düzeyde eğitim danışmanlığı gibi rolleri bulunmaktadır.

Anahtar Sözcükler: anksiyete; depresyon; ebelik; gebelik; postpartum dönem; psikotik bozukluklar

Summary:

Objective: While the changes experienced during the perinatal period could be tolerated by mentally healthy women, this could be difficult to tolerate by women with mental health problems or predispositions. This review aims to provide a comprehensive perspective on the importance of perinatal mental health issues and the roles of midwives.

Method: This review involved a literature search conducted between June 1, 2024, and February 1, 2025, using the keywords "perinatal", "pregnancy", "postpartum", "mental health", "midwifery", "depression", "anxiety", "baby blues", "post-traumatic stress disorder", "obsessive-compulsive disorder", "bipolar disorder", "schizophrenia", and "psychosis" in the UpToDate, PubMed, Science Direct, EBSCO, and Google Scholar databases.

Results: Globally, 10% of women experience any mental health problems during the perinatal period. During the perinatal period, women commonly experience mental health problems such as maternal blues, anxiety, depression, post-traumatic stress disorder, obsessive-compulsive disorder, bipolar disorder, schizophrenia and psychosis. Perinatal mental health problems are a global problem that increases the burden on maternal and child health. In this respect, protecting maternal mental health during the perinatal period is of great importance.

Conclusion: Midwives, who play a primary role in maternal and child health services, also have responsibilities in protecting and improving perinatal mental health. Midwives have roles in improving perinatal mental health such as raising awareness, strengthening emotional well-being, building trust, supporting family members, providing appropriate care, psychoeducation, and adequate educational counseling.

Keywords: anxiety; depression; midwifery; pregnancy; psychotic disorders; postpartum period

[1] *Dr. Öğr. Üyesi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü (ORCID: 0000-0002-9648-1667)*
[2] *Prof. Dr., Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü (ORCID: 0000-0002-5403-3778)*

Giriş

Perinatal dönem, sosyal, duygusal ve fiziksel değişimlerin yaşandığı bir savunmasızlık dönemidir. Küresel çapta gebe kadınların yaklaşık %10'u ve yeni doğum yapan kadınların ise %13'ü başta depresyon olmak üzere mental sağlık sorunu yaşamaktadır (1). Gelişmekte olan ülkelerde bu daha da yüksek seyretmektedir. Perinatal dönemde kadınların %27'sinin herhangi bir mental sorunla karşılaşacağı bildirilmektedir (2). Perinatal mental sağlık sorunları prevalansı hem bölgesel hem de gelir düzeyine göre farklılık göstermektedir. Yapılan bir meta-analiz çalışmasında kırsal alanlarda perinatal mental sağlık sorunlarının prevalansının %22,1, düşük gelirli ülkelerde %24,5 ve düşük orta gelirli ülkelerde ise %22,8 olduğu bildirilmektedir (3)

Bir başka meta-analiz çalışmasında da benzer sonuçlar bulunmaktadır. Perinatal depresyon sonuçları, alt orta gelirli ülkelerde %25,5, üst orta gelirli ülkelerde %24,7 ve düşük gelirli ülkelerde ise %20,7 olarak bildirilmektedir. Doğu Asya ve Pasifik bölgesinde perinatal depresyon prevalansı %21,4 ve Orta Doğu ve Kuzey Afrika'da %31,5 olarak ifade edilmektedir. Aynı meta-analiz çalışmasında, perinatal depresyonun gebelikteki prevalansı %26,3 iken, postpartum dönemde %23,1 olduğu bildirilmektedir (4). Türkiye'de ise bu sıklık %14-41 arasında değişmektedir (5).

Ulusal ve uluslararası düzeyde perinatal mental sağlık sorunlarını taramak için geçerli ve güvenilir tarama araçları kullanılmaktadır. Depresyonu taramak için küresel çapta yaygın olarak Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) ve Hasta Sağlığı Anketi (HSA-9) kullanılmaktadır. Ülkemizde ise genellikle EDSDÖ kullanılarak perinatal depresyon taraması yapılmaktadır. Anksiyeteyi aramak için küresel çapta Genel Anksiyete Bozukluğu (GAB-7) ve Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği (PATÖ) kullanılmaktadır. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) taramasında DSM-5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) Kontrol Listesi ve City Doğum Travması Ölçeği (CDTÖ) kullanılmaktadır. Ülkemizde de benzer ölçekler kullanılmaktadır (6).

Dünya Sağlık Örgütü, perinatal mental sağlık sorunlarının, anne ve bebek sağlığı üzerindeki yükün küresel bir sorun olduğunu belirtmekte ve perinatal mental sağlığın geliştirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (7). Yapılan araştırmalarda, perinatal mental sağlığı geliştirme ve hastalıkları önlemenin önemli bir yolu perinatal mental sağlığa yönelik eğitim programları oluşturmaktadır (8). Perinatal mental sağlığı geliştirecek eğitim planlamasının, kapsamlı ve nitelikli olması büyük öneme sahiptir. Bakım verici ve eğitici rolde kadınlara en yakın sağlık profesyoneli olan ebe ve hemşireler, perinatal mental sağlığın geliştirilmesinde önemli bir yere sahiptir. Ebe ve hemşire liderliğinde eğitimlerin planlanması ve sürekliliğin sağlanması iyilik halini artırabilmektedir (8).

Amaç

Bu derleme, perinatal mental sağlık sorunları, önemi ve ebelerin rollerine yönelik kapsamlı bir perspektif sunmayı amaçlamaktadır.

Yöntem

Bu derleme kapsamında 01.06.2024–01.02.2025 tarihleri arasında "perinatal", "pregnancy", "postpartum", "mental health", "midwifery", "depression", "anxiety", "baby blues", "post-traumatic stress disorder", "obsessive-compulsive disorder", "bipolar disorder", "schizophrenia", "psychosis" anahtar kelimeleri kullanılarak UpToDate, PubMed, Science Direct, EBSCO ve Google Scholar veri tabanlarında literatür taraması gerçekleştirilmiştir.

Perinatal Mental Sağlık ve Ebelerin Rolleri

Perinatal Dönemde Mental Sağlık

Perinatal dönem, gebelikten doğum sonrası bir yıla kadar devam eden sosyal, duygusal ve fiziksel bir savunmasızlık dönemidir (2). Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem kadınlar için doğal süreçler olsa da yaşanan fiziksel ve hormonal değişimler mental sağlığını etkileyebilir. Gebelik süresince olduğu gibi postpartum dönemde de hormonal ve fizyolojik değişimler yaşanmaktadır. Bu bakımdan perinatal dönemde yaşanan değişimlerin etkisini bir bütün olarak değerlendirmek gerekmektedir. Perinatal dönem süresince duygudurumda değişikler yaşanması sebebiyle "gebeliğin duygusal hız treni" benzetmesi yapılmaktadır. Bu benzetimde perinatal döneme göre, yaşanan değişiklikler ve olumlu/olumsuz yönler şematize edilmektedir (9).

Perinatal dönemde yaşanan mental değişiklikler trimesterlere göre farklılık göstermektedir. Gebeliğin ilk dönemlerinde kadınlar gebeliğe uyum sürecinde iken, son dönemleri doğum, bebeğe

duyulan ilgi ve postpartum bakım rolleri üzerine odaklanmaktadır. Bu bakımdan beklentilerin farklı olması dolayısıyla yaşanan duygudurumlar da değişiklik göstermektedir. Postpartum süreçte fizyolojik geri dönüş süreci başladığında mental sağlıkta da dönüşüm süreci başlamaktadır (9).

- **1. trimesterde mental sağlık (gebeliğin 0-13. haftası):** Bu dönem, gebeliğin öğrenildiği ve gebeliğin kabullenildiği dönemdir. Bu dönemde, artan östrojen, progesteron ve β-hCG etkisiyle kadınlar, bulantı, kusma, baş dönmesi, yorgunluk, uyku hali, duygu değişimleri vb. gibi şikayetler yaşamaktadır. Bu dönemde kadınların gururlu, mutlu ve heyecanlı olması beklense de hormonal değişimlerin etkisiyle gebeler kendisini daha öfkeli, hüzünlü, duygusal ve karmaşık duygular içerisinde hissedebilmektedir. Bu durum gebeliği kabullenme ile ilişkilendirilmektedir. Gebeliği kabullenen ve daha hızlı uyum gösteren kadınlar, daha olumlu duygular yaşarken; gebeliği kabullenmede ve uyum sağlamada sorun yaşayan kadınlar, daha karmaşık veya zıt duygular yaşamaktadır (9).
- **2. trimesterde mental sağlık (gebeliğin 14-27. haftası):** Gebeliğin kabullenildiği ve gebeliğe uyumun sağlandığı dönemdir. Gebelik şikayetlerinin azalması ile kadın kendini daha iyi hissetmektedir. Bu dönemde bebek hareketlerinin hissedilmekte ve bu his etkisiyle kadınların bebekleri ile aralarındaki duygusal bağ güçlenmektedir. Bu olumlu duyguların yanı sıra bazı kadınlarda olumsuz duygular da yaşanabilmektedir. Artan kilo, değişen beden imajı ve gebelik görüntüsü ile bazı kadınlar, kendisini daha güzel hissetse de bazı kadınlar endişe, kendisini çirkin hissetme, azalan öz güven ve benlik algısı gibi olumsuz duygular yaşayabilmektedir. Bu durum aslında kadının sosyal desteği ile ilişkilidir. Bu dönemde kadının eş, aile, yakın çevre ve sağlık profesyonelleri tarafından desteklenmesi mental yönden daha iyi hissetmesine ve olumlu deneyimi yaşamasına olanak sağlayabilmektedir (9).
- **3. trimesterde mental sağlık (gebeliğin 28-40. haftası):** Bu dönemde kadınların odak noktası bebek sahibi olma ve annelik rolüdür. Kadınlar, doğumun yaklaşmasıyla birlikte bebeğine kavuşma heyecanı gibi olumlu duygular hissetmektedir. Kadının sosyal destek alması ve kendini güvende hissetmesi oksitosin ve endorfin seviyelerini yükselterek pozitif doğum deneyimi yaşamalarına olanak sağlamaktadır. Bu olumlu duyguların yanı sıra büyüyen karın bölgesi ve artan şikayetlerin etkisi ile kadınların genel yaşam ve uyku kalitesinde düşmeler yaşanabilmektedir. Doğum yaklaştıkça bebeğe kavuşma heyecanının yanı sıra bazı kadınlarda doğum korkusu, kendi ve bebeğin sağlığına ilişkin kaygılar, bebek bakımına ve annelik rolüne ilişkin korku ve endişeler artmaktadır. Artan kaygı, stres ve korku faktörleri, oksitosin ve endorfin hormonunun salınımını bloke edebilmekte ve katekolaminlerin salınımını tetikleyebilmektedir. Bu hormonal dengeyi bozarak doğum eyleminin ilerlemesine engel olabilmekte ve olumsuz doğum deneyimine yol açabilmektedir (9).
- **4. trimesterde mental sağlık (postpartum 6-8. hafta):** Bu dönem, gebelikte meydana gelen maternal fizyolojik değişikliklerin, gebelik öncesi duruma döndüğü doğum sonrası 6-8 haftalık süreci ifade etmektedir. Bu süreçte kadınların en önemli değişim ve dönüşümü annelik rolüdür. Yeni bir kimlik kazanımı olan annelik rolü, annelik davranışlarının kabulüne ilişkin bir süreç olmakla birlikte kadının psikososyal gelişimine katkı sağlayan önemli bir geçiş sürecidir (10). Kadınların sağlık düzeyi, sosyokültürel özellikleri ve imkanları, sosyal destekleri ve öz güvenleri, annelik rolüne uyum sürecini etkileyen önemli faktörlerdendir. Kadınların düşük öz güven düzeyleri, postpartum dönemde annelik rolüne uyumu zorlaştırmakta ve mental sağlık sorunlarının gelişmesine yol açabilmektedir (9).

Perinatal döneminde yaşanan değişimler, mental yönden sağlıklı kadınlar tarafından tolere edilebilirken, mental sağlık sorunu veya yatkınlığı olan kadınlar tarafından tolere edilmesi güç olabilmektedir. Perinatal döneme ve annelik rolüne uyum sağlanmaması durumunda perinatal mental sağlık sorunları gelişebilmektedir (11).

Perinatal Mental Sağlık Sorunları Risk Faktörleri

Perinatal dönemde yaşanan değişimler tüm kadınlar tarafından tolere edilemediğinden mental

sağlık sorunları gelişebilmektedir. Perinatal mental sağlık sorunları, gebelik sırasında veya doğumu takip eden ilk yılda ortaya çıkan sorunlardır. Perinatal mental sağlık sorunları gelişme riskini artıran bazı faktörler bulunmaktadır.

Perinatal mental sağlık sorunlarının ortaya çıkmasında;
- Mental sağlık sorunları öyküsü,
- Biyolojik nedenler (hormonal değişim, yaş vb.),
- Sosyoekonomik faktörler,
- Yaşam tarzı,
- Üreme sağlığı faktörleri,
- Psikososyal faktörler,
- Travmatik deneyimler gibi faktörler rol almaktadır (12).

Mental Sağlık Sorunları Öyküsü
Mental sağlık, gebelik ve çocuk sahibi olma gibi bireysel bir deneyimdir. Ancak geçmişte ruh sağlığı sorunları (depresyon, kaygı bozukluğu vb.) yaşayanlarda perinatal dönemde bu sorunların tekrar ortaya çıkma riskini artmaktadır. Özellikle, gebelik öncesi dönemde mental sağlık sorunu veya yaşam boyu herhangi bir zamanda psikiyatrik tedavi öyküsü, perinatal depresyon için önemli bir risk faktörü olarak görülmektedir (13). Ayrıca, prenatal depresyon, postpartum depresyonun en güçlü yordayıcısı olarak kabul edilmektedir. Mental sağlık sorunları olan kadınlar, sosyal yönden çok aktif olmadıkları için perinatal hizmetlere daha geç erişmekte, izlemler ve taramalara katılma konusunda güçlük yaşama olasılıkları artmaktadır (14).

Biyolojik Faktörler
Gebelik sırasında ve sonrasında yaşanan fiziksel ve hormonal değişimler, ruh halinde farklılıklara neden olabilmektedir. Gebelik süresince stres hormonu olarak bilinen kortizol seviyeleri, bebeği korumak ve desteklemek için artmaktadır. Kortizol seviyesindeki bu artış, kadınlarda anksiyete ve depresyon belirtileri gibi mental sağlık sorunları yaşanmasına yol açabilmektedir (11). Yüksek maternal kortizol düzeyleri, depresyon, anksiyete ve stres ile ilişkilendirilmektedir. Ayrıca artan maternal kortizol seviyeleri, plasenta aracılığıyla fetüse geçerek fetal ve neonatal sonuçları etkileyebilmektedir (14). Hormonal değişimlerin yanı sıra genetik hastalıklar, ileri yaş veya adölesan gebelikler de ruh sağlığını olumsuz etkileyebilen diğer biyolojik faktörleri oluşturmaktadır (12,13).

Sosyoekonomik Faktörler
Düşük gelir ve eğitim düzeyine sahip kadınların, mental sağlık sorunlarının tanı ve tedavisinde engellerle karşılaşma riski daha yüksektir. Ekonomik sıkıntıların olması, bebekle birlikte artan masraflar, çalışan kadınlar için izin süreci vb. gibi durumlar perinatal anksiyete ve depresyon riskini artırabilmektedir (13).

Yaşam Tarzı
Beslenme, kilo, sigara, alkol ve madde kullanımı gibi yaşam tarzı ve alışkanlıklar, mental sağlığı etkilemektedir. Gebelik döneminde sigara, alkol ve madde kullanımı mental sağlık sorunlarına yatkınlığı artırmaktadır. Bunun yanı sıra düzensiz beslenme ve kilo alımı da perinatal depresyon ile ilişkilendirilmektedir (13).

Üreme Sağlığı Faktörleri
Multiparite, sık gebelikler, sezaryen doğum, erken doğum, bebeğin cinsiyeti, gebelikte yaşanan ciddi sağlık sorunları perinatal mental sağlık sorunlarını artırabilmektedir. Gebelikler arasında olduğu kadar aynı gebelikte dönemlere göre mental sağlık değişiklik gösterebilmektedir. Birinci ve üçüncü trimesterde, anksiyete ve depresyon görülme sıklığında bir artış meydana gelebilmektedir (12).

Psikososyal Faktörler
Bebek sahibi olmanın stresli, yorucu ve bunaltıcı yönleri olabilmektedir. Bu dönemde kadınların çevresinde onlara yardım edebilecek eş veya aile üyeleri gibi insanlar olmadığında baş etmede zorluklar yaşanabilmektedir. Bu süreci yönetemeyen kadınlarda mental sağlık sorunları gelişebilmektedir. Perinatal dönemde baş etme mekanizmasında benlik saygısı da oldukça önemlidir. Benlik saygısının düşük olması, annelik rolünde yetersizlik hissi ve baş etmede güçlük gibi sorunlara yol açabilmektedir (9-11).

Stresli Yaşam Koşulları ve Önemli Yaşam Olayları
Stres ve hastalık, ölüm, ayrılık, düzen bozulması, iş kaybı, travma, göç, doğal afet, felaket, savaş vb. gibi önemli yaşam olaylarıyla baş etmek gebelik ve doğum sonu dönemde daha zor olabilmektedir. Bu süreçte, gebelik izlemleri, doğum korkusu, artan sorumluluklar ve masraflar, bebek bakımı, sağlık hizmetlerine erişim gibi ihtiyaçlar ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla artan stres ve kaygı etkisiyle, kadınlarda mental sağlık sorunları gelişme riski artabilmektedir (11,15).

Travmatik Deneyimler
Çocukluk döneminde ilgisizlik, olumsuz aile ortamı, travmatik olaylar, yakın birinin kaybı, fiziksel, cinsel veya duygusal istismar gibi zor durumlar ilerleyen dönemlerde mental sağlık sorunlarını artırabilmektedir. Aile içi şiddet, duygusal şiddet, cinsel saldırı ve istismar, fiziksel şiddet, ekonomik şiddet gibi durumların yaşanması perinatal dönemde mental sağlık sorunları riskini artırabilmektedir (12). Kadınların yaşama riski yüksek olan bir diğer travmatik deneyim ise doğum travmasıdır. Kadınların yaşadıkları olumsuz doğum deneyimleri ve travmalar, gelecek dönemlerde fiziksel ve mental sorunlara yol açabilmektedir. Travmatik doğum deneyimi yaşayan kadınlarda doğumdan sonra posttravmatik stres bozukluğu semptomları gelişebilmektedir (16).

Sık Görülen Perinatal Mental Sağlık Sorunları
Perinatal dönemde mental sağlık sorunları sık karşılaşılan sonuçlardandır. Küresel çapta kadınların %10'u perinatal dönemde herhangi bir mental sağlık sorunu deneyimlemektedir (1).

Perinatal dönemde kadınlar yaygın olarak;
- Annelik hüznü,
- Anksiyete,
- Depresyon,
- Travma sonrası stres bozukluğu,
- Obsesif kompulsif bozukluk,
- Bipolar bozukluk,
- Şizofreni ve psikoz gibi mental sağlık sorunları yaşamaktadır (17).

Annelik Hüznü
Doğumdan sonraki ilk iki haftalık süreçte kadınlar, depresif, ağlamaklı, endişeli, huzursuz gibi duygudurum değişiklikleri yaşanabilmektedir. Postpartum dönemde, gebeliğin sonlanmasıyla birlikte östrojen ve progesteron seviyelerinde ciddi bir azalma meydana gelmektedir. Yaşanan hormonal değişimlerin etkisiyle, duygudurum değişiklikleri yaşanabilmektedir. Kadınlarda yaşanan bu duygudurum değişiklikleri genellikle postpartum ikinci ve üçüncü günde ortaya çıkmakta ve yaklaşık iki hafta içerisinde kendiliğinden düzelmektedir. Annelik hüznü, doğum sonu dönemdeki kadınların yaklaşık %40'ında görülmektedir (18).

Annelik hüznü; kısa süreli ağlama nöbetleri, ruh hali değişimleri (gergin, sinirli, üzgün, mutlu vb.), bebeğe bağlanma sorunları, bebek öncesindeki hayat fırsatlarını arama, bebeğin sağlığı ve güvenliği konusunda endişelenme, karar vermede güçlük, huzursuz hissetme, uykusuzluk sorunu yaşama gibi belirtiler ile karakterizedir. Yaşanan değişik duygular genellikle tedavi gerektirmeksizin birkaç hafta içinde kaybolmaktadır. Psikososyal destek dışında herhangi bir farklı müdahaleye gerek duyulmamaktadır. İhtiyaç duyulması halinde nefes ve gevşeme teknikleri, bilişsel terapi ve farmakoterapi düşünülebilmektedir (10).

Perinatal Anksiyete
Düşük düzeyde kaygı, günlük rolleri yerine getirme konusunda motive edici olması sebebiyle yararlı olabilmektedir. Ancak kaygı şiddetli olduğunda, uzun süre devam ettiğinde veya sıkıntıya neden olup yapmak istenen şeyleri yapmayı engellediğinde anksiyete bozukluğundan bahsetmek mümkün olmaktadır. Anksiyete bozukluklarının gelişmesinde biyolojik ve psikososyal faktörler rol oynamaktadır. Anksiyete bozukluğunda biyokimyasal faktör olarak serotonin, norepinefrin ve gamaaminobütirik asit (GABA) gibi nörotransmitterler yer almaktadır. Serotonin, vücut ısısı, iştah, uyku, dürtüler ve duygudurumun düzenlenmesinde rol almaktadır. Norepinefrin, uyku, kan basıncı ve duygudurumun düzenlenmesine yardımcı olmaktadır. GABA, gevşemeyi sağlama, aşırı uyarılmayı önleme ve uykuyu düzenlenme ile görevlidir. Bu hormon düzeyleri yetersiz işlev gördüğünde anksiyete bozukluğu yaşanabilmektedir. Beyin aktivitesinde ise amigdalada yaşanan değişiklikler anksiyete bozukluğu gelişmesinde önemli bir yere sahiptir. Amigdala, beyindeki duygusal girdilerin yönlendirilmesini sağlamaktadır. Buraya gelen bazı duyusal girdiler tehdit edici algılanabilmektedir. Yaşanan bu tehdit algısı, endişe, stres ve korku duygularını tetikleyerek anksiyete bozukluklarına yol açabilmektedir. Anksiyete bozukluğuna neden olan bir diğer faktör genetik yatkınlıktır. Birinci derece akrabasında anksiyete bozukluğu olanlarda, anksiyete görülme sıklığı daha yüksektir. Psikososyal açıdan incelendiğinde ise yaşanılan çevre, yaşam tarzı, aile yapısı, kültür, yetiştirilme tarzı ve kişilik gelişimi gibi durumlarda yaşanan olumsuzluklar anksiyete bozukluğu gelişme riskini artırabilmektedir. Tüm bu faktörler göz önünde bulundurulduğunda perinatal dönemde anksiyete bozukluğu gelişimine açık bir

dönem olarak ele alınmaktadır. Anksiyete, gebelik ve postpartum dönemdeki kadınların yaklaşık %20'inde görülmektedir (19). Perinatal anksiyete; sürekli korkulu ve kaygılı hissetme, bebek ve bebeğin sağlığı konusunda endişe, yeterince iyi bir ebeveyn olamama korkusu, kötü bir şey olacakmış hissi, uyku ve iştah bozuklukları, mide bulantısı, baş dönmesi, kalp çarpıntısı, huzursuzluk, ateş basması vb. gibi belirtiler yaşanabilmektedir. Anksiyete bozukluğu yönetiminde, farmakolojik tedavi, psikoterapi ve psikoeğitim önerilmektedir. Tedavi sürecinde sosyal destek, gevşeme teknikleri, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını hayata uygulama gibi müdahaleler iyileşme sürecine desteklemektedir (20).

Perinatal Depresyon

Depresyon, gebelik ve postpartum dönemde sık görülen komplikasyonlardandır. Depresyon gelişiminde biyolojik ve psikososyal faktörler rol almaktadır. Genetik özellikler, hormonal bozukluklar, fizyolojik hastalıklar, beslenme bozuklukları, nöroendokrin bileşenler, sosyal destek, toplumsal roller, evli olma, çocuk sayısı, şiddet, kültürel, çevresel faktörler gibi durumlar depresyonu tetiklemektedir. Depresyon gelişmesinde dehidroepiandrosteron (DHEA), adrenal hormonlar, tiroid hormonları, progesteron, östrojen, testosteron, oksitosin gibi hormonlar rol almaktadır. Savaş veya kaç tepkisinde önemli bir faktör olan ve stres hormonu olarak bilinen kortizol hormonun yüksek olması depresyon riskini artırmaktadır. Her iki cinsiyet için de önemli olan östrojen hormonun eksikliği; sisli düşünme, sıcak basması, zayıf hafıza, vajinal kuruluk, baş ağrısı, uykusuzluk ve kemik kaybı gibi diğer semptomlarla da ilişkilendirilmektedir. Progesteron, östrojenle dengede olduğunda, kaygıyı azaltmaya, beyni sakinleştirmeye, kilo vermeyi desteklemeye, kan şekeri seviyelerini dengelemeye, ödemi hafifletmeye, kemik büyümesini desteklemeye, dinlendirici uykuyu teşvik etmeye, hücresel oksijen seviyelerini iyileştirmeye, cinsel dürtüyü artırmaya, depresyon ve anksiyete semptomlarını azaltmaya yardımcı olabilmektedir. Bir diğer cinsiyet hormonu olan testosteronun düşük seviyelerde olması, kemik kütlesinin azalmasına, konsantrasyon zorluğuna, cinsel dürtünün azalmasına ve ruh hali değişimlerine neden olabilmektedir. Ruh hali düzenlemesinde görevli olan serotonin, dopamin ve gama-aminobütirik asit (GABA) gibi nörotransmiterlerde yaşanan dengesizlikler de depresyona yol açabilmektedir. Beyinde, cinsiyet bezlerinde ve adrenal bezlerde üretilen DHEA hormonunun en önemli görevlerinden biri vücuttaki kortizol seviyelerini düşürmektir. DHEA, ruh halini iyileştirme, bağışıklığı güçlendirme, yağ kaybını artırma ve insüline karşı direnci azaltma gibi olumlu etkilere sahiptir. Bu hormonun üretiminde sorun yaşanması veya düşük seviyelerde seyretmesi mental sağlık sorunlarına yol açabilmektedir. Gebelik ve postpartum dönemde yaşanan hormonal ve psikososyal değişimler, depresyon gelişimine yol açabilmektedir. Adölesan gebelik, primiparite, abortus, plansız ve istenmeyen gebelikler gibi durumlar perinatal depresyon riskini artırabilmektedir. Perinatal depresyonun gelişimini östrojen, progesteron ve kortizol düzeylerinde yaşanan değişimler de etkilemektedir. Gebelik döneminde depresyon semptomları görülme sıklığı yaklaşık %26,5, postpartum dönemde %40,0'dır (10,15). Özellikle doğumdan sonra bu hormonlarda hızlı bir düşüş yaşanması postpartum depresyon (PPD) gelişme riskini artırabilmektedir. PPD, doğum sonu ilk dört hafta içerisinde görülen ve semptomları iki hafta süren mental sağlık sorunudur. PPD olan kadınlarda; değişken ruh hali, aşırı üzüntülü, mutsuz ve değersiz hissetme, suçluluk ve şüphe duygusu, konsantrasyon ve hafıza sorunları, uyku problemleri, yorgunluk, enerji kaybı, kilo ve iştah değişikliği, bebeğe zarar verme korkusu, öz kıyım gibi semptomlar sık görülmektedir. Perinatal depresyon yönetiminde, farmakolojik tedavi, psikoterapi, psikoeğitim, sosyal destek, gevşeme teknikleri, sağlıklı yaşam biçimi davranışları gibi uygulamalar önerilmektedir (19,20).

Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), "psikolojik travmanın karmaşık somatik, bilişsel, duygusal ve davranışsal etkileri" olarak tanımlanmaktadır. TSSB, müdahaleci düşünceler, kabuslar ve geçmiş travmatik olayların geri dönüşleri, travma hatırlatıcılarından kaçınma, hipervijilans ve uyku bozukluğu ile karakterizedir. TSSB gelişimi, bireysel ve toplumsal risk faktörlerinden etkilenmektedir. Travmatik bir deneyime maruz kalma (savaş, göç, kayıp, şiddet, istismar, ölüm vb.), çocukluk travması (şiddet, istismar, ebeveyn kaybı vb.), düşük eğitim ve sosyoekonomik düzey, psikiyatrik hastalık öyküsü, yetersiz sosyal destek,

olumsuz ilişkiler, travmatik doğum deneyimi vb. gibi durumlar TSSB gelişiminde rol almaktadır. Bu faktörlerin yanı sıra TSSB gelişiminde nöroendokrin olaylar da söz konusudur. TSSB'li hastalarda; hipokampus, sol amigdala ve ön singulat korteks hacminin azaldığı, merkezi norepinefrin seviyelerinin arttığı ve glukokortikoid seviyelerinin azaldığı gözlenmektedir. Dünya çapında TSSB prevalansı %1-6 arasında değişmektedir. Travmatik doğum deneyimi yaşayan kadınlarda doğumdan sonra TSSB semptomları gelişebilmektedir. Postpartum TSSB gelişmesinde; ruh sağlığı bozuklukları, travma öyküsü, parite, doğum korkusu, gebelik kaybı, travmatik doğum deneyimi, doğum sırasında destek eksikliği gibi risk faktörleri bulunmaktadır (21). Doğum korkusu (tokofobi), travmatik doğum eylemi ve stres bozukluğuna yol açabilen önemli durumlardan biridir. Doğum korkusu, "doğum öncesi, doğum sırası veya sonrasında meydana gelen gelecekteki doğumu düşünme, doğum yapma konusunda belirsizlik ve endişe duyguları" olarak tanımlanmaktadır (22). Küresel çapta kadınların yaklaşık %14'ünü etkilemektedir (22). Postpartum TSSB görülme sıklığı, %3-15 arasında değişmektedir (23). Kadınlarda TSSB riskini artırması sebebiyle perinatal dönemde ele alınması gereken önemli konulardandır. TSSB olan kadınlarda, düşünceleri veya rüyaları sürekli olarak yeniden deneyimleme, geçmişe dönme ve ardından yoğun sıkıntılı duygular hissetme, travmatik olayla ilişkili düşünce, duygu ve durumlardan ısrarla kaçınma, sürekli uyarılma, sinirlilik, aşırı uyanıklık, abartılı irkilme tepkisi, uykuya dalma veya uykuda kalma zorluğu gibi belirtiler yaşanabilmektedir. TSSB yönetiminde, ilk seçenek olarak psikoterapi önerilmektedir. Belirtiler şiddetlendiğinde veya psikoterapi yetersiz kaldığı durumlarda farmakoterapi ile tedavi süreci desteklenmektedir. Bu süreçte sağlıklı beslenme, egzersiz ve uyku rutinlerine devam edilmelidir. Tedavi süresince semptomların azalmasını destekleyecek nitelikte olan günlük yaşam aktivitelerinin düzenlenmesi, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının benimsenmesi ve kadınların pozitif doğum deneyimi yaşamalarına olanak sunulması iyileşme sürecine katkı sağlamaktadır (24).

Obsesif Kompulsif Bozukluk

Obsesif-kompulsif bozukluk (OKB), tipik olarak belirgin anksiyete veya sıkıntıya neden olan tekrarlayan düşünceler, görüntüler ve takıntıları bastırmak için hissettiği zihinsel veya davranışsal eylemler ile karakterizedir. OKB gelişiminde, genetik, nörobiyolojik, psikolojik, bulaşıcı, hormonal ve travmatik faktörler etkili olmaktadır. Serotonin ve GABA düzeylerindeki dalgalanmalar OKB gelişiminde rol almaktadır. Gebelik ve postpartum dönemde östrojen ve progesteron düzeylerinde yaşanan dalgalanmalar, serotonin düzeyini etkilemesi sebebiyle OKB semptomlarını tetikleyebilmektedir. OKB, genel popülasyonda görülme sıklığı yaklaşık %1-2 olan mental sorundur. Gebelikte yeni başlangıçlı OKB oranları %2-22, postpartum dönemde ise %2-24 arasında değişmektedir (25). OKB olan bireylerde, mikrop korkusu, aşırı temizlik veya el yıkama, bir şeyi unutma/kaybetme korkusu, kapı kilidi, ocak/fırının kapalı olması gibi tekrarlayan kontroller, kelimeleri sessizce tekrarlama veya sayma, simetrik veya mükemmel düzen arzusu gibi semptomlar yaşanabilmektedir. Semptomlar, perinatal evreye göre değişebilmektedir. Gebelik döneminde, takıntılar genellikle fetal ölüm veya kontaminasyon korkularıyla ilgiliyken, postpartum dönemde ise takıntılı düşünceler genellikle bebeğin zarar görmesi ile ilgilidir. Perinatal dönemde OKB'li kadınların çoğu ayaktan tedavi edilmektedir. Kendi bakımını karşılamakta güçlük çeken, kendine, bebeğe veya başkalarına zarar verme riski olanlarda hastaneye yatış önerilmektedir. Perinatal dönemde OKB için etkili ve sık tercih edilen tedavi yöntemi psikoterapidir. Psikoterapiye erişemeyen veya kabul etmeyenlerde farmakoterapi önerilmektedir. Tedavi sürecinde sağlıklı beslenme, egzersiz ve uyku rutinlerine devam edilmesi iyileşmeye katkı sağlamaktadır (9).

Bipolar Bozukluk

Bipolar bozukluk, mani atakları ile karakterize olan, bireylerin ruh hali, enerji, aktivite ve konsantrasyonunda olağandışı değişimlere neden olan bir duygudurum bozukluğudur. Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerden etkilenebilmektedir. Bipolar bozukluk gelişiminde genetik, nöroprogresif bozukluklar, immün sistem düzensizliği, ebeveyn eğitimi, düşük gelir düzeyi, psikiyatrik hastaneye yatış öyküsü, olumsuz çocukluk deneyimi gibi durumlar risk faktörü olarak görülmektedir. Gebelik ve postpartum dönemde östrojen ve progesteron düzeylerinde yaşanan dalgalanmalar, serotonin

düzeyini etkilemesi sebebiyle bipolar bozukluk semptomlarını tetiklemektedir. Bipolar bozukluk semptomları mevsimsel değişiklik göstermektedir. İlkbahar-yaz aylarında coşkunluk, sonbahar-kış aylarında çökkünlük duyguları yaşanmaktadır. Bunların dışında; az uyuma isteği, etrafı rahatsız edici davranışlar, kolayca heyecanlanma veya huzursuz hissetme, aşırı para harcama, hızlı konuşma, çok düşünme, fikir uçuşu, iştahta aşırı düzeyde değişiklik gibi belirtiler yaşanabilmektedir. Küresel olarak yetişkinler arasında bipolar bozukluğu görülme sıklığı %1-3 arasında değişmektedir (26). Gebelik ve postpartum dönemdeki kadınların yaklaşık %20 ›sinde bipolar bozukluk görülmektedir (27). Bipolar bozukluğun tekrarlama riski perinatal dönemde artmakla birlikte, gebelik dönemine kıyasla postpartum dönemde daha yüksektir. Bipolar bozukluğun tedavisinde ilk hedef güvenli çevrenin oluşturulması ve olası zararların önlenmesidir. Yönetimde farmakoterapi ve psikoterapi tercih edilmektedir. Farmakoterapi, öz kıyım veya cinayet düşüncesi, zarar verici ve agresif davranışlar, sanrılar, halüsinasyonlar, sosyal veya mesleki işlevsellikte orta ila şiddetli bozulma vb. gibi durumlar varlığında önerilmektedir (9).

Şizofreni ve Psikoz

Şizofreni, halüsinasyonlar, sanrılar, mani ve depresyon gibi duygudurum bozukluğu semptomlarıyla karakterize edilen kronik mental sağlık sorunudur. Şizofreni gelişimini, genetik ve çevresel faktörler etkilemektedir. Dopamin, glutamat, GABA ve asetilkolin dahil çeşitli nörotransmitter, şizofreni gelişiminde rol almaktadır. Olumsuz çocukluk deneyimi, obstetrik komplikasyonlar, perinatal enfeksiyon, madde ve tütün kullanımı gibi durumlar şizofreni gelişimini tetiklemektedir. Küresel olarak şizofreni, genel popülasyonun yaklaşık %1'ini etkilemektedir. Düzensiz konuşma, motivasyon eksikliği bilişsel, sosyal ve mesleki işlev bozukluğu gibi semptomlar görülmektedir. Tedavide farmakoterapi, psikoterapi ve elektrokonvülsif terapi önerilmektedir (28). Psikoz, gerçeklikle ilgi kaybının olduğu ve zihni etkileyen belirtilerin yaşandığı bir sorundur. Bir psikoz atağı sırasında bireyler, düşünceler ve algılar bozulmakta ve neyin gerçek olup neyin olmadığını tanımakta zorlanabilmektedir. Genetik yatkınlık, psikiyatrik hastalık öyküsü, hormonal dengede yaşanan değişiklikler, otoimmün hastalıklar, psikososyal durumlar gibi faktörler psikoz gelişiminde rol almaktadır. Genel popülasyonda psikoz görülme sıklığı %1-13 arasında değişmektedir (29). Özellikle postpartum dönemde östrojen ve progesteron düzeylerinde ani düşme, postpartum psikoz riskini artırabilmektedir. Postpartum psikoz görülme sıklığı 1000 doğumda yaklaşık 0,1-2,6 arasında değişmektedir (30). Psikotik semptomlar, hastaların kendilerine veya başkalarına zarar verme veya temel ihtiyaçlarını karşılayamama riskini artırabilmektedir. Psikotik semptomlar; şüphe, paranoyak fikirler veya başkalarıyla huzursuzluk, açık ve mantıklı düşünmede zorluk, sosyal olarak geri çekilme, olağandışı veya aşırı yoğun fikirler, garip duygular veya duygu eksikliği, öz bakım veya kişisel hijyende azalma, uyku düzeninde bozulma, bebeğe veya kendine zarar verme, özkıyım gibi belirtiler karakterizedir. Tedavide farmakoterapi, psikoterapi ve elektrokonvülsif terapi önerilmektedir (9,29).

Perinatal Mental Sağlık Sorunlarının Anne ve Çocuk Sağlığı Üzerine Etkileri

Perinatal mental sağlık sorunları hem anne hem de bebeğin sağlığını olumsuz yönde etkileyen önemli bir sorundur. Gestasyonel diyabet preterm doğum, düşük doğum ağırlığı, preeklampsi, ablasyo plasenta, CYBE, yetersiz beslenme, sigara, alkol ve madde kullanımı, yetersiz doğum öncesi bakım, ölü doğum, antepartum ve postpartum kanama, gibi perinatal komplikasyonlara yol açabilmektedir (15). Tüm bu etkilerin yanı sıra perinatal dönemde mental sağlık sorunu yaşayan kadınlarda yaşanan en önemli durumlardan biri öz kıyım girişimleri ve anne ölümleridir (31). DSÖ'ye göre anne ölümleri, gebelik veya doğumdan sonraki 42 gün içinde, obstetrik nedenlerle ilgili, kazara veya tesadüfi nedenlerden oluşmaktadır. Gebelik ve postpartum dönemde meydana gelen kazalar, ölümler, öz kıyımlar ve cinayetler bu sınıflandırmaya dahil edilmektedir (31). Perinatal dönemde kadınlarda öz kıyım düşüncesi yüksektir. Küresel çapta perinatal öz kıyım sıklığı 100.000 canlı doğumda 1,3-3,7 arasında değişmektedir (32). Öz kıyıma bağlı ölümler, doğumdan sonraki ilk yılda önde gelen bir ölüm nedenlerini oluşturmaktadır. Küresel çapta postpartum ölümlerin %20'si öz kıyım nedeniyle gerçekleşmektedir (32). Perinatal mental sorunların maternal komplikasyonları olduğu kadar fetal-neonatal komplikasyonları da bulunmaktadır. Gebelik döneminde mental

sağlık sorunu, maternal-plasental-fetal stres ile ilişkilendirilmektedir. Stres durumunda serotonerjik sistem, hipotalamik-hipofiz-adrenal eksen ve maternal bağışıklık aktivasyonunu etkileyen çeşitli mekanizmalarla bebeğin gelişiminde olumsuz etkilere yol açabilmektedir. Gebelik döneminde depresyon veya farklı bir mental sağlık sorununa maruz kalan kadınların bebeklerinde; anne ve bebek bağlanmasında sorunlar, emzirme ve bakım sorunları, büyüme ve gelişme bozuklukları, çocukluk çağı bilişsel ve davranışsal problemler, kişilik bozuklukları, dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu, otizm, yaşamın ilk yılında hastaneye yatış ve artan ölüm oranı gibi sorunlar görülmektedir (33). Sağlıklı kadınlara kıyasla mental iyilik hali olmayan kadınların, gebelik ve postpartum dönemde bebeklerine bağlanma düzeyleri daha düşüktür. Anne ve bebek arasındaki bağın güçlü olmaması, annenin mental iyilik halinin yeterli düzeyde olmaması gibi sorunlar bebeğin gelişimi ile ilgili sorunlara yol açabilmektedir (33).

Perinatal Mental Sağlığın Geliştirilmesi ve Ebelerin Rolleri

Perinatal mental sağlık sorunları, anne ve çocuk sağlığı yükünü artıran küresel bir sorundur (3). Bu bakımdan perinatal dönemde anne ruh sağlığının korunması, büyük önem taşımaktadır. Sağlık profesyonelleri, topluluklar ve politikalar, kadınların bu savunmasız dönemde ihtiyaç duydukları bakımı alması için birlikte hareket etmeleri önemlidir. Perinatal mental sağlık sorunları için risk faktörlerini ele alma, tespit etme ve destek hizmetlerine erişimin önündeki engelleri ortadan kaldırılması, gerekli müdahalelerin daha erken ve etkili bir şekilde uygulanmasına olanak sunmaktadır. Böylece, anne ve çocuk sağlığının iyileştirilmesine büyük ölçüde katkı sağlanabilmektedir (7). Perinatal mental sağlığı iyileştirmek için sistemik eşitsizliklerin ele alınması, sağlık ve destek hizmetlerine eşit erişim sağlanması temel adımı oluşturmaktadır. Bunun yanı sıra, perinatal mental sağlığı korumak ve geliştirmek için aile ve arkadaşların sosyal destek rolü de oldukça önemlidir. Perinatal mental sağlığın korunması ve geliştirilmesinde; tarama azlığı, sağlık profesyonellerinin konu hakkında bilgi eksikliği, mental sağlık kaynaklarının yetersizliği, sosyal damgalanma gibi engeller bulunmaktadır. Damgalama, kadınlarda utanç veya suçluluk duygularına neden olabilen ve toplumsal beklentiler ve taleplerin yüklendiği annelik rolü açısından perinatal mental sağlığı olumsuz etkileyebilen bir durumdur. Kadınlarda yaşanan bu damgalama, yardım isteme konusunda isteksizliğe ve sorunların eksik bildirilmesine yol açabilmektedir. Bu bakımdan endişelerin paylaşılabileceği güvenli ve destekleyici bir ortam yaratmak oldukça önemlidir. Perinatal dönemde perinatal mental sağlık sorunlarına karşı farkındalığın oluşturulması, mental sağlık sorunlarının önlenmesi, tanımlanması ve tedavisi önceliklendirilmelidir. Kapsamlı tarama programları ile erken tanı ve müdahalenin sağlanması, damgalanmayı azaltmak için rutin gebelik ve postpartum izlemlerine mental sağlık hizmetlerinin entegre edilmesi, toplum destek grupları, bilişsel terapi, eğitim gibi nonfarmakolojik müdahaleleri içeren kapsamlı perinatal ruh sağlığı hizmetlerine erişimin sağlanması kadın ve toplum sağlığı açısından hayati öneme sahiptir. DSÖ tarafından "Perinatal Mental Sağlığın Anne ve Çocuk Sağlığı Hizmetlerine Entegrasyonuna Yönelik Rehber"i geliştirilmiştir (34). Bu rehber, perinatal mental sağlık hizmetlerinin ana çocuk sağlığı hizmetlerine entegrasyonunu planlamak ve etkisini değerlendirmek için kanıta dayalı bir yaklaşım sağlamaktadır. Ana çocuk sağlığı hizmetleri, kadınları saygılı ve damgasız bir ortamda desteklemek için eşsiz bir fırsat sunmakta, anne, çocuk ve toplum sağlığını yükseltmektedir. Bu rehberde, ana çocuk sağlığı hizmetinde çalışan sağlık profesyonellerinin mental sağlık sorunlarının semptomlarını belirleme, yerel ve kültürel bağlamlara uygun destekleme hedefiyle en iyi bilgileri sağladıkları bildirilmektedir. Bu bağlamada, ana çocuk sağlığı hizmetlerinde primer rolde olan ebelere de sorumluluk düşmektedir. Perinatal mental sağlığı iyileştirmede ebelerin; farkındalığı artırma, duygusal refahı güçlendirme, güven oluşturma, aile üyelerini destekleme, uygun bakım sunma, psikoeğitim, yeterli düzeyde eğitim danışmanlığı gibi rolleri vardır (34). Yapılan çalışmalarda, ebe liderliğindeki eğitim ve danışmanlığın anksiyete ve depresif semptomlar üzerinde olumlu etki gösterdiği bildirilmektedir (34). Ebeler, mental sağlık sorunu olan kadınlar ve ailelerini destekleyebilmek için, sürekli eğitim ve öğretime erişebilmeleri, örgütsel desteğe sahip olmaları ve çeşitli seçeneklerle uygun sevk yollarına erişebilmeleri gerekmektedir. Bu eğitimler, ebelerin perinatal

mental sağlığın kültürel yeterliliğini geliştirmeye de odaklanmalıdır. Bu çerçevede ihtiyaç duyulan tüm mesleki gelişim fırsatlarının ebelere sunulması önemlidir (35).

Sonuç ve Öneriler

Perinatal mental sağlık sorunları, hem anneleri hem de bebekleri olumsuz etkileyen bir durumdur. Dolayısıyla, anne ve bebek sağlığını yükseltmek için perinatal mental sağlığı korumak ve geliştirmek kritik öneme sahiptir. Bu bakımdan, koruyucu sağlık hizmetlerinde rol alan tüm sağlık profesyonelleri özellikle de ebeler, perinatal mental sağlığın korunması ve geliştirilmesinde oldukça önemli rollere sahiptir. Bu doğrultuda, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebe, hemşire ve doktorların perinatal mental sağlık hakkında farkındalık ve bilgi sahibi olması, kadınlara ve ailelerine yönelik eğitimlerin yapılması, perinatal mental sağlık tarama, değerlendirme ve takiplerinin yapılması önerilmektedir.

Ek Bilgi

Bu derleme, "Ebe Liderliğinde Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı Verilen Eğitimin Göçmen Kadınların Perinatal Mental Sağlığı Üzerine Etkisi" başlıklı doktora tezinden üretilmiş olup, TÜBİTAK 1002-A Hızlı Destek Programı tarafından 124S467 proje numarası ile desteklemiştir.

İletişim: Ayseren Çevik
E-Posta: ayserencevik94@gmail.com
acevik@cu.edu.tr

Kaynaklar

1. World Health Organization (WHO). Maternal mental health. 2024. Available at: https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/promotion-prevention/maternal-mental-health Accessed: August 10, 2024.
2. National Health Service (NHS). Perinatal mental health. 2024. Available at: https://www.england.nhs.uk/mental-health/perinatal/ Accessed: August 10, 2024.
3. Pan T, Zeng Y, Chai X, Wen Z, Tan X, Sun M. Global prevalence of perinatal depression and its determinants among rural women: A systematic review and meta-analysis. Depress Anxiety. 2024;1882604.
4. Roddy Mitchell A, Gordon H, Lindquist A, P Walker S, S E Homer C, Middleton A, A Cluver C, Tong S, Hastie R. Prevalence of perinatal depression in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry. 2023;80(5):425-31.
5. Yurdakul FE, Eray İK. Kadınlarda doğum şekli ile postpartum depresif belirtiler arasındaki ilişki. Turkish Journal of Family Practice. 2024;28(2):55-62.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Implementing Perinatal Mental Health Screening. 2024. Available at: https://www.acog.org/programs/perinatal-mental-health/implementing-perinatal-mental-health-screening Accessed: August 10, 2024.
7. World Health Organization. Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services. 2022. Available at: https://www.who.int/publications/i/item/9789240057142 Accessed: August 10, 2024.
8. Chaharrahifard L, Motlagh AJ, Akbari-Kamrani M, Ataee M, Esmaelzadeh-Saeieh S. The effect of midwife-led psycho-education on parental stress, postpartum depression and parental competency in high risk pregnancy women: A randomized controlled trial. J Caring Sci. 2021;10(2):70–6.
9. Murat Öztürk D. Gebelik döneminde ruh sağlığı. Ed. Üstün G. Kadın Ruh Sağlığı. 1. Basım Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık; 2023. s. 117-130.
10. İbici Akça E. Postpartum dönemde ruh sağlığı. Ed. Üstün G. Kadın Ruh Sağlığı. 1. Basım. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık; 2023. s. 135-148.
11. Snyder CW. Effects of an educational health promotion program on mental health literacy and maternal wellbeing during the perinatal period (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Graduate School of Arts and Sciences of Georgetown University; 2023.
12. Alliance Maternal Mental Health. All about maternal mental health. Available at: https://maternalmentalhealthalliance.org/about-maternal-mental-health/ Accessed: August 10, 2024.
13. Yang K, Wu J, Chen X. Risk factors of perinatal depression in women: A systematic

review and meta-analysis. BMC Psychiatry. 2022;22(1):63.
14. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. J Affect Disord. 2016;191:62–77.
15. Abdelhafez MMA, Ahmed KAM, Ahmed NAM, Ismail MH, Mohd Daud MN, Bin Ping NPT, Eldiasty A, Bin Amri MF, Jeffree MS, Kadir F, Pg Baharuddin Dg M, Bin Bolong MF, Hayati F, BtAzizan N, Sumpat D, Syed Abdul Rahim SS, Abdel Malek EH. Psychiatric illness and pregnancy: A literature review. Heliyon. 2023;9(11):e20958.
16. Diamond RM, Colaianni A. The impact of perinatal healthcare changes on birth trauma during COVID-19. Women and Birth. 2022;35(5):503–10.
17. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Summary of perinatal mental health conditions. 2024. Available at: https://www.acog.org/programs/perinatal-mental-health/summary-of-perinatal-mental-health-conditions Accessed: August 10, 2024.
18. Viguera A. Postpartum blues. 2023. Available at: https://www.uptodate.com/contents/postpartum-blues?search=postpartum+depression&source=search_result&selectedTitle=12~99&usage_type=default&display_rank=12 Accessed: August 10, 2024.
19. Ayers S, Sinesi A, Coates R, Cheyne H, Maxwell M, Best C, McNicol S, Williams LR, Uddin N,Shakespeare J, Alderdice F, The MAP Study Team. When is the best time to screen for perinatal anxiety? A longitudinal cohort study. J Anxiety Disord. 2024;103:102841.
20. Üzar Özçetin YS. Depresif bozukluklar. Yüksel A, Yılmaz EB. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşirelik Bakım İlkeleri. 1.Basım. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık; 2023. s. 425–40.
21. Çapik A, Durmaz H. Fear of childbirth, postpartum depression, and birth-related variables as predictors of posttraumatic stress disorder after childbirth. Worldviews Evid Based Nurs. 2018;15(6):455–63.
22. Sarellle A, Stavros S, Kirkou G, Iliadou M, Kokkosi E, Bothou A, ChasChasalevri E, Vivilaki V, Tsotra E. Tocophobia: Risk factors, consequences and management – a systematic review of the literature. MAEDICA – Journal of Clinical Medicine. 2024;19(2):393–9.
23. Dikmen-Yildiz P, Ayers S, Phillips L. Screening for birth-related PTSD: Psychometric properties of the Turkish version of the posttraumatic diagnostic scale in postpartum women in Turkey. Eur J Psychotraumatol. 2017;8(1):1306414.
24. Sareen J. Posttraumatic stress disorder in adults: Epidemiology, pathophysiology, clinical features, assesment, and diagnosis. 2024. Available at: https://www.uptodate.com/contents/posttraumatic-stress-disorder-in-adults-epidemiology-pathophysiology-clinical-features-assessment-and-diagnosis?search=stress%20post-traumatique&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H1 Accessed: August 10, 2024.
25. Pittenger C. Obsessive-compulsive disorder in adults: Epidemiology, clinical features, and diagnosis. 2023. Available at: https://www.uptodate.com/contents/obsessive-compulsive-disorder-in-adults-epidemiology-clinical-features-and-diagnosis?search=Obsessive-compulsive%20disorder&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2 Accessed: August 10, 2024.
26. Stovall J. Bipolar mania and hypomania in adults: Choosing pharmacotherapy. 2024. Available at: https://www.uptodate.com/contents/bipolar-mania-and-hypomania-in-adults-choosing-pharmacotherapy Accessed: August 10, 2024.
27. Hendrick V. Bipolar disorder in pregnant women: Screening, diagnosis, and choosing treatment for mania and hypomania. 2024. Available at: https://www.uptodate.com/contents/bipolar-disorder-in-pregnant-women-screening-diagnosis-and-choosing-treatment-for-mania-and-hypomania Accessed: August 10, 2024.
28. Fisher BA, Buchanan RW. Schizophrenia in adults: Epidemiology and pathogenesis. 2023. Available at: https://www.uptodate.com/contents/schizophrenia-in-adults-epidemiology-and-pathogenesis Accessed: August 10, 2024.
29. Marder S. Psychosis in adults: Initial management. 2024. Available at: https://

www.uptodate.com/contents/psychosis-in-adults-initial-management Accessed: August 10, 2024.
30. Raza S, Raza SP. Postpartum psychosis. StatPearls Publishing, 2023. Available at: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544304/?report=reader Accessed: August 10, 2024.
31. Zivin K, Zhong C, Rodríguez-Putnam A, Spring E, Cai Q, Miller A, Johns L, Kalesnikava VA, Courant A, Mezuk B. Suicide mortality during the perinatal period. JAMA Netw Open. 2024;7(6):e2418887.
32. Chin K, Wendt A, Bennett IM, Bhat A. Suicide and maternal mortality. Current Psychiatry Reports. 2022;24(4):239–75.
33. Howard LM, Khalifeh H. Perinatal mental health: A review of progress and challenges. World Psychiatry. 2020;19(3):313–27.
34. Dubreucq M, Dupont C, Lambregtse-Van den Berg MP, Bramer WM, Massoubre C, Dubreucq J. A systematic review of midwives' training needs in perinatal mental health and related interventions. Front Psychiatry. 2024;15:1345738
35. Noonan M, Jomeen J, Galvin R, Doody O. Survey of midwives' perinatal mental health knowledge, confidence, attitudes and learning needs. Women and Birth. 2018;31(6):e358–66.