



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL KANUNİ SULTAN SÜLEYMAN
SAĞLIK UYGULAMA ve ARAŞTIRMA MERKEZİ
KADIN HASTALIKLARI ve DOĞUM ANABİLİM DALI

**PRETERM ve TERM DOĞUM YAPAN KADINLARIN POSTPARTUM
BECK DEPRESYON, POSTPARTUM SPESİFİK ANKSİYETE, KADIN
CİNSEL İŞLEVİ, CAROL CİNSEL FONKSİYON ve DİSPARONİ
DEĞERLENDİRME ÖLÇEKLERİ ile
COVID19 KORKU ÖLÇEĞİ KARŞILAŞTIRMASI**

Dr. Aleyna Aydın
(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İstanbul-2021



T.C.

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL KANUNİ SULTAN SÜLEYMAN
SAĞLIK UYGULAMA ve ARAŞTIRMA MERKEZİ**

KADIN HASTALIKLARI ve DOĞUM ANABİLİM DALI

**PRETERM ve TERM DOĞUM YAPAN KADINLARIN POSTPARTUM
BECK DEPRESYON, POSTPARTUM SPESİFİK ANKSİYETE, KADIN
CİNSEL İŞLEVİ, CAROL CİNSEL FONKSİYON ve DİSPARONİ
DEĞERLENDİRME ÖLÇEKLERİ ile
COVID19 KORKU ÖLÇEĞİ KARŞILAŞTIRMASI**

Dr. Aleyna Aydın

Tez Danışmanı: Prof. Dr. İsmail Özdemir

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İstanbul/2021

1. TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca deneyimlerinden her zaman yararlandığım, mesleki konuda bilgilerini bizden esirgemeyen, eğitimimizin her koşulda devam etmesi için çok kere mücadele veren, duruşu ile hepimize örnek olan başta tez danışmanım Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. İsmail Özdemir’e teşekkürü bir borç bilirim.

Bilgi ve becerileri ile bilimsel olma konusunda ufkumuzu açan, zorlu tez yazım sürecimde her zaman yanımda olan ve desteğini esirgemeyen Doç. Dr. Burak Yücel abime çok teşekkür ederim.

Asistanlık hayatımız boyunca üzerimizde emeği olan, bizim eğitimimiz için her türlü çabayı gösteren, abla kardeş ilişkisi içerisinde huzurla çalışmamızı sağlayan Doç. Dr. Hale Göksever Çelik, Op. Dr. Aysu Akça ve Op. Dr. Esra Can başta olmak üzere tüm uzman abilerim ve ablalarım; tez konumun oluşmasında bana yardımcı olan ve yol gösteren Op. Dr. Pınar Yalçın Bahat ablama teşekkür ederim.

Zorlu asistanlık süresince cefasıyla sefasıyla birlikte çalıştığım, eşkıdemleri olmaktan gurur duyduğum, kardeşlerim Dr. Zelina Öztürk, Dr. Fatma Ülkü Betül Kurt, Dr. Bilgehan Sağlık ve Dr. Şeyma Çolak Yüksek’e teşekkür ederim.

Çalıştığımız süre boyunca her türlü bilgi, tecrübe ve deneyimlerini bizlere öğreten çok değerli kıdemlilerim ve asistan arkadaşlarıma, “cerrahi ekip işidir” cümlesini içten hissetmemizi sağlayan tüm ebe, hemşire ve sağlık personelimize teşekkürlerimi sunarım.

Bugünlere gelmemi sağlayan, her zaman sevgilerini ve desteğini hissettiğim, “iyi ki benim ailem” dediğim başta annem, babam, kardeşlerim, teyzelerim ve yanımda olmasa da beni izlediğini bildiğim rahmetli amcam olmak üzere tüm aileme teşekkür ederim.

Son olarak, aynı gün aynı saatte bu yolculuğa başladığım, birlikte çalıştığım her ândan keyif aldığım, her düştüğümde beni kaldıran, tüm üzüntülerimi gülücükle sonlandıran, mutluluğuma mutluluk katan ve katacak olan yol arkadaşım Dr. Sultan Mayuncur’a gönülden teşekkür ederim.

Dr. Aleyna Aydın

Mart 2021

2. İÇİNDEKİLER

1. Teşekkür.....	i
2. İçindekiler.....	ii
3. Kısaltmalar.....	iii
4. Tablo Listesi.....	iv
5. Özet.....	v
6. Abstract.....	vii
7. Giriş ve Amaç.....	1
8. Genel Bilgiler.....	2
9. Materyal ve Metod.....	19
10. Bulgular.....	21
11. Tartışma.....	29
12. Sonuç.....	39
13. Kaynakça.....	40
Ekler.....	42
Ek 1 Beck Depresyon Ölçeği.....	42
Ek 2 Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği.....	45
Ek 3 COVID-19 Korku Ölçeği.....	47
Ek 4 Carol Postpartum Cinsel Fonksiyon ve Disparoni Değerlendirme Ölçeği.....	48
Ek 5 Kadın Cinsel İşlev Ölçeği.....	49

3. KISALTMALAR

BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EDDÖ	: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği
FSFI	: Female Sexual Function Index
ISUOG	: International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology
MERS	: Middle East Respiratory Syndrome
MERS-CoV	: Middle East Respiratory Syndrome-Coronavirüs
NSVD	: Normal Spontan Vajinal Doğum
PCR	: Polymerase Chain Reaction
PPD	: Postpartum Depresyon
PSAS	: Postpartum Spesifik Anksiyete Skalası
PTD	: Preterm Doğum
RCOG	: Royal Collage of Obstetrics and Gynecology
SARS	: Severe Acute Respiratory Syndrome
SARS-CoV	: Severe Acute Respiratory Syndrome-Coronavirüs
SARS-CoV2	: Severe Acute Respiratory Syndrome-Coronavirüs
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
SSRI	: Selective Serotonine Reuptake Inhibitor
STAI	: State-Trait Anxiety Scale

4. TABLO LİSTESİ

Tablo 1	: FSFI Soru Katsayıları ve Puan Durumu
Tablo 2	: Olguların Yaş Ortalaması
Tablo 3	: Olguların Eğitim Seviyeleri
Tablo 4	: Olguların Demografik Özellikleri
Tablo 5	: Olguların Klinik Özellikleri
Tablo 6	: Olguların Doğum Şekli
Tablo 7	: Olguların Primer Sezeryan Oranları
Tablo 8	: Olguların Gebelik Haftasına Göre Karşılaştırılması
Tablo 9	: Olguların FSFI, PSAS, COVID-19 Korku Ölçeği ile Karşılaştırılması
Tablo 10	: Olguların PSAS Ölçeği ile Karşılaştırılması
Tablo 11	: Olguların Beck Depresyon Envanteri ile Karşılaştırılması
Tablo 12	: Olguların Carol Postpartum Cinsel Fonksiyon ve Disparoni Değerlendirme Ölçeği ile karşılaştırılması
Tablo 13	: Olguların Toplam FSFI Puanına Göre Cinsel İşlev Bozukluğunun Karşılaştırılması

5. ÖZET

Amaç: Preterm ve term doğum yapan kadınların postpartum depresyon, cinsel işlev bozukluğu ve COVID-19 korku durumlarını karşılaştırmak ve preterm doğum yapmanın bu durumlar üzerinde bir risk faktörü oluşturup oluşturmadığını değerlendirmektir.

Materyal-Metod: Araştırmamız Aralık 2020-Mart 2021 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne başvuran gebeler doğum sonrası 8-12. haftalarda inceledi. Gebeler, preterm ve term doğum yapanlar olarak 2 gruba ayrıldı. Her grupta 59 hasta olmak üzere toplam 118 hasta değerlendirildi. Hastalara ait bilgilere hastanemiz elektronik veri tabanı olan Panates sisteminden ulaşıldı. COVID-19 pandemi koşulları gereği hastalar ile telekonferans yöntemi kullanılarak iletişime geçildi. Çalışma hakkında bilgilendirildikten sonra sözel onam alınan hastalara Beck Depresyon Ölçeği, Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği, COVID-19 Korku Ölçeği, Kadın Cinsel İşlev Ölçeği, Carol Postpartum Cinsel Fonksiyon ve Disparoni Değerlendirme Ölçeği uygulandı.

Bulgular: Hastalar demografik ve klinik özellikleri karşılaştırıldığında parite sayısı dışında gruplar arasında anlamlı farklılık görülmedi. Bu sonuç her iki grubun homojen bir dağılımda seçildiğini, grupların benzer olduğunu göstermektedir. Gebelik haftası ortalaması preterm doğum yapan grupta 34.2 ± 2.23 hafta, term doğum yapan grupta 38.8 ± 1.20 hafta hesaplandı. Gruplar, Beck Depresyon Ölçeği, Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği ve COVID-19 Korku Ölçeği puan ortalaması ile karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$).

Kadın Cinsel İşlev Ölçeği ile her iki gruptaki kadınlar karşılaştırıldığında, cinsel işlev bozukluğunun preterm doğum yapan kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı oranda daha fazla olduğu izlendi ($p < 0.05$).

Gruplar, Carol Postpartum Cinsel Fonksiyon ve Disparoni Değerlendirme Ölçeği ile değerlendirildiğinde anketin libido ve lubrikasyon bölümü preterm doğum yapan grupta istatistiksel olarak anlamlı oranda daha düşük izlenmiştir ($p < 0.05$). Disparoni bölümünde ise gruplar arası anlamlı fark saptanmadı.

Sonuç: Postpartum depresyon ve cinsel işlev bozukluğu kadınlarda doğum sonrası dönemde yaygın görülen sağlık problemidir. Küresel bir hastalık olan COVID-19 pandemi döneminde zorunlu sosyal izolasyon önlemleri insanları psikososyal yönden olumsuz etkileyerek bu sorunları artırabilir. Birinci basamak sağlık hizmeti olarak hastaların doğum sonrası kontrollerinde ruhsal durumlarının ve cinsel sorunlarının değerlendirilmesi postpartum depresyon ve cinsel işlev bozukluğunun erken tanı almasına olanak sağlar. Kısa sürede uygulanabilen anketler ile riskli gruptaki kadınlar belirlenir ve tedavi için yönlendirilir ise yaygın görülen bu sorunlar azalabilir, kadın sağlığı ve yaşam kalitesi iyileştirilebilir. Cinsel ve ruhsal sağlığın genel sağlığın bir parçası olduğu kadınlarımıza ğretilmeli, bu konulardaki sorunlarını sağlık birimlerine bildirmeleri sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Preterm doğum, postpartum depresyon, cinsel işlev bozukluğu, COVID-19.

6. ABSTRACT

Aim: Our study aims to compare the postpartum depression, sexual dysfunction and COVID-19 fear status of women who went through preterm delivery and term delivery, and to evaluate if preterm delivery constitutes a risk factor over these situations.

Material-Method: Our study examined the pregnant women who applied for delivery to Health Sciences University Istanbul Kanuni Sultan Süleyman Training and Research Hospital Gynecology and Obstetrics Clinic between December 2020 and March 2021 in the postnatal week 8-12. Pregnant women were evaluated in 2 groups as preterm and term deliveries. A total of 118 patients were evaluated, including 59 patients in each group. The information about the patients was accessed through the Panates system which is the electronic database of our hospital. Patients were contacted using teleconference method due to COVID-19 pandemic conditions. Beck Depression Inventory, Postpartum Specific Anxiety Scale, Fear of COVID-19 Scale, Female Sexual Function Index, Carol Postpartum Sexual Function and Dyspareunia Assessment Scale were implemented to the patients from whom a verbal consent was received after informing them about the study.

Results: No significant difference was observed between the groups, except for the number of parity, when the demographic and clinical characteristics of the patients were compared. This result shows that both groups are selected in a homogeneous distribution and the groups are similar. Average gestational week was measured as 34.2 ± 2.23 weeks in the preterm delivery group and 38.8 ± 1.20 weeks in the term delivery group. No statistically significant difference was found when the groups were compared in terms of their point average of Beck Depression Inventory, Postpartum Specific Anxiety Scale and Fear of COVID-19 Scale ($p > 0.05$).

It was observed that sexual dysfunction was statistically significantly higher in women who had preterm delivery when women in both groups were compared regarding Female Sexual Function Index ($p < 0.05$).

The preterm delivery group was observed to have statistically significantly lower libido and lubrication points when the Carol Postpartum Sexual Function and Dyspareunia Assessment Scale was examined ($p<0.05$). There was no significant difference between groups in the dyspareunia part.

Conclusion: Postpartum depression and sexual dysfunction are common health problems for women in postnatal period. Mandatory social isolation measures during the COVID-19 pandemic can increase these problems by negatively affecting people in terms of psychosocial aspects. Evaluating the mood and sexual problems of patients in postnatal controls as a part of preliminary healthcare service enables early diagnosis of postpartum depression and sexual dysfunction. These common problems are reduced if women in the risky group are identified and referred for treatment with questionnaires that can be implemented in a short time. Women's health and quality of life can be improved. Our women should be taught that sexual and mental health is a part of general health, and they should be made sure that they report their problems in these issues to health units.

Keywords: Preterm delivery, postpartum depression, sexual dysfunction, COVID-19.

7. GİRİŞ ve AMAÇ

Gebelik, kadın yaşamındaki en önemli mucizevi olaydır. Başarılı bir gebelik süreci için tüm anatomik ve fizyolojik olayların optimal şekilde gerçekleşmesi gerekmektedir. Hormonal değişiklikler maternal fizyolojiyi önemli ölçüde değiştirir. Bu değişim hem gebelik hem postpartum süreç boyunca devam eder. Postpartum dönem, kadınların annelik ile tanıştığı doğum sonrası ilk 6 haftalık dönemdir. Bu dönemdeki değişiklikler fizyolojik bir olay olmasının yanı sıra kadında stres yaşıtan bir durum haline gelmekte ve psikolojik problemlerin ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır.

Annelik gibi güzel bir duyguyu tanıyan kadınlar aynı anda yaşadıkları içsel sıkıntı ve çökkünlük durumunu fark edemeyebilir. Farkına varan anneler ise çeşitli sosyokültürel etmenler nedeniyle bu sorunları sağlık çalışanlarına ifade edemeyebilirler. Tanısı geciken ya da tedavi edilemeyen postpartum depresyondaki anneleri hem kendileri hem de bebekleri için daha zor bir süreç beklemektedir.

Postpartum dönemde yaygın görülen bir diğer problem cinsel işlev ve fonksiyon bozukluğudur. Hem fizyolojik ve hormonal nedenler hem de stres, anksiyete bu durumu tetikleyebilir. İçinde bulunduğumuz zaman diliminde küresel bir sorun olan COVID-19 pandemisi de anneler için ekstra tetikleyici bir unsur haline gelmiştir. İnsanlardaki psikososyal etkileri henüz tam olarak incelenemeyen bu hastalık, postpartum dönemde daha hassas olan annelerimizin ruhsal sağlığını bozarak birbiri ile ilişkili olan depresyon ve cinsel bozukluk gibi sorunları yaygınlaştırabilir.

Çalışmamızda, preterm doğum yapan kadınlar ile term doğum yapan kadınları doğum sonrası dönemde postpartum depresyon, cinsel işlev bozukluğu ve COVID-19 korkusu açısından karşılaştırarak preterm doğumun bu sorunlar için risk faktörü olup olmadığını değerlendirdik. Amacımız, postpartum dönemin en önemli sorunları olan postpartum depresyon ve cinsel işlev bozukluklarının pandemi dönemindeki durumunu incelemektir. Bu sayede, bu sorunların erken tespitini sağlayarak kadınların yaşam kalitesini artırmak ve önlemlerin alınmasına yönelik gelişmelere öncülük etmektir.

8. GENEL BİLGİLER

Preterm doğum (PTD), en sık görülen obstetrik komplikasyonlardan biridir. PTD, yenidoğan ölümlerinin önde gelen nedeni olması ve halk sağlığı sistemi için büyük ölçekli maliyete sebebiyet vermesi nedeniyle küresel bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. PTD, ebeveynler için artan psikolojik sıkıntıya neden olmaktadır.

Preterm doğum, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 37. gebelik haftası (259. gün) tamamlanmadan meydana gelen doğum olarak tanımlanmıştır. Ayrıca, 34. gebelik haftasından önce doğanlar *erken preterm*, 34. hafta tamamlandıktan sonra 36. hafta tamamlanmadan önce doğanlar ise *geç preterm* olarak sınıflandırılmaktadır.

Term doğum ise 37. gebelik haftası tamamlandıktan sonra 42. gebelik haftası tamamlanana kadar (260-294 gün) olan zaman diliminde doğanları kapsar. Term doğumlar da preterm doğumlar gibi; *erken term* (37. gebelik haftası tamamlandıktan sonra, 38^{6/7} hafta arasındaki sürede doğanlar); *tam term* (39. gebelik haftası tamamlandıktan sonra, 40^{6/7} hafta arasına kadar geçen sürede doğanlar); *geç term* (41. gebelik haftası tamamlandıktan sonra, 41^{6/7} hafta arasına kadar olan sürede doğanlar) olarak sınıflandırılmıştır. **Postterm gebelik** ise 42. gebelik haftası tamamlandıktan sonra (295. gün) doğanlar olarak tanımlanmaktadır.

Doğumda gebelik yaşı ne kadar erken olursa neonatal mortalite ve morbidite riskinin o kadar arttığı bilinmektedir. Preterm doğum ve postpartum depresyon arasındaki ilişki son zamanlarda ilgi duyulan ve çeşitli araştırmaların yapıldığı bir konudur. Birçok araştırma erken doğumun, düşük doğum ağırlığı ve gebelik kaybına neden olabileceği nedeni ile postpartum depresyonu artırdığı sonucuna varmıştır (5).

Hamilelik ve doğum sonrası dönemde depresyon yaygın görülen bir hastalıktır. Hamilelik sırasında ve sonrasında tedavi edilmeyen psikiyatrik hastalık hem annede hem bebekte hem anne-bebek ilişkisinde olumsuz etkilere neden olmaktadır. Gebelik fizyolojik bir olaydır ancak bu dönemde ve doğum sonrası dönemde meydana gelen hormonal ve ruhsal değişiklikler bazı kadınlar tarafından tolere edilebilir iken bazı kadınlar tarafından tolere edilemez.

Doğum sonrası ilk yıl içerisinde kadınlar psikiyatrik hastalıklar (anksiyete bozuklukları, obsesif-kompulsif bozukluklar, depresyon ve nadiren psikoz) açısından anlamlı bir risk altındadır ancak depresyon bu hastalıklar içinde baskın olduğundan doğum sonrası psikiyatrik hastalıklar denildiğinde genellikle postpartum depresyon anlaşılır. Kadınların %40'ı postpartum dönemde %33'ü ise gebelikte ilk depresyon atağını yaşamaktadır (1).

Depresyon, gebelik ve doğum sonrası dönemde sık görülen bir komplikasyondur. Gebelikte %70 kadın depresyon semptomu bildirmekte hatta %10-16'sı majör depresif bozukluk kriterlerini karşılamaktadır (2).

Postpartum depresyon (PPD) bulguları doğum yapmayan kadınlardaki depresyon bulguları ile benzerdir ancak normal involüsyonel fenomenden (kilo kaybı, uykusuzluk) ya da doğum sonrası ilk günlerde %50-70 sıklıkla görülen annelik hüznünden ayırt edilmesi güç olabilir. Postpartum depresyonda, annede ailesine karşı sevgisizlik ve bebeğine karşı ilgisizlik gibi duygular ön plandadır. Duygu durumun deprese olması, ilgi istek azalması, iştah değişikliği, uyku bozuklukları, bebeğin bakımında güçlükler ve yetersizlik, iyi bir dinlenme sonrası yorgun hissetme, doğum ve annelik konusunda suçluluk hissi, kendine güven azlığı, konsantrasyon güçlüğü, anksiyete, kimseyle görüşmek istememe, unutkanlık ve intihar düşüncesi postpartum depresyonun diğer bulgularıdır.

Son 20 yılda yapılan çalışmalar depresyonun doğum sonrası dönemde arttığını desteklemiştir. Bazı çalışmalar ilk 3 ay içerisinde bazıları ise ilk 2 yıl içerisinde kadınların psikiyatrik hastalıklar açısından risk altında olduğunu ileri sürmüştür (2).

Postpartum depresyon, perinatal dönemde en sık görülen morbiditelerden biri olarak kabul edilmekte ve %15 oranında yaygınlık göstermesinin yanı sıra yıkıcı bir morbidite olarak kabul edilmektedir çünkü yalnızca anne sağlığını etkilemez. Bebeğin gelişimini ve ebeveynlik davranışını da etkiler. Genellikle doğumdan sonraki 2-8. haftalar içinde başlar ve en az 2 hafta en çok 1 yıl kadar sürer.

Belirtilerin saklanabilmesi postpartum depresyon tablosunun tanı almasına engel olmaktadır. Özellikle hafif ya da orta şiddetli olduğunda ve yardım arayışı desteklenmediğinde PPD'nin başlangıcı sinsi olabilir. Bu durumlarda PPD uzun süre devam edip hastaneye yatış gerektirecek şekilde ağırlaşabilir. Ağır vakaların sebebiyet verdiği intiharlar, postpartum ölümlerin %20'sini oluşturmaktadır.

Teşhis eksikliğinin bir nedeni de kadınların annelik heyecanı ile negatif duygularını dile getirememesi, doğum sonrası rutin kontrol muayenesinde doktora kendini ifade edememesi ya da hangi doktora başvuracağını bilememiş olması olabilir. Birçok kadın ise bu sorunlarını depresyon olarak algılamaz ve bu konuda bir destek arayışı içinde değildir. Ağır doğum sonrası depresyonu olan kadınların yalnızca %50'den azı belirtilerini depresyon olarak değerlendirmektedir (3).

Risk altında olduğundan şüphelenilen kadınlar postpartum 6-12. haftaya kadar her trimester en az bir kez izlenmelidir. Özellikle geçirilmiş depresyon atağı olan ve mevcut anti-depresan tedavisini gebelikte kesen kadınlar daha fazla risk altındadır. PPD geçiren bir kadının, ilerideki 5 yıl içerisinde yeni bir depresyon atağı geçirme olasılığı, PPD geçirmeyenlere göre 2 kat daha fazladır (4).

PPD'nin birçok risk faktörü vardır. Stresli yaşam olayları, sosyoekonomik düzey, düşük sosyal destek, kötü aile ilişkileri, evlilikle ilgili sorunlar, beklenmedik yaşamsal olaylar (ölüm, ayrılık vb.), geçirilmiş çocukluk travmaları, yakınlarında depresyon öyküsü, riskli gebelikler, planlanmamış gebelikler, adölesan gebelikler, multiparite, kayıpla sonlanan gebelik, erken anne-bebek ayrılığı, zor doğum eylemi, gebelikte preeklampsi gibi ciddi komplikasyon öyküsü ve acil sezaryen girişimi risk faktörleri arasında yer almaktadır. Ancak bu risk faktörlerinin en önemlisi geçirilmiş majör depresif bozukluk öyküsüdür. Bu sebepler ile birlikte yapılan metaanalizlerde preterm doğum ve prematüritenin postpartum depresyon için risk faktörü olduğu tespit edilmiştir (5).

Gebelik sırasındaki depresyon ise erken doğum, düşük doğum ağırlığı, fetal büyüme ve gelişme kısıtlılığı ve doğum sonrası komplikasyonlar ile ilişkilendirilmiştir. Gebelikte tedavi edilmeyen depresyonun hipotalamus-hipofiz-adrenokortikal aksta düzensizliğe neden olarak kortizol ve katekolamin gibi stres faktörlerinin salgılanmasını artırdığı, bunun sonucunda plasental hipoperfüzyon ve fetal büyüme gelişme geriliğinin ortaya çıktığını öne süren bir hipotez vardır. Bu hipotez, bebekte hipotalamus-hipofiz-adrenokortikal aksının reaktif olması ve bebek glukokortikoid reseptör geninin (Nr3c1) epigenetik değişiklikler ile ilişkili bulunmasıyla desteklenmiştir (5).

Gebelik öncesi depresyon tanısı alan ve anti-depresan tedavisini gebeliğinde kesen kadınlar da nüks riski altındadır. Gebelik ve doğum sonrası dönemde depresyon semptomları olan kadınlar, obstetrik bakıma uyum sağlayamazlar ve bu kadınlarda alkol, tütün ve bitkisel ilaç kullanımında artış olabilir. Anne-bebek ilişkisinin oluşması engellenebilir.

Postpartum dönemde duyarlılığın arttığı tarihsel olarak bilinen bir gerçektir. Geleneksel olarak tablonun şiddetini yansıtan; postpartum hüznü (annelik hüznü, baby blues), postpartum depresyon ve postpartum psikoz şeklinde 3 kategoriye ayrılır (2). Buna rağmen doğum sonrası normal sayılabilecek yakınmalar ile depresif semptomlar arasındaki örtüşme, bazı durumlarda klinik tanıyı güçleştirebilir. Uyku bozukluğu, libido değişikliği, yorgunluk ve endişe postpartum depresyonun bulguları olmakla birlikte, doğum sonrası dönemde de görülebilir. Önemli olan risk grubunda izlenen hastaların takibi ve postpartum depresyonun erken tanınmasıdır. Tanı ve tedavideki gecikme hem anne hem de bebeğin bakımında sorunlar yaşanmasına neden olur. Bazen bebeğin fiziksel ve bilişsel gelişiminde gecikmeye de yol açabilir.

Annelik Hüznü (Bebek Hüznü = Baby Blue)

Doğum sonrası dönemde görülen geçici ve kendini sınırlayıcı ruhsal durum değişiklikleri annelik hüznü olarak adlandırılmaktadır. Semptomlar hafiftir ve bu durumun postpartum kadınların %50-85'ini etkilediğini bildiren çalışmalar vardır (6). Doğum sonrası en sık karşılaşılabilen problemlerden biridir.

Annelik hüznü genelde doğum sonrası 3-5. günlerde ortaya çıkar. Belirtileri arasında ağlama, yorgunluk, anksiyete, uyku bozukluğu, sinirlilik, duygu durumunda ani değişkenlik, konsantrasyon bozukluğu, eleştiriye aşırı duyarlılık görülür. Bu tablo geçici bir durumdur ancak bu hastaların %20'sinde postpartum birinci yıla kadar majör depresyon gelişebileceği ileri sürülmektedir (7).

Belirtiler ilerleyen zaman diliminde şiddetleri azalarak kaybolur. Hastalar genellikle 7-10 gün içerisinde iyileşirler. Duygusal destek ve bilgilendirme gibi psikoterapik girişimler faydalı olmaktadır. Aile desteği de bu süreçte önemli bir role sahiptir. Duygusal bakımdan kendini geri plana atılmış hisseden annelerde, bu sürecin iyileşmesi daha uzun zaman almaktadır.

Postpartum Depresyon

Postpartum depresyon, doğumun en yaygın komplikasyonudur ve doğum sonrası %10-15 oranında görülmektedir. Daha önce depresyon atağı geçiren, tedavi altında olup tedavisini kesen ve gebelikte depresyon semptomları gösteren kadınlar risk altındadır. Düşük sosyoekonomik durum, düşük benlik algısı, sosyal izolasyon, yaşam stres faktörleri, ailede postpartum depresyon öyküsü olan ve komplikasyonlu doğum geçiren anneler risk altındadır. Ayrıca, gebelik öncesi premenstrüel semptom yaşayan kadınlarda PPD gelişme riski artmıştır.

Gebelikte yükselen östrojen ve progesteron seviyeleri doğum sonrası hızlı bir düşüş gösterir. Bu düşüşün de önceden psikiyatrik savunmasızlığı olan kadınlarda PPD gelişme riskini artırdığı düşünülmektedir (5).

PPD, postpartum 4 hafta içerisinde belirtilerin başlaması şeklinde tanımlanır. Bu dönemin daha çok 6-12. haftalar olmak üzere ilk 1 yıl içinde olabileceğini bildiren çalışmalar da vardır (1). Belirtiler '*annelik hüznü*' tablosuna göre daha şiddetlidir ve hastalarda özkıyım düşüncesi olabilmektedir. Bazı annelerde ise depresyonun aksine mizaçta yükselme görülür.

PPD, anne-bebek arasında kurulan ilişkiyi zayıflatmaktadır. Depresyonda olan annelerin bebeklerine olan ilgisi, bebekleri ile konuşması, göz teması kurması ve oyun oynaması azalır. Bazı çalışmalar depresyondaki annelerin bebeklerini daha az emzirdiği sonucuna varmıştır (1). Bu şekilde anne-bebek ilişkisinin temelleri zayıf oluşan depresif anne bebeklerinin, sosyal katılım ve duygu düzenleme ölçütlerinde düşük puan aldıklarını gösteren çalışmalar vardır (2).

Tedavi edilmeyen PPD, çocukta bilişsel, davranışsal, sosyal ve psikolojik bozukluklarla suçlanmaktadır. PPD'nin özellikle erkek çocuklarda davranış bozukluğu geliştirdiği ve çocukluk psikopatisini artırdığı gösterilmiştir. PPD, gecikmiş psiko-motor gelişim ve okul yıllarında davranış sorunları ile de ilişkilendirilmiştir (2). Bu kadar önemli olumsuz sonuçlara yol açan PPD, yetersiz tanı almakta ve yetersiz tedavi edilmektedir.

Doğum ve annelik gibi kadın yaşamındaki önemli olaylar nedeniyle mutlu olmaları gerektiğine inanan anneler, depresif duygular taşıdıklarından dolayı suçluluk hissederek semptomlarını gizleyebilirler. Böylece postpartum depresyon tanısı kolaylıkla gözden kaçabilir.

Bazı çalışmalarda postpartum ilk 6 haftada deprese olan kadınların yarısında prepartum depresif semptomlar ve annelik hüznü bildirilmiştir (8). Yenidoğan kontrol muayeneleri, anneler ile konuşmak ve ruhsal durumlarını öğrenmek için birer fırsattır. Depresyondan şüphelenildiğinde psikiyatrik değerlendirme yapılmalıdır. PPD için risk taşıyan demografik gruplar yakın tarama için belirlenebilir. Psikoz varlığı ise intihar düşüncesine neden olabilir ve bu durum psikiyatrik acil olarak kabul edilmelidir.

Doğum Sonu Depresyona Yönelik Tarama Yöntemleri

Doğum sonrası dönemde depresyon taraması güvenilir tanımlama yöntemleri kullanılarak belirlenmelidir. Postpartum depresyonun görülme sıklığı hastaların doğum sonrası değerlendirildiği zamana, örneklem hacmi ve popülasyon farklılığına ve tanı koyma aracına bağlı değişiklik göstermektedir (2). Ülkemizde geçerlilik çalışması yapılmış olan Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Postpartum Spesifik Anksiyete Skalası (PSAS) ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDDÖ) kullanılabilir.

Beck Depresyon Ölçeği, Beck ve arkadaşlarının geliştirdiği bu ölçek, Hisli tarafından Türkçeye uyarlanmıştır (31). Depresyonda görülen duygusal, somatik, bilişsel ve motivasyona dayalı belirtileri ölçen 21 maddelik kendini bildirim ölçeğidir. Amaç depresyon tanısı koymak değil depresyon belirtilerinin derecesini objektif olarak belirlemektir; 17 veya daha yüksek bir puanın, depresyon için tedaviye ihtiyacı olanları ayırt edebilme konusunda %90 güven seviyesine sahip olduğu bildirilmiştir. Her madde 0-3 arası puan almakta ve toplam puan ile depresyon puanı elde edilmektedir. Alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 63 tür (9).

Postpartum Spesifik Anksiyete Skalası, Fallon ve arkadaşları tarafından kaygıyı değerlendirmek için geliştirilen ölçek 51 maddeden oluşmaktadır (32). Maddelere verilen yanıtlar 1-4 puan arası değişen 4'lü Likert ölçeği ile derecelendirilir (1=hiçbir zaman, 2=bazen, 3=genelde, 4=her zaman).

Postpartum anksiyete seviyesi toplam puanı; 73 puan altı düşük risk, 74-100 puan arası orta risk, 101 puan ve üzeri ise yüksek risk olarak değerlendirilmektedir. Alınabilecek en düşük puan 51, en yüksek puan 204'tür.

Ölçek dört alt boyuta sahiptir:

Madde 1-15; anne yeterliliği ve bağlanma kaygıları,

Madde 16-26; bebek güvenliği ve refah kaygıları,

Madde 27-33; pratik bebek bakım kaygıları ve

Madde 34-51; anneliğe psikososyal uyumu değerlendirmektedir.

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği, postpartum dönemde tarama amaçlı kullanılan, 10 maddeden oluşan, 4'lü Likert biçiminde kendini bildirim ölçeğidir (2). Yanıtlar 0-3 arasında puanlanmaktadır. Alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 30'dur. Yüksek puan alınması artmış depresyon riski ile ilişkilidir.

Postpartum Depresyon Tedavisi

Depresyon gelişimine nörotransmitter olarak bilinen beyine özel kimyasal maddelerdeki düzensizliklerin neden olduğunu destekleyen çok sayıda çalışma vardır (2,5). Doğum yapan tüm kadınlarda endokrin ve biyokimyasal değişiklikler olmasına karşın psikiyatrik bozuklukların ancak kadınların bir bölümünde gelişmesi, etiolojide sosyal stres etmenleri, sosyal ilişkiler, aile desteği gibi etmenlerin de dikkate alınması gerektiğini düşündürmektedir.

Hafif ve orta dereceli depresyonda ilk tedavi psikoterapidir. Orta ve şiddetli depresyonlarda veya ilaca yanıt veren geçmiş depresyon öyküsünde antidepresan tedaviler birinci basamak tedavi olarak kabul edilmektedir. İlaç kullanma kararı doğum öncesi ilaçlara maruz kalma riski ile hem anne hem de bebek için maternal depresyona maruz kalma riski değerlendirilerek verilmelidir. Her hasta için bireysel risk/fayda değerlendirilmesi yapılmalıdır.

Psikoterapi, ilaç tedavisine ek olarak veya ilaç almak istemeyen kadınlarda da kullanılabilir. İlaç tedavisi düzenlenir iken tek ajan, en düşük etkin doz kullanılmalıdır. Çoklu ilaç kullanımı olumsuz sonuçlar ile ilişkilendirilmiştir. Etkin olmayan doz ise hem anneyi hem bebeği tedavi edilmemiş depresyon etkisinde bırakmaktadır. İlaç risk ve faydaları bir kadın doğum uzmanı, bir psikiyatrist ve hastanın ailesi dahil olmak üzere multidisipliner yaklaşım kullanılarak hastayla tartışılmalıdır.

Yapılan alışmalar gebelikte kullanılan Selektif Serotonin Gerialım İnhibitörü (SSRI) grubu ilaçların belirli bir majör malformasyon paterni yapmadığını göstermiştir. Amaç ötimik ruh halini sağlamak ve sürdürmektir.

Postpartum Psikoz

Postpartum dönemde görülen psikiyatrik bozuklukların en şiddetlisidir ve %0.1-0.2 oranında görölmektedir. Sıklıkla doğumdan sonraki 3-14. günlerde görölmekle birlikte, belirtiler ilk bir ay içerisinde de görülebilir. Postpartum psikoz, hezeyanlar ve annenin kendisine veya bebeğine zarar verme düşünceleri ile ilişkili bir sendromdur. Hastalar genelde iyi bir dinlenme sonrası yorgun hissetme ve uykusuzluktan yakınır. Şüphecilik, dezorganize davranışlar, kişilik bozukluğu, dikkat bozukluğu, duygu durumda artış ve dağınlık da eşlik edebilir. Sanrılar (hezeyan) hastaların %50'sinde, varsanılar (halüsinasyon) ise %25'inde ortaya çıkar (2). Annenin bebeğine zarar verme düşünceleri olabilir ve bu düşünceleri eyleme dönüştürebilir. Postpartum psikozda bebek öldürme oranı %4 bildirilmiştir (2).

Postpartum psikoz, intihar düşüncesine neden olabilir bu nedenle psikiyatrik bir acildir. Hastaneye yatırılarak tedavi edilmeli, annenin kendisine ve bebeğe zarar vermesi engellenmelidir. Daha önce psikiyatrik hastalığı olanlarda, gençlerde ve primiparlarda daha sık görölmektedir. Akut psikotik dönem sonrası psikoterapi gereklidir. Terapide hastanın annelik rolünü benimsemesi sağlanır eş zamanlı artmış sosyal destek de hastaya yardımcı olur. Antipsikotikler tedavide etkindir. Tedavi ile hastaların %95'i 2-3 ay içerisinde iyileşmektedir (1).

Postpartum Dönemde Cinsel İşlev Bozukluğu

Kadınların neredeyse yarısı yaşamları boyunca cinsel işlev bozukluğu yaşayabilir. Postpartum dönemde artış gösteren bu problem, kadınların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilecek libido, uyarılma ve orgazm bozuklukları olarak tanımlanmaktadır. Bu dönemde emzirme, hormonal değişimler, doğum şekli, doğum travmaları, bebeğe ait problemler, meme hassasiyeti, enfeksiyon korkusu, dış görünüş değişiklikleri, düşük benlik algısı, ruhsal değişiklikler gibi birçok faktör cinsel aktiviteye yeniden başlama kararı ve cinsel fonksiyon üzerinde olumsuz etkiler yapmaktadır.

Doğum sonrası östrojen seviyesindeki düşüş vajinal kayganlığı azaltarak dispareniye neden olmaktadır. Yapılan çalışmalarda doğum sonrası dönemde kadınların %58'inin dispareni yaşadığı saptanmıştır (11).

Gebe olmayan kadınlarda görülen dispareni prevalansı %1,4-22'dir (12). Kadınların doğum sonrası dönemde daha sık cinsel sorunlar yaşadığı iyi bilinmektedir. Konu ile ilgili çok az çalışma olmasına rağmen, postpartum ilk 3 ayda %30-60 arasında değişen ve 6 ay sonra %17-31'e düşen bir prevalans bulunmuştur (13). Dispareni risk faktörleri arasında perineal travma, doğum şekli, emzirme, parite ve dispareni öyküsü yer almaktadır.

Perineal travma spontan perineal lacerasyonlar ve episiotomi ile oluşabilir. Müdahaleli vajinal doğum yapan kadınlarda spontan vajinal doğum yapan kadınlara göre dispareni gelişme riski daha yüksektir (14). Bu durum müdahaleli doğumun yüksek perineal travma riski taşıması ile açıklanabilir. Sezaryen ile doğumun ise dispareni gelişiminden koruduğu düşünülmektedir ancak birkaç çalışma postpartum 6. ayda anlamlı bir fark olmadığını saptamıştır (12,13).

Araştırmalar hem psikososyal faktörlerin (yorgunluk, depresyon, stres, çevre) hem de hormonal faktörlerin emzirme ve cinsel işlev üzerinde etkili olduğunu göstermiştir. Emziren kadınlar geceleri sık sık bebeklerini besledikleri için uyku sorunu yaşarlar. Bu durum cinsel işlevin bozulmasına neden olabilir. Ayrıca emziren kadınlardaki hipoöstrojenik durum azalmış vajinal yağlanma ve vajinal epitelde atrofiye neden olduğu için dispareniye neden olabilir (12).

Bazı çalışmalar primipar kadınlarda dispareni riskini multipar kadınlardan daha yüksek bulmuştur bu durum multipar kadınların daha tecrübeli olması ve kendilerini doğum sonrası yaşam konusunda daha güvende hissetmeleri ile ilişkilendirilebilir (13).

Dispareni, doğum sonrası yaygın görülmektedir ancak hastaların bu sorun nedeni ile sağlık kurumuna başvuru oranı azdır. Bu durumun nedenleri arasında yaşanan cinsel işlev bozukluğunun bir tıbbi sorun olarak bilinmemesi, kültürel farklılıklar ve utanma, çekinme gibi duygular yer alabilir. Cinsel sağlığın tıbbi sağlığın bir parçası olduğu hastalara öğretilmeli, sağlık personeli tarafından hastaların bilgilendirilmesi sağlanmalıdır. Hastalara doğum öncesi ve sonrası dönemde danışmanlık verilmesi ile dispareni prevalansı azaltılabilir.

Postpartum dönemde en sık görülen diğer cinsel işlev bozuklukları ise vajinal kayganlığın olmaması, orgazma ulaşmada güçlük, cinsel istekte azalma ve ilişki esnası veya sonrasında oluşan ağrı olarak sıralanmıştır (15). Yaşanan cinsel işlev bozuklukları cinsel ilişki kalitesinde azalma ve eşler arasında sorunlar oluşmasına sebebiyet vermektedir (16). Doğum sonrası ilk cinsel ilişkiye kadar geçen süre, çiftlerin psikolojik olarak kendilerini cinsel ilişkiye hazır hissetmelerine ve kadının fiziksel durumuna bağlı değişmektedir. Bu süre, kültürle göre değişiklik göstermekte olup, ülkemizde geleneksel olarak doğum sonrası 6. haftadır ve çalışmalar kadınların doğum sonrası 6. haftadan itibaren cinsel ilişkiye başladığını bildirmiştir (11,12).

Doğum öncesi cinsel aktivite düzeyine dönmek bir yıl sürebilir. Depresyonda olan kadınların doğum sonrası altı aya kadar cinsel ilişkiye dönme olasılıklarının daha düşük olduğu ve depresyonda olmayan kadınlara göre cinsel sağlık sorunlarını bildirme oranının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (12).

Doğum sonrası cinsel işlev bozukluğu bildiren kadınların sadece %15'i bir sağlık kuruluşuna başvurmuştur. Dünya sağlık örgütü, cinsel sağlığın kadın sağlığının iyileştirilmesi için dikkate alınması gereken önemli bir unsur olduğunu ve birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Postpartum dönemde kadınların cinsel ilişkiye başlama süresi ve cinsel sorunlarının değerlendirilmesi kadın yaşam kalitesini iyileştirebilir.

Doğum sonrası dönemde kadınlar, cinsel hayatlarını konuşmaya davet edilerek bilgilendirilebilir ve kaygıları paylaşılabilir. Cinsel sağlığın tıbbi sağlığın bir parçası olduğu unutulmamalıdır. Sağlık mensupları tarafından rutin postpartum takipler sırasında kısa tarama ölçekleri kullanılarak riskli gruplar başta olmak üzere kadınların cinsel sorunları değerlendirilebilir.

Tüm sağlık personelleri tarafından kısa zamanda uygulanabilecek, kolay yorumlanabilecek, cinsel fonksiyon ve dispareni varlığını belirlemeye yönelik bir ölçme aracı son derece gereklidir. Böylelikle, postpartum cinsel disfonksiyon ve dispareni riski olan kadınlar erken teşhis edilerek gerek duydukları tedavi için sevk edilebilecektir. Carol Postpartum Cinsel Fonksiyon ve Dispareni Değerlendirme Ölçeği ve Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (FSFI) bu doğrultuda kullanılabilecek ölçeklerdir (17).

Carol Postpartum Cinsel Fonksiyon ve Disparoni Değerlendirme Ölçeği

Ölçek doğum sonrası vajinal ilişki yolu ile cinsel aktivitelerine yeniden başlayan kadınlarda cinsel fonksiyonu ve disparoni varlığını değerlendirmek amacı ile Lopez ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, Likert tipi bir ölçeğe aracıdır (17).

Ölçek, cinsel aktivitenin farklı evrelerinde yaşanan rahatsızlık veya ağrı yoğunluğu hakkında bilgi toplamakta, postpartum disparoninin değerlendirilmesine katkı sağlamaktadır. Toplam 11 maddeden oluşan Carol Ölçeği'nde dört faktörlü bir yapı ortaya çıkmıştır.

1- Cinsel aktiviteye hazırlık; libido ve lubrikasyon olmak üzere iki alana ayrılmıştır. Bu alanların ayrı ayrı değerlendirilmesi gerekir. Madde 1-2 libido, madde 3 ise lubrikasyon alanını ölçmektedir.

Libido alanından 0-8 puan arası bir toplam puan alınabilmektedir. Alınabilecek en iyi puan en yüksek puandır.

6-8 puan 'libido bozukluğu yok'

3-5 puan 'orta derecede libido bozukluğu'

0-2 puan ise 'şiddetli libido bozukluğu' olarak yorumlanmaktadır.

Lubrikasyon alanından ise 0-4 puan arası bir toplam puan alınmaktadır. Alınabilecek en iyi puan en yüksek puandır.

3-4 puan 'lubrikasyon bozukluğu yok'

2 puan 'orta derece lubrikasyon bozukluğu'

0-1puan ise 'şiddetli lubrikasyon bozukluğu' olarak yorumlanmaktadır.

2- Vulvaya Dokunulduğunda Rahatsızlık veya Ağrı; bu bölüm 'vulva veya perineye dokunulduğunda ağrı sıklığı veya rahatsızlık' ve 'vulva veya perineye dokunulduğunda ağrı yoğunluğu veya rahatsızlık' durumunu ölçen iki maddeden (madde 4 ve 8) oluşmaktadır; 0-14 puan arasında bir toplam puan alınmaktadır. Alınabilecek en iyi puan ise en düşük puandır.

0-4 puan 'rahatsızlık yok/ hafif derecede rahatsızlık veya ağrı'

5-7 puan 'orta derecede rahatsızlık veya ağrı'

8-14 puan 'şiddetli rahatsızlık veya ağrı' olarak yorumlanmaktadır.

3- Vajinal İlişkiyle İlgili Rahatsızlık veya Ağrı; bu bölüm ‘penetrasyon sırasında ağrı’ ve ‘vajinal ilişki sırasında ağrı’ olmak üzere iki alana ayrılmıştır. Bu alanlar ayrı değerlendirilmektedir. Penetrasyon sırasında ağrı alanını ölçen iki madde (madde 5 ve 9), vajinal ilişki sırasında ağrı alanını ölçen 2 madde (madde 6 ve 10) olmak üzere dört madde bulunmaktadır.

-Penetrasyon sırasında ağrı ve vajinal ilişki sırasında ağrı alanından 0-14 puan arası bir toplam puan alınabilmektedir. Alınabilecek en iyi puan en düşük puandır.

0-4 puan ‘rahatsızlık yok/ hafif derecede rahatsızlık veya ağrı’

5-7 puan ‘orta derecede rahatsızlık veya ağrı’

8-14 puan ‘şiddetli rahatsızlık veya ağrı’ olarak yorumlanmaktadır.

4- Vajinal İlişki Sonrasında Rahatsızlık veya Ağrı; bu bölüm ‘vajinal ilişki bittikten sonra ağrı sıklığı veya rahatsızlık’ ve ‘vajinal ilişki bittikten sonra ağrı yoğunluğu veya rahatsızlık’ durumunu ölçen iki maddeden (madde 7 ve 11) oluşmaktadır; 0-14 puan arası bir toplam puan alınabilmekte, alınabilecek en iyi puan ise en düşük puandır.

0-4 puan ‘rahatsızlık yok/hafif derece rahatsızlık veya ağrı’

5-7 puan ‘orta derece rahatsızlık veya ağrı’

8-14 puan ‘şiddetli rahatsızlık veya ağrı’ olarak yorumlanmaktadır.

Ölçek, yüz yüze görüşme ile uygulanabileceği gibi telekonferans yöntemi ile de uygulanabilmektedir. Tüm soruların cevaplanması 5 dakikadan az bir süre almaktadır.

Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (FSFI)

Rosen ve arkadaşları, tarafından kadın cinsel fonksiyonlarını değerlendirmek için geliştirilmiştir (33). Likert tipinde ve 19 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçeğin istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, memnuniyet ve ağrı olmak üzere altı alt boyutu vardır. Ölçek, kadınların son bir ay içindeki cinsel fonksiyonları altı alt grup puanı ve FSFI puanı hesaplanarak yansıtmaktadır.

Alt alan puanları, alandan oluşan bireysel maddelerin puanlarının toplanması ve toplamın alan faktörü ile çarpılması ile elde edilmiştir. FSFI puanı ise altı alt alan puanının toplanması ile elde edilmiştir. Ölçekten maksimum 36 puan alınabilmekte, 26 puan ve altı ‘cinsel işlev bozukluğu var’ olarak değerlendirilmektedir. Alt alanlar arasında, sıfır alan puanının geçen dört hafta boyunca hiçbir cinsel aktivite rapor edilmediğini belirttiği unutulmamalıdır.

Tablo 1: FSFI Soru Katsayıları ve Puan Durumu

Soru tipi	Anket soru sıra numarası	Soru başına minimum-maksimum puan	Katsayı
Cinsel istek ile ilişkili	1,2	1-5	0.6
Uyarılma ile ilişkili	3,4,5,6	0-5	0.3
Lubrikasyon ile ilişkili	7,8,9,10	0-5	0.3
Orgazm ile ilişkili	11,12,13	0-5	0.4
Memnuniyet ile ilişkili	14,15,16	0-5	0.4
Ağrı ile ilişkili	17,18,19	0-5	0.4

Postpartum cinsel fonksiyon bozukluğu yaygın görülmesine rağmen yetersiz teşhis edilmekte ve tedavisiz kalmaktadır. Yaşadığımız COVID-19 pandemi dönemi insanlarda anksiyeteye neden olarak cinsel yaşamı olumsuz etkilemektedir. Bu süreçte sağlık personeli tarafından hastalar bilgilendirilir, ölçekler kullanılarak cinsel işlev ve fonksiyon bozuklukları erken teşhis edilir ise tedavi edilebileceği için halkın yaşam kalitesi ve refah düzeyi artırılabilir.

COVID-19 Pandemisi

COVID-19 pandemisi, Mart 2020 tarihinde ülkemizde ilk vakaları ile karşılaştığımız, tüm dünyayı etkisi altına alan hızla yayılan bir salgın hastalıktır. Koronavirüs, en büyük genoma sahip RNA virüslerindendir; 20. yüzyılın sonuna kadar insanları çok az enfekte ettiği bilinen, genellikle hayvanlarda (kuş, kedi, domuz, fare, at, yarasa) enfeksiyona neden olan bir virüs grubudur. Mevsimsel alt ve üst solunum yolu enfeksiyonlarının %15-30 etkenidir, nadiren gastrointestinal ve sinir sistemi enfeksiyonuna neden olabilir (18).

Koronavirüslerin genomlarındaki yüksek değişkenlik özelliği genom dizisi değişikliğine yol açar ve böylece farklı virüs varyantları oluşabilir. Kasım 2002’de Çin’de şiddetli akut solunum sendromuna (SARS) neden olan SARS-CoV’un ortaya çıkması ile koronavirüs patojenitesi değişmiştir. SARS virüsü 37 ülkeye yayılarak 775 ölüme sebep olmuştur. 2012 yılında Orta Doğu Solunum Sendromuna (MERS) neden olan MERS-CoV ilk olarak Suudi Arabistan’da izole edilmiş, 2017 yılına kadar vakaların 712’si ölümcül olmuştur (18).

İlk COVID-19 vakaları ise Aralık 2019’da Çin’deki Wuhan şehrinde ortaya çıkmış ve Mart 2020’de Dünya Sağlık Örgütü tarafından pandemi ilan edilmiştir. SARS-CoV2’in etkeni olduğu, halk arasında bilinen adıyla koronavirüs salgını, insanlar arasında damlacık yolu ile yayılmaktadır. Hastaların salgıları ile temas yolu ile de enfeksiyon meydana gelebilir.

Hastalık gebelerde de benzer şekilde olmak üzere genelde kuru öksürük, ateş, myalji ile seyreder. Nadir olarak baş ağrısı, göğüs ağrısı, nefes darlığı ve ishal de görülebilir. Semptomları olan gebelerin muayenesi ve ultrason taraması semptomlar düzelene kadar ertelenmelidir. Acil durumlarda COVID-19 pandemi hastanelerinde hastaların muayene ve değerlendirmesi yapılabilir. SARS-CoV2 testi pozitif çıkan gebelerin fetal büyüme, amniyotik sıvı ve umbilikal arter kan akışının ultrason muayenesi COVID-19 pandemi hastanelerinde 2-4 haftada bir takip edilmelidir.

Çin’den gelen veriler genel nüfusa kıyasla gebe kadınlarda hastalık ve morbidite riskinin artmadığını söylese de salgın küresel bir pandemiye dönüştüğü için dünya genelinde hamile kadınların hastalık için risk altında olduğu, erken doğumların pandemi döneminde yaygınlaştığı, anne-bebek ölümlerinin olduğu bildirilmiştir.

COVID-19 enfeksiyonunun gebeliğin ilk trimesterinde embriyo-fetal gelişim üzerindeki teratojenik etkisi hakkında bir bilgi mevcut değildir. Abortus riski ile ilişkili net bir veri olmamakla birlikte şiddetli akut solunum yolu sendromuna sebep olan COVID-19 (SARS-COV2) vakalarında ikinci trimesterde incelenen plasentalarda koronavirüs saptanmıştır (19). Üçüncü trimesterde incelenen plasenta, amniyon sıvısı, göbek kordonu kanı ve yenidoğan nazofarinks sürüntüsünde ise SARS-CoV2 saptanmamıştır ancak 40 haftalık gebe iken ateş şikâyeti ile hastaneye başvuran bir kadının alınan Polimeraz Zincir Reaksiyonu (PCR) testi ve çekilen toraks tomografisi (BT) COVID-19 enfeksiyonu ile uyumlu gelmiştir. Bu gebenin, n95 maskesi ile elektif şartlarda sezaryen ile doğumu yaptırılmış, yenidoğan anne ile temas etmeden neonatoloji bölümüne alınmıştır. Ertesi gün alınan tahlillerde yenidoğanda lenfositopeni, karaciğer disfonksiyonu ve yüksek kreatin kinaz izlenmesi üzerine alınan nazofaringeal sürüntüde SARS-CoV2 saptanmıştır. Bu durum gebelikte anne-bebek arasında olası bir geçiş ihtimali olduğunu düşündürmüştür (19). Bu bilinmezlik gebelerdeki psikolojik şiddeti artırmaktadır.

Doğum kanalında bulunabilecek bir virüs ile yenidoğanın enfeksiyon riskini en aza indirmek için hastaneye başvurduğunda kısa sürede doğurmayacağını düşündüğümüz hastalar için sezaryen ile doğum önerilmektedir. Sezaryen ile doğum aynı zamanda tıbbi personele bulaşma riskini göz önünde bulundurarak maruziyet süresini kısaltmayı amaçlamaktadır. Anne-bebek arasındaki vertikal geçişi azaltmak için Çin kılavuzları ve Uluslararası Obstetrik ve Jinekolojik Ultrasonografi Derneği (ISUOG) göbek klemplenmesinin geciktirilmemesini önermektedir. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) kılavuzu ise umbilikal kordun bir dakika geç klemplenmesinin enfeksiyon bulaş riskinde önemli bir artışa neden olmadığını savunmaktadır. Enfekte annelerin anne sütünden alınan örneklerde virüs saptanmamıştır. Göğüs pompası ile alınan ve pastörize edilen enfekte anne sütü aseptik prensiplere uyularak yenidoğana verilebilir. Kılavuzlar ve uzmanlar, yenidoğanların SARS-CoV2 ile enfekte annelerinden enfeksiyon riski bitene kadar izole edilmesi gerektiğini önermektedir. İzolasyon süresi, doğum uzmanları ve neonatologlardan oluşan ekip tarafından hastanın kliniğine göre belirlenir.

SARS-COV2'nin anne sütü ile bebeğe geçiş ihtimali olası olmasa da bazı kadınlar yenidoğan enfeksiyon riskini azaltmak için geçici olarak emzirmemeyi seçebilir. Emzirmenin erken kesilmesi anne ve bebek sağlığını olumsuz etkileyebilir.

Pandemi döneminde insanların günlük rutin hayatındaki değişim, kişisel aktivitelerdeki kısıtlamalar ve gelecek korkusu insanların yaşam kalitesini ve cinsel yaşamını etkilemektedir. Mart 2020'de sosyal izolasyonun cinsel işlev bozukluğu üzerindeki etkisi üzerine yapılan bir çalışma, cinsel aktivite prevalansının %40'ın altında olduğunu göstermiştir. İtalya'da yapılan bir çalışmada ise cinsel işlev bozukluğunun COVID-19 salgını döneminde arttığı bulunmuştur (20). Bu durum sosyal izolasyon kurallarının ve rutin hayatın değişiminin yarattığı akut stres ile ilişkilendirilebilir.

Pandemiler, psikolojik dayanıklılık için zorluk oluşturur ve yüksek stres seviyelerine yol açabilir. Çin'de yapılan bir çalışma COVID-19 salgınının kadınlarda erkeklere göre daha yüksek seviyelerde stres, anksiyete ve depresyona neden olduğunu göstermiştir (20). Anksiyete, stresli durumlara verilen ortak bir tepkidir. Gebe kadınlar ve anneliği yeni yaşayan postpartum dönemdeki kadınlar, psikolojik anlamda daha savunmasız olabilir. İnsanlarda strese yol açabilen ve insanları psikolojik olarak etkileyen bu hastalığı değerlendirmek için COVID-19 korku ölçeği geliştirilmiştir(21).

COVID-19 Korku Ölçeği; Ölçek Ahorsu ve arkadaşlarının geliştirdiği 7 maddeden oluşan tek boyutlu bir ölçektir (21) ve 5 puanlık Likert tipi derecelendirme sistemine sahiptir (1: kesinlikle katılmıyorum, 5: kesinlikle katılıyorum). Ölçekten alınabilecek puanlar 7 ile 35 arasında değişmektedir. Alınan yüksek puan yüksek düzeyde koronavirüs korkusu yaşamak anlamına gelir.

COVID-19 salgını sırasında en çok etkilenen gruplardan biri de hamile kadınlardır. Hamile kadınlar, hastalığın bebek üzerindeki bilinmez etkisi, ilaç tedavilerinin etkinliği, hastaneye yatış korkusu ve artan endişe ile karşı karşıyadır. Farklı trimesterlerde olan 178 gebede yapılan bir çalışmada, katılımcıların yarısından fazlasının COVID-19 pandemisinin fetal yapısal anormallik, fetal büyüme gelişme kısıtlılığı ve erken doğum üzerindeki etkisi konusunda anksiyete yaşadığını saptanmıştır (20).

Gebelik sırasındaki anksiyete semptomları olumsuz obstetrik sonuçlara neden olabilir. Doğum öncesi anksiyete, doğum sonrası depresyon olasılığını artırabilir, anne-bebek bağlanmasını engelleyebilir, erken doğum ve fetal gelişim bozukluğuna neden olabilir.

Hastalığın yayılımının önlenmesi için hastanelerde doğum öncesi bakım, doğum ve doğum sonrası bakımla ilgili değişiklikler yapılmıştır. Hastanelere anneleri ve bebekleri güvende tutmak için gerekli olmayan ziyaretler engellenmiştir. Temas öyküsü bulunan insanlar ise hastalığın yayılımını engellemek için karantinada takip edilmiştir. Karantinadaki insanlar korku, öfke, üzüntü, suçluluk ve sinirlilik gibi çok çeşitli duygular yaşayabilir ve bu izolasyon anne sağlığını olumsuz etkileyebilir.

Uzun süren pandeminin finansal sonuçları olacaktır. Ekonomide gelişen belirsizlik sosyoekonomik düzeyi düşük olan toplumlarda postpartum dönemdeki annelerin mental sağlığını olumsuz etkilemektedir. Pandemi döneminde perinatal ruh sağlığı bozukluklarını erken tanımak ve tedavi için yönlendirmek önemlidir.

Pandemi durumunda destek sisteminin geliştirilmesi için stres ve anne sağlığı arasındaki ilişkiyi anlamak çok önem taşımaktadır. İtalya’da yapılan bir çalışmada pandemi dönemi öncesi doğum yapan kadınlar ile pandemi döneminde doğum yapan kadınlar depresyon anketi ile karşılaştırıldığında, pandemi döneminde doğum yapan kadınların pandemi öncesi dönemde doğum yapan kadınlara göre depresyon ve anhedoni skorlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (20). Bu durum COVID-19 pandemi döneminde hamile kadınlar ve yeni annelerde oluşan olumsuz psikolojik durumun daha iyi anlaşılmasının önemini göstermektedir.

Önceki yıllarda doğal afetlerden sonra yapılan çalışmalar postpartum kadınların dikkatle izlenmesi gereken savunmasız bir popülasyon olduğunu belirtmiştir. COVID-19 pandemi döneminde hamile kadınların ve postpartum dönemdeki annelerin psikolojik sağlığının bozulmasını önlemek için erken tanı ve gerekli ruhsal sağlık tedavi planlanması çok önemlidir.

9. MATERİYAL ve METOD

Çalışmaya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun 09.12.2020 tarihli KAEK/2020.12.193 onayı ile başlandı.

Çalışmamız Aralık 2020 ile Mart 2021 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kadın Doğum Kliniği'ne doğum amaçlı başvuran preterm ve term gebelerin doğum sonrası 8-12. haftalarda telekonferans yöntemi ile değerlendirilmesini içeren prospektif bir çalışmadır.

Araştırma için gerekli örneklem sayısı ve güç analizi G Power 3.1 yazılımı ile hesaplandı. Etki büyüklüğü 0.5, alfa hata olasılığı 0.05, güç 0.8 ve grup sayısı 2 kabul edildiğinde çalışmanın örneklem sayısı 118 olarak belirlendi.

Çalışma grubunda 18-45 yaş arası preterm doğum yapmış hastalar Grup 1, 18-45 yaş arası term doğum yapmış hastalar Grup 2 olarak ele alındı. Bilinen duyu durumu bozukluğu tanısı bulunan hastalar, bilinen cinsel fonksiyon bozukluğu olan hastalar (örnek, vajinismus), antipsikotik ya da antidepresan kullanım öyküsü olan hastalar, gebeliği döneminde veya doğum sonrası psikiyatrik bozukluk saptanan kadınlar hariç tutma kriterleri olarak belirlendi.

Hastanemiz elektronik veri tabanı olan Panates sisteminden Aralık 2020-Mart 2021 tarihleri arasında hastanemizde doğum yapmış hastalara ulaşıldı. Hastaların yaş, telefon numarası, gebelik haftası, doğum şekli ve tarihi veri tabanımızda kayıtlı idi. Hastalara doğum sonrası 8-12. haftalar arasında telefon numaraları aranarak ulaşıldı. Telekonferans yöntemi ile yapılan çalışma hakkında hastalara bilgi verildi ve sözel onam alınan hastalar çalışmaya dahil edildi.

Sistemde kayıtlı olan telefon numarası yanlış olduğu için 4 hastaya ulaşılamadı, 3 hasta çalışmaya katılmak istemediğini beyan etti, 3 hasta da çalışmaya katılacağını söyleyerek sözel onam verdikten sonra cinsel işlev ve fonksiyon ölçeğinde sorulara devam etmek istemediğini söyleyerek çalışmadan ayrıldı ve 2 hasta

antipsikotik ilaç kullanım öyküsüne sahip olduğu için çalışmaya alınmadı. Toplamda 12 hasta çalışma dışı bırakılarak grup 1 preterm doğum yapmış 59 hasta, grup 2 term doğum yapmış 59 hasta olmak üzere toplam 118 hastaya ulaşıldı.

Hastanemiz veri tabanında kayıtlı telefon numaraları hastalara ve çoğunlukla eşlerine ait idi. Hastaların eşleri ile konuşularak bizzat hastalara ait kişisel telefon numaralarına ulaşıldı. Sözel onam alındıktan sonra hastalara demografik bilgileri soruldu. Eğitim düzeyi, meslekleri, önceki doğum şekilleri, tanı almış hastalık ve kullanılan ilaç, geçirilmiş covid öyküsü ve geçirilmiş operasyon bilgileri öğrenildi. Veri tabanımızda kayıtlı olan gravida, parite, doğum şekli bilgileri teyit edildi. Hastalara öncelikle 51 maddeden oluşan Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği ve 21 maddeden oluşan Beck Depresyon Envanteri uygulandı. Ardından 7 maddeden oluşan COVID-19 Korku Ölçeği soruları soruldu. Son olarak da 11 maddeden oluşan Carol Postpartum Cinsel Fonksiyon ve Disparoni Değerlendirme Ölçeği ile 19 maddeden oluşan Kadın Cinsel İşlev Ölçeği uygulandı. Tüm ölçeklerin cevaplanması hasta başı ortalama 30-40 dakika sürdü. Görüşmeler sırasında hastaların rutin doğum sonrası poliklinik kontrolüne başvurma durumları öğrenildi. Kontrol muayenesini yaptırmayan hastalar kontrol muayene için jinekoloji polikliniğimize çağırıldı.

10.1. İstatiksel Analiz

Her iki grupta yer alan hastaların bulguları değerlendirilirken, istatiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for MAC-OS 22.0 programı kullanıldı. Kolmogorov Smirnov ile normal dağılım değerlendirildi. Eşit dağılım olan parametrik değerler için Student-T test, non parametrik veriler için de Mann-Whitney U testi uygulandı. Kategorisel değişkenler için Ki-kare Testi yapıldı. Sonuçlar +/- standart deviasyon olarak verildi. İstatistiksel anlamlılık %95 güven aralığında, $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

10. BULGULAR

Çalışmamıza preterm doğum yapan 59 hasta grup 1, term doğum yapan 59 hasta grup 2 olarak dahil edildi. Preterm ve term doğum yapan hastaların yaş ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı bir fark izlenmedi ($p>0.05$) (Tablo 2).

Tablo 2. Olguların yaş ortalaması

	Preterm grup (n=59)	Term grup (n=59)	p değeri
Yaş	28.9±6.50	27.3±5.48	0.268

Tablo 3. Olguların eğitim seviyeleri

Eğitim seviyesi	Okur yazar değil	Okur yazar	İlköğretim	Lise	Üniversite	p değeri
Preterm grup (n=59)	3 (%5,08)	2 (%3,38)	35 (%59,3)	16 (%27,1)	3 (%5,08)	0.587
Term grup (n=59)	1 (%1,69)	3 (%5,08)	37 (%62,7)	12 (%20,3)	6 (%10,1)	
Toplam (n=118)	4 (%3,38)	5 (%4,23)	72 (%61,01)	28 (%23,7)	9 (%7,6)	

Çalışmamıza katılan hastalar eğitim seviyelerine göre karşılaştırıldığında, preterm doğum yapan hastalar ile term doğum yapan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 3).

Tablo 4. Olguların Demografik Özellikleri

	Preterm grup (n=59)	Term grup (n=59)	p değeri
Ev hanımı	52 (%88,1)	54 (%91,5)	0.371
Çalışan	7 (%11,86)	5 (%8,47)	
Evlilik süresi	7.30±6.16	5.57±4.30	0.199

Çalışmamıza katılan hastalar mesleklerine ve evlilik sürelerine göre karşılaştırıldığında grupların benzer nitelikte olduğu tespit edildi ($p>0.05$) (Tablo 4).

Tablo 5. Olguların Klinik Özellikleri

	Preterm grup (n=59)	Term grup (n=59)	p değeri
Ek hastalık öyküsü	7 (%11,8)	5 (%8,47)	0.371
Kullanılan ilaç öyküsü	5 (%8,47)	4 (%6,77)	0.120
Geçirilmiş diğer operasyon öyküsü	9 (%15,25)	9 (%15,25)	1.0
Geçirilmiş Covid19 öyküsü	7 (%11,8)	5 (%8,47)	0.371

Olguların demografik ve klinik özellikleri karşılaştırıldığında, hastaların benzer özelliklere sahip olduğu, her iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmadı ve grupların homojen dağıldığı saptandı ($p> 0.05$) (Tablo 5).

Tablo 6. Olguların doğum şekli

Doğum şekli	NSVD	Sezaryen doğum	p değeri
Preterm grup (n=59)	25 (%42,3)	34 (%57,6)	0.459
Term grup (n=59)	29 (%49,1)	30 (%50,8)	
Toplam (n=118)	54 (%45,76)	64 (%54,2)	

Her iki grup doğum şekline bakılarak karşılaştırıldığında hastaların normal spontan vajinal doğum (nsvd) ve sezaryen ile doğum oranları benzer şekilde bulunmuş olup, istatistiksel olarak anlamlı bir fark izlenmedi ($p > 0.05$) (Tablo 6).

Tablo 7. Olguların primer sezaryen oranları

	Primer Sezaryen	Geçirilmiş Sezaryen	p değeri
Sezaryen ile Preterm doğum yapan kadınlar (n=34)	13 (%38,2)	21 (%61,7)	0.225
Sezaryen ile term doğum yapan kadınlar (n=30)	16 (%53,3)	14 (%46,6)	
Toplam (n=64)	29 (%45,3)	35 (%54,6)	

Sezaryen ile doğum yapan 64 kadının ameliyat endikasyonlarına bakıldığında, primer sezaryen oranı gruplar arası benzer şekilde izlenmiş olup, primer sezaryen nedenleri arasında da fark gözlenmedi (fetal distres, makat geliş, dekolman plasenta, COVID-19 sezaryen, makrozomi, başarısız indüksiyon ve ilerlemeyen travay) ($p > 0.05$) (Tablo 7).

Tablo 8. Olguların gebelik haftasına göre karşılaştırılması

	Preterm grup (n=59)	Term grup (n=59)	p değeri
Gravida	2.94±1.76	2.35±1.22	0.088
Parite	1.66±1.53	0.98±0.97	0.013
Gebelik haftası	34.2±2.23	38.8±1.20	0.000

Çalışmamıza katılan hastalarımızın gebelik haftası ortalaması; preterm doğum yapan grupta 34.2±2.23 hafta, term doğum yapan grupta ise 38.8±1.20 hafta hesaplandı. Gruplar, gebelik sayısı bakımından karşılaştırıldığında her iki grup ortalaması benzer izlendi ($p > 0.05$) (Tablo 8). Parite ortalaması preterm grupta 1.66±1.53, term grupta 0.98±0.97 hesaplanmış olup preterm doğum yapan grup ortalaması istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek izlendi ($p < 0.05$) (Tablo 8).

Tablo 9. Olguların FSFI, PSAS, COVID-19 Korku Ölçeği ile Karşılaştırılması

	Preterm grup (n=59)	Term grup (n=59)	p değeri
FSFI Ölçeği	21.96±11.38	25.39±9.55	0.189
PSAS Ölçeği	80.1± 13.8	80.0± 9.3	0.577
Covid19 korku ölçeği	22.5± 5.22	21.2± 5.33	0.296

Her iki grup Kadın Cinsel İşlev Ölçeği ile karşılaştırıldığında preterm doğum yapan grubun FSFI puan ortalaması 21.96±11.38, term doğum yapan grubun ise 25.39±9.55 hesaplandı. Preterm doğum yapan grubun puan ortalaması diğer gruba göre daha düşük izlendi ancak istatistiksel anlamlı fark saptanmadı ($p > 0.05$) (Tablo 9).

Gruplar, Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği ve COVID-19 Korku Ölçeği ile karşılaştırıldığında her iki grup puan ortalaması birbirine yakın izlenmiş olup gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p > 0.05$) (Tablo 9).

Tablo 10. Olguların PSAS ölçeği ile karşılaştırılması

PSAS	Düşük risk (51-73 puan)	Orta risk (74-100 puan)	Yüksek risk (101-204 puan)	p değeri
Preterm grup (n=59)	13 (%22.03)	43 (%72.88)	3 (%5,08)	0.680
Term grup (n=59)	10 (%16,94)	47 (%79,6)	2 (%3,38)	
Toplam (n=118)	23 (%19,49)	90 (%76,2)	5 (%4,23)	

Araştırmamızda PSAS puan ortalaması benzer bulunan gruplar kategorize edilerek değerlendirildiğinde preterm doğum yapan 59 hastanın 13'ü (%22.03) düşük risk, 43'ü (%72.88) orta risk, 3'ü (%5.08) yüksek risk; term doğum yapan gruptaki 59 hastanın ise 10'u (%16.94) düşük risk, 47'si (%79,6) orta risk, 2'si (%3.38) ise yüksek risk olarak bulundu.

Postpartum dönemde depresyon riski için incelenen toplam 118 hastanın 23 tanesi (%19.49) düşük risk, 90 tanesi (%76.2) orta risk, 5 tanesi (%4.23) ise yüksek risk saptandı. Gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark izlenmedi ($p > 0.05$)(Tablo 10).

Tablo 11. Olguların Beck Depresyon Envanteri ile Karşılaştırılması

Beck Depresyon Ölçeği	Minimal Depresyon (0-9 puan)	Hafif Depresyon (10-16 puan)	Orta Depresyon (17-29 puan)	p değeri
Preterm grup (n=59)	49 (%83,05)	5 (%8,47)	5 (%8,47)	0.243
Term grup (n=59)	53 (%89,8)	5 (%8,47)	1 (%1,69)	
Toplam (n=118)	102 (%86,4)	10 (%8,47)	6 (%5,08)	

Gruplar Beck Depresyon Envanteri ile karşılaştırıldığında; preterm doğum yapan gruptaki 59 hastanın 49'u (%83,05) minimal, 5'i (%8,47) hafif, 5'i (%8,47) orta depresyonda idi. Term doğum grubunda 59 hastanın 53'ü (%89,8) minimal, 5'i (%8,47) hafif, 1'i (%1,69) orta depresyonda idi. Toplam 118 postpartum kadının 102'si (%86,4) minimal, 10'u (%8,47) hafif, 6'sı (%5,08) orta depresyonda bulundu (Tablo 11).

Çalışmamızdaki 118 kadının hiçbirisi Beck Depresyon Ölçeğine göre şiddetli depresyon (30-63 puan) kategorisinde izlenmedi ve iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 11).

Tablo 12. Olguların Carol Postpartum Cinsel Fonksiyon ve Disparoni Değerlendirme Ölçeği ile Karşılaştırılması

Carol Postpartum Cinsel Fonksiyon ve Disparoni Ölçeği	Preterm grup (n=59)	Term grup (n=59)	p değeri
Libido	3.49±1.90	4.16±1.77	0.048
Lubrikasyon	2.00±1.25	2.54±1.11	0.010
Dokunma ile ağrı	0.08±0.65	0.10±0.54	0.324
Penetrasyon ile ağrı	1.23±2.86	2.03±3.39	0.100
İlişki sırasında ağrı	1.23±2.86	2.03±3.42	0.131
İlişki sonrasında ağrı	0.81±2.24	1.06±2.36	0.394

Her iki grup Carol Postpartum Cinsel Fonksiyon ve Disparoni Değerlendirme Ölçeği ile karşılaştırıldığında anketin dokunma ile ağrı, penetrasyon ile ağrı, ilişki sırasında ağrı ve ilişki sonrasında ağrı bölümlerinde gruplar arası anlamlı fark izlenmedi ($p > 0,05$) (Tablo 12).

Libido ve lubrikasyon bölümlerinin değerlendirildiği kısımda ise, her iki grup karşılaştırıldığında preterm doğum yapan kadınlarda libido ve lubrikasyon oranı istatistiksel olarak anlamlı oranda düşük izlendi ($p < 0,05$) (Tablo 12).

Tablo 13. Olguların Toplam FSFI Puanına Göre Cinsel İşlev Bozukluğunun Karşılaştırılması

FSFI	Cinsel işlev bozukluğu olan hastalar	Cinsel işlev bozukluğu olmayan hastalar	p değeri
Preterm doğum yapan grup (n=59)	27 (%45.76)	32 (%54.23)	0.035
Term doğum yapan grup (n=59)	16 (%27.11)	43 (%72.88)	
Toplam (n=118)	43 (%36.44)	75 (%63.55)	

FSFI ölçeğinde katsayı çarpanı ile toplam skor hesaplandığında, skor 26'nın altında ise 'cinsel işlev bozukluğu var', 26'nın üzerinde ise 'cinsel işlev bozukluğu yok' şeklinde değerlendirilmektedir. Preterm doğum yapan grupta cinsel işlev bozukluğu %45.76, term doğum yapan grupta ise %27.11 olarak hesaplandı. Bu durumda, preterm doğum yapan kadınlarda cinsel işlev bozukluğu istatistiksel olarak anlamlı oranda artmış olarak tespit edildi ($p<0.05$) (Tablo 13).

11. TARTIŞMA

Depresyon, gebelik ve doğum sonrası dönemde sık görülen bir komplikasyondur. Kadınların %40'ı postpartum dönemde ilk depresyon atağını yaşamaktadır. Postpartum depresyon doğum sonrası %10-15 oranında görülmektedir ve belirtiler ilk 4 hafta içerisinde başlamaktadır. Bazı çalışmalar daha çok 6-12. haftalar olmak üzere bu sürenin bir yıla kadar uzayabileceğini bildirmektedir (1).

PPD'nin birçok risk faktörü vardır. Stresli yaşam olayları, sosyoekonomik düzey, düşük sosyal destek, kötü aile ilişkileri, evlilikle ilgili sorunlar, geçirilmiş çocukluk travmaları, yakınlarında depresyon öyküsü, riskli gebelikler, planlanmamış gebelikler, adölesan gebelikler, multiparite, kayıpla sonlanan gebelik, erken anne-bebek ayrılığı risk faktörleri arasında yer almaktadır ancak bu risk faktörlerinin en önemlisi geçirilmiş majör depresif bozukluk öyküsüdür. Bazı çalışmalar preterm doğumun da postpartum depresyon açısından risk faktörü olduğunu düşünmekte, gebelik haftası küçüldükçe neonatal mortalite riski arttığı için ebeveynler açısından stres faktörü oluşturduğu desteklemektedir (5).

Eduardo ve arkadaşları, preterm doğumun postpartum depresyon açısından bir risk faktörü olup olmadığına ilişkin hazırladıkları metaanalizde 2474.140 kadını inceleyen 26 çalışmayı taramıştır. İncelenen çalışmalardan 18 tanesi preterm doğum ile postpartum depresyon arasında ilişki bulmuş, 8 tanesi ise ilişki bulmamıştır (5).

Çalışmalar uygulandıkları postpartum dönem açısından gruplandırıldığında altı çalışma doğum sonrası ilk günlerde, beş çalışma doğum sonrası ilk 3 ayda uygulanmış olup tüm çalışmalarda preterm doğum ile PPD arasında artmış risk olduğu saptanmıştır. Sekiz çalışma doğum sonrası ara postpartum dönemde (3-8 ay) uygulanmış olup dört çalışma preterm doğum ve PPD arasında ilişki saptamış, diğer dört çalışma ise saptamamıştır. Doğumdan sonra 9-12 ay arasında yapılan 3 çalışmadan bir tanesi, artmış risk bulmuş diğer iki çalışma ise ilişki bulmamıştır. Doğum sonrası ilk yılı bütün olarak inceleyen dört çalışmanın ikisi artmış risk saptamış olup diğer iki çalışma ilişki saptamamıştır (5).

Norhayati ve arkadaşları, preterm doğum ile postpartum depresyon arasında ilişki olduğunu, depresif belirtilerin özellikle ilk 3 ay içerisinde görülürken ilk 1 yıl içerisinde belirtilerin azalma eğiliminde olduğunu belirtmiştir (22).

Vigod ve arkadaşları, yaptıkları sistematik derlemede erken doğum yapan annelerde postpartum dönemde PPD açısından yüksek risk saptamıştır (23).

Çalışmamızda incelediğimiz preterm doğum yapan grup ile term doğum yapan grubu postpartum depresyon riski açısından Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği ile karşılaştırdık. İncelenen toplam 118 kadının, %76,2'si PSAS ölçeğine göre depresyon açısından orta riskli, BDÖ'ye göre %86,4'ü minimal depresyonda saptanmıştır. Hastaların PPD için çoğunlukla orta riskli saptanması PPD'nin doğum sonrası dönemde yaygın bir durum olduğunu desteklemektedir. PSAS ölçeğinde %76,2 oranında orta risk saptanıyor iken aynı çalışma grubunun BDÖ'ye göre çoğunlukla minimal depresyonda izlenme sebebinin iki ölçeğin soruları arasındaki farklılıktan kaynaklandığı düşünmekteyiz. Depresyondaki hastaların %50'sinden azı depresyon bulguları gösterdiğinin farkındadır. BDÖ'deki sorular hastaların duygu durumlarını, kendilerinden memnuniyetlerini, sosyal ilgilerini ölçmektedir. Belki de postpartum depresyonda olan bazı hastalar belirtilerinin farkındalığına erişemediği için minimal depresyonda olarak saptanmıştır. PSAS ise postpartum döneme daha spesifik olduğu için hastalar tarafından daha yüksek puanlandırılmış olabilir.

Araştırmamızda her iki grubun PSAS puan ortalamaları benzer şekilde bulunmuş ve preterm doğum yapan kadınlarda PPD oranı daha yüksek saptanmamıştır. Metaanalizlerde çoğunlukla ilişkili bulunan bu durumun, çalışmamızda ilişkisiz çıkması bazı nedenleri sorgulamamıza neden oldu. Seçilen örneklem ve örneklem büyüklüğü, çalışmaların hastalara uygulandığı postpartum zaman dilimi, uygulanan testler ve testlerin uygulanış biçimi (telekonferans yöntemi, yüz yüze görüşme yöntemi gibi) bu nedenler arasındadır. Örneklemimiz İstanbul'da yaşayan İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde doğum yapmış 118 hastadan oluşmaktadır. Hastalar ile doğum sonrası 8-12. hafta arasında pandemi nedeniyle telekonferans yöntemiyle görüşülmüştür.

Doğum sonrası ilk günlerde yapılan çalışmalarda preterm doğum ile PPD ilişkili bulunmuştur ancak doğum sonrası ilk birkaç günde Annelik Hüznü denilen durum %70-85 arasında görülmüştür; 10 gün içerisinde kendiliğinden iyileşen bu durum ile bulguları genelde ilk 4 hafta içerisinde başlayan PPD'nin ayrımını yapmak zordur.

Silverman ve arkadaşları, yaptıkları klinik olarak doğrulanmış en büyük popülasyon temelli çalışmada İsveç'te 1997-2008 yılları arasında doğum yapan 707.701 kadının postpartum dönem özelliklerini incelemiştir (24). Doğum sonrası ilk bir yıl içerisinde 4.397 kadında PPD gelişmiştir (62/10.000). Hem depresyon öyküsü olan hem de olmayan kadınlarda doğum sonrası 2. ayda görülen PPD oranının ilk aya göre azaldığı izlenmiştir. İlk yıl içerisinde gelişen PPD vakalarına bakıldığında vakaların %33'ü ilk ay, %50'sinin ilk 3 ay, %68'inin ilk 6 ayda tanı aldığı bulunmuştur. Depresyon öyküsü olmayan kadınlara oranla depresyon öyküsü olan kadınlar PPD için yüksek riskli bulunmuştur. Yapılan popülasyon temelli diğer çalışmalarda PPD oranı Amerika Birleşik Devletleri'nde Savitz ve arkadaşları tarafından 31/10.000, Danimarka'da Munk Olsen ve arkadaşları tarafından 51/10.000, Finlandiya'da Raisanen ve arkadaşları tarafından ise 28/10.000 bulunmuştur (34,35,36). Bu oran farklılıkları bize çalışmalardaki popülasyon ve seçilen örneklem farkının önemini göstermektedir (5).

Silverman ve arkadaşları, 32-36 hafta doğum yapanları hafif preterm, 32 hafta altı doğum yapanları orta preterm olarak incelemişlerdir. Depresyon öyküsü olan kadınlarda hafif preterm doğum öyküsünde bile risk artışı bulunmuş, depresyon öyküsü olmayan kadınlarda ise orta preterm doğum yapan grubun PPD için 1,5 kat risk saptanmıştır (24).

Çalışmamızda psikiyatrik hastalık tanısı alan veya anti-depresan kullanım öyküsü olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Orta preterm olarak sınıflandırılan grupta PPD artışı saptanma nedeninin gebelik haftası küçüldükçe yenidoğan mortalite riskinin artışı ve yenidoğan yoğun bakım yatış süresinin uzaması, anne-bebek ayrılığı veya bebek kaybı ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda preterm doğum yapan grubumuzun gebelik haftası ortalaması 34.2 ± 2.23 'dür. Anneler ile yapılan görüşmelerde sadece 8 bebeğin bir ay, 2 bebeğin iki ay yenidoğan yoğun bakımda kaldığı öğrenildi.

Anne ile bebeğinin ayrı kalması ile sonuçlanan bu süre preterm grubumuzun çoğunluğunda ya hiç olmamış ya da birkaç gün ile sınırlı kalmıştır. Silverman ve arkadaşları, çalışmasında depresyon öyküsü bulunmayan kadınlarda PPD riskini 32 hafta altı yapılan doğumlarda artmış olarak bulmuştur (24).

Bizim çalışmamızda preterm doğum ve PPD'nin ilişkisiz çıkmasının nedeni popülasyon farklılığı ve örneklem sayı farkımızdan kaynaklanabileceği gibi gebelik haftası ortalamamızın bahsedilen çalışmadan yüksek olması ile ilişkili olabilir. Gebelik haftasının küçülmesi daha çok neonatal mortalite ve morbiditeye sebep olacağı için PPD risk artışına neden olabilir. Ayrıca çalışmamızdaki hastalar pandemi döneminde karşılaştırıldığından her iki gruptaki kadınlar, hamilelik dönemlerini bebek üzerinde etkisi bilinmeyen bir hastalık ile geçirmiş, doğum sonrası dönemlerini de bu hastalığın gelecek üzerindeki etkisini bilmeyerek geçirmektedir. Bu bilinmezlik sadece preterm doğum yapan kadınları değil term doğum yapan kadınları da etkilemekte, iki grup için PPD açısından risk faktörü oluşturmaktadır.

Forman ve arkadaşları, Danimarka'da 6790 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada gebeliklerinin 16. haftasında kadınlardan yaş, sosyoekonomik durum, eğitim seviyesi gibi demografik bilgileri içeren bir anket doldurmasını istemiştir (25). Anketini doldurup teslim eden kadınlara 30. gebelik haftalarında sosyal destek ve psikolojik stres gibi durumlarını sorgulayan ikinci bir anket uygulanmıştır. Her iki anketi cevaplayan kadınlar postpartum 4. ayda Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Fetal kayıp yaşayan kadınlar çalışmadan çıkartılmıştır. Böylece tüm anketleri tamamlayan 5091 kadın incelendiğinde PPD oranı %5,5 bulunmuştur. Preterm doğum ile PPD riski ilişkisiz bulunurken, psikolojik sıkıntı ve sosyal izolasyon PPD için en güçlü risk faktörü olarak saptanmıştır. Çalışmamızda preterm doğum ile PPD arası ilişki anlamlı bulunmamıştır ancak Forman ve arkadaşlarının çalışmasında bahsedildiği gibi sosyal izolasyon ve psikolojik stres PPD için önemli risk faktörleridir (25).

Günümüz COVID-19 pandemi koşullarında hastalığın yayılımının önlenmesi için alınan hükümet önlemleri arasında sosyal izolasyon ve günlük hayatı sınırlandıran kısıtlamalar vardır. Kısıtlamalar her ne kadar kendimizi korumamız için önemli olsa da psikolojik olarak insanlarda mutsuzluk ve çökkün ruh haline sebebiyet verebilir.

Doğum sonrası dönemde ruhsal açıdan daha hassas olan lohusalarda, COVID-19 pandemisi nedeniyle uygulanan sosyal izolasyon önlemleri, PPD için bir risk faktörü oluşturabilir. Dünya çapında COVID-19 pandemisi ile ilgili mevcut tedavi, enfeksiyon kontrolü, aşı çalışmaları ve tedavi ile kür sağlama oranına odaklanmıştır.

Hastalığın psikososyal yönü henüz değerlendirilmeye başlanmamıştır. Hızla yayılan bu hastalık insanların içinde bir korku oluşmasına neden olmaktadır. Ne yazık ki korku, hastalığın kendisinin verdiği zararı artırabilir. Bir bireyin COVID-19 korkusunu değerlendirmek için kısa ve geçerli bir ölçek olan COVID-19 korku ölçeği uygulanabilir. Ölçek, halkın korkularını yatıştırmaya yönelik halk sağlığı girişimlerini kolaylaştırabilir.

Ahorsu ve arkadaşları, İran'da 717 hastaya COVID-19 korku ölçeği ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğini uygulamışlardır. Yapılan çalışmada COVID-19 korku ölçeğinden yüksek puan alan insanların depresyon ve anksiyete puanının da o kadar yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (21). COVID-19 korku ölçeğinin kullanımı halkın korkularının hafifletilmesine yardımcı olabilir, korku ile birlikte kaygının azalması yaşanan psikolojik stresin azalmasına yardımcı olacaktır.

Mappa ve arkadaşları, İtalya'da COVID-19'un en çok yayılım gösterdiği Mart 2020'de yaptıkları 45 gebe olmayan kadın ve 135 gebe kadını içeren araştırmalarında perinatal komplikasyonlar ile maternal endişeyi değerlendirmiştir. Gebe kadınların birinci, ikinci ve üçüncü trimester sayısal dağılımı eşit çalışılmıştır. İncelenen grubun %84'ü üniversite mezunu ve yaş ortalaması 33 yıl olarak hesaplanmıştır. Kadınların %50'sinden fazlasında COVID-19'un fetal yapısal anomali, fetal büyüme geriliği ve erken doğuma neden olabileceği korkusu saptanmış, eğitim düzeyi düşük olanlara göre üniversite mezunlarındaki kaygı oranı daha yüksek izlenmiştir. Gebe olmayan kadınlar ile gebe kadınlar Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI) ile karşılaştırıldığında gebelikteki skor daha yüksek bulunmuştur. Bu durum gebelik ve postpartum dönemde psikolojik olarak daha hassas olunması ile açıklanabilir (20).

Zanardo ve arkadaşları, İtalya'da salgının yayılımının en çok arttığı dönemde doğum sonrası kadınların psikoduygusal stresinin artıp artmadığını incelemiştir. Aynı bölgede 2019 yılında doğum yapan kadınların demografik özellikleri ve Edinburgh Postpartum Depresyon Skala sonuçlarının hastane sisteminde kayıtlı bulunması üzerine bu veriler pandeminin pik yaptığı dönemde aynı bölgede doğum yapan kadınlar ile anhedoni, anksiyete ve depresyon yönünden postpartum 2. günde karşılaştırılmış, pandemi döneminde doğum yapan kadınlar kontrol grubuna göre her yönden yüksek riskli bulunmuştur (26).

COVID-19 dönemi tüm insanların psikolojisini etkilemiştir ancak gebe ve lohusalar bu dönemden daha çok etkilenmiştir. Hastalığın gebelik aylarına göre fetal etkisinin bilinmemesi, fetal büyüme gelişme geriliğine sebep olma ihtimali, erken doğumu tetikleyebileceği, vertikal geçiş ihtimali, doğum sonrası bebeklerde COVID-19 enfeksiyonu saptanabileceği ve bu enfeksiyonun bebek üzerine etkilerinin net olarak bilinmemesi gebelerde kaygıyı artırmaktadır. Postpartum dönemde ise yapılmış pek çalışma olmamakla birlikte doğum sonrası dönemde de bu kaygı devam etmektedir. Hastalığın yayılımının bir yılı aşkın süredir devam etmesi bebeklerini büyütecekleri ortam açısından annelere gelecek korkusu yaşatmaktadır. Her ne kadar ülkemizde aşılama çalışmaları hızla devam etse de koruyucu önlemlere insanlar dikkat etmediğinde hastalığın yayılımı artmaktadır. Bu durum annelerde hasta olursa bebeğine kimin bakacağı, çalışan eşlerinin koronavirüsü sosyal hayattan evdeki bebeklerine bulaştırma ihtimali gibi endişeleri ortaya çıkarmaktadır. İncelediğimiz grubun çoğunluğu ev hanımıdır. Ev hanımı olup pandemi nedeni ile eşleri işsiz kalan anneler hem bebeklerinin ihtiyaçlarını karşılayamamanın korkusunu yaşamakta hem de geçim sıkıntısı yaşamaktadır.

Hastalık kontrol altına alındığında ise varyant mutasyonları çıkmaktadır. Bu nedenle insanların özgürce yaşanılan eski günlere dönme umudunu azaltmakta, annelerin bebeklerinin nasıl bir ortamda çocukluk yaşayacağını, nasıl bir şekilde eğitim alacağını, ileride başka pandemiler de ortaya çıkabileceği için bebeklerini nasıl bir gelecek beklediği kaygısını yaşamalarına neden olmaktadır.

Çalışmamızdaki kadınlarımız genelde ailelerinden farklı illerde yaşamaktadır. Pandemi koşulları, kadınlar için en büyük sosyal destek olan anne, baba ve kardeşlerinin, desteğe en ihtiyaçları olan doğum sonrası dönemde ziyaret için engel oluşturmaktadır. Aile ve yakın ziyaretleri sosyal izolasyon nedeni ile yapılamadığı gibi hastanede de doğum sonrası ziyaretler yapılamamaktadır. Sosyal izolasyon yeni doğum yapmış anneler için psikososyal yönden bir stres faktörü olabilir.

Araştırmamızdaki preterm doğum yapan grubun COVID-19 korku ölçeği puan ortalaması 22.5 ± 5.22 , miad doğum yapan grubun ise 21.2 ± 5.33 tür. Her iki grubun puan ortalaması birbirine benzer olup gruplarda COVID-19 korkusu izlenmiştir. Bu korkunun bahsettiğimiz stres ve kaygı yaratan durumlardan kaynaklandığını düşünmekteyiz.

İki grup arasında anlamlı bir fark olmayışı ise benzer demografik özelliklere sahip aynı ilde yaşayan örneklemimizden kaynaklanmış olabilir. Term doğum yapan anneler de erken doğum yapan anneler gibi hem bebeklerini yetiştirme süreci hem de geleceği ile ilgili endişeler yaşamakta iken aynı zamanda sosyal izolasyon nedeni ile psikolojik bir savaş vermektedir.

COVID-19 pandemisi ve korkusu olumsuz psikolojik sorunlara neden olabileceği için postpartum dönemde stres ve anne sağlığı ilişkisinin anlaşılması annelere destek sistemi geliştirilebilmesi için çok önemlidir. Pandemi, gebelik ve postpartum dönemde psikolojik sorunlara yol açtığı gibi cinsel işlev ve fonksiyon bozukluklarına neden olabilir.

Postpartum dönemde kadınların cinsellik algısı ve cinsel fonksiyonu çeşitli faktörlerden etkilenmektedir. Emzirme, hormonal değişimler, doğum travması, bebeğe ait problemler, beden imajındaki bozulmalar, sosyal rollerde farklılaşma ve psikososyal faktörler cinsel aktiviteye yeniden başlama kararı ve cinsel fonksiyon üzerinde olumsuz etkiler yapmaktadır (27).

Laagert ve arkadaşları gebeliklerinin son trimesterinde 78 hastayı takip etmiş ve hastalara üçüncü trimesterde, doğum sonrası 6. haftada ve 6. ayda olmak üzere üç farklı zamanda FSFI anketini uygulamıştır. Alınan yüksek puanın yüksek cinsel işlevi yansıttığı bu anket sonuçlarına göre doğumdan 6 hafta sonra kadınların %74'ü cinsel ilişkiye yeniden başlamıştı ve disparoni oranı %51 idi. Doğumdan altı ay sonra ise kadınların %92'sinin cinsel ilişkiye başlamış olduğu ve %40 kadında disparoni olduğu saptanmıştı (12). Natasha ve arkadaşları, 2748 hastada yaptıkları çalışmada doğum sonrası 6. ayda hastaların %21'inin orta ve şiddetli disparoni tariflediğini, hafif disparoni tarifleyen hastalar da dahil edildiğinde bu oranın %54 olduğunu bulmuşlardır (28).

Çalışmamızda 118 hastanın 28'i (%23.7) doğum sonrası dönemde disparoni tariflemiştir. Laagert ve arkadaşları, hastaları altı aylık süre içerisinde değerlendirildiğinde zamanla disparoni oranının azaldığı görülmüştür (12). Hastalarımızı, postpartum 8-12.haftalarda değerlendirdiğimiz için bu oran bahsedilen çalışmadan düşük, Natasha ve arkadaşlarının çalışması ile benzer oranda izlenmiş olabilir ancak sonuçta yaklaşık olarak her beş hastadan biri ilişki sırasında ağrı hissetmektedir.

Doğumdaki gebelik haftasının disparoni ile ilişkisini Carol Postpartum Cinsel İşlev ve Disparoni Değerlendirme Ölçeği ile ağrının ilişki öncesi, ilişki sırasında, ilişki sonrasında olduğu zamana göre gruplara ayırarak değerlendirdiğimizde ise her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark izlenmemiştir.

Bu disparoninin sebebi psikolojik olarak kadınların kendini cinsel ilişkiye hazır hissetmemesi, vajinal enflamatuvar hastalık, perineal laserasyon sonrası duyulan hassasiyet olabileceği gibi yeterince uyarılma ve kayganlık sağlanmadan başlayan ilişki olabilir. Emzirme döneminde östrojen seviyesindeki azalma ile vajinal kayganlık azalır. Cinsel işlev ve tatmin sadece kadına değil çifte bağlıdır. Yeterli uyarılma sağlanmaz ise vajinal kuruluğa bağlı ağrı oluşabilir. Ayrıca bu süreçte kadınların eşleri ile duygusal ilişkileri cinsel ilişki için önem taşımaktadır. Kadınların duygusal olarak hassas oldukları bu dönemde eşi ile yaşadığı içsel boyuttaki tatminsizlik, doğum sonrası dönemde azalan cinsel ilgi ve isteği daha da azaltabilir.

Barret ve arkadaşları doğum sonrası 6. haftada kadınların %90'ının cinsel ilişkiye başladıklarını, %64'ünün cinsel işlev bozukluğu tariflediğini saptamıştır (13). Acele ve arkadaşları ise 2011 yılında 230 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada postpartum dönemde hastaların %91'inde, Türkiye'de yapılan başka bir çalışmada hastaların %85'inde postpartum cinsel işlev bozukluğu olduğunu tespit etmişlerdir (11). Çalışmalardaki sonuçlar bizlere postpartum dönemde cinsel işlev bozukluğunun yaygın izlendiğini gösterir iken oransal farklılıklar hastaların postpartum değerlendirme zamanına ve nüfus özelliklerine göre şekillenebilir.

Karakaş ve arkadaşları, COVID-19 pandemi döneminin gebe olmayan kadınlar ve gebe kadınlar üzerindeki etkisini FSFI ile değerlendirmiştir (29). Gebe olmayan grupta 45 hasta, gebe olan grupta her trimesterde 45'er gebe olmak üzere 135 hasta incelenmiştir. Hastaların %81,7'si üniversite mezunudur. Çalışma popülasyonunun ortalama FSFI skoru 22.2 ± 7.2 bulunmuştur. İndeks kesme skoru 26.5 hesaplanarak, gebe kadınların %87,4'üne, gebe olmayan grubun %68,9'una cinsel işlev bozukluğu tanısı konulmuş, üniversite mezunu ve gebeliğin üçüncü trimesterinde olan hastaların cinsel işlev bozukluğu geliştirme oranının daha yüksek olduğunu saptanmıştır. Gebe kadınlar da gebe olmayan kadınlara göre yüksek riskli olarak bulunmuştur (29).

Çalışmamızda preterm doğum yapan hastaların %78'i, term doğum yapan hastaların %86,5'i postpartum dönemde cinsel ilişkiye başlamıştır. Cinsel ilişkiye başlama oranı ve toplam FSFI skorunun preterm doğum yapan grupta daha düşük olması gebelik haftası küçüldükçe yenidoğan mortalite ve morbidite oranının artması ile ilişkilendirilebilir. Bebeklerin yenidoğan yoğun bakımda kalma sürelerinin preterm doğumda uzaması, anne-bebek ilişkisine zarar vermektedir. Bebeklerine kavuşamayan annelerin akılları bebeklerinde kalmakta ve anneler bebeklerini gün içerisinde sadece belli ziyaret saatlerinde görebilmektedir. Haftasından erken doğan bebeklerin doğum ağırlıklarının zamanında doğan bebeklere göre daha düşük olması, yenidoğan takipleri için annelerde bebeğin beslenme ve kilo alımı konusunda bir stres faktörü de oluşturabilir. Bu durumlar annede cinsel istek azalmasına neden olabilir. İstek azalması lubrikasyonda azalma ile devam edebileceği için cinsel ilişkiden duyulan memnuniyette azalma ile sonuçlanabilir.

Carol Postpartum Cinsel İşlev ve Disparoni Değerlendirme Ölçeği'nde her iki grup libido ve lubrikasyon açısından ayrı ayrı değerlendirildiğinde, preterm doğum yapan kadınlarda bu skorlar daha düşük izlenmiş ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. FSFI ile değerlendirilerek kesme skoruna göre hesaplanan cinsel işlev bozukluğu, doğum sonrası 8-12. haftalarda preterm doğum yapan kadınlarda term doğum yapan kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek izlenmiştir. Toplam FSFI skoru ortalamaları ise preterm doğum yapan grupta daha düşük izlenmiş olmasına rağmen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Çalışmamızda iki grup şeklinde değerlendirilen hastaların %36,44'ünde postpartum cinsel işlev bozukluğu saptanmıştır. Bu oran COVID-19 döneminde yapılan Karakaş ve arkadaşlarının çalışmasındaki orandan daha düşüktür (29). Farklılığın sebebi, çalışmalarındaki hastaların genellikle üniversite mezunu iken bizim çalışmamızdaki hastaların genelde ilköğretim mezunu olmasından kaynaklanıyor olabilir. İçerisinde bulunduğumuz pandemi koşullarında doğum sonrası dönemi inceleyen yeterli çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamız, doğum sonrası dönemde hormonal, sosyal, psikolojik ve fiziksel farklılıklar nedenleri ile sıklıkla postpartum depresyon ve cinsel işlev bozukluğu yaşayan annelerimize, COVID-19 pandemi döneminde daha dikkat edilmesi gerektiğini savunmaktadır. Araştırmamızın, erken tanının önemine ışık tutacağını düşünmekteyiz.

Cinsel işlev bozukluğu oranı hormonal, psikososyal, fiziksel faktörlerden etkilenebileceği gibi gebelik ve gebelik önceki dönemde hastaların var olan cinsel işlev bozukluğundan, eşleri ile duygusal ilişkilerinden ve cinsel ilişkiyi etkileyen erkek faktör özelliklerinden etkilenebilmektedir. PPD’de de en önemli risk faktörü geçirilmiş PPD öyküsüdür. Çalışmamızda hastalar ile sadece doğum sonrası dönemde iletişime geçilmiş olduğu için hastalar gebelik ve gebelik öncesi dönemde depresyon envanteri ve cinsel işlev ölçekleri ile değerlendirilememiştir. Cinsel işlev üzerinde etkili olan erkek faktör özellikleri incelenmemiştir. Ayrıca hastaların pandemi öncesi dönemdeki ruh halleri ve stres faktörleri bilinmemektedir. Bu durum ve örneklem grubumuzun belirli bir grubu ihtiva etmesi çalışmamızın kısıtlılıklarındandır.



12. SONUÇ

Cinsel işlev bozukluğu ve depresyon kadınların hamilelik öncesi dönemde, hamilelikleri sırasında ve doğum sonrası dönemde yaygın görülen sağlık problemleridir. Birinci basamak sağlık hizmeti olarak hastaların doğum sonrası kontrollerinde cinsel sorunlarının ve ruhsal durumlarının değerlendirilmesi postpartum dönem depresyon ve cinsel işlev bozukluğunun erken tanı almasına, tedavi için yönlendirilmesine olanak sağlar. Böylece kadın sağlığı ve yaşam kalitesi iyileştirilebilir. Bu amaçla sağlık çalışanlarının doğum sonrası cinsel yaşam ve postpartum depresyon konularına ilişkin bilgilerinin artırımı, yüksek riskli grupların tarama ölçekleri ile değerlendirilmesi, erken tanı ve tedavi oranını artırabilir. Kadınlara, cinsel yaşamın genel sağlığın bir parçası olduğu öğretilerek bu konudaki problemlerini çekinmeden sağlık personeline bildirmeleri sağlanabilir.

Hastalara ve eşlerine, doğum öncesi ve sonrası dönemde danışmanlık verilmesi cinsel işlev bozukluğu ve postpartum depresyon oranını düşürebilir. Özellikle ilk gebeliğini yaşayan kadınların doğumdan sonra yaşayacakları hakkında önceden bilgilendirilmesi gerekmektedir. Kendilerini ruhsal ve fiziksel açıdan doğuma hazırlayan kadınlar doğum sonrası dönemi daha kaliteli geçirebilir. COVID-19 pandemisinin psikolojik etkilerinin de incelenmeye başlanması, kadınlarda bu korkunun tetikleyebileceği ruhsal hastalık ve cinsel işlev bozukluğuna karşı önlem almamıza yardımcı olacaktır. Yaygın görülen bu sorunları engellemek için erken tanı çok önemli yere sahiptir.

13. KAYNAKÇA

1. Madeleine Becker, Tal Weinberger, Ann Chandy, Sarah Schmukler, Depression During Pregnancy And Postpartum, Curr Psychiatry Rep, 2016
2. Sercan Bulut Celik, Gamze Erten Bucaktepe, Aysegul Uludag, Ibrahim Umud Bulut, Ozgur Erdem, Kursat Altinbas , Screening Mixed Depression And Bipolarity In The Postpartum Period At A Primary Health Care Center Accepted Manuscript, 2016
3. Teti Dm, Gelfand Dm, Behavioral Competence Among Mothers Of Infants In The First Year: The Meditational Role Of Maternal Self-Efficacy. Child Development, 1991
4. Kara B, Çakmaklı P, Nacak E, Türeci F. Doğum Sonrası Depresyon Üsküdar Açs-Ap Eğitim Merkezi, 2001
5. Juliana Arantes Figueiredo De Paula Eduardo, Marcos GonçAlves De Rezende, Paulo Rossi Menezes, Cristina Marta Del-Ben. Preterm Birth As A Risk Factor For Postpartum Depression: A Systematic Review And Meta-Analysis. Journal Of Affective Disorders, 2019
6. O'hara Mw, Schlechte Ja, Lewis Da ve ark. Prospective Study Of Postpartum Blues: Biologic And Psychosocial Factors. Arch Gen Psychiatry, 1991
7. Campbell Sb, Cohn Jf, Flanagan C ve ark. Course And Correlates Of Postpartum Depression During The Transition To Parenthood. Development And Psychopathology. 1992
8. Karamustafaloğlu N, Tomruk N. Postpartum Hüzün ve Depresyonlar. Duygu Durum Dizisi.Dergipark, 2000
9. Beckett, Reynolds M, Rutowski P. Maternity Blues And Postpartum Depression. Jognn.1992
10. Ahokas A, Aito M, Turiainen S. Association Between Estradiol And Puerperal Psychosis. Acta Psychiatr Scand. 2000
11. Elif Ozge Acele, Zekiye Karacam. Sexual Problems in Women During The First Postpartum Year And Related Conditions. Journal Of Clinical Nursing, 2011
12. Liesbet Lagaert, Steven Weyers, Helena Van Kerrebroeck, Els Elaut. The European Journal Of Contraception & Reproductive Health Care Postpartum Dyspareunia And Sexual Functioning: A Prospective Cohort Study. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care . , 2017
13. Barrett G, Pendry E, Peacock J, Et Al. Women's Sexual Health After Childbirth. Bjog. 2000
14. Signorello Lb, Harlow Bl, Chekos Ak, Et Al. Postpartum Sexual Functioning And Its Relationship To Perineal Trauma: A Retro- Spective Cohort Study Of Primiparous Women. Am J Obstet Gynecol. 2001
15. Holanda Jbl, Abuchaim Esv, Coca Kp, Abrao Acf. Sexual Dysfunction And Associated Factors Reported In The Postpartum Period. Acta Paul Enferm. 2014
16. Abdool Z, Thakar R, Sultan Ah. Postpartum Female Sexual Func- Tion. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2009
17. Funda Evcili, Carol Postpartum Cinsel Fonksiyon ve Disparoni Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe versiyonu: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2019
18. Patrycja Stanczyk, Tomasz Jachymski, Piotr Sieroszewski. Covid-19 During Pregnancy, Delivery And Postpartum Period Based On Ebm 1st Chair Of Gynecology And Obstetrics, Medical University Of Lodz, Poland, Via Medica 2020
19. Suraj B. Thapa, Anustha Mainali, Simone E. Schwank, Ganesh Achary. Maternal Mental Health In The Time Of The Covid-19 Pandemic. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 2020
20. Ilenia Mappa, Flavia Adalgisa Distefano, Giuseppe Rizzo. Effects Of Coronavirus 19 Pandemic On Maternal Anxiety During Pregnancy: A Prospective Observational Study De Gruyter 2020

21. Ahorsu Dk, Lin Cy, Imani V, Saffari M, Griffiths Md, Pakpour Ah. The Fear Of Covid-19 Scale: Development And Initial Validation. *Int J Ment Health Addict*, 2020
22. Norhayati, M.N., Hazlina, N.H.N., Asrenee, A.R., Emilin, W.M.A.W. Magnitude And Risk Factors For Postpartum Symptoms: A Literature Review. *J. Affect. Disord*. 2015
23. Vigod, S.N., Villegas, L., Dennis, C-L., Ross, L.E. Prevalence And Risk Factors For Postpartum Depression Among Women With Preterm And Low-Birth-Weight Infants: A Systematic Review. *Bjog* 2010
24. Silverman, M.E., Reichenberg, A., Savitz, D.A., Cnattingius, S., Lichtenstein, P., Hultman, C.M., The Risk Factors For Postpartum Depression: A Population Based Study. *Wiley* 2016
25. Forman, D., Videbech, P., Hedegaard, M., Salvig, J., Secher, N.J. Postpartum De- Pression: Identification Of Women At Risk. *Br. J. Obstet. Gynaecol*. 2000
26. Vincenzo Zanardo, Valeria Manghina, Lara Giliberti, Michela Vettore, Lorenzo Severino, Gianluca Straface. Psychological Impact Of Covid-19 Quarantine Measures In Northeastern Italy On Mothers In The Immediate Postpartum Period. *Int J Gynaecol Obstet*.2020
27. Fodstad K, Staff Ac, Laine K. Sexual Activity And Dyspareunia The First Year Postpartum in Relation To Degree Of Perineal Trauma. *International Urogynecology Journal* 2016.
28. Natasha R. Alligood-Percoco, Kristen H. Kjerulff, John T. Repke. Risk Factors For Dyspareunia After First Childbirth. *Obstet Gynecol*.2016
29. Latife A. Karakas, Asli Azemi, Seda Y. Simsek, Huseyin Akilli, Sertac Esin. Risk Factors For Sexual Dysfunction in Pregnant Women During The Covid-19 Pandemic. *Clinical Article* 2020
30. Buğra Bilge Keseroğlu, Berat Cem Özgür, Ali Kaan Yıldız, Esra Gülen. Kadın Cinsel İşlev Ölçeğine Etki Eden Faktörler, The Factors Affecting Female Sexual Function , Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2018
31. Hisli, N. Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 7, 3-13. 1989
32. Victoria Fallon, Jason Christian G., Kate Mary B., Joanne Allison H. The Postpartum Spesific Anxiety Scale: development and preliminary validation, *Springer Link*, 2016.
33. R. Rosen, C. Brown, J. Heiman, S. Leiblum, C. Meston, R. Shabsigh, et al, “The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment female sexual Function”, *J Sex Marital Ther* 2000
34. Savitz, D. A., Stein, C. R., Ye, F., Kellerman, L., & Silverman, M. (2011). The epidemiology of hospitalized postpartum depression in New York State, 1995–2004. *Annals of Epidemiology*, 2011
35. Munk-Olsen, T., Laursen, T. M., Pedersen, C. B., Mors, O., & Mortensen, P. B. (2006). New parents and mental disorders: A population based register study. *JAMA*, 296(21), 2582–2589.
36. Räisänen, S., Lehto, S. M., Nielsen, H. S., Gissler, M., Kramer, M. R., & Heinonen, S. Fear of childbirth predicts postpartum depression: A population-based analysis of 511 422 singleton births in Finland. *BMJ Open*, 2013

EKLER

Ek-1. Beck Depresyon Ölçeği

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

- 1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
 1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
 1. Gelecek hakkında karamsarım.
 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
 1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
 2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 3. Her şeyden sıkılıyorum.
- 5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
 1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
 1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
 2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7- 0. Kendimden memnunum.
 1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
 2. Kendime çok kızıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.
- 8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
 1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.

2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- 9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
 1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.
 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
 1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.
 2. Çoğu zaman ağlıyorum.
 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
 1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 2. Şimdi hep sinirliyim.
 3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 12- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
 1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
 2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
 3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- 13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
 1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 3. Artık hiç karar veremiyorum.
- 14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
 1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
 3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
 1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
 2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
 3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- 16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
 2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
 3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
 1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
 2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
 3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 18- 0. İştahım her zamanki gibi.
 1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.

2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.
- 19- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.
 1. İki kilodan fazla kilo verdim.
 2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
 3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
- 20- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
 1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
 2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
 3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 21- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
 1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
 2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
 3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

Depresyon derecesi	Toplam
• Minimal depresyon	0-9
• Hafif depresyon	10-16
• Orta depresyon	17-29
• Şiddetli depresyon	30-63

Ek-2. Postpartum Spesifik Anksiyete Skalası

KATILIMCI:		HAFTA OLARAK BEBEĞİN YAŞI:		TARİH:			
Soru	Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği	1 =hiç	2 =baze	3=Çoğu kez	4= Her zaman		
1.	Diğer sorumluluklarım ile anneliği dengelemekte yetersiz hissediyorum.						
*2.	Ailem ile olan ilişkim hakkında bebeğim doğmadan öncekine oranla daha çok endişeleniyorum.						
3.	Bebeğime istemeyerek zarar verme konusunda endişe duyuyorum.						
4.	Etrafımda bana yardım edebilecek birileri olmadığında bebeğimle nasıl başa çıkacağım diye endişeleniyorum.						
5.	Yeterince destek almadığımı hissediyorum.						
6.	Basit görevlere bebeğim doğmadan öncekinden daha az konsantre olabiliyorum.						
7.	Bebeğime bakmam için yardıma ihtiyaç duymamam gerektiğini hissediyorum.						
8.	Bebeğim benimle birlikte değilken korktuğumu hissediyorum.						
9.	Bebeğim ağladığında ne yapacağımı bilememekten endişeleniyorum.						
*10.	Eşim ile olan ilişkim hakkında bebeğim doğmadan öncekine göre daha fazla endişeleniyorum.						
11.	Bebeğimin başka birinin bakımından daha fazla hoşnut olmasından endişeleniyorum.						
*12.	Ailemden ve arkadaşlarımdan soyutlanmış hissediyorum.						
13.	Bebeğimin kilosu hakkında endişe duyuyorum.						
14.	Bebeğimi rutine sokmak ile ilgili endişe duyuyorum.						
15.	Bebeğime bakamayacak kadar çok hasta olmaktan endişe duyuyorum.						
16.	Bebeğimin kazara birisi ya da bir şey tarafından zarar görmesinden endişe duyuyorum.						
17.	Bebeğimin temel bakım ihtiyaçlarını karşılamada kendimi yetersiz ve güvensiz hissediyorum.						
18.	Bebeğimi yatıştırma konusunda yetersiz kalmaktan endişeleniyorum.						
19.	Bebeğim doğmadan öncekine göre işleri daha belirli ve düzenli bir şekilde yapma konusunda daha fazla ihtiyacı hissediyorum.						
20.	Bebeğimle olan ilişkimle alakalı olumsuz düşüncelere sahibim.						
*21.	Arkadaşlarımla olan ilişkimle alakalı bebeğim doğmadan öncekinden daha çok endişe duyuyorum.						
22.	Bebeğimin mikroplara maruz kalmasını önlemenin yollarını düşünüyorum.						
23.	Bebeğimin diğer bebeklerden daha az mutlu olmasından endişeleniyorum.						
24.	Diğer annelerin bebekleriyle benden daha iyi baş ettiğini hissediyorum.						
25.	Olmak istediğim şekilde bir ebeveyn olmadığımı hissediyorum.						
26.	Ev işlerini tamamlama konusunda bebeğim doğmadan öncekinden daha çok endişeleniyorum.						

Sorula	Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği	1 = Hiç	2 =	3 = Çoğu kez	4 Nerede
27.	Bebeğimin zarar görme ihtimalinden korktuğum için günlük aktivitelerde bebeğimle birlikte katılmıyorum.				
28.	Bebeğimin süt alımı ile ilgili endişeleniyorum.				
29.	Bebeğim doğmadan öncekine göre geçen günümle ilgili daha az kontrole sahip olduğumu hissediyorum.				
30.	Mali durumum hakkında bebeğim doğmadan öncekinden daha çok endişeleniyorum.				
31.	Başkalarından güvence aldıktan sonra bile bebeğimin sağlığı hakkında endişeleniyorum.				
32.	Yardım aldığımında bir faydası olmadığını hissediyorum.				
33.	Bebeğim uyurken nefesinin kesilmesinden endişe duyuyorum.				
34.	Bebeğimin sağlığı hakkında emin olmak için interneti kullanıyorum.				
35.	Bebeğimi Çocuk Bakım ortamına bırakma konusunda endişeleniyorum.				
36.	Bebeğimin başkası tarafından daha iyi bakılacağını hissediyorum.				
37.	Uykumu yeterince almayacağım konusunda endişeleniyorum.				
38.	Anneliğin beklediğimden çok daha zor olduğunu hissediyorum.				
39.	Bebeğimin benim kaygılarımı fark edeceğinden endişeleniyorum.				
40.	Bebeğimle aramdaki bağ hakkında endişe duyuyorum.				
41.	Bebeğimin uyurken geçirdiği sürenin uzunluğu hakkında endişe duyuyorum.				
*4	İşe geri dönme konusunda endişe duyuyorum.				
43.	Görünüşüm hakkında bebeğim doğmadan öncekinden daha çok endişe duyuyorum.				
44.	Uyuma şansım olduğunda bile uyuma konusunda güçlük çekiyorum.				
45.	Diğer insanların ebeveynlik becerilerimin yetersiz olduğunu düşünmesinden endişe duyuyorum.				
*4	Eşimin beni bebeğim doğmadan öncekine göre daha az çekici bulmasından endişe duyuyorum.				
47.	Bebeğimin diğer bebekler kadar hızlı gelişmemesinden endişeleniyorum.				
*4	Eşıme karşı kırgınlık hissediyorum.				
49.	Bebeğimi besleme şeklim hakkında endişe duyuyorum.				
50.	Uyuyan bebeğimi defalarca kontrol ediyorum.				
51.	İyi miktarda bir dinlenmeden sonra bile yorgun hissediyorum.				
- SON -		SONUÇ: /			

Ek-3. Covid 19 Korku Ölçeği

Koronavirüs (Covid-19) Korkusu Ölçeği

Değerli Katılımcı, aşağıda sizinle ilgili ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her bir maddeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en iyi tanımlayan seçeneği işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Sizden beklenen içtenlikle cevap vererek bilimsel bir çalışmaya yardımcı olmanız. Lütfen bütün sorularla ilgili görüşlerinizi ifade ediniz.

1: Kesinlikle katılmıyorum, 2: Katılmıyorum, 3: Kararsızım, 4: Katılıyorum, 5: Kesinlikle katılıyorum					
	1	2	3	4	5
1. Koronavirüsten (Covid-19) çok korkuyorum.					
2. Koronavirüsü düşünmek beni rahatsız ediyor.					
3. Koronavirüsü düşündüğümde ellerim soğuk soğuk terliyor.					
4. Koronavirüs nedeniyle hayatımı kaybetmekten korkuyorum.					
5. Sosyal medyada koronavirüsle ilgili hikayeleri ve haberleri gördüğümde gerilir veya endişelenirim.					
6. Koronavirüse yakalanacağım korkusundan dolayı uyuyamıyorum.					
7. Koronavirüse yakalanacağımı düşündüğümde kalbim hızla çarpmaya başlıyor.					

Uygun Atıf Biçimi:

Bakioğlu, F., Korkmaz, O., & Ercan, H. (2020). Fear of COVID-19 and positivity: Mediating role of intolerance of uncertainty, depression, anxiety, and stress. *International Journal of Mental Health and Addiction*. doi: 10.1007/s11469-020-00331-y

Orijinal Kaynak:

Ahorsu, D.K., Lin, C-Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2020). The Fear of COVID-19 Scale: Development and initial validation. *International Journal of Mental Health and Addiction*. doi: 10.1007/s11469-020-00270-8

Ek-4. Carol Postpartum Cinsel Fonksiyon ve Disparoni Değerlendirme Ölçeği

CAROL POSTPARTUM CİNSEL FONKSİYON ve DİSPARONİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Lütfen her soruyu dikkatli bir şekilde okuyunuz ve son bir ay içinde doğum sonrası vajinal cinsel ilişkiniz ile ilgili olarak nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan durumu daire içine alınız.

SON 4 HAFTA SÜRESİNCE

Bölüm 1. Aşağıdaki semptomların sıklığını değerlendirin.

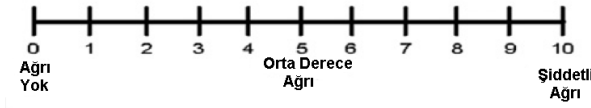
1. Cinsel ilişkiye başlamadan önce ne sıklıkta arzu duydunuz?
Hiç (0) Neredeyse hiç (1) Bazen (2) Genellikle (3) Her zaman (4)
2. Cinsel ilişki sırasında ne sıklıkta uyarılma hissettiniz?
Hiç (0) Neredeyse hiç (1) Bazen (2) Genellikle (3) Her zaman (4)
3. Cinsel ilişki sırasında ne sıklıkta vajinal kayganlık veya ıslaklık hissettiniz?
Hiç (0) Neredeyse hiç (1) Bazen (2) Genellikle (3) Her zaman (4)
4. Cinsel uyarılma sırasında dış üreme organlarınıza / perinenize dokunulduğunda veya okşandığında ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık hissettiniz?
Hiç (0) Neredeyse hiç (1) Bazen (2) Genellikle (3) Her zaman (4)
5. Eşinizin cinsel organı vajinanıza girdiğinde ne sıklıkla ağrı veya rahatsızlık hissettiniz?
Hiç (0) Neredeyse hiç (1) Bazen (2) Genellikle (3) Her zaman (4)
6. Vajinal ilişki sırasında ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık hissettiniz?
Hiç (0) Neredeyse hiç (1) Bazen (2) Genellikle (3) Her zaman (4)
7. Vajinal ilişki bittikten sonra ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık hissettiniz?
Hiç (0) Neredeyse hiç (1) Bazen (2) Genellikle (3) Her zaman (4)

Bölüm 2. Rahatsızlık veya ağrının yoğunluğunu değerlendirin*

8. Dış üreme organlarınıza / perinenize dokunulduğunda ağrı veya rahatsızlık hissettiyseniz, hissettiğiniz rahatsızlığı veya ağrı yoğunluğunu nasıl sınıflandırdınız?
0 (Ağrı Yok) 10 (Maksimum Ağrı)
9. Eşinizin cinsel organı vajinanıza girdiğinde ağrı veya rahatsızlık hissettiyseniz, hissettiğiniz rahatsızlığı veya ağrı yoğunluğunu nasıl sınıflandırdınız?
0 (Ağrı Yok) 10 (Maksimum Ağrı)
10. Vajinal ilişki sırasında ağrı veya rahatsızlık hissettiyseniz, hissettiğiniz rahatsızlığı veya ağrı yoğunluğunu nasıl sınıflandırdınız?
0 (Ağrı Yok) 10 (Maksimum Ağrı)
11. Vajinal ilişki bittikten sonra ağrı veya rahatsızlık hissettiyseniz, hissettiğiniz rahatsızlığı veya ağrı yoğunluğunu nasıl sınıflandırdınız?
0 (Ağrı Yok) 10 (Maksimum Ağrı)

*Ağrı yoğunluğunu değerlendirmek için sayısal bir puanlama sistemi kullanılır.

0-10 Sayısal Ağrı Değerlendirme Ölçeği



Ek-5. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği

KADIN CİNSEL İŞLEV ÖLÇEĞİ-(FSFI)

Sayın katılımcı; son dört haftada süregelen cinsel işlevlerinizi belirlemeye yönelik olarak hazırlanan bu ölçekte 19 madde bulunmaktadır. Sizden istenen her bir maddede size uyan tek bir seçeneği işaretlemenizdir. Lütfen tüm sorulara cevap veriniz.

Teşekkür ederiz.

* **Cinsel aktivite** : Cinsel birleşme, sevişme ve kendini tatmin dahil olmak üzere tüm cinsel faaliyetler.

** **Cinsel ilişki** : Kadın ile erkeğin cinsel birleşmesi (sertleşmiş kamışın/erkeklik organının kadının haznesine girmesi)

*** **Cinsel uyarılma**: Sevişme, şehvet duygu ve düşüncelerin belirmesi ile vajinanın ıslanması ve benzeri durumlar

**** **Orgazm** : Bızır,hazne, rahim, makat ve alt karın ve tüm vücudu saran kuvvetli ritmik kasılmalar olması.

Tüm sorularda yalnız bir kutuyu işaretleyiniz.

1. Son 4 hafta içinde, ne sıklıkta cinsel istek duydunuz?

- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

2. Son 4 hafta içinde, cinsel istek veya ilgi düzeyinizi (derecenizi) nasıl değerlendirirsiniz?

- ☐ Çok yüksek
- ☐ Yüksek
- ☐ Orta
- ☐ Düşük
- ☐ Çok düşük veya hiç

3. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında ne sıklıkta uyarıldığınızı hissettiniz?

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

4. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasındaki uyarılma düzeyinizi nasıl derecelendirirsiniz?

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Çok yüksek
- ☐ Yüksek
- ☐ Orta
- ☐ Düşük
- ☐ Çok düşük veya hiç

5. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında cinsel bakımdan uyarılacağınızdan ne derecede emindiniz?

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ Çok emindim
- ☐ Emindim
- ☐ Oldukça emindim
- ☐ Az emindim
- ☐ Çok az / hiç emin değildim

6. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında uyarılma durumunuz sizin için ne sıklıkta tatminkardı?

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

7. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında hazneniz ne sıklıkla ısladı / kayganlaştı ?

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

8. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında haznenizin ıslanması / kayganlaşmasındaki zorluk derecesi nasıldı?

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ Çok çok zor veya imkansızdı
- ☐ Çok zordu
- ☐ Zordu
- ☐ Biraz zordu
- ☐ Hiç zorluk çekmedim

9. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişkiniz** bitene kadar cinsel organınızın ıslaklığını / kayganlığını ne sıklıkta koruyabildiniz?

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

10. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişkiniz** bitene kadar haznenizin ıslaklığını / kayganlığını koruyabilme zorluğunuzun sıklığı neydi?

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

11. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma*** veya cinsel ilişkide** ne sıklıkta orgazm**** oldunuz?

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

12. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma*** veya cinsel ilişkisi** sırasında orgazma**** ulaşmak sizin için ne kadar zordu?

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Çok çok zordu / imkansızdı
- ☐ Çok zordu
- ☐ Zordu
- ☐ Biraz zordu
- ☐ Hiç zorluk çekmedim

13. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma*** veya cinsel ilişkisi** sırasında orgazma**** ulaşmanız ne kadar tatminkardı?

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ Çok tatminkardı
- ☐ Genellikle tatminkardı
- ☐ Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi
- ☐ Genellikle tatminkar değildi
- ☐ Hiç tatminkar değildi

14. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişkiniz** sırasında siz ve eşiniz arasındaki duygusal yakınlık ne kadar tatminkardı?

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ Çok tatminkardı
- ☐ Genellikle tatminkardı
- ☐ Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi
- ☐ Genellikle tatminkar değildi
- ☐ Hiç tatminkar değildi

15. Son 4 hafta içinde, eşinizle cinsel ilişkiniz** sizin için ne kadar tatminkardı?

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ Çok tatminkardı
- ☐ Genellikle tatminkardı
- ☐ Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi
- ☐ Genellikle tatminkar değildi
- ☐ Hiç tatminkar değildi

16. Son 4 hafta içinde, genel olarak cinsel hayatınız sizin için ne kadar tatminkardı?

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ Çok tatminkardı
- ☐ Genellikle tatminkardı
- ☐ Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi
- ☐ Genellikle tatminkar değildi
- ☐ Hiç tatminkar değildi

17. Son 4 hafta içindeki, cinsel ilişkinizde haznenize giriş sırasında ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duydunuz?

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

18. Son 4 hafta içindeki, cinsel ilişkinizde haznenize girişten sonra ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duydunuz?

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

19. Son 4 hafta içindeki, hazneye giriş sırasında veya sonrasında duyduğunuz ağrı / rahatsızlığın derecesini nasıl değerlendirirsiniz?

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Çok yüksek
- ☐ Yüksek
- ☐ Orta
- ☐ Düşük
- ☐ Çok düşük veya hiç