



**KADIN RUH SAĞLIĞINDA
RİSKLER, TRAVMA
VE BÜTÜNCÜL
YAKLAŞIMLAR**

**AYŞE ÇUVADAR, EDANUR GÜNDOĞAN, ESRA ŞEKERCİ,
NEBİYE GÜL ŞENEL, YETER ÇUVADAR BAŞ**

 **SERÜVEN
YAVİNEVİ**

Genel Yayın Yönetmeni / Editor in Chief • C. Cansın Selin Temana

Kapak & İç Tasarım / Cover & Interior Design • Serüven Yayınevi

Birinci Basım / First Edition • © Haziran 2026

ISBN • 978-625-8810-08-0

© copyright

Bu kitabın yayın hakkı Serüven Yayınevi'ne aittir.

Kaynak gösterilmeden alıntı yapılamaz, izin almadan hiçbir yolla çoğaltılamaz. The right to publish this book belongs to Serüven Publishing. Citation can not be shown without the source, reproduced in any way without permission.

Serüven Yayınevi / Serüven Publishing

Türkiye Adres / Turkey Address: Kızılay Mah. Fevzi Çakmak 1. Sokak

Ümit Apt No: 22/A Çankaya/ANKARA

Telefon / Phone: 05437675765

web: www.seruvenyayinevi.com

e-mail: seruvenyayinevi@gmail.com

Baskı & Cilt / Printing & Volume

Sertifika / Certificate No: 47083

KADIN RUH SAĞLIĞINDA RİSKLER, TRAVMA VE BÜTÜNCÜL YAKLAŞIMLAR

AYŞE ÇUVADAR¹, EDANUR GÜNDOĞAN², ESRA ŞEKERCİ³,
NEBİYE GÜL ŞENEL⁴, YETER ÇUVADAR BAŞ⁵

1 Doç. Dr., Karabük Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik
Mail: aysecuvadard@karabuk.edu.tr

Orcid: 0000-0002-7917-0576

2 Yl. Öğr., Karabük Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik
Mail: edanurgnn78@gmail.com

Orcid: 0009-0007-8382-7108

3 Yl. Öğr., Karabük Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik
Mail: esraaskrc@gmail.com

Orcid: 0009-0007-3440-2795

4 Yl. Öğr., Karabük Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik
Mail: nebiyegulb@gmail.com

Orcid: 0009-0001-2998-9989

5 Öğr. Gör., Gedik Üniversitesi, Gedik Yüksek Okulu
Mail: yetercuvadard1@outlook.com

Orcid: 0000-0001-9020-1655

İÇİNDEKİLER

BÖLÜM 1

DOĞUM TRAVMASI: KLİNİK YANSIMALARI VE TRAVMA
DUYARLIBAKIM YAKLAŞIMLARI.....9

BÖLÜM 2

DOĞUM SONRASIDÖNEMDE KADIN RUH SAĞLIĞI.....31

BÖLÜM 3

POSTPARTUM DEPRESYONVE KANITA DAYALI
YAKLAŞIMLAR51

BÖLÜM 4

PERİMENOPAZDA KADIN RUH SAĞLIĞI65

ÖNSÖZ

Kadın ruh sağlığı, yaşamın her döneminde biyolojik, psikolojik ve sosyal etmenlerin karşılıklı etkileşimiyle şekillenen çok boyutlu bir yapıya sahiptir. Gebelik, doğum, doğum sonrası dönem ve menopoz geçişi gibi kadın yaşam döngüsünün önemli evreleri; hormonal değişimlerin, sosyal rollerin, fiziksel dönüşümlerin ve psikolojik uyum süreçlerinin yoğun biçimde yaşandığı hassas dönemler arasında yer almaktadır. Bu süreçlerde ortaya çıkan ruhsal değişimler yalnızca kadınların bireysel iyilik halini değil, aynı zamanda aile ilişkilerini, anne-bebek etkileşimini, toplumsal yaşamı ve genel halk sağlığını da doğrudan etkilemektedir.

Son yıllarda kadın ruh sağlığına ilişkin farkındalığın artmasına rağmen; doğum travması, postpartum depresyon, anksiyete, travma sonrası stres belirtileri ve perimenopozal dönemde yaşanan psikolojik sorunlar hâlen önemli ölçüde göz ardı edilebilmekte ya da normal yaşam süreçlerinin bir parçası olarak değerlendirilebilmektedir. Özellikle damgalanma korkusu, yetersiz sosyal destek, sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan güçlükler ve ruh sağlığına yönelik bilgi eksiklikleri, kadınların profesyonel yardım alma süreçlerini olumsuz etkileyebilmektedir. Bu nedenle kadın ruh sağlığının yalnızca hastalık odaklı değil; koruyucu, önleyici, güçlendirici ve bütüncül bir yaklaşımla ele alınması büyük önem taşımaktadır.

Bu kitapta; doğum travmasının klinik yansımaları ve travma duyarlı bakım yaklaşımları, doğum sonrası dönemde kadın ruh sağlığı, postpartum depresyon ve kanıta dayalı müdahaleler ile perimenopozal dönemde ruh sağlığı gibi kadın yaşam döngüsünün kritik başlıkları güncel literatür doğrultusunda ele alınmıştır.

Kadın ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesinde ebe, hemşire, psikolog, psikiyatrist, sosyal hizmet uzmanı ve diğer sağlık profesyonellerinin iş birliği içerisinde çalışması büyük önem taşımaktadır. Özellikle kadınlarla en yakın iletişim halinde bulunan ebelerin ve hemşirelerin; erken tanılama, psikososyal destek sağlama, danışmanlık verme ve uygun yönlendirme yapma konusundaki rolleri giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Bu doğrultuda kitabın; sağlık bilimleri alanında eğitim gören öğrencilere, akademisyenlere, ebe ve hemşirelere, ruh sağlığı profesyonellerine ve kadın sağlığı alanında çalışan tüm sağlık profesyonellerine bilimsel ve klinik açıdan katkı sağlaması hedeflenmiştir.

Kadın ruh sağlığının görünür kılınmasına katkı sağlayan tüm araştırmacılara, sağlık profesyonellerine ve bu alanda emek veren bilim insanlarına teşekkür eder; bu kitabın kadınların yaşam kalitesinin artırılmasına ve ruh sağlığının güçlendirilmesine katkı sunmasını dileriz.



DOĞUM TRAVMASI:

KLİNİK YANSIMALARI VE TRAVMA DUYARLI

BAKIM YAKLAŞIMLARI

Doğum, bir kadının yaşamındaki en önemli, varoluşsal ve dönüştürücü deneyimlerden biridir (Leinweber vd., 2022; O'Donoghue vd., 2025). Bu süreç sadece biyolojik bir eylem olmamakla birlikte; fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörlerin iç içe geçtiği derin ve karmaşık bir biyopsikososyal yapıdan oluşmaktadır (Horsch vd., 2024; Sun vd., 2023). Doğumun fizyolojik akışı doğal stres hormonlarını içerse de sürece dahil olan olumsuz olaylar bu dengeyi bozarak süreci travmatik bir deneyime dönüştürebilmektedir (Horsch vd., 2024).

Travma, genel anlamda bireyin fiziksel veya psikolojik bütünlüğüne yönelik ciddi bir tehdit içeren, aniden gelişen ve kişinin savunma mekanizmalarını zayıflatan sarsıcı olaylara verilen duygusal bir tepkiden oluşmaktadır (Aydın & Aktaş, 2021; Guzzon vd., 2024). Doğum sürecinde travması ise anne ve yenidoğanda meydana gelen hem fiziksel yaralanmaları (perineal yırtıklar, kanamalar vb.) hem de doğum yapan bireyin yaşadığı psikolojik yıkımı tanımlamaktadır (Fugate vd., 2025). Literatürde doğum travmasının en ayırt edici özelliği öznelidir. Yani sağlık profesyonelleri tarafından “rutin ve normal” olarak değerlendirilen bir doğum, kadın tarafından yoğun korku, çaresizlik ve kontrol kaybı içeren travmatik bir olay olarak algılanabilir (Horsch vd., 2024; Isobel vd., 2024; Jomeen vd., 2025; Leinweber vd., 2022; Sun vd., 2023). Profesör Beck’in ifadesiyle doğum deneyimi, kadının hayatında bir ‘dalgalanma etkisi’ (ripple effect) başlatmaktadır (Sun vd., 2023).

Kadınların yaşadığı doğum deneyimleri fiziksel ve psikolojik düzeyde etkilenmektedir (Fugate vd., 2025). Fiziksel düzeyde kronik ağrı, cinsel işlev bozukluğu ve inkontinans gibi uzun vadeli komplikasyonlar görülebilmektedir (Fugate vd., 2025; Jomeen vd., 2025; Sun vd., 2023). Psikolojik düzeyde ise doğum sonrası depresyon, anksiyete ve doğumla ilişkili Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) gelişebilmektedir (Fugate vd., 2025; Jomeen vd., 2025; Sun vd., 2023). Söz konusu durumlar kadının öz saygısını sarsmanın yanı sıra eşler arası ilişkilerde gerginliğe yol açabilmektedir (Dekel vd., 2024; El Founti Khsim vd., 2022; Sun vd., 2023). Anne-bebek bağının kurulması ve emzirme süreci üzerinde engelleyici bir rol oynayabilmektedir. (Dekel vd., 2024; El Founti Khsim vd., 2022; Fugate vd., 2025; Sun vd., 2023). Ayrıca, travmatik bir deneyim kadının gelecekteki üreme kararlarını etkileyerek tekrar gebe kalma korkusuna (tokofobi) veya zorunlu sezaryen tercihlerine neden olabilmektedir (Horsch vd., 2024; Jomeen vd., 2025; Sun vd., 2023).

Doğum travması, hem klinik hem de toplumsal açıdan kritik bir seviyeye ulaşmaktadır (Donegan vd., 2025; Horsch vd., 2024). Dünya genelinde her yıl gerçekleşen yaklaşık 140 milyon doğumun üçte biri anneler tarafından travmatik olarak tanımlanmaktadır (Donegan vd., 2025; Horsch vd., 2024; Teil vd., 2025). Klinik olarak, bu durumun yeterince teşhis edilememesi ve taranmaması, annelerin “sessizce” acı çekmesine ve ruh sağlığı sorunlarının kronikleşmesine yol açmaktadır (O'Donoghue vd., 2025; Sun vd., 2023). Top-

lumsal ve ekonomik açıdan ise, tedavi edilmeyen perinatal ruh sağlığı sorunları sadece yüksek sağlık maliyetlerine (örneğin İngiltere’de yıllık 8,1 milyar sterlin) neden olmakla kalmamakta, aynı zamanda travmanın kuşaklar arası aktarımı yoluyla çocukların nörogelişimsel ve duygusal gelişimini de risk altına sokmaktadır (Horsch vd., 2024; Jomeen vd., 2025). Bu nedenle, doğum travmasının önlenmesi ve yönetimi, kadın hakları ve toplum sağlığı açısından küresel bir öncelik tanınmalıdır (Donegan vd., 2025; Horsch vd., 2024).

Travma ve Doğum Travması Kavramı

Psikolojik travma, bireyin veya sevdiklerinin fiziksel, duygusal veya psikolojik refahına yönelik ciddi bir tehdit içeren, aniden gelişen ve kişinin savunma mekanizmalarını zayıflatan sarsıcı olaylara verilen duygusal bir tepkidir (Aydın & Aktaş, 2021; Guzzon vd., 2024). Travma, bireyde yoğun bir kontrol kaybı, dehşet ve çaresizlik hissi yaratır ve büyük bir felaket olması gerekmeden de stres tepkisi riskini artırabilir (Aydın & Aktaş, 2021; Guzzon vd., 2024).

Doğum travması, bir kadının doğum süreciyle doğrudan ilişkili olan etkileşimler veya olaylar sonucu yaşadığı, ezici derecede rahatsız edici duygu ve tepkilere yol açan deneyimdir (Horsch vd., 2024; Leinweber vd., 2022). Bu durum, annenin sağlığı ve refahı üzerinde kısa veya uzun vadeli olumsuz etkilere neden olan kalıcı bir psikolojik sıkıntı olarak tanımlanabilmektedir (Horsch vd., 2024; Leinweber vd., 2022). Fiziksel ve psikolojik doğum travması arasında önemli bir ayrım bulunmaktadır. Fiziksel doğum travması, doğum sırasında anne (perineal yırtıklar, pelvik taban hasarı, kanama) veya yenidoğanda (kafatası kırıkları, brakial pleksus yaralanmaları, kanamalar) meydana gelen doku ve organ hasarlarını tanımlanmaktadır (Fugate vd., 2025; Sun vd., 2023). Psikolojik doğum travması, fiziksel bir yaralanma olsun ya da olmasın, doğumun kadında derin bir duygusal sıkıntıya ve psikolojik bozulmaya yol açmasını ifade etmektedir (Camilleri & Nelson, 2025; Horsch vd., 2024; Sun vd., 2023). Psikolojik travma genellikle doğum sonrası depresyon, anksiyete ve doğumla ilişkili TSSB ile sonuçlanabilmektedir (Dekel vd., 2024; Fugate vd., 2025).

Güncel anlayışta doğum travmasının en belirleyici özelliği, algılanan travma yani subjektif deneyim vurgusudur. Literatür, doğum travmasının “bakış açısına bağlı” (in the eye of the beholder) olduğunu savunmaktadır (Jomeen vd., 2025; Leinweber vd., 2022). Sağlık profesyonelleri tarafından tıbbi olarak “rutin ve normal” olarak değerlendirilen bir doğum, kadın tarafından travmatik bir olay olarak algılanabilmektedir (Jomeen vd., 2025; Sun vd., 2023). Tersine, objektif olarak büyük komplikasyonlar yaşayan her kadın süreci travmatik olarak deneyimlemeyebilmektedir (Sun vd., 2023). Bu nedenle, psikolojik doğum travması doğumun nesnel gerçeklerinden ziyade, kadının öznel hislerine ve bakım verenlerle olan etkileşiminin kalitesine odaklanmaktadır (Leinweber vd., 2022; Sun vd., 2023).

Epidemiyoloji

Dünya genelinde her yıl gerçekleşen yaklaşık 140 milyon doğumun üçte birinin anneler tarafından psikolojik olarak travmatik bir deneyim olarak algılandığı tahmin edilmektedir (Donegan vd., 2025; Horsch vd., 2024; Teil vd., 2025). Bu deneyimlerin bir sonucu olarak, tüm doğum sonrası kadınların yaklaşık %3 ile %6'sı doğumla ilişkili TSSB tanısı almaktadır (Dekel vd., 2024; Horsch vd., 2024; Teil vd., 2025). Klinik tanı kriterlerini tam olarak karşılamayan ancak subklinik düzeyde travma belirtileri gösteren kadınların oranı ise daha yüksek seyretmektedir (Horsch vd., 2024; Jomeen vd., 2025). Bu oran yaklaşık %12-13 oranında seyretmektedir (Horsch vd., 2024; Jomeen vd., 2025). Doğumda bulunan eşlerin veya babaların da bu süreçten etkilendiği ve yaklaşık %1 ile %1,2'sinin doğumla ilişkili TSSB geliştirdiği bildirilmektedir (El Founti Khsim vd., 2022; Horsch vd., 2024).

Küresel ölçekte yapılan araştırmalar, düşük ve orta gelirli ülkelerde prevalans oranlarının yüksek gelirli ülkelere kıyasla daha fazla olabildiğine işaret etmektedir (Horsch vd., 2024). Örneğin, İran'da doğum sonrası TSSB oranı %29 gibi yüksek bir seviyede rapor edilmiştir (Horsch vd., 2024). Türkiye verilerine bakıldığında, doğum yapan kadınlar arasında TSSB yaygınlığı bir çalışmada %12 olarak saptanmıştır (Horsch vd., 2024). Literatürdeki farklı çalışmalar incelendiğinde, Türkiye'deki kadınların doğum deneyimlerini travmatik olarak algılama oranlarının %20 ile %68,6 gibi geniş bir yelpazede değiştiği görülmektedir (Sun vd., 2023).

Risk Faktörleri

Doğum travması ve ilişkili psikolojik bozukluklar açısından belirli gruplar daha yüksek risk altındadır (El Founti Khsim vd., 2022; Horsch vd., 2024). Obstetrik komplikasyon öyküsü olan kadınlarda risk önemli ölçüde artış göstermektedir (El Founti Khsim vd., 2022; Horsch vd., 2024). Özellikle acil sezaryen, vakum veya forseps gibi müdahaleli doğumlar, preeklampsi, ciddi perinatal yırtıklar ve aşırı kanama gibi durumlar bu risk artışının temel belirleyicileridir (El Founti Khsim vd., 2022; Horsch vd., 2024). Komplike doğum yapan yüksek riskli gruplarda TSSB prevalansı %15,7 ile %41,2'ye çıkabilmektedir (Dekel vd., 2024; Jomeen vd., 2025; O'Donoghue vd., 2025; Teil vd., 2025). Bebekle ilgili olumsuz çıktılar, annelerin psikolojik açıdan en kırılgan grupta yer almasına neden olmaktadır (El Founti Khsim vd., 2022; Horsch vd., 2024; Jomeen vd., 2025; Peng vd., 2024). Bu kapsamda prematüre doğum, bebeğin yenidoğan yoğun bakım ünitesinde (NICU) tedavi görmesi, ölü doğum veya yenidoğan kaybı gibi durumlar, maternal ruh sağlığı açısından en yüksek risk faktörlerini oluşturmaktadır (El Founti Khsim vd., 2022; Horsch vd., 2024; Jomeen vd., 2025; Peng vd., 2024). Psikolojik hassasiyeti bulunan kadınlarda doğumun travmatik bir deneyim olarak algılanma riski anlamlı derecede yüksektir. Özellikle gebelik döneminde görülen depresyon,

anksiyete veya şiddetli doğum korkusuna (tokofobi) ek olarak; geçmişinde travma veya cinsel istismar öyküsü bulunan bireyler, bu açıdan en yüksek risk grubunu oluşturmaktadır (El Founti Khsim vd., 2022; Horsch vd., 2024; Jomeen vd., 2025; Laifer vd., 2023; Leinweber vd., 2022). Yetersiz sosyal destek ve düşük gelir düzeyi gibi sosyo-ekonomik kısıtlılıkların yanı sıra, bekar ebeveynlik ve etnik azınlık statüsü, kadınların doğum sürecinde ve sonrasında yaşadıkları travmatik deneyim riskini artıran belirleyici unsurlarından oluşmaktadır (Horsch vd., 2024; Laifer vd., 2023). Ayrıca, doğum sırasında sağlık çalışanları ile yaşanan olumsuz etkileşimler, kontrol kaybı hissi ve obstetrik şiddete maruz kalmak travma gelişiminde kritik belirleyicilerdir (El Founti Khsim vd., 2022; Horsch vd., 2024; Jomeen vd., 2025; Leinweber vd., 2022).

Doğum travması ve buna bağlı gelişen TSSB, karmaşık bir yatkınlık-stres modeli çerçevesinde ele alınmaktadır (Horsch vd., 2024). Kadınların doğumu travmatik olarak algılamasına yol açan faktörler; doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrası olarak üç ana evrede incelenir (Horsch vd., 2024; Leinweber vd., 2022).

1. Doğum Öncesi Riskler

Annenin kişisel geçmişi ve psikolojik durumu, doğum deneyimini nasıl anlamlandıracağını belirleyen en önemli unsurlardan biridir. Annenin önceden travma öyküsünün varlığı anksiyete ve depresyon bizim için risk faktörleridir (El Founti Khsim vd., 2022; Fugate vd., 2025; Horsch vd., 2024; Laifer vd., 2023). Geçmişinde cinsel istismar, çocukluk çağı kötü muamelesi veya başka travmatik olaylar yaşamış olan kadınların, doğumu travmatik olarak algılama ve doğum sonrası TSSB gelişme riski çok daha yüksektir (El Founti Khsim vd., 2022; Fugate vd., 2025; Horsch vd., 2024; Laifer vd., 2023). Özellikle doğum sırasındaki yakın temas ve vajinal muayeneler, geçmişteki travmatik anıları tetikleyerek “yeniden travmatizasyona” neden olabilmektedir (Horsch vd., 2024; Laifer vd., 2023; Leinweber vd., 2022; Sun vd., 2023). Gebelik döneminde yaşanan depresyon ve yüksek anksiyete, doğum sonrası psikolojik travmanın en güçlü öngörücülerinden biridir (El Founti Khsim vd., 2022; Horsch vd., 2024; Laifer vd., 2023; Leinweber vd., 2022). Bu durum, annenin strese karşı olan savunma mekanizmalarını zayıflatarak süreci daha zorlu deneyimlemesine yol açmaktadır (El Founti Khsim vd., 2022; Laifer vd., 2023). Şiddetli doğum korkusu, kadının doğum sürecine yönelik olumsuz beklentiler geliştirmesine ve bu beklentilerin gerçeklikle çatışması sonucu (doğum uyumsuzluğu) derin bir sıkıntı yaşamasına neden olabilmektedir (El Founti Khsim vd., 2022; Horsch vd., 2024; Jomeen vd., 2025; Leinweber vd., 2022; MacMillan vd., 2026).

2. Doğuma Sırasındaki Riskler

Doğum sürecinde gelişen acil sezaryen, uzamış eylem ve müdahaleli doğumlar (Vakum, Forseps), travmatik doğum deneyimi açısından kritik

risk faktörleri arasında yer almaktadır (El Founti Khsim vd., 2022; Fugate vd., 2025; Leinweber vd., 2022). Planlanmamış ve acil müdahale gerektiren sezaryen doğumlar, annenin veya bebeğin hayatına yönelik algılanan bir tehdit içermesi nedeniyle travma riskini önemli ölçüde artırmaktadır (El Founti Khsim vd., 2022; Fugate vd., 2025; Leinweber vd., 2022). Acil sezaryen sonrası TSSB oranlarının planlı sezaryenlere göre çok daha yüksek olduğu bilinmektedir (El Founti Khsim vd., 2022). Doğum sürecinin beklenenden çok daha uzun sürmesi, annenin dayanılmaz bir ağrı ve tükenmişlik hissetmesine, bu da kontrol kaybı duygusunun pekişmesine neden olabilmektedir (Aydın & Aktaş, 2021; Fugate vd., 2025; Sun vd., 2023). Vakum veya forseps kullanımı gibi operatif vajinal doğumlar, hem fiziksel yaralanma (ciddi yırtıklar) riskini artırır hem de müdahale sırasında annenin kendini pasif bir nesne gibi hissetmesine yol açarak psikolojik hasara zemin hazırlayabilir (El Founti Khsim vd., 2022; Fugate vd., 2025; Horsch vd., 2024; Leinweber vd., 2022).

3. Doğum Sonrası Riskler

Literatür, doğum travmasının gelişiminde sağlık çalışanları ile etkileşimin kalitesinin, tıbbi komplikasyonların kendisinden daha belirleyici olabildiğini vurgulamaktadır (Horsch vd., 2024; Leinweber vd., 2022). Sağlık profesyonelinin ile yetersiz iletişim, sosyal destek eksikliği ve travma duyarlı bakım konusundaki farkındalık yetersizliği, doğumun travmatik bir deneyim olarak algılanma riskini önemli ölçüde artırmaktadır (Camilleri & Nelson, 2025; Leinweber vd., 2022; Salter vd., 2023; Sun vd., 2023). Sağlık profesyonelinin yapılan işlemler hakkında açıklama yapmaması, kadınların endişelerini görmezden gelmesi ve bilgilendirilmiş onam almadan müdahalelerde bulunması, kadınlarda “hiyerarşinin en altında olma” ve “insan haklarına saygı duyulmama” hissi yaratabilmektedir (Camilleri & Nelson, 2025; Leinweber vd., 2022; Salter vd., 2023; Sun vd., 2023). Doğum sırasında hem profesyonel (ebe/doktor) hem de kişisel (eş/aile) desteğin yetersiz olması, travma için kritik bir risk faktörü oluşturmaktadır (El Founti Khsim vd., 2022; Fugate vd., 2025; Horsch vd., 2024; Leinweber vd., 2022). Sürekli ve şefkatli bir desteğin varlığı ise travmaya karşı en güçlü koruyucu unsurlarındandır (Barrett vd., 2025; Horsch vd., 2024). Sağlık sistemlerinde travma odaklı bakımın uygulanmaması, özellikle geçmişte travma öyküsü olan kadınların bakım sırasında tekrar zarar görmesine neden olabilmektedir (Fugate vd., 2025; Horsch vd., 2024). Sağlık profesyonellerinin bu konuda özel eğitim almamış olması, doğum ortamlarında “obstetrik şiddet” olarak tanımlanabilecek saygısızlık ve kötü muamele örneklerinin fark edilmeden devam etmesine yol açabilmektedir (Donegan vd., 2025; Leinweber vd., 2022; O’Donoghue vd., 2025).

Doğum Travmasının Belirtileri ve Klinik Yansımaları

Doğum travması, kadının fiziksel bütünlüğüne veya ruhsal dengesine yönelik algıladığı tehditler sonucunda ortaya çıkan, karmaşık ve çok boyutlu

linik yansımaları olan bir durumdur (Fugate vd., 2025). Doğum deneyiminin etkileri, erken dönemdeki akut tepkilerden uzun vadeli kronik bozukluklara ve anne-bebek ilişkisindeki bozulmalara kadar çok boyutlu bir gelişim gösterebilmektedir (Freestun vd., 2025; Sun vd., 2023).

Doğumdan hemen sonraki dönemde, travmatik bir deneyim yaşayan kadınlarda akut stres belirtileri sıklıkla gözlemlenebilmektedir (Barrett vd., 2025; Peng vd., 2024). Dissosiyasyon, doğum sırasında veya hemen sonrasında çevreden kopma, gerçeklik algısının bozulması (derealizasyon) veya kendi bedenine yabancılaşma (depersonalizasyon) gibi tepkiler görülebilmektedir (Horsch vd., 2024). Duygusal şok ve sersemlik, kadınlarda “sersemlemiş” bir görünüm, kafa karışıklığı, ajitasyon veya içine kapanma gibi ani tepkiler oluşabilmektedir (Donegan vd., 2025; Sun vd., 2023). Fizyolojik uyarılma, kalp çarpıntısı, nefes darlığı, titreme ve mide bulantısı gibi yoğun fiziksel kaygı belirtileri akut dönemde belirgindir (Uddin vd., 2022). Özellikle komplikasyonlu doğumlarda (örneğin erken doğum), annelerin %90’ından fazlasında akut stres reaksiyonları görüldüğü saptanmıştır (Peng vd., 2024).

Doğum travması yaşayan kadınların yaklaşık %3 ile %6’sı klinik düzeyde, %12-13’ü ise eşik altı (subklinik) düzeyde TSSB geliştirmektedir (Horsch vd., 2024; Jomeen vd., 2025). Tanı konulabilmesi için belirtilerin en az bir aydan fazla sürmesi ve işlevselliği bozması gerekmektedir (Horsch vd., 2024; O’Donoghue vd., 2025). Belirtiler dört ana kümede; yeniden yaşama (intrusions), doğum anına dair kontrol edilemeyen kabuslar, flashbackler (geriye dönüşler) ve travmatik anıların zihne davetsizce gelmesi şeklinde toplanmaktadır (Horsch vd., 2024; Jomeen vd., 2025). Bu semptomlar genellikle doğumdan sonraki 6. ay civarında zirve yapmaktadır (Heyne vd., 2022; Laifer vd., 2023). Doğum sonu travma sürecinde; doğumu hatırlatan mekanlardan (hastane), kişilerden (sağlık çalışanları), konuşmalardan veya bebekle ilgili durumlardan uzak durma çabasını içeren kaçınma; uyku bozuklukları, konsantrasyon güçlüğü, aşırı tetikte olma hali (hipervijilans) ve kolayca irkilme gibi aşırı uyarılma semptomları ile kendini veya başkalarını suçlama, yoğun suçluluk, utanç, öfke ve dünyaya karşı güvensizlik hissi gibi biliş ve ruh halinde olumsuz değişiklikler klinik tablonun temelini oluşturmaktadır (Horsch vd., 2024; Jomeen vd., 2025).

Doğum travması, postpartum depresyon ve anksiyete bozuklukları için en güçlü risk faktörlerindedir (Sun vd., 2023). TSSB semptomları gösteren kadınların büyük çoğunluğunda eş zamanlı olarak depresyon da görülmektedir (Isobel vd., 2024; Laifer vd., 2023). Kadınlarda bebeklerinin sağlığına dair aşırı panik, sağlık kaygısı ve tekrarlayan panik ataklar gelişebilmektedir (Sun vd., 2023). Travmatik doğum sonrası kadınlar “başarısızlık” hissi yaşayabilir, öz saygılarını kaybedebilir ve ileri vakalarda intihar düşünceleri ortaya çıkabilir (Donegan vd., 2025; Isobel vd., 2024; Sun vd., 2023; Sutton vd., 2023; Uddin vd., 2022).

Doğum travması olan kadınlarda, anne ile bebek arasındaki bağlanmada sorunlar yaşanabilmektedir. Travma yaşayan kadınlarda bebeğe karşı uyuşukluk, yabancılaşma veya bebeğinden uzaklaşma görülebilmektedir (Horsch vd., 2024; Isobel vd., 2024; Sun vd., 2023). Annenin kendi travmatik anılarıyla meşgul olması, bebeğin ipuçlarını (ağlama, gülme vb.) anlamasını ve bunlara uygun yanıt vermesini engelleyebilmektedir (Horsch vd., 2024). Bazı anneler bebeğe karşı öfke duyup onu reddedebilirken, bazıları bebeklerinin zarar göreceği korkusuyla aşırı korumacı ve kaygılı bir ebeveynlik tarzı benimseyebilmektedir (Horsch vd., 2024; Sun vd., 2023). Bu durum, uzun vadede çocuğun bilişsel gelişimini ve mizacını (zor mizaç) olumsuz etkileyebilmektedir (El Founti Khsim vd., 2022).

Travmatik doğum deneyimi, emzirme sürecini de hem fizyolojik hem de psikolojik düzeyde etkileyebilmektedir (Sun vd., 2023). TSSB belirtileri, emzirmenin başlatılmasını geciktirebilir ve emzirme süresinin kısalmasına yol açabilir (Jomeen vd., 2025). Emzirme sırasındaki fiziksel temas, kadına doğumdaki müdahaleleri hatırlatarak travmatik anıları tetikleyebilir (Sun vd., 2023). Bu durum memelerin bir “istila alanı” gibi algılanmasına neden olabilir (Sun vd., 2023). Kadınların doğumdaki kontrol kaybı hissi, “bebeğimi besleyemiyorum” düşüncesiyle birleşerek düşük emzirme öz-yeterliliğine ve erken bırakmaya yol açabilmektedir (Sun vd., 2023).

Tanılama ve Değerlendirme

Doğum travması ve buna bağlı gelişen psikolojik bozuklukların tanınması, hem klinik gözlemi hem de geçerliliği kanıtlanmış ölçüm araçlarının kullanımını gerektiren çok boyutlu bir süreçten oluşmaktadır (Guzzon vd., 2024). Teşhis sürecinde temel zorluk, doğum sonrası yaşanan normal yorgunluk ve uyku bozukluklarının, TSSB belirtileriyle karıştırılabilmektedir (Heyne vd., 2022).

Doğumla ilişkili TSSB tanısı, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM-5 kriterlerine göre, doğumun bir “indeks travma” olarak kabul edilmesiyle konulmaktadır (Horsch vd., 2024). DSM-5'e göre temel tanı kriterleri şunlardır:

A Kriteri (Travmatik Olay): Kadının kendisinin veya bebeğinin ölüm tehdidi, gerçek/ciddi yaralanma veya cinsel şiddete maruz kalması veya bunlara tanık olması (Horsch vd., 2024; Leinweber vd., 2022).

B Kriteri (Yeniden Yaşama): Doğuma dair tekrarlayan, istemsiz ve rahatsız edici anılar, kabuslar veya flashbackler (geriye dönüşler) (Horsch vd., 2024).

C Kriteri (Kaçınma): Doğumu hatırlatan yerlerden (hastane), kişilerden veya düşüncelerden uzak durma çabası (Horsch vd., 2024).

D Kriteri (Biliş ve Ruh Halinde Olumsuz Değişiklikler): Kendini veya

başkalarını suçlama, dünyaya karşı güvensizlik, duygusal uyuşukluk veya olumlu duyguları deneyimleyememe (Horsch vd., 2024).

E Kriteri (Uyarılma ve Tepkisellik): Uyku bozuklukları, konsantrasyon güçlüğü, aşırı tetikte olma ve kolayca irkilme (Horsch vd., 2024).

F Kriteri (Süre): Belirtilerin en az bir aydan fazla sürmesi gerekir (Horsch vd., 2024).

G Kriteri (İşlevsel Bozulma): Belirtilerin sosyal, mesleki veya ailevi alanlarda ciddi bozulmaya neden olması (Fugate vd., 2025; Horsch vd., 2024).

DSM-5'in önceki sürümlerden (DSM-IV) en önemli farkı, kişinin olaya "yoğun korku, çaresizlik veya dehşet" ile tepki vermesi gerektiğini belirten A2 kriterini kaldırmasıdır (Heyne vd., 2022; Leinweber vd., 2022).

Doğum sürecinin çok boyutlu risk faktörlerini belirlemek kadar, bu deneyimin yarattığı psikolojik etkileri standartlaştırılmış araçlarla ölçmek de büyük önem taşımaktadır. Doğum travmasını değerlendirmek için hem genel TSSB ölçekleri hem de bu döneme özgü geliştirilmiş araçlar kullanılmaktadır. Doğum travmasının değerlendirilmesinde kullanılan araçların başında, DSM-5 kriterleriyle tam uyumlu olması ve literatürdeki en kapsamlı doğrulamaya sahip olması nedeniyle Şehir Doğum Travması Ölçeği (City Birth Trauma Scale - City BiTS) gelmektedir (Teil vd., 2025). Bu ölçek, "genel semptomlar" ile "doğum eylemine özgü semptomlar" arasında net bir ayırım yaparak klinik ayırıcı tanıda önemli bir rol oynamaktadır (Isobel vd., 2024; Teil vd., 2025). Bir diğer öz değerlendirme aracı olan Perinatal TSSB Anketi (Perinatal PTSD Questionnaire - PPQ) ise doğumla ilişkili Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) riskini belirlemek amacıyla tasarlanmıştır (Teil vd., 2025). Risk grubundaki anneleri ayırt etme konusundaki yüksek geçerliliğiyle bilinmektedir (Teil vd., 2025). DSM-IV kriterlerini temel alan Travmatik Olay Ölçeği (Traumatic Event Scale - TES) ise doğum sonrası TSSB semptomlarını değerlendirmek için özel olarak geliştirilmiştir. Travmatik maruziyeti ve semptom şiddetini yeniden yaşama, kaçınma ve aşırı uyarılma olmak üzere üç temel boyutta analiz etmekte, ölçekten alınan yüksek puanlar ise semptom yaygınlığı ve şiddetindeki artışa işaret etmektedir (Teil vd., 2025).

Doğum travmasının değerlendirilmesinde, doğum sonrası döneme özgü araçların yanı sıra genel TSSB ölçeklerinden de yararlanılmaktadır. Bu kapsamda PCL-5 (TSSB Kontrol Listesi), DSM-5 belirtilerini tarayan 20 maddelik bir öz bildirim ölçeği olarak, özellikle klinik taramalarda gösterdiği yüksek duyarlılıkla öne çıkmaktadır (Dekel vd., 2024). Doğuma özgü bir araç olmamasına rağmen, yönergeleri "doğum" olayına atıfta bulunacak şekilde uyarlanarak yaygın olarak kullanılan Olayların Etkisi Ölçeği-Revize (IES-R) ise; kaçınma, müdahale (intrüzyon) ve aşırı uyarılma olmak üzere üç alt boyutta değerlendirme sunmaktadır (Guzzon vd., 2024; Heyne vd., 2022). Ta-

nısal süreçte daha yapılandırılmış bir yaklaşım gerektiğinde ise, klinisyenler tarafından uygulanan ve TSSB tanısında yapılandırılmış görüşme formu CAPS-5 tercih edilmektedir (Jomeen vd., 2025).

Ölçüm araçları tek başına tanı koymak için yeterli değildir, bu aşamada klinik görüşme teşhisin vazgeçilmez bir parçasıdır (Guzzon vd., 2024). Kadınlarda ortaya çıkan erken dönem belirtilerin titizlikle gözlemlenmesi, travmatik sürecin kronikleşmesini önlemek ve zamanında müdahale etmek açısından kritik bir öneme sahiptir (Sun vd., 2023). Doğum sonrası süreçte eve ve hemşireler, kadında sersemlemiş görünüm, içine kapanma, geçici hafıza kaybı ve bebekten kopma gibi travma belirtilerine dikkat etmelidir (Sun vd., 2023). Doğum travmasının etkilerini en aza indirmek ve kadının psikolojik bütünlüğünü korumak amacıyla, profesyonel bakım sürecinde benimsenen iletişim modelleri ve müdahale yöntemleri kritik bir işlev görmektedir. Kadınlar, ebeveynliklerinin yargılanacağı korkusuyla duygularını ifade etmekten kaçınılırlar (Sun vd., 2023). Bu nedenle, “Doğum deneyiminiz nasıldı?” gibi açık uçlu sorular sormak ve kadının deneyimini tanımlarken kullandığı metaforlara karşı duyarlı olmak önemlidir (O’Donoghue vd., 2025; Sun vd., 2023). Resmi TSSB tanısı için semptomların bir ayı doldurması beklense de riskli durumları belirlemek için iki aşamalı bir süreç önerilmektedir (Horsch vd., 2024). Bu süreç doğumdan hemen sonra yapılan bir ön tarama ve bir ay sonra gerçekleştirilen detaylı tanısal değerlendirmedir (Horsch vd., 2024). Tüm klinik göstergelerin ve nesnel ölçütlerin ötesinde, doğumun travmatik olarak nitelendirilmesinde asıl belirleyici unsur, kadının bu sürece yüklediği bireysel anlam ve olayı bizzat nasıl deneyimlediğidir (Isobel vd., 2024; Jomeen vd., 2025). Görüşme sırasında, tıbbi komplikasyon olmasa bile kadının doğumu nasıl algıladığına (kontrol kaybı, haysiyet ihlali vb.) odaklanılmalıdır; çünkü travma genellikle olayların kendisinden ziyade kadının bu olaylara yüklediği anlamla ilişkilidir (Isobel vd., 2024; Jomeen vd., 2025).

Doğum Travmasının Sonuçları

Profesör Beck’in ifadesiyle doğum travması, sadece doğum anıyla sınırlı kalmayan, bir “dalgalanma etkisi” (ripple effect) yaratarak annenin ruh sağlığından aile dinamiklerine, bebeğin gelişiminden gelecekteki üreme kararlarına kadar uzanan geniş çaplı sonuçlar doğurmaktadır (Sun vd., 2023).

Travmatik bir doğum deneyimi, kadının fiziksel ve duygusal bütünlüğünü derinden sarsarak uzun vadeli kronik sorunlara yol açabilmektedir (Sun vd., 2023). Travma yaşayan annelerde doğum sonrası depresyon, anksiyete ve doğumla ilişkili TSSB gelişme riski oldukça yüksektir (Donegan vd., 2025; Horsch vd., 2024; Sun vd., 2023). Kadınlar, kontrol edilemeyen kabuslar, flashbackler, panik ataklar, yoğun suçluluk, öfke ve hatta intihar düşüncesiyle karşı karşıya kalabilmektedir (Dekel vd., 2024; Donegan vd., 2025; Horsch vd., 2024; Sun vd., 2023). Bazı vakalarda bu belirtiler doğumdan yıllar, hatta

on yıllar sonra bile devam edebilmektedir (Sun vd., 2023). Doğum travması, bir sonraki doğumun da benzer bir felaketle sonuçlanacağı endişesine (tokofobi) neden olmaktadır (Horsch vd., 2024; Jomeen vd., 2025; Sun vd., 2023). Yapılan araştırmalar, travmatik bir doğumun ardından kadınların yaklaşık %80'inin klinik düzeyde doğum korkusu yaşadığını göstermektedir (Sun vd., 2023). Yaşanan psikolojik yıkım, kadınların üreme planlarını doğrudan etkileyebilir. Travma yaşayan kadınlar genellikle daha az çocuk sahibi olmayı tercih etmekte, ikinci çocuk için geçen süreyi uzatmakta veya tekrar gebe kalmayı tamamen reddetmektedirler (Sun vd., 2023). Ayrıca, sonraki gebeliklerde kontrolü elinde tutma gerekçesiyle isteğe bağlı sezaryen talepleri artabilmektedir (Fugate vd., 2025; Sun vd., 2023). Travma yaşayan anneler, yaşadıkları utanç, damgalanma korkusu veya başkaları tarafından anlaşılma hissi nedeniyle kendilerini sosyal çevreden çekebilmektedirler (Jomeen vd., 2025; Sun vd., 2023). Sağlık profesyonellerine karşı gelişen güvensizlik ve öfke, kadının ihtiyaç duyduğu desteği aramasını engelleyerek izolasyon hissini pekiştirmektedir (Camilleri & Nelson, 2025; Sun vd., 2023). Erken ebeveynlik dönemi, bu kadınlar için paylaşılabilen bir sevinçten ziyade, "sessizce" çekilen ve izole edici bir deneyime dönüşebilmektedir (Sun vd., 2023).

Doğum travması, sadece anneyi değil, bebeğin gelişimini ve eşin psikolojik durumunu da kapsayan, aile sistemi üzerinde geniş ve uzun vadeli bir "dalgalanma etkisi" yaratır (Sun vd., 2023). Bebek üzerindeki etkiler, doğum sırasında meydana gelen fiziksel hasarlardan gelişimsel ve psikolojik süreçlere kadar geniş bir yelpazeye yayılmaktadır (Camilleri & Nelson, 2025; Dekel vd., 2024; Fugate vd., 2025; Horsch vd., 2024; Jomeen vd., 2025). Doğum travması ve buna bağlı gelişen TSSB, anne ile bebek arasındaki sevgi ve davranışsal bağın kurulmasını engelleyebilir veya bozabilir (Camilleri & Nelson, 2025; Dekel vd., 2024; Fugate vd., 2025; Horsch vd., 2024; Jomeen vd., 2025). Travmanın etkisiyle annenin duygusal olarak "müsait olmaması", çocuklarda nörogelişimsel bozukluklar, bilişsel işlevlerde zayıflama ve gelişimsel gecikme riskini artırmaktadır (Dekel vd., 2024; Fugate vd., 2025; Teil vd., 2025). Ayrıca, bu çocukların daha "zor bir mizaca" sahip olduğu ve ilerleyen dönemlerde daha fazla uyku bozukluğu yaşadığı bildirilmiştir (Dekel vd., 2024; El Founti Khsim vd., 2022; Horsch vd., 2024). Travmatik deneyim, emzirmenin başlatılmasını geciktirebilir veya süresini kısaltabilir; bu durum hem bebeğin fiziksel sağlığını hem de bağ kurma sürecini olumsuz etkilemektedir (Donegan vd., 2025; Fugate vd., 2025; Horsch vd., 2024; Jomeen vd., 2025; Sun vd., 2023). Doğum travmaları fiziksel yaralanmalara da neden olabilmektedir. Doğum sırasında yaşanan mekanik zorlanmalar, brakial pleksus hasarı (kol felci), kafatası kırıkları, beyin kanamaları ve oksijensiz kalma gibi sonuçlar doğurabilmektedir (Fugate vd., 2025). Bu fiziksel hasarların bir kısmı (örneğin şiddetli brakial pleksus yaralanmaları) kalıcı zayıflık ve bozukluklara yol açabilmektedir (Fugate vd., 2025).

Doğuma tanık olan eşler, süreci doğrudan yaşayan anne kadar derin etkilenebilirler. Travmatik bir doğuma tanık olmak, eşlerin yaklaşık %1 ile %1,3'ünde doğumla ilişkili TSSB gelişimine yol açmaktadır (Delicate & Ayers, 2023; El Founti Khsim vd., 2022; Horsch vd., 2024). Eşler de kabuslar, kaygı, çaresizlik duygusu ve olayı hatırlatan durumlardan kaçınma gibi belirtiler yaşayabilmektedirler (Delicate & Ayers, 2023; Horsch vd., 2024). Doğum travması çift ilişkisine ciddi zarar verebilir. İlişki memnuniyetinde azalma, sürekli gerginlik ve duygusal kopukluk görülebilmektedir (Delicate & Ayers, 2023; Horsch vd., 2024; O'Donoghue vd., 2025; Teil vd., 2025). Ebeveynlerin yaşadığı bireysel sıkıntılar, eşlerin birbirine destek vermesini zorlaştırarak ilişkinin temelini sarsabilmektedir (Delicate & Ayers, 2023). Doğum travması çiftlerin cinsel işlevlerini de etkileyebilir. Travma sonrası fiziksel komplikasyonlar (ağrılı cinsel ilişki vb.) ve psikolojik çöküntü, çiftin cinsel yaşamını, cinsel ilişki korkusu ve fiziksel yakınlığını uzun vadede olumsuz etkileyebilmektedir (Camilleri & Nelson, 2025; Delicate & Ayers, 2023; Fugate vd., 2025; Sun vd., 2023). Doğum travması, özellikle ilk kez baba olanlar için ebeveynliğe geçişi çok daha stresli ve bunaltıcı bir hale getirebilmektedir (Delicate & Ayers, 2023). Yaşanan korku ve travma, eşlerin gelecekteki üreme kararlarını etkileyerek tekrar çocuk sahibi olmaktan kaçınmalarına veya süreci ertelemelerine neden olabilmektedir (Delicate & Ayers, 2023; Freestun vd., 2025; Sun vd., 2023). Bazı çiftler bu travmatik süreci birlikte atlatmanın ve birbirlerine destek olmanın ilişkilerini güçlendirdiğini ve birbirlerine daha çok yakınlaştıklarını da bildirmektedirler (Delicate & Ayers, 2023).

Önleme Yaklaşımları

Doğum travması ve buna bağlı gelişen psikolojik bozuklukların önlenmesi, kadının tüm perinatal yolculuğu boyunca uygulanan birincil, ikincil ve üçüncül önleme stratejilerini kapsayan proaktif ve disiplinler arası bir yaklaşım gerektirmektedir (Fugate vd., 2025; Horsch vd., 2024).

1. Birincil Önleme (Antenatal Dönem)

Birincil önleme, travmatik deneyim riskini artıran faktörlerin doğum gerçekleşmeden önce belirlenmesini ve azaltılmasını amaçlamaktadır (Horsch vd., 2024; MacMillan vd., 2026). Doğum öncesi eğitim seansları; doğum süreci, ağrı yönetimi ve başa çıkma becerilerini kapsamalıdır (MacMillan vd., 2026). Bu eğitimler, kadınların doğum korkusunu azaltmada, öz-yeterliliklerini artırmada ve bilinmeyene karşı duyulan kaygıyı hafifletmede anahtar rol oynamaktadır (Barrett vd., 2025; Dekel vd., 2024; MacMillan vd., 2026). Özellikle “doğum planları”, kadınların sürece aktif katılımını ve kontrol sahibi hissetmelerini sağlayarak travma semptomlarını azaltan en yaygın müdahale yöntemidir (MacMillan vd., 2026). Kadınların doğum öncesi oluşturdukları idealize edilmiş beklentiler ile gerçek doğum deneyimi arasındaki fark, “doğum uyumsuzluğu” (birth dissonance) olarak tanımlanan bir travma türüne

yol açabilmektedir (Sutton vd., 2023). Bu nedenle antenatal eğitim, doğumun ne kadar ağırlı olabileceği ve olası tıbbi müdahaleler konusunda gerçekçi bir çerçeve sunulmalıdır (Sutton vd., 2023).

2. İkincil Önleme (İntrapartum Dönem)

Doğum sırasındaki bakımın kalitesi, tıbbi komplikasyonların varlığında bile travmaya karşı en güçlü koruyucu unsurdur (Ayers vd., 2024). Doğum sırasında bir ebe veya sağlık profesyoneli tarafından sağlanan sürekli ve bireyselleştirilmiş destek, travma sonrası stres belirtilerine karşı en önemli tampon görevi yapan faktörlerden biridir (Barrett vd., 2025; Horsch vd., 2024). Bu destek, kadının kendini güvende hissetmesini sağlar ve müdahaleli doğum durumlarında bile olumsuz algıları azaltır (Barrett vd., 2025; Horsch vd., 2024).

Kadınların özerkliğine saygı duyulması, bedensel onurlarının korunması ve bakımın merkezine yerleştirilmeleri esastır (Ayers vd., 2024; Leinweber vd., 2022). Travma odaklı bakım ilkeleri (4R: Fark etme, Tanıma, Yanıt verme, Yeniden travmatizasyona direnme) tüm doğumhane ortamına entegre edilmelidir (Ayers vd., 2024; Fugate vd., 2025; Horsch vd., 2024). Sağlık çalışanlarının her işlem öncesinde bilgilendirilmiş onam alması, yapılan müdahaleleri net bir dille açıklaması ve kadının endişelerini ciddiye alması gerekmektedir (Camilleri & Nelson, 2025; O'Donoghue vd., 2025; Sun vd., 2023). İletişim eksikliği ve saygısız muamele, kadınlarda "obstetrik şiddet" algısı yaratarak psikolojik travmanın en büyük tetikleyicisi haline gelebilmektedir (Ayers vd., 2024; Guzzon vd., 2024; Salter vd., 2023).

3. Üçüncül Önleme (Post-partum Dönem)

Bu dönemde amaç, travmatik bir doğum yaşamış kadınları erken dönemde belirleyerek kronik bozuklukların gelişmesini engellemeye yöneliktir (Horsch vd., 2024). Travmatik doğum riski taşıyan kadınların (acil sezaryen, müdahaleli doğum veya bebek kaybı yaşayanlar gibi) doğumdan sonraki ilk 72 saat içinde taranması önerilmektedir (Horsch vd., 2024; Jomeen vd., 2025). Teşhis süreci, hem klinik gözlemi hem de Şehir Doğum Travması Ölçeği (City BiTS) veya Perinatal TSSB Anketi (PPQ) gibi geçerliliği kanıtlanmış araçların kullanımını içermelidir (Isobel vd., 2024; Teil vd., 2025).

Doğum travması yaşayan kadınlarda psikolojik destek kritik bir rol oynamaktadır. Travmatik olaydan sonra ebe liderliğindeki yapılandırılmış görüşmeler, olayları anlamlandırma ve suçluluk duygusunu azaltma açısından kadınlar tarafından değerli bulunmaktadır (Delicate & Ayers, 2023; Donegan vd., 2025; Horsch vd., 2024; O'Donoghue vd., 2025). Doğum sonrası erken dönemde uygulanan Travma Odaklı Bilişsel Davranışçı Terapi (TF-CBT), EMDR (Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme) ve Psikolojik İlk Yardım (PFA) temelli programlar, travma belirtilerini azaltmada etkili

sonuçlar göstermektedir (Andersson vd., 2024; Horsch vd., 2024; Jomeen vd., 2025; Peng vd., 2024). Ayrıca, doğum sonrası ilk günlerde uygulanan ten tene temas ve anne-bebek odaklı terapiler, hem anneyi iyileştirmekte hem de bağlanma sürecini güçlendirmektedir (Dekel vd., 2024; Jomeen vd., 2025).

Tedavi ve Müdahale Yöntemleri

Doğum travması ve buna bağlı gelişen psikolojik bozuklukların tedavisi; semptomların şiddetine, zamanlamasına (doğum sonrası erken dönem veya kronikleşmiş süreç) ve bireysel ihtiyaçlara göre yapılandırılmış çeşitli psikolojik, non-farmakolojik ve farmakolojik müdahaleleri içermektedir (Horsch vd., 2024; Jomeen vd., 2025).

1. Psikolojik Yaklaşımlar

Travma odaklı psikolojik terapiler, doğum travması sonrası gelişen TSSB semptomlarını azaltmada önemli rol oynamaktadır (Horsch vd., 2024; Peng vd., 2024).

Bilişsel Davranışçı Terapi (CBT/BDT), bilişsel işleme terapisi, uzun süreli maruz kalma terapisi ve imge tekrar terapisi gibi terapileri içermektedir (Horsch vd., 2024). Travma Odaklı BDT (TF-CBT); TSSB için birinci basamak tedavi yöntemidir. Bilişsel yeniden yapılandırma, psikoeğitim ve aşamalı maruz bırakma yoluyla kadının doğum deneyimine dair olumsuz algılarını (suçluluk, başarısızlık hissi) değiştirmeyi hedeflemektedir (Dekel vd., 2024; Peng vd., 2024). İnternet tabanlı BDT (ICBT) uygulamaları da özellikle perinatal kayıp ve travmatik doğum sonrası semptomların azaltılmasında, gizlilik ve esneklik sağlaması nedeniyle etkili ve erişilebilir bir yöntem olarak öne çıkmaktadır (Peng vd., 2024; Teil vd., 2025).

EMDR, travma anılarının canlılığını ve bunlara eşlik eden duygusal sıkıntıyı azaltmak için çift taraflı (göz hareketleri, ses veya dokunma) uyarımı kullanan yapılandırılmış bir terapidir (Dekel vd., 2024; Peng vd., 2024). Doğum sonrası erken dönemde uygulanan tek seanslık müdahalelerin semptomları hafiflettiği, uzun vadeli (üçüncül önleme) seansların ise kadınların TSSB tanılarını tamamen kaybetmelerini sağlayabildiği bildirilmiştir (Dekel vd., 2024). Ayrıca gebelik döneminde uygulanan EMDR'nin anne ve bebek için güvenli olduğu gösterilmektedir (MacMillan vd., 2026).

Travma odaklı terapiler, doğum travmasına doğrudan odaklanan bu müdahaleler, “Kritik Olay Stresi Sonrası Bilgilendirme” (debriefing) gibi yapılandırılmamış yöntemlerden ziyade, yapılandırılmış seansları içermektedir (Jomeen vd., 2025). Bu kapsamda Psikolojik İlk Yardım (PFA) temelli programlar, kadının güvenlik duygusunu ve dayanıklılığını artırarak orta düzeydeki travma semptomlarını azaltmada etkili bulunmaktadır (Andersson vd., 2024).

Non-Farmakolojik Yöntemler

İlaç kullanımına yönelik çekinceleri olan veya semptomları hafif-orta düzeyde seyreden kadınlar için çeşitli destekleyici yöntemler uygulanmaktadır. Gevşeme teknikleri, nefes egzersizleri, masaj ve ısı paketleri gibi non-farmakolojik yöntemler; doğum sırasında ve sonrasında kadının ağrı algısını yönetmesine, anksiyete düzeyinin azalmasına ve genel iyilik halinin artmasına önemli katkılar sağlamaktadır (Camilleri & Nelson, 2025; Sutton vd., 2023). Özellikle antenatal eğitimlerin bir parçası olarak öğretilen gevşeme teknikleri, doğum endişelerini hafifletmede kilit rol oynamaktadır (Barrett vd., 2025).

Mindfulness (Bilinçli Farkındalık) ve Farkındalık Temelli Stres Azaltma (MBSR) programları; dikkati yargısız bir şekilde mevcut ana ve bedensel duyumlara yönlendirerek, travmatik anıların tetiklediği aşırı uyarılma halini ve kaçınma davranışlarını anlamlı düzeyde hafifletmektedir (Dekel vd., 2024). Çevrimiçi farkındalık yogası ve meditasyon uygulamaları da stres düzeyini azaltıp uyku kalitesini artırarak iyileşme sürecini desteklemektedir (Peng vd., 2024).

Doğum deneyiminin yarattığı derin duygu ve düşüncelerin yazıya döküldüğü İfade Edici Yazma (Expressive Writing - EW) yöntemi, kadınların kendi iyileşme süreçlerinde aktif rol almalarını sağlayan, maliyeti düşük ve etkisi uzun vadeli bir yaklaşımdır (Dekel vd., 2024; Peng vd., 2024). Doğumdan sonraki ilk günlerde veya aylar sonra uygulanan kısa yazma seanslarının, hem travma belirtilerini hem de doğum sonrası depresyon semptomlarını azalttığı kanıtlanmıştır (Dekel vd., 2024; Peng vd., 2024). Ayrıca, kendi kendine yardım materyalleri (broşür ve filmler) bilgilendirme sağlasa da genellikle profesyonel destekle birleştirildiğinde daha etkili olmaktadır (Dekel vd., 2024; Jomeen vd., 2025).

Farmakolojik Tedavi

Psikoterapinin yetersiz kaldığı veya semptomların klinik olarak çok şiddetli (intihar düşüncesi, ağır depresyon, uyku bozukluğu) olduğu durumlarda farmakoterapi değerlendirilir (Horsch vd., 2024; Peng vd., 2024). Antidepresan kullanımı seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) veya serotonin-norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI), TSSB ile ilişkili anksiyete, depresyon ve obsesif düşünceleri hafifletmek için reçete edilebilmektedir (Horsch vd., 2024). Prazosin kullanımı Alfa-1 adrenerjik reseptör antagonisti olan bu ilaç, özellikle TSSB'nin uykuyu bozan kabus ve gece terörü gibi belirtilerinin tedavisinde kullanılmaktadır (Horsch vd., 2024). Hormonal ve diğer uygulamalarda ise araştırma aşamasında olmakla birlikte, anne-bebek bağını güçlendirmek ve travma etkisini azaltmak amacıyla intranasal oksitosin kullanımı gibi farmakolojik yöntemlerin etkinliği test edilmektedir (Dekel vd., 2024). Sağlık profesyonellerinin, potansiyel yan etkiler ve emzirme süreci nedeniyle farmakoterapiyi ikinci seçenek olarak değerlendirme ve öncelikle psikoterapiyi önerme eğiliminde oldukları görülmektedir (Horsch vd., 2024).

Ebe ve Sağlık Profesyonellerinin Rolü

Ebeler ve diğer doğum sağlığı çalışanları, bir kadının doğum deneyimini şekillendirmede ve potansiyel travmaları önlemede merkezi ve benzersiz bir konuma sahiptir (Barrett vd., 2025; O'Donoghue vd., 2025). Doğum sırasında sağlanan bakımın kalitesi, tıbbi komplikasyonların varlığında bile travma sonrası stres belirtilerine karşı en önemli tampon görevi yapan faktörlerden biridir (Ayers vd., 2024; Horsch vd., 2024). Ancak kanıtlar, doğum travmasının sağlık çalışanları tarafından yeterince tanınmadığını ve müdahaleler konusunda bir fikir birliği olmadığını göstermektedir (Donegan vd., 2025; O'Donoghue vd., 2025).

Bireysel düzeydeki müdahalelerin ötesinde, sağlık hizmetlerinin sunumunda benimsenen 'Travma Duyarlı Bakım' felsefesi, doğum sürecindeki tüm etkileşimlerin kadını yeniden travmatize etmeyecek şekilde yapılandırılmasını sağlayan temel bir çerçeve sunmaktadır (Fugate vd., 2025; Horsch vd., 2024). Travma bilinçli bakım (TIC), travmayı şiddetlendirmeden veya tetiklemeden kaçınmak için geliştirilen ve "4 R" olarak bilinen dört temel ilkeye dayanmaktadır; fark etme (travmanın yaygın doğasının farkında olma), tanıma (travma belirtilerini tanıma), yanıt verme (bilgiyi uygulamaya entegre etme) ve yeniden travmatizasyona direnme ilkelerinden oluşmaktadır (Fugate vd., 2025; Horsch vd., 2024).

Sağlık profesyonelleri, travmanın sadece tıbbi komplikasyonlardan değil, aynı zamanda bakım verenlerle yaşanan olumsuz etkileşimlerden de kaynaklanabileceğini anlamaları gerekmektedir (Ayers vd., 2024; Leinweber vd., 2022).

Mevcut doğum deneyimini anlamlandırırken, kadının geçmişindeki travmatik yaşantıların bu sürece olan yansımalarını profesyonel bir düzlemde yönetmek, bakımın sürekliliği ve duygusal güvenlik açısından zorunluluk arz etmektedir. Özellikle cinsel istismar veya çocukluk çağı kötü muamelesi öyküsü olan kadınlar için vajinal muayeneler gibi yakın temas gerektiren işlemler travmayı tetikleyebilir; bu nedenle "travma odaklı" bir bakım planı uygulanmalıdır (Ayers vd., 2024; Horsch vd., 2024). Sağlık profesyonellerinin kendileri de travmatik doğumlara tanık olduklarında ikincil travmatik stres (STS) veya TSSB yaşayabilmektedir (Aydın & Aktaş, 2021; Guzzon vd., 2024; Uddin vd., 2022). Bu durumun önlenmesi için kurumların çalışanlarına psikolojik eğitim ve denetim ağları (supervision) sağlaması esastır (O'Donoghue vd., 2025; Uddin vd., 2022).

Bakım sürecinde sergilenen etkin iletişim becerileri, sadece bilgi aktarımını sağlamakla kalmaz, aynı zamanda kadının kendini güvende ve değerli hissetmesini sağlayarak travma sonrası büyüme sürecini destekleyen bir zemin hazırlar. Literatür, sağlık çalışanları ile kurulan iletişimin kalitesinin, doğumun nesnel gerçekliğinden daha belirleyici olabildiğini vurgulamakta-

dır (Ayers vd., 2024; Leinweber vd., 2022; O'Donoghue vd., 2025). Kadınlar, duygularının onaylanmasına ve dinlenmeye ihtiyaç duyarlar; standart tarama araçlarının yokluğunda, annenin kullandığı “travmatik dili” (örneğin “tecavüze uğramış gibi hissetmek”) dinlemek, risk tespiti için kritiktir rol oynamaktadır (O'Donoghue vd., 2025). “Doğum deneyiminiz nasıldı?” gibi sorular sormak, kadınların ebeveynliklerinin yargılanacağı korkusuyla gizledikleri travmatik hislerini paylaşmalarına olanak tanımaktadır (O'Donoghue vd., 2025; Sun vd., 2023). Her tıbbi işlem öncesinde kadına ne yapılacağı net bir dille anlatılmalı ve onayı alınmalıdır (Camilleri & Nelson, 2025; O'Donoghue vd., 2025; Salter vd., 2023). Bilgilendirme eksikliği, kadınların kendilerini “pasif bir nesne” veya “hiyerarşinin en altında” hissetmelerine yol açarak psikolojik yıkımı başlatabilmektedir (Leinweber vd., 2022; Sun vd., 2023).

Doğum sürecindeki tüm müdahalelerin temelinde, kadının bedensel bütünlüğüne saygı, özerklik ve aydınlatılmış onam ilkelerini barındıran etik bir duruş sergilemek, profesyonel bakımın vazgeçilmez bir unsuru olarak kabul edilmektedir. Doğumda her kadının onurlu ve saygılı bakım alma hakkı, küresel sağlık gündeminin merkezindedir (Horsch vd., 2024; Leinweber vd., 2022). Klinisyenler doğum öncesinde, sırasında ve sonrasında kadınların özerklik haklarına ve bedensel bütünlüklerine saygı göstermelidir (Ayers vd., 2024). Kadınların bedenlerine veya üreme süreçlerine yönelik saygısız muamele, bağırılma, azarlanma veya rızasız müdahaleler olarak tanımlanan obstetrik şiddet, temel bir etik ihlaldir ve derhal durdurulmalıdır (Ayers vd., 2024; Donegan vd., 2025; Isobel vd., 2024). Bakım süreci kadının beklentilerini karşılayacak şekilde, onun katılımıyla ve ortak karar alma (shared decision-making) ilkesiyle yürütülmelidir (Donegan vd., 2025; Sutton vd., 2023).

Doğum travması riskini minimize etmede çevre faktörü kilit bir rol oynar; bu nedenle güvenli bir ortam oluşturmak, kadının stres yanıtını azaltan, kendini duygusal ve fiziksel olarak koruma altında hissettiği destekleyici bir atmosfer sağlamak anlamına gelmektedir. Güvenli bir ortam sadece fiziksel donanım ile değil, kadının kendini duygusal olarak güvende hissetmesiyle sağlanmaktadır (Donegan vd., 2025; O'Donoghue vd., 2025). Doğum boyunca aynı ebe veya destek personelinin alınması kesintisiz destek, travma riskini azaltan en güçlü faktörlerden birini oluşturmaktadır (Barrett vd., 2025; Horsch vd., 2024). Kadınların doğum öncesinde hazırladıkları planlar, sürece aktif katılımı artırarak kontrol kaybı hissini hafifletmektedir (MacMillan vd., 2026). Doğum öncesi eğitimlerde doğumun gerçekleri (ağrı seviyesi, olası müdahaleler) dürüstçe tartışılmalıdır; bu, “doğum uyumsuzluğu” (beklenti ile gerçeklik arasındaki uçurum) kaynaklı travmaları önleyebilmektedir (Sutton vd., 2023). Doğumdan hemen sonra uygulanan “sihirli saat” (ten tene temas), annenin stres hormonlarını dengeleyerek travmanın etkilerini hafifletir ve bağlanmayı güçlendirir (Dekel vd., 2024; El Founti Khsim vd., 2022; Jomeen vd., 2025).

Travmatik olaylara tanık olan ebe ve diğer sağlık profesyonellerinin de ikincil travma riski taşıdığı kabul edilmeli ve onlara yönelik profesyonel denetim ve psikolojik destek mekanizmaları oluşturulmalıdır (Aydın & Aktaş, 2021; Guzzon vd., 2024; Uddin vd., 2022).

Kaynakça

1. Andersson, H., Nieminen, K., Malmquist, A., & Grundström, H. (2024). Trauma-informed support after a complicated childbirth – An early intervention to reduce symptoms of post-traumatic stress, fear of childbirth and mental illness. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 41, 101002. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2024.101002>
2. Aydın, R., & Aktaş, S. (2021). Midwives' experiences of traumatic births: A systematic review and meta-synthesis. *European Journal of Midwifery*, 5(July), 1-10. <https://doi.org/10.18332/ejm/138197>
3. Ayers, S., Horsch, A., Garthus-Niegel, S., Nieuwenhuijze, M., Bogaerts, A., Hartmann, K., Karlsdottir, S. I., Oosterman, M., Tecirli, G., Turner, J. D., & Lalor, J. (2024). Traumatic birth and childbirth-related post-traumatic stress disorder: International expert consensus recommendations for practice, policy, and research. *Women and Birth*, 37(2), 362-367. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2023.11.006>
4. Barrett, V., Evans, K., & Spiby, H. (2025). Antenatal and intrapartum interventions to prevent psychological birth trauma: A mixed methods systematic review. *Midwifery*, 148, 104473. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2025.104473>
5. Camilleri, J., & Nelson, A. (2025). Birth trauma: Characterization and thematic analysis of traumatic birth experiences revealed on social media. *Contraception and Reproductive Medicine*, 10(1), 40. <https://doi.org/10.1186/s40834-025-00381-4>
6. Dekel, S., Papadakis, J. E., Quagliarini, B., Pham, C. T., Pacheco-Barrios, K., Hughes, F., Jagodnik, K. M., & Nandru, R. (2024). Preventing posttraumatic stress disorder following childbirth: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 230(6), 610-641.e14. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.12.013>
7. Delicate, A., & Ayers, S. (2023). The impact of birth trauma on the couple relationship and related support requirements; a framework analysis of parents' perspectives. *Midwifery*, 123, 103732. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103732>
8. Donegan, H., Zhao, L., & Mansu, S. (2025). Best practice guidelines and service provision for supporting women with birth-related trauma: A scoping review of international literature. *Midwifery*, 145, 104364. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2025.104364>
9. El Founti Khsim, I., Martínez Rodríguez, M., Riquelme Gallego, B., Caparros-Gonzalez, R. A., & Amezcua-Prieto, C. (2022). Risk Factors for Post-Traumatic Stress Disorder after Childbirth: A Systematic Review. *Diagnostics*, 12(11), 2598. <https://doi.org/10.3390/diagnostics12112598>
10. Freestun, M., George Midwife, K., O'Brien, C., & Nagle Midwife, C. (2025). The conceptualisation and evolution of psychological birth trauma in the absence of identifiable risk factors: A scoping review. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 44, 101084. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2025.101084>

11. Fugate vd., S. (2025). Doğum travması.
12. Guzzon, A., Nones, G., Camedda, C., & Longobucco, Y. (2024). Exposure to Traumatic Events at Work, Post-Traumatic Symptoms, and Professional Quality of Life among Italian Midwives: A Cross-Sectional Study. *Healthcare*, 12(4), 415. <https://doi.org/10.3390/healthcare12040415>
13. Heyne, C.-S., Kazmierczak, M., Souday, R., Horesh, D., Lambregtse-van Den Berg, M., Weigl, T., Horsch, A., Oosterman, M., Dikmen-Yildiz, P., & Garthus-Niegel, S. (2022). Prevalence and risk factors of birth-related posttraumatic stress among parents: A comparative systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 94, 102157. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102157>
14. Horsch, A., Garthus-Niegel, S., Ayers, S., Chandra, P., Hartmann, K., Vaisbuch, E., & Lalor, J. (2024). Childbirth-related posttraumatic stress disorder: Definition, risk factors, pathophysiology, diagnosis, prevention, and treatment. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 230(3), S1116-S1127. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.09.089>
15. Isobel, S., Emerton, A., & Lim-Gibson, S. (2024). Birth trauma in a population requiring inpatient mental health care in the postpartum period. *Australasian Psychiatry*, 32(4), 301-304. <https://doi.org/10.1177/10398562241246150>
16. Jomeen, J., Guy, F., Marsden, J., Clarke, M., Darby, J., Landry, A., & Jefford, E. (2025). A scoping review of effective health practices for the treatment of birth trauma. *Midwifery*, 145, 104382. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2025.104382>
17. Laifer, L. M., O'Hara, M. W., DiLillo, D., & Brock, R. L. (2023). Risk for trauma-related distress following difficult childbirth: Trajectories of traumatic intrusions across 2 years postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, 26(2), 191-200. <https://doi.org/10.1007/s00737-023-01296-2>
18. Leinweber, J., Fontein-Kuipers, Y., Thomson, G., Karlsdottir, S. I., Nilsson, C., Ekström-Bergström, A., Olza, I., Hadjigeorgiou, E., & Stramrood, C. (2022). Developing a woman-centered, inclusive definition of traumatic childbirth experiences: A discussion paper. *Birth*, 49(4), 687-696. <https://doi.org/10.1111/birt.12634>
19. MacMillan, K. K., Greenhalgh, C. F., Cleary, D. B., Cahill, J., Dedman, K., Bright, C., & Watson, S. J. (2026). Childbirth Related Post-Traumatic Stress Disorder and Childbirth Trauma: A Systematic Review of Available Primary Antenatal Intervention. *Birth*, birt.70053. <https://doi.org/10.1111/birt.70053>
20. O'Donoghue, A., Bradshaw, C., & Grealish, A. (2025). An integrative review of healthcare professionals' experiences in caring for women who have experienced psychological birth trauma or birth related Post Traumatic Stress Disorder. *Midwifery*, 144, 104336. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2025.104336>
21. Peng, Z., Liu, J., Liu, B., Zhou, J., Zhang, L., & Zhang, Y. (2024). Psychological interventions to pregnancy-related complications in patients with post-traumatic stress disorder: A scoping review. *BMC Psychiatry*, 24(1), 478. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05926-6>

22. Salter, C., Wint, K., Burke, J., Chang, J. C., Documet, P., Kaselitz, E., & Mendez, D. (2023). Overlap between birth trauma and mistreatment: A qualitative analysis exploring American clinician perspectives on patient birth experiences. *Reproductive Health*, 20(1), 63. <https://doi.org/10.1186/s12978-023-01604-0>
23. Sun, X., Fan, X., Cong, S., Wang, R., Sha, L., Xie, H., Han, J., Zhu, Z., & Zhang, A. (2023). Psychological birth trauma: A concept analysis. *Frontiers in Psychology*, 13, 1065612. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1065612>
24. Sutton, E., Detering, K., East, C., & Whittaker, A. (2023). Women's expectations about birth, requests for pain relief in labor and the subsequent development of birth dissonance and trauma. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 777. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06066-7>
25. Teil, O., Roux, N. L., Begue, A., & Lefebvre, A. (2025). Assessment and screening tools for childbirth-related psychological trauma in nursing practice – A systematic review. *BMC Nursing*, 24(1), 215. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02820-8>
26. Uddin, N., Ayers, S., Khine, R., & Webb, R. (2022). The perceived impact of birth trauma witnessed by maternity health professionals: A systematic review. *Midwifery*, 114, 103460. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103460>



Bölüm

2

DOĞUM SONRASI

DÖNEMDE KADIN RUH SAĞLIĞI

Doğum sonrası dönem, kadının yalnızca fizyolojik olarak iyileştiği bir süreç değil; aynı zamanda biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin yoğun biçimde yaşandığı önemli bir geçiş dönemidir. Postpartum (lohusalık) dönem, doğumun gerçekleşmesinden sonra başlayan, annenin gebelik öncesi fizyolojik durumuna geri dönme sürecini ve aynı zamanda yeni annelik rolüne psikolojik ve sosyal uyumunu kapsayan yaklaşık ilk 6 haftalık dönemi ifade etmektedir. (WHO,2022) Gebelik sürecinin sona ermesiyle ortaya çıkan hormonal değişiklikler, annelik rolüne uyum, artan bakım sorumlulukları, uyku düzenindeki değişimler kadın ruh sağlığını önemli ölçüde etkileyebilmektedir (Okun, 2016). Bu süreçte ortaya çıkan ruhsal sorunlar yalnızca annenin psikolojik iyilik halini değil; anne-bebek bağlanmasını, bebeğin bilişsel ve duygusal gelişimini (O’Dea vd., 2023), aile ilişkilerini ve genel toplum sağlığını da etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir (Schiller vd., 2015). Özellikle postpartum depresyon ve anksiyete bozuklukları doğum sonrası dönemde en sık görülen ruhsal sorunlar arasında yer almakta; sosyal destek eksikliği, travmatik doğum deneyimi, ekonomik güçlükler ve önceki psikiyatrik öykü gibi faktörler ruhsal uyum sürecini zorlaştırabilmektedir (Payne & Maguire, 2019; Dye vd., 2022; Feldman vd., 2025). Bu nedenle doğum sonrası bakım hizmetlerinde ebe ve diğer sağlık profesyonellerinin; erken tanılama, risk değerlendirmesi, psikoegitim, psikososyal destek ve multidisipliner bakım süreçlerinde aktif rol üstlenmesi büyük önem taşımaktadır (Dennis & Dowswell, 2013; NICE, 2021).

Doğum Sonrası Dönemde Fizyolojik ve Hormonal Değişimler

Doğum sonrası dönem, kadın bedeninin gebelik ve doğum sürecinde meydana gelen fizyolojik, hormonal ve psikolojik değişimlerin ardından gebelik öncesi homeostatik düzene yeniden uyum sağlamaya çalıştığı karmaşık bir geçiş sürecidir. Bu dönemde özellikle plasentanın ayrılmasıyla birlikte östrojen ve progesteron hormon düzeylerinde meydana gelen ani ve belirgin düşüşlerin, nöroendokrin sistem üzerinde önemli etkiler oluşturduğu bildirilmektedir. Söz konusu hormonal değişimlerin; serotonin, dopamin ve gama-aminobütirik asit (GABA) gibi nörotransmitter sistemlerini etkileyerek duygu durum dalgalanmaları, emosyonel hassasiyet, irritabilite, anksiyete belirtileri ve depresif semptomların ortaya çıkmasına zemin hazırlayabileceği belirtilmektedir. Bununla birlikte doğum sonrası dönemde yaşanan hormonal yeniden yapılanmanın; uyku düzensizlikleri, fiziksel yorgunluk, annelik rolüne uyum süreci ve sosyal destek düzeyi gibi biyopsikososyal faktörlerle etkileşim içinde olduğu, bu nedenle postpartum ruh sağlığının çok boyutlu bir yapıda değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Okun, 2016).

Hormonal Değişiklikler

Gebelik süresince maternal organizmada fizyolojik adaptasyonu desteklemek amacıyla yüksek düzeylerde salgılanan östrojen ve progesteron

hormonları, doğumun ardından plasentanın ayrılmasıyla birlikte kısa süre içerisinde dramatik biçimde azalmaktadır. Özellikle postpartum ilk günlerde meydana gelen bu ani endokrin değişimlerin, merkezi sinir sistemi ve nörotransmitter mekanizmaları üzerinde etkili olarak kadınların psikolojik uyum süreçlerini etkileyebileceği bildirilmektedir. Östrojen ve progesteron düzeylerindeki hızlı düşüşün; serotonin, dopamin ve gama-aminobütirik asit (GABA) gibi nörokimyasal sistemlerde değişikliklere yol açarak duygu durum dalgalanmaları, iritabilite, ağlama eğilimi, emosyonel hassasiyet, anksiyete belirtileri ve stres toleransında azalma ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte postpartum dönemde yaşanan hormonal yeniden yapılanmanın, uyku düzensizlikleri, fiziksel yorgunluk, annelik rolüne uyum süreci ve sosyal destek düzeyi gibi psikososyal etmenlerle etkileşim içerisinde olduğu; bu durumun bazı kadınlarda geçici emosyonel değişimlere neden olurken, bazı kadınlarda ise postpartum depresyon ve anksiyete bozuklukları gibi daha ciddi ruh sağlığı sorunlarının gelişimine zemin hazırlayabileceği belirtilmektedir (Schiller vd., 2015).

Doğum sonrası dönemde hormonal sistemde meydana gelen yeniden yapılanma yalnızca östrojen ve progesteron düzeylerindeki değişimlerle sınırlı kalmamakta; prolaktin, oksitosin ve kortizol gibi nöroendokrin mekanizmalarda da önemli farklılıklar ortaya çıkmaktadır. Özellikle laktasyon sürecinin başlamasıyla birlikte prolaktin hormon düzeylerinde belirgin artış gözlenmekte, bu hormon süt üretiminin sürdürülmesinde temel rol üstlenmektedir. Bunun yanında oksitosin hormonu; emzirme refleksinin düzenlenmesi, anne-bebek bağlanmasının güçlenmesi ve maternal davranışların desteklenmesinde kritik öneme sahip nöropeptidlerden biri olarak kabul edilmektedir. Oksitosinin aynı zamanda stres yanıtını azaltıcı, anksiyete düzeyini dengeleyici ve emosyonel yakınlığı artırıcı etkiler gösterdiği; bu nedenle postpartum psikolojik uyum sürecinde koruyucu bir rol üstlenebileceği belirtilmektedir. Doğum sonrası dönemde hipotalamik-hipofizer-adrenal (HPA) aks işlevlerinde meydana gelen değişiklikler ve kortizol düzeylerindeki dalgalanmalar da maternal ruh sağlığı üzerinde etkili olabilmektedir. Özellikle kronik stres, yetersiz sosyal destek, uyku bozuklukları, fiziksel yorgunluk ve bakım yükü gibi etmenlerin HPA aksında düzensizliklere yol açarak stres yanıt sistemini olumsuz etkileyebileceği bildirilmektedir. Bu nöroendokrin düzensizliklerin; emosyonel kırılganlık, anksiyete belirtileri ve depresif semptomların ortaya çıkmasında rol oynayabileceği, özellikle biyolojik ve psikososyal risk faktörlerinin bir arada bulunduğu kadınlarda postpartum depresyon gelişme riskini arttırabileceği ifade edilmektedir (Payne & Maguire, 2019).

Uyku Düzeni ve Fiziksel Yorgunluk

Doğum sonrası dönemde yenidoğanın beslenme ve bakım gereksinimleri nedeniyle annelerin uyku düzeni önemli derecede bozulabilmektedir. Özellikle gece sık uyanma, bölünmüş uyku ve yetersiz dinlenme; dikkat azalması,

irritabilite, duygusal hassasiyet ve stres düzeyinde artışa neden olabilmektedir. Uzun süre devam eden uyku problemleri ise depresyon ve anksiyete gelişimi açısından önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. (Okun, 2016)

Fiziksel yorgunluk, postpartum dönemde kadınların en sık deneyimlediği sağlık sorunlarından biri olup, doğum sonrası iyileşme sürecini ve genel yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Gebelik ve doğumun maternal organizma üzerinde oluşturduğu fizyolojik yük, doğum sırasında yaşanan kan kaybı, hormonal değişiklikler, emzirme sürecinin metabolik gereksinimleri ve yenidoğan bakımına bağlı artan sorumluluklar, kadınların enerji düzeylerinde belirgin azalmaya neden olabilmektedir (Jackson vd., 2021). Özellikle postpartum ilk haftalarda uyku düzeninin bozulması, gece sık uyanma, fiziksel iyileşme sürecinin devam etmesi ve günlük bakım aktivitelerinin yoğunluğu, yorgunluk hissinin kronikleşmesine katkıda bulunabilmektedir. Bununla birlikte postpartum dönemde yaşanan fiziksel yorgunluğun yalnızca biyolojik faktörlerle değil, psikososyal etmenlerle de yakından ilişkili olduğu bildirilmektedir. Özellikle eş, aile ve çevresel destek mekanizmalarının yetersiz olduğu durumlarda kadınların bakım yükünün artması; emosyonel tükenmişlik, stres düzeyinde yükselme ve annelik rolüne uyumda güçlüklerle sonuçlanabilmektedir. Sosyal desteğin yetersiz olması durumunda annelerde tükenmişlik hissinin daha belirgin hale geldiği, bunun da postpartum psikolojik iyilik halini ve anne-bebek etkileşimini olumsuz etkileyebileceği belirtilmektedir (Dye vd., 2022).

Beden İmajı ve Fiziksel İyileşme Süreci

Toplumsal güzellik algıları ve doğum sonrasında kısa sürede gebelik öncesi fiziksel görünümüne geri dönme yönündeki sosyal beklentiler, postpartum dönemde kadınların beden algısını olumsuz etkileyebilen önemli psikososyal faktörler arasında yer almaktadır. Özellikle medya, dijital platformlar ve sosyal ağlarda idealize edilen “hızlı toparlanan anne” imajı; kadınların bedenlerini gerçekçi olmayan estetik standartlarla karşılaştırmalarına neden olabilmekte, bu durum beden memnuniyetsizliği, özgüven kaybı ve psikolojik baskı hissini artırabilmektedir. Postpartum dönemde meydana gelen kilo değişiklikleri, abdominal gevşeklik, strialar ve fiziksel görünümdeki farklılaşmaların, kadınların beden algısı ve benlik saygısı üzerinde belirgin etkiler oluşturabileceği bildirilmektedir. Sosyal medya içeriklerinin lohusa kadınların beden imajı, beslenme davranışları ve egzersiz alışkanlıkları üzerindeki etkilerini inceleyen çalışmalarda; estetik odaklı içeriklerin beden memnuniyetsizliği, kısıtlayıcı diyet uygulamaları, aşırı egzersiz eğilimi ve yanlış beslenme bilgileri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bununla birlikte sosyal ağlarda olumlu beden kabulünü destekleyen içeriklere de rastlanmakla birlikte, bu mesajların sınırlı sayıda olduğu ve baskın güzellik normları karşısında yeterince görünür olmadığı belirtilmektedir. Bu durum, postpartum dönemde kadınların ruhsal ve fiziksel sağlıklarını koruyabilmek adına

medya okuryazarlığının güçlendirilmesi, dijital içeriklerin daha etik biçimde düzenlenmesi ve kadınlara yönelik gerçekçi beden algısını destekleyen eğitim programlarının geliştirilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır (Ramos Hernández vd., 2025).

Doğum sonrası dönemde kadın bedeni önemli fiziksel değişimlerden geçmektedir. Karın bölgesinde gevşeme, kilo değişiklikleri, çatlaklar, sezaryen skarı veya perine travmaları gibi durumlar bazı kadınlarda beden memnuniyetsizliğine neden olabilmektedir (Dubé vd., 2024) Bunun yanı sıra pelvik taban problemleri, epizyotomiye bağlı ağrılı cinsel ilişki gibi rahatsızlıklar kadınların özgüvenini ve psikolojik iyilik halini etkileyebilmektedir. Bu nedenle doğum sonrası dönemde yalnızca fiziksel iyileşmeye değil, kadının beden algısı ve duygusal uyum sürecine de bütüncül bir yaklaşımla yaklaşılması büyük önem taşımaktadır (Cattani vd., 2022).

Tablo 1. Postpartum Ruh Sağlığını Etkileyen Temel Faktörler

Değişiklikler	Nedenleri	Postpartum Ruh Sağlığına Etkisi	Kaynak
Hormonal Değişiklikler	Östrojen ve progesteron düzeylerinde ani düşüş; prolaktin, oksitosin ve kortizol düzeylerinde değişim	Duygu durum dalgalanmaları, emosyonel hassasiyet, anksiyete ve depresif belirtiler	Okun, 2016; Schiller vd., 2015; Payne & Maguire, 2019
Uyku Düzeni ve Fiziksel Yorgunluk	Bölünmüş uyku, gece sık uyanma, emzirme ve bakım yükü	Yorgunluk, iritabilite, stres artışı, depresyon ve anksiyete riski	Okun, 2016; Jackson vd., 2021; Dye vd., 2022
Beden İmajı ve Fiziksel İyileşme	Kilo değişiklikleri, abdominal gevşeklik, strialar, sezaryen/perine travmaları	Beden memnuniyetsizliği, özgüven kaybı, psikolojik baskı	Ramos Hernández vd., 2025; Dubé vd., 2024; Cattani vd., 2022
Sosyal Destek	Partner, aile ve çevresel destek mekanizmaları	Yetersiz destek durumunda yalnızlık, tükenmişlik, depresif belirtiler	Özmen vd., 2014
Annelik Hüznü (Postpartum Blues)	Ağlama eğilimi, iritabilite, emosyonel hassasiyet, kaygı	Genellikle geçici olmakla birlikte postpartum depresyon için risk göstergesi olabilir	Berglund, 2020
Postpartum Depresyon	Depresif ruh hali, ilgi kaybı, uyku ve iştah bozuklukları, suçluluk	Anne-bebek bağlanması, emzirme ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etki	Payne & Maguire, 2019; Dye vd., 2022
Postpartum Psikoz	Halüsinasyon, sanrı, ajitasyon, gerçeklik algısında bozulma	Anne ve bebek güvenliği açısından ciddi risk; acil müdahale gerektirir	NICE, 2018; ACOG, 2023
Emzirme ve Ruh Sağlığı	Emzirme öz yeterliliği, bakım yükü ve uyku bölünmesi	Suçluluk, yetersizlik hissi ve depresif belirtilerde artış	Jackson vd., 2021
Akran Destek Grupları	Benzer deneyim yaşayan annelerin destek paylaşımı	Damgalanmanın azalması, emosyonel destek ve baş etmenin güçlenmesi	Anderson, 2013
Multidisipliner Yaklaşım	Ebe, hemşire, psikolog, psikiyatrist ve sosyal hizmet desteği	Erken tanı, yönlendirme ve bütüncül bakımın güçlenmesi	ACOG, 2023

Doğum Sonrası Dönemde Görülen Ruhsal Sorunlar

Annelik Hüznü (Postpartum blues)

Annelik hüznü (postpartum blues), doğum sonrası dönemde kadınlarda en sık görülen emosyonel uyum sorunlarından biri olup genellikle doğumu takip eden ilk birkaç gün içerisinde ortaya çıkmaktadır. Sıklıkla postpartum üçüncü ile beşinci günler arasında belirginleşen bu durumun, çoğu kadında hafif şiddette ve geçici özellik gösterdiği bildirilmektedir. Annelik hüznü; ağlama eğilimi, emosyonel hassasiyet, irritabilite, huzursuzluk, kaygı, yorgunluk, konsantrasyon güçlüğü ve duygu durum dalgalanmaları gibi belirtilerle karakterizedir. Belirtilerin genellikle iki hafta içerisinde kendiliğinden gerediği ve çoğu olguda farmakolojik tedavi gerektirmediği belirtilmektedir. Annelik hüznünün etiyolojisinin multifaktöriyel olduğu; özellikle doğum sonrası dönemde meydana gelen hızlı hormonal değişimlerin, uyku yoksunluğunun, fiziksel yorgunluğun, doğum deneyiminin ve annelik rolüne uyum sürecinin bu tablonun gelişiminde etkili olabileceği düşünülmektedir. Bunun yanı sıra sosyal destek eksikliği, bakım yükünün artması, önceki psikiyatrik öykü ve stres düzeyinin yüksek olması gibi psikososyal faktörlerin de annelik hüznü riskini artırabileceği bildirilmektedir. Her ne kadar annelik hüznü klinik düzeyde bir psikiyatrik bozukluk olarak değerlendirilmemekle birlikte, postpartum depresyon gelişimi açısından önemli bir risk göstergesi olarak kabul edilmektedir. Özellikle belirtilerin şiddetlenmesi, uzun sürmesi veya işlevselliği etkilemeye başlaması durumunda daha ciddi postpartum ruh sağlığı sorunlarının habercisi olabileceği vurgulanmaktadır. Bu nedenle doğum sonrası dönemde sağlık profesyonellerinin annelerin emosyonel durumlarını düzenli olarak değerlendirmesi, riskli bireyleri erken dönemde belirlemesi ve gerekli psikososyal desteği sağlaması büyük önem taşımaktadır (Berglund, 2020).

Postpartum Depresyon

Postpartum depresyon (PD), doğum sonrası dönemde ortaya çıkan ve anne, bebek ile aile sağlığını çok boyutlu olarak etkileyebilen en önemli ruh sağlığı sorunlarından biri olarak kabul edilmektedir. PD, genellikle doğumdan sonraki ilk birkaç hafta içerisinde ortaya çıkmakla birlikte, bazı kadınlarda belirtilerin postpartum ilk yıl içerisinde herhangi bir zamanda başlayabileceği bildirilmektedir. Postpartum blues tablosundan farklı olarak belirtilerin daha şiddetli, uzun süreli ve işlevselliği bozucu özellik göstermesi dikkat çekmektedir. Klinik olarak depresif ruh hali, ilgi ve zevk kaybı, iştah değişiklikleri, uyku bozuklukları, enerji azalması, sürekli yorgunluk hissi, değersizlik ve suçluluk düşünceleri, dikkat ve karar verme güçlüğü, psikomotor ajitasyon veya yavaşlama ile ölüm ya da intihar düşünceleri postpartum depresyonun en sık görülen belirtileri arasında yer almaktadır (Payne & Maguire, 2019).

Bununla birlikte bazı kadınlarda bebeğe karşı ilgisizlik, anne-bebek bağlanmasında güçlük, annelik rolünü yerine getirememe korkusu, yetersizlik hissi ve yoğun suçluluk düşünceleri de görülebilmektedir. Özellikle belirtilerin şiddetli seyrettiği durumlarda kendine zarar verme veya bebeğe zarar verme düşüncelerinin ortaya çıkabilmesi, postpartum depresyonun erken tanı ve müdahale gerektiren ciddi bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir. Tedavi edilmeyen postpartum depresyonun; annenin psikolojik iyilik halini, emzirme sürecini, anne-bebek etkileşimini ve bebeğin bilişsel-duygusal gelişimini olumsuz etkileyebileceği bildirilmektedir. Postpartum depresyonun gelişiminde biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin birlikte rol oynadığı düşünülmektedir. Özellikle daha önce depresyon veya başka bir psikiyatrik hastalık öyküsünün bulunması, sosyal destek eksikliği, travmatik doğum deneyimi, ekonomik güçlükler, evlilik sorunları, stresli yaşam olayları, plansız gebelik, kronik yorgunluk ve uyku bozukluklarının postpartum depresyon riskini artırdığı belirtilmektedir (Dye vd., 2022). Bu nedenle postpartum dönemde kadınların ruh sağlığının bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmesi, riskli annelerin erken dönemde belirlenmesi ve uygun psikososyal destek mekanizmalarının sağlanması büyük önem taşımaktadır (Dye vd., 2022).

Postpartum Anksiyete

Doğum sonrası dönemde birçok ruh sağlığı sorunu, nitelik ve nüks potansiyeli açısından diğer dönemlerle benzerlik gösterir. Ancak, bipolar bozuklukta nüks oranı doğum sonrası artar. (ACOG,2023; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2018) Anksiyete bozuklukları, doğum sonrası dönemde tek başına veya depresyonla birlikte görülebilir; bunlar arasında panik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu ve tokofobi bulunmaktadır (NICE, 2018).

Bazı annelerde obsesif düşünceler gelişebilmekte ve bebeğe zarar verme korkusu nedeniyle yoğun suçluluk hissi ortaya çıkabilmektedir. Bu düşünceler çoğunlukla annenin isteği dışında gelişmekte olup ciddi kaygıya neden olabilmektedir. Bu kaygı ilk doğum ve adolesan gebelik ile ilişkili bulunmuştur. Uyku bozuklukları ve sürekli tetikte olma hali, annelerin günlük yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürebilmektedir. Klinik uygulamada anksiyete gözden kaçabilmektedir; doğum sonrası kaygısı olan kadınların, doğum sonrası depresyonu olanlara göre tedavi arama olasılığı daha düşüktür. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin yalnızca depresif belirtileri değil, kaygı belirtilerini de değerlendirmesi gerekmektedir (Feldman vd., 2025).

Postpartum Psikoz

Postpartum psikoz, doğum sonrası dönemde nadir görülmekle birlikte anne ve bebek sağlığı açısından ciddi riskler taşıyan, acil müdahale gerektiren ağır bir psikiyatrik tablodur. Yaklaşık olarak her 1000 doğumun 1-2'sinde gö-

rüldüğü bildirilen bu durum, postpartum ruh sağlığı bozuklukları içerisinde en ağır klinik tablolar arasında yer almaktadır. (NICE, 2018). Semptomların çoğunlukla doğumdan sonraki ilk 3–10 gün içerisinde ani başlangıç gösterdiği ve klinik belirtilerin kısa sürede hızla ağırlaşabildiği belirtilmektedir. Bu nedenle postpartum psikoz, erken tanı ve hızlı psikiyatrik müdahale gerektiren bir psikiyatrik acil durum olarak değerlendirilmektedir. Postpartum psikozun etiolojisinin tam olarak açıklanamamış olmakla birlikte biyolojik yatkınlık, hormonal değişiklikler, uyku yoksunluğu ve genetik faktörlerin hastalık gelişiminde etkili olabileceği düşünülmektedir. Özellikle bipolar bozukluk tanısının bulunması, kişisel ya da ailede bipolar bozukluk öyküsü olması ve daha önce postpartum psikoz atağı geçirilmiş olması en güçlü risk faktörleri arasında kabul edilmektedir. Ayrıca şiddetli stres, psikiyatrik hastalık öyküsü ve destek sistemlerinin yetersizliği gibi etmenlerin de riski artırabileceği bildirilmektedir. Klinik olarak postpartum psikoz; halüsinasyonlar, sanrılar, düşünce içeriğinde bozulma, dezorganize davranışlar, aşırı ajitasyon, bilinç bulanıklığı, paranoid düşünceler ve gerçeklik algısında kayıp ile karakterizedir. Bazı olgularda hızlı duygu durum değişimleri, mani belirtileri, ağır depresif belirtiler veya konfüzyon tablosu da görülebilmektedir. Bu belirtiler annenin kendi güvenliği ile bebeğin güvenliğini ciddi şekilde tehdit edebileceğinden, özellikle intihar veya bebeğe zarar verme riski açısından dikkatli değerlendirme yapılması gerekmektedir. Bu nedenle postpartum dönemde ani davranış değişiklikleri, gerçeklikten kopma belirtileri veya ağır emosyonel düzensizlik gösteren annelerin sağlık profesyonelleri tarafından hızla değerlendirilmesi ve uygun psikiyatrik bakım sürecine yönlendirilmesi büyük önem taşımaktadır (ACOG,2023).

Tablo 2. Doğum Sonrası Dönemde Görülen Ruhsal Sorunların Ayırıcı Özellikleri

Ruhsal Sorun	Görülme Zamanı	Temel Belirtiler	Ayırıcı Özellikler	Risk Faktörleri	Kaynak
Annelik Hüznü (Postpartum Blues)	Genellikle doğumdan sonraki ilk 3–5 gün	Ağlama eğilimi, iritabilite, emosyonel hassasiyet, kaygı, yorgunluk, duygu durum dalgalanmaları	Hafif ve geçicidir; belirtiler çoğunlukla 2 hafta içinde kendiliğinden düzeler, işlevsellik ciddi düzeyde bozulmaz	Hormonal değişiklikler, uyku yoksunluğu, fiziksel yorgunluk, sosyal destek eksikliği	Berglund, 2020
Postpartum Depresyon (PD)	İlk birkaç hafta içinde başlayabilir; postpartum ilk yıl boyunca görülebilir	Depresif ruh hali, ilgi kaybı, suçluluk, değersizlik hissi, uyku ve iştah bozuklukları, intihar düşünceleri	Belirtiler ≥ 2 hafta sürer; işlevselliği belirgin bozar; anne-bebek bağlanmasını etkileyebilir	Önceki depresyon öyküsü, stresli yaşam olayları, sosyal destek eksikliği, travmatik doğum	Payne & Maguire, 2019; Dye vd., 2022

Postpartum Anksiyete	Doğum sonrası herhangi bir dönemde	Sürekli kaygı, obsesif düşünceler, bebeğe zarar verme korkusu, huzursuzluk, tetikte olma hali	Depresyondan farklı olarak yoğun kaygı ön plandadır; çoğu zaman gözden kaçabilir	İlk doğum, adolesan gebelik, uyku bozukluğu, obsesif düşünceler	NICE, 2018; Feldman vd., 2025
Postpartum Psikoz	Genellikle doğumdan sonraki 3–10 gün içinde ani başlangıç	Halüsinasyonlar, sanrılar, dezorganize davranışlar, bilinç bulanıklığı, mani belirtileri	Psikiyatrik acil durumdur; anne ve bebek güvenliği açısından yüksek risk taşıır	Bipolar bozukluk öyküsü, genetik yatkınlık, uyku yoksunluğu, önceki postpartum psikoz öyküsü	NICE, 2018; ACOG, 2023

Doğum Sonrası Ruh Sağlığını Etkileyen Faktörler

Sosyal Destek

Doğum sonrası dönemde sosyal destek, annenin psikolojik uyum sürecini, emosyonel iyilik halini ve yaşam kalitesini etkileyen en önemli koruyucu faktörlerden biri olarak kabul edilmektedir. Postpartum süreçte kadınlar yalnızca fiziksel iyileşme süreciyle değil; annelik rolüne uyum, yenidoğan bakım sorumluluğu, hormonal değişimler ve yaşam düzenindeki dönüşümlerle de baş etmeye çalışmaktadır. Bu nedenle annenin eşinden, ailesinden, arkadaş çevresinden ve sağlık profesyonellerinden aldığı sosyal destek, postpartum döneme sağlıklı uyum sağlamasında kritik bir rol oynamaktadır. Özellikle partner desteğinin; annenin bakım yükünü hafifletmesi, ebeveynlik sorumluluğunun paylaşılmasını sağlaması ve annenin kendini duygusal açıdan güvende hissetmesine katkıda bulunması açısından önemli olduğu belirtilmektedir. Annenin anlaşılma, değer verilmiş ve desteklenmiş hissetmesi; stres düzeyinin azalmasına, baş etme becerilerinin güçlenmesine ve psikolojik dayanıklılığın artmasına katkı sağlayabilmektedir. Bunun yanı sıra sosyal desteğin yeterli olması, anne-bebek bağlanmasını olumlu yönde etkileyebilmekte ve annenin bakım verme sürecindeki öz yeterlilik algısını güçlendirebilmektedir. Buna karşın yetersiz sosyal destek; yalnızlık hissi, emosyonel tükenmişlik, çaresizlik, kaygı ve depresif belirtilerde artış ile ilişkili bulunmuştur. Özellikle bebeğin bakım sorumluluğunun büyük ölçüde anne üzerinde olması, gece uykularının bölünmesi ve günlük yaşam yükünün artması, fiziksel ve duygusal yükün yoğunlaşmasına neden olabilmektedir. Ayrıca sosyal destek eksikliğinin postpartum depresyon, anksiyete ve annelik rolüne uyum güçlükleri açısından önemli bir risk faktörü olduğu bildirilmektedir. Bu nedenle postpartum dönemde annenin sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesi, partner katılımının teşvik edilmesi, aile merkezli bakım yaklaşımlarının benimsenmesi ve sağlık profesyonelleri tarafından psikososyal desteğin sürdürülmesi büyük önem taşımaktadır (Özmen vd., 2014).

Travmatik Doğum Deneyimi

Doğum deneyimi, kadının doğum sonrası ruh sağlığı üzerinde önemli etkiler bırakabilmektedir. Acil sezaryen, yoğun ağrı, komplikasyon gelişmesi, kontrol kaybı hissi, sağlık profesyonelleriyle olumsuz iletişim ve annenin kendini güvende hissetmemesi travmatik doğum deneyimine yol açabilmektedir. Travmatik doğum yaşayan kadınlarda doğum sonrası stres belirtileri, kaygı bozuklukları ve depresyon görülme riskinin arttığı bildirilmektedir. Bazı kadınlarda doğuma ilişkin tekrar eden anılar, kaçınma davranışları ve yoğun korku gelişebilmektedir. Bu nedenle doğum sürecinde anne merkezli bakım anlayışının benimsenmesi ve psikolojik destek sağlanması önemlidir (Ayers, 2004).

Emzirme Süreci

Doğum sonrası depresyonun, annenin emzirme süreci üzerinde önemli etkiler oluşturabileceği; postpartum depresyon yaşayan kadınlarda emzirme süresinin daha kısa olabildiğini, emzirme sırasında yaşanan güçlüklerin arttığı ve emzirme öz yeterliliğinin azaldığı belirtilmektedir. Ayrıca depresif belirtiler yaşayan annelerin emzirmeye başlama, emzirmeyi sürdürme ve yalnızca anne sütü ile besleme olasılıklarının daha düşük olduğu belirtilmektedir. Depresyonun neden olduğu enerji kaybı, motivasyon azalması, yoğun yorgunluk hissi ve emosyonel tükenmişlik gibi durumların, annenin emzirme sürecine uyumunu olumsuz etkileyebileceği düşünülmektedir. Bunun yanı sıra anne-bebek etkileşiminde yaşanan güçlüklerin de emzirme deneyimini zorlaştırabileceği ifade edilmektedir. Toplumsal düzeyde “iyi anne” olmanın çoğu zaman başarılı emzirme ile ilişkilendirilmesi, bazı kadınlarda yoğun baskı hissi oluşturabilmektedir. Özellikle emzirme konusunda güçlük yaşayan veya bebeğini yalnızca anne sütüyle besleyemeyen kadınlarda suçluluk, yetersizlik ve başarısızlık duygularının gelişebildiği bildirilmektedir. Bu durum, mevcut depresif belirtilerin şiddetlenmesine ve annenin psikolojik iyilik halinin daha fazla bozulmasına neden olabilmektedir. Ayrıca emzirmenin gece uykularını bölmesi, annenin dinlenme süresini azaltması ve fiziksel yorgunluğu artırması da postpartum dönemde ruhsal iyilik hali üzerinde olumsuz etkiler oluşturabilmektedir. Bu nedenle postpartum dönemde annelere emzirme konusunda gerçekçi, kanıta dayalı ve yargılayıcı olmayan bilgi sunulması büyük önem taşımaktadır. Sağlık profesyonellerinin annelere bireysel gereksinimlerine uygun danışmanlık vermesi, emzirme sürecindeki güçlükleri erken dönemde belirlemesi ve destekleyici yaklaşım sergilemesi hem annenin ruh sağlığının korunmasına hem de emzirme deneyiminin daha olumlu yaşanmasına katkı sağlayabilmektedir (Jackson vd., 2021).

Sosyoekonomik Faktörler

Ekonomik güçlükler, işsizlik, düşük gelir düzeyi ve yaşam koşullarındaki yetersizlikler doğum sonrası stres düzeyini artırabilmektedir. Maddi kaygı-

lar, bebeğin bakımına ilişkin sorumluluklarla birleştğinde annelerde yoğun baskı hissi oluşturabilmektedir. Özellikle sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan sorunlar ve bakım desteğinin yetersiz olması ruhsal sorun riskini artırmaktadır (Üstgörül & Yanıkkerem, 2017).

Bu kaygılar doğum sonrası kaygının (DSK) anne ve bebek sağlığı üzerindeki etkileri artan bir şekilde araştırılmaktadır. Sonuçlar, DSK semptomları gösteren kadınların emzirme olasılığının düşük, emzirmeyi erken sonlandırma olasılığının yüksek olduğunu göstermiştir. Ayrıca, DSK yaşayanların emzirmeye başlama olasılığı daha düşükken, mama ile takviye yapma olasılığı daha yüksektir. Doğum sonrası depresyon, emzirme zorluklarını artırmakta ve anne sütü bileşimini olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle postpartum ruh sağlığının değerlendirilmesinde sosyal belirleyicilerin göz önünde bulundurulması gerekmektedir (Yuen vd., 2022).

Önceki Psikiyatrik Öykü

Önceden depresyon, anksiyete bozukluğu veya başka bir psikiyatrik hastalık öyküsü bulunan kadınlarda postpartum dönemde ruhsal sorun gelişme riski daha yüksektir. Özellikle gebelik öncesinde veya gebelik sırasında depresif belirtiler yaşayan kadınlarda postpartum depresyon görülme olasılığı artabilmektedir (Dye vd., 2022).

Bunun yanı sıra geçmiş travmalar, stresli yaşam olayları ve düşük baş etme becerileri de ruhsal uyum sürecini zorlaştırabilmektedir. Bu nedenle gebelik ve postpartum dönemde kadınların psikiyatrik öykülerinin ayrıntılı şekilde değerlendirilmesi, riskli annelerin erken dönemde belirlenmesi açısından önemlidir (Biaggi vd., 2016).

Anne-Bebek Bağlanması ve Ruh Sağlığı

Anne-bebek bağlanması, annenin bebeğine karşı geliştirdiği duygusal yakınlık ve güven ilişkisini ifade eden önemli bir süreçtir. Bu bağlanma süreci, doğum sonrası erken dönemde başlamaktadır ve bebeğin fiziksel, duygusal, bilişsel ve sosyal gelişimi üzerinde uzun dönemli etkiler oluşturabilmektedir. Güvenli bağlanmanın gelişmesi; annenin bebeğin ihtiyaçlarını fark edebilmesi, uygun şekilde yanıt verebilmesi ve bebeğiyle sağlıklı iletişim kurabilmesi ile ilişkilidir. Bu nedenle annenin ruhsal iyilik hali, bağlanma sürecinin niteliğini doğrudan etkileyebilmektedir. Doğum sonrası dönemde annenin yaşadığı duygusal kararsızlık, öfke gibi ruhsal aşırılık durumlarında bebeğin ihmali, istismarı veya reddedilmesi riskinin artması olarak ortaya çıkabilir. Bu durum annenin bebeğin sinyallerine duyarlı şekilde yanıt vermesini zorlaştırarak bağlanma sürecini olumsuz etkileyebilmektedir (O'Dea vd., 2023).

Anne-bebek bağlanmasındaki bozulmalar yalnızca anne üzerinde değil, bebeğin gelişimi üzerinde de etkiler oluşturabilmektedir. Yetersiz bağlanmanın; bebeğin emosyonel düzenleme becerileri, güven duygusu, sosyal

ilişkileri ve bilişsel gelişimi üzerinde olumsuz sonuçlara yol açabileceği bildirilmektedir. Özellikle yaşamın ilk yıllarında kurulan güvenli ilişkinin, çocuğun ilerleyen dönemlerdeki psikolojik dayanıklılığı açısından önemli olduğu vurgulanmaktadır. Emzirme, ten tene temas, göz teması kurulması ve annenin bebeğiyle kaliteli zaman geçirmesi bağlanma sürecini destekleyen önemli faktörler arasında yer almaktadır. Bunun yanı sıra annenin sosyal destek alması, yeterli dinlenebilmesi ve psikolojik açıdan desteklenmesi de sağlıklı bağlanmanın gelişimine katkı sağlamaktadır. Özellikle doğum sonrası ruhsal sorunların erken dönemde fark edilmesi ve gerekli desteklerin sağlanması, anne-bebek ilişkisinin güçlendirilmesi açısından önem taşımaktadır. Sağlık profesyonelleri, postpartum dönemde anne-bebek etkileşimini değerlendirme ve riskli durumları erken belirleme açısından önemli bir role sahiptir. Ebe ve hemşireler tarafından yürütülen danışmanlık ve psikososyal destek uygulamaları; annelerin bağlanma sürecini güçlendirmelerine yardımcı olabilmektedir. Bu nedenle doğum sonrası bakım hizmetlerinde yalnızca fiziksel iyileşmeye değil, anne-bebek bağlanmasının desteklenmesine ve annenin ruhsal iyilik halinin korunmasına da bütüncül bir yaklaşımla önem verilmiştir (Bigelow & Power, 2020).

Doğum Sonrası Dönemde Ruh Sağlığını Destekleyen Yaklaşımlar

Doğum sonrası dönem, kadınların biyolojik ve psikososyal açıdan yoğun değişimler yaşadığı hassas bir süreçtir. Bu dönemde ruh sağlığının korunması ve olası psikolojik sorunların erken dönemde önlenmesi amacıyla bütüncül ve destekleyici yaklaşımların uygulanması büyük önem taşımaktadır. Özellikle erken tanılama, psikososyal destek, profesyonel danışmanlık ve multidisipliner bakım uygulamaları, postpartum dönemde kadınların ruhsal iyilik halinin güçlendirilmesine katkı sağlamaktadır (ACOG,2023).

Psikoeğitim

Psikoeğitim, doğum sonrası dönemde kadınların yaşayabilecekleri fiziksel ve ruhsal değişiklikler konusunda bilgilendirilmesini amaçlayan önemli bir destek yaklaşımıdır. Annelerin postpartum döneme ilişkin gerçekçi bilgiye sahip olması, yaşadıkları belirtileri anlamlandırmalarını ve kaygı düzeylerinin azalmasını sağlayabilmektedir. Psikoeğitim kapsamında; duygu durum değişiklikleri, uyku problemleri, emzirme süreci, stres yönetimi ve ne zaman profesyonel destek alınması gerektiği gibi konular ele alınabilmektedir. Özellikle gebelik döneminden itibaren verilen eğitimlerin postpartum uyum sürecini olumlu etkileyebileceği bildirilmektedir (Dennis & Dowswell, 2013).

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)

Bilişsel davranışçı terapi, doğum sonrası dönemde görülen depresyon ve anksiyete belirtilerinin azaltılmasında etkili olduğu bildirilen psikoterapi yöntemlerinden biridir.(Feldman vd., 2025) BDT, bireyin olumsuz düşünce

kalıplarını fark etmesine ve daha işlevsel baş etme becerileri geliştirmesine yardımcı olmaktadır. Postpartum dönemde kadınlar sıklıkla “yetersiz anne olma”, “başarısızlık” veya “bebeğe zarar vereceği” yönünde olumsuz düşünceler yaşayabilmektedir. BDT müdahaleleri, bu düşüncelerin yeniden yapılandırılmasını ve strese baş etme becerilerinin güçlendirilmesini hedeflemektedir. Ayrıca gevşeme teknikleri, nefes egzersizleri ve davranışsal aktivasyon uygulamaları da tedavi sürecinde kullanılabilir. (Sockol, 2015).

Sosyal Destek Programları

Sosyal destek programları, annelerin yalnızlık hissini azaltmak ve psiko-sosyal uyumu güçlendirmek amacıyla uygulanan önemli girişimler arasında yer almaktadır. Partner desteği, aile desteği ve profesyonel destek mekanizmaları annenin ruhsal yükünü azaltabilmektedir.

Ev ziyaretleri, telefon danışmanlığı, anne eğitim programları ve toplum temelli destek hizmetleri postpartum dönemde kadınların kendilerini daha güvende hissetmelerine katkı sağlayabilmektedir. Özellikle risk grubunda bulunan annelere yönelik düzenli takip programlarının ruhsal sorunların erken belirlenmesinde etkili olduğu bildirilmektedir (O’Neill vd., 2019).

Anne Destek Grupları

Anne destek grupları, benzer deneyimler yaşayan kadınların bir araya gelerek duygu ve deneyimlerini paylaşmalarına olanak sağlayan önemli sosyal destek kaynaklarıdır. Bu gruplar sayesinde anneler yalnız olmadıklarını hissedebilmekte ve yaşadıkları sorunlarla baş etme konusunda güç kazanabilmektedir. Özellikle postpartum depresyon ve kaygı yaşayan kadınlarda destek gruplarının sosyal izolasyonu azalttığı ve psikolojik iyilik halini artırdığı bildirilmektedir. Grup ortamında deneyim paylaşımı, annelerin kendilerini daha anlaşılabilir hissetmelerine katkıda bulunabilmektedir (O’Neill vd., 2019). Doğum sonrası depresyon yaşayan kadınlar için oluşturulan akran destek gruplarının, annelerin psikososyal iyilik halini desteklemede önemli katkılar sağladığı bildirilmektedir. Benzer deneyimleri yaşayan kadınların bir araya gelmesi; annelerin duygularını paylaşmalarına, yalnızlık hissini azaltmasına ve emosyonel açıdan anlaşılabilir hissetmelerine yardımcı olabilmektedir. Özellikle postpartum depresyon yaşayan kadınların yaşadıkları güçlükleri açık biçimde ifade edebilmeleri, baş etme becerilerini güçlendirebilmekte ve yardım arama davranışlarını olumlu yönde etkileyebilmektedir. Akran destek gruplarının yalnızca duygusal destek sağlamakla kalmadığı, aynı zamanda postpartum ruh sağlığı sorunlarına yönelik toplumsal damgalanmayı azaltmada da etkili olabileceği belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda, akran destek programlarının katılımcılar arasında depresyon ve annelikle ilişkili damgalanma algısını azaltabildiği, kadınların yaşadıkları belirtileri daha normalleştirilmiş bir çerçevede değerlendirmelerine katkı sağladığı gösterilmiştir (Anderson, 2013).

Bilinçli Farkındalık (Mindfulness) ve Gevşeme Teknikleri

Mindfulness temelli uygulamalar ve gevşeme teknikleri, postpartum dönemde stres ve kaygının azaltılmasına yardımcı olabilmektedir. Meditasyon, kontrollü nefes alma egzersizleri, yoga ve fiziksel aktivite müdahalelerinin kadınların emosyonel düzenleme becerilerini destekleyebilmektedir (Yang vd., 2023).

Bu uygulamaların özellikle stres düzeyi, anksiyete ve depresyonu azaltma açısından yararlı olabileceği bildirilmektedir. Bunlara dayanarak, mindfulness uygulamalarının annelerin kendilerine karşı daha şefkatli ve kabul edici bir tutum geliştirmelerine önemli bir katkı sağlayabileceği öne sürülebilir (Dağlar & Şahin, 2021).

Multidisipliner Yaklaşım

Doğum sonrası ruh sağlığının korunması, geliştirilmesi ve olası psikiyatrik sorunların erken dönemde önlenmesi açısından multidisipliner yaklaşım büyük önem taşımaktadır. Postpartum dönem; biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin bir arada yaşandığı karmaşık bir süreç olduğundan, annelerin gereksinimlerinin yalnızca fiziksel sağlık boyutuyla değil, ruhsal ve sosyal yönleriyle de bütüncül biçimde değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda ebe, hemşire, psikolog, psikiyatrist, sosyal hizmet uzmanı ve çocuk gelişimi uzmanı gibi farklı disiplinlerden sağlık profesyonellerinin iş birliği içerisinde çalışması, anne ve bebeğe yönelik bakım hizmetlerinin etkinliğini artırmaktadır (NİCE, 2021).

Özellikle postpartum depresyon, anksiyete, annelik hüznü ve postpartum psikoz gibi ruhsal sorunlar açısından risk taşıyan kadınların erken dönemde belirlenmesi; düzenli tarama programlarının uygulanması, uygun danışmanlık hizmetlerinin sunulması ve gerekli durumlarda ileri uzmanlık alanlarına yönlendirme yapılması açısından önemlidir. Sürekli izlem ve destek mekanizmalarının sağlanması, annelerin kendilerini güvende hissetmelerine katkıda bulunmakta ve ruh sağlığı sorunlarının kronikleşmesini önleyebilmektedir. Ayrıca multidisipliner ekip yaklaşımı sayesinde yalnızca annenin değil, bebeğin gelişimsel gereksinimlerinin, aile içi ilişkilerin ve sosyal destek sistemlerinin de kapsamlı şekilde değerlendirilmesi mümkün olmaktadır. Anne merkezli bakım yaklaşımının benimsenmesi, postpartum bakım hizmetlerinin bireyin fiziksel, emosyonel, sosyal ve kültürel gereksinimlerine göre planlanmasını desteklemektedir. Kadının bireysel özellikleri, yaşam koşulları, sosyal destek düzeyi ve psikolojik gereksinimleri dikkate alınarak oluşturulan bakım ve destek programlarının, postpartum dönemde yaşam kalitesini artırabileceği, annelik rolüne uyumu kolaylaştırabileceği ve anne-bebek bağlanmasını olumlu yönde etkileyebileceği bildirilmektedir. Bu nedenle postpartum ruh sağlığı hizmetlerinde multidisipliner, bütüncül ve kadın odaklı yaklaşımların güçlendirilmesi büyük önem taşımaktadır (NICE, 2021).

Ebe ve Sağlık Profesyonellerinin Rolü

Doğum sonrası dönem, kadının fiziksel iyileşmesinin yanı sıra psikolojik ve sosyal uyum sürecini de kapsayan hassas bir dönemdir. Bu nedenle ebe ve diğer sağlık profesyonelleri; yalnızca biyolojik iyileşmeyi izleyen değil, aynı zamanda annenin ruhsal iyilik halini değerlendiren, destekleyen ve gerekli durumlarda müdahale eden temel aktörlerdir. Doğum sonrası ruh sağlığı hizmetlerinde erken tanılama, risk değerlendirmesi, danışmanlık, eğitim, izlem ve uygun yönlendirme süreçleri profesyonel bakımın temel bileşenlerini oluşturmaktadır (NICE,2018; ACOG,2023).

Ebeler, doğum öncesinden başlayarak postpartum dönemin ilk haftalarına kadar anne ile en yoğun temasta bulunan sağlık profesyonellerinden biridir. Bu nedenle postpartum depresyon, anksiyete, annelik hüznü ve psikoz gibi ruhsal sorunlara yönelik risk faktörlerinin erken dönemde belirlenmesinde önemli sorumluluk üstlenmektedir. Önceki psikiyatrik öykü (Dye vd., 2022), sosyal destek yetersizliği (O'Neill vd., 2019), travmatik doğum deneyimi (Ayers, 2004), ekonomik güçlükler ve uyku bozuklukları gibi etmenlerin sistematik biçimde değerlendirilmesi; riskli annelerin erken fark edilmesini ve uygun destek mekanizmalarına yönlendirilmesini sağlamaktadır (Biaggi vd., 2016; Feldman vd., 2025).

Doğum sonrası ruh sağlığının korunmasında psiko eğitim uygulamaları sağlık profesyonellerinin önemli görev alanlarından biridir. Anneye doğum sonrası dönemde görülebilecek duygu durum değişiklikleri, uyku düzeni (Okun, 2016), emzirme süreci (Jackson vd., 2021), stres yönetimi ve profesyonel yardım gerektiren belirtiler hakkında bilgi verilmesi; kadının yaşadığı değişimleri anlamlandırmasına ve kaygısının azalmasına katkı sağlayabilmektedir. Gebelik döneminden itibaren başlayan eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin postpartum uyum sürecini olumlu etkilediği bildirilmektedir (Dennis & Dowswell, 2013; NICE,2018).

Ebe ve sağlık profesyonelleri aynı zamanda anne-bebek bağlanmasının desteklenmesinde aktif rol üstlenmektedir. Anne ile bebeğin etkileşimini gözlemlemek, ten tene temas, emzirme ve duyarlı bakım davranışlarını teşvik etmek; güvenli bağlanmanın gelişmesini desteklemektedir. Özellikle ruhsal sorun yaşayan annelerde bağlanma güçlüklerinin erken dönemde fark edilmesi ve psikososyal destek sağlanması hem annenin ruh sağlığını hem de bebeğin duygusal ve bilişsel gelişimini olumlu yönde etkileyebilmektedir (Bigelow & Power, 2020; O'Dea vd., 2023).

Psikososyal destek hizmetleri kapsamında sağlık profesyonelleri; ev ziyaretleri, telefon danışmanlığı, anne destek grupları ve toplum temelli bakım uygulamaları ile annelerin sosyal destek sistemlerini güçlendirebilmektedir. Özellikle risk grubundaki kadınların düzenli izlenmesi, yalnızlık hissini azaltılması ve gerektiğinde psikolojik destek hizmetlerine yönlendirilmesi

ruhsal sorunların önlenmesinde etkili olmaktadır (O'Neill vd., 2019; Anderson, 2013). Bununla birlikte postpartum ruh sağlığının yönetiminde multidisipliner yaklaşım esastır. Ebe, hemşire, psikolog, psikiyatrist, sosyal hizmet uzmanı ve çocuk gelişimi uzmanlarının iş birliği içerisinde çalışması; annenin fiziksel, ruhsal ve sosyal gereksinimlerinin bütüncül biçimde ele alınmasını sağlamaktadır. (ACOG,2023) Anne merkezli bakım anlayışının benimsenmesi, bireyselleştirilmiş bakım planlarının oluşturulması ve sürekliliğin sağlanması doğum sonrası dönemde kadınların yaşam kalitesini artırmakta ve ruhsal iyilik halini desteklemektedir (NICE, 2021).

KAYNAKLAR

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2023). *Screening and diagnosis of mental health conditions during pregnancy and postpartum: Clinical Practice Guideline No. 4. Obstetrics & Gynecology*, 141(6), 1232–1261. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000005200>
- Anderson, L. N. (2013). Functions of Support Group Communication for Women with Postpartum Depression: How Support Groups Silence and Encourage Voices of Motherhood. *Journal of Community Psychology*, 41(6), 709-724. <https://doi.org/10.1002/jcop.21566>
- Ayers, S. (2004). Delivery as a Traumatic Event: Prevalence, Risk Factors, and Treatment for Postnatal Posttraumatic Stress Disorder. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 47(3), 552-567. <https://doi.org/10.1097/01.grf.0000129919.00756.9c>
- Bergink, V., Lambregtse-van den Berg, M. P., Koorengel, K. M., Kupka, R., & Kushner, S. A. (2011). First-onset psychosis occurring in the postpartum period: A prospective cohort study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 72(11), 1531-1537. <https://doi.org/10.4088/JCP.10m06648>
- Berglund, J. (2020). Treating Postpartum Depression: Beyond the Baby Blues. *IEEE Pulse*, 11(1), 17-20. <https://doi.org/10.1109/MPULS.2020.2972723>
- Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C. M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 191, 62-77. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.014>
- Bigelow, A. E., & Power, M. (2020). Mother–Infant Skin-to-Skin Contact: Short- and Long-Term Effects for Mothers and Their Children Born Full-Term. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01921>
- Cattani, L., De Maeyer, L., Verbakel, J. Y., Bosteels, J., & Deprest, J. (2022). Predictors for sexual dysfunction in the first year postpartum: A systematic review and meta-analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 129(7), 1017-1028. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16934>
- Dağlar, Ö. Ş., & Şahin, N. H. (2021). Bilinçli Farkındalık (Mindfulness) ve Perinatal Ruh Sağlığı: Bir Sistemik Derleme. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 3(3), 159-172. <https://doi.org/10.48071/sbuhemsirelik.951950>
- Dennis, C.-L., & Dowswell, T. (2013). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(2), CD001134. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001134.pub3>
- Dubé, S., Beaulieu, N., Bergeron, S., Lafontaine, M.-F., Péloquin, K., Brault-Labbé, A., Gosselin, P., & Brassard, A. (2024). Do perfectionism, body image concerns, and intimacy predict genitopelvic pain in the postpartum? A prospective study of new mothers. *The Journal of Sexual Medicine*, 21(6), 566-572. <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdae039>

- Dye, C., Lenz, K. M., & Leuner, B. (2022). Immune System Alterations and Postpartum Mental Illness: Evidence From Basic and Clinical Research. *Frontiers in Global Women's Health*, 2. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2021.758748>
- Feldman, N., Hibara, A., Ye, J., Macaranas, A., Larkin, P., Hendrix, E., Aydinian, T., Mittal, L., Wiegartz, P., Silbersweig, D., & Liu, C. H. (2025). Postpartum anxiety: A state-of-the-art review. *The Lancet Psychiatry*, 12(12), 947-959. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(25\)00197-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(25)00197-X)
- Jackson, L., De Pascalis, L., Harrold, J., & Fallon, V. (2021). Guilt, shame, and postpartum infant feeding outcomes: A systematic review. *Maternal & Child Nutrition*, 17(3), e13141. <https://doi.org/10.1111/mcn.13141>
- Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance*. (2018). National Institute for Health and Care Excellence (NICE).
- NICE. (2021). *Postnatal Care* (Sy. NG194). National Institute for Health and Care Excellence. www.nice.org.uk/guidance/ng194
- O'Dea, G. A., Youssef, G. J., Hagg, L. J., Francis, L. M., Spry, E. A., Rossen, L., Smith, I., Teague, S. J., Mansour, K., Booth, A., Davies, S., Hutchinson, D., & Macdonald, J. A. (2023). Associations between maternal psychological distress and mother-infant bonding: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Women's Mental Health*, 26(4), 441-452. <https://doi.org/10.1007/s00737-023-01332-1>
- Okun, M. L. (2016). Disturbed Sleep and Postpartum Depression. *Current Psychiatry Reports*, 18(7), 66. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0705-2>
- O'Neill, P., Cycon, A., & Friedman, L. (2019). Seeking social support and postpartum depression: A pilot retrospective study of perceived changes. *Midwifery*, 71, 56-62. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.01.003>
- Özmen, D., Cetinkaya, A., Cambaz Ulaş, S., & Özmen, E. (2014). Association between Perceived Social Support and Postpartum Depression in Turkey. *British Journal of Medicine & Medical Research*, 4, 2025-2036. <https://doi.org/10.9734/BJM-MR/2014/6109%23sthash.WC4L4AHY.dpuf>
- Payne, J. L., & Maguire, J. (2019). Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 52, 165-180. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2018.12.001>
- Ramos Hernández, E., Sánchez-Aguadero, N., Feroso Palmero, M. J., & Recio-Rodríguez, J. I. (2025). Influence of social networks on self-image and lifestyle in postpartum women: A systematic scoping review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25(1), 753. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07847-y>
- Schiller, C. E., Meltzer-Brody, S., & Rubinow, D. R. (2015). The role of reproductive hormones in postpartum depression. *CNS Spectrums*, 20(1), 48-59. <https://doi.org/10.1017/S1092852914000480>
- Sockol, L. E. (2015). A systematic review of the efficacy of cognitive behavioral therapy for treating and preventing perinatal depression. *Journal of Affective Disorders*,

177, 7-21. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.052>

- Üstgörül, S., & Yanikkerem, E. (2017). Psychosocial Health of Women During Postpartum Period and Affecting Risk Factors. *Journal of Academic Research in Nursing*. <https://doi.org/10.5222/jaren.2017.1012>
- Yang, Y. Q., Zhao, W. T., Li, C. W., Yin, A. W., Fan, M. R., Yang, Z. Z., & Gao, P. (2023). Research progress of perimenopausal depression. *Chin. J. Comp. Med*, 33, 85-92.
- Yuen, M., Hall, O. J., Masters, G. A., Nephew, B. C., Carr, C., Leung, K., Griffen, A., McIntyre, L., Byatt, N., & Moore Simas, T. A. (2022). The Effects of Breastfeeding on Maternal Mental Health: A Systematic Review. *Journal of Women's Health*, 31(6), 787-807. <https://doi.org/10.1089/jwh.2021.0504>



**POSTPARTUM DEPRESYON
VE KANITA DAYALI YAKLAŞIMLAR**

Gebelik, kadının yaşamında fiziksel, hormonal, psikolojik ve sosyal değişimlerin yoğun biçimde yaşandığı, biyopsikososyal açıdan oldukça hassas bir dönem olarak değerlendirilmektedir (Kortak ve Karaaziz, 2025). Bu süreçte kadın bedeni, fetal gelişimi desteklemek amacıyla önemli fizyolojik adaptasyonlar geçirirken; hormonal değişimler, annelik rolüne hazırlık, beden imajındaki farklılaşmalar ve sosyal yaşamda meydana gelen değişiklikler kadınların ruhsal durumunu da etkileyebilmektedir. Gebelik sürecinde yaşanan bu kapsamlı değişimlerin, bazı kadınlarda emosyonel dalgalanmalara, stres düzeyinde artışa ve çeşitli psikiyatrik sorunların ortaya çıkmasına zemin hazırlayabileceği bildirilmektedir (Stewart ve Vigod, 2016).

Perinatal dönemde görülen ruh sağlığı sorunları arasında postpartum depresyon (PPD), hem anne hem de bebek sağlığı üzerinde kısa ve uzun dönemli etkileri nedeniyle en önemli halk sağlığı sorunlarından biri olarak kabul edilmektedir. Postpartum depresyon; annenin psikolojik iyilik halini, anne-bebek bağlanmasını, emzirme sürecini ve bebeğin bilişsel-duygusal gelişimini olumsuz etkileyebilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), postpartum depresyonu gebelik sürecinde veya doğum sonrası ilk bir yıl içerisinde ortaya çıkabilen en yaygın ruh sağlığı sorunlarından biri olarak tanımlamaktadır (DSÖ, 2022). Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association [APA]) ise postpartum depresyonu, majör depresif bozukluğun doğum sonrası dönemde başlaması şeklinde tanımlamakta ve bu durumun klinik olarak dikkatle değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (APA, 2013).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) yayımladığı perinatal ruh sağlığı rehberinde postpartum depresyon belirtileri; sürekli üzüntü ve ağlama, daha önce keyif alınan aktivitelere karşı ilgi ve zevk kaybı, yoğun kaygı, aşırı düşünme, uyku ve iştah bozuklukları, dikkat ve konsantrasyon güçlüğü, karar vermede zorlanma, suçluluk, değersizlik ve umutsuzluk hisleri, bedensel ağrılar, huzursuzluk ile kendine zarar verme veya intihar düşünceleri şeklinde tanımlanmaktadır (DSÖ, 2022). Bu belirtilerin annenin günlük yaşam işlevselliğini, annelik rolüne uyumunu ve sosyal ilişkilerini olumsuz etkileyebileceği bildirilmektedir.

Bununla birlikte postpartum dönemde bazı kadınlarda bebeğe yönelik olumsuz düşünceler, bebeğe bakım vermek istememe, anne-bebek bağlanmasında güçlük yaşama ve bebeğin sağlığı ile ilgili yoğun ve kontrol edilmesi güç kaygılar görülebilmektedir. Özellikle bebeği sürekli düşünme, bebeğe zarar gelmesine ilişkin aşırı korkular ve yoğun endişe hali, annenin psikolojik yükünü artırabilmektedir. Bu durumların yalnızca annenin ruh sağlığını değil, aynı zamanda bebeğin bakım sürecini ve anne-bebek etkileşimini de etkileyebileceği belirtilmektedir (DSÖ, 2022). Daha ağır klinik tablolarda ise halüsinasyonlar, psikotik belirtiler, gerçeklik algısında bozulma ve ağır depresif belirtiler ortaya çıkabilmektedir. Bu tür belirtiler postpartum psikoz veya ağır seyirli postpartum depresyon açısından değerlendirilmekte olup

anne ve bebek güvenliği açısından ciddi risk oluşturabilmektedir. Özellikle kendine zarar verme, intihar düşünceleri veya bebeğe zarar verme riski bulunan durumlarda acil psikiyatrik değerlendirme ve yoğun uzman müdahalesi gerekmektedir. Bu nedenle perinatal dönemde kadınların ruh sağlığının düzenli olarak değerlendirilmesi, riskli belirtilerin erken dönemde tanınması ve uygun destek mekanizmalarının hızla devreye sokulması büyük önem taşımaktadır (DSÖ, 2022).

Düşük sosyoekonomik düzey, özgüven eksikliği, yetersiz sosyal destek ve eş desteğinin bulunmaması gibi psikososyal faktörlerin postpartum depresyon (PPD) gelişiminde önemli rol oynadığı bildirilmektedir. Bununla birlikte gebelik sürecinde kronik stres nedeniyle stres hormonlarında meydana gelen artış ile doğum sonrasında üreme hormonlarında görülen ani düşüşlerin, kadınların ruhsal uyum süreçlerini olumsuz etkileyerek postpartum depresyon riskini artırabileceği belirtilmektedir (Patel vd., 2012; Topkara ve Özerdoğan, 2022). Özellikle ekonomik güçlükler, aile içi destek eksikliği, bakım yükünün artması ve annenin kendini yetersiz hissetmesi gibi durumların postpartum dönemde psikolojik kırılganlığı artırdığı ifade edilmektedir. Bu nedenle postpartum depresyonun yalnızca biyolojik değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal boyutları bulunan çok faktörlü bir ruh sağlığı sorunu olduğu vurgulanmaktadır.

Postpartum depresyonun dünya genelindeki yaygınlığını inceleyen Liu ve arkadaşlarının (2022) gerçekleştirdiği meta-analizde, toplam 133.313 katılımcıyı içeren 27 kohort ve vaka-kontrol çalışması değerlendirilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre postpartum depresyonun dünya genelindeki birleşik prevalansı %14 olarak bildirilmiştir. Ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre değerlendirildiğinde ise bu oranın gelişmekte olan ülkelerde %15, gelişmiş ülkelerde ise %12 olduğu belirlenmiştir. İncelenen ülkeler arasında en yüksek postpartum depresyon prevalansının Çin’de (%21,4) görüldüğü; Amerika Birleşik Devletleri’nde bu oranın %8,6, Japonya’da ise %14 olduğu bildirilmiştir (Liu vd., 2022).

Türkiye’de postpartum depresyon prevalansını inceleyen Keser Özcan ve arkadaşlarının (2017) meta-analiz çalışmasında ise 52 birincil araştırma değerlendirilmiştir. Çalışma bulgularına göre Türkiye genelinde postpartum depresyon prevalansı %23,8 olarak saptanmıştır. Bölgesel gelişmişlik düzeyine göre değerlendirildiğinde ise postpartum depresyon prevalansının gelişmiş illerde %21,2, gelişmekte olan illerde ise %25 olduğu belirlenmiştir (Keser Özcan, Boyacıoğlu ve Dinç, 2017).

Postpartum depresyon genellikle semptomlar ortaya çıktıktan sonra fark edilen ve doğrudan psikiyatriye sevk edilen bir hastalık olarak ele alınmaktadır (NICE, 2020). Ancak kanıta dayalı sağlık vizyonuna göre, PPD’nin önlenmesi ve erken dönemde tespit edilmesinde “birincil koruyucu sağlık hizmet-

leri” yaklaşımı ve multidisipliner iş birliği önerilmektedir (NICE, 2020). Gebelik, doğum ve doğum sonrası süreçte gebelere kesintisiz ve uzun süre bakım veren ebeler, PPD için kritik bir rol oynamaktadır (Dennis ve Vigod, 2019).

Postpartum dönemde PPD ile sıklıkla karıştırılan bir durum olan Lohusalık Hüznü (postpartum blues); doğumdan sonra ilk günlerde ortaya çıkan hafif ve geçici olan duygudurum bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (Rezaie-Keikhaie vd., 2020). Genellikle doğumdan sonraki ilk hafta içinde başlar ve birkaç gün içerisinde kendiliğinden düzeler (Rezaie-Keikhaie vd., 2020). Oldukça yaygın bir durum olup kadınların yaklaşık yarısında görüldüğü bildirilmiştir (Yavuz ve Bilge, 2022). Postpartum depresyon ve lohusalık hüznü sıklıkla karıştırılan durumlardır (DSÖ, 2022). Durumlar arasındaki temel fark: Lohusalık hüznü doğum sonrası ilk günlerde görülür, hafif duygusal damgalanmalar ve ağlama nöbetleriyle seyrederek ve genellikle 1-2 hafta içerisinde düzelen geçici bir durumdur (DSÖ, 2022). Postpartum depresyon ise; daha geç başlar, en az iki hafta sürer, şiddetli ve sürekli üzüntü işlevsellik kaybına sebep olur ve profesyonel tedavi gerektirir (DSÖ, 2022).

Kanıtla dayalı ebeler yaklaşımını; sezgisel veya geleneksel bakım modellerinin ötesine geçerek, güncel ve güvenilir bilimsel kanıtların, klinik deneyim ve hasta tercihleriyle birleştirilmesini hedefler (DSÖ, 2022). Dennis ve Dowswell’in (2013) yaptığı meta-analiz’de PPD’yi önlemeye yönelik psikososyal ve psikolojik müdahaleleri değerlendirmiştir. Toplam 28 randomize kontrollü çalışma değerlendirilerek yaklaşık 17 bin kişiyle çalışılmıştır. Çalışma sonucunda tüm müdahaleler PPD riskini azaltmıştır. En etkili yöntem; profesyonel ev ziyaretleri, akran temelli telefon desteği ve kişilerarası psikoterapi olarak belirlenmiştir. Müdahalelerin postpartum dönemde başlayıp riskli anelere odaklanması da daha başarılı sonuçlar vermiştir (Dennis ve Dowswell, 2013). Yapılan çalışmanın sonucuna göre Ebelerin antenatal dönemden itibaren riskli gebeleri belirlemesi, kanıtla dayalı tarama araçlarını (örneğin Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği) lohusalık izlemlerine entegre etmesi ve doğum sonu dönemde kanıtla dayalı destekleyici müdahaleler (ev ziyaretleri, emzirme danışmanlığı, psikoeğitimler) sunması, PPD insidansını belirgin şekilde azaltmada önemli rol oynamaktadır (Dennis ve Dowswell, 2013).

Postpartum Depresyon Gelişiminde Risk Faktörleri

Postpartum depresyon, tek bir sebebe bağlanamayan, psikososyal dinamiklerin etkileşimi sonucu ortaya çıkan multifaktöriyel bir sorundur (Stewart ve Vigod, 2016). Kanıtla dayalı ebeler yaklaşımının temel amaçları arasında, evrensel tarama programlarının yanı sıra, yüksek risk altındaki kadınları gebelik döneminden itibaren belirleyerek koruyucu ve önleyici müdahaleleri erken dönemde başlatmak bulunmaktadır (Dennis ve Dowswell, 2013).

Liu ve arkadaşlarının (2022) yaptığı meta-analiz çalışmasına göre postpartum 12. Haftada PPD oranı %17,4 ile en yüksek seviyede olduğu belirlen-

miştir. Yapılan bu analiz sonucunda PPD riskini önemli ölçüde artıran altı ana faktör belirlenmiştir. Bunlar; gebelik diyabeti (GDM), gebelik sırasında depresyon geçirilmesi, erken gebelik sahibi olmak, genel depresyon geçmişi, doğum sırasında epidural anestezi uygulanması ve önceki gebeliklerinde depresyon öyküsü olarak belirlenmiştir. Çalışmanın sonucunda ise bu risk faktörlerinin anlaşılması ebe ve diğer sağlık profesyonelleri için tarama ve tedavide bir temel oluşturacağı vurgulanmıştır (Liu vd., 2022).

Ofori Boadu ve arkadaşlarının (2025) yaptığı çalışmada hipertansif bozukluk yaşayan gebelerin PPD sıklığı araştırılmıştır. 159 anne ile yapılan bu çalışmada PPD prevalansı %46,5 olarak belirlenmiştir. Bu da hipertansif bozukluk yaşayan gebelerde PPD görülme riskinin anlamlı derecede artırdığını göstermektedir (Ofori Boadu vd., 2025).

Ülkemizde Keser Özcan ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada ise risk faktörleri; sosyodemografik özellikler (düşük ekonomik düzey ve eşin işsiz olması), gebelik ile ilgili sorunlar (planlanmamış gebelik, gebelik döneminde yaşanan stresli durumlar ya da hastalıklar), bebekte görülen sağlık sorunları ve psikososyal faktörler olarak belirlenmiştir. Çalışma sonucunda doğum öncesi dönemden itibaren ebe ve hemşireler tarafından uygulanan ev ziyaretlerinin yaygınlaştırılarak riskli grupların taranması önerilmektedir (Keser Özcan, Boyacıoğlu ve Dinç, 2017). Dünya ve ülkemizde yapılan bu çalışmalar bağlamında dünya genelinde riskler gebelik ve doğum ile ilgilidir ancak ülkemizde ise bu risklerle birlikte sosyal konuları da kapsamaktadır (Liu vd., 2022; Ofori Boadu vd., 2025; Keser Özcan, Boyacıoğlu ve Dinç, 2017).

Türkoğlu ve arkadaşlarının (2022) yaptığı PPD gelişiminde psikososyal faktörler incelenmiştir. Çalışma kapsamında ailede depresyon öyküsü olmasının üç kat, bebeğin cinsiyetinin ise 18 kat PPD gelişme riskini artırdığı bildirilmiştir. Bununla birlikte emzirmenin 10 kat, bebek bakımında aile desteği almanın 18 kat PPD gelişmesinde koruyucu faktör olduğu belirlenmiştir. Çalışmanın sonucunda PPD'nin erken tespiti için gebelik ve lohusalık döneminde risk faktörlerinin taranması, aile sağlığı merkezlerinde eğitim ve destek programlarının yaygınlaştırılması önerilmektedir (Türkoğlu vd., 2022). Başer'in (2018) yaptığı çalışmada ise emzirme ve PPD ilişkisi incelenmiştir. Çalışma sonucunda; Annelerin %20'sinde PPD saptanırken uzun süre emziren annelerde PPD oranı daha düşük bulunmuştur. Eğitim düzeyi düşük, çalışmayan, plansız gebeliği olan ve eş desteği bulunmayan annelerde PPD daha sık görülmüştür (Başer, 2018). Savaş'ın (2023) yaptığı tez çalışmasında ise sağlık okuryazarlığı ve PPD arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışma sonucunda ise sağlık okur yazarlığının PPD riskini anlamlı şekilde azalttığı bulunmuştur (Savaş, 2023). Bu çalışmalar kapsamında gebelere doğum öncesi ve sonrası verilen eğitimlerde psikolojik destek ile birlikte emzirme eğitimleri de verilerek desteklenmesi PPD'yi önlemede önemli faktörlerdendir (Türkoğlu vd., 2022; Başer, 2018; Savaş, 2023)

Yurdakul ve Karataş Eray'ın 2024 yılında yaptığı çalışmada ise doğum yönteminin PPD üzerine etkisi araştırılmıştır. Çalışmanın sonucunda sezaryen ya da vajinal doğumun tek başına PPD riski üzerinde belirleyici olmadığı ancak ailenin sosyal destek düzeyi, psikososyal faktörler ve bireysel özelliklerin önemli rol oynadığı bildirilmiştir (Yurdakul ve Karataş Eray, 2024).

Yapılan bu çalışmaların sonucunda PPD'nin en belirgin riskleri; sosyal destek eksikliği, eş ile ilişkideki sorunlar, düşük sosyoekonomik düzey, emzirme durumu ve geçmişteki depresyon öyküsüdür. Bunun yanında yapılan çalışmalar doğum travmasının da PPD riskini artırdığını bildirmektedir (Gamble vd., 2005; Mucuk ve Özkan, 2021)

Postpartum Depresyonda Kanıta Dayalı Tarama ve Erken Tanı

Postpartum depresyonun önlenmesi ve etkili biçimde yönetilebilmesinde en kritik basamaklardan biri, belirtilerin kronikleşmeden ve anne-bebek ilişkisi üzerinde kalıcı olumsuz etkiler oluşturmadan önce erken dönemde tanılanmasıdır. Erken tanı sayesinde kadınların uygun psikososyal destek, danışmanlık ve tedavi hizmetlerine zamanında yönlendirilmesi mümkün olmakta; bu durum hem annenin ruh sağlığının korunmasına hem de anne-bebek bağlanmasının desteklenmesine katkı sağlamaktadır. Ancak postpartum depresyon vakalarının önemli bir bölümünün tanı almadan kaldığı bildirilmektedir. Kadınların damgalanma (stigma) korkusu, “yetersiz anne” olarak değerlendirilme endişesi, yardım istemekten çekinmeleri veya yaşadıkları emosyonel belirtileri lohusalık döneminin doğal bir parçası olarak görmeleri nedeniyle belirtileri gizleyebildikleri belirtilmektedir (Dennis, 2013; STED, 2023; WHO, 2022). Bu durum postpartum depresyonun geç fark edilmesine ve belirtilerin şiddetlenmesine neden olabilmektedir. Bu bağlamda Amerikan Kadın Doğum ve Jinekologlar Koleji (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]), gebelik ve postpartum dönemde kadınların depresyon ve anksiyete belirtileri açısından en az bir kez standartlaştırılmış ve geçerliliği kanıtlanmış tarama araçları kullanılarak değerlendirilmesini önermektedir (ACOG, 2018). Özellikle Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) gibi tarama araçlarının rutin bakım süreçlerine entegre edilmesi, riskli kadınların erken dönemde belirlenmesi açısından önemli görülmektedir (Dennis ve Vigod, 2018).

Ebeler ise gebelik, doğum ve postpartum süreç boyunca kadınlarla en yakın iletişim halinde bulunan sağlık profesyonellerinden biri olarak postpartum ruh sağlığının korunmasında kritik role sahiptir. Ebelerin yalnızca fiziksel bakım sunmakla kalmayıp, gebelik ve postpartum dönemde depresyon ve anksiyete belirtilerini sistematik biçimde değerlendirmeleri, riskli anneleri erken dönemde belirlemeleri ve gerekli durumlarda uygun uzmanlık alanlarına yönlendirmeleri beklenmektedir (Dennis ve Vigod, 2018). Bunun yanı sıra ebelerin anneleri postpartum ruh sağlığı konusunda bilgilendirme-

si, ruhsal sorunlara yönelik farkındalık oluşturması, damgalanmayı azaltmaya yönelik destekleyici yaklaşım sergilemesi ve kadınları profesyonel yardım arama davranışına teşvik etmesi de büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle postpartum ruh sağlığının korunmasında tarama, eğitim, danışmanlık ve multidisipliner iş birliğini içeren bütüncül bakım yaklaşımlarının güçlendirilmesi gerekmektedir.

Uluslararası sağlık kuruluşları PPD taramasını tek sefer değil, perinatal süreç boyunca tekrarlayarak sistematik olarak yapılmasını önermektedir (NICE, 2020; ACOG, 2018). NICE, gebelik boyunca ve postpartum bir yıl içerisinde (özellikle doğumdan sonraki ilk haftalarda) düzenli olarak semptomların incelenmesini önermekte ve bu kapsamda sağlık ziyaretlerinde kısa tarama sorularının tekrar edilmesini vurgulamaktadır (NICE, 2020). ACOG ise doğum sonrası ziyaretlerde tam bir ruh hali ve duygusal iyi oluş değerlendirmesi yapılmasını önermektedir (ACOG, 2018). Hasta gebelik sırasında PPD için taransa da doğum sonrasındaki ziyaretlerde tekrar taranmalıdır. Birden fazla tarama tedaviye başlama veya psikiyatri kliniklerine yönlendirmek için en fazla faydayı sağlar (ACOG, 2018).

Dünya genelinde ve Türkiye’de ebelik uygulamalarında PPD’yi taramak için kullanılan en yaygın, pratik, kültürel uyumu yüksek ve kanıt değeri en güçlü araç Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ)’dir (Cox vd., 1987). Bu ölçek diğer depresyon ölçeklerinden farklı olarak bedensel semptomlara yer vermez (Cox vd., 1987). Bunun sebebi ise; uykusuzluk, yorgunluk, iştah değişikliği gibi belirtiler postpartum dönemde her kadında görülebilir ve bu da yalancı pozitifliğe sebep olabilmektedir (Cox vd., 1987). Ölçeğin küresel geçerlilik çalışmalarında genel kesme noktası toplumların kültürel yapısına göre 10-13 puan arasında değişmektedir. Türkiye’de ölçeğin kesme noktası 12/13 olarak belirlenmiştir (Engindeniz vd., 1996). Bu veriye göre, ebe tarafından uygulanan testte 13 ve üzerinde puan alan lohusalar “PPD yönünden yüksek riskli” kabul edilmeli ve kesin tanı/tedavi için psikiyatri kliniklerine refere edilmelidir (Cox vd., 1987; Engindeniz vd., 1996).

Edinburg PPD Ölçeği; 10 sorudan oluşan oldukça kısa ve pratik bir ölçektir (NICE, 2020). Başlıca sorulan kişinin duygularını ve nasıl hissettiğini nitelemektedir (NICE, 2020). Yalnızca EPDÖ’de bulunan 10. Madde (son soru) kişilerin intihar eğilimini sorgulamaktadır (NICE, 2020). Eğer lohusa bu soruya “bazen” ya da “evet, oldukça sık” cevabını veriyorsa ölçek puanı kaç olursa olsun ebe beklemeden psikiyatri birimine sevkini başlatmalıdır (NICE, 2020).

Fijean ve arkadaşlarının (2024) yaptığı çalışmada EPDÖ’nin geçerliliği ve uygulanabilirliği değerlendirilmiştir. Çalışmaya göre EPDÖ güvenilir ve geçerli bir tarama aracı olup depresyonun erken tespitinde etkilidir. Bununla birlikte evrensel tarama, anne ve bebek sağlığını korumak için kritik bir öne-

me sahip olduğu belirtilmiştir (Fijeian vd., 2024)

Postpartum Depresyonu Önleme ve Yönetiminde Kanıta Dayalı Müdahaleler

Postpartum depresyonda ebelik bakımı, gebelik döneminden itibaren başlamalıdır (Biaggi vd., 2016). Ebeler tarafından gebelere ve eşlerine verilen yapılandırılmış psikoeğitimler; lohusalık dönemine hazırlar ve gerçekçi beklentiler oluşturulmasına yardımcı olur, rollerin yeniden dağıtımını kolaylaştırır ve kadının kriz anlarında baş etme mekanizmalarını güçlendirir (Biaggi vd., 2016). Literatür, antenatal dönemde psikososyal destek programlarına katılan kadınlarda PPD oranlarının katılmayanlara göre net bir düşüş gösterdiğini kanıtlamaktadır (Biaggi vd., 2016).

Doğum anında kadına sunulan bakım, postpartum dönemde ruh sağlığını etkileyen en önemli kriterlerdendir (Bohren vd., 2017). Bohren ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan ve 15 binden fazla kadını kapsayan Cochran sistematik derlemesi, doğum eylemi boyunca bir ebeyle kadının yanında sürekli ebe desteği vermesinin maternal ve fetal sağlığa olumlu etkilerini bildirmiştir. Bu bağlamda PPD görülme oranını da azalttığı belirlenmiştir (Bohren vd., 2017). Doğumda sürekli duygusal, fiziksel ve bilgilendirici ebe desteği alan kadınların doğum süreçlerini “pozitif ve tatmin edici” olarak algılamaktadır (Slomian vd., 2017). Bu destek; kadının korku ve çaresizlik hissinin azaltarak travmatik doğum algısını engeller, doğum sonu travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve onunla doğrudan ilişkili olan PPD gelişim riskini anlamlı şekilde azalttığı bildirilmiştir (Slomian vd., 2017).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ, 2022), postpartum dönemde ebeler tarafından gerçekleştirilen ev ziyaretlerini önermekte ve desteklemektedir (DSÖ, 2022). Ebelerin doğum sonu ilk haftalarda lohusaların evlerine giderek kendi ev ortamlarında gözlemlemesi, hem erken tarama (EPDÖ uygulaması) yapılmasına hem de annenin yalnızlık ve izolasyon hissinin kırılmasına olanak tanımaktadır. Kanıtlar, profesyonel ebelik ev ziyaretlerinin, yalnızca hastane kontrollerine giden lohusalara kıyasla PPD gelişim oranını yaklaşık %30 ila %40 oranında azalttığını göstermektedir (Dennis ve Dowswell, 2013).

Yapılan çalışmalarda emzirme başarısı ve ruh sağlığı arasında çift yönlü bir ilişki bulunduğu vurgulanmıştır ve emzirmenin PPD riskini azalttığı bildirilmiştir (Türkoğlu vd., 2022; Başer, 2018). Ebenin postpartum dönemde başlattığı ve sürdürdüğü emzirme danışmanlığı, annenin öz-yeterlilik algısını yükselterek depresyon riskini oldukça azaltmaktadır (Solmaz, Atalay ve Çağan, 2024).

Ebell ve arkadaşlarının 2004 yılında geliştirdiği Strength of Recommendation Taxonomy (SORT), klinik önerilerin kanıt düzeylerini belirleyerek hasta odaklı bir yaklaşım sunmaktadır. Çalışma, kanıtları üç ölçüt üzerinden

değerlendirir: kalite (çalışmanın metodolojik sağlamlığı), nicelik (çalışma sayısı ve örneklem büyüklüğü) ve tutarlılık (sonuçların birbirini desteklemesi). En önemli farkı, yalnızca hasta odaklı sonuçlara (morbidite, mortalite, yaşam kalitesi) öncelik vermesidir. Buna göre kanıt düzeyleri; A (yüksek kaliteli ve tutarlı hasta odaklı kanıt), B (sınırlı veya tutarsız hasta odaklı kanıt) ve C (uzman görüşü, konsensüs veya hastalık odaklı kanıt) olarak sınıflandırılır. Bu yaklaşım, klinisyenlerin kanıtları daha anlaşılır biçimde yorumlamasını ve günlük pratiğe entegre etmesini kolaylaştırır (Ebell vd., 2004).

Tablo-1. SORT Kriterlerine Göre PPD'de Kanıta Dayalı Ebelik Bakımı;

Uygulama	Kanıta Dayalı Ebelik Girişimi	Kaynak	Kanıt Düzeyi
Tarama	-Gebelik ve postpartum dönemde EPDÖ	• Fijejan vd. (2024)	B
Programları	kullanılarak erken dönemde riskli kadınların tespit edilmesi.	• Cox vd. (1987)	B
	-Uluslararası kılavuzlar eşliğinde klinik gözlem yapılması.	• ACOG (2018)	C
		• DSÖ (2022)	C
Psikososyal ve Psikoöğütsel Destek	-Gebelikten itibaren PPD, risk faktörleri ve baş etme yolları hakkında anne ve aileye eğitim verilmesi.	• Dennis ve Dowswell (2013)	A
	-Maternal sağlık okuryazarlığın artırmak ve öz-yeterliliği güçlendirmek.	• Topkara ve Özerdoğan (2022)	B
		• Solmaz vd. (2024)	B
		• Savaş (2023)	B
Sosyal Destek ve Emzirme Yönetimi	-Lohusalık hüznü ve erken depresif belirtiler gösteren annelerde emzirme öz-yeterliliğini korumak adına emzirme danışmanlığının sürdürülmesi.	• Çınar vd. (2023)	B
	-Partner ve aile içi sosyal destek ağlarını güçlendirmek.	• Rezaie-Keikhaie vd. (2020)	A
		• Yavuz ve Bilge (2022)	B
Travmatik doğum sonrası müdahale	-Travmatik doğum eylemi yaşayan veya algılayan kadınlara yönelik doğum sonrası erken dönemde “doğum sonu konuşma” (debriefing) ve profesyonel danışmanlık sağlanması.	• Gamble vd. (2005)	A
		• Mucuk ve Özkan (2021)	B
Risk Faktörlerini Belirleme	• Antenatal anksiyete, adolesan gebelik, GDM, sezaryen ya da travmatik doğum gibi risk faktörlerine sahip gebe ve lohusalara yönelik özel klinik takip protokollerinin uygulanması.	• Biaggi vd. (2016)	A
		• Keser Özcan, Boyacıoğlu ve Dinç. (2017)	A
		• Liu vd. (2022)	A
		• Türkoğlu vd. (2022)	A
		• Yurdakul ve Karataş Eray (2024)	B
Klinik Yönetim	• Ebelik bakım rollerinin perinatal ruh sağlığı hizmetleri alanında kullanılması.	• Coates ve Foureur (2019)	B
	• İleri derece olguların (postpartum psikoz vb.) multidisipliner yaklaşımla psikiyatriye zamanında sevk edilmesi.	• Wang vd. (2024)	B
		• Dennis ve Vigod (2019)	C
		• NICE (2020)	C

Postpartum Depresyon Yönetiminde Engeller ve Çözüm Önerileri

Postpartum depresyonun (PPD) erken dönemde taranması, tanılanması ve yönetilmesine ilişkin kanıta dayalı rehberler oldukça kapsamlı öneriler sunmasına rağmen, bu uygulamaların klinik ortama etkin biçimde yansıtılmasının önünde sağlık sistemi ve toplumsal yapı kaynaklı çeşitli engeller bulunmaktadır. Özellikle perinatal ruh sağlığı hizmetlerinin rutin obstetrik bakım süreçlerine entegrasyonu, sağlık profesyonellerinin bilgi ve beceri düzeyi, zaman yönetimi, kurumsal destek ve toplumsal farkındalık gibi birçok faktörden etkilenmektedir. Bu nedenle postpartum depresyonun erken tanılanması yalnızca bireysel sağlık profesyoneli çabalarıyla değil, sistem düzeyinde bütüncül politikalarla desteklenmesi gereken bir süreç olarak değerlendirilmektedir (Coates ve Foureur, 2019; NICE, 2020).

Coates ve Foureur'un (2019) gerçekleştirdiği derleme çalışmasında, perinatal dönemde kadınların ruh sağlığı sorunlarının desteklenmesinde ebelerin rolü ve yeterlilikleri incelenmiştir. Çalışmada ebelerin yalnızca depresyon taraması yapan sağlık profesyonelleri değil, aynı zamanda danışmanlık ve psikososyal destek sağlayabilecek önemli bakım vericiler olduğu vurgulanmıştır. Ancak araştırma bulguları, perinatal ruh sağlığı taramalarının yaygın biçimde uygulanmasına rağmen uygun yönlendirme süreçlerinin sınırlı ve karmaşık olduğunu; bu nedenle birçok kadının ihtiyaç duyduğu profesyonel desteğe ulaşamadığını göstermektedir. Ayrıca ebelerin kadınlara ruh sağlığı desteği sunma konusunda istekli oldukları, ancak bilgi eksikliği, klinik deneyim yetersizliği ve özgüven sorunları nedeniyle bu alanda kendilerini sınırlı hissettikleri belirtilmiştir. Eğitim ve kurumsal desteğin sağlanması durumunda ise ebelerin tarama uygulamalarının ötesine geçerek danışmanlık, psikoeğitim ve psikososyal müdahaleler yoluyla kadınların doğum korkusunu, kaygı düzeylerini ve emosyonel sıkıntılarını azaltmada etkili olabilecekleri ifade edilmektedir (Coates ve Foureur, 2019).

Bununla birlikte birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan ebelerin yoğun klinik iş yükü, postpartum ruh sağlığı taramalarına yeterli zaman ayrılmasını güçleştirmektedir. Rutin gebelik ve lohusalık izlemlerinin kısa süreli olması, poliklinik ortamlarının yoğunluğu ve mahremiyet koşullarının yetersizliği; kadınların emosyonel sorunlarını açık biçimde ifade etmelerini zorlaştırabilmektedir. Özellikle ayrı ve sessiz görüşme alanlarının bulunmaması, lohusanın ebe ile güvene dayalı iletişim kurmasını ve Edinburgh Postnatal Depresyon Ölçeği (EPDÖ) gibi tarama araçlarını samimiyetle yanıtlamasını engelleyebilmektedir (NICE, 2020).

Perinatal ruh sağlığı hizmetlerinin önündeki önemli engellerden biri de toplumsal algılar ve kültürel normlardır. Toplumda annelik rolünün çoğunlukla yalnızca mutluluk, fedakârlık ve koşulsuz sevgi ile ilişkilendirilmesi, postpartum dönemde depresif belirtiler yaşayan kadınların suçluluk ve utanç

hissetmelerine yol açabilmektedir. Kadınların “kötü anne” veya “yetersiz anne” olarak damgalanmaktan korkmaları nedeniyle yaşadıkları emosyonel sorunları gizledikleri ve profesyonel yardım arama davranışından kaçındıkları bildirilmektedir (Slomian vd., 2019). Bu durum yalnızca bireysel ruh sağlığını değil, aynı zamanda anne-bebek etkileşimini, aile ilişkilerini ve bebeğin gelişimsel süreçlerini de olumsuz etkileyebilmektedir.

Postpartum depresyonun toplumdaki yaygınlığını azaltabilmek için yalnızca tarama programlarının değil, sağlık profesyonellerinin eğitim süreçlerinin de güçlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Bu kapsamda ebe yetiştirme programlarında “Perinatal Psikiyatri ve Ruh Sağlığı” derslerinin müfredata zorunlu olarak eklenmesi, ebelerin ruh sağlığı alanındaki bilgi ve becerilerini artırabilir. Ayrıca sahada aktif çalışan ebeler için Sağlık Bakanlığı destekli sertifikalı hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi; EPDÖ kullanımına ilişkin yeterliliklerin geliştirilmesi ve özellikle ölçeğin intihar düşüncesini değerlendiren maddelerinin yönetimi konusunda klinik becerilerin artırılması önerilmektedir (DSÖ, 2022). Bunun yanı sıra gebelerin sosyal izolasyondan korunması, partner ve aile desteğinin güçlendirilmesi, akran destek mekanizmalarının yaygınlaştırılması ve kadınların yalnız bırakılmaması da postpartum ruh sağlığının korunmasında önemli koruyucu yaklaşımlar arasında yer almaktadır (Wang vd., 2024).

KAYNAKÇA

- ACOG Committee Opinion No. 757: Screening for perinatal depression. (2018). *Obstetrics and Gynecology*, 132(5), e208–e212. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002927>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing. <https://www.appi.org/dsm>
- Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., ve Pariante, C. M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 191, 62–77. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.014>
- Coates, D., ve Foureur, M. (2019). The role of midwives in perinatal mental health: A scoping review. *Women and Birth*, 32(6), 493–503. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.01.001>
- Cox, J. L., Holden, J. M., ve Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782–786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- Çınar, N., Topal, S., Yalınzoğlu Çaka, S., ve Altınkaynak, S. (2023). Annelerde Postpartum Depresyon, Sosyal Destek ve Emzirme Öz Yeterliliği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 32(2), 113–122. <https://doi.org/10.17942/sted.1098437>
- Dennis, C. L. ve Dowswell, T. (2013). Psychosocial and Psychological Interventions for Preventing Postpartum Depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7), CD001134. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001134.pub3>
- Dennis, C.L., ve Vigod, S. (2019). Expanding Midwifery's Role to Improve Perinatal Mental Healthcare Access. *Evidence Based Nursing*, 22(3), 72–72. <https://doi.org/10.1136/ebnurs-2018-103058>
- Ebell, M. H., Siwek, J., Weiss, B. D., Woolf, S. H., Susman, J., Ewigman, B., & Bowman, M. (2004). Strength of recommendation taxonomy (SORT): A patient-centered approach to grading evidence in the medical literature. *Journal of the American Board of Family Practice*, 17(1), 59–67. <https://doi.org/10.3122/jabfm.17.1.59>
- Fijean, A. L., Marçais, M., Banasiak, C., Morel, O., Dahlhoff, S., Olierik, M.F., Mottet, N., Epstein, J. ve Berthold, C. (2024). Universal Screening of Postpartum Depression With Edinburgh Postpartum Depression Scale: A Prospective Observational Study. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 164(2), 345–352. <https://doi.org/10.1002/ijgo.15722>
- Gamble, J., Creedy, D., Moyle, W., Webster, J., McAllister, M., ve Dickson, P. (2005). Effectiveness of a Counseling Intervention After a Traumatic Childbirth: A Randomized Controlled Trial. *Birth*. 32(1):11-9. <https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2005.00340.x>
- Keser Özcan, N., Boyacıoğlu, N. E. ve Dinç, H. (2017). Postpartum Depression Pre-

- valence and Risk Factors in Turkey: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(4), 420–428. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.04.006>
- Kortak, L. ve Karaaziz, M. (2025). Postpartum Depresyonu Üzerine Bir Derleme. *IK-SAD Journal*, 9(37). <https://doi.org/10.5281/zenodo.15746240>
- Liu, X., Wang, S., ve Wang, G. (2022). Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression in Women: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 31(19-20), 2665– 2677. <https://doi.org/10.1111/jocn.16121>
- Mucuk, Ö., ve Özkan, H. (2021). Travmatik Doğum Eylemi ve Ebelik Bakımı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 30(4), 218-225. <https://izlik.org/JA45RD89TG>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2020). Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance (Clinical guideline CG192). NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>
- Ofori Boadu, W. I., Nyantakyi, M., Anto, E. O., Wiafe, E. M., Frimpong, J., Kor-sah, E. E., Ansah, E., Kwayie, A. A., Aboagye, E., Obirikorang, C., Donkoh, E. T., & Ofori Boadu, K. (2025). Prevalence and risk factors of postpartum depression among postnatal mothers with hypertensive disorders of pregnancy in a developing country. *Women's Health*, 21, 1–11. <https://doi.org/10.1177/17455057251338938>
- Patel, M., Bailey, R. K., Jabeen, S., Ali, S., Barker, N. C., ve Osiezagha, K. (2012). Postpartum Depression: A Review. *Journal of health care for the poor and under served*, 23(2), 534-542. <https://dx.doi.org/10.1353/hpu.2012.0037>.
- Rezaie-Keikhaie, K., Arbabshastan, M. E., Rafiemanesh, H., Amirshahi, M., Ostadke-layeh, S. M., ve Arbabisarjou, A. (2020). Systematic Review and Meta-Analysis of the Prevalence of the Maternity Blues in the Postpartum Period. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 49(2), 127–136. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2020.01.001>
- Savaş, B. (2023). Postpartum Depresyon ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki. [Yüksek lisans tezi, Pamukkale Üniversitesi]. Pamukkale Üniversitesi Açık Erişim Sistemi. <https://gcris.pau.edu.tr/server/api/core/bitstreams/908a9bef-d32e-4d86-82c3-ab09b2971ec4/content>
- Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J.-Y., ve Bruyère, O. (2019). Consequences of Maternal Postpartum Depression: A Systematic Review of Maternal and Infant Outcomes. *Women's Health*, 15. <https://doi.org/10.1177/1745506519844044>
- Solmaz, E., Atalay, T., ve Çağan, E. S. (2024). Adölesan Annelerde Öz-Yeterlilik Düzeyi ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Nuğun Gemisi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 14-24. <https://izlik.org/JA75AZ85FE>
- Stewart, D. E., ve Vigod, S. (2016). Postpartum depression. *New England Journal of Medicine*, 375(22), 2177-2186. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1607649>
- Topkara, N., ve Özerdoğan, N. (2022). Postpartum Depresyonun Önlenmesinde Psikososyal ve Psikoeğitsel Müdahaleler ile Ebelik Bakımının Önemi. *KTO Ka-*

ratay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(3), 44-56. <https://izlik.org/JA73M-M26ZU>

Türkoğlu, S. N., Balcı Yapalak, A. N., Acar, C., ve Özyıldırım, B. (2022). Postpartum Depresyon Gelişiminde Psikososyal Faktörler; Bir Vaka Kontrol Çalışması. *Hipokrat Tıp Dergisi*, 2(2), 14-23. <https://doi.org/10.29228/HMJ.15>

Wang, J., Zhang, Y., Lin, X., Nian, S., Wang, X. Ve Lu, Y. (2024). Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depressive Symptoms Within 42 Days Among 2462 Women in China. *Journal of Affective Disorders*, 364, 75-83. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.01.135>

World Health Organization (WHO). (2022). Guide for İntegration of Perinatal Mental Health in Maternal and Child Health Services. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/63b2d474-202f-45d8-84fa-e80762ec86cc/content>

Yavuz, M. Y., ve Bilge, Ç. (2022). Annelik Hüznünden Postpartum Depresyon ve Psikoza. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 1-10. <https://doi.org/10.48124/husagbilder.845299>

Yurdakul, F.E. ve Karataş Eray, İ. (2024). Kadınlarda doğum şekli ile postpartum depresif belirtiler arasındaki ilişki. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*. 28(2), 55-62. doi: 10.54308/tahd.2024.47965



Bölüm

4

PERİMENOPAZDA

KADIN RUH SAĞLIĞI

Perimenopoz, menopoz geçiş sürecinin başladığı; hormonal, biyolojik ve klinik değişimlerin belirgin hale geldiği dönem olarak tanımlanmaktadır. Bu süreç, menopozun ilk belirtilerinin ortaya çıkmasıyla başlamakta ve son adet döneminden sonraki bir yılın tamamlanmasına kadar devam etmektedir. Perimenopozal dönemde özellikle over fonksiyonlarında meydana gelen değişikliklere bağlı olarak östrojen ve progesteron düzeylerinde dalgalanmalar görülmekte; bu hormonal değişimler kadınların fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşamlarını etkileyebilmektedir. Adet döngüsünde düzensizlikler, kanama miktarında değişiklikler ve vazomotor semptomlar menopozdan yaklaşık dört ila sekiz yıl önce başlayabilmekte olup, perimenopoz sürecinin ortalama dört yıl sürdüğü bildirilmektedir (Weber vd., 2014). Perimenopoz yalnızca üreme fonksiyonlarının sonlanmasına geçiş süreci değil, aynı zamanda kadın sağlığını çok boyutlu etkileyen önemli bir biyopsikososyal dönem olarak değerlendirilmektedir. Bu süreçte sıcak basmaları, gece terlemeleri, uyku bozuklukları, yorgunluk, bilişsel değişiklikler, emosyonel dalgalanmalar, anksiyete ve depresif belirtiler gibi çeşitli semptomlar görülebilmektedir. Hormonal değişimlerin yanı sıra yaşlanma süreci, kronik hastalıklar, yaşam olayları ve sosyal rollerin değişmesi de kadınların perimenopoz deneyimini etkileyebilmektedir. Üreme Yaşlanmasının Aşamaları Çalıştayı (Stages of Reproductive Aging Workshop [STRAW]), menopoz geçiş sürecinin sınıflandırılmasına yönelik önemli bir çerçeve sunmuştur. STRAW kriterleri, Amerika Birleşik Devletleri'nde etnik açıdan çeşitlilik gösteren kadın popülasyonunu inceleyen Ülke Geneline Kadınlar Araştırması (Study of Women's Health Across the Nation [SWAN]) ile birlikte geliştirilmiş ve perimenopozal geçişin klinik özelliklerinin daha kapsamlı biçimde tanımlanmasına katkı sağlamıştır. Bu çalışmalar sayesinde perimenopozal semptomların karmaşık yapısı, bireyler arası farklılıkları ve etnik çeşitliliğe bağlı değişimleri daha ayrıntılı biçimde ortaya konmuştur (Harlow vd., 2012).

Bu dönem, dalgalanan yumurtalık fonksiyonu, düşen östrojen ve progesteron seviyeleri ve gonadotropinlerdeki telafi edici değişikliklerle birlikte kademeli bir hormonal kayma ile karakterizedir. Bu fizyolojik değişiklikler, vazomotor dengesizlik, uyku bozukluğu, duygudurum bozukluğu, genitoüriner değişiklikler ve metabolik ile kemik sağlığındaki değişiklikler gibi çok çeşitli semptomların temelini oluşturur. Semptomlar birçok kadının yaşam kalitesini önemli ölçüde etkiler ve uzun vadeli sağlık sonuçları üzerinde etkili olabilir. Perimenopozal duygudurum bozukluklarının başlangıcı, biyolojik ve psikososyal risk faktörlerinin karmaşık etkileşiminden etkilenir. Düşük eğitim seviyesi, işsizlik veya yarı zamanlı istihdam, yüksek algılanan stres, adet düzensizliği, kabızlık, zayıf aile ilişkileri ve yüksek nevrozizm, artan depresyon riski ile ilişkilidir (Oppermann vd., 2012).

Son yıllarda perimenopozaya yönelik kamusal farkındalığın ve klinisyenlerin konuya ilişkin duyarlılığının artması, menopoz geçiş sürecinin kadın

sağlığı üzerindeki etkilerinin daha görünür hale gelmesini sağlamıştır. Güncel yaklaşımlar, perimenopozal bakımın yalnızca semptomların kontrol altına alınmasına odaklanmaması gerektiğini; aynı zamanda kadınların orta yaş ve sonrasında sağlıklı yaşlanmalarını destekleyen kanıta dayalı, kapsamlı ve bütüncül bakım modellerini içermesi gerektiğini vurgulamaktadır (Kennard & Saunders, 2026) Kadınların yaşam sürelerinin uzamasıyla birlikte yaşamlarının yaklaşık üçte birini menopoz ve sonrası dönemde geçirmeleri, bu sürecin yalnızca fizyolojik değil, aynı zamanda ruh sağlığı açısından da değerlendirilmesini gerekli kılmaktadır. Bu nedenle perimenopozal dönemin biyopsikososyal yönleriyle ele alınması, kadınların yaşam kalitesinin korunması açısından büyük önem taşımaktadır (WHO, 2024).

Perimenopozal Dönemin Nöroendokrin Temelleri

Perimenopozal dönem, yumurtalık yaşlanmasının tetiklediği ve yıllar boyunca devam edebilen dinamik bir nöroendokrin geçiş süreci olarak tanımlanmaktadır. Bu süreçte meydana gelen hormonal değişimler yalnızca üreme sistemi üzerinde değil, aynı zamanda merkezi sinir sistemi üzerinde de önemli etkiler oluşturmaktadır. Özellikle estradiol (E2) ve progesteron düzeylerinde görülen hızlı, düzensiz ve dalgalı değişimlerin; hipokampus, amigdala ve prefrontal korteks gibi duygu durum düzenlenmesinde rol oynayan beyin bölgelerini etkileyerek emosyonel süreçlerde değişikliklere neden olabileceği bildirilmektedir. Bu nedenle perimenopozal dönem, kadınlarda depresif belirtiler, anksiyete, irritabilite ve bilişsel yakınmaların daha sık görülebildiği hassas bir nöropsikiyatrik dönem olarak değerlendirilmektedir. Yumurtalık hormonları ve bu hormonların nöroaktif türevlerinin, perimenopozal dönemde görülen duygu durum değişikliklerinin gelişiminde ve düzenlenmesinde önemli rol oynadığı belirtilmektedir. Özellikle östrojenin serotonin, dopamin ve norepinefrin gibi nörotransmitter sistemleri üzerinde düzenleyici etkiler gösterdiği; sinaptik iletim, nöroplastisite ve emosyonel denge açısından koruyucu işlevler üstlendiği bilinmektedir. Bunun yanı sıra östrojenin nöroprotektif özelliklere sahip olduğu, inflamatuvar süreçlerin düzenlenmesi, enerji metabolizmasının sürdürülmesi, sinaptik plastisite ve bilişsel işlevlerin korunması üzerinde etkili olduğu bildirilmektedir. Dolayısıyla perimenopozal dönemde hormonal dalgalanmalara bağlı olarak merkezi sinir sistemindeki serotonin, norepinefrin ve dopamin düzeylerinde meydana gelen değişimlerin, depresyon ve diğer duygu durum bozukluklarının gelişimine katkıda bulunabileceği ifade edilmektedir (Badawy vd., 2024).

Perimenopoz döneminde progesteron düzeyleri, düzensiz ovulasyon süreçleri ve luteal faz fonksiyonlarında meydana gelen azalma nedeniyle belirgin dalgalanmalar göstermektedir. Progesteronun önemli nöroaktif metabolitlerinden biri olan allopregnanolon (ALLO), merkezi sinir sisteminde γ -aminobütirik asit A (GABA_A) reseptörleri üzerinde güçlü pozitif modülatör etkiler oluşturarak inhibitör nörotransmisyonu artırmaktadır. Bu

mekanizma sayesinde ALLO'nun anksiyolitik ve antidepresan etkiler gösterdiği; emosyonel dengeyi destekleyerek stres yanıtının düzenlenmesinde önemli rol oynadığı bildirilmektedir. Bu nedenle progesteron ve ALLO düzeylerindeki değişimlerin, perimenopozal dönemde kadınların duygu durum düzenlenmesi üzerinde belirgin etkiler oluşturabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte perimenopoz sürecinde yumurtalık hormonları ve nörosteroid düzeylerinde meydana gelen eş zamanlı ve düzensiz dalgalanmaların, GABA_A reseptörlerinin duyarlılığını olumsuz yönde etkileyebileceği belirtilmektedir. GABAerjik sistemde ortaya çıkan bu nörobiyolojik değişimlerin, hipotalamik-hipofiz-adrenal (HHA) ekseninin işleyişinde bozulmalara yol açarak stres yanıt sistemini daha hassas hale getirebileceği ifade edilmektedir. HHA eksenindeki bu düzensizliklerin ise kadınların psikolojik stresörlere karşı duyarlılığını artırabileceği, özellikle anksiyete ve depresyon belirtilerinin ortaya çıkmasına veya mevcut belirtilerin şiddetlenmesine katkıda bulunabileceği bildirilmektedir. Bu nedenle perimenopozal dönemde görülen duygu durum değişikliklerinin yalnızca psikosozyal etmenlerle değil, aynı zamanda nöroendokrin ve nörosteroid mekanizmalarla da yakından ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (Cao vd., 2021).

Perimenopozal Dönemde Ruh Sağlığı Sorunları

Perimenopoz dönemi, kadınların ruhsal ve fiziksel açıdan çeşitli semptomlar deneyimleyebildiği karmaşık bir geçiş süreci olarak değerlendirilmektedir. Bu dönemde hormonal dalgalanmaların etkisiyle, kadının daha önce herhangi bir ruh sağlığı sorunu yaşamış olup olmamasından bağımsız olarak hem psikolojik hem de fizyolojik belirtiler ortaya çıkabilmektedir. Özellikle östrojen ve progesteron düzeylerinde meydana gelen düzensiz değişimlerin; duygu durum düzenlenmesi, uyku kalitesi, enerji düzeyi ve bilişsel işlevler üzerinde etkili olduğu bildirilmektedir. Perimenopozal dönemde en sık bildirilen psikolojik belirtiler arasında sinirlilik, ağlama eğilimi, anksiyete, depresif belirtiler, emosyonel dalgalanmalar, düşük enerji düzeyi ve motivasyon kaybı yer almaktadır. Bunun yanı sıra dikkat ve konsantrasyon güçlüğü, unutkanlık, zihinsel yorgunluk ve kesintili uyku gibi bilişsel ve nörovegetatif semptomlar da yaygın olarak görülmektedir. Uyku bozukluklarının özellikle gece terlemeleri ve vazomotor semptomlarla ilişkili olarak arttığı, bunun da gündüz yorgunluğu ve emosyonel kırılganlığı daha belirgin hale getirebildiği belirtilmektedir. Bu semptomların kadınların günlük yaşam aktivitelerini, işlevselliğini, sosyal ilişkilerini ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyebileceği ifade edilmektedir. Ayrıca perimenopozal dönemde yaşanan psikolojik belirtilerin yalnızca hormonal değişimlerden kaynaklanmadığı; yaşlanma süreci, sosyal rollerin değişmesi, aile içi sorumluluklar, kronik hastalıklar ve yaşam olayları gibi psikosozyal faktörlerin de bu süreç üzerinde etkili olduğu bildirilmektedir. Bu nedenle perimenopozal semptomların değerlendirilmesinde biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutların birlikte ele alınması, kadınların ruh

sağlığının korunması ve yaşam kalitesinin desteklenmesi açısından büyük önem taşımaktadır (Oppermann vd., 2012).

Depresyon ve Anksiyete

Depresyon, perimenopoz döneminde en sık görülen psikolojik sorunlardan biri olup, bu dönemdeki kadınlarda diğer yaşam evrelerine kıyasla daha yüksek prevalans göstermektedir. Perimenopozal depresyonun (PD), kadınların yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebildiği; sosyal işlevsellikte azalma, uyku bozuklukları, kronik yorgunluk, bilişsel güçlükler ve emosyonel sıkıntılarla ilişkili olduğu bildirilmektedir. Epidemiyolojik araştırmalar, perimenopozal dönemde depresyonun kadınların yaklaşık %15–30'unu etkilediğini ortaya koymakta; ayrıca depresif belirtilerin osteoporoz ve kardiyovasküler hastalıklar gibi fiziksel sağlık sorunlarının görülme riskini de artırabileceğini göstermektedir (Salazar-Pousada vd., 2017). Bu durum, perimenopozal depresyonun yalnızca ruh sağlığı ile sınırlı olmayan, kadınların genel sağlık durumunu etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir. Perimenopozal dönemde depresyon gelişiminde en önemli risk faktörlerinden biri, daha önce depresyon öyküsünün bulunmasıdır. Özellikle duygu durum bozukluğu öyküsü olan kadınların, hormonal dalgalanmalara karşı daha duyarlı olabileceği belirtilmektedir. Bu süreçte adet döngülerinin düzensizleşmesi ve östrojen düzeylerinde meydana gelen ani değişikliklerin; serotonin, dopamin ve norepinefrin gibi nörotransmitter sistemlerini etkileyerek depresyon ve anksiyete belirtilerini tetikleyebileceği bildirilmektedir. Bununla birlikte perimenopozal dönemde kadınların semptom deneyimleri bireysel farklılık gösterebilmekte; bazı kadınlar süreci minimal belirtilerle geçirirken, bazıları ciddi psikolojik ve fiziksel etkiler yaşayabilmektedir (Salazar-Pousada vd., 2017).

Perimenopoz döneminde ortaya çıkan depresif belirtiler çoğu zaman yaşlanma, aile içi sorumluluklar, çocukların evden ayrılması, kronik hastalıklar veya sosyal rollerin değişmesi gibi yaşam olaylarıyla ilişkilendirilse de hormonal değişimlerin biyolojik etkilerinin göz ardı edilmemesi gerektiği vurgulanmaktadır. Bu nedenle perimenopozal dönemde görülen ruhsal belirtilerin değerlendirilmesinde yalnızca psikososyal etmenlere odaklanılmaması; hormonal, nörobiyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin birlikte ele alındığı biyopsikososyal yaklaşımın benimsenmesi büyük önem taşımaktadır (Badawy vd., 2024).

Uyku Bozuklukları

Menopozal geçiş sürecindeki kadınların önemli bir kısmında uyku sorunları görülmekte olup, araştırmalar kadınların yaklaşık %63'üne kadarının bu dönemde çeşitli uyku problemleri yaşadığını göstermektedir. Perimenopozal dönemde en sık bildirilen uyku bozukluğu ise uykusuzluk (insomnia) olarak tanımlanmaktadır. Hormonal dalgalanmalar, özellikle östrojen ve progesteron düzeylerindeki değişimler; gece terlemeleri, sıcak basmalar-

rı ve emosyonel dalgalanmalar ile birlikte uyku kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir. Ayrıca uykuya dalmada güçlük, sık uyanma, erken uyanma ve dindendirici olmayan uyku gibi sorunların bu dönemde yaygın olarak görüldüğü bildirilmektedir. Uyku bozuklukları yalnızca fiziksel yorgunluk ve enerji azalmasına neden olmamakta; aynı zamanda ruh sağlığı ve bilişsel işlevler üzerinde de önemli etkiler oluşturmaktadır. Yetersiz ve kalitesiz uyku; depresyon, anksiyete, irritabilite, dikkat azalması, unutkanlık ve bilişsel performans düşüklüğü ile ilişkili bulunmuştur. Özellikle kronik uykusuzluğun emosyonel düzenleme süreçlerini olumsuz etkileyerek kadınların stresle baş etme kapasitesini azaltabileceği belirtilmektedir. Literatürde, perimenopozal depresyon belirtilerinin şiddeti ile uykusuzluk düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunduğu; başka bir ifadeyle uyku sorunları arttıkça depresif belirtilerin de şiddetlendiği bildirilmektedir. Bu nedenle perimenopozal dönemde ruh sağlığının değerlendirilmesinde uyku örüntülerinin ayrıntılı biçimde ele alınması ve gerekli durumlarda uyku hijyeni ile psikososyal destek yaklaşımlarının planlanması büyük önem taşımaktadır (Raczkiewicz vd., 2026).

Bilişsel Değişiklikler ve “Beyin Sisi”

Orta yaşlı kadınlar genellikle menopoz sırasında bilişsel işlevlerinde değişiklikler fark ederler ve bu değişikliklerin ciddi bir bilişsel bozukluğun erken belirtileri olup olmadığı konusunda kaygı duyarlar. Perimenopozal dönemde kadınların önemli bir kısmı unutkanlık, dikkat azalması, konsantrasyon güçlüğü ve zihinsel yavaşlama gibi bilişsel yakınmalar bildirmektedir. Halk arasında “beyin sisi” olarak tanımlanan bu durum, özellikle iş yaşamı ve günlük işlevsellik üzerinde olumsuz etkiler yaratabilmektedir (Maki & Jaff, 2022).

Son yıllarda yapılan bazı çalışmalar, perimenopozal dönemde ortaya çıkan bilişsel belirtilerin ilerleyen yaşlarda nörodejeneratif hastalıklarla ilişkili olabileceğini ileri sürmektedir. Ancak bu konuda daha fazla araştırmaya ihtiyaç bulunmaktadır (Weber vd., 2014).

Bipolar Bozukluk ve Diğer Psikiyatrik Hastalıklar

Perimenopozal dönemde meydana gelen hormonal değişimlerin yalnızca fiziksel semptomlara değil, aynı zamanda mevcut psikiyatrik hastalıkların seyrine de etki edebileceği bildirilmektedir. Özellikle östrojen ve progesteron düzeylerinde görülen dalgalanmaların merkezi sinir sistemi üzerindeki etkileri nedeniyle, duygu durum düzenlenmesinde rol oynayan nörobiyolojik mekanizmaların hassaslaşabileceği belirtilmektedir. Bu durumun özellikle bipolar bozukluk gibi duygu durum bozukluğu bulunan kadınlarda mani, hipomani veya depresif atakların sıklığında artışa neden olabileceği ifade edilmektedir. Hormonal değişimlere karşı biyolojik duyarlılığı yüksek olan kadınların, perimenopozal geçiş sürecinde psikiyatrik açıdan daha yakından izlenmesi ve gerekli durumlarda multidisipliner destek sağlanması önerilmektedir. Bununla birlikte birçok kadının perimenopoz sürecine ilişkin ye-

terli bilgiye sahip olmadığı ve bu dönemde yaşanan belirtileri anlamlandır-
makta güçlük çektiği bildirilmektedir. Perimenopoz konusunda farkındalık
eksikliği; kadınlarda belirsizlik hissi, sağlık kaygısı ve emosyonel stres düze-
yinde artışa yol açabilmektedir. Özellikle semptomların öngörülemez biçim-
de ortaya çıkması, kadınların günlük yaşam işlevselliğini ve yaşam kalitesini
olumsuz etkileyebilmektedir. Yapılan araştırmalar, perimenopozal dönemde
yaşanan kaygının yaşam kalitesi üzerinde belirgin etkileri olduğunu ve bu
kaygının fiziksel belirtiler, psikolojik süreçler, sosyal destek düzeyi ve yaşam
olayları gibi çok boyutlu faktörlerden etkilendiğini göstermektedir. Ayrıca
mevcut çalışmalar, perimenopozal anksiyeteye katkıda bulunan biyopsiko-
sosyal faktörlerin daha ayrıntılı biçimde belirlenmesine ve bu döneme özgü
etkili müdahale programlarının geliştirilmesine yönelik daha fazla araştır-
maya gereksinim olduğunu vurgulamaktadır (McElhany vd., 2026).

İntihar Riski

İntihar, hormonal dengesizliklerle açıklanamayacak karmaşık bir du-
rumdur ve birden fazla faktörle ilişkilendirilebilir. Araştırmalar, menopoz
dönemindeki 45-55 yaş arası kadınlarda, hormonların ruh hali üzerindeki
etkileri nedeniyle intihar oranlarının arttığını göstermektedir. Literatürde,
umutsuzluk ve kapana kısılmışlık hissi kadınlar arasında yaygın tetikleyici-
ler olarak belirlenmiştir. Yanlış teşhisler ve tedaviler, örneğin uygun hormon
replasman tedavisine (HRT) geç başlanması veya HRT yerine antidepresan
verilmesi, semptomları kötüleştirmiştir. Bu dönemde ruh sağlığı sorunları-
nın özellikle önemli olduğu vurgulanmaktadır. Kadınlar zamanında HRT
aldıktan sonra zihinsel sağlıklarında önemli iyileşmeler bildirmişlerdir. Ay-
rıca, akran desteği ve yaşam tarzı değişikliklerinin de faydalı olduğu saptan-
mıştır (Hendriks vd., 2025).

Perimenopozal Döneme Yönelik Bütüncül Yaklaşımlar

Tablo 1. Perimenopozal Dönemde Kullanılan Bütüncül Yaklaşımlar ve Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri

Yaklaşım	Temel İçerik	Ruh Sağlığı / Semptomlar Üzerindeki Etkisi	Kanıt / Bulgular	Kaynak
Beslenme Yaklaşımları	Sağlıklı beslenme, omega-3 alımı, protein desteği, kilo kontrolü	Depresif belirtilerde azalma, metabolik sağlığın korunması, beden algısının desteklenmesi	Minimal kilo kaybının bile sıcak basmalarını azaltabileceği; omega-3'ün depresif semptomları hafifletebileceği bildirilmiştir	Xi vd., 2025; Huang, 2010; Li vd., 2020; Vincent vd., 2023

Bağırsak Mikrobiyotası	Beslenme ile bağırsak mikrobiyotasının düzenlenmesi	İnflamasyon, nörotransmitter sentezi ve duyu durum üzerinde dolaylı etki	Mikrobiyota değişikliklerinin ruh sağlığı ve emosyonel durum ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir	Cuozzo vd., 2026
Fiziksel Aktivite	Düzenli egzersiz ve yaşam boyu fiziksel aktivite	Depresyon ve anksiyete belirtilerinde azalma, stres yönetimi, yaşam kalitesinde artış	Endorfin, serotonin ve dopamin düzeylerini artırarak duyu durum düzenlenmesini desteklediği bildirilmiştir	Montgomery & Grant, 2026; Guo vd., 2024
Zihin-Beden Yöntemleri	Yoga, tai chi, qi gong, gevşeme teknikleri	Uyku kalitesinde artış, stres ve emosyonel sıkıntıda azalma	Özellikle hormon tedavisine uygun olmayan kadınlarda destekleyici yaklaşım olarak önerilmektedir	Kennard & Saunders, 2026
Bilişsel-Davranışçı Terapi (BDT)	Psikoeğitim, bilişsel yeniden yapılandırma, gevşeme teknikleri	Semptomların algılanan rahatsızlık düzeyini azaltır, baş etme becerilerini artırır	MENOS 1 ve MENOS 2 çalışmalarında VMS'ye bağlı sıkıntının azaldığı gösterilmiştir	Beck, 1970; Mann vd., 2011; Ayers vd., 2011; Fenlon vd., 2020
Farkındalık Temelli Müdahaleler (MBSR)	Meditasyon, yoga, beden farkındalığı	Sıcak basması rahatsızlığında ve emosyonel stres düzeyinde azalma	8 haftalık MBSR programında sıcak basması rahatsızlığında azalma bildirilmiştir	Carmody vd., 2011
Klinik Hipnoz	Derin gevşeme, yönlendirilmiş imgeleme, telkin	Vazomotor semptomların sıklığı ve şiddetinde azalma	Klinik hipnozun sıcak basmaları üzerinde olumlu etkileri gösterilmiştir	Shufelt vd., 2023; Elkins vd., 2013
Kontrollü Solunum	Dakikada 6–8 nefeslik ritmik solunum	Gevşeme sağlasa da VMS üzerinde güçlü etki gösterilmemiştir	Büyük ölçekli çalışmalarda anlamlı üstünlük bulunmamıştır	Carpenter vd., 2013
Takviyeler ve Bitkisel Ürünler	Soya, kırmızı yonca, kara yılan kökü vb.	Vazomotor semptomlar ve uyku üzerinde değişken etkiler	Kanıtlar tutarsız; kontrolsüz kullanım risk taşıyabilir	Shufelt vd., 2023
Hormon Tedavisi (HRT)	Östrojen ± progestojen replasmanı	Vazomotor semptomlar, uyku kalitesi ve yaşam kalitesinde iyileşme	En etkili farmakolojik yöntemlerden biri olarak kabul edilmektedir	North American Menopause Society, 2022

Perimenopozda Beslenme Yaklaşımları

Perimenopozal dönem, kadın bedeninde metabolik ve fizyolojik değişimlerin belirginleştiği önemli bir geçiş sürecidir. Özellikle östrojen düzeyindeki azalma; abdominal yağlanmada artış, insülin direnci gelişimi ve lipid metabolizmasında bozulmalar ile ilişkilendirilmektedir. Ayrıca 2003–2023 yılları arasında gerçekleştirilen NHANES verilerine dayanan araştırmalar, ABD’de perimenopozal kadınlarda obezite ve insülin direnci prevalansının giderek arttığını ortaya koymaktadır (Xi vd., 2025). Obezite ve fazla kilo varlığında sağlanan minimal düzeydeki kilo kaybının dahi menopoz semptomları üzerinde olumlu etkiler oluşturabileceği bildirilmektedir. Yaklaşık 5

kg'lık kilo kaybının sıcak basmalarının tolere edilebilirliğini artırdığı; düzenli fiziksel aktivitenin ise metabolik sağlığın korunmasına katkı sağlayarak sıcak basmalarının sıklığı ve şiddetinin azalmasına yardımcı olduğu belirtilmektedir (Huang, 2010). Bu süreçte ortaya çıkan beden kompozisyonundaki değişikliklerin ve kilo artışının, kadınların beden algısı ve ruhsal iyilik hali üzerinde de etkili olabileceği; özellikle beden memnuniyetinde azalma, özgüven kaybı ve duygu durum değişiklikleri ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir (Vincent vd., 2023).

Perimenopozal dönemde sağlıklı beslenme alışkanlıklarının sürdürülmesi, yalnızca kilo kontrolü açısından değil; kardiyovasküler sağlık, kemik metabolizması, bilişsel işlevler ve ruh sağlığının korunması açısından da büyük önem taşımaktadır. Özellikle omega-3 yağ asidi alımının perimenopozda depresyon semptomlarının şiddetini hafifletebileceği bildirilmektedir. Yetersiz protein alımının ise kas kütlelerinde azalma ve fiziksel işlev kaybına katkıda bulunabileceği belirtilmektedir (Li vd., 2020).

Son yıllarda bağırsak mikrobiyotası ile menopoz semptomları arasındaki ilişki de dikkat çekmektedir. Beslenme alışkanlıklarının bağırsak mikrobiyotasını etkileyerek inflamasyon, metabolik süreçler ve nörotransmitter sentezi üzerinde rol oynayabileceği; bunun da ruh sağlığı ve duygu durum üzerinde dolaylı etkiler oluşturabileceği düşünülmektedir (Cuozzo vd., 2026).

Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite, perimenopozal dönemde hem fiziksel hem de ruhsal sağlık üzerinde çok yönlü koruyucu etkilere sahip önemli bir yaşam tarzı bileşenidir. Düzenli egzersizin endorfin, serotonin ve dopamin gibi nörotransmitter düzeylerini artırarak duygu durum düzenlenmesine katkı sağladığı; bu mekanizma üzerinden depresif belirtilerin ve anksiyete düzeyinin azalmasına yardımcı olabileceği bildirilmektedir. Aynı zamanda fiziksel aktivitenin stres yanıt sistemini düzenleyerek kortizol düzeyleri üzerinde dengeleyici etki oluşturduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda, yaşam boyu sürdürülen düzenli fiziksel aktivitenin perimenopozal dönemde yalnızca fiziksel sağlık değil, aynı zamanda ruh sağlığı ve yaşam kalitesinin korunmasında da kritik bir rol oynadığı kabul edilmelidir (Montgomery & Grant, 2026).

Perimenopozal dönemde sık görülen kas-iskelet ağrısı en ciddi şikayetlerden biridir. Bununla birlikte egzersizin kemik mineral yoğunluğunu koruyarak osteoporoz riskini azalttığı ve düşme riskine karşı kas-iskelet sistemini güçlendirdiği de vurgulanmaktadır (Guo vd., 2024).

Zihin-beden Yöntemleri

Perimenopoz ve postmenopoz döneminde görülen uyku sorunları, duygu durum değişiklikleri ve vazomotor semptomların yönetiminde farmakolojik olmayan yaklaşımlara yönelik ilgi giderek artmaktadır. Özellikle klinik

hipnoz, bilişsel-davranışçı terapi (BDT), farkındalık temelli müdahaleler ve zihin-beden egzersizleri gibi tamamlayıcı yöntemlerin, kadınların psikolojik iyilik hali ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkiler oluşturduğu bildirilmektedir. Bu müdahalelerin; stres düzeyini azaltma, emosyonel düzenlemeyi destekleme, gevşeme sağlama ve uyku kalitesini artırma yoluyla semptom yönetimine katkı sağlayabileceği belirtilmektedir. Ayrıca zihin-beden temelli yaklaşımların, özellikle hormon tedavisi kullanamayan veya hormon tedavisine uygun olmayan kadınlar için önemli bir alternatif oluşturduğu vurgulanmaktadır. Meme kanseri öyküsü, kardiyovasküler riskler veya hormon tedavisine yönelik kişisel tercihleri nedeniyle farmakolojik seçenekleri sınırlı olan kadınlarda bu müdahalelerin güvenli ve destekleyici yöntemler olarak değerlendirilebileceği bildirilmektedir. Bu nedenle perimenopozal bakım süreçlerinde farmakolojik tedavilerin yanı sıra bütüncül, birey merkezli ve kınıta dayalı psikososyal müdahalelerin de bakım planlarına entegre edilmesi önerilmektedir (Kennard & Saunders, 2026).

Bilişsel- davranışçı Terapi

Bilişsel-davranışçı terapi (BDT), semptomların tamamen ortadan kaldırılmasından ziyade, semptomlara yüklenen anlamın ve “sorun olarak değerlendirilme düzeyinin” azaltılmasında etkili bir psikolojik müdahale olarak öne çıkmaktadır. BDT müdahaleleri genellikle psikoeğitim, gevşeme ve kontrollü nefes alma teknikleri ile; semptomlara ilişkin olumsuz bilişlerin tanımlanması ve yeniden yapılandırılması, tetikleyici faktörlerin izlenmesi ve başa çıkma stratejilerinin geliştirilmesi gibi bilişsel ve davranışsal bileşenleri içermektedir. Bu süreçte bireyin vazomotor semptom (VMS) üzerindeki kontrol algısının artması ve semptomlara yönelik olumsuz inançların azalması, terapötik etkinin temel mekanizmaları olarak değerlendirilmektedir (Beck, 1970).

Yapılan randomize kontrollü çalışmalar, grup temelli BDT'nin menopozal dönemde (VMS)'ye bağlı sıkıntı düzeyini anlamlı ölçüde azalttığını göstermektedir. MENOS 1 çalışmasında meme kanseri öyküsü olan kadınlarda grup BDT'nin, olağan bakıma kıyasla VMS ile ilişkili sorun değerlendirmelerini azalttığı bulunmuştur (Mann vd., 2011). Benzer şekilde MENOS 2 çalışmasında meme kanseri öyküsü bulunmayan perimenopozal ve postmenopozal kadınlarda hem grup hem de kendi kendine uygulanan BDT'nin, VMS'ye bağlı rahatsızlık algısını azalttığı bildirilmiştir. Bu etkilerin 26 haftaya kadar sürdüğü ve katılımcıların önemli bir kısmında klinik olarak anlamlı düzelme sağlandığı belirtilmektedir (Ayers vd., 2011).

Daha sonraki çalışmalar, BDT'nin farklı uygulama biçimlerinde de etkili olduğunu göstermiştir. Eğitimli hemşireler tarafından yürütülen müdahalelerde, internet temelli programlarda ve kendi kendine yardım formatlarında da VMS'ye bağlı sıkıntı düzeyinin azaldığı bildirilmiştir. Ayrıca BDT'nin fi-

ziksel egzersizle birlikte uygulandığı durumlarda da semptomların algılanan rahatsızlık düzeyinde azalma olduğu, ancak tek başına egzersizin aynı etkiyi göstermediği belirtilmiştir (Fenlon vd., 2020).

Literatür, bilişsel-davranışçı terapinin menopozal dönemde semptomların şiddetinden ziyade, semptomların algılanma biçimi ve bireyin baş etme kapasitesi üzerinde etkili olduğunu desteklemektedir (Ayers vd., 2011; Mann vd., 2011; Fenlon vd., 2020).

Farkındalık Temelli Müdahaleler

VMS yönetimine yönelik farkındalık temelli müdahalelere (MBI) dair kanıtlar sınırlıdır. MBI'nın özellikleri arasında meditasyon eğitimi ve düşüncelere, duygulara, bedensel duymalara kabul edici bir şekilde yaklaşım yer alır. Yaygın bir MBI örneği, farkındalık meditasyonu, vücut farkındalığı ve yogayı içeren farkındalık temelli stres azaltma (MBSR) yöntemidir. Günde beş veya daha fazla orta ila şiddetli ateş basması yaşayan 110 kadında yapılan RCT'de, MBSR müdahalesinin etkisi değerlendirildi. MBSR, 8 haftalık bir program olup, grup dersleri, evde antrenman ve yüz yüze inzivayı içeriyordu. 20 hafta sonra, MBSR grubunun sıcak basma rahatsızlığında %21,62 azalma gözlemlenirken, bekleme listesi kontrol grubunda bu oran %10,50'di. Yoğunlukta da benzer bir azalma gözlemlendi. Farklar marjinal olarak anlamlıydı ve çalışmanın pilot doğası ile plasebo etkisini yansıtıyordu (Carmody vd., 2011).

Klinik Hipnoz

Klinik hipnoz, derin gevşeme durumu, yönlendirilmiş zihinsel imgeleme ve telkin tekniklerini içeren zihin-beden temelli bir terapötik yaklaşımdır. (Shufelt ve ark., 2023) Ağrı, anksiyete ve diğer kronik semptomların yönetiminde yaygın olarak kullanılan bu yöntem, perimenopozal dönemde özellikle VMS üzerindeki etkileri açısından da araştırılmıştır. Literatürde, klinik hipnozun sıcak basması yaşayan kadınlarda semptom şiddeti ve sıklığını azaltmada etkili olabileceği gösterilmiştir. Müdahaleler genellikle haftalık yüz yüze seanslar ve evde kendi kendine hipnoz uygulamalarını içermektedir (Elkins vd., 2013).

Kontrollü Solunum

Tempolu solunum, burundan yavaş ve derin nefes alınıp ağızdan verilmesi esasına dayanan, dakikada yaklaşık 6–8 nefeslik bir ritimle uygulanan bir gevşeme tekniğidir. (Shufelt ve ark., 2023) VMS yönetiminde kullanımı araştırılmış olmakla birlikte, mevcut kanıtlar bu yöntemin sıcak basmalarını azalttığı belirtilmiştir (Elkins vd., 2013).

Küçük ölçekli bazı laboratuvar çalışmalarında tempolu solunumun sıcak basması semptomlarını azaltabileceğine dair sınırlı bulgular bildirilmiş olsa da daha geniş örneklemli randomize kontrollü çalışmalar bu etkinliği doğru-

lamamıştır. Sığ nefes alma veya olağan bakım ile karşılaştırılan çalışmalarda, tempolu solunumun sıcak basmalarının sıklığı, şiddeti, rahatsızlık düzeyi veya günlük yaşama müdahalesi üzerinde anlamlı bir üstünlük sağlamadığı gösterilmiştir. Tempolu solunumun perimenopozal dönemde vazomotor semptomların azaltılmasında etkinliğini destekleyen güçlü ve tutarlı kanıtlar bulunmamaktadır. Bu nedenle tek başına bir tedavi yöntemi olarak önerilmesi uygun değildir (Carpenter vd., 2013).

Takviyeler/Bitkisel Ürünler

“Menopozla İlişkili Vasomotor Semptomların Hormonal Olmayan Yönetimi” üzerine 2015'teki pozisyon beyanı, soya kullanımına dair karışık kanıtlar sunmaktadır. 2015'ten bu yana yapılan soya denemeleri, çeşitli müdahaleler nedeniyle zordur ve çoğu çalışmanın küçük örneklem boyutları gibi önemli sınırlamaları bulunmaktadır. VMS'nin kontrolünde bazı çalışmalar soyanın faydalı olduğunu belirtirken, diğerleri plasebo ile karşılaştırıldığında fayda göstermemektedir. Bu bulguların tutarsızlığı, çalışmalardaki farklılıklar ve sınırlamalar nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Kırmızı yonca (red clover), kara yılan kökü (black cohosh) ve deve dikenini gibi preparatlar menopoz semptomlarını hafifletme amacıyla kullanılabileceğini söylenmiştir. Bu ürünlerin özellikle vazomotor semptomlar ve uyku bozuklukları üzerinde değişken düzeyde etkiler gösterebildiği, ancak kanıt düzeyinin farmakolojik tedavilere kıyasla daha sınırlı olduğu belirtilmektedir. Bununla birlikte, bazı çalışmalar bitkisel desteklerin inflamatuvar süreçler ve nöroendokrin düzenleme üzerinden dolaylı olarak ruh sağlığına katkı sağlayabileceğini öne sürmektedir. Sonuç olarak, takviye ve bitkisel ürünlerin kontrolsüz kullanımının ilaç etkileşimleri ve yan etki riski nedeniyle dikkatle değerlendirilmesi gerektiği, bu nedenle bireysel ihtiyaçlara göre sağlık profesyonelleri tarafından yönlendirilmesinin önemli olduğu açıkça belli olmuştur (Shufelt ve ark., 2023).

Hormon Tedavisi

Perimenopozal dönemde hormon replasman tedavisi (HRT), özellikle östrojen düzeylerindeki dalgalanma ve azalmaya bağlı gelişen vazomotor semptomlar, uyku bozuklukları ve yaşam kalitesinde düşüş gibi yakınmaların yönetiminde en etkili farmakolojik yaklaşımlardan biri olarak kabul edilmektedir. HRT temel olarak sistemik östrojen replasmanı ve uterus varlığında buna eklenen progesteron kombinasyonunu içermektedir. Bu tedavi yaklaşımı, hipotalamik termoregülasyon merkezinin stabilizasyonu yoluyla sıcak basması ve gece terlemesi gibi vazomotor semptomların sıklığını ve şiddetini azaltmaktadır. Hormon tedavisinin özellikle 60 yaş altındaki ve menopoz başlangıcından sonraki ilk 10 yıl içerisinde olan kadınlarda, uygun hasta seçimiyle birlikte en yüksek fayda-risk dengesine sahip olduğunu belirtmektedir. Bununla birlikte tedavi kararı bireyselleştirilmeli; kardiyovasküler hastalık riski, tromboemboli öyküsü, meme kanseri riski ve

bireyin semptom şiddeti mutlaka değerlendirilmelidir. Hormon tedavisinin yalnızca vazomotor semptomlar üzerinde değil, aynı zamanda uyku kalitesi, genitoüriner semptomlar ve genel yaşam kalitesi üzerinde de iyileştirici etkileri olduğu bildirilmektedir. Bununla birlikte uzun süreli kullanımda potansiyel riskler (özellikle meme dokusu üzerine etkiler ve tromboembolik olay riski) nedeniyle tedavi süresi ve dozu minimum etkili düzeyde tutulmalıdır ancak HT kolon kanseri riskini azalttığı da ortaya koyulmuştur. Ancak, HRT řu anda menoz sırasındaki bilişsel şikayetlerin tedavisi veya bilişsel gerilemenin veya demans gelişiminin önlenmesi için uluslararası olarak önerilmemektedir.

Sonuç olarak hormon tedavisi, perimenopozal dönemde semptom kontrolünde en etkili seçeneklerden biri olmakla birlikte, her birey için risk–yarar analizi yapılarak planlanması gereken, kişiselleştirilmiş bir tedavi yaklaşımıdır (North American Menopause Society, 2022).

KAYNAKLAR

- Ayers, B., Mann, E., & Hunter, M. S. (2011). A randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for women with problematic menopausal hot flushes: MENOS 2 trial protocol. *BMJ Open*, 1(1), e000047. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2010-000047>
- Badawy, Y., Spector, A., Li, Z., & Desai, R. (2024). The risk of depression in the menopausal stages: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 357, 126-133. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.04.041>
- Beck, A. T. (1970). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy*, 1(2), 184-200. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(70\)80030-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(70)80030-2)
- Cao, G., Meng, G., Zhu, L., Zhu, J., Dong, N., Zhou, X., Zhang, S., & Zhang, Y. (2021). Susceptibility to chronic immobilization stress-induced depressive-like behaviour in middle-aged female mice and accompanying changes in dopamine D1 and GABAA receptors in related brain regions. *Behavioral and Brain Functions*, 17(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s12993-021-00175-z>
- Carmody, J. F., Crawford, S., Salmoirago-Blotcher, E., Leung, K., Churchill, L., & Olenzki, N. (2011). Mindfulness training for coping with hot flashes: Results of a randomized trial. *Menopause*, 18(6), 611-620. <https://doi.org/10.1097/gme.0b013e318204a05c>
- Carpenter, J. S., Burns, D. S., Wu, J., Otte, J. L., Schneider, B., Ryker, K., Tallman, E., & Yu, M. (2013). Paced Respiration for Vasomotor and Other Menopausal Symptoms: A Randomized, Controlled Trial. *Journal of General Internal Medicine*, 28(2), 193-200. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2202-6>
- Cuozzo, M., O'Connor, C., Power, E., Gleeson, E. M., & O'Mahony, S. M. (2026). Gut-brain communication in menopause: Insights into neuroendocrine and microbiome interactions. *Proceedings of the Nutrition Society*, 1-11. <https://doi.org/10.1017/S0029665126102201>
- Elkins, G. R., Fisher, W. I., Johnson, A. K., Carpenter, J. S., & Keith, T. Z. (2013). Clinical hypnosis in the treatment of postmenopausal hot flashes: A randomized controlled trial. *Menopause*, 20(3), 291. <https://doi.org/10.1097/gme.0b013e31826ce3ed>
- Fenlon, D., Maishman, T., Day, L., Nuttall, J., May, C., Ellis, M., Raftery, J., Turner, L., Fields, J., Griffiths, G., & Hunter, M. S. (2020). Effectiveness of nurse-led group CBT for hot flushes and night sweats in women with breast cancer: Results of the MENOS4 randomised controlled trial. *Psycho-Oncology*, 29(10), 1514-1523. <https://doi.org/10.1002/pon.5432>
- Guo, X., She, Y., Liu, Q., Qin, J., Wang, L., Xu, A., Qi, B., Sun, C., Xie, Y., Ma, Y., Zhu, L., Tao, W., Wei, X., & Zhang, Y. (2024). Osteoporosis and depression in perimenopausal women: From clinical association to genetic causality. *Journal of Affective Disorders*, 356, 371-378. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.04.019>
- Harlow, S. D., Gass, M., Hall, J. E., Lobo, R., Maki, P., Rebar, R. W., Sherman, S., Sluss,

- P. M., & De Villiers, T. J. (2012). Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: Addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *Menopause*, 19(4), 387-395. <https://doi.org/10.1097/gme.0b013e31824d8f40>
- Hendriks, O., McIntyre, J. C., Rose, A. K., Crockett, C., Newson, L., & Saini, P. (2025). The mental health challenges, especially suicidality, experienced by women during perimenopause and menopause: A qualitative study. *Women's Health*, 21, 17455057251338941. <https://doi.org/10.1177/17455057251338941>
- Huang, A. J. (2010). An Intensive Behavioral Weight Loss Intervention and Hot Flashes in Women Weight Loss Intervention and Hot Flashes. *Archives of Internal Medicine*, 170(13), 1161. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2010.162>
- Kennard, A., & Saunders, K. T. (2026). Integrative approaches to perimenopause. *The American Journal of Medicine*, 139(4), 522-529. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2025.12.024>
- Li, D., Liang, H., Tong, Y., & Li, Y. (2020). Association of dietary n-3 polyunsaturated fatty acids intake with depressive symptoms in midlife women. *Journal of Affective Disorders*, 261, 164-171. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.10.014>
- Maki, P. M., & Jaff, N. G. (2022). Brain fog in menopause: A health-care professional's guide for decision-making and counseling on cognition. *Climacteric*, 25(6), 570-578. <https://doi.org/10.1080/13697137.2022.2122792>
- Mann, E., Smith, M., Hellier, J., & Hunter, M. S. (2011). A randomised controlled trial of a cognitive behavioural intervention for women who have menopausal symptoms following breast cancer treatment (MENOS 1): Trial protocol. *BMC Cancer*, 11(1), 44. <https://doi.org/10.1186/1471-2407-11-44>
- McElhany, K. M., Dishman, D. N., Metcalf, C. A., & Beauchamp, J. E. S. (2026). Anxiety during perimenopause: A qualitative study of lived experiences. *Menopause*. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000002744>
- Montgomery, T. R., & Grant, D. M. (2026). Neurobiological, molecular, and systemic mechanisms of exercise in the treatment of mental health disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 195, 113-122. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2026.01.043>
- Oppermann, K., Fuchs, S. C., Donato, G., Bastos, C. A., & Spritzer, P. M. (2012). Physical, psychological, and menopause-related symptoms and minor psychiatric disorders in a community-based sample of Brazilian premenopausal, perimenopausal, and postmenopausal women. *Menopause*, 19(3), 355-360. <https://doi.org/10.1097/gme.0b013e31822ba026>
- Rackiewicz, D., Sarecka-Hujar, B., Gujska, J. H., Wdowiak, A., Wróbel, A., Patyra, W., & Bojar, I. (2026). Quality of Life, Menopausal Symptoms, Insomnia and Depression in Peri- and Post-Menopausal Women: A Cross-Sectional Study. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 32, e951812. <https://doi.org/10.12659/MSM.951812>
- Salazar-Pousada, D., Monterrosa-Castro, A., Ojeda, E., Sánchez, S. C., Morales-Luna, I.

F., Pérez-López, F. R., & Chedraui, P. (2017). Evaluation of depressive symptoms in mid-aged women: Report of a multicenter South American study. *Menopause*, 24(11). https://journals.lww.com/menopausejournal/fulltext/2017/11000/evaluation_of_depressive_symptoms_in_mid_aged.10.aspx

The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. (2022). *Menopause*, 29(7), 767-794. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000002028>

Vincent, C., Bodnaruc, A. M., Prud'homme, D., Olson, V., & Giroux, I. (2023). Associations between menopause and body image: A systematic review. *Women's Health*, 19, 17455057231209536. <https://doi.org/10.1177/17455057231209536>

Weber, M. T., Maki, P. M., & McDermott, M. P. (2014). Cognition and mood in perimenopause: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology, Current Views of Hormone Therapy for Management and Treatment of Postmenopausal Women*, 142, 90-98. <https://doi.org/10.1016/j.jsbmb.2013.06.001>

WHO. (2024, Ekim 16). *Menopause*. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/menopause>

Xi, X., Pei, C., & Song, N. (2025). Prevalence of and trends in obesity and insulin resistance among US perimenopausal women, 2003-2023. *Menopause*, 32(12), 1088-1094. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000002612>

Zhou, Q., Wang, B., Hua, Q., Jin, Q., Xie, J., Ma, J., & Jin, F. (2021). Investigation of the relationship between hot flashes, sweating and sleep quality in perimenopausal and postmenopausal women: The mediating effect of anxiety and depression. *BMC Women's Health*, 21(1), 293. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01433-y>