



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

BİR PERİNATAL PSİKİYATRİ POLİKLİNİĞİNİN İKİ YILLIK VERİLERİNİN İNCELENMESİ

ENES ELMALI
UZMANLIK TEZİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. ESRA YAZICI

2024 -SAKARYA

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**BİR PERİNATAL PSİKİYATRİ POLİKLİNİĞİNİN İKİ YILLIK
VERİLERİNİN İNCELENMESİ**

ENES ELMALI
UZMANLIK TEZİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. ESRA YAZICI

2024 -SAKARYA

ONAY

Kurum : Sakarya Üniversitesi/Tıp Fakültesi

Program türü : Uzmanlık Tezi

Anabilim Dalı : Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

Tez Sahibi : Enes ELMALI

Sınav Tarihi : **Saat:**

Tez Başlığı : Bir Perinatal Psikiyatri Polikliniğinin İki Yıllık Verilerinin İncelenmesi

Bu çalışma, içerik ve kalite bakımından Uzmanlık Tezi olarak Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.

	Unvan, Adı-Soyadı(Kurum Adı)	İmza	Kabul/Ret*
Danışman (Üye)	Prof. Dr. Esra YAZICI		
Üye	Prof. Dr. Atila EROL		
Üye	Prof. Dr. Ali Savaş ÇİLLİ		

* Ret kararının gerekçesi onay sayfasının arkasında belirtilmelidir.

ONAY

“Bu tez. /.. /202.. tarihinde yukarıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir. ”

.. /.. /202..
Tıp Fakültesi Dekanı

BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

*Bu çalışma T. C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan 23/06/2023 tarihinde onay alınarak hazırlanmıştır. Etik kurul onay numarası: E-71522473-050.01.04-258152-220

Tarih:

.... / /

DR. ENES ELMALI

İmza

TEŞEKKÜR

Tez sürecim boyunca sabır ve özveriyle beni destekleyen, tez danışmanım olan kıymetli hocam Prof. Dr. Esra YAZICI'ya;

Sakarya Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim dalında geçirdiğim uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan hocalarım Prof. Dr. Atila EROL, Prof. Dr. Ali Savaş ÇİLLİ, Prof. Dr. Esra YAZICI' ya ve Prof. Dr. Ahmet Bülent YAZICI' ya;

Beraber çalışmaktan, öğrenmekten, zaman geçirmekten ve paylaşmaktan keyif aldığım başta tüm asistan ve uzman hekim arkadaşlarıma;

Tüm aileme ve eşimin değerli ailesine;

Hayatıma en değerli kişi, beraber vakit geçirmekten çok mutlu olduğum, en yakın arkadaşım, sırdaşım ve en büyük şansım sevgili eşim Esra GÜNEYSU ELMALI' ya teşekkürlerimle.

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
İÇİNDEKİLER	iv
KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ	vii
ŞEKİL LİSTESİ.....	viii
TABLO LİSTESİ.....	ix
RESİM LİSTESİ	xii
ÖZET	xiii
ABSTRACT.....	xiv
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Perinatal Psikiyatri Tarihçesi.....	3
2.2. Perinatal Dönem Ruhsal Hastalıklar	4
2.2.1. Postpartum hüznün	4
2.2.1.1. Etiyoloji.....	4
2.2.1.2. Klinik özellikler	5
2.2.1.3. Tedavi.....	5
2.2.2. Postpartum depresyon.....	5
2.2.2.1. Tanım	5
2.2.2.2. Görülme sıklığı	6
2.2.2.3. Etiyoloji.....	6
2.2.2.3.1. Biyolojik faktörler.....	6
2.2.2.3.2. Psikososyal faktörler.....	7
2.2.2.3.2. Kalıtım	7
2.2.2.4. Risk faktörleri.....	7

2.2.2.5. Klinik belirtiler.....	9
2.2.2.5. Tedavi.....	10
2.2.3. Postpartum psikoz.....	11
2.2.3.1. Etiyoloji.....	12
2.2.3.2. Risk faktörleri.....	12
2.2.3.3. Klinik özellikler	13
2.2.3.4. Ayırıcı tanı	13
2.2.3.5. Tedavi.....	14
2.2.3.6. Gidiş ve sonlanış	14
2.2.4. Perinatal dönem anksiyete bozuklukları	15
2.2.4.1 Yaygın anksiyete bozukluğu	15
2.2.4.2. Panik bozukluk.....	16
2.2.4.3. Özgül fobi	16
2.2.4.4. Sosyal anksiyete bozukluğu	17
2.2.4.4. Obsesif kompulsif bozukluk	17
2.2.5. Bipolar bozukluk.....	18
2.3. Kliniğimizde Perinatal Psikiyatri Hizmetleri	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	22
3.2. Araştırmanın Örneklemi.....	22
3.3. Uygulama	24
3.3.1. Araştırmanın dahil edilme kriterleri	24
3.3.2. Araştırmanın dışlama kriterleri	24
3.4. Veri Toplama Araçları.....	24
3.4.1. Sosyodemografik veri formu(Ek 2)	24
3.5. Verilerin İstatistik Analizi	25
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	26
4. BULGULAR.....	27

4.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler.....	27
4.2. PPPK'ne Başvuran Hastaların Klinik Verileri İle İlişkili Durumlar	45
5.TARTIŞMA VE SONUÇ	64
5.1. Demografik ve Klinik Özellikler.....	64
5.2. Ruhsal Travma Öyküsü	65
5.3. Katılımcıların Başvuru Dönemi ve Ruhsal Hastalıkları.....	66
5.4. İntihar Düşüncesi ve İntihar Eylemi.....	67
5.5. Doğum Tipi	68
5.6. Emzirme	68
5.7. Gebelik Komplikasyonları.....	69
5.8. Konjenital Malformasyonlar	70
5.9. Sigara Alkol ve Madde Kullanımı.....	70
5.10. Cinsel İşlev Bozukluğu	71
5.11. Paternal Ruh Sağlığı.....	71
5.12. Sonuç	72
6.KAYNAKLAR	75
7. EKLER.....	86
7.1. EK-1: Etik Kurul Kararı	86
7.2. EK-2: Sosyodemografik Veri Formu	87
7.3. EK-3: Gebelik Döneminde İlaç Kullanım Onam Formu	116
7.4. EK-4: Emzirme Döneminde İlaç Kullanım Onam Formu	117
ÖZGEÇMİŞ	118

KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

CİB: Cinsel İşlev Bozukluğu

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EKT: Elektro Konvülsif Terapi

GABA: Gama Amino Bütirik Asit

HCG: İnsan Koryonik Gonadotropin

ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

PPD: Postpartum Depresyon

PPH: Postpartum Hüzün

PPP: Postpartum Psikoz

PPPK: Perinatal Psikiyatri Polikliniği

SEAH: Sakarya Üniversitesi Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

SSGİ: Selektif Serotonin Geri Alımını İnhibe Eden İlaçlar

TBG: Tiroksin Bağlayıcı Globulin

TSH: Tiroid Uyarıcı Hormon

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 3.1. Örneklem seçimi.....	23
---------------------------------	----



TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1. Hastaların sosyodemografik özellikleri.....	27
Tablo 4.2. Hastaların obstetrik özellikleri	28
Tablo 4.3. Hastaların PPPK’de takip edildiği dönem bilgileri.....	28
Tablo 4.4. Hastaların kronik ek tıbbi hastalıkları	29
Tablo 4.5. Hastaların geçmiş ruhsal travmaları.....	29
Tablo 4.6. Perinatal psikiyatri polikliniği başvurusu öncesi klinik bilgiler	30
Tablo 4.7. Geçmiş gebeliklerde psikiyatrik tanı ve tedavi ile ilgili bilgiler	31
Tablo 4.8. Geçmiş gebeliklerde fiziksel hastalık ve gebelik komplikasyonları ile ilgili bilgiler.....	32
Tablo 4.9. Geçmiş doğum sonrası dönem ile ilgili klinik bilgiler.....	33
Tablo 4.10. Perinatal psikiyatri polikliniğine başvuru ile ilgili diğer bilgiler	34
Tablo 4.11. Perinatal psikiyatri polikliniğine başvuru ile ilgili diğer bilgiler	35
Tablo 4.12. Perinatal psikiyatri polikliniğinde gebelik döneminde takip edilen hastaların gebelik seyri ile ilgili diğer bilgiler başvuru ile ilgili diğer bilgiler	36
Tablo 4.13. Perinatal psikiyatri polikliniğinde gebelik döneminde takip edilen hastaların doğumla ilgili bilgileri	37
Tablo 4.14. Perinatal psikiyatri polikliniğinde postpartum dönemde takip edilen hastaların bebeklerinin gelişim ve sağlık durumlarıyla ilgili bilgiler	39
Tablo 4.15. Perinatal psikiyatri polikliniğinde postpartum dönemde takip edilen hastalarla ilgili klinik bilgiler	40
Tablo 4.16. Postpartum dönemde annenin psikososyal durumu	42
Tablo 4.17. Perinatal psikiyatri polikliniğinde takip edilen hastaların eşleriyle ilgili klinik bilgiler.....	42
Tablo 4.18. Perinatal psikiyatri polikliniğinde takip edilen hastaların cinsel işlev bozukluğu(CİB) ile ilgili bilgiler	43
Tablo 4.19. Perinatal psikiyatri polikliniğinde takip edilen hastaların sigara, alkol ve madde kullanımıyla ilgili bilgileri.....	44
Tablo 4.20. Perinatal psikiyatri polikliniğinde takip edilen hastaların geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarıyla ilgili bilgiler.....	45

Tablo 4.21. Katılımcıların psikiyatrik hastalık için PPPK başvurusu öncesi tedavi alanlar ile tedavi almayanların doğum ve yenidoğanla ilgili verilerin karşılaştırılması	46
Tablo 4.22. Önceki gebeliklerde PPPK başvurusu olanlar ile başvurusu olmayanların doğum ve yenidoğanla ilgili verilerin karşılaştırılması.....	47
Tablo 4.23. Geçmiş postpartum dönemde PPPK başvurusu olanlar ile olmayanların doğum ve yenidoğanla ilgili verilerin karşılaştırılması.....	48
Tablo 4.24. Geçmiş postpartum dönemde emzirirken psikiyatrik ilaç kullananlar ile emzirirken psikiyatrik ilaç kullanmayanların doğum ve yenidoğanla ilgili verilerin karşılaştırılması	49
Tablo 4.25. Gebelik öncesi PPPK'den danışmanlık hizmeti alanlarla danışmanlık hizmeti almayanlar arasında doğum ve yenidoğanla ilgili verilerin karşılaştırılması	50
Tablo 4.26. Gebelikte psikiyatrik ilaç kullanımı olanlar ile gebelikte psikiyatrik ilaç kullanımı olmayanlar arasında doğum ve yenidoğanla ilgili verilerin karşılaştırılması	51
Tablo 4.27. Gebelikte ek tıbbi hastalık için ilaç kullanımı olanlarla ilaç kullanımı olmayanların doğum ve yenidoğanla ilgili verilerin karşılaştırılması.....	52
Tablo 4.28. Gebelik komplikasyonu olanlar ile gebelik komplikasyonu olmayanların doğum ve yenidoğanla ilgili verilerin ilişkisinin karşılaştırılması.....	53
Tablo 4.29. Bebekte doğum sonrası komplikasyon görülenlerle doğum sonrası komplikasyon görülmeyenlerin doğum ve yenidoğanla ilgili verilerin karşılaştırılması	54
Tablo 4.30. Bebekte malformasyon görülenler ile malformasyon görülmeyenlerin doğum ve yenidoğanla ilgili verilerin karşılaştırılması.....	55
Tablo 4.31. Doğum sonrası bebeğin küvözde tedavi görenler ile küvözde tedavi görmeyenlerin doğum ve yenidoğanla ilgili verilerin karşılaştırılması	56
Tablo 4.32. Bebeğin fiziksel gelişimi normal olanlar ile fiziksel gelişiminde gerilik olanların doğum ve yenidoğanla ilgili verilerin karşılaştırılması	57
Tablo 4.33. Bebeğin dil gelişimi normal olanlar ile dil gelişiminde gerilik olanların doğum ve yenidoğanla ilgili verilerin karşılaştırılması.....	58

Tablo 4.34. Bebeğin sosyal ve duygusal gelişimi normal olanlar ile sosyal ve duygusal gelişiminde gerilik olanların doğum ve yenidoğanla ilgili verilerin karşılaştırılması	59
Tablo 4.35. Bebeğin bilişsel gelişimi normal olanlar ile bilişsel gelişiminde gerilik olanların doğum ve yenidoğanla ilgili verilerin karşılaştırılması	59
Tablo 4.36. Bebeğin motor gelişimi normal olanlar ile motor gelişiminde gerilik olanların doğum ve yenidoğanla ilgili verilerin karşılaştırılması	60
Tablo 4.37. Hastaların PPPK’de takip edildiği dönemde kronik tıbbi hastalığı olanlarla kronik tıbbi hastalığı olmayanlar arasında doğum ve yenidoğanla ilgili veriler karşılaştırılması.....	60
Tablo 4.38. Hastaların PPPK’de takip edildiği dönemde kronik tıbbi hastalığı olanların kronik tıbbi hastalığı olmayanların doğum ve yenidoğanla ilgili verilerin karşılaştırılması	61
Tablo 4.39. PPPK’de takip edildiği dönemde doğumdan önce psikiyatrik ilaç kullanımı olanlar ile psikiyatrik ilaç kullanımı olmayanların doğum ve yenidoğanla ilgili verilerin karşılaştırılması	61
Tablo 4.40. PPPK’de gebelik döneminde psikiyatrik tanı alanlarla psikiyatrik hastalık tanısı almayanların hastaların bebeklerinin gelişiminin karşılaştırılması.....	62
Tablo 4.41. PPPK’de gebelik döneminde psikiyatrik ilaç kullananlar ile ilaç kullanmayanların bebeğin gelişimi açısından karşılaştırılması.....	62

RESİM LİSTESİ

Resim 2.1. Perinatal psikiyatri polikliniği bilgilendirme afişi.....23



ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Türkiye’de bir eğitim ve araştırma hastanesinde perinatal döneme özgü ruh sağlığı hizmeti sunun bir polikliniğin olması ülkemiz için ilk ve tek, dünyada da sınırlı sayıda örnekten biridir ve SEAH’ta 2021 yılından beri devam etmektedir. Bu çalışmada perinatal psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların sosyodemografik ve klinik verilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: 01.01.2021-31.03.2023 tarihleri arasında SEAH perinatal psikiyatri polikliniğine 314 kadının başvurduğu tespit edildi ve telefonla ulaşılması planlandı. 314 kadın hastanın 169’una çeşitli nedenlerle ulaşamadı. Telefonla ulaşılan 145 kişinin 15’i çalışmaya katılmayı kabul etmedi. Çalışmaya katılmaya gönüllü 130 kadınla yüz yüze ve telefonla görüşme gerçekleştirildi. Katılımcıların tanılarını doğrulamak ve ek psikiyatrik hastalıkları değerlendirmek amacıyla DSM-5’e uyarlanmış SCID-1 görüşmesi yapıldı. Sosyodemografik veriler ve klinik özellikler hakkında bilgi edinmek amacı ile kapsamlı sosyodemografik veri formu uygulandı. Klinik veriler sosyodemografik ve klinik veri formuna işlendi. SPSS 25 programı kullanılarak edinilen veriler incelendi.

BULGULAR: Tamamı kadın olan katılımcıların yaş ortalaması 32,31 olarak bulundu. Katılımcıların %42,3’ünün gebelik döneminde, %42,3’ünün doğum sonrası dönemde, %15,4’ünün gebeliğe hazırlık döneminde başvurduğu görüldü. En sık başvuru döneminin %25,4 ile birinci trimesterde olduğu görüldü. Katılımcıların %30,8’inin kronik tıbbi hastalığının olduğu, %26,2’sinin ruhsal travma öyküsünün olduğu görüldü. Gebelik döneminde en sık alınan tanının %34,1 ile depresyon olduğu, doğum sonrası en sık alınan tanının %53,6 ile depresyon olduğu ve %24,6’sının intihar düşündüğü görüldü. Gebeliklerin %40,7’si plansızdı ve istenmeyen gebelik oranı %33,1’di. Hastaların %19,5’inde gebelik döneminde komplikasyon görülmüştü.

SONUÇ: Çalışmamızda perinatal psikiyatri polikliniğimize başvuran hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri incelenmiştir. Perinatal dönemdeki hastaların çoğunluğu lise ve üzeri eğitilmiş, kentte yaşayan kadınlardan oluşmaktadır. En sık görülen tanı depresyondur ve eşlik eden tıbbi hastalığı, travma öyküsü, gebelik komplikasyonu gibi zorlayıcı yaşam olayları yaşayan kadınların oranları yüksek görünmektedir. Bu çalışmanın bulguları; perinatal döneme özelleşmiş polikliniklerin öneminin yanı sıra multidisipliner çalışma, planlı gebeliklerin teşviki gibi gereksinimlerin altını çizmektedir.

Anahtar kelimeler: Perinatal psikiyatri, emzirme, gebelik, postpartum depresyon, anne ruh sağlığı

ABSTRACT

A review of two-year data from a perinatal psychiatry outpatient clinic

AIM: It was aimed to evaluate the sociodemographic and clinical data of patients admitted to the only perinatal psychiatry outpatient clinic in Turkey.

METHODS: Between 01.01.2021 and 31.03.2023, 314 women were admitted to SEAH perinatal psychiatry outpatient clinic and it was planned to contact them by telephone. Face-to-face and telephone interviews were conducted with 130 women who volunteered to participate in the study. The SCID-1 interview adapted to DSM-5 was conducted to assess comorbid psychiatric disorders. A comprehensive sociodemographic data form was applied to obtain information about sociodemographic data and clinical characteristics. Clinical data were entered into the sociodemographic and clinical data form. The data obtained were analyzed using SPSS 25 program.

RESULTS: The mean age of the participants, was 32,31. 42,3% presented during pregnancy, 42,3% during the postpartum period, and 15,4% during pregnancy preparation. The most common presentation was in the first trimester with 25,4%. 30,8% had a history of chronic medical illness and 26,2% had a history of psychological trauma. The most common diagnosis during pregnancy was depression with 34,1%, and the most common postpartum diagnosis was depression with 53,6%. 19,5% had complications during pregnancy.

CONCLUSION: The majority of the patients in the perinatal period were women with high school education and above, living in urban areas. The most common diagnosis is depression and the proportion of women experiencing challenging life events such as comorbid medical illness, history of trauma, and pregnancy complications seems to be high. The findings of this study underline the importance of outpatient clinics specialized in the perinatal period, as well as the need for multidisciplinary work and promotion of planned pregnancies.

Keywords: Perinatal psychiatry, breastfeeding, pregnancy, postpartum depression, maternal mental health

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Perinatal psikiyatri annenin gebelik öncesi, gebelik dönemi ve gebelik sonrası dönemi, babanın veya partnerin perinatal dönem ruh sağlığı sorunlarını, bebeğin pediatri ve çocuk gelişim uzmanları işbirliği ile ruh sağlığı sorunlarını araştırma konusu edinen bilim dalıdır.

Geçmiş milattan önce dördüncü yüzyılda Hipokrat'a kadar uzanan perinatal dönem ruhsal hastalıklar ile ilgili çalışmalar ondokuzuncu yüzyılda postpartum depresyon ve postpartum psikoz vakalarıyla araştırmacıların ilgisini çekmiş, ilerleyen dönemlerde yapılan çalışmalarla perinatal dönemin kişinin ruh sağlığı üzerindeki etkileri daha iyi anlaşılmış, zamanla psikiyatri biliminin önemli bir alt uzmanlık dalı olarak kabul edilmiştir.

Perinatal dönemde geçmişte alınan ruhsal hastalık tanılarının alevlenme ve yeni tanı alma riskinin arttığı bilinmektedir (Riquelme-Gallego ve Caparros-Gonzalez, 2022). Bu dönemde geçirilen ruhsal hastalıkların hem annenin hem fetüsün fiziksel ve ruhsal sağlığını etkilediği, uzun dönem izlemlerde çocukta kognitif ve davranışsal sorunlar oluşturabileceği görülmüştür (Battle ve Howard, 2014). Örnek gösterecek olursak en sık görülen perinatal dönem ruhsal hastalıklardan depresyon için, depresyonu olan gebelerin depresyonu olmayan gebelere göre erken doğum, intrauterin gelişme geriliği, uzamış doğum eylemi ve hastane yatış süresinin daha fazla olduğu, depresif hastaların alkol ve madde bağımlılığı için ek tanı alma ve yetersiz beslenme riski oluşturduğu gözlemlenmektedir (Davalos vd., 2012; Steer vd., 1992; Gilman vd., 2008). Birleşik krallıkta perinatal depresyonu olan bir kadının topluma 75 728 sterlin maliyeti olduğu, bu maliyetin üçte birinin kadınla ilgili olduğu, üçte ikisinin ise perinatal depresyonun çocuklar üzerindeki etkisinden kaynaklandığı tahmin edilmektedir (Bauer vd., 2016). Perinatal dönem ruhsal hastalıkların başlıca ruh sağlığı, sosyal, mali ve diğer alanlardaki büyük etkileri bu dönemin önemini ortaya koymuş, yıllar içinde araştırmacıların konuya olan ilgisinin artmasına neden olmuştur (Howard ve Khalifeh, 2020).

Dünyada perinatal psikiyatri ruh sağlığı hizmetleri başta hasta ve hasta yakını eğitimleri poliklinik hizmetleri, gündüz kliniği uygulamaları olmak üzere çeşitli şekillerde sunulmaktadır (Cantwell, 2022; Schiller vd., 2020). Ülkemizde gebelik ve

doğum sonrası dönemdeki kadınlar, ruhsal sorunları ile ilgili genel psikiyatri birimlerinden hizmet almaktadırlar. Ülkemizde halihazırda perinatal döneme özgü ruh sağlığı birimleri kurulmuş olmadığından perinatal dönem ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunun incelendiği çalışma bulunmamaktadır.

Perinatal psikiyatri eğitimi de hizmet sunumuna benzer olarak ülkeler arasında farklılık göstermektedir (Casanova Dias vd., 2022). Avrupa psikiyatri stajyerleri federasyonuna üye 34 Avrupa ülkesinin dahil edildiği çalışmada 6 ülkede (Finlandiya, Fransa, Almanya, İrlanda, Malta ve Birleşik Krallık) perinatal psikiyatri eğitimi mevcut olup, bir ülkede çocuk ve ergen ruh sağlığı eğitimi içerisinde, diğer beş ülkede erişkin psikiyatri eğitiminin parçası olarak tanımlanmıştır (Casanova Dias vd., 2022). Yine bu 6 ülke arasında eğitimin süresi, zorunluluğu, süpervizyon zorunluluğu değişkenlik göstermektedir (Casanova Dias vd., 2022). Ülkemizde perinatal psikiyatri eğitimi tıpta uzmanlık kurulu müfredat oluşturma ve belirleme sistemi (TUKMOS) tarafından 2021 yılında psikiyatri uzmanlık eğitimi çekirdek müfredatına dahil edilmiştir (<https://tuk.saglik.gov.tr/TR-84694/v-24-dokumanlari.html>, Erişim tarihi: 1 Kasım 2023).

Ülkemizde, Sakarya Üniversitesi Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi perinatal psikiyatri polikliniği 01.01.2021 tarihi itibarıyla hizmete başlamış, açıldığı tarihten bu yana aralıksız hizmet vermektedir. Polikliniğimizde gebeliğe hazırlık dönemi, gebelik dönemi, lohusa ve emzirme döneminde hastalarımıza ve ailelerine psikiyatri hizmeti verilmektedir. Polikliniğimizin ilimiz ve çevre illerde hastalar ve klinisyenler tarafından bilinirliğinin artmasıyla hasta sayısında artış olmuş, polikliniğimizde elde edilen verilerin artması ve çeşitlenmesi verilerin detaylı incelenmesi ile ilgili araştırma konusu oluşmasına vesile olmuştur. Bu araştırmamız ile daha önce ülkemizde benzer araştırmaların olmaması, bu alanda faaliyet gösteren araştırmacıların yapacağı yeni çalışmalar için yol gösterici, diğer araştırmacılar ve toplum için perinatal dönem ruhsal hastalıkların farkındalığının artması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Perinatal Psikiyatri Tarihçesi

Kadınlarda perinatal dönemde ortaya çıkan ruhsal bozukluklara ilişkin ilk atıflar yüzyıllar öncesine dayanmaktadır. Hipokrat'ın milattan önce dördüncü yüzyılda yazdığı “Salgın” kitabının üçüncü kısmının “Yakın Zamanda Hapsedilenlerin ve Emziren Kadınların Zihinsel Yabancılaşması” bölümü, Esquirol'un 1845'te yazdığı “delilik üzerine inceleme” ve aralarında en çok atıfa sahip Louis-Victor Marcé'nin yazmış olduğu “hamile, lohusa ve emziren kadınlarda akıl sağlığı üzerine inceleme” çalışmaları yapılan ilk ayrıntılı klinik çalışmalar olarak gösterilir (Cohen, 1988).

Yapılan bu ilk çalışmalar ve yirminci yüzyılın ortalarına kadar takip eden birçok araştırma raporunda perinatal dönemdeki hastalıkların etiyolojik olarak lohusalık dönemiyle ilintili olduğu düşünülmüştür. Artan ilgi yirminci yüzyıl ve yirmi birinci yüzyılda da devam etmiş, 1979 yılında Fransa'da postpartum dönemde yoğun destek ve tedaviye ihtiyaç duyan anne ve bebeği için ilk anne-bebek destek ünitesi kurulmuş, daha sonra diğer ülkelerde yaygınlığı artmıştır (Cazas ve Glangeaud-Freudenthal, 2004; Connellan vd., 2017). 1987 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde faaliyete geçen uluslararası postpartum destek grubu (PSI), perinatal dönem ruhsal hastalıkların önlenmesi, tedavisi ve farkındalığının artmasını amaçlamış, günümüzde hem hastalar hem de uluslararası sağlık profesyonelleri için hizmet vermeye vermeye devam etmektedir (<https://www.postpartum.net/about-psi>, Erişim tarihi:1 Kasım 2023).

Yirminci yüzyıldaki ilgi yirmi birinci yüzyılda da devam etmiş, postpartum depresyon tedavisinde FDA 2019 yılında Brexanolone, 2023 yılında Zuranolone tedavilerini onaylamasıyla ilk defa perinatal döneme spesifik bir ilaç grubunun FDA onayı almış olması yeni araştırmacıların ilgisini çekmiş, çeşitli ulusal haber sitelerinde de yayımlanması, toplum nezdinde perinatal dönem ruhsal hastalıklar için ilgi ve farkındalığın artmasına neden olmuştur (Cornett vd., 2021; Deligiannidis vd., 2023).

2.2. Perinatal Dönem Ruhsal Hastalıklar

Perinatal dönem gebelik öncesi, gebelik ve gebelik sonrası dönemleri kapsamaktadır. Perinatal dönemde kişi ilk defa psikiyatrik hastalık tanısı alabilir, geçmiş dönemdeki hastalığı süregelen olarak devam edebilir ya da mevcut hastalığında alevlenme ile seyredebilir.

Postpartum hüzün, postpartum depresyon ve postpartum psikoz hastalık belirtileri, fenomenolojik özellikleri, prognoz ve sağaltımlarına göre diğer psikiyatrik hastalıklardan ayrılarak postpartum döneme özgü hastalıklar olarak karşımıza çıkmaktadır.

2.2.1. Postpartum hüzün

Postpartum hüzün annelerin %50-80'inde görülen genellikle doğum sonrası üç dört gün arası başlayan, duygudurum değişikliği, uyku bozukluğu, konsantrasyonda azalma, huzursuzluk, sinirlilik, mutsuzluk, nedensiz ağlama isteği, bebeğe karşı duygu ve ilgi eksikliği gibi semptomların olduğu, semptomların hafif orta düzeyde seyrettiği, semptom şiddetinin genelde doğum sonrası yedinci gün sonunda zirve yaptığı, şikayetlerin genellikle iki hafta içinde sona erdiği bir tablo olarak tanımlanmıştır (Howard vd., 2014; Yavuz ve Bilge, 2022).

2.2.1.1. Etiyoloji

Postpartum hüznün etiyolojisine yönelik çalışmalar kesinlik kazanmamış olup, semptomların doğum sonrası östrojen ve progesteron düzeylerinin ani düşüşü ile eş zamanlı olarak başlaması endokrin bir fenomen olabileceğini düşündürmüştür (Kocamanoğlu ve Şahin, 2011). Doğum sonrası plazma triptofan düzeyinde beklenen artışın olmamasının değişmiş monoamin oksidaz aktivitesi ve daha yüksek kortizol düzeyleri ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir (Kocamanoğlu ve Şahin, 2011).

Postpartum hüzün ile ilgili ileriye dönük bir araştırmada premenstrüel disfori öyküsü, özgeçmiş ve soygeçmişte depresyon öyküsünün daha fazla bulunduğu saptanmıştır (Bryan vd., 1999). Kişisel faktörler, sosyal uyum zorlukları, psikiyatrik hastalık öyküsü ve aile geçmişi, doğum korkusu, ilk kez anne olma, gebelikle ilişkili karmaşık duygular postpartum depresyon için risk oluşturmaktadır (Pius Kamsu Moyo ve Djoda, 2020; Rezaie-Keikhaie vd., 2020).

2.2.1.2. Klinik özellikler

Anksiyete, hızlı ruh hali değişiklikleri, aşırı hassasiyet, uyku sorunları, enerji düşüklüğü, iştahsızlık gibi ani ruhsal değişimler ve geçici semptomlar içeren bu durum genellikle iki hafta içinde kendiliğinden düzelir. Kadınların işlevselliği ve bebek bakımıyla ilgili becerileri korunması beklenir (Howard vd., 2014; Yavuz ve Bilge, 2022).

Postpartum hüzün semptomların benzerliği sebebiyle erken başlangıçlı postpartum depresyondan ayırt etmek güç olabilir. Postpartum hüzünde semptom şiddeti daha hafif düzeyde, işlevsellik daha az etkilenmiş, tedavi ihtiyacı daha az, hastalık süresi genel olarak iki hafta ile sınırlanmıştır (Howard vd., 2014).

2.2.1.3. Tedavi

Annelerin %75'inin şikayetleri ilk iki hafta içerisinde hızla gerilerken kalan %25'lik kısmın şikayetleri devam edebilmektedir. Ayırıcı tanının güç olduğu durumlarda postpartum depresyon tanısı ayırıcı tanıda düşünülmeli, tedavi gerekliliği gözden geçirilmelidir (Kocamanoğlu ve Şahin, 2011). Tedavide psikoeğitim sunulmalı, aile ve sağlık personeli tarafından desteklenmeli, bebek bakımı ve yenidoğan sağlığına ilişkin bilgi eksiklikleri belirlenip giderilmeli ve dikkatli gözlem yapılmalıdır. Bu yaklaşımlar, iyileşme sürecini önemli ölçüde desteklemektedir. (Bloch vd., 2006).

2.2.2. Postpartum depresyon

2.2.2.1. Tanım

Postpartum depresyonun sık görülen bir hastalık olmasına rağmen tanı kriterlerinde farklılıklar bulunmaktadır (Howard ve Khalifeh, 2020). DSM-5'e göre, peripartum başlangıçlı major depresif epizodun hamilelik sırasında veya doğumdan sonraki ilk 4 hafta içinde ortaya çıkması durumunda, doğum sonrası depresyon tanısı konulmaktadır (American Psychiatric Association, 2013). WHO, postpartum depresyonu doğum sonrası 1 yıl boyunca değerlendirmekte ve tanılamaktadır (Zaidi vd., 2017). ICD-10 ise, doğum sonrası altı hafta içinde başlayan mental bozuklukları puerperium ile ilişkilendirmektedir (DSÖ, 1993). Ruhsal bozuklukların tasnifi için kullanılan en yaygın kılavuz olan DSM-5'te postpartum depresyon tanısının peripartum depresyon tanısının içine dahil edilmesi, antenatal ve postnatal dönemleri

ayırmaması nedeniyle bu iki dönemdeki depresif süreçlerdeki belirtilerin ortaya çıkış şekli, tedavi biçimleri ve yaygınlıktaki farklılıkların tanımlanmasını güçleştirmektedir. Ayrıca DSM-5'e göre kişinin tanı alabilmesi için semptomların doğum sonrası dört hafta içerisinde başlama gerekliliği ayrı bir kısıtlılık olarak karşımıza çıkmaktadır. Yapılan çalışmalar postpartum depresyon tanısının gebelik dönemi ve doğum sonrası bir seneyi içeren süreyi kapsamasının hastalığı daha iyi tanımladığını belirtmiştir (Stuart-Parrigon ve Stuart, 2014).

2.2.2.2. Görülme sıklığı

Postpartum depresyonun sıklığı tanılama aracı, çalışmanın yöntemi, örneklem büyüklüğü ve kültürel farklılıklara bağlı değişmekle birlikte, yaygınlığı %10-15 arasında değişmekte, tanı için kullanılan kriterlere bağlı olarak sıklığı %30'lara ulaşabilmektedir (Darcy vd., 2011; Gavin vd., 2005; Vesga-López vd., 2008). Amerika ve Avrupa toplumlarında yapılan çalışmalarda postpartum depresyon sıklığı %3,5-17,5 öz bildirim ölçekleriyle yapılan çalışmalarda %3-42 olarak bulunmuştur (Bashiri ve Spielvogel, 1999; C.-L. E. Dennis vd., 2004; Evins ve Theofrastous, 1997). Türkiyede ise kendi bildirim ölçekleri ile yapılan çalışmalarda sıklığı %21,2-54,2 arasında değiştiği görülmektedir (Ekuklu vd., 2004; Inandi vd., 2002; Karaçam ve Öner, 2010).

2.2.2.3. Etiyoloji

2.2.2.3.1. Biyolojik faktörler

Gebelik ve doğum sonrası dönemde bir dizi hormonal değişiklik meydana gelir. Gebelik sırasında yüksek seviyelerde seyreden östrojen ve progesteron seviyelerinin doğumdan sonra ani bir düşüşü, doğum sonrası depresyonun etiyolojisinde önemli bir faktör olarak kabul edilir. Östrojenin, serotonin, noradrenalin, dopamin, GABA gibi birçok nörotransmitter sistemini düzenlediği ve gen ekspresyonunu etkilediği bilinmektedir. Doğum sonrası dönemdeki düşük gonadal steroid seviyeleri, merkezi serotonerjik aktiviteyi azaltabilir. (Ahokas vd., 1999; Bloch vd., 2003).

Gebelik esnasında HCG'nin tiroid bezi üzerinde TSH benzeri etkisi vardır. Ayrıca artmış östrojen düzeyine ikincil olarak TBG düzeyi artar ve gebelikte tiroid bezi büyüyebilir, total T3, total T4 ve TSH artar. FT3, FT4 ise normal sınırlarlarda kalır. Yükselen tiroid hormonları doğum sonrasında düşer, ayrıca doğumdan sonraki ilk

altı ayda kadınların %6'sında tiroid disfonksiyonu gözlenir. Bununla birlikte PPD ile tiroid disfonksiyonu arasında açık bir ilişki bulunmamıştır (Bloch vd., 2003).

Ayrıca düşük serum kolesterol düzeyleri ile şiddet, intihar davranışı ve depresyon arasındaki ilişki iyi tanımlanmıştır. Söz konusu ilişkide de ana rolü serotonin oynamaktadır. Serum kolesterolü gebelik süresince yükselmekte ve doğumu takiben hızla düşmektedir (Selvi vd., 2004; Van Dam vd., 1999)

2.2.2.3.2. Psikososyal faktörler

Çocuk sahibi olmak kadın için bir kazanç olmakla birlikte beden algısında, sosyal ilişkilerde, aile içindeki ve toplum içindeki rollerde değişiklikler, entelektüel yetilerde kayıp algısı, bağımsız kadın rolünden sorumluluğu artmış geleneksel kadın rolüne geçiş gibi kimliğe ilişkin değişikliklerin yaşanması kadında depresyon gelişimine yatkınlık yaratabilmektedir. Psikanalitik kurama göre PPD'da kendiliğin kaybı yaşanmaktadır. Doğum olayı bebekle bedensel yakınlığın kaybı olarak düşünülmekte ve sevilen birinin kaybını hatırlatabilmektedir. Bağımsızlığın, önceki yaşam biçimi ve sosyal statünün kaybı, beden imajında değişiklik yaşanmakta, bunun sonucu depresyon ortaya çıkmaktadır (Gülseren, 1999).

2.2.2.3.2. Kalıtım

Postpartum mizaç bozukluğu olan kadınların birinci derece akrabalarında mizaç bozukluklarının ömür boyu görülme sıklığı genel nüfustan belirgin şekilde daha yüksektir. Bu durum, PPD'nin gelişiminde olası kalıtsal veya ailesel faktörlerin önemine işaret etmektedir. (Bloch vd., 2003; Robertson vd., 2004).

2.2.2.4. Risk faktörleri

PPD gelişimi için tanımlanan risk faktörlerini bilmek ve risk grubuna dahil olan kadınların yakından izlenmesi erken tanı ve tedaviyle hastalığın uzun dönemli olumsuz etkilerini en düşük düzeye indirmede yararlı olacaktır (Gülseren, 1999). Anne açısından gebelik ve doğum biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimin yaşandığı, uyum gerektiren, sağlıklı annelerde bile kaygı artışı, duygusal dalgalanmalar gibi ruhsal bozuklukların görülebildiği bir dönemdir. PPD; anneden kaynaklanan nedenlerle birlikte psikososyal ve çevresel nedenlerin de etkisi ile oluşan bir ruhsal bozukluktur (Oygur vd., 2004).

Risk faktörlerini belirlemek amacıyla çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Bunlar içinde en ayrıntılı ve en kapsamlı çalışma Beck'in postpartum depresyonun ön belirleyicilerini araştırdığı, 1974-1994 yılları arasında yapılan 44 çalışmayı incelediği metaanaliz çalışmasıdır. En önemli risk faktörleri olarak; prenatal depresyon ve anksiyetenin varlığı, geçirilmiş depresyon öyküsü, çocuk bakımına ilişkin yaşanan stresler, sosyal destek eksikliği, stresli yaşam olayları, annelik hüznü, olumsuz evlilik ilişkileri, düşük benlik saygısı, bebeğin huysuzluğu, annenin evlilikten memnuniyetsizliği, sosyoekonomik durumun kötü olması, gebeliğin istenmeme durumu yer almaktadır (Beck, 1996).

Ailede depresyon öyküsünün bulunması, düşük eğitim düzeyi, ilk doğum, prematüre doğum, şiddetli premenstrüel sendrom, emzirmeme, tiroid hastalıkları, gebelik komplikasyonları, erkek bebek beklentisinin gerçekleşmemesi, fiziksel yorgunluk da PPD ile ilişkili bulunmuştur (Evins ve Theofrastous, 1997; Gülseren, 1999). Riskli gebelikler ve bebekteki olası komplikasyonları da risk PPD risk faktörleri arasındadır. Acil sezaryen doğum, umbikal kord prolapsusu, artmış obstetrik kanaması olan bireylerde daha sık PPD görülmektedir (Gaillard vd., 2014; Leigh ve Milgrom, 2008; Mathisen vd., 2013). Son dönemde yapılan birçok çalışma gebelik dönemindeki mevcut anksiyete ve depresyon ile postpartum dönemdeki depresif belirtilerin ilişkisini göstermektedir (Bloch vd., 2006).

Kültürel gelenekler, inanışlar ve ritüeller PPD gelişimi üzerine güçlü etki gösterebilirler. Yapılan çalışmalarda araştırmacılar kültürel ritüellerin yeterli olmasının PPD'un şiddetini hafiflettiği, eksikliğinin ise PPD'un şiddetini arttırdığı sonucuna ulaşmışlardır. Doğum sonrası, yaygın ritüeller arasında annenin belirli bir süre dinlenmesi, özel bir diyet ve bazı kısıtlamaların uygulanması, ayrıca geniş ailelerde anne veya kayınvalidenin anneye destek olması gibi uygulamalar bulunmaktadır. Bu geleneksel ritüellerden kaynaklanan sosyal destek, postpartum duygudurumu üzerinde olumlu etkiler göstermektedir. (Bina, 2008). Gebeliğe bağlı komplikasyonlardan preeklampsi, hiperemesis; doğuma ait komplikasyonlardan sezaryen, alet yardımı ile doğum, prematüre doğum, doğum sırasında aşırı kanama postpartum depresyon için potansiyel risk faktörleri olarak bulunmuştur (Hocaoğlu vd., 2006; O'Hara vd., 1984).

2.2.2.5. Klinik belirtiler

Postpartum depresyon haftalar ya da aylar sürebilen yavaş bir gelişme gösterir, daha sonra bir plato düzeyine ulaşır ya da düzelir. Bazen doğumdan sonraki dördüncü veya beşinci aylara kadar anlaşılamayarak gözden kaçabilir (Stewart ve Vigod, 2016).

Gebelik ve doğum sonrası dönemde meydana gelen birçok normal fizyolojik değişiklik (örneğin, cinsel istekte azalma, iştah değişiklikleri, halsizlik, uyku bozuklukları gibi) depresyonda görülen belirtilerle benzerlik gösterebilir. Bu nedenle, sadece belirtilere odaklanan araştırmaların yanıltıcı sonuçlar doğurabileceği belirtilmektedir. (Gülseren, 1999; O'Hara vd., 1984). Doğum sonrası şiddetli depresyonlar genellikle kolayca tanınabilirken, hafif veya ılımlı düzeydeki depresyonlar, doğumun doğal sonucu olarak yanlışlıkla göz ardı edilebilir. Postpartum ruh hali bozukluğunun tanınmaması, trajik sonuçlara yol açabilecek intihar veya çocuğa zarar verme gibi ciddi sonuçlara neden olabilir. (Robertson vd., 2004).

Postpartum depresyonu klinik olarak diğer depresyon türlerinden ve postpartum hüzünden ayırt etmek güç olabilir. Bununla birlikte PPD'da aileye karşı ilgisizlik ve bebeğe karşı zıt duygular besleme ön plandadır (Nur vd., 2004).

Postpartum olmayan depresyondan farklı olarak psikotik belirtiler daha sık görülür, tablo akşamları daha kötüdür, daha kısa sürer ve daha az özkıyım düşüncesi vardır. Ayrıca çökkün ruh hali, ilgi kaybı, zevk alamama, günlük işlere karşı isteksizlik, iştah kaybı veya artışı, hemen her gün aşırı uyuma veya uykusuzluk, sıkıntı, huzursuzluk, ajitasyon, kendini yorgun, bitkin, halsiz, yalnız, değersiz, suçlu hissetme, dikkatini bir noktaya toplayamama, çabuk öfkelenme, nedensiz ağlama nöbetleri, çaresizlik, umutsuzluk gibi bulgulara da rastlanmaktadır(Sadock vd., 2017). PPD'u postpartum uyum reaksiyonlarından ayırt etmek amacıyla yapılan bir çalışmada uyku bozukluğu, beslenme bozukluğu, kilo kaybı, cinsel isteksizlik gibi belirtilerin normal postpartum dönemde de görülebildiği, ancak enerji kaybı, duygudurum bozukluğu belirtileri, suçluluk duyguları, bir işe yoğunlaşamama, ilgi istek kaybı gibi belirtilerin yalnızca depresif annelerde görüldüğü saptanmıştır (Hopkins vd., 1989).

2.2.2.5. Tedavi

Tedavide öncelikle yüksek riskli kadınlar belirlenip takip edilmeli, postpartum iki haftadan uzun süren emosyonel yakınmalar, klinisyeni depresyon açısından daha fazla sorgulama yapması yönünde uyarıcı olmalıdır. Erken tanı konulamazsa belirtiler kronikleşip tedaviye dirençli duruma gelebilir (Howard vd., 2006).

Hastaların kendisine ve bebeğine zarar verme potansiyeli sorgulanmalı ve gerektiğinde hemen yatırılarak tedavi altına alınmalıdır (Langan ve Goodbred, 2016). Suisidal düşünce ya da majör işlevsel bozulma (sosyal çekilme, hijyene dikkat etmeme, bebeğine yeterli bakım verememe gibi) olmaksızın depresif semptomlar bildiren kadınlar dikkatlice izlenmelidir (Danaci vd., 2002; C.-L. E. Dennis vd., 2004).

Duygudurum değişikliklerine yol açabilen herhangi bir tıbbi nedene ait en ufak şüphede gerekli laboratuvar tetkikleri yapılmalıdır. Hipotirodizm veya hipertirodizmi olan kadınlarda tiroid hormon bozukluğunun tedavisi ile birlikte sıklıkla depresyon tedavisi yapılması da gerekmektedir (Wisner vd., 2002).

Tedavide antidepresan ilaç başlamak uygun bir yaklaşımdır. Yüksek dozlarda alınsa bile toksik etkileri son derece düşük olduğu için SSGİ grubu ilaçlar ilk seçenek ilaç olarak kabul edilir (Stewart ve Vigod, 2016). Bununla birlikte hastanın daha önce cevap vermiş olduğu herhangi bir antidepresan sınıfından ilaç varsa tedavide göz önüne alınmalıdır. Depresyona ek olarak belirgin anksiyetesi olan hastalarda kısa dönem benzodiazepin uygulanması faydalı olabilir (Wisner vd., 2002).

SSGİ grubu ilaçların anne sütüne geçme oranı düşüktür. SSGİ tedavisi planlanan hastalara emzirmeye ara vermesi önerilmemelidir. Göreceli infant dozu (RID) en düşük olan paroksetin ve sertralin uygun hastalarda emzirme döneminde ilk seçenekler olarak görülmektedir (Berle ve Spigset, 2011).

Postpartum dönemde kadınlar ilaç yan etkilerine oldukça duyarlı oldukları için önerilen ilaç dozlarının yarısı ile tedaviye başlanmalı, hasta remisyona girene kadar tolere edebildiği ölçüde yavaşça artırılmalıdır (Wisner vd., 2002, 2006). Eğer hasta altı sekiz haftalık bir tedaviye yanıt vermişse hasta tam remisyona girdikten sonra relapsı önlemek için en az altı ay daha aynı dozda tedaviye devam edilmelidir. Eğer

altı hafta sonunda yanıt yoksa hastanın tanı ve tedavisi yeniden gözden geçirilmelidir. Tedavide östradiolün tek başına etkisi açık değildir (Wisner vd., 2002). Hastalığın şiddetli formunda EKT düşünülmelidir. EKT, postpartum depresyon tedavisinde başarıyla uygulanmakta ve emziren annelerde bebek ile ilgili bir risk oluşturmadığından önemli bir seçenek olmaktadır (Grover vd., 2018).

2019 yılında Brexanolone, 2023 yılında Zuranolone tedavilerinin PPD için amerikan ilaç ve gıda dairesi (FDA) onayı almasıyla ilk defa perinatal döneme özgü yeni ilaç tedavisi kullanıma girmiştir (Cornett vd., 2021; Deligiannidis vd., 2023). Brexanolone ve zuranolone tedavileri konfüzyon, unutkanlık, baş dönmesi, uykusuzluk gibi yan etkileri nedeniyle şiddetli postpartum depresyon tedavisi için önerilmektedir (Cornett vd., 2021; Deligiannidis vd., 2023).

2.2.3. Postpartum psikoz

Postpartum psikoz olgularının genelde birincil duygudurum bozukluklarının doğum stresiyle ortaya çıkmış atakları olduğu düşünülmektedir (Perry vd., 2021). Bipolar bozukluk öyküsü olan kadınlarda postpartum psikoz (PPP) ihtimali daha yüksektir. Benzer olarak PPP geçiren kadınların %50-80'i tekrar psikotik atak geçirmekte, bu ataklar genellikle bipolar bozukluk spektrumundadır (Friedman vd., 2023). Kendell ve arkadaşları postpartum psikozların olasılıkla manik depresif bozukluklar olduğunu ve şizofreni ile ilişkisi olmadığını ileri sürmüşlerdir (Kendell vd., 1987). Postpartum psikozlar diğer psikotik bozukluklardan farklı olarak varsanı ve sanrılara ek manik, depresif, kognitif semptomlar gösterebilir. Sanrılar genellikle hızlı gelişir ve bebekle ilgilidir (Friedman vd., 2023).

Postpartum psikozun başlı başına ayrı bir antite olup olmadığı halen tartışmalıdır (Perry vd., 2021). Affektif hastalığın bir alt tipi ya da sadece doğumun yarattığı strese bağlı olarak daha önceden mevcut şizofrenik veya affektif hastalığın alevlenmesi olduğu yönündeki tartışmalar devam etmektedir (Perry vd., 2021). Eldeki verilen büyük çoğunluğu postpartum psikoz ile özellikle bipolar bozukluklar ve majör depresif bozukluk gibi duygudurum bozukluklarının yakın ilişkisi olduğunu düşündürmektedir (Perry vd., 2021).

Her 1000 doğumda 1-2 sıklığında görülmekte, postpartum ruhsal bozukluklar arasında en az görülen ve en şiddetli seyreden ruhsal bozukluktur (Perry vd., 2021).

2.2.3.1. Etiyoloji

Postpartum psikozun etiyolojisi için çeşitli faktörler araştırılmış ancak kesinleşmiş veriler elde edilememiştir (Kendell vd., 1987; Perry vd., 2021). Doğum sonrası hormonal değişikliklerin rolü incelenmesine rağmen, kadın üreme hormonlarının postpartum psikoz ile sinir sistemine olan etkisi konusunda yeterli kanıtlar bulunmamaktadır. Doğum sonrası östrojen ve progesteron seviyelerindeki ani düşüşün bu bozuklukla ilişkili olabileceği öne sürülmüştür. Ayrıca, değişen kortizol ve tiroid hormon seviyelerinin etiyolojide rol oynayabileceği iddia edilmesine rağmen, etkileri kesin olarak kanıtlanmamıştır. (Davies, 2018).

2.2.3.2. Risk faktörleri

Postpartum psikoz için obstetrik, psikolojik, genetik, hormonal, uyku, immunolojik faktörler başta olmak üzere çok sayıda etken incelenmiştir. Doğum yöntemi, bebeğin cinsiyeti, primipar olma gibi risk faktörleri incelenmiş, primipar olanlarda anlamlı derecede risk artışı saptanmıştır (Di Florio vd., 2014; Munk-Olsen vd., 2014). Psikolojik ve sosyal faktörler postpartum depresyon için önemli tetikleyici faktörler arasında yer alırken, PPP için anlamlı risk faktörleri arasında yer almamaktadır. Kişilik özellikleri, affektif mizaç ve düşünme biçimleri PPP ile bağlantılı saptanmamıştır (Perry vd., 2019). Doğum sonrası dönemdeki östrojen ve progesteron ani düşüş PPP gelişimiyle doğrudan ilgili bulunmamış, östrojen ve progesteronun monoaminler üzerindeki etkisinin PPP gelişen hastalardaki dopamin reseptörlerindeki artmış duyarlılığa bağlı olduğu düşünülmüştür (Mrcp, 1990; Perry vd., 2021). Laktasyonu baskılamak için kullanılan bromokriptin ruhsal bozukluk öyküsü olmayan kişilerde PPP riskini artırdığı görülmüştür (Snellen vd., 2016).

Doğurganlık çağında bipolar bozukluğu olan hastalar geçmişe dönük incelendiğinde uyku bozukluğu olanların manik atak geçirme ihtimali iki kat fazla bulunmuşken, PPP hastaları için böyle bir durum saptanmamıştır (Lewis vd., 2018). Bipolar bozukluk ve PPP öyküsü olanların incelendiği prospektif çalışmada uyku paternleri kontrol grubuyla aynı bulunmuştur (Bilszta vd., 2010).

PPP öyküsü olan kadınların %40-50'sinin birinci ve ikinci derece yakınlarında Duygudurum bozuklukları öyküsü saptanmıştır. Bu oran genel topluma göre daha

yüksektir (Benvenuti vd., 1992). PPP için genetik çalışmalar devam etmekle birlikte, PPP için spesifik genler henüz bulunamamıştır (Perry vd., 2021).

2.2.3.3. Klinik özellikler

Postpartum psikozun klinik prodromu uykusuzluk, halsizlik, üzüntü, irritabilite ve emosyonel labiliteyi içerebilir. Psikozun kendisi dramatik olarak ve hızlıca gelişebilir. Postpartum duygudurum bozukluğu gelişen hastalar için psikozu gösteren semptomlar; işitsel varsanılar, konfüzyon ile beraber nihilistik, grandiyöz ve suçluluk sanrılarıdır. Şizofrenili puerperal kadınlar arasında işitsel varsanılar, ajitasyon, perseküsyon ve kontrol edilme sanrıları, formal düşünce bozuklukları, dezoryantasyon ve konfüzyon semptomları daha yaygındır. Hafif deliryum, dikkati yoğunlaştırmada yetersizlik, distraktibilite, zayıf yakın bellek, labil duygudurum ve şaşkınlık durumları ile kendini gösteren ek geçici semptomlar ortaya çıkabilir (Sadock vd., 2017).

Hastanın bebeğe bakmak istememe, bebeğe ya da kendisine zarar verme düşünceleri olabilir. Sanrısız düşünce temelinde bebeğin kusurlu veya ölü olduğu, içine şeytan girdiği ve şeytan tarafından delileştirildiği, özel güçleri olduğu, dehşet bir kader ile karşılaşacağı düşünceleri bulunabilir (Sadock vd., 2017). Bu sanrısız düşünceler çocuğu gelecekteki acılardan kurtarmak için onu öldürme eğilimine yol açabilir. Halüsinasyonlar benzer içeriklerle ortaya çıkar ve hastaya bebeğini öldürmesini söyleyen sesler şeklinde olabilir. Annelerin bu dönemde düşüncelerini eyleme dönüştürebilecekleri için dikkatli olunmalıdır. Bununla beraber bebek ölümü seyrek olur (Sadock vd., 2017).

2.2.3.4. Ayırıcı tanı

Diğer psikotik bozukluk tanıları konulurken olduğu gibi klinisyen genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk veya madde kullanımına bağlı psikotik bozukluk tanılarını düşünmelidir. Hipotiroidizm, Cushing sendromu, enfeksiyonlar, zehirlenmeler, tümörler genel tıbbi durumla ilgili psikotik bozukluklara neden olabilir. Madde kullanımıyla ilgili olarak gebelik sırasında kullanılan ağrı kesiciler ve antihipertansifler sorgulanmalıdır (Boland vd., 2022).

2.2.3.5. Tedavi

Postpartum psikoz psikiyatrik acil tedavi gerektiren bir durumdur. Sağaltılmadığında daha şiddetli ve kendiliğinden ortaya çıkan sık yineleyen epizodlar şeklinde sürebilir; işlevsellikte bozulma ve hatta mortalite riski söz konusu olabilir (Thome, 2000). Postpartum psikozda hastane yatışı, antipsikotikler ya da EKT gerekebilir (Thome, 2000).

PPP akut dönem tedavisinde ilk seçenek olarak antipsikotik kullanılması önerilmekte ajitasyon ve uykusuzluk için gereğinde lorazepam gibi kısa etkili benzodiazepinler kullanılmalıdır (Jairaj vd., 2023). Yeterli tedavi yanıtı ve relapslardan korunmak için lityum tedavisi önerilmektedir (Jairaj vd., 2023). Lityum tedavisi profilaksi ve relapslardan korunmak için en etkili tedavi olarak gözükmektedir (Jairaj vd., 2023).

2.2.3.6. Gidiş ve sonlanış

Postpartum psikotik epizod çok iyi bir seyre sahip olsa da, yüksek oranda rekürrens olasılığı vardır ve rekürrensler sonraki puerperal olmayan dönemlerde de ortaya çıkabilir. Kısa psikotik bozukluk ve duyguduruma bağlı psikoz için seyir görece daha iyidir. Şizofrenide ise kronik gidiş ve yeti yitimi olasılığı yüksektir (Sadock vd., 2017).

Postpartum psikotik atakların zaman içinde izlenmesi yoluyla bu bozuklukların tanınal durumu netleştirilebilir. Konu ile ilgili çalışmalar kısıtlıdır. Benvenuti ve ark , bu amaçla 30 postpartum psikozlu kadını 4-18 yıl süreyle izlemiş ve sonuçlarını yayımlamışlardır. Buna göre, postpartum psikoz geçiren kadınların %63'ü sonradan psikiyatrik bozukluklar göstermişler ve bunların %87'si duygudurum bozukluğu, %13'ü ise şizoaffektif bozukluk tanısı almışlardır. Hastaların hiçbiri sonradan şizofreni tanısı almamıştır. İzlenen kadınların %36,7'sinde ise yıllar içinde herhangi bir psikopatoloji ortaya çıkmamıştır. Postpartum dönemde major depresyon tanısı alan kadınların çoğu, daha sonra bipolar bozukluk epizodları yaşamışlardır (Benvenuti vd., 1992).

2.2.4. Perinatal dönem anksiyete bozuklukları

Gebelik ve postpartum dönem, psikiyatrik hastalıkların sıklıkla ortaya çıktığı ya da alevlendiği bir dönemdir. Bu dönemde duygudurum bozuklukları gibi anksiyete bozuklukları da sıklıkla görülebilir. Perinatal anksiyete bozuklukları gebelik döneminde %11-23, postpartum dönemde %9-21 oranında görülmektedir (C.-L. Dennis vd., 2017; Fairbrother vd., 2016). Etiyolojide hormonal değişiklikler, stres ve hamilelikle ilişkili duygusal değişiklikler yer almaktadır (Glover vd., 2010). Gebelik sırasında yaşanan kaygı bozuklukları doğum sonrası bozukluklar açısından risk oluşturabilir ve doğmamış çocuğu etkileyebilir (Vythilingum, 2008). Bu durum erken doğum, düşük doğum ağırlığı, bağlanma sorunları ve anormal çocuk gelişimi gibi olumsuz sonuçları içerir. Yine strese maruz kalan fetusun fetal programlama denen nörogelişimsel sürecinin aksadığı hatta doğum sonrası motor gelişimi, öğrenmeyi ve davranışı olumsuz etkilediği gösterilmiştir. Bu etkilerin maternal ve fetal hipotalamik hipofiz adrenal (HPA) eksenlerinin işleyişindeki değişiklikler yoluyla meydana geldiği gösterilmiştir (Dunkel Schetter ve Tanner, 2012).

Gebelik döneminde başlayan anksiyete bozuklukları postpartum depresyon riskini artırır ve postpartum dönemde de devam edebilir (Alder vd., 2007). Risk faktörleri daha önceki gebeliklerde veya hayatın bir döneminde geçirilmiş anksiyete bozukluğu veya depresyon varlığı, çocuklukta cinsel, duygusal, fiziksel istismar, gebelikte sosyal destek eksikliği, partner ilgisinin eksikliği, düşük ekonomik gelir, düşük eğitim düzeyi, istenmeyen gebelik, düşük riski, obstetrik sorunlar, ev içi şiddete maruz kalmadır (Biaggi vd., 2016).

Perinatal anksiyete bozuklukları tedavisinde öncelikli seçilecek tedavi psikoterapi olmalıdır. Yaygın anksiyete bozukluğu hafif ve orta şiddetli ise bilişsel davranışçı terapi (BDT) ilk seçenek olmalıdır (Büyükavşar ve Çalli, 2023). Daha ağır vakalarda farmakoterapi uygulanabilir. İlaç seçimi anne ve bebeğin gebelik ve emzirme dönemindeki fayda ve yan etkileri göz önüne alınarak yapılmalıdır (Büyükavşar ve Çalli, 2023).

2.2.4.1 Yaygın anksiyete bozukluğu

Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) gebelikte %8-10 oranında görülebilen yaygın bir durumdur (Dunkel Schetter ve Tanner, 2012). Yaygın anksiyete bozukluğunun

yorgunluk, sinirlilik, gerginlik, konsantrasyon güçlüğü ve uykusuzluk gibi fiziksel belirtileri gebelikte ve doğum sonrasında normalmiş gibi görülebilir. Özellikle ilk trimester primipar kadınlarda hamilelikle ilgili normal endişeleri patolojik endişeden ayırt etmek de perinatal YAB teşhisini zorlaştırabilir (Büyükavşar ve Çalli, 2023). Gebelik döneminde YAB tanısı, DSM 5 tanı kriterleri içerisinde yer alan 6 ay süre beklenmeden, 1 ay süre göz önüne alınarak konmalı ve müdahale edilmelidir (Misri vd., 2015).

2.2.4.2. Panik bozukluk

Gebelikte meydana gelen fizyolojik değişiklikler nedeni ile taşikardi, terleme, baş dönmesi, nefes kesilmesi gibi belirtiler ortaya çıkabilir ve bu duyumsamalar panik bozukluk başlangıcı veya alevlenmesi için risk oluşturabilir (Fairbrother vd., 2016). Gebelikte panik bozukluk görülme sıklığı %0,2-5,2 arasındadır. Ancak varolan panik bozukluğun tekrarlama riski %33 olarak bulunmuştur (Büyükavşar ve Çalli, 2023). Annedeki panik bozukluk özellikle düşük doğum ağırlığı ve erken doğum ile ilişkilendirilmiştir. Ayrıca anemi, polihidroamnioz, konjenital anomali, yarı damak-dudak riskini arttırdığını destekleyen çalışmalar mevcuttur (Uguz, 2016).

2.2.4.3. Özgül fobi

Özgül fobiler gebelikte sık beliren anksiyete bozukluklarıdır. Görülme sıklığı %3,9-19,9 aralığındadır (Büyükavşar ve Çalli, 2023). Özellikle gebelikte ilgili fobiler emetofobi (kusma korkusu), yaralanma-iğne-kan korkusu, tokofobi (şiddetli doğum korkusu) sık görülmektedir. Şiddetli iğne fobisi olan vakalar gebelikte gerekli takipleri yaptırmayabilir ve kan aldirmaktan çekinebilir (Nath vd., 2019). Bir çalışmada iğne fobisi olan gebelerde düşük doğum ağırlığı, erken doğum, daha kötü obstetrik sonuçlar ve bebek ölümü riski arttığı gösterilmiştir (Lilliecreutz vd., 2011). Tokofobi dünya çapında %14 görülme sıklığına sahiptir ve travma sonrası stres bozukluğu, uzamış doğum eylemi, artmış anne stresi ve artmış sezeryan talebi ile ilişkilendirilmiştir. Bu nedenle, gebeliğe bağlı özgül fobiler, gebeliğin öncesinde veya erken döneminde tedavi edilmezse anne ve bebeği üzerinde olumsuz etkilere sahip olabilir (Nath vd., 2019).

2.2.4.4. Sosyal anksiyete bozukluğu

Perinatal dönemde sosyal anksiyete bozukluğunun sıklığına ilişkin kesin verilere henüz ulaşılamamıştır. Ancak perinatal dönemde gebeliğin fizyolojik sonuçları (halsizlik, hipotansiyon, terleme, hareket kısıtlılığı) nedeni ile sosyal ortamlardan uzaklaşma olabilir. Özellikle sosyal fobisi olan bireylerin doğum sonrası işe dönmesi zorlaşabilir (Viswasam vd., 2019).

2.2.4.4. Obsesif kompulsif bozukluk

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), psikiyatrik hastalıklar içinde sık karşılaşılan bozukluklardan biridir. Farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda yaşam boyu prevalansı %0,8-3,2 arasında saptanmıştır (Fontenelle vd., 2006). OKB, bazı kadınlarda peripartum veya postpartum dönemde ortaya çıkabilmekle birlikte başlangıç genellikle ergenlik dönemidir (Russell vd., 2013). Kadınlarda erkeklere göre ortalama 1.5 kat daha sık olduğunun gözlenmesi nedeniyle kadınlara özgü biyolojik faktörlerin hastalığın gelişmesinde rol oynayabileceği düşünülmüştür (Cho vd., 2007). Yapılan bir çalışmanın sonuçları OKB'nin başlangıcı ve seyri ile menstrasyon döngüleri, gebelik ve postpartum gibi üreme döngülerinin ilişki içerisinde olduğunu destekler niteliktedir (Guglielmi vd., 2014). Perinatal dönemde OKB prevalansı ile ilgili geniş bir aralığı kapsayan oranlar bildirilmiştir. Gebelik döneminde tanı kriterlerini karşılayamayan obsesif kompulsif semptomlar hastaların %10-25'inde görülmektedir (Brockington vd., 2006).

Fairbrother ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, OKB'nin doğum öncesi dönem yaygınlığının %7,8 doğum sonrası dönem yaygınlığının ise %16,9 olduğu saptanmıştır (Fairbrother vd., 2021). Ülkemizde yapılan bir çalışmada üçüncü trimesterde OKB yaygınlığı %3,5 olarak belirlenmiştir (Uguz, Gezgin, vd., 2007).

Gebelik sırasında kirlenme obsesyonları ve yıkama/temizlik kompulsiyonlarının en sık görülen belirtiler olduğu bildirilmiştir. Kontrol uğraşlarının da nispeten sık olduğu, simetri uğraşları ve saldırganlık obsesyonlarının ise nispeten daha az görüldüğü saptanmıştır (Starcevic vd., 2020). Postpartum OKB ile ilgili çalışmalar, saldırganlık obsesyonlarının daha sık görüldüğüne dair kanıtlar sunmuştur (Challacombe vd., 2016).

Doğum komplikasyonları gibi olumsuz perinatal olaylar ve stresli veya travmatik olaylar dahil olmak üzere çok çeşitli çevresel faktörler, OKB için potansiyel risk faktörleri olarak tanımlanmıştır (Brander vd., 2016). Gebelik öncesinde anksiyete bozukluğu öyküsü, sigara kullanımı ve obsesif kompulsif kişilik bozukluğunun OKB için bağımsız risk faktörleri olduğu bildirilmiştir (Kaya vd., 2015). Ülkemizde yapılan bir çalışmada primipar olmanın OKB gelişme riskini arttırdığı vurgulanmıştır (Uguz, Akman, vd., 2007).

Perinatal OKB tedavisi esas olarak psikoterapi ve farmakoterapiyi içermektedir. İlaç tedavisi ve psikoterapi ayrı ayrı ya da birlikte kullanılabilir. Farmakolojik tedavide SSGİ ve TSA grubu ilaçlar kullanılmaktadır. TSA grubu ilaçlar yan etki profilleri nedeniyle ilk sıra tedavi olarak kullanılmamaktadır. Tedaviye direnç söz konusu olduğunda, antipsikotik güçlendirmesi kar-zarar dengesi gözetilerek sınırlı bir hasta grubunda kullanılabilir (Ayik ve Keleş, 2023).

2.2.5. Bipolar bozukluk

Bipolar bozukluk, kronik ve yeti yitimine yol açan, yaşam boyu ilaç tedavisi gerektiren bir ruhsal hastalıktır. Kadın ve erkekte eşit sıklıkta görülmekle birlikte kadınlarda depresyon, karma dönemler ve hızlı döngüye sahip olma olasılığı daha yüksektir. Bipolar bozukluk, genel olarak toplumda görülme sıklığı yaklaşık %2,4'tür (Merikangas vd., 2011). Hastalığın başlangıcı genel olarak geç ergenlik ve genç yetişkinlik döneminde olmaktadır. Semptomların çoğu menarş sırasında başlamakta ancak kadınların tedavi için başvurmaları çok sonra olmaktadır (Baldessarini vd., 1999).

Üreme olayları ile ilişkili hormonal dalgalanmalar bipolar bozukluğun seyrini etkiler. Spesifik olarak, kadınlar adet görmeden önce, doğum sonrası dönemde ve perimenopoz sırasında semptom alevlenmesi riski altındadır (Teatero vd., 2014; Yatham vd., 2018).

Gebeliğin bipolar bozukluk seyri üzerinde olumlu etkisinin olduğunu söyleyen yayınlar varsa da olumsuz etkisi olduğunu söyleyen yayın daha çoktur. Postpartum dönem ise semptomların alevlenmesi için kesinlikle risk faktörüdür (Viguera vd., 2011).

Postpartum dönem, bipolar bozukluğun ilk başlangıcı için risk faktörüdür (Munk-Olsen vd., 2006). Doğum sonrası başlangıcın nedenleri büyük ölçüde bilinmemekle birlikte gebelik sonrası hormonal ve inflamatuvar durumların, uyku eksikliğinin katkısı vardır (Brummelte ve Galea, 2016).

Bipolar bozukluk için ağırlıklı olarak küçük 14 çalışmanın (toplam 2 345 kadın içeren ancak sadece iki çalışmanın örneklem büyüklüğünün 100'den fazla olduğu) dahil edildiği sistematik gözden geçirmede beş kişiden birinin gebelik döneminde hastalığının alevlendiği ancak doğum sonrası sıklığı artan manik ataklardan daha sık olarak depresif ve karma atakların daha sık gözlemlendiği bildirilmiştir (Jones vd., 2014; Salim vd., 2018; Stevens vd., 2019). Elektronik sağlık kaydı üzerinden yapılan bir çalışmada ise relaps oranı %10 olarak bildirilmiştir (Taylor vd., 2018).

Gebelik ve emzirme döneminde kullanılan ilaçların annenin tıbbi durumu, bebek üzerindeki teratojen etkileri, hesaba katılarak kar-zarar gözetilerek tedavi seçenekleri değerlendirilmelidir (Büyükavşar ve Çalli, 2023).

2.3. Kliniğimizde Perinatal Psikiyatri Hizmetleri

SEAH perinatal psikiyatri polikliniği 01.01.2021'de açılmış olup o tarihten bu yana haftada bir gün olarak; gebelik planlama, gebelik ve doğum sonrası bir yıl içindeki kadınlara hizmet vermektedir. Açıldığı günden 31.03.2023 tarihine kadar geçen iki yıllık sürede toplam 666 başvuru olmuştur ancak bunların bir kısmı aynı hastalara ait mükerrer muayeneler olup toplamda 314 hastamız muayene olmuştur. Bu çalışmanın yazıldığı Nisan 2024 tarihi itibarı ile ise başvuru sayısı bini, muayene olan kadın sayısı ise beş yüzü geçmiştir. Polikliniğimize hastalarımız merkezi hastane randevu sistemi üzerinden online ve telefonla randevu alabilmektedirler. Ayrıca SEAH kadın hastalıkları ve doğum kliniğine başvuran gebe ve doğum sonrası dönemdeki hastalara, hastanemiz kalite standartları uygulaması gereği SEAH Kalite Birimi tarafından Edinburgh postpartum depresyon ölçeği uygulamakta 12 ve üzeri puan alan hastalar perinatal psikiyatri polikliniğimize konsülte edilmektedir.

Polikliniğimizde gebeliğe hazırlık dönemi, gebelik ve doğum sonrası dönem hastalarımız takip edilmekte gebelik ve doğum sonrası dönemde ilaç kullanması gereken hastalarımız için aydınlatılmış onam formu doldurulmaktadır. Ayaktan hastalarımız polikliniğimizde muayene edilmekte, hastalarımıza ayaktan

farmakolojik ve psikososyal tedaviler sunulmakta ayrıca yatış ihtiyacı olan hastalarımız kadın kapalı servisimizde tedavi almaktadır.

Polikliniğimize başvuran annelerle birlikte eşlerine de perinatal dönemde karşılaşılabilecek olası durumlarla ilgili bilgi sunulmakta psikiyatrik tedavi ihtiyacı duyan eşlere genel polikliniğimizde ve psikologlarımızla destek ve tedavi verilmektedir.

Polikliniğimizin tanıtımı için hastane içerisinde asılmak üzere afiş ve broşürler hazırlanarak ve hastanemizin internet sitesinde tanıtım yapılması sağlanarak ilgili hasta grubunun başvurusunun artırılması amaçlanmıştır (Resim 2.1.).





SAKARYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ



Perinatal Psikiyatri Polikliniği

Gebelik Dönemi

Kadın açısından fizyolojik, psikolojik ve sosyal anlamda değişimlerin yaşandığı bir dönemdir. Bu dönemde psikiyatrik belirtiler başlayabilir. Özellikle gebelik öncesinde zeminde olan psikiyatrik hastalıkların bazıları bu dönemde alevlenebilir ya da ruhsal hastalık tekrar edebilir.

Her yıl 1 milyona yakın kadın gebelik dönemi ya da doğumla ilişkili bir ruhsal bozukluk yaşamaktadır.

Doğum sonrası depresyonu yaşayan annelerin bu durumu anlatamamaları, yaşadıklarını başkalarıyla paylaşmaktan çekinmeleri depresyonu kendi içerilerinde yaşamalarına sebep olur.

Annelerin neredeyse yarısı doğum öncesi veya sonrasında anksiyete veya depresyon ile mücadele etmektedir.



YALNIZ DEĞİLSİNİZ

Şikayeti Olan Gebe ve Anneler

Ruh sağlığı hastalıklarının erken tespiti ve gerekli tıbbi desteğin sağlanması için **Perinatal Psikiyatri Polikliniğimize** başvurabilirsiniz.

Polikliniğimizden Hizmet Almak İçin

- Merkezi Hekim Randevu Sistemi MHRS (182) ve "http://www.hastanerandevu.gov.tr" adresinden randevu alabilirsiniz.
- Perinatal Psikiyatri Polikliniği, Hastanemiz Korucuk Kampüsü'nde hizmet vermektedir.

Resim 2.1. Perinatal psikiyatri polikliniği bilgilendirme afişi

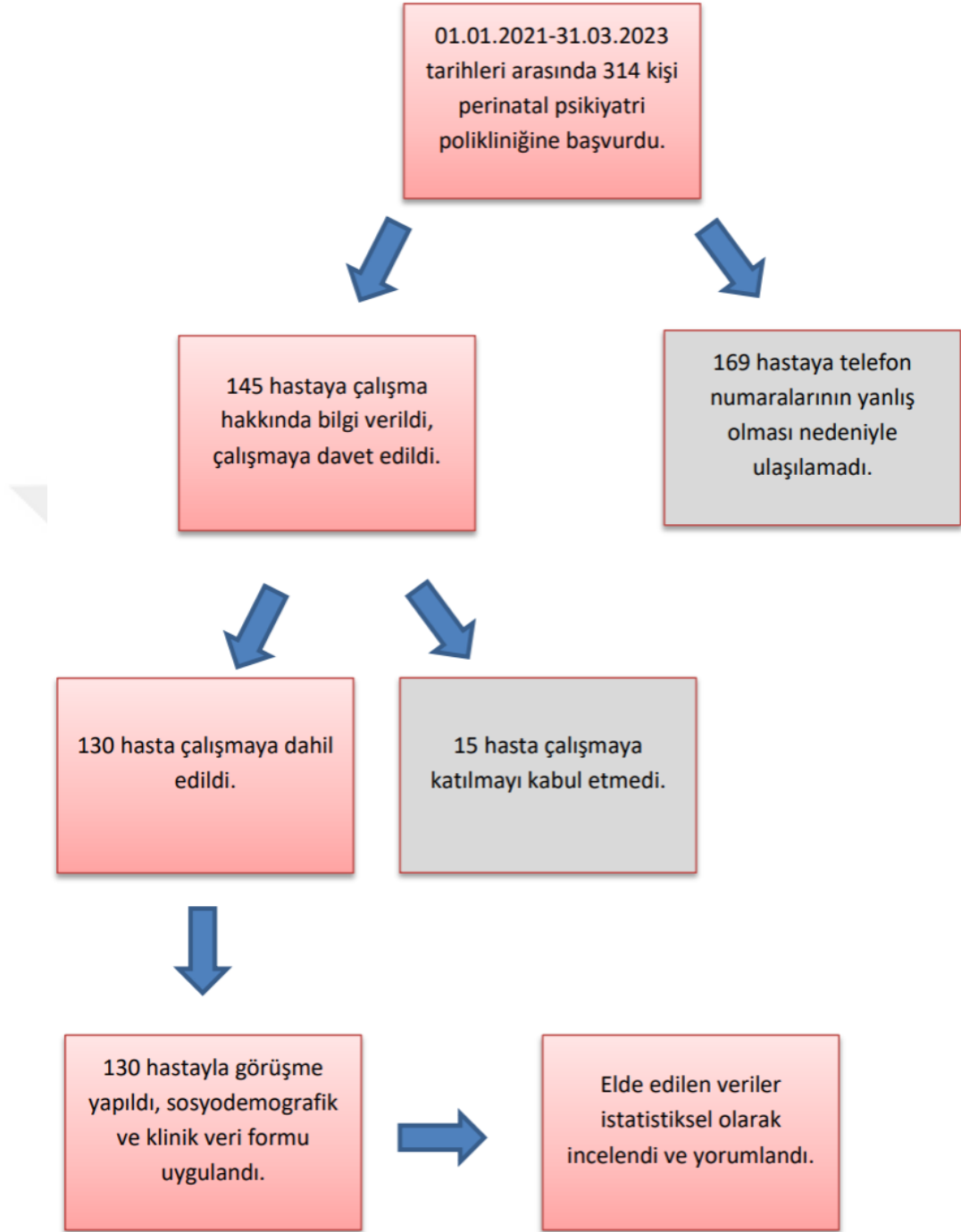
3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma 01.01.2021-31.03. 2023 tarihleri arasında, hastanemiz perinatal psikiyatri polikliniğine ayaktan başvurmuş gebeliğe hazırlık dönemi, gebelik dönemi ve doğum sonrası dönemdeki hastalar ile gerçekleştirildi. Başlangıçtaki ilk 3 ay polikliniğin bilinip duyulmadığı haliyle hasta müracaatının çok az olduğu aylar olduğundan veri toplama süreci Mart 2021- Mart 2023 arası 2 yıllık veri olarak değerlendirildi.

3.2. Araştırmanın Örneklemi

Bu çalışma kapsamında, Sakarya Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ve Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi bünyesinde hizmete açılan perinatal psikiyatri polikliniğinde açılışından sonraki yaklaşık ilk 2 yıllık süre içinde, perinatal psikiyatri polikliniğine başvuran tüm hastalar yani 314 hasta aranmıştır. Hastaların 169'u çeşitli nedenlerle (verilen telefon numarasının yanlış olması, başka kimseye ait telefon numarası verilmesi, hattın kapatılması) çalışmaya dahil edilememiştir. Telefonla ulaşılan 145 hastanın 15'i çalışmaya katılmayı reddetmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden, çalışmanın dâhil edilme ve dışlama kriterlerini karşılayan 130 kadın olgu çalışmaya dâhil edilmiştir.



Şekil 3.1. Örneklem seçimi

3.3. Uygulama

Hastalar yüz yüze görüşme ya da telefonla görüşme yoluyla çalışmaya davet edilmiştir. Çalışmaya katılan tüm hastalar öncelikle çalışma hakkında bilgilendirildi. Çalışma kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan hastalardan yazılı onam alındı.

Yapılan psikiyatrik görüşmeler ve uygulanan ölçekler sadece hasta ve araştırma görevlisi hekimin bulunduğu, sessiz bir ortamda gerçekleştirildi. Hastaların tanısını doğrulamak ve komorbid psikiyatrik hastalıkları değerlendirmek amacıyla DSM-5'e uyarlı SCID-1 görüşmesi yapıldı. Sosyodemografik veriler ve klinik özellikler hakkında bilgi edinmek amacı ile kapsamlı bir sosyodemografik veri formu uygulandı. Hastalar ile ortalama 45 dakika görüşme yapılarak araştırma verileri elde edildi.

3.3.1. Araştırmanın dahil edilme kriterleri

1. 18 yaşından büyük 65 yaşından küçük olmak
2. Okur yazar olmak
3. Çalışmaya katılmayı kabul ederek onam vermek
4. Gebelik öncesi, gebelik dönemi ve gebelik dönemini takiben perinatal psikiyatri polikliniğinde muayene olmuş olmak

3.3.2. Araştırmanın dışlama kriterleri

1. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmamak
2. Soruları anlayıp cevap vermesine engel olacak tıbbi hastalığa veya iletişim engeline sahip olmak (Mental Yetersizlik, Sağırılık, Afazi, Türkçe dilini bilmemek)

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Sosyodemografik veri formu(Ek 2)

Hastaların yaşı, medeni durum, çalışma durumu, eğitim ve gelir düzeyi gibi genel demografik bilgiler öğrenilmektedir. Perinatal psikiyatri polikliniğimize ilk başvurusu sırasındaki gebelik ile ilgili durumu, mevcut hali ve polikliniğimizdeki takip tarihleri ile ilgili bilgiler sorulacaktır. Ardından fiziksel hastalık, kullanılan ilaç

gibi genel tıbbi durumu ile ilgili bilgi edinilecektir. Psikiyatrik bilgiler bölümünde ise perinatal psikiyatri polikliniğimize başvurmadan önceki psikiyatri başvuruları olup olmadığı, psikiyatrik tanı alıp almadığı, tanı aldıysa tanı adı, kullanılan ilaçlar, ruhsal travma geçmişi, travma varsa niteliği, ardından gebelik ve emzirme ile ilgili genel bilgiler, bu dönemlerdeki fiziksel ve psikiyatrik hastalık, tanı, tedavi ile ilgili bilgiler sorulacaktır. Perinatal psikiyatri polikliniğimizdeki takip süreci (yönlendirilme şekli, gebelik durumu, psikiyatrik muayene, tanı, tedavi ve takip periyotları) ile bilgiler edinilecektir. Sonrasında gebelik öncesi dönem ve/veya gebelik dönemindeki polikliniğimize başvuru nedenleri, genel tıbbi durumu, psikiyatrik tanı ve eştanı, ilaç kullanımı, ilaç yan etkileri, gebelik döneminin kaçınıcı hafta/üç ay sırasında başvurduğu, işlevsellik düzeyi, yatırılarak tedavi gereksinimi, psikoterapi alma öyküsü, EKT ve TMS tedavileri alıp almadığı, gebelik komplikasyonu olup olmadığı, intihar düşüncesi/girişimi, psikososyal destek öğelerinin yeterli olup olmadığı ile ilgili sorular sorulacaktır. Doğum ve bebeğin sağlık durumu, bebeğin gelişimi ile ilgili genel bilgiler, emzirme döneminde ise psikiyatrik ve tıbbi hastalık olup olmadığı, varsa tanısı, ilaç kullanımı, ilaç yan etkileri olup olmadığı, psikiyatrik tedavi gördüyse genel etkileri ve işlevsellik üzerindeki etkileri, doğum sonrası intihar düşüncesi/girişimi olup olmadığı, yatırılarak tedavi gereksinimi sorulacaktır. Daha sonra eş ve sosyal destek sistemleri ile ilgili bilgiler, cinsel işlev bozuklukları ile ilgili genel bilgiler, sigara, alkol, madde bağımlılıkları ile ilgili bilgiler ve geleneksel/tamamlayıcı tıp tedavileri ile ilgili bilgiler alındıktan sonra sosyodemografik veri formu tamamlanacaktır.

3.5. Verilerin İstatistik Analizi

Çalışmanın verilerinin istatistiksel analizi Windows 10 yazılım paketi ile çalışan bir bilgisayarda IBM SPSS Statistics 25.0 programı aracılığıyla yapılmıştır. Verilerin, normal dağılıma uygun olup olmadıkları Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir ve normal dağılıma uymayan veriler için logaritmik dönüşüm yapılarak normal dağılıma uygunluk sağlanmış, dönüşümde uygunluk sağlanmayan veriler için nonparametrik testler uygulanmıştır. Grupların karşılaştırılmasında sürekli değişken olan verilerde normal dağılıma uyan bağımsız değişkenleri karşılaştırmak için Independent Sample t testi kullanılmış, bağımlı değişkenler için ise Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik olan değişkenler için ki kare testi kullanılmıştır. İki den fazla grup

karşılaştırılmasında normal dağılım varsayımı sağlandığı durumlarda ANOVA, normal dağılım varsayımı sağlanmadığı durumlarda ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. İki sürekli değişken arasındaki ilişki Spearman ve Pearson korelasyon katsayıları kullanılarak incelenmiştir.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmamız retrospektif olduğundan tüm hastalara ulaşamaması, geçmişe dönük soruların sorularak hatırlama yanlılığı oluşması çalışmamızın sınırlılığı olarak sayılabilir.



4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler

Bu çalışmaya çalışmanın dahil edilme ve dışlama kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan toplam 130 kadın hasta dahil edilmiştir.

Katılımcıların yaş ortalaması $32,31 \pm 5,75$, boy ortalaması $162 \pm 5,84$, kilo ortalaması $71,88 \pm 14,90$ idi. Tamamı okur-yazar olan hastaların eğitim düzeyleri incelendiğinde, %4,6'sının okuryazar, %19,2'sinin ilköğretim mezunu, %35,4'ünün lise mezunu %39,2'sinin üniversite mezunu, %1,5'inin yüksek lisans/doktora mezunu olduğu görülmüştür. Tablo 4.1.'de katılımcıların sosyodemografik bilgileri verilmiştir. Çalışmanın gerçekleştirildiği dönemde net asgari ücret 11 402 TL'dir.

Tablo 4.1. Hastaların sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik özellikler	Hasta verileri
Yerleşim yeri	Kentsel Kırsal
	%88,5 (n=115) %11,5 (n=15)
Medeni hal	Evli Bekar/Boşanmış
	%98,5 (n=128) %1,5 (n=2)
Eğitim Düzeyi	Okuryazar İlköğretim Mezunu Lise Mezunu Üniversite Mezunu Yüksek lisans/doktora
	%4,6 (n=6) %19,2 (n=25) %35,4 (n=46) %39,2 (n=51) %1,5 (n=2)
Gelir düzeyi (TL)	12.000 ve altı 12.001-20.000 20.001-30.000 30.001-50.000 50.000 ve üzeri
	%6,2 (n=8) %25,4 (n=33) %35,4 (n=46) %22,3 (n=29) %10,8 (n=14)
Çalışma durumu	Ev hanımı Düzenli bir işi var Düzensiz olarak çalışıyor
	%76,9 (n=100) %22,3 (n=29) %0,8 (n=1)
Birlikte Yaşadığı Kişiler	Yalnız Eş ile birlikte Eş ve çocuklar Eş, çocuklar ve eşinin ailesi Eş, çocuklar ve kendi ailesi Diğer
	%1,5 (n=2) %15,4 (n=20) %77,7 (n=101) %2,3 (n=3) %1,5 (n=2) %1,5 (n=2)
Birlikte yaşadığı kişi sayısı	Minimum Maksimum Ortanca
	2,00 15,00 3,00

Tablo 4.1. Hastaların sosyodemografik özellikleri(devam)

Sosyodemografik özellikler		Hasta verileri
Yaş (yıl)	Minimum	19,00
	Maksimum	52,00
	Ortalama	32,31
Boy (cm)	Minimum	150,00
	Maksimum	180,00
	Ortanca	162,00
Kilo (kg)	Minimum	39,00
	Maksimum	120,00
	Ortanca	70,00
Eşinin çalışma durumu	Çalışmıyor	%4,6 (n=6)
	Düzenli bir işi var	%93,1 (n=121)
	Düzensiz olarak çalışıyor	%2,3 (n=3)

Tablo 4.2. Hastaların obstetrik özellikleri

Obstetrik özellik		Hasta verileri
Toplam gebelik sayısı	Minimum	0,00
	Maksimum	10,00
	Ortanca	2,00
Yaşayan çocuk sayısı	Minimum	0,00
	Maksimum	5,00
	Ortanca	1,00
Ölü doğum sayısı	Minimum	0,00
	Maksimum	5,00
	Ortanca	0,00
Düşük sayısı	Minimum	0,00
	Maksimum	8,00
	Ortanca	0,00
Kürtaj sayısı	Minimum	0,00
	Maksimum	4,00
	Ortanca	0,00

Tablo 4.3. Hastaların PPPK’de takip edildiği dönem bilgileri

Görüşme zamanı	Perinatal dönem	Hasta verileri
Polikliniğe ilk başvuru anındaki durumu	Gebeliğe hazırlık	%17,7 (n=23)
	Gebelik	%43,1 (n=56)
	Doğum sonrası	%39,7 (n=51)
Son görüşmedeki durum	Gebeliğe hazırlık	%9,2 (n=12)
	Gebelik	%25,4 (n=33)
	Doğum sonrası	%65,4 (n=85)

Hastaların perinatal psikiyatri polikliniğinde takip edildiği dönemlerle ilgili bilgiler Tablo 4.3.'de verilmiştir.

Hastaların toplam gebelik sayısı ortalama $2,38 \pm 1,89$ 'du. Hastaların obstetrik özellikleri ile bilgiler Tablo 4.2'de verilmiştir.

Katılımcıların tıbbi hastalık durumu incelendiğinde %30,8'inin kronik tıbbi hastalığının olduğu, en sık gözlenen kronik hastalığın %30 ile tiroid hastalığı olduğu görülmüştür. Kronik hastalıklar ile ilgili bilgiler Tablo 4.4.'te verilmiştir.

Tablo 4.4. Hastaların kronik ek tıbbi hastalıkları

Kronik hastalık durumu	Hasta verileri
Kronik ek tıbbi hastalık	Var Yok
	%30,8 (n=40) %69,2 (n=90)
Kronik hastalık türü	Tiroid hastalığı Hipertansiyon Diyabet Kardiyovasküler hastalık Nörolojik hastalık Diğer (PKOS, romatizmal hastalık vd.)
	%30 (n=12) %22,5 (n=9) %12,5 (n=5) %7,5 (n=3) %5 (n=2) %22,5 (n=9)

Hastaların ruhsal travma öyküleri sorgulandığında %26,2'sinin ruhsal travması olduğu, en sık görülen ruhsal travmanın bir yakının kaza, cinayet ya da intihar nedeniyle kaybı olduğu görülmüştür. Ruhsal travma öyküsü ile ilgili bilgiler Tablo 4.5.'te verilmiştir.

Perinatal psikiyatri polikliniği başvurusu öncesi klinik bilgiler incelendiğinde hastaların %71,5'inin başvuru öncesi ruhsal hastalık tanısının olduğu, en sık ruhsal hastalık tanısının %26,9 ile depresyon olduğu, %85,9'unun ruhsal hastalığı için tedavi aldığı, en sık tedavinin %92,3 ile ilaç tedavisi olduğu görülmüştür. Poliklinik başvurusu öncesi klinik bilgiler Tablo 4.6.'da gösterilmiştir.

Tablo 4.5. Hastaların geçmiş ruhsal travmaları

Ruhsal travma durumu	Hasta verileri
Geçmiş ruhsal travma	Var Yok
	%26,2 (n=34) %73,8 (n=96)
Ruhsal travma türü	Bir yakınının kaza/cinayet/intihar ile kaybı Cinsel travma Çocukluk döneminde fiziksel şiddete maruz kalma Kaza geçirme/kazaya tanık olma Diğer
	%35,3 (n=12) %23,5 (n=8) %20,6 (n=7) %17,6 (n=6) %2,9 (n=1)

Tablo 4.6. Perinatal psikiyatri polikliniği başvurusu öncesi klinik bilgiler

Klinik özellikler		Hasta verileri
Başvuru öncesi ruhsal hastalık tanısı	Var	%71,5 (n=93)
	Yok	%28,5 (n=37)
Tanısı olanların türü	Depresyon	%26,9 (n=25)
	YAB	%23,7 (n=22)
	Bipolar bozukluk	%19,4 (n=18)
	Panik bozukluk	%18,3 (n=17)
	OKB	%6,5 (n=6)
	Şizofreni	%1,1 (n=1)
	Madde kullanım bozukluğu	%1,1 (n=1)
	Diğer	%3,2 (n=3)
Tanısı olanların tedavi alma durumu	Evet	%83,9 (n=78)
	Hayır	%16,1 (n=15)
Tedavi türü	İlaç tedavisi	%6,2 (n=8)
	Psikoterapi	%25,4 (n=33)
	İlaç tedavisi ve psikoterapi	%35,4 (n=46)
Önceki gebeliklerin planlı olma durumu	Evet	%83,8 (n=93)
	Hayır	%16,2 (n=18)
Önceki gebeliklerin istenen gebelik olma durumu	Evet	%87,4 (n=97)
	Hayır	%12,6 (n=14)
Önceki gebeliklerde ruhsal yardım ihtiyacı	Var	%52,3 (n=58)
	Yok	%47,7 (n=53)
Önceki gebeliklerde ruhsal yardım ihtiyacı olanların psikiyatri poliklinik başvurusu	Var	%55,2 (n=32)
	Yok	%44,8 (n=26)
Önceki gebeliklerde aldığı ruhsal hastalık tanısı	Depresyon	%34,4 (n=11)
	Bipolar bozukluk	%21,9 (n=7)
	YAB	%18,8 (n=6)
	Panik bozukluk	%12,5 (n=4)
	OKB	%9,4 (n=3)
Önceki gebeliklerde aldığı tanı için tedavi alma	Evet	%52,3 (n=68)
	Hayır	%47,7 (n=62)
Önceki gebelikte ruhsal hastalık tanısı aldıysa türü	Ayaktan ilaç	%97,1 (n=66)
	Terapi	%2,9 (n=2)

Geçmiş gebeliklerde psikiyatrik tanı ve tedavi ile ilgili bilgiler incelendiğinde hastaların %54,9'unun önceki hastalığının devam ettiği, %16,4'ünün ilk defa tanı aldığı, %28,7'sinin tanı almadığı iyi olduğu görülmüştür.

Geçmiş gebeliklerde alınan ruhsal tanıları incelendiğinde en sık alınan ruhsal hastalık tanısının %35,6 ile depresyon olduğu görülmüştür. Geçmiş gebelikler ile ilgili klinik bilgiler Tablo 4.7.'de verilmiştir.

Geçmiş gebeliklerdeki fiziksel hastalık ve gebelik komplikasyonları incelendiğinde katılımcıların %4,5'i fiziksel hastalık komplikasyonu nedeniyle gebelik döneminde yatarak tedavi gördüğü, %21,6'sının geçmiş gebeliklerde gebelik komplikasyonu gördüğü, görülen en sık komplikasyonun %50 ile düşük tehdidi olduğu görülmüştür. Tablo 4.8.'de geçmiş gebeliklerdeki fiziksel hastalık ve gebelik komplikasyonları belirtilmiştir.

Tablo 4.7. Geçmiş gebeliklerde psikiyatrik tanı ve tedavi ile ilgili bilgiler

Klinik özellikler		Hasta verileri
Geçmiş gebeliklerde psikiyatrik tanı	Önceki hastalık devam	%54,9 (n=67)
	İlk tanı	%16,7 (n=20)
	Hastalık tanısı almamış	%28,7 (n=35)
Önceki gebeliklerde aldığı ruhsal hastalık tanısı	Depresyon	%35,6 (n=31)
	YAB	%19,5 (n=17)
	Panik bozukluk	%17,2 (n=15)
	Bipolar bozukluk	%16,1 (n=14)
	OKB	%5,7 (n=5)
	Şizofreni	%1,1 (n=1)
	Yeme bozuklukları	%1,1 (n=1)
	Madde kullanım bozukluğu	%1,1 (n=1)
	Diğer	%2,3 (n=2)
Ruhsal hastalığın gebelikteki seyri ile ilgili bilgilendirilme	Evet	%94,3 (n=82)
	Hayır	%5,7 (n=5)
Ruhsal hastalığın kişinin işlevselliğine etkisi	Hafif	%34,5 (n=30)
	Orta	%44,8 (n=39)
	Ağır	%20,7 (n=18)
Geçmiş gebeliklerde alınan psikiyatrik tedavi	İlaç tedavisi	%63,2 (n=55)
	Psikoterapi	%4,6 (n=4)
	İlaç tedavisi ve psikoterapi	%26,4 (n=23)
	İlaçsız takip	%3,4 (n=3)
	İlaç tedavisi ve EKT	%2,3 (n=2)

Tablo 4.7. Geçmiş gebeliklerde psikiyatrik tanı ve tedavi ile ilgili bilgiler(devam)

Klinik özellikler		Hasta verileri
Geçmiş gebeliklerde fiziksel hastalık nedeniyle yatarak tedavi görme	Evet	%4,5 (n=5)
	Hayır	%95,5 (n=106)
Geçmiş gebeliklerde psikiyatrik tedavi aldıysa fayda görüp görmediği	Evet	%87,9 (n=29)
	Hayır	%12,1 (n=4)

Tablo 4.8. Geçmiş gebeliklerde fiziksel hastalık ve gebelik komplikasyonları ile ilgili bilgiler

Klinik özellikler		Hasta verileri
Geçmiş gebeliklerde fiziksel hastalık nedeniyle yatarak tedavi görme	Evet	%4,5 (n=5)
	Hayır	%95,5 (n=106)
Yatarak tedavi görülen hastalık	Diyabet	%60 (n=3)
	Kardiyovasküler hastalık	%40 (n=2)
Geçmiş gebeliklerde gebelik komplikasyonu görme	Evet	%21,6 (n=24)
	Hayır	%78,4 (n=87)
Gebelik komplikasyonunun türü	Düşük tehdidi	%50 (n=12)
	Ölü doğum	%25 (n=6)
	Erken doğum	%12,5 (n=3)
	Preeklampsi	%8,3 (n=2)
	Plasenta yerleşim anomalileri	%4,2 (n=1)
Gebelik komplikasyonu nedeniyle hastaneye yatış	Evet	%33,3 (n=8)
	Hayır	%66,6 (n=16)
Önceki gebeliklerde çoğul gebelik olma durumu	Evet	%4,5 (n=5)
	Hayır	%95,5 (n=106)

Perinatal psikiyatri polikliniğine başvuru ile ilgili diğer bilgiler incelendiğinde polikliniğe başvuranların %60'ının psikiyatrist yönlendirmesiyle başvurduğu, en çok başvurunun %25,4 ile gebeliğin birinci trimesterinde olduğu görülmüştür. Katılımcıların %35,4'ünün gebe kalmadan önce diğer branşlardan(kadın hastalıkları ve doğum) danışmanlık hizmeti alırken, %22,3'ünün gebe kalmadan önce perinatal psikiyatri polikliniğinden danışmanlık hizmeti aldığı görülmüştür. Diğer bilgiler Tablo 4.10.'da verilmiştir.

Perinatal psikiyatri polikliniğinde takip edilen hastaların gebelik dönemiyle ilgili bilgiler incelendiğinde katılımcıların %59,3'ünün gebelik planlayarak gebe kaldığı, %66,9'unun gebelik öncesi gebe kalmak istediğinin olduğu, gebelik planlayanların

ortalama gebelik planlama süresinin $14,83 \pm 10,41$ ay olduğu görülmüştür. Gebelik dönemiyle ilgili bilgiler Tablo 4.11.'de verilmiştir.

Tablo 4.9. Geçmiş doğum sonrası dönem ile ilgili klinik bilgiler

Klinik özellikler		Hasta verileri
Geçmiş doğumlar sonrası psikiyatrik yardım ihtiyacı	Var	%88,3 (n=98)
	Yok	%11,7 (n=13)
Psikiyatrik yardım ihtiyacı olanların psikiyatri poliklinik başvurusu	Var	% 40,9 (n=40)
	Yok	% 59,1 (n=58)
Geçmiş doğum sonrası ruhsal hastalık tanısı alma durumu	Evet	%36 (n=40)
	Hayır	%64 (n=71)
Geçmiş doğumlar sonrası alınan ruhsal hastalık tanısı	Depresyon	%37,5 (n=15)
	YAB	%22,5 (n=9)
	Bipolar bozukluk	%20 (n=8)
	Panik bozukluk	%10 (n=4)
	OKB	%5 (n=2)
	Şizofreni	%2,5 (n=1)
	Diğer	%2,5 (n=1)
Geçmiş doğumlar sonrası psikiyatrik ilaç tedavisi	Var	% 92,5 (n=37)
	Yok	% 7,5 (n=3)
Geçmiş doğumlar sonrası psikiyatrik tedavi aldıysa türü	İlaç tedavisi	%92,5 (n=37)
	Psikoterapi	%7,5 (n=3)
Psikiyatrik tedaviden fayda görme durumu	Evet	%87,5 (n=35)
	Hayır	%7,5 (n=3)
	Kararsız	%5 (n=2)
Geçmiş doğum sonrası tıbbi hastalık nedenli yatarak tedavi	Evet	%21,6 (n=24)
	Hayır	%78,4 (n=87)
Geçmiş doğumlar sonrası emzirme	Evet	%82 (n=91)
	Hayır	%18 (n=20)
Emzirme döneminde psikiyatrik ilaç kullanımı	Evet	%27,5 (n=25)
	Hayır	%72,5 (n=66)
Emzirme döneminde psikiyatrik ilaç kullananların bebeklerinde yan etki durumu	Var	%82 (n=91)
	Yok	%18 (n=20)

Tablo 4.10. Perinatal psikiyatri polikliniğine başvuru ile ilgili diğer bilgiler

Klinik özellikler		Hasta verileri
Perinatal psikiyatri polikliniğinden haberdar olma şekli	Psikiyatri hekiminin yönlendirmesi	%60 (n=78)
	Diğer branş hekiminin yönlendirmesi (kadın hastalıkları ve doğum)	%24,6 (n=32)
	Sosyal çevre	%10,8 (n=14)
	Sosyal medya	%3,8 (n=5)
	Tanıtım afiş ve broşürleri	%0,8 (n=1)
Perinatal psikiyatri polikliniğine başvuru zamanı	Gebelik planlama dönemi	%17,7 (n=23)
	İlk trimester	%25,4 (n=33)
	İkinci trimester	%11,5 (n=15)
	Üçüncü trimester	%7,7 (n=10)
	Doğum sonrası ilk 1 ay	%13,1 (n=17)
	Doğum sonrası ilk 1 ay ile 1 yıl	%24,6 (n=32)
Gebe kalmadan önce diğer branşlardan danışmanlık hizmeti alıp almadığı	Evet	%35,4 (n=46)
	Hayır	%64,6 (n=84)
Gebe kalmadan önce PPPK'den danışmanlık hizmeti alıp almadığı	Evet	%22,3 (n=29)
	Hayır	%77,7 (n=101)
Gebeliğe hazırlık döneminde takviye vitamin/mineral/ilâç alımı	Evet	%37,7 (n=49)
	Hayır	%62,3 (n=81)
Takviye aldıysa türü	Omega-3	%8,2 (n=4)
	Folik asit	%6,1 (n=3)
	Demir	%4,1 (n=2)
	Magnezyum	%16,3 (n=8)
	Diğer	%12,2 (n=6)
	Birden fazla takviye	%53,1 (n=26)
Gebelik öncesi adet düzeni	Evet	%82 (n=100)
	Hayır	%18 (n=22)
Gebelik öncesi doğum kontrol yöntemi kullanma	Evet	%9 (n=11)
	Hayır	%91 (n=111)
Gebelik öncesi yardımcı üreme tedavisi alma	Evet	%16,7 (n=21)
	Hayır	%83,3 (n=106)

Perinatal psikiyatri polikliniğinde gebelik döneminde takip edilen hastaların gebelik seyri ile ilgili bilgiler incelendiğinde %44,1'inin gebelik döneminde ek tıbbi tanı aldığı, alınan en sık ek tıbbi tanının %49 ile hipertansiyon olduğu, katılımcıların %19,5'inde gebelik komplikasyonu geliştiği, en sık görülen komplikasyonun %39,1

ile düşük tehdidi olduğu görülmüştür. Gebelik döneminde takip edilen hastaların gebelik seyri ile ilgili diğer bilgiler Tablo 4.12.'de verilmiştir.

Tablo 4.11. Perinatal psikiyatri polikliniğine başvuru ile ilgili diğer bilgiler

Klinik özellikler		Hasta verileri
Gebeliğin planlı olup olmadığı	Evet	%59,3 (n=70)
	Hayır	%40,7(n=48)
Gebelik planlama süresi(ay)	Minimum	5,00
	Maksimum	60,00
	Ortanca	12,00
Gebe istenme durumu	Evet	%66,9 (n=79)
	Hayır	%33,1 (n=39)
Çoğul gebelik olup olmadığı	Evet	%3,4 (n=4)
	Hayır	%96,6(n=114)
Gebelik öncesi gebe kalmaya duygusal olarak hazır hissetme	Evet	%54,2 (n=64)
	Hayır	%45,8 (n=54)
Çocuk için cinsiyet beklentisi	Var	%41,5 (n=49)
	Yok	%58,5 (n=69)
Cinsiyet beklentisi olanların bebeklerinin istenen cinsiyette olma durumu	Evet	%57,1 (n=28)
	Hayır	%42,9 (n=21)
Gebelik döneminde alınan psikiyatrik tanı alma	Önceki hastalığın devamı	%53,8 (n=63)
	İlk tanı	%16,2 (n=19)
	Ek tanı	%2,6 (n=3)
	Ruhsal hastalık yok	%27,4 (n=32)
Gebelik döneminde alınan psikiyatrik tanı	Depresyon	%34,1 (n=29)
	YAB	%20 (n=17)
	Panik bozukluk	%20 (n=17)
	Bipolar bozukluk	%14,1 (n=12)
	OKB	%7,1 (n=6)
	Diğer	%4,8 (n=4)
Gebelik döneminde alınan psikiyatrik tanı ile ilgili bilgilendirilme	Evet	%98,8 (n=84)
	Hayır	%1,2 (n=1)
Gebelik dönemindeki ruhsal hastalığın işlevselliğe etkisi	Hafif	%34,1 (n=29)
	Orta	%44,7 (n=38)
	Ağır	%21,2 (n=18)
Gebelikte aldığı tedavi türü	İlaç tedavisi	%62,4 (n=53)
	Psikoterapi	%3,5 (n=3)
	İlaç tedavisi ve psikoterapi	%28,2 (n=24)
	İlaç tedavisi ve EKT	%1,2 (n=1)
	İlaçsız takip	%4,7 (n=4)

Tablo 4.11. Perinatal psikiyatri polikliniğine başvuru ile ilgili diğer bilgiler(devam)

Klinik özellikler		Hasta verileri
Gebelik döneminde psikiyatri servisinde yatarak tedavi	Evet	%8,4 (n=10)
	Hayır	%91,6 (n=108)
Alınan psikiyatrik tedaviye bağlı yan etki	Evet	%19,2 (n=14)
	Hayır	%80,8 (n=59)
İlaç tedavisine bağlı görülen yan etki	Bulantı ya da kusma	%14,3 (n=2)
	Konstipasyon	%28,6 (n=4)
	Uykululuk hali	%21,4 (n=3)
	İştah artışı	%35,7 (n=5)
Yan etki nedeniyle tedavi uyumsuzluğu	Evet	%5,3 (n=2)
	Hayır	%94,7 (n=36)
Yan etki nedeniyle acil müdahale gereksinimi	Evet	%0,0 (n=0)
	Hayır	%100,0 (n=36)

Perinatal psikiyatri polikliniğinde gebelik döneminde takip edilen hastaların doğumla ilgili bilgileri incelendiğinde %26,2'sinin vajinal doğum, %39,3'ünün planlanmış sezaryen, %34,5'inin acil sezaryen ile doğumunun gerçekleştiği, bebeklerin %19'unda doğum sonrası komplikasyon gerçekleştiği, en sık gerçekleşen komplikasyonun %25 ile emme güçlüğü olduğu görülmüştür. Doğumla ilgili bilgiler Tablo 4.13.'te verilmiştir.

Tablo 4.12. Perinatal psikiyatri polikliniğinde gebelik döneminde takip edilen hastaların gebelik seyri ile ilgili diğer bilgiler başvuru ile ilgili diğer bilgiler

Klinik özellikler		Hasta verileri
Gebelik döneminde ek tıbbi tanı alma	Evet	%44,1 (n=49)
	Hayır	%55,9 (n=62)
Gebelik döneminde aldığı ek tıbbi tanı	Hipertansiyon	%49 (n=24)
	Diyabet	%28,6 (n=14)
	Tiroid hastalığı	%16,3 (n=8)
	Kardiyovasküler hastalık	%4,1 (n=2)
	Diğer	%2 (n=1)
Alınan ek tıbbi tanı için tedavi alma durumu	Evet	%78,1 (n=50)
	Hayır	%21,9 (n=14)
Gebelik döneminde komplikasyon durumu	Evet	%19,5 (n=23)
	Hayır	%80,5 (n=95)
Gebelik komplikasyonu varsa türü	Düşük tehdidi	%39,1 (n=9)
	Erken doğum	%21,7 (n=5)
	Ölü doğum	%13,0 (n=3)
	Preeklampsi	%8,7 (n=2)
	Diğer	%17,5 (n=4)

Tablo 4.12. Perinatal psikiyatri polikliniğinde gebelik döneminde takip edilen hastaların gebelik seyri ile ilgili diğer bilgiler başvuru ile ilgili diğer bilgiler(devam)

Klinik özellikler		Hasta verileri
Gebelik komplikasyonu nedeniyle hastane yatışı	Evet	%19,2 (n=11)
	Hayır	%80,8 (n=12)
Gebelik döneminde intihar düşüncesi	Evet	%24,6 (n=29)
	Hayır	%75,4 (n=89)
Gebelik döneminde intihar düşüncesi varsa türü	Aktif	%31 (n=9)
	Pasif	%69 (n=20)
Gebelik döneminde intihar girişimi	Var	%4,2 (n=5)
	Yok	%95,8 (n=113)
Gebelik döneminde intihar girişimi varsa türü	İlaç kullanarak	%100 (n=5)
Gebelik döneminde intihar düşüncesi varsa tedavi ile azalma	Evet	%89,7 (n=26)
	Hayır	%10,3 (n=3)

Tablo 4.13. Perinatal psikiyatri polikliniğinde gebelik döneminde takip edilen hastaların doğumla ilgili bilgileri

Klinik özellikler		Hasta verileri
Bebegin doğum türü	Vajinal	%26,2 (n=22)
	Planlanmış sezaryen	%39,3 (n=33)
	Acil sezaryen	%34,5 (n=29)
Doğumun kaçınıcı haftada gerçekleştiğı	Minimum	24,00
	Maksimum	40,00
	Ortanca	37,00
Bebegin mevcut durumunda kaç aylık olduğı	Minimum	2,00
	Maksimum	40,00
	Ortanca	15,00
Bebegin doğum ağırlığı(gr)	Minimum	860,00
	Maksimum	3910,00
	Ortanca	3150,00
Bebegin boy uzunluğı(cm)	Minimum	31,00
	Maksimum	56,00
	Ortanca	50,00
Doğum öncesi psikiyatrik ilaç kullanımı	Evet	%40,5 (n=34)
	Hayır	%59,5 (n=50)
Doğum öncesi psikiyatrik ilacı kesme	Evet	%14,7 (n=5)
	Hayır	%85,3 (n=29)

Tablo 4.13. Perinatal psikiyatri polikliniğinde gebelik döneminde takip edilen hastaların doğumla ilgili bilgileri(devam)

Klinik özellikler		Hasta verileri
Bebekte doğum ve doğum sonrası komplikasyon	Var Yok	%19 (n=16) %81 (n=68)
Doğum sonrası komplikasyon varsa türü	Emme güçlüğü Uykuya meyil Hareketlilikte azalma Hipotoni Mekonyum aspirasyonu Reflekslerde azalma Diğer	%25 (n=4) %12,5 (n=2) %12,5 (n=2) %12,5 (n=2) %6,3 (n=1) %6,3 (n=1) %25 (n=4)
Doğum anında eşin anne yanında olup olmadığı	Evet Hayır	%90,5 (n=76) %9,5 (n=8)
Doğumdan sonra bebeği emzirme zamanı	Doğumdan hemen sonra İlk gün 1-3. gün arası 3. günden sonra	%70,7 (n=58) %7,3 (n=6) %2,4 (n=2) %19,5 (n=16)
Doğum sonrası bebekte malformasyon	Var Yok	%7,2 (n=6) %92,8 (n=77)
Bebekte malformasyon varsa türü	Kalp ve dolaşım sistemi anomalileri Yarık damak/dudak Sindirim sistemi anomalileri Diğer	%33,3 (n=2) %16,7 (n=1) %16,7 (n=1) %33,3 (n=2)
Uzamış doğum eylemi tanısı	Var Yok	%12 (n=10) %88 (n=73)
Doğum sırasında artmış kanama	Var Yok	%9,6 (n=8) %90,4 (n=75)
Doğumdan sonra bebeğin küvöze alınma durumu	Var Yok	%15,7 (n=13) %84,3 (n=70)
Küvözde kalma süresi(gün)	Minimum Maksimum Ortanca	4,00 120,00 18,00
Doğumdan sonra fototerapi tedavisi	Var Yok	%11 (n=9) %89 (n=73)
Doğumdan sonra bebeğe kan değişim işlemi uygulaması	Var Yok	%0 (n=0) %100 (n=100)

Perinatal psikiyatri polikliniğinde postpartum dönemde takipli hastalarla ilgili klinik bilgiler incelendiğinde katılımcıların %47,6'sının önceki ruhsal hastalığının devam ettiği, tanı alanların %53,6'sının postpartum depresyon tanısı aldığı, tanı alanların

%86,9'una psikiyatri hekiminin ilaç tedavisi önerdiği, hastaların %73,8'inin emzirme döneminde ilaç tedavisi aldığı görülmüştür. Postpartum dönemde takipli hastalarla ilgili klinik bilgiler Tablo 4.15.'de verilmiştir.

Perinatal psikiyatri polikliniğinde postpartum dönemde takipli hastaların bebeklerinin gelişim ve sağlık durumlarıyla ilgili bilgiler incelendiğinde %86,6'sının fiziksel gelişimi yaşitlarıyla uyumlu, %86,6'sının bebeğin dil gelişimi yaşitlarıyla uyumlu, bebeğin sosyal ve duygusal gelişimi %86,6'sının yaşitlarıyla uyumlu, bebeği bilişsel gelişimi %89'unun yaşitlarıyla uyumlu, bebeğin motor gelişimi %86,6'sının yaşitlarıyla uyumlu olduğu görülmüştür. Bebeklerin gelişim ve sağlık durumlarıyla ilgili bilgiler Tablo 4.14.'te verilmiştir.

Tablo 4.14. Perinatal psikiyatri polikliniğinde postpartum dönemde takip edilen hastaların bebeklerinin gelişim ve sağlık durumlarıyla ilgili bilgiler

Klinik özellikler		Hasta verileri
Bebekğin fiziksel gelişimi (yürüme, merdiven çıkma, el-göz koordinasyonu)	Yaşıtlarından iyi	%2,4 (n=2)
	Yaşıtlarıyla uyumlu	%86,6 (n=71)
	Hafif gecikme	%9,8 (n=8)
	Ağır gecikme	%1,2 (n=1)
Bebekğin dil gelişimi (kelime söyleme, cümle kurma ve anlama)	Yaşıtlarından iyi	%2,4 (n=2)
	Yaşıtlarıyla uyumlu	%86,6 (n=71)
	Hafif gecikme	%9,8 (n=8)
	Ağır gecikme	%1,2 (n=1)
Bebekğin sosyal ve duygusal gelişimi (başkalarıyla iletişime geçme, empati gösterme)	Yaşıtlarından iyi	%2,4 (n=2)
	Yaşıtlarıyla uyumlu	%86,6 (n=71)
	Hafif gecikme	%11 (n=9)
	Ağır gecikme	%1,2 (n=1)
Bebekğin bilişsel gelişimi (nesneleri tanıma, problem çözme becerileri)	Yaşıtlarından iyi	%2,4 (n=2)
	Yaşıtlarıyla uyumlu	%89 (n=73)
	Hafif gecikme	%8,5 (n=7)
	Ağır gecikme	%1,2 (n=1)
Bebekğin motor gelişimi (top atma, nesneleri inceleme)	Yaşıtlarından iyi	%3,7 (n=3)
	Yaşıtlarıyla uyumlu	%86,6 (n=71)
	Hafif gecikme	%8,5 (n=7)
	Ağır gecikme	%1,2 (n=1)
Bebekğin uyku süresi	Uyku süresi yeterli ve normal	%87,8 (n=72)
	Uyku süresi kısa ve yetersiz	%9,8 (n=8)
	Uyku süresi değişken	%2,4 (n=2)

Tablo 4.14. Perinatal psikiyatri polikliniğinde postpartum dönemde takip edilen hastaların bebeklerinin gelişim ve sağlık durumlarıyla ilgili bilgiler(devam)

Klinik özellikler		Hasta verileri
Bebğin uykü rutini	Düzenli	%34,1 (n=28)
	Düzenli ancak bazen değişiyor	%42,7 (n=35)
	Düzensiz	%23,2 (n=19)
Bebğin uyanma sıklığı	Nadir (5 saat veya daha uzun)	%24,4 (n=20)
	Normal sıklıkta (3-4 saatte bir)	%48,8 (n=40)
	Sık (1-2 saatte bir veya daha sık)	%26,8 (n=22)
Bebğin günlük tükettiğı anne sütü veya formül süt miktarı	Yeterli	%87,8 (n=72)
	Yetersiz	%12,2 (n=10)
Bebğin katı gıda tüketimi	Yeterli	%64,6 (n=53)
	Yetersiz	%13,4 (n=11)
	Henüz başlamadı	%22 (n=18)
Bebğin sağlık durumu	Sağlıklı	%86,6 (n=71)
	Sağlık sorunları yaşıyor	%13,4 (n=11)

Postpartum dönemde annenin psikososyal durumu incelendiğinde postpartum dönemde %35,7 ile sosyal desteğı en çok eş ve aile üyelerinden aldığı, doğum sonrası stres faktörleri incelendiğinde %70,3 ile birden fazla stres faktörünün anneyi olumsuz etkilediğı, doğum sonrası annenin genel psikososyal durumu incelendiğinde %50 ile orta düzeyde olduğu görülmüştür. Annenin genel psikososyal durumu ile ilgili bilgiler Tablo 4.16’da verilmiştir.

Tablo 4.15. Perinatal psikiyatri polikliniğinde postpartum dönemde takip edilen hastalarla ilgili klinik bilgiler

Klinik özellikler		Hasta verileri
Postpartum dönemde annenin psikiyatrik tanı alma durumu	Önceki psikiyatrik hastalığı devam edenler	%47,6 (n=40)
	İlk kez tanı alanlar	%42,9 (n=36)
	Yeni tanı eklenenler	%9,5 (n=8)
Alınan psikiyatrik tanı	Postpartum depresyon	%53,6 (n=45)
	YAB	%11,9 (n=10)
	Panik Bozukluk	%10,7 (n=9)
	Bipolar Bozukluk	%8,3 (n=7)
	Postpartum hüzn	%7,1 (n=6)
	Doğum sonrası psikoz	%2,4 (n=2)
	Diğer	%6 (n=5)
Psikiyatrik hastalık için hekimin ilaç kullanım önerisi	Var	%86,9 (n=73)
	Yok	%13,1 (n=11)

Tablo 4.15. Perinatal psikiyatri polikliniğinde postpartum dönemde takip edilen hastalarla ilgili klinik bilgiler(devam)

Klinik özellikler		Hasta verileri
Emzirme döneminde ilaç kullanımı	Var Yok	%73,8 (n=62) %26,2 (n=22)
Hekimin ilaç kullanım önerisinde annenin kararı	Bebeği süttten kestiğim için ilaç kullandım İlaç kullandığım için emzirmedim Emzirdim ve ilaç kullandım Emzirdim ve ilaç kullanmadım	%11,4 (n=9) %5,1 (n=4) %62 (n=49) %21,5 (n=17)
Emzirme döneminde ilaç kullanımı varsa annede yan etki	Var Yok	%25,8 (n=16) %74,2 (n=46)
Annede psikiyatrik ilaç nedeniyle görülen yan etki	Uyku miktarı ve kalitesinde olumsuz değişiklik Bulantı veya kusma Kilo alımı Halsizlik İştah artışı	%41,2 (n=7) %17,6 (n=3) %17,6 (n=3) %11,8 (n=2) %11,8 (n=2)
Emzirme döneminde kullanılan psikiyatrik ilacın bebeğe yan etkisi	Var Yok	%1,6 (n=1) %92,4 (n=61)
Psikiyatrik tedavi ile ilgili bilgilendirilmenin tedavi kararına etkisi	Karar vermeyi kolaylaştırdı Karar vermeyi etkilemedi Karar vermeyi zorlaştırdı	%81,4 (n=70) %17,4 (n=15) %1,2 (n=1)
Tedavinin işlevselliğe olumlu etkisi	Az Orta Çok	%7,5 (n=5) %36,4 (n=24) %56,1 (n=37)
Doğum sonrası intihar düşüncesi	Evet Hayır	%23,8 (n=2) %76,2 (n=71)
İntihar düşüncesi varsa tipi	Aktif Pasif	%25 (n=5) %75 (n=15)
Doğum sonrası intihar girişimi	Var Yok	%1,2 (n=1) %98,8 (n=83)
Doğum sonrası intihar girişimi yöntemi	Ası	%100 (n=1)
Doğum sonrası psikiyatrik tedavinin intihar düşüncelerini azaltma düzeyi	Az/ orta Çok/ çok fazla	%25 (n=5) %75 (n=15)
Doğum sonrası psikiyatri servisinde yatarak tedavi ihtiyacı	Evet Hayır	%6 (n=5) %94 (n=79)

Tablo 4.16. Postpartum dönemde annenin psikososyal durumu

Klinik özellikler		Hasta verileri
Doğum sonrası sosyal destek	Eş	%17,8 (n=15)
	Aile üyeleri	%15,5 (n=13)
	Eş ve aile üyeleri	%35,7 (n=30)
	Eş ve arkadaş	%6 (n=5)
	Eş, aile üyeleri ve arkadaş	%25 (n=21)
Doğum sonrası stres faktörleri	Uyku düzensizliği	%8,3 (n=7)
	Sosyal destek eksikliği	%8,3 (n=7)
	Bebek bakımıyla ilgili zorluklar	%7,1 (n=6)
	Yorgunluk	%6 (n=5)
	Birden fazla stres faktörü	%70,3 (n=59)
Doğum sonrası annenin genel psikososyal durumu	İyi	%24,4 (n=21)
	Orta	%50 (n=43)
	Kötü	%25,6 (n=22)

Tablo 4.17. Perinatal psikiyatri polikliniğinde takip edilen hastaların eşleriyle ilgili klinik bilgiler

Klinik özellikler		Hasta verileri
Eşin PPPK’de danışmanlık hizmeti alması	Evet	%6,7 (n=8)
	Hayır	%93,3 (n=112)
Eşin üremeye yardımcı tedavi alması	Evet	%3,1 (n=4)
	Hayır	%96,9 (n=126)
Eşin bebek için cinsiyet beklentisi	Var	%22,9 (n=27)
	Yok	%77,1 (n=91)
Eşin perinatal dönem öncesi psikiyatrik hastalık tanısı	Var	%9,2 (n=11)
	Yok	%90,8 (n=108)
Psikiyatrik hastalık varsa türü	Depresyon	%63,6 (n=7)
	YAB	%18,2 (n=2)
	Diğer	%18,2 (n=2)
Eşin perinatal dönemde tanı alma durumu	Evet	%11,9 (n=14)
	Hayır	%88,1 (n=104)
Eşin perinatal dönemde aldığı tanı	Depresyon	%78,6 (n=11)
	YAB	%14,3 (n=2)
	Panik bozukluk	%7,1 (n=1)
Eşin perinatal dönemde hastalık tanısı alma zamanı	Gebeliğe hazırlık dönemi	%64,3 (n=9)
	1. trimester	%14,3 (n=2)
	Doğum sonrası ilk 1 yıl içerisinde	%21,4 (n=3)

Tablo 4.17. Perinatal psikiyatri polikliniğinde takip edilen hastaların eşleriyle ilgili klinik bilgiler(devam)

Klinik özellikler		Hasta verileri
Eşin perinatal dönemde sigara kullanımı	Var Yok	%53,8 (n=64) %46,2 (n=55)
Sigara kullananların kullanım miktarı(tane/gün)	Minimum Maksimum Ortanca	2,00 60,00 20,00
Eşin perinatal dönemde alkol kullanımı	Var Yok	%10,1 (n=12) %89,9 (n=107)
Alkol kullananların kullanım miktarı(hafta/Sİ)	Minimum Maksimum Ortanca	1,00 10,00 5,00
Eşin perinatal dönemde uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanımı	Var Yok	%1,7 (n=2) %98,3 (n=117)

Tablo 4.18. Perinatal psikiyatri polikliniğinde takip edilen hastaların cinsel işlev bozukluğu(CİB) ile ilgili bilgiler

Klinik özellikler		Hasta verileri
Gebelik döneminde CİB görülme	Evet Hayır	%37,3 (n=44) %62,7 (n=74)
Gebelik döneminde alınan CİB tanısı	Cinsel istekte azalma Ağrılı cinsel ilişki Cinsel tiksinti bozukluğu Orgazm olamama	%77,3 (n=34) %13,6 (n=6) %6,8 (n=3) %2,3 (n=1)
Postpartum dönemde CİB görülme	Evet Hayır	%29,5 (n=26) %70,5 (n=62)
Postpartum dönemde CİB tanısı	Cinsel istekte azalma Ağrılı cinsel ilişki Cinsel tiksinti bozukluğu Orgazm olamama	%76,9 (n=64) %7,7 (n=2) %7,7 (n=2) %7,7 (n=2)
Perinatal dönemde cinsel terapi alma	Evet Hayır	%0,9 (n=1) %99,1 (n=114)

Katılımcıların cinsel işlev bozukluğu ile ilgili bilgiler incelendiğinde katılımcıların %37,3'ünün gebelik döneminde cinsel işlev bozukluğu yaşadığı, %77,3 ile en sık cinsel istekte azalma görüldüğü, katılımcıların %29,5'inin doğum sonrası dönemde

cinsel işlev bozukluğu yaşadığı, %76,9 ile en sık cinsel istekte azalma görülmüştür. Perinatal dönemde cinsel işlev bozukluğu ile ilgili bilgiler Tablo 4.18.'de verilmiştir.

Perinatal psikiyatri polikliniğinde takip edilen hastaların sigara, alkol ve madde kullanım bilgileri incelendiğinde katılımcıların %37,2'sinin gebelik öncesi dönemde sigara kullanımının olduğu, gebelik döneminde %66,6'sının sigara kullanımını azalttığı görülmüştür. %2,5'inin gebelik öncesi dönemde alkol kullandığı, alkol kullananların tamamının gebelik sürecinde alkol kullanımında azalma olduğu görülmüştür. Hastaların perinatal dönemde sigara, alkol ve madde kullanımıyla ilgili bilgiler Tablo 4.19.'da verilmiştir.

Tablo 4.19. Perinatal psikiyatri polikliniğinde takip edilen hastaların sigara, alkol ve madde kullanımıyla ilgili bilgileri

Klinik özellikler		Hasta verileri
Gebelik öncesi dönemde sigara kullanımı	Evet	%37,2 (n=45)
	Hayır	%62,8 (n=76)
Gebelik döneminde sigara kullanımının değişimi	Arttı	%6,7 (n=3)
	Değişmedi	%26,7 (n=12)
	Azaldı	%66,6 (n=30)
Postpartum dönemde sigara kullanım miktarının değişimi	Arttı	%15,6 (n=7)
	Değişmedi	%8,9 (n=4)
	Azaldı	%75,5 (n=34)
Gebelik öncesi alkol kullanımı	Evet	%2,5 (n=3)
	Hayır	%97,5 (n=119)
Gebelik döneminde alkol kullanımının değişimi	Azaldı	%100 (n=3)
Postpartum dönemde alkol kullanımının değişimi	Arttı	%33,3 (n=1)
	Değişmedi	%33,3 (n=1)
	Azaldı	%33,3 (n=1)
Gebelik öncesi dönemde madde kullanımı	Evet	%1,6 (n=2)
	Hayır	%98,4 (n=120)
Gebelik döneminde madde kullanımının değişimi	Değişmedi	%50 (n=1)
	Azaldı	%50 (n=1)
Postpartum dönemde madde kullanımının değişimi	Azaldı	%100 (n=2)

Perinatal psikiyatri polikliniğinde takip edilen hastaların geleneksel ve tamamlayıcı tıp tedavileriyle ilgili bilgiler incelendiğinde %10,1'inin perinatal dönemde geleneksel ve tamamlayıcı tıp tedavisi aldığı, en sık %75 ile hacamat tedavisi alındığı görülmüştür. Tedavi alanların %50'sinin gördüğü fayda düzeyini fazla olarak belirtmişlerdir. Katılımcıların geleneksel ve tamamlayıcı tıp ile ilgili bilgileri Tablo 4.20.'de sunulmuştur.

4.2. PPPK'ne Başvuran Hastaların Klinik Verileri İle İlişkili Durumlar

Tablo 4.20. Perinatal psikiyatri polikliniğinde takip edilen hastaların geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarıyla ilgili bilgiler

Klinik özellikler		Hasta verileri
Gebelik veya postpartum dönemde geleneksel ve tamamlayıcı tıp tedavisi	Evet	%10,1 (n=12)
	Hayır	%89,9 (n=107)
Alınan tedavi	Kupa	%16,7 (n=2)
	Hacamat	%75 (n=9)
	Sülük	%8,3 (n=1)
Tedavi alanların fayda düzeyi	Az	%28,6 (n=4)
	Orta	%21,4 (n=3)
	Çok	%50 (n=7)
Gebelik döneminde bitkisel çay kullanımı	Var	%2,5 (n=3)
	Yok	%3,4 (n=4)
Gebelik döneminde bitkisel çay kullanımı varsa hekiminin önerisi	Tedavi için kullanmamı önerdi	%25 (n=1)
	Yan etki potansiyeli nedeniyle bırakmamı önerdi	%25 (n=1)
	Öneride bulunmadı	%50 (n=2)
Gebelik döneminde bitkisel çayın hangi şikayetler için kullanıldığı	Anksiyete	%50 (n=2)
	Uyku bozuklukları	%50 (n=2)
Gebelik döneminde bitkisel çay kullanımıyla ilgili yönlendirilme	Yakın çevre	%25 (n=1)
	Hekim dışı sağlık çalışanı	%25 (n=1)
	Kendi isteğiyle	%50 (n=2)
Gebelik döneminde bitkisel çay kullanımı varsa türü	Çarkıfelek çiçeği (pasifleri incernata)	%50 (n=2)
	Sarı kantaron (st. john's wort)	%50 (n=2)
Gebelik döneminde bitkisel çay kullanımı varsa kullanım sıklığı	Haftada 1 fincan	%25 (n=1)
	Günde 1-2 fincan	%50 (n=2)
	Günde 3 fincan veya daha fazla	%25 (n=1)

Araştırmamıza dahil edilen kadınların PPPK'ne başvurmadan önce herhangi bir psikiyatrik hastalık nedeniyle tedavi alıyor olması ve tedavi almamış olması ile toplam gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, ölü doğum, düşük ve kürtaj sayısı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bulduk ($p>0,05$) (Tablo 4.21). Aynı zamanda PPPK başvurusu öncesi psikiyatrik tedavi almak ile bebeğin doğum haftası (prematürite), bebeğin doğum ağırlığı, boyu, emzirme süresi, bebeğin küvözde kalma süresi, annenin bebekle ilk ten tene temas zamanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.21).

Tablo 4.21. Katılımcıların psikiyatrik hastalık için PPPK başvurusu öncesi tedavi alanlar ile tedavi almayanların doğum ve yenidoğanla ilgili verilerinin karşılaştırılması

Klinik özellikler	Ortanca (Min-Max)	(%25-%75)	İstatistik	
			Z	p
Toplam gebelik sayısı	2 (0-10)	1,00-3,00	-0,473	0,636
Yaşayan çocuk sayısı	1 (0-5)	1,00-2,00	-0,492	0,623
Ölü doğum sayısı	0 (0-5)	0,00-0,00	-0,418	0,676
Düşük sayısı	0 (0-8)	0,00-0,00	-0,350	0,726
Kürtaj sayısı	0 (0-4)	0,00-0,00	-0,322	0,747
Doğumun kaçınıcı haftada olduğu	37 (24-40)	36,00-39,00	-0,236	0,813
Bebeğin kaç aylık olduğu	15 (2-40)	9,00-23,50	-0,128	0,898
Bebeğin doğum ağırlığı(gr)	3150 (860-3910)	2650,00-3430,00	-1,195	0,232
Bebeğin boy uzunluğu(cm)	50 (31-56)	48,00-51,00	-0,448	0,654
Bebeği emzirme süresi(ay)	11 (0-24)	6,00-16,00	-0,218	0,828
Küvözde kalma süresi(gün)	18 (4-120)	7,00-56,50	-0,932	0,351
Bebekle ilk temasa kadar geçen süre (gün içinde)	1 (0-46)	0,00-1,00	-0,119	0,905

Hastaların önceki gebeliklerinde psikiyatri polikliniğine başvuranlar ile başvurmayanlar arasında toplam gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, ölü doğum, düşük ve kürtaj sayıları ile arasında anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$) (Tablo 4.22). Araştırmamızda önceki gebeliklerinde psikiyatri başvurusu olan hastalarla olmayan hastalar arasında doğumun gerçekleştiği hafta (prematürite), bebeğin doğum ağırlığı,

boy uzunluğu, emme süresi, küvözde kalma süreleri, annenin bebekle ilk temasa kadar geçen süre arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4.22)

Hastaların geçmiş postpartum dönemde psikiyatri polikliniğine başvuranlar ile başvurmayanlar arasında toplam gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, ölü doğum, kürtaj sayısı ile arasında anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$) (Tablo 4.24). Geçmiş postpartum dönemde psikiyatri polikliniğine başvuru ile düşük sayısı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Geçmişte düşük öyküsü olan hastaların olmayan hastalara göre psikiyatri poliklinik başvurusu anlamlı olarak daha fazlaydı. ($p<0,05$). Araştırmamızda geçmiş postpartum dönemde psikiyatri polikliniğine başvurusu olan hastalarla başvurusu olmayan hastalar arasında doğumun gerçekleştiği hafta (prematürite), bebeğin doğum ağırlığı, boy uzunluğu, emme süresi, küvözde kalma süreleri, annenin bebekle ilk temasa kadar geçen süre arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4.22)

Tablo 4.22. Önceki gebeliklerde PPPK başvurusu olanlar ile başvurusu olmayanların doğum ve yenidoğanla ilgili verilerinin karşılaştırılması

Klinik özellikler	Ortanca (Min-Max)	(%25-%75)	İstatistik	
			Z	p
Toplam gebelik sayısı	2 (0-10)	1,00-3,00	-0,733	0,463
Yaşayan çocuk sayısı	1 (0-5)	1,00-2,00	-0,458	0,647
Ölü doğum sayısı	0 (0-5)	0,00-0,00	-0,017	0,986
Düşük sayısı	0 (0-8)	0,00-0,00	-0,681	0,496
Kürtaj sayısı	0 (0-4)	0,00-0,00	-1,789	0,074
Doğumun kaçınıcı haftada olduğu	37 (24-40)	36,00-39,00	-0,523	0,601
Bebeğin kaç aylık olduğu	15 (2-40)	9,00-23,50	-0,586	0,558
Bebeğin doğum ağırlığı (gr)	3150 (860-3910)	2650,00-3430,00	-0,942	0,346
Bebeğin boy uzunluğu (cm)	50 (31-56)	48,00-51,00	-1,094	0,274
Bebeği emzirme süresi (ay)	11 (0-24)	6,00-16,00	-0,698	0,485
Küvözde kalma süresi (gün)	18 (4-120)	7,00-56,50	-0,575	0,565
Bebekle ilk temasa kadar geçen süre (gün içinde)	1 (0-46)	0,00-1,00	-1,538	0,124

Hastaların geçmiş postpartum dönemde emzirirken psikiyatrik ilaç kullanımı olanlarla psikiyatrik ilaç kullanımı olmayanlar arasında toplam gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, kürtaj sayısı ile arasında anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$) (Tablo 4.24). Geçmiş postpartum dönemde emzirme döneminde psikiyatrik ilaç kullanımı ile ölü doğum sayısı arasında anlamlı ilişki bulunmaktaydı, ölü doğum öyküsü olan kadınlarda emzirirken psikiyatrik ilaç kullanımı oranı olmayanlara göre daha fazlaydı ($p<0,05$). Geçmiş postpartum dönemde emzirme döneminde psikiyatrik ilaç kullanımı ile doğumun gerçekleştiği hafta (prematürite), bebeğin doğum ağırlığı, boy uzunluğu, emme süresi, küvözde kalma süreleri, annenin bebekle ilk temasa kadar geçen süre arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4.24)

Tablo 4.23. Geçmiş postpartum dönemde PPPK başvurusu olanlar ile olmayanların doğum ve yenidoğanla ilgili verilerin karşılaştırılması

Klinik özellikler	Ortanca (Min-Max)	(%25-%75)	İstatistik	
			Z	p
Toplam gebelik sayısı	2 (0-10)	1,00-3,00	-0,338	0,735
Yaşayan çocuk sayısı	1 (0-5)	1,00-2,00	-0,367	0,713
Ölü doğum sayısı	0 (0-5)	0,00-0,00	-1,114	0,265
Düşük sayısı	0 (0-8)	0,00-0,00	-2,373	0,018*
Kürtaj sayısı	0 (0-4)	0,00-0,00	-1,292	0,197
Doğumun kaçınıcı haftada olduğu	37 (24-40)	36,00-39,00	-0,062	0,950
Bebegin kaç aylık olduğu	15 (2-40)	9,00-23,50	-1,224	0,221
Bebegin doğum ağırlığı(gr)	3150 (860-3910)	2650,00-3430,00	-0,020	0,984
Bebegin boy uzunluğu(cm)	50 (31-56)	48,00-51,00	-0,212	0,832
Bebegi emzirme süresi (ay)	11 (0-24)	6,00-16,00	-0,666	0,505
Küvözde kalma süresi (gün)	18 (4-120)	7,00-56,50	-0,078	0,938
Bebekle ilk temasa kadar geçen süre (gün içinde)	1 (0-46)	0,00-1,00	-0,163	0,871

* $p<0,05$

Gebelik öncesi PPPK'den danışmanlık hizmeti alanlarla almayanlar arasında ölü doğum sayısı, düşük sayısı, kürtaj sayısı, doğumun gerçekleştiği hafta (prematürite), bebeğin doğum ağırlığı, boy uzunluğu, emme süresi, küvözde kalma süreleri,

annenin bebekle ilk temasa kadar geçen süre arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4.25).

Gebelik öncesi PPPK'den danışmanlık hizmeti alanlarla almayanlar arasında toplam gebelik sayısı açısından pozitif yönlü ve yaşayan çocuk sayısı bakımından negatif yönlü anlamlı fark bulundu ($p<0,05$) (Tablo 4.25).

Tablo 4.24. Geçmiş postpartum dönemde emzirirken psikiyatrik ilaç kullananlar ile emzirirken psikiyatrik ilaç kullanmayanların doğum ve yenidoğanla ilgili verilerin karşılaştırılması

Klinik özellikler	Ortanca (Min-Max)	(%25-%75)	İstatistik	
			Z	p
Toplam gebelik sayısı	2 (0-10)	1,00-3,00	-0,598	0,550
Yaşayan çocuk sayısı	1 (0-5)	1,00-2,00	-1,637	0,102
Ölü doğum sayısı	0 (0-5)	0,00-0,00	-2,352	0,019*
Düşük sayısı	0 (0-8)	0,00-0,00	-1,681	0,093
Kürtaj sayısı	0 (0-4)	0,00-0,00	-1,051	0,293
Doğumun kaçınıcı haftada olduğu	37 (24-40)	36,00-39,00	-0,550	0,583
Bebeğin kaç aylık olduğu	15 (2-40)	9,00-23,50	-1,359	0,174
Bebeğin doğum ağırlığı(gr)	3150 (860-3910)	2650,00-3430,00	-0,758	0,448
Bebeğin boy uzunluğu(cm)	50 (31-56)	48,00-51,00	-0,605	0,545
Bebeği emzirme süresi (ay)	11 (0-24)	6,00-16,00	-0,327	0,744
Küvözde kalma süresi (gün)	18 (4-120)	7,00-56,50	-0,575	0,965
Bebekle ilk temasa kadar geçen süre (gün içinde)	1 (0-46)	0,00-1,00	-0,737	0,461

* $p<0,05$

Gebelikte psikiyatrik ilaç kullananlarla kullanmayanlar arasında toplam gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, ölü doğum sayısı, düşük sayısı, kürtaj sayısı, doğumun gerçekleştiği hafta (prematürite), bebeğin doğum ağırlığı, boy uzunluğu, emme süresi, küvözde kalma süreleri, annenin bebekle ilk temasa kadar geçen süre arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4.26).

Gebelikte ek tıbbi hastalık için ilaç kullananlar ile kullanmayanlar arasında toplam gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, ölü doğum sayısı, düşük sayısı, kürtaj sayısı,

doğumun gerçekleştiği hafta (prematürite), bebeğin doğum ağırlığı, boy uzunluğu, emme süresi, küvözde kalma süreleri, annenin bebekle ilk temasa kadar geçen süre arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4.27).

Tablo 4.25. Gebelik öncesi PPPK'den danışmanlık hizmeti alanlarla danışmanlık hizmeti almayanlar arasında doğum ve yenidoğanla ilgili verilerin karşılaştırılması

Klinik özellikler	Ortanca (Min-Max)	(%25-%75)	İstatistik	
			Z	p
Toplam gebelik sayısı	2 (0-10)	1,00-3,00	-2,374	0,018*
Yaşayan çocuk sayısı	1 (0-5)	1,00-2,00	-2,518	0,012*
Ölü doğum sayısı	0 (0-5)	0,00-0,00	-0,180	0,857
Düşük sayısı	0 (0-8)	0,00-0,00	-0,790	0,429
Kürtaj sayısı	0 (0-4)	0,00-0,00	-0,032	0,974
Doğumun kaçınıcı haftada olduğu	37 (24-40)	36,00-39,00	-1,128	0,259
Bebeğin kaç aylık olduğu	15 (2-40)	9,00-23,50	-0,355	0,723
Bebeğin doğum ağırlığı (gr)	3150 (860-3910)	2650,00-3430,00	-1,128	0,259
Bebeğin boy uzunluğu (cm)	50 (31-56)	48,00-51,00	-0,006	0,995
Bebeği emzirme süresi (ay)	11 (0-24)	6,00-16,00	-1,306	0,192
Küvözde kalma süresi (gün)	18 (4-120)	7,00-56,50	-0,391	0,695
Bebekle ilk temasa kadar geçen süre (gün içinde)	1 (0-46)	0,00-1,00	-1,616	0,106

* $p<0,05$

Gebelikte komplikasyonu görülenler ile görülmeyenler arasında toplam gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, ölü doğum sayısı, düşük sayısı, kürtaj sayısı, doğumun gerçekleştiği hafta (prematürite), emme süresi, küvözde kalma süreleri, arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4.28). Gebelikte komplikasyonu görülenler ile görülmeyenler arasında bebeğin doğum ağırlığı, bebeğin boy uzunluğu açısından negatif yönlü bebekle ilk temasa kadar geçen süre açısından pozitif yönlü anlamlı fark bulundu ($p<0,05$) (Tablo 4.28).

Doğum sonrası bebeği küvöze alınanlar ve küvöze alınmayanlar arasında karşılaştırma yapıldığında toplam gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, ölü doğum

sayısı, düşük sayısı, kürtaj sayısı, emme süresi arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4.31).

Tablo 4.26. Gebelikte psikiyatrik ilaç kullanımı olanlar ile gebelikte psikiyatrik ilaç kullanımı olmayanlar arasında doğum ve yenidoğanla ilgili verilerin karşılaştırılması

Klinik özellikler	Ortanca (Min-Max)	(%25-%75)	İstatistik	
			Z	p
Toplam gebelik sayısı	2 (0-10)	1,00-3,00	-1,914	0,056
Yaşayan çocuk sayısı	1 (0-5)	1,00-2,00	-0,574	0,566
Ölü doğum sayısı	0 (0-5)	0,00-0,00	-0,810	0,418
Düşük sayısı	0 (0-8)	0,00-0,00	-0,717	0,473
Kürtaj sayısı	0 (0-4)	0,00-0,00	-0,384	0,701
Doğumun kaçınıcı haftada olduğu	37 (24-40)	36,00-39,00	-1,220	0,223
Bebeğin kaç aylık olduğu	15 (2-40)	9,00-23,50	-2,107	0,035
Bebeğin doğum ağırlığı(gr)	3150 (860-3910)	2650,00-3430,00	-0,572	0,567
Bebeğin boy uzunluğu(cm)	50 (31-56)	48,00-51,00	-1,342	0,180
Bebeği emzirme süresi (ay)	11 (0-24)	6,00-16,00	-0,436	0,663
Küvözde kalma süresi (gün)	18 (4-120)	7,00-56,50	-1,823	0,068
Bebekle ilk temasa kadar geçen süre (gün içinde)	1 (0-46)	0,00-1,00	-0,937	0,349

Bebekte doğum sonrası komplikasyon görülenler ile görülmeyenler arasında toplam gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, düşük sayısı, kürtaj sayısı, emme süresi, küvözde kalma süreleri arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4.29). Bebekte doğum sonrası komplikasyon görülenler ile görülmeyenler arasında ölü doğum sayısı açısından pozitif yönde, doğumun gerçekleştiği hafta (prematürite), bebeğin doğum ağırlığı, boy uzunluğu açısından negatif yönlü annenin bebekle ilk temasa kadar geçen süre açısından pozitif yönlü anlamlı fark saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4.29).

Doğum sonrası bebeği küvöze alınanlar ve küvöze alınmayanlar arasında yapılan karşılaştırmada doğumun gerçekleştiği hafta (prematürite), bebeğin doğum ağırlığı, boy uzunluğu bakımından negatif yönde, bebekle ilk temasa kadar geçen süre bakımından pozitif yönde anlamlı fark saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4.31)

Tablo 4.27. Gebelikte ek tıbbi hastalık için ilaç kullanımı olanlarla ilaç kullanımı olamayanların doğum ve yenidoğanla ilgili verilerin karşılaştırılması

Klinik özellikler	Ortanca (Min-Max)	(%25-%75)	İstatistik	
			Z	p
Toplam gebelik sayısı	2 (0-10)	1,00-3,00	-0,723	0,470
Yaşayan çocuk sayısı	1 (0-5)	1,00-2,00	-0,186	0,853
Ölü doğum sayısı	0 (0-5)	0,00-0,00	-0,420	0,674
Düşük sayısı	0 (0-8)	0,00-0,00	-0,326	0,745
Kürtaj sayısı	0 (0-4)	0,00-0,00	-1,470	0,142
Doğumun kaçınıcı haftada olduğu	37 (24-40)	36,00-39,00	-0,592	0,554
Bebeğin kaç aylık olduğu	15 (2-40)	9,00-23,50	-0,410	0,680
Bebeğin doğum ağırlığı(gr)	3150 (860-3910)	2650,00-3430,00	-0,122	0,903
Bebeğin boy uzunluğu(cm)	50 (31-56)	48,00-51,00	-0,211	0,803
Bebeği emzirme süresi (ay)	11 (0-24)	6,00-16,00	-0,666	0,506
Küvözde kalma süresi (gün)	18 (4-120)	7,00-56,50	-1,048	0,295
Bebekle ilk temasa kadar geçen süre (gün içinde)	1 (0-46)	0,00-1,00	-0,197	0,844

Bebekte malformasyon görülenlerle görülmeyenler arasında toplam gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, düşük sayısı, kürtaj sayısı, doğumun gerçekleştiği hafta (prematürite), bebeğin doğum ağırlığı, boy uzunluğu, emme süresi, küvözde kalma süreleri, annenin bebekle ilk temasa kadar geçen süre arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4.30). Bebekte malformasyon görülenlerle görülmeyenler arasında annenin gerçekleştirdiği ölü doğum sayısı bakımından pozitif yönlü anlamlı fark sağlandı($p<0,05$) (Tablo 4.30).

Doğan bebeklerin fiziksel gelişimi normal olanlarla fiziksel gelişiminde gerilik olanlar karşılaştırıldığında toplam gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, ölü doğum sayısı, düşük sayısı, kürtaj sayısı, boy uzunluğu, emme süresi, annenin bebekle ilk temas zamanı arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4.32). Doğumun gerçekleştiği hafta(prematürite), bebeğin doğum ağırlığı ile negatif yönlü küvözde kalma süreleri, annenin bebekle ilk temasa kadar geçen süre (gün)ile pozitif yönlü anlamlı fark olduğu saptandı($p<0,05$) (Tablo 4.32).

Tablo 4.28. Gebelik komplikasyonu olanlar ile gebelik komplikasyonu olmayanların doğum ve yenidoğanla ilgili verilerin karşılaştırılması

Klinik özellikler	Ortanca (Min-Max)	(%25-%75)	İstatistik	
			Z	p
Toplam gebelik sayısı	2 (0-10)	1,00-3,00	-0,334	0,738
Yaşayan çocuk sayısı	1 (0-5)	1,00-2,00	-1,589	0,112
Ölü doğum sayısı	0 (0-5)	0,00-0,00	-1,743	0,081
Düşük sayısı	0 (0-8)	0,00-0,00	-1,600	0,109
Kürtaj sayısı	0 (0-4)	0,00-0,00	-1,164	0,244
Doğumun kaçınıcı haftada olduğu	37 (24-40)	36,00-39,00	-1,847	0,065
Bebeğin kaç aylık olduğu	15 (2-40)	9,00-23,50	-0,675	0,500
Bebeğin doğum ağırlığı (gr)	3150 (860-3910)	2650,00-3430,00	-2,416	0,016*
Bebeğin boy uzunluğu (cm)	50 (31-56)	48,00-51,00	-2,166	0,030*
Bebeği emzirme süresi (ay)	11 (0-24)	6,00-16,00	-0,825	0,409
Küvözde kalma süresi (gün)	18 (4-120)	7,00-56,50	-1,863	0,062
Bebekle ilk temasa kadar geçen süre (gün içinde)	1 (0-46)	0,00-1,00	-2,273	0,023*

*p<0,05

Doğan bebeklerin fiziksel gelişimi normal olanlarla fiziksel gelişiminde gerilik olanlar karşılaştırıldığında toplam gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, ölü doğum sayısı, düşük sayısı, kürtaj sayısı, boy uzunluğu, emme süresi, annenin bebekle ilk temas zamanı arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4.32). Doğumun gerçekleştiği hafta(prematürite), bebeğin doğum ağırlığı ile negatif yönlü küvözde kalma süreleri, annenin bebekle ilk temasa kadar geçen süre (gün)ile pozitif yönlü anlamlı fark olduğu saptandı($p<0,05$) (Tablo 4.32).

Doğan bebeklerin fiziksel gelişimi normal olanlarla fiziksel gelişiminde gerilik olanlar karşılaştırıldığında toplam gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, ölü doğum sayısı, düşük sayısı, kürtaj sayısı, boy uzunluğu, emme süresi, annenin bebekle ilk temas zamanı arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4.32). Doğumun gerçekleştiği hafta(prematürite), bebeğin doğum ağırlığı ile negatif yönlü

küvözde kalma süreleri, annenin bebekle ilk temasa kadar geçen süre (gün)ile pozitif yönlü anlamlı fark olduğu saptandı($p<0,05$) (Tablo 4.32).

Tablo 4.29. Bebekte doğum sonrası komplikasyon görülenlerle doğum sonrası komplikasyon görülmeyenlerin doğum ve yenidoğanla ilgili verilerin karşılaştırılması

Klinik özellikler	Ortanca (Min-Max)	(%25-%75)	İstatistik	
			Z	p
Toplam gebelik sayısı	2 (0-10)	1,00-3,00	-1,544	0,122
Yaşayan çocuk sayısı	1 (0-5)	1,00-2,00	-0,062	0,951
Ölü doğum sayısı	0 (0-5)	0,00-0,00	-2,312	0,021*
Düşük sayısı	0 (0-8)	0,00-0,00	-1,256	0,209
Kürtaj sayısı	0 (0-4)	0,00-0,00	-0,952	0,341
Doğumun kaçınıcı haftada olduğu	37 (24-40)	36,00-39,00	-2,823	0,005*
Bebeğin kaç aylık olduğu	15 (2-40)	9,00-23,50	-1,543	0,123
Bebeğin doğum ağırlığı (gr)	3150 (860-3910)	2650,00-3430,00	-3,026	0,002*
Bebeğin boy uzunluğu (cm)	50 (31-56)	48,00-51,00	-3,476	0,001*
Bebeği emzirme süresi (ay)	11 (0-24)	6,00-16,00	-1,817	0,069
Küvözde kalma süresi (gün)	18 (4-120)	7,00-56,50	-1,422	0,155
Bebekle ilk temasa kadar geçen süre (gün içinde)	1 (0-46)	0,00-1,00	-3,549	0,001*

* $p<0,05$

Doğan bebeklerin fiziksel gelişimi normal olanlarla fiziksel gelişiminde gerilik olanlar karşılaştırıldığında toplam gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, ölü doğum sayısı, düşük sayısı, kürtaj sayısı, boy uzunluğu, emme süresi, annenin bebekle ilk temas zamanı arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4.32). Doğumun gerçekleştiği hafta(prematürite), bebeğin doğum ağırlığı ile negatif yönlü küvözde kalma süreleri, annenin bebekle ilk temasa kadar geçen süre (gün)ile pozitif yönlü anlamlı fark olduğu saptandı($p<0,05$) (Tablo 4.32).

Doğan bebeklerin dil gelişimi normal olanlarla dil gelişiminde gerilik olanlar karşılaştırıldığında toplam gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, ölü doğum sayısı, düşük sayısı, kürtaj sayısı, boy uzunluğu, emme süresi, annenin bebekle ilk temasa

kadar geçen süre arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4.33). Doğumun gerçekleştiği hafta(prematürite), bebeğin doğum ağırlığı ile negatif yönlü küvözde kalma süreleri bakımından pozitif yönlü anlamlı fark olduğu saptandı($p<0,05$) (Tablo 4.33).

Tablo 4.30. Bebekte malformasyon görülenler ile malformasyon görülmeyenlerin doğum ve yenidoğanla ilgili verilerin karşılaştırılması

Klinik özellikler	Ortanca (Min-Max)	(%25-%75)	İstatistik Z	p
Toplam gebelik sayısı	2 (0-10)	1,00-3,00	-2,132	0,033*
Yaşayan çocuk sayısı	1 (0-5)	1,00-2,00	-0,787	0,431
Ölü doğum sayısı	0 (0-5)	0,00-0,00	-1,959	0,049*
Düşük sayısı	0 (0-8)	0,00-0,00	-1,113	0,266
Kürtaj sayısı	0 (0-4)	0,00-0,00	-1,019	0,308
Doğumun kaçınıcı haftada olduğu	37 (24-40)	36,00-39,00	-0,724	0,469
Bebeğin kaç aylık olduğu	15 (2-40)	9,00-23,50	-1,118	0,264
Bebeğin doğum ağırlığı(gr)	3150 (860-3910)	2650,00-3430,00	-0,607	0,544
Bebeğin boy uzunluğu(cm)	50 (31-56)	48,00-51,00	-0,620	0,535
Bebeği emzirme süresi (ay)	11 (0-24)	6,00-16,00	-0,185	0,853
Küvözde kalma süresi (gün)	18 (4-120)	7,00-56,50	-1,285	0,199
Bebekle ilk temasa kadar geçen süre (gün içinde)	1 (0-46)	0,00-1,00	-0,440	0,660

* $p<0,05$

Doğan bebeklerin dil gelişimi normal olanlarla dil gelişiminde gerilik olanlar karşılaştırıldığında toplam gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, ölü doğum sayısı, düşük sayısı, kürtaj sayısı, boy uzunluğu, emme süresi, annenin bebekle ilk temasa kadar geçen süre arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4.33). Doğumun gerçekleştiği hafta(prematürite), bebeğin doğum ağırlığı ile negatif yönlü küvözde kalma süreleri bakımından pozitif yönlü anlamlı fark olduğu saptandı($p<0,05$) (Tablo 4.33).

Doğan bebeklerin sosyal ve duygusal gelişimi normal olanlarla sosyal ve duygusal gelişiminde gerilik olanlar karşılaştırıldığında toplam gebelik sayısı, yaşayan çocuk

sayısı, ölü doğum sayısı, düşük sayısı, kürtaj sayısı, boy uzunluğu, emme süresi, annenin bebekle ilk temasa kadar geçen süre arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4.34).

Tablo 4.31. Doğum sonrası bebeğin küvözde tedavi görenler ile küvözde tedavi görmeyenlerin doğum ve yenidoğanla ilgili verilerin karşılaştırılması

Klinik özellikler	Ortanca (Min-Max)	(%25-%75)	İstatistik	
			Z	p
Toplam gebelik sayısı	2 (0-10)	1,00-3,00	-0,543	0,587
Yaşayan çocuk sayısı	1 (0-5)	1,00-2,00	-0,127	0,899
Ölü doğum sayısı	0 (0-5)	0,00-0,00	-0,710	0,478
Düşük sayısı	0 (0-8)	0,00-0,00	-0,303	0,762
Kürtaj sayısı	0 (0-4)	0,00-0,00	-1,284	0,199
Doğumun kaçınıcı haftada olduğu	37 (24-40)	36,00-39,00	-4,011	0,001*
Bebeğin kaç aylık olduğu	15 (2-40)	9,00-23,50	-0,489	0,625
Bebeğin doğum ağırlığı(gr)	3150 (860-3910)	2650,00-3430,00	-3,159	0,002*
Bebeğin boy uzunluğu(cm)	50 (31-56)	48,00-51,00	-3,102	0,002*
Bebeği emzirme süresi (ay)	11 (0-24)	6,00-16,00	-1,777	0,076
Bebekle ilk temasa kadar geçen süre (gün içinde)	1 (0-46)	0,00-1,00	-4,423	0,001*

$p<0,05$

Doğumun gerçekleştiği hafta(prematürite), bebeğin doğum ağırlığı ile negatif yönlü küvözde kalma süreleri bakımından pozitif yönlü anlamlı fark olduğu saptandı($p<0,05$) (Tablo 4.34).

Doğan bebeklerin bilişsel gelişimi normal olanlarla bilişsel gelişiminde gerilik olanlar karşılaştırıldığında toplam gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, ölü doğum sayısı, düşük sayısı, kürtaj sayısı, boy uzunluğu, emme süresi, annenin bebekle ilk temasa kadar geçen süre arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4.35). Doğumun gerçekleştiği hafta(prematürite), bebeğin doğum ağırlığı ile negatif yönlü küvözde kalma süreleri bakımından pozitif yönlü anlamlı fark olduğu saptandı($p<0,05$) (Tablo 4.35).

Tablo 4.32. Bebeğin fiziksel gelişimi normal olanlar ile fiziksel gelişiminde gerilik olanların doğum ve yenidoğanla ilgili verilerin karşılaştırılması

Klinik özellikler	Ortanca (Min-Max)	(%25-%75)	İstatistik	
			Z	p
Toplam gebelik sayısı	2 (0-10)	1,00-3,00	-0,094	0,925
Yaşayan çocuk sayısı	1 (0-5)	1,00-2,00	-0,450	0,653
Ölü doğum sayısı	0 (0-5)	0,00-0,00	-0,924	0,356
Düşük sayısı	0 (0-8)	0,00-0,00	-0,616	0,538
Kürtaj sayısı	0 (0-4)	0,00-0,00	-0,850	0,396
Doğumun kaçınıcı haftada olduğu	37 (24-40)	36,00-39,00	-2,432	0,015*
Bebeğin kaç aylık olduğu	15 (2-40)	9,00-23,50	-0,708	0,479
Bebeğin doğum ağırlığı(gr)	3150 (860-3910)	2650,00-3430,00	-3,244	0,001*
Bebeğin boy uzunluğu(cm)	50 (31-56)	48,00-51,00	-1,588	0,112
Bebeği emzirme süresi (ay)	11 (0-24)	6,00-16,00	-0,415	0,678
Küvözde kalma süresi (gün)	18 (4-120)	7,00-56,50	-2,213	0,027*
Bebekle ilk temasa kadar geçen süre (gün içinde)	1 (0-46)	0,00-1,00	-0,072	0,942

*p<0,05

Doğan bebeklerin motor gelişimi normal olanlarla motor gelişiminde gerilik olanlar karşılaştırıldığında toplam gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, ölü doğum sayısı, düşük sayısı, kürtaj sayısı, boy uzunluğu, emme süresi, annenin bebekle ilk temasa kadar geçen süre arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4.36). Doğumun gerçekleştiği hafta(prematürite), bebeğin doğum ağırlığı ile negatif yönlü küvözde kalma süreleri bakımından pozitif yönlü anlamlı fark olduğu saptandı($p<0,05$) (Tablo 4.36).

Hastaların PPPK’de takip edildiği dönemde kronik tıbbi hastalığı olanlarla, kronik tıbbi hastalığı olmayanlar arasında karşılaştırma yapıldığında toplam gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, ölü doğum sayısı, düşük sayısı, kürtaj sayısı, doğumun gerçekleştiği hafta(prematürite), bebeğin doğum ağırlığı, boy uzunluğu, emme süresi, küvözde kalma süreleri, annenin bebekle ilk temasa kadar geçen süre arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4.37).

Tablo 4.33. Bebeğin dil gelişimi normal olanlar ile dil gelişiminde gerilik olanların doğum ve yenidoğanla ilgili verilerin karşılaştırılması

Klinik özellikler	Ortanca (Min-Max)	(%25-%75)	İstatistik	
			Z	p
Toplam gebelik sayısı	2 (0-10)	1,00-3,00	-0,476	0,634
Yaşayan çocuk sayısı	1 (0-5)	1,00-2,00	-0,104	0,917
Ölü doğum sayısı	0 (0-5)	0,00-0,00	-0,924	0,356
Düşük sayısı	0 (0-8)	0,00-0,00	-0,616	0,538
Kürtaj sayısı	0 (0-4)	0,00-0,00	-0,850	0,396
Doğumun kaçınıcı haftada olduğu	37 (24-40)	36,00-39,00	-2,959	0,003*
Bebeğin kaç aylık olduğu	15 (2-40)	9,00-23,50	-0,269	0,788
Bebeğin doğum ağırlığı(gr)	3150 (860-3910)	2650,00-3430,00	-2,577	0,010*
Bebeğin boy uzunluğu(cm)	50 (31-56)	48,00-51,00	-1,588	0,112
Bebeği emzirme süresi (ay)	11 (0-24)	6,00-16,00	-0,179	0,858
Küvözde kalma süresi (gün)	18 (4-120)	7,00-56,50	-2,213	0,027*
Bebekle ilk temasa kadar geçen süre (gün içinde)	1 (0-46)	0,00-1,00	-0,072	0,942

*p<0,05

Perinatal psikiyatri poliklinik takipte olan hastalardan kronik tıbbi hastalığı olan ve olmayan hastalar gebelik komplikasyonu açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark olmadığı saptandı (Tablo 4.38). Karşılaştırma bebeğin doğum şekliyle yapıldığında anlamlı fark bulundu. Kronik tıbbi hastalığı olanlarla sezaryanla doğum arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki olduğu saptandı. ($\chi^2=6,655$ p=0,036) (Tablo 4.38). Bebekte malformasyon görülme, bebekte doğum komplikasyonu görülme bebeğin küvöze alınma durumları karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmadı. (p>0,05)

PPPK’de takip edildiği dönemde doğumdan önce psikiyatrik ilaç kullanımı olanlar ve olmayan hastaların gebelik komplikasyonu, bebeğin doğum şekli, bebekte doğum komplikasyonu ve malformasyon görülme durumu, bebeğin doğum sonrası küvöze alınma durumu karşılaştırıldığında anlamlı sonuç bulunmamıştır (Tablo 4.39).

Tablo 4.34. Bebeğin sosyal ve duygusal gelişimi normal olanlar ile sosyal ve duygusal gelişiminde gerilik olanların doğum ve yenidoğanla ilgili verilerin karşılaştırılması

Klinik özellikler	Ortanca (Min-Max)	(%25-%75)	İstatistik	
			Z	p
Toplam gebelik sayısı	2 (0-10)	1,00-3,00	-0,112	0,911
Yaşayan çocuk sayısı	1 (0-5)	1,00-2,00	-0,551	0,582
Ölü doğum sayısı	0 (0-5)	0,00-0,00	-0,979	0,328
Düşük sayısı	0 (0-8)	0,00-0,00	-0,744	0,457
Kürtaj sayısı	0 (0-4)	0,00-0,00	-0,901	0,318
Doğumun kaçınıcı haftada olduğu	37 (24-40)	36,00-39,00	-2,404	0,016*
Bebeğin kaç aylık olduğu	15 (2-40)	9,00-23,50	-0,778	0,437
Bebeğin doğum ağırlığı(gr)	3150 (860-3910)	2650,00-3430,00	-2,819	0,005*
Bebeğin boy uzunluğu(cm)	50 (31-56)	48,00-51,00	-1,457	0,145
Bebeği emzirme süresi (ay)	11 (0-24)	6,00-16,00	-0,694	0,487
Küvözde kalma süresi (gün)	18 (4-120)	7,00-56,50	-2,213	0,027*
Bebekle ilk temasa kadar geçen süre (gün içinde)	1 (0-46)	0,00-1,00	-0,220	0,826

*p<0,05

Tablo 4.35. Bebeğin bilişsel gelişimi normal olanlar ile bilişsel gelişiminde gerilik olanların doğum ve yenidoğanla ilgili verilerinin karşılaştırılması

Klinik özellikler	Ortanca (Min-Max)	(%25-%75)	İstatistik	
			Z	p
Toplam gebelik sayısı	2 (0-10)	1,00-3,00	-0,464	0,643
Yaşayan çocuk sayısı	1 (0-5)	1,00-2,00	-0,045	0,964
Ölü doğum sayısı	0 (0-5)	0,00-0,00	-0,852	0,394
Düşük sayısı	0 (0-8)	0,00-0,00	-0,440	0,660
Kürtaj sayısı	0 (0-4)	0,00-0,00	-0,783	0,433
Doğumun kaçınıcı haftada olduğu	37 (24-40)	36,00-39,00	-3,056	0,002
Bebeğin kaç aylık olduğu	15 (2-40)	9,00-23,50	-0,102	0,909
Bebeğin doğum ağırlığı(gr)	3150 (860-3910)	2650,00-3430,00	-3,067	0,002
Bebeğin boy uzunluğu(cm)	50 (31-56)	48,00-51,00	-1,769	0,077
Bebeği emzirme süresi (ay)	11 (0-24)	6,00-16,00	-0,205	0,838
Küvözde kalma süresi (gün)	18 (4-120)	7,00-56,50	-2,213	0,027
Bebekle ilk temasa kadar geçen süre (gün içinde)	1 (0-46)	0,00-1,00	-0,133	0,894

*p<0,05

Tablo 4.36. Bebeğin motor gelişimi normal olanlar ile motor gelişiminde gerilik olanların doğum ve yenidoğanla ilgili verilerinin karşılaştırılması

Klinik özellikler	Ortanca (Min-Max)	(%25-%75)	İstatistik	
			Z	p
Toplam gebelik sayısı	2 (0-10)	1,00-3,00	-0,440	0,660
Yaşayan çocuk sayısı	1 (0-5)	1,00-2,00	-0,028	0,978
Ölü doğum sayısı	0 (0-5)	0,00-0,00	-0,864	0,387
Düşük sayısı	0 (0-8)	0,00-0,00	-0,395	0,693
Kürtaj sayısı	0 (0-4)	0,00-0,00	-0,795	0,427
Doğumun kaçınıcı haftada olduğu	37 (24-40)	36,00-39,00	-3,087	0,002*
Bebeğin kaç aylık olduğu	15 (2-40)	9,00-23,50	-0,123	0,902
Bebeğin doğum ağırlığı(gr)	3150 (860-3910)	2650,00-3430,00	-3,079	0,002*
Bebeğin boy uzunluğu(cm)	50 (31-56)	48,00-51,00	-1,762	0,078
Bebeği emzirme süresi (ay)	11 (0-24)	6,00-16,00	-0,210	0,833
Küvözde kalma süresi (gün)	18 (4-120)	7,00-56,50	-2,213	0,027*
Bebekle ilk temasa kadar geçen süre (gün içinde)	1 (0-46)	0,00-1,00	-0,156	0,876

*p<0,05

Tablo 4.37. Hastaların PPPK’de takip edildiği dönemde kronik tıbbi hastalığı olanlarla kronik tıbbi hastalığı olmayanlar arasında doğum ve yenidoğanla ilgili verilerin karşılaştırılması

Klinik özellikler	Ortanca (Min-Max)	(%25-%75)	İstatistik	
			Z	p
Toplam gebelik sayısı	2 (0-10)	1,00-3,00	-0,473	0,636
Yaşayan çocuk sayısı	1 (0-5)	1,00-2,00	-0,492	0,623
Ölü doğum sayısı	0 (0-5)	0,00-0,00	-0,418	0,676
Düşük sayısı	0 (0-8)	0,00-0,00	-0,350	0,726
Kürtaj sayısı	0 (0-4)	0,00-0,00	-0,322	0,747
Doğumun kaçınıcı haftada olduğu	37 (24-40)	36,00-39,00	-0,236	0,813
Bebeğin kaç aylık olduğu	15 (2-40)	9,00-23,50	-0,128	0,898
Bebeğin doğum ağırlığı(gr)	3150 (860-3910)	2650,00-3430,00	-1,195	0,232
Bebeğin boy uzunluğu(cm)	50 (31-56)	48,00-51,00	-0,448	0,654
Bebeği emzirme süresi (ay)	11 (0-24)	6,00-16,00	-0,218	0,828
Küvözde kalma süresi (gün)	18 (4-120)	7,00-56,50	-0,932	0,351
Bebekle ilk temasa kadar geçen süre (gün içinde)	1 (0-46)	0,00-1,00	-0,119	0,905

Tablo 4.38. Hastaların PPPK’de takip edildiği dönemde kronik tıbbi hastalığı olanların kronik tıbbi hastalığı olmayanların doğum ve yenidoğanla ilgili verilerin karşılaştırılması

	Kronik tıbbi hastalığı var		Kronik tıbbi hastalığı yok		İstatistik	
	N	%	N	%	χ^2	P
Gebelik komplikasyonu					0,002	0,966*
Evet	7	18,4	15	18,8		
Hayır	31	81,6	65	81,2		
Bebegin doğum şekli					6,655	0,036*
Vajinal	4	13,8	18	32,7		
Planlı sezaryen	10	34,5	23	41,8		
Acil sezaryen	15	51,7	14	25,5		
Bebekte doğum komplikasyonu					0,057	0,811*
Evet	6	20,7	10	18,5		
Hayır	23	79,3	44	25,5		
Bebekte malformasyon					0,177	0,108*
Evet	4	13,8	2	3,7		
Hayır	25	86,2	52	96,3		
Bebegin küvöze alınma durumu					0,761	0,502**
Evet	5	17,2	8	14,8		
Hayır	24	82,8	46	85,2		

*:Ki kare test

** :Fisher’s exact test

Tablo 4.39. PPPK’de takip edildiği dönemde doğumdan önce psikiyatrik ilaç kullanımı olanlar ile psikiyatrik ilaç kullanımı olmayanların doğum ve yenidoğanla ilgili verilerin karşılaştırılması

	Psikiyatrik ilaç kullanımı var		Psikiyatrik ilaç kullanımı yok		İstatistik	
	N	%	N	%	χ^2	P
Gebelik komplikasyonu					0,027	0,869*
Evet	8	23,5	11	22,0		
Hayır	26	76,5	39	78,0		
Bebegin doğum şekli					2,376	0,305*
Vajinal	8	23,5	14	28,0		
Planlı sezaryen	11	32,4	22	44,0		
Acil sezaryen	15	44,1	14	28,0		
Bebekte doğum komplikasyonu					0,042	0,837*
Evet	6	18,2	10	20,0		
Hayır	27	81,8	40	80,0		
Bebekte malformasyon					0,283	0,595*
Evet	3	9,1	3	6,0		
Hayır	30	90,9	47	94,0		
Bebegin küvöze alınma durumu					0,263	0,608**
Evet	6	18,2	7	14,0		
Hayır	27	81,8	43	86,0		

*: Ki kare test

** :Fisher’s exact test

Tablo 4.40. PPPK’de gebelik döneminde psikiyatrik tanı alanlarla psikiyatrik hastalık tanısı almayanların hastaların bebeklerinin gelişiminin karşılaştırılması

	Gebelikte psikiyatrik tanı alanlar		Gebelikte psikiyatrik tanı almayanlar		İstatistik	
	N	%	N	%	χ^2	P
Bebekğin fiziksel gelişimi					8,628	0,196*
Yaşıtlarıyla uyumlu	43	84,3	30	96,8		
Yaşıtlarından hafif/ ağır gecikme	8	15,7	1	3,2		
Bebekğin dil gelişimi					5,355	0,499*
Yaşıtlarıyla uyumlu	44	86,3	29	93,5		
Yaşıtlarından hafif/ ağır gecikme	7	13,7	2	6,5		
Bebekğin sosyal gelişimi					3,497	0,478*
Yaşıtlarıyla uyumlu	43	84,3	30	96,8		
Yaşıtlarından hafif/ ağır gecikme	8	15,7	1	3,2		
Bebekğin bilişsel gelişimi					5,729	0,220*
Yaşıtlarıyla uyumlu	45	88,2	30	96,8		
Yaşıtlarından hafif/ ağır gecikme	6	11,8	1	3,2		
Bebekğin motor gelişimi					10,994	0,089*
Yaşıtlarıyla uyumlu	44	86,3	30	96,8		
Yaşıtlarından hafif/ ağır gecikme	7	13,7	1	3,2		
Bebekğin genel fiziksel sağlık durumu					3,673	0,159*
Sağlık sorunu yok	44	86,3	27	87,1		
Sağlık sorunu var	7	13,7	4	12,9		

*Ki kare test

Tablo 4.41. PPPK’de gebelik döneminde psikiyatrik ilaç kullananlar ile ilaç kullanmayanların bebekğin gelişimi açısından karşılaştırılması

	Gebelikte psikiyatrik ilaç kullananlar		Gebelikte psikiyatrik ilaç kullanmayanlar		İstatistik	
	N	%	N	%	χ^2	P
Bebekğin fiziksel gelişimi					2,589	0,459*
Yaşıtlarıyla uyumlu	37	84,1	36	94,7		
Yaşıtlarından hafif/ ağır gecikme	7	15,9	2	5,3		
Bebekğin dil gelişimi					5,102	0,164*
Yaşıtlarıyla uyumlu	37	84,1	36	94,7		
Yaşıtlarından hafif/ ağır gecikme	7	15,9	2	5,3		
Bebekğin sosyal gelişimi					2,366	0,306*
Yaşıtlarıyla uyumlu	37	84,1	36	94,7		
Yaşıtlarından hafif/ ağır gecikme	7	15,9	2	5,3		
Bebekğin bilişsel gelişimi					3,163	0,206*
Yaşıtlarıyla uyumlu	38	86,4	37	97,4		
Yaşıtlarından hafif/ ağır gecikme	6	13,6	1	2,6		
Bebekğin motor gelişimi					4,504	0,212*
Yaşıtlarıyla uyumlu	37	84,1	37	97,4		
Yaşıtlarından hafif/ ağır gecikme	7	15,9	1	2,6		
Bebekğin genel fiziksel sağlık durumu					0,054	0,949*
Sağlık sorunu yok	38	86,4	33	86,8		
Sağlık sorunu var	6	13,6	5	13,2		

*Ki kare

PPPK’de gebelik döneminde tanı alma durumuyla doğan bebeklerin gelişim durumu karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmamıştır. (Tablo 4.40)

PPPK’de gebelik döneminde psikiyatrik ilaç kullanımı ile doğan bebeklerin gelişim durumu karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmamıştır. (Tablo 4.41)



5.TARTIŞMA VE SONUÇ

Perinatal psikiyatri kişinin gebeliğe hazırlık, gebelik ve doğum sonrası dönemini inceleyen bilim dalıdır. Perinatal psikiyatri hizmeti veren kurumlar çalışan araştırmacıların yaptığı araştırmaların geneli gebelik ve doğum sonrası dönem üzerine olmuştur. Gebeliğe hazırlık dönemi perinatal dönemde incelemek kişinin gebelik öncesi tanı aldığı yeni ve kronik ruhsal hastalıkları, kullandığı ilaçlar, infertilite tedavisi süreci, gebelik süreci ve doğum sonrası karşılaşılabileceği sorunlar, ruhsal hastalığın relaps riskini değerlendirmeye yardımcı olmaktadır. Literatürde perinatal psikiyatri kliniklerinde yapılan retrospektif çalışmalarda gebelik ve doğum sonrası dönem çalışma konusu yapılmış, araştırmamız daha önce gebelik öncesi dönemi de inceleyen ilk retrospektif çalışma olmuştur(Battle vd., 2006; Caropreso vd., 2020; Wilson vd., 2004).

Dünya genelinde perinatal psikiyatri için özelleşmiş sağlık hizmeti eğitmi ve sunumu henüz yaygınlaşmamıştır, kısıtlı sayıda ülkede ve birimde uygulanmaktadır. Ülkemizde perinatal psikiyatri hastaları için özelleşmiş yatılı psikiyatri servisi bulunamamakta, Sakarya Üniversitesi Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi perinatal psikiyatri polikliniği ülkemizdeki tek perinatal psikiyatri polikliniği olarak hizmet vermektedir. Polikliniğimizin hizmete girmesiyle hastaların sosyodemografik ve klinik verileri ve deneyimimiz artmış perinatal dönem ruhsal hastalıklar üzerinde klinik araştırma ve daha etkili sağlık hizmeti sunumu imkanı oluşmuştur.

5.1. Demografik ve Klinik Özellikler

Çalışmamızda yaş ortalaması (32,31±5,75; yaş aralığı 19-52) olarak bulunmuştur. Perinatal dönem hastaları üzerinde Battle ark. yaptığı çalışmada annenin ortalama yaşı 28,3 (17-46), Wilson ve ark. yaptığı çalışmada 29 (17-41) olarak bulunmuştur. (Battle vd., 2006; Wilson vd., 2004).

Çalışmamızda katılımcıların %40,7'sinin üniversite ve üzeri eğitim aldığı, %35,4'ünün lise mezunu olduğu görülmüştür. Battle ve ark. yaptığı çalışmada katılımcıların eğitim düzeyi %59'unun üniversite ve üzeri eğitim aldığı görülmüştür (Battle vd., 2006). Çalışmamızla literatürün eğitim alma durumlarının benzer olduğu görülmüştür. Çalışmamızdaki hastaların %76,1'inin lise ve üzeri eğitim almış olması,

başvuran hastalarımızın büyük kısmının şehirde yaşıyor olması polikliniğimize başvuran hastaların perinatal dönem ruhsal sağlık açısından daha farkındalığı yüksek bireyler olduklarına veya ruhsal desteğe daha çok gereksinim duyduklarına işaret edebilir. Diğer yandan kentte yaşayan yüksek eğitilmiş kadınların tedaviye erişmiş olduğu diğerlerinin ise tedaviye erişimi ile ilgili engellerinin olduğu düşünülebilir. Perinatal dönemde tedaviye erişimin önündeki engeller dünya literatüründe incelenmiş olup, ülkemiz içinde inceleme yapılmalıdır(Webb vd., 2024).

Katılımcıların medeni durumu incelendiğinde katılımcıların %98,5'inin evli ve eşiyile beraber yaşadığı görülmektedir. Kimmel ve ark. ABD'de yaptığı çalışmada perinatal psikiyatri hastaları için yataklı hizmet veren klinikte hastaların %61,7'sinin evli, %12,8'inin beraber yaşadığı görülmektedir (Kimmel vd., 2016). Caropreso ve ark. yaptığı çalışmada katılımcıların %83,2'sinin evli veya beraber yaşadığı görülmektedir (Caropreso vd., 2020). Kliniğimize başvuran hastaların evli ve eşiyile beraber yaşama oranlarının daha yüksek olması evlilik dışı çocuk sahibi olma ilgili toplumsal normların farklılığından kaynaklandığı veya evlilik dışı ilişkisi olanların stigmatizasyon kaygısı nedeniyle kliniğimize daha az başvuruda bulunuyor olabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda perinatal dönemde kronik hastalık oranı 30,8 bulunmuştur. En sık görülen kronik hastalık %30 ile tiroid hastalıkları olmuştur. Aker ve ark. retrospektif olarak yaptığı çalışmada perinatal dönemde kronik hastalığı olanların oranı %21,1 bulunmuştur (Aker vd., 2022).

5.2. Ruhsal Travma Öyküsü

Çalışmamızda travma öyküsü sorgulandığında %26,2'sinin travma öyküsünün olduğu, en sık travma türünün %35,3 ile bir yakının kaza, cinayet ya da intihar ile kaybı olduğu görülmektedir. Battle ve ark. yaptığı perinatal dönem psikiyatrik hastalar üzerinde yaptığı çalışmada katılımcıların %63,4'ünde geçmişte ruhsal travma öykülerinin olduğu, belirlenmiş travma türleri içerisinde en sık %21,6 çocuklukta cinsel travma öyküsünün olduğu görülmektedir (Battle vd., 2006). Çalışmamızla literatür arasındaki fark katılımcıların ruhsal travma geçmiş bildirimlerindeki farktan kaynaklanıyor olması beklenebilir. Ancak yine de polikliniğimize başvuran her 4 kadından birinin ruhsal travma geçmişinin olduğu

anlaşılmakta bu da perinatal dönemdeki kadınlarla çalışılırken travma bilgilerini sorgulamanın ve gerektiğinde tedavi sunacak yeterliliğe sahip olmanın önemini ortaya koymaktadır.

5.3. Katılımcıların Başvuru Dönemi ve Ruhsal Hastalıkları

Polikliniğimize başvuran hastalarımızın başvuru anında %17,7'sinin gebeliğe hazırlık dönemi, %43,1'inin gebelik dönemi, %39,2'sinin doğum sonrası dönemde olduğu görülmüştür. Battle ve ark. perinatal dönem ayaktan ve yatan hastalarda yaptığı çalışmada hastaları gebe ve postpartum dönem olarak incelemiş hastaların %36,8'inin gebelik döneminde, %63,7'sinin doğum sonrası dönemde başvurusunun olduğu görülmüştür. Çalışmamızda gebelik döneminde başvuru sayısı daha fazlayken Battle ve ark. yaptığı çalışmada postpartum dönemde başvuru daha fazla bulunmuştur (Battle vd., 2006).

Gebelik döneminde başvurunun doğum sonrası döneme kıyasla daha fazla olması polikliniğimize Sakarya ili ve çevresinden psikiyatri ve diğer branş uzmanlarının (kadın hastalıkları ve doğum) gebelik döneminde tedavi planı için polikliniğimize yönlendirmiş olması ve gebelik planlama döneminde de hastaların perinatal psikiyatri polikliniğinden danışmanlık hizmet alıyor olması gebelik dönemindeki başvuru oranının daha yüksek olmasını açıklayabilir. Yazıcı ve ark. yaptığı çalışmada da psikiyatri hekimlerinin gebelik ve emzirme döneminde psikotropik ilaç tedavisi vermekte çekimser kalabildiğini, tedavi için bir üst basamak hastaneye konsültasyon istenebildiğini göstermiştir (Yazıcı vd., 2015). Perinatal dönem hastalarında stigmatizasyon çekincesi poliklinik başvurusu ve ruhsal hastalık tedavisi önünde engel oluşturabilmektedir (Pokharel vd., 2023). Şen ve arkadaşlarının perinatal dönemde damgalamayı ölçmek ve değerlendirmek için geliştirdiği perinatal akıl hastalığı damgalama ölçeği bulunmaktadır (Sen vd., 2024).

Katılımcıların gebelik döneminde psikiyatrik tanı alma durumu incelendiğinde %53,8'inin önceden var olan psikiyatrik hastalığının devam ettiği, %16,2'sinin ilk defa tanı aldığı, %34,1 ile en sık depresyon tanısı alındığı görülmüştür. Postpartum dönemde psikiyatrik tanı alma durumu incelendiğinde hastaların %47,6'sının önceden süregelen psikiyatrik hastalığının devam ettiği, %42,9'unun ilk defa tanı aldığı, %9,5'inin yeni tanı aldığı görülmüştür. En fazla tanının %53,6 ile postpartum

depresyon olduğu görülmektedir. Caropreso ve ark çalışmada perinatal dönemde başvuran hastaların %54,9 ile en sık depresyon tanısı aldığı, Kimmel ve ark. yaptığı çalışmada perinatal dönemde %29,8 ile en sık depresyon tanısı aldığı görülmüştür (Caropreso vd., 2020; Kimmel vd., 2016). Wilson ve ark. yaptığı çalışmada %44 ile en sık tekrarlayan depresyon tanısının alındığı görülmüştür (Wilson vd., 2004). Çalışmamız diğer çalışmalarla benzer şekilde depresyon tanısının perinatal dönemde en sık alınan tanı olduğunu göstermiştir.

Çalışmamızda gebelik döneminde %62,4'ünün ilaç tedavisi, %28,2'sinin ilaç tedavisi ve psikoterapi aldığı görülmekte, gebelik döneminde tedavi olan hastaların %90'ının ilaç tedavisi aldığı görülmektedir. Wilson ve ark. yaptığı çalışmada ilaç ayaktan takipli gebelerin %78'inin, yatarak tedavi gören gebelerin %82'sinin ilaç tedavisi aldığı görülmektedir (Wilson vd., 2004).

Çalışmamızda planlanmamış gebelik oranının %40,7 olduğu görülmektedir. Ayrıca istenmeyen gebelik oranı %30'un üzerindedir. Türkiye nüfus ve sağlık araştırması 2018 verilerine göre doğum ile sonuçlanan gebeliklerin %26'sının planlanmamış gebelik olduğu görülmektedir (http://www.sck.gov.tr/wp-content/uploads/2020/08/TNSA2018_ana_Rapor.pdf, Erişim tarihi: 1 Kasım 2023). Çalışmamızda planlanmamış gebelik oranının toplum oranının üzerinde olması ve eşlik eden yüksek istenmeyen gebelik oranları, plansız gebelikler ve istenmeyen gebeliklerin perinatal psikiyatrik bozukluklar için bir risk etmeni olarak perinatal psikiyatri polikliniğinde de teyit edildiğini düşündürebilir (Akçalı Aslan vd., 2014).

5.4. İntihar Düşüncesi ve İntihar Eylemi

Polikliniğimize başvuran hastalarda yaptığımız çalışmada hastaların %24,6'sının gebelik döneminde intihar düşüncesi yaşadığı, bunların %31'inin aktif suicidal düşüncesinin olduğu, hastaların %4,2'sinde gebelik döneminde intihar girişimi olduğu görülmüştür. Doğum sonrası dönemde intihar düşüncesi incelendiğinde %23,8'inde intihar düşüncesi olduğu, intihar düşüncesi olanların %25'inde aktif suicidal düşünce olduğu, postpartum dönem hastaların %1,2'sinde intihar girişimi olduğu görülmektedir. ABD'de perinatal dönemde intihar riski her 100.000 doğumda 1,6 ile 4,5 arasında görülmektedir (Lisette ve Crystal, 2018). Benzer olarak Birleşik Krallık, Kanada ve İsveç'te yapılan çalışmada 1,2 ile 3,7 arasında bulunmuştur (Cantwell vd.,

2011; Grigoriadis vd., 2017). Kimmel ve ark. perinatal psikiyatri yatan hastalarda yaptığı çalışmada katılımcıların geçmişte intihar girişimi oranını %30 olarak bulmuştur (Kimmel vd., 2016). Ülkemizde perinatal dönemde intihar riskini ölçen çalışma bulunmamaktadır. Sağlık bakanlığının 2021 yılında hazırladığı Türkiye anne ölümleri raporunda (2015-2019) doğrudan anne ölümlerinin %0,6'sının intihar nedeniyle gerçekleştiği görülmektedir. Çalışmamızda intihar düşüncesinin diğer çalışmalardan daha fazla görülmesi kliniğimizin üçüncü basamak sağlık hizmeti vermesi ve diğer sağlık kuruluşlarından konsültasyon istenmesi nedeniyle semptom şiddeti daha ağır hastalara hizmet vermesi ve intihar düşüncesinin daha detaylı sorgulanmış olması olabilir. Sonuç olarak polikliniğimize başvuran her 4 kadından birinin gebelik vadoğumsonrası dönemde intihar düşüncesinin olduğunu beyan ettiği tespit edilmiştir. Bu perinatal psikiyatri alanında özkıymıla ilgili sorgulamanın, takip ve tedavi süreçlerini yönetirken özkıymı ihtimalini de dikkate almanın önemini ortaya koymaktadır.

5.5. Doğum Tipi

Polikliniğimizde takipli doğum hastaların bebeğin doğum türü incelendiğinde %39,3'ünün planlanlı sezaryen, %34,5'inin acil sezaryen doğum olmak üzere %73,8'inin sezaryen doğum yaptığı görülmektedir. Wilson ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ayaktan hastaların %14'ü yatan hastaların %13'ünde sezaryen doğum yapıldığı görülmekte, çalışmanın gerçekleştirildiği bölgede sezaryen doğum oranı %27 bulunmuştur (Wilson vd., 2004). Ülkemizde sezaryen doğum oranı yaklaşık %50 olup dünya ortalamasının üzerindedir (Türkyilmaz ve Gül, 2022) . Wilson ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada olduğu gibi çalışmamızda da sezaryen doğum oranı genel toplumun üzerinde olduğu görülmüştür. Sezaryen doğum oranının genel popülasyondan daha fazla görülüyor olması perinatal dönemde ruhsal hastalık tanısı alanların daha fazla gebelik komplikasyonuna maruz kalması ya da tokofobi nedeniyle hastanın ya da hekimin sezaryen doğum isteğiyle ilişkili olabileceği düşünülebilir.

5.6. Emzirme

Çalışmamızda katılımcıların %83,5'inin emzirdiği görülmektedir. Battle ve ark. yaptığı çalışmada postpartum dönemde takip ettikleri hastaların %25'inin emzirdiği, %50'sinin emzirmedeği, %25'inin kayıt altına alınmadığı, Kimmel ve ark. yaptığı

çalışmada %35,7'sinin emzirdiği görülmektedir (Battle vd., 2006; Kimmel vd., 2016). Çalışmamızda katılımcıların emzirme oranı diğer çalışmalara göre daha yüksek bulunmuştur.

Türkiye nüfus ve sağlık araştırması 2018 verilerine göre çocukların %98'inin hayatlarının bir noktasında emzirildiği, iki yaş altı çocukların %71'inin doğum sonrası ilk saat içinde emzirildiği belirtilmiştir. Toplumla benzer oranda çalışmamızda emziren annelerin %70,7'sinin doğumdan hemen sonra emzirdiği görülmektedir. Bizim çalışmamıza çalışan kadınlarda da ilk bir gün içinde bebekle temas ve emzirme oranının yüksekliği bu konularda, ilimizdeki sağlık çalışanlarında ve annelerde uygun yaklaşımın benimsendiği ve yaygınlaştığı kanaatini oluşturmaktadır.

5.7. Gebelik Komplikasyonları

Gebelik döneminde komplikasyon yaşama durumu incelendiğinde katılımcıların %19,5'inin gebelik komplikasyonu yaşadığı, en sık görülen komplikasyonun %39,1 ile düşük tehdidi olduğu görülmüştür. Battle ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada perinatal hastaların başvurduğu kliniğe ayaktan başvuranların %22,2, yatarak tedavi gören hastaların %36,8'sinde doğum komplikasyonu görülmüş olup polikliniğimize başvuran hastalardaki doğum sonrası komplikasyon oranları Battle ve ark. yaptığı çalışmayla benzer olarak değerlendirilebilir(Battle vd., 2006).

Çalışmamızda gebelikte komplikasyon görülenlere görülmeyenler arasında bebeğin doğum ağırlığı, bebeğin boy uzunluğu, bebekle ilk temasa kadar geçen süre arasında anlamlı fark bulunmuş olup komplikasyon olan gebelerde bebeğin doğum ağırlığı daha düşük, boyu uzunluğu daha kısadır ve ilk temasa kadar geçen süre daha uzundur. Bebekte doğum sonrası komplikasyon görülenler ile görülmeyen arasında doğumun gerçekleştiği hafta, bebeğin doğum ağırlığı, bebeğin boy uzunluğu, annenin bebekle ilk temas zamanı arasında anlamlı fark saptanmış olup bunda da komplikasyon daha erken doğum daha küçük bebek daha uzamış ilk temasa kadar geçen süre ile ilişkilidir. Bu bilgiler literatürle uyumludur. Gebelik ve doğum sonrası komplikasyonlar oldukça zorlayıcı olabilmekte ve kadınların ruhsal hastalıklara olan eğilimlerini artırabilmektedir (Kırkan vd., 2015). Perinatal dönemde ruhsal hastalığın olması annede gebelik komplikasyonlarını ve yenidoğanda komplikasyonlar ve

malformasyonları artırdığı bilinmekte, annenin ruhsal sağlığının bebeğin fiziksel sağlığı ile ilişkili olduğu görülmektedir (Howard ve Khalifeh, 2020).

5.8. Konjenital Malformasyonlar

Çalışmamıza katılan kadınlarda, doğum sonrası yenidoğanda konjenital malformasyon görülme durumu %7,2 bulunmuş, bunların içinde %33 ile en sık kalp ve dolaşım sistemi anomalilerine rastlanmıştır. Ülkemizde çeşitli araştırmalarda bebekte konjenital malformasyon görülme sıklığı %4,2-4,4 arasında değiştiği, ülkemizdeki yenidoğanlarda konjenital malformasyon görülme insidansı %2 ila %4 arasında değiştiği görülmektedir (Balcı vd., 2012; Catak vd., 2014). Schneid-Kofman ve ark. yaptığı çalışmada perinatal dönem ruhsal hastalığı olanlarda konjenital malformasyon görülme durumunun diğer bireylere göre daha fazla olduğunu ortaya koymuştur (Schneid-Kofman vd., 2008). Bu çalışmanın kontrol grubunun olmaması verileri literatürdeki diğer veriler üzerinden değerlendirme kısıtlılığına sahibiz ancak çalışmamızda da benzer olarak perinatal psikiyatri hastalarında konjenital malformasyon görülme oranı topluma göre daha yüksek olarak değerlendirilebilir. Veriler incelendiğinde bebekte malformasyon görülen hastaların toplam gebelik sayısı ve ölü doğum sayısı daha yüksektir bu da genetik olarak malformasyon ya da ölü doğuma yatkın bir alt grubun benzer şekilde psikiyatrik bozukluklara ortak bir genetik arkaplan taşıyor olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca ölü doğum gibi komplikasyonların olması kişilerde travmatik ruhsal deneyimler oluşturup psikiyatrik bozukluklara daha fazla eğilimli hale gelmiş olabilirler.

5.9. Sigara Alkol ve Madde Kullanımı

Çalışmamızda katılımcıların %37,2'sinin gebelik öncesi dönemde sigara kullanımının olduğu, gebelik dönemine geçildiğinde %66,6'sının sigara tüketiminin azaldığı görülmüştür. Ülkemizde yapılmış çalışmalarda gebelik döneminde sigara kullanım yaygınlığı %7,3 ile %16 arasında değişmektedir (Kahyaoglu vd., 2018). Araştırmamızda katılımcıların sigara içme oranının toplumun genel ortalamasından yüksek olması ruhsal hastalığı olan bireylerin daha yüksek miktarda sigara tüketmesiyle ilişkili olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların %2,5'inin gebelik öncesi alkol kullanımı olduğu, tamamının gebelik döneminde alkol kullanım miktarının azaldığı görülmüştür. 2001-

2006 yılları arasında yapılan bir çalışmada 16.699 kadının gebelik öncesi %25,4'ünün gebelik kontrolleri esnasında %5,9'unun alkol tüketimi olduğu görülmüştür (Kingsbury vd., 2015). Çalışmamızda diğer çalışmalara kıyasla daha düşük oranda gebelik öncesi ve gebelik döneminde alkol tüketiminin olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda gebelik öncesi dönemde katılımcıların %1,6'sının psikoaktif madde kullanımı olduğu, gebelik döneminde %50'sinin madde kullanımının azaldığı, %50'sinin kullanım miktarının değişmediği görülmektedir. Caropreso ve ark. yaptığı çalışmada perinatal dönemde madde kullanımının %5,7 olduğu, Battle ve ark. yaptığı çalışmada %5,3 olduğu, Kimmel ve ark. yaptığı çalışmada %13 bulunmuştur (Battle vd., 2006; Caropreso vd., 2020; Kimmel vd., 2016). Sonuçların çalışmalar arasında farklılık göstermesi madde kullanımıyla ilgili yaygınlığın ülkeler arasında değişiklik göstermesi ve katılımcıların madde kullanımını gizleme eğiliminde olması gösterilebilir.

5.10. Cinsel İşlev Bozukluğu

Çalışmamızda gebelik döneminde hastaların %37,3'ünde cinsel işlev bozukluğu olduğu, en sık %77,3 ile cinsel istekte azalma görüldüğü, doğum sonrası cinsel işlev bozukluğu görülme oranının %29,5 olduğu yine en sık cinsel işlev bozukluğunun %76,9 ile cinsel istekte azalma olduğu görülmektedir. Wallwiener ve ark. yaptığı çalışmada gebelik döneminde cinsel işlev bozukluğu görülme sıklığının %26,5 ile %34,8 arasında olduğu, en sık %40,8 ile üçüncü trimesterde görüldüğü bulunmuştur (Wallwiener vd., 2017). Çalışmamızda perinatal dönemde cinsel işlev bozukluğu görülme oranının Wallwiener ve ark. yaptığı çalışmayla benzer sonuçlar bulunmuştur. Sonuçlarımız genelde gözden kaçan önemli bir ruhsal sorun olan cinsel işlev bozuklarının perinatal dönemde de oldukça yaygın olduğunu ortaya koymaktadır.

5.11. Paternal Ruh Sağlığı

Perinatal dönemin baba için de ruhsal açıdan zorlayıcı olabilen bir dönem olduğu, perinatal dönemde ruhsal hastalık tanısı alma ihtimalinin artmış olduğu bilinmekte, klinisyenlerin konuya verilen önem artmakta, yapılan çalışmaların sayısı gün geçtikçe artmaktadır (Cameron vd., 2016; Sweeney ve MacBeth, 2016).

Çalışmamızda perinatal dönemde babada en sık görülen tanının depresyon olduğu görülmektedir. Cameron ve ark. yaptığı çalışmada paternal depresyonun prevalansı %8,4 bulunmuştur. Çalışmamızda perinatal dönemde psikiyatrik hastalık tanısı alma oranı %11,9, depresyon tanısı alma %9,3 ile benzer oranda bulunmuştur. Polikliniğimizde gebeliğe hazırlık, gebelik ve doğum sonrası dönemde yaşanabilecek sorunlar ve çözümleri için hastalarımız ve eşleri birlikte bilgilendirilmekte ancak eşlerin psikiyatrik şikayetleri ve tedavi istemi varsa genel polikliniklerimizde değerlendirilmektedir. Baba ruh sağlığının da bebek ve aile ruh sağlığı için önemi çalışmalarda gösterilmiştir (Glasser ve Lerner-Geva, 2019). Perinatal dönemdeki kadınlar değerlendirilirken birlikte partner ruh sağlığının da ele alınması; perinatal psikiyatriye dair uygulamaların rutini içinde yer almalı, sağlık tarama testlerinde babalara yönelik taramaların da gündeme gelmesi sağlanmalıdır.

5.12. Sonuç

Perinatal psikiyatri Psikiyatrinin bazı ülkelerde resmi bazı ülkelerde resmi olmayan yandal uzmanlık alanıdır. Perinatal psikiyatri postpartum hüüzün, postpartum depresyon, postpartum psikoz gibi kendine özgü hastalıkları barındırır. Bu hastalıkların tanımlanması, etiyolojisi ve tedavisine yönelik araştırmalar 1850’li yıllara kadar uzanmaktadır. Yakın zaman Zuranolone, Brexanolone gibi ilaçların postpartum depresyon tedavisinde FDA onayı almasıyla beraber araştırmacıların ilgisi tekrar artmıştır. Psikiyatri hasta gruplarında şizofreni, bipolar bozukluk, depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu gibi kronikleşmiş birçok hastalığın olması gebelik döneminde bu hastalıkların relaps ihtimallerinin artması ve ilaç kullanımına bağlı teratojenite, gebelik komplikasyonu risklerinin daha iyi değerlendirilmesini gerektirmektedir.

Literatürde az sayıda çalışmada yalnız kısıtlı verilerin değerlendirilmesiyle perinatal psikiyatri hastalarının retrospektif verileri incelenmiştir. Çalışmamızla hastaların sosyodemografik verilerine ek olarak gebelik dönemine hazırlık, gebelik ve postpartum dönem olmak üzere hastaların üç perinatal periyottaki retrospektif verilerinin detaylı incelenmesi mümkün olmuş, benzer çalışmalar arasındaki en ayrıntılı araştırma ortaya çıkmıştır.

Bu çalışmada perinatal psikiyatri polikliniğinin gebeliğe hazırlık, gebelik ve doğum sonrası dönemde kadınların ruhsal bozukluklarının tedavisinde hizmet sunduğu, kadınların en çok çevre psikiyatristleri ve diğer branş hekimlerince polikliniğimize yönlendirildiği, sosyal medya ve afişlerin poliklinik görünürlüğündeki yerinin kısıtlı olduğu ortaya konmuştur. Verilerimize göre perinatal psikiyatride hastalarımız için polikliniğimize asıl yönlendirici hekimlerdir, perinatal psikiyatri alanında tedavi edici ve önleyici hizmetlerin gelişmesinde hem psikiyatri branşında hem de diğer branşlarda hekim katkısı önemli olmuştur ve bu alan desteklenmeli, eğitim ve iş birliği ile tanı ve tedavide birlikte yol almaya devam edilmelidir. Ayrıca sosyal medya ve afiş kullanımının da daha etkin hale gelmesi gerektiği görülmektedir.

Bu çalışmada perinatal psikiyatri polikliniğine başvuran kadınların çoğunluğu eğitim düzeyi yüksek kentte yaşayan kadınlardan oluşmuştur. Diğer kadınlara da erişim noktasında planlamalar yapılmalıdır. Polikliniğimize başvuran kadınlarda; her 4 kadından birinin ruhsal travma geçmişi olduğu, ek tıbbi tanı yaygınlığının yüksek olduğu (her 3 kadından biri) ayrıca plansız gebelik, istenmeyen gebelik, gebelik komplikasyonları, doğum sonrası komplikasyonlar, konjenital malformasyonlar gibi eşlik eden zorlayıcı yaşam olaylarının oldukça yüksek olduğu görülmüştür. Verilerimize göre perinatal dönemde polikliniğimize başvurusu olan her 4 kadından birinin intihar düşüncesi mevcuttur. Benzer şekilde cinsel işlev bozukluğu, partner ruhsal bozukluğu gibi ek ruhsal sorunlar da tespit edilmiştir.

Tüm bu veriler perinatal psikiyatri polikliniğinde; hem ruhsal hem de genel tıbbi bakımdan oldukça riskli ve bu haliyle yüksek gereksinimli hassas bir örneklemin takip ve tedavi aldığını göstermektedir. Bu hastaların gereksinimlerinin karşılanması için perinatal psikiyatri alanında özelleşmiş birimlerin kurulması, kapsamının genişletilmesi ve sayısının artırılması daha etkin, yaygın ve kapsamlı bir hizmet sunumunu sağlayabilir. Benzer şekilde eğitim müfredatlarında bu alana yer verilmesi ve riskli grupların yönetimine dair bilgi ve beceri eğitiminin derinleştirilmesi hekimlerimizin ve sağlık ekibinin, gebelik ve doğum sonrasındaki kadınların tedavisinde gereksinimlere uygun şekilde görev almasına katkı sunacaktır.

Perinatal psikiyatride spesifik ruh sağlığı hizmetlerinin yanında multidisipliner çalışma, hastanın biyopsikosozal gereksinimlerini fark edecek bir ekip çalışmasının

geliştirilmesi ve yerleştirilmesi elzem görünmektedir. Ayrıca baba ruh sağlığı taramaları da rutin sağlık taraması uygulamalarına eklenmelidir.

Son olarak; perinatal dönemdeki psikiyatrik bozuklukların tanı ve tedavisi için perinatal psikiyatri hastalarının ayaktan ve yatarak tedavi olabilecekleri kliniklerin sayısı ve kapsamının artması, ek tıbbi komplikasyon ve ruhsal tedavi gereksinimleri yüksek ve çeşitli olan bu grupta etkin sorun tespiti ve çözüm oluşturmak için konuyla ilgili daha fazla retrospektif ve prospektif çalışmaların yapılması önerilir.



6.KAYNAKLAR

- Ahokas, A., Kaukoranta, J., & Aito, M. (1999). Effect of oestradiol on postpartum depression. *Psychopharmacology*, 146(1), 108-110.
- Akçalı Aslan, P., Aydın, N., Yazıcı, E., Aksoy, A. N., Kirkan, T. S., & Daloglu, G. A. (2014). Prevalence of depressive disorders and related factors in women in the first trimester of their pregnancies in Erzurum, Turkey. *The International Journal of Social Psychiatry*, 60(8), 809-817.
- Aker, A. M., Vigod, S. N., Dennis, C.-L., & Brown, H. K. (2022). Perinatal Complications as a Mediator of the Association Between Chronic Disease and Postpartum Mental Illness. *Journal of Women's Health*, 31(4), 564-572.
- Alder, J., Fink, N., Bitzer, J., Hösl, I., & Holzgreve, W. (2007). Depression and anxiety during pregnancy: A risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine: The Official Journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 20(3), 189-209.
- American Psychiatric Association, (2021). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Booksmith Publishing LLC.
- Ayık, B., & Keleş, D. B. (2023). Gebelik ve Postpartum Dönemde Obsesif Kompulsif Bozukluk. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri - Özel Konular*, 16(4), 26-31.
- Balcı, O., Taviloğlu, Z. Ş., Yılmaz, A. F., Coşkun, M. E., Varan, C., Almacıoğlu, M., Kılınç, M. A., & Sivaslı, E. (2012). Üniversite hastanemizde konjenital anomalilerin görülme sıklığı ve dağılımı. *Gaziantep Medical Journal*, 18(2), Article 2.
- Baldessarini, R. J., Tondo, L., & Hennen, J. (1999). Treatment delays in bipolar disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 156(5), 811-812.
- Bashiri, N., & Spielvogel, A. M. (1999). Postpartum depression: A cross-cultural perspective. *Primary Care Update for OB/GYNS*, 6(3), 82-87.
- Battle, C. L., & Howard, M. M. (2014). A mother-baby psychiatric day hospital: History, rationale, and why perinatal mental health is important for obstetric medicine. *Obstetric Medicine*, 7(2), 66-70.
- Battle, C. L., Zlotnick, C., Miller, I. W., Pearlstein, T., & Howard, M. (2006). Clinical characteristics of perinatal psychiatric patients: A chart review study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(5), 369-377.
- Bauer, A., Knapp, M., & Parsonage, M. (2016). Lifetime costs of perinatal anxiety and depression. *Journal of Affective Disorders*, 192, 83-90.
- Beck, C. T. (1996). A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nursing Research*, 45(5), 297-303.

- Benvenuti, P., Cabras, P. L., Servi, P., Rosseti, S., Marchetti, G., & Pazzagli, A. (1992). Puerperal psychoses: A clinical case study with follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 26(1), 25-30.
- Berle, J. Ø., & Spigset, O. (2011). Antidepressant Use During Breastfeeding. *Current Women's Health Reviews*, 7(1), 28-34.
- Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C. M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 191, 62-77.
- Bilszta, J. L. C., Meyer, D., & Buist, A. E. (2010). Bipolar affective disorder in the postnatal period: Investigating the role of sleep. *Bipolar Disorders*, 12(5), 568-578.
- Bina, R. (2008). The impact of cultural factors upon postpartum depression: A literature review. *Health Care for Women International*, 29(6), 568-592.
- Bloch, M., Daly, R. C., & Rubinow, D. R. (2003). Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Comprehensive Psychiatry*, 44(3), 234-246.
- Bloch, M., Rotenberg, N., Koren, D., & Klein, E. (2006). Risk factors for early postpartum depressive symptoms. *General Hospital Psychiatry*, 28(1), 3-8.
- Boland, R. J., Verduin, M. L., Ruiz, P., Shah, A., & Sadock, B. J. (Ed.). (2022). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry* (Twelfth edition). Wolters Kluwer.
- Brander, G., Pérez-Vigil, A., Larsson, H., & Mataix-Cols, D. (2016). Systematic review of environmental risk factors for Obsessive-Compulsive Disorder: A proposed roadmap from association to causation. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 65, 36-62.
- Brockington, I. F., Macdonald, E., & Wainscott, G. (2006). Anxiety, obsessions and morbid preoccupations in pregnancy and the puerperium. *Archives of Women's Mental Health*, 9(5), 253-263.
- Brummelte, S., & Galea, L. A. M. (2016). Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Hormones and Behavior*, 77, 153-166.
- Bryan, T. L., Georgiopoulos, A. M., Harms, R. W., Huxsahl, J. E., Larson, D. R., & Yawn, B. P. (1999). Incidence of postpartum depression in Olmsted County, Minnesota. A population-based, retrospective study. *The Journal of Reproductive Medicine*, 44(4), 351-358.
- Büyükavşar, A., & Çalli, S. Y. (2023). Gebelik ve Postpartum Dönemde Anksiyete Bozuklukları. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri - Özel Konular*, 16(4), 32-37.
- Cameron, E. E., Sedov, I. D., & Tomfohr-Madsen, L. M. (2016). Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: An updated meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 206, 189-203.
- Cantwell, R. (2022). Perinatal mental health service development across the UK – many achievements, growing challenges. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 1-

4.

Cantwell, R., Clutton-Brock, T., Cooper, G., Dawson, A., Drife, J., Garrod, D., Harper, A., Hulbert, D., Lucas, S., McClure, J., Millward-Sadler, H., Neilson, J., Nelson-Piercy, C., Norman, J., O’Herlihy, C., Oates, M., Shakespeare, J., de Swiet, M., Williamson, C., ... Springett, A. (2011). Saving Mothers’ Lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006-2008. The Eighth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 118 Suppl 1, 1-203.

Caropreso, L., Saliba, S., Hasegawa, L., Lawrence, J., Davey, C. J., & Frey, B. N. (2020). Quality assurance assessment of a specialized perinatal mental health clinic. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 485.

Casanova Dias, M., Sönmez Güngör, E., Naughton, S., Ryland, H., Gargot, T., Pinto da Costa, M., Kanellopoulos, A., Baessler, F., & De Picker, L. (2022). Psychiatric training in perinatal mental health across Europe. *Archives of Women’s Mental Health*, 25(2), 501-506.

Catak, B., Oner, C., Sutlu, S., & Kilinc, S. (2014). The Frequency of Giving Birth to Babies with Congenital Malformation and Affecting Factors. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(6), 445.

Cazas, O., & Glangeaud-Freudenthal, N. M.-C. (2004). The history of Mother-Baby Units (MBUs) in France and Belgium and of the French version of the Marcé checklist. *Archives of Women’s Mental Health*, 7(1), 53-58.

Challacombe, F. L., Salkovskis, P. M., Woolgar, M., Wilkinson, E. L., Read, J., & Acheson, R. (2016). Parenting and mother-infant interactions in the context of maternal postpartum obsessive-compulsive disorder: Effects of obsessional symptoms and mood. *Infant Behavior & Development*, 44, 11-20.

Cho, M. J., Kim, J.-K., Jeon, H. J., Suh, T., Chung, I.-W., Hong, J. P., Bae, J.-N., Lee, D.-W., Park, J.-I., Cho, S.-J., Lee, C.-K., & Hahm, B.-J. (2007). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-IV psychiatric disorders among Korean adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(3), 203-210.

Cohen, R. L. (1988). *Psychiatric consultation in childbirth settings: Parent- and child-oriented approaches*. Plenum Medical Book Co.

Connellan, K., Bartholomaeus, C., Due, C., & Riggs, D. W. (2017). A systematic review of research on psychiatric mother-baby units. *Archives of Women’s Mental Health*, 20(3), 373-388.

Cornett, E. M., Rando, L., Labbé, A. M., Perkins, W., Kaye, A. M., Kaye, A. D., Viswanath, O., & Urits, I. (2021). Brexanolone to Treat Postpartum Depression in Adult Women. *Psychopharmacology Bulletin*, 51(2), 115-130.

Danaci, A. E., Dinç, G., Deveci, A., Sen, F. S., & İçelli, I. (2002). Postnatal depression in turkey: Epidemiological and cultural aspects. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(3), 125-129.

- Darcy, J. M., Grzywacz, J. G., Stephens, R. L., Leng, I., Clinch, C. R., & Arcury, T. A. (2011). Maternal depressive symptomatology: 16-month follow-up of infant and maternal health-related quality of life. *Journal of the American Board of Family Medicine: JABFM*, 24(3), 249-257.
- Davalos, D. B., Yadon, C. A., & Tregellas, H. C. (2012). Untreated prenatal maternal depression and the potential risks to offspring: A review. *Archives of Women's Mental Health*, 15(1), 1-14.
- Davies, W. (2018). Sulfation Pathways: The steroid sulfate axis and its relationship to maternal behaviour and mental health. *Journal of Molecular Endocrinology*, 61(2), T199-T210.
- Deligiannidis, K. M., Meltzer-Brody, S., Maximos, B., Peeper, E. Q., Freeman, M., Lasser, R., Bullock, A., Kotecha, M., Li, S., Forrestal, F., Rana, N., Garcia, M., Leclair, B., & Doherty, J. (2023). Zuranolone for the Treatment of Postpartum Depression. *The American Journal of Psychiatry*, 180(9), 668-675.
- Dennis, C.-L. E., Janssen, P. A., & Singer, J. (2004). Identifying women at-risk for postpartum depression in the immediate postpartum period. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(5), 338-346.
- Dennis, C.-L., Falah-Hassani, K., & Shiri, R. (2017). Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 210(5), 315-323.
- Di Florio, A., Jones, L., Forty, L., Gordon-Smith, K., Blackmore, E. R., Heron, J., Craddock, N., & Jones, I. (2014). Mood disorders and parity—A clue to the aetiology of the postpartum trigger. *Journal of Affective Disorders*, 152-154(100), 334-339.
- Dunkel Schetter, C., & Tanner, L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: Implications for mothers, children, research, and practice. *Current opinion in psychiatry*, 25(2), 141-148.
- Ekuklu, G., Tokuc, B., Eskiocak, M., Berberoglu, U., & Saltik, A. (2004). Prevalence of postpartum depression in Edirne, Turkey, and related factors. *The Journal of Reproductive Medicine*, 49(11), 908-914.
- Evins, G. G., & Theofrastous, J. P. (1997). Postpartum depression: A review of postpartum screening. *Primary Care Update for OB/GYNS*, 4(6), 241-246.
- Fairbrother, N., Collardeau, F., Albert, A. Y. K., Challacombe, F. L., Thordarson, D. S., Woody, S. R., & Janssen, P. A. (2021). High Prevalence and Incidence of Obsessive-Compulsive Disorder Among Women Across Pregnancy and the Postpartum. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 82(2), 20m13398.
- Fairbrother, N., Janssen, P., Antony, M. M., Tucker, E., & Young, A. H. (2016). Perinatal anxiety disorder prevalence and incidence. *Journal of Affective Disorders*, 200, 148-155.

- Fontenelle, L. F., Mendlowicz, M. V., & Versiani, M. (2006). The descriptive epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 30(3), 327-337.
- Friedman, S. H., Reed, E., & Ross, N. E. (2023). Postpartum Psychosis. *Current Psychiatry Reports*, 25(2), 65-72.
- Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics and Gynecology*, 106(5 Pt 1), 1071-1083.
- Gilman, S. E., Breslau, J., Subramanian, S. V., Hitsman, B., & Koenen, K. C. (2008). Social Factors, Psychopathology, and Maternal Smoking During Pregnancy. *American Journal of Public Health*, 98(3), 448-453.
- Glasser, S., & Lerner-Geva, L. (2019). Focus on fathers: Paternal depression in the perinatal period. *Perspectives in Public Health*, 139(4), 195-198.
- Glover, V., O'Connor, T. G., & O'Donnell, K. (2010). Prenatal stress and the programming of the HPA axis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35(1), 17-22.
- Grigoriadis, S., Wilton, A. S., Kurdyak, P. A., Rhodes, A. E., VonderPorten, E. H., Levitt, A., Cheung, A., & Vigod, S. N. (2017). Perinatal suicide in Ontario, Canada: A 15-year population-based study. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Medicale Canadienne*, 189(34), E1085-E1092.
- Grover, S., Sahoo, S., Chakrabarti, S., Basu, D., Singh, S. M., & Avasthi, A. (2018). ECT in the Postpartum Period: A Retrospective Case Series from a Tertiary Health Care Center in India. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 40(6), 562-567.
- Guglielmi, V., Vulink, N. C. C., Denys, D., Wang, Y., Samuels, J. F., & Nestadt, G. (2014). Obsessive-compulsive disorder and female reproductive cycle events: Results from the OCD and reproduction collaborative study. *Depression and Anxiety*, 31(12), 979-987.
- Gülseren, L. (1999). Doğum sonrası depresyon: Bir gözden geçirme. [Postpartum depression: A review.]. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 10(1), 58-67.
- Hocaoğlu, Ç., Ak, İ., Ayvaz, S., & Tiryaki, A. (2006). Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4), Article 4.
- Hopkins, J., Campbell, S. B., & Marcus, M. (1989). Postpartum depression and postpartum adaptation: Overlapping constructs? *Journal of Affective Disorders*, 17(3), 251-254.
- Howard, L. M., Boath, E., & Henshaw, C. (2006). Antidepressant Prevention of Postnatal Depression. *PLOS Medicine*, 3(10), e389.
- Howard, L. M., & Khalifeh, H. (2020). Perinatal mental health: A review of progress and challenges. *World Psychiatry*, 19(3), 313-327.

Howard, L. M., Molyneaux, E., Dennis, C.-L., Rochat, T., Stein, A., & Milgrom, J. (2014). Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet (London, England)*, 384(9956), 1775-1788.

ICD-10 Ruhsal ve davranışsal bozukluklar sınıflandırılması: Klinik tanımlamalar ve tanı kılavuzları. (1993). Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği.

Inandi, T., Elci, O. C., Ozturk, A., Egri, M., Polat, A., & Sahin, T. K. (2002). Risk factors for depression in postnatal first year, in eastern Turkey. *International Journal of Epidemiology*, 31(6), 1201-1207.

Jairaj, C., Seneviratne, G., Bergink, V., Sommer, I. E., & Dazzan, P. (2023). Postpartum psychosis: A proposed treatment algorithm. *Journal of Psychopharmacology*, 37(10), 960-970.

Jones, I., Chandra, P. S., Dazzan, P., & Howard, L. M. (2014). Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period. *Lancet (London, England)*, 384(9956), 1789-1799.

Kahyaoğlu, S., Özel, Ş., Üstün, Y. E., & Erdöl, C. (2018). Gebelik Ve Sigara Bırakma. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 15(1), Article 1.

Karaçam, Z., & Öner, H. (2010). Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği'nin Türkçe'de Kesme Noktalarının Hesaplanması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2), Article 2.

Kaya, V., Uğuz, F., Gezginç, K., & Şahingöz, M. (2015). *Pregnancy-onset obsessive-compulsive disorder: Clinical features, comorbidity, and associated factors.*

Kendell, R. E., Chalmers, J. C., & Platz, C. (1987). Epidemiology of puerperal psychoses. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 150, 662-673.

Kimmel, M. C., Lara-Cinisomo, S., Melvin, K., Di Florio, A., Brandon, A., & Meltzer-Brody, S. (2016). Treatment of severe perinatal mood disorders on a specialized perinatal psychiatry inpatient unit. *Archives of Women's Mental Health*, 19(4), 645-653.

Kingsbury, A. M., Hayatbakhsh, R., Gibbons, K., Flenady, V., & Najman, J. M. (2015). Women's frequency of alcohol consumption prior to pregnancy and at their pregnancy-booking visit 2001-2006: A cohort study. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 28(2), 160-165.

Kirkan, T. S., Aydin, N., Yazici, E., Aslan, P. A., Acemoglu, H., & Daloglu, A. G. (2015). The depression in women in pregnancy and postpartum period: A follow-up study. *The International Journal of Social Psychiatry*, 61(4), 343-349.

Kocamanoğlu, B., & Şahin, A. R. (2011). Postpartum psikiyatrik bozukluklar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12(3), Article 3.

Langan, R., & Goodbred, A. J. (2016). Identification and Management of Peripartum

Depression. *American Family Physician*, 93(10), 852-858.

Lewis, K. J. S., Di Florio, A., Forty, L., Gordon-Smith, K., Perry, A., Craddock, N., Jones, L., & Jones, I. (2018). Mania triggered by sleep loss and risk of postpartum psychosis in women with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 225, 624-629.

Lilliecreutz, C., Sydsjö, G., & Josefsson, A. (2011). Obstetric and perinatal outcomes among women with blood- and injection phobia during pregnancy. *Journal of Affective Disorders*, 129(1-3), 289-295.

Lisette, R.-C., & Crystal, C. (2018). Psychiatric emergencies in pregnancy and postpartum. *Clinical obstetrics and gynecology*, 61(3), 615-627.

Merikangas, K. R., Jin, R., He, J.-P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., Viana, M. C., Andrade, L. H., Hu, C., Karam, E. G., Ladea, M., Medina-Mora, M. E., Ono, Y., Posada-Villa, J., Sagar, R., Wells, J. E., & Zarkov, Z. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of General Psychiatry*, 68(3), 241-251.

Misri, S., Abizadeh, J., Sanders, S., & Swift, E. (2015). Perinatal Generalized Anxiety Disorder: Assessment and Treatment. *Journal of Women's Health*, 24(9), 762-770.

Munk-Olsen, T., Jones, I., & Laursen, T. M. (2014). Birth order and postpartum psychiatric disorders. *Bipolar Disorders*, 16(3), 300-307.

Munk-Olsen, T., Laursen, T. M., Pedersen, C. B., Mors, O., & Mortensen, P. B. (2006). New parents and mental disorders: A population-based register study. *JAMA*, 296(21), 2582-2589.

Nath, S., Busuulwa, P., Ryan, E., Challacombe, F., & Howard Obe, L. (2019). The characteristics and prevalence of phobias in pregnancy. *Midwifery*, 82, 102590.

Nur, N., Çetinkaya, S., Bakır, D., & Demirel, Y. (2004). Sivas İl Merkezindeki Kadınlarda Post natal Depresyon Prevalansı Ve Risk Faktörleri. *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*.

O'Hara, M. W., Neunaber, D. J., & Zekoski, E. M. (1984). Prospective study of postpartum depression: Prevalence, course, and predictive factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 93(2), 158-171.

Oygur, N., Çiğ, H. Ö., Eryilmaz, M. A., Güra, A., & Ongun, H. (2004). Postpartum maternal depresyon nedenleri ve preterm bebeklerde büyüme üzerine etkileri. *Çocuk Dergisi*, 4(3), Article 3.

Perry, A., Gordon-Smith, K., Jones, L., & Jones, I. (2021). Phenomenology, Epidemiology and Aetiology of Postpartum Psychosis: A Review. *Brain Sciences*, 11(1), Article 1.

Perry, A., Gordon-Smith, K., Webb, I., Fone, E., Di Florio, A., Craddock, N., Jones, I., & Jones, L. (2019). Postpartum psychosis in bipolar disorder: No evidence of

association with personality traits, cognitive style or affective temperaments. *BMC Psychiatry*, 19(1), 395.

Pius Kamsu Moyo, G., & Djoda, N. (2020). Relationship Between the Baby Blues and Postpartum Depression: A Study Among Cameroonian Women. *American Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 8(1), 26.

Pokharel, A., Philip, S., Khound, M., El Hayek, S., de Filippis, R., Ransing, R., Heidari Mokarar, M., Orooji, M., & Shalbafan, M. (2023). Mental illness stigma among perinatal women in low- and middle-income countries: Early career psychiatrists' perspective. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1283715.

Rezaie-Keikhaie, K., Arbabshastan, M. E., Rafiemanesh, H., Amirshahi, M., Ostadkelayeh, S. M., & Arbabisarjou, A. (2020). Systematic Review and Meta-Analysis of the Prevalence of the Maternity Blues in the Postpartum Period. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 49(2), 127-136.

Riquelme-Gallego, B., & Caparros-Gonzalez, R. A. (2022). Diagnosis and Challenges in Perinatal Health. *Diagnostics*, 12(6), 1399.

Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: A synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26(4), 289-295.

Russell, E. J., Fawcett, J. M., & Mazmanian, D. (2013). Risk of obsessive-compulsive disorder in pregnant and postpartum women: A meta-analysis. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(4), 377-385.

Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (Ed.). (2017). *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (Tenth edition). Wolters Kluwer.

Salim, M., Sharma, V., & Anderson, K. K. (2018). Recurrence of bipolar disorder during pregnancy: A systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, 21(4), 475-479.

Schiller, C. E., Cohen, M. J., & O'Hara, M. W. (t.y.). Perinatal mental health around the world: Priorities for research and service development in the USA. *BJPsych International*, 17(4), 87-91.

Schneid-Kofman, N., Sheiner, E., & Levy, A. (2008). Psychiatric illness and adverse pregnancy outcome. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 101(1), 53-56.

Selvi, Y., İnci, R., Kıran, Ü. K., Ağargün, M. Y., Özer, Ö. A., & Eryonucu, B. (2004). Postpartum Depression and Serum Cholesterol Level. *Turkish Journal Clinical Psychiatry*, 7(1), 48-50.

Sen, E., Yazici, E., Kose, E., Ogur, Y. S., & Yazici, A. B. (2024). Development of stigma scale for women with mental illness in perinatal period, validity and reliability study. *BMC Psychiatry*, 24(1), 89.

Snellen, M., Power, J., Blankley, G., & Galbally, M. (2016). Pharmacological

lactation suppression with D2 receptor agonists and risk of postpartum psychosis: A systematic review. *The Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 56(4), 336-340.

Starcevic, V., Eslick, G. D., Viswasam, K., & Berle, D. (2020). Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder during Pregnancy and the Postpartum Period: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Psychiatric Quarterly*, 91(4), 965-981.

Steer, R. A., Scholl, T. O., Hediger, M. L., & Fischer, R. L. (1992). Self-reported depression and negative pregnancy outcomes. *Journal of Clinical Epidemiology*, 45(10), 1093-1099.

Stevens, A. W. M. M., Goossens, P. J. J., Knoppert-van der Klein, E. A. M., Draisma, S., Honig, A., & Kupka, R. W. (2019). Risk of recurrence of mood disorders during pregnancy and the impact of medication: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 249, 96-103.

Stewart, D. E., & Vigod, S. (2016). Postpartum Depression. *New England Journal of Medicine*, 375(22), 2177-2186.

Stuart-Parrigon, K., & Stuart, S. (2014). Perinatal Depression: An Update and Overview. *Current psychiatry reports*, 16(9), 468.

Sweeney, S., & MacBeth, A. (2016). The effects of paternal depression on child and adolescent outcomes: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*

Taylor, C. L., Broadbent, M., Khondoker, M., Stewart, R. J., & Howard, L. M. (2018). Predictors of severe relapse in pregnant women with psychotic or bipolar disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 104, 100-107.

Teatero, M. L., Mazmanian, D., & Sharma, V. (2014). Effects of the menstrual cycle on bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 16(1), 22-36.

Thome, M. (2000). Predictors of postpartum depressive symptoms in Icelandic women. *Archives of Women's Mental Health*, 3, 7-14.

Türkyilmaz, G., & Gül, A. (2022). Sezaryene Global Bakış. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik - Özel Konular*, 15(3), 71-79.

Uguz, F. (2016). A pharmacological approach to panic disorder during pregnancy. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine: The Official Journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 29(9), 1468-1475.

Uguz, F., Akman, C., Kaya, N., & Cilli, A. S. (2007). Postpartum-onset obsessive-compulsive disorder: Incidence, clinical features, and related factors. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68(1), 132-138.

Uguz, F., Gezginc, K., Zeytinci, I. E., Karatayli, S., Askin, R., Guler, O., Kir Sahin, F., Emul, H. M., Ozbulut, O., & Gecici, O. (2007). Obsessive-compulsive disorder in pregnant women during the third trimester of pregnancy. *Comprehensive Psychiatry*,

48(5), 441-445.

van Dam, R. M., Schuit, A. J., Schouten, E. G., Vader, H. L., & Pop, V. J. (1999). Serum cholesterol decline and depression in the postpartum period. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(4), 385-390.

Vesga-López, O., Blanco, C., Keyes, K., Olfson, M., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2008). Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 65(7), 805-815.

Viguera, A. C., Tondo, L., Koukopoulos, A. E., Reginaldi, D., Lepri, B., & Baldessarini, R. J. (2011). Episodes of mood disorders in 2,252 pregnancies and postpartum periods. *The American Journal of Psychiatry*, 168(11), 1179-1185.

Viswasam, K., Eslick, G. D., & Starcevic, V. (2019). Prevalence, onset and course of anxiety disorders during pregnancy: A systematic review and meta analysis. *Journal of Affective Disorders*, 255, 27-40.

Vythilingum, B. (2008). Anxiety disorders in pregnancy. *Current Psychiatry Reports*, 10(4), 331-335.

Wallwiener, S., Müller, M., Doster, A., Kuon, R. J., Plewniok, K., Feller, S., Wallwiener, M., Reck, C., Matthies, L. M., & Wallwiener, C. (2017). Sexual activity and sexual dysfunction of women in the perinatal period: A longitudinal study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 295(4), 873-883.

Webb, R., Ford, E., Shakespeare, J., Easter, A., Alderdice, F., Holly, J., Coates, R., Hogg, S., Cheyne, H., McMullen, S., Gilbody, S., Salmon, D., & Ayers, S. (2024). Conceptual framework on barriers and facilitators to implementing perinatal mental health care and treatment for women: The MATRIx evidence synthesis. *Health and Social Care Delivery Research*, 12(2), 1-187.

Wilson, D. A., Bobier, C., & Macdonald, E. M. (2004). A perinatal psychiatric service audit in New Zealand: Patient characteristics and outcomes. *Archives of Women's Mental Health*, 7(1), 71-79.

Wisner, K. L., Hanusa, B. H., Perel, J. M., Peindl, K. S., Piontek, C. M., Sit, D. K. Y., Findling, R. L., & Moses-Kolko, E. L. (2006). Postpartum depression: A randomized trial of sertraline versus nortriptyline. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 26(4), 353-360.

Wisner, K. L., Parry, B. L., & Piontek, C. M. (2002). Clinical practice. Postpartum depression. *The New England Journal of Medicine*, 347(3), 194-199.

Yatham, L. N., Kennedy, S. H., Parikh, S. V., Schaffer, A., Bond, D. J., Frey, B. N., Sharma, V., Goldstein, B. I., Rej, S., Beaulieu, S., Alda, M., MacQueen, G., Milev, R. V., Ravindran, A., O'Donovan, C., McIntosh, D., Lam, R. W., Vazquez, G., Kapczinski, F., ... Berk, M. (2018). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 20(2), 97-170.

Yavuz, M. Y., & Bilge, Ç. (2022). Annelik Hüznünden Postpartum Depresyon ve Psikoza. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), Article 1.

Yazici, A. B., Yazici, E., Aydın, N., & Tanriverdi, A. (2015). Psychiatrists' Attitudes Toward Psychopharmacologic Treatments During Pregnancy and Lactation Periods: A Survey Study. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 25(2), 100-108.

Zaidi, F., Nigam, A., Anjum, R., & Agarwalla, R. (2017). Postpartum Depression in Women: A Risk Factor Analysis. *Journal of Clinical and Diagnostic Research : JCDR*, 11(8), QC13-QC16.



7. EKLER

7.1. EK-1: Etik Kurul Kararı

	T.C. SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ Tıp Fakültesi Dekanlığı Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu	
Sayı : E-71522473-050.01.04-258152 - 220		23.06.2023
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul Başvuru Dosyası		
Sayın Prof. Dr. Esra YAZICI Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı		
İlgi : 15.06.2023 tarih ve 220 sayılı başvurunuz. Destekleyicisi olduğunuz "Bir Perinatal Psikiyatri Polikliniğinin İki Yıllık Verilerinin İncelenmesi" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir. Ancak çalışma bitiş tarihinden itibaren en geç 3 ay içerisinde çalışma sonuç raporunun Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kuruluna gönderilmesi gerekmektedir. Bilgilerinize rica ederim.		
Prof. Dr. Ertuğrul GÜÇLÜ Etik Kurulu Başkanı		
Hasan KONAK Etik Kurulu Sekr.		
Güvenli Elektronik İmzalı Aşlı ile Aynıdır 23 / 06 / 2023		
İlke belgeyi, güvenli elektronik imza ile onaylatmışsınız. Dijitalizasyon Kodu: BSEKR386ZL / Fik. Kodu: 34182 Adres: Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Kocacık Kampüsü, Kocacık, Adapazarı/Sakarya Telefon No: 264 295 6630 Faks No: 264 295 6629 e-Posta: tıp@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ: www.tıp.sakarya.edu.tr		

7.2. EK-2: Sosyodemografik Veri Formu

PERİNATAL PSİKİYATRİ POLİKLİNİĞİ SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. Hasta Adı Soyadı: Poliklinik müracaatı sırasında yaşı: ...

2. Perinatal psikiyatri polikliniğinde takip dönemi:

3. İlk müracaat tarihi: ay yıl

4. Son müracaat tarihi.....ay yıl

5. Kaç müracaat:.....

6. Perinatal psikiyatri polikliniğe ilk müracaat sırasında

A.Gebelik planlıyordum

B.Gebeydim

C.Doğum sonrası dönemdeydim

D. diğer (belirtiniz.....)

7. Şu an (Tarih)

Gebelik planlıyorum

Gebeyim

Doğum yaptım (Ne kadar oldu Ay)

Diğer (belirtiniz.....)

GENEL DEMOGRAFİK BİLGİLER

8. Kaç yaşındasınız?

9. Nerede yaşıyorsunuz? Kent merkezi / Kırsal

10. Medeni haliniz nedir?

Evli

Bekar

Eşi vefat etmiş

Boşanmış

7.2. EK-2: Sosyodemografik Veri Formu (devam)

11. Eğitim durumunuz nedir?

- Okuryazar
- İlköğretim mezunu
- Lise mezunu
- Üniversite mezunu
- Yüksek lisans /Doktora mezunu

12. Çalışma durumunuz nedir?

- Ev hanımı
- Düzenli bir işte çalışıyorum
- Düzensiz olarak çalışıyorum

13. Kiminle yaşıyorsunuz?

- Yalnız
- Eşle birlikte
- Eşim ve çocuklarım
- Eşim çocuklarım ve eşimin ailesi
- Eşim çocuklarım ve kendi ailem
- Diğer...

14. Evinizde sürekli yaşayan toplam kişi sayısı kaçtır?

.....

15. Ailenizin toplam gelir düzeyi ne kadardır?

- 12000tl ve altı
- 12001-20.000
- 20.001-30.000
- 30.001-50.000
- 50.001-100.000
- 100.000 üstü

16. Eşinizin çalışma durumu nedir?

- Çalışmıyor
- Düzenli bir işte çalışıyor
- Düzensiz olarak çalışıyor

7.2. EK-2: Sosyodemografik Veri Formu (devam)

GENEL TIBBİ BİLGİLER

Fiziksel durum

17. Boyunuz:

Kilonuz:

18. Kronik tıbbi- bedensel bir hastalığınız var mı? Evet / Hayır

19. Perinatal psikiyatri polikliniğinde takip edildiğiniz dönemde kronik tıbbi bir hastalığınız var mıydı?

Evet / Hayır

20. Evetse:

Diyabet

Tiroit hastalığı

Hipertansiyon

Migren

Hiperlipidemi

Kas, iskelet hastalığı

Kalp hastalığı

Romatizmal hastalık

Böbrek hastalığı

Diğer.....

21. Kullanmakta olduğunuz ilaç var mıydı?

.....

.....

.....

.....

Ruhsal travma

22. -Daha önce hiç sizi fiziksel, cinsel, duygusal açıdan etkileyen, sonradan da etkisinde kaldığınız travmatik bir olay yaşadınız mı?

Evet / Hayır

23. Travmatik olay öykünüz varsa belirtiniz.

Hayati tehlike atlattığım bir kaza geçirdim ☐

Ailemden biri (veya çok yakın arkadaşım) kaza/cinayet/intihar sebebiyle vefat etti ☐

Cinsel istismar/tecavüze uğradım ☐

Çocukluğumda şiddete maruz kaldım ☐

Bıçakla/silahla saldırıya uğradım ☐

Biri saldırıya uğrarken tanık oldum ☐

7.2. EK-2: Sosyodemografik Veri Formu (devam)

Psikiyatrik Durum

24. Perinatal Psikiyatri Polikliniğine başvuru öncesinde psikiyatrik bir tanı aldınız mı?

Evet / Hayır

25. Perinatal Psikiyatri Polikliniğine başvuru öncesi psikiyatrik tanınız mevcut ise belirtin.

Depresyon

Bipolar bozukluk

Şizofreni

Yaygın anksiyete bozukluğu

Panik bozukluk

Uyku bozuklukları

Yeme bozuklukları

Madde kullanım bozukluğu

Diğer...

26. Perinatal Psikiyatri Polikliniği başvurusu öncesi Psikiyatrik tanınız için tedavi alıyor muydunuz?

Evet / Hayır

**27. Evetse: ayaktan ilaç/ terapi / TMS/
:yatarak tedavi /EKT**

28. Perinatal Psikiyatri Polikliniği başvurusu öncesi Psikiyatrik tanınız için tedavi alıyordusanız hangi ilaçları kullanıyordunuz?

İlaç ismi ve mg

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7.2. EK-2: Sosyodemografik Veri Formu (devam)

GEÇMİŞ GEBELİKLE İLGİLİ BİLGİLER

Gebelikler

29. Önceki gebelikleriniz (varsa) planlı mıydı?

Evet / Hayır

30. İstenen gebelikler miydi?

Evet / Hayır

31. Daha önceki gebeliklerinizde psikiyatrik yardıma ihtiyaç hissetmiş miydiniz?

Evet / Hayır

32. Diğer gebeliklerinizde perinatal psikiyatri polikliniğine başvurmuş muydunuz?

Evet / Hayır

33. Diğer gebeliklerinizde psikiyatrik tanı almış mıydınız?

Evet / Hayır

34. Evetse belirtiniz:.....

35. Daha önceki gebeliklerinizde psikiyatrik hastalığınız olduysa ilaç tedavisi almış mıydınız tedavi aldınız mı?

Evet / Hayır

**36. evetse : ayakta ilaç/ psikoterapi / TMS/
:yatarak tedavi /EKT**

37. Geçmiş gebeliklerinizde ilaç tedavisi aldıysanız tedaviden fayda görmüş müydünüz?

Evet Hayır Karasızım /bilmiyorum

38. Gebelik sürecinde psikiyatrik hastalık dışında yatarak tedavi gördünüz mü?

Evet / Hayır

7.2. EK-2: Sosyodemografik Veri Formu (devam)

39. Evetse:

Diyabet

Hipertansiyon

Hiperlipidemi

Kalp hastalığı

Böbrek hastalığı

Tiroit hastalığı

Migren

Kas, iskelet hastalığı

Romatizmal hastalık

40. Daha önce gebelik komplikasyonu yaşadınız mı?

Kanama

Gebelik Zehirlenmesi (Preeklampsi)

Düşük tehdidi

Plasenta Previa (Yanlış yerleşimli plasenta)

Ölü doğum

Plasenta Dekolmanı (plasantanın erken

ayrılması)

Erken doğum

Diğer.....

41. Gebelik komplikasyonu nedeniyle Hastane yatışı: evet /hayır

Emzirme

42. Diğer doğumlarınızdan sonra bebeğinizi emzirdiniz mi?

Evet / Hayır

Evetse kaç ay.....

43. Daha önceki doğum sonrası dönemlerinizde psikiyatrik yardıma ihtiyaç hissetmiş miydiniz?

Evet / Hayır

44. Diğer doğum sonrası dönemlerinizde psikiyatri polikliniğine başvurmuş muydunuz?

Evet / Hayır

45. Diğer doğum sonrası dönemlerinizde psikiyatrik tanı almış mıydınız?

Evet / Hayır

46. Evetse belirtiniz:.....

47. Daha önceki doğum sonrası dönemlerinizde psikiyatrik hastalığınız olduysa ilaç tedavisi almış mıydınız tedavi aldınız mı?

7.2. EK-2: Sosyodemografik Veri Formu (devam)

48. Evet / Hayır evetse : ayaktan ilaç/ psikoterapi / TMS/yatarak tedavi /EKT

49. Geçmiş doğum sonrası dönemlerinizde ilaç tedavisi aldıysanız tedaviden fayda görmüş müydünüz?

Evet Hayır Karasızım /bilmiyorum

50. Doğum sonrası dönemleriniz sürecinde psikiyatrik hastalık dışında yatarak tedavi gördünüz mü?

Evet / Hayır

51. Diğer doğumlarınız sonrası ilaç kullanımı nedeniyle emzirdiğiniz dönemde psikiyatrik ilaç kullandınız mı?

Evet / Hayır

52. Diğer doğumlarınızda psikiyatrik ilaç kullanırken bebeğinizde ilaç yan etkisi görüldü mü?

Evet / Hayır

53. Diğer doğumlarınızda psikiyatrik ilaç kullanırken bebeğinizde ilaç yan etkisi görüldüyse belirtin.

Uykuya meyil

Reflekslerde azalma

Hareketlilikte azalma

Emme güçlüğü

Hipotoni

Diğer.....

PERİNATAL POLK TAKİP DÖNEMİ

54. Perinatal psikiyatri polikliniğinden nasıl haberdar oldunuz?

Sosyal medya

Tanıtım afişleri-broşürleri

Sosyal çevre

Psikiyatri hekimi yönlendirmesi

Diğer branş uzmanlarının yönlendirmesi

7.2. EK-2: Sosyodemografik Veri Formu (devam)

55. Perinatal Psikiyatri Polikliniğine ne zaman başvurduunuz?

Gebelik öncesi gebelik planlaması döneminde

İlk trimester

İkinci trimester

Üçüncü trimester

Doğum sonrası ilk bir ay içerisinde

Doğum sonrası ilk 1 ay ile 1 yıl içerisinde

56. Toplam gebelik sayısı:.....

57. Yaşayan kaç çocuk sayısı:.....

58. Daha önce ölü doğum sayısı:.....

59. Daha önce düşük sayısı:.....

60. Daha önce düşük sayısı:.....

61. Daha önce kürtaj sayısı:.....

62. Daha önce çoğul gebeliğiniz oldu mu?

Evet / Hayır

GEBELİK ÖNCESİ

63. Gebe kalmadan önce diğer tıbbi branşlardan gebelik süreciyle ilgili danışmanlık hizmeti aldınız mı?

Evet / Hayır

64. Gebe kalmadan önce perinatal psikiyatri polikliniğinden danışmanlık hizmeti aldınız mı?

Evet / Hayır

65. Gebe planlama sürecinde psikiyatrik tanı aldınız mı?

evet önceki hastalığım devam etti

evet ilk defa tanı aldım

evet yeni tanı eklendi

hayır tanı almadım, iyiydim

7.2. EK-2: Sosyodemografik Veri Formu (devam)

66. Evetse belirtiniz:.....

Depresyon

Bipolar bozukluk

Şizofreni

Yaygın anksiyete bozukluğu

Panik bozukluk

Uyku bozuklukları

Yeme bozuklukları

Madde kullanım bozukluğu

Tanı yok- yalnızca danışmanlık

Diğer.....

67. Psikiyatrik hastalık tanınızı aldıktan sonra hastalığınızın gebelik planlama sürecindeki seyri ve tedavi seçenekleri hakkında bilgilendirildiniz mi?

Evet / Hayır

68. Psikiyatrik hastalığınızın üzerinizde oluşturduğu etki ve işlevsellik kaybı ne derecedeydi?

Hafif

Orta

Ağır

69. Aldığınız psikiyatrik tanı sonrası hangi tedaviye başladınız?

Farmakoterapi

Psikoterapi

EKT

TMS

Parlak ışık tedavisi

Fitoterapi

70. Gebelik döneminde yatarak tedavi görmüş mü?

Evet/Hayır

71. Psikoterapi aldıysanız hangi tip psikoterapi aldınız?

BDT

KİPT

Destekleyici Psikoterapi

Çift /aile terapisi

EMDR

Psikoanalitik terapi

Bilmiyorum /diğer

72. Kaç seans psikoterapi aldınız?.....

73. EKT aldıysanız aldığınız seans sayısı?.....

74. TMS tedavisi aldıysanız aldığınız seans sayısı?.....

75. Yatarak tedavi gördüyseniz kaç gün?.....

Gebelik planlama sürecinde ilaç kullanımı

76. Gebelik planlama sürecinde psikiyatrik ilaç tedavisi aldıysanız hangi ilaçları kullandınız?

İlaç ismi ve mg

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

77. Ne kadar süredir gebelik planlıyorsunuz.....ay

78. Şu an bebeğiniz varsa ne kadar sürede gebe kaldınız.....ay

79. Gebelik öncesi 6 ay içerisinde gebeliğe hazırlık için takviye ilaç aldınız mı?

Evet / Hayır

80. Evetse:

Omega-3/ Folik asit/ Demir/ Vitamin 12 / D vitamini /

Çinko /Selenyum/ Magnezyum / Diğer...

81. Gebe kalmadan önce adet düzeniniz düzenli miydi?

Evet / Hayır

82. Gebe kalmadan önce doğum kontrol yöntemi kullanıyor muydunuz?

Kullanıyorsanız belirtin.

Evet / Hayır evetse belirtiniz.....

7.2. EK-2: Sosyodemografik Veri Formu (devam)

83. Gebe kalmaya yardımcı tedavi aldınız mı?

Evet / Hayır Evetse belirtiniz.....

GEBELİK

84. Perinatal Psikiyatri polikliniği başvurunuzdaki gebeliğiniz planlı mıydı?

Evet / Hayır

85. İstenen gebelik miydi?

Evet /hayır

86. Perinatal psikiyatri başvurusu anında çoğul gebeliğiniz var mıydı?

Evet / Hayır

87. Gebe kalmadan önce kendinizi duygusal olarak hazır hissediyor muydunuz?

Evet / Hayır

88. Çocuğunuz için cinsiyet beklentiniz var mıydı?

Evet / Hayır evetse : istediğimiz cinsiyetti/değildi.

89. Son gebelikte/ gebe kaldığınızı ne zaman fark ettiniz?

Gebeliğin haftası

Doğum ile ...

90. Gebeliğinizde psikiyatrik tanı almış mıydınız?

Evet önceki hastalığım devam etti

Evet ilk defa tanı aldım

Evet yeni tanı eklendi

Hayır tanı almadım, iyiydim

7.2. EK-2: Sosyodemografik Veri Formu (devam)

91. Evetse belirtiniz:.....

Depresyon
Bipolar bozukluk
Şizofreni
Yaygın anksiyete bozukluğu
Panik bozukluk
Uyku bozuklukları
Yeme bozuklukları
Madde kullanım bozukluğu
Tanı yok- yalnızca danışmanlık
Diğer...

**92. Psikiyatrik hastalık tanınızı aldıktan sonra hastalığınızın gebelik süresindeki seyri ve tedavi seçenekleri hakkında bilgilendirildiniz mi?
Evet / Hayır**

93. Psikiyatrik hastalığınızın üzerinizde oluşturduğu etki ve işlevsellik kaybı ne derecedeydi?

Hafif

Orta
Ağır

94. Aldığınız psikiyatrik tanı sonrası hangi tedaviye başladınız?

Farmakoterapi
Psikoterapi

EKT

TMS

Parlak ışık tedavisi
Fitoterapi

95. Gebelik döneminde yatarak tedavi görmüş mü? Evet / Hayır

7.2. EK-2: Sosyodemografik Veri Formu (devam)

96. Psikoterapi aldıysanız hangi tip psikoterapi aldınız?

BDT

KİPT

Destekleyici Psikoterapi

Çift /aile terapisi

EMDR

Psikoanalitik terapi

Bilmiyorum /diğer

97. Kaç seans psikoterapi aldınız?.....

98. EKT aldıysanız aldığınız seans sayısı?.....

99. TMS tedavisi aldıysanız aldığınız seans sayısı?

100. Yatarak tedavi gördüyseniz kaç gün?

Gebelikte ilaç kullanımı

101. İlaç tedavisi aldıysanız hangi ilaçları kullandınız?

1. trimester

İlaç ismi ve mg

.....
.....
.....
.....

2. trimester

İlaç ismi ve mg

.....
.....
.....
.....

3. trimester

İlaç ismi ve mg

.....
.....
.....
.....

7.2. EK-2: Sosyodemografik Veri Formu (devam)

102. Gebelik döneminde ilaç kullanırken yan etki oldu mu?

Evet / Hayır

103. Gebelik döneminde ilaç kullanırken yan etki olduysa hangi yan etkiler oldu?

Bulantı-kusma

Kabızlık

Uykululuk hali

İştahta artma/ Kilo artışı

104. Gebelik döneminde ilaç kullanırken oluşan yan etkiler ilaç kullanmaya ara vermenize-bırakmanıza sebep oldu mu?

Evet / Hayır

105. Gelişen yan etkiler olduysa bunlar için acil tıbbi müdahale gerekti mi?

Evet / Hayır

106. Gebelik sürecinde ek tıbbi tanı aldınız mı?

Evet / Hayır

107. Perinatal polk takibindeki Gebelik sürecinde psikiyatrik hastalık dışında bir nedenle tedavi gördüyseniz belirtin.

108. Evetse:

Diyabet

Tiroit hastalığı

Hipertansiyon

Migren

Hiperlipidemi

Kas, iskelet hastalığı

Kalp hastalığı

Romatizmal hastalık

Böbrek hastalığı

109. Gebelik komplikasyonu yaşadınız mı?

Kanama

Gebelik Zehirlenmesi (Preeklampsi)

Düşük tehdidi

Plasenta Previa (Yanlış yerleşimli plasenta)

Ölü doğum

Plasenta Dekolmanı (plasantanın erken

ayrılması)

Erken doğum

Diğer.....

Hastane yatışı: Evet /Hayır

İntihar düşüncesi

110. Gebelik sürecinde intihar düşünceleriniz oldu mu?

Evet / Hayır

7.2. EK-2: Sosyodemografik Veri Formu (devam)

111. Gebelik sürecinde intihar düşünceleriniz olduysa tipi?

Evetse tipi: Aktif / Pasif

112. Gebelik sürecinde intihar girişiminiz oldu mu?

Evet / Hayır

113. Gebelik sürecinde intihar girişiminiz olduysa hangi yolla gerçekleştirdiniz?

Ası

İlaç kullanarak

Zehir kullanarak

Kesici aletle

Elektrik

Yakma

Diğer...

114. Gebelik döneminde tedavi sonrası intihar düşüncelerinizde azalma oldu mu?

Evet / Hayır

DOĞUM ve BEBEĞİN SAĞLIK DURUMU

1. **Bebğinizin doğduğu tarih:**..... Doğumdan sonra geçen süre.....(bebek şu an kaç aylık)

2. **Bebğinizin doğum ağırlığı:**.....

3. **Bebğinizin boy uzunluğu:**.....

4. **Bebğinizin baş çevresi:**.....

5. **Bebğinizin doğumu hangi yöntemle oldu?**

Normal spontan vajinal doğum

Planlanmış Sezaryen

Acil sezaryen

6. **Doğuma girmeden önce düzenli psikiyatrik ilaç kullanıyor muydunuz**

Evet / Hayır

evetse.....

.....

.....

7.2. EK-2: Sosyodemografik Veri Formu (devam)

7. Doğum öncesi ilaçlarınızı kestiniz mi

Evet hayır

Evetse ne kadar süre önce ...gün..... hafta ay

8. Doğum gebeliğin kaçınıcı haftasında gerçekleşti?

.....hafta (prematüre evet/hayır)

9. Bebeğinizde doğum sonrası komplikasyon gelişti mi?

Mekonyum aspirasyonu

Sinir zedelenmesi

Uykuya meyil

Reflekslerde azalma

Hareketlilikte azalma

Emme güçlüğü

Hipotoni

Diğer...

10. Doğum anında eşiniz yanınızda mıydı? Evet / Hayır

11. Doğumdan ne kadar süre sonra bebeğinizle ten tene temas ettiniz?

.....

12. Doğum sonrası bebeğinizi ilk ne zaman emzirebildiniz?

Doğum sonrası hemen

İlk gün

1-3 gün arası

3 günden sonra

13. Bebeğinizi ne kadar süreyle emzirdiniz?..... ay

14. Doğum sonrası bebeğinizde doğumsal malformasyon (sakatlık) oldu mu?

Evet / Hayır

15. Doğum sonrası bebeğinizde doğumsal malformasyon olduysa belirtiniz.

Yarık damak-yarık dudak

Kalp ve dolaşım sistemi anomalileri

Sindirim sistemi anomalileri

Diğer.....

7.2. EK-2: Sosyodemografik Veri Formu (devam)

16. **Uzamış doğum eylemi tanısı aldınız mı?** Evet / Hayır
17. **Doğum sırasında artmış kanamanız oldu mu?** Evet / Hayır

18. **Bebeğiniz doğum sonrası küvözde kaldı mı?** Evet / Hayır
Evetse ne kadar süre.....

19. **Bebeğiniz doğum sonrası fototerapi aldı mı?** Evet / Hayır

20. **Bebeğinize doğum sonrası kan değişim işlemi uygulandı mı?** Evet / Hayır

Bebeğin gelişimi

1. **Bebeğinizin fiziksel gelişimi (örneğin, yürüme, merdiven çıkma, el-göz koordinasyonu):**
Yaşıtlardan iyi
Yaşıtlarıyla uyumlu
Hafif gecikme
Orta gecikme
Ağır gecikme
2. **Bebeğinizin dil gelişimi (örneğin, kelimeleri söyleme, cümle kurma, anlama):**
Yaşıtlardan iyi
Yaşıtlarıyla uyumlu
Hafif gecikme
Orta gecikme
Ağır gecikme
3. **Bebeğinizin sosyal ve duygusal gelişimi (örneğin, başkalarıyla etkileşime geçme, empati gösterme):**
Yaşıtlardan iyi
Yaşıtlarıyla uyumlu
Hafif gecikme
Orta gecikme
Ağır gecikme

7.2. EK-2: Sosyodemografik Veri Formu (devam)

4. Bebeğinizin bilişsel gelişimi (örneğin, nesneleri tanıma, problem çözme becerileri):

- Yaşıtlardan iyi
- Yaşıtlarıyla uyumlu
- Hafif gecikme
- Orta gecikme
- Ağır gecikme

5. Bebeğinizin motor becerileri (örneğin, top atma, nesneleri tutma):

- Yaşıtlardan iyi
- Yaşıtlarıyla uyumlu
- Hafif gecikme
- Orta gecikme
- Ağır gecikme

6. Bebeğinizin uyku süresi:

- Uyku süresi yeterli ve normal
- Uyku süresi kısa veya yetersiz
- Uyku süresi çok fazla

7. Bebeğinizin gece uyanma sıklığı:

- Sık sık uyanıyor (1-2 saatte bir veya daha sık)
- Normal sıklıkta uyanıyor (3-4 saatte bir)
- Nadiren uyanıyor (5 saat veya daha uzun)

8. Bebeğinizin uyku rutini:

- Düzenli bir uyku rutini yok veya sürekli değişiyor
- Belirli bir uyku rutini var, ancak bazen değişiyor
- Düzenli bir uyku rutini var ve genellikle aynı saatlerde uyuyor

9. Bebeğinizin günlük olarak tükettiği anne sütü veya formül süt miktarı:

- Yeterli miktarda tüketiyor
- Yetersiz miktarda tüketiyor
- Aşırı miktarda tüketiyor

10. Bebeğinizin katı gıda tüketimi:

- Katı gıdaları iyi bir şekilde kabul ediyor ve yeterli miktarda tüketiyor
- Katı gıdaları reddediyor veya az miktarda tüketiyor
- Katı gıda tüketimi konusunda zorluk yaşıyor veya henüz başlamadı

11. Bebeğin Sağlık Durumu:

- Bebek sağlıklı
- Bebek bazı sağlık sorunları yaşıyor, belirtiniz:
-

7.2. EK-2: Sosyodemografik Veri Formu (devam)

12. Doğum Sonrası Dönemdeki Fiziksel Sağlık Durumu:

Herhangi bir fiziksel sağlık sorunu yok

Fiziksel bir rahatsızlık var, belirtiniz:

13. Doğum Sonrası Dönemdeki Ruhsal Sağlık Durumu:

Herhangi bir ruhsal sağlık sorunu yok

Ruhsal bir rahatsızlık var, belirtiniz:

14. Doğum sonrası dönemde psikiyatrik tanı aldınız mı?

Evet önceki hastalığım devam etti

Evet ilk defa tanı aldım

Evet yeni tanı eklendi

Hayır tanı almadım, iyiydim

15. Doğum sonrası dönemde psikiyatrik tanı aldı iseniz aldığınız tanı neydi?

Doğum sonrası hüznün

Doğum sonrası depresyon

Doğum sonrası psikoz

Bipolar bozukluk

Yaygın anksiyete bozukluğu

Panik bozukluk

Uyku bozuklukları

Yeme bozuklukları

Madde kullanım bozukluğu

Tanı yok- yalnızca danışmanlık

Diğer...

16. Psikiyatrik durumunuz için doktorunuz ilaç kullanmanızı önerdi mi?

Evet / Hayır

17. Perinatal Psikiyatri polikliniğinde doktorunuz ilaç önerdikten sonra emzirmeye devam ettiniz mi?

Hayır zaten bebeğimiz süttten kesmiştim

Hayır ilaç kullanacağım için emzirmedim

Evet emzirdim ve ilaç kullandım

Evet emzirdim ve ilaç kullanmadım

7.2. EK-2: Sosyodemografik Veri Formu (devam)

Emzirme ve ilaç kullanımı

18. Emzirme döneminde ilaç kullanımınız oldu mu?
Evet / Hayır

19. Emzirme döneminde hangi ilaçları kullandınız?
İlaç ismi ve mg

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

20. Emzirme döneminde kullandığınız ilaçların sizin üzerinizde yan etkisi oldu mu?

Evet / Hayır

21. Emzirme döneminde kullandığınız ilaçların sizin üzerinizde yan etkisi olduysa hangi yan etkileri oldu?

Halsizlik

Bulantı

Kusma

Uyku miktarı ve kalitesinde olumsuz değişiklik

İştahta olumsuz yönde değişiklik

Süt miktarında azalma

Süt miktarında artma

Cinsel işlev bozukluğu

Kilo alımı

Kilo kaybı

Diğer.....

7.2. EK-2: Sosyodemografik Veri Formu (devam)

22. Emzirme döneminde kullandığınız ilaçların çocuğunuz üzerinde yan etkisi oldu mu?

Evet / Hayır

23. Emzirme döneminde kullandığınız ilaçların çocuğunuz üzerinde yan etkisi olduysa gözlemlediğiniz yan etkiler nelerdi?

Uykuya meyil

Reflekslerde azalma

Hareketlilikte azalma

Emme güclüğü

Hipotoni

Diğer.....

24. Gebelik ve emzirme döneminde ilaç kullanımı hakkında bilgilendirilmiş olmak size önerilen tedaviyi uygulama kararınız üzerinde nasıl etkisi oldu?

Tedavi seçenekleri arasında karar vermeme kolaylaştırdı.

Karar verme sürecimi etkilemedi.

Tedavi seçenekleri arasında karar vermeme daha güç hale getirdi.

25. Aldığınız tedavilerin üzerinizdeki olumlu etki ve işlevselliğinizdeki düzelmeyi nasıl tanımlarsınız?

Az

Orta

Çok

26. Doğum sonrası dönemde intihar düşünceleriniz oldu mu?

Evet / Hayır

27. Doğum sonrası dönemde intihar düşünceleriniz olduysa tipi?

Aktif / Pasif

28. Doğum sonrası dönemde intihar girişiminiz oldu mu?

Evet / Hayır

7.2. EK-2: Sosyodemografik Veri Formu (devam)

29. Doğum sonrası dönemde intihar girişiminiz olduysa hangi yolla gerçekleştirdiniz?

Ası

İlaç kullanarak

Zehir kullanarak

Kesici aletle

Elektrik

Yakma

Diğer...

30. Doğum sonrası dönemde tedavi sonrası intihar düşüncelerinizde azalma oldu mu?

Evet / Hayır

31. Doğum sonrası dönemde tedavi sonrası intihar düşüncelerinizde ne kadar azalma oldu?

Çok az

Az

Orta

Çok

Çok fazla

32. Doğum sonrası dönemde psikiyatri servisinde yatarak tedavi gördünüz mü?

Evet / Hayır

33. Doğum sonrası dönemde psikiyatri servisinde yatarak tedavi gördüyseniz ne kadar süreyle yatarak tedavi gördünüz?...

.....gün

34. Yatış tanınız nedir?

.....

7.2. EK-2: Sosyodemografik Veri Formu (devam)

EŞ VE SOSYAL DESTEK İLGİLİ BİLGİLER

1. Doğum Sonrası Dönemdeki Destek Sistemleri:

Eş
Aile üyeleri
Arkadaşlar
Diğer (belirtiniz):

2. Doğum Sonrası Dönemde Yaşanan Stres Faktörleri:

Uyku düzensizliği
Yorgunluk
Bebek bakımıyla ilgili zorluklar
Sosyal destek eksikliği
İş/hayat dengesi sorunları
Diğer (belirtiniz):

3. Doğum Sonrası Dönemdeki Genel Psikososyal Durum:

İyi
Orta
Kötü

4. Eşiniz siz gebe kalmadan önce psikiyatri polikliniğinden danışmanlık hizmeti aldı mı?

Evet / Hayır

5. Eşiniz üremeye yardımcı tedavi aldı mı?

Evet / Hayır

6. Eşiniz üremeye yardımcı tedavi aldıysa belirtin.

Varikoselektomi
Fitoterapi
Diğer...

7.2. EK-2: Sosyodemografik Veri Formu (devam)

7. Eşinizin beklenen bebek için cinsiyet beklentisi var mıydı?

Evet / Hayır

8. Eşinizde gebeliğiniz öncesinde psikiyatrik hastalık tanısı var mıydı?

Evet / Hayır

9. Eşinizde gebeliğiniz öncesinde psikiyatrik hastalık tanısı varsa belirtin

Depresyon

Bipolar bozukluk

Şizofreni,

Yaygın anksiyete bozukluğu

Panik bozukluk

Uyku bozuklukları

Yeme bozuklukları

Madde kullanım bozukluğu

Diğer...

10. Perinatal dönemde eşiniz psikiyatrik tanı aldı mı?

Evet

Hayır

11. Perinatal dönem eşiniz psikiyatrik tanı aldıysa belirtin.

Depresyon

Bipolar bozukluk

Şizofreni,

Yaygın anksiyete bozukluğu

Panik bozukluk

Uyku bozuklukları

Yeme bozuklukları

Madde kullanım bozukluğu

12. Perinatal dönemde eşiniz ne zaman psikiyatrik tanı aldı?

Gebeliğe hazırlık döneminde

Gebelik 1.trimester

Gebelik 2.trimester

Gebelik 3.trimester

Doğum sonrası ilk 1 yıl

7.2. EK-2: Sosyodemografik Veri Formu (devam)

13. Eşiniz Gebeliğiniz sürecinde sigara kullanıyor muydu? Evet / Hayır
14. Eşiniz Gebeliğiniz sürecinde sigara kullanıyorsa
miktarı.....tane/gün
15. Eşiniz Gebeliğiniz sürecinde alkol kullanıyor muydu? Evet / Hayır
16. Eşiniz Gebeliğiniz sürecinde ne sıklıkla alkol kullanıyordu? ...standart
içki /gün-hafta
17. Eşiniz Gebeliğiniz sürecinde uyuşturucu-uyarıcı madde kullanıyor
muydu?
Evet / Hayır
18. Eşiniz Gebeliğiniz sürecinde ne sıklıkla uyuşturucu-uyarıcı madde
kullanıyordu?
Ayda 1 kere
Haftada 1 kere
Günde 1 kere
Günde 1 kereden fazla

CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI

1. Gebelik sürecinde cinsel işlev bozukluğu yaşadınız mı?
Evet / Hayır
2. Gebelik sürecinde cinsel işlev bozukluğu yaşadıysanız belirtin
Libido azalması
Cinsel tiksinti bozukluğu
Ağrılı cinsel ilişki
Orgazm olamama
Vajinismus
3. Doğum sonrası dönemde cinsel işlev bozukluğu yaşadınız mı?
Evet / Hayır

7.2. EK-2: Sosyodemografik Veri Formu (devam)

4. **Gebelik süreci veya doğum sonrası dönemde cinsel terapi aldınız mı?**
Evet / Hayır

5. **Doğum sonrası dönemde cinsel işlev bozukluğu yaşadığınız belirtin.**
Libido azalması
Cinsel tiksinti bozukluğu
Ağrılı cinsel ilişki
Orgazm olamama
Vajinismus

SİĞARA, ALKOL VE MADDE BAĞIMLILIĞI

1. **Gebelik öncesinde sigara kullanıyor muydunuz?**
Evet / Hayır
2. **Gebelik öncesinde sigara kullanıyorsanız belirtin.**
...tane/gün
3. **Gebelik öncesinde alkol kullanıyor muydunuz?**
Evet / Hayır
4. **Gebelik öncesinde alkol kullanıyorsanız belirtin.**
...kadeh /gün-hafta
5. **Gebelik öncesinde uyuşturucu-uyarıcı madde kullanıyor muydunuz?**
Evet / Hayır
6. **Gebelik öncesinde uyuşturucu-uyarıcı madde kullanıyorsanız belirtin.**
...tane/gün

7.2. EK-2: Sosyodemografik Veri Formu (devam)

7. **Gebelik döneminde kullandığınız sigara miktarı ne yönde değişti?**
Arttı
Değişmedi
Azaldı
8. **Gebelik döneminde kullandığınız alkol miktarı ne yönde değişti mi?**
Arttı
Değişmedi
Azaldı
9. **Gebelik döneminde kullandığınız uyuşturucu-uyarıcı madde miktarı ne yönde değişti?**
Arttı
Değişmedi
Azaldı
10. **Doğum sonrası dönemde kullandığınız sigara miktarı ne yönde değişti?**
Arttı
Değişmedi
Azaldı
11. **Doğum sonrası dönemde kullandığınız alkol miktarı ne yönde değişti?**
Arttı
Değişmedi
Azaldı
12. **Doğum sonrası dönemde kullandığınız uyuşturucu-uyarıcı madde miktarı ne yönde değişti?**
Arttı
Değişmedi
Azaldı
13. **Opioid madde bağımlılığınız varsa gebelik döneminde ve sonrasında ikame ilaç tedavisi aldınız mı?**
Evet / Hayır

7.2. EK-2: Sosyodemografik Veri Formu (devam)

14. Opioid madde bağımlılığınız için gebelik döneminde ve sonrasında ikame ilaç tedavisi aldınız mı?

Evet / Hayır

15. Opioid madde bağımlılığınız için gebelik döneminde ve sonrasında ikame ilaç tedavisi aldıysanız belirtin.

Buprenorfin

Buprenorfin/Nalokson

Metadon

GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP

1. Gebelik döneminde ya da doğum sonrası dönemde geleneksel ve tamamlayıcı tıp tedavisi aldınız mı?

Evet / Hayır

2. Gebelik döneminde ya da doğum sonrası dönemde geleneksel ve tamamlayıcı tıp tedavisi aldıysanız belirtin.

Fitoterapi

Aromaterapi

Kupa

Hacamat

Sülük

Ozon

Diğer...

3. Gebelik döneminde bitkisel çay kullanımınız oldu mu?

Evet / Hayır

4. Gebelik döneminde bitkisel çay kullanımınız hangi şikayetleriniz için oldu?

Depresyon

Anksiyete

Uyku bozuklukları

Diğer...

7.2. EK-2: Sosyodemografik Veri Formu (devam)

5. **Bitkisel çay kullanma kararı almanızda yönlendirildiniz mi? Evetse kim tarafından yönlendirildiniz?**

Yönlendirilmedim, kendi isteğimle kullandım

Yakın çevrem

Hekim dışı sağlık çalışanı

Hekim

6. **Gebelik döneminde bitkisel ürün kullanımınız olduysa hangilerini kullandınız?**

Çay bitkisi (Camellia sinensis)

Pasifleri incarnata (Çarkıfelek çiçeği)

Kedi otu (Valerian)

St. John's wort (Sarı kantaron)

Ihlamur (Tilia cordata/ Tilia tomentosa)

Melisa (Melissa officinalis/ Limon otu)

Lavanta (Lavendula officinalis/ Lavandula angustifolia)

Papatya (Matricaria chamomilla/ Matricaria recutita)

Diğer...

7. **Gebelik döneminde bitkisel çay kullanımınız olduysa ne sıklıkla kullandınız?**

Ayda bir fincan

Haftada bir fincan

Günde bir-iki fincan

Günde üç fincan veya daha fazla

8. **Gebelik döneminde ya da doğum sonrası dönemde geleneksel ve tamamlayıcı tıp tedavisi aldıysanız ne kadar faydası oldu?**

Hiç

Az

Orta

İyi

Çok

7.3. EK-3: Gebelik Döneminde İlaç Kullanım Onam Formu

SAKARYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
GEBELİKTE İLAÇ KULLANIM ONAM FORMU

Ben; haftalık gebeyim ve isimli tıbbi hastalığım olduğunu öğrendim. Hastalığının özellikleri, tedavi seçenekleri ve hem hastalığım hem de ilaç kullanımı nedeni ile gebelik ve bebekte oluşabilecek riskler doktorum tarafından bana anlatıldı. Risklerin özellikle gebeliğin ilk 3 ayında arttığı; fakat hamileliğimin 3 ayı geçmesinden sonra bu risklerin bir miktar hafiflediği, bununla birlikte tümüyle ortadan kalkmadığı konusunda bilgilendirildim. Hiçbir hastalık veya ilaç kullanımı olmasa da gebeliklerin %2-3'ünde malformasyonlu (sakatlığı olan) bebeklerin dünyaya geldiği bilgisi verildi. Gebelik sürecinde düşük, sakatlık, erken doğum, gelişimsel gerilikler gibi istenmeyen durumların normalde psikiyatrik hastalığı olmayan ve ilaç kullanmayan kadınlarda da görülebildiği ancak hastalık ve ilaç kullanma durumunda **bu risklerde artışın** olabileceği söylendi. Tedavi sürecinde; hastalığın şiddetinin anne ve bebek için oluşturduğu riskler ve ilaç kullanımının olası faydaları ve riskleri anlatıldı. Hamileliğim ve doğacak çocuğun sağlığı konusunda **olası risklere rağmen**; tedavi görmeyi, tedavi süresince kimyasal isimleri aşağıda yazılı olan ilaçları önerilen dozda ve sürede kullanmayı; bu süreçte doktor tarafından önerilen gebeliğimle ve hastalığımla ilgili izlem ve görevleri yapmayı, hiçbir etki altında kalmadan, kabul ediyorum.

.....
.....
.....

Tarih:

Protokol No:

Hasta:

Hasta Yakını:

Onayı Alan Hekim:

7.4. EK-4: Emzirme Döneminde İlaç Kullanım Onam Formu

SAKARYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
EMZİRİRKEN İLAÇ KULLANIM ONAM FORMU

Ben; isimli tıbbi hastalığım olduğunu öğrendim. Halen çocuk emzirmeye devam ediyorum ve doktorum tarafından hastalığımın özellikleri, tedavi seçenekleri ve emzirme döneminde hem hastalığın kendisine hem de ilaç kullanımına bağlı oluşabilecek, anne ve bebekle ilgili riskler anlatıldı.

Ben emzirme döneminde ilaçların kullanımı konusunda bazı sakıncalar olduğu, fakat bu risklerin bazı ilaçlarda diğerlerinin kullanımına göre bir miktar hafif olduğu, bununla birlikte tümüyle ortadan kalkmadığı konusunda bilgilendirildim. Tedavimde hastalığımın şiddeti nedeniyle ilaç kullanmamın ve emzirmemin olası faydaları ve riskleri anlatıldı. Emzirme sırasında olası fayda ve risklerin farkında olarak, tedavi görmeyi, aşağıda kimyasal isimleri yazılı olan ilaçları (ve tedaviyi) önerilen dozda ve sürede kullanmayı, bu süreçte doktor tarafından önerilen bebeğimle ve hastalığımla ilgili izlem ve görevleri yapmayı, hiçbir etki altında kalmadan, kabul ediyorum.

.....
.....
.....

Tarih:

Protokol No:

Hasta:

Hasta Yakını:

Onayı Alan Hekim:

ÖZGEÇMİŞ

Adı	Enes	Soyadı	Elmalı
Doğum Yeri		Doğum Tarihi	
Uyruğu	Türkiye Cumhuriyeti	Tel	
E-mail			
Eğitim Düzeyi	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı	
Lisans	İzmir Katip Çelebi Üniversitesi	2017	
İş Deneyimi			
Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)	
1	Gaziantep Üniversitesi Psikiyatri Kliniği, Arş. Grv. Dr.	2019-2021	
2	Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği, Arş. Grv. Dr.	2021-2024	

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	iyi	iyi	orta