

T.C.

İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİMDALI

ANNELERİN POSTPARTUM HEMOGLOBİN DÜZEYLERİNİN
DOĞUM SONU YAŞAM KALİTESİ, YORGUNLUK VE
DEPRESYON ÜZERİNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

AYCAN HACILAR

0000-0001-9433-464X

İZMİR-2020

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİMDALI

**ANNELERİN POSTPARTUM HEMOGLOBİN DÜZEYLERİNİN
DOĞUM SONU YAŞAM KALİTESİ, YORGUNLUK VE
DEPRESYON ÜZERİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

AYCAN HACILAR

0000-0001-9433-464X

**Danışman
Doç.Dr. NURAY EGELİOĞLU CETİŞLİ**

İZMİR-2020

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi'ne verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

o Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.

(Bu seçenekte teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etseniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir.)

o Tezimin/Raporumun 23/11/2021 tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını istemiyorum (İç kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç)

(Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.)

o Tezimin/Raporumun 23/11/2021 tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.

o Serbest Seçenek/Yazarın Seçimi

23/11/2020

İmza

Aycan HACILAR

ETİK BEYAN SAYFASI

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Tez Danışmanım Doç.Dr.Nuray EGELİOĞLU CETİŞLİ danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

23/11/2020

İmza

Aycan HACILAR

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca benden desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, tez çalışmam boyunca benimle paylaştığı engin deneyimi, bilgisi ve büyük özverisiyle her daim yanımda olan, bilimsel ve kişisel desteğini esirgemeyen, sevgi, merhameti, güler yüzü ve sabrı ile bana yol gösteren değerli danışmanım Doç.Dr.Nuray EGELİOĞLU CETİŞLİ'ye,

Tez savunma komitesinde yer alarak görüş ve önerileri ile çalışmama ve bana katkıda bulunan saygıdeğer hocalarım Doç.Dr. Selma ŞEN ve Dr. Öğr.Üyesi Simge EVRENOL ÖÇAL'a,

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve deneyimleri ile her zaman yanımda olan Arş. Gör. Gülşen IŞIK'a,

Çalışmamın verilerini toplarken gösterdikleri sabır ve yardımları için tüm annelere,

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince, iş yaşamımdaki yükümü hafifleten ve manevi destekleri ile her daim yanımda olan değerli mesai arkadaşım Ebe. Fatma ÖRNEK'e, Ebe. Esra ARTUN'a, Uzm. Ebe. Benay OĞUZ GÜLŞEN'e, Ebe. Elifnur KUŞÇU'ya ve tüm Kadın Hastalıkları ve Doğum servisi çalışanlarına, veri toplama aşamasında desteklerini esirgemeyen ve hasta takibinde her daim yanımda olan Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanı Op. Dr. Ali BAHADIRLI'ya,

Eğitim hayatım boyunca tüm engelleri sevgi ve şefkati ile aşılabılır hale getiren canım anneme, maddi ve manevi desteğini hiçbir zaman esirgemeyen canım babama ve her zorlukta yanımda olan canım kardeşime,

En içten duygularıyla sonsuz teşekkür ederim.

ANNELERİN POSTPARTUM HEMOGLOBİN DÜZEYLERİNİN DOĞUM SONU YAŞAM KALİTESİ, YORGUNLUK VE DEPRESYON ÜZERİNE ETKİSİ

ÖZET

Giriş- Amaç: Bu çalışmanın amacı, annelerin postpartum hemoglobin düzeylerinin doğum sonu yaşam kalitesi, yorgunluk ve depresyon düzeyleri üzerine etkilerini incelemektir.

Yöntem: Tanımlayıcı tipteki araştırma, Mart 2019-Şubat 2020 tarihleri arasında Bursa Mustafakemalpaşa Devlet Hastanesi'ne spontan vajinal doğum yapmak amacıyla başvuran ve örneklem kriterlerine uyan 141 gebe ile yürütülmüştür. Veriler Birey Tanıtım Formu, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası ve Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği kullanılarak araştırmacı tarafından, anneler ile üç görüşme (hastaneye kabul sırasında, postpartum 24. saat ve postpartum 40.gün) yapılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, Friedman, kıkare, Wilcoxon testleri ile korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmada annelerin yorgunluk ve enerji düzeylerinin, hastaneye kabul sırasındaki değerler ile karşılaştırıldığında postpartum 24. saat ve 40. günde artış gösterdiği, postpartum 40. günde depresyon düzeylerinin postpartum 24. saate göre daha düşük olduğu ve depresyon riskinin gerilediği belirlenmiştir. Ayrıca annelerin hemoglobin düzeylerinin artması ile yorgunluk düzeylerinin düştüğü, enerji düzeylerinin arttığı, depresyon düzeylerinin azaldığı bulunurken hemoglobin düzeyleri ile yaşam kaliteleri arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir.

Sonuç: Sağlık çalışanları hem gebelik hem de postpartum dönemde anne sağlığını olumsuz etkileyen aneminin önlenmesi için uygun girişimleri ve bütüncül bakımı planlamalıdır.

Anahtar Kelimeler: postpartum anemi, yaşam kalitesi, yorgunluk, postpartum depresyon, hemşirelik.

THE EFFECT OF POSTPARTUM HEMOGLOBIN LEVELS OF THE MOTHER'S ON THE POSTNATAL LIFE QUALITY, FATIGUE AND DEPRESSION

ABSTRACT

Introduction-Aim: The aim of this study is to examine the effects of postpartum hemoglobin levels of the mothers on the postnatal life quality, fatigue and depression levels.

Method: The descriptive study was conducted with 141 pregnant women who applied to Bursa Mustafakemalpaşa State Hospital for giving spontaneous vaginal delivery between March 2019 and February 2020 and have the sampling criteria. The data were collected by using the Personal Description Form, SF-36 Quality of Life Scale, Visual Similarity Scale for Fatigue and Edinburgh Postpartum Depression Scale by the researcher by conducting three interviews with the mothers (at the time of admission to the hospital, postpartum 24th hour and postpartum 40th day). To evaluate the data descriptive statistics, Friedman, chi-square, Wilcoxon tests and correlation analysis were used.

Results: In the study, it was determined that fatigue and energy levels of mothers increased at the postpartum 24th hour and 40th days when compared with the values at the time of admission to the hospital, depression levels were lower on the postpartum 40th day compared to the postpartum 24th hour and the risk of depression decreased. In addition, it was found that with the increase in hemoglobin levels of the mothers, fatigue levels decreased, energy levels increased, and depression levels decreased, while there was no relationship between hemoglobin levels and quality of life.

Conclusion: Healthcare professionals should plan appropriate interventions and holistic care to prevent anemia that negatively affects maternal health both during pregnancy and postpartum periods.

Key Words: postpartum anemia, quality of life, fatigue, postpartum depression, nursing.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

KABUL VE ONAY	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	ii
ETİK BEYAN SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR	ix
TABLolar	x
1.1.GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	3
1.2. Araştırmanın Amacı ve Soruları	3
1.3. Araştırmanın Önemi ve Yaygın Etkisi	3
1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1.Gebelikte Anemi	5
2.2. Gebelikte Aneminin Patofizyolojisi	6
2.3.Gebelikte Aneminin Belirtileri, Tanılama ve Tedavisi	9
2.4. Gebelikte Anemi İçin Risk Faktörleri	11
2.5. Aneminin Anne ve Fetüs / Yenidoğan Üzerine Etkileri	13
2.5.1. Aneminin Postpartum Etkileri: Yorgunluk, Depresyon ve Yaşam Kalitesi	15
2.6. Postpartum Aneminin Hemşirelik Yönetimi	18
3. GEREÇ ve YÖNTEM	21
3.1.Araştırmanın Tipi	21
3.2.Araştırmanın Yeri ve Özellikleri	21
3.3.Araştırmanın Evren ve Örneklemi	21
3.4. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri	22
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	22
3.6. Veri Toplama Araçları	22
3.6.1. Birey Tanıtım Formu	22
3.6.2. SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	23
3.6.3. Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası	23

3.6.4. Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği	23
3.7. Verilerin Toplanması	24
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	25
3.9. Araştırma Etiği	25
4. BULGULAR	26
4.1. Annelerin Sosyodemografik ve Obstetrik Özellikleri	26
4.2. Annelerin Hemoglobin Düzeyleri	29
4.3. Annelerin Yorgunluk Düzeyleri	29
4.4. Annelerin Yaşam Kalitesi Düzeyleri	30
4.5. Annelerin Postpartum Depresyon Düzeyleri	32
4.6. Annelerin Hemoglobin Düzeylerinin, Yorgunluk, Yaşam Kalitesi, Depresyon Düzeyleri ile İlişkisi	33
5. TARTIŞMA	35
5.1. Annelerin Hemoglobin Düzeyleri	35
5.2. Annelerin Yaşam Kalitesi Düzeylerine Ait Bulguların İncelenmesi	35
5.3. Annelerin Yorgunluk Düzeylerine Ait Bulguların İncelenmesi	37
5.4. Annelerin Postpartum Depresyon Düzeylerine Ait Bulguların İncelenmesi	39
5.5. Annelerin Hemoglobin Düzeylerinin, Yorgunluk, Yaşam Kalitesi, Depresyon Düzeyleri ile İlişkisine Ait Bulguların İncelenmesi	40
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	43
6.1. Sonuç	43
6.2. Öneriler	44
KAYNAKLAR	45
EKLER	71
EK1. Birey Tanıtım Formu	71
EK2. SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36)	72
EK3. Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası (YİGBS)	77
EK4. Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ)	78
EK5. Etik Kurul Onayı	80
EK6. Araştırma Kurum İzni	82
EK7. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	84
EK8. Ölçek Kullanım İzinleri	87
ÖZGEÇMİŞ	89

SİMGELER VE KISALTMALAR

- AAFP** : American Academy of Family Physicians (Amerika Aile Hekimleri Akademisi)
- ACOG** : The American College of Obstetricians and Gynecologists (Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Koleji)
- CDC** : Centers for Disease and Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi)
- EPDÖ** : Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği
- GDDP** : Gebelere Demir Destek Programı
- HB** : Hemoglobin
- HCT.** : Hematokrit
- MOHFW** : Ministry of Health and Family Welfare (Hindistan Sağlık ve Aile Refahı Bakanlığı)
- RBC** : Red Blood Cell (Eritrosit)
- SEGO** : Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (İspanyol Jinekoloji ve Obstetrik Derneği)
- SPSS** : Statistical Package for Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı)
- UNICEF** : United Nations International Children's Emergency Fund (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu)
- WHO** : World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
- YİGBS** : Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası

TABLÖLAR

- Tablo 1** : Normal Bir Gebelik Sürecinde (ortalama 55 kg bir gebe için) ve Doğumda Demir Dengesi
- Tablo 2** : Demir Eksikliği ile İlişkilendirilebilecek Maternal ve Obstetrik Sonuçlar
- Tablo 3** : Annelerin Sosyodemografik Özellikleri
- Tablo 4** : Annelerin Obstetrik Özellikleri
- Tablo 5** : Annelerin Hemoglobin Düzeyleri
- Tablo 6** : Annelerin Yorgunluk Düzeyleri
- Tablo 7** : Annelerin Yaşam Kalitesi Düzeyleri
- Tablo 8** : Annelerin Postpartum Depresyon Düzeyleri
- Tablo 9** : Annelerin Postpartum 24. Saat ve 40. Gün Depresyon Risk Durumları
- Tablo 10** : Annelerin Hastaneye Kabulleri Sırasındaki Hemoglobin Düzeylerinin Yorgunluk ve Yaşam Kalitesi Düzeyleri ile İlişkisi

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Gebelik ve doğum, doğal bir süreç olmasına rağmen, kaygı ve stres oluşturabilecek birçok etmenle karşılaşma riskinden dolayı kadın yaşamındaki önemli ve anlamlı dönemlerden biridir. Fetal büyüme ve gelişme için uygun ortamın sağlanması, annenin ve bebeğin doğuma kadar olan süreçte ortaya çıkabilecek bazı risklerden korunmasının sağlanması ve anne vücudunun doğum eylemine hazırlanması için, fertilizasyon dönemi ile başlayan ve gebelik boyunca devam eden fizyolojik değişimler ortaya çıkmaktadır. Gebelik ve doğumun neden olduğu tüm bu değişikliklerin, doğumdan sonraki altı ile sekiz hafta içinde gebelikten önceki duruma dönmesi beklenmektedir (Yanikkerem, Altıparmak ve Karadeniz, 2006; Comba ve Mert, 2014; Davidson, London ve Ladewig, 2012; Yeşilçiçek ve Aktaş, 2011; Çetin, Demirci, Çalık ve Akıncı, 2017). Bebeğin doğumundan hemen sonra başlayan ve doğumdan sonra altı haftaya (42 gün) kadar uzayan bu süreç, Dünya Sağlık Örgütü tarafından postpartum dönem olarak tanımlanmaktadır (DSÖ, 2010). Postpartum dönem annede bir takım yeni fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin ortaya çıktığı, yeni rol ve sorumlulukların üstlenildiği, yeni bir bireyin aileye katılmasıyla var olan düzenin değiştiği zor bir dönemdir (Taşkın, 2012).

Kadınların çoğu, gebelik ve doğum süreçlerinin neden olduğu fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere kolay uyum sağlayabilirken, uyum sağlayamayan kadınlar çeşitli düzeylerde ruhsal problemlerle karşı karşıya kalabilmektedir (Arslantaş, Ergin ve Başkaya, 2009; Erdem, Bucaktepe, Özen ve Kara, 2010; Marakoğlu, Özdemir ve Çivi, 2009). Bu dönemde yaşanan sorunların şiddetlenmesinin en önemli nedenlerinden birisi de postpartum maternal anemidir (Kudubeş, 2014; Van Der Woude, Pijnenborg, Verzijl, Van Wijk ve De Vries, 2014). Yapılan bazı çalışmalar maternal hemoglobin (Hb) seviyesinin yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini ortaya koymaktadır (Gerard ve ark., 2007; Van Der Woude, Pijnenborg, Verzijl, Van Wijk ve De Vries, 2014). Yorgunluğun başlı başına yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir faktör olduğu bilinmekle birlikte, aneminin yol açtığı bilinen geniş semptom yelpazesinin de dahil olduğu bu tabloda postpartum yaşam kalitesinin etkilenmesi kaçınılmazdır (Çolak, Akın ve Turfan, 2019). Zamanında teşhis

edilemeyen postpartum aneminin özellikle psikolojik açıdan kötüleşmiş yaşam kalitesi ile ilgili olduğu; bu durumun kadınlarda duygusal dengesizliği tetikleyebileceği, bilişsel problemlerin yanı sıra psikiyatrik bozuklukların gelişmesine zemin hazırlayabileceği ve depresyon riskini arttırarak kısa ve uzun süreli morbiditelere neden olabileceği de literatürde belirtilmektedir (Milman, 2012a; Medina Garrido, Leon ve Romani Vidal, 2018; Frenkel ve ark., 2018). Postpartum anemisi olan kadınlar çoğu zaman semptomatik olmalarına rağmen bu semptomlar genellikle önemsenmemekte ve yeni doğum yapmış olmanın getirdiği rol değişikliği, zorlu annelik süreci ve yaşam tarzının değişmesi ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle genellikle tıbbi konsültasyona gerek görülmemektedir (Milman, 2012a; Medina Garrido, Leon ve Romani Vidal, 2018). Postpartum aneminin neden olduğu geniş semptom spektrumunun (yorgunluk, nefes darlığı, çarpıntı ve özellikle idrar yolları enfeksiyonlarının artmış prevalansı), kadının iyileşme sürecini, sosyal çevre ile ilişkilerini ve öz bakımını olumsuz yönde etkileyerek; zayıflamış anne-bebek ilişkisi, artmış depresyon oranları ve fiziksel ve psikolojik açıdan bozulmuş yaşam kalitesi ile ilişkili olabileceği birçok çalışmada belirtilmektedir (Bergmann RL, Richter, Bergmann KE ve Dudenhausen, 2010; Tandon, Jain ve Malhotra, 2018; Api, Breyman, Çetiner, Demir ve Ecdar, 2015; Milman, 2011a; Maeda ve ark., 2020; Alharbi ve Abdulghani, 2014; Skalkidou, Hellgren, Comasco, Sylvén ve Poromaa, 2012).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık; yalnızca hastalık ve sakatlıkların olmaması değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam iyilik hali olarak tanımlanmış ve günümüze kadar da bu tanımda değişiklik yapılmamıştır. Bu tanım göz önünde bulundurulduğunda, organizmada meydana gelen fiziksel değişikliklerin kişinin psikolojik ve sosyal boyutlarını da etkilediği ve bu üç boyutun sürekli bir ilişki halinde bulunduğunu söylemek mümkündür. Bu nedenle, postpartum dönemde verilen bakımın, kadının fizyolojik, psikolojik ve sosyal bakım ihtiyaçlarını karşılamayı ve riskli durumları önlemeyi hedefleyen bir çaba içerisinde olması beklenmektedir (WHO, 1948; Hamzaoğlu, 2010; Bilgin ve Potur, 2010; Bekmezci, Hamlacı ve Özerdoğan, 2016). Postpartum dönemde, kadınlar birçok yeni deneyimi aynı anda yaşamakta ve bu deneyimlere çeşitli duygusal cevaplar verebilmektedirler (Sadat ve ark., 2014). Bu dönemde meydana gelen hemoglobin düzeylerindeki değişimin kadınlardaki olumsuz fiziksel sonuçlarının yansısı doğrudan ya da dolaylı olarak

zihinsel sağlık ve yaşam kalitesi üzerindeki etkileri göz önünde bulundurulmalı ve kadın bir bütün olarak değerlendirilip, gerekli önlemler alınarak kadına destek sağlanmalıdır.

1.2. Araştırmanın Amacı ve Soruları

Bu çalışma, annelerin postpartum hemoglobın düzeylerinin doğum sonu yaşam kalitesi, yorgunluk ve depresyon düzeyleri üzerine etkilerini incelemek amacıyla yürütölmüş ve şu sorulara cevap aranmıştır;

1. Annelerin postpartum hemoglobın düzeylerinin doğum sonu yaşam kalitesine etkisi var mıdır?
2. Annelerin postpartum hemoglobın düzeylerinin yorgunluk düzeyleri üzerine etkisi var mıdır?
3. Annelerin postpartum hemoglobın düzeylerinin doğum sonu depresyon düzeyleri üzerine etkisi var mıdır?

1.3. Araştırmanın Önemi ve Yaygın Etkisi

Topluma Katkıları

Annelerin postpartum dönemdeki hemoglobın düzeylerinin doğum sonu yaşam kalitesi, yorgunluk ve depresyon üzerine etkisi vurgulanarak, göz ardı edilen semptomların yol açabileceği olumsuz sonuçlar hakkında toplumun bilinçlendirilmesi, doğum öncesi ve doğum sonrası rutin izlemlerin öneminin kavranması amaçlanmaktadır.

Ulusal Ekonomiye Katkısı

Annelerin postpartum dönemdeki hemoglobın düzeylerinin doğum sonu yaşam kalitesi, yorgunluk ve depresyon üzerine etkisi istatistiksel olarak raporlanarak, koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında düşük maliyet ile alınabilecek önlemlerin alınması ve ülke ekonomisine bu anlamda katkı sağlanması hedeflenmektedir.

Bilimsel/ Akademik Alana Katkıları

Annelerin postpartum dönemdeki hemoglobin düzeylerinin doğum sonu yaşam kalitesi, yorgunluk ve depresyon üzerine etkisini inceleyen bu çalışmanın konu ile ilişkili literatüre katkı sağlaması ve elde edilen bulguların yeni araştırmaların planlanmasında kullanılması hedeflenmektedir.

1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Araştırma evrenini Bursa İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Mustafakemalpaşa Devlet Hastanesi'nde vajinal doğum yapan anneleri temsil ettiği için araştırma sonuçları tüm popülasyon için genellenemez. Araştırmadan elde edilen veriler annelerin öz bildirimlerine göre doldurulmuştur. Bu nedenle sonuçlar sağlık çalışanları tarafından gözlenen durumlar ile farklılık gösterebilmektedir. Çalışmamız, annelerin postpartum dönemdeki hemoglobin düzeylerinin doğum sonu yaşam kalitesi, yorgunluk ve depresyon üzerine etkisine odaklanmış, bu nedenle annelerin laboratuvar verilerinden sadece hemoglobin düzeyleri incelenmiştir. Hematokrit, ferritin gibi aneminin diğer parametreleri incelenmemiş ayrıca sigara kullanımı ve takviye kullanım durumu bu çalışmada sorgulanmamıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelikte Anemi

Gebelikte anemi tüm dünyada önemli bir sağlık sorunu olup, tanımı gebe olmayan kadınlara göre farklılık göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Centers for Disease and Control and Prevention-CDC) ve Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Birliği (The American College of Obstetricians and Gynecologists-ACOG), gebelikte anemiye; birinci ve üçüncü trimester dönemlerinde hemoglobinin 11 g/dL'nin ve hematokrit değerinin yaklaşık olarak %33'ün altında olması, ikinci trimester döneminde ise hemoglobinin 10,5 g/dL'nin, hematokrit değerinin ise, yaklaşık olarak %31-32'nin altında olması olarak tanımlamaktadır (Dowdle, 1989; ACOG, 2008; WHO, 2016a; WHO, 2001).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, üreme çağındaki tüm kadınların %32,83'ü anemiktir. Gebe kadınlar arasında prevalans daha yüksek olmakla birlikte yaklaşık %40,08'inin anemik olduğu düşünülmektedir. DSÖ 2016 verilerinde; Güneydoğu Asya, Doğu Akdeniz ve Afrika Bölgeleri gruplarındaki popülasyonların, en düşük ortalama hemoglobin konsantrasyonlarına ve en yüksek anemi prevalansına sahip olduğu; bu bölgedeki gebe olmayan kadınlar için anemi prevalansının %39 ile %45,76, gebe kadınlar için bu oranın %40,91 ile %48,15 arasında değiştiği bildirilmektedir (WHO, 2016b). Özellikle gelişmiş ülkeler ile gelişmekte olan ülkeler karşılaştırıldığında, dünya çapında maternal anemi prevalansında önemli farklılıklar olduğu görülmektedir (Figueiredo, Gomes-Filho, Silva, Cruz ve Pereira, 2018). Ülke bazında DSÖ verilerine bakıldığında; üreme çağındaki kadınlar arasında en yüksek anemi prevalansına sahip ülke %69,6 ile Yemen, en düşük %11,56 ile Yeni Zelanda'dır. Gebe kadınlarda anemi prevalansına bakıldığında Yemen'de %62,96 ile en yüksek, ABD'de %16,16 ile en düşük orana sahiptir (WHO, 2016b).

Ülkemizde ise anemi prevalansını belirleyecek ulusal bir epidemiyolojik çalışmaya rastlanmamıştır. DSÖ 2016 verilerine göre Türkiye'deki gebe kadınlarda

anemi prevalansı %34,41, gebe olmayan üreme çağındaki kadınlarda ise bu oran %30,87 olarak bildirilmiştir (WHO, 2016b). Ülkemizde yürütülen bölgesel çalışmalarda da gebelikte anemi prevalansı Elâzığ'da %42,4, Afyon'da %29,4, olarak tespit edilmiştir (Beştepe ve Bilgin, 2002; Pirinççi, Açık, Bostancı, Eren ve Beritanlı, 2001). Doğu Anadolu bölgesinde bir ilde 823 gebe ile yapılan bir çalışmada anemi prevalansı %27,1 (Karaoğlu ve ark., 2010), 2012-2014 yılları arasında gebe olduğu tespit edilen 5228 gebe kadının verilerinin incelendiği retrospektif kesitsel çalışmanın sonucunda anemi prevalansı %20 olarak tespit edilmiştir (Öztürk ve ark., 2017).

2.2. Gebelikte Aneminin Patofizyolojisi

Gebelikte aneminin anlaşılabilmesi açısından fizyolojik değişikliklerin, özellikle hematolojik değişikliklerin bilinmesi oldukça önemlidir (Güleç, Özgünen, Evrücke ve Demir, 2013; Vural, Özcan ve Sancı, 2016). Gebelikte eritrosit kitlesinde yaklaşık %15-30 (300 mL), plazma volümünde ise, %30-50 (1000mL) oranında artış meydana gelir. Eritrosit kitlesindeki bu artış plazma volümündeki artıştan orantılı olarak daha azdır, bu da hemoglobin (Hb) ve hematokrit (Hct) konsantrasyonunun düşmesine neden olur (Berghella, 2011; Aurbach, Landy ve Barss, 2018; ACOG, 2008). Gebeliğin 6-12. haftalarında plazma volümü %10-15 oranında artar. Bu artış 30-34. haftaya kadar hızla devam eder ve üçüncü trimesterin sonlarına doğru hafifçe azalır. Termdeki bir gebede toplam plazma volümü yaklaşık olarak 1100 -1600 mL artış göstererek, 4700 ile 5200 mL seviyelerine ulaşır. Bu seviye gebe olmayan kadınlara göre %30-50 daha yüksektir. Volümdeki bu artış gebeliğin önemli fizyolojik hematolojik değişikliklerinden biridir ve eritrosit (RBC) kitlesinde de artış olmasına rağmen dilüsyonel anemiye (Hb 11-12 g/dL) neden olur (Berghella, 2011; Aurbach, Landy ve Barss, 2018). Hemoglobin seviyelerinde düşüşle sonuçlanan bu değişim, plasentaya ve fetüse oksijen taşınmasını kolaylaştıran bir viskozite durumu yaratır (Gupta ve Gadipudi, 2018). Ancak hemogram ve hematokrit değerleri, fizyolojik dilüsyon anemisini diğer anemi nedenlerinden ayırabilecek spesifik bir bulgu özelliğinde değildir. Bu nedenle aneminin diğer potansiyel nedenleri de gözden kaçırılmamalıdır (Aurbach, Landy ve Barss, 2018).

Gebelik sırasında aneminin gelişmesinin birçok faktöre bağlı olduğu bilinmektedir (Başbuğ ve Sönmez, 2018). Ancak Dünya Sağlık Örgütü'nün küresel

anemi yükünün en az yarısına katkıda bulunduğunu düşündüğü demir eksikliğinin gebelikte de önemli bir anemi nedeni olduğu belirtilmektedir (WHO, 2016c; Stevens ve ark., 2013; Gupta ve Gadipudi, 2018). Yapılan bir çalışmada da Güney Asya'daki gebe kadınların %53'ünün anemik olduğu ve bunların %70'ten fazlasının da demir eksikliği anemisi olduğu tespit edilmiştir (Balarajan ve ark., 2011).

Üreme çağındaki kadınlarda, gebelik olsun ya da olmasın, demir eksikliği oldukça yaygın bir sağlık sorunudur (Auerbach, Landy ve Barss, 2018). Demir eksikliği anemisinin klinik tablosu demir depolarının boşalmaya başlamasının ardından ilerleyen dönemlerde ortaya çıkmaktadır (WHO, 2001). Fetal ve maternal eritrositlerin artışı için gerekli olan mikrobelerin yetersizliği ya da artan ihtiyacın karşılanmaması sebebiyle gebelikte fizyolojik anemiden sonra en sık karşılaşılan anemi nedeni demir eksikliğidir (Auerbach, Landy ve Barss, 2018; Berghella, 2001). Demir eksikliği anemisinin görülme sıklığı ve şiddeti ise toplumlara göre farklılık göstermektedir (Karaoğlu ve ark., 2010). İsviçre'de yapılan bir çalışmada, gebelerde demir eksikliği anemisi prevalansının %6,5 olduğu (Bencaiova ve Breymann, 2014), Meksika'da yapılan çalışmada gebelerin %21'inde anemi olduğu ve bu vakaların %50'sinin demir eksikliğinden kaynaklandığı (Montoya-Romero Jde ve ark., 2012), Fransa'da yapılan bir kohort çalışmada araştırmaya dahil olan 1478 gebenin %15,8'inin anemisinin olduğu ve bu kadınların yaklaşık %31'inde demir eksikliği bulunduğu (Harvey, Zkik ve Auges, 2016), Brezilya'da yapılan başka bir çalışmada ise gebelerin %56'sının anemi tanısı aldığı ve bunların yaklaşık %11'inin demir eksikliği anemisi kaynaklı olduğu gösterilmiştir (Bresani, Souza, Batista-Filho ve Figueiroa, 2007).

Normal bir gebelikte ek demir depolarının, artmış eritrosit kütlelerini, fetüsü, plasentayı ve vajinal doğumla birlikte beklenen kan kaybını desteklemesi beklenir (ACOG, 2008). Fakat demir alımının ve emiliminin azalması veya demir kaybı gibi nedenlerle vücutta demir ihtiyacında daha fazla artış ortaya çıkar (Siu, 2015). İlk trimesterde demir ihtiyacı gebelik öncesi ihtiyaçlardan daha düşük iken, kan hacminin %35 oranında artması, fetüs, plasenta ve diğer maternal dokuların büyümesi ile birlikte gebeliğin ikinci yarısında ve özellikle de son trimesterde maksimum artış gösterir (Mei ve ark., 2011; WHO, 2001). İlk trimesterde 0,8 mg/gün'den, son trimesterde 7,5 mg/gün'e kadar artmaktadır. Gebelik döneminin geneline bakıldığında demir ihtiyacı

ortalama 4,4 mg/gün artış göstererek toplamda 1240 mg'a ulaşır (Milman, 2012a; Goonewardene, Shehata, Hamad, 2012; Mei ve ark., 2011). Artan bu talebi karşılamak için gebelikte demir emiliminin üç kat arttığı bilinmektedir (Goonewardene, Shehata ve Hamad, 2012). Hemen hemen tüm kadınlarda, gebeliğinin ikinci ve üçüncü trimesterinde diyetle yetersiz demir alımı, vücudun demir ihtiyacının karşılanmasında yetersizliğe neden olmaktadır. Bunun sonucunda her gebelikte yaklaşık olarak 630 mg demir kaybı meydana gelmektedir (Tablo 1) (Milman, 2012a).

Tablo 1. Normal Bir Gebelik Sürecinde (ortalama 55 kg bir gebe için) ve Doğumda Demir Dengesi

Toplam Demir Talebi	
Zorunlu bazal demir kaybı (0.8 mg x290 gün)	230 mg
Eritrosit kütleindeki artış	450 mg
Yenidoğan (yaklaşık 3500 gr)	270mg
Plasenta ve umbilikal kord ihtiyacı	90 mg
Doğumda kaybedilen kan	150-200 mg
Total Kayıp: 1240 mg	
Net Demir Talebi	
Gebelikte menstruasyonun olmaması	-160 mg
Doğum sonrası eritrosit kütleindeki azalma (Hemokonsantrasyon)	-450 mg
Toplam Net Demir Talebi: 580-630 mg	

(Milman, 2012a)

2.3. Gebelikte Aneminin Belirtileri, Tanılama ve Tedavisi

Gebelikte demir eksikliği anemisi, hemoglobin seviyesi <6-7 g / dL olmadığı sürece genellikle asemptomatiktir (Berghella, 2011). Yorgunluk en sık görülen başlıca semptomudur. Diğer belirtileri ise, çeşitli derecelerde solukluk, soğuk intoleransı, kızarıklık, fiziksel ve zihinsel kapasitede düşme, bacak krampları, halsizlik baş ağrısı, baş dönmesi, çarpıntı, dispne, konsantrasyon bozukluğu ve sinirliliktir. Nadir durumlarda pika görülebilmektedir (Gupta ve Gadipudi, 2018; Erez Azulay ve ark., 2014).

Anemi tanısı için öncelikle özenli bir anamnez alınarak; gebelik öncesi menoraji varlığı, hamilelik öncesi hemoglobin düzeyleri, doğum aralıkları ve gastrointestinal kan kaybı varlığı sorgulanmalı ve fizik muayene yapılarak gebe anemi belirti bulguları yönünden değerlendirilmelidir. Daha sonra tam kan sayımı, serum demir ve ferritin düzeyleri incelenerek tanılama yapılması önerilmektedir (ACOG, 2008). Laboratuvar sonuçlarında spesifik bulgular olarak düşük plazma demir ve ferritin düzeyleri, artmış toplam demir bağlama kapasitesi ile birlikte tükenmiş demir depolarının kanıtı olan mikrositik, hipokromik anemi varlığı görülmektedir (Gupta ve Gadipudi, 2018; Wojtyla, Bilinski, Paprzycki ve Warzocha, 2011; ACOG, 2008; Salhan, Tripathi, Singh ve Gaikwad, 2012).

Demir eksikliği anemisi dışında diğer anemileri destekleyen bulgular yoksa tedaviye başlanır (ACOG, 2008). Hemoglobin ve serum ferritin düzeyleri, demir takviyesi alan gebelerde tedavinin etkinliğini belirlemede kullanılan en etkili belirteçler olarak kabul edilmektedir (WHO/ CDC, 2005). Tedaviden altı hafta sonra hemoglobin değerindeki 1 g/L ve hematokrit değerinin %3 artmış olması demir eksikliği anemisini tanısını desteklemektedir (ACOG, 2008).

Doğum öncesi taramaya duyulan ihtiyaç belirlenmiş olmasına rağmen, ülkeler arası tarama politikaları ve kriterleri birbirine göre farklılık gösterebilmektedir. Kılavuzların çoğu, gebenin ilk trimesterda (veya gebeliğin ilk tespitinde), ardından 24-28. haftalarda ve 36. haftada anemi yönünden taranmasını önermektedir (McDonagh, Cantor, Bougatsos, Dana ve Blazina, 2015). CDC ve Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Birliği (ACOG), tüm gebelerin, risk sınıflandırmalarına bakılmaksızın, gebelik sırasında bir noktada anemi açısından rutin taranmasını ve demir eksikliği anemisi onaylanırsa demir tedavisi uygulanmasını önermektedir (Dowdle, 1989; ACOG,

2008). Avustralya'daki kılavuzlar, tüm gebelerin ilk tespit ve 28. haftada anemi için taramasını önermektedir (Homer ve Oats, 2018; Dorney ve Black, 2018). Hindistan'da tüm gebelerin rutin taraması standart bir uygulamadır ve gebelik süresince en az dört kez (14-16. haftada, 20-24 haftada, 26-30. haftada ve 30-34. haftada) hemoglobin kontrolü önerilmektedir (Kapil ve Bhadoria, 2013). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı gebelik boyunca ilk 14 hafta içinde, 18-24. haftada, 28-32. haftada ve 36-38. haftada olmak üzere dört izlem yapılmasını ve her izlemde bakılabiliyorsa ferritin ile birlikte hemoglobin, bakılamıyorsa sadece hemoglobin bakılmasını önermektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018a).

Dünya Sağlık Örgütü maternal anemi riskini azaltmak, maternal ve yenidoğan sonuçlarını iyileştirmek için doğum öncesi bakımın bir parçası olarak gebelere, demir eksikliği anemisi prevalansının %40'ın altında olduğu popülasyonlarda günde 30 mg; %40'ın üzerinde olduğu yüksek riskli popülasyonlarda günde 60-100 mg oral demir takviyesi; prevalansın %20'den az olduğu popülasyonlarda ise haftada bir kez 120 mg elemental demir ve 2,8 mg folik asit ile aralıklı oral demir ve folik asit takviyesi önermektedir (WHO, 2016a). Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) günde 30 mg oral demir profilaksisi önermektedir (CDC, 1998). Prevalansın %58'lerde olduğu Hindistan'da, Sağlık ve Aile Refahı Bakanlığı (MOHFW), anemik olmayan tüm gebeler için 14–16. gebelik haftasından itibaren en az 100 gün boyunca her gün 500µg folik asit ve 100 mg elemental demir kullanılması ve doğumdan sonra da 100 gün aynı doza devam edilmesi şeklinde öneride bulunmaktadır (MOHFW, 2014). Bu tedavinin maternal demir depolarını koruduğu gibi yenidoğan demir depoları için de yararlı olabileceği belirtilmiştir (ACOG, 2008; WHO,2012b). ACOG, Amerika Aile Hekimleri Akademisi (AAFP) ve İngiltere rehberleri rutin takviye uygulamasından ziyade gerekli durumlarda tarama ve takviye önermektedir (ACOG, 2008; AAFP, 2006; Pavord ve ark., 2019).

Ülkemizde de önemli bir halk sağlığı sorunu olan demir eksikliği anemisi için 1 Kasım 2005 tarihi itibarıyla Sağlık Bakanlığı tarafından Gebelere Demir Destek Programı (GDDP) başlatılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2007). Yapılan taramalar sonucunda anemi tespit edildiği anda tedavi dozunda demir başlanmasını, anemi yoksa 16. gebelik haftasından itibaren, kontraendike durumlar hariç, rutin olarak her gebeye demir desteğine başlanması gerektiği belirtilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018a).

Gebelikte başlanacak demir desteğinin neonatal ölüm, doğum ağırlığı, erken doğum ve konjenital anomali üzerine etkisini inceleyen çalışmalar bulunmaktadır (Haider ve ark., 2013; Peña-Rosas, De-Regil, Garcia-Casal ve Dowswell, 2015; Lutter ve ark., 2011). Haider ve arkadaşlarının 48 randomize çalışma ve 44 kohort çalışmasının dahil edilerek yaptıkları bir meta analizde demir takviyesi dozları ile düşük doğum ağırlıklı bebeklerin görülme sıklığı arasında bir doz- cevap ilişkisi olduğu ve hemoglobun seviyesindeki her 1 g/L artışın doğum ağırlığını ortalama 14 g arttırdığı gösterilmiştir (Haider ve ark., 2013). Yakın zamanda yapılan bir Cochrane incelemesinde, demir takviyesi, termdeki gebelerde anemi riskini %70, demir eksikliği riskini %57 azalttığı ancak neonatal ölüm ve konjenital anomali oranları üzerinde önemli bir etkisi olmadığı belirtilmiştir. Aynı çalışmada erken doğum ve düşük doğum oranlarının demir takviyesi alan grupta daha düşük olduğu fakat bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirtilmiştir (Peña-Rosas, De-Regil, Garcia-Casal ve Dowswell, 2015). Tüm bunlara rağmen, yapılan başka bir çalışmada gelişmekte olan 46 ülkenin 2002-2008 yılları arasındaki ulusal araştırmalardan elde edilen veriler değerlendirilmiş ve annelerin yaklaşık %52 ila %75'inin gebelikte herhangi bir demir takviyesi almadığı ve takviye süresinin genellikle kısa olduğu belirlenmiştir (Lutter ve ark., 2011).

2.4. Gebelikte Anemi İçin Risk Faktörleri

Gebelik sırasında demir eksikliği tanılandığında olası tüm nedenler göz önünde bulundurulmalıdır. Düşük sosyoekonomik durum, yetersiz beslenme sonucu gerekli miktarda demirin alınmaması, önceki gebeliklerden kaynaklı kan kayıpları, sık aralıklarla gebe kalmak, çoğul gebelikler, ağır menstruasyon öyküsü, pika, mevcut demir eksikliği, sınırda demir depoları, demir emilimini etkileyen gastrointestinal hastalıklar demir eksikliği anemisi için risk faktörleridir (Berghella, 2011; Auerbach, Landy ve Barss, 2018; ACOG, 2008). Mide bulantısı, kusma gibi bazı durumlar da yeterli demir alımını engelleyebilir ya da demir emilimini azaltabilir. Gebelik sırasında, özellikle kadına yeterli demir desteği sağlanmamışsa, demir eksikliği riski artabilir (Auerbach, Landy ve Barss, 2018; ACOG, 2008). Nepal'de gebelikte anemi paternini ve anemi ile ilişkili risk faktörlerini bulmak amacıyla yapılan kesitsel bir çalışmada toplam 249 hamile kadın dahil edilmiş ve bu örnekleme anemi oranı %46,6

olarak tespit edilmiştir. Bu çalışmanın sonucuna göre; kadınların eğitim düzeyi, evlilik yaşı, düşük sosyo ekonomik durum, önceki gebelikte komplikasyon öyküsü varlığı, anemi hakkında bilgi eksikliği, sigara kullanımı ve düşük vücut kitle indeksine sahip olma gibi faktörler anemi ile anlamlı derecede ilişkili bulunmuştur (Maskey, Jha, Poudel ve Yadav, 2014). İngiltere’de 2103 kadının dahil edildiği çok merkezli bir çalışmada çalışmaya katılan kadınların %24,4’ünün anemik olduğu tespit edilmiştir. Paritenin ve maternal yaşın anemi için bir risk faktörü olduğu, önceki her doğumun anemi olasılığını %24 artırdığını, 20 yaşının altındaki gebelerde anemi görülme olasılığının daha fazla olduğunu bildirmişlerdir (Barroso ve ark., 2011). Demir eksikliği anemisi risk faktörlerinin değerlendirildiği prospektif bir çalışmada, maternal yaşın gebelikte demir eksikliği için risk faktörü olduğu, yaşları >30 ve <20 olan kadınlarda demir eksikliği riskinin arttığı sonucuna varılmıştır (da Costa, Vargas, Clode ve Graça, 2016). Şanlıurfa’da 873 kadın dahil edildiği, anemi görülme sıklığı ve risk faktörlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan kesitsel çalışma sonucuna göre, gebelerin %23,3’ünün anemik olduğu; şu an ki gebeliği ile son gebeliği arasında iki yıldan az olan kadınların %19,4’ünün, doğumları arası geçen sürenin iki yıldan az olanların %27,1’inin anemik olduğu tespit edilmiştir. Gebelik öncesinde mevcut anemi durumu, anemi tedavisi görmüş olması, önceki gebeliklerinde ve/veya postpartum dönemde anemi tanısı alması, son gebeliği ile şu an ki gebeliği arasında geçen sürenin kısa olması ve iki doğum arasının iki yıldan az olması ile anemi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir (Bucak, Özcanarlan ve Demir, 2017). Anemi prevalansını ve risk faktörlerini belirlemek amacı ile yapılan retrospektif bir çalışmada termde doğum yapan toplam 1221 kadın dahil edilmiş, doğumdan önceki 24 saat içinde bakılan hemoglobin düzeylerine göre %41,6’sı anemik (<11 g/dL) olduğu tespit edilmiş. Çalışmanın sonuçlarına göre düşük sosyoekonomik düzey ve düşük eğitim seviyesine sahip olan, >3 parite öyküsü olan kadınlarda anemi görülme riskinin arttığı belirtilmiştir (Taner ve ark., 2015).

2.5. Aneminin Anne ve Fetüs / Yenidoğan Üzerine Etkileri

Mevcut literatür gebelikte demir eksikliği anemisinin, gebelikte ve postpartum dönemde enfeksiyon, antepartum ve postpartum kanama, artmış düşük riski, plasenta sorunları, olası transfüzyon ihtiyacı, preeklampsi, postpartum dönemde annede demir depolarında tükenme, hastanede yatış süresinin uzaması, emzirmenin olumsuz etkilenmesi, bilişsel yetenekte azalma, duygu durumunda dengesizlik ve postpartum depresyon, düşük doğum ağırlığı, erken doğum, intrauterin gelişimsel gerilik, konjenital anomali, yenidoğanda artan yoğun bakım ihtiyacı, yenidoğanın demir depolarında azalma ve fetal mortalite riski gibi birçok maternal ve fetal olumsuz sağlık sonuçlarına yol açabileceğini göstermektedir (Tablo 2) (Berghella, 2011; Rukuni, Knight, Murphy, Roberts ve Stanworth, 2015; Erez Azulay ve ark., 2015; Auerbach, Landy ve Barss, 2018; ACOG, 2008; Gupta ve Gadipudi, 2018).

Antenatal dönemdeki maternal aneminin olumsuz fetal ve neonatal sonuçları olduğu prematüre doğum, düşük doğum ağırlığı ve yeni doğanın gestasyonel yaşının küçük olması gibi istenmeyen sonuçlarla ilişkili olduğu ve aneminin derecesine bağlı olarak etkilerin değiştiği bilinmektedir (Ahmed ve ark., 2015; UNICEF, 2004; Prakash, Kandoria ve Pal, 2018). Anemik annelerin, özellikle de Hb seviyesi 9 g/dl'nin altında olanların bebeklerinde, düşük Apgar skoru, preterm doğum, düşük doğum ağırlığı ve intrauterin fetal ölüm görülme oranı anemik olmayan gruba göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Levy, Fraser, Katz, Mazor ve Sheiner, 2005; Youssry, Radwan, Gebreel ve Patel, 2018; Lone, Quereshi ve Emanuel, 2004; Prakash, Kandoria ve Pal, 2018; Murray-Kolb, Chen, L., Chen, P., Shapiro ve Caulfield, 2012; Breyman, 2013). Lone ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada, gebelikteki maternal aneminin preterm doğum riskini 4 kat, yenidoğan bebeklerde düşük doğum ağırlığını 2,2 kat, düşük Apgar skoru görülme oranını ise 1,8 kat arttırdığı tespit edilmiştir (Lone, Quereshi ve Emanuel, 2004). Sukrat ve ark.'nın 20 çalışmayı inceledikleri metaanalizde ise, ilk trimesterde gebenin hemoglobin değerinin <11 g/dL olmasının erken doğum riskini 1,1, düşük doğum ağırlığı riskini 1,17, fetal gelişim geriliği riskini 1,14 kat arttırdığı; Hb değerinin <9 g/dL olmasının ise erken doğum riskini 1,72, düşük doğum ağırlığı riskini 2,14 ve fetal gelişim geriliği riskini 1,37 kat arttırdığı bildirilmiştir (Sukrat ve ark., 2013). Ülkemizde Arslan ve ark.'nın 307 gebe ile yaptıkları çalışmada ise, düşük doğum ağırlıklı bebek oranı anemik grupta %11,6 iken,

anemik olmayan grupta %4,3 olarak tespit edilmiş, özellikle Hb düzeyi 10 g/dL'un altında olan grupta düşük doğum ağırlıklı bebek oranı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada anemik gebelerin bebeklerinin ortalama yenidoğan Hb ve Hct değerlerinin de düşük olduğu bildirilmiştir (Arslan, Tanrıverdi, Aslanhan ve Dane, 2014).

Tablo 2. Demir Eksikliği ile İlişkilendirilebilecek Maternal ve Obstetrik Sonuçlar

Maternal Sonuçları		Fetus/ Yenidoğan Sonuçları	
Kanıt Derecesi Yüksek (4)		Kanıt Derecesi Yüksek (4)	
Orta Seviyede Kanıt Düzeyi (3)		Orta Seviyede Kanıt Düzeyi (3)	
Postpartum dönemde enfeksiyon		Düşük doğum ağırlığı	
		Erken doğum (<37 Hafta)	
Kanıt Derecesi Düşük (2)		Kanıt Derecesi Düşük (2)	
Gebelikte enfeksiyon		Ortalama doğum ağırlığı	Özel bakım ihtiyacı
		Çok düşük doğum ağırlığı	Fetal gelişim kısıtlılığı
		Nörogelişimsel gecikme	
		Yenidoğan ölümü	Small for gestational age
		Konjenital anomali	Çok erken doğum (<34 hafta)
Kanıt Derecesi Çok Düşük (1)		Kanıt Derecesi Çok Düşük (1)	
Antepartum kanama	Plasental sıtma	Ölü Doğum	
Plasental abrupsiyon	Transfüzyon		
Postpartum kanama	Erken membran rüptürü		
Emzirme süresi	Preeklamsi		
Anne sağlığı	Azalan bilişsel yetenek		
Anne ölümü	Postpartum Depresyon		
Maternal sıtma	Duygudurumunda dengesizlik		

(Rukuni, Knight, Murphy, Roberts ve Stanworth, 2015)

Hafif düzeyde anemi (10,0-10,9 g/dL) genellikle gebelik üzerinde anlamlı etkilere sahip değildir. Ancak maternal düşük demir depolarının bir sonraki gebelikte anemi olasılığını arttırmakta olduğu bilinmektedir. Ayrıca maternal demir düzeyi maternal tiroid fonksiyonları ile yakından ilişkili olup demir eksikliği anemisi olan gebelerde yorgunluk şikayetleri daha sık görülmektedir (Kazi ve ark, 2010; WHO, 2011b). Orta düzeyde anemi (70- 99 g/l) gebelerde antepartum ve postpartum enfeksiyona yatkınlık nedeniyle maternal ölümlere, gebeliğe bağlı hipertansiyon ve sepsis görülmesine neden olabilmekte (Bedi, Acharya, Gupta, Pawar ve Sharma, 2015; WHO, 2011b); şiddetli aneminin (<70 g/l) ise, taşikardi, dispne ve kardiyak output yetmezliği gibi ciddi sonuçlarla ilişkili olduğu ve maternal mortalite oranlarını arttırdığı bilinmektedir (Youssry, Radwan, Gebreel ve Patel, 2018; Bedi, Acharya, Gupta, Pawar ve Sharma, 2015; WHO, 2011).

2.5.1. Aneminin Postpartum Etkileri: Yorgunluk, Depresyon ve Yaşam Kalitesi

Postpartum dönemde Hb konsantrasyonunun ≤ 10 g/dL olması postpartum aneminin klinik göstergesidir. Hb konsantrasyonunun 9-10 g/dL arasında olması orta-şiddetli anemi, ≤ 9 g / dL olması ise şiddetli anemi olarak kabul edilmektedir (Pavord ve ark., 2019; NICE,2008; Breymann, Honegger, Hoizgreve ve Surbej, 2010; Api, Breyman, Çetiner, Demir ve Ecdar, 2015). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın yayımladığı Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi'nde hemoglobinin <11 g/dL olması postpartum anemi olarak kabul edilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018a).

Postpartum anemi için, doğum öncesi mevcut demir eksikliği anemisinin olması ve doğum sırasında ve/veya postpartum dönemde gerçekleşen kan kaybı başlıca risk faktörleri olarak gösterilmektedir (Maeda ve ark., 2020; Api, Breyman, Çetiner, Demir ve Ecdar, 2015; Milman, 2011a). Postpartum aneminin annenin yaşı, doğum sayısı, doğum şekli, doğum süresi, çoğul gebelik, epizyotomi varlığı ve yenidoğanın doğum ağırlığı ile ilişkili olduğu bilinmektedir (Preatiwl, Santoso ve Wahyuningsih, 2018).

Postpartum aneminin, gelişmekte olan ülkeler kadar gelişmiş ülkeler içinde önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu bilinmektedir (Milman, 2011a). Yüksek gelirli gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalar, postpartum dönemde kadınların %10-30'unun

anemik olduğunu göstermektedir (WHO, 2016d; Barosso ve ark., 2011; Bergmann RL, Richter, Bergmann KE ve Dudenhausen, 2010) Bu oran gelişmekte olan ülkelerde daha yüksek olup ve %70-80'e ulaşmaktadır (WHO, 2016a; Milman, 2011a; Milman, 2011b; Somdatta, Reddaiah ve Singh, 2009). Danimarka'da normal doğum yapan sağlıklı kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada, postpartum birinci haftanın sonunda demir takviyeli kadınlarda %14, plasebo ile tedavi edilen kadınlarda %24 oranında anemi (hemoglobün <110 g / L); postpartum sekizinci haftanın sonunda demir takviyesine devam eden kadınlarda anemi (hemoglobün <121 g/dL) prevalansı %8 plasebo ile tedavi edilen kadınlarda bu oran %16 olarak bulunmuştur (Milman, Agger ve Nielsen, 1991). Berlin'de 1993-2008 yılları arasında yapılan bir çalışma postpartum 24-48 saat sonra incelenen kadınlarda; hemoglobün <100 g / L ile tanımlanan doğum sonrası anemi oranı %22, hemoglobün <110 g / L ile tanımlanan anemi için ise bu oran %50 olarak tespit edilmiştir (Bergmann RL, Richter, Bergmann KE ve Dudenhausen, 2010). ABD'de düşük gelir gruplarında yapılan bir çalışmada bu gruplarda postpartum anemi (Hb <120 g/dL) prevalansının %10 olduğunu bildirmiştir (Bodnar, Cogswell ve Scanlon, 2002).

Postpartum anemisi olan kadınlar çoğu zaman semptomatik olmalarına rağmen yorgunluk, nefes darlığı, çarpıntı, baş dönmesi ve fiziksel performansın düşmesi gibi semptomlar önemsenmemekte ve genellikle yeni doğum yapmış olmanın getirdiği rol değişikliği, zorlu annelik süreci ve yaşam tarzının değişmesi ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle semptomlar önemsenmemekte ve genellikle tıbbi konsültasyona gerek görülmemektedir (Milman, 2012a; Medina Garrido, Leon ve Romani Vidal, 2018). Zamanında teşhis edilemeyen postpartum aneminin özellikle psikolojik açıdan kötüleşmiş yaşam kalitesi ile ilgili olduğu; bu durumun kadınlarda duygusal dengesizliği tetikleyebileceği, bilişsel problemlerin yanı sıra psikiyatrik bozuklukların gelişmesine zemin hazırlayabileceği ve depresyon riskini artırarak kısa ve uzun süreli morbiditelere neden olabileceği belirtilmektedir (Milman, 2012a; Medina Garrido, Leon ve Romani Vidal, 2018; Frenkel ve ark., 2018). DSÖ yakın zamanda yayınladığı raporda da maternal demir depolarının doğumdan sonra kısa sürede yenilenmemesi halinde, özellikle anemi prevalansının yüksek olduğu ve sosyoekonomik düzeyin düşük olduğu bölgelerde ve sık doğum yapan kadınlarda (<18 ay), postpartum demir eksikliği ve aneminin sonuçlarının olumsuz maternal ve bebek

sonuçlarının sürekliliğine yol açabileceğinin öngörülebileceğini belirtmiştir (WHO, 2016d). Postpartum aneminin neden olduğu geniş semptom spektrumunun (yorgunluk, nefes darlığı, çarpıntı ve özellikle idrar yolları enfeksiyonlarının artmış prevalansı), annenin iyileşme sürecini, sosyal çevre ile ilişkilerini ve öz bakımını olumsuz yönde etkileyerek; zayıflamış anne-bebek ilişkisi, artmış depresyon oranları ve fiziksel ve psikolojik açıdan bozulmuş yaşam kalitesi ile ilişkili olabileceği birçok çalışmada belirtilmektedir (Bergmann RL, Richter, Bergmann KE ve Dudenhausen, 2010; Tandon, Jain ve Malhotra, 2018; Api, Breyman, Çetiner, Demir ve Ecdar, 2015; Milman, 2011a; Maeda ve ark., 2020; Alharbi ve Abdulghani, 2014; Skalkidou, Hellgren, Comasco, Sylvén ve Poromaa, 2012).

Postpartum aneminin postpartum depresyon riskini arttırmada nasıl etkili olabileceği henüz tam olarak açıklanamasa da genel olarak demir eksikliği anemisinin neden olduğu davranışsal ve psikolojik semptomların etkili olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle postpartum aneminin, hormonal ve biyolojik değişikliklere ek olarak postpartum depresyona önemli katkıda bulunarak olası fizyolojik risk faktörü olabileceği düşünülmektedir (Alharbi ve Abdulghani, 2014; Skalkidou, Hellgren, Comasco, Sylvén ve Poromaa, 2012). Albacar ve ark. yaptığı prospektif kohort çalışmasında postpartum dönem ilk hafta demir eksikliğinin, kadınlarda postpartum depresyon riskinde iki kattan fazla artışla ilişkili olduğu gösterilmiştir (Albacar ve ark., 2011). Alharbi ve ark. 352 kadını dahil ettiği çalışmada postpartum depresyon riski prevalansını %33,2 olarak bulmuş, postpartum depresyon semptomları gösteren kadınların %39,8'inin hemoglobin düzeyinin düşük olduğu bildirilmiştir (Alharbi ve Abdulghani, 2014). Yakın zamanda yayınlanan prospektif kohort çalışmasında postpartum dönemde anemi ve düşük Hb düzeylerinin artmış postpartum depresyon riski ile anlamlı derecede ilişkili olduğu bildirilmiştir (Maeda ve ark., 2020).

Postpartum dönemdeki Hb seviyesi, annelerde yorgunluk düzeyi ve yaşam kalitesi ile ilişkilendirilmektedir. Anemi nedeniyle gelişen doku hipoksisinin, ana semptom olarak kabul edilen yorgunluğa yol açarak, uyuşukluk, azalmış zihinsel uyanıklık, fiziksel zayıflık ve konsantrasyonda bozulma gibi olumsuz sonuçlara neden olduğu bilinmektedir. Kontrol altına alınamayan ve uzun süre devam eden yorgunluğun ise bireylerin günlük yaşantısını ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir. (Kudubeş, 2014; Van Der Woude, Pijnenborg, Verzijl, Van

Wijk ve De Vries, 2014) Postpartum dönemde anemisi olan ve olmayan kadınların yorgunluk düzeyinin ölçülmesi amaçlanan bir prospektif kohort çalışmasında da tüm kadınlarda zaman içerisinde yorgunluk düzeylerinde önemli iyileşmeler görülmüş, ancak ilk beş haftanın sonunda anemik kadınlarda, anemik olmayan kadınlara kıyasla daha yavaş iyileşme gözlenmiştir (Van Der Woude, Pijnenborg, Verzijl, Van Wijk ve De Vries, 2014). Yapılan bazı çalışmalarda da Hb seviyesinin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği tespit edilmiştir (Gerard ve ark., 2007; Van Der Woude, Pijnenborg, Verzijl, Van Wijk ve De Vries, 2014).

Milman (2011) yayınladığı çalışmasında postpartum dönemdeki demir eksikliği ve aneminin, kadınlarda azalan bilişsel yetenek, duygusal dengesizlik ve depresyon ile ilişkili olduğunu, fiziksel ve psikolojik açıdan yaşam kalitesinin olumsuz etkilediğini vurgulamış ve ürme çağındaki kadınlarda önemli bir sağlık sorunu olduğunu dile getirmiştir (Milman, 2011a). Yorgunluğun başlı başına yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir faktör olduğu bilinmekle birlikte (Çolak, Akın ve Turfan, 2019), aneminin yol açtığı bilinen geniş semptom yelpazesinin de dahil olduğu bu tabloda postpartum yaşam kalitesinin etkilenmesi kaçınılmazdır.

2.6. Postpartum Aneminin Hemşirelik Yönetimi

Hemşireler ve ebeler, gebeliğin tüm süreçlerinde ve sonrasında anne ile sürekli ve yakın iletişim halinde olan başlıca sağlık çalışanlarıdır. Bu nedenle doğum öncesi dönemde olduğu gibi doğum ve postpartum dönemlerinde de annelerin bakım gereksinimlerinin belirlenip karşılanmasında ve yaşam kalitesinin mümkün olan en üst düzeyde tutulmasında hemşire ve ebelere büyük sorumluluk düşmektedir (Klainin ve Arthur, 2009).

Gebelikte aneminin obstetrik kanamaların şiddetinde artma, perineal travmaların iyileşme sürelerini uzatma gibi olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir. Şiddetli anemisi olan gebelerin postpartum kanama, kalp yetmezliği, sepsis görülme riskinin daha fazla olmasından dolayı, travay süresince mümkün olduğu kadar sol yan yatış pozisyonunda tutulmalı, yeterli analjezi ve aralıklı oksijen desteği sağlanmalı, doğumda gereksiz zorlamalardan ve ikinci evrenin uzatılmasından kaçınılmalı, üçüncü faz aktif yönetilmeli, yenidoğan demir depoları için umbilikal kord geç klempenmeli ve diğer olası komplikasyonlar yönüden yakından takip edilmeli, postpartum dönemde

olası kan transfüzyonu ihtiyacı için hazırlık yapılmalıdır (Goonewardene, Shehata ve Hamad, 2012; Fan ve Blitz, 2016; Chowdhury, Rahman ve Moniruddin, 2014; Rohilla, Raveendran, Dhaliwal ve Chopra, 2010; Milman, 2011a). Ayrıca anemi yorgunluk, laktasyonun kesilmesi ve/veya sekteye uğraması gibi anne-bebek etkileşimini olumsuz etkileyecek durumlara neden olabileceği için anneler postpartum dönemi boyunca anemi yönünden de değerlendirilmelidir. Gebelik ve doğum aralıklarının sık olması aneminin şiddetini arttıracığından annelere, özellikle adölesan gebelik ve yüksek parite öyküsü olanlara, kontraseptif kullanımı hakkında danışmanlık hizmeti verilmelidir (Goonewardene, Shehata ve Hamad, 2012; Fan ve Blitz, 2016; Lopez, Cacouch, Macdougall ve Peyrin-Biroulet, 2016; Chowdhury, Rahman ve Moniruddin, 2014). Bu nedenle laktasyon dönemindeki kadınların kontraseptif kullanımının sağlanması postpartum aneminin önlenmesinde oldukça önemlidir (Goonewardene, Shehata ve Hamad, 2012).

Postpartum anemi, en kısa sürede fark edilmeli ve ciddi kısa ve uzun vadeli sonuçlardan kaçınmak için uygun şekilde tedavi edilmelidir. Bu nedenle, erken dönemde tedaviye başlanmasını kolaylaştırmak için postpartum anemi taraması önemlidir (Medina Garrido, Leon ve Romani Vidal, 2018). Postpartum aneminin taranmasının gerekli olup olmadığı tartışılrsa da çoğu kuruluş, gebelikte anemi öyküsü olan veya doğum sırasında fazla kanaması olan kadınların postpartum dönemde taranması gerektiği konusunda hemfikirdir (Bodhar, Siega-Riz, Miller, Cogswell ve McDonald, 2002; SEGO, 2018; Medina Garrido, Leon ve Romani Vidal, 2018; Auerbach ve Landy, 2018). Zamanında teşhis edilemeyen postpartum aneminin özellikle psikolojik açıdan kötüleşmiş yaşam kalitesi ile ilgili olduğu; bu durumun annelerde postpartum depresyon riskini artırarak kısa ve uzun süreli morbiditelere neden olabileceği bilinmektedir (Milman, 2011a; Medina Garrido, Leon ve Romani Vidal, 2018; Frenkel ve ark., 2018). Kadının gebelik ve postpartum dönemdeki fiziksel değişiklikleri takip edilirken aynı zamanda ruhsal durumunda ortaya çıkan değişiklikler de yakından takip edilmeli ve gerekli müdahalelerde bulunulmalıdır. Hemşireler, özellikle postpartum dönemde anne ve bebeğin takibini yapan, yakın iletişimde bulunan sağlık çalışanları olarak annenin duygu durum değişikliklerini yakından takip etmeli, postpartum depresyon açısından belirtileri ve risk faktörlerini değerlendirmelidir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018a; Sütçü ve Çatak, 2017; Durukan,

İlhan, Bumin ve Aycan, 2011). Postpartum depresyon gelişimine zemin hazırlayan faktörleri bilerek primer koruma kapsamında postpartum depresyon için önlem alınması; sekonder koruma olarak semptomları erken fark ederek zamanında müdahale sağlamak; tersiyer koruma kapsamında ise tedavi sürecine uyumun izlenmesi, annenin psikolojik açıdan desteklenmesi, ailenin bilgilendirilmesi, başa çıkma yöntemleri hakkında danışmanlık verilerek rehberlik edilmesi hemşirelerin sorumluluklarındandır (Durukan, İlhan, Bumin ve Aycan, 2011; Ay, Tektaş, Mak ve Aktay, 2018). Durukan ve ark. (2011)'nın yaptığı çalışmada postpartum depresyonu olan annelerin olmayanlara göre yaşam kalitesinin düşük olduğu, Akın ve ark. (2009) yaptığı bir araştırmada da postpartum dönemde sağlık personeli tarafından izlenen annelerin, izlenmeyen annelere göre yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Durukan, İlhan, Bumin ve Aycan, 2011; Akın, Ege, Koçoğlu, Demirören ve Yılmaz, 2009). Özetle; postpartum dönemdeki hemşirelik bakımı, annenin fiziksel, psikolojik, sosyal boyutlarda var olan veya olası sağlık sorunlarına yönelik bakım gereksinimlerini belirleme, ihtiyaç duyulan bakıma karar verme, bakımı uygulama ve uygulama sonuçlarını değerlendirerek yaşam kalitesini arttırmaya yönelik desteğin sağlanmasını kapsamalıdır (Altuntuğ ve Ege, 2012; Taşkın, 2012).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı araştırma türüne uygun olarak yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri

Araştırma, araştırmacının ulaşabilir olmasından dolayı Bursa Mustafakemalpaşa Devlet Hastanesi Doğumhane ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'nde yürütülmüştür.

Mustafakemalpaşa Devlet Hastanesi, 2015 yılında hizmete başlamış, 239 yataklı (29'u Yoğun Bakım) bir ilçe devlet hastanesidir. Hastane içerisinde gebelere ve annelere yönelik Gebe Bilgilendirme Sınıfı, Anne Oteli, Anne Uyum Odası hizmetleri yer almaktadır. Bebek Dostu Hastane unvanını 2006 yılında, Anne Dostu Hastane unvanını ise 2018 yılında almıştır. Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'nde bir Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanı görev yapmaktadır. Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi 14 yataklı (İki yatak Eklampsi Takip Odası'nda, iki Yatak Anne Oteli'nde olmak üzere) olup beş ebe ve iki hemşire; Doğum Salonu ise toplam sekiz ebe ve dört travay odası ile hizmet vermektedir. Vajinal doğum yapan ve herhangi bir obstetrik komplikasyona sahip olmayan kadınlar doğum sonrası rutin olarak 24 saat serviste takip edilmektedir. Postpartum 40. günde ise bebeklerini kontrole getiren anneler aynı zamanda Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'nde kontrole çağırılmaktadır. Araştırmacının çalışmanın yürütüldüğü hastanede Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi'nde aktif olarak çalışıyor olması ve örnekleme ulaşmada kolaylık sağlaması sebebiyle Mustafakemalpaşa Devlet Hastanesi bu araştırma için tercih edilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Bursa Mustafakemalpaşa Devlet Hastanesi'ne spontan vajinal doğum için başvuran kadınlar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini, olasılıksız örnekleme yöntemlerinden amaçlı ölçüt örnekleme yöntemi kullanılarak, Mart 2019- Şubat 2020 tarihleri arasında Bursa Mustafakemalpaşa Devlet Hastanesi'ne spontan vajinal doğum için başvurmuş ve dahil edilme kriterlerine uyan

141 gebe oluşturmuştur. Verilerin toplandığı tarihlerde toplam 292 spontan vajinal doğum gerçekleşmiştir. Spontan vajinal doğum gerçekleştiren kadınların 104'ü araştırmanın dahil edilme kriterlerine (54'ü Suriye vatandaşı olup Türkçe bilmedikleri, 18'i obstetrik komplikasyonlara sahip olduğu, 32'si araştırmaya katılmayı kabul etmediği ve/veya çalışmadan kendi isteği ile ayrıldığı için) uymadığı, 23 gebe tam açıklıkla hastanemize başvurduğu ve travay süresi değerlendirmeleri yapılamadığı, 24 gebe araştırmacının hastane içerisinde bulunmadığı süre zarfında doğum yaptığı için araştırmaya dahil edilememiştir.

3.4. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri

Çalışma, 20-49 yaş grubunda olan, spontan vajinal doğum için hastaneye başvuran, Türkçe konuşabilen ve anlayabilen, bilinen herhangi bir kan hastalığına sahip olmayan (hemoglobinopatiler, talasemiler, kanama bozuklukları), şiddetli maternal veya obstetrik komplikasyonlara sahip olmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden anneler ile yürütülmüştür.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Annelerin yaşam kalitesi, yoğunluk ve depresyon puan ortalamaları

Bağımsız Değişkenler: Annelerin hemoglobin düzeyleri

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma için gerekli verilerin toplanması amacı ile Birey Tanıtım Formu (EK 1), SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK 2), Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası (YİGBS) (EK3) ve Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EK4) kullanılmıştır.

3.6.1. Birey Tanıtım Formu (EK 1)

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan form, katılımcıların sosyo demografik özelliklerine ve obstetrik özelliklerine ilişkin toplam 11 sorudan oluşmaktadır (Nagpal ve ark., 2008; Khabiri ve ark., 2013; Nowakowska-Głab, Maniecka-Bryła, Wilczyński ve Nowakowska, 2010).

3.6.2. SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK 2)

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, yaş, hastalık veya tedaviye özel olmayan genel olarak bakım sonuçlarını ölçmek, sağlıkla ilgili yaşam kalitesini incelemek için Ware tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir. Ölçek geliştirilirken kısa, kolay uygulanabilir olmasının yanı sıra çok geniş bir kullanım alanına sahip olması da amaçlanmıştır. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, klinik araştırmalarda, kronik hastalığa sahip kişilerde ve toplum sağlığı incelemelerinde kullanılmaktadır. Bu avantajları yanında ölçeğin uyku, seksüel fonksiyon ve aile fonksiyonu ile ilgili başlıkları içermemesi dezavantajdır.

SF- 36 yaşam kalitesi ölçeği kendini değerlendirme ölçeğidir, 36 sorudan ve sekiz alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçeğin ikinci sorusu son 12 ayda sağlıktaki değişim algısını içermekte, diğer sorular son dört hafta göz önüne alınarak değerlendirilmektedir. SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin alt ölçeklerini içeren soruların skorları ağırlıklı toplanarak Fiziksel ve Mental Sağlık Özet Skoru elde edilir. Toplam puan hesaplaması söz konusu değildir. Elde edilen özet skorlar ve alt ölçek puanları 0 ile 100 arasında değişen sürekli değişken olarak ifade edilmiştir. Sıfır kötü sağlığı, 100 iyilik durumunu göstermektedir. Ölçeğin kesme noktası yoktur. Ölçeğin Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirliği Pınar tarafından 1995 yılında, 50 kardiyoloji, 50 hemodiyaliz ve 80 diyabetes mellitus hastası üzerinde yapılmıştır. Buna göre; hasta grupları dikkate alınmaksızın ölçeğin test-tekrar test güvenilirlik katsayısı 0.94, iç tutarlılığı ifade eden Cronbach's Alpha değeri 0.92 bulunmuştur (Pınar, 1995).

3.6.3. Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası (YİGBS) (EK 3)

YİGBS, sağlıklı yetişkinler ve kronik hastalığı olanlar da dahil olmak üzere çeşitli popülasyonlarda yorgunluk düzeyini ölçmek amacıyla kullanılmaktadır. Lee ve arkadaşları tarafından 1990 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin ülkemiz için geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2003 yılında Yurserver ve Bedük tarafından yapılmış ve ölçeğin; 13 maddelik yorgunluk alt skalasının Cronbach's α iç tutarlılık katsayısı 0,90, 5 maddelik enerji alt skalası için ise 0,74 olarak bulunmuştur. YİGBS 18 maddeden oluşmaktadır.

Bu maddelerden 13 madde yorgunluk, 5 madde enerji alt düzeyini ölçmektedir. Ölçeğin, her bir maddesinin bir ucunda olumlu, bir ucunda olumsuz ifadelerin yer

aldığı 10 cm'lik yatay bir çizgi bulunmaktadır. Bu ölçeği dolduran kişilerin ölçekte bulunan ifadeleri okuduğunda hissettiği duyguyu en iyi yansıtan noktaya işaret koymaları istenmektedir. Daha sonra işaretlenen yerdeki kesişme noktası, her soru için ayrı ayrı cetvel ile ölçülerek, ölçülen uzunluk o maddenin puanı olarak belirlenip, nesnel olarak değerlendirilecektir. Yorgunluk ile ilişkili ifadeleri içeren maddeler, en olumludan en olumsuzaya giderken, enerji ile ilişkili ifadeleri içeren maddeler, en olumsuzdan en olumluya doğru gitmektedir. Yorgunluk alt boyutundan alınabilecek en yüksek puan 130, en düşük puan 0'dır. Enerji alt boyutundan ise alınabilecek en yüksek puan 50, en düşük puan 0'dır. Yorgunluk alt boyutundan alınan yüksek puan ve enerji alt boyutundan alınan düşük puan yorgunluğun şiddetinin fazla olduğunu göstermektedir (Yurtsever ve Bedük, 2003).

3.6.4. Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) (EK 4)

Cox ve ark. (1987) tarafından geliştirilen ölçek, doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon riskini belirlemek amacıyla hazırlanmış bir tarama aracıdır. Hem gebelikte hem de doğum sonrası dönemde, depresyon yönünden riski belirlemek amacıyla en yaygın kullanılan, 10 sorudan oluşan, 4'lü likert biçiminde kendini değerlendirme ölçeğidir. Her biri dört seçenekten oluşan yanıtlar 0-3 arasında puanlanmakta olup, ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 30'dur. Ölçeğin toplam puanı bu madde puanlarının toplanması ile elde edilir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirliği 1996 yılında Engindeniz tarafından yapılmış, Aydın ve arkadaşları tarafından da 2004 yılında tekrarlanmıştır. Türkiye'de iki ayrı araştırmada yapılan geçerlilik çalışmasında kesme puanının 12-13 olduğu gösterilmiştir. Ölçekten 13 puan ve üzeri puan alan kişiler risk grubu olarak değerlendirilir. Engindeniz'in yaptığı geçerlilik güvenilirlik çalışmasında bu ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı 0,79'dur (Engindeniz, 1996).

3.7. Verilerin Toplanması

Çalışma, Mart 2019– Şubat 2020 tarihlerinde Bursa Mustafakemalpaşa Devlet Hastanesi'nde, örnekleme alınan gruptaki anneler ile üç aşamada yürütülmüş ve veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Her bir görüşmede Hb düzeyleri kayıt altına alınmıştır. İlk görüşme anne doğum için doğum salonuna

kabul edildiğinde, ikinci görüşme postpartum 24.saatten sonra Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi'nde, üçüncü görüşme ise postpartum 4-6. haftada rutin kontrol için geldiğinde Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'nde yapılmıştır. Birinci görüşmede Birey Tanıtım Formu, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası ve EPDÖ ikinci ve üçüncü görüşmede ise SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası ve EPDÖ tekrar doldurulmuştur.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi SPSS 25.0 istatistik paket programında gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya katılan kadınların sosyo-demografik özellikleri sayı ve yüzde dağılımları olarak verilmiştir. Veriler normal dağılıma uymadığı için, annelerin hastaneye kabul, postpartum 24. saat ve 40. gün hemoglobini, yaşama kalitesi ve yorgunluk düzeyleri arasındaki farkı incelemek için Friedman testi, postpartum 24. saat ve 40. gün depresyon düzeylerini incelemek için kıkare ve Wilcoxon testi kullanılmıştır. Annelerin hemoglobini düzeyleri ile yaşam kalitesi, yorgunluk ve depresyon puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi incelemek için korelasyon analizi yapılmıştır. Tüm istatistiksel analizlerde $p < 0,05$ anlamlılık düzeyi temel alınmıştır.

3.9. Araştırma Etiği

Veriler İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alındıktan sonra (Tarih:23. 01. 2019, Karar No: 2) (EK 5), araştırmanın yürütüleceği kurumlardan (EK 6), araştırmaya katılan bireylerden sözlü ve yazılı onam (EK 7) alınarak toplanmıştır. Ölçeklerin kullanımı için Türkçe geçerlik güvenirliğini yapan yazarlardan yazılı izin alınmıştır (EK 8).

4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular altı başlık altında incelenmiştir. Bu başlıklar şunlardır:

- Annelerin Sosyodemografik ve Obstetrik Özellikleri
- Annelerin Hemoglobin Düzeyleri
- Annelerin Yorgunluk Düzeyleri
- Annelerin Yaşam Kalitesi Düzeyleri
- Annelerin Postpartum Depresyon Düzeyleri
- Annelerin Hemoglobin, Yorgunluk, Yaşam Kalitesi, Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki

4.1. Annelerin Sosyodemografik ve Obstetrik Özellikleri

Araştırma kapsamına alınan annelerin yaş ortalaması $26,77 \pm 5,38$ yıl olup, %46,8'i ilköğretim mezunu, %95'i çalışmıyor, %73,8'inin geliri giderine eşit ve %80,9'u çekirdek aile yapısına sahiptir (Tablo 3).

Tablo 3. Annelerin Sosyodemografik Özellikleri (n=141)

Değişkenler	Ort±SS	Min-Max
Yaş ortalaması (yıl)	26,77±5,38	18-43
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Eğitim durumu		
Okur-yazar	21	14,9
İlköğretim mezunu	66	46,8
Ortaöğretim mezunu	45	31,9
Yükseköğretim mezunu	9	6,4
Çalışma durumu		
Çalışıyor	7	5,0
Çalışmıyor	134	95,0
Gelir durumu		
Gelir giderden az	24	17,0
Gelir gidere denk	104	73,8
Gelir giderden fazla	13	9,2
Aile tipi		
Çekirdek aile	114	80,9
Geniş aile	27	19,1
Sosyal destek varlığı		
Var	132	93,6
Yok	9	6,4
Sosyal desteği aldığı kişi (n=132)		
Eş	83	62,9
Aile	46	34,8
Komşu	3	2,3
TOPLAM	141	100

Çalışma kapsamına alınan annelerin %33,3'ünün gebelik sayısı bir olup, %41,8'inin yaşayan çocuk sayısı ikidir. Katılımcıların %68,8'inin gebeliği planlı iken, %66'sının epizyotomisi vardır ve travay süresi ortalamaları $7,60\pm 5,77$ saattir (Tablo 4).

Tablo 4. Annelerin Obstetrik Özellikleri (n=141)

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Gebelik sayısı		
Bir	47	33,3
İki	36	25,6
Üç	37	26,2
Dört ve üzeri	21	14,9
Yaşayan çocuk sayısı		
Bir	50	35,5
İki	59	41,8
Üç	25	17,7
Dört ve üzeri	7	5,0
Gebeliğin planlı olma durumu		
Planlı	97	68,8
Plansız	44	31,2
Epizyotomi varlığı		
Var	93	66,0
Yok	48	34,0
	Ort±SS	Min-Max
Travay süresi ortalaması (saat)	$7,60\pm 5,77$	1-30

4.2. Annelerin Hemoglobin Düzeyleri

Annelerin hemoglobin düzeyi ortalamaları hastaneye kabul sırasında $11,63 \pm 1,22$ g/dl, postpartum 24. saatte $10,19 \pm 1,13$ g/dl ve postpartum 40. günde $11,02 \pm 1,15$ g/dl olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($\chi^2=217,290$; $p=0,001$) (Tablo 5).

Tablo 5. Annelerin Hemoglobin Düzeyleri

Hemoglobin Düzeyleri (g/dl)	Ort±SS	Min-Max
Hastaneye kabul	$11,63 \pm 1,22$	8,20-14,50
Postpartum 24. saat	$10,19 \pm 1,13$	7,10-13,30
Postpartum 40. gün	$11,02 \pm 1,15$	7,80-13,40
İstatistiksel Analiz	$\chi^2=217,290$ $p=0,001$	

4.3. Annelerin Yorgunluk Düzeyleri

Annelerin Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası kullanılarak yapılan değerlendirmesinde Yorgunluk alt skalası puan ortalamalarının hastaneye kabul sırasında $43,74 \pm 22,70$, postpartum 24. saatte $53,75 \pm 23,66$ ve postpartum 40. günde $60,42 \pm 23,48$ olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($\chi^2=37,525$; $p=0,001$). Enerji alt skalası puan ortalamalarının ise hastaneye kabul sırasında $23,07 \pm 10,40$, postpartum 24. saatte $25,50 \pm 10,08$ ve postpartum 40. günde $28,32 \pm 8,66$ olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($\chi^2=22,592$; $p=0,001$) (Tablo 6).

Tablo 6. Annelerin Yorgunluk Düzeyleri

Yorgunluk Düzeyleri	Yorgunluk	Enerji
	Ort±SS (min-max)	Ort±SS (min-max)
Hastaneye kabul	$43,74 \pm 22,70$ (4,40-96,60)	$23,07 \pm 10,40$ (3,90-50,00)
Postpartum 24. saat	$53,75 \pm 23,66$ (9,19-118,50)	$25,50 \pm 10,08$ (1,40-50,00)
Postpartum 40. gün	$60,42 \pm 23,48$ (18,70-118,50)	$28,32 \pm 8,66$ (3,90-50,00)
İstatistiksel Analiz	$\chi^2= 37,525$	$\chi^2= 22,592$

p=0,001

p=0.001

4.4. Annelerin Yaşam Kalitesi Düzeyleri

Araştırma kapsamına alınan annelerin yaşam kalitesi düzeyleri Tablo 7’de verilmiştir. Annelerin hastaneye kabul sırasındaki, postpartum 24. saat ve postpartum 40. gündeki Fiziksel İşlev, Fiziksel Rol, Yaşamsallık, Sosyal İşlev ve Mental Rol alt ölçek puan ortalamalarında fark bulunmazken, Ağrı ($x^2= 37,538$; $p= 0,001$), Genel Sağlık Algısı ($x^2= 7,393$; $p= 0,025$), ve Mental İşlev ($x^2= 9,456$; $p= 0,009$) alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark vardır.

Ayrıca annelerin Fiziksel Sağlık Özet skorları arasında fark bulunmazken, Mental Sağlık Özet skorları hastaneye kabul sırasında $41,78\pm6,77$; postpartum 24. saatte $43,25\pm7,42$ ve postpartum 40. günde $44,55\pm6,39$ olarak bulunmuş ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($x^2= 11,759$; $p= 0,003$) (Tablo 7).

Tablo 7. Annelerin Yaşam Kalitesi Düzeyleri

SF36 Kalitesi Ortalaması	Yaşam Puanı	Hastaneye Kabul Ort±SS	Postpartum 24. saat Ort±SS	Postpartum 40. gün Ort±SS	İstatistiksel Analiz
Fiziksel İşlev		76,17±20,02	78,51±22,68	80,31±16,81	$x^2= 4,584$ $p= 0,101$
Fiziksel Rol		50,35±29,12	57,70±37,81	55,31±39,73	$x^2=5,466$ $p=0,065$
Ağrı		38,51±15,04	45,57±10,14	35,80±13,29	$x^2= 37,538$ $p = 0,001$
Genel Algısı	Sağlık	72,92±20,16	71,41±16,05	71,23±14,64	$x^2= 7,393$ $p= 0,025$
Yaşamsallık		43,26±18,66	46,41±17,74	48,33±18,36	$x^2= 2,658$ $p= 0,265$
Sosyal İşlev		45,56±18,54	44,14±16,12	41,84±13,10	$x^2= 3,307$ $p=0,191$
Mental Rol		63,38±38,72	65,48±37,24	66,43±38,72	$x^2= 0,065$ $p= 0,968$
Mental İşlev		70,43±18,59	74,21±17,49	72,31±12,47	$x^2= 9,456$ $p= 0,009$
Fiziksel Özet Skoru	Sağlık	43,42±9,42	44,06±8,84	43,92±7,45	$x^2= 1,830$ $p=0,401$
Mental Özet Skoru	Sağlık	41,78±6,77	43,25±7,42	44,55±6,39	$x^2= 11,759$ $p= 0,003$

4.5. Annelerin Postpartum Depresyon Düzeyleri

Araştırma kapsamına alınan annelerin EPDÖ toplam puan ortalamaları postpartum 24. saatte $8,33\pm 4,72$; postpartum 40. günde ise $7,17\pm 3,96$ 'dır ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($z = -3,173$; $p = 0,002$) (Tablo 8).

Tablo 8. Annelerin Postpartum Depresyon Düzeyleri

Depresyon Düzeyleri			Postpartum 24. saat	Postpartum 40. gün
			Ort±SS	Ort±SS
EPDÖ	Toplam	Puan	8,33±4,72	7,17±3,96
Ortalamaları				
İstatistiksel Analiz				$z = -3,173$ $p = 0,002$

Annelerin postpartum dönemdeki depresyon risk durumları Tablo 9'da verilmiştir. Annelerin postpartum 24. saatte depresyon riskleri %27 iken, postpartum 40. günde %15,6 olarak belirlenmiştir ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($\chi^2 = 27,746$; $p = 0,002$) (Tablo 9).

Tablo 9. Annelerin Postpartum 24. Saat ve 40. Gün Depresyon Risk Durumları

Postpartum 24. saat Depresyon Riski	Postpartum 40. gün Depresyon Riski		
	Risk Var	Risk Yok	Toplam
Risk Var	16	22	38 (27,0)
Risk Yok	6	97	103 (73,0)
Toplam	22 (15,6)	119 (84,4)	141
İstatistiksel Analiz		$\chi^2 = 27,746$ $p = 0,002$	

4.6. Annelerin Hemoglobin Düzeylerinin, Yorgunluk, Yaşam Kalitesi, Depresyon Düzeyleri ile İlişkisi

Annelerin hastaneye kabul, postpartum 24. saat ve postpartum 40. günlerde ölçülen hemoglobin düzeylerinin yorgunluk, yaşam kalitesi ve depresyon düzeyleri ile ilişki Tablo 10'da verilmiştir. Buna göre annelerin hastaneye kabulleri sırasında ölçülen hemoglobin düzeyleri ile Yorgunluk ($r = -0,200$; $p = 0,018$) ve Enerji ($r = 0,220$; $p = 0,009$) alt skalaları arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki vardır.

Annelerin hem postpartum 24. saatte hem de 40. günde ölçülen hemoglobin düzeyleri ile yorgunluk, depresyon ve yaşama kalitesi düzeyleri incelendiğinde, annelerin hemoglobin düzeylerinin artması ile yorgunluk düzeylerinin düştüğü, enerji düzeylerinin arttığı ve aralarında düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Ayrıca annelerin hemoglobin düzeylerinin artması ile depresyon düzeylerinin de azaldığı, aralarındaki ilişkinin negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo 10).

Araştırma kapsamına alınan annelerin hastaneye kabul, postpartum 24. saat ve postpartum 40. günlerde ölçülen hemoglobin düzeyleri ile yaşam kaliteleri arasında ilişki olmadığı da belirlenmiştir (Tablo 10).

Tablo 10. Annelerin Hastaneye Kabulleri Sırasındaki Hemogloblin Düzeylerinin Yorgunluk, Yaşam Kalitesi ve Depresyon Düzeyleri ile İlişkisi

Hemogloblin Düzeyleri (g/dl)	YİGBS		EPDÖ	SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	
	Yorgunluk	Enerji		Fiziksel Sağlık Özet Skoru	Mental Sağlık Özet Skoru
Hastaneye Kabul	<i>r= -0,200</i> <i>p= 0,018</i>	<i>r= 0,220</i> <i>p= 0,009</i>		r= 0,126 p= 0,138	r= 0,024 p= 0,781
Postpartum 24. saat	<i>r= -0,206</i> <i>p=0,014</i>	<i>r= 0,201</i> <i>p= 0,017</i>	<i>r= -0,316</i> <i>p= 0,000</i>	r= 0,162 p= 0,055	r= 0,002 p= 0,981
Postpartum 40. gün	<i>r= -0,290</i> <i>p= 0,001</i>	<i>r= 0,178</i> <i>p= 0,035</i>	<i>r= -0,341</i> <i>p= 0,001</i>	r= 0,152 p= 0,071	r=0,142 p=0,092

5. TARTIŞMA

Bu araştırma postpartum hemoglobin düzeylerinin doğum sonu yaşam kalitesi, yorgunluk ve depresyon üzerine etkisini belirlemek amacı ile yapılmıştır. Bu bölümde araştırmadan elde edilen başlıca bulguların mevcut literatür ışığında tartışması yapılacaktır.

5.1. Annelerin Hemoglobin Düzeyleri

Çalışmada annelerin hemoglobin düzeyi ortalamalarının hastaneye kabul sırasında $11,63 \pm 1,22$ g/dl, postpartum 24. saatte $10,19 \pm 1,13$ g/dl ve postpartum 40. günde $11,02 \pm 1,15$ g/dl olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde, Arslan'ın yaptığı çalışmada ortalama hemoglobin düzeyleri travayda $12,19 \pm 1,33$ g/dl postpartum 24. saatte $10,98 \pm 1,29$ g/dl olarak tespit edilmiş ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Arslan, 2017). Başka bir çalışmada hastaneye kabulde ve doğumdan hemen sonra ortalama hemoglobin seviyeleri sırasıyla $12,3 \pm 1,2$ g/dl ve $10,8 \pm 1,4$ g/dl olarak tespit edilmiştir (Miller, Ramachandran, Akbar, Carvalho ve Butwick, 2016). Yapılan diğer bir çalışmada ortalama hemoglobin değerleri, postpartum yedinci günde $13,57 \pm 2,8$ g/dl, postpartum 14.günde $13,70 \pm 2,2$ g/dl ve $13,68 \pm 2,2$ g/dl olarak tespit edilmiş; 28 günlük çalışma boyunca tüm kadınlar için ortalama hemoglobin değerinin $13,65 \pm 1,9$ g/dl olduğu bildirilmiştir (Corwin, Murray-Kolb ve Beard, 2003).

Bu çalışmaya dahil edilen annelerin ortalama antenatal hemoglobin değerleri normal aralığa yakın veya üzerindedir. Araştırma kapsamına doğum sırasında aşırı kan kaybı yaşayan kadınlar çalışmaya dâhil edilmemiştir. Bu nedenle de annelerin ortalama postpartum hemoglobin düzeyleri, anemi için kabul edilen sınır değerlerin üzerindedir.

5.2. Annelerin Yaşam Kalitesi Düzeylerine Ait Bulguların İncelenmesi

Çalışmada annelerin yaşam kalitesi incelendiğinde fiziksel sağlık alanında fark bulunmazken, mental sağlık alanında annelerin hastaneye kabul sırasında $41,78 \pm 6,77$; postpartum 24. saatte $43,25 \pm 7,42$ ve postpartum 40. günde $44,55 \pm 6,39$ olarak bulunmuş ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu

belirlenmiştir. Hindistan'da yapılan bir çalışmada vajinal doğum ve sezaryen doğum yapan 224 kadının yaşam kalitesi doğum sonrası 0-3. gün, 3-7. gün ve 21-30. günler arasında değerlendirilmiş, her iki gruptaki annelerde de son değerlendirmede yaşam kalitesinin iyileştiği bildirilmiştir (Kohler ve ark., 2018). Postpartum dönemdeki %88,3'ü vajinal doğum yapan 60 anne ile annelerin yaşam kalitesinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada, doğum öncesi döneme kıyasla kadınların postpartum 24. saatte hem fiziksel hem de mental rol alt ölçek puanlarında kötüleşme olduğu bulunmuştur (Miller, Ramachandran, Akbar, Carvalho ve Butwick, 2016). Vajinal ve sezaryen doğum sonrası kadınlarda yaşam kalitesinin karşılaştırılması amacıyla %50'si vajinal doğum yapan 2100 anne ile yapılan retrospektif kohort çalışmada, postpartum birinci haftada yaşam kalitesi puanları en düşük iken, ikinci, dördüncü, altıncı ve on ikinci ayda annelerin giderek yaşam kalitesi puanları artmaktadır (Majzobi M. M., Majzobi M. R., Nazari-pouya, Biglari ve Poorolajal, 2014). Kavosi ve ark. tarafından yapılan başka bir çalışmada anneler ile postpartum ikinci ayda yapılan görüşmede vajinal doğum yapan kadınlar için Fiziksel Sağlık özet skoru $57,83 \pm 20,32$, Mental Sağlık özet skoru $60,17 \pm 18,76$ olarak tespit edilmiş, toplam yaşam kalitesi puanı $58,92 \pm 19,51$ olarak bulunmuştur (Kavosi ve ark., 2015). İran'da %50'si vajinal doğum yapan 300 kadının dahil edildiği çalışmada, postpartum ikinci ve dördüncü ayda yapılan görüşmelerde vajinal doğum yapan kadınların Fiziksel Sağlık özet skorları sırasıyla $60,52 \pm 13,28$ ve $58,36 \pm 14,09$, Mental Sağlık özet skorları $60,28 \pm 16,60$ ve $64,99 \pm 12,44$ olarak bulunmuştur (Sadat, Taebi, Saberi ve Kalarhoudi, 2013). İspanya'da %75,5'i vajinal doğum yapan 2990 kadın ile yapılan kesitsel çalışmada kadınların postpartum birinci haftanın sonunda Fiziksel Sağlık özet skorları $74,8 \pm 20,76$, Mental Sağlık özet skorları $64,8 \pm 20,78$, genel yaşam kalitesi ortalama skorları $69,8 \pm 18,31$ olarak bulunmuştur (Martínez-Galiano ve ark., 2019). Ülkemizde ise doğum sonu dönemde yaşam kalitesi ve sosyal destek ilişkisinin incelendiği 240 anne ile yapılan ve annelerin %57,5'inin vajinal doğum yaptığı çalışmada, postpartum dört-altı haftada yapılan görüşmeler sonunda doğum şeklinin postpartum yaşam kalitesini etkilemediği ve tüm annelerin yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğu bulunmuştur (Altınayak ve Özkan, 2012). Literatür incelendiğinde postpartum yaşam kalitesinin ilk günlere göre altıncı hafta ve sonrasında daha da iyileştiği görülmektedir. Bu çalışmada da literatür ile uyumlu olarak postpartum 40.

günde alınan puanlarda artış gözlenmiş, özellikle mental sağlık alanında daha fazla iyileşme görülmüştür. Fiziksel ve mental sağlık alanları karşılaştırıldığı çalışmalarda da mental sağlık alanında daha fazla iyileşme olduğu ve kadınların genel olarak ortalama yaşam kalitesine sahip olduğu görülmektedir. Fiziksel ve mental sağlık alanlarındaki bu iyileşme sürecindeki farklılığın, postpartum dönemde annelerin aileye yeni katılan bebeğe ve bakımına alışma süreci, yeni sorumlulukların oluşması ve doğum öncesi günlük yaşam aktivitelerine dönmesinin fiziksel sağlık alanını etkilediği ancak tüm bu yorgunluklara ve fiziksel zorluklara rağmen, annelik duygusunun kadında yarattığı doyumun mental sağlık alanında iyileşmeyi hızlandırdığı düşünülebilir.

5.3. Annelerin Yorgunluk Düzeylerine Ait Bulguların İncelenmesi

Çalışma kapsamına alınan annelerin Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası kullanılarak yapılan değerlendirmesinde yorgunluk ve enerji düzeyinin hastaneye kabul sırasındaki değerler ($43,74 \pm 22,70$ ve $23,07 \pm 10,40$) ile karşılaştırıldığında postpartum 24. Saatte ($53,75 \pm 23,66$ ve $25,50 \pm 10,08$) ve 40. Günde ($60,42 \pm 23,48$ ve $28,32 \pm 8,66$) artış gösterdiği belirlenmiştir. Benzer şekilde doğum sonrası ilk altı aydaki maternal yorgunluğun seyrini ve buna bağlı faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bir prospektif kohort çalışmasında 2697 kadın araştırmaya dahil edilmiş ve yorgunluk seviyesinin postpartum birinci ayda en yüksek seviyeye ulaştığı ve postpartum dördüncü aya kadar anlamlı şekilde düşüş gösterdiği belirtilmiştir (Iwata ve ark., 2018). Yapılan diğer bir çalışmada postpartum dördüncü ile altıncı hafta arasındaki zaman diliminin, annelerin kendini en yorgun hissettiği dönem olduğu belirtilmiştir (Song, Chae ve Kim, 2014). Taylor ve Johnson tarafından yapılan bir çalışmada vajinal doğum yapan kadınların postpartum yorgunluk düzeyleri üç aşamada ölçülmüş (postpartum altıncı hafta, 12. ve 24. hafta) ve bu ölçümlerin sonucunda postpartum altıncı haftada yorgunluk seviyelerinin en yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir (Taylor ve Johnson, 2010). Ülkemizde Çolak, Akın ve Turfan tarafından primipar anneler ile yapılan çalışmada da 269 kadın çalışmaya dahil edilmiş, kadınların %49,8'i normal spontan doğum yapmış, postpartum 24. saatte ve postpartum dördüncü haftada yorgunluk ve yaşam kalitesi ölçülmüş; yorgunluk

puanlarının dördüncü haftada ilk 24 saate göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Çolak, Akın ve Turfan, 2019).

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlardan farklı olarak, Tayvan'da 121 anne ile yapılan çalışmada annelerin yorgunluk düzeyinin postpartum 24. saatte en yüksek düzeyde olduğu ve yedinci güne doğru düşüş gösterdiği bulunmuştur (Kuo SY., Yang, Kuo PC., Tseng, & Tzeng, 2012). İspanya'da yapılan kesitsel çalışmaya 2990 kadın dahil edilmiş ve bu kadınların %75,5'i vajinal doğum yapmıştır. Postpartum birinci haftanın sonunda çalışmaya katılan kadınların %84,6'sının kendini yorgun hissettiği bildirilmiştir (Martínez-Galiano ve ark., 2019). Hollanda'da yapılan araştırmada çalışmaya katılan kadınların %50,3'ü vajinal doğum, %49,7'si sezaryen ile doğum yapmış, tüm kadınlarda postpartum 12-24. saat, birinci, üçüncü ve altıncı hafta olmak üzere dört ölçüm gerçekleştirilmiş ve yorgunluk puanlarının (Genel yorgunluk, fiziksel yorgunluk, azalmış aktivite, azalmış motivasyon, mental yorgunluk) her ölçümde giderek iyileştiği tespit edilmiştir (Gerard ve ark., 2007). Türkiye'nin doğusunda bir ilde 383 kadının dahil edildiği ve Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası (YİGBS) kullanılarak postpartum 24. saatte yorgunluk düzeylerinin incelendiği bir çalışmada ise, vajinal doğum yapan annelerin %88,5'inin kendini yorgun hissettiği bunların da %50'sinin de orta derecede yorgunluk hissettiği tespit edilmiştir (Kılıç ve ark., 2015). Alp ve Mete tarafından komplikasyonsuz vajinal doğum yapmış anneler ile yapılan başka bir çalışmada da, annelerin ilk 24 saatteki yorgunluk düzeyinin 2. ve 4. haftaya göre daha yüksek olduğu; enerji düzeyinin ise 2. ve 4. haftalarda ilk 24 saate göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Alp ve Mete, 2008). Literatürde yorgunluk düzeyinin farklı zamanlarda yüksek çıkmasının, kullanılan ölçek türüne, uygulanan zamana, çalışmanın yapıldığı coğrafi bölgeye, katılımcıların sosyodemografik özelliklerine bağlı olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmadan elde edilen veriler doğrultusunda postpartum yorgunluğun doğumdan hemen sonra başladığı ve 40. günde en yüksek düzeye ulaştığını söylemek mümkündür. Elde edilen sonuçları destekleyen diğer çalışmalar da incelendiğinde; travay sürecinde, peripartum ve postpartum dönemde verilen ebe ve hemşirelik bakımı, annelerin ilk 24 saatini hastanede geçirmesi ile birlikte bebek bakımı, emzirme ve diğer kişisel ihtiyaçlarında sağlık personeli tarafından sağlanan kesintisiz desteğin hem fiziksel hem de mental yorgunluğu etkileyebileceği düşünülmektedir.

Taburculuk işlemlerinin ardından evine dönen annenin, eş rolünün yanına anne rolünün de eklenmesi, bebek bakımında çoğu zaman desteğinin olmaması, ev işleri ve yeni sürece uyum sağlamaya çalışması ile birlikte artan sorumlulukların, postpartum 40. gün yorgunluk puanlarının diğer ölçüm zamanlarına göre en yüksek bulunmasını açıklayabileceği de düşünülmektedir.

5.4. Annelerin Postpartum Depresyon Düzeylerine Ait Bulguların İncelenmesi

Araştırma kapsamına alınan annelerin depresyon düzeylerinin postpartum 40. günde postpartum 24. saate göre daha düşük olduğu, postpartum 24. saatte %27 olan depresyon riskinin postpartum 40. günde %15,6'ya gerilediği belirlenmiştir. Benzer şekilde İspanya'da EPDÖ kullanılarak %70,1'i vajinal doğum yapan 546 kadın ile yürütülen çalışmada, doğumdan sonraki altıncı haftada postpartum depresyon riski %12,12 olarak bulunmuştur (Triviño-Juárez ve ark., 2017). Eckerdal ve ark. tarafından yürütülen başka bir çalışmada postpartum depresyon riski altıncı haftada %12,2, altıncı ayda %10,7 olarak bildirilmiştir (Eckerdal ve ark., 2018). Schaffir ve ark. tarafından %75,5'i vajinal doğum yapmış kadınlar ile yapılan bir çalışmada kadınların %14,3'ünde postpartum depresyon riskinin olduğu tespit edilmiştir (Schaffir ve ark., 2018).

Bu çalışmanın sonuçlarından farklı olarak Kakyo ve ark. tarafından postpartum 5-12. haftalar arasındaki anneler ile görüşülerek yapılan çalışmada, postpartum depresyon riski %43 olarak bulunmuştur (Kakyo, Muliira J. K., Mbalinda, Kizza ve Muliira, R. S., 2012). Yapılan diğer bir çalışmada araştırmaya dahil edilen 216 kadının %54,5'i vajinal doğum yapmış, postpartum altıncı haftada ölçülen EPDÖ skoru $7,1 \pm 4,89$ olarak bulunmuş depresyon riskinin %21,8 olduğu bildirilmiştir (Webster, Nicholas, Velacott, Cridland ve Fawcett, 2011). Sadat ve ark. tarafından yapılan bir çalışmaya %50'si vajinal doğum yapan 300 kadın dahil edilmiş, postpartum ikinci ve dördüncü ayda yapılan ölçümler sonucunda doğum şekli ve postpartum depresyon prevalansı arasında bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Vajinal doğum yapan kadınlarda postpartum depresyon riski ilk değerlendirmede %24, ikinci değerlendirmede ise %14,7; ortalama EPDÖ puanları ise sırasıyla $10,12 \pm 4,24$ ve $8,25 \pm 4,15$ olarak bulunmuştur. Postpartum depresyon riski vajinal doğum yapan kadınlarda birinci değerlendirmeden ikinci değerlendirmeye kadar önemli ölçüde

azalmıştır (Sadat ve ark., 2014). Ülkemizde yapılan kesitsel bir çalışmada postpartum altıncı haftada depresyon riski vajinal doğum yapan anneler için %27,6 olarak bulunmuştur (Göker ve ark., 2012). Meko ve ark. tarafından yapılan çalışmada annelerin EPDÖ puanı sekizinci haftada $8,4\pm 4,7$, on altıncı haftada $5,7\pm 3,3$ olarak tespit edilmiş, ilk değerlendirmede postpartum depresyon riski %7, ikinci değerlendirmede %1,7 olarak tespit edilmiştir (Meko, Shaaban, Ahmed ve Mohammed, 2020). Danacı ve ark. tarafından Manisa’da yapılan bir çalışmada ise annelerin ikinci ayda EPDÖ puan ortalamaları $6,8\pm 4,4$ olarak bulunmuştur (Danacı, Dinç, Devenci, Şen ve İçelli, 2002). Bu çalışmada postpartum depresyon oranlarının bu şekilde belirlenmesinin, çalışmanın tasarımına, EPDÖ’nin kabul edilen kesme değerine, araştırma için tercih edilen ölçüm zamanlarına, örneklem büyüklüğüne ve çalışmanın yapıldığı bölgeye bağlı olarak farklılık gösterdiği düşünülmektedir.

5.5. Annelerin Hemoglobin Düzeylerinin, Yorgunluk, Yaşam Kalitesi, Depresyon Düzeyleri ile İlişkisine Ait Bulguların İncelenmesi

Çalışmada annelerin hastaneye kabul, postpartum 24. saat ve postpartum 40. günlerde ölçülen hemoglobin düzeylerinin artması ile yorgunluk düzeylerinin düştüğü ve enerji düzeylerinin arttığı, yaşam kalitelerinde herhangi bir değişiklik olmadığı bulunmuştur. Benzer şekilde postpartum dönem hemoglobin düzeylerinin maternal yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemek amacıyla %88,3’ü vajinal doğum yapan 60 kadın ile yapılan kohort çalışmada, annelerin doğum öncesi döneme kıyasla postpartum dönemde hem fiziksel hem de mental rollerinde kötüleşme olduğu, fakat yaşam kalitesinin tüm alanları ve yorgunluk düzeyleri değerlendirildiğinde istatistiksel fark olmadığı belirlenmiştir (Miller, Ramachandran, Akbar, Carvalho ve Butwick, 2016). Hollanda’da postpartum ilk altı hafta boyunca yorgunluk ve yaşam kalitesinin postpartum hemoglobin seviyeleri ile ilişkisinin incelendiği prospektif kohort çalışmada, kadınların (%50,3’ü vajinal doğum, %49,7’si sezaryen ile doğum yapan) mental yorgunluk hariç diğer tüm yorgunluk skorları ile postpartum 12-24. saatte ölçülen Hb değerleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Hb değerlerinin düşmesi ile yorgunluk skorlarının arttığı gözlemlenmiş, bu ilişki bir hafta sonra kaybolmuştur (Gerard ve ark., 2007). Hollanda’da yapılan başka bir çalışmada anemik ve anemik olmayan kadınların postpartum dönemde yaşam kalitesi ve yorgunluk düzeyleri

ölçülmüş, 91 anemik (hemoglobin [Hb] <10,5 g / dL), 71 anemik olmayan (>Hb 10,5 g/dl) kadın analiz edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen tüm kadınların %62,3'ü vajinal doğum yapmıştır. Anemik kadınların ise %62,5'i, anemik olmayan kadınların %28,7'si vajinal doğum yapmıştır. Vajinal doğum grubunda postpartum 48. saat ve beşinci haftada değerlendirmeler gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın sonucunda yaşam kalitesi ve yorgunluk skorlarının tüm kadınlarda zaman içerisinde önemli ölçüde arttığı ancak ilk beş hafta boyunca anemik kadınlarda, anemik olmayan kadınlara kıyasla daha yavaş iyileşme olduğu belirtilmiş, fakat anemi ile yorgunluk ve yaşam kalitesi kavramları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Van Der Woude, Pijnenborg, Verzijl, Van Wijk ve De Vries, 2014). Yakın zamanda postpartum dönemde yorgunluğun risk faktörlerini belirlemek amacı ile yapılan meta-analiz çalışmasında düşük hemoglobin seviyesine sahip kadınların postpartum dönemde yorgunluk için orta derece risk grubunda yer aldığı tespit edilmiştir (Badr ve Zauszniewski, 2017).

Çalışmada annelerin hemoglobin düzeylerinin artması ile depresyon düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir. Pennsylvania'da komplikasyonsuz vajinal doğum yapan 37 kadın ile yapılan bir çalışmada, postpartum 7., 14. ve 28. günlerde yapılan görüşmeler ile hemoglobin ölçümleri yapılmış, annelerin hemoglobin seviyesi düştükçe depresyon riskinin arttığı tespit edilmiştir. Araştırmacılar bu çalışmanın sonucunda düşük hemoglobin seviyesinin postpartum depresyon için önemli bir risk faktörü olduğunu belirtmiştir (Corwin, Murray-Kolb ve Beard, 2003). Maeda ve ark. tarafından yapılan prospektif kohort çalışmasına 1128 kadın dahil edilmiş, bu kadınların %72,4'ü vajinal doğum gerçekleştirmiştir. Hb değerleri ikinci ve üçüncü trimesterde ve postpartum birinci hafta ölçülmüş, postpartum dördüncü haftada ise depresyon düzeyleri EPDÖ ile değerlendirilmiştir. Kadınların %44,2'sinin postpartum dönemde anemisi olduğu tespit edilmiş ve %20,1'inde postpartum depresyon riski bulunduğu belirtilmiştir. Çalışmanın sonucunda doğum şekli ile postpartum depresyon arasında bir ilişki olmadığı, postpartum dönemdeki anemi ve düşük hemoglobin düzeylerinin artmış postpartum depresyon riski ile anlamlı derecede ilişkili olduğu bildirilmiştir (Maeda ve ark., 2020). İspanya'da yapılan prospektif kohort çalışmaya %87,8'i vajinal doğum yapan 729 kadın dahil edilmiş, postpartum 48. saatte kan örneği alınmış, EPDÖ ile değerlendirmeler postpartum sekizinci ve 32. haftada

gerçekleştirilmiştir. Kadınların postpartum depresyon riski %9 olarak tespit edilmiştir. Çalışma sonucuna göre postpartum dönem birinci haftada demir eksikliğinin, kadınlarda postpartum depresyon riskinde iki kattan daha fazla artış ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (Albacar ve ark., 2011). Alharbi ve ark.'nın %74,4'ü vajinal doğum yapan 352 kadın ile yaptığı çalışmada, postpartum sekizinci ve 12. haftalarda gerçekleştirilen görüşmeler sonucunda doğum şekli ile postpartum depresyon arasında ilişki bulunmamıştır. Çalışmaya dahil edilen tüm kadınlar arasında postpartum depresyon prevalansı %33,2 (vajinal doğum yapanlarda %32,7) olarak tespit edilmiş; bu kadınların %39,8'inin hemoglobin düzeyinin düşük olduğu bildirilmiştir. Doğum sonrası hemoglobin düzeylerindeki düşüşün depresyon riskini arttırdığı tespit edilmiştir (Alharbi ve Abdulghani, 2014). Ayrıca Güney Afrika'da Beard ve ark.'nın 95 anne ile yaptığı prospektif, randomize kontrollü, çift kör bir çalışmada postpartum 6.-10. haftada ve dokuzuncu ayda değerlendirmeler yapılmış, postpartum anemi ile yüksek EPDÖ skorları arasında anlamlı bir ilişki olduğu; postpartum depresyonun demir tedavisine yanıt verdiği belirtilmiştir (Beard ve ark., 2005).

Çalışmaya dahil edilen annelerin ortalama antenatal hemoglobin değerleri normal aralığa yakın veya üzerinde olup, doğum sırasında aşırı kan kaybı yaşayan kadınlar çalışmaya dahil edilmediği için, ortalama postpartum hemoglobin düzeylerinin anemi için kabul edilen sınır değerlerin üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Bu durumun çalışmada hemoglobin düzeyleri ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki bulunmamasının nedeni olduğu düşünülmektedir. Orta veya şiddetli anemisi olan kadınların postpartum dönemde yaşam kalitesindeki değişikliklerin, depresyon ve yorgunluk yaşayıp yaşamadığının belirlenmesi, postpartum dönem hemoglobin değerlerinin olumsuz maternal sonuçlar için biyolojik bir belirteç olup olmadığının değerlendirilebilmesi için alanda yapılacak çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1.Sonuç

Annelerin postpartum hemoglobin düzeylerinin doğum sonu yaşam kalitesi, yorgunluk ve depresyon üzerine etkisini incelemek amacıyla yürütülen çalışmadan elde edilen veriler sonucunda;

- ❖ Annelerin hemoglobin düzeyi ortalamalarının hastaneye kabul sırasında $11,63\pm 1,22$ g/dl, postpartum 24. saatte $10,19\pm 1,13$ g/dl ve postpartum 40. günde $11,02\pm 1,15$ g/dl olduğu,
- ❖ Annelerin yorgunluk ve enerji düzeylerinin hastaneye kabul sırasındaki değerler ile karşılaştırıldığında postpartum 24. saat ve 40. günde artış gösterdiği,
- ❖ Annelerin hastaneye kabul sırasındaki, postpartum 24. saat ve postpartum 40. gündeki Fiziksel Sağlık yaşam kalitesi alanında fark bulunmazken, Mental Sağlık alanında postpartum 40. günde diğer zamanlara göre iyileşme olduğu,
- ❖ Annelerin postpartum 40. günde depresyon düzeylerinin postpartum 24. saate göre daha düşük olduğu ve depresyon riskinin gerilediği,
- ❖ Annelerin hemoglobin düzeylerinin artması ile yorgunluk düzeylerinin düştüğü, enerji düzeylerinin arttığı,
- ❖ Annelerin hemoglobin düzeylerinin artması ile depresyon düzeylerinin azaldığı,
- ❖ Annelerin hemoglobin düzeyleri ile yaşam kaliteleri arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir.

6.2.Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

Klinisyenler için;

- Antenatal bakım hizmeti kapsamında, gebeliğin erken dönemde tespitinin ve tüm gebelerin en az dört kez doğum öncesi bakım hizmeti almasının sağlanması,
- Gebelerde ve lohusalarda aneminin önlenmesi için, özellikle birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık personellerinin antenatal bakım hizmetlerine yönelik bilgi düzeyi saptanarak gerekli hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi,
- Gebelikte ve postpartum dönemde aneminin önlenmesi amacı ile kadınların izlemlere devamlılığının sağlanmasına yönelik girişimlerde bulunulması,
- Üreme çağındaki kadınların prekonsepsiyonel dönem de dahil olmak üzere, özellikle risk grubunda bulunanların, anemi için düzenli taranması, gerekli önlemlerin alınması ve erken dönemde teşhis edilen aneminin tedavisinin sağlanması,
- Demir destek programının sadece gebeler için değil üreme çağındaki tüm kadınlara uygulanması,
- Postpartum dönemde standart ölçekler ile annelerin yaşam kalitesi, yorgunluk ve depresyon düzeylerinin ölçülmesi, tespit edilen sorunlara yönelik bütüncül bir yaklaşım ile izlemlerinin sağlanması ve bu dönemde gelişebilecek komplikasyonları önlemeye yönelik bakımın planlanması,

Araştırmacılar için;

- Toplum sağlığı için genellenebilir sonuçlar ele edilebilmesi amacı ile araştırmanın farklı illerde, çok merkezli olarak daha geniş örneklem grubu ile yapılması, olguların uzun dönem takip edilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

ACOG. Ob-Gyns Can Prevent and Manage Obstetric Lacerations During Vaginal Delivery, Says New ACOG Practice Bulletin. 2016

Ahmed, A., Nasir, H., Shafiq, Q. A., Naeem, B., Ghelani, Y., & Shaikh, R. B. (2015). The Effect of Anemia on Pregnancy and Fetal Outcome: GMC Hospital, Ajman, UAE. *Gulf Medical Journal*, 4(S1), S76-S82.

Akın B, Ege E, Koçoğlu D, Demirören N, Yılmaz S. (2009). Quality of life and related factors in women, aged 15–49 in the 12-month post-partum period in Turkey. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 35(1), 86-93.

Al-Ghammari K, Al-Riyami Z, Al-Moqbalı M, Al-Marjabi F, Al-Mahrouqi B, Al-Khatri A et al. Predictors of Routine Episiotomy in Primigravida Women in Oman. *Appl Nurs Res* 2016; 29: 131–5.

Albacar, G., Sans, T., Martín-Santos, R., García-Esteve, L., Guillamat, R., Sanjuan, J., ... & Gaviria, A. (2011). An association between plasma ferritin concentrations measured 48 h after delivery and postpartum depression. *Journal of affective disorders*, 131(1-3), 136-142.

Alharbi, A. A., & Abdulghani, H. M. (2014). Risk factors associated with postpartum depression in the Saudi population. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 10, 311.

Alp, N., & Mete, S. (2008). Postpartum yorgunluk düzeyi ile uyku ve beslenmenin yorgunluğa etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(4), 10-18.

Alhabe, F., Belizán, J. M., & Bergel, E. (2002). Episiotomy rates in primiparous women in Latin America: hospital based descriptive study. *Bmj*, 324(7343), 945-946.

Altınayak, S. Ö., & Özkan, H. (2017). Annelerin Doğum Sonu Dönemde Yaşam Kalitesi Ve Desteklerinin Değerlendirilmesi. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*. Eylül / Ekim / Kasım / Aralık Sonbahar Kış Dönemi Sayı: 11 Yıl: 2017. ID:177 K:194 ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X. Doi: 10.17367/JACSD.2017.3.7

Altuntuğ, K., Ege, E. (2012). Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenirliği, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(3): 214-222

American Academy of Family Physicians. Clinical Preventive Service Recommendation: Iron Deficiency Anemia. Leawood, KS: American Academy of Family Physicians; 2006.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2008). ACOG Practice Bulletin No. 95: anemia in pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 112(1), 201. (Update: 2019)

Api, O., Breyman, C., Çetiner, M., Demir, C., & Ecdar, T. (2015). Diagnosis and treatment of iron deficiency anemia during pregnancy and the postpartum period: Iron deficiency anemia working group consensus report. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology*, 12(3), 173.

ARSLAN, H. (2017). Antepartum kan fibrinojen ve kalsiyum düzeylerinin postpartum hemogram parametrelerine etkisinin değerlendirilmesi (Doctoral dissertation, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi/Tıp Fakültesi/Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı).

Arslan, N., Tanrıverdi, M. H., Aslanhan, H., & Dane, B. (2014). Gebelikteki aneminin doğum şekli ve yeni doğan üzerine etkileri. *Dicle Medical Journal/Dicle Tıp Dergisi*, 41(1).

Arslantaş H, Ergin F, Balkaya A N. (2009). Aydın il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve ilişkili risk etmenler. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 10 (3), 13- 22

Auerbach, M., & Landy, H. (2018). Anemia in pregnancy. *UpToDate*. Basow DS (Ed), *UpToDate*, Waltham MA. <https://www.uptodate.com/contents/anemia-in-pregnancy#H3161335062> (Erişim tarihi: 22.10.2019)

Ay, F., Tektaş, E., Mak, A., & Aktay, N. (2018). Postpartum depresyon ve etkileyen faktörler: 2000–2017 araştırma sonuçları. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 9(3), 147-152.

Badr, H. A., & Zauszniewski, J. A. (2017). Meta-analysis of the predictive factors of postpartum fatigue. *Applied nursing research*, 36, 122-127.

Baghirzada, L., Downey, K. N., & Macarthur, A. J. (2013). Assessment of quality of life indicators in the postpartum period. *International journal of obstetric anesthesia*, 22(3), 209-216.

Balarajan, Y., Ramakrishnan, U., Özaltın, E., Shankar, A. H., & Subramanian, S. V. (2011). Anaemia in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 378(9809), 2123-2135.

Barroso, F., Allard, S., Kahan, B. C., Connolly, C., Smethurst, H., Choo, L., ... & Stanworth, S. (2011). Prevalence of maternal anaemia and its predictors: a multi-centre study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 159(1), 99-105.

Basbug, A., & Sonmez, C. I. (2018). Iron deficiency anemia in adolescent pregnancy: investigation of its effects and the related factors. *Family Practice and Palliative Care*, 3(3), 108-112.

Bedi, R., Acharya, R., Gupta, R., Pawar, S., & Sharma, R. (2015). Maternal factors of anemia in 3rd trimester of Pregnancy and its association with fetal outcome. *International Multispecialty Journal of Health (IMJH)*, 1(7), 46-53.

Beard, J. L., Hendricks, M. K., Perez, E. M., Murray-Kolb, L. E., Berg, A., Vernon-Feagans, L., ... & Tomlinson, M. (2005). Maternal iron deficiency anemia affects postpartum emotions and cognition. *The Journal of nutrition*, 135(2), 267-272.

Bekmezci, H., Hamlacı, Y., & Özerdoğan, N. (2016). Meleis'in Geçiş Kuramına Dayalı Postpartum Dönemde Bakım. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(4), 101-106.

Bencaiova G, Breymann C (2014) Mild anemia and pregnancy outcome in a Swiss collective. *J Pregnancy* 2014: 1-7.

Berghella, V. (Ed.). (2011). *Maternal-fetal evidence based guidelines*. CRC Press. Second edition, page 103

Bergmann, R. L., Richter, R., Bergmann, K. E., & Dudenhausen, J. W. (2010). Prevalence and risk factors for early postpartum anemia. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 150(2), 126-131.

Beştepe, G., & Bilgin, N. (2002). Afyon ili 2 ve 4 no'lu sağlık ocaklarındaki gebelerde anemi prevalansı ve anemiye etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi. *Sağlık ve Toplum*, 12(2), 43-53.

Bilgin, N. Ç., & Potur, D. C. (2010). Doğum Sonu Dönem Kanıt Temelli Yaklaşımlar ve Hemşirelik. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(3), 80-87

Bilgin, Z., & Demirci, N. (2019). Gebelikte Demir ve Folat Eksikliği Anemisinde Kanıt Dayalı Güncel Yaklaşımlar. *Zeynep Kâmil Tıp Bülteni*, 50(3), 167-174.

Bodnar, L. M., Cogswell, M. E., & Scanlon, K. S. (2002). Low income postpartum women are at risk of iron deficiency. *The Journal of nutrition*, 132(8), 2298-2302.

Brannon, P. M., & Taylor, C. L. (2017). Iron supplementation during pregnancy and infancy: Uncertainties and implications for research and policy. *Nutrients*, 9(12), 1327.

Bresani, C. C., Souza, B. A. I. D., Batista Filho, M., & Figueiroa, J. N. (2007). Anemia and iron deficiency in pregnant women: disagreements among the results of a cross-sectional study. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 7, s15-s21.

Breyman, C. (2013). Iron deficiency anemia in pregnancy. *Expert Review of Obstetrics & Gynecology*, 8(6), 587-596.

Breyman, C., Honegger, C., Holzgreve, W., & Surbek, D. (2010). Diagnosis and treatment of iron-deficiency anaemia during pregnancy and postpartum. *Archives of gynecology and obstetrics*, 282(5), 577-580.

Bucak, F. K., Özcanarlan, F., & Demir, M. (2017). Şanlıurfa kadın hastalıkları ve doğum hastanesine başvuran gebelerde anemi sıklığı ve ilişkili faktörler. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4(2), 103-109.

Carroli, G. ve Mignini, L. (2009). Vajinal doğum için epizyotomi. Sistematik incelemelerin Cochrane veritabanı , (1), CD000081.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (1998). Recommendations to prevent and control iron deficiency in the United States. *MMWR*. 1998;47(RR-3):1-36.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2008). Prevalence of self-reported postpartum depressive symptoms--17 states, 2004-2005. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 57(14), 361.

Chowdhury, S., Rahman, M., & Moniruddin, A. B. M. (2014). Anemia in pregnancy. *Medicine Today*, 26(1), 49-52.

Corwin, E. J., Murray-Kolb, L. E., & Beard, J. L. (2003). Low hemoglobin level is a risk factor for postpartum depression. *The Journal of nutrition*, 133(12), 4139-4142.

Comba, A., & Mert, H. (2014). İkinci Trimesterdeki Gebelerde Bazı Biyokimyasal ve Hematolojik Parametreler. *Van Tıp Dergisi*, 21(4), 210-215.

Cromi, A., Bonzini, M., Uccella, S., Serati, M., Bogani, G., Pozzo, N., & Ghezzi, F. (2015). Provider contribution to an episiotomy risk model. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 28(18), 2201-2206.

Çalışkan, E., Öztürk, N., Akyan, B., Dilbaz, B., Yalvaç, S., & Haberal, A. (2003). Analysis of 47145 deliveries in a tertiary center: an epidemiological view. *Gynecology Obstetrics & Reproductive Medicine*, 9, 88-91.

Çelikel, A.S. (2012). Doğum Sonrası Dönemde Fonksiyonel Durum ile Postpartum Depresyon İlişkisinin İncelenmesi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara

Çetin, F. C., Demirci, N., Çalık, K. Y., & Akıncı, A. Ç. (2017). Gebelikte Olağan Fiziksel Yakınmalar. *Zeynep Kâmil Tıp Bülteni*, 48(4), 135-141.

Çolak, M. B., Akın, B., & Turfan, E. Ç. (2019). İlk Kez Doğum Yapan Kadınlarda Doğum Şeklinin Postpartum Yorgunluk ve Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi. *Life Sciences*, 14(2), 30-40.

da Costa, A. G., Vargas, S., Clode, N., & Graça, L. M. (2016). Prevalence and risk factors for iron deficiency anemia and iron depletion during pregnancy: A prospective study. *Acta Medica Portuguesa*, 29(9), 514-518.

Danacı, A. E., Dinç, G., Deveci, A., Şen, F. S., & İçelli, İ. (2002). Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural aspects. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 37(3), 125-129.

Davidson M, London M, Ladewig P. *Maternal-Newborn Nursing & Women's Health*, 9th edition, Pearson Education, Inc., New Jersey, 2012.

Demirel, G., & Golbasi, Z. (2015). Effect of perineal massage on the rate of episiotomy and perineal tearing. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 131(2), 183-186.

Dorney, E., & Black, K. I. (2018). Preconception care. *Australian journal of general practice*, 47(7), 424.

Dowdle, W. (1989). CDC criteria for anemia in children and childbearing-aged women. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 38, 400-404.

Dönmez S., Sevil Ü. (2009). “Rutin Epizyotomi Uygulanmasının Gerekliliği”. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2 (3), 105-112.

Durmaz, A., Buğdayci, R. (2013). “Epizyotomi İyileşmesini Etkileyen Faktörler”. *Turkish Journal of Public Health*, 11 (2), 72-85.

Durukan, E., İlhan, M. N., Bumin, M. A., & Aycan, S. (2011). 2 Hafta-18 Aylık Bebeği Olan Annelerde Postpartum Depresyon Sıklığı ve Yaşam Kalitesi. *Balkan Medical Journal*, 28(4).

Dünya Sağlık Örgütü (1992) ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması. (Çev. ed.: MO Öztürk, B. Uluğ, Çev.: F. Çuhadaroğlu, İ. Kaplan, G. Özgen, MO Öztürk, M Rezaki, B Uluğ). Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, Ankara, 1993.

Eckerdal, P., Georgakis, M. K., Kollia, N., Wikström, A. K., Högberg, U., & Skalkidou, A. (2018). Delineating the association between mode of delivery and postpartum depression symptoms: a longitudinal study. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 97(3), 301-311.

Engindeniz, A. N., Küey, L., & Kültür, S. (1996). Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Bahar Sempozyumları, 1, 51-52.

Erdem Ö, Bucaktepe EPG, Özen Ş, Kara Hİ. (2010). Prepartum ve postpartum dönemde annelerin depresyon ve kaygı düzeylerin incelenmesi. Düzce Tıp Dergisi. 12(3), 24-31.

Erez Azulay, C., Pariente, G., Shoham-Vardi, I., Kessous, R., Sergienko, R., & Sheiner, E. (2015). Maternal anemia during pregnancy and subsequent risk for cardiovascular disease. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 28(15), 1762-1765.

Fan, T., & Blitz, J. (2016). Screening for Iron Deficiency Anemia and Iron Supplementation in Pregnant Women to Improve Maternal Health and Birth Outcomes. *American Family Physician*, 93(2), 137-138.

Figueiredo, A. C. M. G., Gomes-Filho, I. S., Silva, R. B., Cruz, S. S. D., & Pereira, M. G. (2018). Maternal Anemia and Iron Deficiency Anemia: Similarities and Singularities. *Health Care Current Reviews*, 6(217), 2.

Frenkel, Y., Shalev, L., Shoham-Vardi, I., Sergienko, R., Wolak, A., Sheiner, E., ... & Wolak, T. (2018). Early Postpartum Hemoglobin Less Than 10 g/dL Is Associated with Future Maternal Atherosclerotic Morbidity. *Journal of Women's Health*, 27(10), 1257-1262.

Gerard Jansen, A. J., Duvekot, J. J., Hop, W. C., Essink-Bot, M. L., Beckers, E. A., Karsdorp, V. H., ... & Van Rhenen, D. J. (2007). New insights into fatigue and health-

related quality of life after delivery. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 86(5), 579-584.

Gharacheh, M., Ranjbar, F., & Azadi, S. (2018). Women's Quality of Life and Postpartum Depression. *Iran Journal of Nursing*, 30(110), 68-77.

Goker, A., Yanikkerem, E., Demet, M. M., Dikayak, S., Yildirim, Y., & Koyuncu, F. M. (2012). Postpartum depression: is mode of delivery a risk factor? *International Scholarly Research Notices*, 2012.

Goonewardene, M., Shehata, M., & Hamad, A. (2012). Anaemia in pregnancy. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology*, 26(1), 3-24.

Gupta, A., & Gadipudi, A. (2018). Iron Deficiency Anaemia in Pregnancy: Developed Versus Developing Countries. *HEMATOLOGY*

Güleç, Ü. K., Özgünen, F. T., Evrücke, İ. C., & Demir, S. C. (2013). Gebelikte anemi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(3), 300-316.

Güler, B., Bilgiç, D., Okumuş, H., & Yağcan, H. (2019). Gebelikte Beslenme Desteğine İlişkin Güncel Rehberlerin İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 12(2).

Hahn-Holbrook, J., Cornwell-Hinrichs, T., & Anaya, I. (2018). Economic and health predictors of national postpartum depression prevalence: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression of 291 studies from 56 countries. *Frontiers in psychiatry*, 8, 248.

Haider, B. A., Olofin, I., Wang, M., Spiegelman, D., Ezzati, M., & Fawzi, W. W. (2013). Anaemia, prenatal iron use, and risk of adverse pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. *Bmj*, 346.

Hamzaoglu, O. (2010). Sağlık Nedir? Nasıl Tanımlanmalıdır? Toplum ve Hekim Dergisi, 25(6).

Harvey T, Zkik A, Auges M (2016) Assessment of iron deficiency and anemia in pregnant women: an observational French study. *Womens Health (Lond)*. 12: 95-102.

Hernández Pérez, J., Azón López, E., Mir Ramos, E., Peinado Berzosa, R., Val Lechuz, B., & Mérida Donoso, A. (2014). Factors affecting the performance of a selective episiotomy in nulliparous women. *Julio*, 35, 412-24.

Homer, C., & Oats, J. (2018). Clinical practice guidelines: Pregnancy care. Canberra: Australian Government Department of Health, 355-57. https://www.health.gov.au/sites/default/files/pregnancy-care-guidelines_0.pdf (Erişim Tarihi: 11.09.2020)

Horie, S., Nomura, K., Takenoshita, S., Nakagawa, J., Kido, M., & Sugimoto, M. (2017). A relationship between a level of hemoglobin after delivery and exclusive breastfeeding initiation at a baby friendly hospital in Japan. *Environmental health and preventive medicine*, 22(1), 40.

Iwata, H., Mori, E., Sakajo, A., Aoki, K., Maehara, K., and Tamakoshi, K., (2018). Course of Maternal Fatigue And its Associated Factors during The First 6 months postpartum: a Prospective Cohort Study. *Nurs Open*. Feb 21, 5(2):186-196.

Izuka, E. O., Dim, C. C., Chigbu, C. O., & Obiora-Izuka, C. E. (2014). Prevalence and predictors of episiotomy among women at first birth in Enugu, south east Nigeria. *Annals of medical and health sciences research*, 4(6), 928-932.

Kakyo, T. A., Muliira, J. K., Mbalinda, S. N., Kizza, I. B., & Muliira, R. S. (2012). Factors associated with depressive symptoms among postpartum mothers in a rural district in Uganda. *Midwifery*, 28(3), 374-379.

Kapil, U., & Bhadoria, A. S. (2014). National Iron-plus Initiative guidelines for control of iron deficiency anaemia in India, 2013. *Natl Med J India*, 27(1), 27-9.

Karaçam, Z., & Eroğlu, K. (2003). Effects of episiotomy on bonding and mothers' health. *Journal of advanced nursing*, 43(4), 384-394.

Karaçam, Z., Ekmen, H., Çalışır, H., & Şeker, S. (2013). Prevalence of episiotomy in primiparas, related conditions, and effects of episiotomy on suture materials used, perineal pain, wound healing 3 weeks postpartum, in Turkey: A prospective follow-up study. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 18(3), 237.

Karaoğlu, L., Pehlivan, E., Eğri, M., Deprem, C., Güneş, G., Genç, M. F. ve Temel, I. (2010). Doğu Anadolu ilinde, hamilelikte beslenme anemisinin prevalansı, Türkiye. *BMC Halk Sağlığı*, 10 (1), 329.

Kartal, B., Kızılırmak, A., Calpbinici, P. ve Demir, G. (2017). Epizyotomi prevalansının geriye dönük analizi. *Türk Alman Jinekoloji Derneği Dergisi*, 18 (4), 190-194.

Kavosi, Z., Keshtkaran, A., Setoodehzadeh, F., Kasraeian, M., Khammarnia, M., & Eslahi, M. (2015). A Comparison of Mothers' Quality of Life after Normal Vaginal, Cesarean, and Water Birth Deliveries. *International journal of community based nursing and midwifery*, 3(3), 198-204.

Kaya, D., & Akan, N. (2010). Bir Sağlık Ocağı Bölgesindeki Gebelerde Anemi Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 2(2), 100-109.

Kazi, T. G., Kandhro, G. A., Afridi, H. I., Baig, J. A., Shah, A. Q., Wadhwa, S. K., ... & Kolachi, N. F. (2010). Evaluation of iodine, iron, and selenium in biological samples of thyroid mother and their newly born babies. *Early human development*, 86(10), 649-655.

Kilic, M., Ozorhan, E. Y., Apay, S. E., Çapik, A., Agapinar, S., & Ozkan, H. (2015). Comparison of fatigue levels of postpartum women according to the birth method. *International Journal of Caring Sciencies*, 8(1), 124-131.

Kim, S., Soeken, T. A., Cromer, S. J., Martinez, S. R., Hardy, L. R., & Strathearn, L. (2014). Oxytocin and postpartum depression: delivering on what's known and what's not. *Brain research*, 1580, 219-232.

Khabiri, R., Rashidian, A., Montazeri, A., Symon, A., Foroushani, A. R., Arab, M., & Rashidi, B. H. (2013). Validation of the mother-generated index in Iran: a specific postnatal quality-of-life instrument. *International journal of preventive medicine*, 4(12), 1371.

Kohler, S., Annerstedt, K. S., Diwan, V., Lindholm, L., Randive, B., Vora, K., & De Costa, A. (2018). Postpartum quality of life in Indian women after vaginal birth and cesarean section: a pilot study using the EQ-5D-5L descriptive system. *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 427.

Kudubeş, A. A. (2014). Çocuğun Kansere Bağlı Yaşadığı Yorgunluk ve Hemşirelik Bakımı. *Türk Onkoloji Dergisi*, 29 (3), 120-124.

Kuo, S. Y., Yang, Y. L., Kuo, P. C., Tseng, C. M., & Tzeng, Y. L. (2012). Trajectories of depressive symptoms and fatigue among postpartum women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 41(2), 216-226.

Levy, A., Fraser, D., Katz, M., Mazor, M., & Sheiner, E. (2005). Maternal anemia during pregnancy is an independent risk factor for low birthweight and preterm delivery. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 122(2), 182-186.

Lone, F. W., Qureshi, R. N., & Emanuel, F. (2004). Maternal anaemia and its impact on perinatal outcome. *Tropical Medicine & International Health*, 9(4), 486-490.

Lopez, A., Cacoub, P., Macdougall, I. C., & Peyrin-Biroulet, L. (2016). Iron deficiency anaemia. *The Lancet*, 387(10021), 907-916.

Lutter, C. K., Daelmans, B. M., de Onis, M., Kothari, M. T., Ruel, M. T., Arimond, M., ... & Borghi, E. (2011). Undernutrition, poor feeding practices, and low coverage of key nutrition interventions. *Pediatrics*, 128(6), e1418-e1427.

Madazlı R. (2017). Demir Eksikliği Anemisi Taraması. Gebelikte Tarama ve Öngörü (1. Baskı) içinde (s. 15). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.

Maeda, Y., Ogawa, K., Morisaki, N., Tachibana, Y., Horikawa, R., & Sago, H. (2020). Association between perinatal anemia and postpartum depression: a prospective cohort study of Japanese women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 148(1), 48-52.

Majzoobi, M. M., Majzoobi, M. R., Nazari-pouya, F., Biglari, M., & Poorolajal, J. (2014). Comparing quality of life in women after vaginal delivery and cesarean section. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 2(4), 207-214.

Marakoğlu, K., Özdemir, S., Çivi, S. (2009). Doğum sonu Depresyon. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 29(1):206-214.

Martínez-Galiano, J. M., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, J., Delgado-Rodríguez, M., Rubio-Alvarez, A., & Gómez-Salgado, J. (2019). Women's quality of life at 6 weeks postpartum: Influence of the discomfort present in the puerperium. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(2), 253.

Maskey, M., Jha, N., Poudel, S. I., & Yadav, D. (2014). Anemia in pregnancy and its associated factors: a study from eastern Nepal. *Nepal journal of epidemiology*, 4(4), 386-92.

McDonagh, M., Cantor, A., Bougatsos, C., Dana, T., & Blazina, I. (2015). Routine Iron Supplementation and Screening for Iron Deficiency Anemia in Pregnant Women: A Systematic Review to Update the U.S. Preventive Services Task Force Recommendation

Medina Garrido, C., León, J., & Romaní Vidal, A. (2018). Maternal anaemia after delivery: prevalence and risk factors. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 38(1), 55-59.

Mei, Z., Cogswell, M. E., Looker, A. C., Pfeiffer, C. M., Cusick, S. E., Lacher, D. A., & Grummer-Strawn, L. M. (2011). Assessment of iron status in US pregnant women from the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), 1999–2006. *The American journal of clinical nutrition*, 93(6), 1312-1320.

Mekey, H. K., Shaaban, M. M., Ahmed, M. R., & Mohammed, T. Y. (2020). Prevalence of postpartum depression regarding mode of delivery: a cross-sectional study. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 33(19), 3300-3307.

Miller, C. M., Ramachandran, B., Akbar, K., Carvalho, B., & Butwick, A. J. (2016). The impact of postpartum hemoglobin levels on maternal quality of life after delivery: a prospective exploratory study. *Annals of hematology*, 95(12), 2049–2055.

Milman, N. (2011a). Postpartum anemia I: definition, prevalence, causes, and consequences. *Annals of hematology*, 90(11), 1247.

Milman, N. (2011b). Anemia—still a major health problem in many parts of the world! *Annals of hematology*, 90(4), 369-377.

Milman, N. (2012a). Postpartum anemia II: prevention and treatment. *Annals of hematology*, 91(2), 143-154.

Milman, N. (2012b). Oral iron prophylaxis in pregnancy: not too little and not too much! *Journal of pregnancy*, 2012.

Milman, N., Agger, A. O., & Nielsen, O. J. (1991). Iron supplementation during pregnancy. Effect on iron status markers, serum erythropoietin and human placental lactogen. A placebo controlled study in 207 Danish women. *Danish medical bulletin*, 38(6), 471-476.

Montoya-Romero Jde J, Castelazo Morales E, Valerio Castro E, Velázquez Cornejo G, Nava Muñoz DA, et al. (2012) Review by expert group in the diagnosis and treatment of anemia in pregnant women. *Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología. Ginecol Obstet Mex* 80 9: 563-580.

Murray-Kolb, L., Chen, L., Chen, P., Shapiro, M., & Caulfield, L. (2012). Maternal mortality, child mortality, perinatal mortality, child cognition, and estimates of prevalence of anemia due to iron deficiency. *Maternal Mortality, Child Mortality, Perinatal Mortality, Child Cognition, and Estimates of Prevalence of Anemia due to Iron Deficiency*.

National Institute for Clinical Excellence (NICE). Antenatal Care: Routine Care for the Healthy Pregnant Woman. Clinical Guideline CG62. London, NICE, 2008.

Nagpal, J., Dhar, R. S. G., Sinha, S., Bhargava, V., Sachdeva, A., & Bhartia, A. (2008). An exploratory study to evaluate the utility of an adapted Mother Generated Index (MGI) in assessment of postpartum quality of life in India. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6(1), 107.

Nowakowska-Głąb, A., Maniecka-Bryła, I., Wilczyński, J., & Nowakowska, D. (2010). Evaluation of antenatal quality of life of hospitalized women with the use of Mother-Generated Index—pilot study. *Ginekologia polska*, 81(7).

O'hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: current status and future directions. *Annual review of clinical psychology*, 9, 379-407.

Özcan, N. K., Boyacıoğlu, N. E., & Dinç, H. (2017). Postpartum depression prevalence and risk factors in Turkey: a systematic review and meta-analysis. *Archives of psychiatric nursing*, 31(4), 420-428

Öztürk, M., Öztürk, Ö., Ulubay, M., Kardeşahin, E., Özgürtaş, T., Yenen, M., ... & Bodur, S. (2017). Anemia prevalence at the time of pregnancy detection. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology*, 14(3), 176.

Pasc, A., Navolan, D., Puşcaşiu, L., Ionescu, C. A., Szasz, F. A., Carabineanu, A., ... & Nemescu, D. (2019). A multicenter cross-sectional study of episiotomy practice in Romania. *Journal of evaluation in clinical practice*, 25(2), 306-311.

Pavord, S., Daru, J., Prasannan, N., Robinson, S., Stanworth, S., Girling, J., & BSH Committee. (2019). UK guidelines on the management of iron deficiency in pregnancy. *Br J Haematol*.

Pavord, S., Myers, B., Robinson, S., Allard, S., Strong, J., Oppenheimer, C., & British Committee for Standards in Haematology. (2012). UK guidelines on the management of iron deficiency in pregnancy. *British journal of haematology*, 156(5), 588-600.

Peña-Rosas, J. P., De-Regil, L. M., Garcia-Casal, M. N., & Dowswell, T. (2015). Daily oral iron supplementation during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7).

Perez, E. M., Hendricks, M. K., Beard, J. L., Murray-Kolb, L. E., Berg, A., Tomlinson, M., ... & Vernon-Feagans, L. (2005). Mother-infant interactions and infant development are altered by maternal iron deficiency anemia. *The Journal of nutrition*, 135(4), 850-855.

Pınar Bölüktaş, R. (1995). Hemşirelik Araştırmalarında Yeni Bir Kavram Yaşam Kalitesi Bir Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Kronik Hastalarda Geçerlik ve Güvenirliğinin Sınanması. *Hemşirelik Bülteni*, 0-0.

Pirinçci, E., Açık, Y., Bostancı, M., Eren, S., & Beritanlı, H. (2001). Elâzığ il merkezinde yaşayan gebelerde anemi prevalansı. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3, 449-54.

Prakash, S., & Yadav, K. (2015). Maternal anemia in pregnancy: an overview. *International Journal of Pharmacy and Pharmaceutical R*

Prakash, S., Kandoria, M., & Pal, A. (2018). A study of effects of anemia on maternal and perinatal outcomes. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 7(7), 2720.

Pratiwi, I. R., Santoso, S., & Wahyuningsih, H. P. (2018). Prevalence and risk factors for postpartum anemia. *Jurnal Kesehatan Ibu dan Anak*, 12(2), 113-118.

Räisänen, S., Vehviläinen-Julkunen, K., & Heinonen, S. (2010). Need for and consequences of episiotomy in vaginal birth: a critical approach. *Midwifery*, 26(3), 348-356.

Rasouli, M., Keramat, A., Khosravi, A., & Mohabatpour, Z. (2016). Prevalence and factors associated with episiotomy in Shahroud City, northeast of Iran. *Int J Womens Health Reprod Sci*, 4(3), 125-9.

RCOG. Episiotomy. 2012 <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/episiotomy---query-bank/>

Rohilla, M., Raveendran, A., Dhaliwal, L. K., & Chopra, S. (2010). Severe anaemia in pregnancy: a tertiary hospital experience from northern India. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 30(7), 694-696.

Rukuni, R., Knight, M., Murphy, M. F., Roberts, D., & Stanworth, S. J. (2015). Screening for iron deficiency and iron deficiency anaemia in pregnancy: a structured review and gap analysis against UK national screening criteria. *BMC pregnancy and childbirth*, 15(1), 269.

Sadat, Z., Abedzadeh-Kalahroudi, M., Atrian, M. K., Karimian, Z., & Sooki, Z. (2014). The impact of postpartum depression on quality of life in women after child's birth. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16(2).

Sadat, Z., Kafei Atrian, M., Masoudi Alavi, N., Abbaszadeh, F., Karimian, Z., & Taherian, A. (2014). Effect of mode of delivery on postpartum depression in Iranian women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 40(1), 172-177.

Sadat, Z., Taebi, M., Saberi, F. ve Kalarhoudi, MA (2013). Doğum şekli ile doğum sonrası fiziksel ve ruhsal sağlıkla ilgili yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *İran hemşirelik ve ebellek araştırması dergisi*, 18 (6), 499–504.

Salhan, S., Tripathi, V., Singh, R., & Gaikwad, H. S. (2012). Evaluation of hematological parameters in partial exchange and packed cell transfusion in treatment of severe anemia in pregnancy. *Anemia*, 2012.

Schaffir, J., Kunkler, A., Lynch, C. D., Benedict, J., Soma, L., & Doering, A. (2018). Association between postpartum physical symptoms and mood. *Journal of psychosomatic research*, 107, 33-37.

Sheikh, M., Hantoushzadeh, S., Shariat, M., Farahani, Z., & Ebrahimi-nasab, O. (2017). The efficacy of early iron supplementation on postpartum depression, a randomized double-blind placebo-controlled trial. *European journal of nutrition*, 56(2), 901-908.

Siu, A. L. (2015). Screening for iron deficiency anemia and iron supplementation in pregnant women to improve maternal health and birth outcomes: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine*, 163(7), 529-536.

Skalkidou, A., Hellgren, C., Comasco, E., Sylvén, S., & Poromaa, I. S. (2012). Biological aspects of postpartum depression. *Women's health*, 8(6), 659-672.

Sociedad Española de Ginecología y *Obstetricia (SEGO)* (2018). Control prenatal del embarazo normal. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 61(5), 517-534.

Somdatta, P., Reddaiah, V. P., & Singh, B. (2009). Prevalence of anaemia in the postpartum period: a study of a North Indian village. *Tropical doctor*, 39(4), 211-215.

Song, J.E., Chae, H.J., and Kim, C.H., (2014). Changes in Perceived Health Status, Physical Symptoms, and Sleep Satisfaction of Postpartum Women over time. *Nurs Health Sci. Sep*, 16(3):335-42. DOI: 10.1111/nhs.12109. Epub 2013 Dec 24.

Stevens, G. A., Finucane, M. M., De-Regil, L. M., Paciorek, C. J., Flaxman, S. R., Branca, F., ... & Nutrition Impact Model Study Group. (2013). Global, regional, and national trends in haemoglobin concentration and prevalence of total and severe anaemia in children and pregnant and non-pregnant women for 1995–2011: a systematic analysis of population-representative data. *The Lancet Global Health*, 1(1), e16-e25.

Sukrat, B., Wilasrusmee, C., Siribumrungwong, B., McEvoy, M., Okascharoen, C., Attia, J., & Thakkinstian, A. (2013). Hemoglobin concentration and pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BioMed research international*, 2013.

Sütçü, S., & Çatak, B. (2017). Burdur İlinde Postpartum Depresyon Prevalansı ve Etki Eden Faktörler. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*, 7(3), 220-224.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2007). Gebelerde Demir Destek Programı Rehberi. *Ankara, Turkey: T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü*. (Erişim Tarihi: 11.09.2020)

T.C. Sağlık Bakanlığı (2018a). Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. *Ankara, Turkey: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı*. (Erişim Tarihi: 11.09.2020)

T.C. Sağlık Bakanlığı (2018b). Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi. *Ankara, Türkiye. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı*. (Erişim Tarihi: 11.09.2020)

Tandon, R., Jain, A., & Malhotra, P. (2018). Management of iron deficiency anemia in pregnancy in India. *Indian Journal of Hematology and Blood Transfusion*, 34(2), 204-215.

Taner, C. E., Ekin, A., Solmaz, U., Gezer, C., Çetin, B., Keleşoğlu, M., ... & Özeren, M. (2015). Prevalence and risk factors of anemia among pregnant women attending a high-volume tertiary care center for delivery. *Journal of the Turkish German Gynecological Association*, 16(4), 231.

Taşkın, L. (2012). Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği, Sistem Ofset Matbaacılık IX. Baskı, Ankara, s: 435-495

Taylor, J. and Johnsob, M., (2010). How Women Manage Fatigue After Childbirth. *Midwifery*. Jun, 26(3):367-75. DOI: 10.1016/j.midw.2008.07.004. Epub 2008 Sep.

Torkan, B., Parsay, S., Lamyian, M., Kazemnejad, A., & Montazeri, A. (2009). Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and caesarean section. *BMC pregnancy and childbirth*, 9(1), 4

Triviño-Juárez, J. M., Romero-Ayuso, D., Nieto-Pereda, B., Forjaz, M. J., Criado-Álvarez, J. J., Arruti-Sevilla, B., ... & Plá-Mestre, R. (2017). Health related quality of life of women at the sixth week and sixth month postpartum by mode of birth. *Women and Birth*, 30(1), 29-39.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. (TNSA) (2019). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2018

UNICEF, Micronutrient Initiative (2004). "Vitamin and mineral deficiency: A global damage assessment report." Vol.81, 194S-1197S, *Micronutrient Initiative: Ottawa*

United Nations. World Health Organization. (2001). Iron Deficiency Anaemia: Assesment, Prevention and Control: a Guide for Programme Managers. World Health Organization. 59-60

Van Der Woude, D., Pijnenborg, J. M., Verzijl, J. M., Van Wijk, E. M., & De Vries, J. (2014). Health status and fatigue of postpartum anemic women: a prospective cohort study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 181, 119-123.

Vural, T., Özcan, A., & Sancı, M. (2016). Güncel Bilgiler Işığında Gebelikte Demir Eksikliği Anemisi: Demir Desteği Kime? Ne Zaman? Ne kadar? *Van Tıp Dergisi*, 23(4), 369-376.

Webster, J., Nicholas, C., Velacott, C., Cridland, N., & Fawcett, L. (2011). Quality of life and depression following childbirth: impact of social support. *Midwifery*, 27(5), 745-749.

Wojtyła, C., Bilinski, P., Paprzycki, P., & Warzocha, K. (2011). Haematological parameters in postpartum women and their babies in Poland-comparison of urban and rural areas. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 18(2).

WHO (1948). WHO constitution, signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States and entered into force on 7 April 1948

World Health Organization. (2001). The clinical use of blood in medicine, obstetrics, paediatrics, surgery and anaesthesia, trauma and burns. Geneva: World Health Organization, Blood Transfusion Safety. Page:40 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42397> (Erişim Tarihi: 02.10.2020).

World Health Organization. (2005). Assessing the iron status of populations: report of a Joint World Health Organization/Centers for Disease Control and Prevention Technical Consultation on the Assessment of Iron Status at the Population Level, Geneva, Switzerland, 6-8 April 2004. https://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/anaemia_iron_deficiency/9789241596107/en/ (Erişim Tarihi: 11.09.2020)

World Health Organization. WHO technical consultation on postpartum and postnatal care. No. WHO/MPS/10.03. Geneva: World Health Organization, 2010. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70432/WHO_MPS_10.03_eng.pdf (Erişim : 21.12.2019)

World Health Organization. (2011a). *Serum ferritin concentrations for the assessment of iron status and iron deficiency in populations* (No. WHO/NMH/NHD/MNM/11.2).

World Health Organization. https://www.who.int/vmnis/indicators/serum_ferritin.pdf (Erişim: 21.12.2019)

World Health Organization. (2011b). *Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity* (No. WHO/NMH/NHD/MNM/11.1). World Health Organization.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85839/WHO_NMH_NHD_MNM_11.1_eng.pdf (Erişim Tarihi : 18.08.2020)

World Health Organization. (2012a). Preconception care to reduce maternal and childhood mortality and morbidity. *Geneva: World Health Organization.*

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78067/9789241505000_eng.pdf?sequence=1 (Erişim Tarihi: 19.10.2019)

World Health Organization. (2012b). Guideline; Daily iron and folic acid supplementation in pregnant women. *Geneva: World Health Organization, 27.*

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77770/9789241501996_eng.pdf?sequence=1 (Erişim Tarihi: 18. 08. 2020)

World Health Organization WHO. (2015). The global prevalence of anaemia in 2011. *Geneva: World Health Organization.*

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177094/9789241564960_eng.pdf (Erişim tarihi: 08.11.2019)

World Health Organization (2016a) WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva, World Health Organization, Switzerland

Page:23 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf> (Erişim tarihi: 17.10.2019)

World Health Organization WHO. (2016b). [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-anaemia-in-non-pregnant-women-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-anaemia-in-non-pregnant-women-(-)) (Erişim Tarihi: 16.08.2020)

World Health Organization. (2016c). Guideline: daily iron supplementation in adult women and adolescent girls. https://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/guidelines/daily_iron_sup_p_womenandgirls.pdf (Erişim Tarihi: 18.08.2020)

World Health Organization. (2016d). Guideline: Iron supplementation in postpartum women. Page:1 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249242/9789241549585-eng.pdf> (Erişim Tarihi: 05.09.2020)

Yanikkerem, Ö. G. E., Altıparmak, Ö. G. S., & Karadeniz, G. (2006). Gebelikte Yaşanan Fiziksel Sağlık Sorunlarının İncelenmesi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 10(10).

Yeşilçiçek Çalık K, Aktaş S. Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011; 3(1):142-162.

Yıldırım, A., Hacıhasanoğlu, R., & Karakurt, P. (2011). Postpartum depresyon ile sosyal destek arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 8(1), 31-46.

Youssry, M. A., Radwan, A. M., Gebreel, M. A., & Patel, T. A. (2018). Prevalence of maternal anemia in pregnancy: the effect of maternal hemoglobin level on pregnancy and neonatal outcome. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 8(7), 676-687.

Yurtsever, S., Bedük, T. (2003). Hemodiyaliz Hastalarında Yorgunluğun Değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 5(2), 3-12.

Zubaran, C., & Foresti, K. (2011). Investigating quality of life and depressive symptoms in the postpartum period. *Women and Birth*, 24(1), 10-16.s



EK1. BİREY TANITIM FORMU

BİREY TANITIM FORMU

Anket No:.....

1. Yaşınız

2. Eğitim durumunuz

a. Okur-yazar b. İlköğretim c. Lise d. Üniversite e. Yüksek Lisans ve üzeri

3. Çalışma durumunuz

a.Çalışıyorum b. Çalışmıyorum Hiç çalışmadım() Şuan çalışmıyorum ()

4. Gelir durumunuz

a. Gelir giderden az b. Gelir gidere eşit c. Gelir giderden fazla

5. Aile tipiniz

a. Çekirdek aile b. Geniş aile

6. Obstetrik öykü:

a. Gebelik sayısı:.... b. Canlı doğum sayısı:..... c. Yaşayan çocuk sayısı:.....
d. Düşük sayısı:.... e. Küretaj sayısı:....

7. Epizyotomi ()var ()Yok

8. Bu gebeliğinizi planlamış mıydınız?

a. Evet, planlı b. Hayır, plansız fakat mutlu oldum
c. Plansız, kendimi hazır hissetmiyorum

9. Herhangi bir sıkıntınız olduğunda bunu paylaşabileceğiniz size destek olabilecek birisi/birileri var mı?

a. Evet (Kim.....) b. Hayır

10. Travay süresi:.....

11. Hemoglobin düzeyi:..... (hastaneye kabulde)..... (postpartum 24. Saatte)
..... (postpartum 40.günde)

EK 2. SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

1. Genel olarak sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

	PUANLAMA
a) Mükemmel	1
b) Çok iyi	2
c) İyi	3
d) Orta	4
e) Kötü	5

2. Bir yıl öncesi ile karşılaştığımızda şimdiki sağlığını genel olarak nasıl buluyorsunuz?

	PUANLAMA
a) Bir yıl önceye göre çok daha iyi	1
b) Bir yıl önceye göre biraz daha iyi	2
c) Hemen hemen aynı	3
d) Bir yıl öncesinden biraz daha kötü	4
e) Bir yıl öncesinden çok daha kötü	5

SAĞLIĞINIZ ve GÜNLÜK AKTİVİTELER

3. Aşağıdaki sorular normal bir gün boyunca yapabileceğiniz aktiviteler hakkındadır.

Sağlığınız aşağıdaki aktiviteleri yapmanızı engelliyor mu? Engelliyorsa ne kadar engelliyor?

AKTİVİTELER	Evet çok engelliyor (1 puan)	Evet biraz engelliyor (2 puan)	Hayır pek engellemiyor (3 puan)
a) Koşu, ağırlık kaldırma ve ağır sporlar gibi büyük çaba gerektiren aktivitelerde			
b) Masayı, elektrik süpürgesini itme gibi orta/hafif aktivitelerde			
c) Paket veya çanta taşırken			
d) Birkaç kat merdiven çıkarken			
e) Bir kat merdiven çıkarken			
f) Eğilirken, çömelirken			
g) Bir kilometreden fazla yürürken			
h) Birkaç yüz metre yürürken			
i) Yüz metrelik bir mesafeyi yürürken			
j) Giyinirken veya yıkanırken			

4. Geçen bir ay boyunca işinizde veya diğer rutin işlerinizde fiziksel sağlığınıza bağlı olarak aşağıdaki herhangi birinden şikayetçi oldunuz mu?

	Evet (1 puan)	Hayır (2 puan)
a) İşiniz veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden çalışma zamanınızı azalttınız mı?		
b) İşinizde amaçladığınızdan daha az m verimli oldunuz?		
c) İş ve aktivitelerinizi (kolay) olanlarla sınırladınız mı?		
d) İş ve aktivitelerinizi gerçekleştirirken zorluk çektiniz mi?		

5. Geçen bir ay boyunca işinizde diğer rutin işlerinizde ruhsal durumunuzun sonucu olarak (örneğin sinirli veya stresli) aşağıdaki problemlerden herhangi biriyle karşılaştınız mı?

	Evet (1 puan)	Hayır (2 puan)
a) İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden çalışma zamanınızı azalttınız mı?		
b) İşinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?		
c) İşinizi veya diğer aktivitelerinizi her zamankinden daha az dikkatli mi yaptınız?		

6. Geçen bir ay boyunca fiziksel ve ruhsal sağlığınız ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla ilişkilerinizi ne dereceye kadar etkiledi?

	PUANLAMA
a) Pek etkilemedi	1
b) Çok az	2
c) Orta	3
d) Oldukça	4
e) Aşırı	5

AĞRI

7. Geçen bir ay boyunca vücudunuzda ne kadar ağrı oldu?

	PUANLAMA
a) Hiç	1
b) Çok hafif	2
c) Hafif	3
d) Orta	4
e) Fazla	5
f) Çok fazla	6

8. Geçen bir ay boyunca (şikayetleriniz/geçirdiğiniz ameliyat) işlerinizi yapmanıza ne kadar olumsuz etki gösterdi? (Ev ve dışarıdaki işleriniz dahil olmak üzere)

	PUANLAMA
a) Çok değil	1
b) Az	2
c) Orta	3
d) Fazla	4
e) Çok fazla	5

DUYGULARINIZ

9. Bu sorular geçen bir ay boyunca ne kadar sürede kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerinizin nasıl gittiği hakkındadır?

	Kategoriler ve Puanlamaları					
	Her zaman	Çoğunlukla	Biraz fazla	Bazen	Çok az	Hiç
a) Tam enerjik hissettiniz.	1	2	3	4	5	6
b) Çok sinirli biriydiniz.	1	2	3	4	5	6
c) Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar canınız sikkındı.	1	2	3	4	5	6
d) Sakin ve huzurluydunuz	1	2	3	4	5	6
e) Fazla enerjiniz vardı.	1	2	3	4	5	6
f) Moralsiz ve kederli hissettiniz.	1	2	3	4	5	6
g) Çok yorgun hissettiniz.	1	2	3	4	5	6
h) Hiç mutlu oldunuz mu?	1	2	3	4	5	6
i) Yorgun hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Sağlığınız akraba ve arkadaş ziyaretleri gibi sosyal aktivitelerinizi sınırladı mı?

	PUANLAMA
a) Her zaman	1
b) Çoğu zaman	2
c) Bazen	3
d) Çok az	4
	5

GENEL OLARAK SAĞLIĞINIZ

11. Aşağıdaki ifadeler sizi ne kadar doğru veya yanlış olarak tanımlamaktadır?

	Kategoriler ve Puanlamaları				
	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Emin değilim	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
a) Diğer insanlardan daha sık hasta oluyor gibiyim.	1	2	3	4	5
b) Tanıdığım herhangi biri kadar sağlıklıyım.	1	2	3	4	5
c) Sağlığımın daha kötüye gideceğini sanıyorum.	1	2	3	4	5
d) Sağlığım mükemmel.	1	2	3	4	5

EK 3. YORGUNLUK İÇİN GÖRSEK BENZERLİK SKALSI (YİGBS)

YORGUNLUK İÇİN GÖRSEL BENZERLİK SKALASI

Tarih:

Saat:

YÖNERGE: Sizden şu anda ne hissettiğinizi belirtmeniz için çizgilerin uygun yerine "x" işareti koymanız istenmektedir. Örneğin, dünden beri hiç yemek yemediğinizi düşünün. "x" işaretini aşağıdaki çizginin neresine koyardınız?

Hiç değilim _____ Aşırı derecede açım

Lütfen, şimdi aşağıdaki maddeler için bu değerlendirmeyi yapınız.

1. Hiç yorulmuş değilim _____ Aşırı derecede yorulmuş hissediyorum
2. Hiç uykum yok _____ Aşırı derecede uykum var
3. Hiç uyusuk değilim _____ Aşırı derecede uyusuk hissediyorum
4. Hiç halsizliğim yok _____ Aşırı derecede halsizliğim var
5. Hiç bitkin değilim _____ Aşırı derecede bitkin hissediyorum
6. Hiç enerjim yok _____ Aşırı derecede hissediyorum
7. Hiç hareket etmek istemiyorum _____ Aşırı derecede aktif hissediyorum
8. Hiç kuvvetim yok _____ Aşırı derecede dinç hissediyorum
9. Hiçbir iş çıkaramıyorum _____ Kendimi son derece işe yarar hissediyorum
10. Hiç yaşam dolu değilim _____ Son derece yaşam doluyum
11. İşlerimi düzenli yapabiliyorum _____ Ne yapacağımı şaşırılmış durumdayım
12. Hiç tükenmiş değilim _____ Aşırı derecede tükenmiş hissediyorum
13. Gözlerimi açık tutmak için hiç bir güç gerekmiyor _____ Gözlerimi açık tutmak aşırı güç gerektiriyor
14. Kolayca hareket edebiliyorum _____ Hareket etmek benim için büyük bir iş
15. Dikkatimi toplamada güçlük çekmiyorum _____ Dikkatimi toplamak büyük bir iş
16. Yorulmadan sohbet edebiliyorum _____ Sohbet etmek benim için büyük bir iş
17. Gözlerimi açık tutmak için büyük bir isteğim var _____ Gözlerimi açık tutmak için kesinlikle isteksizim
18. Bir yere uzanmak için kesinlikle isteksizim _____ Bir yere uzanmak için büyük bir isteğim var

EK 4. EDİNBURG POSTPARTUM DEPRESYON ÖLÇEĞİ (EPDÖ)

EDİNBURG POSTPARTUM DEPRESYON ÖLÇEĞİ (EPDÖ)

Yakın zamanlarda bebeğiniz oldu. Sizin son hafta içindeki duygularınızı öğrenmek istiyoruz. Böylelikle size daha iyi yardımcı olabileceğimize inanıyoruz. Lütfen yalnızca bugün değil son 7 gün içinde, kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz.

Son 7 gündür;

1. Gülebiliyor ve olayların komik taraflarını görebiliyorum

- a) Her zaman olduğu kadar
- b) Artık pek o kadar değil
- c) Artık kesinlikle o kadar değil
- d) Artık hiç değil

2. Geleceğe hevesle bakıyorum

- a) Her zaman olduğu kadar
- b) Artık pek o kadar değil
- c) Artık kesinlikle o kadar değil
- d) Artık hiç değil

3. Birşeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

- a) Evet, çoğu zaman
- b) Evet, bazen
- c) Çok sık değil
- d) Hayır, hiçbir zaman

4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

- a) Hayır, hiçbir zaman
- b) Çok seyrek
- c) Evet, bazen
- d) Evet, çoğu zaman

5. İyi bir neden olmadığı halde korkuyor ya da panikliyorum
- Evet, çoğu zaman
 - Evet, bazen
 - Çok sık değil
 - Hayır, hiçbir zaman
6. Her şey giderek sırtıma yükleniyor.
- Evet, çoğu zaman başa çıkamıyorum.
 - Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum.
 - Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkabiliyorum.
 - Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum
7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum
- Evet, çoğu zaman
 - Evet, bazen
 - Çok sık değil
 - Hayır, hiçbir zaman
8. Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum
- Evet, çoğu zaman
 - Evet, bazen
 - Çok sık değil
 - Hayır, hiçbir zaman
9. Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum
- Evet, çoğu zaman
 - Evet, oldukça sık
 - Çok seyrek
 - Hayır, asla
10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.
- Evet, oldukça sık
 - Bazen.
 - Hemen hemen hiç
 - Asla

EK 5. ETİK KURUL ONAYI

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

0317

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Nuray EGELİOĞLU CETİŞLİ

Karar No: 2
Tarih : 23.01.2019

KARAR

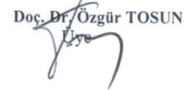
Annelerin Postpartum Hemogloblin Düzeylerinin Doğum Sonu Yaşam Kalitesi, Yorgunluk ve Depresyon Üzerine Etkisi araştırma başvuru dosyanız kurumumuzda gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir. İnceleme sonucunda çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.

T. KATILMADI
Doç. Dr. Orhan GÖKALP
Başkan

T. KATILMADI
Doç. Dr. Serdar BAYATA
Başkan Yardımcısı


Prof. Dr. Yasemin TOKEM
Üye

T. KATILMADI
Prof. Dr. Belde Kasap DEMİR
Üye


Doç. Dr. Özgür TOSUN
Üye


Doç. Dr. Ash BAYSAL
Üye

Uzm. Dr. Ayşenur ATAY
Üye


Dr. Mehmet ERTAN
Üye

Uzm. Dr. Doğu Barış KILIÇÇIOĞLU
Raporör Üye


Dr. Öğr. Üyesi Gülşay OYUR ÇELİK
ÜYE

KARŞI OY _____ :

070

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ UNIVERSITY
Non-Interventional Clinical Studies
Institutionel Review Board

To : Nuray EGELİOĞLU CETİŞLİ, PhD
From : Assoc. Prof. Orhan GÖKALP, MD, Chair
Date : 23.01.2019
IRB # : 2

Study Title : The Impact of Postpartum Hemoglobin Levels on Maternal Quality of Life, Fatigue and Depression After Delivery.

At its board meeting **23.01.2019** your submission for the above referenced research study has received review and approval from İzmir Kâtip Celebi Non-Interventional Clinical Studies Institutional Review Board.

Assoc. Prof. Orhan GÖKALP




Karar Raporu

EK 6. ARAŞTIRMA KURUM İZİNİ



T.C.
BURSA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 11392457-044
Konu : Aycan HACILAR'ın Tez Çalışması
Talebi Hk.

İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

İlgi : 27/02/2019 tarihli ve 60429939-1900017200 sayılı yazınız.

İlgi kayıtlı yazınız ile; Üniversitenizin Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans (Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği) Programı öğrencisi Aycan HACILAR'ın öğretim üyesi Dr.Öğr. Üyesi Nuray EGELİOĞLU CETİŞLİ'nin danışmanlığında “Annelerin Postpartum Hemoglobin Düzeylerinin Doğum Sonu Yaşam Kalitesi, Yorgunluk ve Depresyon Üzerine Etkisi” konulu anket çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı Mustafakemalpaşa Devlet Hastanesinde anket sorularını uygulamak isteği ile ilgili Müdürlük Makamının 08.03.2019 tarih ve E.13164 sayılı Olur yazınız ekinde gönderilmektedir.

Gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Özcan AKAN
İl Sağlık Müdürü

EK: Makam Oluru (1 sayfa).

Dikkaldırım Mah. Hat Caddesi No:4 Osmangazi, BURSA
Telefon: Faks No:
e-Posta: Aynur.Sen2@saglik.gov.tr İnternet Adresi: <http://bursaism.saglik.gov.tr>

Bilgi için: Aynur ŞEN
HEMŞİRE
Telefon No: 0224/295 33 65



T.C.
BURSA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 11392457-044
Konu : Aycan HACILAR'ın Tez Çalışması
Talebi Hk.

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Rektörlüğünün 27.02.2019 tarih ve E.1900017200 sayılı yazısında Üniversitenin Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans (Kadın sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği) Programı Öğrencisi Aycan HACILAR'ın Öğretim Üyesi Dr. Nuray EGELİOĞLU CETİŞLİ'nin danışmanlığında yürüteceği "Annelerin Postpartum Hemoglobin Düzeylerinin Doğum Sonu Yaşam Kalitesi, Yorgunluk ve Depresyon Üzerine Etkisi" konulu anket çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı Mustafakemalpaşa Devlet Hastanesinde anket sorularını uygulamak isteği Başkanlığımızca Uygun görülmüş olup; Makamınızca da uygun görüldüğü takdirde olurlarınıza arz ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Efrail ATICI
Personel ve Destek Hizmetleri
Başkanı

OLUR
.../03/2019
e-imzalıdır.
Dr. Özcan AKAN
İl Sağlık Müdürü

EK 7. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU



BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (Retrospektif Çalışmalarda Doldurulmayacak*)

[LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!...]

Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrasında özgür iradenizle vermeniz gerekmektedir.

1.ARAŞTIRMAYLA İLGİLİ BİLGİLER:

Araştırmanın Adı: Annelerin Postpartum Hemoglobin Düzeylerinin Doğum Sonu Yaşam Kalitesi, Yorgunluk ve Depresyon Üzerine Etkisi

Araştırmanın İçeriği: Araştırmanın içeriğinde sadece yüzyüze görüşme ile doldurulan anketler bulunmaktadır. Herhangi deneysel bir girişim, uygulama ve tedavi içermemektedir.

Araştırmanın Amacı: Bu çalışma, annelerin postpartum hemoglobin düzeylerinin doğum sonu yaşam kalitesi, yorgunluk ve depresyon üzerine etkilerini incelemek amacıyla planlanmıştır.

Araştırmanın Öngörülen Süresi: Ocak-Haziran 2019 (Altı ay)

Araştırmaya Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 300 Kişi

Araştırmada İzlenecek Uygulamalar ve Tedavi: Araştırmada veriler anket yöntemi ile toplanacak ve herhangi bir tedavi uygulanmayacaktır.

2.ARAŞTIRMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR(LAR): Araştırma sonrası ihtiyacınız olan konularda bilgi verilecek ve danışmanlık yapılacaktır

3.GÖNÜLLÜNÜN UYGULAMA SIRASINDA KARŞILAŞABİLECEĞİ RİSKLER VE RAHATSIZLIKLAR:

Araştırmada cerrahi girişim yapılmayacaktır. Bu nedenle katılımcıya herhangi bir riski ve rahatsızlığı yoktur.

4.GÖNÜLLÜLER İÇİN ARAŞTIRMADAN BEKLENEN TIBBİ YARAR: Araştırmada cerrahi girişim yapılmayacaktır. Anketlerden elde edilen veriler sonunda çalışmaya katılanların ve diğer bireylerin ihtiyacı olan eğitimler belirlenir ve eğitim planlaması yapılabilir. Ayrıca araştırmanın sonuçları başka insanların yararına kullanılabilir.

İmza/ Kaşe:

Sorumlu Araştırmacı: Aycan HACILAR

5.GEBELİK Aşağıdaki yazının bold karakter ile yazılmaması gerekiyor

Çalışmada doğum için hastaneye başvuran gebelere doğum odasında ve doğum sonrası dönemde anket formu uygulanacaktır. Herhangi bir tedavi veya işlem uygulanmayacaktır.

6.ARAŞTIRMAYA SEÇENEK OLAN GİRİŞİMLER YA DA TEDAVİLER KONUSUNDA BİLGİLENDİRİLME

Çalışmada cerrahi girişim ve tedavi uygulanmayacaktır.

7.ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILMA DURUMLARI

Çalışma anket çalışması olduğu için katılımcının onayı alındıktan hemen sonra uygulanacak, çalışmaya katılmak istemeyen veya herhangi bir aşamasında çalışmadan ayrılmak isteyen anneler araştırma dışında bırakılacaktır.

8.ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ GİDERLERİN KARŞILANMASI

Araştırma süresince katılımcının maddi gideri olmayacaktır.

9.ARAŞTIRMAYA KATILMA DURUMUNDA HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

10.ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN İRTİBAT

Cerrahi bir girişim olmadığından dolayı tıbbi hiçbir sorun çıkmayacaktır. Çalışma ile ilgili sormak istediğiniz bir konu olursa aşağıdaki kişiye ulaşabilirsiniz.

Uzm.Dr.1.Telefon:.....2.Telefon:.....

11.ZARARLARIN KARŞILANMASI:

Araştırmada cerrahi müdahale olmayacağı için tıbbi bir zarar görmeyeceksiniz. Fakat çalışmaya katılmaktan anket uygulama süresince istediğiniz zaman vazgeçebilirsiniz.

12.GÖNÜLLÜLÜK, ARAŞTIRMAYI REDDETME VE ARAŞTIRMADAN ÇEKİLME HAKKI, ARAŞTIRMADAN ÇIKARILMA:

- Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.
- Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.
- Sorumlu araştırmacı / doktora haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmediğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum.
- Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı / doktor ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle ya da almakta olduğum tıbbi bakımın kalitesini yükseltmek amacıyla, benim onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

13.GİZLİLİK:

Bu çalışmadan elde edilen bilgiler, uygulanan yöntemin kullanımının onaylanması için verilere gereksinimi olan öteki ülkelerin hükümetlerine ve ilgili birimlerine iletilebilir. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

14.ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren **Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunu** kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma yeterli cevaplar aldım.

Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verildi.

Gönüllünün Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....

.....

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....

.....

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacı

Adı- Soyadı: Aycan HACILAR

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

EK 8. ÖLÇEK KULLANIM İZİNİ

merhaba sayın Aycan Hacılar,

ilginiz için teşekkürler; tabii, ölçeği çalışmalarınızda kullanabilirsiniz.

ekte ölçeği ve ilgili birkaç yayınımızı gönderiyorum.

çalışmanız tamamlandığında arşiv için bana da gönderirseniz sevinirim.

iyi çalışmalar dilerim.

esenlik dileklerle,

levent

Levent Küey,
Associate Professor of Psychiatry,
Istanbul Bilgi University, Istanbul,
Turkey
European Psychiatric Association former
Board Member (2015-2019)
World Psychiatric Association former
Secretary General (2008-2014)

On 16.10.2020 13:34, aycan hacılar wrote:

Sayın Engindeniz,

Yüksek Lisans Tezimde kullanmak üzere ,
geçerlik ve güvenilirliğini yapmış
olduğunuz **Edinburgh Postpartum Depresyon**
Ölçeği'ni izniniz dahilinde kullanmak istiyoruz.
Saygılarımla, iyi çalışmalar dilerim.

Hemşire Aycan HACILAR
Mustafakemalpaşa Devlet Hastanesi

Ölçek Kullanım İzni Hakkında

Rukiye PINAR BÖLÜKTAŞ <rukiye.boluktas@izu.edu.tr>
Alıcı: aycan hacilar <aycanhacilar@gmail.com>

16 Ekim 2020 16:30

Sayın Hacılar
SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'ni tezinizde kaynak göstermek koşulu ile kullanmanız uygundur. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Prof. Dr. Rukiye Pınar Bölüktaş

Gönderen: aycan hacilar <aycanhacilar@gmail.com>

Gönderildi: 16 Ekim 2020 Cuma 13:35

Kime: Rukiye PINAR BÖLÜKTAŞ <rukiye.boluktas@izu.edu.tr>

Konu: Ölçek Kullanım İzni Hakkında

Sayın Bölüktaş,

Hocam merhaba,

Yüksek Lisans Tezim kapsamında, geçerlik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz **SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'** ni izniniz dahilinde kullanmak istiyoruz.
Saygılarımla, iyi çalışmalar dilerim.

Hemşire Aycan HACILAR
Mustafakemalpaşa Devlet Hastanesi
İletişim: 05304574285

ÖZGEÇMİŞ

1993 yılında Manisa’da doğdu. İlk, orta, lise öğrenimini Manisa’da tamamladı. 2012 yılında İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi’nde başladığı eğitime 2014 yılında yatay geçiş yaparak İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi’nde devam ederek 2017 yılında tamamladı ve hemşire unvanını aldı. Eylül 2017’de İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik (Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı) Tezli Yüksek Lisans Programında eğitime başladı. Temmuz 2018’de Mustafakemalpaşa Devlet Hastanesi’nde Kadın Hastalıkları ve Doğum Servis Hemşiresi göreve başladı ve hala aynı hastanede görev yapmaktadır.