



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**DOĞUMA HAZIRLIK SINIFINDA EĞİTİM ALMANIN
KADINLARDA POSTPARTUM DEPRESYON RİSKİNE ETKİSİ**

ELİF YILMAZ

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Nuriye PEKCAN

İSTANBUL-2019

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**DOĞUMA HAZIRLIK SINIFINDA EĞİTİM ALMANIN
KADINLARDA POSTPARTUM DEPRESYON RİSKİNE ETKİSİ**

Elif YILMAZ

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Nuriye PEKCAN

İSTANBUL-2019

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Anabilim Dalı : HEMŞİRELİK
Program : KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
Öğrenci No : 164204008
Öğrenci Adı Soyadı : ELİF YILMAZ

DOĞUMA HAZIRLIK SINIFINDA EĞİTİM ALMANIN POSTPARTUM DEPRESYON RİSKİNE ETKİSİ
isimli çalışma aşağıdaki jüri tarafından **31.05.2019** tarihinde yapılan sınavda Yüksek Lisans Tezi olarak oybirliğiyle kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı : Prof. Dr. Selma DOĞAN
(Üsküdar Üniversitesi)

İmza



Danışman : Dr. Öğr. Üyesi Nuriye PEKCAN
(Üsküdar Üniversitesi)

İmza



Üye : Dr. Öğr. Üyesi Hacer ATAMAN
(İstanbul Medeniyet Üniversitesi)

İmza



ONAY

Bu tez, yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun
..... tarih ve sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Doç.Dr. Türker Tekin ERGÜZEL
Enstitü Müdür V.

ÖZET

Bu çalışma, doğuma hazırlık sınıfında eğitim almanın postpartum depresyon riskine etkisini belirlemek amacıyla karşılatırmalı tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Çalışmanın verileri literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından oluşturulan kadınların sosyodemografik ve obstetrik özelliklerini içeren “Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “Edinburg Doğum Sonu Depresyon Ölçeği” kullanılarak toplandı.

Araştırmada, çalışma grubu Edinburg Doğum Sonu Depresyon Ölçek puanı ortalamalarının (6,16+4,8), karşılaştırma grubu EDSDÖ puanı ortalamalarından (12,47+9,5) düşük olduğu saptanmıştır (p<0,000). Çalışma grubunda yer alan, şuan çalışmayan kadınlar (6,76+4,8) ile şuan çalışan kadınlar (3,09+3,7) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir (p=0,020, p<0,05). Karşılaştırma grubunda, geliri giderinden fazla olan kadınların (6,52±8,3), geliri giderinden az (14,47±9,9) ve geliri giderine eşit (13,48±8,6) olan kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir (p=0,005, p<0,05). Karşılaştırma grubunda gebeliğin planlanma durumuna “evet” yanıtını veren kadınların (8,76±7,5), “hayır” yanıtını veren kadınlar (17,64±9,7) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir (p=0,000, p<0,05). Karşılaştırma grubunda, primipar kadınların (10,17±8,4), multipar kadınlar (14,84±10,0) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir (p=0,044, p<0,05). Karşılaştırma grubunda, sezaryen doğumu yapan kadınlar (15,87±9,5) ile vajinal doğum yapan kadınlar (9,17±8,3) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir (p=0,003, p<0,05). Çalışma grubunda doğum sonu destekçi durumu açısından “hayır” yanıtı veren kadınlar (8,31+5,5) ile “evet” yanıtı veren kadınlar (5,49+4,4) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir (p=0,041, p<0,05). Karşılaştırma grubunda, sadece mama ile besleyen kadınların (24,12±7,1), sadece anne sütü (7,56±86,0) ve anne sütü+mama (16,50±9,7) ile besleyen kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir (p=0,000, p<0,05).

Sonuç olarak, Doğuma Hazırlık Sınıfı’nda eğitim almanın kadınlarda postpartum depresyonu önlemede etkili olduğu bulunmuştur

Anahtar Kelimeler: Doğuma Hazırlık Sınıfı, Postpartum Depresyon, Gebe

ABSTRACT

This study was carried out in descriptive-comparative type to determine the effect of prenatal preparatory classes (PPC) on postpartum depression risk (PPD).

The study data were collected through the "Edinburgh Postnatal Depression Scale" (EPDS) and a "Data Collection Form" which had items questioning socio-demographic and obstetric characteristics of women and was designed by the researcher in light of the literature.

In the study, the mean scores of the comparison group obtained from the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) (12.47 ± 9.5) were found to be higher than the mean EPDS scores of the study group (6.16 ± 4.8) ($p < 0.000$). In the study group, statistically significant differences were determined between the currently unemployed women (6.76 ± 4.8) and the currently working women (3.09 ± 3.7) ($p = 0.020$, $p < 0.05$). In the comparison group, there were statistically significant differences between women who had a higher income than their expenses (6.52 ± 8.3) and women who had a less income than their expenses (14.47 ± 9) and women who had an equal income and expenses (13.48 ± 8.6) ($p = 0.005$, $p < 0.05$). In the comparison group, statistically significant differences were found between women who responded "yes" to the question whether their pregnancy was planned (8.76 ± 7.5) and women who responded "no" the same question (17.64 ± 9.7) ($p = 0.000$, $p < 0.05$). There were also statistically significant differences between primiparous women (10.17 ± 8.4) and multiparous women (14.84 ± 10.0) in the comparison group ($p = 0.044$, $p < 0.05$). Furthermore, the study found statistically significant differences between women who had a cesarean section (15.87 ± 9.5) and women who had vaginal delivery (9.17 ± 8.3) in the comparison group ($p = 0.003$, $p < 0.05$). On the other hand, statistically significant differences were determined in the study group between women who responded "no" to the question whether they had a postpartum supporter (8.31 ± 5.5) and women who responded "yes" to this question (5.49 ± 4.4) ($p = 0.041$, $p < 0.05$). Moreover, in the comparison group, there were also statistically significant differences between women who fed their babies with only formula (24.12 ± 7.1) and women who fed their babies with only breast milk (7.56 ± 8.6) and breast milk + formula (16.50 ± 9.7) ($p = 0.000$, $p < 0.05$).

In conclusion, it was found that education in the Prep Class was effective in preventing postpartum depression in women.

Keywords: *Prenatal Preparatory Classes, Postpartum Depression, Pregnancy*

TEŞEKKÜR

Hazırladığım bu proje sürecinde zamanını, sabrını, tecrübelerini, güler yüzünü benden esirgemeyen her defasında bana güç katarak gelişmemi sağlayan, bu yolda onunla çalışmaktan onur ve gurur duyduğum değerli danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Nuriye PEKCAN'A,

Bugüne kadar hayatımın her döneminde bana desteği ve sonsuz sevgisiyle her zaman yanımda olduğunu hissettiren, tüm eğitimim boyunca göstermiş olduğu emek, hoşgörü ve sabrı için canım babama anneme ablama ve nişanlıma,

Sonsuz teşekkür ederim.

BEYAN FORMU

Bu çalışmanın kendi tez çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Tarih

Adı Soyadı

İmza



İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
TEŞEKKÜR	iii
BEYAN FORMU	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar DİZİNİ	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
1. GİRİŞ ve PROBLEM TANIMI	1
1.1. Çalışmanın Amacı.....	13
2. GENEL BİLGİLER	14
2.1. Postpartum Dönemdeki Duygusal Değişiklikler	14
2.1.1. Annelik Hüzünü.....	15
2.1.1.1. Prevelansı.....	15
2.1.1.2. Etiyolojisi.....	15
2.1.1.3. Risk Faktörleri	16
2.1.1.4. Klinik Belirtileri.....	16
2.1.2. Postpartum Depresyon	17
2.1.2.1. Tanımı	17
2.1.2.2. Etiyolojisi.....	17
2.1.2.2.1. Biyolojik Etkenler	17
2.1.2.2.2. Genetik Etkenler	21
2.1.2.2.3. İmmünolojik Etkenler	22
2.1.2.3. Epidemiyolojisi	26
2.1.2.4. Klinik Özellikleri	29
2.1.2.5. Ayırıcı Tanısı	30
2.1.2.6. Risk Faktörleri	32
2.1.2.6.1. Sosyodemografik Faktörler	32
2.1.2.6.2. Fiziksel ve Biyolojik Faktörler	33
2.1.2.6.3. Psikolojik Faktörler.....	33
2.1.2.6.4. Obstetrik Faktörler	34

2.1.2.6.5. Kültürel Faktörler	35
2.1.2.7. Anne ve Bebek Üzerinde Oluşan Etkileri.....	35
2.1.2.8. Tedavisi.....	38
2.1.2.8.1. Somatik Tedaviler.....	38
2.1.2.8.2. Psikososyal Müdahaleler ve Psikoterapiler	39
2.1.3. Postpartum Psikoz.....	40
2.1.3.1. Prevelansı.....	40
2.1.3.2. Belirtileri.....	40
2.1.3.3. Etiyolojisi ve Risk Faktörleri.....	41
2.1.3.4. Tanı Ölçütleri.....	42
2.1.3.5. Tedavisi.....	42
2.2. Doğum Sonu Ruhsal Değişimlerde Hemşirenin Yaklaşımı	43
2.3. Doğuma Hazırlık Sınıfları	45
2.3.1. Tanımı ve Amaçları	45
2.3.2. Türkiye ve Dünya'daki Gelişimi	46
2.3.3. Eğitimin İlke ve Özellikleri	48
2.3.3.1. Yetişkin Eğitimi.....	48
2.3.3.2. Eğitim ve Öğretim Yöntem ve Teknikleri	48
2.3.3.3. Grup Eğitiminin Özellikleri	49
2.3.3.4. Eğitim Programlarının Özellikleri ve İçeriği	50
2.3.3.5. Eğitim Felsefeleri.....	52
2.3.3.5.1. Dick-Read	53
2.3.3.5.2. Bradley.....	53
2.3.3.5.3. Lamaze.....	54
2.3.3.5.4. Hipnozla Doğum-Mongan (HypnoBirthing-The Mongan)	55
2.3.3.5.5. Farkındalığa Dayalı Doğum ve Ebeveynliğe Hazırlık.....	55
2.3.3.5.6. England	56
2.3.3.5.7. Odent.....	56
2.3.3.5.8. Kitzinger	56
2.3.3.5.9. Leboyer	57
2.3.3.5.10. Aktif Doğum	57
2.3.3.5.11. Gayle Peterson	58
2.3.3.4. Doğuma Hazırlık Sınıflarının Gebeliğe Etkisi.....	58
2.3.3.5. Doğuma Hazırlık Sınıflarının Doğuma Etkisi	59

2.3.3.6. Doğuma Hazırlık Sınıflarının Postpartum Döneme Etkisi	62
2.3.3.7. Doğuma Hazırlık Sınıfları ve Hemşirelik	63
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	65
3.1.1.Araştırmanın Tipi.....	65
3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	65
3.3. Evren ve Örneklem	66
3.4.Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri	66
3.5. Veri Toplama Araçları	67
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	68
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	68
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	68
4. BULGULAR.....	70
4.1. Çalışma ve Karşılaştırma Grubu Kadınların Sosyodemografik ve Obstetrik Özelliklere Göre Dağılımı.....	71
4.2. Çalışma ve Karşılaştırma Grubu Kadınların EDSDÖ Puan Ortalamaları Dağılımı.....	77
4.3. Çalışma ve Karşılaştırma Grubu Kadınların Sosyodemografik ve Obstetrik Özelliklerine Göre EDSDÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	73
5. TARTIŞMA.....	78
5.1. Çalışma ve Karşılaştırma Grubu Kadınların Sosyodemografik ve Obstetrik Özelliklere Göre Dağılımının Tartışılması.....	79
5.2. Çalışma ve Karşılaştırma Grubu Kadınların EDSDÖ Puan Ortalamaları Dağılımı Tartışılması.....	96
5.3. Çalışma ve Karşılaştırma Grubu Kadınların Sosyodemografik ve Obstetrik Özelliklerine Göre EDSDÖ Puan Ortalamalarının Dağılımının Tartışılması.....	86
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	99
6.1. Çalışma ve Karşılaştırma Grubu Kadınların Sosyodemografik ve Obstetrik Özelliklere Göre Dağılımının Sonuçları.....	99
6.2. Çalışma ve Karşılaştırma Grubu Kadınların EDSDÖ Puan Ortalamalarının Sonuçları.....	99
6.3. Çalışma ve Karşılaştırma Grubu Kadınların Sosyodemografik ve Obstetrik Özelliklerine Göre EDSDÖ Puan Ortalamalarının Sonuçları.....	100
7. KAYNAKÇA.....	102

8.EKLER.....	129
Ek-1Bilgilendirilmiş Onam Formu	129
Ek-2 Tanıtıcı Bilgi Formu	130
Ek-3 Edinburg Doğum Sonu Depresyon Ölçeği.....	131
Ek-4 İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni.....	132
Ek-5 İl Sağlık Müdürlüğü Rektörlük İzni.....	133
Ek-6 Kurum İzni	134
Ek-7 Etik Kurul İzni.....	135
9.ÖZGEÇMİŞ.....	136



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Çalışma ve Karşılaştırma Grubu Kadınların Sosyodemografik ve Obstetrik Özelliklere Göre Dağılımı

Tablo 2. Çalışma ve Karşılaştırma Grubu Kadınların EDSÖ Puan Ortalamaları Dağılımı

Tablo 3. Çalışma ve Karşılaştırma Grubu Kadınların Sosyodeografik Özelliklerine Göre EDSÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 4. Çalışma ve Karşılaştırma Grubu Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre ve EDSÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AAP	: Amerikan Pediatri Akademisi
ACOG	: Amerikan Obstetri Ve Jinekoloji Cemiyeti
APA	: Amerika Psikoloji Derneği
ASPO	: Amerikan Kadın Hastalıkları Psikoprolaks Derneği
DHS	: Doğuma Hazırlık Sınıfı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EDSDÖ	: Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği
PPD	: Postpartum Depresyon
PPP	: Postpartum Psikoz
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

1. GİRİŞ ve PROBLEM TANIMI

Gebelik, doğum ve postpartum dönem kadınların yaşamında önemli bir yere sahiptir. Bu dönemler kadınları fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden en fazla etkileyen bir çok sağlık sorunlarının yaşandığı krizli dönemlerdir (Taşkın 2016).

Gebelik, üreme hücreleri olan ovum ve spermin birleşmesi sonucu oluşan embriyonun, uterusu yerleşmesi ile başlar ve doğumla birlikte sona erer. Gebelik süresi son menstruasyonun ilk gününden itibaren ortalama 40 hafta (280 gün) dır (MEB 2012).

Postpartum dönem ise, plasentanın doğumu ile başlayan, 6-12 haftalık lohusalık ve emzirme dönemini de içeren, gebelik ve doğum sürecinde oluşan fiziksel, psikolojik değişikliklerin eski halini aldığı bebeğin ise aile sistemiyle bütünleştiği ve sağlık sorunlarının yoğun olarak yaşandığı, anne ve bebeğin hemşirelik bakımına fazlaca ihtiyaç duydukları bir dönemdir (Aslan 2015, Karaçam 2015, Taşkın 2016).

Gebelik döneminde görülen fizyolojik değişikliklerin; ilk trimesterde, sık aralıklarla idrara çıkma, halsizlik, yorgunluk, bulantı-kusma, 2. ve 3. trimesterde yorgunluk, hareket zorluğu, uykusuzluk, sık idrara çıkma, bel ağrısı, kilo alma, uterusun büyümesi, aerola ve eksternal genital organların renginde koyulaşma, memelerde dolgunluk, stria, gebelik maskesi, linea nigra, kabızlık, solunum güçlüğü, regürjitasyondur (Esmeray 2016, Uçar 2014, Yıldırım 2015). Psikolojik değişimler ise; 1. trimesterde yaşanan yeni duruma ve gebe olduğu gerçeğine uyum sağladığı, aile sosyal ve mesleki yaşamında oluşabilecek değişimler, ekonomik sorunlar, doğuma ve anneliğe hazır olmama korkusu, ambivalan duygular, 2. trimesterde fetüsün, artık ayrı bir varlık olarak kabul edilmesi, bebeği koruma endişesi, narsisizm ve içe dönme, 3.trimesterde ise annelik rolünün kadın tarafından algılanmaya başlaması ve “ben anne olacağım” diyebilmesi olup diğer yandan doğum zamanını tam olarak bilmeme, doğum için hastaneye yetişememe kaygısı, ilk gebeliği olanlarda bilinmezlik korkusu, doğumun nasıl olacağı, çocuğun sağlıklı olup olmayacağı gibi konularda endişelerin arttığı dönemdir. (Demiray 2006, Esmeray 2016, Yıldırım 2015, Taşkın 2016).

Postpartum dönemde, annede meydana gelen gerileyici (retrogressive) yani uterusun toparlanıp küçüldüğü, vajina ile diğer genital organların, sistemlerin gebelik öncesi haline geri döndüğü ve ilerleyici (progressive) göğüslerin laktasyona hazırlanma

gibi fizyolojik değişiklikler görölmektedir. Postpartum dönem bebeğin doğmasıyla aile dinamiklerinin değiştii ve kadının annelik rolüne alıştığı önemli bir geçiş sürecidir (Kirlek ve Can 2016, Taşkın 2016). Bu süreçte kadınlara, fiziksel halinin gebelik öncesi haline gelmesi, bebeğin doğması ve değişen aile düzeninin kurulması, bebeği emzirme, bakım gereksinimlerini karşılayabilme, bebeğiyle iletişim ve güven kurabilme gibi yeni rol ve sorumluluklar yüklenir (Sword ve Watt 2005). Tüm bu fiziksel ve psikolojik değişimler kadınların bebeğine, bedenine, yeni rolleri ile ilgili uyum sorunları yaşamasına neden olabilir. Yaşanan uyum problemleri de postpartum dönemde görölen duygusal bozukluklara kadar ilerleyebilmektedir (Taşkın 2016).

Postpartum dönemde meydana gelen duygudurum bozuklukları belirtilerin şiddetine, özelliklerine, tedavisi ve prognozlarına göre sınıflandırılır. Annelik hüznü (maternity blues), postpartum depresyon (doğum sonu depresyon) ve postpartum psikoz (doğum sonu psikoz) olarak 3 grupta incelenmektedir (Öztürk ve Aydın 2018).

Annelik hüznü genellikle postpartum 3. ya da 4. günde ortaya çıkmakta ve 1-2 haftaya kadar uzayabilmektedir (Kendell et al.1981). Sekel bırakmaz ve tedavi gerektirmez (O'Hara ve Segre 2009). Tunus'ta Masmoidi'nin yaptığı çalışmada görölme oranı %19,2 iken Kore'de yapılan çalışmada %70.3 olarak belirtilmiştir (Chunget ey al. 2013, Masmoidi et al. 2014). Annelik hüznü belirtileri eşine kin ve nefret duyma, bebeği ve kendisi için kaygılanma, bebeğe karşı ilgi eksikliği, anksiyete, konsantrasyon eksikliği, depersonalizasyon, çaresiz hissetme, irritabilite, mutsuz ve üzgün olma, hafıza kayıpları annelik hüznünün psikososyal belirtileri iken uykusuzluk, yorgunluk, enerji yoksunluğu, iştahsızlık, ağlama fizyolojik belirtileridir (Doğan ve ark. 2014). En göze çarpan belirtisi ağlama hali ve duygudurum dalgalanmasıdır (Doğan ve ark. 2014). Semptomlar postpartum 3.-5. günlerde pik yapar ancak 7.-10. gün sonra kendiliğinden geçer. Belirtilerin geçmemesi ve iki haftadan uzun sürmesi sonucunda postpartum depresyon görölme riski artmaktadır (Altinel 2008, Kocamanoğlu 2008).

Postpartum psikoz ise, doğumdan 2 hafta sonra annenin kendisine ve bebeğine zarar verme düşünceleri, gerçeği değerlendirme yetisinde bozulma, halüsinasyonlar, hezeyanlar, sosyal çevreden uzaklaşma, içe çekilme, depresyon belirtileri ile baş gösteren bir sendrom olarak tanımlanmaktadır (Gölbaşı 2010). Postpartum depresyon kadınlarda %0.1-0.2 oranında görölmekte olup, daha sonra ki doğumlarında tekrarlama

olasılığının %30 olduğu belirtilmektedir (Sit et al 2006). Bergin ve arkadaşlarının 2016'da yaptığı çalışmada ise postpartum psikoz (PPP) görülme oranı %0.25-%0.6 arasında değiştiği belirtilmektedir.

Postpartum dönemde en sık görülen ruhsal bozukluk ise postpartum depresyon (PPD)'dur. (Erdoğan et al. 2014). Amerikan Psikiyatri Birliği'nin ruhsal bozuklukları sınıflandırdığı tanı sistemi DSM' nin (Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders- Ruhsal Bozukluklarının Tanısal ve Sayımsal Elkitabı) DSM-4'e (DSM-IV) göre doğum sonrası dört hafta içinde başlayan depresif atakları 'postpartum başlangıçlı' belirleyicisini kullanarak tanımlarken DSM-V ise gebelik sırasında veya doğum sonu dört haftada başlayan major depresyon dönemini 'peripartum (doğum zamanı) başlayan' belirleyicisi ile tanımlamıştır (Sayın 2016, Uygur 2015).

40 ülkede 143 çalışmayı inceleyen literatür araştırmasında postpartum depresyon (PPD) görülme sıklığı ortalama %10-15 arasında bildirilirken, ülkelere göre %0-%60 arasında değiştiği belirtilmiştir (Halbreich and Karkun 2006). Dünya çapında 2005-2014 yılları arasında yapılmış çalışmalarını ele alan sistematik bir derleme çalışmasında 203 çalışma incelenmiş, ilk 12 ay PPD prevalansını %0.5-%60.8 arasında olduğu gelişmiş ülkelerde PPD görülme sıklığı en düşük Almanya'da %1,9 oranında görülürken en yüksek ABD'de %82,1 oranında olduğu belirlenmiştir. Gelişmekte olan ülkelerde ise PPD Pakistan'da %5,2 en düşük oran iken Türkiye'de %74 en yüksek oran olarak bildirilmiştir (Norhayati et al. 2015). Hindistan'da 2000-2016 yılları arasından yapılan bir metaanaliz araştırmasında postpartum depresyon prevalansını tanımlamak için veritabanlarından 38 çalışma incelenmiş ve sonuçta, 20.043 kadına ulaşılmış ve ortalama PPD prevalansını yaklaşık %22 olarak belirtmiştir (Upadhyay et al.2017). 56 ülkede toplam 296.284 kadın üzerinde yapılan metaanaliz çalışmasında PPD prevalansı %17.7 olarak saptanmıştır ve dünyada PPD prevalansı giderek arttığı belirtilmiştir (Hahn-Halbrook et al. 2018). Ülkemizde yapılan PPD prevalansını ve risk faktörlerini inceleyen bir metaanaliz çalışmasında 1999-2015 tarihleri arası yayınlanmış 52 çalışma incelenmiş ve PPD prevalansını %23.8 olarak belirlemiştir. Dünyada olduğu gibi PPD Türkiye'de de görülme sıklığı giderek artan yaygın bir sorundur (Özcan et al. 2017).

PPD'nun anne sağlığına verdiği olumsuz sonuçlar incelendiğinde; Dietz' in araştırmasında PPD nedeniyle annede olumsuz duygulanımın daha hakim olduğu ve olumlu duyguların daha az yaşandığını belirtmektedir (Dietz et al. 2009). PPD'un doğum sonu uzun bir dönem devam ettiği ve yaşamının ileriki dönemlerinde sürekli yineleyen depresif atakların da PPD'nun bir sonucu olduğu belirtilmektedir (Nylen et al. 2010, Josefsson and Sydsj 2007). Depresif (n=15), endişeli (n=15) ve kontrol (n=15) grubu ile yapılan çalışmada PPD tanısı alan kadınlar da bilişsel çarpıtmaların çok yaşandığı ve bu yüzden kendini bebeğini ve çevresindekileri olumsuz algılamasına neden olduğu belirtilmektedir (Stein et al. 2010). PPD'nun anne, bebek ve aile tarafından etkilendiği en istenmedik sonucunun annenin zkıyımı olduğu belirtilmektedir. Postpartum dönemdeki annelerin özkıyım riski önemli derecede fazla olduğu ve bu dönemde ki ölümlerin %20' sinin bu nedenle oluştuğu belirtilmektedir (Lee et al.2011). Bundan dolayı postpartum dönemde oluşan depresyonun anne ve ocuk sağlığı üzerinde ki olumsuz etkileri belirtip bu risk faktörlerinin bilinmesi, risk altında olan kadınların erken tanı ve tedavisinin önemi vurgulanmaktadır (Sayın 2016).

PPD'nun bebek sağlığına etkileri incelendiğinde ise; postpartum dönemde olumsuz davranışlar ilk olarak bebek için ciddi öneme sahip olan emzirme sürecinde ortaya çıkmaktadır. PPD yaşayan annelerin bebeğini emzirmede daha yetersiz ve başarısız olduğunu bu nedenle emzirmeyi erken dönemde terk ettikleri saptanmıştır (Annagür ve Annagür 2012). Başka bir araştırmada 0-1 yaş aralığında bebeğe sahip kadınlar (n=183) ile çalışılmış PPD risk altında olan kadınların bebeklerini emzirmedikleri vurgulanmıştır (Battaloğlu ve ark. 2012). Depresyon ve emzirme arasındaki ilişkiyi ele alan literatür incelemesinde, PPD'nin kadınların emzirme süresi, niyeti ve beklentisi üzerine olumsuz etkilerinin olduğu ve PPD'nin emzirme bırakma nedenleri arasında yer aldığı belirtilmektedir (Dias and Figueiredo 2015). Başer'in 2 hafta-24 aylık bebeğe sahip olan kadınlar (n=511) ile yaptığı çalışmasında, PPD risk altında olan kadınların emzirme öz yeterlilik puanlarının düşük olduğu saptanmıştır (Başer 2018).

PPD semptomlarını gözlemlenen kadınların çocuklarında daha çok davranışsal, duygusal ve bilişsel güçlükler yaşadığı ortaya konmaktadır (Cornish et al. 2005). PPD'nun ortaya çıkış zamanı ve uzun süre devam etmesi sonucunda çocukta, davranışsal problemleri ve bilişsel gelişiminde ki etkileri ciddi bir konu olmakla birlikte

göz önünde bulundurulması gereken önemli faktörler olduğu belirtilmektedir. PPD belirtilerinin anne üzerinde yarattığı depresif durum bebek/çocuk için yeterli uyaran oluşturamaması ve öğrenme fırsatını minimuma düşürmesinden dolayı bilişsel gelişimi üzerinde olumsuz etkiler doğurabilmektedir. PPD'lu kadınların bebeklerinin bu durumla ne kadar çok karşı karşıya gelirse o kadar olumsuz sonuçlar doğuracağını aynı zamanda çocuklarında, çocukluk ve ergenlik süreci boyunca dil ve zekâ gelişiminin yeterli seviyeye ulaşmamasına neden olduğu belirtilmiştir (Bran and Brennan 2009). Yapılan çalışmalar sonucu PPD yaşayan kadınların bebeklerini üç yaşına kadar fiziksel, emosyonel, psikolojik ve motor gelişimini olumsuz etkilediği, bebeklerini doktor kontrollerine daha az götürdükleri ve birinci basamak sağlık hizmetlerine daha az başvurdukları belirtilmektedir (Noorlander et al. 2008, Reck et al. 2009). Avan'ın Güney Afrika'da yaptığı kohort çalışmasında ve PPD bebek sağlığına yaptığı olumsuz etkilerinin büyüme ve gelişim çağındaki olan bebeklerin fiziksel sağlığını, bilişsel gelişimini ve davranışsal durumlarını etkilediği belirtilmektedir (Avan et al. 2010). Yapılan başka bir çalışma da 16 yıl boyunca PPD tanısı almış kadınların çocukları ile PPD tanısı almamış kadınların çocukları karşılaştırılmış, PPD tanısı alan kadınların çocuklarında depresyon oluşma olasılığının daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır (Murray et al. 2011). Yapılan iki çalışma sonucunda postpartum ilk altı ayda annede görülen PPD'nun erken çocukluk ve ergenlik döneminde görülen davranışsal sorunlarla bağlantılı olduğu bulunmuştur (Avan et al. 2010, Murray et al. 2011). Bir meta-analizde 193 çalışma incelenmiş ve sonucunda annede görülen PPD'nun bebek/çocuğun davranışları üzerinde önemli etkiye sahip olduğunu saptamıştır (Goodman ve ark. 2011). Yapılan başka bir çalışmada ise PPD'ü olan kadınların bebeklerinde uyku ve yeme bozukluklarının daha fazla görüldüğü, daha az gülümsedikleri ve daha az görsel ve işitsel iletişime girdikleri bildirilmektedir (Veltema 2002). PPD semptomları görülen kadınların çoğunluğunda umutsuzluk duygusu, özkıyım düşüncesi ve bebeğine karşı ilgisizlik, aşırı endişelenme, zarar vermek olasılığı fazla olduğundan, PPD kadının normal yaşantısında görülen depresyondan daha ciddi sonuçlara yol açmaktadır (Halbreich and Karkun 2006, Veltema 2002).

PPD'nun çocuğun fiziksel sağlık üzerinde ki etkisini araştırmak amacıyla yapılan kesitsel bir çalışmada PPD yaşayan annelerin bebeklerinde büyüme geriliği, malnütrisyon, gastrointestinal belirtiler ve solunumla ilgili daha çok sağlık sorunları yaşadığı ortaya konulmuştur (Stewart 2005). Ülkemizde Şahingöz'ün 2014'te yaptığı

araştırmada ise kadınlara gebelik sürecinde devam eden depresyonun tedavi edilmediğinde miadından önce doğum yapacağı ve düşük doğum ağırlıklı bebeğe sahip olabileceği sonuçlarına varılmıştır. PPD'u alan kadınlardan bebeklerinin yapılan çalışmalarda da az kilo aldıkları belirtilmiştir (Gress-Smith et al. 2012,). Grump ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptığı bir çalışmada postpartum üçüncü aydan onuncu yıla kadar dokuz defa görüşülen ve depresif belirtileri devam eden 176 kadının çocuğunda kardiyak fonksiyonlar daha zayıf olduğu saptanmıştır. 2010 yılında yapılan büyük çaplı bir çalışmada, gebelikten postpartum altıncı aya kadar ki herhangi bir zamanda PPD tanısı alan primipar annelerin (n=107,587) ocuklarında daha fazla gastrointetinal ve alt solunum yolu enfeksiyonlarının görüldüğü belirtilmektedir (Ban ve ark. 2010). Bir kohort çalışmada ise PPD açısından risk altında olan annelerin bebeklerinin altı yaşa kadar izlendiğinde boylarının risk altında olmayanlara göre daha kısa olduğu saptanmıştır (Surkan et al. 2014). Afyon'da yapılan çalışmada kadınlara doğumdan sonra ki birinci ayda EPDS uygulanmış ve PPD risk altında olan kadınlardan bebeklerini emzirme sürelerinin anlamlı düzeyde daha kısa süreli olduğu bebeklerin kilolarının 3. ayda anlamlı düzeyde daha düşük, tartı alım farkının ise 2. ve 3. ayda anlamlı düzeyde daha az olduğu belirlenmiştir (Dönmez ve Bükülmez 2015).

Bir başka çalışmada, PPD semptomları görülen kadınlardan bebeğine karşı bakış ve dokunuş kordinasyonu azaldığı saptanmıştır (Beebe et al. 2008). PPD'u olan kadınlardan bebek/çocuklarının genel sağlık kontrollerine götürmede, evde, çevresinde ya da dışarıda yeterli güvenlik önlemlerini almada isteksiz olduğu ya da hiç yapmadığı belirtilmiştir (Zajicek–Farber 2009). Oto koltuğunu güvenli kullanmama, banyoda suyun derecesini ayarlamama gibi birçok fiziksel ve psikolojik olarak korunaksız olan bebek/çocukların ihmal ve istismara uğrama riskinin daha fazla olduğu bildirilmiştir (Field 2010, Sayın 2016).

Bir ülkenin gelişmişlik seviyesini gösteren en önemli verilerden bir taneside anne ve ocuk sağlığıdır (İsbir ve ark 2015). Gebelik, doğum ve postpartum dönemlerde önlenebilir problemler ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde görülebilmektedir (Altuntuğ ve Ege 2013, akırer ve alışkan 2010). Yukarıdaki sorunlar nedeniyle son yıllarda ülkemizde de gebelik, doğum ve postpartum dönemlerine ait önlenebilir problemleri en aza indirmek için doğuma hazırlık sınıfları (DHS) kurulmaktadır (Coşar ve Demirci 2012, akırer ve alışkan 2010, Yenel ve ark. 2010). Doğuma

hazırlık sınıfında verilen eğitimler ise gebelik, doğum ve postpartum dönemlerde ki bakım ihtiyaçlarını çeşitli boyutlarıyla ele alarak ortaya çıkan değişimlere hazır olmada ve uyumunu kolaylaştırmada etkin rol oynamaktadır. (Taşkın 2016). Anne ve bebek ölümlerini en aza indirebilmek için gebelik, doğum ve doğum sonrası bakım ve izlem sırasında annelerin eğitilmesinin önemi vurgulanmaktadır (Taşkın, 2016).

Bu amaçla DHS’da annenin fiziksel ve ruhsal sağlığını en üst seviyeye ulaştırmak ve yenidoğanın bakım gereksinimlerini karşılamak için gebelik döneminde eğitimlere başlanmasının gerektiği bildirilmektedir (İsbir ve ark. 2015). Bu sınıflarda gebelik, doğum ve postpartum dönemde kadının ihtiyaçlarına ışık tutacak fiziksel, psikolojik, sosyal ve kültürel yönleri göz önünde bulundurularak eğitimlere şekil verilmektedir (Altun 2003, Beji ve ark. 2003, Beydağ 2007, Ergöçmen ve ark. 2009, Gagnon and Sandall 2009, Tarkka 2003).

DHS’larının gebeliğe etkilerine bakıldığında, Avustralya’da DHS’da eğitim alan kadınların (n=245) gebelikte sigara ve alkol kullanma oranlarının eğitim almayan gebelere oranla daha az görüldüğü, eğitim almayan grubun doktor kontrollerini daha çok ihmal ettiği kaçırıldığı belirtilmektedir (Lumley ve Brown 1993). Online olarak “<http://web.deu.edu.tr/gebelik>” sayfasından 7 haftalık doğum öncesi eğitim alan 12-26 haftalık gebe kadınların (n=32) eğitim öncesi sonrası ve eğitimden bir ay sonra günlük yaşam aktivitelerini puanlarının giderek arttığı, yeterli ve dengeli beslenme, düzenli fiziksel aktiviteler yapma, hijyen konusunda daha dikkatli oldukları bildirmektedir (Yenal 2006). Malavi’de yapılan çalışmada gebelerin ihtiyaçları belirlenmiş ve ihtiyaçlarına yönelik 6 haftadan oluşan doğuma hazırlık eğitim programı düzenlenmiş, eğitim alan kadınların (n=105), eğitim almayan kadınlara göre (n=104) gebeliğe dair bilgilerinin arttığı belirtilmektedir (Malata ve ark. 2007). Karşılaştırmalı tanımlayıcı diğer bir çalışmada ise DHS’da eğitim alan kadınların eğitim almayan kadınlara göre fiziksel aktivitelerde daha çok buldukları, düzenli ve dengeli beslendikleri, sağlıklı yaşam davranışlarına daha çok önem verdiklerini saptamıştır (Koehn 2008). Serçekuş’un 2010’da yaptığı çalışmasında doğuma hazırlık eğitimi alan kadınların, eğitim almayan gruba göre prenatal uyumlarında anlamlı olarak fark olduğu belirtilmiştir. 5 haftalık doğuma hazırlık eğitimi alan kadınların (n=50), gebenin bilgi düzeyi ile memnuniyet durumunu anlamlı olarak artırdığı saptanmıştır (Altıparmak ve Coşkun 2016). 6 hafta 40 dakikalık eğitim alan kadınların (n=44), gebelikte depresyon riskini azalttığı, anne

bebek bağlanma düzeyini artırdığı belirlenmiştir (Aydın Kartal ve Karaman 2018). DHS’da eğitim alan gebeler (n=50) ve eşlerinin, kontrol grubu (n=101) ile karşılaştıran çalışmada gebelikte anksiyete ve depresyon yaşama durumunu incelemiş ve DHS’na katılan grubun eğitim öncesine göre anksiyete ve depresyon ölçek puanlarının daha düşük olduğu, yani azaldığı bildirilmiştir (Şayık ve ark. 2019). Yapılan çalışmalarda DHS’da verilen eğitimin ebeveyn adayları arasında ki ilişkide olumlu etki yarattığını belirtmektedir (Koehn 2008, Westney et al. 1988). Ebeveyn adaylarının ikisinde katıldığı eğitim gruplarında birbirlerine karşı daha çok destekleyici bir yaklaşım içinde olduklarını bildirmektedir (Westney et al.1988). Yine aynı eğitim grubundaki kadınlarında birbirlerine destek olduklarını ve eşleri ile iletişimlerinin arttığını ortaya koymaktadır (Koehn 2008).

DHS’larının doğuma etkilerine bakıldığında, Spiby ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise doğuma hazırlık sınıfında eğitim alan kadınların çoğunluğu doğumda ağrı ile baş etme becerilerini kullanılmada devamlılığın sağlanması için daha fazla cesaretlendirilmeye ihtiyaçları olduklarını bildirmişlerdir (Spiby et al. 1999). Hetherington’nun araştırmasında doğumda tıbbi girişimleri ve analjezi-anestezi kullanımının DHS’da eğitim alan kadınlarda daha az olduğunu saptanmıştır (Hetherington 1990). 2005’te yapılan çalışmada kadınların (n=1197) %74’ü DHS’nda verilen eğitimin doğuma fayda sağlayacağını belirtmektedir (Fabian ve ark. 2005). DHS’larının doğum üzerine etkilerini araştıran bir çok çalışmada kadınların eğitim sonrası doğuma ile ilgili bilgilerinin arttığı belirtmektedir (Gognon and Sandall 2007, Lee and Holroyd 2009, Malata et al. 2007). İrlanda’da yapılan bir çalışmada DHS’nda verilen eğitimlerin doğuma hazırlık aşamasında fayda sağladığını belirtmektedir (Tighe 2009). DHS’nda verilen eğitimlere katılan kadınların doğumlarında daha az ağrı hissettikleri bildirilmektedir (Okumuş ve ark. 2002, Ip ve ark. 2009). Ülkemizde ve yurtdışında yapılan çalışmalar sonucu DHS’nda eğitim alan kadınların doğum sırasında ki anksiyeteyi azalttığını belirtmektedirler (Ip-2 et al. 2009, Okumuş ve ark. 2002, Lee ve Holroyd 2009). Yapılan başka bir çalışmada da DHS’nda verilen eğitimin doğuma dair özyeterliliğinin artırdığı ve doğum ağrıları ile daha iyi başettiklerini bildirmişlerdir (Ip-2 et al.2009). Farklı zamanlarda yapılan iki çalışmada ise kadınların DHS’nda aldıkları eğitimlerden öğrendikleri, solunum ve gevşeme egzersizlerini öğrenmekten memnun olduklarını ve doğumlarında kendilerine fayda sağladıklarını belirtmektedirler (Stamler 1998, Lee and Holroyd 2009). Lamaze felsefesine dayalı DHS’da 4 hafta

toplam 14 saat eğitim alan ve normal doğum yapan kadınların (n=35), rutin bakım alan kontrol grubuna (n=35) göre toplam doğum süresinin 3.9 saat daha kısa sürdüğü, doğum ağrılarını daha az hissettiğini, doğuma uyum süreçlerinin daha olumlu olduğunu ve doğum algısının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Aynı araştırmada çalışma grubunun tamamının doğum olur olmaz bebeklerine dokundukları, kontrol grubunun ise %11.4'ünün dokundukları, çalışma grubunun %31.4'ünün ilk yarım saatte emzirdiklerini, kontrol grubunun ise hiç emzirmedeği saptanmıştır (Coşar ve Demirci 2012). DHS'nda eğitim almış kadınların (n=43) vajinal doğum tercihlerini ve doğuma hazır oluşuklarını artırmakta etkili olduğu belirtilmiştir (Mete ve ark. 2013). Başka bir çalışmada DHS'nda eğitim alan kadınların doğumlarının daha az müdahale ile başladığını ve daha az epizyotomi uygulandığı belirtilmektedir (İsbir ve ark. 2015). Aktan'ın 2015'de yaptığı çalışmada 32. gebelik haftasından sonra 4 hafta birer saat doğuma hazırlık eğitimi alan kadınların (n=21), kontrol grubuna (n=22) göre doğumda daha az ağrı hissettiklerini ve bebeklerinde 1. dk APGAR skorunun daha iyi olduğu belirtilmektedir. Verilerin Yahoo ve dogaldogum grup üyelerinden alınan, doğuma hazırlık eğitimi alan grubun eğitim almayan gruba göre doğum memnuniyetlerinin yüksek olduğu, normal doğumun daha fazla olduğu, doğumun müdahale ile başlatılması ve epizyotominin daha az kullanıldığı belirtilmiştir (İsbir ve ark. 2015). DHS'nda eğitim almış 43 kadının doğuma hazır oluşuklarını ve vajinal doğum tercihlerini artırmada etkin olduğu belirtilmiştir (Mete ve ark. 2017). DHS'nda alınan eğitimin sonuçları farklı çalışmalarda incelendiğinde, doğum süresini kısalttığı (Delke et al. 1985), anesteziye daha az ihtiyaç duyulduğu (Hetherington 1990), daha fazla memnuniyetin oluştuğu (Wendy et al. 2008) açıklanmaktadır.

Gebelikte oluşan anne-bebek bağının postpartum dönemde de devam etmesi için pozitif doğum deneyiminin önemi vurgulanmaktadır. Bebeğin gelişiminde ve yaşamında büyük etkisi olan anne-bebek bağının DHS'nda verilen eğitim ile artıtığında çalışmalarda belirtilmektedir (Aktan 2010, Kavlak 2004, Şeker 2006). Yurtdışında doğal doğuma yönelik hazırlık sınıfında eğitim alan 20-36 haftalık gebe kadınlar üzerinde yapılan çalışmada eğitim almayan kadınlara göre doğal doğum yapma oranının, yenidoğanın kilosunun daha fazla olduğu belirtilmektedir (Karimi et al. 2016).

DHS'da eğitim alan kadınların doğum korkusu üzerine etkisini araştıran çalışmalar incelendiğinde; Subaşı ve arkadaşlarının 2013'te yaptığı çalışmada DHS'nda

3 hafta, 60 dakikalık eğitim alan kadınların doğum korkusunda ve doğum ile ilgili olumsuz düşüncelerinde azalma olduğu bildirilmiştir. Başka bir çalışmada DHS'nda 6-8 hafta 1,5 saat eğitim almış kadınların (n=63), kontrol grubuna göre (n=132) doğum korkusunu azalttığı, stres seviyelerinin daha düşük olduğu belirtilmiştir (Firouzbakth et al. 2014). Avustralya'da 18-28 haftalık hamile olan 12 gebeye 8 haftalık doğuma hazırlık eğitimi verilen ve kontrol grubu ile karşılaştırılan bu çalışmada, eğitimin annenin doğum korkusunu anlamlı olarak azalttığı ve doğumda özyeterliliğini artırdığını belirtmiştir (Byrne et al. 2014). DHS'nda eğitimi alan gebe (n=63) ve eşinin eğitim almayan gruba göre doğum korkusunun azaldığı doğumda özyeterliliğinin arttığı saptanmıştır (Serçekuş ve Başkale 2016). Çinli primipar kadınlar üzerinde yapılmış çalışmada doğuma hazırlık eğitimi alan (n=60) kadınların kontrol grubuna göre (n=73) doğumda daha az ağrı hissettiklerini, kaygı düzeylerinin daha düşük olduğu ve öz yeterliliğinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Ip et al. 2009). Aydın'da DHS'nda 28-36 haftalık gebe olan kadınlara (n=121) 4 hafta grup eğitimi verilmiş ve çalışma sonucunda doğum korkusunun azalttığı belirtilmiştir (Akın ve ark. 2018). DHS'da eğitim alan (n=69) ve eğitim almayan (n=123) kadınların karşılaştırıldığı çalışmada eğitim alan grubun doğum korkusunu azalttığı, gebeliğin kabulünü artırdığı saptanmıştır (Karabulut et al. 2016). Yine ülkemizde primigravida 28-34. Haftalar arası eğitim alan kadınların (n=49) eğitim almayan kadınlara göre (n=49) doğum korkusunun azaldığı ve doğuma dair pozitif algı sağladığı saptanmıştır (Kızılırmak and Başer 2016) Lefkoşa'da yapılan bir çalışmada, primipar 28-32. gebelik haftasında olan 8 haftalık DHS'na katılan (n=54) kadının, eğitim almayan kadınlara göre (n=54), daha az doğum korkusu yaşadığını, doğum şekli tercihlerinin, yeni doğan apgar skoru ile kilosunda olumlu yönde etkilediği doğumda daha fazla destek aldığını, doğum ağrısı için daha fazla başetme tekniği kullandıkları, doğum süresince daha az sorun yaşayıp, doğum deneyiminden daha fazla memnun kaldıkları belirtilmiştir. Aynı çalışmada eğitim alan grubun bebeklerine ilk teması daha erken kurdukları ve daha erken emzirdikleri saptanmıştır (Sarpkaya Güder 2018).

DHS'larının postpartum döneme etkilerine bakıldığında İtalya'da DHS'nda eğitim alan kadınların (n=2065) emzirmeye yönelik bilgilerinin arttığını belirten (Spinelli et al. 2003). Lu ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise DHS'nda eğitim alan kadınların daha fazla emzirdiklerini belirtmektedir (Lu et al. 2003). Yapılan karşılaştırmalı bir çalışmada DHS'nda eğitim alan kadınların almayan kadınlara göre

doğumdan ilk iki saat içinde emzirme oranlarının hemen hemen iki kat daha fazla olduğu saptanmaktadır (Turan ve Say 2003). Bu çalışmaya benzer ülkemizde yurtdışında yapılan iki çalışma sonucunda ise DHS’nda eğitim alan annelerin emzirme konusunda daha çok cesaretlendiklerini (Ho ve Holdroy 2002), doğru pozisyonda emzirme, emzirme başarı algı puanları ve emzirme sırasında eş desteğinin daha fazla aldıklarını belirtmektedir (Mete ve ark. 2007). Atalay’ın 2014’de yaptığı çalışmada doğuma hazırlık eğitimi alan kadınların (n=45), eğitim almayan kadınlara göre (n=45) maternal bağlanmalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Okumuş’un 2015’de yaptığı literatür derlemesinde 23 çalışma incelenmiş ve DHS’da eğitim alan kadınların gebelik dönemini daha rahat geçirdikleri, doğum eylemini daha olumlu algıladıkları ve doğum sonu dönemde emzirmede daha başarılı olduğu bildirilmiştir. Aydın’da yapılan çalışmada 4 hafta doğuma hazırlık eğitimi alan kadınların (n=50), kontrol grubuna göre (n=60) kendinden, doğumdan, hemşire-ebeden, doktordan, ve doğumdan memnuniyetlerinin anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (Akın ve Turfan 2016). Hamedan’da yapılan çalışmada 20-36 haftalar arası hamile olan kadınlara 8 haftalık doğuma hazırlık eğitimi verilmiş, çalışma grubunun kontrol grubuna göre bebek ağırlığının daha fazla olduğu ve doğum şekillerinin seçmede olumlu bir etkisi olduğu bildirilmiştir (Karimi et al. 2016). DHS’da eğitim alan kadınların (n=50), rutin eğitim alan çalışma grubuna (n=62) göre postpartum uyumun daha iyi olduğunu, postpartum döneme daha iyi adapte olduğu belirtilmiştir (Doğan Merih 2017). 6 hafta toplam 24 saat DHS’nda eğitim alan kadınların (n=180), doğumda ten tene teması talep etme ve uygulamada etkin olduklarını, doğum şekli ve ilk emzirme zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (Yılmaz Esencan ve ark. 2018).

DHS’larının sosyal destek üzerine etkisini araştıran çalışmaların bulgularında benzerlik göstermektedir. Yapılan çalışmalarda DHS’nda eğitim alan kadınların grup iletişimine postpartum dönemde de devam ettiklerini, birbirlerine destek sağladıklarını, ebeveynler arası desteğin arttığını, sosyal desteği artırdığını, grup içindeki bilgi ve deneyimlerin paylaşıldığını katılan ebeveynlerinde bundan memnun olduklarını belirtmektedirler (Fabian et al. 2005, Deave et al. 2008, Peterson et al. 2004, Stamler 1998). Yapılan çalışmalarda DHS’nda alınan eğitimin postpartum uyuma etkisini araştıran çalışmalar sonucunda benzer çıkmaktadır. Doğuma hazırlık sınıfında eğitim alan kadınlar ile eğitim almayan kadınlar arasında potpartum uyumları arasında farklılık olmadığı (Hamilton-Ddodd et al 1998, Arcamone 2005), ancak annelik rolüne

hazıroluşlukta fayda sağladığı belirtilmektedir (Hamilton-Dodd et al. 1989). Manisa’da yapılan bir çalışmada DHS’nda eğitim alan kadınların (n=70), eğitim almayan kadınlara göre (n=70) doğum sonu taburculuğuna hazır oluşu artırdığı belirlenmiştir (Sanar ve Demirci 2018). Ebeveynler üzerinde yapılan çalışmalarda ise doğuma hazırlık sınıfında alınan eğitimin gebelik, doğum ve postpartum dönemlere hazırladığını ve bu dönemlere uyumu kolaylaştırdığını, eşler arası uyumun arttığını ve anksiyeteyi azalttığını, ebeveynleri anne baba olma yolunda rol ve sorumluluklar yüklediğini belirtmektedir (Davis 2004, Crawford 2009).

Yukarıda ki çalışmalar ile DHS’nda verilen eğitimlerin etkinliği ortaya konmuştur. DHS’da verilen eğitimin PPD gelişme durumuna etkisi yurtdışında yapılan çalışmalarda nelenmişken (Okano et al. 1998, Lumley and Brown 1993, Magriples et al. 2015, Mashki et al. 2014, Liu et al. 2017) ülkemizde böyle bir çalışmaya rastlanmamaktadır.

Ülkemizde olduğu gibi dünyada da DHS’nda verilen eğitimler genellikle hemşireler tarafından yürütülmektedir (Walker et al. 2008). Ülkemizde kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği yönetmeliğinde göre hemşirenin görev, yetki ve sorumlulukları arasında “ 1. Ebeveynlere gebelik öncesi eğitim ve danışmanlığını yapar. 2. Ana çocuk sağlığının korunup geliştirilmesinde kadına aile planlaması, emzirme, sağlıklı cinsel yaşam için eğitim ve danışmanlık yapar.” maddeleri yer almaktadır (Türk Hemşireler Derneği; Erişim Tarihi: 07.12.2018). Kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliğinde yüksek lisans veya üzeri eğitimlerini ve sertifikalarını tamamlamış hemşirelerin kadınların tüm yaşam dönemlerinde bireysel problemlere yönelik bir çok rolleri ve sorumlulukları bulunmaktadır. Bu rol ve sorumluluklar arasında DHS’nda eğitim vermekte yer almaktadır (Güngör ve ark. 2013) Doğum öncesi hazırlık kursları, hemşirelerin bağımsız olarak bu işlevi yerine getirebileceği önemli bir alandır.

Hemşirelerin DHS’nda verilen eğitimlerin kanıta dayalı bilimsel temele dayanarak oluşturulması, çeşitlendirilmesi ve yaygınlaştırılması için eğitimleri planlama ve yürütme konusunda aktif rol oynamaktadırlar (Onat ve Hotun 2010). Gebelik, doğum ve potpartum dönemde hemşirelerin fiziksel, duygusal, öğretici, savunuculuk ve aile üyelerine destekleyici bakım vermesi rol ve sorumluluklar arasında yer almaktadır (Rice Simpson 2014). DHS’da verilen eğitimler vesilesiyle hemşire etkin iletişim tekniklerini

kullanarak kadının fiziksel ve psikolojik durumu, doğum süreci, farmakolojik ve nonfarmakolojik doğum ağrısını hafifletme yöntemleri, rutin hastane protokolleri, yapılan işlemler, muayene ve sonuçları, yol gösterme v problem çözücü öneride bulunma, baş etme meknizmalarını ortaya çıkarma, solunum, gevşeme ve ıkınma tekniklerini öğretmede öğretici destek rolünü gerçekleştirmektedir (Özçerezci ve Kavlak 2016). Hemşirelerin gebe ve lohusa izlemleri sırasında dikkat etmesi gereken bir konu da postpartum dönemde görülen ruhsal değişimlerdir (Seven ve Akyüz 2013). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşireler postpartum dönemde anne-bebek izlemleri sırasında risk altında olan anneleri ve aileleri değerlendirme fırsatı olan kilit noktalardır. PPD, hemşirelerin gebelikte ve postpartum süre içinde her zaman düşünmesi, üzerinde yoğunlaşması gereken hassasiyettir. Postpartum dönemde görülen ruhsal durum değişiklikleri anne ve çocuk sağlığı açısından bir tehdit unsuru olup hemşirelerin gebe okulu, DHS'ları gibi tüm eğitim ve danışmanlık uygulamalarında eğitimleri sürdürür, ebeveynlerle karşılıklı güven ilişkisini kurup ve farkındalık kazandırmaktadır (Seven ve Akyüz 2013, Yıldırım ve ark. 2011).

1.1. Çalışmanın Amacı

Bu çalışma, DHS'nda eğitim alan ve almayan kadınlarda doğum sonu dönemde postpartum depresyon gelişme durumunu belirlemek amacı ile planlanmıştır.

Araştırma Soruları;

1. DHS'nda eğitim alan ve almayan kadınlarda postpartum depresyon risk puanları arasında fark var mıdır?
2. DHS'nda eğitim alan ve almayan kadınların sosyodemografik ve obstetrik özellikleri postpartum depresyon risk puanları arasında fark var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Postpartum Dönemdeki Duygusal Değişiklikler

Doğumun tamamlanması ile başlayan gebelikte meydana gelen çoğu fizyolojik değişikliklerin gebelik öncesi halini aldığı 6-8 haftalık sürece lohusalık dönemi denir (Taşkın 2016, Newport at al 2002). Lohusalık ve emzirme dönemini içine alan, psikiyatrik bozuklukların başlaması ve alevlenmesi açısından yüksek risk taşıyan bu önemli sürece ise postpartum dönem denir (Kara at al.2001, Evans at al. 2001, Newport at al 2002).

Postpartum dönem anneye yeni rol ve sorumluluklar yükler ve bu durum annede belli bir düzeyde stres ve kaygı yaratır (Yıldız 2008). Ailede yeni düzen kurulması, yeni birey katılması, doğum sonu rahatsızlıklar, fiziksel değişiklikler ve psikolojik dalgalanmalar annenin bu döneme uyumu zorlaştırır (Taşkın 2016). İlerleyen zamanlarda, ailenin anneyi iyi iletişim ile desteklemeleri günlük aktivitelerinin, kişilerarası ilişkilerinin, sosyal yaşamının olumsuz yönde etkilenmesinden korur (Evans at al. 2001).

Postpartum dönemde ebeveynler bebek bakımı, bebek için güvenli çevre oluşturma, bebekle iletişim kurma, kazandıkları yeni roller öğrenme ve adepte olma, aile duyarlılığını geliştirme ve yaşanan problemlerle başetmek zorunda kalırlar (Cebeci ve ark. 2002, Özdemir 2007). Anne de özellikle eş desteğinin beklentisi içerisine girer. Yeterli eş desteğinin sağlanması annenin fiziksel ve ruhsal iyilik halinde olumlu etkiye neden olur. Ancak beklenen destek ihtiyacı yeterli düzeyde olmazsa eşler arasında memnuniyetsizlik, olumsuz davranışlar ve annenin psikososyal durumunu olumsuz etkiler. Bu nedenle postpartum dönem aile için bir kriz durumu oluşturabilmektedir (Herbert 1994, Balkaya 2002). Annelerin postpartum dönemde psikiyatrik bozukluklar için risk altında olmalarının diğer nedenleri; postpartum dönemde ki hormonal değişimler, geçmiş öyküsünde psikiyatrik bozukluk olması, zor doğum eylemi, riskli gebelik, eşler arası yaşanan sorunlar, doğum anında sağlık ekibinden destek alamama ve stresli olayların yaşanması sayılabilir (Vural ve Akkuzu 1999).

Postpartum dönemde meydana gelen duygudurum bozuklukları belirtilerin şiddetine, özelliklerine, tedavisi ve prognozlarına göre sınıflandırılır. Annelik hüznü (maternity blues), postpartum depresyon (doğum sonu depresyon) ve postpartum psikoz

(doğum sonu psikoz) olarak 3 grupta incelenir (Yılmaz ve Öncel 2007, Gürel ve Gürel 2000).

2.1.1. Annelik Hüznü

Annelik hüznünü tanımlanmasını ilk defa Moloney 1952’de yapmış ve postpartum dönemde ağlama, düşünmede güçlük, yorgunluk ve depresyon olarak adlandırmıştır. 1973’te Pitt ise tanımı değiştirmiş ancak standart bir tanım yapılamamıştır. Nedeni ise metodolojik farklılıklar ve tanı kriterlerinin yetersizliği olarak gösterilmiştir (Gonidakis et al. 2007).

Postpartum dönemde annenin ruhsal durumunda geçici ve kendini sınırlayıcı değişiklikler meydana gelmesine annelik hüznü (maternity blues, postpartum blues, baby blues) adı verilir (Adewuya 2005, Kurt ve Kısa 2004). Genellikle postpartum 3. ya da 4. günde ortaya çıkan annelik hüznü 1-2 haftaya kadar uzayabilir (Kendell et al.1981). Sekel bırakmaz tedavi gerektirmez (O’Hara ve Segre 2009). Postpartum dönemde yaygın görülen, annelerin önemli bir bölümünü etkileyen psikiyatrik bir sorundur (Ferber 2004, Deveci 2003). En sık görülen doğum komplikasyonlarından biridir. Bu nedenle hastaların postpartum takibi çok önemlidir (Atasoy et al. 2004, Deveci 2003, Karamustafalıoğlu ve Tomruk 2000, Gülseren 1999)

2.1.1.1. Prevelansı

Çeşitli ülkelerin toplum ve kültürlerinde çalışılan annelik hüznü görülme sıklığı ortalama %40-60’dır. Tanzanya’da %76, Jamaikada %46, Hong Kong’da %44.3, İngiltere’de %43, ABD’de %41.8 İtalya’da %30 görülen annelik hüznü Japonya’da %15-25 olduğu tespit edilmiştir (Hau ve Levy 2003).

2.1.1.2. Etiyolojisi

Annelik hüznü etiyojisinde bir çok hormonal ve sosyodemografik seçenekler incelenmesine rağmen sonuç kesin değildir. Annelik hüznünün başlama tarihi ile postpartum dönemde östrojen ve progesteron seviyelerinin ani düşüşü aynı zamana denk gelmektedir. Bu sebeple annelik hüznünün endokrin ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Bloch et al. 2003). Annelik hüznü yaşayan anne ve kontrol grubu

seçilen bir çalışmada ise östrojen ve progesteron seviyelerinde farklılık olmadığı bildirilmiştir (O'Hara et al. 1991, Harris et al. 1989).

2.1.1.3.Risk Faktörleri

2005'te Nijerya'da Adewuya'nın yaptığı çalışmada parite, gebelik sırasında hastaneye kabul edilme, gebelikte psikiyatrik bozukluk yaşama, bebeğin cinsiyeti, evlilik durumu, bebeğin kilosu, sosyal desteğin azlığı ve evli olmamayı risk faktörleri olarak sunmuştur.

Kendisinde veya ailesinde depresyon ya da premenstrual disfori hikyesi olan kadınlarda annelik hüznü gelişme riskinin fazla olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada kadının kendi annesi ile aşırı bağımlı olması ya da çok fazla çatışması annelik rolünün üstlenmesini zorlaştırmaktadır (Yılmaz ve Öncel 2007). Hong Kong'da yapılan bir çalışmada 35-39 yaş arasında bulunan annelerin annelik hüznü geçirme riskinin daha fazla olduğu bildirilmiştir (Hau ve Levy 2003).

2.1.1.4.Klinik Belirtileri

Eşine kin ve nefret duyma, bebeği ve kendisi için kaygılanma, bebeğe karşı ilgi eksikliği, anksiyete, konsantrasyon eksikliği, depersonalizasyon, çaresiz hissetme, irritabilite, mutsuz ve üzgün olma, hafıza kayıpları, psikososyal belirtilerken uykusuzluk, yorgunluk, enerji yoksunluğu, iştahsızlık, ağlama fizyolojik belirtilerdir (Doğan ve ark. 2014). Fizyolojik ve psikososyal belirtilerinin olmasıyla beraber en göze çarpan belirtisi ağlama hali ve duygudurum dalgalanmasıdır (Doğan ve ark. 2014).

Annelik hüznünde en sık görülen ağlama belirtisi, diğer ağlama durumlarına göre daha fazla kimyasal madde ve hormon etki etmektedir. Postpartum dönemde gözyaşın yapısında daha çok prolaktin bulunur ve ağlamayı başlatır. Ağlama ile endorfin salınımı uyarılarak ağrıları azaltılabileceği ve psikolojik rahatlamanın sağlanacağı belirtilmiştir (Fooladi 2006). Duygudurum dalgalanmalarının nedeni olarakta postpartum dönemde ki hızlı hormonal değişiklikler gösterilmiştir (O'keana et al. 2011). Annede yaşanan huzursuzluk ise gebelik ve postpartum dönemde ki progesteron oranlarının birbirinden çok farkı olmasından kaynaklanır (Yılmaz ve Öncel 2007).

Semptomlar postpartum 3-5. günlerde pik yapar ancak 7.-10. gün sonra kendiliğinden geçer. Belirtilerin geçmemesi ve iki haftadan uzun sürmesi sonucunda postpartum depresyon görülme riski artar (Altinel 2008, Kocamanoğlu 2008). Annelik hüznü geçiren annelerin %20'si postpartum birinci yılda major depresyon geliyebileceği bildirilmiştir (O'Hara et al. 1984). Hau ve Levy'nin yaptıkları çalışmada ağlama, yorgunluk, konsantrasyon azlığı, hayal kurma, depresyon, iştahsızlık belirtilerini %62'si 1. ve 2. günde, % 25'i 3-4. günde, %13'ü 5-6. günde yaşadığını belirtmiştir (Hau ve Levy 2003).

2.1.2. Postpartum Depresyon

2.1.2.1. Tanımı

Postpartum dönemde kadınların yaşamlarını olumsuz yönde etkileyen duygudurum bozukluklarının bir parçasında PPD'dur (Norhayati ve ark. 2015). Tanımlamak için çeşitli açıklamalar yapılmasına rağmen psikiyatrik tanı sistemlerinde PPD ayrı bir klinik tanı olarak açıklanmamıştır (Yıldırım ve ark. 2004).

DSM-IV-TR' ye göre doğum sonrası dört hafta içinde başlayan depresif atakları 'postpartum başlangıçlı' belirleyicisini kullanarak tanımlarken DSM-V ise gebelik sırasında veya doğumdan sonrası dört haftada başlayan major depresyon dönemini 'peripartum (doğum zamanı) başlayan' belirleyicisi ile tanımlamıştır. ICD-10 ise doğum sonrası altı haftada başlayan depresif epizodu, postpartum depresif epizod olarak tanımlar. Yapılan bir çok çalışmada ve klinik pratikte bu süre, doğumdan sonraki ilk bir yıla uzanan zaman dilimi olarak da kabul edilebilmektedir (Sayın 2016, Uygur 2015).

2.1.2.2. Etiyolojisi

Postpartum depresyonun nedenlerine bakıldığında biyolojik (hormonal), genetik, immünolojik, psikososyokültürel etkenler olarak dört ana başlıkta değerlendirilmektedir.

2.1.2.2.1. Biyolojik Etkenler

Klasik biyolojik model PPD'ü gebelikte ekileyici bir artış gösteren üreme ve stres hormonlarının postpartum dönemde birden düşmesi olarak tanımlamaktadır. Ergenlik, menstural siklus, gebelik, postpartum ve menepoz gibi kadın yaşamındaki

önemli dönemlerde gözlemlenen üreme hormonlarında ki dalgalanmalarla ilişkili olarak ortaya çıkan depresyon atakları sonrası oral östrodiol uygulaması sonucu depresif belirtilerde göze çarpan bir onarım olması bu biyolojik model teorisinin destekleyen en büyük nedenler arasında sayılmaktadır (Douma et al. 2006, Glynn et al. 2013, Moses-Kolko et al. 2009).

Depresyonun kadınlarda erkeklere oranla fazla görülmesi ve kadınların üreme çağında daha fazla ortaya çıkması etiyojide cinsiyet hormonları ve üreme olaylarının rol oynadığını düşündürmektedir (Brummelte and Galea 2010, Hammarström et al. 2009, Sloan and Kornstein 2003). Üreme çağında gebelik ve postpartum dönem başta olmak üzere üreme östrojen, progesteron, oksitosin, kortizol, prolaktin ve endorfin hormonlarında önemli derecede dalgalanmalar yaşanmaktadır (Brett and Baxendale 2001, Özdemir 2007, Gülseren 1999).

Gebelik sürecinde artış gösteren en göze çarpan hormonlardan olan östrojen, progesteron ve kortizol seviyelerinde doğumdan sonra hızlı düşüş görülür (O'Hara and McCabe 2013, Özdemir 2007). Bu hormon seviyelerindeki azalmayı hormon çekilme teorileri, risk altındaki kadınlarda annelik hüznü ve postpartum depresyon oluşmasında önemli etken olduğu varsaymaktadır (O'Hara et al. 1991, Workman et al. 2012, Özdemir 2007). Ancak yapılan çalışmalarda östrojen progesteron ve kortizolün postpartum depresyon yaşayan ve yaşamayan kadınlarda farklı seviyelerde olduğunu gösteren çok az kanıt rastlanmıştır (Bloch et al 2003, Workman et al 2012, Özdemir 2007).

Östrojen serotonin, noradrenalin, dopamin, gama-aminobütrik asit (GABA) gibi bir çok sistemle etkileşime girerek nörotransmitterleri düzenler ve beyin aktivitelerini etkiler (O'Hara and McCabe 2013, Savrun 1999, Ahokas 2000). Postpartum dönemde steroid düzeyinin düşmesi serotonerjik aktiviteyi azalttığı belirtilmiştir (Savrun 1999, Ahokas 2000). Bu nedenle postpartum depresyon yaşayan kadınların plazma serotonin seviyesi postpartum yaşamayan kadınlarınkinden daha düşük seviyededir (Gu et al. 2003). Gebelik ve postpartum dönemde yaşanan östrodiol dalgalanmaları düşük serotonin seviyesine neden olarak risk altındaki kadınlarda depresif belirtilere neden olabilmektedir (O'Hara and McCabe 2013).

Gebelik döneminde stres hormonlarında artış görülürken postpartum dönemde azalma mevcuttur. Yapılan çalışmalar, HPA ekseninin (hipotalamik-pitüiter-adrenal eksen) disregülasyonu postpartum depresyon gelişiminde büyük etkisinin olduğunu göstermektedir (Meltzer-Brody 2011, Workman et al. 2012).

Postpartum erken dönemlerinde hipofiz hacmi, dolaşımı ve salgılayıcı görevinde ciddi seviyede azalma görülür. Kortizol seviyesinin 3. trimesterde yüksek seyrederken postpartum dönemde düştüğü saptanmıştır. PPD belirtileri ile kortizol seviyesindeki değişiklikler arasında ilişki olabileceği bildirilmektedir (Gülseren 1999).

Geçmişinde postpartum depresyon yaşayan kadınlarda, yaşamayan kadınlara göre kortizol seviyesinin önemli derecede daha yüksek seviyede olduğu bildirilmiştir (Bloch et al. 2005, Bloch et al. 2000). Jolley ve arkadaşlarının 2007' de yaptıkları çalışmada, postpartum depresyon belirtileri olan ve olmayan kadınların 6. ve 12. haftada ACTH düzeyleri ölçülmüş ancak farklılık bulunmamıştır. İleriye dönük yapılan başka bir çalışmada gebeliğin 18. haftada CRH düzeylerinin yüksek olan kadınlarda 23. ve 26. haftalar arasında hızlı bir yükseliş içinde olan CRH, kadınlarda postpartum 9 haftada postpartum depresyon belirtilerinin görüldüğü bildirilmiştir (Yim et al.2009).

Postpartum ilk haftada östrojen seviyesindeki düşüşe ters olarak prolaktin seviyesinde artış yaşanmaktadır. PPD belirtileri ile emzirmeyen annelerdeki prolaktin seviyesinin hızlı düşüşü arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmektedir (Gülseren1999). İnsan ve fareler üzerinde yapılan çalışmalar sonucu prolaktinin anksiyeteyi önleyici, laktasyonunda stresi engelleyici etkilerinin olduğu düşünülmektedir (Torner and Neuman 2002). Bu sebepten postpartum dönemde yüksek seviyede seyreden prolaktinin PPD için koruyucu bir kalkan olabileceği düşünülmektedir (Yim et al. 2015). Ancak bu hipotezi doğrulamak için yapılan çalışmada ise postpartum prolaktin seviyesi ile depresif belirtiler arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır (Annagür 2012).

Harris ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada emzirmeyen kadınlardaki PPD belirtileri ile tükrük bulunan progesteron ve prolaktin düzeyleri arasında pozitif bir ilişki olduğunu bildirmişlerdir. Ancak aynı çalışmada emziren kadınlarda bu ilişkinin negatif yönde olduğu görülmüştür (Özdemir 2007). Ingram ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise postpartum ilk haftada olan prolaktin düzeyi ile ilk altı aydaki PPD

belirtilerinin arasında prospektif bir ilişki olduğunu belirtmektedir (Ingram et al. 2003). Ancak yapılan başka bir çalışmada 48 postpartum kadından 2.- 8. haftalar arasındaki prolaktin düzeyi ile PPD belirtileri arasında herhangi bir ilişkiye rastlanmamıştır (Stuebe et al 2015). Prolaktinin PPD gelişimi üzerindeki etkisini araştıran çalışmalarda elde edilen veriler karışık olsada ikisi arasında ters bir bağlantı olması gözden kaçmamaktadır (Yim et al. 2015).

Oksitoinin PPD üzerindeki etkisini araştıran ileriye dönük bir çalışmada 21. ve 32. gebelik haftasındaki kadınlarda ölçülen oksitosin seviyesindeki düşüklük nedeniyle postpartum iki hafta içinde PPD belirtilerinin gözlenebileceği belirtilmektedir (Skrundz et al.2011). İncelenen başka çalışmalarda da gebelik ve postpartum dönemdeki düşük oksitosin seviyesi PPD için risk faktörü olabileceğini belirtmektedir (Yim et al.2015). ileriye dönük yapılan başka bir araştırmada testesteron hormonun PPD gelişimindeki etkisi incelenmiş ve gebeliğin son dönemlerinde ki testesteron seviyesinin ve postpartum dönemde düşüş 4.gün ve 6.haftada incelenmiş fakat tutarlı bir sonuca varılamamıştır (Chatzicharalampous et al. 2011).

Geç başlangıçlı PPD'nun belirtilerini tiroid hastalarının olabileceği bildirilmiştir. Postpartum dönemde TSH'nin azalması ile birlikte tiroksin seviyeside azalabilmektedir. Tiroksindeki bu düşüş gebelik öncesi dönemdeki değerinin altına indiğinde PPD belirtilerinin gelişimine sebep olabileceği düşünülmektedir. PPD belirtileri, hipotiroidi ve miks ödemli kadınlarda daha fazla oluşma riski vardır (Özdemir 2007, Gülseren 1999).

2010'da yapılan çalışmada postpartum ilk bir yıl içinde olan kadınların %5-7'si tiroid hormonunun kalıcı olmayan düzensizliklerinden etkilendiği ve tiroidit ile PPD belirtileri kesiştiği belirtilmiş ve diğer çalışmalar için öncü olmuştur (Kennedy et al. 2010). Bu ilişkinin nedeni olarak tiroid hormonlarının seratonin sistemini veya östrojen duyarlılığını değiştirmesine bağlı olduğu ortaya konmaktadır (Upadhyaya et al. 1992, Sylv'en et al. 2013).

PPD gelişmesinde risk faktörü olarak tiroid sisteminde ki antikorlar veya hormonların etkisi olduğuna dair teoriler oluşmaya başlamaktadır. Bu ilişkiye yönelik 11 çalışmanın bi kısmında PPD ile tiroid antikorları veya yüksek düzey TSH, düşük T3 ile düşük T4 arasında tutarlı bir ilişki olduğu saptamaktadır. Bir kısım çalışmada ise

PPD ile tiroid fonksiyonları arasında pozitif bir bağlantıya rastlanmamaktadır. PPD belirtileri ile TSH seviyesinde ki yükselme arasında ilişki olduğu teorik olarak sunulsada, başka çalışmalarda bu tür ilişkinin olduğu kanıtlarına ulaşılammıştır (Yim et al. 2015).

Gebelik süreci hipofolatemiy yönünden riskli bir dönem olduğu için PPD belirtilerinin ortaya çıkmasında serum folat düzeyindeki düşüklük neden olduğu düşünülmektedir (Rouillon et al 1992). Gebelikte yükselmekte olan kolesterol seviyesi doğum tamamlandıktan sonra hemen düşmeye başlar. Düşük kolesterol düzeyi ile şiddet, intihar ve PPD belirtileri arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir. PPD belirtilerine sahip kadınların serum kolesterol ve LDL seviyeleri PPD belirtileri olmayan kadınlara oranla daha düşük olduğu saptanmıştır (Van Dam et al. 1999, Selvi et al. 2004).

Üreme hormonları gibi stres hormonlarında gebelikte artış gösterirken postpartum dönemde düşüş gerçekleşmektedir. Yapılan çalışmada PPD gelişmesinde risk etkeni olarak stres hormonlarından sadece CRH düzeyinin gebelikteki artışının bir neden olabileceği bildirilmektedir. CRH haricinde gebelikte yüksek β -endorfin düzeyinin PPD gelişme riskini ve belirtilerini önceden anlaşılabilmesinde umut verici olduğu belirtilmektedir (Yim et al.2015).

2.1.2.2.2.Genetik Etkenler

Gebelik veya postpartum dönemlerde ailelerin bazılarında depresyon belirtilerine sık rastlanması kıymetli bir veri kaynağı olmaktadır. 838 ikiz (539 monozigotik, 299 dizigotik) üzerinde yapılan bir çalışmada %25 'inde PPD gözlemlenirken, PPD da görülen depresif belirtiler ise %38'inde gözlemlendiği öne sürülmektedir (Treloar et al 1999). PPD gelişiminde genetik faktörlerin etkisi yapılan çalışmalar ile ortaya konmuştur (Treloar et al. 1999, Yonkers et al 2012). Geçmişinde PPD yaşamış kadınların kardeşlerinde %42 oranında PPD saptanırken, geçmiş hikayesinde PPD yaşamayan kadınların kardeşlerinde bu oran %15'e düştüğü bildirilmektedir (Yonkers et al.2012).

Serotonin taşıyıcı proteini (5-HTT) psikiyatrik hastalıkların gelişmesinde etkisinin olduğu varsayılmaktadır (Lesch and Mössner 1998). Serotoninin transkripsiyonel etkintiliğini sağlayan bölge olan 5-HTTLPR'de kısa allel taşıyorsa o

kişide depresyon oluşma riskinin daha fazla olabileceği belirtilmektedir (Yim et al.2015). Binder ve arkadaşları yaptıkları çalışmada geçmiş öyküsünde psikiyatrik bozukluk bulunan ve genlerinde kısa allel taşıyan kadınların postpartum ilk 8 hafta depresyon gelişme olasılığının daha fazla olduğu saptanmaktadır (Binder et al 2010). Zhang ve arkadaşlarının 2014’de yaptığı bir çalışmada da 5-HTTLPR geninin LL alleli ile PPD arasındaki ilişki bildirilmiştir.yapılan başka bir çalışmada ise 5-HTTLPR S-alel taşıyıcılığının stresli ve zor bir hayat sürüldüğünde, daha sonrasında PPD belirtini ortaya çıkaracağı ve şiddetini artıracacağı belirtilmiştir (Mehta et al. 2012).

Monoaminerjik sistem il ilgili kıymetli enzimlerden olan COMT (katekol-ometiltransferaz) ve MAO-A (monoamin oksidaz-A) genlerinin allel değişimlerinin, majör depresyonla bağlantılı olduğu bildirilmiştir (Mandelli and Serretti 2013). MAO-A veya COMT enzimlerinin düşük aktivitel çeşitleri bulunan kadınların gebeliğin son dönemlerinde ve postpartum ilk 6 haftada görülen depresif belirtiler ile bağlantılı olduğu saptanmıştır (Dornbos et al.2009). El-Ibiary ve arkadaşlarının 2008’te yaptığı ileriye dönük bir çalışmada steroid hormon, nörotransmitter ve nötotrofin faktör fonksiyonları incelendiğinde nörotransmitter fonksiyonunda bulunan HTR2A geninde PPD ilişkisi saptanmıştır. Yapılan başka bir ileriye dönük çalışmada ise glukokortikoid reseptörü ve kortikotropin salan hormon reseptöründe bulunan bazı genlerin genetik çeşitliliği PPD oluşma riskini artırdığı saptanmıştır (Engineer et al. 2013).

2.1.2.2.3.İmmünolojik Etkenler

Kendize özgü genetik yapıya sahip olan fetüs, babanın antijenlerini de taşır ve annenin bağışıklık sistemi tarafından saldırıya uğramaz (Zenclussen 2013). Doğal bağışıklık sistemi proinflamatuvar sitokinler ve buna cevap olarak oluşan anti enflamatur sitokinlerin dengesi ile düzenlenir (Yim et al. 2015). Gebeliğin 35. haftasına kadar proinflamatuvar sitokinlerde yavaş yavaş bir artma yaşanırken karşı cevap oluşmaz. Doğum sırasında proinflamatuvar süreç 7 kat artarken antiinflamatuvar yanıt 2 kat artar (Kronbork et al.2011). Postpartum ilk bir kaç gün proinflamatuvar süreç hızla artmaya devam eder (Maes et al.2000). Postpartum dönemde artan enflamasyon ile depresyon belirtileri arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir (Raison et al. 2006)

Moes ve arkadaşlarının 2000’de 91 kadın üzerinde yaptığı çalışmada postpartum ilk haftada depresif belirtilerinde artış olan kadınların proinflamatuvar seviyelerinde ve

reseptörlerinde de artış olduğu bulunmuştur. Corwin ve arkadaşlarının 2008’de yaptığı bir çalışmada ise postpartum ilk 4 haftaiçinde proinflamatuvar seviyesinde olması gereken düşüşün yaşanmaması, depresif belirtilerle ilişkili olduğu belirtilmiştir.

Postpartum 4.-6. haftalar arasındaki PPD belirtileri ile anti-enflamatuvar süreçte rol oynayan faktörlerin ilişkili olduğu saptanmıştır (Yim et al.2015). Groer ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise inflamatuvar yanıtı kolaylatıracı faktör seviyelerinin, bebeğini sadece formüle mama ile besleyen annelerde PPD belirtileri ile anlamlı bağlantı içinde olduğunu, sadece anne sütü ile besleyen annelerde ise bağlantısı olmadığı belirtilmiştir (Groer et al.2006).

PPD gelişmesinde C-reaktif protein (CRP) seviyesinine bakıldığında yüksek risk grubuna ait 27 kadınla yapılan çalışmada CRP düzeyi ve postpartum ilk beş gün içinde PPD gelişme olasılığı arasında ilişki olduğu bulunmuştur. Ancak aynı çalışmanın sonucu postpartum 5. Ve 6. haftalar arasında geçerli olmadığı belirtilmiştir (Scrandis et al.2008).

2.1.2.2.4.Psiko-Sosyal-Kültürel Etkenler

PPD gelişimine neden olan faktörler incelendiğinde biyolojik etkenlerden daha fazla psikososyal etkenler üzerinde çalışılmıştır. PPD çok farklı dışı vurumlara sahip hormonal etkenleri içeren ama daha çok psikolojik/sosyal etkenleri kapsayan karmaşık bir psikiyatrik bozukluktur (Yim et al.2015, Marini et al. 2015, Di Florio and Meltzer-Brody 2015, Weobong et al. 2014, O’Hara and Wisner 2014).

Doğumu yaşayan tüm kadınlarda hormonal ve biyokimyasal değişimlerin olması kaçınılmazdır. Ancak psikiyatrik bozuklukların tüm kadınlarda değilde bir kısmında görülmesinin nedeni sosyal destek sistemleinin yetersizliği, sosyal streslere çok fazla maruz kalması ve kişilerarası olumsuz ilişkiler gibi etkenlerin etkili olduğu düşündürmektedir (Josefsson et al 2002).

PPD tanımlanırken iki model geliştirilmiştir. Klinik modelde PPD’ u hastalık ya da bozukluk olarak açıklarken, sosyal modelde doğumun bir yaşam olayı olduğunu PPD’nun da bu olaya bir cevap olarak geliştiğini belirtmiştir (Nicolson 1990).

Postpartum erken dönemde kadınlar bebek sahibi oldukları için bir kazanç olarak görülsede aslında ambivalan ve kayıp duygularını çok fazla yaşarlar. Doğum

süreci ile birlikte bağımsızlığın, önceki hayat şeklinin, beden imajının, cinsel çekiciliğinin, kişisel alanın, bazı hobilerin, mesleki statünün, arkadaşlarının, gebeliğin veya işin kaybı kadının artık bağımsız kadın rolünden çıkarmaktadır. Kadın PPD ve getirdiği değişimlere karşı bir yas tepkisi olarak değerlendirilebilmektedir (Nicolson 1990, Gülseren 1999).

Annelik rolü stresi ve bebek bakımına yönelik stresin PPD gelişiminde rol oynadığına dair kanıtlara rastlanmakla birlikte, çocuk yaşta annelik rolünü üstlenenlerde postpartum 6. haftada PPD belirtilerinin gözlemlenme olasılığının daha fazla olduğu saptanmaktadır (Venkatesh et al. 2014).

Stresi tanımlamak için bugüne kadar birçok açıklama yapılmış, kişinin kaynaklarını aşan talep olarak veya birey olarak anlamlı düzeyde yıpratıcı olan olarak tanımlanmıştır. Stres yaratan nedenleri ise yaşam olayları, sonu acı ile biten olaylar, günlük sorunları içeren stres, ebeveynlik stresi, kronik stres olarak ele alınmıştır (Lazarus et al.1984).

Yapılan birçok psikososyal çalışmada yaşam olayları üzerinde yoğunlaşmıştır. Çalışmalar sonucunda gebelik döneminde stresli olayların yaşanması PPD belirtilerinin oluşmasında anlamlı bir etki yarattığı belirtilmiştir (Nakku et al. 2006, Aydın et al 2005, Demirchyan et al 2014, Escriba-Agüir and Artazcoz 2011). Aynı zamanda postpartum erken dönemlerde yaşanan stresli yaşam olayları PPD gelişimi için risk faktörüdür (Norhayati et al.2015).

Çalışmaların büyük bir kısmında doğum öncesi dönemde yaşanan stresli yaşam olaylarının postpartum dönem baş gösteren depresif semptomlar arasında tutarlı bir ilişki olduğunu belirtilmektedir. Aynı zamanda postpartum erken dönemde yaşanan stresli yaşam olayları ise daha sonrasında depresif semptomların gelişmesi için zemin hazırlamaktadır. Stresli yaşam olayları ile postpartum dönem depresif belirtiler arasında tutarsız ilişki çıkan çalışmaların sonucunda ise yaşanan stresli yaşam olaylarının durumu ve tipinin nasıl olduğunun değerlendirilmesinin gerektiği belirtilmektedir. Buna ilişkin yapılan çalışmada işkenceli bir suçta tanıklık etme veya yaşamına son verilme tehlikesi geçirme gibi stresli bir olay ile karşı karşıya gelme PPD oluşumunda anlamlı bir faktör iken, hafif düzeyde evlilik ve ekonomik sıkıntıların PPD oluşmasında rol oynamadığı ortaya konmaktadır (Ramchandani et al. 2009).

Birçok kültürde gebe kalmak, doğurmak ve anne olmak kadınların yapması gereken zorunluluk olarak görülür ve bu da kadında baskı ve yük oluşturabilmektedir. Toplumsal baskı yüzünden kadın istenmeyen gebeliklere mecbur kalabilmektedir. Annelik rolü ile birlikte kadın artık çok mutlu olması ailesine ve çocuklarına daha ilgili davranması gerektiğini konusundaki toplumsal beklentiler kadında daha büyük baskıya neden olabilmektedir. Dahaca yeni rolüne adapte olamayan anne beklentileri karşılama çabasına girebilmektedir. Özellikle çalışma hayatı kadın için büyük öneme sahipse yeni sorumlulukları oluşması çalışma hayatını ve alanında yükselmeyi engelleme düşüncesi bebeğe karşı öfke ve suçluluk duygularının oluşmasına neden olabilmektedir (Sayın 2015).

PPD gelişmesinde sürekli ağlayan, huzursuz, dindirilmeyen, zor mizaçlı ve kolik bebeği bulunan kadınların risk altında olduğu bildirilmiştir (Howell et al. 2005). ABD’de yapılan çarpıcı bir çalışmada kolik bebeği bulunmasının beyaz ırk, Latin Amerikalı kadınlarda PPD belirtilerini şiddetlendirdiğinin ancak Afrikalı Amerikan kasınlrda ise şiddetlendirmedeği belirtilmiştir. Araştırma sonucunda PPD’u biyopsikososyal olarak değerlendirilmesi gerektiği bir kez daha kanıtlanmaktadır (Howell et al. 2005).

Yaşam süresince depresyon gelişmesinde kişilerarası zayıf ve olumsuz ilişkilerin etkili olduğu bildirilmiştir (Hammen 2003). Dolayısıyla PPD etiyojisinden de sorumlu tutulmaktadır (Hopkins et al.1984).

Sosyal destek, kişinin toplum tarafından kabul gördüğünü, sevgi duyulduğunu, değer verildiğini ve o topluma ait hissetmesini sağlamaktadır. PPD gelişmesinde sosyal destek faktörünün etkisi incelendiğinde alınan değil algılanan sosyal desteğin PPD gelişme durumu ile ters bir ilişki olduğu ortaya konulmuştur. Kaliteli bir sosyal destek PPD gelişme riskini azalttığı belirtilmiştir (Yim et al. 2015)

Kadının rollerinin giderek artmasıyla beraber sorumluluklarında beraberinde artış göstermesi, toplam iş yükünün fazla olması iş güvenliliğinin yeterli seviyede olmaması, izin günlerinin zlığı, parasal problemler, evsizlik, yeterli gıda temin edememe gibi sürekli devam eden bir zorlamaya neden olan stres faktörleri PPD belirtilerinin şiddetini artırabileceği ortaya konmaktadır. Başa çıkamama ve çaresizliğin

sembolü olan algılanan stres düzeyi ile PPD belirtileri arasında tutarlı bir ilişki olduğu belirtilmektedir (Yim et al. 2015).

2.1.2.3.Epidemiyolojisi

Ülkemizde ve yabancı kaynaklarda yapılan çalışmalarda PPD dağılımının saptanması için birçok çalışma yapılmış ve kullanılan yöntemlerin aynı olmaması, olguların postpartum dönemde farklı zaman dilimlerinde ele alınması, incelenen toplumdaki özelliklerin farklılığı, örneklem büyüklüklerinin bir olmaması, farklı metodolojik yöntemlerin ve farklı tanı araçlarının kullanılmasına bağlı sonuçlarda değişkenlik göstermektedir (Forty et al. 2006, Campbell and Cohn 1991, Cooper et al 1988).

40 ülkede 143 çalışmayı inceleyen literatür araştırmasında PPD görülme sıklığı ortalama %10-15 arasında bildirilirken ülkelere göre %0-%60 arasında değiştiği belirtilmiştir (Halbreich and Karkun 2006). Dünya çapında 2005-2014 yılları arasında yapılmış çalışmaları ele alan sistematik derlemede 203 çalışma incelenmiş, ilk 12 ay PPD prevalansını %0.5-%60.8 arasında olduğunu ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre ise gelişmiş ülkelerde PPD görülme sıklığı en düşük Almanya'da %1,9 oranında görülürken en yüksek ABD'de %82,1 oranında görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde ise PPD Pakistan'da %5,2 en düşük oran iken Türkiye'de %74 en yüksek oran olarak bildirilmiştir (Norhayati et al. 2015). Hindistan'da 2000-2016 yılları arasından yapılan bir metaanaliz araştırmasında postpartum depresyon prevalansını tanımlamak için veritabanlarından 38 çalışma, 20.043 kadına ulaşılmış ve ortalama PPD prevalansını yaklaşık %22 olarak belirtmiştir (Upadhyay et al.2017). 56 ülke 296.284 kadın üzerinde yapılan metaanaliz çalışmasında PPD prevalansı %17.7 olduğu saptanmış ve dünyada PPD prevalansı giderek arttığı belirtilmiştir (Hahn-Halbrook et al. 2018). Ülkemizde yapılan PPD prevalansını ve risk faktörlerini inceleyen bir metaanaliz çalışmasında 1999-2015 tarihleri arası yayınlanmış 52 çalışma incelenmiş ve PPD prevalansını %23.8 olarak belirlemiştir. Dünyada olduğu gibi PPD Türkiye'de de görülme sıklığı giderek artan yaygın bir sorundur (Özcan et al. 2017).

Tüm ülkelerin ekonomik ve sosyokültürel farklılığa sahip olduklarından PPD görülme sıklığı genellenemediği için gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler için ayrı çalışmalar yapılmaktadır (Halbreich ve Karkun 2006).

Ülkemizde yapılan SCID-I temelli çalışmalarda yapılarak PPD prevalansları bildirilmiştir. 2004 yılında Akkün ve arkadaşlarının Erzurumda 341 postpartum ilk bir yıl içindeki kadınlarla çalışılmış, EDSDÖ kesme puanı > 12,5 olarak hesaplanmış ve oranın %35,8 olduğu bildirilmiştir. Konya'da 302 kadın postpartum ilk 6 hafta ele alınmış, EDSDÖ >13 olarak çalışılmış ve oran %6,3 bulunmuştur (Akman ve ark. 2007). Erzurum'da 360 kadınla yapılan çalışmada ise postpartum 6. haftada EDSDÖ uygulanarak kesme puanı >12 hesaplanmış ve oran %26.1 bulunmuştur (Kırkan 2014). Konya'da yapılan başka bir çalışmada prematür bebeklere sahip 120 anne ilk 2 hafta içinde EDSDÖ uygulamış kesme puanı >12 alınmıştır ve %20,8 oranı bulunmuştur (Uygur 2015).

Manisa'da 0-6 ay arasındaki 257 kadınla çalışılmış EDSDÖ >12 alınmış ve oran %14.0 bulunmuştur (Danacı ve ark. 2000). Malatya, Kayseri, Konya, Erzurum, Elazığ'da il 12 ay içinde toplam 2514 kadınla çalışılmış EDSDÖ >13 hesaplanarak PPD prevalansı %27,2 olarak bildirilmiştir (İnandı ve ark 2002). Samsun'da 8. Haftada EDSDÖ uygulanan 380 kadınla çalışılmış ve kesme puanı >13 hesaplanmış ve oran %23,1 bulunmuştur (Sünter ve ark. 2006). İzmir'de 4-8 hafta aradındaki 273 annede EDSDÖ >12 alınmıştır ve oran %29 olduğu saptanmıştır (Çeber ve ark. 2002). Ekkulu ve arkadaşlarının 2002'de Edirne'de yaptığı çalışmada 0-6 hafta arasında 178 kadın ele alınmış, EDSDÖ >12 olarak PPD görülme sıklığı %40,4 oranında bildirilmiştir. Sivas'ta ilk bir sene içindeki 750 annede EDSDÖ >13 alındığında oran % 28,0 bulunmuştur (Nur ve ark 2004).

Mersin'de daha kapsamlı bir çalışmada 1447 kadın ile çalışılmıştır ve 0-2 ay aralıklarında PPD prevalansı % 29.0 iken, 3-6 ayda bu oran %36.6 ve 7-12 ay aralıklarında ise %28.0 olarak saptanmıştır (Buğdaycı ve ark. 2004). Ankara'da 4. Haftada EDSDÖ uygulanmış 214 kadın ile yapılan çalışmada kesme puanı >12 alınmış ve oran %23.4 bulunmuştur (Efe ve ark 2009). Alkar ve Gençöz'ün 2005'te postpartum ilk günlerde yaptığı çalışmada PPD prevalansı EDSDÖ kesme puan >13 hesaplandığında %50.7 bulunurken, >10 alındığında %74.0 olarak bulunmuştur. Erzurum'da yapılan başka bir çalışmada ilk bir yıl içindeki 758 kadın ile çalışılmış ve EDSDÖ > 13 alınmış ve PPD görülme olasılığı %34,6 olarak bulunmuştur (Aydın ve ark. 2004). Aydın il merkezinde yapılan epidemiyolojik çalışmada ise 6-8 hafta arasındaki

248 kadınla çalışma yapılmış EDSÖ > 12 alınarak oran %12.5 olduğu saptanmıştır (Arslantaş ve ark.2009).

Trabzon'da yapılan epidemiyolojik çalışmada 6-8 hafta arasında 152 anne ile görülmüş oran %29,6 bulunmuştur. Yine aynı çalışmada postpartum 6 aylık dönemdeki 132 anne ile görüşülmüş ve oran % 11,4 olarak saptanmıştır. Her ikisinde de EDSÖ kesme puanı 13 olarak çalışılmıştır (Ayvaz ve ark. 2006).Konya'da yapılan tez çalışmasında ise 2-6 ay arasında ki 242 anne ile çalışılmış EDSÖ kesme puanı 13 alınarak PPD prevalansı %19.4 olarak bulunmuştur (Özdemir ve ark 2008). Malatya'da postpartum ilk 12 ay içerisinde olan 785 anne ile yapılan çalışmada EDSÖ kesme puanı 13 alınmış ve PPD prevalansı % 21 olarak bulunmuştur (Yağmur ve Ulukoca 2010). Erzurum'da PPD görülme sıklığını tanımlamak için 479 kadının 1. ve 2. haftada EDSÖ uygulanmış kesme puanı 13 alınmış ve sırayla PPD prevalansı %17.7 ve %14 olarak bildirilmiştir (Kırpınar ve ark. 2010).

Ankara'da yapılan çalışmada ise 2-18 hafta aralığında ki 708 kadın çalışmaya alınmış EDSÖ >13 olarak hesaplanarak oran %15 olarak çıkmıştır (Durukan ve ark. 2011). Sakarya'da yapılan epidemiyolojik çalışmada 126 kadının 4. Haftada EDSÖ uygulanmış, kesme puanı 12 alınmış ve PPD prevalansı %23.8 olarak sunulmuştur (Durat e ark. 2010). Manisa'de PPD prevalansına bakıldığında, 6 hafta içindeki 318 kadınla çalışılmış, EDSÖ >13 olarak hesaplanmış ve oran %31,4 olarak bildirilmiştir (Göker ve ark. 2012). Annagür ve arkadaşlarının 2013'te Konya'da yaptığı çalışmada ise 197 kadın ile çalışılmıştır. EDSÖ postpartum dönem 48.saat ve 6.haftada uygulandığında sırasıyla %14.2 ve %11.2 olarak bulunmuştur.

Ülkemizde ve yurtdışında kadınların sahip olduğu özel durumlara yönelik epidemiyolojik çalışmalara rastlanmaktadır. Miadından önce doğum yapan, sosyoekonomik durumu düşük olan, epilepsi öyküsü bulunan ve göçmen popülasyonları üzerinde de çalışmalar yoğunlaşmaktadır. Miadından önce doğum yapan kadınlarda %13, kolik bebeğe sahip kadınlarda %23,5, sosyoekonomik düzeyi düşük kadınlarda %33, epilepsili kadınlarda %20, doğal afet sonrası doğumu gerçekleştiren kadınlarda %29 oranında PPD'a rastlanılmaktadır. Batılı ve doğulu ülkelerde yapılan çalışmalarda ise göçmen kadınlar arasında PPD görülme oranı %0,5 ile %65 arasında değişiklik göstermektedir (Korja et al.2008 , Akman ve ark. 2007, Gallatin et al. 2009).

2.1.2.4.Klinik Özellikleri

Postpartum depresyon kadının yaşam kalitesini düşüren ve günlük yaşamını olumsuz etkileyen belirtiler gösterebilir. Duygudurumunda sık sık değişimler, iştahında artma ya da azalma, uykuya eğilimin fazlaşması yada uyku yetersizliği, bebek ve bakımına ilişkin kaygı ve endişe duygularında artma, bebeğe zarar verme korkusu, aşırı ağlama, üzüntü hissi, suçluluk, şüphecilik, umutsuzluk, hobi, yaşam aktiviteleri ve sosyal etkinliklere karşı ilginin azalması, odaklanamama, hatırlamada güçlük, sürekli ve davamlı ölüm ve intihar düşüncelerini içerebilir (Gale and Harlow 2003, Patel et. al 2012).

Genellikle postpartum ilk 6 hafta içinde belirtiler ortaya çıkmaya başlamaktadır ve bu süre 1 yıla kadar uzayabilmektedir. Gebelik ve postpartum dönemdeki değişikliklerebağlı uyku, iştah ve libidoda görülen değişiklik PPD tanısının gözardı edilmesine neden olabilmektedir. Sağlık çalışanlarının PPD belirtilerini gözardı etmesi haricinde kadınlar da ruhsal durumlarındaki değişiklikleri bildirmelei yönünden arzusuz olabilirler. Bu yüzden gebelik ve postpartum dönemde olan kadınların sağlık çalışanları tarafından ruhsal durumlarında olan değişimleri sorgulamaları önem taşımaktadır. Yenidoğan bakımı ve kontrolleri kadına duygudurum değişikliklerini sormak için sağlık çalışanlarına bir fırsat olabilmektedir (Friedman ve Resnick 2009, Sayın 2016)

PPD ile majör depresyonun klinik görünümü, etiyojisi ve tedavisi benzerlik göstermektedir (Born et al 2004). Ancak PPD'nun anneye bebeğe ve dolayısıyla aile üzerine etkisi benzersizdir. PPD belirtileri kadında bıraktığı hasara göre hafif yada ağır şiddetli izlenim gösterebilmektedir. PPD'nun uzun seyirli ve daha şiddetlenmesinde sebep hafif ve orta şiddetli depresyonu olan kadınların bu durumu bir bozukluk olarak düşünmemesinden de kaynaklanmaktadır. PPD belirtilerini yaşayan kadınlarda destek arayışı içinde olmamaları veya nereye başvuracağı konusunda bilgi sahibi olmaması gibi sebeplerde eklenmektedir. Ağır şiddetli PPD'ü olan kadınlarda yetersizlik ve suçluluk duyguları abartılıdır, cezalandırılmayı hak ettiğini düşünme, nihilistik sanrılar ve bu düşüncelerle ilişkili halüsinasyonlar görülebilmektedir. PPD belirtilerinin etkisi altında olan anne bebeğini kabullenmeyebilir ve kendisine ve bebeğine zarar verebilmektedir. Bu nedenle psikotik belirtileri olan kadınların hastaneye yatı yapılarak tedavi başlanması gerekmektedir (Sayın 2016).

Gebelik döneminde kadında görülen fizyolojik sürecin getirdiği ve beraberinde yaşanan durumlar anksiyete bulguları ile benzerlik göstermektedir. Bu durum gebelikte görülen anksiyete bozukluğu tanısının gözardı edlimesine neden olabilmektedir. PPD'ü olan kadınların %20-60'ı beraberinde anksiyete de yaşamaktadır (Miller et al.2015, Reck et al. 2008, Tavares et al. 2012).

PPD beraberinde yaşanan anksiyetenin odağı çoğunlukla bebeğin uyku sırasında birden öleceği, bebek bakımındaki endişeleri ve çevreden gelebilecek eleştirilere karşı oluşmaktadır. Annelerin bazıları obsesif nitelikte bebeğine zarar verme ile ilgili düşüncelere sahiptirler. Bu sebepten dolayı bazı anneler bebeği yanın bulunduğu zaman ciddi anksiyete yaşarlar, annenin endişeli, kaygılı hali bebekten uzaklaşmasına iletişimi ve bakımı kesintiye uğratmasına yol açabilmektedir (Brockington et al 2006).

PPD ve anksiye arasında anlamlı bir ilişki olmasına rağmen eş tanı prevalansını saptamak amacıyla az sayıda çalışma bulunmaktadır (Falah-Hassani et al. 2016). Yapılan bir çalışmada PPD yaşayan ve intihar düşüncesinde bulunan kadınlarda anksiyete belirtilerine, uyku bozukluklarına ve geçmişinde çocukluk çağı istismar öyküsünün daha fazla olduğu saptanmıştır (Sit et al. 2015). PPD'a eşlik eden bir diğer hastalığın ise yeme bozukluğu olduğu belirtilmektedir (Navorro et al 2008).

2.1.2.5.Ayırıcı Tanısı

Postpartum dönemde kadında görülen ruhsal bozukluklar aralığının bir parçası PPD, diğer kısımlar ise annelik hüzüü ve postpartum psikozdan oluşmaktadır (Sayın 2016). Postpartum dönemde kadınların %50-85'inde annelik hüznü yaşanmaktadır (Norhayati et al. 2015). Erken dönemde başlayan postpartum depresyon belirtilerini annelik hüznünden ayırmak zor olsada annelik hüznü postpartum 4. Günde pik yaparken 10. Günde ise kendiliğinden çözümlenir (Gale et al. 2003). Anksiyete, üzüntü, uyku bozukluğu, sinirlilik, ambivalan duygular, ağlama nöbetleri annelik hüznünde olan belirtilerdir (Norhayati et al. 2015). Annelik hüznü özel tedavi gerektirmeden kendiliğinden çözümlenirken, intihar düşüncesinde ve intihar girişiminde bulunmaz (Cohen et al.2010). Annelik hüznü yaşayan kadında eğerki belirtiler daha fazla şiddetlenir, iki haftada geçmez daha uzun sürerse PPD yönünden detaylı inceleme yapmak gerekmektedir (Gale et al. 2003 Sayın 20016).

Postpartum psikoz (PPP) kadınlarda nadir görülür ancak intihar ve bebek öldürülmesi riskinden dolayı acil hastane yatışı ve tedavi gerektirir. PPP yaygınlığı %0.1-0,2 olarak bildirilmektedir (Norhayati et al. 2015). Ajitasyon, huzursuzluk, uyku düzensizliği, düşüncelerde dağınıklık, paranoya, dürtüsellik, sanrılar ve hezeyanlar PPP da görülen belirtilerdendir. Çoğunlukla birden başlar, hızlı bir şekilde ciddi sonuçlar doğurabilmektedir. PPP açısından 35 yaş üstü primipar kadınlar daha fazla risk altındadır ve postpartum iki hafta içinde pik yapmaktadır (Cohen et al. 2010). Ayırıcı tanıda kadının kendi veya ailesinde psikoz geçmişi olması tanı koymada yardımcı olabilmektedir (Sharma and Sharma 2012).

Bipolar bozukluğun gidişatını gebeliğin değiştirdiğine yönelik veriler bulunmaktadır. Postpartum dönemde depresif veya manik atakların görülme oranlarının artırdığı bildirilmiştir (Grof et al.2000, Freeman et al. 2002). Postpartum dönemde daha çok depresif belrtilerle birlikte bipolar bozukluk ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle postpartum dönemde vakalara sıklıkla unipolar depresyon tanısı konmaktadır (Sayın 2016). Bipolar bozukluğun depresyonu yönünden postpartum dönemde depresif belirtilerin hemen görülmeye başlaması, kadında hipomani oluşması, antidepresan tedaviye hızlı cevap veya yetersiz cevabın olması, atipik özellikli depresif belirtiler bulunması, beraberinde psikotik belirtiler oluşması, aile veya kendi geçmişinde bipolar bozukluk hikayesi olması dikkat edilecek önemli işaretlerdir (Yonkers et al. 2012).

Postpartum dönemde depresyondan daha sık anksiyete bozuklukluğu prevelansı görüldüğü saptanmıştır (Brockington 2004). Stresle etkin bir şekilde başa çıkamamanın sonucunda anksiyete belirtileri gelişebilmektedir ve anksiyete belirtileri ise depresyonun oluşmasında büyük risk faktörü olduğu bildirilmiştir (Bener et al. 2012).

İlk defa gebelik veya postpartum dönemde ortaya çıkabilen obsesif kompulsif bozukluk (OKB), bu dönemlerde semptomlarında şiddetlendiği bildirilmiştir (Uğuz et al.2007). Postpartum dönemle ilişkili olan OKB, hızlı başlaması ve daha çok bebeğe zarar vermeye ilgili obsesyonları içermektedir. Bebeğe zarar verme obsesyonlar annenin bebekle arasına mesafe koymasına, bakımını aksatmasına ve böylece anne bu durumdan suçluluk duyarak depresif belirtilerin oluşmasına veya olan belirtilerin iddetlenmesine neden olabilektedir (Sayın 2016).

Tiroid hastalıkları, anemi ve hipoaktif deliryum durumlarının postpartum dönemde ayırıcı tanı için değerlendirilmesi gereken bir faktör olduğuna göz ardı edilmemelidir (Friedman and Resnick 2009). Hipotiroidizm PPD semptomlarının ayınlarını oluşturabildiği gibi antidepresan tedaviye cevabıda etkileyebilmektedir (Sharma et al.2008). Albacar ve arkadalarının yaptıkları çalışmada PPD oluşumunda ferritin seviyesinin düşük olmasında etkili olduğu öne sürülmektedir (Albacar et al. 2011). Sonuç olarak PPD'a yanlış tanı ve tedavinin olmaması için detaylı öykü alınıp, gerekli tüm labaratuvar testlerinin yapılması önerilmektedir (Sharma and Sharma 2012).

2.1.2.6.Risk Faktörleri

PPD etiyojisi kesin olarak belirlenememiştir ancak gelişiminde rol oynayan bazı risk faktörleri açıklanmıştır. Tanımlanan bu risk faktörlerinin bilinmesi PPD gelişimini erken dönemde tespiti, tanınması, tedavi edilmesi ve uzun süreli oluşan negatif etkilerinin minimum seviyeye indirilmesinde fayda sağlamaktadır. PPD oluşumunda sosyo-demografik, fiziksel ve biyolojik, psikolojik, obstetrik-pediyatrik ve kültürel risk etkenleri olarak sınıflandırılmaktadır (Norhayati ve ark. 2015, Sayın 2016).

2.1.2.6.1.Sosyodemografik Faktörler

PPD ve sosyodemografik etkenler arasındaki ilişkiyi inceleyen farklı çalışmalar sonrası farklı sonuçlar ortaya çıkmaktadır. PPD gelişiminde eğitim seviyesi, anne yaşı, çocuk sayısı ve evlilik süresi arasında anlamlı bağlantı olduğunu bildiren bulgulara rastlanırken tam tersini ifade eden bulgularda bulunmaktadır (Sayın 2016). Geniş çaplı yapılan bir çalışmada 25 yaş altında 1897 kadın ile çalışılmış ve postpartum 6. haftada PPD gelişme ihtimali 5 kattan daha fazla olduğu saptanmasına rağmen başka çalışmalarda ise anne yaşının PPD oluşumunda bir etken olmadığı hatta koruyucu olarak tanımlanmaktadır (Sword et al. 2011, Glavin et al 2009, Green et al 2006). İnandı ve arkadaşlarının 2002'de Erzurum, Erzincan, Kayseri, Konya ve Malatya'da yaptığı bir çalışmada eğitim seviyesi ve sosyoekonomik seviyenin düşük olması, işsizlik, erken yaşta evlenme ve doğum yapmanın PPD gelişmesinde önemli ölçüde risk etkenleri olduğunu saptamıştır.

Eđitim seviyesinin dűşűk olması, iřsizlik ve dűřűk ekonomik durum PPD için risk faktűrű olarak kabul edilmektedir. Geliřmekte olan űlkelerde yařanılan hayattan zevk almama, aile içi fiziksel ve psikolojik řiddet, tek eřli olmama, eřinin iřsiz ve eđitimsiz olması PPD geliřiminden sorumlu diđer risk etknleri olark karřımıza çıkmaktadır (Yađmur ve Ulukoca 2010, Ho-Yen et al. 2007, Demirchyan et al. 2014).

2.1.2.6.2.Fiziksel ve Biyolojik Faktűrler

PPD ile olumsuz beden algısı, dűřűk vűcut ađırlıđına sahip anne ve fizikel sađlıkta bozukluklar arasında anlamlı bir iliřkiye rastlanmıřtır (Sayın 2015). Geliřmiř ve geliřmekte űlkelerde yapılan alıřmlara gűre ise fiziksel sađlık durumunun kűtű olması, olumsuz beden algısı, annenin yeterli kiloya sahip olmaması PPD oluřumunda etkili olduđu belirtilmektedir (Uygur 2015). Nepal’de yapılan bir çalıřmada ise vűcut kitle indeksi 20 nin altında olan kadınlarda PPD geliřme riskinin daha fazla olduđu bildirilmektedir (Ho-Yen et al 2007).

2.1.2.6.3.Psikolojik Faktűrler

Geliřmekte olan űlkelerde yapılan çalıřma sonucunda psikolojik faktűrlerin PPD geliřimine zemin hazırladıđı ve yatkınlıđı artırdıđı bildirilmiřtir. Gebelikte anksiyete ve depresyon yařanması, geçmiřte depresyon űykűsű, bebek bakımına ait stresli olma, stresli yařam olayları, sosyal desteđin yetersiz kalması, evliliđinde çıkan çatıřmalar ve geizsizlik, istenmeyen gebeliklerin PPD oluřma ihtimalini artırdıđını belirtilmektedir (Yađmur ve Ulukoca 2010, Gűlseren ve ark. 2006, Aydın ve ark. 2005, Alami et al. 2006, Beck 2001, Robertson et al. 2004, Kheirabadi et al. 2009, Ho-Yen et al 2007).

Geliřmiř űlkelerde PPD için risk faktűrű olarak gebelik dűneminde anksiyete ve depeşyon yařaması, bebek bakımı konusunda stresli olma, gebeliđe yűnelik olumsuz duygu ve dűřűnceler, prementrűel disforik sendrom geçmiři, tekrardan iře bařlama dűřűncesi kabul edilmektedir (Davey et al 2011, Escriba-Aguir and Artazcoz 2011, Hamdam and Tamim 2011, Lanes et al. 2011, Gaillo et at. 2014).

PPD’nun genetik ve çevresel faktűrlerin etkileřimi ile orataya çıktıđı kabul edilse de, yapılan çalıřmalarda yeterli sosyal destek almanın űnemli etken olduđu vurgulanmaktadır (Norhayati et al. 2015). Geliřmiř űlkelerdeki aratırmalarda, fiziksel, psikolojik, ve cinsel istismar ile PPD oluřumu arasında anlamlı bir iliřki olduđu

belirtilmiştir (Silverman and Loudon 2010, Tiwari et al. 2008). PPD gelişmesi açısından risk altında OKB tanısı alan, çekingen, bağımlı kişilerde yer almaktadır (Akman et al. 2007).

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde PPD gelişiminde yetersiz sosyal desteğin kadın için önemli bir risk faktörü olduğu ortaya konulmaktadır (Quelopana et al 2011, Sword et al 2011, Eastwood et al 2012, Wang and Chen 2006).

2.1.2.6.4.Obstetrik Faktörler

Miadında önce doğum yapma, prematür bebek, zor mizaçlı bebek ve tıbbi sağlık sorunu yaşayan bebeğe sahip olan annelerde PPD gelişme olasılığı daha fazla olduğu bildirilmiştir (Raisanen et al 2013, Eastwoodnet al. 2012, Koutra et al 2014, Watkins et al. 2011, Räisänen et al. 2013).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda PPD gelişiminde vajinal yolla doğum yapan kadınların risk altında olduğuna dair sonuçlar bulunmaktadır (Sünter ve ark. 2006). Ancak doğum şekli vajinal ya da sezeryan olmasının PPD oluşumu üzerinde etkin bir faktör olmadığını belirten çalışmalarda vardır (Hergüner et al. 2014). Yurtdışında yapılan çalışmada ise doğumunu sezeryan ile gerçekleştirmiş olan kadınlarda PPD gelişme riski önemli ölçüde yüksek olduğunu belirtilmiştir (Lee et al. 2011). Yapılan kohort çalışmaları ise sezeryan, vajinal ya da epidural doğumun PPD için risk faktörü olmadığını ancak doğuma verilen ağrı yanıtını tetikleyebileceğini belirtilmektedir (Gailland et al. 2014, Eisenach et al 2018). Emzirme ile PPD arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan çalışmalar sonucu çelişkili olmasına rağmen, genel kanının tersine PPD ile emzirmenin ilişkili olmadığı bildirilmektedir (Akman ve ark. 2007). Emzirmeye başlayamama ya da yetersiz emzirme, kadının sahip olduğu çocuk sayısı PPD için çelişkil sonuçların olduğu etkenlerdir (Raisanen et al 2013, Eastwoodnet al. 2012, Koutra et al 2014, Watkins et al. 2011).

Planlanmamış gebelik geçiren kadınların PPD açısından risk altında olduğuna yönelik çalışmalar mevcuttan aksi yönde sonuç veren çalışmalarda rastlanmaktadır (Sayın 2016). ABD’de yapılan bir çalışmada infertilite tedavisinin yardımıyla gebe kalan kadınlarda PPD belirtilerini yaşanma olasılığını daha fazla arttırdığı belirtilmiştir (Lynch and Prasad 2014).

2.1.2.6.5.Kültürel Faktörler

Tüm kültürlerde PPD görülmesine rağmen, farklı kültürlerde farklı risk etkenleri ortaya çıkmaktadır.

Tayvan'da kültürel olarak postpartum ilk bir aylık dönemin tamamında kadına bir yardımcı tutulur böylelikle hareket engeli konur ve istenmedik faktörlere karşı korunur. Kültürel yaklaşım Tayvanlı kadınlar için PPD gelişmesinde koruyucu faktör olarak görülmekte olup yapılan çalışmalarda bu düşünceyi desteklemektedir (Chien et al 2006). Singapurun kültürel özelliklerinin ise postpartum dönem için uygun olmadığını ve burada ki kadınların bu sebeple PPD açısından daha fazla risk altında oldukları belirtilmektedir (Chee et al. 2005).

Hindistan'da ise evlilik şekli olarak ailelerinin uygun gördükleri sosyo ekonomik düzeyleri birbirleri ile aynı seviyede olan olan kişilerle evlenmek zorunda kalmaktadırlar. Ancak Kuzey Kolifonya'da göçmen Hindistanlılar üzerinde yapılan çalışmada bu şekilde evlenmelerinin PPD belirtilerinin ortaya çıkmasında ekisinin olmadığı bildirilmektedir (Goyal et al 2006).

Geleneksel kültüre sahip toplumlarda erkek bebeğe daha çok sahip olmak istedikleri için bu durum annede stres ve baskıya neden olmaktadır. Ülkemizde ve Çin'de yapılan çalışmalarda PPD belirtilerinin ortaya çıkmasında ve şiddetlenmesinde kız bebeğe sahip olmanın risk faktörü olduğu bildirilmektedir (Ekuklu et al 2004, Inandı et al. 2002, Dindar ve Erdoğan 2007).

2.1.2.7.Anne ve Bebek Üzerinde Oluşan Etkileri

PPD'nun anne ve bebek/çocuk sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri olmak üzere iki grup halinde incelenmektedir.

PPD'nun anne sağlığına verdiği olumsuz sonuçlar ele alındığında doğum sonu uzun bir dönem devam edebilmektedir. Yaşamının ileriki dönemlerinde sürekli yineleyen depresif ataklarda PPD'nun bir sonucu olduğu savunulmaktadır (Cooper et al. 2003, Josefsson and Sydsjö, Nylén et al. 2010). PPD nedeniyle annede olumsuz duygular artarak olumsuz duygulanımın daha hakim olduğunu ve olumlu duyguların daha az yaşandığını belirtmektedir (Dietz et al. 2009). PPD tanısı alan kadınlarda bilişsel

çarpıtmaların çok yaşandığı ve bu yüzden kendini bebeğini ve çevresindekileri olumsuz algılamasına neden olmaktadır (Stein et al. 2010).

PPD belirtileri görülen annede bebek bakımında ilişkin yetersiz ve olumsuz davranışlar izlenmektedir. Bu olumsuz davranışlar postpartum dönemde ilk olarak bebek için ciddi öneme sahip olan emzirme sürecinde ortaya çıkmaktadır. PPD yaşayan annelerin bebeğini emzirme daha yetersiz ve başarısız olduğunu bu nedenle emzirmeyi erken dönemde tek ettikleri saptanmıştır (Annagür ve Annagür 2012). PPD’u olan annelerin bebek/çocuklarının genel sağlık kontrollerine götürmede, evde, çevresinde ya da dışarıda yeterli güvenlik önlemlerini almada isteksiz olduğu ya da hiç yapmadığı belirtilmiştir (Zajicek –Farber 2009). Oto koltuğunu güvenli kullanmama, banyoda suyun derecesini ayarlaamama gibi birçok fiziksel ve psikolojik olarak korunaksız olan bebek/çocukların ihmal ve istismara uğrama riskinin daha fazla olduğu bildirilmiştir (Field 2010, Cadzow et al. 1999, Sayın 2016). Bunlara ek annenin bebeğine karşı bakış ve dokunuş kordinasyonu azaldığı saptanmıştır (Beebe et al.2008).

PPD bebek sağlığına yaptığı olumsuz etkiler ise postpartum erken dönemde başlar çocukluk ve ergenlik dönemine kadar devam edebilmektedir. Büyüme ve gelişim çağında olan bebek/çocukların fiziksel sağlığını, bilişsel gelişimini ve davranışsal durumlarını etkileyebilmektedir (Avan et al.2010, Murray et al. 2011). Yapılan bir meta-analizde 193 çalışma incelenmiş ve sonucunda annede görülen PPD’nun bebek/çocuğun davranışları üzerinde önemli etkiye sahip olduğunu saptamıştır (Goodman ve ark. 2011). Yapılan başka araştırmada ise postpartum ilk altı ayda annede görülen PPD’nun erken çocukluk ve ergenlik döneminde görülen davranışsal sorunlarla bağlantılı olduğu bulunmuştur (Avan et al. 2010, Murray et al 2011). PPD’nun bebek üzerindeki etkisini araştıran çalışmaların bir çoğunda PPD’nun sürekliliğinin yani bebeğin bu duruma ne kadar çok bu durumla karşı karşıya geldiğinin çocuk için negatif sonuçlar doğuracağını açıklamaktadır (Bran and Brennan 2009, Grace et al. 2003).

PPD’nun ortaya çıkış zamanı ve uzun süre devam etmesi sonucu oluşan çocuğun davranışsal problemleri ve bilişsel gelişiminde ki etkileri ciddi bir konu olmakla birlikte göz önünde bulundurulması gereken önemli faktörlerdir (Brand and Brennan 2009, Grace et al. 2009). PPD belirtilerinin anne üzerinde yarattığı depresif durum bebek/çocuk için yeterli uyaran oluşturamaması ve öğrenme fırsatını minimuma düşürmesinden dolayı bilişsel gelişimi üzerinde negatif etkiler doğurabilmektedir. PPD

çocukluk ve ergenlik süreci boyunca dil ve zekâ gelişiminin zayıf kalıp yeterli seviyeye ulaşmamasına neden olduğu kanısına varılmıştır (Brand and Brennan 2009).

PPD'nun fiziksel sağlık üzerinde ki etkisini araştırmak amacıyla yapılan kesitsel bir çalışmada PPD yaşayan annelerin bebeklerinde büyüme geriliği, malnütrisyon, gastrointestinal belirtiler ve solunumla ilgili daha çok sağlık sorunları yaşadığı ortaya konulmuştur (Stewart 2005). Ülkemizde Şahingözün 2014'te yaptığı araştırmada ise kadınlara gebelik sürecinde devam eden depresyonun tedavi edilmediğinde miadından önce doğum yapacağı ve düşük doğum ağırlıklı bebeğe sahip olabileceği gibi istenmedik sonuçlar elde edilmiştir.

PPD' nun etkisi ve sürekliliğini araştıran baka bir çalışmada 4953 kadın gebelikten postpartum beşinci yıla kadar değerlendirmiş ve PPD semptomları, sürekliliği ve ciddiyeti çocuklarda davranış problemleri için ön gördü olabileceğini belirtmektedir (Brennan et al 2000)

2010 yılında yapılan büyük çaplı bir çalışmada, gebelikten postpartum altıncı aya kadar ki herhangi bir zamanda PPD tanısı alan 107,587 primipar annelerin çocuklarında daha fazla gastrointestinal ve alt solunum yolu enfeksiyonlarının görüldüğü belirtilmektedir (Ban ve ark. 2010). Grump ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptığı bir çalışmada postpartum üçüncü aydan onuncu yıla kadar dokuz defa görüşülen ve depresif belirtileri devam eden 176 kadının çocuğunda kardiyak fonksiyonlar daha zayıf olduğu saptanmıştır.

PPD'nun anne bebek ve aile tarafından etkilendiği en istenmedik sonucu annenin özkıyımı olarak kabul görmektedir. Gebelik dönemine depresif belirtilere sahip annelerin özkıyım riski önemli derecede fazladır ve postpartum dönemde ki ölümlerin %20'lik kısmı bu nedenle oluşmaktadır (Lee et al. 2011). Yapılan tüm çalışmalar sonucunda gebelikte ve postpartum dönemde oluşan depresyonun anne ve çocuk sağlığı üzerinde ki olumsuz etkileri belirtip bu risk faktörlerinin bilinmesi, risk altında olan kadınların erken tanı ve tedavisinin önemi vurgulanmıştır (Sayın 2016).

2.1.2.8.Tedavisi

2.1.2.8.1.Somatik Tedaviler

PPD gelişiminde etiyoloji kesin ve net olmayıp bir çok risk faktörün rol oynadığı bir ruhsal bozuktur olduğundan standart bir tedavi yönteminde bahsedilmesi mümkün değildir. Postpartum dönemde depresif belirtilerle hastaneye başvuran kadından organik nedenleri ortadan kaldırmak için ilk önce ayrıntılı anamnez alınmalı, fizik muayene ve biyokimyasal değerlendirilmeler yapılmaktadır (Sayın 2016).

Sistemik hastalıklar ve vasküler nedenleri bir kenara bıraktıktan sonra PPD şiddetine göre tedavi planı uygulanmaktadır. Psikososyal müdahale ve psikoerapi yöntemler öncelikle annenin emzirme isteği dikkate alınarak hafif/orta şiddetteki PPD'lu kadınlara düşünülmektedir. Medikal tedaviyi PPD orta/ağır şiddetli ya da psikoterapiye yanıt alınmadığında başlanabilmektedir. Hastanın kendine, eşine ve ailesine tedavi edilemeyen depresyonun anne ve bebek sağlığı açısından istenmedik etkilerinin neler olabileceği konusunda ayrıntılı eğitim düzenlenmekte, bilgilendirilmekte ve ailesinden yazılı onam alınmaktadır. PPD için tedavi planı hazırlanırken yalnızca psikiyatri hekimi değil, kadın doğum hekimi, pediatri hekimi ve hemşire iş birliği içinde ekip çalışması yapılmaktadır (Sayın 2016).

İlaç tercihinde bulunurken, hastanın klinik özellikleri,annenin bebeğini emzirmek isteyip istemediği, geçmiş öyküsünde daha önce kullanıpta fayda gördüğü bir tedavinin olup olmadığı ve hangi ilacı kullanmayı istediğini dikkate alınarak karar verilmektedir (Meltzer-Brody 2011). Antidepresan ilaçların tümü ilaçlar yolu ile süte geçiş sağlasalarda süte geçiş oranları her ilaçta aynı olmayıp değişiklik göstermektedir. Emziren annelere, bebeklerde çok düşük ya da belirlenemeyecek düzeyde etkileyen ilk öncelikli ilaçlar olan sertralin, paroksetin, sitalopram, nortriptilin ilaç tedavileri terapötik dozda verilmektedir (Sharma and Sharma 2012).

PPD ilaç tedavisinde eğerki annenin gebelik sürecinde kullandığı antidepresan bir ilaç tedavisi varsa, bebeğin ikinci bir molekülle karşılaşmaması için gebelikte kullandığı ilaç tedavisine devam edilmektedir (Meltzer-Brody 2011). Kadında tam remisyon sağlandıktan sonra, en az altı ay süre ile aynı dozla tedaviye devam edilmektedir (Berga et al. 1995).

Hastaneye yatış ve Elektro-Konvulzif Tedavi (EKT) annenin kendine veya bebeğine zarar verme, intihar risklerinin olduğu, beslenme bozukluğu yaşadığı ve psikotik belirtilerin olduğu durumlarda gerçekleştirmektedir (Patel et al 2012).

Antidepresan tedaviye başlanırken karma, psikotik ya da atipik depresif semptomları yaşayan, antidepresanlarla hipomanik kayma, antidepresanlara hızlı cevap ya da cevapsızlık, ailesinde bipolar bozukluk hikayeye sahip olan hastalara dikkatli davranılması, yakından gözlemlenmesi ve manik kayma açısından bilgilendirilmelidir (Sayın 2016).

Alternatif tedavi yöntemleri olarak kabul gören uyku deprivasyonu, ışık tedavisi, omega-3 yağ asitleri, akupunktur PPD tedavisinde denenmiş ancak etkinlikleri dahaca kanıtlanmamıştır (Freidman and Resnick 2009).

2.1.2.8.2.Psikososyal Müdahaleler ve Psikoterapiler

Gebelik ve postpartum dönemlerinde kullanılan ilaç tedavisi bebek sağlığını riske attığı için ve annenin tercihleri ilaçtan yana değil psikososyal müdahaleler ve psikoterapi yöntemlerinden yana olmaktadır. Hafif ve orta düzeyde ki PPD tedavisinde danışmanlık, düzenli yürüyüş, uyku hijyeni gibi davranışsal düzenlemeler, destekleyici psikoterapi, kişiler arası ilişki terapisi, bilisel davranışçı psikoterapinin etkili olduğu belirtilmiştir (Annegür ve Anagür 2013). Başvurulan psikoterapide basamaklı bir yaklaşım benimsenekte olup önce danışmanlık, destekleyici yaklaşımlar uygulanırken cevap alınmadığı takdirde BDT, KİT gibi daha spesifik yaklaşımlara başvurulabilmektedir (Stuart et al. 2003).

PPD belirtilerinin ortaya çıkmasında ya da bulunan belirtilerin şiddetlenmesinde eş desteği önemli olduğundan kadınlar değerlendirilirken eş desteği alıp almadıkları incelenmektedir. Yeterli eş desteği alamayan ve problemleri bir ilişkiye sahip olan kadınların depresyona eğilimi artarken, PPD'dan kaynaklı depresif belirtilerde eş ile olan ilişkiyi olumsuz etkileyebilmektedir. Kadına verilen eğitimde eşi ile birlikte bilgilendirilmeli, eş desteğinin önemi vurgulanmakta, farkındalık artırılmakta ve uygun görülürse aile terapistine yönlendirilmektedir (Sayın 2016).

2.1.3.Postpartum Psikoz

Postpartum dönemde görülen ruhsal değişimler annelik hüznü, postpartum depresyon ve postpartum psikoz (PPP) olarak sınıflandırılmakta olup ruhsal bozukluklar arasında en şiddetli belirtiler PPP’ da görülmektedir. Postpartum 2 hafta sonra annenin kendisine ve bebeğine zarar verme düşünceleri, gerçeği dęerlendirme yetisinde bozulma, halüsinasyonlar, hezeyanlar, sosyal çevreden uzaklaşma, içe çekilme, depresyon belirtileri ile baş gösteren bir sendrom olarak tanımlanmaktadır (Gölbaşı 2010).

PPP DSM-V’ de ‘Kısa Psikoz Bozukluğu’ tanısı kapsamında değerlendirilmektedir. PPP psikotik tanı çerçevesinde değerlendirilmesine rağmen yapılan çalışmalarda duygu durum bozuklukları ile lohusalık psikozunun arasında istatistiksel bir bağ olduğu bildirilmiştir (Marrs et al. 2009, Sit et al. 2006).

Genellikle anneler yaşadıkları hezeyanları gerçekletirebilme özelliği taşıdıklarından dolayı bu dönemde özellikle dikkat edilmekte ve gözlemlenmektedir. Bipolar bozukluk ve majör depresif bozukluk gibi duygu durum bozuklukları ile PPP arasında anlamlı bir bağ olduğuna dair çalışma sonuçlarında bulunmaktadır (Wisner et al. 2002, Benjamin and Virginia 2003).

2.1.3.1.Prevelansı

Postpartum dönemde kadınlarda %0.1-0.2 oranında görülmekte olup daha sonra ki doğumlarında tekrarlama olasılığı %30 olduğuna belirtilmektedir (Sit et al 2006, Gülseren 1999, Taşkın 2016). Görülme sıklığı az olmasına rağmen postpartum birinci ayda ortaya çıkması, kadının geri kalan yaşamı boyunca manik yada psikotik bir durum yaşama riskinden 23 kat daha fazla olduğuna belirtilmektedir (Munk-Olsen et al. 2006).

2.1.3.2.Belirtileri

PPP görülen kadınlarda belirtiler genellikle 3.-14. günler arası ortaya çıkmakta ve %80’ ninde ilk bir ay içerisinde oluşmaktadır (Eltuhan 1997). Postpartum dönemde psikiyatrik kliniklere başvuru durumunu araştıran bir çalışmada başvurularda postpartum ilk ayda 6 kat ve ilk 3 ayda ise 3-8 kat artış olduğuna saptamıştır (Kendell 1985).

PPP belirtileri annelerde ağlama, duygusal dalgalanma dönemleri yaşatırken yanı sıra uykusuzluk, yorgunluk ve dinlenememe şikayetleri ile ortaya çıkmaktadır. Annelerde daha çok bebeğinin sağlık durumu hakkında halüsinasyonlar hezeyanlar ve obsesif düşüncelere rastlanmaktadır. Bebeğin yaşamını yitirdiğine veya anomalili doğduğuna dair inançları ve bebeğine zarar vermesini söyleyen işitsel varsanıları olabilmektedir.İleriki dönemlerde bu belirtilere ek olarak şüphecilik, dezorganize davranışlar, konfüzyon, depersonalizasyon, dezoryantasyon, dağınıklık, duygudurum artışı veya şiddetli disfori, mantıksız ifadelerde eklenmektedir. PPP görülen kadınların % 50'sinde hezeyanlar (sanrı) görülürken, %25'inde ise halüsinasyonlar (varsanılar) görülmektedir (Wisner et al. 1994, Connell et al 2002, Benjmin and Virgina 2003).

2.1.3.3.Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

PPP'a neden olan sebepler incelendiğinde yapılan çalışmalar daha çok östrojen ve tiroid hormonları üzerine dikkat çekilmektedir. Kadınlar için önemli bir sex steroidi olan östrodiolün psikotik hastalıklar oluşumunda etkin bir faktör olduğu düşünülmektedir. Östrodiol merkezi sinir sistemine kolayca geçebilmekte olup bilişsel-kognitif aktivitelerde sorumlu etken sayılabilmektedir. Postpartum dönemde kadının östrodiol seviyesinde yaşanan dalgalanmalar dolayı psikotik durumlara yatkınlığını arttırdığı bildirilmektedir (Faraone et al. 1994, Bergemann et al. 2007, Rubin et al. 2010). Yapılan araştırmalar östrodiol hormonu üzerinde dursada, PPP'da neden olan kanıtlanmış bir tanım ortaya konamamaktadır (Akyüz Çim 2017).

PPP oluşumunda tiroid hormonunun etkisini araştıran çalışmaların temelini immünolojik faktörler oluşturmaktadır. Gebeliğin devamı ve fetüsün yabancı etkenlere karşı korumak için annenin immün toleransı göz önünde bulundurulması gereken faktörlerdendir. Annede oluşan immün toleransından dolayı antikor seviyesinde ciddi azalma görülürken immünolojik nedenli bozuklukların oluşmasında kaçınılmaz olmaktadır (Bokhari et al.1998,Luppi 2003).

Temelinde immünitenin varolduğu, postpartum ilk bir yıl içinde ortaya çıkan postpartum otoimmün tiroid hastalıkları (AITD) ise tiroid bezinde enflamasyon ve tiroid oto antikor düzeyinde artış semptomları ile karşımıza çıkmaktadır. Varsanı olarak postpartum dönemde immün sistemin daha etkin hale gelmesi ve temelde olan AITD'den dolayı psikoz gelişme olasılığının arttığı düşünülmektedir. PPP ile AITD'nin

ilişkili olmadığını belirten çalışmalar verken, aksine PP görülen olguların beraberinde AITD'de olduğunu gösteren çalışmalarda mevcuttur (Bokhari et al 1998, Luppi 2003).

PPP'un oluşumundacönceden dikkate alınacak en önemli risk faktörü daha önceki gebelik ve postpartum dönemde postpartum psikoz öyküsü bulunmadır ve yeniden ortaya çıkmasında %25-57 etkili olduğu bildirilmektedir. Diğer risk faktörleri incelendiğinde ise kadının evli olmaması, gebelik öncesi depresyon öyküsü bulunması, geçmişinde psikiyatrik tedavi alması, ailesinde psikoz öyküsü ve ileri yaş psikoz oluşumunu artıran etkin faktörlerdir (Essali et al. 2013).

2.1.3.4.Tanı Ölçütleri

PPP ile PPD karşılaştırıldığında, PPD belirtilerinde daha çok üzüntü ile beraber annenin bebeğine yönelik yetersizlik ve suçluluk duyguları hakimken özkıyım riskide PPP'a göre daha az olasılıktadır. PPD belirtilerine ek olarak PPP'da halüsinasyonlar ve hezeyanlar ön plana çıkmaktadır (Ahokas 2000).

Postpartum dönemde görülen psikiyatrik bozuklukların oluşumunda istenmeyen gebelik, geçmişinde psikiyatrik hastalık hikayesi, eşi tarafından sevilme duygusu ve reddedilmiş hissi, evlilik ile ilgili problemler ve boşanmış olmak psikososyal etkenler olarak ele alınmaktadır (O'Neill et al. 1990, Righetti-Veltema et al. 1998).

PPP'lu kadınlarda çoğunlukla manik depresif bozukluk eşlik ederken bazı kadınlarda ise konfüzyon, dikkat bozukluğu, distraktibilite, şaşkınlık hatta deliryum gibi belirtilerde eklenebilmektedir. Kadının kendisinde ya da ailesinde psikiyatrik hikaye geçmişi olması ve primipar anne ise PPP için risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Unterman et al.1990, Harding 1989, Rich-Edwards et al. 2006)

2.1.3.5.Tedavisi

PPP yaşayan annelerde özkıyım ve bebeğini öldürme düşünceleri oluştuğunda en uygun yaklaşım hospitalize edilerek acil tedavinin gerçekleştirilmesidir. Tedavide antipsikotik kullanımı ilk başta yer alırken mood stabilizatörleri, antidepresanlar, lityum, hormonoterapi ve β -blokerler veya bunların kombinasyonu diğer seçenekler arasındadır. Antipsikotiklere cevap alınamayan ve intihar riskinin eşlik ettiği vakalarda EKT'ye başvurulmaktadır (Akyüz Çim 2017, Grigoriadas 2006, Eltutan 1997, Thome

2000). Hormon replasman tedavisinde olumlu sonuçlar gösteren vaklar olmasına rağmen bu konuda daha fazla çalışma yapılması belirtilmektedir (Huang 2008).

İlaç seçiminde emziren anneler gözardı edilmemelidir, annenin emzirmeyi isteyip istememesi sorulmakta, uygun görülen ilaç tedavisinin yararları, süte geçişi, emzirme sırasında bebekte yaratacağı yan etkiler konusunda aileye eğitim verilerek bilgilendirilmektedir. Bu nedenle minimum dozda maksimum etkili ilaç kullanımı, mümkünse monoterapi tercih edilmektedir. (Aydın et al.2004, Chaudron and Jefferson 2000, Honey et al.2003). Anne ile bebek arasındaki temas anne istekli ise kesilmemelidir ancak bebeğe zarar verme düşünceleri varsa anne dikkatle gözlemlenmelidir (Noble 2005). PP yaşayan kadınların %95'i 2-3 ay içerisinde iyileşme göstermektedir (Eltutan 1997).

2.2.Doğum Sonu Ruhsal Değişimlerde Hemşirenin Yaklaşımı

Doğum sonu ruhsal değişimler gebe ve lohusa izlemleri sırasında dikkat edilmesi gereken önemli bir konu olarak ele alınmakta olup (Seven ve Akyüz 2013) sağlık çalışanından doğum öncesi bakım alma oranı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerine göre %97'dir. Kadınların sadece %2'si ebe/hemşireden bakım hizmeti almaktadır (TNSA, 2013).

Annelik hüznünde ilaç tedavisine gerek duyulmaması kendiliğinden çözülebilir bir durum olarak görülmemelidir.Gebelik döneminde yaşanan anksiyete,depresyon ve annelik hüznü postpartum depresyonun habercisi olabilir. Belirtiler iki hafta içerisinde kaybolur ancak devam ettiği sürece anne postpartum depresyon yönünden dikkatle izlenmelidir. Hemşireler gebelik süresince yüksek riskli anneleri izlemesi farkındalığında olmalıdır (Yılmaz ve Öncel 2007, Gonidakis et al. 2007, Scrandis et al.2007).

Hemşireler gebelik döneminde kendi rol ve sorumluluklarının altında olan eğitici ve rehberlik yönlerini ön plana çıkarıp gebelere postpartum dönemdeki sağlık sorunlarına yönelik danışmanlık hizmetlerini planlamalı ve yürütmelidir. Hizmetler ışığında riskli grup belirlenip çevresel desteklerinin artırılması önemlidir (Taşdemir ve ark. 2006).

Geçmiş yaşantısında psikiyatrik bozukluk, tıbbi hastalık bulunan, yetersiz sosyal desteği olan ve plansız gebelik yaşayan anneler riskli grup olup, gebelikten postpartum döneme kadar sık sık izlenilmesi gerekir. Fiziksel sağlığa önem verildiği kadar ruh sağlığına da aynı düzeyde önem verilip bütüncül olarak annelerin desteklenmesi çok önemlidir (Yılmaz ve Öncel 2007).

Annelerin kadınlık ve yeni rollerine hazır olmaları ve anne-bebek sağlığı açısından önemli olan annelik hüznü gelişimini önlemek için tüm kadınların eğitilmesi son derecede kıymetlidir (Yılmaz ve Öncel 2007).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşireler postpartum dönemde anne-bebek izlemleri sırasında risk altındaki anneleri ve aileleri değerlendirme fırsatı olan kilit noktadır. Gebelikte ve postpartum süre içinde PPD her zaman düşünülmesi ve üzerinde yoğunlaşılması gereken hassasiyette olup, PPD gelişme olasılığının daha fazla olduğu yerleşim yerlerinde ise, hemşirelerin PPD risk etkenleri ve semptomları konularında duyarlılığının daha fazla olması gerekmektedir. Doğum sonrası ruhsal durum değişiklikleri anne ve çocuk sağlığı açısından bir tehdit unsuru olup gebe okulları, doğuma hazırlık sınıfları gibi tüm eğitim ve danışmanlık uygulamalarında PPD konusunun anlatılarak farkındalık kazalması sağlanmalıdır (Seven ve Akyüz 2013, Yıldırım ve ark. 2011).

Kadının ruhsal durumunu etkileyebilme potansiyele sahip fiziksel ve psikolojik faktörler iyi bilinmeli ve PPD'nun tüm yönleri açık bir dille ifade edilerek bilgilendirilmelidir. Sonrasında ise kadına söz hakkı verilerek neler hissettiği duygu ve düşüncelerinin söylemede cesaretlendirilip kendi bakımına kendisini dahil edilmelidir (Durmazoğlu ve ark. 2016).

Her kadının postpartum dönemde farklı bakım ihtiyaçları doğmakta olup, hemşireler bu bakım gereksinimlerini göz önünde bulundurmalı, mümkünse çevresel düzenlemelere gidilmeli ve kadın desteklenerek yeni rollerine uyum sürecinin olumlu atılmasında yardımcı olmaktadır (Özorhon ve ark. 2014, Beydağ 2007). Yapılan çalışmalarda postpartum dönemde var olan sorunlara karşılık verilen bakımın PPD görülme olasılığının daha az olduğu belirtilmektedir (Arthur et al. 2002, Collins 1993).

Postpartum dönemde ki kadınlar annelik sorumluluğunu kazanmaları ve yeni bir bebeğe sahip olmaları nedeni ile mutlu olması gerektiğine inanmakta ve içinde

bulduğu psikososyal değişimi paylaşmak istememekte ya da farkına varmamaktadır. Bu dönemde kadın tüm duygu ve düşüncelerini paylaşmasını, ailesinde kadının davranışlarını gözlemlemesi gerektiği açıklanmalıdır (Seven ve Akyüz 2013). Risk etkenleri yönünden PPD gelişme olasılığı fazla olan veya PPD semptomlarının yeni oluşan annelerde ise uygun danışmanlık verilerek, erken tanı ve tedavi için sağlık kuruluşuna yönlendirilmelidir.

Yapılan çalışmalar sonucu bebeğini biberon ile besleyen kadınların, anne sütü ile besleyen kadınlarda göre PPD gelişme olasılığının daha fazla olduğu bildirilmektedir (Groer 2005, Mezzacappa and Katlin 2002, Kırpınar ve ark. 2010). Bundan dolayı hemşirelerin annelere emzirmeye teşviğın arttırılması ve biberon ile beslenen bebekların annelerinin daha fazla risk altında olduğu göz önünde bulundurulmalı uygun izlem ve tedavi yapılmalıdır.

Hemşireler kadınla beraber strese neden olan faktörlerin neler olduğunu belirleyip baş etme mekanizmalarını arttırmaktadır (Townsend 2011, Arthur et al. 2002). Her kadına spesifik savunma mekanizmaları desteklenmeli ve kadını derin nefes egzersizleri gibi rahatlatıcı yöntemler tavsiye edilmektedir. Sosyal destek sistemlerinin farkındalığının oluşmasına, postpartum dönemle ilgili eksikliklerini gidermek yada zamanı iyi yönetebilmek için kurslara katılmasının, arkadaşları ile ilişkilerinin devamlılığının sağlamanın rahatlamasına yardımcı olacağını belirtilmektedir (Tezel ve Gözüm 2005). Postpartum dönemde hastaneden taburcu olunacağı zaman annelere PPD konulu eğitim kitapçığı veya broşür verilip, yardım ihtiyacı hissettiğinde arayabileceği telefon numaraları verilmelidir (Tezel 2006).

2.3.Doğuma Hazırlık Sınıfları

2.3.1.Tanımı ve Amaçları

Doğum öncesi eğitim sınıfları içerisinde yer alan DHS'ı, gebe ve eşini yeni ebeveynlik rollüne ve doğum deneyimine hazırlayarak doğum öncesi, doğum ve postpartum dönemde ki bakıma yönelik bilgilendirmek için gerçekleştirilmiş koruyucu sağlık hizmeti eğitim pogramı olarak tanımlanmaktadır (Escott et al.2009).

DHS'nda amaç; gebelik, doğum ve postpartum dönemde yaşanabilecek durumlara hazırlayarak, kadını ve eşini sağlık ekibinin uygulayacağı işlemler

konusunda eğitim bilgilendirilerek ve sunulan bilgileri uygulayabilecek becerileri kazandırarak ekibin bir parçası haline getirip kendi ve bebeğinin sağlığı üzerinde sorumluluk bilinci kazandırmaktır. Bilgilendirmede kadına daha çok yoğunluk verilerek gevşeme egzersizleri eğitimi ile beraber doğum şekli ne olursa olsun ruhsal ve fiziksel olarak doğuma hazırlamaktır (Kömürcü ve Ergin 2008, Onat ve Hotun 2010, Özcerezci ve Kavlak 2016).

Doğuma hazırlık sınıflarında verilen eğitimler, gebenin olumlu sağlık alışkanlıkları kazanması, stres ile başetme, anksiyetenin azaltılarak öğrenmeye açık olunan orta şiddetli hale getirilmesini ve aile ilişkilerinin geliştirilmesi yönünden önem taşımaktadırlar. Verilen eğitimler sonucu gebe bilgi sahibi olup bilinçlendiği sürece kendi gücünün farkına varmasına, öz güveni ve eğitimden memnuniyetinin artmasına neden olmaktadır. Gebelik, doğum ve postpartum dönem için kendi kararlarını verebilme yetisine gelip doğru kararlar alabilmektedir. Dolayısıyla gebenin doğumu aktif yönetebilmesine, pozitif doğum deneyimi yaşamasına ve pozitif duygular hissetmesine, bebeğini doğru bir şekilde emzirmesine, postpartum dönemde iyileşmenin hızlanmasına ve daha sonraki gebeliklerin oluşması ya da önceden engellenmesi için aile planlaması konusunda bilgilendirilmesini sağlamaktadır (Karaçam ve Akyüz 2011, Wilson and Lowdermilk 2006, Serçekuş ve Mete 2010, Seçekuş ve Yenal 2015, T.C. Sağlık Bakanlığı 2013)

Amerikan Obstetrisyenler ve Jinekologlar Cemiyeti, DSÖ ve Amerikan Pediatri Akademisi doğum hazırlık sınıflarında verilen eğitimleri güvenli ve sağlıklı gebelik ve doğum için önermektedir (APA/ACOG 2007, WHO 2006).

Doğuma hazırlık sınıflarında verilen eğitim gelişmiş ülkelerde belirli bir plan ve programa göre standardize edilmişken, gelişmekte olan ülkelerde eğitim içeriği, süresi, felsefesi ve niteliği yönünden birçok farklı biçimde karşımıza çıkmaktadır (Malata ve ark. 2007).

2.3.2. Türkiye ve Dünya'da ki Gelişimi

Doğuma hazırlık sınıfı dünyada ilk kez belirli bir müfredat ve kuralları olan bir ortamda belirli yöntemler doğrultusunda 1913 yılında açılmıştır (Serçekuş ve Yenal 2015). Yeni doğuma hazırlık sınıflarının açılması ve gelişmeye devam etmesi 1950 yıllarını bulmuştur (Lowdermilk and Perry 2007). İlk olarak kadınları doğum öncesi

bakım almaya teşvik etmek için doğuma ilişkin kurslarda eğitim düzenlenmemeydi (Pillitteri 2007). 1950-1970 arası doğumun “doğal” bir süreç olması, bebek bakımı ve ebeveynlik konularına yoğunlaşmış, doğum ve postpartum dönemlere ilişkin hazırlık oluşturmak için eğitimler yeniden düzenlenmiştir (Onat ve Hotun 2010).1970’li yıllardan günümüze dek dünyada ve Türkiye’de doğuma hazırlık sınıflarına olan talep ve sayısı artmış, eğitimler düzenlendikçe sınıflarda kullanılan eğitim modellerinin çeşitliliği gelişmekte olup eğitimde bir çok yöntem kullanılmaktadır (Dinç ve ark 2014, Onat ve Hotun 2010, Serçekuş 2011).

Doğuma hazırlık sınıflarında tek bir eğitim yöntemi kullanıldığı gibi bir çok farklı eğitim yöntemleride birlikte kullanılabilir. Tüm ülkelerde yürütülen eğitim programları aynı olmamakla birlikte bazı ülkeler belirli bir sistematik düzen, belirli bir felsefe ve programa sahipken, bazı ülkelerde ise eğitim tek bir felsefe dayandırılmadan ve program oluşturulmadan devam etmektedir (Dinç ve ark. 2014, İsbir ve ark. 2015, Mete ve ark. 2015, Onat ve Hotun 2010, Serçekuş 2011, Serçekuş ve Yenal 2015).

Doğuma hazırlık sınıfları hastanelerin bünyesinde ya da özel olarak açılmakta olup bir çok ülkede yaygınlaşmaya başlamakta olup ülkemizde ise 1980’de ilk doğuma hazırlık sınıfı açılmıştır (Serçekuş ve Yenal 2015). Doğuma hazırlık sınıfında verilen eğitimi ebe/hemşire hekim tarafından yürütülmekte olup doğal doğum felsefesi, yetişkin eğitimi, doğuma hazırlık sınıfının sürdürme becerisi kazandırmayı hedefleyen eğitici eğitimine sahip olmaları gerekmektedir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı’na bağlı doğum evlerinde, eğitim ve araştırma hastanelerinde, üniversitelerin hemşirelik fakültelerinde, özel hastanelerde ücretsiz olarak verilmektedir (Mete 2013, Onat ve Hotun 2010, Serçekuş ve Yenal 2015).

2014’te Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun yayınladığı genelgeye göre, ebeveyn adaylarının gebelik süresi boyunca bilgilendirilmesinin bir hak olduğunu ifade ederek buna yönelik kamu hastaneler birliği ve halk sağlığına bağlı kurumlarda en kısa sürede doğuma hazırlık sınıfı programının balatılması gerektiği belirtilmektedir. Çıkan bu genelge ile birlikte ülkemizde doğuma hazırlık sınıfları yaygınlaşması devam etmektedir (Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2014).

2.3.3.Eğitimin İlke ve Özellikleri

Doğuma hazırlık sınıfında verilen yetişkin eğitimin daha etkin olması için eğitim ve öğretim teknikleri, grup eğitimi ve eğitim programına yer verilmiştir.

2.3.3.1.Yetişkin Eğitimi

Doğuma hazırlık sınıfında verilen eğitim yetişkin kitleye hitap ettiği için yetişkin eğitim ilkelerinin kullanılması eğitimi daha etkin kılmaktadır (Dinç ve ark. 2014, Serçekuş 2010, Şen 2015). Yetişkin olarak isimlendirilen insanların ihtiyaçlarını karşılamak için tasarlanmış düzenli, planlı ve programlı öğrenme deneyimlerini kazandırmayı amaçlayan etkinlikler olarak açıklanmaktadır (Şen 2015). Dokuz ilkeden oluşan yetişkin eğitimi ana unsurları aşağıda verilmektedir (Mete ve ark. 2015).

- Gereksinimlerine yönelik öğrenmektedir.
- Ders konularının belirlenmesinde kendisinde yer almak istemektedir.
- Anında ya da kısa sürede uygulamaya geçirebileceği bilgi ve becerileri öğrenmek istemektedir.
- Grup etkileşiminden hoşlanmaktadırlar.
- Öğrenme sürecine kendi deneyimleri ve görüşleri ile katılmak istemektedirler.
- Bilgi , beceri, davranışları geliştirerek problemlerini kendi başına çözebilecek duruma gelmek istemektedirler.
- Zamanı iyi değerlendirmek istemektedirler.
- Eğitim ortamının rahat ve dinamik olmasından hoşlanmaktadırlar.
- Katılım belgesi, ödül vs. Almak motivasyonunu artırmaktadırlar.

2.3.3.2.Eğitim ve Öğretim Yöntem ve Teknikleri

Çeşitli eğitim ve öğretim yöntem ve teknikleri yetişkin eğitiminde beraber kullanılırken bazen de tek bir yöntem kullanılmaktadır. Öğretim yöntemleri arasında anlatım örnek vaka değerlendirilmesi, tartışma, uygulamalı gösterip yaptırma, problem çözme ve bireysel çalışma yöntemleri yer almaktadır (Alpaydın 2012). Eğitim ve öğretim teknikleri arasında ise soru-cevap, uygulama, grup çalışmaları, eğitici drama, beyin fırtınası, eğitimsel oyunlar, gösteri ve rol yapma bulunmaktadır (Alpaydın 2012, Altınparmak 2014).

- **Soru-Cevap;** eğitmenin (hemşire/ebe, hekim) işlenen konu ile ilgili ebeveynlere bazı sorular sorması ve bu sorulara aldığı cevapları yorumlayarak öğretimi yapmasıdır (Alpaydın 2012, Altınparmak 2014).
- **Uygulama;** eğitmen ilk önce kendisi materyalleri kullanarak anlatır, daha sonra ebeveynlere uygulayarak öğrenmesidir olup gösteri yöntemi ile beraber yürütülen öğrenme yoludur (Altınparmak 2014).
- **Grup Çalışmaları;** ebeveynlere güç verir, bilgilendirir ve bilişlendirir (Serçekuş 2010).
- **Eğitici Drama;** ebeveynlerin olaylar karşısında nasıl davranmaları gerektiğini yaşatarak öğrenmelerini sağlayan bir öğretim tekniğidir (Alpaydın 2012).
- **Beyin Fırtınası;** işlenen konuya çözüm getirmek, çok yönlü düşünce ve fikir üretmek ve karar vermek için kullanılan bir yaratıcı düşünme tekniğidir (Alpaydın 2012, Altınparmak 2014).
- **Eğitsel Oyunlar;** öğrenilen bilgilerin pekiştirilmesini ve daha rahat bir ortamda tekrar edilmesini sağlayan bir öğretim tekniğidir (Alpaydın 2012).
- **Gösteri;** eğitmenin (hemşire/ebe, hekim) ebeveynler önünde bir işi nasıl yapacağını göstererek ya da genel kurallarını açıklayarak uyguladığı bir tekniktir (Alpaydın 2012).
- **Rol Yapma;** ebeveynlerin yaşayabilecekleri olayların hareket, konuşma ve taklit benzeri öğelerden yararlanılarak hayali bir ortam içinde canlandırılmasıdır (Altınparmak 2014).

2.3.3.3. Grup Eğitiminin Özellikleri

Doğuma hazırlık sınıflarında grup ya da bireysel olarak yetişkin eğitimlerine devam edilmektedir (Dinç ve ark. 2014, Masoumi et al 2016, Walker and Worrell 2008). Grup eğitiminin etkili bir yöntem olmasının nedeni olarak ebeveynler arasında ortak paylaşım sağlanması gösterilmektedir (Dinç ve ark. 2014, Serçekuş 2010, Onat ve Hotun 2010). Tüm ebeveynler, çoğu faaliyete ve eğitime aktif katılım sağlamakta olup aralarında iş birliğine ve paylaşımına yer vermektedirler (Serçekuş 2010).

Yetişkin grup eğitimleri dışarıdan yeni ebeveynlerin katılıp katılmaması ve konuların tek bir eğitmenle devam edip etmemesine göre açık ya da kapalı grup eğitimi olarak sınıflandırılmaktadır. Ancak doğuma hazırlık sınıflarında grupteki ebeveynlerin değişmemesi ve grup dinamiğinin bozulmamasından dolayı kapalı grup eğitimi verilmesi önerilmektedir (Mete 2013).

Doğuma hazırlık sınıflarında verilen grup eğitiminde eğitmenlerin ekip yaklaşımı yerine bütün ders konularının tek bir eğitmen tarafından verilmesi üstünde durulan önemli bir noktadır (Onat ve Hotun 2010, Mete 2013). Tek bir eğitmen tarafından tüm konuların anlatılmasının avantajını ise eğitimin devamlılığı, takibinin sağlanması, ebeveynlerin bireysel ihtiyaçlarının daha iyi anlaşılması, ebeveynlere yeterli desteğin sağlanması ve grup dinamiğinin sürekliliğinin sağlanması ve bozulmaması olarak açıklanmaktadır (Onat ve Hotun 2010, Mete 2013).

Doğuma hazırlık sınıflarında dikkat edilmesi gereken bir diğer konu ise grup büyüklüğüdür. Eğitim modellerine göre katılımcı sayısı değişiklik gösterebilir 4-12 arasında değişmekte olup uygun büyüklüğün eğitimde ki önemi vurgulanmaktadır (Onat ve Hotun 2010).

2.3.3.4.Eğitim Programlarının Özellikleri ve İçeriği

Doğuma hazırlık sınıflarının haftalık ders saati ve eğitim içeriğinin yoğunluğunda göz önünde bulundurulması gerekmektedir (Miquelutti et al 2013, Mete 2013). Ders saatlerinin kısa olması ve gereksiz bilginin verilmesi asıl verilmek istenen bilginin etkinliğini düşürdüğü ve doğumda kullanılan nonfarmakolojik ağrıyla baş etme yöntemlerinin yetersiz uygulanmasına neden olarak doğuma hazırlık sınıflarında verilen eğitimin faydasını azalttığı belirtilmektedir (Miquelutti et al. 2013). Ebeveynlere gereksiz bilgi aşılmasının anksiyeteyi artırdığı bildirilmektedir (Mete 2013). Yapılan çalışmalarda iki seanslık toplam 90 dk ders saati olan kısa eğitim de doğumda öz yeterliliği artırdığı ve doğum ağrısının şiddetini azalmanda fayda sağlayabileceği belirtilmektedir (Ip-2 et al. 2009).

Doğuma hazırlık sınıflarında verilmesi gereken eğitimin haftalık ve ya toplam ders saati ile ilgili belirli bir standart yoktur ancak genellikle 12-15 toplam ders saati olarak önerilmektedir (Lowdermilk and Perry 2007). Doğuma hazırlık sınıflarının konu başlıkları, eğitim içeriği ve ders saati gelişmiş ülkelerde ki gebelerin beklenti ve

gereksinimine göre düzenlenmekte ve eğitim içeriğinde babalık rolü, eş desteğini doğum sürecinde ki faydalarında işlenmektedir (Malata et al. 2007).

Doğuma hazırlık sınıflarında verilen eğitimin içeriği, süresi, temellendiği model ve felsefesinin önemi kadar ebeveynlerin yaşadıkları toplumun kültürü ve sağlık sistemi dikkate alınarak, içerik ve kullanılacak yöntemlerin hazırlanması o bölgenin şartlarına ve değişen gereksinimlerine göre yeniden düzenlenmesi gerekmektedir (Mete ve ark. 2015). Sağlık Bakanlığı'nın 2014'te yayınladığı "Gebe Bilgilendirme Sınıfı Eğitim Kitabı" doğuma hazırlık sınıfı eğitim programına göre;

- ***Kadın-Erkek Üreme Organları ve Gebeliğin Oluşumu***

Kadın Üreme Organları (Genital Organlar)

Erkek Üreme Organları (Genital Organlar)

Döllenme ve Gebeliğin Oluşumu

Bebeğin Anne Karnında Gelişim Aşamaları

Gebelikte Fetal Büyüme Etkileyen Faktörler

- ***Gebelikte Meydana Gelen Fizyolojik Ve Psikolojik Değişiklikler***

- ***Gebelikte Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler***

- ***Gebelikte Meydana Gelen Psikolojik Değişiklikler***

- ***Gebelikte Günlük Yaşam***

Gebelikte Hijyen ve Genel Bakım

Gebelikte Sigara, Alkol Ve Madde Kullanımı

- ***Gebelikte Beslenme***

Gebelikte Artan Enerji ve Besin Öğeleri Gereksinimleri

Gebelikte Tüketilmesi Gerekli Besinler Ve Miktarları

Gebelikte Yetersiz ve Dengesiz Beslenme İle Yaşanabilecek Sağlık Sorunları ve Çözüm Önerileri

Gebelikte Ağırlık Kazanımı

- ***Gebelik İzlemleri, Rutin Yapılan Tetkikler Ve Bağışıklama***

Gebelik İzlemleri

Gebelikte Yapılması Önerilen Laboratuvar Testleri

Gebe Aşılama

- ***Gebelikte Sık Karşılaşılan Sorunlar Ve Çözüm Önerileri***

Gebeliğin İlk 3 Ayında Sık Karşılaşılan Sorunlar

Tüm Gebelik Dönemlerinde Sık Karşılaşılan Sorunlar

Gebeliğin Son 3 Ayında Sık Karşılaşılan Sorunlar

- ***Gebelikte Tehlike Belirtileri Ve Yapılması Gerekenler***

- ***Doğum Süreci***

Doğum Eyleminin Belirtileri

Hastaneye Ne Zaman Gidilmeli?

Doğum Çantası Hazırlama

Travay (Doğum Süreci)

Normal Doğum Ve Evreleri

Müdahaleli Doğum

Sezaryen

- ***Doğum Ağrısıyla Baş Etmede İlaçsız Yöntemler***

Doğumun Fizyolojik Dengesi

Doğum Ağrısıyla Baş Etmede İlaçsız Yöntemler

- ***Doğum Sonu Dönem ve Özellikleri***

Lohusalık Döneminde Yönetim

Doğum Sonrası Annede Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler

Doğum Sonrası Annede Meydana Gelen Psikolojik Değişiklikler

Doğum Sonrası Günlük Yaşam

- ***Doğum Sonu Dönemde Yenidoğanın Bakımı***

Yenidoğanın Değerlendirilmesi Ve İlk Bakımı

Yenidoğanda Görülebilecek Özel Durumlar

Yenidoğana Doğum Sonu Hastanede Uygulanan Taramalar, Aşı Ve İlaçlar

Yenidoğanın Beslenmesi

- ***Doğum Sonrası Gebelikten Korunma***

Doğum Sonrası Dönemde Danışmanlık Hizmeti

Emziren Kadınların Kullanabileceği Gebeliği Önleyici Yöntemler

Emzirmeyen Kadınların Kullanabileceği Gebeliği Önleyici Yöntemler (Sağlık

Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2014).

2.3.3.5.Eğitim Felsefeleri

Doğuma hazırlık sınıfında bir çok eğitim felsefesine dayanarak dersler işlenmektedir. Bu eğitim modellerinin farklılık göstermesinin ana unsuru hepsinin

kendine özgü hedefi, amacı, teorik felsefeleri, eğiticinin niteliği, ders saati, uzunluğu ve katılımcı sayısının olmasından kaynaklanmaktadır. Eğitim modelleri farklı olmasına rağmen doğuma hazırlık sınıflarında işlenen ortak başlıklar altında rahatlama, solunum teknikleri, dikkati odaklama, gebenin ve doğum destekçisinin gebelikte ve doğum sürecinde ağrı ile başetmek için başvurabilecekleri ilaç dışı yöntemler öğretilmektedir (Altınparmak 2014, Kömürcü ve Engin 2008, Lowdermilk and Perry 2007, Onat ve Hotun 2010, Özcerezci ve Kavlak 2016).

Aşağıda doğuma hazırlık sınıfında verilen eğitim felsefeleri olarak Dick-Read, Bradley, Lamaze, Hipnozla Doğum- Mongan, Fakındalığa Dayalı Doğum ve Ebeveynliğe Hazırlık, England, Odent, Kitzinger, Leboyer, Aktif Doğum, Gayle Peterson açıklamaları ile beraber yer almaktadır (Dinç ve ark. 2014, Kömürcü ve Ergin 2008, Lowdermilk and Perry 2007, Onat ve Hotun 2010, Pillitteri 2007, Serçekuş ve İsbir 2012, Coşar ve Demirci 2012).

2.3.3.5.1.Dick-Read

1930'lu yıllarda İngiliz jinekolog Dr. Dick-Read işidatli doğum ağrılarını doğumun gerçekleşmesi için olmazsa olmaz temel unsur olarak görürken, doğumunu yaptıracığı bir gebenin doğumda ağrısının olmadığı için kloroform uygulanmasını istememesi üzerine bu felsefe ortaya çıkmıştır. Doğum anında yaşanan ağrının korku sonucu oluştuğunu ve bu korkununda anneden kız çocuğuna geçtiğini belirtmektedir. “Korku-gerilim-ağrı” zincirinin doğum anatomisi ve fizyolojisi, relaksasyon teknikleri, gebelikte günlük yaşam, solunum ve egzersiz çalışmaları sonucu parçalanabileceğini ve böylelikle doğum ağrısı ile başedilebileceğini açıklamaktadır. Bu felsefede ki temel amaç bilinmeyen korkusunu gidermek ve bu konuda gebeleri bilgilendirerek bilçlendirmeyi hedeflemektedir (Dinç ve ark. 2014, Kömürcü ve Ergin 2008, Lowdermilk and Perry 2007, Onat ve Hotun 2010, Pillitteri 2007, Serçekuş ve İsbir 2012, Coşar ve Demirci 2012, Humenick 2004, Üstünsöz ve Güngör 2005, Ertem ve Sevil 2004, Kadayıfçı 2005, Şeker 2006)

2.3.3.5.2.Bradley

1940'lı yıllarda Dr. Bradley doğum koçluğunu ilk defa öne sürmüştür. Doğumun normal ve doğal olduğunu, hiç ilaç kullanılmadan en az tıbbi yardım ile gereksiz müdahalelerden kaçınarak doğumun gerçekleşmesi gerektiğini savunan bir felsefedir. Bu

amaca ulaşılmak için doğum anında vücucun rahatlamış olmasını bununda ise solunum kontrolü, abdominal solunumun kullanılması, gebelikte dengeli beslenme, egzersiz ve derin gevşeme tekniklerini öğretmek ile başarılabilirliğini savunmaktadır. Dr. Bradley içęüdüleri ile doğum yapan hayvanları izlemiş ve hastane ortamları ile karılaştırmıştır. Bu nedenle doğum ortamında ele almış karanlık ve sessiz ortamda ve kadının yalnız bırakılıp sadece eşin etkin bir “koç” olarak doğuma katılarak destek olmasını, o anki gereksinimlerinin karşılanmasında görev almasını temel almaktadır (Dinç ve ark. 2014 Kömürcü ve Ergin 2008, Lowdermilk and Perry 2007, Onat ve Hotun 2010, Pillitteri 2007, Serçekuş ve İsbir 2012, Coşar ve Demirci 2012, Kadayıfçı 2005, Humenick 2004, Moore 1983).

2.3.3.5.3.Lamaze

1950’li yıllardan bu yana doğuma hazırlık sınıfarında verilen eğitim felsefelerinden en yaygın olarak kullanılan psikoprofilaksi olarak bilinen bir felsefedir. ASPO/Lamaze (American Society for Psychoprophylaxis Obstetrics –ASPO) olarak bilinen felsefe uluslararası doğum öncesi eğitim organizasyonu haline gelmiş ve ana tema olarak doğumun tüm evrelerinde uygun nefes alma tekniğinin öğretmei hedeflemektedir. Eş katılımı ile beraber yoğun duygusal desteğin olası gerektiğini ve doğum sürsince annenin her zaman kontrolünün sağlanması gerektiğini savunmaktadır. Doğumda bağırmak ya da kontrolünü kaybetmek yerine kaslarını kontrollü bir şekilde gevşetme ve doğumun evresine göre olması gereken solunumunu kontrollü sağlama yöntemi ile uterusun kasılmalarını taklit etmeye şartlandırır. Doğumun başladığını gösteren kontraksiyonun başlangıcında derin bir nefes alınmakta, daha sonra kontraksiyon başladığında ise bu nefes hızlı ve yüzeysel neesler olmaya başlamaktadır. Aynı zamanda gebenin düşüncelerini bir objeye odaklama ya ksların gevşemesine yoğunlaşmakta ve sözel desteklenmektedir. Lamaze felsefesinin içeriğinde doğum anatomisi ve fizyolojisi, gevşeme ve solunum teknikleri, bilişsel yeniden yapılandırma ve sosyal desteği kapsar. Lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık sınıfıda az sayıda ebeveyn adaları ile çalışmakta ve eğitimler 6-8 hafalık zaman diliminden oluşmaktadır. ASPO/Lamaze doğumda felsefesini şu şekilde açıklamaktadır;

- Doğum normal, doğal ve sağlıklı bir deneyimdir.
- Doğum deneyimi kadını ve ailesini derinden etkilemektedir.
- Kadının doğal içęüdüleri doğumu yönetmektedir.

- Kadının kendine olan öz güveni ve başarısını doğumu gerçekleştiren sağlık ekibine ve doğumun yapıldığı hastane ortamı etkilemektedir.
- Kadınlar rutin girişimlere gerek olmadan doğal doğum yapma hakkına sahiptir.
- Doğum, güvenilir bir eylemdir.
- Doğuma hazırlık sınıfında verilen eğitimler kadınların kendi sağlıkları konusunda bilinçli tercih yapma, sorumluluk alma ve karar verme yetisini güçlendirir (Kadayıfçı 2005, Dinç ve ark. 2014 Kömürcü ve Ergin 2008, Lowdermilk and Perry 2007, Onat ve Hotun 2010, Pillitteri 2007, Serçeku ve İsbir 2012, Coşar ve Demirci 2012, Şeker 2006).

2.3.3.5.4.Hipnozla Doğum-Mongan (HypnoBirthing-The Mongan)

1990 yılında kendi hinozunu gerçekletirerek gevşemiş bir şekilde ağrısız doğum yapabileceğine inanan Marie Mongan tarafından oluşmuştur. Bu yöntemde doğumun doğal, normal ve sağlıklı olduğuna inanılır, ağrı ile başetme yöntemlerini öğretmek yerine derin gevşeme, zihinde canlandırma, kendi kendine hipnoz etme, vizüalizasyon ve nefes farkındalığı çalışılmaktadır.

Ebeveynlere ve ailelerine pozitif doğum deneyimi yaşamayı hedeflemekte ve doğumun mutlaka ağrılı olduğu düşüncesinin yanlış olduğunun altını çizmektedir. Gebelik ve doğum sürecine ilişkin tıbbi terimler kullanmak yerine daha çok olumlamayı çağrıştıracak kelimeler kullanılmaktadır. Doğum sancısı/ uterus kontraksiyonları yerine doğum dalgası, doğum kanalı yerine doğum yolu, doğum koçu yerine doğum arkadaşı terimlerine yer verilmektedir (Mongan 2005, Dinç ve ark. 2014 Kömürcü ve Ergin 2008, Lowdermilk and Perry 2007, Onat ve Hotun 2010, Pillitteri 2007, Serçeku ve İsbir 2012, Coşar ve Demirci 2012).

2.3.3.5.5.Farkındalığa Dayalı Doğum ve Ebeveynliğe Hazırlık

1970'te Kabat-Zinn ve arkadaşları tarafından insanların yeteneklerinin her an geliştiğinin altını çizerek gözlem yeteneğini geliştirme, vücudumuzdaki fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin farkına varma ve istenilen durumu elde etmeyi amaçlayan bir felsefedir. Farkındalığın gevşeme ile kazanılacağını ancak bunun bir gevşeme tekniği olarak tasarlanmadığını belirtmektedir. Bu felsefenin zemininde ebeveyn adaylarının tüm deslere düzenli katılımları, haftanın altı günü beraber günlük otuz dakikalık yoga ve

meditasyon yapmaları ve bu uygulamayı günlük yaşamlarına aktarmaları yer almaktadır. Yapılan bir çalışmada ise bu felsefenin kadınlarda anksiyete, depresyon ve kronik ağrıları azalttığı, uyku ve yaşam kalite standardını artırdığı saptanmıştır (Specia et al.2000, Dinç ve ark. 2014 Kömürücü ve Ergin 2008, Lowdermilk and Perry 2007, Onat ve Hotun 2010, Pillitteri 2007, Serçeku ve İsbir 2012, Coşar ve Demirci 2012).

2.3.3.5.6.England

Yüksek hemşire, ebe, prenatal doğum terapisti ve doğum eğitmeni olan Pam England tarafından doğum öncesi, doğum ve postpartum dönemde verilen eğitimlerde holistik ve multi-duygusal yaklaşımı benimsediği bir felsefedir. Eğitimlerinde doğumu bir sanat olarak işlemekte ve ebeveyn adaylarının yaratıcı ve özgürce seçim yapmalarına yönelik öğretim teknikleri geliştirmektedir. Ailelerin geçmiş doğum deneyimleri konusunda ne bildiklerini, korkularını, gereksinimlerini ve isteklerini çizerek, resime dökerek, rol-play olarak sunarak veya maket hazırlayarak anlatmalarına dayanmaktadır (Dinç ve ark. 2014 Kömürücü ve Ergin 2008, Lowdermilk and Perry 2007, Onat ve Hotun 2010, Pillitteri 2007, Serçeku ve İsbir 2012, Coşar ve Demirci 2012, Kadayıfçı 2005, Kömürücü ve Ergin 2008, Şeker 2006, Nichols 1996, Üstünsöz ve Güngör 2005).

2.3.3.5.7.Odent

Dr. Michel Odent tarafından geliştirilen bu felsefe de doğumun içgüdüsel bir deneyim olduğunu ve bu deneyimi ebeveyn adaylarının olması gereken doğum ortamında sevgi ve aşkla yaşanması gerektiğini savunmaktadır. Doğal fizyolojik sürecin bozulmaması için sağlık ekibinin müdahaleci değil izleyici olarak doğumda yer alması gerektiğini bunu içinde hayvanların doğum yapacakları zaman nasıl yalnız ve güvenli ortamı seçtiklerini örnek göstermektedir (Dinç ve ark. 2014 Kömürücü ve Ergin 2008, Lowdermilk and Perry 2007, Onat ve Hotun 2010, Pillitteri 2007, Serçeku ve İsbir 2012, Coşar ve Demirci 2012, Üstünsöz ve Güngör 2005, Kadayıfçı 2005, Kömürücü ve Ergin 2008, Şeker 2006).

2.3.3.5.8.Kitzinger

1988’ de İngiltere’de antropolojist ve doğum eğitmeni olan Shelia Kitzinger doğum anında kadının doğal davranması gerektiğini savunmaktadır. Hastanede utanma

kontrolü kaybetme korkusu ve kültürel tutumlardan dolayı gerçek duygularını baskıladığı ve çok daha fazla ağrı yaşadığını ifade etmektedir. Eğer kadına doğum anında doğal davranması sağlanırsa solunumun cinsel heyecan ve orgazm duymadaki solunuma benzediğini belirtmektedir. Eğitimlerinde doğumu bireysel,seksüel ve sosyal bir deneyim olarak ele almaktadır. Bu psikoseksüel yöntemde kadınların doğum anında gevşeme ve solunum teknikleri ile doğum ağrılarını kontrol altına almalarını amaçlamaktadır (Dinç ve ark. 2014 Kömürçü ve Ergin 2008, Lowdermilk and Perry 2007, Onat ve Hotun 2010, Pillitteri 2007, Serçekuş ve İsbir 2012, Coşar ve Demirci 2012, Okumuş ve ark. 2001, Reeder et al.1997, Kömürçü ve Ergin 2008, Kadayıfçı 2005, Şeker 2006) .

2.3.3.5.9.Leboyer

1974 yılında Fransız Frederick Leboyer yazdığı kitabında doğumda bebeklere karşı daha duyarlı olunması gerektiğini savunmaktadır. Bu felsefede doğum odasında rahatsızlık veren ışıklardan, ilk nefes alış-verişi için bebeğin poposuna vurulmasından, umbilikal kordun erken kesilmesinden olumsuz etkilendiğini ve ağrı, travma yaratan durumların en za indirilmesi gerektiğini üzerinde durmaktadır. Loş ışık ve gürültüsüz bir doğum ortamının, bebeğin doğum kanalından geçişinin rahat bir şekilde gerçekleşmesinin, bebek doğduğunda ılık bir banyo yaptırılmasını desteklemektedir (Dinç ve ark. 2014 Kömürçü ve Ergin 2008, Lowdermilk and Perry 2007, Onat ve Hotun 2010, Pillitteri 2007, Serçeku ve İsbir 2012, Coşar ve Demirci 2012, Şeker 2006, Kadayıfçı 2005) .

2.3.3.5.10.Aktif Doğum

1982’de İngiliz doğum eğitimcisi olan Janet Balakas “Aktif Doğum” ve “Aktif doğum hareketleri” terimlerini ilk defa kullanmıştır. Doğum sürecinin daha az ağrılı geçirilmesi için doğum pozisyonunun önemini vurgulamakta ve ayakta dik pozisyonda yer çekiminin etkisi ile doğumun ilerlemesi gerektiğini savunmaktadır. Bu yöntem ile doğumda sağlık ekibinin yönettiği kadının pasif olduğu bir doğum değil, doğumun asıl yöneticisi kadın olup, aktif rol oynamaktadır. Aktif doğumda su desteğinin sağanmasının bebek açısından da fayda sağladığı kabul görmektedir. Doğum sürecinde kadının aldığı pozisyonlar, kadından salgılanan hormonlar v bu hormonların doğum üzerinde yarattığı etkiler, gebelik ve doğum süresince yoganın önemi aktif doğum

sürecinin temel yapı taşlarını oluşturmaktadır (Dinç ve ark. 2014 Kömürcü ve Ergin 2008, Lowdermilk and Perry 2007, Onat ve Hotun 2010, Pillitteri 2007, Serçekuş ve İsbir 2012, Coşar ve Demirci 2012, Üstünsöz ve Güngör 2005, Kadayıfçı 2005, Şeker 2006, Kömürcü ve Ergin 2008).

2.3.3.5.11. Gayle Peterson

Amerikan doğum uzmanı ve psikoterapist olan Gayle Peterson gebelik ve doğum anında kadının yaşadığı fiziksel ve duygusal deneyim arasında ki ilişkiyi incelemiştir. Doğum hazırlık sınıfında kadınların kendi iç dünyalarını yansıtmak için cesaretlendirilmesini, ileride yaşanması mümkün olaylar karşısında en güçlü yetenek ve kuvvetin kadının kendisi olduğunu vurgulamaktadır. Eğitimlerinde bireysel inanç ve tutumları inceleyerek bireysel korku ve anksiyete tanımlanması ve çözümlenmesine olanak sağlayan müfredet geliştirmiştir (Dinç ve ark. 2014 Kömürcü ve Ergin 2008, Lowdermilk and Perry 2007, Onat ve Hotun 2010, Pillitteri 2007, Serçeku ve İsbir 2012, Coşar ve Demirci 2012, Şeker 2006, Kadayıfçı 2005)

Doğuma hazırlık sınıflarında verilen eğitim felsefelerinin hepsinde farklı noktalara dikkat çekilmiş farklı teknik ve aktivitelerden bahsedilmektedir (Miquellutti et al.2013). gebelerin doğuma hazırlık eğitiminde aldıkları teorik bilgi kadar fiziksel egzersizlerde doğum için önemli bir yere sahip olduğu belirtilmektedir (Miquelluti et al.2013, Guszowska 2014). Gebelik süresince kadınların optimal sağlığını korumak, alması gereken kilo değeri aşmamak ve gestasyonel diyabeti önlemek amacı ile Amerikan Obstetrisyenler ve Jinekologlar Cemiyeti (ACOG) tarafından fiziksel egzersizlerin doğuma hazırlık sınıfında verilen eğitim içeriğinde yer almasını önermektedir (Dinç ve ark. 2014, ACOG 2002).

2.3.3.4. Doğuma Hazırlık Sınıflarının Gebeliğe Etkisi

Doğuma hazırlık sınıfında eğitim alan kadınların sigara ve alkol kullanma oranlarının eğitim almayan gebelere oranla daha az görüldüğü belirtilmektedir (Lumney ve Brown 1993). Karşılaştırmalı tanımlayıcı diğer bir çalışmada ise doğuma hazırlık sınıfında eğitim alan kadınların eğitim almayan kadınlara göre fiziksel aktivitelerde daha buldukları, düzenli ve dengeli beslendikleri ve sağlıklı yaşam davranışlarına daha çok önem verdiklerini saptamaktadır (Koehn 2008). Online olarak verilen başka

bir doğum öncesi eğitimde ise kadınların yeterli ve dengeli beslenme, düzenli fiziksel aktiviteler yapma, hijyen konusunda daha dikkatli olma gibi günlük yaşam aktivitelerini pozitif yönde etkilediğini bildirmektedir (Yenal 2006). Doğuma hazırlık sınıfında yapılan başka bir çalışmada ise eğitim almış kadınların gebeliğe dair bilgilerinin arttığını belirtmektedir (Malata ve ark.2007).Yapılan bir çalışmada 36. gebelik haftasında yaklaşık altı saatlik bireysel verilen eğitimin kadının gebeliğe uyumu etkilemediği ancak kadınları annelik rolüne hazırlamada etkili olduğunu bildirmektedir (Hamilton-Dodd ve ark. 1989).

Yapılan çalışmalarda doğuma hazırlık sınıfında verilen eğitimin ebeveyn adayları arasında ki ilişkide olumlu etki yarattığını belirtmektedir (Koehn 2008, Westney et al. 1988). Ebeveyn adaylarının ikisinde katıldığı eğitim gruplarında birbirlerine karşı daha çok destekleyici bir yaklaşım içinde olduklarını bildirmektedir (Westney et al.1988). Yine aynı eğitim grubundaki kadınlarında birbirlerine destek olduklarını ve eşleri ile iletişimlerinin arttığını ortaya koymaktadır (Koehn 2008)

2.3.3.5.Doğuma Hazırlık Sınıflarının Doğuma Etkisi

Doğuma hazırlık sınıflarının doğum üzerine etkilerini araştıran bir çok çalışmada kadınların eğitim sonrası doğuma ile ilgili bilgilerinin arttığı belirtilmektedir (Gognon and Sandall 2007, Lee and Holroyd 2009,Malata et al. 2007). Yapılan başka bir çalışmada doğuma hazırlık sınıfında verilen eğitimlerin doğuma hazırlık aşamasında fayda sağladığını belirtirken (Tighe 2009), aksi yönde bu eğitimlerin doğuma hazırlık konusunda eksik kaldığını belirten çalışmalarda rastlanmaktadır (Renkert ve Nutbeam, Schneider 2001).

Ülkemizde ve yurtdışında yapılan çalışmalarda doğuma hazırlık sınıfında verilen eğitimin doğum ağrısına ve analjesi-anestezi kullanımında ki etkisine bakıldığında çelişkili sonuçlar ortaya çıkmaktadır. Doğuma hazırlık sınıfında verilen eğitimlere katılan kadınların doğumlarında daha az ağrı hissettikleri bildirilmektedir (Okumuş ve ark. 2002, Ip ve ark. 2009). Yapılan başka bir çalışmada ise doğuma hazırlık sınıfında eğitim almanın doğum ağrısını azaltmada etken bir faktör olmadığını belirtilmekte ve eğitim alan kadınların epidural anestezi kullanımını daha çok tercih ettiklerini bunun nedenini ise farmakolojik yöntemler hakkında bilgi sahibi olmanın bu yöntemlere eğilim göstermesi olarak açıklanmaktadır (Fabian et al. 2005). Hetherington'nun

araştırmasında doğumda tıbbi girişimleri ve analjezi-anestezi kullanımının doğuma hazırlık sınıfında eğitim alan kadınlarda daha az olduğunu saptarken (Hetherington 1990), yapılan başka çalışmalarda ise doğuma hazırlık sınıfında eğitimin analjezi kullanımını azaltmadığını öne sürmektedir (Koehn 2008, Sturrock ve Johnson 1990).

Yapılan çalışmalarda doğuma hazırlık sınıfında alınan eğitimin kadının özgüveni ve ağrı ile baş etmede etkinliğini araştıran farklı çalışmaların sonuçlarında da farklılıklar görülmektedir. 2005'te yapılan çalışmada kadınların %74'ü doğuma hazırlık sınıfında verilen eğitimin doğuma fayda sağlayacağını belirtmektedirken (Fabian ve ark. 2005) yapılan başka bir çalışmada da doğuma dair özyeterliliğinin artırdığı ve doğum ağrıları ile daha iyi başettiklerini bildirmişlerdir (Ip-2 et al.2009). Farklı zamanlarda yapılan iki çalışmada ise kadınların doğuma hazırlık sınıfında aldıkları eğitimlerden öğrendikleri, solunum ve gevşeme egzersizlerini öğrenmekten memnun olduklarını ve doğumlarında kendilerine fayda sağladıklarını belirtmektedirler (Stamler 1998, Lee and Holroyd 2009). Spiby ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise doğuma hazırlık sınıfında eğitim alan kadınların çoğunluğu doğumda ağrı ile baş etme becerilerini kullanılmada devamlılığın sağlanması için daha fazla cesaretlendirilmeye ihtiyaçları olduklarını bildirmişlerdir (Spiby et al. 1999).

Doğuma hazırlık sınıfında verilen eğitimin doğum süresine etkisini araştıran çalışmalardan elde edilen verilerde farklılık göstermektedir. Ülkemizde ve yurtdışında yapılan çalışmalar sonucu doğuma hazırlık sınıfında eğitim almanın doğum süresine etkisi olmadığı belirtilmektedir (Okumuş ve ark. 2002, Sturrock ve Johnson 1990). Yine Okumuş ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada ise doğuma hazırlık sınıfına eğitim alan kadınların almayan kadınlara göre doğumlarının ikinci evresinin altı dakika daha kısa olduğunu saptasalarda istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmemektedir (Okumuş ve ark. 2002). 2013'te yapılan başka bir çalışmada da doğuma hazırlık sınıfında eğitim almanın doğum süresini ve şeklini etkilemediği saptanmaktadır (Miquelutti et al. 2013). Yapılan başka bir çalışmada gebelik süresince yapılan fiziksel egzersizlerin doğumun aktif faz süresini kısalttığı bildirilmektedir (Rad and Jahanshiri 2013). Forouhari ve arkadaşlarının 2009'da yaptığı çalışmada ise kadınların gebelik süresince yaptıkları düzenli fiziksel egzersizlerin sezeryan oranlarını azalttığı ve doğumun ikinci evresinin süresini kısalttığı belirtilmektedir. Ülkemizde ise kadınlara doğuma hazırlık sınıfında eğitim almadan önce ve eğitim aldıktan sonra yapılan

çalışmada epidural analjezi almadan vajinal doğum isteme oranlarının eğitim sonrası azaldığı belirtilmektedir (Mete ve ark. 2013).

Yapılan çalışmalarda doğuma hazırlık sınıfında alınan eğitimlerin doğum da yaşanan anksiyete üzerine etkisine bakıldığında sonuçlar benzerlik göstermektedir. Ülkemizde ve yurtdışında yapılan çalışmalar sonucu doğuma hazırlık sınıfında eğitim alan kadınların doğum sırasında ki anksiyeteyi azalttığını belirtmektedirler (Ip-2 et al. 2009, Okumuş ve ark. 2002, Lee ve Holroyd 2009).

Doğuma hazırlık sınıflarında verilen eğitimlerin doğum memnuniyetine etkisi araştırıldığında sonuçların çelişkili olduğu görülmektedir. Yurtdışında yapılan bir kalitatif çalışmada doğuma hazırlık sınıfında eğitim alan kadınların doğum bilgilerini artırdığını, doğum deneyiminin beklentilerinin üstünde olduğunu ve memnun olduklarını bildirmektedirler (Hallgren ve ark. 1995, Okumuş ve ark. 2001, Spinelli et al. 2003). 1995 yılında Nichols'un primipar, doğuma hazırlık sınıfında eğitim alan ve almayan kadınlar üzerinde yaptığı bir çalışmada ise doğum deneyimlerinden memnuniyetleri arasında anlamlı bir fark olmadığını saptamaktadır.

2015'te yapılan bir çalışmada doğuma hazırlık sınıfında verilen eğitim sonrası ebeveyn adayların normal doğum yapma tercihinde artış olduğunu ve eğitime katılan gebelerin %2.3'ünün sezeryan doğum yaptığı belirtilmektedir. Yapılan başka bir çalışmada doğuma hazırlık sınıfında eğitim alan kadınların doğumlarının daha az müdahale ile başladığını ve daha az epizyotomi uygulandığı belirtilmektedir (İsbir ve ark. 2015). Ancak anı çalışmada eğitim alan kadınlar ile eğitim almayan kadınlar arasında indüksiyon, epidural analjezi, ve vakum kullanılması yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (İsbir ve ark. 2015).

Doğuma hazırlık sınıfında eğitim alan ve eğitim almayan primipar kadınlar üzerinde yapılan bir başka çalışmada doğum ağrısıyla baş etme, etkili ıkınma, doğum boyunca özgüvenli olma ve doğuma uyum sağlamada eğitim alan ve almayan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (Kızılırmak and Başer 2016).

Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada doğuma hazırlık sınıfında eğitim alan ve klinik pilates yapan kadınların %71.0'i sadece doğuma hazırlık sınıfında eğitime katılan gebelerin % 61.9'u, eğitim almamış ve klinik pilates yapmamış kadınların

%54.5'i vajinal doğum gerçekleştirmiş ancak üç grup arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (Aktan 2015).

Yurtdışında doğal doğuma yönelik hazırlık sınıfında eğitim alan 20-36 haftalık gebe kadınlar üzerinde yapılan çalışmada eğitim almayan kadınlara göre doğal doğum yapma oranı ve yenidoğanın daha fazla kiloya sahip olduğu belirtilmektedir (Karimi et al. 2016).

2.3.3.6.Doğuma Hazırlık Sınıflarının Postpartum Döneme Etkisi

Kadınların postpartum dönemde perine ve meme bakımı, bebek bakımı, postpartum dönem egzersizleri ve ruhsal değişiklikler, aile planlaması gibi konularda sorunlar yaşadığı, yeterli bakım ve bilgiye sahip olmadıkları bir çok çalışmada saptanmıştır (Altuntuğ ve Acar 2011, Eker ve Yurdakul 2008, Doğaner ve Bekar 2006, Dağ ve ark. 2013, Koç ve Oskay 2015).

Doğuma hazırlık sınıfında alınan eğitimlerin yeni kazanılan anne ve baba rolüne uyumu nasıl etkilediği birçok çalışmada incelenmekte ve genellikle benzer sonuçlar elde edilmektedir. Yapılan çalışmaların sonuçlarında doğuma hazırlık sınıfında alınan eğitimlerin ebeveynlik için yeterlilik duygusunu etkilemediği, anne ve baba rolüne geçişi kolaylaştırmadığı, annelik ve babalık olüne geçişte yetersiz kaldığını, eğitim alan ve almayan gruplar arasında ebeveynlik uygulama ve becerilerinde fark olmadığını belirtmektedirler (Nichols 1995, Willford 1998, Faian et al. 2005, Lumnet and Brown 1993, Barclay et al. 1997, Ho ve Holroyd 2002, Deave et al 2008). Doğuma hazırlık sınıfında alınan eğitimlerin postpartum dönemde emzirmeye etkisini araştıran çalışmaların sonuçlarında farklılıklara rastlanmaktadır. Doğuma hazırlık sınıfında alınan eğitimin kadınların emzirmeye yönelik bilgilerinin arttığını belirten (Spinelli et al. 2003) çalışmaya benzer olarak bu eğitimler ile postpartum dönem emzirme arasında anlamlı bir bağlantı olduğunu açıklayan çalışmada mevcuttur (Lummey ve Brown 1993). Lu ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise doğuma hazırlık sınıfında eğitim alan kadınların daha fazla emzirdiklerini belirtmektedir (Lu et al. 2003).

Yapılan karşılaştırmalı bir çalışmada doğuma hazırlık sınıfında eğitim alan kadınların almayan kadınlara göre doğumdan ilk iki saat içinde emzirme oranlarının hemen hemen iki kat daha fazla olduğu saptanmaktadır (Turan ve Say 2003). Bu çalışmaya benzer ülkemizde ve yurtdışında yapılan iki çalışma sonuçunda ise doğuma

hazırlık sınıfında eğitim alan annelerin emzirme konusunda daha çok cesaretlendiklerini (Ho ve Holdroy 2002), doğru pozisyonda emzirme, emzirme başarı algı puanları ve emzirme sırasında eş desteğinin daha fazla aldıklarını belirtmektedir (Mete ve ark. 2007). Yapılan çalışmalardan farklı olarak doğuma hazırlık sınıfında alınan eğitimlerin postpartum ilk 24 saatte emzirmeye teşviği nerdeyse hiç etkilemediğini (Handfield ve Bell 1995) ve emzirme süresini uzatmadığı (Fabian et al. 2005) belirtilmektedir. Kadınların doğuma hazırlık sınıfında alınan eğitimlerden emzirme konusunda eksik olduklarını belirtmektedirler (Ho and Holyroyd 2002, Schneider 2001). Ülkemizde yapılan çalışmada da doğuma hazırlık sınıfında verilen eğitimlerin emzirme sıklığına, emzirmeye yönelik problem aamaya ve emzirme sonrası ek gıdaya geçişte etkisinin olmadığı saptanmaktadır (Mete ve ark. 2007).

Doğuma hazırlık sınıfının sosyal destek üzerine etkisini araştıran çalışmaların bulgularıda benzerlik göstermektedir. Yapılan çalışmalarda doğuma hazırlık sınıfında eğitim alan kadınların grup iletişimine postpartum dönemde de devam ettiklerini, birbirlerine destek sağladıklarını, ebeveynler arası desteğin arttığını, sosyal desteği artırdığını, grup içindeki bilgi ve deneyimlerin paylaşıldığını katılan ebeveynlerinde bundan memnun olduklarını belirtmektedirler (Fabian et al. 2005, Deave et al. 2008, Peterson et al. 2004, Stamler 1998).

Yapılan çalışmalarda doğuma hazırlık sınıflarında alınan eğitimin postpartum uyuma etkisini araştıran çalışmalar sonucuda benzer çıkmaktadır. Doğuma hazırlık sınıfında eğitim alan kadınlar ile eğitim almayan kadınlar arasında potpartum uyumları arasında farklılık olmadığı (Hamilton-Ddodd et al 1998, Arcamone 2005), ancak annelik rolüne hazıroluşlukta fayda sağladığı belirtilmektedir (Hamilton-Dodd et al. 1989).

2.3.3.7. Doğuma Hazırlık Sınıfları ve Hemşirelik

Ülkemizde olduğu gibi dünyadada doğuma hazırlık sınıflarında verilen eğitimler genellikle hemşireler tarafından yürütülmektedir (Walker et al. 2008). Kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliğinde yüksek lisans veya üzeri eğitimlerini ve sertifikalarını tamamlamış hemşirelerin kadınların tüm yaşam dönemlerinde bireysel problemlere yönelik bir çok rolleri ve sorumlulukları bulunmaktadır. Bu rol ve sorumluluklar arasında doğuma hazırlık sınıfında eğitim vermekte yer almaktadır (Güngör ve ark. 2013).

Ülkemizde kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği yönetmeliğinde göre hemşirenin görev, yetki ve sorumlulukları arasında “ 1.Ebeveynlere gebelik öncesi eğitim ve danışmanlığını yapar. 2.Ana çocuk sağlığının korunup geliştirilmesinde kadına aile planlaması, emzirme, sağlıklı cinsel yaşam için eğitim ve danışmanlık yapar.” maddeleri yer almaktadır (Türk Hemşireler Derneği; Erişim Tarihi: 07.12.2018).

Hemşirelerin doğuma hazırlık sınıfında verilen eğitimlerin kanıta dayalı bilimsel temele dayanarak oluşturulması, çeşitlendirilmesi ve yaygınlaştırılması için eğitimleri planlama ve yürütme konusunda aktif rol oynamaktadırlar (Onat ve Hotun 2010). Doğum öncesi bakım hizmetleri adı altında kadınların doğum korkusu çok fazla dikkat çekilen bir konu olmamakla birlikte hemşirelerin doğuma hazırlık sınıflarında verilen eğitimlerde doğum korkusunu ele alması, doğuma yönelik danışmanlık yapma, gebelere biraysel doğum korkularını belirleme ve baş etme mekanizmalarını ortaya çıkmasında yardımcı olma önemli sorumlulukları arasında yer almaktadır (Uçar ve Gölbaşı 2015).

Gebelik, doğum ve potpartum dönemde hemşirelerin fiziksel, duygusal, öğretici, savunuculuk ve aile üyelerine destekleyici bakım vermesi rol ve sorumluluklar arasında yer almaktadır (Rice Simpson 2014). Doğuma hazırlık sınıflarında verilen eğitimler vesilesiyle hemşire etkin iletişim tekniklerinin kullanarak kadının fiziksel ve psikolojik durumu, doğum süreci, farmakolojik ve nonfarmakolojik doğum ağrısını hafifletme yöntemleri, rutin hastane protokolleri, yapılan işlemler, muayene ve sonuçları, yol gösterme v problem çözücü öneride bulunma, baş etme meknizmalarını ortaya çıkarma, solunum, gevşeme ve ıkınma tekniklerini öğretmede öğretici destek rolünü gerçekleştirmektedir (Özçerezci ve Kavlak 2016)

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, doğuma hazırlık sınıfında eğitim alanın postpartum depresyon riskine etkisini incelemek amacıyla karşılaştırmalı tanımlayıcı tipte uygulandı.

3.1.1.Araştırmanın Bağımlı- Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı değişken: Edinburg Doğum Sonu Depresyon Ölçeği Puanı

Bağımsız değişken: Doğuma Hazırlık Sınıfında Verilen Eğitim ve Sosyodegrafik ve Obstetrik Özellikler

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütülmüştür. Ocak-Aralık 2017 arasında 9200 doğum gerçekleşmiştir. Aynı süre içinde hastane içerisinde yer alan Gebe Eğitim Okulunda ise 478 gebe eğitim almıştır.

Gebe Eğitim Okulu, 6 hafta boyunca 4 saatlik (3 saat teorik, 1 saat uygulama) programdan oluşur. Bu okulda eğitim verecek sertifikalara sahip iki ebe görev alır. 12-16 kişilik gebelerden oluşan grup eğitimi verilmektedir. Eğitimlere isteğe bağlı olarak eş katılımı sağlanmaktadır. 20. haftasını tamamlayan tüm gebeler yazılı onamları alınarak eğitime katılmışlardır. Eğitimlerde lamaze felsefesi, aktif doğum felsefesi ve hipnobirthing felsefelerinden oluşan karma bir program içeriği oluşturulmuştur. Haftalara göre eğitimde anlatılan konular:

- 1. hafta:** Üreme organlarının anatomisi ve işleyişi, gebelikle oluşan değişiklikler,
- 2. hafta:** Gebelik kontrolleri, karşılaşılabilecek riskli durumlar, duygusal değişiklikler, bebeğin büyüme ve gelişimi, beslenme, egzersizler,
- 3. hafta:** Doğuma hazırlık planı, doğum belirtileri, doğumun evreleri, rahatlama uygulamaları,
- 4. hafta:** Anne sütünün özellikleri ve yararları, emzirme, emzirme süresi,

5. hafta: Yenidoğan özellikleri ve bakımı, bebek banyosu, bebeğin giyimi,

6. hafta: Loğusalık dönemi, doğum sonrası gebelikten korunmadır.

Araştırmada önce çalışma grubunun verileri Temmuz 2018’de, kontrol grubunun verileri de Ağustos-Eylül 2018’de toplanmıştır.

3.3. Evren ve Örneklem

Araştırmada çalışma grubunun evrenini, Ocak-Haziran 2018 tarihleri arasında, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gebe Eğitim Okuluna katılmış 137 kadından oluşmakta olup, kontrol grubunun evrenini ise Nisan-Haziran 2018 tarihleri arasında Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde doğum yapmış 615 kadından oluşmaktadır.

Çalışma grubunda amaçlı örneklem yöntemi kullanılmıştır. Evrenin hepsine ulaşmak amaçlanmış ancak işleme ve dışlama kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 67 kadın çalışmaya dâhil edilmiştir.

Karşılaştırma grubunun örneklem seçiminde basit rastgele sayılar tablosu kullanılmış, grupların benzer olması için çalışma grubuna benzer özellikli işleme ve dışlama kriterlerine uyan, araştırmaya katılmayı kabul eden 67 kadın çalışmaya dâhil edilmiştir.

3.4.Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

3.4.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Postpartum 4-8 hafta içerisinde olmak
- Miadında doğum yapmak (38-42 hafta)
- Lise ve üzeri eğitime sahip olmak
- Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde komplikasyon gelişmemiş olmak
- Çalışma grubu için doğuma hazırlık sınıfına en az 4 hafta devam etmiş olmak

3.4.2. Dışlama Kriterleri

- Düşük doğum ağırlıklı bebek doğurmak (< 2000 gr)
- Riskli gebelik tanısı almış olmak
- Anomalili bebek doğurmak

- Tanı konulmuş psikiyatrik hastalığa sahip olmak
- Daha önce DHS'nda eğitim almamış olmak

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1.Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından oluşturulan kadınların 4 adet sosyodemografik ve 8 adet obstetrik özelliklerini içeren toplam 12 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

Özgün adı Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) olan, Cox ve Holden tarafından 1987'de geliştirilen ve Türkçe uyarlaması Nur Engindeniz, Levent Küey, Savaş Kültür tarafından 1996'da yapılan Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği, Cox ve ark. (1987) tarafından doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon riskini belirlemek amacıyla hazırlanmış bir tür kendini değerlendirme ölçeğidir. Bu ölçek depresyon tanısı koymak amacıyla kullanılmamaktadır. EDDÖ'nün postpartum, hatta gebelikteki depresyon semptomlarını saptama açısından özgünlüğü ve duyarlılığı oldukça yüksektir. Doğum sonrası dönemdeki kadınlara uygulanır.

Kısa ve anlaşılabilir olması nedeniyle uygulaması kolaydır ve denekler kendi başlarına da doldururlar. Yönergesi ölçeğin başında vardır ve deneklere doldururken kendi durumlarına en çok uyan maddeyi işaretlemeleri belirtilir. Ölçek 10 sorudan oluşmaktadır. Cevaplar 4'lü Likert biçiminde değerlendirilmiş ve 0-3 arasında puanlandırılmıştır. Her sorunun puanlaması farklı olup 3., 5., 6., 7., 8., 9., ve 10. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. 1., 2. ve 4. maddeler ise 0, 1, 2, 3 biçiminde puanlanırlar. Ölçeğin toplam puanı bu madde puanlarının toplanması ile elde edilir. Türkiye'de yapılan çalışma sonucunda ölçeğin kesme puanı 12 olarak hesaplanmıştır, 12 ve üzerindeki değerleri alan anneler sevk edilmelidir. 12 altı ise hasta postpartum depresyon açısından risksiz grup, 12 ve üstünde ise postpartum depresyon açısından riskli grup olarak kabul edilmiştir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 30'dur. Cox ve ark. (1987) tarafından geliştirilen ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı (Cronbach's alfa) 0.87 olarak bulunmuştur. Engindeniz ve ark (1997) tarafından Türkiye için geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış ve Cronbach's Alfa değeri 0,79 olarak bulunmuştur.

3.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Çalışmanın verileri literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından oluşturulan Tanıtıcı Bilgi Formu ve Edinburg Depresyon Ölçeği ile toplanmıştır.

Anket uygulaması önce 8 kişide pilot uygulaması yapılarak soruların anlaşılıp anlaşılmadığı test edilerek ankete son şekli verildi. Her iki grupta ki postpartum 4-8 hafta içerisinde olan tüm kadınlar araştırmacı tarafından telefon ile arandı. Görüşmede sözel onam alındı. Gönüllü kadınlar ile müsait oldukları zamana randevu tarihi ve saati alınarak evlerinde yüz yüze görüşme ile veriler toplandı. Veri toplama süreleri 15-20 dakika sürdü.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar frekans dağılımları, ortalama ve standart sapma değerleri ile birlikte bulgular bölümünde özetlenmiştir. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sürekli ölçümlerse ortalama ve standart sapma (gerekli yerlerde ortanca ve minimum - maksimum) olarak özetlendi. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki Kare test ya da Fisher test istatistiği kullanıldı. Ölçek toplam puan karşılaştırılmasında Student T testi ve ANOVA analizleri kullanıldı. Kadın katılımcıların eğitim alan ve eğitim almayanların bağımlı grup karşılaştırılmasında da Bağımlı Grup T Testi kullanıldı. Tüm testlerde istatistiksel önem düzeyi 0.05 olarak alındı. Analiz sonuçları SPSS 17.0 istatistik paket programı kullanılarak elde edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için; T.C. Üsküdar Üniversitesi'nden Etik Kurulu Girişimsel Olmayan Çalışmalar Onayı ve Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden yazılı izin alındı.

Araştırmada yer alan kadınlara çalışmanın amacı açıklandı ve katılımları için sözel ve yazılı onam alındı.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma grubunda verilerin yaz aylarında toplanması nedeniyle kadınların şehir dışında olması örneklem sayısının amaçlanandan daha az olmasına neden olmuştur.

Kontrol grubunda ise iletişim verileri hastane tıbbi kayıtlarından alındığı için doğrudan doğum yapmış kadına ulaşmada zorluk yaşanma, randevu saatinde evde bulunmama gibi durumlarla karşılaşmıştır.



4.BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular beş grupta ele alındı.

4.1. Çalışma ve Karşılaştırma Grubu Kadınların Sosyodemografik ve Obstetrik zelliklere Göre Dağılımı

4.2. Çalışma ve Karşılaştırma Grubu Kadınların EDSDÖ Puan Ortalamaları Dağılımı

4.3. Çalışma ve Karşılaştırma Grubu Kadınların Sosyodemografik ve Obstetrik zelliklerine Göre EDSDÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı



4.1. Çalışma ve Karşılaştırma Grubu Kadınların Sosyodemografik ve Obstetrik Özelliklere Göre Dağılımı

Tablo 1’ de çalışma ve karşılaştırma grubu kadınların sosyodemografik ve obstetrik özelliklere ilişkin bulgular verilmiştir.

Tablo 1. Çalışma ve Karşılaştırma Grubu Kadınların Sosyodemografik ve Obstetrik Özelliklere Göre Dağılımı (N=134)

Tanımlayıcı özellikler	Çalışma Grubu		Karşılaştırma Grubu		X ²	
	Sayı (N=67)	Yüzde (%)	Sayı (N=67)	Yüzde (%)		
Yaş Ortalaması (Ort±ss)	26,6±3,57 (19-35)		25,1±4,09 (18-33)		t=2,290	
Öğrenim durumu	Lise	23	34,3	51	76,1	X ² =23,661
	Üniversite ve üzeri	44	65,7	16	23,9	
Çalışma durumu	Hayır	56	83,6	63	94,0	X ² =3,678
	Evet	11	16,4	4	6,0	
Gelir durumu	Gelirim giderimden az	3	4,5	17	25,4	X ² =16,289
	Gelirim giderime eşit	29	43,3	33	49,3	
	Gelirim giderimden fazla	35	52,2	17	25,4	
Gebeliği planlanma durumu	Hayır	12	17,9	28	41,8	X ² =9,123
	Evet	55	82,1	39	58,2	
Başka çocuk durumu	Primipar	50	74,6	34	50,7	X ² =8,168
	Multipar	17	25,4	33	49,3	
Sigara kullanma durumu	Hayır	53	79,1	54	80,6	X ² =0,046
	Evet	14	20,9	13	19,4	
Son doğum şekli	Vajinal doğum	38	56,7	34	50,7	X ² = 0,480
	Sezaryen doğum	29	43,3	33	49,3	
Doğum sonu bebek bakımında destekçi durumu	Hayır	16	23,9	35	52,2	X ² =11,428
	Evet	51	76,1	32	47,8	
Bebeğin beslenme şekli	Sadece anne sütü	43	64,2	37	55,2	X ² =5,917
	Anne sütü+mama	23	34,3	22	32,8	
	Sadece mama	1	1,5	8	11,9	

Tablo 1'e bakıldığında; yaş grubu ortalaması; çalışma grubunda $26,6 \pm 3,57$ (min=19-max=35) iken kontrol grubunda $25,1 \pm 4,09$ (min=18-max=33) olduğu belirlenmiştir. Öğrenim durumu açısından; çalışma grubunun % 65,7'sinin üniversite ve üzeri mezuniyete sahip oldukları, kontrol grubunda ise % 76,1'inin lise mezunu oldukları tespit edilmiştir. Çalışma durumu açısından; çalışma grubunun % 83,6'sı, kontrol grubunun %94,0'ının çalışmadıkları gözlenmiştir. Çalışma grubunun % 50,7'si gebelik sırasında çalıştıkları gözlenirken, kontrol grubunun % 71,6'sı gebeliğinde çalışmadıkları tespit edilmiştir. Gelir durumu açısından; çalışma grubunun % 52,2'sinin gelirinin giderinden daha fazla olduğu, kontrol grubunun % 49,3'ü ise gelirlerinin giderlerine eşit oldukları belirlenmiştir. Gebeliğin planlanma durumuna bakıldığında; çalışma grubunun % 82,1'i, kontrol grubunun ise % 58,2'si gebeliklerini planladıkları saptanmıştır. Çalışma grubun % 74,6'sı, kontrol grubunun ise %50,7'si primipar annelerden oluşmaktadır. Çalışma grubunun % 79,1'i kontrol grubunun ise %80,6'sı sigara kullanmadığı saptanmıştır. Çalışma grubu %56,7'si ve kontrol grubunun %50,7'si vajinal doğum gerçekleştirmiştir. Doğum sonu bebek bakımında destekçi durumu incelendiğinde, çalışma grubunun %76,1'inin destekçisinin bulunduğu, kontrol grubunun %52,2'sinin ise destekçisinin bulunmadığı tespit edilmiştir. Çalışma grubunun %64,2'si, kontrol grubunun %55,2'si sadece anne sütü ile bebeklerini besledikleri saptanmıştır.

4.2. Çalışma ve Karşılaştırma Grubu Kadınların EDSDÖ Puan Ortalamaları Dağılımı

Tablo 2 'de çalışma ve karşılaştırma grubu kadınların EDSDÖ puan ortalamaları verilmiştir.

Tablo 2. Çalışma ve Karşılaştırma Grubu Kadınların EDSDÖ Puan Ortalamaları Dağılımı (N=134)

Eğitim alma durumu	Sayı	EDSDÖ		
		Puan Ortalaması	t	p
Çalışma Grubu	67	6,16±4,8	4,828	0,000
Karşılaştırma Grubu	67	12,47±9,5		

Tablo 2'e göre çalışma kapsamındaki karşılaştırma grubunun ortalamalarının (12,47±9,5), çalışma grubunun ortalamalarından (6,16±4,8) daha yüksek olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu saptanmıştır ($p<0,000$). Elde edilen bu sonuca göre kadınlara DHS verilen eğitimlerin EDSDÖ puan ortalamalarının düşük olmasını sağladığı anlaşılmıştır.

4.3. Çalışma ve Karşılaştırma Grubu Kadınların Sosyodemografik ve Obstetrik Özelliklerine Göre EDSDÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 2’de çalışma ve karşılaştırma grubu kadınların sosyodeografik özelliklerine göre EDSDÖ puan ortalamaları verilmiştir.

Tablo 3. Çalışma ve Karşılaştırma Grubu Kadınların Sosyodeografik Özelliklerine Göre EDSDÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=134)

Değişkenler		Çalışma Grubu		Karşılaştırma Grubu	
		N=67	Ort±ss	N=67	Ort±ss
Yaş Ortalaması	27 yaştan daha az	36	5,50±4,1	39	11,94±9,2
	27 yaş ve üzeri	31	6,93±5,5	28	13,21±10,0
t		-1,214		-0,533	
p		0,229		0,596	
Eğitim Durumu	Lise	23	6,43±4,7	51	13,56±9,6
	Üniversite ve üzeri	44	6,02±4,9	16	9,00±8,6
t		0,328		1,695	
p		0,744		0,095	
Şu anki çalışma durumu	Hayır	56	6,76±4,8	63	12,88±9,4
	Evet	11	3,09±3,7	4	6,00±8,9
t		2,381		1,411	
p		0,020		0,163	
Gelir durumu	Gelirim giderimden az	3	5,66±3,7	17	14,47±9,9
	Gelirim giderime eşit	29	7,41±4,6	33	13,48±8,6
	Gelirim giderimden fazla	35	5,17±4,9	17	6,52±8,3
F		1,754		5,688	
p		0,181		0,005	

Yaş ortalaması açısından incelendiğinde çalışma (p=0,229) ve karşılaştırma (p=0,596) grubunda yer alan kadınlarda, 27 yaş ve üzerinde yer alanların, 27 yaştan daha az yer alan kadınlara göre daha yüksek ortalamaya sahip oldukları, buna karşın aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Eğitim durumu açısından incelendiğinde çalışma (p=0,744) ve karşılaştırma (p=0,095) grubunda yer alan kadınlarda, lise mezunu olanların, üniversite ve üzerinde mezun olan kadınlara göre daha yüksek ortalamaya sahip oldukları, buna karşın aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Şu anki çalışma durumu açısından çalışma grubunda yer alan kadınlardan hayır yanıtı verenlerin (6,76±4,8), evet yanıtı verenlere (3,09±3,7) göre daha yüksek bir

ortalamaya sahip oldukları ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir (**p=0,020, p<0,05**). Karşılaştırma grubunda yer alan katılımcılarda ise şu anda çalışmayanların, iş hayatına devam eden kadınlara göre daha yüksek ortalamaya sahip oldukları, buna karşın aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı saptanmıştır (p=0,163, p>0,05).

Gelir durumu açısından çalışma grubunda yer alan kadınların geliri giderinden az ve geliri giderinden fazla olanların, geliri giderine eşit olan kadınlara göre daha düşük ortalamaya sahip oldukları, buna karşın aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı saptanmıştır (p=0,181, p>0,05). Karşılaştırma grubunda yer alanlar değerlendirildiğinde ise, geliri giderinden az olan kadınların, geliri giderinden fazla ve geliri giderine eşit olan kadınlara göre daha yüksek bir ortalamaya sahip oldukları ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir (**p=0,005, p<0,05**).

Tablo 4. Çalışma ve Karşılaştırma Grubu Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre ve EDSDÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=134)

Değişkenler		Çalışma Grubu		Karşılaştırma Grubu	
		N=67	Ort±ss	N=67	Ort±ss
Gebeliğin planlanma durumu	Hayır	12	7,16±4,3	28	17,64±9,7
	Evet	55	5,94±4,9	39	8,76±7,5
t		0,789		4,204	
p		0,433		0,000	
Başka çocuk durumu	Primipar	50	6,20±4,8	34	10,17±8,4
	Multipar	17	6,05±4,9	33	14,84±10,0
t		0,103		-2,053	
p		0,918		0,044	
Sigara kullanma durumu	Hayır	53	5,73±4,8	54	12,03±9,2
	Evet	14	7,78±4,8	13	14,30±11,0
t		-1,419		-0,768	
p		0,161		0,445	
Son doğum şekli	Vajinal doğum	38	5,57±4,6	34	9,17±8,3
	Sezaryen doğum	29	6,93±5,1	33	15,87±9,5
t		-1,134		-3,052	
p		0,261		0,003	
Doğum sonu destekçi durumu	Hayır	16	8,31±5,5	35	14,17±9,7
	Evet	51	5,49±4,4	32	10,62±9,0
t		2,084		1,536	
p		0,041		0,129	
Bebeğin beslenme şekli	Sadece anne sütü	43	6,51±5,3	37	7,56±86,0
	Anne sütü+mama	23	5,34±3,6	22	16,50±9,7
	Sadece mama	1	10,0±0,0	8	24,12±7,1
F		0,745		20,348	
p		0,479		0,000	

Gebeliğin planlanma durumu açısından çalışma grubunda yer alan kadınların evet yanıtını verenlerin, hayır yanıtını veren kadınlara göre daha düşük ortalamaya sahip oldukları, buna karşın aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı saptanmıştır ($p=0,433$, $p>0,05$). Karşılaştırma grubunda yer alanlar değerlendirildiğinde ise, evet yanıtını veren kadınların, hayır yanıtını veren kadınlara göre daha düşük bir ortalamaya sahip oldukları ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir ($p=0,000$, $p<0,05$).

Başka çocuğa sahip olma durumu açısından çalışma grubunda yer alan kadınlardan evet yanıtını verenlerin, hayır yanıtını verenlere göre daha düşük ortalamaya sahip oldukları, buna karşın aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı saptanmıştır ($p=0,918$, $p>0,05$). Karşılaştırma grubunda yer alanlar değerlendirildiğinde ise, başka çocuğu olmayan kadınların, başka çocuğa sahip olan kadınlara göre daha düşük bir ortalamaya sahip oldukları ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir ($p=0,044$, $p<0,05$).

Sigara kullanma durumu açısından incelendiğinde çalışma ($p=0,161$) ve karşılaştırma ($p=0,445$) grubunda yer alan kadınlarda, sigara kullananların, sigara kullanmayan kadınlara göre daha yüksek ortalamaya sahip oldukları, buna karşın aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Son doğum şekli durumu açısından çalışma grubunda yer alan kadınlardan sezaryen doğum yapanların, vajinal doğum yapanlara göre daha yüksek ortalamaya sahip oldukları, buna karşın aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı saptanmıştır ($p=0,216$, $p>0,05$). Karşılaştırma grubunda yer alanlar değerlendirildiğinde ise, sezaryen doğumu yapan kadınların, vajinal doğum yapan kadınlara göre daha yüksek bir ortalamaya sahip oldukları ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir ($p=0,003$, $p<0,05$).

Doğum sonu destekçi durumu açısından çalışma grubunda yer alan kadınlardan hayır yanıtı verenlerin ($8,31+5,5$), evet yanıtı verenlere ($5,49+4,4$) göre daha yüksek bir ortalamaya sahip oldukları ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir ($p=0,041$, $p<0,05$). Karşılaştırma grubunda yer alan katılımcılarda ise doğum sonu destekçi durumuna evet yanıtını verenlerin, hayır yanıtı veren kadınlara göre daha düşük aritmetik ortalamaya sahip oldukları, buna karşın aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı saptanmıştır ($p=0,129$, $p>0,05$).

Bebeklerin beslenme şekli açısından çalışma grubunda yer alan kadınlardan sadece mama ile beslenenlerin, anne sütü+mama ile sadece anne sütü ile beslenenlere göre daha yüksek ortalamaya sahip oldukları, buna karşın aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı saptanmıştır ($p=0,479$, $p>0,05$). Karşılaştırma grubunda yer alanlar değerlendirildiğinde ise, sadece mama ile besleyen kadınların, sadece anne sütü ile anne sütü+mama ile besleyen kadınlara göre daha yüksek bir ortalamaya sahip

oldukları ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir ($p=0,000$, $p<0,05$).



5.TARTIŞMA

DHS’nda alınan eğitimin PPD gelişme durumuna etkisine ait sonuçlar tartışılmıştır. Araştırma DHS’nda 6 hafta eğitim alan (çalışma grubu) 67 ve eğitim almayan (kontrol grubu) 67 toplamında 134 kadına uygulanmıştır.

5.1. Çalışma ve Karşılaştırma Grubu Kadınların Sosyodemografik ve Obstetrik Özelliklere Göre Dağılımının Tartışılması

5.2. Çalışma ve Karşılaştırma Grubu Kadınların EDSDÖ Puan Ortalamaları Dağılımı Tartışılması

5.3. Çalışma ve Karşılaştırma Grubu Kadınların Sosyodemografik ve Obstetrik Özelliklerine Göre EDSDÖ Puan Ortalamalarının Dağılımının Tartışılması

5.1. Çalışma ve Karşılaştırma Grubu Kadınların Sosyodemografik ve Obstetrik Özelliklere Göre Dağılımının Tartışılması

Doğuma hazırlık sınıflarının kurulmasının ilk yıllarda ki amaç anne sütüne ve normal doğuma teşvik etmek olsada artık günümüz ebeveynlerin gebelik, doğum ve postpartum döneme bilinçli hazırlamak, bebeğin sağlıklı gelişimi konusunda bilgilendirmek, doğuma aktif katılımını sağlamak, sağlıklı yaşam davranışlarını kazandırmak amacı doğrultusunda sürdürülmektedir.

2014’de Sağlık Bakanlığı’nın yayınladığı genelgede kadının gebelik döneminde bilgilendirilmesinin bir anne hakkı olduğu ve doğuma hazırlık sınıflarının halk sağlığına ve kamu hastaneler birliğine bağlı kurumlarda en kısa sürede açılması ve eğitime başlanması gerektiği belirtilmektedir. Genelge sonrası gelişen teknoloji ve kadınların bilinçlenmesi ile birlikte doğuma hazırlık sınıfları yaygınlaşmakta ve katılım artmaktadır (Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 yılı ve Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2018 yılı verilerine göre, kadınların en yüksek, yaşa özel doğurganlık hızı 25-29 yaşları arasındadır (TNSA 2013, TÜİK 2018). Araştırmamızda çalışma grubunun yaş grubu ortalaması $26,6 \pm 3,57$ iken kontrol grubunun $25,1 \pm 4,09$ olduğu belirlenmiştir (Tablo1). Çalışmamıza benzer olarak Şeker’in araştırmasında çalışma grubu (n=30) yaş ortalaması $27,47 \pm 3,62$, kontrol grubu (n=30) yaş ortalaması ise $26,85 \pm 3,30$ ’dur (Şeker 2006). Aydın’da yapılan “*Doğuma Hazırlık Eğitimi Alan Ve Almayan Gebelerin Doğumdan Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi*” adlı araştırmada ise çalışma grubu (n=50) yaş ortalaması $28,0 \pm 3,7$ iken kontrol grubu (n=60) yaş ortalaması $27,6 \pm 3,4$ ’tür (Akın ve Turfan 2016). Serçekuş’un araştırmasında ise çalışma grubu yaş ortalaması $27,6 \pm 4,4$ iken kontrol grubunun ki $26,5 \pm 4,3$ olarak bulunmuştur (Serçekuş 2010). Başka bir çalışmada da çalışma grubu (n=21) yaş ortalaması $25,85 \pm 3,63$ iken kontrol grubu (n=22) yaş ortalaması $25,5 \pm 4,19$ yıl olarak belirtilmektedir (Aktan 2015). DHS’nda verilen eğitimin anne ve babanın anksiyete, depresyon üzerine etkisini araştıran çalışmada çalışma grubu (n=50) yaş ortalaması $27,16 \pm 3,07$, kontrol grubu (n=101) ise $26,22 \pm 5,53$ olarak bulunmuştur (Şayık ve ark.2019). Declercq ve arkadaşlarının Amerika’da yaptığı derlemede, doğuma hazırlık eğitimi alan kadınların 18-45 yaş aralığında olduğu bildirilmiştir (Declercq 2007).

Doğuma hazırlık sınıflarında verilen eğitimin sonuçlarını araştıran çalışmada bizim çalışma grubumuza benzer şekilde doğuma hazırlık eğitimi alan kadınların 22-37 yaş aralığında olup yaş ortalamasının ise 26.3 olduğu belirtilmiştir (Koehn 2008). PPD'la ilgili doğum öncesi eğitim sınıflarının etkinliği araştıran Japonya'da yapılan çalışmada eğitim alan kadınların yaş ortalaması 25.0±1.8'dir (Okana et al. 1998). Çalışmamız bulgularından farklı olarak “*Doğum Öncesi Eğitimlerin Anne-Bebek Bağlanmasına Etkisi*” adlı araştırmada ise çalışma grubunun (n=45) yaş ortalaması 25.55±4.83 iken kontrol grubunun (n=45) yaş ortalaması 26.31±4.91'dir. Çalışmanın yaş ortalamalarının kontrol grubunda çalışma grubundan daha yüksek olmasının nedeni ise İzmir'in eğitim seviyesi düşük ve en fazla göç alan bölgesinde olmasından kaynaklandığı söylenmektedir (Atalay 2014) Çalışmamızı destekleyen araştırmalar olduğu gibi farklılıklar gösteren çalışmalarda mevcuttur. Bunun nedeni olarak çalışmaların farklı ve ülkelerde ve bölgelerde yapılması, eğitim durumu yüksek kadınların çocuk sahibi olma ve eğitime katılm sağlama yaş ortalamalarında yükseldiği söylenebilir.

Ülkemizde 25 yaş ve üzeri kadınların %14,2'si üniversite mezunudur (TÜİK 2018). Çalışmamızda öğrenim durumu açısından çalışma grubunun % 65,7'sinin üniversite ve üzeri mezuniyete sahip oldukları, kontrol grubunun ise % 76,1'inin lise mezunu oldukları tespit edilmiştir. DHS'a katılanların eğitim düzeyinin daha yüksek olduğu çalışmamızda ortaya konmuştur. (Tablo1). Çalışmamıza benzer sonuçlar; Serçekuş'un “*Doğuma hazırlık sınıfı ve bireysel eğitimin gebelik ve postpartum uyuma etkisinin incelenmesi*” adlı araştırmada çalışma grubunun %57.5'i üniversite iken kontrol grubunun %32.5'i lise mezunudur (Serçekuş 2010). Lu ve arkadaşlarının çalışmasında ise doğuma hazırlık eğitimi alan kadınların %81'i üniversite mezunudur (Lu et al.2003). Yapılan başka bir çalışmada ise üniversite ve üzeri eğitim alan kadınların doğuma hazırlık eğitimine daha çok katıldığı gösterilmiştir (Fabian et al. 2004). Aktan'ın araştırmasında ise çalışma grubun %42.9'u üniversite, kontrol grubun ise % 40.9' lise mezunudur (Aktan 2015). Çalışmamız ile paralellik göstermeyen çalışmalar; KKTC'de doğuma hazırlık eğitiminin doğum korkusuna ve sonuçlarına etkisinin araştıran bir araştırmada ise çalışma grubun %83.3'ü üniversite ve üzeri eğitime sahipken, kontrol grubun %75.9'u ünivesite ve üzeri eğitime sahip olduğu saptanmıştır (Sarpkaya Güder 2018). Şayık ve ark. yaptığı “*Gebe Eğitiminin Anne ve Babanın Anksiyete, Depresyon Düzeylerine Etkisi*” adlı araştırmada ise çalışma grubunun %28.0'ı üniversite, kontrol grubunun ise %49.5'i lise mezunu olup, eğitime katılan kadınların eğitim durumları

daha düşük olduğu görülmüştür (Şayık ve ark.2019). Şeker'in doktora tez araştırmasında ise çalışma grubunun %76.7'si, kontrol grubunun ise %69.6'sı üniversite mezunudur (Şeker 2006). Yapılan başka araştırmada da çalışma grubun %20'si üniversite, kontrol grubun ise %25,8'i lise mezunudur (D.Merih ve ark. 2017). Çalışmamız ile paralellik göstermeyen başka bir araştırmada çalışma grubunun %12'si üniversite, kontrol grubunda ise %20'si lise mezunudur (Akın ve Turfan 2016). Atalay'ın 2014'de yaptığı araştırmada ise çalışma grubunun %15.5'i üniversite olup, kontrol grubunda %11.0'ı lise mezunu olduğu belirtilmektedir. Çalışmamızın bulguları ile literatür benzerlik gösteren ve göstermeyen çalışmalarda mevcuttur. Kadınların eğitim düzeyi arttıkça eğitim alma ihtiyacı farkındalığıda artıp böylelikle gebelik, doğum ve postpartum dönemin sağlıklı geçirmek için DHS'na daha fazla katıldıkları söylenebilir.

Türkiye ortalamalarına bakıldığında kadınların iş gücüne katılma oranı %32.5'dir (TÜİK 2018). Araştırmamızda şuan ki çalışma durumu açısından çalışma grubun % 83,6 ve kontrol grubun %94,0'nın çalışmadıkları saptanmıştır (Tablo1). Çalışmamıza benzer Atalay'ın çalışmasında da çalışma grubun %75.6'sı, kontrol grubun ise %91.1'i çalışmamaktadır (Atalay 2014). Çalışmamız ile aynı DHS'nda yapılan araştırmada çalışma grubunun %62'si kontrol grubun ise %75.8'i çalışmamaktadır (Doğan Merih ve ark. 2017). Serçekuş'un doktora çalışmasında postpartum 6. haftada DHS'nda eğitim alan ve eğitim almayan grubu evde ziyaret ettiği araştırmasında çalışma grubunun %50'si kontrol grubunun ise %55'i çalışmamaktadır. Araştırmamızın aksine DHS'nda eğitim almış ve eğitim almamış kadınlarda yapılan başka bir çalışmada ise postpartum 4-6. haftalar arasında görüşme yapılmış çalışma grubun %80'i çalışırken kontrol grubun %60.6'sı çalışmakta olduğu tespit edilmiştir (Şeker 2006). Çalışmamızın bulguları literatür ile benzerlik gösterebilir aksini belirten çalışmalarda rastlanmaktadır. Postpartum 4-8 hafta içinde olmak kadınların fiziksel ve psikolojik olarak toparlanamamama ve çalışmama oranlarının daha fazla olmasına neden olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda gelir durumu açısından çalışma grubun %52,2'sinin geliri giderinden daha fazla olduğu gözlenirken, kontrol grubunda ise % 49,32'ünün gelirlerinin giderlerine eşit oldukları belirlenmiştir (Tablo1). Atalay'ın araştırmasında çalışma grubun %22.2'si, kontrol grubun ise %57.8 geliri giderinden fazla olduğu

belirtilmiştir (Atalay 2014). 2019’de yapılan başka bir çalışmada ise DHS’da 7 haftalık eğitim almış kadınları %42’sinin gelirleri giderlerinden fazla, kontrol grubun ise %36.6 oranla gelirleri giderlerinden fazla olduğu saptanmıştır (Şayık ve ark. 2019). Şeker’in İzmir’de yaptığı çalışmada ise çalışma grubu %16.7 oranla geliri giderinden fazla, kontrol grubunun ise %74.6 oranla geliri giderine denktir (Şeker 2006). Sarpkaya Güder’in 2018’de yaptığı çalışmada ise DHS’nda eğitim alan grubun geliri giderinden %11.1 oranla fazla, kontrol grubun ise %51.3 oranlar geliri giderine eşittir. Literatürde eğitim alan grubun gelir düzeyinin eğitim almayan gruba göre daha yüksektir ve çalışmamız ile benzerlik göstermektedir. çalışmamızda eğitim almayan grubun sosyo-ekonomik durumunun düşük olması

Araştırmamızda gebeliğin planlanma durumu incelendiğinde; çalışma grubun % 82,1 kontrol grubunda yer alan kadınlara % 58,2’ye göre daha fazla oldukları saptanmıştır (Tablo1). Çalışmamıza benzer olarak Şayık ve akadaşlarının 2019’de yaptığı bir araştırmada DHS’nda eğitim alan grubun %96’sı, kontrol grubun ise %57.4’ü gebeliklerini planlamışlardır. Çalışmamızın tam tersine “*Doğuma Hazırlık Eğitimi Alan Ve Almayan Gebelerin Doğumdan Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi*” adlı araştırmada çalışma grubu %96’sı, kontrol grubunun ise %96,7’sinin gebelikleri planlı olup, kontrol grubunun gebeliği planlama oranları daha fazladır (Akin ve Turfan 2016). Başka bir çalışmada ise çalışma grubunun %90’ı kontrol grubun ise %87.1’inin gebeliği planlıdır (Doğan Merih ve ark. 2017). DHS’nda eğitim alan ve eğitim almayan kadınlar üzerinde yapılan başka bir araştırmada ise çalışma grubunun %78’i, kontrol grubunun ise %70’i planlı olarak gebe olduklarını belirtmişlerdir (Güldür 2016). 2014’de yapılan başka bir araştırmada ise çalışma grubun %93.3’ü, kontrol grubun ise % 60’ı planlı olarak gebe kalmışlardır (Atalay 2014). Çalışmamız ile literatürün benzerlik gösteren çalışmalar olsada genel olarak eğitim alan ve almayan gruplarda gebeliği planlama oranları yüksek bulunduğu, bununda iki grupta kadınların öğrenim durumlarının lise ve üzeri eğitimlere sahip olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

TNSA 2013 verilerine göre Toplam Doğurganlık Hızı (TDH) 2,26’dır. Başka çocuğun varlığı açısından incelendiğinde çalışma grubun %74,6’sı kontrol grubun ise %50,7’sinin ilk gebeliğidir (Tablo1). Çalışma grubun kontrol gruba göre primipar annelerin daha fazla olduğu gözlenmiştir. Çalışmamız bulguları ile paralellik gösteren doğum öncesi verilen eğitimin anne bebek bağlanmasına etkisini araştıran bir

araştırmada ise çalışma grubun %48.9'u, kontrol grubun ise %22.2'si primipar annelerden oluşmaktadır (Atalay 2014). 2018'de yapılan 7 haftalık doğuma hazırlık eğitimi alan başka bir araştırmada ise çalışma grubunun %86'sı, kontrol grubunun %63.4'ü primipar kadınlardan oluşmaktadır (Şayık ve ark. 2019). Güldür'ün DHS'nda ki 5 haftalık eğitime katılan kadınların %86'sı, kontrol grubunun %44'ünün ilk gebeliğidir (Güldür 2016). Başka bir çalışmada ise çalışma grubunun %42'si, kontrol grubun ise %33.9'u primipar annelerden oluşmaktadır (Doğan Merih ve ark. 2017). Çalışmamızın aksine başka bir araştırmada ise çalışma grubunun %68'i, kontrol grubunun ise %75'inin ilk gebeliğidir (Akın ve Turfan 2016). TNSA 2013 verilerine göre; Türkiye'de kadınların eğitim seviyeleri arttıkça evlilik ve ilk gebelik yaşları da yükselmektedir. Çalışmamızın bulguları ile literatür benzerlik göstermekte olup eğitim alan grubun yaş ortalaması, eğitim seviyesi, çalışma durumunun kontrol grubuna göre yüksek oranda olması kadınların primipar olmalarına neden olduğu ve eğitime katılma durumunu olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Yapılan çalışmalar sonucu doğuma hazırlık sınıflarında verilen eğitimlerinin vajinal doğum oranının artmasında önemli faktör olduğu beirtilmektedir (Mete ve ark. 2017, Serçekuş ve Başkale 2016, Spong et al. 2012). Çalışmamızda kadınların son doğum şekli incelendiğinde çalışma grubun vajinal doğum oranı %56,7 iken kontrol grubun ise %50,7'dir. Her iki grup açısından da vajinal doğum daha yatkın oldukları gözlenmesine rağmen eğitim alan grubun eğitim almayan gruba göre daha yüksek oranda vajinal doğum yaptığı gözlenmektedir (Tablo1). Çalışmamıza benzer çalışmalarda; “*Klinik pilates egzersizleri ve doğuma hazırlık eğitiminin sadece doğum eğitimine göre doğum sonuçları üzerine etkisini*” inceleyen araştırmada ise 4 hafta süren doğuma hazırlık eğitimi alan kadınların (n=21) %61.9'u kontrol grubunun (n=22) ise %54.5'i vajinal doğum gerçekleştirmiştir (Aktan 2015). Güldür'ün yaptığı 5 haftalık DHS'nda eğitim alan kadınların (n=50) %52.0'ı, kontrol grubunun (n=50) %26.0'ı vajinal doğum gerçekleştirmiştir (Güldür 2016). Eskişehirde 7 hafta 2,5 saat süren DHS'na katılan kadınların (n=50 çift) %76'sı, kontrol grubunun (n=101çift) %33.7'si vajinal doğum yapmıştır (Şayık ve ark. 2019). Başka bir diğer gebe eğitim (egzersiz+doğum eğitimi) araştırmasında çalışma grubunun vajinal doğum oranı % 87, kontrol grubun ise % 61 olarak bulunmuştur (Bradley 2012). Başka bir araştırma da ise 8 haftalık doğuma hazırlık eğitimi alan kadının (n=54) %68.5'i, kontrol grubunun (n=54) ise %87'si sezeryan doğum gerçekleştirmiştir (Sarpkaya Güder 2018).

Çalışmamızı desteklemeyen Atalay'ın aratırmasında ise çalışma grubunun (n=45) % 42.2'si kontrol grubunun (n=50) %60'ı vajinal doğum yapmıştır (Atalay 2014). Başka bir çalışmada araştırmamızın aksine doğuma hazırlık eğitimine katılan kadınlarda sezaryen oranı katılmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Lumley 1993). Çalışmamızın bulgularını desteklemeyen aratırmalar yer alsada, destekleyen çalışmalarda kadınların doğum süresince otonomisi ve karar vermesinin önemli rol oynadığı hazırlık eğitimlerinde kendilerini ifade etmelerine olanak sağlanması, doğum planlarının yapılması, doğum şekillerinin anlatılması, olumlu ve olumsuz yönlerinin tartışılmasının doğum şekli verilerine yansıdığı söylenebilir.

Doğum sonu bebek bakımından destekçi durumu incelendiğinde çalışma grubunun (%76,1) oranının, kontrol grubu (% 52,2) oranlarından daha yüksek olduğu anlaşılmıştır (Tablo1). Çalışmamıza benzer olarak DHS'nda eğitim alan kadınlar üzerinde yapılan bir araştırmada ise gebelik döneminde emosyonel destek alma durumu incelenmiş ve çalışma grubun %76'sı kontrol grubun ise %69.3'ü destek aldığını belirtmiştir (Şayık ve ark. 2019). Başka bir araştırmada çalışma grubun doğum sürecinde destek alma oranı %90.2 iken kontrol grubun %48.6'dır (Sarpkaya Güder 2018). Araştırmamıza paralellik göstermeyen DHS'nda eğitim alan kadınların emzirme bakımından destek alma durumunu inceleyen araştırmada çalışma grubunun %72'si kontrol grubunun ise %78'i destek almışlardır (Güldür 2016). Literatürde çalışmamızı destekleyen ve desteklemeyen bulgular yer almaktadır. Çalışmamızda kadınların ilk gebeliğininin olması ve tecrübesizliğinden dolayı yanında destekçi bulundurma yüzdesinin daha fazla olduğu söylenebilir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu (UNICEF), Amerikan Pediatri Akademisi (AAP), Amerikan Aile Hekimliği Akademisi (AAFP), Amerikan Obstetri Ve Jinekoloji Cemiyeti (ACOG), Tıp Emzirme Akademisi (ABM) bebeklerin doğumdan itibaren ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenmelerini katı, lapa ve ek gıdalara ancak altıncı aydan sonra başlanması gerektiğini önermektedir (Stuebe et al. 2005, Kramer and Kakuma 2012, Council 2003, WHO 2002, Gartner et al. 2005). TNSA 2013 verilerine göre sadece anne sütü ile beslenme %30 oranında'dır. Bebeğin beslenme şekli incelendiğinde çalışma (% 64,2) ve kontrol grubunun (%55,2) sadece anne sütünün daha yüksek bir orana sahipken sadece mama ile beslenme şeklinin ise kontrol grubunda (%11,9), çalışma grubuna (%1,5) göre daha yüksek olduğu

saptanmıştır (Tablo1). Araştırmamıza paralellik gösteren doğum hazırlık sınıfında eğitim alan ve almayan kadınların postpartum 1., 2. ve 3. ay bebek beslenme şekillerini ele alan bir araştırmada çalışma grubun sadece anne sütü kullanımı ay sırasına göre (%78, %98, %98) iken kontrol grubun ise (%34, %26, %18) oranındadır. Aynı çalışmada bebeğin beslenme şeklinin anne sütü+mama kullanımı çalışma grubunda sırasıyla (%22, %2, %2) iken kontrol grubunda (%64, %62, %62) olduğu saptanmıştır (Güldür 2016). Çalışmamızı destekleyen Atalay'ın araştırmasında, bebek beslenmesinde sadece anne sütü alma oranı çalışma grubunda (n=45) %66.7 iken kontrol grubunda (n=45) %26.7'dir. Aynı çalışmada bebek beslenmesinde anne sütü+mama kullanımının ise çalışma grubunda %33.3, kontrol grubunda ise %73.3'tür (Atalay 2014). Çalışmamızın bulguları literatür ile benzerlik göstermektedir. Eğitim alan kadınlarda, eğitimin etkinliği, kadının sosyo-ekonomik ve eğitim düzeylerinin yüksekliği anne sütü ile beslenmenin yüksek oranda tercih edilmesine neden olduğu söylenebilir.

Çalışma grubuna DHS verilen eğitiminden memnuniyet vurgusu incelendiğinde % 97,0'sinin memnun olduğu saptanmıştır (Tablo1). Çalışmamıza benzer "*Anne Bebek Okulunun Postpartum Uyum Süreci ve Anne Memnuniyeti Üzerine Etkisi*"ni araştıran Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılmış bir çalışmada doğuma hazırlık eğitimi alan grubunun (n=50) %94'ü bu eğitimden çok memnun olduğunu belirtmiştir (DMerih ve ark. 2017). Başka bir 5 haftalık doğuma hazırlık eğitimi alan kadınların (n=50) % 68'i bu eğitimden çok memnun %32'sinin memnundur (Altıparmak ve Coşkun 2016). Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gebe Eğitim Okulu'nda yapılan "*Doğuma Hazırlık Eğitimi Alan Gebelerin Doğum Şekli, İlk Emzirme Zamanı ve Ten Tene Temas Tercihleri*" adlı çalışmada 6 hafta süren eğitim almış kadınların (n=180) %93.3'ünün bu eğitimden memnun kaldıklarını ifade etmişlerdir (Yılmaz Esencan ve ark. 2018). Başka bir çalışmada DHS'nda verilen eğitimden kadınların (n=40) %100'ü memnun kalmıştır (Gönenç ve Çalbayram 2017). Yapılan diğer araştırmalarda ise doğum öncesi verilen eğitimlerden kadınların büyük çoğunluğunun memnun oldukları bildirilmiştir (Gagnon and Sandall 2007, Paudel ve ark. 2015). Çalışmamızın bulguları ile literatür benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızda çalışma grubunun % 17,9'unun annelik hüznü, % 22,4'ünün doğum sonu psikozu, % 9,0'unun doğum sonu depresyonu konusunda bilgi sahibi

olduğu gözlenirken, % 77,6'sının ise herhangi bir bilgi almadığı anlaşılmıştır. Kontrol grubunun ise % 97,0'si doğum sonu psikolojik değişimlerden konusunda bilgi sahibi olmadıklarını ifade etmişlerdir. Yaptığımız literatür incelemesinde ise çalışmamıza benzer çalışmaya ve değişkene rastlanmamıştır.

5.2. Çalışma ve Karşılaştırma Grubu Kadınların EDSDÖ Puan Ortalamaları Dağılımı Tartışılması

Tablo 2'e göre çalışma kapsamındaki kontrol grubunun aritmetik ortalamalarının (12,47+9,5), çalışma grubunun aritmetik ortalamalarından (6,16+4,8) daha yüksek olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu saptanmıştır ($p<0,000$). Elde edilen bu sonuca göre kadınlara DHS verilen eğitimlerin EDSDÖ puan ortalamalarının düşük olmasını sağladığı anlaşılmıştır.

Ülkemizde çalışmamızın sonucunu destekleyen bir araştırmada, postpartum dönemde görülen ruhsal değişimler, annelik hüznü, postpartum psikoz, PPD, belirtileri, ne sıklıkta görüldüğü, risk faktörleri, tedavisi ve gelişimini önleme ve başa çıkmak için neler yapılabileceğini içeren bir eğitim kitapçığı hazırlanmıştır. Çalışma grubu (n=52) ve kontrol grubu (n=51) olarak ayrılan çalışmada eğitim materyali yüz yüze görüşme ile 2-6. haftalar ve 12-16. haftalar arasında tamamlanmış ve ardından EDSDÖ uygulanmıştır. Sonuç olarak eğitim sonrası çalışma grubunda ki kadınların kontrol grubunda ki kadınlara göre EDSDÖ ortalama puanlarının düşük olduğu belirtilmiştir. Çalışma ve kontrol grubunda ki eğitim sonrası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Top 2012).

Okano ve arkadaşlarının çalışmasında ise doğum öncesi eğitim grubuna katılan çalışma (n=18) ve kontrol grubundan (n=22) oluşan 40 kadının 6. ve 12. haftalarda EDSDÖ uygulanmış, eğitim alan grubun eğitim almayan gruba göre EDSDÖ ortalama puanların daha düşük olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Okano et al. 1998). Avusturalya'da primipar kadınlar (n=245) üzerinde yapılan çalışmada doğum öncesi eğitim alan kadınların PPD gelişme durumunun daha düşük olduğu bildirilmiştir (Lumley and Brown 1993). 2017'de yapılan bir araştırmada ise 24-28 haftalık gebe (n=126) ve eşi DHS'na katılmış ve postpartum 6.ve 8. Haftaları EDSDÖ uygulanmış, alınan eğitimin PPD ve kaygı üzerinde olumlu etkilerinin olduğu saptanmıştır

(Charandabi et al. 2017). Çin’de PPD’un risklerini inceleyen çalışmada ise, kadınların gebelik süresince uygun müdahale önlemleri alınıp ve sağlık eğitimi verilmesinin PPD’nu önlemede etkili bir yol olduğunu vurgulamıştır (Liu et al. 2017). İran’da yapılan bir çalışmada ise kadınlar (n=230) rastgele çalışma ve kontrol grubu olarak ayrılmış, çalışma grubuna doğum öncesi eğitim verilmiştir. Eğitim hemen sonrası ve 1 ay sonra EDSDÖ uygulanmış, eğitimin kadınlarda PPD oluşmasının önlenmesinde ve psikolojik sağlığın iyileştirilmesinde etkin rol oynadığı belirtmiştir (Mashki et al. 2014). Başka bir çalışmada 30-35 haftalık gebe (n=85) ile yapılan araştırmada, kadınlar rastgele 3 gruba ayrılmıştır. 1.gruba (n=25) 4 seans bilişsel- davranışsal danışmanlık, 2.gruba (n=25) 3 seans çözüm odaklı danışmanlık, 3. kontrol grubuna (n=35) rutin sağlık hizmeti verilmiştir. Bütün gruplara EDSDÖ uygulanmış ve sonucunda 1. ve 2. grubun kontrol grubuna göre PPD’u önemli ölçüde azalttığı ancak 1. Ve 2. Gruplar arasında fark bulunamamıştır (Ramezani et al. 2017). Yapılan başka bir araştırma kadınlar (n=984) çalışma ve kontrol grubuna ayrılmış, 2. ve 3. trimestırda ve postpartum 6. ve 12. ayda grup eğitim verilmiş ve sonucunda verilen eğitimlerin PPD gelişme riskini azalttığı belirtilmiştir (Magriples et al. 2015). Çalışmamızın aksine Fenwick ve arkadaşlarının çalışmasında doğum öncesi eğitim grubuna katılan çalışma grubu (n=170) ve kontrol grubu (n=169) ile çalışılmış ve postpartum 6. haftada iki grup karşılaştırıldığında gruplar arası fark bulunamamıştır (Fenwick et al. 2015). Amerika’da yapılan bir çalışma da hastanede doğum yapan kadınlara (n=120) hastanede olduğu süre boyunca PPD’a yönelik eğitim verilmiş ve postpartum 6. Hafta, 3.ay ve 6.ayda kontrol grubu (n=120) ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel fark olmadığı saptanmıştır (McCarter-Spaulding and Shea 2013).

Kartal ve arkadaşlarının çalışmasında primipar kadından (n=85) oluşan çalışma grubu, kontrol grubu (97) ile karşılaştırılmış ve 28-32. haftalar arasında ki çalışma grubuna postpartum döneme hazırlık eğitimi verilmiş ve sonucunda çalışma grubun depresyon puanlarında istatistiksel olarak düşük olduğu, özellikle duygudurum değişikliği, suçluluk ve kaygı alt parametreleri bakımından ortalama puanlarının çok düşük olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Kartal et al. 2016). Çalışmamızda DHS’nda verilen eğitimin kadınların PPD gelişme durumlarını önlemek için etkin bir eğitim olduğu söylenebilir.

5.3. Çalışma ve Karşılaştırma Grubu Kadınların Sosyodemografik ve Obstetrik Özelliklerine Göre EDSDÖ Puan Ortalamalarının Dağılımının Tartışılması

Araştırmamızda yaş ortalaması açısından incelendiğinde çalışma ($p=0,229$) ve karşılaştırma ($p=0,596$) grubunda yer alan kadınlarda, 27 yaş ve üzerinde yer alanların, 27 yaştan daha az yer alan kadınlara göre daha yüksek ortalamaya sahip oldukları, buna karşın aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). (Tablo 3). Ülkemizde çalışmamıza benzer olarak yapılan araştırmalarda kadının yaş dağılımı ile EDSDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmayan çalışmalarda mevcuttur (Durukan ve ark. 2011, Orhon et al. 2008, İnandı ve ark. 2005, Yaman Efe ve ark. 2009, Yurdakul 2015). Hollanda’da yapılan çalışmada da yaş ile EDSDÖ puanları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Verkerk et al. 2004). Hong Kong’da yapılan çalışmada da kadının yaşı ile PPD gelişme durumu arasında ilişki bulunamamıştır (Leung et al 2005). Araştırmamızı destekleyen diğer çalışmalarda yaş ve EDSDÖ ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$) (Salgın ve ark. 2007, Efe ve ark. 2009, Ege ve ark. 2008). Dennis ve Dowswell’in derlemesine göre PPD risk faktörleri arasında genç anne yaşı yer almaktadır (Dennis and Dowswell 2013). Yapılan bazı çalışmalarda genç anne yaşının ppd riskini artırdığı (Quelopana et al. 2011, Kozinszky et al. 2011), azalttığını (Glavin et al. 2009) belirten çalışmalar olduğu gibi aralarında anlamlı ilişki olmadığını belirten çalışmada mevcuttur (Sayın 2016, Green et al. 2006). Ulusoy’un 20-47 yaş grubundaki kadınların katıldığı çalışmasında, 24 yaş ve altında olan kadınların diğer yaş gruplarına oranla daha fazla PPD belirtilerini gösterdikleri, ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Ulusoy 2010). 18-45 yaş grubu ile çalışılan bir araştırmada ise genç yaş grubundaki (18-25 yaş) kadınların PPD yönünden istatistiksel olarak risk altında oldukları saptanmıştır (Leung ve ark. 2005). Başka bir çalışmada 17-40 yaşındaki kadınlar ele alınmış ve 17-25 yaş grubunda PPD belirtileri daha yoğun olduğu belirtilmiş fakat anlamlı fark oluşmamıştır ($p=0,867$) (Özdemir ve ark. 2008). Çalışmamız ile literatür benzerlik göstermesinin nedeni olarak incelenen tüm çalışmaların 15-45 yaş arasındaki kadınlardan doğurganlık yaşı içerisinde olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Araştırmamızda eğitim durumu açısından incelendiğinde çalışma ($p=0,744$) ve karşılaştırma ($p=0,095$) grubunda yer alan kadınlarda, lise mezunu olanların, üniversite ve üzerinde mezun olan kadınlara göre daha yüksek ortalamaya sahip oldukları, buna

karşın aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). (Tablo 3). PPD gelişmesinde eğitim düzeyinin etkisini araştıran çalışmalarda farklı sonuçlar ortaya çıkmıştır. Araştırmamız bulguları ile paralellik gösteren diğer çalışmalarda kadınların eğitim durumları ile EDSDÖ ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir birliktelik olmadığı saptanmıştır (Aydemir 2007, Ayvaz ve ark. 2006, Demir ve ark. 2016, Arslantaş ve ark. 2009, Vural ve Akkuzu 1999, Top 2012, McLearn et al. 2006, Efe ve ark. 2009, Çeber ve ark. 2010, Xie et al. 2010, Viaux-Savelon et al. 2012, Orhon et al. 2008, Sünter ve ark. 2006, Kırkpınar ve ark. 2012, Goker ve ark. 2012, Özdemir ve ark. 2005, Verkerk et al. 2004, Yamashita ve ark. 2000, Dindar ve Erdoğan 2002, Ekuklu ve ark. 2002, Efe ve ark. 2007, Salgın ve ark. 2007, Ege ve ark. 2008, Özdemir ve ark. 2008, Uyar 2005). Leung ve arkadaşlarının Çinli kadınlar ($n=269$) üzerinde yaptığı çalışmada eğitim ile PPD gelişme durumu arasında ki ilişki anlamlı bulunmamıştır (Leung et al. 2005). Çalışmamızı desteklemeyen Chung ve arkadaşlarının Pensilvanya'da yaptıkları çalışmada ($n=774$) PPD risk faktörleri arasında eğitim seviyesinin düşük olması yer almaktadır (Chung et al. 2004). Bir kohort çalışmasında ($n=570$), PPD yaşayan kadınların eğitim düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır (Righetti-Veltema et al. 1998). Ülkemizin doğusunda beş şehirde yapılan araştırmada ($n=2514$) düşük eğitim seviyesi PPD risk faktörü olarak belirtilmiş ve üniversite mezunlarına göre PPD gelişme olasılığının 2 kat fazla olduğu belirtilmiştir. (İnandı et al. 2002). Çalışmamıza paralellik göstermeyen bir başka çalışmalarda PPD riski ile düşük eğitim düzeyini arasında ki istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Durukan 2007, Aktaş 2008, Eren 2007, Tatar 2010). PPD risk faktörleri arasında düşük eğitim seviyesine yer veren çalışmalarda mevcuttur (Çeber ve ark. 2010, Durukan ve ark. 2011, Fisher ve ark. 2011). Çalışmamızda eğitim alan kadınların eğitim düzeyinin daha yüksek olması nedeniyle postpartum dönemde yaşayabilecekleri sorunları daha iyi ifade edebilmede etkin olacağı gebelik, doğum ve postpartum döneme yönelik hastalıklardan korunma, sağlığını geliştirme konusunda bilgiye ulaşma beceri ve tutumlarının daha fazla olduğu düşünülmektedir. Ancak farkın anlamlı çıkması için daha büyük örneklem ile çalışılması gerektiği söylenebilir.

Literatürde PPD'nun gelişme riskinin çalışan kadınlarda çalışmayanlara göre temel gereksinimlerini karşılama, yaşamsal zorluklar ile başedebilme, sosyo-ekonomik problemler ile daha az karşılaşma ve ev ortamı haricinde kendi iş çevresiyle iletişim

halinde olmaları nedeniyle daha az görüldüğü belirtilmiştir (Sabuncuoğlu ve Berkem 2006, Orhon et al. 2008, Kitiş ve Karaçam 2009, Fisher ve ark. 2011). Araştırmamızda şu anki çalışma durumu açısından çalışma grubunda yer alan kadınlardan hayır yanıtı verenlerin (6,76±4,8), evet yanıtı verenlere (3,09±3,7) göre daha yüksek bir ortalamaya sahip oldukları ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir (**p=0,020, p<0,05**). Karşılaştırma grubunda yer alan katılımcılarda ise şu anda çalışmayanların, iş hayatına devam eden kadınlara göre daha yüksek ortalamaya sahip oldukları, buna karşın aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı saptanmıştır (p=0,163, p>0,05) (Tablo 3). Kadınların çalışma durumları ile EDSDÖ ortalama puanları arasında herhangi bir ilişki olmadığını belirtmektedirler (Ekuklu ve ark. 2002, Atasoy ve ark. 2004, Dindar ve Erdoğan 2007, Salgın ve ark. 2007, Özdemir ve ark. 2008, Ulusoy 2010, Çeber ve ark. 2010, Akman ve ark. 2007, Durukan ve ark. 2011, Demir ve ark. 2016, Sayın 2016, Tatar 2010, Yurdakul 2015). Efe'nin çalışmasında ise PPD gelişme durumunun çalışan kadınların çalışmayan kadınlara göre daha fazla olasılıkta olduğu bildirilmiştir (Efe ve ark. 2009). Başka araştırmalarda ise çalışmayan kadınların EDSDÖ ortalama puanlarının anlamlı olarak yüksek olduğu bildirilmektedir (Aktaş 2008, Orhon et al. 2008, Akdeniz Erken 2016). Çinli kadınlar (n=861) üzerinde yapılan araştırmada kadının çalışmasının PPD oluşma riskini azalttığı belirtilmiştir (Hung 2004). Kadınların çalışmasıyla beraber ekonomik özgürlüklerinin ellerinde olması kadınları daha rahat ve güvende hissetmesini sağladığı söylenebilir. Ülkemizin bölgelerine göre kadının çalışma durumu ve EDSDÖ ortalama puanı arasındaki ilişki değişiklik göstermektedir. Atasoy'un Zongudak'ta yaptığı araştırmada kadının çalışması PPD gelişme durumunu artırırken, İnandı ve arkadaşlarının iç anadolu ve doğu bölgelerinde kadının çalışmaması ppd gelişme durumunu artırmaktadır. (Inandı ve ark. 2005, Atasoy et al. 2004). PPD risk faktörü arasında kadınların çalışma durumu gösterilmektedir (Aktaş 2008). Kadınların geçim sıkıntısı nedeniyle çalışma hayatına erken başlaması ppd için risk faktörü olarak gösterilmektedir (Atasoy et al. 2004, Righetti –Veltema et al. 1998). Ülkemizde her bölgeye göre değişiklik gösteren kültürel inanç ve geleneksel faktörler bu durumun ortaya çıkmasında neden sayılabilir. Kadının evde ki rolü ailesi, arkadaşları ve çocukları ile yakın ilişki halinde olmaları ve destek almaları önem taşımaktadır. Ancak çalışmayan kadının, kendi ve bebeğinin ihtiyaçlarını karşılayamaması, ekonomik yönden kendisini daha fazla sıkıntıda hissetmesi postpartum dönemde çökkünlük,

ümitsizlik yaşamasına ve depresif semptomların daha çok ortaya çıkmasına neden olduğuda söylenebilir.

Kadının gelirinin giderinden fazla olması; sosyal statü artışına, kendini güvende hissetmesine ve daha az gelecek kaygısı yaşanmasına neden olmaktadır. Bu açıdan kadının gelir gider durumu PPD gelişmesinde rol oynayan önemli bir faktördür (İnandı ve ark. 2005, Halbreich and Karkun 2006). Aratırmamızda gelir durumu açısından çalışma grubunda yer alan kadınların geliri giderinden az ve geliri giderinden fazla olanların, geliri giderine eşit olan kadınlara göre daha düşük ortalamaya sahip oldukları, buna karşın aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı saptanmıştır ($p=0,181$, $p>0,05$). Karşılaştırma grubunda yer alanlar değerlendirildiğinde ise, geliri giderinden az olan kadınların, geliri giderinden fazla ve geliri giderine eşit olan kadınlara göre daha yüksek bir ortalamaya sahip oldukları ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir (**$p=0,005$** , **$p<0,05$**) (Tablo 3). Geliri giderinden düşük olan kadınların EDSDÖ ortalama puanı daha yüksek olmasına rağmen gelir durumu ile PPD gelişme olasılığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (Yurdakul 2015). EDSDÖ ortalama puanları ile gelir gider durumu karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur (Akdeniz Erken 2016). Demir ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise gelir durumu ile PPD gelişme durumu arasında ilişki olmadığı belirtilmiştir (Demir ve ark. 2016). Yapılan başka araştırmalarda da gelir gider durumu ile PPD sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Josefsson et al. 2002, Séguin et al. 1999, Danacı ve ark. 2000, Arslantaş ve ark. 2009, Small et al. 2003, Eren 2007, Aydemir 2007). Gelir durumu gider durumundan az olan kadınların, gelir durumu giderine eşit ve daha fazla olan kadınların EDSDÖ ortalama puanlarının daha fazla olduğu, istatistiksel olarakda anlamlı olduğu bildirilmiştir (Aktaş 2008, Özdemir ve ark. 2008, Durukan ve ark. 2011, Fisher ve ark. 2011). Geliri giderinden az olan kadınlarda PPD görülme sıklığı 3,30-6,15 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (İnandı ve ark. 2002). Yapılan çalışmalarda da PPD risk faktörleri arasında düşük gelir seviyesi yer almaktadır (Reading and Reynolds 2001, Goodman 2004, Augusto et al. 1996, Erbay 2002, Watt et al. 2002, Danacı et al. 2002, Ekuklu 2004, Dündar 2002, İnandı et al. 2002). Başka bir çalışma düşük gelir seviyesinin ppd gelişme riskini 4 kat arttırdığını vurgulamıştır (Dindar ve Erdoğan 2007). Tatar'ın çalışmasında geliri giderine eşit olan kadınların büyük bir kısmının EDSDÖ ortalama puanı 13 ve üzeri olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tatar 2010).

Yapılan araştırmalarda geliri giderine eşit ve az olan kadınlarda PPD görülme sıklığının daha fazla olduğu belirtilmiştir (Yaman Efe ve ark. 2009, Ramchandani et al. 2009, Akman ve ark. 2007, Mariam and Srinivasan 2009). Geliri giderinden az olan kadınlarda ailesinin, kendisinin ve bebeğin ihtiyaçlarını karşılayamamanın yarattığı stres PPD açısından bir risk faktörü oluşturabilir.

Planlanmamış gebelik, kadınlarnn ekonomik ve psiko-sosyal yönden hazır olmamasına, daha fazla strese, hayal kırıklığına, karşıt duygular yaşamasına, kadının eğitimi, kariyeri veya diğer yaşam alanlarında beklenmedik aksamalara yol açabilmektedir. Bu nedenle kadının gebelik sürecinde veya postpartum dönemde daha az bakım hizmeti almasına daha fazla depresif semptomları yaşamasına neden olmakta ve PPD riskini arttırabilmektedir (Beck 2001, Lancaster ve ark. 2010, Limlomwongse and Liabsuetrakul 2006). Araştırmamızda gebeliğin planlanma durumu açısından çalışma grubunda yer alan kadınlarnn evet yanıtını verenlerin, hayır yanıtını veren kadınlara göre daha düşük ortalamaya sahip oldukları, buna karşın aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı saptanmıştır ($p=0,433$, $p>0,05$). Karşılaştırma grubunda yer alanlar değerlendirildiğinde ise, evet yanıtını veren kadınlarnn, hayır yanıtını veren kadınlara göre daha düşük bir ortalamaya sahip oldukları ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir ($p=0,000$, $p<0,05$) (Tablo 4). TNSA 2013 verilerine göre 25-29 yaş grubunda ki kadınlarnn %75.4' gebeliğini planlamıştır. Planlanmayan gebeliklerin %13  istenmemiş, %11'i ise daha sonra olmasını istemiştir. İstenmeyen gebeliklerin %2 si ise primipar annelerden oluşmaktadır. Edirne'de postpartum 6 haftalık kadınlarda (n= 178) zerinde yapılan çalışma da planlanmamış gebeliğin EDSDÖ ortalama puanlarının daha fazla olduğu, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Ekuklu et al 2004). Postpartum 6-8 haftalık 248 kadınlarda Aydın'da yapılan çalışmada da planlanmamış gebeliklerin EDSDÖ ortalama puanlarını anlamlı olarak arttırdığı saptanmıştır (Arslantaş ve ark.2009). Ülkemizde ve yurtdışında planlanmamış gebeliklerin PPD gelişmesinde önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (Efe ve ark. 2009, şahin ve Kılıçarslan 2010, Durukan ve ark. 2011, Fisher ve ark. 2011, Ege ve ark. 2008, Gaillard et al. 2014, Uyar 2005, Yurdakul 2015, İnanđı 2002, Battaloğlu et al. 2012, Christensen et al. 2011, Klainin and Arthur 2009, Bloch et al. 2003, Akdeniz Erken 2016, Türkkan ve ark. 2007, Goldbort 2006, Adewuya 2005). Başka araştırmada ise gebeliğin planlı olup olmamasının PPD ile ilişkisinin olmadığı belirtilmiştir (Ulusoy 2010, Demir ve

ark.2016, Ayvaz ve ark. 2006, Orhon et al. 2008, Sünter ve ark. 2006, Bloch et al. 2006). Çalışmamızda planlı gebelik oranının fazla olması postpartum dönemde bebeğine ve kendine bakım gereksinimlerini karşılamada kontrollere gitmede daha etkin olmasını, ppd gelişme riskinide azaltacağı söylenebilir.Çalışmamızda da kadınların büyük çoğunluğunun primipar olması planlı gebelik olmasında önemli olduğu söylenebilir.

Kadınların çocuk sayısına doğru orantılı olarak ihtiyaçlarında artması anksiyete nedeni olarak gösterilmektedir (Fisher 2005). Kadın artan ihtiyaç ve sorumlulukları yeterli karşılayamadığında kendini sürekli olarak suçlu hissettiğini belirtmiştir (Garel et al. 1997). Parite yüksekliği mutsuz duygurumuna neden olduğu da bildirilmiştir (Gürel and Gürel 2000). Araştırmamızda başka çocuğa sahip olma durumu açısından çalışma grubunda yer alan kadınlardan evet yanıtını verenlerin, hayır yanıtını verenlere göre daha düşük ortalamaya sahip oldukları, buna karşın aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı saptanmıştır ($p=0,918$, $p>0,05$). Karşılaştırma grubunda yer alanlar değerlendirildiğinde ise, başka çocuğu olmayan kadınların, başka çocuğa sahip olan kadınlara göre daha düşük bir ortalamaya sahip oldukları ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir ($p=0,044$, $p<0,05$)(Tablo 4). Ülkemizde ve yurtdışında çalışmamız bugularına paralellik gösteren araştırmalarda çocuk sayısı ile PPD gelime durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Sabuncuoğlu ve Berken 2006, Efe ve ark. 2009, Orhon et al. 2008, Çeber ve ark. 2002, Erbay 2002, Yurdakul 2015, Tatar 2010, Arslantaş ve ark. 2009, Ulusoy 2010, Salgın et al. 2007, Özdemir ve ark. 2008, Dearing et al. 2004). Başka bir çalışmada birden fazla çocuk sahibi olmak PPD gelişiminde risk faktörü olarak belirtilmiştir (Righetti–Veltema et al.1998). Başka çalışmalarda da birden fazla çocuğa sahip olan kadınların EDSÖ ortalama puanlarında daha yüksek olduğu, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Eren 2007, Gürel ve ark. 2000). Walker ve arkadaşlarının Amerika’da Afrikalı Amerikalı ve İspanyol kadın (n=283) üzerinde yaptığı çalışmada postpartum 6. haftada kadınların multipar olmasının PPD belirtilerinin ortaya çıkmasına neden gösterilmiştir (Walker et al. 2002). Yine Portekiz’de yapılan başka bir çalışmada birden fazla çocuğa sahip olan kadınların (n=352) EDSÖ ortalama puanlarının anlamlı olarak yüksek olduğu bildirilmiştir (Augusto et al. 1996). Forman’ın (n=5252) ve Segre’nin (n=4332) yaptıkları büyük çalışmalarda birden fazla çocuk ve yüksek pariteye sahip olan kadınların PPD gelişme

durumunun anlamlı olarak yüksek olduğu, PPD riskini yüksek paritenin 2-3 kat artırdığıda vurgulanmıştır (Forman et al. 2000, Segre et al. 2007). Çalışmamızda kadınların büyük çoğunluğunun ilk çocuğu olması, yeteri kadar kendine ve arkadaşlarına zaman ayırarak sosyal izolasyona neden olmamasına ve böylelikle EDSDÖ ortalama puanlarının düşük olmasına neden olup olumlu bir sonuç olduğu söylenebilir.

Sigara kullanma durumu açısından incelendiğinde çalışma ($p=0,161$) ve karşılaştırma ($p=0,445$) grubunda yer alan kadınlarda, sigara kullananların, sigara kullanmayan kadınlara göre daha yüksek ortalamaya sahip oldukları, buna karşın aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 4). Yapılan bir çalışmada sigara kullanma durumu ile kadınların EDSDÖ puan ortalamaları arasında ilişki bulunamamıştır (Demir ve ark. 2016). Başka çalışmalarda PPD gelişme durumu ile sigara içme durumun arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirten çalışmalar olduğu gibi (Ulusoy 2010, Dindar ve Erdoğan 2007) ilişki olduğunu belirten çalışmalarda mevcuttur (Anda et al. 1990, et al. 1990, Aubin et al. 1996). Kadında PPD gelişme olasılığını artıran diğer bir faktörde postpartum dönemde sigara kullanımı olarak belirtilmektedir (Ho-Yen et al. 2007, Park et al.2009, Şahin ve Kılıçarslan 2010). Başka bir çalışmada ise sigara kullanan kadınların EDSDÖ ortalama puanlarının yüksek olduğunu yani PPD görülme sıklığının daha fazla olduğu bildirilmiştir (Eren 2007). Morales ve arkadaşlarının İngiltere’de yapmış olduğu çalışmada, kadınlar ($n=119$) gebelik döneminden başlanarak ve postpartum 4 yıla kadar takip edilmiş ve sonucunda sigara içen kadınlar ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir (Morales et al. 1997). Kadının sigara içme durumu postpartum 1. günde ve 60. günde EDSDÖ uygulanan çalışmada, postpartum 1. günde PPD belirtisi gösterme riskinin içmeyen kadınlardan 3,8 kat arttığını, ancak postpartum 2.ayda PPD gelişme durumunu etkilemediği saptanmıştır (Kurçer ve Keleş 2009). Amerika’da yapılan başka bir çalışmada ise PPD risk faktörleri arasında sigara içmek yer almaktadır (McCoy et al. 2006). Çalışmamızda sigara kullanımının düşük olmasından dolayı PPD yönünden daha düşük riske sahip olmalarını gösterir ki bu da olumlu sonuçlardandır.

Ülkemizde olduğu gibi dünyada da sezeryan doğum oranları vajinal doğum oranlarına göre artış göstermekle birlikte WHO tarafından önerilen %15’lik sezeryan doğum oranları ülkemizde %40’ın üstündedir (Başkaya ve Sayiner 2018).

Araştırmamızda son doğum şekli durumu açısından çalışma grubunda yer alan kadınlardan sezaryen doğum yapanların, vajinal doğum yapanlara göre daha yüksek ortalamaya sahip oldukları, buna karşın aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı saptanmıştır ($p=0,216$, $p>0,05$). Karşılaştırma grubunda yer alanlar değerlendirildiğinde ise, sezaryen doğumu yapan kadınların, vajinal doğum yapan kadınlara göre daha yüksek bir ortalamaya sahip oldukları ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir (**$p=0,003$, $p<0,05$**) (Tablo 4). İran’da yapılan bir çalışmada ise vajinal doğum ($n=50$) ve sezaryen doğum yapan kadınlara ($n=50$) 6-8. haftalar arası ve 12-14. haftalar arasında EDSÖ uygulanmış ve sezaryen doğumların PPD riskini artırdığı vurgulanmıştır (Montazeri et al. 2007). Başka bir çalışmada da EDSÖ uygulanan kadınlarda sezaryen doğumun ile PPD gelişmesi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Lee et al. 2011). Yapılan diğer çalışmalarda ise vajinal doğumun PPD gelişmesinde etkin rol oynadığı belirtilmiştir (Çeber ve ark. 2002, Sünter ve ark. 2006). Ulusoy’un çalışmasında ($n=157$) ise doğumu sezaryen olan kadınların EDSÖ puan ortalaması yüksek olsada anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Ulusoy 2010). Yerli ve yabancı kaynaklarda da doğum şeklinin PPD gelişmesi üzerine etkisini araştıran çalışmalarda gruplar arası herhangi bir ilişki olmadığı saptanmıştır. (Yamashita et al. 2000, DüNDAR 2002, Atasoy ve ark. 2004, Salgın et al. 2007, Gonikadis et al. 2008, Efe ve ark. 2009, Sayın 2015, Carter et al. 2006, Hergüner ve ark. 2014, Uygur 2015, Ekuklu et al.2004, Orhon ve ark. 2008, Battaloğlu ve ark. 2012, Nur ve ark. 2004, Demir ve ark. 2016, Eren 2007). Kadının sezaryen veya normal doğum yapmasının, çalışmamızı destekleyen ve desteklemeyen bulguların olmasının, kadının doğuma hazıroluşluğu ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

Sosyal destek insan yaşamında daha çok stres altında bulunduğu bir dönemde iken kendine yakından bağlı kişilerden ekonomik ve psikolojik yardım almak olarak açıklanmaktadır (Sorias 1992). İnsanın psikolojik sağlığında etkin rol oynayan sosyal destek, içeriği ne olursa olsun, bulunulan durumu ortadan kaldırmada kişinin özgüvenini artırıp, başetme yollarını aramada, endişe, çaresizlik duygularını ekarde etmede büyük önem taşımaktadır (Özgür 1993, Eker ve ark. 2001, Baltaş 2000). Araştırmamızda doğum sonu destekçi durumu açısından çalışma grubunda yer alan kadınlardan hayır yanıtı verenlerin ($8,31+5,5$), evet yanıtı verenlere ($5,49+4,4$) göre daha yüksek bir ortalamaya sahip oldukları ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir (**$p=0,041$, $p<0,05$**). Karşılaştırma grubunda yer alan

katılımcılarda ise doğum sonu destekçi durumuna evet yanıtını verenlerin, hayır yanıtı veren kadınlara göre daha düşük aritmetik ortalamaya sahip oldukları, buna karşın aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı saptanmıştır ($p=0,129$, $p>0,05$)(Tablo 4). Yapılan araştırmalarda EDSDÖ ortalama puanı ile postpartum dönem destekçi durumu arasında ilişki olmadığını belirten çalışmada bulunmaktadır (Yurdakul 2015, Ulusoy 2010, Sünter ve ark. 2006). Sayın'ın çalışmasında ise postpartum 0-6 hafta içinde kadınların ($n=157$) EDSDÖ ortalama puanları yüksek olan kadınların sosyal desteğinin yetersiz olduğu ve sosyal destek azlığı ile PPD arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir (Sayın 2016). Buna benzer olarak PPD gelişme durumunu arttıran diğer nedenler arasında sosyal destek yetersizliğinde etkin rol oynadığını belirten çalışmalar mevcuttur (Erbay 2002, Yağmur ve Ulukoca 2010, Annagür 2015, Vırit ve ark. 2008, Yıldırım ve ark. 2011, Dilbaz ve Enez 2007, Yılmaz Bingöl ve Tel 2007, Deveci 2003, Atasoy ve ark. 2004). Postpartum dönemde sadece eş desteği alan kadınların ise EDSDÖ ortama puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Efe ve ark. 2009). Çalışmamızda ki doğum son destekçi oranlarının yüksek olması kadında annelik rolüne yönelik yeterlilik duygusunu artırdığı ve bu nedenle EDSDÖ puanlarının düşük olduğu söylenebilir.

Anne bebek arasındaki bağın kurulmasında büyük rol oynayan faktörlerden biride oksitosin salgılanmasından dolayı emzirmedir (Edhborg et al. 2005). Ruh ve beden sağlığı annenin bebeğini sağlıklı olarak iki yıl emzirebilmesi için ilk öncelikle yerinde olması gereken önemli faktörlerdir (Erkal Aksoy ve ark. 2016). Araştırmamızda bebeklerin beslenme şekli açısından çalışma grubunda yer alan kadınlardan sadece mama ile beslenenlerin, anne sütü+mama ile sadece anne sütü ile beslenenlere göre daha yüksek ortalamaya sahip oldukları, buna karşın aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı saptanmıştır ($p=0,479$, $p>0,05$). Karşılaştırma grubunda yer alanlar değerlendirildiğinde ise, sadece mama ile besleyen kadınların, sadece anne sütü ile anne sütü+mama ile besleyen kadınlara göre daha yüksek bir ortalamaya sahip oldukları ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir (**$p=0,000$, $p<0,05$**) (Tablo 4). Yapılan bir araştırmada ($n=103$) bebeğini kısmen/tamamen mama ile besleyen kadınlarda EDSDÖ ortalama puanları yüksek oranda çıkması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Eren 2007). Başer'in 2 hafta-24 aylık bebeğe sahip olan kadınlar ($n=511$) ile yaptığı çalışmasında EDSDÖ ortalama puanı yüksek çıkan kadınların emzirme öz yeterlilik puanlarının düşük olduğu

saptanmıştır (Başer 2018). Başka çalışmalarda ise annenin bebeğini emzirmemesi, emzirmeyi kısa tutması ve emzirmeye karşı olumsuz tutumları postpartum depresif belirtileri ve görülme sıklığını artırdığı belirtilmiştir (Dunn ve ark. 2006, McLearn 2006). Başka bir araştırmada 0-1 yaş aralığında bebeğe sahip kadın (n=183) ile çalışılmış ve EDSÖ ortalama puanı yüksek olan kadınların bebeklerini emzirmedikleri vurgulanmıştır (Battaloğlu ve ark. 2012). Baka apılan çalışmalarda ise emzirmenin PPD gelişmesinde rol oynamadığını belirtmektedirler (Orhon ve ark.2008, Chung et al.2004, Özkan ve ark. 2014). 1992’de yapılan bir çalışmada biberon ile beslemenin ilk 6 hafta içinde görülen PPD belirtilerin ortaya çıkmasında neden olarak gösterilmektedir (Hannah et al. 1992). Çalışma sonuçlarından farklı olarak Amerika’da yapılan bir araştırmaya göre kadınların bebeğini emzirmemesi PPD için risk faktörü görülmemekte ve postpartum depresyonun bir sonucu olduğunu belirtilmektedir (Gross et al. 2002, Dennis ve McQueen 2007). Çalışmamızın tam tersine PPD’nun ortaya çıkması ile emzirme arasında ilişki saptanmamıştır (Erkal Aksoy ve ark. 2016, Chung ve ark. 2004, Borra ve ark. 2015, Annagür 2015). Annenin bebeğini besleme durumu ile postpartum depresyon ile ilişkisini araştıran çalışmalar çift yönlü olmakla birlikte PPD yüzdeleri fazla olan kadınların sadece anne sütü kullanma durumlarının kötü yönde etkilendiğini ancak emzirme ile problem yaşayan kadınların ise PPD gelişme durumlarının yüksek potansiyele sahip oldukları belirtilmektedir (Deveci 2003, Marakoğlu ve ark 2009, Kırpınar ve ark. 2010). Literatür ile benzerlik gösteren yönlerinde kadınların en az lise öğrenimine sahip olmaları, büyük oranda gelir durumlarının orta ve iyi düzeyde olduklarından EDSÖ puanlarının düşük olduğu, anne sütünün önemini bildikleri ve bebek beslenmesinde özellikle emzirmeye dikkat ettikleri söylenebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Doğuma hazırlık sınıfında eğitim alan ve almayan kadınlarda postpartum depresyon gelişme durumunu incelemek amacı yapılan bu çalışmada elde edilen sonuçlar şunlardır;

6.1. Çalışma ve Karşılaştırma Grubu Kadınların Sosyodemografik ve Obstetrik Özelliklerinin Sonuçları;

Çalışma grubu yaş ortalaması $26,6 \pm 3,57$ iken kontrol grubunda $25,1 \pm 4,09$ olduğu belirlenmiştir. Çalışma grubunun % 65,7'sinin üniversite ve üzeri mezuniyete sahip oldukları, kontrol grubunda ise % 76,1'inin lise mezunu oldukları tespit edilmiştir. Çalışma grubunun % 83,6'sı, kontrol grubunun %94,0'ının çalışmadıkları gözlenmiştir. Çalışma grubunun % 50,7'si gebelik sırasında çalıştıkları gözlenirken, kontrol grubunun % 71,6'sı gebeliğinde çalışmadıkları tespit edilmiştir. Çalışma grubunun % 52,2'sinin gelirinin giderinden daha fazla olduğu, kontrol grubunun % 49,3'ü ise gelirlerinin giderlerine eşit oldukları belirlenmiştir. Çalışma grubunun % 82,1'i, kontrol grubunun ise % 58,2'si gebeliklerini planladıkları saptanmıştır. Çalışma grubun % 74,6'sı, kontrol grubunun ise %50,7'si primipar annelerden oluşmaktadır. Çalışma grubunun % 79,1'i kontrol grubunun ise %80,6'sı sigara kullanmadığı saptanmıştır. Çalışma grubu %56,7'si ve kontrol grubunun %50,7'si vajinal doğum gerçekleştirmiştir. Çalışma grubunun %76,1'inin doğum sonu destekçisinin bulunduğu, kontrol grubunun %52,2'sinin ise bulunmadığı tespit edilmiştir. Çalışma grubunun %64,2'si, kontrol grubunun %55,2'si sadece anne sütü ile bebeklerini besledikleri saptanmıştır.

6.2. Çalışma ve Kontrol Gruplarının EDSÖ'den Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı Sonuçları;

Araştırmada karşılaştırma grubunun EDSÖ puanı ortalamalarının ($12,47 \pm 9,5$), çalışma grubunun EDSÖ puanı ortalamalarından ($6,16 \pm 4,8$) daha yüksek olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu saptanmıştır ($p < 0,000$).

6.3. Çalışma ve Karşılaştırma Grubu Kadınların Sosyodemografik ve Obstetrik Özelliklerine Göre EDSÖ Puan Ortalamalarının Sonuçları;

Çalışma ($p=0,229$) ve karşılaştırma ($p=0,596$) grubunda yer alan kadınlarda, yaş ortalaması incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Çalışma ($p=0,744$) ve karşılaştırma ($p=0,095$) grubunda yer alan kadınlarda, eğitim durumu incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Çalışma grubunda yer alan şuan çalışmayan kadınların ($6,76\pm 4,8$), çalışan kadınlara ($3,09\pm 3,7$) göre daha yüksek bir ortalamaya sahip oldukları ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir (**$p=0,020$, $p<0,05$**). Karşılaştırma grubunda ise şuan ki çalışma durumları incelendiğinde arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı saptanmıştır ($p=0,163$, $p>0,05$).

Çalışma grubunda yer alan kadınların gelir durumu incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı saptanmıştır ($p=0,181$, $p>0,05$). Karşılaştırma grubunda ise, geliri giderinden az olan kadınların, geliri giderinden fazla ve geliri giderine eşit olan kadınlara göre daha yüksek bir ortalamaya sahip oldukları ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir (**$p=0,005$, $p<0,05$**).

Çalışma grubunda yer alan kadınların gebeliğin planlanma durumu incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı saptanmıştır ($p=0,433$, $p>0,05$). Karşılaştırma grubunda ise, evet yanıtını veren kadınların, hayır yanıtını veren kadınlara göre daha düşük bir ortalamaya sahip oldukları ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir (**$p=0,000$, $p<0,05$**).

Çalışma grubunda yer alan kadınlardan primipar ve ya multipar kadınlar incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı saptanmıştır ($p=0,918$, $p>0,05$). Karşılaştırma grubunda ise, primipar kadınların, multipar kadınlara göre daha düşük bir ortalamaya sahip oldukları ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir (**$p=0,044$, $p<0,05$**).

Çalışma ($p=0,161$) ve karşılaştırma ($p=0,445$) grubunda yer alan kadınlarda, sigara kullanma durumu incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Çalışma grubunda yer alan kadınlardan son doğum şekli incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı saptanmıştır ($p=0,216$, $p>0,05$). Karşılaştırma grubunda ise, sezaryen doğumu yapan kadınların, vajinal doğum yapan kadınlara göre daha yüksek bir ortalamaya sahip oldukları ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir (**$p=0,003$, $p<0,05$**).

Çalışma grubunda yer alan kadınlardan doğum sonu destekçi durumu açısından hayır yanıtı verenlerin ($8,31+5,5$), evet yanıtı verenlere ($5,49+4,4$) göre daha yüksek bir ortalamaya sahip oldukları ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir (**$p=0,041$, $p<0,05$**). Karşılaştırma grubunda ise doğum sonu destekçi durumuna incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı saptanmıştır ($p=0,129$, $p>0,05$).

Çalışma grubunda yer alan kadınlardan bebeklerin beslenme şekli açısı incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı saptanmıştır ($p=0,479$, $p>0,05$). Karşılaştırma grubunda ise, sadece mama ile besleyen kadınların, sadece anne sütü ile anne sütü+mama ile besleyen kadınlara göre daha yüksek bir ortalamaya sahip oldukları ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir (**$p=0,000$, $p<0,05$**).

Ede edilen sonuçlardan yola çıkarak;

- Kadın sağlığın korunması ve iyiliştirilmesi için doğum öncesi dönemde gebelik, doğum ve postpartum döneme yönelik yeterli ve nitelikli eğitimler veren doğuma hazırlık sınıflarının sayısı ve olanakları arttırılmalıdır.
- Doğuma hazırlık sınıfında verilen eğitimlere devlet tarafından teşviğin arttırılarak tüm gebelerin bu eğitimlere katılmalarına imkan sağlanmalıdır.
- Plansız gebelik, sezeryan doğum ve doğum sonu destekçisi olmayan risk grupları dikkatle izlenmeli doğum sonrasında erken işe başlama ve ekonomik olarak güçlendirme ve emzirmeye özendirilmelidir.

- Hemşirelere doğuma hazırlık sınıfı ve postpartum depresyon konusunda farkındalık yaratacak eğitimler düzenlenmelidir. Postpartum depresyon risk faktörleri ve risk altında olan kadınların yakından incelenmesi sağlanmalıdır.
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinde ve postpartum dönemde hastaneye gelen risk altında ki tüm kadınlara EDSDÖ uygulanmalı takibi sağlanmalıdır.
- Doğuma hazırlık eğitimi alan kadınlar postpartum depresyon gelişme durumunu incelemek için postpartum 24 aya kadar takip edilen daha geniş kapsamlı çalışmalar yapılmalıdır.
- Birinci basamak aile sağlık merkezlerinde gebe kadınların rutin kontrolleri izlenmesi içerisinde en az dört haftalık eğitim alma durumu takip edilmelidir.

7. KAYNAKÇA

- ADEWUYA AO (2005). The maternity blues in Western Nigerian women: Prevalence and risk factors. *Am J Obstet Gynecol*; 193:1522-1525
- AHOKAS A, AITO M, TURIAINEN S (2000). Association between estradiol and puerperal psychosis. *Acta Psychiatr Scand.*; 101:167-169.
- AKDENİZ ERKEN A (2016). Kayseri İl Merkezinde Doğum Yapan Kadınlarda Doğum Sonu Depresyon Sıklığı Ve Etkileyen Faktörler.. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Ocak .Kayseri. Yüksek Lisans Tezi. Danışman Prof. Dr. Osman Günay
- AKIN B, ÇEBER TURFAN E (2016). Doğuma Hazırlık Eğitimi Alan Ve Almayan gebelerin Doğumdan Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi.Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Derg;8:1–16. [CrossRef] Doi: 10.17367/JACSD.2016823639
- AKIN B, YEŞİL Y, YÜCEL U, BOYACI B (2018). Doğum Öncesi Eğitim Sınıflarında Verilen Eğitimin Gebelerin Doğum Korku Düzeyi Üzerine Etkisi, *Life Sciences (NWSALS)*, 13(2):11-20, DOI: 10.12739/NWSA.2018.13.2.4C0016
- AKMAN C, UGUZ F, KAYA N (2007). Postpartum-onset major depression is associated with personality disorders. *Comprehensive psychiatry*;48:343-7.
- AKTAN B (2015) Klinik pilates egzersizleri ve doğuma hazırlık eğitiminin sadece doğum eğitimine göre doğum sonuçları üzerine etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programı. Yüksek Lisans Tezi. Ankara
- AKTAN MN (2010). Functional Status After Childbirth and Related Concepts.*Clinical Nursing Research* 19(2); 165 – 180.
- AKTAŞ D (2008). Doğum sonu dönemde depresyon görülme durumu ve depresyon gelişmesini etkileyen risk faktörleri. *Kadın Hast ve Doğum Hem.* Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniv.
- AKYÜZ ÇİM EF (2017). Postpartum psychosis. *Van Med J.*; 24(2): 131-134 doi: 10.5505/vtd.2017.43534
- ALAMİ KM, KADRİ N, BERRADA S (2006). Prevalence and psychosocial correlates of depressed mood during pregnancy and after childbirth in a Moroccan sample. *Arch Womens Ment Health* 9(6):343–6.
- ALBACAR G, SANS T, MARTİN-SANTOS R, GARCÍA-ESTEVE L, GUİLLAMAT R, et al.(2010). Thyroid function 48h after delivery as a marker for subsequent postpartum depression. *Psychoneuroendocrinology* 35:738– 42.
- ALKAR ÖY, GENÇÖZ T (2005). Critical factors associated with early postpartum depression among Turkish women. *Contemporary Family Therapy*;27:263-75. doi: 10.1007 /s10591-005-4043-5 .
- ALPAYDIN YED, IŞILAK DH (2012). Yetişkinlerde Öğrenme ve Yetişkin Eğitimi. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü Evlilik Öncesi Eğitimi Eğitici Kitabı (İkinci baskı), İstanbul: Nakış Ofset, 2012.
- ALTINEL T (2008). Edirne Çehir merkezinde 15-49 yaşkadınlarda ruhsal durum ve etkileyen faktörler. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Yayınlanmış Uzmanlık Tezi, Edirne.
- ALTIPARMAK S (2014). Doğum öncesi verilen eğitimin gebenin bilgi düzeyi ile memnuniyet durumuna etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.

- ALTIPARMAK S, COŞKUN AM (2016). Doğum öncesi verilen eğitimin gebenin bilgi düzeyi ile memnuniyet durumuna etkisi. *Journal of Human Sciences*, 13(2), 2610-2624. doi:10.14687/jhs.v13i2.3744
- ALTUN E (2003). Adölesan Gebelere Verilen Planlı Eğitimin Benlik Saygısı ve Bebeği Algılaması Üzerine Etkisi, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- ALTUNTUĞ K, ACAR A (2011). Doğum sonu dönemde anneler ve ebe/hemşirelerin eğitim önceliklerinin karşılaştırılması. *STED*; 20(4): 163-168.
- ALTUNTUĞ K, EGE E (2013). Sağlık eğitiminin annelerin taburculuğa hazır oluş, doğum sonu güçlük yaşama ve yaşam kalitesine etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*.15(2):45-56.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP) / American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2007). Guidelines for perinatal care. AAP Committee on Fetus and Newborn and ACOG Committee on Obstetric Practice. [Internet]. Washington; 2007 [cited 2017 March 12]. Available from: <http://ebooks.aappublications.org/content/guidelines-for-perinatal-care-7thedition>.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG) (2002). Exercise during pregnancy and the postpartum period. *Obstet Gynecol*, 99(1), 171-173.
- ANDA RF, WILLIAMSON DF, ESCOBEDO LG et al. (1990). Depression and the dynamics of smoking: a national perspective. *JAMA.*; 264:1541-5.
- ANNAGÜR A, ANNAGÜR B, ŞAHİN A, ÖRS R, KARA F (2013). Is maternal depressive symptomatology effective on success of exclusive breastfeeding during postpartum 6 weeks? *Breastfeeding Medicine*;8:53-7.
- ANNAGÜR B, ANNAGÜR A (2012). Doğum sonrası ruhsal durumun emzirme ile ilişkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*; 4(3):279-92.
- ARCAMONE AA (2005). The effect of prenatal education on adaptation to motherhood after vaginal childbirth an primiparous women as by Roy's four adaptative modes. Widener University School of Nursing. PhD Thesis, United States.
- ARSLANTAŞ A, ERGİN F, BALKAYA NA (2009). Aydın İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı ve İlişkili Risk Etmenleri. *ADÜ Tıp Fak Derg*;10(3):1322.
- ARTHUR MC, WINTER HK, BICK DE, KNOWLES H (2002). Effect of Redesigned Community Postnatal Care On Womens' Health 4 Months After Birth: A Cluster Randomised Controlled Trial. *The Lancet*; 359 (9304):378- 385.
- ASLAN E (2015).Normal Lohusalık Süreci ve Bakım, Kızılkaya N(Editör), Kadın Sağlığı ve Hastalıkları, Bölüm 14, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 355-367
- ATALAY B (2014). Doğum Öncesi Eğitimlerin Anne-Bebek Bağlanmasına Etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.Yüksek Lisans Tezi. Danışman:Doç. Dr. Birsen Karaca Saydam. İzmir.
- ATASOY N, BAYAR Ü, HAKAN S, KONUK N, LEVENT A, BARUT A, et al. (2004). Doğum Sonrası Dönemde Depresif Belirti Düzeyini Etkileyen Klinik Ve Sosyodemografik Risk Etkenleri. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics*;14(5):252-7.
- AUBİN HJ, TİLİKETE S, BARRUCAND D (1996). Depression and smoking. *Encephale*;22:17-22.
- AUGUSTO A, KUMAR R, CALHEİROS JM, MATOS E, FIGUEIREDO E (1996). Post-Natal Depression In An Urban Area of Portugal: Comparison of Childbearing Women and Matched Controls. *Psychol Med.*;26(01):135-41.

AVAN B, RİCHTER LM, RAMCHANDANI PG, NORRİS SA, STEİN A (2010). Maternal postnatal depression and children's growth and behaviour during the early years of life: exploring the interaction between physical and mental health. *Archives of Disease in Childhood*;95:690-5.

AYDEMİR N (2007). Sağlam çocuk polikliniğine başvuran 0-1 yaş bebeği olan annelerde depresyon taraması ve depresyonda etkili risk faktörlerini belirleme. *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi.. Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi. İstanbul*

AYDIN KARTAL Y, KARAMAN T (2018). Effect Of Birth Preperation Training On Prenatal Attachment And Depression. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 49 (1), 85-91. DOI: 10.16948/zktpb.321210

AYDİN N, INANDI T, KARABULUT N (2005). Depression and Associated Factors Among Women Within Their First Postnatal Year In Erzurum Province In Eastern Turkey. *Women & Health*.;41(2):1-12.

AYDİN N, İNANDI T, YİĞİT A, HODOĞLUĞİL NN (2004). Validation of the Turkish version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale among women within their first postpartum year. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 39: 483-486.

AYVAZ S, HOCAOĞLU Ç, TIRYAKI A, AK İ (2006). Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. *Türk psikiyatri dergisi*;17:243-51.

BALKAYA AN(2002). Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe hemşirenin rolü. *Cumhuriyet Üniversitesi. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*;6:42-49.

BALTAŞ Z (2000). Sağlık Psikolojisi. *Halk Sağlığında Davranış Bilimleri. Remzi Kitabevi. İstanbul*

BAN L, GIBSON JE, WEST J, TATA LJ (2010). Association between perinatal depression in mothers and the risk of childhood infections in offspring: a population-based cohort study. *BMC Public Health* 10:799–806.

BARCLAY L, EVERITT L, ROGAN F, SCHMIED V, WYLLIE A (1997). Becoming an mother- an analysis of women's experience of early motherhood. *Journal of Advanced Nursing*; 25: 719-728.

BAŞER DA (2018). Postpartum Depresyon ile Emzirme Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Ankara Med J*, 2018;(3):276- 85 DOI: 10.17098/amj.461652

BAŞKAYA Y , SAYINER FD (2018). Sezaryen Oranını Azaltmaya Yönelik Kanıtı Dayalı Ebelik Uygulamaları. *HSP* 2018;5(1): 113-119. DOI: 10.17681/hsp.335472

BATTALOĞLU B, AYDEMİR N, HATİPOĞLU S (2012). Depression Screening and Risk Factors For Depression In Mothers With 0-1 Year Old Babies Who Admitted To The Healthy Baby Outpatient Clinic. *Bakırköy Tıp Derg*;8(1):12-21.

BECK CT (2001). Predictors of postpartum depression: An update. *Nurs Res* 50(5):275–85.

BEEBE B, JAFFE J, BUCK K et al.(2008). Six-week postpartum maternal depressive symptoms and 4month mother–infant self- and interactive contingency. *Infant Ment Health J* 29:442–71.

BEJİ NK, COŞKUN A, YILDIRIM G (2003). Doğum Olayının Fonksiyonel Durum Üzerine Etkisi, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi; 22-29.

BENER A, GERBER LM, SHEİKH J (2012). Prevalence of psychiatric disorders and associated risk factors in women during their postpartum period: a major public health problem and global comparison. *Int J Womens Health*;4:191-200.

- BENJAMÍN J. SADOCK, VIRGINIA A (2003). Sadock. Synopsis of psychiatry behavioral sciences/ clinical psychiatry; (7).pp 494-496.
- BERGA S, PARRY B, CYRANOWSKI J (2005). Psychiatry and reproductive medicine. Comprehensive textbook of psychiatry, Sixth edition Baltimore: Williams & Wilkins 1995:1693-707. Adewuya AO. The maternity blues in western Nigerian women: Prevalence and risk factors. American Journal of Obstetrics and Gynecology;193: 1522-1525.
- BERGEMANN N, PARZER P, RUNNEBAUM B, RESCH F, MUNDT C (2007). Estrogen, menstrual cycle phases, and psychopathology in women suffering from schizophrenia. Psychol Med; 37(10): 1427-1436.
- BEYDAĞ KD (2007). Doğum Sonu Dönemde Anneliğe Uyum ve Hemşirenin Rolü. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(6); 479 – 484.
- BINDER EB, NEWPORT JD, ZACH EB et al. (2010). A serotonin transporter gene polymorphism predicts peripartum depressive symptoms in an at-risk psychiatric cohort. J Psychiatr Res 44(10):640–6.
- BLOCH M, DALY R, RUBINOW D (2003). Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. Comprehensive Psychiatry; 44(3): 234-246.
- BLOCH M, ROTENBERG N, KOREN D, KLEIN E (2006). Risk factors for early postpartum depressive symptoms. Gen Hosp Psychiatry;28(1):3-8.
- BLOCH M, SCHMIDT PJ, DANACEAU M, MURPHY J, NIEMAN L, RUBINOW DR (2000). Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. Am. J. Psychiatry 157:924–30. DOI:10.1176/appi.ajp.157.6.924
- BOKHARI R, BHATARA VS, BANDETTINI F, MCMILLIN JM (1998). Postpartum thyroiditis. Psychoneuroendocrinology; 23(6): 643-50.
- BORN L, ZINGA D, STEINER M (2004). Challenges in Identifying and Diagnosing Postpartum Disorders. Primary Psychiatry.
- BRAND SR, BRENNAN PA (2009). Impact of antenatal and postpartum maternal mental illness: How are the children? Clin Obstet Gynecol 52(3):441–55..
- BROCKINGTON I (2004). Diagnosis and management of post-partum disorders: a review. World Psychiatry 2004;3:89.
- BROCKINGTON I, MACDONALD E, WAINSCOTT G (2006). Anxiety, obsessions and morbid preoccupations in pregnancy and the puerperium. Archives of women's mental health;9:253-63.
- BUGDAYCI R, SASMAZ CT, TEZCAN H, KURT AÖ, ÖNER S (2004). A cross-sectional prevalence study of depression at various times after delivery in Mersin province in Turkey. Journal of women's health 2004;13:63-8.
- BYRNE J, HAUCK Y, FISHER C, BAYES S, SCHUTZE R (2014). Effectiveness of a mindfulness-based childbirth education pilot study on maternal self-efficacy and fear of childbirth, Journal of Midwifery, 59(2), 192-197. doi: 10.1111/jmwh.12075.
- CADZOW SP, ARMSTRONG KL, FRASER JA (1999). Stressed parents with infants: reassessing physical abuse risk factors. Child Abuse Negl. 23(9):845–53.
- CAMPBELL SB, COHN JF (1991). Prevalence and correlates of postpartum depression in first-time mothers. Journal of abnormal psychology;100:594.

- CARTER FA, FRAMPTON CM, MULDER RT (2006). Cesarean section and postpartum depression: a review of the evidence examining the link. *Psychosomatic Medicine*;68:321-30.
- CEBECİ SA, AYDEMİR Ç, GÖKA E (2002). Puerperal Dönemde Depresyon Semptom Prevelansı: Obstetrik Risk Faktörleri, Kaygı Düzeyi ve Sosyal Destekle İlişkisi. *Kriz Dergisi*; 10(1):11-18
- CHARANDABI SM, MİRGHAFOURVAND M, SANAATİ F (2017). The Effect of Life Style Based Education on the Fathers' Anxiety and Depression During Pregnancy and Postpartum Periods: A Randomized Controlled Trial. *Community Ment Health J.* 2017 May;53(4):482-489. doi: 10.1007/s10597-017-0103-1.Feb 14.
- CHAUDRON LH, JEFFERSON JW (2000). Mood stabilizers during breastfeeding: a review. *J Clin Psychiatry*;61:79-90.
- CHEE CY, LEE DT, CHONG YS, TAN LK, NG TP, FONES CS (2005). Confinement and other psychosocial factors in perinatal depression: a transcultural study in Singapore. *J. Affect. Disord* 89(1-3) 157-66.
- CHIEN LY, TAI CJ, KO YL, HUANG CH, SHEU SJ (2006). Adherence to 'doing-the-month practices is associated with fewer physical and depressive symptoms among postpartum women in Taiwan. *Res Nurs Health* 29 (5): 374-83.
- CHRISTENSEN AL, STUART EA, PERRY DF, LE HN (2011). Unintended Pregnancy and Perinatal Depression Trajectories In Low-Income, High-Risk Hispanic Immigrants. *Prev Sci.*;12(3):289-99.
- CHUNG EK, MCCOLLUM KF, ELO IT, LEE HJ, CULHANE JF (2004). Maternal depressive symptoms and infant health practices among low-income women. *Pediatrics*; 113(6):e523-e9.
- CHUNG SS, YOO IY, JOUNG KH (2013). Post-partum blues among Korean mothers: a structural equation modelling approach. *Int J Ment Health Nurs.* Aug;22(4):359-67. doi: 10.1111/j.1447-0349.2012.00880.x. Epub 2012 Sep 25.
- COHEN LS, WANG B, NONACS R, VIGUERA AC, LEMON EL, FREEMAN MP (2010). Treatment of mood disorders during pregnancy and postpartum. *Psychiatr Clin North Am*;33:273-93.
- COLLINS NL, DUNKEL-SCHETTER C, LOBEL M, SCRIMSHAW SCM (1993). Social Support in Pregnancy: Psychosocial Correlates Of Birth Outcomes And Postpartum Depression. *J Personality Soc Psychol*; 65(6):1243- 1258.
- CONNELL M (2002). The postpartum psychosis defense and feminism: more or less justice for women? *Case W Res L Rev*; 53: 143.
- COOPER PJ, CAMPBELL EA, DAY A, KENNERLEY H, BOND A (1988). Non-psychotic psychiatric disorder after childbirth. A prospective study of prevalence, incidence, course and nature. *The British Journal of Psychiatry*;152:799-806.56
- COOPER PJ, MURRAY L, WILSON A, ROMANIUK H (2003). Controlled trial of the short-and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. *The British Journal of Psychiatry* 2003;182:412-9.58
- CORNISH AM, MCMAHON CA, UNGERER JA, KOWELENKO N, TENNAT C (2005). Postnatal depression and infant cognitive and motor development in the second postnatal year: the impact of depression chronicity and infant gender. *Infant Behavior and Development*; 28(4): 407-417.
- CORWIN EJ, JOHNSTON N, PUGH L (2008). Symptoms of postpartum depression associated with elevated levels of interleukin-1 beta during the first month postpartum. *Biological Research for Nursing*;10:128-33. doi: 10.1177/1099800408323220.

- ÇOŞAR ÇETİN F, DEMİRCİ N (2012). "Lamaze Felsefesine Dayalı Doğuma Hazırlık Eğitiminin Doğum Algısı Ve Doğuma Uyum Sürecine Etkisi", S.D.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 3(1):18-30.
- COUNCIL N (2003). The Infant Feeding Guidelines for Health Workers. Dietary Guidelines for Children and Adolescents in Australian incorporating. Commonwealth of Australia, Canberra.
- COX L, MURRAY D, CHAPMAN G (1993). A Controlled Study Of The Onset, Duration And Prevalence Of Postnatal Depression. *British Journal Of Psychiatry*;163:2731
- ÇAKIRER N, ÇALIŞKAN Z (2010). Nevşehir ili Ağılı köyünde gebelik, doğum ve lohusalığa ilişkin geleneksel inanç ve uygulamalar. *TAF Preventive Medicine Bulletin*;9(4):3438.
- ÇEBER E, BİLGE A, MERMER G, YÜCEL U (2010). İzmirin Bornova İlçesinde Gebelik Ve Doğum Sonrası Depresyon Riski. *Turkiye Klinikleri J Gynecol Obst.*;20(1):1-9
- ÇEBER T, PEKTAŞ İ, DİKİCİ İ (2002). İzmir ili Bornova ilçesinde doğum yapmış kadınların doğum sonrası depresyon durumları ve bu durumu etkileyen etmenlerin incelenmesi. VIII Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı:23-8.
- ÇOŞAR F, DEMİRCİ N (2012). Lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık eğitiminin doğum algısı ve doğuma uyum sürecine etkisi. *S.D.Ü Sağlık Enstitüsü Dergisi*, 3(1), 18-30.
- DAĞ H, DÖNMEZ S, ŞEN E, ŞİRİN A (2013). Vajinal doğum yapan kadınların hastane taburculuğuna hazır oluşluk durumu. *Gaziantep Medical Journal*; 19(2): 65-70. 21
- DANACI AE, DİNÇ G, DEVECİ A, ŞEN FS, İÇELLİ I (2000). The Prevalence of Postpartum Depression In Manisa Province and Influencing Factors. *Turk Psikiyatri Derg.*;11:204.
- DANACI AE, DİNÇ G, DEVECİ A, ŞEN FS, İÇELLİ I (2002). Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural aspects. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*;37:125-9.
- DAVEY HL, TOUGH SC, ADAİR CE, BENZİES KM (2011). Risk factors for sub-clinical and major postpartum depression among a community cohort of canadian women. *Matern Child Health J* 15(7):866–75.
- DEARİNG E, MCCARTNEY K, WEİSS HB, KREİDER H, SİMPKİNS S (2004). The promotive effects of family educational involvement for low-income children's literacy. *Journal of School Psychology*, 42(6), 445-460. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2004.07.002>
- DEAVE T, JOHNSON D. INGRAM J (2008). Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BioMed Central Pregnancy and Childbirth*; 8 (30): 1-11.
- DECLERCQ ER, SAKALA C, CORRY MP, APPLEBAUM S (2007). Listening to Mothers II: Report of the Second National U.S. Survey of Women's Childbearing Experiences: Conducted January-February 2006 for Childbirth Connection by Harris Interactive(R) in partnership with Lamaze International. *The Journal of perinatal education*, 16(4), 9–14. doi:10.1624/105812407X244769
- DELKE I, MİNKOFF H, GRUNEBaum A (1985). Effect of Lamaze childbirth preparation on maternal plasma beta-endorphin immunoreactivity in active labor. *American Journal of Perinatology*. 2(4), 317-319.
- DEMİR S, ŞENTÜRK MB, ÇAKMAK Y, ALTAY M (2016). Kliniğimizde Doğum Yapan Kişilerde Postpartum Depresyon Oranı ve İlişkili Faktörler. *Med Bull Haseki*;54:83-9. DOI:10.4274/haseki.2856
- DEMİRAY A (2006). Gebe kadınların algıladıkları fiziksel ve emosyonel yakınmalar [Yüksek Lisans Tezi]. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Afyon, Türkiye.

- DEMİRCHYAN A, PETROSYAN D, ARMENIAN HK (2014). Rate and predictors of postpartum depression in a 22-year follow-up of a cohort of earthquake survivors in Armenia. *Archives of women's mental health*;17:229-37.
- DENNIS CL, DOWSWELL T (2013). Psychosocial and Psychological Interventions For Preventing Postpartum Depression (Review). *Cochrane Database Syst Rev*.Feb 28;(2):CD001134. doi: 10.1002/14651858.CD001134.pub3
- DEVECİ A (2003). Postpartum psikiyatrik bozukluklar. *Birinci Basamak için Psikiyatri*; 2(3):42-46
- DÍ FLORÍO A, MELTZER-BRODY S (2015). Is Postpartum Depression a Distinct Disorder? *Curr Psychiatry Rep*;17:76.
- DÍAS CC, FÍGUEIREDO B (2014). Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature. *J Affect Disord*. 2015 Jan 15;171:142-54. doi: 10.1016/j.jad.2014.09.022. Epub Sep 28
- DÍETZ LJ, JENNINGS KD, KELLEY SA, MARSHAL M (2009). Maternal depression, paternal psychopathology, and toddlers' behavior problems. *J Clin Child Adolesc Psychol* 38(1):48-61.
- DİLBAZ N, ENEZ A (2007). Kadın ve depresyon: Doğum sonrası görülen duygudurum bozuklukları. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*,3(47), 32-40.
- DİNÇ H, YAZICI S, YILMAZ T, GÜNAYDIN S (2014). Gebe eğitimi. *HSP*, 1(1), 6876.
- DİNDAR I, ERDOĞAN S (2007). Screening of Turkish Women For Postpartum Depression Within The First Postpartum Year: The Risk Profile Of A Community Sample. *Public Health Nurs*;24(2):176-83.
- DOĞAN YÜKSEKOL Ö, ÇOBAN ARGUVANLI S, BAŞER M (2012). Annelik Hüznü ve Hemşirelik. *Erü Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2: 56-61
- DOĞANER G, BEKAR M (2006). Vajinal yolla doğum yapan kadınların erken postpartum dönemde kendisinin ve yenidoğanın bakımına yönelik yaşadıkları sorunların belirlenmesi. *Sağlık ve Toplum Dergisi*;16(4): 60-70.
- DOĞAN-MERİH Y, KARABULUT Ö, GÜLŞEN Ç (2017). Anne Bebek Okulunun Postpartum Uyum Süreci ve Anne Memnuniyeti Üzerine Etkisi. ISSN:1307 - 9557 (Basılı), ISSN: 1307- 9549 (Online) *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2017; 19(3): 21-33.
- DOORNBOS B, DÍJCK-BROUWER DJ, KEMA IP, et al (2009). The development of peripartum depressive symptoms is associated with gene polymorphisms of MAOA, 5-HTT and COMT. *Progress in NeuroPsychopharmacology and Biological Psychiatry*;33:1250-4.
- DOUMA SL, HUSBAND C, O'DONNELL ME, BARWİN BN, WOODEND AK (2005). Estrogen-related mood disorders: reproductive life cycle factors. *Adv. Nurs. Sci.* 28(4):364-75.
- DURAT G, KUTLU Y (2010). Sakarya'da doğum sonrası depresyon sıklığı ve ilişkili faktörler, *New Symposium Journal*, 48,1, 63-7.
- DURMAZOĞLU G, SERTTAŞ M, KURU OA, TATARLAR A, GÖÇMEN F, BEZİRGAN S (2016). Postpartum depresyonun hemşire ve ebeler tarafından öngörülmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, Özel Sayı, 19, 33-37. DOI:10.17049/ahsbd.23669.
- DURUKAN E (2007). Ankara il merkezinde birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran 2 hafta-18 aylık bebeği olan annelerde postpartum depresyon sıklığı, etkileyen faktörler ve yaşam kalitesi. *Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Doktora Tezi*. Ankara: Gazi Üniv; 2007.

DURUKAN E, İLHAN MN, BUMİN MA, AYCAN S (2011). 2 Hafta-18 Aylık Bebeği Olan Annelerde Postpartum Depresyon Sıklığı ve Yaşam Kalitesi. *Balkan Medical Journal*.(4):385-93.

DÜNDAR PE (2002). Yarı kentsel bir bölgede postpartum depresyon prevalansı ve risk faktörleri. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Kongre Kitabı: 862-865.

EASTWOOD JG, JALALUDİN BB, KEMP LA, PHUNG HN, BARNETT BE (2012). Relationship of postnatal depressive symptoms to infant temperament,maternal expectations,social support and other potential risk factors: findings from a large Australian cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*12;12: 148.

EDHBORG M, MATTHIESEN AS, LUNDH W, WİDSTRÖM AM (2005). Some Early Indicators For Depressive Symptoms and Bonding 2 Months Postpartum–A Study of New Mothers and Fathers. *Arch Women Ment Hlth*;8(4):221-31.

EFE ŞY, TAŞKIN L, EROĞLU K (2009). Postnatal depression and effecting factors in Turkey. *J Turk Ger Gynecol Assoc*;10:14-20.

EGE E, TİMUR S, ZİNCİR H, GECKİL E, SUNAR- REEDER B (2008). Social support and symptoms of postpartum depression among new mothers in Eastern Turkey. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*;34:585-93

EİSENACH JC, PAN PH, SMİLEY R, LAVAND’HOMME P, LANDAU R, HOULE TT (2008). Severity of acute pain after childbirth,but not type of delivery predicts persistent pain and postpartum depression.*Pain* 15;140(1):87–94.

EKER A, YURDAKUL M (2008). Sezaryen sonu verilen bakımın hasta memnuniyetine etkisi. *Mersin Univ Sağlık Bilim Derg*;1(1):26-35.

EKER D, ARKAR H, YALDIZ H (2001). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 18-25.

EKUKLU G, TOKUC B, ESKİOCAK M, BERBEROĞLU U, SALTİK A (2004). Prevalence of postpartum depression in Edirne, Turkey, and related factors. *The Journal of reproductive medicine*; 49:908-14.

EL-İBİARY SY, COCOHOBBA JM (2008). Effects of HIV antiretrovirals on the pharmacokinetics of hormonal contraceptives. *The European journal of contraception & reproductive health care* ;13:123-32.

ELTUTAN H, ÖNCÜOĞLU C (1997). Kadınlara özgü psikiyatrik bozukluklar. *Depresyon Dergisi*; 2: 74-80.

ENGINEER N, DARWİN L, NİSHİGANDH D, NĞİANGA-BAKWİN K, SMİTH SC, GRAMMATOPOULOS DK (2013). Association of glucocorticoid and type 1 corticotropin-releasing hormone receptors gene variants and risk for depression during pregnancy and post-partum. *Journal of psychiatric research* 2013;47:1166-73.

ERBAY DP (2002). Yarı Kentsel Bir Bölgede Postpartum Depresyon Prevalansı ve Risk Faktörleri. VIII Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı. 2002;8:862-5.

Eren Tİ (2007). Postpartum Depresyon: Prevalansı, ve Sosyodemografik Risk Faktörleri. Uzmanlık Tezi. T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi. İstanbul

ERGÖÇMEN BA, TEZCAN S, ÇAĞATAY P (2009). Üreme Sağlığı. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008, Sağlık Bakanlığı Ana ve Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara. 143-145.

- ERKAL AKSOY Y, ÜNAL F, İNÇKE G, ÇİL G, ORUÇ K, YILMAZ T, YILDIRIM Ş, DERELİ YILMAZ S (2016). Postpartum Depresyonun Emzirme Üzerine Etkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. Gusb;5(3): 90-96
- ERTEM G, SEVİL Ü (2005). Doğum Ağrısı ve Hemşirelik Yaklaşımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8(2), 117-123.
- ESCOTT D, SLADE P, SPIBY H (2009). Preparation for pain management during childbirth: The psychological aspects of coping strategy development in antenatal education. *Clinical Psychology Review*. 29, 617–622.
- ESCRİBA-AGUIR V, ARTAZCOZ L (2011). Gender differences in postpartum depression:a longitudinal cohort study. *J Epidemiol Community Health* 65(4):320–6. feeders. *J. Obstetr. Gynecol. Neonatal Nurs.* 35:599–607.
- ESMERAY N (2016). Gebelik deneyimleri ölçeği'nin türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması .Yüksek Lisans Tezi..Türkiye Cumhuriyeti Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa, Türkiye.
- ESSALİ A, ALABED S, GUUL A, ESSALİ N (2013). Preventive intervention for postnatal psychosis. *Schizophrenia Bulletin*; 39(4): 748-750.
- EVANS J, HERON J, FRANCOMB H, OKE S, GOLDİNG J (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ*; 323: 257-260.
- FABİAN HM, RADESTAD IJ, WALDENSTROM U (2004). Characteristics of Swedish women who do not attend childbirth and parenthood education classes during pregnancy. *Midwifery*, 20(3).
- FABİAN HM, RADESTAD IJ, WALDESTRÖM U (2005). Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*; 84: 436-443.
- FALAH-HASSANİ K, SHİRİ R, DENNİS CL (2016). Prevalence and risk factors for comorbid postpartum depressive symptomatology and anxiety. *J Affect Disord*;198:142-7.
- FARAONE SV, CHEN WJ, GOLDSTEİN JM, TSUANG MT (1994). Gender differences in age at onset of schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*: 164 (5): 625-629.
- FENWİCK J, TOOHİLL J, GAMBLE J, CREEDY DK, BUİST A, TURKSTRA E, SNEDDON A, SCUFFHAM PA, RYDİNG EL (2015). Effects of a midwife psycho-education intervention to reduce childbirth fear on women's birth outcomes and postpartum psychological wellbeing. *BMC Pregnancy Childbirth*. Oct 30;15:284. doi: 10.1186/s12884-015-0721-y.
- FERBER SG (2004). The nature of touch in mothers experiencing maternity blues: the contribution of parity, *Early Human Development*;79:65–75.
- FİELD T (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behav Dev* 33(1):1–6.
- FİROUZBAKHT M, NİKPOUR M, SALMALİAN H, LEDARİ FM, KHAFRİ S (2013). The effect of perinatal education on Iranian mothers' stres and labor pain. *Glob J Health Sci.*;6(1):61-8.
- FİSHER J, CABRAL DE MELLO M, PATEL V, RAHMAN A, TRAN T, HOLTON S, HOLMES W (2011). Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 90(2), 139G–149G. doi:10.2471/BLT.11.091850

- FISHER N, AMÍTAÍ Y, HARÍNGMAN M, MEÍRAZ H, BARAM N, LEVENTHAL A (2005). The prevalence of smoking among pregnant and postpartum women in Israel: a national survey and review. *Health Policy*; 73: 1-9.
- FOOLADÍ MM (2006). Therapeutic tears and postpartum blues. *Holist Nurs Pract*;20:204- 211.
- FORMAN N, VÍDEBECH P, HEDEGAARD M, SALVÍG JD, SECHER NJ (2000). Postpartum depression: identification of women at risk. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*;107:1210-7.
- FORTY L, JONES L, MACGREGOR S, CAESAR S, COOPER C, HOUGH A, JONES I. (2006). Familiality of postpartum depression in unipolar disorder: Results of a family study. *The American Journal of Psychiatry*, 163(9), 1549 - 1553. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.9.1549>
- FREEMAN MP, SMÍTH KW, FREEMAN SA, et al (2002). The impact of reproductive events on the course of bipolar disorder in women. *The Journal of clinical psychiatry*;63:284-7.
- FRIEDMAN AND RESCNIK (2009). Postpartum depression: an update. *Womens Health* 5(3):287-95.
- GAGNON AJ, SANDALL J (2007). Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 3, CD002869.
- GAÍLLARD A, LESTRAT Y, MANDELBROT L, KEÍTA H, DUBERTRET C (2014). Predictors of postpartum depression: prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry Res* 215(2):341–6.
- GALE and HARLOW (2003). Postpartum mood disorders: a review of clinical and epidemiological factors, *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 24(4):257-66.
- GAREL M, SALOBİR C, BLONDEL B (1997). Psychological consequences of having triplets: a four year follow-up study. *Fertil Steril*;67: 1162-5.
- GARTNER LM, MORTON J, LAWRENCE RA et al (2005). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*;115(2):496-506.
- GLAVÍN K, SMÍTH L, SORUM R (2009). Prevalence of postpartum depression in two municipalities in Norway. *Scand J Caring Sci* 23(4):705–10.
- GLYNN LM, DAVÍS EP, SANDMAN CA (2013). New insights into the role of perinatal HPA-axis dysregulation in postpartum depression. *Neuropeptides* 47:363–70. doi:10.1016/j.npep.2013.10.007
- GOKER A, YANIKKEREM E, DEMET MM, DİKAYAK S, YILDİRİM Y, KOYUNCU FM (2012). Postpartum depression: is mode of delivery a risk factor? *ISRN obstetrics and gynecology*.
- GOLDBORT J (2006). Transcultural analysis of postpartum depression. *MCN Am J Matern Child Nurs*;31: 121-126
- GONÍDAKÍS F, RABAVÍLAS A,D, VARSAU E et al (2007). Maternity blues in Athens, Greece: A study during the first 3 days after delivery. *Journal of Affective Disorders*;99:107–115.
- GOODMAN JH (2004). Postpartum depression beyond the early postpartum period. *Jognn*;33:310-20.
- GOODMAN SH, ROUSE MH, CONNELL AM, BROTH MR, HALL CM, HEYWARD D (2011). Maternal depression and child psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical child and family psychology review*;14:1-27.
- GOYAL D, MURPHY SO, COHEN J (2006). Immigrant Asian Indian women and postpartum depression. *J.Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs*.35(1),98–104.

- GÖLBAŞI Z, EĞRİ G (2010). Doğum sonu dönemde annenin bakımına yönelik yapılan geleneksel uygulamalar. Cumhuriyet Tıp Dergisi; 32:276-282.
- GÖNENÇ İM, ÇAKIRER ÇALBAYRAM N (2017). Gebelerin, gebe okulu programı hakkındaki görüşleri ve eğitim sonrası deneyimleri. Journal of Human Sciences, 14(2), 1609-1620. doi:10.14687/jhs.v14i2.4424
- GRACE SL, EVİNDAR A, STEWART DE (2003). The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: a review and critical analysis of the literature. Arch Women's Ment Health 6(4):263-74.
- GREEN K, BROOME H, MİRABELLA J (2006). Postnatal depression among mothers in the United Arab Emirates:Socio-cultural and physical factors. Psychol Health Med 11(4): 425-31.
- GRİGORİDAS S (2006). Postpartum and its mental health problems. Romans SE, Seeman MV (eds.) Women's Mental Health. Philadelphia; Lippincott, Williams and Wilkins; 283-296.
- GROER MW (2005). Differences Between Exclusive Breastfeeders, Formulafeeders, And Controls: A Study of Stress, Mood, And Endocrine Variables. Biological Research For Nursing; 7(2): 106- 17.
- GROER MW, DAVIS MW (2006). Cytokines, infections, stress, and dysphoric moods in breastfeeders and formula feeders. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing; 35:599-607.
- GROF P, ROBBİNS W, ALDA M, et al (2000). Protective effect of pregnancy in women with lithiumresponsive bipolar disorder. Journal of affective disorders;61:31-9.
- GROSS KH, WELLS CS, RADİGAN-GARCİA A, DİETZ PM (2002). Correlates of Self-Reports of Being Very Depressed In The Months After Delivery: Results From The Pregnancy Risk Assessment Monitoring System. Matern Child Hlth J;6(4):247-53. 313
- GULSEREN L, EROL A, GULSEREN S, KUEY L, KİLİC B, ERGOR G (2006). From antepartum to postpartum:a prospective study on the prevalence of peripartum depressionin a semiurban Turkish community.J Reprod Med 51(12): 955-60.
- GUSZKOWSKA M (2014). The effect of exercise and childbirth classes on fear of childbirth and locus of labor pain control. Anxiety, Stress & Coping, 27(2), 176-189. doi: 10.1080/10615806.2013.830107.
- GÜLDÜR A (2016). Gebe Okulunda Emzirme Eğitim Alan ve Eğitim Almayan Annelerin Emzirmeye İlişkin Davranışları ve Emzirme Öz-Yeterliliğinin Değerlendirilmesi. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.. Danışman: Yrd.Doç.Dr. Kerime Derya Beydağ. İstanbul
- GÜLSEREN L (1999). Doğum Sonrası Depresyon. Türk Psikiyatri Dergisi; 10(1):58-67
- GÜNGÖR İ, RATHFİSCH G, KIZILKAYA BN (2013). Kadın sağlığı hemşirelerinin rol yetki ve sorumluluklarının uluslararası düzeyde irdelenmesi.F. N. Hem. Derg. 21(1), 49-56.
- GÜREL S, GÜREL H (2000). The evaluation of determinants of early postpartum low mood: the importance if parity and inter-pregnancy interval. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. Volume 91, Issue 1, July 2000, Pages 21-24. [https://doi.org/10.1016/S0301-2115\(99\)00224-9](https://doi.org/10.1016/S0301-2115(99)00224-9)
- HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ NÜFUS ETÜTLERİ ENSTİTÜSÜ, TÜRKİYE NÜFUS VE SAĞLIK ARAŞTIRMASI (TNSA)(2013). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara: Türkiye.

- HALBREICH U, KARKUN S (2006). Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *J Affect Disord.* Apr;91(2-3):97-111. Epub 2006 Feb 7. DOI: 10.1016/j.jad.2005.12.051
- HALLGREN A, KÍHLGREN M, NORBERG A, FORSLÍN L (1995). Women's perceptions of childbirth and childbirth education before and after education and birth. *Midwifery*; 11: 130-137.
- HAMILTON-DOOD C, KAWAMOTO T, CLARK F, BURKE JP, FANCHIANG SP (1989). The Effects of a maternal preparation program on mother- infant pairs: a pilot study. *The American Journal of Occupational Therapy*; 43: 513-521.
- HAMMEN CL (2003). Interpersonal stress and depression in women. *J. Affect. Disord.* 74:49–57.
- HANFIELD B, BELL R (1995). Do childbirth classes influence decision making about labor and postpartum issues? *Birth*; 22: 153-160.
- HANNAH P, ADAMS D, LEE A, GLOVER V, SANDLER M (1992). Links between early post-partum mood and post-natal depression. *Br J Psychiatry*.Oct;161:577-8.
- HARDING JJ (1989). Postpartum psychiatric disorders: A review. *Compr Psychiatry*; 30: 109-112.
- HARRIS B, JOHN S, FUNG H et al (1989). The hormonal environment of post-natal depression. *Br J Psychiatry*; 154:660- 667
- HAU WLF, LEVY VA (2003). The maternity blues and Hong Kong Chinese women: an explanatory study. *Journal of Affective Disorders*;75:197-203.
- HERBERT P (1994). Support of first-time mothers in the first three months after birth. *Nurs Times*; 90:36-37
- HERGÜNER S, ÇİÇEK E, ANNAGÜR A, HERGÜNER A, ÖRS R (2014). Doğum şeklinin doğum sonrası depresyon, algılanan sosyal destek ve maternal bağlanma ile ilişkisi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*; 27: 15 2014;20.
- HETHERINGTON SA (1990). A controlled study of the effect of prepared childbirth classes on obstetric outcomes. *Birth*; 17 (2): 86-90.
- HO I, HOLROYD E (2002). Chinese women's perceptions of the effectiveness of antenatal education in the preparation for motherhood. *Journal of Advanced Nursing*; 38: 74-85.
- HONEY KL, BENNETT P, MORGAN M (2003). Predicting postnatal depression. *J Affect Disord*; 76: 201-210.
- HOPKINS J, MARCUS M, CAMPBELL SB (1984). Postpartum depression: a critical review. *Psychological Bulletin*;95:498.
- HOWELL EA, MORA PA, HOROWITZ CR, LEVENTHAL H (2005). Racial and ethnic differences in factors associated with early postpartum depressive symptoms. *Obstetrics and Gynecology*; 105:1442.
- HO-YEN SD, BONDEVİK GT, EBERHARD-GRAN M, BJORVATN B (2007). Factors associated with depressive symptoms among postnatal women in Nepal. *Acta Obstet Gynecol Scand.*;86(3):291-7. DOI: 10.1080/00016340601110812
- HUANG MC, WANG YB, CHAN CH (2008). Estrogen- progesterone combination for treatment-refractory postpartum mania. *Psychiatry Clin Neurosci* 2008; 62(1): 126.

- HUMENICK SS (2004). Maternity & Women's Health Care. In: Childbirth and Perinatal Education. Eds: Lowdermilk DL, Perry SE, 8th ed, Mosby, USA, p. 448-467.
- HUNG CH (2004). Predictors of postpartum women's health status. *JNursScholarsh*;36:345-51.
- INANDI T, BUGDAYCI R, DUNDAR P, SUMER H, SASMAZ T (2005) . Risk Factors For Depression In The First Postnatal Year. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*;40(9):725-30.
- INANDI T, ELCI OC, OZTURK A, EGRİ M, POLAT A, SAHİN TK (2002). Risk factors for depression in postnatal first year, in eastern Turkey. *International Journal of Epidemiology*;31:1201-7.
- IP S, CHUNG M, RAMAN G, TRİKALINOS TA, LAU J (2009). A summary of the Agency for Healthcare Research and Quality's evidence report on breastfeeding in developed countries. *Breastfeed Med*. Oct;4 Suppl 1:S17-30. doi: 10.1089/bfm.2009.0050.
- IP-2 WY, TANG CSK, GOGGİNS WB (2009). An intervention to improve women's ability to cope with childbirth. *Journal of Clinical Nursing*; 18: 2125-2135.
- İSBİR GG, İNCİ F, ONAL H, AND YILDIZ PD (2016). The effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms following childbirth: an experimental study. *Applied Nursing Research*. 32, 227-232. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2016.07.013>
- İNANDI T, BUĞDAYCI R, SÜMER H, ŞAŞMAZ T (2005). Risk factors for depression in the first postnatal year a Turkish study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 40: 725-730.
- İSBİR GG, SERÇEKUŞ P, VE ÇOKER H, (2015). Doğuma hazırlık eğitiminin doğum deneyimi ve doğumdan memnuniyet üzerine etkisinin incelenmesi. *Türkiye Klinikleri J. 1(1)*, 10-5.
- JOSEFSSON A, ANGELSIÖÖ L, BERG G, EKSTRÖM CM, GUNNERVİK C, NORDİN C, et al (2002). Obstetric, somatic and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstet Gynecol*;99: 223-228.
- JOSEFSSON A, SYDSJÖ G (2007). A follow-up study of postpartum depressed women: recurrent maternal depressive symptoms and child behavior after four years. *Archives of Women's Mental Health*; 10:141-5.
- KADAYIFÇI O (2005). *Lamaze Yöntemi ile Doğuma Hazırlık ve Doğum* (Edit). Nobel Kitabevi, Adana, 2-35.
- KARABULUT Ö, POTUR CD, MERİH YD, MUTLU SC, DEMİRCİ N (2016) Does antenatal education reduce fear of childbirth? *International Nursing Review*, 63, 60-67.
- KARAÇAM Z, AKYÜZ E (2011). Doğum Eyleminde Verilen Destekleyici Bakım ve Ebe / Hemşirenin Rolü. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 19 (1), 45-53. Retrieved from <http://dergipark.gov.tr/fjn/issue/9003/112184>
- KARAÇAM Z (2015). Normal Postpartum Dönemin Fizyoloji ve Bakımı, Ed. girin A, Kavlak O, Kadın Sağlığı (GeniÇletilmiÇ 2. Baskı), Bölüm 37, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 460-487.
- KARAÇAM Z, KİTİŞ Y (2009). The Postpartum Depression Screening Scale: Its reliability and validity for the Turkish population. *Turkish Journal of Psychiatry*, 19(2).
- KARAMUSTAFALIOĞLU N, TOMRUK N (2000). Postpartum hüzün ve depresyonlar. *Duygudurum Dizisi*;2:64-71.

- KARİMİ S, KAZEMİ F, MASOUMİ SZ, SHOBEİRİ F, ROSHANAËİ G (2016). Effect of Consultation and Educating in Preparation Classes for Delivery on Pregnancy Consequences: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Electronic Physician*, 8(11), 3177-83. doi: <http://dx.doi.org/10.19082/3177>
- KARTAL B, KARATAŞ N, BAŞER M (2016). The Effect of Education Given to the Primiparous Pregnant Women on Postpartum Depression. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*;26(4):197-204. doi: 10.5336/gynobstet.2016-52028
- KAVLAK O (2004). Maternal Bağlanma Ölçeğinin Türk Toplumuna Uyarlanması, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir.
- KENDELL RE (1985). Emotional and physical factors to the genesis of puerperal mental disorders. *J Psychosom Res* 1985; 29: 3-11.
- KENDELL RE, CHALMERS JC, Platz C (1987). Epidemiology of puerperal psychosis. *Br J Psychiatry*; 150(5):662-673.
- KENNEDY RL, MALABU UH, JARROD G, NĠGAM P, KANNAN K, RANE A (2010). Thyroid function and pregnancy: before, during and beyond. *J. Obstet. Gynaecol.* 30:774–83. doi: 10.3109/01443615.2010.517331.
- KHEİRABADİ GR, MARACY MR, BAREKATAİN M, et al. (2009). Risk factors of postpartum depression in rural areas of Isfahan Province, Iran. *Arch Iran Med* 12(5):461–7.
- KIRKAN TS (2014). Gebelik ve doğum sonrası dönemde depresyon yaygınlığı ve ilişkili faktörler: bir izlem çalışması. Erzurum: Atatürk Üniveristesi Tıp Fakültesi.
- KIZILIRMAK A, BAŞER M (2016). The effect of education given to primigravida women on fear of childbirth. *Applied Nursing Research*, 29, 19–24.
- KİRLEK F, CAN H (2016). Postpartum Dönem, Sevil Ü, Ertem G (Editörler), Perinatoloji ve Bakım, Bölüm 8, Nobel Tıp Kitap Evleri, Ankara, 2016, 409-426.
- KİRPİNAR I, GOZUM S, PASİNLİOĞLU T (2010). Prospective Study Of Postpartum Depression İn Eastern Turkey Prevalence, Socio-Demographic And Obstetric Correlates, Prenatal Anxiety And Early Awareness. *Journal Clinical Nursing*; 19(3): 422- 31.
- KİRPİNAR İ, TEPELİ İÖ, GÖZÜM S, PASİNLİOĞLU T (2012). Erzurum il merkezinde doğum sonrası depresyonlarının sıklık ve yaygınlığı ile DSM-IV tanısıl dağılımı: İleriye dönük bir çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 13(1):16-23.
- KLAİNİN P, ARTHUR D (2009). Postpartum depression in asian cultures: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*; 46: 1355–1373
- KOCAMANOĞLU B (2008). Postpartum dönemde görülen ruhsal sorunların sosyo-demografik, psikiyatrik ve obstetrik özellikler açısından yönünden değerlendirilmesi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı Yayınlanmış Uzmanlık Tezi, Samsun.
- KOÇ E, OSKAY Ü (2015). Postpartum dönemde cinsellik ve danışmanlık. *KASHED*; 2(1): 15- 26.
- KORJA R, SAVONLAHTI E, AHLQVİST-BJÖRKROTH S, STOLT S, HAATAJA L, LAPİNLEİMU H, PİHA J, LEHTONEN L; PIPARI STUDY GROUP. (2008). Maternal depression is associated with mother-infant interaction in preterm infants. *Acta Paediatr.* 97,724–730. doi: 10.1111/j.1651-2227.2008.00733.x.

- KOUTRA K, VASSILAKI M, GEORGIOU V (2014). Antenatal maternal mental health has determinant of postpartum depression in a population based mother-child cohort (Rhea Study) in Crete, Greece. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 49(5):711–21.
- KOZINSZKY Z, DUDAS RB, CSATORDAI S, et al (2011). Social dynamics of postpartum depression: a population-based screening in South-Eastern Hungary. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*;46:413-23.
- KÖMÜRCÜ N, ERGİN AB (2008). *Doğum Ağrısı ve Yönetimi*. Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Şti. İstanbul
- KRAMER MS, KAKUMA R (2012). Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*;8:Cd003517.
- KRONBORG CS, GJEDSTED J, VITTINGHUS E, HANSEN TK, ALLEN J, KNUDSEN UB (2011). Longitudinal measurement of cytokines in pre- eclamptic and normotensive pregnancies. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*;90:791-6.
- KURÇER MA, KELEŞ E (2009). Doğum sonrası depresif belirtilere sigaranın ve gebelikteki bazı sorunların ilk ve günlerdeki etkisinin karşılaştırılması. *TAF Prev Med Bull*;8:323–8.
- KURT A, KISA C (2004). Postpartum hüzün. *3P Dergisi*; (ek 4);7-11.
- LANES A, KUK JL, TAMİM H. (2011). Prevalence and characteristics of postpartum depression symptomatology among Canadian women: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 11:302.
- LAZARUS RS, FOLKMAN S (1984). *Stress, appraisal, and coping*: Springer publishing company.
- LEE LYK, HOLROYD E (2009). Evaluating the effect of childbirth education class: a mixed method study. *International Nursing Review* 2009; 56: 361-368.
- LEE SH, LIU LC, KUO PC, LEE MS (2011). Postpartum depression and correlated factors in women who received in vitro fertilization treatment. *J Midwifery Womens Health* 56(4):347-52.
- LESCH KP, MÖSSNER R (1998). Genetically driven variation in serotonin uptake: is there a link to affective spectrum, neurodevelopmental, and neurodegenerative disorders? *Biological psychiatry*;44:179-92.
- LEUNG SSK, MARTINSON IM, ARTHUR D (2005). Postpartum depression and related psychosocial variables in Hong Kong Chinese women: Findings from a prospective study. *Res Nurs Health*; 28:27-38.
- LIU S, YAN Y, GAO X, XIANG S, SHA T, ZENG G, HE Q (2017). Risk factors for postpartum depression among Chinese women: path model analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. May 2(1):133. doi: 10.1186/s12884-017-1320-x.
- LOWDERMILK, DL, PERRY SE (2007). *Maternity & Women's Health Care*. Childbirth and perinatal education. 9th ed. China: Mosby, 428-446. Mamuk
- LU MC, PRENTICE J, YU SM, INKELAS M (2003). Childbirth education classes: sociodemographic disparities in attendance and the association of attendance with breastfeeding initiation. *Maternal and Child Health Journal*; 7 (2): 87-93.
- LUMLEY J, BROWN S. (1993). Attenders and Nonattenders at Childbirth Education Classes in Australia: How Do They and Their Births Differ?, *Birth*; 20 (3); 123-131
- LUPPI P (2003). How immune mechanism are affected by pregnancy. *Vaccine* 2003; 21(24): 3352-3357.

- LYNCH CD, PRASAD MR (2014). Association between infertility treatment and symptoms of postpartum depression. November 2014 Volume 102, Issue 5, Pages 1416–1421. doi: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2014.07.1247>
- MAES M, LİN AH, OMBELET W. et al. (2000). Immune activation in the early puerperium is related to postpartum anxiety and depressive symptoms. *Psychoneuroendocrinology* 25(2):121–37.
- MAGRİPLES U, BOYNTON MH, KERSHAW TS, LEWİS J, RİSİNG SS, TOBİN JN, EPEL E, İCKOVİCS JR (2015). The impact of group prenatal care on pregnancy and postpartum weight trajectories. *Am J Obstet Gynecol*. Nov;213(5):688.e1-9. doi: 10.1016/j.ajog.2015.06.066. Jul 9.
- MALATA A, HAUCK Y, MONTEROSSO L, MCCAUL K (2007). Development and evaluation of a childbirth education programme for Malawian women. *Journal of Advanced Nursing*; 60: 67-78.
- MANDELLİ L, SERRETTİ A (2013). Gene environment interaction studies in depression and suicidal behavior: an update. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*;37:2375-97.
- MARAKOĞLU K, ÖZDEMİR S, ÇİVİ S (2009). Postpartum depresyon. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*;29:206- 14.
- MARİAM KA, SRİNİVASAN K (2009). Antenatal psychological distress and postnatal depression: a prospective study from an urban clinic. *Asian Journal of Psychiatry*; 2: 71-73
- MARRS CR, DURETTE RT, FERRARO DP, CROSS CL (2009). Dimensions of postpartum psychiatric distress: preliminary evidence for broadening clinical scope. *J Affect Disord*; 115(1-2): 100-11.
- MASMOUDİ J, CHARFEDDİNE F, TRABELSİ S, FEKİ I, BEN AYAD B, GUERMAZİ M, BAÂTİ I, JAOUA A (2014). [Postpartum depression: prevalence and risk factors. A prospective Study concerning 302 Tunisian parturients]. *Tunis Med*. Oct;92(10):615-21.
- MASOUMİ SZ, KAZEMİ F, OSHVANDİ K, JALALİ M, ESMAEİLİ-VARDANJANİ A, RAFİEİ NH (2016). Effect of training preparation for childbirth on fear of normal vaginal delivery and choosing the type of delivery among pregnant women in Hamadan, Iran: A Randomized Controlled Trial. *J Fam Reprod Health*, 10(3), 115-121.
- MCCARTER-SPAULDİNG, D, SHEA S (2016). Effectiveness of Discharge Education on Postpartum Depression. *MCN. The American journal of maternal child nursing*, 41(3), 168–172. Doi:10.1097/NMC.0000000000000236
- MCCOY SJ, BEAL JM, SAUNDERS B, HİLL EN, PAYTON ME, WATSON GH (2008). Risk factors for postpartum depression: a retrospective investigation. *J Reprod Med*. Mar;53(3):166-70.
- MCLEARN KT, MİNKOVİTZ CS, STROBİNO DM, MARKS E, HOU W (2006). Maternal depressive symptoms at 2 to 4 months post partum and early parenting practices. *Arch Pediatr Adolesc Med*. Mar;160(3):279-84.
- MEHTA D, QUAST C, FASCHİNG PA, et al (2012). The 5-HTTLPR polymorphism modulates the influence on environmental stressors on peripartum depression symptoms. *Journal of affective disorders*;136:1192-7.
- MELTZER-BRODY S (2011). New insights into perinatal depression: pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum. *Dialogues Clin Neurosci*;13:89-100.
- METE S (2013). Doğuma Hazırlık Sınıfları ve Doğal Doğum. I. Ulusal Doğal Doğum Kongresi (Sözel Bildiri). İstanbul Üniversitesi Kongre Kültür Merkezi, 24-26 Nisan 2013, İstanbul.

- METE S, ÇİÇEK Ö, TOKAT MA, ÇAMLİBEL M. VE ULUDAĞ E. (2017). Doğuma hazırlık sınıflarının doğum korkusu, doğum tercihi ve doğuma hazır oluşluğa etkisi. *Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 9(3), 201-206.
- METE S, ERTUĞRUL M, ULUDAĞ E (2015). Bir Doğuma Hazırlık Eğitim Programı “Doğumda Farkındalık”. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(2), 131-141.
- METE S, GÖKÇE İİ, ÇEÇE Ö VE TOKAT AM (2013). Doğuma hazırlık sınıfının doğum korkusuna, doğuma hazır oluşluğa ve doğum şekli tercihine etkisi. I. Ulusal Doğal Doğum Kongresi. Sözel Sunum, İstanbul Üniversitesi kongre kültür merkezi, 24-26 Nisan 2013, İstanbul.
- METE S, YENAL K, OKUMUŞ H (2007). Doğuma hazırlık sınıfı emzirme başarı algısını ve özelliklerini etkiler mi? 5. Uluslar Arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kongre Kitabı, 265, 10-22 Nisan, Ankara.
- MEZZACAPPA ES, KATLİN ES (2002). Breast-feeding is Associated With Reduced Perceived Stress And Negative Mood In Mothers. *Health Psychol*; 21(2): 187- 93.
- MİLLER ES, HOXHA D, WİSNER KL, GOSSETT DR (2015). The impact of perinatal depression on the evolution of anxiety and obsessive-compulsive symptoms. *Arch Womens Ment Health*;18:457-61.
- MIQUELUTTI MA, CECATTI JG, MAKUCH MY (2013). Evaluation of a birth preparation program on lumbopelvic pain, urinary incontinence, anxiety and exercise: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(154), 1-9. doi: 10.1186/1471-2393-13-154
- MONGAN M (2005) *HypnoBirthing: The Mongan Method*. Deerfield Beach, FL: Health Communications, Inc.
- MONTAZERİ A, TORKAN B, OMİDVARİ S (2007). The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): Translation and Validation Study of The Iranian Version. *BMC Psychiatry*;7(1):11.
- MOORE ML (1983). *Realities in childbearing*. Second Edition, W.B. Saunders Comp., USA, p: 259-273
- MOSES-KOLKO EL, BERGA SL, KALRO B, SİT DK, WİSNER KL (2009). Transdermal estradiol for postpartum depression: a promising treatment option. *Clinical obstetrics and gynecology*, 52(3), 516–529. doi:10.1097/GRF.0b013e3181b5a395
- MUNK-OLSEN T, LAURSEN TM, PEDERSEN CB, MORS O, MORTENSEN PB (2006). New parents and mental disorders: a population-based register study. *JAMA*.;296:2582-9
- MURRAY L, ARTECHE A, FEARON P, HALLİGAN S, GOODYER I, COOPER P (2011). Maternal postnatal depression and the development of depression in offspring up to 16 years of age. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*;50:460-70.
- NAKKU J, NAKASİ G, MİREMBE F (2006). Postpartum major depression at six weeks in primary health care: prevalence and associated factors. *African health sciences*;6.
- NEWPORT JD, HOSTETER A, ARNOLD A et al (2002). The treatment of postpartum depression: minimizing infant exposures. *J Clin Psychiatry*;63(7): 31-44
- NİCHOLS FH (1996) The meaning of the childbirth experience: A review of the literature. *Journal Perinatology Educations*. 5: 71–7.
- NİCHOLS MR (1995) Adjustment to new parenthood attenders versus nonattenders prenatal education classes. *Birth* 1995; 22: 21-27.
- NOBLE RE (2005). Depression in women. *Metabolism*;54: 49-52

- NOORLANDER Y, BERGİNK V, BERG MP (2008). Perceived and observed mother– child interaction at time of hospitalization and release in postpartum depression and psychosis. *Archives of Women's Mental Health*; 11: 49–56.
- NORHAYATI MN, HAZLİNA NH, ASRENEE AR, EMİLİN WM. (2015). Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *J Affect Disord* 175:34-52. doi: 10.1016/j.jad.2014.12.041.
- NUR N, ÇETİNKAYA S, BAKIR DA, DEMİREL Y (2004). Prevalence of postnatal depression and risk factors in women in Sivas city (Sivas İl Merkezindeki Kadınlarda Postnatal Depresyon Prevalansı ve Risk Faktörleri). *Cumhuriyet Tıp Derg.*;26:55-9
- NYLEN KJ, O'HARA MW, BROCK R, MOEL J, GORMAN L, STUART S. (2010). Predictors of the longitudinal course of postpartum depression following interpersonal psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 78(5):757–63.
- O'HARA AND MCCABE (2013). Postpartum depression: current status and future directions. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 9:379–407
- O'HARA AND SWAIN (1996). Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. *Int. Rev. Psychiatry* 8:37–54.
- O'HARA M, SEGRE LS (2009). Psychologic disorders of pregnancy and the postpartum period. *Danforth Obstetric and Gynecology tenth edition*, 28. section, 2009:504-505.
- O'KEANA V, LIGHTMAN S, PATRICK K et al (2011). Changes in the maternal hypothalamic-pituitary-adrenal axis during the early puerperium may be related to the postpartum blues. *Journal of Neuroendocrinology*;23,1149–1155.
- O'NEILL T, MURPHY P, GRENE VT (1990). Postnatal depression etiological factors. *Ir Med J*;83: 17-18.
- O'HARA MW, SCHLECHTE JA, LEWIS DA et al (1991). Prospective study of postpartum blues: biologic and psychosocial factors. *Arch Gen Psychiatry*;48:801-806.
- O'HARA MW, WISNER KL (2014). Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*;28:3-12.
- OKANO T, NAGATA S., HASEGAWA M, NOMURA J, KUMAR R (1998). Effectiveness of antenatal education about postnatal depression: A comparison of two groups of Japanese mothers. *Journal of Mental Health*, 7(2), 191-198.<http://dx.doi.org/10.1080/09638239818238>
- OKUMUŞ H, METE S, AYTUR T, YENAL K, DEMİR N (2002). Doğuma hazırlık sınıfının doğum sürecine etkisi. *Klinik Bilimler & Doktor- Kadın Doğum Dergisi*; 8(6): 771775
- OKUMUŞ H, YENAL K, OZAN YD, ÖZTÜRK E (2015). Ülkemizde doğuma hazırlık sınıflarına ilişkin yapılan bilimsel çalışmalar: literatür derlemesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics*;1(1):16-24.
- ONAT BAYRAM G, HOTUN ŞAHİN N (2010). Doğuma hazırlık eğitimi modelleri ve güncel yaklaşımlar. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 7 (3), 36-42.
- ORHON FŞ, ULUKOL B, SOYKAN A (2008). Risk Factors For Postpartum Depression In A Well-Child Clinic: Maternal And Infant Characteristics Bir Sağlıklı Çocuk Polikliniğinde Doğum Sonrası Depresyonda Risk Faktörleri: Anneye ve Bebeğe Ait Özellikler. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*;61(01).

- OZDEMİR H, ERGİN N, SELİMOĞLU K, BİLGEL N (2005). Postnatal depressive mood in Turkish women. *Psychology, health & medicine*;10:96-107.
- OZDEMİR S, MARAKOĞLU K, CİVİ S (2008). Risk of postpartum depression and affecting factors in Konya Center. *TAF-Preventive Medicine Bulletin*;7:391.
- ÖZCAN NK, BOYACIOĞLU NE, DİNÇ H (2017). Postpartum Depression Prevalence and Risk Factors in Turkey: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Arch Psychiatr Nurs*. Aug;31(4):420-428. doi: 10.1016/j.apnu.2017.04.006. Epub 2017 Apr 12.
- ÖZCEREZCİ GÜNER Ö, KAVLAK O (2016). *Perinatoloji ve Bakım*. Editörler: Sevil Ü. ve Ertem G. İstanbul: Nobel Kitabevi.
- ÖZDEMİR S (2007). Konya ilinde postpartum depresyon sıklığı ve ilişkili sosyodemografik etmenler. S.Ü.Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Konya
- ÖZGÜR G (1993). Sosyal destek ve sağlıkk. *Türk Hemşireler Dergisi* 4(2), 25-26.
- ÖZKAN H, ÜST ZD, GÜNDOĞDU A, ÇAPIK A, ŞAHİN SA (2014). Erken postpartum dönemde emzirme ve depresyon arasındaki ilişki. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*; 48(2): 124-31.
- ÖZORHAN EY, EJDER APAY S, ŞAHİN ALTUN Ö (2014). Gebelikte Ruh Sağlığı. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi*; 3 (2): 33- 42.
- PARK ER, CHANG Y, QUINN, V, REGAN S, COHEN L, VIGUERA A, RIGOTTI N (2009). The association of depressive, anxiety, and stress symptoms and postpartum relapse to smoking: a longitudinal study. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 11(6), 707–714. doi:10.1093/ntr/ntp053
- PATEL M, BAILEY RK, JABEEN S, ALI S, BARKER NC, OSIEZAGHA K (2012). Postpartum depression: areview. *J Health Care Poor Underserved*;23:534-42.
- PAUDEL YR, MEHATA S, PAUDEL D, MAUREEN DARIANG BM, ARYAL KK, POUDEL P, KING S, BARNETT S (2015). Women's Satisfaction of Maternity Care in Nepal and Its Correlation with Intended Future Utilization. *International journal of reproductive medicine*. Volume 2015, Article ID 783050, 9 pages <http://dx.doi.org/10.1155/2015/783050>
- PETERSSON K, PETERSSON C, HAKANSSON A (2004). What is good parental education? *Nordic College of Caring Sciences*; 18: 82-89.
- PİLLİTTERİ A (2007). *Childbirth Education. Maternal & Child Health Nursing (5rd Edition)*. New York: Lippincott Williams and Wilkins.
- QUELOPANA AM, CHAMPION JD, REYES-RUBILAR T (2011). Factors associated with postpartum depression in Chilean women. *Health care for women international*;32:939-49.
- RAISANEN S, LEHTO SM, NIELSEN HS, GISSLER M, KRAMER, MR, HEINONEN S (2013). Fear of childbirth predicts postpartum depression: a population-based analysis of 511 422 singleton births in Finland. *BMJ Open* 28;3-(11).
- RAISON CL, CAPURON L, MILLER AH (2006). Cytokines sing the blues: inflammation and the pathogenesis of depression. *Trends in immunology*;27:24-31.
- RAMCHANDANI PG, RICHTER LM, STEIN A, NORRIS SA (2009). Predictors of postnatal depression in an urban South African cohort. *J Affect Disord* 113(3):279–84.

- RAMEZANİ S, KHOSRAVİ A, MOTAGHİ Z, HAMİDZADEH A, MOUSAVİ SA (2017). The effect of cognitive-behavioural and solution-focused counselling on prevention of postpartum depression in nulliparous pregnant women. *J Reprod Infant Psychol* Apr;35(2):172-182. doi: 10.1080/02646838.2016.1266470.Dec 30.
- READING R, REYNOLDS S (2001). Debt, social disadvantage and maternal depression. *Social Science and Medicine*;53:441-53.
- RECK C, STEHLE E, REİNİG K, MUNDT C (2009). Maternity blues as a predictor of dsm-iv depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *Journal of Affective Disorders*; 113: 77–87.
- RECK C, STRUBEN K, BACKENSTRASS M et al (2008). Prevalence, onset and comorbidity of postpartum anxiety and depressive disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*;118:459-68.
- REEDER S, MARTİN L, GRİFFİN D (1997). Maternity nursing family, newborn and women's health care. Eighteenth Edition, Lippincott Comp., USA, p: 474-499.
- RENKERT S, NUTBEAM D (2001). Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: an exploratory study. *Health Promotion International*; 16 (4): 381-388.
- RİCE SİMPSON, K, CREEHAN PA (2014). Perinatal Nursing. AWHONN Promoting the Health of Women and Newborns. Fourth Edition. London: Wolters Kluwer.
- RİCH-EDWARDS JW, KLEİNMAN K, ABRAMS Aet all (2006). Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *J Epidemiol Community Health*;60:221-227.
- RİGHETTİ-VELTEMA M, CONNE-PERREARD E, BOUSQUET A, MANZANO J (1998). Risk factors and predictivesigns of postpartum depression. *J Affect Disord*; 49:167180
- ROBERTSON E, GRACE S, WALLİNGTON T, STEWART DE (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: A synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry* 26(4):289-95.
- RUBİN LH, CARTER CS, DROGOS L, POURNAJAFİNAZARLOO H, SWEENEY JA, MAKİ PM (2010). Peripheral oxytocin is associated with reduced symptom severity in schizophrenia. *Schizophr Res*; 124(1- 3): 13-21.
- SABUNCUOĞLU O, BERKEM M (2006). Bağlanma Biçemi ve Doğum Sonrası Depresyon Belirtileri Arasındaki İlişki: Türkiye'den Bulgular. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 17(4):252-258.
- SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE HALK SAĞILIĞI KURUMU GEBE BİLGİLENDİRME SINIFI GENELGESİ (2014) /28, Sayı:57536863/010.06. http://kadinureme.thsk.saglik.gov.tr/Dosya/Daire_calismalari/gebebilgi1link.pdf
- SALGIN A, GÖKÇAY G, YÜCEL B ve ark (2007). Effects of postpartum depression on breastfeeding and child development. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*,70(3): 70-73.
- SANAR PS, DEMİRCİ H (2018). Lohusa Okulunda Annelere Verilen Planlı Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi: Bilinçli Annelerden Sağlıklı Nesillere *J Biotechnol and Strategic Health Res.*;2(3):174-181
- SARPKAYA GÜDER D (2018). Primipar Kadınlara Verilen Doğuma Hazırlık Eğitiminin Doğum Korkusuna Ve Sonuçlarına Etkisi. Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi. Lefkoşa. (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Gülşen Vural)

- SAYIN AA (2016). Doğum Sonrası Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Faktörler. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı Yayınlanmış Tıpta Uzmanlık Tezi, Konya, 2016
- SCHNEIDER Z (2001). Antenatal education classes in Victoria: what the women said. Australian College of Midwives Incorporated;14:14-21.
- SCRANDIS DA, LANGENBERG P, TONELLI LH, et al (2008). Prepartum depressive symptoms correlate positively with C-reactive protein levels and negatively with tryptophan levels: a preliminary report. International journal of child health and human development: IJCHD;1:167.
- SCRANDIS DA, SHEIKH TM, NIAZI R, et al (2007). Depression after delivery: Risk factors, diagnostic and therapeutic considerations. ScientificWorldJ;7:1670-1682.
- SEGRE LS, O'HARA MW, ARNDT S, STUART S (2007). The prevalence of postpartum depression. Soc Psychiatr Epidemiol.;42:316-21.
- SÉGUIN L, POTVIN L, ST-DENIS M, LOISELLE J (1999). Depressive symptoms in the late postnatal among low socioeconomic status women. Birth;26:157-63.
- SERÇEKUŞ P (2010). Doğuma hazırlık sınıfı ve bireysel eğitimin gebelik ve postpartum uyuma etkisinin incelenmesi. Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- SERÇEKUŞ P (2011). Doğum korkusuna müdahale: hypnobirthing. TAF Preventive Medicine Bulletin, 10(2), 239-242.
- SERÇEKUŞ P, İSBİR GG (2012). Aktif doğum yaklaşımının kanıta dayalı uygulamalar ile incelenmesi. TAF Prev Med Bull, 11(1), 97-102.
- SERÇEKUŞ P, METE S (2010). Effects of antenatal education on maternal prenatal and postpartum adaptation. Journal of Advanced Nursing, 66 (5), 999-1010. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05253.x
- SERÇEKUŞ, P, BAŞKALE H (2016). Effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and parental attachment. Midwifery, 34, 166-172.
- SERÇEKUŞ, P. VE YENAL, K. (2015). Doğuma hazırlık sınıflarının Türkiye'deki gelişimi. Türkiye Klinikleri J. 1(1), 33-35.
- SEVEN M, AKYÜZ A (2013). Postpartum Depresyon Gelişiminde Etkisi Az Bilinen Bir Faktör: İnfertilite. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi;10 (3): 7- 11.
- SHARMA V, KHAN M, CORPSE C, SHARMA P (2008). Missed bipolarity and psychiatric comorbidity in women with postpartum depression. Bipolar Disord;10:742-7.
- SHARMA V, SHARMA P (2012). Postpartum depression: diagnostic and treatment issues. Journal of obstetrics and gynaecology Canada: JOGC= Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada: JOGC;34:436-42.
- SILVERMAN ME, LOUDON H (2010). Antenatal reports of pre-pregnancy abuse is associated with symptoms of depression in the postpartum period. Archives of women's mental health;13:411-5.
- SİT D, LUTHER J, BUYSSSE D et al. (2015). Suicidal ideation in depressed postpartum women: Associations with childhood trauma, sleep disturbance and anxiety. J Psychiatr Res.66-67:95-104.
- SİT D, ROTHSCHILD AJ, WISNER KL (2006). A review of postpartum psychosis. J Womens Health;15(4):352-368.

- SKRUNDZ M, BOLTEN M, NAST I, HELLHAMMER DH, MEINLSCHMİDT G (2011). Plasma oxytocin concentration during pregnancy is associated with development of postpartum depression. *Neuropsychopharmacology: official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 36(9), 1886–1893. doi:10.1038/npp.2011.74
- SMALL R, LUMLEY J, YELLAND J (2003). Cross-Cultural Experiences of Maternal Depression: Associations and Contributing Factors For Vietnamese, Turkish And Filipino Immigrant Women In Victoria, Australia. *Ethn Health*.;8(3):189-206.
- SORİAS O (1992). Hasta ve Sağlıklı Öğrencilerde Yaşam Stresi, Sosyal Destek ve Ruhsal Hastalık İlişkinin İncelenmesi, *Seminer- Psikoloji Dergisi*, İzmir, 9, 1992, 33-49,
- SPECA M, CARLSON LE, GOODEY E, ANGEN M (2000). A randomized, wait-list controlled clinical trial: The effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosom Medicine*. 62: 613–22.
- SPIBY H, HENDERSON B, SLADE P, ESCOTT D, FRASER, RB (1999). Strategies for coping with labour: does prenatal education translate into practice? *Journal of Advanced Nursing*;29:388-394.
- SPINELLI A, BAGLIO G, DONATI S, GRANDOLFO ME, OSBORN J (2003). Do antenatal classes benefit the mother an her baby? *The Journal of Maternal- Fetal and Neonatal Medicine*;13:94-101.
- SPONG CY, BERGHELLA V, WENSTROM KD, MERCER BM, SAADE GR (2012). Preventing the first cesarean delivery: Summary of a joint Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, Society for Maternal-Fetal Medicine, and American College of Obstetricians and Gynecologists Workshop. *Obstetrics & Gynecology*, 120(5), 1181-1193.
- STAMLER LL (1998). The participants' views of childbirth education: is there congruency with an enablement framework for patient education? *Journal of Advanced Nursing*; 28:939-947.
- STEİN A, ARTECHE A, LEHTONEN A, et al (2010). Interpretation of infant facial expression in the context of maternal postnatal depression. *Infant Behavior and Development* 2010;33:273-8.
- STEWART D (2005). Depression during pregnancy. *Canadian Family Physician*;51:1061.
- STUEBE AM, RİCH-EDWARDS JW, WİLLETT WC, MANSON JE, MİCHELS KB (2005). Duration of lactation and incidence of type 2 diabetes. *Jama*;294(20):2601-10.
- STURROCK WA, JOHNSON JA (1990). The Relationship between childbirth education classes and obstetric outcome. *Birth*;17(2): 82-87.
- SUBAŞI B, ÖZCAN H, PEKÇETİN S, GÖKER B, TUNÇ S, BUDAK B. (2013). Doğum eğitiminin doğum kaygısı ve korkusu üzerine etkisi. *Selçuk Tıp Dergisi*, 29(4), 165-167.
- SÜNTER AT, GÜZ H, CANBAZ S, DÜNDAR C (2006). Samsun il merkezinde doğum sonrası depresyonu prevalansı ve risk faktörleri. *TJOD*;3 (1): 26-31. 108
- SWORD W, LANDY CK, THABANE L et al. (2011). Is mode of delivery associated with postpartum depression at 6weeks:a prospective cohort study. *BJOG* 118(8): 966–77.
- SYLVÉN SM, ELENİS E, MİCHELAKOS T, LARSSON A, OLOVSSON M, POROMAA IS, SKALKİDOU A (2013). Thyroid function tests at delivery and risk for postpartum depressive symptoms. *Psychoneuroendocrinology* 38:1007–13. doi: 10.1016/j.psyneuen.2012.10.004.
- ŞAHİN EM, KILIÇARSLAN S (2010). Son trimester gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*; 27: 51-8

ŞAHİNGÖZ M, YUKSEL G, KARSİDAG C, UGUZ F, SONMEZ EO, ANNAGUR BB, ANNAGUR A. (2014). Birth Weight and Preterm Birth in Babies of Pregnant Women With Major Depression in Relation to Treatment With Antidepressants. *J Clin Psychopharmacol*34:226:229doi: 10.1097/JCP.0000000000000077.

ŞAYIK D, ARI S, KAYA Y, KAYA USTA E (2019). Gebe Eğitiminin Anne ve Babanın Anksiyete, Depresyon Düzeylerine Etkisi, *Osmangazi Journal of Medicine* 41(1): 23 - 31 Doi: 10.20515/otd.417377

ŞEKER SE. (2006). Doğuma hazırlık sınıflarının annenin doğum sonu fonksiyonel durumuna ve bebeğini algılamasına etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Danışman: Doç.Dr. Ümran Sevil. İzmir

ŞEN H. (2015). Yetişkin eğitimi ve doğuma hazırlık sınıfları. *Türkiye Klinikleri J. 1(1)*, 36-9.

T.C. MİLLİ EĞİTİM BAKANLIĞI (MEB) (2012). Gebelik Ve Fetüs Fizyolojisi. Hemşirelik. Ankara. <http://www.megep.meb.gov.tr>; Erişim Tarihi: 09.11.2018

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI KURUMU KADIN VE ÜREME SAĞLIĞI DAİRE BAŞKANLIĞI. GEBE BİLGİLENDİRME SINIFI EĞİTİM KİTABI. Ankara, 2014 <https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/12616,20140925-85-hskdan-gebe-bilgilendirme-sinifi-hakkinda-genelge-2014-28pdf.pdf?0>

TARKKA MT (2003). Predictors of maternal competence by first-time mothers when the child is 8 months old. *Journal of Advanced Nursing*. 41(3), 233–240.

TAŞDEMİR S, KAPLAN S, BAHAR A (2006). Doğum sonu depresyonu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*;1:105-118.

TAŞKIN L (2016). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, *Geniçletilmiş XIII. Baskı, Akademisyen Tıp Kitapevi, Ankara, 2016, 534-570.*

TATAR ES (2010). Doğum Sonu İlk Üç Ayda Annelerin Depresyon Yaşama Durumlarının Belirlenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı. Yüksek Lisans Tezi. Ankara. Danışman Yrd. Doç. Dr. Ebru Kılıçarslan Törüner

TAVARES D, QUEVEDO L, JANSEN K, SOUZA L, PİNHEIRO R, SİLVA R (2012). Prevalence of suicide risk and comorbidities in postpartum women in Pelotas. *Rev Bras Psiquiatr*;34:270-6.

TEZEL A (2006). Postpartum Depresyonun Değerlendirilmesinde, Hemşirelerin/Ebelerin Sorumlulukları. *New/Yeni Symposium Journal* 2006;1(44); 184- 7.

TEZEL A, GÖZÜM S (2005). Postpartum Dönemde Kadınlarda Görülebilen Depresif Belirtiler ve Hemşirelik Bakım. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*;12(2): 62–68.

THOME M (2000). Predictors of postpartum depressive symptoms in Icelandic women *Arch Womens Ment Health* 2000; 3: 7-14.

TİGHE SM (2009). Midwifery article an exploration of the attitudes of attenders and non-attenders towards antenatal education. *Midwifery, Article in Pres.*

TİWARİ A, CHAN KL, FONG D, et al (2008). The impact of psychological abuse by an intimate partner on the mental health of pregnant women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*;115:377-84.

TOP ED, KARAÇAM Z. (2012). Doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon belirti düzeyinin azaltılmasında eğitimin etkinliği. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi (Zekiye Karaçam)

- TORNER L, NEUMANN ID (2002). The brain prolactin system: involvement in stress response adaptations in lactation. *Stress*. 2002 Dec;5(4):249-57.
- TOWNSEND MC (2011). *Nursing Diagnoses in Psychiatric Nursing: Care Planes And Psychotropic Medications*. 8th Edition. Philadelphia: FA Davis Company; p.125- 145.
- TRELOAR S, MARTİN N, BUCHOLZ K, MADDEN P, HEATH A (1999). Genetic influences on post-natal depressive symptoms: findings from an Australian twin sample. *Psychological medicine*;29:645-54.
- TURAN JM, SAY I (2003). Community-based antenatal education in Istanbul, Turkey: effects on health behaviours. *Health Policy and Planning*;18(4):391-398.
- TÜRKİYE CUMHURİYETİ (T.C.) SAĞLIK BAKANLIĞI. TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI KURUMU, KADIN VE ÜREME SAĞLIĞI DAİRE BAŞKANLIĞI. (2013). *Gebe Bilgilendirme Sınıfı Eğitici Kitabı*. Ankara, 5-40.
- TÜRKKAN A, SABUNCU Z, ÇALIŞKAN Ö (2007). Fethiye Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesinde postpartum depresyon görülme sıklığı, XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi: 335, 23-26 Ekim, Denizli.
- UÇAR H (2014). *Gebelerin psikososyal sağlık durumları ile annelik rolü arasındaki ilişki [Yüksek Lisans Tezi]*. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, Türkiye.
- UGUZ F, AKMAN C, KAYA N, CİLLİ AS (2007). Postpartum-onset obsessive-compulsive disorder: incidence, clinical features, and related factors. *The Journal of clinical psychiatry*;68:132-8.
- ULUSOY MN (2010). *Doğum Sonrası Altı Aylık Dönemde Postpartum Depresyon Sıklığının Bebeklerin Beslenme Ve Büyümesi İle İlişiminin Longitudinal İncelenmesi*. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. (Danışman:Doç. Dr. Kamile Marakoğlu) Konya.
- UNTERMAN RR, POSNER NA, WILLIAMS KN et al (1990). Postpartum depressive disorders: Changing Trends. *Birth*;17(3):pp131-137.
- UPADHYAY RP, CHOWDHURY R, ASLYEH SALEHİ, SARKAR K, SINGH SK, SİNHA B, PAWAR A, RAJALAKSHMİ AK, KUMAR A (2017). Postpartum depression in India: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ*. Oct 1;95(10):706-717C. doi: 10.2471/BLT.17.192237. Epub 2017 Sep 5. DOI: 10.2471/BLT.17.192237
- UPADHYAYA I, AGRAWAL JK, DUBEY GP, UDUPA KN (1992). Biogenic amines and thyrotoxicosis. *Acta Endocrinol.(Copenh.)* 126:315–18 .
- UYAR S (2005). *Postpartum depresyon oluşumunu etkileyen faktörlerin araştırılması*. Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon. (Danışman: Yard.Doç.Dr.Ömer Geçici)
- UYGUR ÖF (2015). *Prematür Bebeklerin Annelerinde Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı ve İlişkili Faktörler*. Konya: Selçuk Üniversitesi.
- ÜSTÜNSÖZ A, GÜNGÖR S (2005). Antenatal eğitimin dünü ve bugünü: Kadayıfçı O (Ed) *Lamaze Yöntemi ile Doğuma Hazırlık ve Doğum*. Nobel Tıp Kitabevleri, Türkiye, p: 7-20.
- VELTEMA MR, CONNE-PERREARD E, BOUSQUET A, MANZANO J (2002). Postpartum depression and mother–infant relationship at 3 months old. *Journal of Affective Disorders*;70:291–306.
- VENKATESH KK, PHIPPS MG, TRICHE EW, ZLOTNICK C (2014). The relationship between parental stress and postpartum depression among adolescent mothers enrolled in a randomized controlled prevention trial. *Matern Child Health J* 18(6):1532–39.

- VERKERK GJ, DENOLLET J, VAN HECK GL, VAN SON MJ, POP VJ (2004). Patient Preference For Counselling Predicts Postpartum Depression: A Prospective 1-Year Follow Up Study In High-Risk Women. *J Affect Disord.*;83(1):43-8.
- VIRIT O, AKBAŞ E, SAVAŞ H, SERTBAŞ G, KANDEMİR H (2008). Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*;45:9-13.
- VIAUX-SAVELON S, DOMMARGUES M, ROSENBLUM O, BODEAU N, AIDANE E, PHILIPPON O, COHEN D (2012). Prenatal ultrasound screening: false positive soft markers may alter maternal representations and mother-infant interaction. *PloS one*, 7(1), e30935. doi:10.1371/journal.pone.0030935.
- VURAL G, AKKUZU G (1999). Normal vajinal yolla doğum yapan primipar annelerin doğum sonu 10. günde depresyon yaygınlıklarının incelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*;3:33-7.
- WALKER DS, WORRELL R. (2008). Promoting healthy pregnancies through perinatal groups: a comparison of Centering Pregnancy group prenatal care and childbirth education classes. *The Journal of perinatal education*, 17(1), 27-34.
- WALKER L, TIMMERMAN GM, KİM M, STERLING B (2002). Relationships between body image and depressive symptoms during postpartum in ethnically diverse, low income women. *Women Health*;36(3):101-21.
- WANG SY, CHEN CH (2006). Psychosocial health of Taiwanese postnatal husbands and wives. *J Psychosom Res* 60 (3): 303–7.
- WATT S, SWORD W, KRUEGER P, SHEEHAN D (2002). A Cross-Sectional Study of Early Identification of Postpartum Depression: Implications For Primary Care Providers From The Ontario Mother & Infant Survey. *BMC Fam Pract.*;3(1):5.
- WENDY C, MIEKE V, PIET B (2008). Childbirth expectations and experiences in Belgian and Dutch models of maternity care. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, Vol.26, No. 4,309-322.
- WEOBONG B, TEN ASBROEK AH, SOREMEKUN S, et al (2014). Association of antenatal depression with adverse consequences for the mother and newborn in rural Ghana: findings from the DON populationbased cohort study. *PLoS One*;9:e116333.
- WESTNEY OE, COLE OJ, MUNFORD TL (1988). The effects of prenatal education intervention on unwed prospective adolescent fathers. *Journal of Adolescent Health Care*; 9:214-218..
- WILLFORD RA (1998). The impact of prenatal education on parenting. Gonzaga University. Master Thesis, Gonzaga.
- WILSON WH, LOWDERMILK P (2006). Birth and Perinatal Education. *Maternal Child Nursing Care* (3rd Edition), New York: Elsevier Mosby.
- WISNER KL, PARRY BL, PIONTEK CM (2002).Clinical practice. Postpartum depression. *N Engl J Med.*; 347-18:194-199.
- WISNER KL, PEINDL K, HANUSA BH (1994). Symptomatology of affective and psychotic illness related to childbearing. *J Affect Disord* 1994; 30(2): 77-87.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002). Global Strategy on Infant and Young Child Feeding. Report by the Secretariat, FIFTY-FIFTH World Health Assembly, Infant and Young Child Nutrition. Geneva, Agendaitem.

WORLD HEALTH ORGANİZATİON (2006). Standards for maternal and neonatal care. In: Safer MP, ed. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth, Geneva, Switzerland: World Health Organization, 72.

WORLD HEALTH ORGANİZATİON (2009). ICD-10:International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: Tenth Revision. World Health Organization, Geneva.

XİE RH, YANG J, LİAO S, XİE H, WALKER M, WEN SW (2010). Prenatal family support, postnatal family support and postpartum depression. Aust N Z J Obstet Gynaecol. Aug;50(4):340-5. doi: 10.1111/j.1479-828X.2010.01185.x.

YAGMUR Y, ULUKOCA N (2010). Social support and postpartum depression in low- socioeconomic level postpartum women in Eastern Turkey. Int J Public Health 55(6): 543–9.

YAMAN EFE Ş, TAŞKIN L, EROĞLU K (2009). Türkiye’de postnatal depresyon ve etkileyen faktörler. J Turkish-German Gynecol Assoc 2009; 10: 14-20.

YENAL K (2006). Web ortamında yapılan gebe eğitim programının gebelerin günlük yaşam aktivitelerine etkisinin incelenmesi, Ege Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilimdalı, Doktora Tezi, İzmir 2006.

YENAL K, OKUMUŞ H, SEVİL Ü (2010). Web ortamında interaktif-antenatal danışmanlık ile gebeliğe ilişkin bilgi gereksinimlerinin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi;3(1):914.

YILDIRIM A, HACIHASANOĞLU R, KARAKURT P (2011). Postpartum Depresyon İle Sosyal Destek Arasındaki İlişki Ve Etkileyen Faktörler. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi; 8(1): 31-46.

YILDIRIM H (2015). Gebe kadınların ebeveynlik özyeterliliklerinin prenatal uyumlarına etkisi [Yüksek Lisans Tezi]. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya, Türkiye,

YILDIRIM SG, KISA C, AYDEMİR Ç (2004). Postpartum depresyon. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi (Ek 4), 12-20.

YILDIZ D (2008). Doğum sonrası dönemde annelerin bebek bakımı konusunda danışmanlık gereksinimleri ve yaklaşımlar. Gülhane Tıp Dergisi;50(4):294-298.

YILMAZ BİNGÖL T, TEL H (2007). Postpartum dönemdeki kadınlarda algılanan sosyal destek ve depresyon düzeyleri ile etkileyen faktörler. Atatürk Üniv Hem Yük Ok Der; 10(3): 15-19.

YILMAZ M, ÖNCEL S (2007). Annelik hüznü ile baş etmede hemşirenin rolü. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci;1:32-38.

YILMAZ-ESENCAN T, KARABULUT Ö, DEMİR-YILDIRIM A, ERTUĞRUL-ABBASOĞLU D, KÜLEK H, ŞİMŞEK Ç, KÜREŞİR-ÜNAL A, KÜÇÜKOĞLU S, CEYLAN Ş, YAVRUTÜRK S, KILIÇCI Ç (2018). Doğuma Hazırlık Eğitimi Alan Gebelerin Doğum Şekli, İlk Emzirme Zamanı ve Ten Tene Temas Tercihleri. FNJN Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi Cilt: 26, Sayı: 1, 2018 / FNJN Florence Nightingale Journal of Nursing Volume: 26, Number: 1. DOI: 10.26650/FNJN.387192

YİM IS, GLYNN LM DUNKEL-SCHETTER C HOBEL CJ CHİCZ-DEMET A SANDMAN CA (2009). Risk of postpartum depressive symptoms with elevated corticotropin-releasing hormone in human pregnancy. Arch Gen Psychiatry. 2009 Feb;66(2):162-9. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2008.533.

YİM IS, TANNER STAPLETON LR, GUARDİNO CM, HAHN-HOLBROOK J, DUNKEL SCHETTER C (2015). Biological and psychosocial predictors of postpartum depression: systematic review and call for integration. Annu. Rev. Clin. Psychol. 11:99–137 doi: 10.1146/annurev-clinpsy-101414-020426.

YONKERS KA, VIGOD S, ROSS LE (2012). Diagnosis, pathophysiology, and management of mood disorders in pregnant and postpartum women. *Obstet Gynecol* 2011;117:961-77.

YURDAKUL T (2015). Sıfır-Bir Yaş Bebek Sahibi Annelerde, Doğum Sonrası Depresif Semptom Taramasında; Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği İle Hasta Sağlık Anketinin Karşılaştırılması. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi. Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. (Danışman Yrd. Doç. Dr. A. Gülsen Ceyhun Peker)

ZAJICEK-FARBER M. (2009). Postnatal depression and infant health practices among high-risk women. *J Child Fam Stud* 18:236-45.

ZENCLUSSEN AC (2013). Adaptive immune responses during pregnancy. *American Journal of Reproductive Immunology*;69:291-303.

ZHANG X, WANG L, HUANG F, et al (2014). Gene-environment interaction in postpartum depression: A Chinese clinical study. *Journal of affective disorders*;165:208-12



8.EKLER

Ek-1



ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

KADIN SAĞLIĞI VE DOĞUM HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sizi Elif YILMAZ tarafından yürütülen **“Doğuma Hazırlık Sınıfında Eğitim Alan Ve Almayan Kadınlarda Postpartum Depresyon Risklerinin Belirlenmesi “** başlıklı bir araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılım gönüllülük ilkesine bağlıdır.

Araştırma sadece araştırma ekibi tarafından okunup değerlendirilecektir. Vereceğiniz bilgiler bilimsel bir amaçla kullanılacağı için adınız soyadınız belirtilmeyecektir.

Araştırma sonucunun doğru olması için sorulara samimi ve tarafsız olarak yanıtlamanız uygun olacaktır.

Teşekkür ederim

Elif YILMAZ

Yukarıda yazılan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak aydınlatıldım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum.

Gönüllü Adı Soyadı:

Tarih ve İmza:

Telefon:

Ek-2

TANITICI BİLGİ FORMU

Bu çalışma, doğuma hazırlık sınıfında eğitim alan ve almayan kadınlarda postpartum depresyon risklerinin belirlenmesi amacı ile planlanmıştır. Çalışmada isminiz sorulmamaktadır. Veriler çalışma dışında başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Lütfen soruları eksiksiz yanıtlayınız. Katılımınız için teşekkür ederim.

Elif Yılmaz

Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisi

Sorular:

1. Yaşı:

2. Öğrenim Durumu:

Ortaokul Lise Üniversite ve üzeri

3. Şu anki çalışma durumunuz:

Hayır
 Evet:...

4. Gelir durumunuz:

Gelirim giderimden az Gelirim giderimden fazla
 Gelirim giderime eşit

5. Gebeliğin planlanma durumu:

Hayır Evet:

6. Başka çocuk durumu:

Hayır Evet:

7. Sigara kullanma durumu:

Hayır Evet:.....

8. Son doğum şekli:

Vajinal doğum Sezaryen doğum

9. Doğum sonu bebek bakımında destekçi durumu:

Hayır Evet:.....

10. Bebeğinizin beslenme şeklidir?

Sadece anne sütü Annesütü+ mama Sadece mama

11. Doğum hazırlık eğitiminden memnun kaldınız mı?

Evet Kısmen Hayır

12. Yaşanabilecek duygusal sorunlar hakkında bilgi alınma durumu

Annelik hüznü Doğum sonu psikozu
 Doğum donu depresyonu Almadı

Ek-3

EDINBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ

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 tarafını görebiliyorum.**
 - Her zaman olduğu kadar
 - Artık pek o kadar değil
 - Artık kesinlikle o kadar değil
 - Artık hiç değil
- 2. Geleceğe hevesle bakıyorum.**
 - Her zaman olduğu kadar
 - Her zamankinden biraz daha az
 - Her zamankinden kesinlikle daha az
 - Hemen hemen hiç
- 3. Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.**
 - Evet, çoğu zaman
 - Evet, bazen
 - Çok sık değil
 - Hayır, hiçbir zaman
- 4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.**
 - Hayır, hiçbir zaman
 - Çok seyrek
 - Evet, bazen
 - Evet, çoğu zaman
- 5. İyi bir nedeni olmadığı halde, korkuyor ya da panikliyorum.**
 - Evet, çoğu zaman
 - Evet, bazen
 - Hayır, çok sık değil
 - Hayır, hiçbir zaman
- 6. Her şey giderek sırtıma yükleniyor.**
 - Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum
 - Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum

- Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkamıyorum
- 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, oldukça sık
- 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-4



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİRİMİ
13/06/2018 15:31 - 16867222 - 799 - E.1953



Sayı : 16867222-799
Konu : Elif YILMAZ (Tez Çalışması)

ZEYNEP KAMİL KADIN VE ÇOCUK HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİNE

İlgi : a) 24/05/2018 tarihli ve 71211201-2329 sayılı yazı
b) 11/06/2018 tarihli ve 11391090-772.99-120 sayılı yazı

İlgi a) da kayıtlı yazı ile Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik ABD Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi Elif YILMAZ" Doğuma Hazırlık Sınıfında Eğitim Alan ve Almayan Kadınlarda Postpartum Depresyon Risklerinin Belirlenmesi" başlıklı tez çalışmasını, hastanenizde yapma talebi birimimize iletilmiştir.

Söz konusu araştırma Müdürlüğümüzce onaylanmış olup, araştırmanın yürütülmesi esnasında adı geçene gerekli kolaylığın gösterilmesi hususunda; Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır.
Dt. Şule TUYGUN
Başkan a.
Başkan Yardımcısı

Seyitnizam Mah. Mevlana Cad.No:85 Zeytinburnu-İstanbul Sağlık Geliştirilmesi
Birimi
Faks No:
e-Posta:sinan.kavzan@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.istanbulsaglik.gov.tr

Bilgi için:Sinan KAVZAN

Unvan:FİRMA

Telefon No:0212 638 33 99-3059

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 2dce490b-db37-42bf-8afb-1f744bb39301 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 16867222-799
Konu : Elif YILMAZ (Tez Çalışması)

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü)
(Altunizade Mah.Haluk Türksoy Sk.No:14 PK:34662 Üsküdar/ İst)

İlgi : a) 24/05/2018 tarihli ve 71211201-2329 sayılı yazı
b) 11/06/2018 tarihli ve 11391090-772.99-120 sayılı yazı

İlgi a) da kayıtlı yazı ile Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik ABD Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi Elif YILMAZ" Doğuma Hazırlık Sınıfında Eğitim Alan ve Almayan Kadınlarda Postpartum Depresyon Risklerinin Belirlenmesi" başlıklı tez çalışmasını, hastanenizde yapma talebi birimimize iletilmiştir.

Söz konusu araştırma Müdürlüğümüzce uygun bulunmuş olup, konunun çalışmada adı geçen öğrenciye tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

GÜVENLİ ELEKTRONİK İMZALI
ASLI İLE AYNI DİR
19.06.2018

e-imzalıdır.
Dt. Şule TUYGUN
Müdür a.
Başkan Yardımcısı

Permin GÖRECEK
İstanbul Sağlık Müdürlüğü
Sağlığın Geliştirilmesi Şubesi
Birim Sorumlusu

Seyitnizam Mah. Mevlana Cad.No:85 Zeytinburnu-İstanbul Sağlığın Geliştirilmesi
Birimi
Faks No:
e-Posta:sinan.kavzan@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.istanbulsaglik.gov.tr

Bilgi için:Sinan KAVZAN
Unvan:FİRMA
Telefon No:0212 638 33 99-3059

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden bbb2f12f-3db6-4d21-886a-87071fcd19df kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı : 11391090-772.99
Konu : Elif Yılmaz' ın Tez Çalışması Hk.

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
(Sağlık Geliştirilmesi Birimi)

İlgi : 01/06/2018 tarihli ve 16867222-799-1842 sayılı yazı

Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik ABD Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi Elif YILMAZ "**Doğuma Hazırlık Sınıfında Eğitim Alan ve Almanya Kadınlarında Postpartum Depresyon Risklerinin Belirlenmesi**" konulu tez çalışmasını hastanemizde yapması uygun görülmüştür.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Doç. Dr. Semra KAYATAŞ
ESER
Başhekim

zeynep kamil hastanesi
Faks No:.
e-Posta:nurhan.tasagil@saglik.gov.tr İnt.Adresi: egitimzkh@gmail.com

Bilgi için:Nurhan TAŞAĞIL
Unvan:SÖZLEŞMELİ PERSONEL
Telefon No:02163910680-1898

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 3e081003-9630-4b76-88e0-57afa3a6bdbb kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-8



www.uskudar.edu.tr
Altunizade Mahallesi Haluk Türksay Sokak No:14 34662 Üsküdar/İSTANBUL
T: 0216 400 22 22 F: 0216 474 12 56 bilgi@uskudar.edu.tr

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2018/560

25/04/2018

Dr. Öğretim Üyesi Nuriye PEKCAN
(Elif YILMAZ)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 25/04/2018 tarihinde yapılan 04 No.lu toplantısında “Doğuma Hazırlık Sınıfında Eğitim Alan ve Almayan Kadınlarda Postpartum Depresyon Risklerinin Belirlenmesi” adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Cumhuriyet TAŞ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik
Kurulu Başkanı

9.ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler:

Unvanı Adı Soyadı : Elif YILMAZ
Doğum Yeri ve Tarihi : TOKAT, 14.03.1994

Eğitim Durumu:

Lisans Öğrenimi : Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tokat Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, 2016

Yüksek Lisans Öğrenimi: Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Kadın Sağlığı ve Doğum Hemşireliği Yüksek Lisansı(devam ediyor)

İş Denevimi:

2 yıldır Doğuma Hazırlık ve Gebelikte Yoga Eğitmenliği yapmaktayım.

Sertifikalar:

Haliç Üniversitesi Sürekli Eğitim Merkezi tarafından onaylı “Doğuma Hazırlık Eğitici Eğitmeni” Sertifikası (80 saat), 2017
Gebelikte Yoga Eğitici Eğitimi Katılım Belgesi (40 saat), 2018
2018 Business Channel Türk “Doğum Koçu” Bilir Kişi Sertifikası, 2018
Cem Öğretir Onaylı Beden Dili Eğitim Sertifikası
Cem Öğretir Onaylı Etkili İletişim Eğitim Sertifikası
Cem Öğretir Onaylı Diksiyon Eğitim Sertifikası

İletişim Bilgileri:

E-posta Adresi : elifyilmaz.171@hotmail.com
Telefon :05455462509