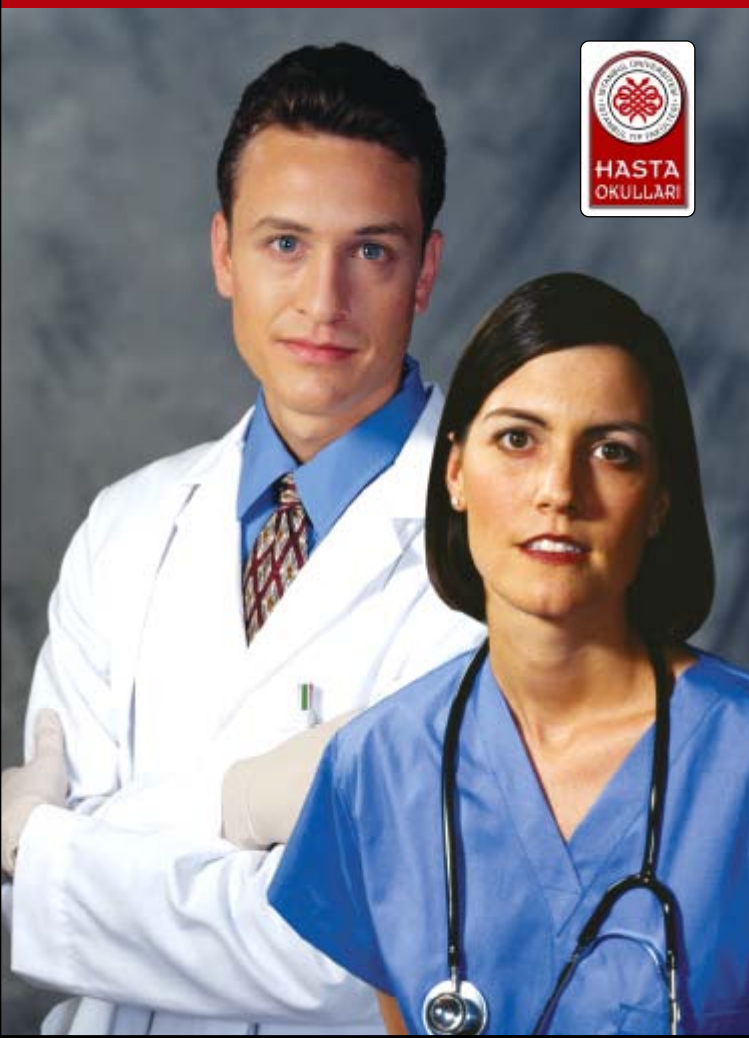


KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM PSIKIYATRİSİ



İ.Ü.İstanbul Tıp Fakültesi

HASTA OKULLARI

“BANA 3 SORU SOR”

Herkes sağlıkla ilgili konularda bilgi sahibi olmak, sorularına cevap almak ister.

İŖte böyle zamanlarda sormanız gereken 3 temel ve basit soru, nasıl sağlıklı kalacağınızı veya nasıl iyileŖeceđinizi öğrenmenize yardımcı olabilir.

Sağlığınız için sormanız gereken “ SORU”

1. Sorunum nedir?
2. Ne yapmam gerekiyor?
3. Bunu yapmanın bana ne faydası olacak?

Ne zaman soracağım?

- Doktorunuz, hemŖireniz ya da eczacınızla grŖtđnz zaman
- Tıbbi bir tetkik ya da iŖleme hazırlandığınız zaman
- İlaç kullandığınız zaman

Cevapları anlamakta güçlük çekerseniz, tekrar sorun!

Doktorunuzla iyi bir iletiŖim için ipuçları

- 3 soruyu sorun.
- Doktorunuzu ziyarete gittiğiniz zaman yanınızda mutlaka bir arkadaŖınızı ya da ailenizden birini götürün.
- Doktorunuza rahatlıkla anlatabilmek için sağlığınızla ilgili sıkıntılarınızın bir listesini yapın.
- Doktorunuzu ziyarete gittiğiniz zaman, kullandığınız tüm ilaçların bir listesini yanınızda götürün.
- Kullandığınız ilaçlarla ilgili bir sıkıntınız olduğunda, mutlaka eczacınıza danıŖın.

Soru sormaya çekinmeyin.

Hastalığınız, tedaviniz ve bu tedavinin size ne fayda getireceğini bilmeniz doktorunuz için de önemlidir.



Pfizer Türkiye

tarafından desteklenmektedir.

KADIN HASTALIKLARI VE DOğUM PSIKIYATRİSİ

Kadın ve ruh sağlığı, tıbbi, psikolojik ve sosyolojik deđiŖkenlerin i içe olduğu bir birini doğrudan etkilediği özgün bir alandır.

İlk adet (menarj), hamilelik, doğum ve menopoz gibi geliŖim dönemleri, riskli gebelik, dŖk, kürtaj gibi durumlar, kadına özgü hastalıklar ve kadın organlarına yönelik cerrahi giriŖimler (memenin, rahmin alınması gibi) kadının yaŖantısındaki en önemli psikolojik durumlardır.

Bu durumların hormonal, tıbbi boyutları yanında kendine özgü psikolojik zorlanmaları vardır ve kadının ruh sağlığını etkiler.

• • •

Prof. Dr. Sedat zkan

Psikiyatri Anabilim Dalı ğretim yesi

Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi

Bilim Dalı BaŖkanı

Onkoloji Enstitüsü Psikososyal Onkoloji

Bilim Dalı BaŖkanı

**İstanbul Tıp Fakültesi
Psikiyatri Ana Bilim Dalı**



KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM PSIKİYATRİSİ

Kadın ve ruh sağlığı, tıbbi, psikolojik ve sosyolojik değişkenlerin iç içe olduğu ve bir birini doğrudan etkilediği özgün bir alandır. İlk adet (menarj), hamilelik, doğum ve menopoz gibi gelişim dönemleri, riskli gebelik, düşük, kürtaj gibi durumlar, kadına özgü hastalıklar ve kadın organlarına yönelik cerrahi girişimler (memenin, rahmin alınması gibi) kadının yaşantısındaki en önemli psikolojik durumlardır. Bu durumların hormonal, tıbbi boyutları yanında kendine özgü psikolojik zorlanmaları vardır ve kadının ruh sağlığını etkiler.

Kadının kişi olarak, eş olarak, anne olarak, çalışan kadın olarak kendi bireysel sağlığı, ailenin uyumu ve mutluluğu için, çocukların sağlıklı yetiştirilmesi ve toplumda sağlıklı ilişkilerin geliştirilmesi için önemlidir.

Kadın tarihsel süreçte anaerkil bir uygarlıkta dişi, bereket, doğa, yaratan, yetiştiren, iyileştiren kutsal bir varlık, bir Tanrıça modeli sergilerken, Türk kültüründe Dede Korkut kadın evi yapar, evin direğidir, can yoldaşdır biçiminde tanımlarken, kadının kişiliğine, kimliğine saygıyı vurgular. Kişiliğin gelişmesi ve toplumların ilerlemesi günümüzde artık cinsiyet ayırımı gözetmeden, beyinsel, yüreksel zenginlik ve yaratıcılık sonucu oluşur.

Kadının biyolojisi psikolojisini, ruhsal durumu beden sağlığını ve ilişkilerini etkiler. Kadının ruhsal durumu, bir yandan hormonal ve fizyolojik durum, diğer yandan da kadını etkileyen çevresel, gelişimsel, sosyokültürel, toplumsal değerlerle ilintilidir. Kadın ruh sağlığı tıbbi psikolojik, sosyal, kültürel, ekonomik ve estetik bir bütünlük arz eder. Kadın ve ruh sağlığı, tıbbi, psikolojik ve sosyolojik değişkenlerin iç içe olduğu ve bir birini doğrudan etkilediği özgün bir alandır. Kadına, kadın, eş, anne rol ve sorumlulukları yanında birey olarak, “dişiliğinden önce kişiliğine” değer ve-

ren bir anlayışı gerektirir. Kadının kişi olarak, eş olarak, anne olarak, çalışan kadın olarak kendi bireysel sağlığı, ailenin uyumu ve mutluluğu için, çocukların sağlıklı yetiştirilmesi ve toplumsal sağlıklı ilişkilerin geliştirilmesi için önemlidir.

Psikiyatrik bozukların kadınlarda ve erkeklerde görülme sıklığına bakıldığında, belirgin ölçüde cinsiyet farklılıkları olduğu, birçok bozukluğun kadınlarda daha yüksek oranda görüldüğü bilinmektedir. Aynı zamanda birçok hastalığın süresinde, eşanlıkta ve ifadesinde de farklılıklar ortaya çıkmaktadır. Biyolojik cinsiyet farklılıkları da kadın ve erkek arasındaki psikiyatrik hastalık farklılıklarının bazıları açıklayabilir. Psikiyatrik durumlarda cinsiyet farklılıkları psikososyal faktörlerle de ilişkilidir. Bu farklılıklar kadının sosyal konumu ile, cinsel ve ailesel şiddete maruz kalmaları ile ilişkilidir.

İlk adet (menarj), hamilelik, doğum ve menopoz gibi gelişim dönemleri, riskli gebelik, düşük, kürtaj gibi durumlar, kadına özgü hastalıklar ve kadın organlarına yönelik cerrahi girişimler (memenin veya rahmin alınması gibi) kadının yaşantısındaki en önemli psikolojik durumlardır. Bu durumların hormonal, tıbbi boyutları yanında kendine özgü psikolojik zorlanmaları vardır ve kadının ruh sağlığını etkiler.

İLK ADET (MENARŞ):

Adetin başlaması kadının yaşantısında gelişimsel bir yaşam dönemi olmakta, biyolojik değişikliklerle birlikte kişisel, sosyal dönüşümleri de içermektedir. Bu dönemdeki kızların kendini algılaması ve psikolojisi daha çok vücut görünümündeki değişikliklerle, kadınlık algısıyla, yaşam dönemine ilişkin baş etme güçlükleriyle, rol ve sosyal değişikliklerle, ailenin ve toplumun değişen rollere ilişkin bakış açıları ile ilgilidir.

ADET ÖNCESİ GERGINLIK SENDROMU (PREMENSTRUAL SENDROM):

Adetten yaklaşık bir hafta önce başlayan ve adet başlanmasıyla hafifleyip kaybolan, döngüsel, fiziksel, psikolojik, davranışsal ve duygusal belirtiler ile seyreden, çoğu adet görmede tekrarlayan bir durumdur. Göğüste ve karında şişlik, ağrı, en sık fiziksel belirtileri olup, en yaygın psikiyatrik problemler duygudurum değişiklikleri ve sinirliliktir. Daha önceden mevcut olan depresif durum şiddetlenir.

Psikolojik belirtiler;

- Sıkıntı, huzursuzluk, gerginlik
- Bitkinlik
- Üzüntü
- İntihar düşünceleri
- Öfke
- Dikkat azalması
- Uyku bozukluğu
- Cinsel arzuda değişiklikler

Davranışsal belirtiler;

- Tepkileri denetleme güçlüğü
- Sosyal geri çekilme
- İlgisi azlığı
- Ağlama krizleri

Bu belirtiler ve bulgular kadının ruh sağlığını ve sosyal ilişkilerini bozar. İşteki verimliliğini aksatır, rollerini yerine getirmesini güçleştirir. Kadının ev içi ve toplumdaki huzursuzluk ve çatışmaları da bu dönemin daha şiddetli ve sıkıntılı geçmesine neden olur. Kadınların %20-40'ında bu dönemdeki yakınmaların yaşamlarını etkileyecek düzeyde olduğu, %10 kadının ise bu dönemdeki yakınmaların çok ileri ölçüde olduğu, yaşamlarını "dayanılmaz" boyutta etkilediği belirtilmektedir.

Bir çok kadın bu döneme özgü bir çok yakınmayı "kadınlığın doğal sonucu olarak, katlanılması gereken bir durum olarak" yaşamaktadır. Oysa bu tablo katlanılması gereken değil, yardımcı olunabilecek bir düzensizliktir. Bir kez ortaya çıktıktan sonra kendiliğinden düzelme şansı çok azdır. Tedavide her şeyden önce böyle bir tablonun varlığından haberdar olunmalı ve bunun tıbbi-psikiyatrik bir durum olduğu kabul edilmelidir. Kadınlar ve toplum bu konudaki kapalılığı aşmalı ve bilimsel tutum yaygınlaşmalıdır.

Adet öncesi gerginlik sendromu, tıbbi psikiyatrik işbirliği içinde ele alınıp tedavi edilmelidir. Tedavide hormon tedavisi, ilaç tedavisi, psikiyatrik tedavi ve psikososyal düzenlemeler bir bütün olarak ele alınmalıdır. Ayrıca, diyet (özellikle siklusun ikinci yarısında rafine şeker, tuz, kırmızı et, çikolata, çay, kahve, alkol alınımı azaltılmalı, balık, sebze ve meyveler tercih edilmeli, az ve sık yemek yenmelidir), tuz kısıtlaması, egzersiz, gevşeme egzersizleri, psikoterapi, grup tedavileri gibi tedaviler de faydalı olabilmektedir.

DOĞUM KONTROL İLAÇLARI VE DUYGU DURUM:

Hamile kalmanın engellenmesine yönelik hormon ilaçları kullanımının psikolojik bazı yan etkileri olabilmektedir. Depresif hastalık geçiren kadınlarda bu hormonal maddeler depresyonu tetikleyebilir ayrıca adet öncesi gerginlik tanımlayan kadınlarda bu ilaçların kullanımı ile depresyon gelişme riski daha fazladır.

HAMİLELİK DÖNEMİNDE PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR

Döllenme (yumurta ile spermin birleşmesi) ile başlayan, doğumla sona eren gebelik periyodu, gebe için fizyolojik ve psikolojik değişikliklerle düzenlenmiş doğal bir süreçtir. Döllenmenin olduğu andan itibaren, gebe kadının organizmasında ani, hızlı ve olağanüstü değişim ve dönüşümler başlar. Hormonal, endokrin değişiklikler yanında, kadının

kendini algılaması, eşi ile ilişki biçimi, çevrenin algısı, çalışıyorsa iş durumunda değişkenlikler gündeme gelir.

Gebelik bir taraftan neşe, doyum, olgunluk, kendini gerçekleştirme, mutluluk kaynağı olabildiği gibi endişe, kaygılı bekleyiş, yüklenme de yaratabilmektedir. Hamilelikte her üç aylık dönemin (trimester) kendine özgü psikolojik uyum süreci vardır. I. Trimesterde (ilk üç ay), yorgunluk, bulantı, baş dönmesi gibi bedensel duyumlar, duygusal değişiklikler yaşanır. Yeni duruma ve hamile olduğu gerçeğine uyum söz konusudur. Kuşkusuz kadının aile durumu, iş durumu, eşle ilişkisi, hamilelik durumunun yaratacağı yeni güçlükler ve gereksinimler, bu gerçeğe geliştirilen tutumda etkilidir. Bu dönemde duygu ve mizaç değişiklikleri, yemek yeme dürtüsü değişiklikleri görülür. II. trimesterde (ikinci üç ay), genellikle erken dönemlere kıyasla daha bir rahatlama ve psikolojik iyilik eşlik eder. Gebeliğin yolunda gitmesi kadında güven duygusunu artırır. III. trimesterde (son üç ay), yeni canlı annenin bütün sistemlerini etkilemiştir. Doğumun yaklaşmasıyla birlikte bazı endişeler başlayabilir. Doğumun nasıl olacağına, bebeğin sağlıklı olup olmadığına ilişkin kaygılardır bunlar. Bunun yanında, doğumu takiben çocuğun bakımı, annelik rol ve işlevlerini yeterince yürütüp yürütemeyeceği endişeleri dikkati çeker.

Kadının ruhsal durum ve yaşantısı gebeliğin gidişini etkilediği gibi, gebeliğin kendisi de ruhsal, duygusal yaşantısı üzerinde önemli yansımalar yaratır. Gebelik ailenin yaşamında da önemli bir dönüm noktasıdır.

Hamilelikte gebe kadının ve eşinin bilgilendirilmesi önemlidir. Doğum öncesi hazırlık kadının korku ve kaygısını azaltmaya, doğum sırasında kendi denetimini sağlayabileceğine ait güven vermesi bakımından yararlı olacaktır. Eş desteği kuşkusuz önemlidir. Bu ruhsal tepki ve kaygılar şiddetlenirse veya hamileliği komplike hale getirirse, psikiyatrist ile işbirliği gereklidir. Hamile kadınların, hamilelik, doğum, doğum sonrası dönem konusunda bilgilendirilme-

si, eşin kadının yanında katılımı, gevşeme egzersizleri ile doğumu kolaylaştırılması gibi uygulamalarla hamile kadının, korku ve kaygısının endişeli bekleyişin azaltılması, kendi durumu üzerinde denetimini sağlayabileceği duygunun gelişmesi açısından yararlıdır.

Gebelik dönemindeki emosyonel karışıklıkların psikiyatrik bozuklukların gelişimini, ortaya çıkışını arttırıp arttırmadığı uzun yıllardır tartışılmaktadır. Bu konuda farklı görüşler vardır. Kadınlarda psikiyatrik bozukluklar en sık 18-45 yaş arasında görülmektedir, bu dönem kadının üretken olduğu ve çocuk büyüttüğü dönemdir. Sıklıkla inanıldığının aksine hamilelik duygusal olarak durgun bir dönem değildir. Daha önceden mevcut ya da yeni olarak ortaya çıkan her türden majör psikolojik rahatsızlık, gebelik ve doğum komplikasyonlarını arttırır.

En son çalışmalar, gebeliğe ait psikolojik korelasyonların bireysel faktörlerle ve diğer bazı faktörlerle ilgisi olduğunu işaret etmektedir.

Bu faktörler;

- Duygu durum
- Kadınlığa karşı tutum
- Eş ve anne ile olan ilişkiler
- Kültürel tutumlar
- Anneliğe hazırlanma
- Önceki ruhsal hastalıklar
- Önceki çocuğun varlığı ya da yokluğu
- Önceki kürtaj deneyimleri
- Yaşam koşulları
- Gebelikte tıbbi olarak yüksek risklerin olup olmadığı

Hamilelikte ortaya çıkan her komplikasyon ve gebeliği riskli hale getiren her tıbbi sorun, ciddi zorlamalara ve psikiyatrik belirtilere yol açma potansiyelindedir. Pre-eklampsi, hipertansiyon, diyabet gibi tıbbi sorunları olan hamile kadınlarda, bu tür komplikasyonları olmayan hamile ka-

dınlara göre daha fazla psikolojik rahatsızlıklar saptanmıştır. Gebelikte ortaya çıkan tıbbi komplikasyonlar şiddetli fiziksel ve psikolojik reaksiyonlara neden olabilmektedir. Bulantı ve kusmanın ikinci trimesterde de devam ettiği hiperemesis gravidarum nadiren de olsa ortaya çıkan ve psikiyatrik yardım gerektiren bir durumdur.

Hamilelik sırasında ortaya çıkan ruhsal rahatsızlıkların neden olabileceği risk faktörleri şu şekilde sıralanabilir:

- Yetersiz kendine bakım
- Yetersiz beslenme
- İntihar
- Tedbirsiz davranışlar (hızlı araba kullanma)
- Alkol ve madde kullanımı
- Düşük doğum ağırlığı
- Erken doğum
- Daha önceden mevcut ya da yeni olarak ortaya çıkan her türden major psikolojik rahatsızlıklar gebelik ve doğum komplikasyonlarını arttırır.

Özellikle;

- Gebelik sırasında psikiyatrik hastalığı olanlar
- Kadın hamile olup olmadığını araştırdığı dönemde psikiyatrik ilaç alanlar
- Gebeliği planlayan psikiyatrik hastalık öyküsü olanlar
- Gebe olup, geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü olanlar mutlaka psikiyatrik yardım almalıdır.

Gebeliğe Eşlik Edebilecek Psikiyatrik Bozukluklar arasında en önemlisi depresyon ve anksiyete (kaygı) bozukluğudur.

DEPRESİF BOZUKLUKLAR

Depresyon, kalıtsal, çevresel ya da hormonal bozukluklar sonrasında gelişen çökkünlük halidir. Aşağıdaki dokuz belirtiden en az beşinin (ilk iki belirtiden en az biri bulunmak üzere), en az iki hafta süresince var olması durumuna "majör depresyon"denir.

Depresyonun Belirtileri:

1. Hemen her gün ve günün büyük bir kısmında gözlenen çökkün bir duygu-durum hali (kendini mutsuz, ağlamaklı, kederli hissetme hali).
2. Hemen her gün yaklaşık gün boyu süren tüm ya da çoğu etkinliğe karşı ilgi ve zevk almada azalma (daha önce keyif alınan işler, hobiler ve alışkanlıklardan artık hoşlanmama, mecburen yapma hali, (dünyayı verseler umurumda değil şeklinde bıkkınlık hisleri, cinsel isteksizlik).
3. Diyet uygulanmamasına karşın önemli derecede kilo kaybı ya da alımı (bir ay içinde vücut ağırlığının %5 'inden fazla artması ya da azalması) ya da iştahta artma yada azalmanın olması.
4. Hemen her gün uykusuzluk ya da aşırı uyku hali.
5. Hemen her gün olağan beyinsel ve vücutsal işlevsellik, hareketlilik halinde azalma ya da huzursuzluk (oturmaya veya yatmayı yeğleme ya da sıkıntıdan yerinde duramama).
6. Hemen her gün halsizlik, yorgunluk hisleri, daha önceki günler kadar enerjik hissetmeme.
7. Hemen her gün kendini değersiz hissetme, küçük görme, kendini beğenmeme, suçlu ya da günahkar hissetme hali.
8. Hemen her gün düşünme ya da konsantrasyon yeteneğinde azalma olması (konuşulanlara, okunan şeylere, dikkatini verememe, söylenenlerin bir kulaktan girip diğerrinden çıkması gibi) ya da kararsızlık hali.
9. Tekrarlayan ölüm düşünceleri, intihar planları veya eylemlerin varlığı.

Hamilelik ve doğum sonrası babalarda da depresyon gelişebilmesi, depresyon gelişiminde psikolojik ve sosyal faktörlerin rolünün önemli olduğunu telkin eder.

Gebelikte depresyon için risk faktörleri;

- Genç yaş
- Düşük sosyal destek

- Yalnız yaşama
- Daha fazla çocuğa sahip olmaktır.
- Ayrıca major depresyon öyküsü olan kadının gebelik sırasında depresyonun tekrarlama riski yüksektir.

Major depresyon gebelik sırasında meydana geldiği zaman özellikle, intihar fikirleri ve yetersiz beslenmenin eşlik ettiğine işaret edilmiştir. Gebelikte görülen depresyon doğum sonrası depresyon riskini 3 kat arttırır ve yetersiz doğum öncesi bakım, zayıf beslenme ve intihar girişimlerine götürür.

Psikososyal destek, psikoterapi ve bazı psikiyatrik ilaçların kullanımı gereklidir.

ANKSİYETE (KAYGI) BOZUKLUKLARI

Anksiyete bozukluğunun kadınlarda hem erkeklere göre daha yüksek oranda saptandığı, hem de anksiyete bozukluğu olan kadınların erkeklere oranla eşzamanlı depresyon tanısı alma oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

Anksiyete bozukluklarının kadınlarda neden daha sık görüldüğü kesin olarak bilinmemekle birlikte hem kalıtsal, hem çevresel faktörlerin önemli olduğu bilinmektedir. Kadınlardaki anksiyete bozukluklarının diğer muhtemel sebepleri arasında günümüz kadınının artan iş ve aile yükümlülüğü, hamileliğe bağlı hormonal değişiklikler, toplumdan daha az teşvik görme ve daha düşük kendine güven sayılabilir.

Hamilelik döneminde gelişen anksiyetede, doğumla ilgili kaygılar ve bebeğin sağlığı ile ilgili endişeler dikkat çekmektedir.

Gebelikte anksiyete bozukluğu sürecine iştirak eden faktörler;

- Değişen roller ve sorumluluklar hakkında endişeler
- Yeni doğanın, kişinin profesyonel, sosyal ve aile yaşamı üzerine etkisini içerir.

Panik atak, normal fizyolojik olayların felaketleştirilerek algılanmasının sonucu olarak görülür. Gebelikte panik bo-

zukluk semptomları bazı kadınlarda iyileşirken, bazılarında da kötüleşmektedir. Obsesif kompulsif bozukluk gebelik esnasında kötüleşir.

Gebelikte anksiyete semptomlarının yönetimi nedeniyle liyeron psikiyatrisine başvurular yaygındır.

Anksiyete bozukluğu belirti ve bulguları;

- Kalp atım sayısında artış
- Çarpıntı
- Nefes almakta güçlük
- Boğulma hissi
- İçsel huzursuzluk
- Gerginlik, sıkıntı
- Uyku bozukluğu
- Taşikardi
- Cinsel isteksizlik
- İştah bozukluğu
- Palpitasyon
- Yorgunluk
- Bayılma
- Dispne
- Atipik kaşıntı ve ağrılar
- Ağız kuruluğu
- Bulantı, diyare, kabızlık
- Sık idrar hissi

Gebelikte anksiyete semptomlarının yönetimine yönelik ilaç tedavisi ve psikoterapi kullanılmakta ve etkin olduğu bilinmektedir. İlaç dışı tedavi yöntemleri anksiyetenin belirtilerini kontrol altına almada büyük ölçüde yararlıdır. Gebelikte ciddi anksiyetenin tedavisinde ilaçlar da kullanılmaktadır.

DOĞUM SONRASI PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR

Bir çok kadın için doğumu takip eden dönem psikiyatrik bozukluklar açısından riskli bir dönemdir. Yapılan çalışma-

lar doğum sonrası dönemin hamilelik dönemine kıyasla 3-4 kez daha riskli olduğunu ortaya koymaktadır. Doğumu takip eden ilk 6 ay, kadın hayatındaki diğer dönemlere oranla psikiyatrik bozuklukların görülme sıklığı oldukça yüksektir. Doğum sonrası ruhsal reaksiyonların ortaya çıkışında, biyolojik, hormonal nedenler, ailesel faktörler psiko-sosyal çerçeve birlikte ele alınmalıdır.

Doğum sonrası erken dönemde ruhsal durumu etkileyen değişkenler arasında özgeçmişte psikiyatrik bozukluk, tıbbi hastalık olması, gelir düzeyinin düşük olması, gebeliğin plansız olması, sosyal desteğin yetersizliği olarak bulunmuştur.

Doğum sonrası psikiyatrik bozukluklar üç grupta incelenebilir:

1. Annelik hüznü (Postpartum blues)
2. Doğum sonrası depresyonu (Postpartum depresyon)
3. Doğum sonrası psikoz (Postpartum psikoz)

1. Annelik Hüznü (Postpartum Blues)

Doğumu takiben annelik rolü ile ilgili uyum güçlükleri ile birlikte biyolojik ve hormonal değişimlerin, eşle ilişkideki problemlerin, yetersiz sosyal desteğin neden olduğu annelik hüznü, kadınların %50-85'inde görülmektedir. Depresyon öyküsü olanlar, özellikle gebelik sırasında depresyonun varlığı annelik hüznünü artırır. Adet öncesi gerginlik sendromu öyküsü olması risk faktörü olarak görülür.

- Sık ağlamalar,
- Gerginlik,
- İrritabilite,
- Huzursuzluk,
- Emosyonel değişkenlik,
- Üzüntü hali,
- Konsantrasyon yetersizliği,
- Baş ağrısı,
- Uyku bozukluğu,

- Kaygı,
- Bebek için duygu eksikliği,
- Eşe karşı öfke en sık görülen belirtileridir.

Çoğunlukla uygun açıklama, eğitim, bebeğin bakımı, kadının ihtiyaçlarını karşılamasına yönelik ve duygusal destek ile düzelen bir durumdur. Özellikle partnerin/eşin desteği çok önemlidir. İki haftadan uzun süren belirtilerde annenin profesyonel yardım alması gereklidir. Çünkü, bu olguların yaklaşık 5'te 1'inde doğum sonrası major depresyon gelişebilir.

2. Doğum Sonrası Depresyonu (Postpartum Depresyon)

Doğum sonrası major depresyon, kadınların %12-16'sında görülen, ciddi ve yaşamı tehdit edici bir bozukluktur. Doğum sonrası depresyon, doğumdan sonraki ilk 4 hafta içinde oluşan major depresyon olarak tanımlanmasına rağmen, bazı çalışmalarda doğumu takiben 6-12 haftalarda en sıklıkla belirtilerin ortaya çıktığı bildirilmiştir.

Bu dönemde uykusuzluk, dikkat azalması gibi belirtiler depresyon gelişimi açısından öncü belirtilerdir.

- Uykusuzluk,
- Huzursuzluk,
- Yorgunluk,
- Bunaltı,
- Baş ağrısı,
- İrritabilite,
- Yeme alışkanlığında bozulma,
- İçgüdüsel değişiklikler,
- Düşünce karışıklığı,
- Aldırmazlık,
- Konsantrasyon güçlüğü,
- Annelik rolüne ilişkin aşırı endişeler,
- Ölüm korkuları,
- Suçluluk ve yetersizlik duyguları,
- Depresif mood,

- Kaygı,
- Duygusal değişkenlik,
- İştahsızlık,
- Karamsarlık,
- Ümitsizlik,
- Çaresizlik duyguları,
- Her zamanki aktivitelere ilgi kaybı,
- Sık ağlamalar
- Bebeğin sağlığına yönelik aşırı endişe ya da boş verme gibi belirti ve bulgular bir kaç günden daha uzun süre devam ederse ilgili hekime ve uzmana başvurulmalıdır.

Doğum sonrası depresyonun sebepleri arasında biyokimyasal ve hormonal birçok faktör araştırılmıştır. Doğum sonrası dönemde depresyonun değerlendirilmesi, biyolojik-endokrin-metabolik faktörlerin yanında, kişilik yapısı, psiko-sosyal çevre, iç, ruhsal gereksinimler ile birlikte ele alınmalıdır. Bu kapsamda; Kadının kendi annesiyle yaşadığı özdeşleşme, yeni bebeği kabulleniş, annelik rolünü benimsemesi, cinselliğe ilişkin değer yargıları, eşinin tutumu gözden geçirilmelidir.

Doğum sonrası depresyonun gelişiminde psikolojik ve sosyokültürel faktörler, eşle ilgili doyumsuzluklar ve aile içi çatışmalar, çocuk bakımı ile ilgili sorunlarla baş etme güçlüğü önemli rol oynamaktadır. Hamilelikte ve öncesinde depresyon geçirmiş olmak, ailesel yüklülük risk faktörleridir. Kadının daha önceki doğumlarından sonra depresyon öyküsü olması, tekrarlaması için özellikle önemli bir risk faktörüdür (%50). Gebelikte ortaya çıkan depresyonun doğum sonrası devam etmesi (%35) yüksek riski taşır.

Anne sütü vermeyenlerde doğum sonrası depresyonun biraz daha sık olduğu belirtilmiştir. Sosyoekonomik yetersizlikler, anne ve çocuk sağlığı ile ilgili sorunlar depresyonu arttırmaktadır. Bebeğin bakımı, ev işleri varsa diğer çocukların bakımı, anne için ciddi zorluklar oluşturur. Sosyal desteğin, özellikle eşin desteğinin eksikliği doğum sonrası

depresyon riskini arttırır. Doğum sonrası depresyon özellikle tedavi edilmediğinde yeni doğanın iyiliği, duygusal, psikolojik, zihinsel gelişimi üzerinde önemli etkiye sahiptir. Doğum sonrası depresyonun varlığının bilinmesi ve fark edilmesi tedavide en büyük, en önemli aşamadır. Doğum sonrası depresyon teşhisinin yetersizliğinin doğumu takiben anneden ziyade bebeğin iyiliği üzerine odaklanmaktan doğabilir. Halbuki bu durum annenin depresyonun ilerlemesine neden olabilir, hem de depresyonun fark edilmesini engelleyebilir.

Psikolojik ve sosyal destek, yardım ve birçok olguda ilaç (antidepresan) tedavisi gereklidir. Psikiyatrik tedaviye başlamadan önce tiroid fonksiyon bozukluğu, kansızlık gibi duygudurum bozuklukların tıbbi nedenleri dışlanmalıdır. Anneden beklentiler, annelik rolü, hamilelik, doğum ve çocuk yetiştirme ile ilgili aile içi ve toplumsal bakış açıları gerçeğe, bilimsel olmalı ve insancillaştırılmalıdır. Eğitim ve desteğin artmasıyla depresyon azalacaktır. Duygusal destek ve paylaşım en merkezidir. İlaç tedavisi, psikoterapi, EKT tedavisi ve gerekirse hastaneye yatırılarak tedavi etkin sonuç sağlamaktadır.

3. Doğum Sonrası Psikoz (Postpartum Psikoz)

Doğum sonrası psikoz akut ve ciddi bir durumdur. Başlangıç ani ve hızlıdır. Her 1000 doğumdan 1-2'sinde karşılaşılr. Belirtileri arasında duygu durum değişkenliği, ajitasyon, konfüzyon, düşünce dezorganizasyonu, halüsinasyonlar ve uykusuzluk sayılabilir. Geniş ölçüde biyolojik faktörler rol oynamaktadır. Daha önceden doğum sonrası psikoz geçmişi ya da iki uçlu bozukluk geçmişi olan kadınlar risk altındadırlar. Bu durumlarda doğum sonrası psikoz tekrarlama riski %70'tir. Kendine ve bebeğe zarar verme riski vardır. Psikiyatrik yatış gerektiren bir tablodur. Antipsikotik, antidepresif ve duygudurum düzenleyici ilaçlar kullanılır. EKT hızlı etkili ve hayat kurtarıcı tedavi sağlar.

KISIRLIK TANI VE TEDAVİSİNİN PSİKOLOJİK ETKİLERİ:

Kısırlık, bir çiftin hiçbir aile planlaması/doğum kontrol yöntemi kullanmadan ve düzenli cinsel ilişkiye karşın bir yıl süre içinde hamileliğin gerçekleşmemesi olarak tanımlanır. Erkekten, kadından ya da her iki partnerden kaynaklanıyor olabilir. Bazı psikolojik nedenler de kısırlıkla bağlantılı görünmekle birlikte, günümüzde daha çok kısırlık tanısını takiben çiftlerin yaşadığı psikososyal güçlükler üzerinde durulmaktadır.

Kısırlık temel bir yaşam krizidir ve kısırlık tanısının getirdiği iki önemli etki, kronik stres ve kayıp yaşantısıdır. Üreme konusundaki yetersizlik sıklıkla sosyal bir etiketlenme yaratır ve utanç verici bir yetersizlik olarak algılanır. Sonuçta, kısırlık genelde çiftin birinde fiziksel bir sorunla bağlantılı olsa da, yaşanan stresin ve kaybın her iki eş üzerinde ciddi psikolojik, fiziksel, ekonomik ve sosyal alanlarda olumsuz etkileri vardır. Bazı çiftler için bu sorun uyanık oldukları her an yaşamlarının bir parçası, hatta merkezindedir.

Kısırlığa yas, kayıp, utanç, eksiklik, yetersizlik, kusurlu olma, kızgınlık, suçluluk duyguları ve vücut imajına ilişkin endişeler, kendine güvende azalma sıklıkla eşlik eder. Kişi, geçmişteki günahları için cezalandırıldığı düşüncelerine kapılabilir ya da önceki korunma yöntemleri, cinsel aktivite, gebeliğin gecikmesi ya da düşüklüğü için kendini ya da eşini suçlayabilir. Kişinin gelecekteki beklentilerini ve hayallerini tehdit eder. Sanki yaşamın bazı alanları donmuş gibidir.

Kısırlık Durumunda Ortaya Çıkabilecek Psikolojik Etkiler

Duygusal Etkiler

1. Yas ve depresyon
2. Öfke/engelenmişlik (frustrasyon)
3. Suçluluk

4. Şok/inkar
5. Kaygı (anksiyete)

Kontrolün Kaybı

1. Beden, duygular ve etkinlikler üzerinde kontrolün kaybı
2. Gelecekle ilgili planlar yapma ve önceden planlar yapmanın engellenmesi

İnançlar, Kimlik ve Özgüvendeki Etkiler

1. Özgüvenin kaybı, yetersizlik duyguları
2. Kimlik problemleri
3. Dünya görüşündeki değişiklikler

Sosyal Etkiler

1. Evlilik ilişkisi ve memnuniyetindeki etkiler
2. Cinsel işlevlerdeki etkiler
3. Sosyal çevre ile karşılıklı ilişkilerde güçlükler, değişiklikler, yalnızlık, utanma

Kısır çiftler bir çok aşamadan geçerler, bunlar inanamama, inkar, kızgınlık ve en sonunda kabullenme olarak sıralanabilir. Kişilik özellikleri, uyum süreçleri, sosyal yapı özellikleri, kültürel beklentiler, destek sistemleri, tedavi şekli, tedavinin süresi gibi faktörler tedavi sürecinde kısırlığa ait psikolojik tepkilerin gelişimine katkıda bulunmaktadır. Kısırlık tanısını takiben en sık karşılaşılan psikiyatrik bozukluklar, depresyon ve kaygı bozukluğudur.

Kısırlığın ilişki üzerinde olumsuz etkileri olabilmesine rağmen bazı durumlarda da ilişkiyi kuvvetlendirici etkisi olabilir. Eşlerin yaşadığı sıkıntılar ve bu sıkıntıyla baş etme yöntemleri farklı olabilir. Örneğin; kadınlar sürekli konuşma eğilimindeyken, erkekler başka işlere yoğunlaşarak, kısırlığın getirdiği duygusal yükü hafifletmeye çalışırlar.

In-vitro fertilizasyon (IVF, tüp bebek) tedavinin ilk aşamasında çift rahatlama ve daha pozitif duygular hissetmektedir. Hamilelik testinin sonuçlarının beklendiği dönemde beklenti ve umutla dolu bir dönem yaşanır, test negatif ise

depresyon ve hayal kırıklığı yaşanmaktadır. Çok sayıda IVF döngüsü yaşamış kadınlarda ilk döngülerini yaşayan kadınlara göre daha fazla depresyon yaşadıkları bildirilmiştir.

Kayda değer derecede maddi yük getiren, sık günlük takiplerle, kontrollerle, yoğun zaman alan, çalışıyorsa işinden izin almayı gerektiren, özel yaşamını tedavi alanına dönüştüren kısırlık tedavisi kadın başta olmak üzere çifti zorlamaktadır. Cinsel aktivite isteğe bağlı duygulardan çok doktor tarafından belirlenen tedavi programının bir parçası haline gelir. Tanı ve tedavi yöntemlerine ilişkin belirsizlik, çifti sıkıntıya sokan en önemli noktalardan biridir. Yardımcı üreme tekniklerinin kullanımı sonucunda, %25-30 oranında ikiz gebelik ve %1 oranında üçüz gebelikler gelişebilir. Çoğul gebeliğin varlığı doğumsal zorluklara neden olabilir, bebeğe ve anneye ilişkin riskleri artırır ya da doğum sonrası uyum ve anneliğe - babalığa ait yaşam boyu bazı sorumlulukları da gündeme getirerek güçlükler doğurabilir. Çift, seçim yaparak azaltmayı tercih etmek zorunda kalabilir ve bu durum kişide çelişkili duyguların, özbenlikte yaralanmanın, suçluluk duygularının gelişmesine yol açabilir.

Büyük umutlarla başlanan tedavilerin sonucu ne olursa olsun, hem anne adayının, hem de baba adayının bu dönemde ve takip eden zaman diliminde psikolojik destek ve tedaviye ihtiyacı olabilir. Başarı – başarısızlık kaygısının yaşanmaması, çiftin yaşam, ilgi ve ilişkilerini doğal olarak sürdürmesine yardımcı olunmalıdır. Sorunun çözümünde kaygılı bekleyiş ve yaşamsal sonuç olarak algılandıkça ve hayatın diğer işlevlerinden uzaklaştıkça, sorun çözülmemesi endişesi psikolojik açıdan baş sorun olabilmektedir. Çift, ilişkilerini ve yaşantıların doğal akışkanlığını sürdürmeli, doğurganlık, yaratıcılık, verimlilik ve işlevselliği çok boyutlu olarak algılamalıdır. Eğer depresyon ve kaygılı bekleyiş var ise bu alanda uzmanlaşmış hizmet veren konsültasyon liyezon psikiyatrisi uzmanlarından destek almalıdırlar. Psikiyatrik tedavi sonucunda, kaygı, depresyon, kız-

gınlık ve yorgunluk düzeylerinin anlamlı düzeyde azaldığı gösterilmiştir.

KÜRTAJIN PSİKOLOJİK ETKİLERİ

Kürtaj, gebeliğin sonlandırılmasıdır ve ekonomik yetersizlikler, istek eksikliği, çocuğun sorumluluğunu almada yetersizlik, sosyal destek eksikliği, taciz ve tecavüz sonrası gebeliğin ortaya çıkışı, tek ebeveyn olmanın güçlükleri, partnerle çatışmalar, fetal konjenital anomali teşhisi gibi çeşitli nedenlerle yapılabilir.

Kürtaj sonrası verilen psikolojik tepkiler nedene ve herkese göre farklılık gösterir. Kürtajdan sonra en sıklıkla karşılaşılan ruhsal tepki suçluluk ve elem duygusudur. Eğer daha önceden psikiyatrik sorunlar yaşanmış ise o zaman kürtaj sonrası daha ciddi ruhsal tablolar ortaya çıkabilir.

İstenmeyen gebelik sonucu kürtaj yaşayan kadınlar doğum kontrol yöntemlerini ayrıntıları ile öğrenmelidir. Bununla birlikte psikolojik tedavi seçeneği mutlaka düşünülmelidir. Eğer kürtaj sonrası ciddi depresyon ya da psikoz ortaya çıkmış ise kriz tedavisinin yanı sıra psikiyatrik tedavi uygulanmalıdır.

JİNEKOLOJİK KANSERLERİN PSİKIYATRİK YÖNÜ

Kanser, korku, umutsuzluk, suçluluk, çaresizlik, dayanılmaz ağrılar, terk edilme ve ölüm duygularını, düşüncelerini çağırıştırır. İnsan varlığına ve varoluşuna ilişkin sorunları gündeme getirir. Bu nedenle kanser olgusu, tıbbi-fiziksel bir hastalık olduğu gibi, ruhsal ve psikososyal bileşenleri yoğun olan bir hastalıktır. 200'den fazla kanser türü vardır ve kadınlarda en sık görülen kanser türleri meme kanseri ve jinekolojik kanserlerdir. Bu hastalıklar sadece yaşamı tehdit ettiği için değil aynı zamanda üreme, cinsellik ve kadınlıkla ilgili organları etkilediği için önemli stresler yaratırlar.

Ülkemizde, kadınlar erken yaşta evlenme, sık aralıklarla ve fazla sayıda doğum yapma, istenmeyen koşullarda düşük yapma, düzenli jinekolojik kontrolden geçmeme gibi nedenlerden dolayı jinekolojik kanserler açısından büyük risk altındadır. Türkiye’de kadınlarda görülen kanserlerin yaklaşık %28’i meme kanseridir ve bu oran dünyadaki oranla paraleldir. Son yıllarda bu konuda artan bilinç ve rutin mamografi tetkikleri sonucunda erken tanı ve tedavinin uygulanması önemli bir gelişmedir. Ancak bu duruma kadınların tepkileri riskin inkarından, hipokondriyak aşırı uğraşlara kadar çok çeşitlidir.

Kanser hastalarında başlıca kaygı yaratan konular şu şekilde sıralanabilir:

- Hastalık ile ilgili tıbbi konular
- Tanının doğruluğu
- Tedaviler ve muhtemel yan etkileri
- Hastalığın seyri
- Mesleki yaşantı üzerindeki etkileri
- Maddi durum üzerindeki muhtemel etkileri
- Aile ve diğer önemli ilişkiler
- Cinsel yaşam
- Vücut imajı
- Hastalıklarının aile bireyleri üzerindeki etkisi.

Kanser krizi dört aşamalı bir süreç olarak tanımlanır:

1. Şok hali
2. Tepki aşaması
3. Direnme
4. Uyum

İlk aşamada görülen en yaygın tepki şoke olma ve inanamamadır (inkar). İnkâr, katlanılması çok güç ve imkansız olan durumlar karşısında oluşan kaygı, panik ve çaresizlik duygularına karşı geliştirilen bir savunma mekanizmasıdır. Hastalarda genellikle bu ilk tepkinin ardından öfke ve

depresyon gelişir. Yine bu dönemde “Niye ben” türü hidetlenmelere ve isyan duygularına ek olarak kaygı, iştahsızlık, dikkat dağınıklığı ve huzursuzluk görülmesi normal olarak kabul edilir. Hastanın öfkesini ve isyanını ifade edememesi depresyon gelişmesi riskini arttırır. “Üzüntü reaksiyonu” ile depresif sendrom farklı olgulardır. Ayrıca bazı reaksiyonların “normal” ya da “beklenir” olması, tedavi gereksinimini reddettirmez. Umutsuzluk ve intihar düşünceleri ciddi depresyona eşlik eden faktörlerdir. İkinci aşama tepki aşamasıdır. Kişiler bu aşamada hasta oldukları gerçeğini kabul etmeye ve bunun sonucu olarak da duygusal reaksiyon göstermeye başlarlar. En sık karşılaşılan tepki kaygıdır. Yok olma tehdidi, kayıp algısı, ayrılık ve ölüm düşünceleri, bedene yabancılaşma duyguları kaygının başlıca kaynaklarıdır.

Son aşama, hastanın gerçeği kabul edip enerjisini ve ruhsal gücünü yeni yaşamına yönelttiği ve hastalığı ile birlikte yaşamayı öğrendiği uyum dönemidir. Psikososyal uyumda kanserin ortaya çıktığı yaş dönemi, hastalık öncesi emosyonel stabilite (kişilik ve baş etme biçimi), kişiler arası desteğin varlığı ve elde edilebilirliği önemli değişkenler olarak bildirilmiştir. Bu aşamada kişiler yaşamın amacını, yaşamdaki kendi narsistik amaçlarını ve yaşam tercihlerini sorgulama eğilimindedirler. Yine bu dönemde kişilerde belirgin bir güven ve denge arayışı gözlenir.

Kansere karşı gösterilen uyum mekanizmaları şöyle sıralanabilir:

1. Savaşma ruhu
2. Çaresizlik ve umutsuzluk
3. Bunaltı ve aşırı uğraş
4. Kaçınma ve inkar

Kanser hastaları ortak olarak yaşamı tehdit eden bir hastalık tanısı almış olsalar da verilen tepkiler ve yaşanan zorluklar kanserin türüne ve aşamasına (tanı, tedavi, palyatif dönem) göre farklılık gösterir. Kanserli hastalarda en sık

görülen psikiyatrik bozukluklar, uyum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, depresif sendromlar, organik beyin sendromlarıdır. Bu psikiyatrik bozuklukların tedavisi hastaların genel tedavilerinin çerçevesinden bütüncül bir yaklaşımla ele alınmalıdır. Kişileri fizyolojik ve psikolojik bir bütün olarak ele alan yaklaşım kanser tedavisinde büyük önem taşımaktadır.

Kanser tedavisi, cerrahi girişim, kemoterapi gibi çoğul tedavileri gündeme getirir. Tanı ve tedavide kullanılan ileri yöntem ve tekniklerin başlı başına psikolojik yan etkileri olabileceği gibi, bu alanda kullanılan ilaçların bir çoğunun da ciddi nöropsikiyatrik yan etkileri vardır. Yapılan araştırmalar en fazla psikiyatrik morbiditenin kanser cerrahisinden sonra ortaya çıktığını göstermektedir. Kanser cerrahisi, hem alttaki hastalıkla, hem de cerrahi girişimle ilgili endişe ve sorun alanlarını gündeme getirmektedir.

JİNEKOLOJİK CERRAHİ GİRİŞİMLER VE RUH SAĞLIĞI:

Uygulanan cerrahi girişimler (rahmin alınması, yumurtalıkların alınması, memenin alınması, vb) sebep oldukları hormonal değişiklik, cinsel işlevler ve ürogenital işlevlerde yarattığı komplikasyonlar ve bunların görünümüne, ilişkiye etkisiyle, beklenti ve umutlar yanında sembolik anlamı ile, kadınlık kaybına ilişkin algısıyla bağlantılı psikiyatrik komplikasyonlara yol açarlar. Kemoterapi uygulamalarının bazıları yarattığı yan etkilerle bağlantılı olarak fizyolojik depresyona yol açabilir. Görünümdeki değişiklikler benlik algısını, özgüveni, kadınlık algısını ve cinselliği olumsuz etkiler. Hastalığın nüks etme endişesi yanında organ kaybına bağlı çeşitli psikolojik sıkıntılar gelişir. Eşin kadını algısı ve ilişki tarzı, kadının kendini algılaması üzerinde önemli bir etkiye sahiptir.

Ameliyat öncesi kaygı duymadığını ya da yüksek düzeyde kaygılı olduğunu ifade edenlere göre, ameliyat öncesi ha-

fif derecede kaygılı bekleyiş yaşayanlarda ameliyat sonrası uyumun daha kolay olduğu ve daha az psikolojik sorun geliştiği belirtilmiştir. Ameliyat öncesi kaygı tanımlayanlarda, ameliyat sonrası kızgınlık, pişmanlık ve uyum güçlüğü gelişmektedir.

Jinekolojik cerrahi girişimlerle ilgili en önemli bulgu ameliyat öncesi psikiyatrik sorunları olanların ameliyat sonrası psikiyatrik komplikasyonlarının daha fazla olacağı gerçeğidir. Bu insanların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası tedavi boyunca tıbbi tedavi ve bakım yanında psikolojik tedavi ve desteğe ihtiyaçları vardır. Ameliyat öncesi ruhsal değerlendirme, bilgilendirme ve danışmanlık önemli ve yararlıdır. Depresyon öyküsü olanlar, yetişkin yaşta olanlar, kanseri ilerlemiş olanlar ve şiddetli ağrısı olanlarda depresyon en yüksek düzeydedir.

Memenin Alınması (Mastektomi):

Meme kanseri nedeniyle mastektomi uygulanan hastalarda, alttaki hastalıkla, kanser ve cerrahi girişimle ilgili, biyolojik-psikolojik ve sosyal hastalık dinamiklerine göre değişen, memenin kadınlık ve cinsellikle ilgili sembolik anlamından dolayı özgül kaygılara yol açma potansiyelindedir.

Bu psikososyal zorlanmaları şöyle özetleyebiliriz:

- Hastalıkla ilgili ölüm korkusu,
- Geleceğe yönelik belirsizlik endişeleri,
- Hastalığın tekrarlayacağı endişesi,
- Ayrılık kaygısı,
- Kendine yeterliliğini, vücudu üzerindeki denetimini, otonomisini ve temel işlevlerini kaybedeceği endişesi,
- Vücut organ ve bölümlerinin hasar göreceği endişesi,
- Görünümünde değişme ve kötüleşme,
- Sevgi, ilgi ve desteği kaybetme korkusu,
- Kendini eksik hissetme, başkalarına muhtaç olma korkusu,
- Seksüel cazibe ve fonksiyonda azalma endişesi,
- Çocuklarına bakamayacağı endişesi,

- Ağrı, saç dökülmesi gibi acı verici görünümü bozucu durumlarda endişe etme,
- Suçluluk ve cezalandırılma endişeleri.

Bu tür kaygılar ve zorlanmalar yaşayan hastalarda hastalığın değişik evrelerinde (tanı, tedavi, tedavi sonrası nüks, terminal-palyatif dönemler) çeşitli davranışsal ve emosyonel tepkiler gelişir:

Şok, inkar, öfke, kızgınlık, depresyon, yansıtma, patolojik bağımlılık, regresyon, hipokondriyak yönelimler, izolasyon, rasyonalizasyon, agresif direnç gibi.

Mastektomi sonrası psikiyatrik komplikasyon gelişmesi yönünden riskli olan grubun özellikleri:

- Psikiyatrik hastalık öyküsü tanımlayanlar,
- Cerrahi girişim yanında diğer tedavi yöntemleri uygulanlar,
- Eş ve aile ilişkileri bozuk olanlar,
- Perimenopozdaki kadınlar
- Düşük sosyal sınıfta olanlar

En sık kaydedilen bozukluklar ise, anksiyete, depresyon ve cinsel aktivitede güçlükler olarak bildirilmiştir. Bu hastalarda depresyon riski yüksektir özellikle depresyon öyküsü olanlar, ilerlemiş kanseri ve önemli ağrısı olanlarda depresyon riski daha yüksektir. Kuşkusuz ortaya çıkan bu psikiyatrik sorunlar hastanın uyumunu, yaşam kalitesini, tedaviye yanıtını, hastalığın seyrini ve yaşam süresini etkiler. Psikiyatrik sorunlar yaşayan hastalarda ameliyat sonrası komplikasyon gelişmesi daha sık olarak görülmektedir. Bu nedenle hastanın tedavisini bütüncül bir yaklaşımla içerisinde sürdürmek oldukça önemlidir. Cerrahi müdahale öncesinde hastaların psikiyatrik yönden hazırlanmaları oldukça önemlidir. Ameliyat öncesinde hastaya kaygısını arttırmayacak şekilde hastalığının ne olduğu, ameliyatın içeriği ve olası komplikasyonları ve hastanın kendine yardım için ne yapabileceği açıklanmalıdır.

Son yıllarda, mastektomi sonrası plastik ve rekonstrüktif protez uygulaması yaptıran kadınların sayısında artış gözlenmektedir. Meme rekonstrüksiyonunun mastektomi geçiren kadınların psikolojileri üzerine olumlu etkilerini ortaya koyan bir çok çalışma bulunmaktadır. Bu müdahale, ameliyatla birlikte yaşanan kayıp duygusunun giderilmesinde, kadınların psikolojik, sosyal ve cinsel işlevselliklerini arttırmak açısından oldukça önemlidir. Ameliyat sonrası plastik ve rekonstrüktif protez uygulamasının vücut imajı algısını olumlu etkilediği belirtilmiştir. Bu uygulama, bütünlük hissini ve yaşam kalitesini arttırmaktadır.

Bu operasyonun olumlu etkileri şöyle özetlenebilir:

- İnsanlararası ve sosyal etkileşimlerini
- Vücut imajı algısını olumlu etkiler
- Ruh sağlığını destekler
- Kişinin kendine güvenini artırır
- Duygu durumunu, bedeninden memnuniyeti, sosyal işlevlerini artırır.

Rahmin Alınması (Histerektomi):

Kadınlar rahimlerini çocuk yapım organı, cinsel organ, salgı organı, vücut işlev düzenleyicisi, gençlik ve çekicilik organı şeklinde görmektedirler. Histerektominin yapılma sebebi, bireysel ve kültüre özgü faktörler daha sonra verilen tepkilerde belirleyici rol oynamaktadır. Kadının yaşı, doğurganlık durumu, ameliyatı algılama biçimi, ameliyattan beklentiler, destek sistemlerinin varlığı, yakınların, eş ve partnerin tutumları emosyonel tepkileri etkileyen faktörlerdir.

Histerektomi operasyonundan sonra ciddi psikiyatrik bozukluklar ve özellikle depresyon gelişiminin sık olduğu düşünülmese rağmen bu alanda yapılan çalışmalar histerektomiye özgü bir psikiyatrik bozukluk olduğunu göstermemektedir. Histerektomi uygulanan hastaların çoğunda, ameliyat öncesi yıllarda işlevselliklerini etkileyen boyutta

kanamalar ve ağrılı mesntruasyon (adet görme) olduğu ve bu zorlu durumların kaygı ve depresyona neden olduğu belirtilmiştir.

Histerektomiden sonraki ilk haftalarda klinik psikiyatrik sorun pek görülmez, çoğunlukla ameliyat travması geçtikçe ve günlük yaşama uyum dönemi ile birlikte psikolojik sorunlar ortaya çıkar. Psikiyatrik hastalık öyküsü olanlar, ameliyat sonrasında ayrı yaşayan ya da boşanmış olan ve ciddi pelvik patolojisi olmayanlarda depresyon daha fazla bildirilmiştir. Histerektomide organ kaybına ve vücut imajına ilişkin kayıp kaygısı daha fazladır. Genellikle cinsel işlev ve ilişkin bağlantılı düşünceler ve özgüven zedelenmesine bağlı olarak depresif reaksiyon daha siktir.

Histerektomiye ilişkin tutumlar **3 alt grupta incelenir:**

1. Üretkenlik işlevlerin kaybı
2. Menstruasyonun kaybı
3. Cinsel işleve tehdit.

Gereksiz beklentileri olmayan, olumlu evlilik ilişkisi tanımlayan, özgüveni yerinde, iş ve sosyal etkinlikleri olan, çocuk yapmayı tamamlamışlarda uyum daha iyidir. Bu operasyon öncesinde kapsamlı bir psikiyatrik değerlendirme ve operasyon sonrası sağlanacak psikiyatrik ve psikolojik destek hasta için ideal koşulların sağlanabilmesinde en önemli aşamalardır. Hastalığın tıbbi tedavisi ile eş zamanlı olarak hastanın psikolojik tedavisi sürdürülmelidir.

Hastalar kaderci kabulleniş ile inkar etme davranışı arasında gidip gelirler. Bu hastalarda ortaya çıkan depresyon yüzeysel telkin yöntemleri ile ya da "takma kafaya" gibi yaklaşımlarla düzelmezler hatta hastada öfke yaratır. Ailenin sağlayacağı anlayış ve destek ile klinik psikolojik tedavinin birlikte götürülmesi gereklidir. Günümüzde tıp ve psikiyatri ve psikoloji bilimlerindeki gelişmeleri bütünleyen bir anlayışla yeni tedaviler geliştirilmiştir. Bu hastaların psikolojik değerlendirmesi genel psikiyatriden ileridir ve tedavileri artık üst uzmanlaşma alanlarıdır.

MENOPOZ

Menopoz, hormonal değişikliğin belirgin olduğu bir dönemdir. Yumurtalık hormonlarının kaybı bu dönemde ortaya çıkan duygusal problemlerden de sorumlu tutulmuştur. Ancak, tek başına bu durum duygusal ve ruhsal değişikliği açıklamaz. Menopoz aynı zamanda sosyal, duygusal, ailesel değişkenleri içeren bir yaşam dönemidir. Yaşlılık ya da yaşlılık algısı, üretkenlik kaybı, çekiciliğin kaybı endişesi, çocukların yetişmesi ve evden ayrılması bu döneme ilişkin özel psikososyal sorunlardır.

Menopoz döneminde östrojen azlığına bağlı bazı semptomlar şunlardır;

- Gece terlemeleri,
- Uyku düzeninde bozulmalar,
- Yorgunluk,
- Gerginlik sıcak basmaları,
- Çarpıntı,
- Osteropoz

Menopoz döneminde sıklıkla rastlanan psikolojik belirtiler arasında;

- Depresyon,
- İrritabilite,
- Sık duygu değişiklikleri ve
- Kaygı sayılabilir.

Menopoz sonrası depresyonunda, vücuda odaklanma ve kaygı yüksektir. Ayrıca bu dönemdeki kadınlarda aile içi ilişkilerde ve diğer sosyal ilişkilerde zorlanmalar görülebilir.

Menopozda görülen değişimler;

Psikolojik:

- Anksiyete
- Depresif semptomlar
- Huzursuzluk
- Yorgunluk, halsizlik

- Bellek bozuklukları
- Uyku bozuklukları

Psikososyal:

- Emeklilik, çocukların büyüüp evden ayrılmaları
- Yaşlanma, çocuk doğurma yeteneğinin kabına ait düşünceler
- Sosyokültürel tutuma ve evlilik ilişkisine ait etkileşimler

Bu dönemde kadınların bir çoğu sorun ve çatışmalarını menopoza ve östrojen azlığına atfederler. Bu kadınlardaki depresyon ve anksiyete östrojen tedavisine değil antidepresan tedavisine cevap verir. Bu dönemde hormon replasman tedavisi sıklıkla başvurulan bir yöntemdir. Bu tedavi kapsamında dışarıdan östrojen ve progesteron takviyesi yapılır. Östrojen sıcak basması ve uyku bozulmaları gibi vazomotor semptomları tedavi eder ve daha sonraki osteoporoz gelişimi üzerinde engelleyici etkiye sahiptir.

YENİ İLAÇLAR VE ÖNEMİ

Yeni ilaçlar sayesinde birçok hastalık tedavi edilebilmektedir.

Tüm dünyada, üniversite ve ilaç firmalarındaki araştırmacıların ortak amacı; sağlığımız için kullanılan aşı ve ilaçların daha iyi hale getirilmesi ve tedavisi bugün için mümkün olmayan hastalıklar için çözüm bulunmasıdır.

30 yıl önce çocuk felci binlerce çocuğun hayatını etkilerken, bugün neredeyse sona ermiştir.

10 yıl önce AIDS hastalığında kullanılabilecek bir ilaç yok iken, bugün yaşam süresini uzatabilen tedaviler uygulanmaktadır.

Yeni ilaç, araştırma geliştirme çabalarının ve bilgi birikiminin gelişimi ile mümkündür.

Dünyada ortalama insan ömrü son 100 yılda 40'lı yaşlardan 70'li yaşlara ulaşmıştır. Bu ilerlemedeki en önemli nedenlerden biri, ilaç alanındaki araştırma ve geliştirme çalışmaları sonucu ortaya çıkan yeni tedavilerdir.

İlaç alanındaki araştırma ve geliştirme çalışmaları, uzun süreli ve yüksek maliyetlidir. Tek bir molekülün keşfedilerek bir ilaç haline gelmesi ve tıbbın hizmetine sunulmasına kadar yaklaşık 12-15 yıl geçmektedir.

Bu nedenle ilaç aslında bilgi üretimidir. (1)

İlacın değerli ve faydalı olmasını sağlayan, tıbbın hizmetine sunulmasına kadar süren titiz ve kapsamlı araştırmalardır.

(1) Charles M. Caruso, *International Patent Counsel, MSD*



Kadın Hastalıkları ve Doğum Psikiyatrisi

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ

Geçmişten geleceğe....

Tıp eğitimine 1470 yılında başlayan İstanbul Tıp Fakültesi ülkemizin ve tüm dünyanın en köklü yüksek öğretim kuruluşları arasında yer almaktadır.

Fakülte, geçen yüzyıllar boyunca bir yandan Türk Milleti'ne hekimler yetiştirerek sağlık hizmeti üretmiş, öte yandan bilimsel araştırmalarda ülkemizin en önde gelen kurumlarından biri olmuştur.

Cumhuriyet döneminde, her koşulda Atatürk İlke ve Devrimleri'nin yılmaz bir savunucusu olan İstanbul Tıp Fakültesi, siyasal ve sosyal yönlerden de ülkeyi etkileyen çalışmaların içinde yer almıştır.

Fakülte, halen 112.000 m² kampüs alanı içerisindeki 25 ayrı yapıda, yaklaşık 2500 öğrenciye eğitim vermekte ve ülke sağlık ordusuna her yıl ortalama 450 hekim kazandırmaktadır.

Söz konusu hekimlerin yetişmesinde rol alan yaklaşık 500 öğretim üyesi ve yardımcıları, aynı zamanda 1800 yatak kapasiteli hastanede yılda 35.000 yatan hastaya ve 500.000 poliklinik hastasına da hizmet vermektedir.

Bu özellikleri ile dev bir sağlık kuruluşu olan İstanbul Tıp Fakültesi, 1997 yılından bu yana gerçekleştirdiği "Hasta Okulu" programı ile de kamuya yönelik önemli bir sağlık hizmetini yerine getirmenin gururunu yaşamaktadır.



İstanbul Tıp Fakültesi

"eğitimde, bilimde, hizmette"

İstanbul Tıp Fakültesi Hasta Okulları Yayınları

Kadın Hastalıkları ve Doğum Psikiyatrisi

Hazırlayan: Prof. Dr. Sedat Özkan