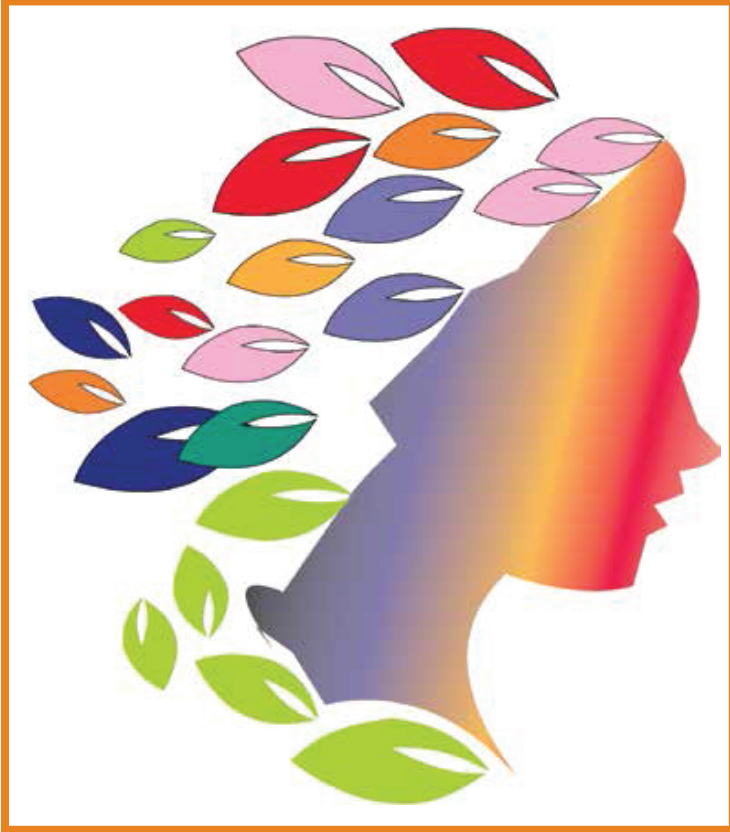


HP

**HUMANİTE
PSİKİYATRİ**

TIP MERKEZİ



KADIN HASTALIKLARI ve DOĞUM PSİKİYATRİSİ

Prof.Dr.Sedat Özkan



KADIN HASTALIKLARI ve DOĞUM PSİKİYATRİSİ

Sağlık, fiziksel ve ruhsal yönleri ile bir bütündür. Sağlığa bedensel, ruhsal ve sosyal yönlerden ayrılmaz bir bütünlük ve etkileşim içerisinde yaklaşılmalıdır. Bedensel durumumuz ruh sağlığımızı, ruh sağlığımız bedensel işlevlerimizi etkiler. Hastalıkların oluşumu çeşitli bedensel, ruhsal, çevresel etkenlerle ilişkilidir. Hastalıkların tanı, tedavi ve izlenmesi bedensel-ruhsal-çevresel bütünlük içinde ele alınmasını gerekli kılar.

Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi (Psikiyatrik Tıp, Psikosomatik Tıp) fiziksel hastalıkların psikiyatrisini temsil eden bir psikiyatri üst disiplini. Liyezon psikiyatrisi fiziksel hastalığı olan ya da cerrahi girişim uygulanan hastalarda görülen ruhsal kriz ve rahatsızlıkların araştırılması, tanısı, tedavisi, izlenmesi ve önlenmesine dönük psikolojik hizmet sunan özelleşmiş bir psikiyatri disiplini. Tıbbi tedavi ve bakım ile psikiyatrik- psikososyal bakımı bütünleştirir.

Kadın ve ruh sağlığı, tıbbi, psikolojik ve sosyolojik değişkenlerin iç içe olduğu ve birbirini doğrudan etkilediği özgün bir alandır. İlk adet (menarş), 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.

Bu kitapçık, kadın hastalıkları ve doğumun psikiyatrik yönlerinin tanınması ve uygun tedavi edilmesine dönük katkı sağlamak amacıyla düzenlenmiştir.

Bilim ve sevgi ile.

PROF. DR. SEDAT ÖZKAN

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı (1979); Öğretim Üyesi ve Başkanı (1987-2021)
Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı Kurucusu ve Başkanı (1989-2011); Öğretim Üyesi (Emekli)
Onkoloji Enstitüsü Psikososyal Onkoloji Bilim Dalı Başkanı (1993-2011); Öğretim Üyesi (Emekli)
2005 Avrupa Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Psikosomatik Tıp Birliği Yönetim Kurulu Üyesi ve Kongre Başkanı
2011 Dünya Psiko-Onkoloji Kongresi Başkanı
Psikososyal Onkoloji Derneği Başkanı
Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Psikosomatik Tıp Derneği Kongreleri Başkanı (1990-2015)
Humanite Psikiyatri Tıp Merkezi Direktörü



Ruh sağlığı genel sağlığımızın ayrılmaz bir parçasıdır. Bedendeki değişiklikler beyni ve ruhu etkiler. Ruhsal durumdaki çatışmalar ve sarsılmalar da bedeni etkiler. Sağlık, yaratıcılık ve mutluluk, beden sağlığını ve bunun da ötesinde ruhsal açıdan sağlıklı olmayı gerektirir. Psikiyatriyi ve psikolojiyi sadece akli hastalıkların tedavisi kapsamı sınırları içinde düşünmeyip tıbbi durumlara psikolojik bakış açısı toplumda yaygınlaşırsa, sosyal sorunların insan psikolojine etkisi yanında toplumsal sorunlara psikolojik açıdan bakabilirsek, yatak odalarından meclis koridorlarına kadar toplumumuzda barış, doyum, mutluluk ve uzlaşma daha kolay sağlanacaktır. Sağlık sisteminde kişiye psikolojik yaklaşım sağlanması artırılacaktır. Toplumsal sorunlara psikolojik yaklaşım toplumsal huzuru ve barışı arttıracaktır.

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 ayrımı 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 birbirini doğrudan etkilediği özgün bir alandır. Kadına, kadın, eş, anne rol ve sorumlulukları yanında birey olarak, "dişiliğinden önce kişiliğine" değer veren bir anlayışı gerektirir. Kadının kişi olarak, eş olarak, anne olarak, çalışan kadın olarak kendi bireysel sağlığı, ailenin uyumu ve mutluluğu için, çocukların sağlıklı yetişmesi ve toplumsal sağlığı 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, eş tanımlıkta ve ifadesinde de farklılıklar ortaya çıkmaktadır. Biyolojik cinsiyet farklılıkları da kadın ve erkek arasındaki psikiyatrik hastalık farklılıklarının bazılarını 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 (menarş), 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 Öncesi Gerginlik Sendromu (Premenstrüel 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. Göğüsste ve karında şişlik, ağrı, en sık fiziksel belirtileri olup, en yaygın psikiyatrik problemler duyu durum değişiklikleri ve sinirliliktir. Daha önceden mevcut olan depresif durum şiddetlenir.

Psikolojik Belirtiler;

- o Sıkıntı, huzursuzluk, gerginlik
- o Bitkinlik
- o Üzüntü



- o Öfke
- o Dikkat azalması
- o Uyku bozukluğu
- o Cinsel arzuda değişiklikler

Davranışsal Belirtiler;

- o Tepkileri denetleme güçlüğü
- o Sosyal geri çekilme
- o İlgi azlığı
- o 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.

Birçok kadın bu döneme özgü bazı yakınmaları "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 iş birliği 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 İlaçları 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.

Hamilelik Döneminde Psikiyatrik 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 değişiklikler 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 duyular, 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 karmaşık hale getirirse, psikiyatrist ile iş birliği gereklidir. Hamile kadınların, hamilelik, doğum, doğum sonrası dönem konusunda bilgilendirilmesi, eşin kadının yanında katılımı, gevşeme egzersizleri ile doğumu kolaylaştırılması gibi uygulamalarla hamile kadının, korku ve kaygısının endişeli bekleyişin azaltılması, kendi durumu üzerinde denetimini sağlayabileceği duygusunun gelişmesi açısından yararlıdır.

Gebelik dönemindeki emosyonel karışıklıkların psikiyatrik bozuklukların gelişimini, ortaya çıkışını artırır artırmadığı 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 artırır.

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

Bu Faktörler;

- o Duygu durum
- o Kadınlığa karşı tutum
- o Eş ve anne ile olan ilişkiler
- o Kültürel tutumlar
- o Anneliğe hazırlanma
- o Önceki ruhsal hastalıklar
- o Önceki çocuğun varlığı ya da yokluğu
- o Önceki kürtaj deneyimleri
- o Yaşam koşulları
- o 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 kadınlara 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 (Aşırı Gebelik Kusmaları) nadiren de olsa ortaya çıkan ve psikiyatrik yardım gerektiren bir durumdur.



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

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

Özellikle;

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

Gebeliğe eşlik edebilecek psikiyatrik bozukluklar arasında en önemlisi Depresyon ve Anksiyete (Kaygı) Bozukluğudur.

Depresif 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 ya da 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 (oturmayı veya yatmayı yeğleme ya da sıkıntıdan yerinde duramama).
- 6 - Hemen her gün halsizlik, yorgunluk hisleri, daha önceki günler kadar enerji hissetmeme.
- 7 - Hemen her gün kendini değersiz hissetme, küçük görme, kendini beğenmeme, suçlu ya da günahkâr hissetme hali.
- 8 - Hemen her gün düşünme ya da konsantrasyon yeteneğinde azalma olması (konuşulanlara, okunan şeylere, dikkatini verememe, söylenilenlerin bir kulaktan girip diğerinden 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 İçin Risk Faktörleri;

- o Genç yaş
- o Yetersiz sosyal destek



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

Majör 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 artırır ve yetersiz doğum öncesi bakım, zayıf beslenme ve intihar girişimlerine götürür. Psikososyal destek, psikoterapi ve bazı psikiyatrik ilaçların kullanımı gereklidir.

Anksiyete (Kaygı) Bozuklukları

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 İştirak Eden Faktörler;

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

Panik Atak, normal fizyolojik olayların felaketleştirilerek algılanmasının sonucu olarak görülür. Gebelikte Panik Bozukluk semptomları bazı kadınlarda iyileşirken, bazılarında da kötüleşmektedir. Obsesif Kompulsif Bozukluk gebelik esnasında kötüleşir. Gebelikte Anksiyete semptomlarının yönetimi nedeniyle Liyezon Psikiyatrisine başvurular yaygındır.

Anksiyete Bozukluğu Belirti ve Bulguları;

- | | |
|---|----------------------|
| - Kalp atım sayısında artış (Taşikardi) | - Çarpıntı |
| - Nefes almakta güçlük | - Boğulma hissi |
| - İçsel huzursuzluk | - Gerginlik, sıkıntı |
| - Uyku bozukluğu | - Cinsel isteksizlik |
| - İştah bozukluğu | - Bulantı |
| - Yorgunluk | - Bayılma hissi |
| - Atipik kaşıntı ve ağrılar | - Ağız kuruluğu |
| - 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 Sonrası Psikiyatrik Bozukluklar

Birçok kadın için doğumu takip eden dönem psikiyatrik bozukluklar açısından riskli bir dönemdir. Yapılan çalışmalar 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 psikososyal 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 İncelenebilir:

- 1-Annelik Hüzünü (Postpartum Blues)
- 2-Doğum Sonrası Depresyonu (Postpartum Depresyon)
- 3-Doğum Sonrası Psikoz (Postpartum Psikoz)

1-Annelik Hüzünü (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, |
| - İritabilite, | - 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 Majör Depresyon gelişebilir.

2- Doğum Sonrası Depresyonu (Postpartum Depresyon)

Doğum sonrası Majör Depresyon, kadınların %12-16'sında görülen, ciddi ve yaşamı tehdit edici bir bozukluktur. Doğum Sonrası Depresyon, doğumdan sonraki ilk 4 hafta içinde oluşan Majör 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.

Diğer Belirtiler Şunlardır;

- | | |
|--------------------------------|---|
| - Uykusuzluk, | - Huzursuzluk, |
| - Yorgunluk, | - Bunaltı, |
| - Baş ağrısı, | - İritabilite, |
| - Yeme alışkanlığında bozulma, | - İçgüdüsel değişiklikler, |
| - Düşünce karışıklığı, | - Aldırmazlık, |
| - Konsantrasyon güçlüğü, | - Annelik rolüne ilişkin aşırı endişeler, |



- Ölüm korkuları,
- Depresif mood,
- Duygusal değişkenlik,
- Karamsarlık,
- Çaresizlik duyguları,
- Sık ağlamalar
- Suçluluk ve yetersizlik duyguları,
- Kaygı,
- İştahsızlık,
- Ümitsizlik,
- Her zamanki aktivitelere ilgi kaybı,

Bebeğin sağlığına yönelik aşırı endişe ya da boş verme gibi belirti ve bulgular birkaç 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, psikososyal çevre, iç, ruhsal gereksinimler ile birlikte ele alınmalıdır. Bu kapsamda; Kadının kendi annesiyle yaşadığı özdeşleşme, yeni bebeği kabullenışı, annelik rolünü benimsemesi, cinselliğe ilişkin değer yargıları, eşinin tutumu gözden geçirilmelidir.

Doğum Sonrası Depresyonun gelişiminde psikolojik ve sosyokültürel faktörler, eşle ilgili doyum-suzluklar ve aile içi çatışmalar, çocuk bakımı ile ilgili sorunlarla baş etme gücü önemli rol oynamaktadır. Hamilelikte ve öncesinde depresyon geçirmiş olmak, ailesel yükünlük 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 artırır. 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 tiroit fonksiyon bozukluğu, kansızlık gibi duygu durum bozuklukların tıbbi nedenleri dışlanmalıdır. Anneden beklentiler, annelik rolü, hamilelik, doğum ve çocuk yetiştirme ile ilgili aile içi ve toplumsal bakış açıları gerçekçi, bilimsel olmalı ve insancılaştırılmalıdır. 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 karşılaşılır. 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 tekrarlaması riski %70'tir. Kendine ve bebeğe zarar verme riski vardır. Psikiyatrik yatış gerektiren bir tablodur. Antipsikotik, antidepresif ve duygu durum düzenleyici ilaçlar kullanılır. EKT hızlı etkili ve hayat kurtarıcı tedavi seçimidir.



Kısırlık: Tanı ve Tedavisinin Psikolojik Etkileri

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 kayıpların 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

A. Duygusal Etkiler

1. Yas ve depresyon
2. Öfke /engellenmişlik (frustrasyon)
3. Suçluluk
4. Şok/inkâr
5. Kaygı (Anksiyete)

B. Kontrolün Kaybı

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

C. İnançlar, Kimlik ve Özgüvendeki Etkiler

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

D. Sosyal Etkiler

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

Kısır çiftler birçok aşamadan geçerler, bunlar inanamama, inkâr, 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 rahatlatma 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 yaparken azaltmayı tercih etmek zorunda kalabilir ve bu durum kişide çelişkili duyguların, öz benlikte yarananmanın, 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 yaşantılarının 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, kızgınlık ve yorgunluk düzeylerinin anlamlı düzeyde azaldığı gösterilmiştir.

Kürtajın Psikolojik Etkileri

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, doğumsal 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.

Jinekolojik Kanserlerin Psikiyatrik 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 Kanselerdir. 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 geçme gibi nedenlerden dolayı Jinekolojik Kanseler 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 (inkâr). İnkâr, katlanılması çok güç ve imkânsız 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 hiddetlenmelere 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 artırır. "Üzüntü reaksiyonu" ile Depresif Sendrom farklı olgulardır.

Kansere Karşı Gösterilen Uyum Mekanizmaları Şöyle Sıralanabilir:

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

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 birçoğunun 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.

Jinekolojik Cerrahi Girişimler ve Ruh Sağlığı

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 değişimler 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 hafif derecede kaygılı bekleyiş yaşayanlarda ameliyat sonrası uyumun daha kolay olduğu ve daha az psikolojik sorun geliştiği belirtilmiştir. Ameliyat öncesi kaygı tanımlamayanlarda, 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, inkâr, 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 uygulananlar,
- 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 yaklaşım 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 birçok 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:

- İnsanlar arası ve sosyal etkileşimlerini etkiler.
- 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 ağırlı menstrüasyon (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 kaygı kaygısı daha fazladır. Genellikle cinsel işleve ilişkin bağlantılı düşünceler ve özgüven zedelenmesine bağlı olarak depresif reaksiyon daha sıktır.

Histerektomiye İlişkin Tutumlar 3 Alt Grupta İncelenir:

- 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 kadere kabullenif ile inkâr etme davranifl arafında gidip gelirler. Bu hastalarda ortaya çikan 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 götürölmesi gereklidir. Günümüzde tıp ve psikiyatri ve psikoloji bilimlerindeki gelişmeleri bütünleyen bir anlayışla yeni tedaviler geliştirilmiştir. Bu hastaların psikolojik değerdendirmesi genel psikiyatriden ileridir ve tedavileri artık üst uzmanlaşma alanlarıdır.

Menopoz

Menopoz, hormonal değışikliğin belirgin olduğu bir dönemdir. Yumurtalık hormonlarının kaybı bu dönemde ortaya çikan duygusal problemlerden de sorumlu tutulmuştur. Ancak, tek başına bu durum duygusal ve ruhsal değışkenliği açıklamaz. Menopoz aynı zamanda sosyal, duygusal, ailesel değışkenleri 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,
- Osteoporoz sayılabilir.

Menopoz Döneminde Sıklıkla Rastlanan Psikolojik Belirtiler Arasında;

- Depresyon,
- İrritabilite,
- Sık duygu değışiklikleri,
- Kaygı sayılabilir.

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

Menopozda Görölren Değışimler

Psikolojik:

- Anksiyete
- Depresif semptomlar
- Huzursuzluk
- Yorgunluk, halsizlik
- Bellek bozuklukları
- Uyku bozuklukları

Psikososyal:

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

Bu dönemde kadınların birçok sorunu ve çatışmalarını Menopoz ve Östrojen azlığına atfederler. Bu kadınlardaki depresyon ve anksiyete östrojen tedavisine değil antidepressan tedavisine cevap verir. Bu dönemde hormon replasman tedavisi sıklıkla başvuru olan 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.



PROF.DR.SEDAT ÖZKAN

Sedat Özkan Konya, Taşkent'te doğmuştur. İstanbul Amerikan Robert Kolej'de 1973 yılında lise öğrenimini tamamlamıştır. Robert Kolej Bilim Büyük Ödülü ve TÜBİTAK Proje Ödülü sahibidir.

1979 yılında İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun olmuş, 1984 yılında İstanbul Tıp Fakültesi'nde Psikiyatri uzmanı olmuştur.

1984–1986 yılları arasında Adana'da zorunlu devlet hizmetini yapmış, bu sürede servis sorumluluğu yanı sıra seminerler ve eğitimler düzenlemiştir.

1986 yılında İstanbul Tıp Fakültesine dönmüş ve doçent olmuştur.

1988–1989 yılları arasında GATA Haydarpaşa'da askerlik hizmeti yapmıştır. Bu dönemde çeşitli araştırmalar yapmış ve sempozyumlar düzenlemiştir.

Özkan, 1993 yılında profesör unvanını almasının ardından 1995–1998 yıllarında Psikiyatri Anabilim Dalı ve Psikiyatri Vakfı başkanlığı yapmıştır. Psikiyatri yataklı servis uygulamalarını koğuş anlayışından çıkararak belirli hastalık ve hasta gruplarına özelleştirmiş, daha hümanist uzmanlaşmayı ve sürekli gelişmeyi sağlamaya açık bir sistem geliştirmiştir.

Prof. Dr. Sedat Özkan, tıp ve uzmanlık eğitimi ve öğretim üyeliği süresince şu yurt dışı kuruluşlarda eğitim almış ve çalışmıştır:

- Christ's College- Cambridge, England
- University Dept. of Psychiatry, Guys Hospital, London England
- St. Olave's Hospital, London, England
- Bexley Mental Health Hospital, Kent, England
- University of Oslo, Norway
- St. James University Hospital, Leeds, England
- University of Manchester, Psikiyatri Eğitimi, England
- University of Pennsylvania, Philadelphia, USA-
- Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Kognitif Terapi Eğitimi

İstanbul Tıp Fakültesi'nde "Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı'nın" kurucusu olan Özkan yine ülkemizde ilk ve tek olan Onkoloji Enstitüsü bünyesinde "Psiko-Onkoloji Bilim Dalı" başkanlığını ve enstitü bünyesinde yüksek lisans eğitimi sorumluluğunu da yürütmüştür.

Ülkemizde gün geçtikçe yaygınlaşan ve yerleşiklik kazanan bu önemli disiplinlerin önderliğini yapan Prof. Dr. Sedat Özkan, 1990 yılından bu yana ulusal konsültasyon liyezon psikiyatrisi ve psikosomatik tıp bilimsel aktivitelerini (sempoyum, kongre, mezuniyet sonrası eğitim, kurs vb...) yürütmektedir. Uluslararası bilim toplantılarında 100'ün üzerinde tebliğ sunmuştur. Dört kitabı vardır. 1993 yılında yayınladığı "Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi" kitabı dünyada ilklere aittir. 180'in üzerinde araştırması, psikiyatri ve psikosomatik tıp alanında 27 kitapçığı vardır.



Öncülüğünü yaptığı bu alandaki yüzlerce çalışmaları, araştırmaları, yayınları ve girişimleri sonucu 2005 yılında 8. Avrupa Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Psikosomatik Kongresinin (EACLP) ve 2011 yılında 13. Dünya Psikoönkoloji Kongresinin (IPOS) başkanlığını yaparak bu kongrelerin ülkemizde gerçekleşmesini sağlamıştır. 5 yıl için Avrupa KLPP yönetim kurulu üyeliğinde bulunmuş ve bu alanlara öncülük etmiştir. Avrupa ve Dünya Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Psikoönkoloji Bilim Topluluğu'nda ülkemizi temsil etmektedir. Prof. Dr. Sedat Özkan, alanında liderlik yapmış, ülkemiz tıp ve biliminin evrensel standartlara ulaştırılması ve toplumda ruh sağlığı bilincinin gelişmesi konusunda dikkat çekici, çarpıcı ve yaratıcı çalışmalara imza atarak, bilimsel hayatımıza ve düşünce dünyamıza yeni ufuklar kazandırmıştır. Hekimler, hastalar, aileler ve topluma dönük düzenlediği toplantılarda psikiyatridi geleneksel anlamından öte çağdaş, evrensel standartlara yükseltmeyi, hastalıklara ve yaşama psikolojik bakış açısını geliştirmeyi hedeflemiştir. İstanbul Üniversitesi bünyesinde Hasta Okulu programının psikiyatri alanının sorumluluğunu yıllarca sürdürmüştür.

Psikiyatrinin toplumun hizmetine sunulmasını ve toplumsal sorunların, bilimsel, humanistik ve çağdaş yöntemlerle çözümlenmesine yönelik olarak kullanılması doğrultusunda projeler yürütmüştür. Ayrıca, görsel ve yazılı basında topluma dönük aydınlatıcı yüzlerce konuşma, sunu ve danışmanlığı olmuştur. Köken Tıbbi Kongresi'nin Kurucu Yönetim Kurulu (KYK) üyesidir.

Prof. Dr. Sedat Özkan Türkiye'de iki yeni bilim dalı kurmuş bir öğretim üyesidir. Türkiye'de Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Psikoönkoloji'nin kurucusu, lideri ve yürütücüsüdür. Alanında ilk olan kitapları, yüzlerce çalışması, yayınları, eğitimleri, ulusal kongre başkanlıkları, aldığı ödülleri, uluslararası temsilcilikler, üniversite için ulusal düzeyde çalışmaları ile öncü bilim adamıdır. Binlerce öğrenci, yüzlerce uzman ve öğretim üyesi yetiştirmiştir. Ulusal düzeyde görsel ve yazılı basında programları ile düşünce dünyası ve yaşam biçiminin çağdaşlaştırılması ve Türkiye'nin batı standartlarına ulaşması doğrultusunda seçkin çalışmalar yapmıştır.

Çalışmaları, ilkeleri, araştırmaları, yayınları, değerleri, sorumlulukları, başkanlıkları, uluslararası temsilcilikler ile hizmetlerini İstanbul Üniversitesi'nde, çeşitli hastanelerde ve kurduğu Humanite Tıp Merkezi'nde sürdürmektedir. Humanite Tıp Merkezi, on yıllara dayanan mesleki ve bilimsel birikimi bireyin, ailenin, toplumun sağlığına sunmayı amaçlamaktadır. Bu merkez, ülkemiz psikiyatrisinde "Gün İçi Yatış" modelini sunmaktadır.

Gün İçi Yatış modeli; Psikiyatri-Dahiliye-Nöroloji ve Psikoloji disiplinlerini bütünleştirir ve geleneksel psikiyatrik yatışa bir seçenek sunar. Bu hızlı ve yoğun program, psikiyatri hastanesine yatış gereksinimini azaltır. Özkan, evrensel, bilimsel ilkeler, ahlaki ve insani ilkeleri tavizsiz benimsemiş, adanmışlık ruhu ile mesleğini yürüten, emek, aşk ve bilimi bütünleştiren anlayışla çalışmakta ve yaşamaktadır.

Prof. Dr. Özkan evli ve 4 çocuk babasıdır. Eşi Prof. Dr. Mine Özkan hem hayat arkadaşı, hem meslektaşı olup, İstanbul Tıp Fakültesi Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı ve Onkoloji Enstitüsü Psikososyal Onkoloji Bilim Dalı ve Psikiyatri Anabilim Dalı başkanıdır.

Prof. Dr. Özkan; ülkemizin, üç kıtaya yayılmış kültür coğrafyamızın ve binlerce yıllık köklü uygarlık birikimlerimiz ve değerlerini, çağdaş uygarlık ve insanlık ile sentez etmektedir. Uygarlık birikim ve değerlerimizi insanlığa sunarken, insan uygarlığının çağdaş birikimlerini kültürümüz ile yeni bir sentezi amaçlamaktadır.



Psikiyatri ve psikolojide

yepyeni bir uygulama başlattık.

Beden-Beyin-Ruh Sağlığı Merkezi

GÜN İÇİ YATIŞ

Hastaneye yatış gereksinimini azaltan bu model ile

günlük yoğun gözlem, gününbirlik gözlem

ve tedavi imkanı sunuyoruz.

ÖZEL HP HUMANİTE PSİKİYATRİ TIP MERKEZİ

Beden-Beyin-Ruh Sağlığı Merkezi

GÜN İÇİ YATIŞ

Esentepe Gazeteciler Sitesi Matbuat Sokak No.25 Esentepe-Şişli - İstanbul
0212 274 78 78

www.humanitepsikiyatri.com

BİLİMSEL ADRES



Humanite Psikiyatri

www.humanitepsikiyatri.com

ÖZEL HP HUMANİTE PSİKİYATRİ TIP MERKEZİ

**Psikiyatri, Çocuk Psikiyatrisi, Psikoloji,
Dahiliye, Nöroloji, Çocuk Sağlığı**

Beden-Beyin-Ruh Sağlığı Merkezi
GÜN İÇİ YATIŞ

AKADEMİK KADROMUZUN SUNDUĞU ÜST UZMANLIK HİZMETLERİMİZ

Psikoterapi Birimi (Medikal Psikoterapi Aile ve İlişki Terapisi Bilişsel Davranışçı Terapi Grup Terapileri)	Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi (Psikocerrahi, Nöropsikiyatri, Psikokardiyoji, Kadın Doğum Psikiyatrisi, Dahili Tıpta Psikiyatri)	Psikosomatik Tıp (Stres, Ruhsal Kökenli Bedensel Hastalıklar, Ağrı Bozuklukları)
Dahiliye & Biyokimya Laboratuvarı	Klinik Psikiyatri (Duygudurum, Kaygı, OKB, Psikotik Boz. Depresyon)	Nörolojik ve Psikolojik Değerlendirme
Gün İçi Gözlem ve Günübirlik Yatış Servisi	Kanser Psikiyatrisi	Mezuniyet Sonrası Eğitimler-Kurs-Süpervizyon
Alkol, Madde, İnternet Bağımlılığı Bağımlılık Danışmanlığı	Rehabilitasyon ve Uğraş Terapisi	Psikoyaşam Eğitim Seminerleri
Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi	Acil Psikiyatri	EEG
Ruhsal Travma Birimi	TMS	Yaşlılık Psikiyatrisi
Cinsel İşlev Bozukluğu	EMDR	Psikodiyet



KLİNİK HATTI
0212 274 78 78

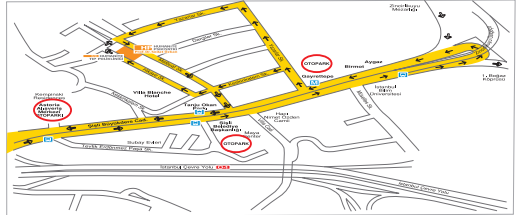


**GENEL
KOORDİNATÖR**
0532 734 68 06



**UZMAN DOKTOR
DANIŞMA HATTI**
0544 542 43 69

Esentepe Mh. Gazeteciler Sitesi Matbuat Sokak No:25
Esentepe – Şişli – İstanbul Telefon: 0212 274 78 78



Prof.Dr.Sedat Özkan