

**T. C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**DOĞUM ŞEKLİNİN ANNELERİN POSTPARTUM
DEPRESYON YAŞAMASINA ETKİSİ**

Leyla KAYA

YÜKSEK LİSANS TEZİ



İSTANBUL, 2014

**T. C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**DOĞUM ŞEKLİNİN ANNELERİN POSTPARTUM
DEPRESYON YAŞAMASINA ETKİSİ**

Leyla KAYA

**Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Zerrin ÇİĞDEM**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL, 2014

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarda etik dışı hiçbir davranışımın olmadığını, tezimdaki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması sonucu elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlar için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.



Leyla KAYA

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
1. ÖZET.....	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
4. GENEL BİLGİLER.....	6
4.1. DOĞUM EYLEMİNİN FİZYOLOJİSİ.....	6
4.1.1. Doğum Eyleminde Etkili Olan Faktörler.....	6
4.1.1.1. Doğum Kanalı.....	6
4.1.1.2. Doğum Objesi.....	7
4.1.1.3. Doğumun Gerçekleşmesini Sağlayan Güçler.....	8
4.1.1.4. Annenin Psikososyal Durumu	8
4.1.2. Doğum Eylemini Başlatan Faktörler	8
4.1.3. Doğum Eyleminin Evreleri.....	9
4.1.4. Doğum Mekanizması.....	9
4.1.5. Doğum Eylemine İlişkin Güçlükler.....	11
4.2. DOĞUM ŞEKİLLERİ.....	11
4.2.1. Normal Vajinal Doğum.....	11
4.2.2. Müdahaleli Doğum Eylemi.....	12
4.2.2.1. Doğumda İndüksiyon.....	12
4.2.2.2. Epizyotomi.....	13
4.2.2.3. Vakum Ekstraksiyonu.....	13
4.2.2.4. Forseps Doğum.....	13
4.2.2.5. Sezaryen Doğum.....	13
4.3. DOĞUM SONU DÖNEM VE ANNELİK ROLÜ.....	13
4.3.1. Doğum Sonu Dönemin Fizyolojisi.....	13
4.3.2. Annelik Rolü.....	14
4.4. POSTPARTUM DUYGU DURUM BOZUKLUKLARI	16
4.4.1. Postpartum Blues (Annelik hüznü).....	17
4.4.2. Postpartum Depresyon.....	18
4.4.2.1. Tanımı Ve Görülme Sıklığı.....	18
4.4.2.2. Belirtiler Ve Tanılama.....	18

4.4.2.3. Etiyolojisi Ve Risk Faktörleri.....	19
4.4.2.4. Tedavi.....	20
4.4.3. Postpartum Psikoz.....	21
4.4.3.1.Tanı.....	22
4.4.3.2.Tedavi.....	22
4.5. DOĞUM ŞEKLİNİN POSTPARTUM DEPRESYONA ETKİSİ.....	22
4.6.POSTPARTUM DEPRESYONDA HEMŞİRELİK VE EBELİK YAKLAŞIMLARI	23
5. GEREÇ VE YÖNTEM.....	27
5.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ VE AMACI.....	27
5.1.1 Araştırma Soruları.....	27
5.2. ARAŞTIRMA YERİ.....	27
5.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	27
5.4. VERİLERİN TOPLANMASI.....	28
5.4.1. Veri Toplama Araçları.....	28
5.4.1.1. Tanıtıcı Bilgi Formu.....	29
5.4.1.2. Gebelik İzlemi Ve Doğum Öyküsü Formu.....	29
5.4.1.3. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği.....	29
5.5. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	30
5.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	30
6. BULGULAR.....	31
7. TARTIŞMA.....	45
8. SONUÇ.....	53
8.1. ANNELERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN SONUÇLAR.....	53
8.2. ANNELERİN GEBELİK VE DOĞUM ÖYKÜSÜ ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN SONUÇLAR.....	53
8.3. ANNELERİN BEBEKLERİ VE BEBEK BAKIMI İLE İLGİLİ DUYGU VE DÜŞÜNCELERİNE YÖNELİK SONUÇLAR.....	54
8.4. ANNELERİN DEPRESYON RİSKİNE İLİŞKİN SONUÇLAR.....	54
9. TEŞEKKÜR.....	57
10. KAYNAKLAR.....	58
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

DSÖ :Dünya Sağlık Örgütü

EPDÖ : Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği

T.C. İstanbul Bilim Üniversitesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu tarafından 26.09.2013/12-77 numaralı karar ile onaylanmıştır.

Araştırma Projesi No: HEM/1642013



TABLolar LİSTESİ

Tablo no	Tablo adı	Sayfa no
Tablo 6-1.1.:	Annelerin Yaş, Evlilik Yaşı, Süresi ve Eşlerinin Yaş Ortalamaları	32
Tablo 6-1.2.:	Annelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları	33
Tablo 6-2.1.:	Annelerin Gebelik Özelliklerine Göre Dağılımları	34
Tablo 6-2.2.:	Annelerin Doğum Öyküsü Özelliklerine Göre Dağılımları	35
Tablo 6-3.1.:	Annelerin Bebekleri ve Bebek Bakımı ile İlgili Özelliklerine Göre Dağılımları	36
Tablo 6-4.1.:	Annelerin Doğum Sonu 4. Hafta ve 12. Hafta EPDÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ve Cronbach α Değerleri	37
Tablo 6-4.2.:	Annelerin Doğum Sonu 4. Hafta ve 12. Hafta EPDÖ Puanlarına Göre Depresyon Risklerinin Dağılımı	37
Tablo 6-5.1.:	Annelerin Sosyodemografik Özellikleri ile EPDÖ Puanlarına göre Depresyon Risklerine Karşılaştırılması	38
Tablo 6-6.1.:	Annelerin Gebelik Öyküleri ile EPDÖ Puanlarına Göre Depresyon Risklerinin Karşılaştırılması	40
Tablo 6-6.2.:	Annelerin Doğum Şekli ve Özellikleri ile EPDÖ puanlarına Göre Depresyon Risklerinin Karşılaştırılması	42
Tablo 6-7.1.:	Annelerin Bebek ve Bakımı ile ilgili Duygu ve Düşünceleri ile EPDÖ Puanlarına Göre Depresyon Risklerinin Karşılaştırılması	44

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil no	Şekil adı	Sayfa no
1	Kemik Pelvis	7



1. ÖZET

Doğum sonu dönem, kadının psikiyatrik hastalıklara en fazla yakalanma riski taşıdığı ve özellik arz eden kritik bir dönemdir. Bu çalışma, primipar annelerde doğum şeklinin postpartum depresyona etkisini belirlemek amacı ile 7 Ocak - 28 Nisan 2014 tarihleri arasında Batman merkezde bulunan ve İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı olarak faaliyetlerini sürdüren 17 aile sağlığı merkezinde yapılmış kesitsel tipte bir araştırmadır. Çalışmanın evrenini, aile sağlığı merkezlerine kayıtlı 15- 49 yaş grubunda bulunan primipar anneler temsil etmektedir. Çalışmanın örneklemini, 244 primipar anne oluşturmaktadır. Veriler, araştırmacılar tarafından konu ile ilgili literatür esas alınarak hazırlanan veri toplama formları ile toplanmıştır. Veri toplama formu üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, annelerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin tanıtıcı bilgi formu yer almaktadır. İkinci bölüm, gebelik izlemi ve doğum öyküsü formundan oluşmaktadır. Üçüncü bölümde ise, EPDÖ'ne yer verilmiştir. Her anne ile doğum sonu birinci ayın sonunda bir kez ve üçüncü ayın sonunda bir kez olmak üzere toplam iki görüşme yapılmıştır. Araştırmanın verileri "SPSS for Windows version 15.00" paket programı ile analiz edilmiştir. Normal dağılım özelliği göstermeyen veriler için Wilcoxon İşaret Testi uygulanmıştır. Sayımla elde edilen verilerin karşılaştırmalı analizleri Ki-kare testi ile yapılmıştır. Ölçek kesim noktasının üzerinde kalan, puanlar postpartum depresyon açısından risk grubu olarak değerlendirilmiştir. Annelerin yaş ortalamasının 23.32 ± 4.07 olduğu saptandı. Annelerin %32,8'inin (n=80) sezaryen doğum ve %67,2'sinin (n=164) vaginal doğum yaptığı bulundu. Dördüncü haftanın sonunda EPDÖ'nden annelerin %41,0'inin (n=100), 12. haftanın sonunda ise yalnız %5,3'ünün (n=13) "Yüksek" puan aldığı belirlendi. Annelerin, doğum şekli ile EPDÖ puanlarına göre depresyon riskleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0.05$).

Anahtar kelimeler: Postpartum depresyon, ana sağlığı, doğum şekli

2. SUMMARY

THE EFFECT OF DELIVERY METHOD ON POSTPARTUM DEPRESSION OF MOTHERS

Postpartum period is a critical period that the woman carries risk about catching psychiatric diseases at the most, and that presents characteristic. This study is a cross-sectional type research which have been made on the purpose of specifying the effect of delivery method in the primipar mothers to the postpartum depression; at 17 family health centers carry on their activities based on The Provincial Directorate of Health and takes place in the center of Batman, between the dates of 7 January- 28 April 2014. The study population has been represented by the primipar mothers that are 15-49 age groups, and are registered in the family health centers. The study population consists of 244 primipar mothers. The data have been collected by the researchers with the data collecting forms issued based on the relevant literature. The data collecting form consists of three parts. In the first part; the introductory information form relating to the socio-demographic attributes of mothers takes place. The second part consists of pregnancy follow-up and form of delivery history. In the third part; EPDÖ (Edinburgh Postnatal Depression Scale) has been included. After the delivery; total two meetings have been made with every mother, as one time in the end of the first month and one time in the end of the third month. The data of research has been analyzed with the packaged software "SPSS for Windows version 15.00". Wilcoxon Sign Test has been applied for the data which have not the characteristic of normal distribution. The comparative analyses of the data obtained with counting have been made with the test of Chi-square. The points that are over the scale break point have been evaluated as risk group in the way of the postpartum depression. It has been detected that the age average of the mothers is 23.32 ± 4.07 . It has been found that 32,8 (n=80) percent of the mothers have given birth by cesarean delivery, and 67,2 (n=164) percent of the mothers have given birth by vaginal delivery. It has been detected that 41,0 (n=100) percent of the mothers in the end of the fourth week; and in the end of the twelfth week just 5.3 (n=13) percent of the mothers took "High" point from the EPDÖ (Edinburgh Postnatal Depression Scale). A significant difference statistically has not been detected between the delivery method of the mothers and the risks of depression according to their points of EPDÖ (Edinburgh Postnatal Depression Scale) ($p > 0.05$).

Key Words: Postpartum depression, maternal health, type of delivery

3. GİRİŞ VE AMAÇ

3.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ

Gebelik, doğum eylemi ve doğum sonu dönem, kadın hayatına yeni bir anlam katan annelik rolünü kazandırmakla birlikte bu dönemlerde doğal olarak yaşanan pek çok fizyolojik değişiklik ve beraberindeki psikososyal güçlükler anne ve ailesinde zorlanmalara neden olarak bir kriz ortamı yaratabilmektedir (1-5). Bebek bakımını sağlama; emzirme, güvenli bir çevre oluşturma, bebekle ilgili sorunlara çözüm getirme gibi yeni sorumlulukları üstlenme ve oluşabilecek problemlerle baş edebilmek başlangıçta anne, bebek ve ailesi için kolay bir süreç olmamaktadır (1, 4, 6-10).

Doğum sonu dönem, kadının psikiyatrik hastalıklara en fazla yakalanma riski taşıdığı ve özellik arz eden kritik bir dönemdir (1, 11-13).

Doğum sonu dönemde görülen psikolojik rahatsızlıkların etiyolojisi çok açık olarak bilinmemekle birlikte, gelişiminde biyolojik, psikolojik ve sosyoekonomik ve kültürel faktörlerin rol oynadığı varsayılmaktadır. Amerikan Psikiyatri Birliğinin yayınladığı “The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” (DSM-IV)’e, göre duygu durum bozuklukları kategorisinde yer alan psikiyatrik hastalıklara, postpartum başlangıç belirleyicisi olarak ayrı bir tanı eklemiştir (1, 7, 8).

Postpartum psikiyatrik bozuklukların üç alt sınıfı olan ve tanı konulabilen birer sendrom olarak düşünülmesi önerilmiştir. Bu rahatsızlıklar; hafif seyirli olan ve annelik hüznü olarak ta adlandırılan “postpartum blues”, daha ciddi seyreden “postpartum depresyon” ve hospitalizasyon gerektiren “postpartum psikoz”udur (1-4, 7- 10).

Postpartum depresyon; annenin, bebeğin ve ailenin sağlığını bozan, tedavi gerektiren ve uzun süre devam edebilme ve bir sonraki gebelikte tekrarlama riski taşıyan, çoğu zaman sağlık personeli tarafından fark edilmeyen, doğumu takip eden bir yıllık süre içinde herhangi bir zamanda ortaya çıkabilen psikolojik hastalık olarak tanımlanmaktadır (7, 9, 11, 12). Literatürde, postpartum depresyonun doğumdan sonraki ilk 4 hafta içinde başlayabileceği gibi 3-6. ay gibi daha ileri bir zamanda da başlayabileceği bilgisine yer verilmektedir (7, 9, 11, 14). Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından geliştirilen DSM-IV kriterlerine göre; uykusuzluk, hayattan zevk almama, kilo ile iştahta anlamlı değişiklikler,

deprese ruh hali ya da aşırı uyuma, psikomotor ajitasyon ya da retardasyon, bitkinlik, suçluluk duygusu, kendini kötü hissetme, değersiz hissetme, konsantrasyon güçlüğü, kararsızlık ve tekrarlayıcı ölümü ya da intihar etme düşüncesi semptomlarından en az beşinin annede 2 haftadan beri var olması postpartum depresyon riskini düşündürmelidir (4, 8, 15). Derin depresyon yaşayan anneler, intihar etmeyi planlama ve bu planı uygulama açısından oldukça yüksek risk taşımaktadırlar. Bu nedenle, intihar etme ya da bebeğine zarar verme düşüncesinin araştırılması ve belirtilerin önceden saptanarak müdahale edilmesi hayati önemi olan bir konudur (1). Literatürde, postpartum depresyon deneyimleyen annelerin %41'nin bebeklerine zarar vermeye yönelik düşünceler taşıdıkları ve %10'nunda bu düşüncenin eyleme dönüştüğü bildirilmektedir (10). Aynı zamanda, postpartum depresyon yaşayan annelerin, bebeklerinde önemli gelişimsel ve davranışsal patolojiler görülmektedir (13).

Doğum şeklinin postpartum depresyon açısından bir risk faktörü olduğu ancak, yapılan çalışmalarda çelişkili sonuçlar ortaya konulduğu ve bu konuda bir uzlaşma olmadığı bildirilmektedir (2, 3, 14, 15- 23). Bu nedenle, postpartum depresyon ile doğum şekli arasındaki ilişkiyi net olarak ortaya koyabilen iyi planlanmış, örneklem büyüklüğü yeterli saha çalışmalarına gereksinim duyulduğu değerlendirilmektedir.

3.2. AMAÇ

Bu çalışmanın amacı, doğum şeklinin annelerin postpartum depresyon yaşamasına etkisinin belirlenmesidir.

4. GENEL BİLGİLER

Doğum süreci bir kadının yaşayabileceği eşsiz deneyimlerden biridir. Her kadının bu süreci sağlıklı tamamlayarak bebeğini sağlıklı bir şekilde kucaklaması doğuştan sahip olduğu bir “İnsan Hakkı”dır. Doğum olayı, insanoğlunun var oluşundan bugüne kadar değişmeden kalan bir gerçekliktir (24).

4.1. DOĞUM EYLEMİNİN FİZYOLOJİSİ

Doğum eylemi, son menstrual dönemden 40 hafta ya da 280 gün sonra dış ortamda yaşama kabiliyeti kazanan gebelik ürünü fetüs ve eklerinin uterusun dışına yolculuğudur (6, 12, 25, 26).

4.1.1. Doğum Eyleminde Etkili Olan Faktörler

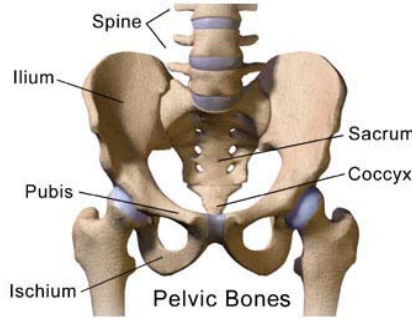
Doğum eyleminin başlaması, ilerlemesi ve sonlanması üzerinde rol oynayan önemli faktörler;

- Doğum kanalı
- Doğum Objesi (Fetüs)
- Doğumun gerçekleşmesini sağlayan güçler
- Annenin psikososyal durumu, olarak sıralanmaktadır (1, 6, 7, 12, 26, 27).

4.1.1.1. Doğum kanalı

Kemik pelvis: Fetüsü ve genital organları içinde bulundurması ve doğumun gerçekleştiği kanal olması nedeniyle kemik pelvis doğum açısından oldukça önemli bir fonksiyona sahiptir. Doğum eylemi, kemik pelvis ile fetüs başı arasındaki oran doğrudan ilişkilidir. Fizyolojik olarak pelvisin şekli, büyüklüğü ve biçimi normalin dışında olduğu durumlarda doğum eyleminin normal koşullarda gerçekleşmesini engelleyebilmektedir. Kemik pelvis, önde: simfisis pubis, önde ve kenarlarda: iki kalça kemiği, arkada: sakrum ve lumbal vertebralar, koksiks, sakroiliak eklemden meydana gelmektedir. Koksiks,

sakruma hareketli bir eklemlerle birleşmiştir bu sayede doğum sırasında koksiks geriye doğru itilerek doğum kanalının genişlemesine yardımcı olur (6, 12, 26, 27).



Şekil 1. Kemik pelvis (28)

Doğum kanalı; pelvis girişi, pelvis kavitesi ve pelvis çıkışı olmak üzere üç ana bölümde ele alınmaktadır (6, 12, 27).

Doğum eyleminin gerçekleşmesi üzerinde kemik pelvis ve yapıları oldukça önemli bir göreve sahiptir. Bununla birlikte, doğum kanalının yumuşak dokularını oluşturan servikal os'un silinme ve dilatasyon yeteneği, vaginal kanalın gerilme ve esneme yeteneği de doğum eylemi açısından oldukça önemli bir fonksiyona sahiptir (1, 6, 7, 12, 26, 27).

4.1.1.2. Doğum objesi-fetüs

Fetüsün büyüklüğü, dayanıklılığı, pelvis ile ilişkisi, duruş şekli pelvise yerleşme özellikleri doğum eyleminin gerçekleşmesi açısından oldukça önemli faktörlerdir. Doğum eyleminde fetüsle ilgili özellikler;

- Fetüs başı
- Fetüsün duruşu
- Fetüsün yatışı
- Fetüsün prezentasyonu
- Fetüsün pozisyonu
- Plesanta olarak sıralanmaktadır (1, 6, 7, 12, 26, 27, 29).

4.1.1.3. Doğumun gerçekleşmesini sağlayan güçler

Fetüsün, fetal mebranların ve plasentanın uterustan dışarı atılması *birincil* (anne tarafından kontrol edilemeyen) ve *ikincil güçler* (anne tarafından kontrol edilebilen) ile birlikte fonksiyon görmektedirler (1, 6, 12, 27).

Eylemde en önemli rolü üstlenen birincil güçler, uterus kontraksiyonlarıdır. (1, 6, 7, 12, 26, 27, 29, 30, , 31).

İkincil güçler, eylemin ikinci evresinde fetüsün doğum kanalına doğru itilmesine yardım eden, diyafragma ve karın kaslarının kullanılması, amniyon kesesi ve fetüsün basıncı pelvik tabana basışının oluşturduğu etkilerdir (1, 6, 7, 12, 26, 27, 29-31).

4.1.1.4. Annenin psikososyal durumu

Doğum, gebeler tarafından merak edilen, aynı zamanda da endişe duyulan karmaşık duyguların yaşandığı bir olaydır. Primipar olanlar eylemin nasıl gerçekleşeceğini düşünürken, multiparlar yeni bir doğumun ne getireceğini merak edebilirler. Her gebe, doğal olarak, eylem sırasında fiziksel yaralanma, doğum ağrısı gibi durumlarla karşılaşma ve oto kontrollerini kaybetme kaygısını yaşayabilirler (6, 12, 25, 30).

4.1.2. Doğum Eylemini Başlatan Faktörler

Doğum eyleminin başlaması ile ilgili pek çok varsayım bulunmakla birlikte (prostoglandinler, kortizol, östrojen ve progesteron vb.) henüz kesin bir yargıya ulaşılamamıştır. Maternal oksitosin hormonunun eylem sürecinde büyük rol oynadığı bildirilmektedir (1, 6, 7, 12). Doğum eylemini başlatan nedenler tam olarak açıklanamasa da, eylemi başlatabileceği varsayılan bazı teoriler üzerinde durulmaktadır. Bu teoriler; “Uterusun gerilme teorisi”, “Hormonal uyarı”, “Myometrial aktivite” olarak sıralanmaktadır (7, 6, 12).

4.1.3. Doğum Eyleminin Evreleri

Doğum eylemi, birbirini takip eden dört evrede gerçekleşmektedir.

Birinci evre (açılma-dilatasyon): Eylemin, birinci evresi gerçek doğum ağrılarının ortaya çıkması ile başlar, serviksin tam olarak silinmesi ve tam açılması ile son bulan doğumun en uzun evresidir. Latent, aktif ve geçiş olmak üzere üç fazda ele alınmaktadır (6, 7, 12, 29).

İkinci evre (itilme-ekspulsiyon): Servikal dilatasyonun tamamlanması ile başlar ve fetüsün doğumu ile sonlanır. İkinci evrenin ne kadar süre içinde gerçekleştiği oldukça önemlidir. Bu evre, primiparlarda 40 dk. ile 3 saat arasında, multiparlarda 5-30 dk. aralığında gerçekleşmektedir (1, 12, 31).

Üçüncü evre (plasenta ve eklerinin doğumu): Eylemin üçüncü evresi, bebeğin doğumundan plasenta ve eklerinin ayrılması ve atılmasına kadar olan 5-30 dakikalık süreci kapsar (12, 25, 29). Plasenta Duncan (maternal yüz) ve Shultze (fetal yüz) olmak üzere iki şekilde ayrılmaktadır (7, 12, 26, 29).

Dördüncü evre (kanama kontrol dönemi): Plasentanın doğumundan sonraki 2-4 saatlik dönemdir. Plasentanın çıkışından sonra, uterus kontraksiyonları sayesinde uterusu kanama kontrol altına alınır (6, 12).

4.1.5. Doğum Eyleminin Mekanizması

Doğum eyleminin mekanizması, prezente olan fetüs kısmının pasif hareketlerle doğum kanalı boyunca ilerlemesi süreci olarak tanımlanmaktadır. Doğum kanalından ilerleyen kısmın şekil değiştirmesini ve fetüsün ölçülerini maternal pelvisine uyum sağlamak için yaptığı rotasyonları kapsamaktadır. Fetüsün doğum kanalında yaptığı bu yedi temel harekete “*kardinal hareketler*” denilmektedir (1, 6, 7, 12, 26, 27).

Angajman (yerleşme): Fetus başının en geniş transvers çapı ile pelvik girime oturmasıdır. Primipar gebeliğin 38. haftasında otururken multiparlarda doğumdan hemen önce yerleşmektedir. Angajman tamamlandığında başın prezente olan bölümünün en uç noktası 0 seviyesidir (Spina ischiadica hattı) (1, 7, 26, 27).

Desensus (iniş): Fetus başının doğum kanalına doğru ilerlemesidir. Primipar kadınlarda evre 2'nin başına kadar gecikebilirken multiparlarda angajman ile birlikte oluşur. Fetüs doğum eylemi boyunca amniyotik sıvı basıncı ve uterus kontraksiyonlarının fetüs baskısı, abdominal kasların artırdığı karın iç basıncı ve fetal vücut hareketleriyle inmeye devam eder. Önde gelen kısmın pelviste inme derecesi, iskiyal spinalar hizasında sıfır, üstünde(-), altında (+) değer alır, inme -5, +5 arasında numaralandırılır. Taçlanma döneminde perinede kabarmayla birlikte iniş +5 değerindedir (1, 7, 26, 27).

Fleksiyon: Fetus başının doğum kanalından inişi sırasında çenenin göğse doğru eğilmesi şeklinde gelişmektedir. Fetus başı pelvik tabanın direnci ile karşılaşınca meydana gelmektedir. Bu sayede oksipito-frontal çap (12 cm) suboksipito-bregmatik çapa (9.5 cm) dönüşmekte ve fetusun prezente olan baş çapı küçülmektedir (1, 7, 26, 27).

İnternal (iç) rotasyon: Fetus başının occiput bölümünün normalde durduğu transvers pozisyondan simfizis pubise doğru anterior 90 derecelik bir rotasyon gerçekleştirmesidir. Bu hareket oksiputun öne simfizis pubise gelmesi ile sonlanmaktadır. Pelvis çıkımının ön-arka çapının transvers çapından büyük olması nedeniyle bu hareket zorunlu olarak meydana gelmektedir. İç rotasyon gerçekleşmezse “derinde transvers arrest” söz konusu olabilmektedir (1, 6, 26, 27).

Ekstansiyon (Defleksiyon): İç rotasyondan hemen sonra baş vulvaya erişir ve vulvadan çıkar çıkmaz başın yaptığı harekettir. Fleksiyonda olan baş doğum için ekstansiyon hareketine başlar. Bu aşamada gebe doğum için masaya alınmalıdır. Ekstansiyonu kontrol etmek için sağlık profesyoneli tarafından Ritgen manevrası uygulanır. Fetüs başı en az direnç yönünde ekstansiyon yaparak önce oksiput, sonra bregma, alın, yüz ve çene perineden sıyrılır (6, 7, 26, 27).

Eksternal (Dış) rotasyon: Doğumunu tamamlamış baş yaptığı internal rotasyonun tersini yaparak gövdesi ile aynı hizaya gelir. Bu sırada omuzlar pelvik çıkımın anterior-posterior çapına yerleşmiştir ve bebeğin yüzü annenin sağ ve sol bacağına bakacak şekilde döner (1, 6, 7, 26, 27).

Ekspulsiyon (Atılma): Başın çıkışından sonra, ön omuz simfizis pubisin altında görülür. Önce ön omuz sonra arka omuz doğurtulur. Vücudun kalan kısmı ise kendiliğinden kolaylıkla çıkar (1, 6, 7, 26, 27).

4.1.7. Doğum Eylemine İlişkin Güçlükler

Doğum eyleminin özellikle ilk iki döneminde, doğumda etkili faktörlerin uyum içinde fonksiyon görmesini engelleyen herhangi bir neden, fizyolojik doğum sürecini engelleyebilmektedir (6, 12, 25, 27).

Doğum güçlükleri (Distosi) olarak adlandırılan bu sorunlar; myometrial disfonksiyon (ağrı bozukluğu), fetal prezantasyon/pozisyon bozuklukları, doğum yolu ile plasenta/umbilikal kordonla ilgili anomaliler ve annenin fiziksel/emosyonel sorunlarından kaynaklanmaktadır (12, 25, 27).

4.2. DOĞUM ŞEKİLLERİ

4.2.1. Normal Vaginal Doğum

Normal vaginal doğum eylemi farklı kaynaklarda farklı şekillerde tanımlanmakla birlikte; kadının kendi içgüdüleri ile eylem sırasında aktif rol aldığı ve eyleme katıldığı ve herhangi bir müdahalenin olmadığı fizyolojik bir olay olarak açıklanmaktadır (12, 24). Tıbbi bir ifade ile normal doğum eylemi, dış ortamda yaşama yeteneği kazanan fetusun uterus içinden dışına çıkmasını sağlayan, servikal silinme ve açılmaya neden olan ve giderek sıklaşan, şiddeti artan kontraksiyonlar aracılığı ile fetus ve eklerinin vaginal yoldan atılması ile karakterize klinik bir süreç olarak tanımlanmaktadır (6, 27). Bir doğum eyleminin normal olması için;

- Gebeliğin miadında olması,
- Eylemin kendiliğinden başlaması,
- Tek ve canlı bir fetus olması,
- Baş prezentasyonunda olması,
- Baş ve pelvis uyumsuzluğunun olmaması,
- Fetusun ve anne adayının sağlıklı olması ön koşullardır (6, 12, 25).

4.2.2. Müdahaleli Doğum Eylemi

Aktif girişimlerde bulunarak, doğumu gerçekleştirme amacına yönelik tüm obstetrik işlemlere müdahaleli doğum eylemi denilmektedir. Bunlar; indüksiyon, epizyo, vakum ekstraksiyonu, forcepsle doğum ve sezaryen doğumdur (12, 24, 27).

4.2.2.1. Doğumda indüksiyon

Bazı durumlarda, servikste silinme ve dilatasyona yol açarak ritmik uterus kontraksiyonları başlatıcı etkisinden dolayı indüksiyon (sentetik oksitosin) uygulaması hayat kurtarıcı bir müdahale yöntemidir (24, 29). İndüksiyon için en yaygın nedenler; preeklamsi, intrauterin büyüme geriliği ve gebeliğin 42. haftadan daha uzun sürmesi olarak sıralanmaktadır (29). Doğum sürecine dışarıdan yapılan bir müdahale olması nedeniyle bazı kaynaklarda, indüksiyon uygulaması ile gerçekleştirilen doğum eylemleri normal doğum olarak değerlendirilmemektedir (24). Günümüzde doğumu başlatma ve hızlandırıcı olarak oksitosin kullanım oranları olmasının çok üzerindedir ve ülkemiz genelinde hastane meydana gelen doğumların genelinde rutin bir uygulama olarak her gebeye uygulanmaktadır. Bunun yanı sıra, doğumu başlatma ve hızlandırma amacıyla kullanılan farmakolojik girişimler aynı zamanda normal doğum seyrinin bozulmasına yol açarak maternal ve fetal sağlığı olumsuz yönde etkileyebilmektedir (24).

4.2.2.2. Epizyotomi

Doğum eyleminin ikinci evresinde, fetus başı perineye inip, perineyi kabarttığı durumda perinenin direnci kırmak ve olası lacerasyonları önlemek için pudental bölgeye epizyotomi yapılmaktadır (1, 24, 29). Epizyotomi ile vulvada 4-5 cm'lik bir insizyon meydana getirilir. Epizyotomi tüm doğumlarda uygulanması gereken bir girişim değildir (29). Bazı kaynaklarda epizyotominin perine kaslarını korumak yerine daha fazla perine hasarına yol açtığı da bildirilmektedir (24).

4.2.2.3. Vakum ekstraksiyonu

Vakum ekstraksiyon yöntemi, fetal kafa derisine negatif basınçla yapışan bir çana uygulanan traksiyonla doğuma yardım etmeyi amaçlamaktadır (1, 29).

4.2.2.4. Forseps ile doğum

Forseps fetusun ve pelvisin anatomik yapısına uygun yapıda, sağ ve sol kaşıklardan oluşan ve birbirine kilitlenerek fetusun başını kavrayacak nitelikte metal bir alettir. Forsepsin temel fonksiyonları, traksiyon (doğum eyleminin üçüncü evresine yardım etmek ve ilerlemeyen kafanın doğrultulmasını sağlamak) ve rotasyon (baş pelvis uyumsuzluğu olmamasına karşın kafanın uygunsuz bir çapla prezente olduğu durumlarda) sağlamaktır. (1, 12, 27, 29).

Doğum yöntemi olarak kullanılan forseps, günümüzde pek kullanılmamaktadır.

4.2.2.5. Sezaryen doğum

Vaginal yolla doğumun mümkün olmadığı durumlarda ve doğru zamanda uygulanan sezaryen operasyonu maternal ve fetal yaşamı kurtarmaktadır (24, 29). Sezaryen doğum, 28. gebelik haftasından sonra karın ve uterus ön duvarına yapılan insizyonlardan fetusun, plasanta ve eklerinin doğurtulması olarak tanımlanmaktadır (7, 12, 27, 29).

Şensöz (2011)'ün 200 kişi ile yaptığı bir çalışmada sezaryen oranı % 55, Çalışır (2013)'in 182 kişi ile yaptığı çalışmada sezaryen oranı % 20.3, Soydan Çelikel (2012)'in yaptığı çalışmada % 59 bulunmuştur (32, 33, 34).

4.3. DOĞUM SONU DÖNEM VE ANNELİK ROLÜ

4.3.1. Doğum Sonu Dönemin Fizyolojisi

Doğum eylemi sona erdikten sonra, doğum sonu dönem başlamaktadır. Bu dönem, annenin bütün sistemlerinin özellikle de üreme organlarının gebelik öncesi durumlarına döndüğü fizyolojik bir süreçtir. Bu süreç 6 haftalık zaman dilimini kapsamaktadır. Bu

dönemde maruz kalınan pek çok biyolojik, psikolojik, sosyolojik ve çevresel faktör annenin doğum sonu döneme fizyolojik ve psikolojik uyumunu, anne-bebek ilişkisini doğrudan ve dolaylı olarak etkileyebilmektedir (1, 6, 12, 24, 30).

Doğum sonu dönem, gerileyici ve ilerleyici değişikliklerle karakterize bir involüsyon sürecidir. Annede görülen gerileyici değişiklikler, uterus ve üreme organlarında gözlemlenirken, ilerleyici değişiklikler memelerde laktasyonu sağlamak için gelişmektedir. Meydana gelen bu hızlı değişimlere adapte olmaya çalışan annede psikolojik ve davranışsal zorlanmalar oluşabilmektedir (1, 6, 12, 24, 27).

4.3.2. Annelik Rolü

Aile olgusu, geleneksel ve sosyal bir kurum olarak değerlendirildiğinde, hem kadın hem de erkek olmak üzere bireylerin erken çocukluk döneminden başlayarak sosyal ve toplumsal rolleri kazanmalarını sağlayan önemli bir unsurdur. Toplumun, “kadın” cinsinden beklentilerin yüksek olduğu bilinmektedir. Toplumun evlilik bağı ile kurulan aile içinde kadına yüklediği roller; çocuk doğurma ve çocuğun bakımı sağlama, evin yaşama uygun hale getirilmesi ve sürdürülmesinde, eşini ve çocuklarını memnun etmesi gibi dinamik, kompleks ve zor rollerdir. Bu nedenle, kadın evlendiği zaman annelik rolüne de hazırlanmaya başlamaktadır (35, 36).

Kadın yaşamındaki en zor ve en önemli rolü “Annelik” rolüne geçiştir. Annenin bebeğe ilgisi, ilk kez gebelik döneminde anne karnındaki bebek hareketlerinin hissedilmesi anne bebek ilişkisinin dolayısı ile anneliğin temelini oluşturur. Anne ve baba, ailelerine katılacak yeni bireyin sorumluluğunu taşımaya bilinçli olarak hazır olmalıdırlar. Ancak anne-baba kararlarında uyumsuz ve sorunları olduğunda çocukları için destekleyici anne-baba rolünü yerine getiremezler. Ayrıca, gebelikte anne bebek bağlanma düzeyi yüksek olan kadınların doğum sonu dönemde anne-bebek etkileşimlerinin daha iyi olduğu da saptanmıştır (36, 37, 38).

Gebelik ve doğum eylemi, yalnız kadın cinsiyetine özgü olan, pek çok güçlüğü de beraberinde getiren, eşsiz yaşam olaylarıdır. Her bir kadının farklı biçimde yaşadığı bu deneyimler, kültürel özelliklere ve yaşam tarzına göre bireye özgü farklı anlamlar kazanan gelişimsel ve bilişsel süreçlerdir. Yumurtanın döllenişmesi ile başlayan ve embriyonun gelişmesi ile devam eden “Annelik” kadının tüm hayatı boyunca sürdüreceği en temel

rollerinden biridir. Annelik rolünü kazanma, bir kadının annelik davranışlarını öğrenmesi olarak tanımlanmaktadır. Bebeğinin varlığını hissetmeye başlayan kadın, biyolojik ve sosyolojik etkiler nedeniyle kendini annelik rolüne hazırlamakta ve bebeğinin sorumluluğunu üstlenmeye başlamaktadır. Gebelik ve doğum süreçlerini olumlu bir şekilde tamamlanması, anne adayının doğuma ve doğum sonu süreçlere uyumunu kolaylaştırmaktadır (6, 39-41).

Postpartum dönem doğumdan sonraki altı ile sekiz haftalık süreyi kapsayan ve aileye yeni bir üyenin katıldığı özel ve karmaşık bir dönemdir. Annelik sürecine uyum; korunmasız bir bebeğin tüm sorumluluklarının üstlenildiği, karşılıksız sevgi ve emek isteyen, hızla değişen anatomik, fizyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel faktörler nedeniyle anksiyete ve stres seviyesini artıran oldukça güç ve yorucu bir deneyimdir (6, 39, 40, 41).

Annelik Rolünün Kazanılması

Annelik rolünün kazanılması dört safhada gerçekleşir.

Birinci safha: Gebelikte ortaya çıkan, “geleceğe hazırlanma” safhasında kadın anneliğe ilişkin rol modellerini izler. Özellikle kendi annesi “nasıl bir annelik” sorusunun cevabı için iyi bir örnektir (39).

Formal-biçimsel safha: Çocuğun doğumu ile başlar. Anne, rol modellerin etkisi altında çevrenin kendisinden beklediği gibi davranmaya çalışır (39).

İnformal safha: Kadın anneliğe ilişkin kendi seçeneklerini, diğer deyişle kendi annelik stilini geliştirmeye başlar (39).

Kişisel safha: Annelik rolü kazanılmıştır. Anne artık bir anne olarak rahattır ve bu konuda kendi fikirlerine ve davranışlarına sahiptir (39).

Doğumdan hemen sonra annenin, yaşadığı fizyolojik ve psikolojik değişikliklere bir an önce uyum sağlaması, annelik rolünü yerine getirmesi, bebeğini kabullenmesi, ona bağlanması, hem kendinin hem de bebeğinin gereksinimlerini karşılaması beklenmektedir (39). Her kadın için doğum farklı anlamlar taşımaktadır, bu nedenle oldukça stresli bir süreç olan annelik rolüne uyum sürecinde farklı tepkiler gösterebilmekte ve baş etme yöntemleri kullanabilmektedirler (33, 39). Bunların yanı sıra, aile içi ilişkiler, sosyoekonomik durum, geçmiş deneyimler, ailedeki çocuk sayısı, çocuğun istenme

durumu, doğum sonu döneme ilişkin kültürel ve geleneksel inanışlar gibi faktörler postpartum dönemde stres düzeyini artıran diğer etkenlerdir (33, 37).

Doğum sonu dönem, ebeveynler bebek bakımı vermek, bebek için güvenli bir çevre oluşturmak, bebekle iletişim kurmak, yeni rolleri öğrenmek ve yerine getirmek, aile duyarlılığını geliştirmek ve ortaya çıkan problemlerle baş etmek zorunda oldukları zor bir süreçtir. Gelişen biyopsikososyal faktörlerin etkisi ile postpartum dönem aile için bir kriz sürecine dönüşebilmektedir (12, 39, 40, 42). Ailenin tüm fertlerinin bu süreçte olumlu davranış özelliği göstermeleri ve etkili baş etmeleri sağlığının sürdürülmesini olanaklı kılarken, olumsuz davranış ve tutumlar hem anne, hem bebek hem de diğer aile üyelerinin fiziksel ve psikolojik sağlığını tehdit edebilmektedir (27, 39, 40, 42). Özellikle bu dönemde annenin hem ailesi hem de sağlık profesyonelleri tarafından desteklenmemesi, sağlık risklerinin daha da artmasına yol açabilmektedir (39, 40).

4.4. POSTPARTUM DUYGU DURUM BOZUKLUKLARI

Gebelik ve doğum olayları kadın hayatı içinde doğal bir yaşam olayı olmasına rağmen önemli ölçüde biyolojik, psikolojik ve sosyolojik değişimlerin yaşandığı kaygı ve stres oluşturabilecek birçok etkenle karşılaşma riskinin de yüksek olduğu bir dönemdir (1, 4, 12,). Doğum sonu dönem, kadının psikiyatrik hastalıklara en fazla yakalanma riski taşıdığı, özel bir dönemdir (1, 11, 13).

Taşdemir'in (2006) 101 kişide yaptığı çalışmada postpartum depresyon sıklığı %21.8, Soydan Çelikel (2012)'in 200 kadın ile yaptığı araştırmada depresyon riski %20.5 ve Yıldırım (2006)'ın 197 kadın ile yaptığı çalışmada depresyon riski %51.3 olarak bildirilmektedir (10, 11, 34).

Amerikan Psikiyatri Birliğinin yayınladığı DSM-IV'de, duygu durum bozuklukları kategorisinde yer alan psikiyatrik hastalıklara, postpartum başlangıç belirleyicisi olarak ayrı bir tanı eklemiştir. Postpartum psikiyatrik bozuklukların üç alt sınıfı olan ve tanı konulabilen birer sendrom olarak düşünülmesi önerilmektedir (1, 4, 7-10). Bu alt sınıflar, postpartum blues (annelik hüznü), depresyon ve psikoz olarak ele alınmaktadır (1, 7).

4.4.1. Postpartum Blues (Annelik hüznü)

Annelik hüznü bütün sosyal toplumlarda ve kültürlerde görülmektedir. Doğumdan sonraki ilk 10-14 gün içinde yaklaşık olarak %50-80'inde görülmektedir (1, 12, 43). Postpartum blues'da ağlama nöbetleri, baş ağrısı, huzursuzluk, sinirlilik, öfke, anksiyete, konsantrasyon güçlüğü, hızlı duygulanım değişikliği, kayıp ve keder duygusu, hayal kırıklığı, uykusuzluk ve yorgunluk semptomları görmek mümkündür. Bu semptomlar ilk 3-5 gün yoğun yaşanmakta olup 10. günde sona ermektedir, başka bir ifadeyle kısa süreli ve geçici bir ruhsal rahatsızlık olarak tanımlanmaktadır (1, 7, 12). Post partum blues'un gelişmesine katkı sağladığı varsayılan faktörler; doğum eylemini takiben yaşanan hayal kırıklığı, erken doğum sonu dönemde yaşanan fiziksel rahatsızlıklar, yorgunluk, doğumdan sonra bebeğe bakım verme ile ilgili anksiyete yaşama, gebelikte yaşanan depresyon ya da gebelikte ilişkisi olmayan depresyon öyküsü, ciddi premenstrual sendrom öyküsü olarak sıralanmaktadır (1). Primipar kadınlarda multiparlara göre daha ağır seyredabilmektedir (1, 7).

Postpartum blues'a neden olduğu varsayılan pek çok mekanizma bulunmaktadır. Etiyolojide, kortizol, estrojen, progesteron, tiroksin, prolaktin, elektrolit ve endorfin seviyelerindeki hızlı değişimlerin etkisi olduğu ileri sürülmektedir. Doğum sonu dönemde her anne postpartum blues açısından kontrol edilmeli, saptanan vakalara psikolojik destek ve sağlık eğitimi ile depresyon semptomları hafifletilebilmektedir (1, 7, 12).

Blues yaşayan annelere öz bakımları ve bebeklerinin bakımlarını sağlama, beslenme ve dinlenme konularında bilgi verilmesi, gereksinimlerin karşılanması ve ailelerinin desteğinin verilmesi ile iyileşme sağlanabilmektedir (1, 7). Postpartum blues, doğum yapan her kadında araştırılması ve müdahale edilmesi gereken bir rahatsızlık olarak ele alınmalıdır, çünkü postpartum blues yaşayan kadınlar postpartum depresyon açısından risk grubunda yer almaktadırlar (12).

4.4.2. Postpartum Depresyon

4.4.2.1. Tanımı ve görülme sıklığı

Doğum sonu dönem boyunca, kadınlar yaşadıkları yeni deneyimlere başta depresyon olmak üzere çeşitli duygusal cevaplar verebilirler (3). Postpartum depresyon anne, bebeği ve ailenin sağlığını bozan, tedavi gerektiren ve uzun süre devam edebilme ve bir sonraki gebelikte tekrarlama riski taşıyan, çoğu zaman sağlık personeli tarafından fark edilmeyen doğumu takip eden yıllık süre içinde herhangi bir zamanda ortaya çıkabilen psikolojik bir hastalıktır (7, 9, 11, 12). Postpartum blues'un doğumdan sonra 2 haftadan daha fazla uzaması postpartum depresyona işaret etmektedir (12). Postpartum depresyon doğumdan sonraki ilk 4 hafta içinde başlayabileceği gibi 3-6. ay gibi daha ileri bir zamanda da başlayabilmekte ve doğum sonrası psikoza dönüşebilmektedir (7, 9, 11). Doğum sonu dönemde menstruasyonun başlamasına kadar olan periyot postpartum depresyon açısından en yüksek riskli dönem olarak değerlendirilmektedir (7).

Amerika ve Avrupa ülkelerinde öz bildirim ölçeklerine göre bildirilen postpartum depresyon sıklığı %3-42, Asya ülkelerinde %3.9-56.0 arasında değişirken ve ülkemizde %21-58 arasında olduğu bildirilmektedir (7, 9, 12, 43, 44, 45).

Literatürde, postpartum depresyon sıklığını ortaya koymak için yapılan çalışmalarda elde edilen sonuçlar arasındaki farklılığın nedeni olarak; bazı çalışmalarda depresyonun tanısal değerlendirilmesinin bazılarında ise depresyon belirtilerinin şiddetinin ölçülmesinin temel alınması gösterilmektedir. Bunun yanı sıra, hastaların doğumdan sonra farklı zamanlarda değerlendirilmeleri, çalışmaların örneklem büyüklükleri, toplumsal farklılıklar ve çalışmada kullanılan tanı koyma araçlarına bağlı olarak da değişebilmektedir (8, 23).

4.4.2.2. Belirtiler ve tanılama

Postpartum depresyon bulguları, majör depresyon bulgularına benzemektedir ve bu nedenle Amerikan Psikiyatri Birliğinin yayınladığı DSM-IV'te yer alan majör depresyon kriterleri, postpartum depresyon tanısında geçerlidir. Postpartum depresyon riskinden bahsetmek için aşağıdaki semptomların en az beşinin hastada en az 2 haftadır olmasıdır:

1-Deprese ruh hali

- 2- Hayattan zevk almama
- 3- Kilo ile iştahta anlamlı değişiklikler
- 4- Uykusuzluk ya da aşırı uyuma
- 5- Psikomotor ajitasyon ya da retardasyon
- 6- Bitkinlik
- 7- Suçluluk duygusu
- 8- Kendini kötü hissetme, değersiz hissetme
- 9- Konsantrasyon güçlüğü,
- 10- Kararsızlık
- 11- Tekrarlayıcı ölümu ya da intihar etme düşüncesidir (4, 8, 15).

Derin depresyon yaşayan anneler, intihar etmeyi planlama ve bu planı uygulama açısından oldukça yüksek risk taşımaktadırlar. Bu nedenle, intihar etme ya da bebeğine zarar verme düşüncesinin araştırılması ve belirtilerin önceden saptanarak müdahale edilmesi hayati önemi olan bir konudur (1).

4.4.2.3. Etiyolojisi ve risk faktörleri

Postpartum depresyonun etiyolojisi çok açık olarak bilinmemekle birlikte, gelişiminde biyolojik, psikolojik ve sosyoekonomik ve kültürel faktörlerin rol oynadığı varsayılmaktadır (2, 3). Doğum sonrası bazı hormonların düzeylerinde gözlenen anormal değişikliklerin post partum depresyona neden olduğu görüşü genel olarak kabul gören bir varsayımdır (9,11).

Post partum depresyon açısından risk faktörleri;

- Adölesan annelik,
- Yoksulluk,
- Primiparite,
- Ailede duygu durum bozukluğu öyküsü (%25 etkili),
- Gebeliği isteme ile ilgili ambivalan duygular (duygu karmaşası) hissetme,
- Gebelikte depresyon ve anksiyete varlığı,
- Doğum şekli,
- Doğum komplikasyonları,
- Sağlık sorunları olan yenidoğan,

- Anne bebek bağlanma problemleri,
- Postpartum blues tanısı alma,
- Postpartum depresyon ya da bipolar bozukluk öyküsü (tekrarlama riski \geq %20),
- Sosyal destek eksikliği ve stresli yaşam olayları,
- Evlilik ilişki bağlarında zayıflık,
- Eş ya da ebeveynler ile anne arasında sağlam, dengeli ve destekleyici ilişki eksikliği,
- Her iki ebeveyn ile birey kadın arasında destekleyici ilişki eksikliği, özellikle çocukluk döneminde baba ile ilişkilerde desteklenmemiş olma,
- Beden imajı problemleri, düşük benlik saygısı ve beslenme hastalıklarını da (anoreksiya nevroza vb.) içeren kadının kendinden memnuniyetsizliği olarak sıralanmaktadır (1, 2, 3, 7, 9 11, 43).

Tüm bunlara ek olarak literatürde bildirilen diğer risk faktörleri; bilinen affektif bozukluklar, gebeliğe ambivalan duygular besleme, yenidoğan kaybı, planlanmamış doğum eylemi, doğum eylemi sırasında yalnız kalma, eşine karşı ilgisizlik, sosyal zayıflık, eşin ilgisizliği, aile içi şiddet mağduriyeti ve yüksek riskli gebeliklerdir (1, 2, 7, 11, 43). Doğum öncesi kontrollerde postpartum depresyonu ortaya çıkaracak risk faktörleri belirlenebilmektedir (13). Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği veya Beck Depresyon Envanteri yardımı ile yapılan taramalar ile risk altındaki anneler saptanabilmektedir (1).

4.4.2.4. Tedavi

Önceki doğumlarında post partum depresyon ya da psikoz yaşamış kadınlar ve post partum depresyon açısından risk taşıyan anneler danışmanlık almak için ruh sağlığı profesyonellerine sevk edilmelidir. Aynı zamanda hafta da bir kez ziyaret edilmeli ya da telefonla izlenmelidir (1, 7, 43). İkinci ve altıncı post partum haftalarındaki ziyaretler karşılaştırılmalı, duygu durum değişikliği araştırılmalıdır (7). Postpartum depresyonun önleme amacı ile yapılan girişimlerin oldukça faydalı olduğu bildirilmektedir (13).

Postpartum depresyonun tedavisinde; ilaç terapisi, birey ve grup terapileri uygulanmaktadır. Bu tedavi şekillerinin yanı sıra annelerin bebek bakımına ilişkin sorunları ile günlük yaşama yönelik gereksinimlerin karşılanmasına yönelik destek girişimleri önemli bir yer tutmaktadır (1, 7).

Postpartum depresyon tanısı alan anne, bebeği ile birlikte tedavi izlem ve eğitim için hastaneye yatırılabilir. Sağlık profesyonelleri tarafından izlenen ve gereksinimleri karşılanan anne, bebeğine bakabilme zguvenini tekrar kazanabilir, bebeği yanında olduğu için izolasyon duygusu azalır. Post partum depresyonda olan anneleri hospitalize etmek, hastaların psikotik, obsesyonel veya saldırgan davranışlarının belirlenmesini olanaklı kılar ve göreceli olarak daha guvenli bir ortam sağlar (46). Post partum depresyon tedavisinde psikoterapi, farmakoterapi, ya da elektrokonvulzif tedavi (ECT) kullanılabilir. Selektif serotonin reuptake inhibitörleri, trisiklik antidepresanlar ve bipolar hastalarda kullanılan lityum tedavisine en az 6 ay devam edilir (1, 7). Antidepresan kullanan annelerin emzirmeye devam etmeleri konusunda fikir birliği henuz sağlanmamıştır (7). unk bütün antidepresif ajanlar anne sütüne geçmektedir (1).

Emzirmenin sakıncalı olmadığını dşinenler, hem bebeğin büyüme ve gelişmesi hem de annenin iyileşmesi açısından faydalı olduğunu savunmaktadırlar (46). Bunun yanı sıra, pek çok trisiklik antidepresanın, paroxetine, nortriptyline ve sertralin'in emzirme sürecinde guvenli olduğu bildirilmiştir (1, 9, 46). Oksepin ve fluoksetim (prozac)'ın yenidoğan sağlığı üzerine olumsuz etki gösterebilmektedir. Karaciğerde metabolize edilen ilaçların hepatotoksik etkileri nedeniyle 10 haftadan büyük bebeklerde kullanılan ilaçların serum konsantrasyonları takip edilmelidir. Emziren annelerin hastalığın kontrolü için gerekli en düşük dozdaki ilaç kullanılmaları ve bu konuda bilgilendirilmeleri en guvenli yoldan biridir (1, 9, 46).

Postpartum depresyon tedavisinde, farmakolojik tedavinin yanı sıra, destek grupları ile hem annenin hem de eşinin telkin olmasına yardımcı olurken ve onlara bu süreçte yalnız olmadıkları duygusunu hissettirir (7, 47).

4.4.3. Postpartum Psikoz

Postpartum psikoz, en çok endişe edilen, doğum sonrası dönemde ortaya çıkan psikiyatrik bozuklukların en şiddetlisidir (48, 49). Normal yaşam dönemlerinde görülen depresyona oranla daha ciddi sonuçlara neden olmaktadır. Araştırmalar, tanılanmayan ve tedavi edilmeyen PPD belirtilerinin ilerleyerek her 1000 kadından 1-2'sinde postpartum psikoz geliştiğini göstermektedir (32).

4.4.3.1.Tanı

Genelde postpartum 2-3. günler ile 1-4. hafta arasında ya da ilk üç ayda ortaya çıkar, prodromal semptomları postpartum bluesa benzer. Beraberinde genellikle manik atak, bazen de depresyon görülmektedir. Yaygın görülen belirtileri; ajitasyon, hiperaktivite, uykusuzluk, duygu durum değişiklikleri, konfüzyon, mantık dışı davranış ve düşünceler, kişilik değişiklikleri, psikomotor fonksiyon bozuklukları, konsantrasyon ve hatırlama güçlükleri, saplantı ve halüsünasyonlardır (1, 7). Hastaların %95'inde uygun tedavi ile 2-3 ay içinde iyileşme görülmektedir, ancak bir sonraki gebelikte tekrarlama riski artmaktadır (1, 7, 50). Sepsis, metabolik bozukluklar, entoksikasyon, elektrolit dengesizliği gibi organik bozukluklara ilişkin bulgular psikotik bozukluklara benzerlik göstermekte olup tanı sürecinde bu gibi durumların ekarte edilmesi hayati önem taşımaktadır (46).

4.4.3.2.Tedavi

Anne ve bebeği güvenlik açısından hospitalize edilmeli ve sürekli gözlem altında tutulmalıdır. Tedavi direk olarak psikotik semptomların tipine odaklanmaktadır ve antipsikotik ilaçlar, elektrokonvulsif terapi ve psikoterapi kombinasyonlarını içermektedir. Farmakolojik terapide, klorpromazin ve haloperidon gibi nöroleptikler ajanlar kullanılabilir. Bunların yanı sıra, antidepresanlar, lityum ve benzodiyazepinler de gerekebilir. Bebeği anneden bir süreliğine uzaklaştırma ve sosyal destek sağlanma tedavinin bir diğer yönü olarak ele alınmaktadır (7, 1).

Anne taburcu olduktan sonra izlem çalışmaları sürdürülmelidir. Aile eğitimi ve desteği iyileşmede önemli rol oynamaktadır (1).

4.5. DOĞUM ŞEKLİNİN POSTPARTUM DEPRESYONA ETKİSİ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün yaptığı global bir araştırma sonucunda, pek çok maternal morbidite ile planlı sezaryen doğumlarda vaginal doğumlara oranla daha yüksek oranda karşılaşıldığını ortaya koymaktadır (3, 51, 52). Yapılan bazı çalışmalarda, sezaryen doğum ile postpartum depresyon riski arasında bir ilişki olduğu savunulurken (2, 16-19)

sezaryen doğum ile postpartum depresyon riski arasında bir ilişki olmadığını bildiren çalışmalara da rastlanmaktadır (14, 15, 20, 22, 23, 53).

Deng ve arkadaşlarının (2014) Çin Halk Cumhuriyetinde, Baghianimoghadam ve arkadaşlarının (2009) ise İranda yaptıkları çalışmalarda, sezaryen doğum yapan kadınların doğum sonu depresyon yaşama riskinin vaginal yolla doğum yapan kadınlardan daha yüksek olduğunu bildirmektedirler (2, 16).

Carter ve arkadaşlarının (2006) yılında yaptıkları bir sistematik incelemede; ele alınan çalışma sonuçlarına göre sezaryen doğum ile postpartum depresyon arasında anlamlı bir ilişki bildirilmemesine rağmen, sezaryen doğumun postpartum depresyon açısından bir zayıfta olsa risk faktörü olarak değerlendirilmesi gerektiği, özellikle depresyona yatkınlığı olan kadınlarda sezaryenin postpartum depresyon riskini artırabileceği rapor edilmiştir (22).

Sword ve arkadaşları (2011) Kanadalı annelerle yaptıkları bir çalışmada, doğum şekli ile postpartum doğum arasında bir ilişki olmadığını belirtmişlerdir (14). Goker ve arkadaşları (2012) Manisada anneler ile yaptıkları çalışmada doğum şekli ve postpartum depresyon arasında fark olmadığını bildirmektedir (23). Patel ve arkadaşları (2005) yaptıkları bir kohort çalışmasında, elektif sezaryen doğum ile postpartum depresyon arasında bir ilişki olmadığını rapor etmişlerdir (53). Sankapithilu ve arkadaşları (2010), Hindistanda yaptıkları bir araştırmada normal vaginal doğum ile sezaryen doğum arasında postpartum depresyon açısından bir fark olmadığını belirtmişlerdir (15).

Rowlands ve Redshaw (2012) yaptıkları bir çalışmada forceps ile doğum yapan kadınların normal vaginal doğum yapan kadınlara göre postpartum depresyon yaşama olasılığının daha yüksek olduğunu bildirmektedir (21).

4.6. POSTPARTUM DEPRESYONDA HEMŞİRELİK / EBELİK YAKLAŞIMLARI

Anne bebek bağılılığı gebelikte döneminde başlar. Anneler, bebeklerini ilk kez anne karnındaki hareketleriyle algırlar. Bu durum anne bebek ilişkisinin temelini oluşturur. Doğumdan sonraki dönemde annenin bebeğini algılaması, iletişim sürecini başlatır. Anneler bebeklerini işitme, görme ve dokunma yolu ile algırlar (36)

Doğum sonu etkileşimi; sadece gebelikte anne-bebek bağlanması ile ilişkili olmadığı doğum sonu diğer faktörlerden de etkilenebileceği belirtilmiştir (38). Annenin bebeğini algılamasında ve anne bebek ilişkisinin gelişmesinde annenin kendi genetik yapısı, annenin yaşı, ailenin sosyo-ekonomik durumu, geçmişte kendi anne babasından aldığı bakım, sevginin niteliği, ebeveynlik deneyimleri ve gebeliği isteme durumu, annenin sorunları (hastalık, ilaç, alkol bağımlılığı, zeka düzeyi, adölesan dönem gibi), fiziksel yeterliliği, sorunlarla başa çıkma yeteneği, yüksek riskli bebeklerinden erken ayrılmaları, bebeğin hastanede kalma süresinin uzaması, aile içi ilişkiler, hayal ettiği bebekle doğan bebek arasında imaj değişiklikleri, bebeğin tepkileri, eşler arası destek sistemi gibi faktörlerden etkilenmektedir (37).

Ebe ve hemşireler; gebelerin sosyal destek sistemlerini değerlendirerek, hem gebelik hem de doğum sonrası dönemde karşılaştığı güçlüklerle baş etmesinde yardımcı olmak için bireyleri sürece dahil etmeli ve ebeveyn bebek etkileşimini sağlamaya yönelik sürekli eğitim ve danışmanlık yapmalıdır. Ebe/hemşirelerin bir başka görevi de anneyi bebeğini algılama ve iletişimi başlatma sürecine hazırlamaktır (38, 36, 37, 54)

Postpartum depresyon, kadının etkili bir şekilde annelik rolünü yerine getirme kabiliyetini sınırlandıran anne ve bebek için olumsuz sonuçlara yol açabilen bir durumdur (13). Depresyondaki anneler, bebeklerine bakım verirken daha duyarlıdır, emzirmeyi erken dönemde sonlandırabilirler ya da emzirme sorunları yaşama ihtimali oldukça yüksektir. Benzer şekilde aşılama gibi koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanma ve kazalardan korunmaya yönelik güvenlik önlemlerini alma olasılıkları ise oldukça düşüktür (13).

Ülkemizde postpartum depresyonda olan annelerin büyük bir kısmına tanı konulmadığı ve hiçbir tedavi şeklini almadıkları bildirilmektedir (45). Pek çok ülkede olduğu gibi, ülkemizde de postpartum depresyona yönelik tarama programlarındaki eksiklik ve yetersizlik nedeniyle pek çok vakanın erken dönemde saptanması ve tedavi edilmesi mümkün olamamaktadır. Hem anneler hem de sağlık profesyonelleri doğum sonu dönemde postpartum depresyon açısından rutin tarama programlarının gerekliliğine inanmalı ve bu programlara katılmalıdırlar. Böylece postpartum depresyonun erken dönemde tanınması ve uygun girişimlerle tedavisi mümkün olabilecek, uzun dönemde gelişebilecek komplikasyonlar önlenerek annenin, bebeğin ve ailenin sağlığı korunabilecektir (44, 45, 55).

Annenin taşıdığı postpartum depresyon riskini belirleme, depresyonu önleme amacı ile koruyucu bakım hizmetlerini yürütme, erken dönemde depresyon tanısının konulması, uygun bakım ve tedavi edici girişimlerin sağlanması ve gerekli olduğunda annenin bir üst basamağa sevk edilmesi ebe ve hemşirelerin mesleki sorumlulukları arasındadır (1, 7, 10, 56, 57). Postpartum depresyon tedavisinde, farmakolojik tedavilerin, yürütülen bilişsel ve davranışçı psikoterapilerin, ev ziyaretlerinin, telefon ile izlem danışmanlığının etkinliği yapılan çalışmalarda kanıtlanmıştır (13). Bu tedavi yöntemlerini postpartum dönemde uygulayacak ebe ve hemşirelerin güncel uygulamalarla ilgili nitelikli bilgi, beceri ve donanım kazanmalarının önemi tartışmasız bir konudur (13, 55).

Avustralya'da postpartum depresyonu tarama programına katılan ebelerin bilgi ve becerilerini değerlendiren bir çalışmada, ebelerin postpartum depresyon tarama ölçeklerini kullanma gibi psikososyal değerlendirmelerde ve danışmanlık, izlem gibi postpartum depresyonu yönetme becerilerinde yeterliliği sağlamak için eğitime gereksinimleri olduğu belirtilmiştir (55). Ebe ve hemşireler doğum öncesi dönemde, doğuma ve doğum sonu sağlık sorunlarına yönelik olarak eğitici, rehberlik ve danışmanlık rollerini etkin bir şekilde yerine getirmeli, gereksinim duyulan sağlık bakım hizmetlerini planlamalı ve yürütmelidir. Etkin bir bakım ile annelerin gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlere ilişkin sorunları ile baş etmesinin kolaylaşacağı değerlendirilmektedir (10, 44, 57).

Ana çocuk sağlığı hizmetleri içerisinde önemli bir yeri olan postpartum bakım hizmeti, temelde koruyucu bir sağlık hizmetidir (39, 40). Primer koruma kapsamında, postpartum depresyon risklerine karşı önlem alma; sekonder korumada, erken tanı ve tedavinin sağlanması, tersiyer korumada ise tedavi olan anneyi izleme ve danışmanlığı devam ettirme girişimleri ile ebe ve hemşireler her düzeyde anne ve bebeğin sağlığını koruma, geliştirme ve sürdürme rollerini yerine getirebilirler (10, 44).

Doğum sonrası dönemde anne ve bebeğinin düzenli olarak takip edilmesi ve doğumun sağlıklı koşullarda gerçekleştirilmesinin maternal ve perinatal mortaliteyi azaltabilmektedir (58). Ülkemizde, doğum sonu dönemde annelerin hastaneden erken dönemde taburcu edilmeleri, doğum sonu bakıma yönelik yeterince eğitim almalarına engel bir durum teşkil etmektedir (40). Bunun yanı sıra, postpartum depresyondan korumaya yönelik programlar, devlet politikaları ile desteklenmekte olup aile sağlığı merkezlerinin öncelikli bir uğraşlarından biri haline gelmiştir (45). Kadınlar gebelikleri süresince en az dört kez, lohusalık döneminde de ise en az 2-4 dört kez aile hekimleri veya

aile sağlığı elemanı tarafından özellikle yenidoğanın büyüme ve gelişme takibi, aşı gereksinimleri nedeniyle görülmektedir (50, 45). TNSA 2008 verilerine göre, ülkemizde doğum sonrası bakım alma oranları ise annenin eğitim durumu, doğum sırasındaki yaşı, yerleşim yeri, yaşanılan bölge ve doğum sırasına göre değişmekle birlikte %84.8 olmasına rağmen, doğum sonu bakım alan anne oran istenen düzeyde değildir (39, 40, 58, 59). Bunun bir nedeni olarak, doğum sonu bakım hizmetlerinin odağında yenidoğan yer alması ve annenin gereksinimleri geri plana bırakılması değerlendirilmektedir (39, 40).

Sağlık ekibi içinde anahtar role sahip ebe ve hemşireler tarafından, birinci basamakta, yenidoğan sağlık hizmetlerinden faydalanmak için gelen her anne gözlemlenmeli, psikolojik durumu değerlendirilmeli, depresyon açısından riskleri belirlenmeli ve anne her gelişinde ruhsal değişiklikler açısından mutlaka izlenmelidir. Sağlık bakımına, gereksinimi olan annelere, ev ziyaretleri, telefon takipleri ve danışmanlık toplantıları yolu ile sürekli sağlık eğitimi ve desteği verilmelidir. Postpartum dönemde psikolojik hastalık riski yüksek olan anneler mutlaka ikinci basamağa sevk edilmelidir (10, 50).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ VE AMACI

Bu çalışma, primipar annelerde doğum şeklinin postpartum depresyon riskine etkisini belirlemek amacı ile yapılmış kesitsel tipte bir araştırmadır.

5.1.1 Araştırma Soruları

Bu çalışmada aşağıdaki sorulara yanıt arandı.

1. Primipar annelerde doğum şekli, postpartum depresyon riski yaşama durumunu etkiler mi?
2. Primipar annelerde, postpartum depresyon riski yaşama durumunu etkileyen başka faktörler var mıdır?

5.2. ARAŞTIRMA YERİ

Bu çalışma, 7 Ocak - 28 Nisan 2014 tarihleri arasında Batman merkezde bulunan ve İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı olarak faaliyetlerini sürdüren 17 aile sağlığı merkezinde yürütüldü.

5.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Batman il merkezinde 2012 yılında yaklaşık olarak 12.000 doğum eylemi gerçekleşmiştir. Bu araştırmanın evrenini, Batman il merkezinde bulunan aile sağlığı merkezlerine kayıtlı 15- 49 yaş grubunda bulunan primipar anneler temsil etmektedir. Çalışmanın örneklemini, 244 primipar anne oluşturmaktaydı. Örneklem büyüklüğü hesaplanırken, primipar annelerde postpartum depresyon görülme sıklığının %20 olduğu öngörülerek, %95 güven aralığında ve %5 hata payı ile çalışmaya dahil edilmesi gereken primipar anne sayısı 243 olarak belirlendi (60). Ayrıca bir örnekleme yöntem seçimine

gidilmeyerek Batman il merkezinde bulunan 17 aile sağlığı merkezinin tamamı çalışma kapsamına alındı. Çalışmaya kriterlerini karşılayan tüm anneler çalışmaya dahil edildi.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri;

- 1) alışmaya katılmaya gönüllü olmak.
- 2) Türkçe okuma ve yazma bilmek.

5.4. VERİLERİN TOPLANMASI

Çalışmaya başlamadan önce, araştırmanın yapıldığı aile sağlığı merkezlerinden yazılı izin (**EK 1**) ve etik onay alındı (**EK 2**). Veri toplamaya başlamadan önce, annelerin haklarının korunması için; çalışmaya dahil edilme kriterlerine uygun annelere doğum sonu depresyon konusu hakkında bilgi verilip ve çalışmanın amacı ve yöntemi açıklanarak aydınlatılmış onam ilkesi; elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı bilgisi verilerek gizlilik ve gizliliğin korunması ilkesi; gönüllü katılmak isteyenlerin alınması ile de özerkliğe saygıyı içeren etik ilkeler yerine getirildi ve çalışmaya katılmayı kabul eden annelere onam belgesi okutularak imzalatıldı (**EK 3**).

Çalışmanın verileri araştırmacılar tarafından konu ile ilgili literatür esas alınarak hazırlanan veri toplama formları ile toplandı (**EK 4**). Anket formları, annelerle yüz yüze görüşme tekniği ile 25-30 dakika sürede araştırmacı tarafından uygulandı. Her anne ile doğum sonu birinci ayın sonunda bir kez ve nc ayın sonunda bir kez olmak üzere toplam iki görüşme yapıldı. Görüşmeler, annelerin mahremiyetlerine zen gösterilerek kimsenin olmadığı sessiz bir odada gerçekleştirildi.

5.4.1. Veri Toplama Araçları

Veri toplama formu  bölümden oluşmaktaydı (**EK 4, EK 5, EK 6**). Birinci bölümde, annelerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin tanıtıcı bilgi formu yer almaktadır. İkinci bölüm, gebelik izlemi ve doğum öyküsü formundan oluşmaktaydı. nc bölümde ise, EPD'ne yer verildi.

5.4.1.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

“Tanıtıcı Bilgi Formu” annelerin; yaş, eğitim ve çalışma durumu, meslek, aile tipi, yaşanılan yerleşim birimi, evlilik süresi gibi sosyo-demografik özelliklerine ilişkin 23 sorudan oluşmaktaydı. Literatürde postpartum depresyon ile ilişkili olduğu bildirilen risk faktörleri dikkate alınarak araştırmacılar tarafından geliştirildi (**EK 4**). Bu form çalışmada yer alan annelere, doğum sonu 4. haftada bir kez uygulandı.

5.4.1.2. Gebelik İzlemi ve Doğum Öyküsü Formu

Annelerin; doğum öncesi bakım alma durumu, gebelik sürecindeki genel sağlık durumu, doğum şekli ve buna karar veren kişi, doğum şeklini tercih etme nedeni, doğumun nerede gerçekleştiği, bebeği ile ilgili düşünceleri gibi konuları içeren “Gebelik İzlemi ve Doğum Öyküsü Formu” 19 sorudan oluşmaktaydı. Bu form, konu ile ilgili literatür incelemesi sonucu araştırmacılar tarafından geliştirildi (**EK 5**). Gebelik izlemi ve doğum öyküsü formu, çalışma kapsamında doğum sonu 4. haftada bir kez uygulandı.

5.4.1.3. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği

Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) post partum dönemdeki kadınlarda depresyon riskini, düzey ve şiddet değişimini belirlemeye yönelik tarama amacıyla kullanılan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Bu ölçek, depresyon tanısı koymaya yönelik olarak kullanılmamaktadır. Ölçek, 1987 yılında Cox, Holden ve Sagovsky tarafından İngiltere’de doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon riskini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Cox, Holden ve Sagovsky tarafından geliştirilen ölçeğin Cronbach α değeri 0.87, kesme puanı 12/13 alındığında duyarlılığının 0.85, özgüllüğünün 0.77 olduğu bildirilmektedir (42, 61, 62). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Engindeniz tarafından 1996 yılında yapılmıştır (64).

Ölçek 10 maddeden oluşmaktadır. Ölçek maddeleri; değerlendirmenin yapıldığı günden yedi gün öncesine kadarki süre içinde depresif duygu durumu, anksiyete, uyuma güçlüğü, ağlama, kendine yönelmiş öfke düşüncelerinin varlığı ortaya koymaktadır (63). Katılımcılardan, son yedi günlerini değerlendirerek kendi durumlarına en uygun olan

maddeyi seçerek işaretlemeleri istenmiştir. Ölçek dörtlü likert tipinde değerlendirilmektedir. Her madde “0” ile “3” arasında puanlanmaktadır. Ölçeğin, 3., 5., 6., 7., 8., 9., ve 10. maddeleri giderek azalan şiddet gösterirler ve “3, 2, 1, 0” şeklinde puanlanırken 1., 2. ve 4. maddeleri ters puanlanmaktadır. Ölçek toplam puanı, madde puanlarının toplanması ile elde edilir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 iken en yüksek puan 30’dur (42, 61-63, 65). Türkiye’de yapılan çalışma sonucunda ölçeğin kesme puanı 12 olarak hesaplanmıştır (64). Bu çalışmada kesme puanının üzerindeki değerleri alan katılımcılar, postpartum depresyon açısından risk grubu olarak nitelendirildi ve ikinci basamağa sevk edildiler (**EK 6**). EPDÖ annelere 4. ve 12. haftanın sonunda bir olmak üzere çalışma sürecinde toplam iki defa uygulandı.

5.5. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmanın verileri “SPSS (Statistical Packaye For Sociol Sciences) for Windows version 15.00” paket programı ile analiz edildi. Araştırma verileri değerlendirilirken ölçümle elde edilen veriler; sayı, yüzde, ortalama± standart sapma, en büyük, en küçük değerler kullanılarak verildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Tek Örneklem Kolmogorov Smirnov testi ile analiz edildi. Verilen normal dağılım özelliği göstermediği belirlenledi bu nedenle bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin araştırılmasında normal dağılıma uymayan veriler için uygulanan nonparametrik test olan Wilcoxon İşaret Testi uygulandı. Sayımla elde edilen verilerin karşılaştırmalı analizleri Ki-kare testi ile yapıldı. Ölçek kesim noktasının üzerinde kalan, puanlar postpartum depresyon açısından risk grubu olarak değerlendirildi. Sonuçlar %95 güven aralığında değerlendirilerek $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

5.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu araştırmanın evrenini, Batman il merkezinde bulunan aile sağlığı merkezlerine kayıtlı 15- 49 yaş grubunda bulunan primipar anneler temsil ettiği için araştırma sonuçları yalnız bu ilde yaşayan anneler için geçerlidir, genellenemez. Araştırma verileri annelerin sözlü beyanları esas alındı.

6. BULGULAR

Çalışmada elde edilen bulgular, bu bölümde 7 başlık altında sunulmaktadır.

6.1. Annelerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular

6.2. Annelerin gebelik ve doğum öyküsü özelliklerine ilişkin bulgular

6.3. Annelerin bebekleri ve bebek bakımı ile ilgili duygu ve düşüncelerine yönelik bulgular

6.4. Annelerin EPDÖ puanlarına göre depresyon risklerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

6.5. Annelerin sosyo-demografik özellikleri ile EPDÖ puanlarına göre depresyon riskinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

6.6. Annelerin gebelik ve doğum öyküsü ile EPDÖ puanlarına göre depresyon riskinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

6.7. Annelerin bebek ve bakımı ile ilgili duygu ve düşünceleri ile EPDÖ puanlarına göre depresyon riskinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

6.1. ANNELERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Annelerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 6-1.1. ve Tablo 6-1.2'de gösterilmektedir.

Tablo 6-1.1.'de annelerin yaş, evlilik yaşı, evlilik süresi ve eşlerinin yaş özelliklerine ilişkin bulgular sunulmaktadır. Annelerin yaş ortalamasının 23.32 ± 4.07 , yaş aralığının 18-37 olduğu belirlendi. İlk evlenme yaşının en küçük 16 en çok 34 yaş olduğu ve ortalama evlenme yaşının 21.49 ± 3.87 olduğu saptandı. Annelerin ortalama evlilik süresinin 2.01 ± 1.64 (1-7 yıl) yıl olduğu bulundu. Eşlerinin yaş ortalamasının ise 26.89 ± 3.88 olduğu belirlendi.

Tablo 6-1.1: Annelerin Yaş, Evlilik Yaşı, Süresi ve Eşlerinin Yaş Ortalamaları (N=244)

Özellikler	Ortalama± SS	En küçük değer	En büyük değer
Yaş	23.32±4.07	18	37
İlk evlenme yaşı	21.49±3.87	16	34
Evlilik süresi (yıl)	2.01±1.64	1	7
Eşin yaşı	26.89±3.88	20	39

Tablo 6-1.2 incelendiğinde, annelerin %44.7'sinin (n=109) 20-24 yaş grubunda yer aldığı, %37.7'sinin (n=92) ilköğretim birinci kademedен mezun olduğu ve %91.4'ünün gelir getiren bir işte çalışmadığı gözlemlendi. Annelerin yarısı (%50.4) gelir durumunun orta düzeyde olduğunu belirtti. Aile tipi değerlendirildiğinde, annelerin %78.3'nün (n=191) çekirdek ailede yaşadığı belirlendi. Annelerin en uzun süre yaşadıkları yer özelliği incelendiğinde, en düşük oranda %26.6'sının (n=65) köy ve kasabada yaşadıkları belirlendi. Annelerin eşlerinin %38.1'inin (n=93) ilköğretim ikinci kademedен mezun olduğu ve %7.4'ünün (n=18) işsiz olduğu belirlendi. Annelerin tamamının sağlık güvencesi (%100) olduğu ve resmi nikahla evlendiği (%100) saptandı.

Tablo 6-1.2: Annelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları (N=244)

Özellikler		n	%
Yaş grupları	19 yaş ve altı	59	24.2
	20-24 yaş	109	44.7
	25-29 yaş	54	22.1
	30-34 yaş	20	8.2
	35-39 yaş	2	0.8
Eğitim durumu	Okur-yazar (ilköğretim birinci kademe terk)	46	18.9
	İlköğretim birinci kademe	92	37.7
	İlköğretim ikinci kademe	44	18.0
	Lise ve üzeri	62	25.4
Çalışma durumu	Çalışıyor	21	8.6
	Çalışmıyor	223	91.4
Gelir durumu algısı	İyi	49	20.1
	Orta	123	50.4
	Kötü	72	29.5
Aile tipi	Çekirdek aile	191	78.3
	Geniş aile	53	21.7
En uzun yaşanılan yer	İl	84	34.4
	İlçe	96	39.3
	Köy-kasaba	64	26.2
Eş eğitim durumu	Okur-yazar (ilköğretim birinci kademe terk)	16	6.5
	İlköğretim birinci kademe	65	26.6
	İlköğretim ikinci kademe	93	38.1
	Lise ve üzeri	70	28.7
Eşin mesleği	İşsiz	18	7.4
	Memur	57	23.4
	İşçi	73	29.9
	Serbest meslek	96	39.3
Sağlık güvencesi	Var	244	100
	Yok	-	-
Resmi nikah durumu	Var	244	100
	Yok	-	-

6.2. ANNELERİN GEBELİK VE DOĞUM ÖYKÜSÜ ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 6-2.1.'de annelerin gebelik ile ilgili özellikleri, Tablo 6-2.2.'de ise doğum öyküsü özellikleri sunuldu.

Tablo 6-2.1. değerlendirildiğinde, annelerin %78.3'ünün (n=191) gebeliğinin planlı olduğu ve yalnız %2.0'sinin (n=5) gebeliği süresince bir sağlık sorunu yaşadığı gözlemlendi. "Gebelik sırasında sıkıntı/stres yaşadınız mı?" sorusuna annelerin yalnız %3.3'ü (n=8)

“Evet” yanıtı verdi. Annelerin tamamının doğum öncesi dönemde 4 ve daha fazla sayıda doğum öncesi bakım hizmeti aldığı belirlendi.

Tablo 6-2.1: Annelerin Gebelik Özelliklerine Göre Dağılımları (N=244)

Özellikler		n	%
Gebeliğin planlanma durumu	Planlı	191	78.3
	Plansız	53	21.7
Gebelikte sağlık sorunu yaşama durumu	Evet	5	2.0
	Hayır	239	98.0
Gebelikte stres, sıkıntı yaşama durumu	Evet	8	3.3
	Hayır	236	96.7
Doğum öncesi bakım alma durumu	Almayan	-	-
	Yalnız 1 kez	-	-
	2-3 kez	-	-
	4 ve daha fazla	244	100

Tablo 6-2.2 incelendiğinde, annelerin %80.7’sinin (n=197) yapmak istediği doğum şeklinin “vaginal doğum”, yalnız %4.1’inin (n=10) sezaryen doğum olduğu ve %15.2’sinin (n=37) bu konuda fikri olmadığı gözlemlendi. Annelerin %32.8’inin (n=80) sezaryen doğum ve %67.2’sinin (n=164) vaginal doğum yaptığı belirlendi. Gerçekleşen doğumun özelliği değerlendirildiğinde, annelerin yalnız %8.5’sinin (n=14) normal vaginal doğum yaptıkları belirlendi. Annelere toplam 361 müdahale uygulandığı görüldü. Bu müdahalelerin % 91.4 (n=150) epizyotomi, %79.8 (n=131) indüksiyon olduğu belirlendi ayrıca bazı annelere doğum esnasında birden fazla müdahale uygulandığı gözlemlendi. “Doğum şekline karar veren kişi kimdir?” sorusuna annelerin %76.2’si (n=186), “Doktor, ebe, hemşire” yanıtını verdiği belirlendi. Annelerin %73.0’ü (n=178) kamu hastanesinde ve %26.6’sı (n=65) özel hastane de doğum yaptığını, bir annede evde doğum yaptığını ifade etti.

Tablo 6-2.2.: Annelerin Doğum Öyküsü Özelliklerine Göre Dağılımları (N=244)

Özellikler		n	%
İstenen doğum şekli	Vajinal doğum	197	80.7
	Kararsız	37	15.2
	Sezaryen	10	4.1
Gerçekleşen Doğum Şekli	Vajinal doğum	164	67.2
	Sezaryen doğum	80	32.8
Vajina Doğumda Uygulanan müdahale yöntemi*(N=164)	Müdahalesiz vajina doğum	14	8.5
	Epizyotomi	150	91.4
	İndüksiyon	131	79.8
Doğum şeklini belirleme durumu	Doktor/ebe/hemşire	186	76.2
	Kendisi	33	13.5
	Eşi	25	10.2
Doğumun gerçekleştiği yer	Kamu hastanesinde	178	73.0
	Özel hastanede	65	26.6
	Evde	1	0.4

*Yalnız müdahaleli vaginal doğumlar değerlendirildi ve birden fazla müdahale olduğu için ve n katlanmıştır.

6.3. ANNELERİN BEBEKLERİ VE BEBEK BAKIMI İLE İLGİLİ DUYGU VE DÜŞÜNCELERİNE YÖNELİK BULGULAR

Tablo 6-3.1’de annelerin bebekleri ve bebek bakımı ile ilgili duygu ve düşüncelerine yönelik bulgulara yer verildi.

Annelerin, tamamı (%100) bebeğini beğendiğini, tamamına yakını bebeğinin cinsiyetinden memnun olduğunu (%99.6) ifade etti. “Bebeğinizi nasıl tanımlarsınız?” sorusuna annelerin %26.6’sı (n=65) “sakin” %21.3’ü (n=52) “çok ağlıyor/çok gazı var” yanıtını verdiği gözlemlendi. Bu çalışmada yer annelerin, %85.7’si (n=209) bebeğini yalnız anne sütü ile beslediğini ve %50.0’si (n=122) emzirme başarısını “çok iyi” şeklinde değerlendirdiğini ifade etti. Annelerin %77.0’si (n=188), bebeğinin evliliğini olumlu yönde etkilediğini bildirirken, %4.1’i (n=10) olumsuz etkilediğini belirtti (Tablo 6.3.1.)

Tablo 6-3.1: Annelerin Bebekleri ve Bebek Bakımı ile İlgili Özelliklerine Göre Dağılımları (N=244)

Bebekle ilgili Duygu ve Düşünceler		n	%
Bebeginizi beğeniyor musunuz?	Evet	244	100
	Hayır	-	-
Bebeginizin cinsiyetinden memnun musunuz?	Evet	243	99.6
	Hayır	1	0.4
Bebeginizi nasıl tanımlarsınız?	Sakin	65	26.6
	Çok ağlıyor/çok gazı var	52	21.3
	Uyumuyor/düzensiz uyuyor	48	19.7
	Mızızlanıyor	48	19.7
	Olumlu duygu ve düşünce	31	12.7
Bebeginizi ne ile besliyorsunuz?	Yalnız anne sütü	209	85.7
	Karışık	35	14.3
Bebeginizi emzirme başarınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?	Çok iyi	122	50.0
	İyi	79	32.4
	Fena değil/orta	39	16.0
	Kötü	4	1.6
Bebeginiz evliliğinizi etkiledi mi?	Evet, olumlu yönde	188	77.0
	Evet, olumsuz yönde	10	4.1
	Hayır	46	18.9

6.4. ANNELERİN EPDÖ PUANLARINA GÖRE DEPRESYON RİSKİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 6-4.1.'de annelerin 4. ve 12. haftanın sonundaki EPDÖ'nin toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular ile ölçeğin Cronbach α değerleri gösterildi.

EPDÖ'nin 4. haftanın sonundaki Cronbach değeri 0.95; 12. hafta sonundaki değerinin ise 0.83 olduğu belirlendi. Dördüncü haftanın sonundaki annelerin EPDÖ-1 puan ortalaması ile 12. haftanın sonundaki EPDÖ-2 puan ortalaması karşılaştırıldığında, hafta ilerledikçe EPDÖ puan ortalamasının istatistiksel açıdan anlamlı ölçüde azaldığı saptandı ($z=11.112$; $p=0.001$) (Tablo 6-4.1.).

Tablo 6-4.1: Annelerin Doğum Sonu 4. Hafta ve 12. Hafta EPDÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ve Cronbach α Değerleri (N=244)

Özellikler	Cronbach α	Ortalama \pm SS	z*	P
EPDÖ-1	0.95	12.19 \pm 8.53	11.112	0.001
EPDÖ-2	0.83	3.38 \pm 3.81		

*Wilcoxon İşaret testi

Tablo 6-4.2.'de annelerin EPDÖ'nin ölçek kesim noktasına göre puan dağılımı gösterildi.

Bu çalışmada yer alan annelerin tamamı (%100) geçmiş yıllarda depresyon yaşamadığını bildirdi. Tablo 6-4.2'de dördüncü haftanın sonunda EPDÖ'nden annelerin %41.0'inin (n=100), 12. haftanın sonunda ise yalnız %5.3'ünün (n=13) "Yüksek" puan aldığı belirlendi.

Tablo 6-4.2: Annelerin Doğum Sonu 4. Hafta ve 12. Hafta EPDÖ Puanlarına Göre Depresyon Risklerinin Dağılımı (N=244).

EPDÖ	EPDÖ-1		EPDÖ-2	
	n	%	n	%
Düşük (12 puan ve altı)	144	59.0	231	94.7
Yüksek (13 puan ve üstü)	100	41.0	13	5.3
Toplam	244	100	244	100

6.5. ANNELERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE EPDÖ PUANLARINA GÖRE DEPRESYON RİSKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 6-5.1 değerlendirildiğinde; çalışmada yer alan annelerin, eğitim durumları ile 4. hafta ($X^2=7.659$; $p=0.054$) ve 12. hafta ($X^2=8.509$; $p=0.037$) sonundaki EPDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulundu. Eğitim düzeyi arttıkça, annelerin hem 4. hafta hem de 12. hafta sonunda EPDÖ alınan puan ortalamalarının düştüğü gözlemlendi ($p<0.05$). Annelerin yaş grupları, çalışma durumları, gelir durum algıları, eşin eğitim durumu, aile tipleri, evlenme şekilleri, en uzun yaşanan yer ile 4. hafta ve 12. hafta sonundaki EPDÖ arasında istatistiksel bir fark saptanmadı ($p>0.05$)

Tablo 6-5.1.: Annelerin Sosyodemografik Özellikleri ile EPDÖ Puanlarına göre Depresyon Risklerinin Karşılaştırılması (N=244)

Özellikler	4. Hafta EPDÖ							X ²	p	12. Hafta EPDÖ						X ²	P
	Düşük		Yüksek		Toplam		Düşük			Yüksek		Toplam					
	N	%	n	%	n	%	n			%	n	%	n	%			
Yaş grupları																	
19 yaş ve altı	29	11.9	30	12.3	59	24.2	5.125	0.275	55	22.5	4	1.6	59	24.2	1.916	0.751	
20-24 yaş	65	26.8	44	18.0	109	44.6			102	41.9	7	2.9	109	44.6			
25-29 yaş	34	13.9	20	8.2	54	22.2			53	21.8	1	0.4	54	22.2			
30-34 yaş	14	5.7	6	2.4	20	8.2			19	7.7	1	0.4	20	8.2			
35-39 yaş	2	0.8	-	-	2	0.8			2	0.8	-	-	2	0.8			
Toplam	144	59.1	100	40.9	244	100			231	94.7	13	5.3	244	100			
Eğitim durumu																	
Okur-yazar (ilköğretim birinci kademe terk)	23	9.4	23	9.4	46	18.8	7.659	0.054*	43	17.7	3	1.2	46	18.9	8.509	0.037*	
İlköğretim birinci kademe	48	19.6	44	18.3	92	37.9			90	36.9	2	0.8	92	37.8			
İlköğretim ikinci kademe	31	12.7	13	5.3	44	18.0			38	15.6	6	2.4	44	17.9			
Lise ve üzeri	42	17.2	20	8.1	62	25.3			60	24.6	2	0.8	62	25.4			
Toplam	144	58.9	100	41.1	244	100			231	94.8	13	5.2	244	100			
Çalışma durumu																	
Çalışıyor	14	5.8	7	2.9	21	8.6	0.556	0.456	21	8.6	-	-	21	8.7	1.293	0.255	
Çalışmıyor	130	53.2	93	38.1	223	91.4			210	86.0	13	5.4	223	91.3			
Toplam	144	59	100	41	244	100			231	94.6	13	5.4	244	100			

6.6. ANNELERİN GEBELİK VE DOĞUM ÖYKÜSÜ İLE EPDÖ PUANLARINA GÖRE DEPRESYON RİSKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 6-6.1.'de annelerin gebelikle ilgili özellikleri ile 4. ve 12. haftanın sonundaki EPDÖ puanlarının karşılaştırılması gösterildi. Annelerin, “gebeliklerini planlama durumu”, “gebelikte sağlık sorunu yaşama durumu”, “gebeliği sırasında sıkıntı ve stres yaşama durumu” ile EPDÖ puanlarına göre depresyon riskleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).



Tablo 6-6.1.: Annelerin Gebelik Öyküleri ile EPDÖ Puanlarına Göre Depresyon Risklerinin Karşılaştırılması (N=244)

Özellikler	4. Hafta EPDÖ								12. Hafta EPDÖ							
	Düşük		Yüksek		Toplam		X ²	p	Düşük		Yüksek		Toplam		X ²	p
	n	%	n	%	n	%			n	%	n	%	n	%		
Gebeliğin planlanma durumu																
Planlı	113	46.3	78	31.9	191	78.3	0.008	0.930	181	74.2	10	4.0	191	78.2	0.015	0.903
Plansız	31	12.8	22	9.0	53	21.7			50	20.5	3	1.3	53	21.8		
Toplam	144	59.1	100	40.9	244	100			231	94.7	13	5.3	244	100		
Gebelikte sağlık sorunu yaşama durumu																
Evet	5	2.2	-	-	5	2.1	3.545	0.060	5	2.0	-	-	5	2.1	0.287	0.592
Hayır	139	56.9	100	40.9	239	97.9			226	92.7	13	5.3	239	97.9		
Toplam	144	59.1	100	40.9	244	100			231	94.7	13	5.3	244	100		
Gebeliği sırasında sıkıntı/stres yaşama durumu																
Evet	5	2.0	3	1.3	8	3.3	0.41	0.839	8	3.3	-	-	8	3.3	0.465	0.495
Hayır	139	56.9	97	39.8	236	96.7			223	91.4	13	5.3	236	96.7		
Toplam	144	58.9	100	41.1	244	100			231	94.7	13	5.3	244	100		

Tablo 6-6.2.'de annelerin doğum şekli ve özellikleri ile 4. ve 12. haftanın sonundaki EPDÖ puanlarına göre depresyon riskleri karşılaştırılmasına yer verildi. Annelerin, “İstenen doğum şekli”, “ Gerçekleşen doğum şekli”, “Gerçekleşen doğum özelliği”, “Doğum şekline göre müdahale durumu”, “epizyotomi”, “indiksiyon” ve “spinal anestezi” uygulanma durumu, doğum şekline karar veren kişi ve doğumun gerçekleştiği yer ile 4. ve 12. haftanın sonundaki EPDÖ puanlarına göre depresyon riskleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$).



Tablo 6-6.2.: Annelerin Doğum Şekli ve Özellikleri ile EPDÖ puanlarına Göre Depresyon Risklerinin Karşılaştırılması (N=244)

Özellikler	4. Hafta EPDÖ						12. Hafta EPDÖ						X ²	p		
	Düşük		Yüksek		Toplam		Düşük		Yüksek		Toplam				X ²	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%				
İstenen doğum şekli																
Vaginal	113	46.4	84	34.4	197	80.7	4.195	0.123	185	75.9	12	4.9	197	80.7	1.296	0.523
Planlı olmayan	22	9.0	15	6.1	37	15.2			36	14.8	1	0.40	37	15.2		
Sezaryen	9	3.7	1	0.4	10	4.1			10	4.09	-	-	10	4.1		
Toplam	144	59.1	100	40.9	244	100			231	94.7	13	5.3	244	100		
Gerçekleşen doğum şekli																
Vaginal yol	96	39.3	68	27.9	164	67.2	0.048	0.827	157	64.4	7	2.8	164	77.2	1.113	0.291
Sezaryen doğum	48	19.7	32	13.1	80	32.8			74	30.4	6	2.4	80	32.8		
Toplam	144	59	100	41	244	100			231	94.8	13	5.2	244	100		
Gerçekleşen doğum özelliği																
Normal vaginal doğum	5	2.0	9	3.8	14	5.7	3.334	0.068	14	5.8	-	-	14	5.7	0.836	0.361
Müdahaleli doğum	139	56.9	91	37.3	230	94.3			217	88.9	13	5.3	230	94.3		
Toplam	144	58.9	100	41.1	244	100			231	94.7	13	5.3	244	100		
Doğum şeklini belirleme durumu																
Doktor/ebe/hemşire	108	44.3	78	31.8	186	76.2	3.889	0.143	176	72.2	10	4.1	186	76.2	0.700	0.705
Kendisi	24	9.9	9	3.7	33	13.5			32	13.1	1	0.4	33	13.6		
Eşi	12	4.9	13	5.4	25	10.3			23	9.4	2	0.8	25	10.2		
Toplam	144	59.1	100	40.9	244	100			231	94.7	13	5.3	244	100		
Doğumun gerçekleştiği yer																
Kamu hastanesinde	105	43.0	73	29.9	178	72.9	0.703	0.704	167	68.4	11	4.5	178	72.9	0.965	0.617
Özel hastanede	38	15.6	27	11.1	65	26.7			63	25.8	2	0.9	65	26.7		
Evde	1	0.4	-	-	1	0.4			1	0.4	-	-	1	0.40		
Toplam	144	59.0	100	41.0	244	100			231	94.6	13	5.4	244	100		

6.7. ANNELERİN BEBEK VE BAKIMI İLE İLGİLİ DUYGU VE DÜŞÜNCELERİ İLE EPDÖ PUANLARINA GÖRE DEPRESYON RİSKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 6-7.1. incelendiğinde, annelerin bebeklerini tanımlama durumu ($X^2=10.315$; $p=0.035$) ve besleme durumları ($X^2=6.109$; $p=0.013$) ile 4.hafta sonundaki EPDÖ puanına göre depresyon riskleri arasında istatistiksel bir fark saptanırken bu değişkenler ile 12. hafta sonundaki EPDÖ sonuçları arasında istatistiksel bir fark bulunmadı.

Annelerin bebeklerini besleme şekli, emzirme başarılarını değerlendirme durumu ve bebeğin evliliklerini etkileme durumu ile 4. ve 12. hafta sonundaki EPDÖ sonuçları arasında istatistiksel bir fark belirlenmedi ($p>0.05$).

Tablo 6-7.1.: Annelerin Bebek ve Bakımı ile ilgili Duygu ve Düşünceleri ile EPDÖ Puanlarına Göre Depresyon Risklerinin Karşılaştırılması (N=244)

Duygu/düşünce	4. Hafta EPDÖ							12. Hafta EPDÖ								
	Düşük		Yüksek		Toplam		X ²	p	Düşük		Yüksek		Toplam		X ²	P
	n	%	n	%	n	%			n	%	n	%	n	%		
Bebeğini tanımlama																
Sakin	41	16.9	24	9.9	65	26.6	10.315	0.035*	64	26.2	1	0.4	65	26.6	4.179	0.382
Çok ağlıyor/çok gazı var	33	13.6	19	7.8	52	21.3			47	19.3	5	2.0	52	21.3		
Uyumuyor/düzensiz uyuyor	20	8.19	28	11.4	48	19.7			45	18.5	3	1.2	48	19.8		
Mızızlanıyor	34	13.9	14	5.8	48	19.7			45	18.5	3	1.2	48	19.8		
Olumlu duygu ve düşünce	16	6.5	15	6.1	31	12.7			30	12.3	1	0.4	31	12.7		
Toplam	144	59	100	41	244	100			231	94.8	13	5.2	244	100		
Bebeğini besleme																
Yalnız anne sütü	130	53.3	79	31.2	209	85.7	6.109	0.013*	197	80.8	12	4.91	209	85.7	0.495	0.482
Karışık	14	5.8	21	8.7	35	14.3			34	13.9	1	0.40	35	14.3		
Toplam	144	59.1	100	39.9	244	100			231	94.7	13	5.3	244	100		
Emzirme başarısını değerlendirme																
Çok iyi	64	26.3	58	23.8	122	50	5.520	0.137	116	47.5	6	2.45	122	50	0.709	0.871
İyi	49	20.1	30	12.3	79	32.4			75	30.8	4	1.7	79	32.4		
Fena değil	28	11.4	11	4.5	39	15.9			36	14.8	3	1.22	39	15.9		
Kötü	3	1.2	1	0.4	4	1.7			4	1.63	-	-	4	1.7		
Toplam	144	59	100	41	244	100			231	94.7	13	5.3	244	100		
Bebeğin evliliğini etkileme durumu																
Evet, olumlu yönde	105	43	83	34	188	77.1	5.335	0.069	181	74.2	7	2.9	188	77.0	4.193	0.123
Evet, olumsuz yönde	5	2.1	5	2.1	10	4.1			9	3.7	1	0.4	10	4.1		
Hayır	34	13.9	12	4.91	46	18.8			41	16.8	5	2.0	46	18.9		
Toplam	144	59	100	41	244	100			231	94.7	13	5.3	244	100		

7. TARTIŞMA

Doğum şeklinin, primipar annelerin postpartum depresyon yaşamasına etkisini belirlemek amacıyla yürütülen bu çalışmada elde edilen bulguların, ilgili literatür sonuçları ile yapılan tartışmalarına ilişkin bölümler, aşağıda belirtilen başlıklar halinde sunuldu.

7.1. Annelerin Sosyo Demografik Özellikleri

7.2. Annelerin Gebelik ve Doğum Öyküsü Özellikleri ile EPDÖ Puanlarına Göre Depresyon Riskinin Tartışılması

7.3. Annelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile EPDÖ Puanlarının Tartışılması

7.4. Annelerin Gebelik ve Doğum Öyküsü Özellikleri ile EPDÖ Puanlarına Göre Depresyon Riskinin Tartışılması

7.5. Annelerin Bebek ve Bakımı Öyküsü Özellikleri ile ilgili Duygu ve Düşüncelerinin EPDÖ Puanlarına Göre Depresyon Riskinin Tartışılması

7.1. ANNELERİN SOSYO DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI

Çalışmamıza katılan annelerin yaş ortalamasının 23.32 ± 4.07 (dağılım:18-37) olduğu belirlendi ortalama evlenme yaşının 21.49 ± 3.87 (dağılım:16-34) olduğu saptandı. Annelerin ortalama evlilik süresinin 2.01 ± 1.64 (dağılım: 1-7 yıl) yıl olduğu bulundu. Eşlerinin yaş ortalamasının ise 26.89 ± 3.88 (dağılım:20-39) olduğu belirlendi.

Annelerin %44.7'sinin (n=109) 20-24 yaş grubunda yer aldığı, %37.7'sinin (n=92) ilköğretim birinci kademedan mezun olduğu ve %91.4'ünün (n=223) gelir getiren bir işte çalışmadığı gözlemlendi. Annelerin %91.8'i (n=224) ev hanımı iken, %8.2'si (n=20) memurdur. Annelerin yarısı (%50.4, n=123) gelir durumunun orta düzeyde olduğunu belirtti. Aile tipi değerlendirildiğinde, annelerin %78.3'nün (n=191) çekirdek ailede yaşadığı belirlendi. Annelerin en uzun süre yaşadıkları yer özelliği incelendiğinde, yalnız %26.6'sının (n=65) köy ve kasabada yaşadıkları belirlendi. Annelerin eşlerinin %38.1'inin (n=93) ilköğretim ikinci kademedan mezun olduğu ve %7.4'ünün (n=18) işsiz olduğu belirlendi. Annelerin tamamının sağlık güvencesi (%100) olduğu ve resmi nikahla evlendiği (%100) saptandı. Annelerin sosyo demografik özellikleri ile ülkemizde yapılan benzer çalışmalar sonuçları ile benzerlik gösterdiği gözlemlendi (10, 42, 66, 67).

7.2. ANNELERİN GEBELİK VE DOĞUM ÖYKÜSÜ ÖZELLİKLERİ İLE EPDÖ PUANLARINA GÖRE DEPRESYON RİSKİNİN TARTIŞILMASI

Doğum sonu depresyon, doğumdan sonraki ilk 4 hafta içinde başlayabileceği gibi doğum sonu 3. ve 6. aylar arasında da herhangi bir anda başlayabilen anneyi, bebeği ve ailenin sağlığını bozan, tedavi gerektiren ve uzun süre devam edebilme ve tekrarlama potansiyeli taşıyan psikolojik bir hastalıktır. Amerika ve Avrupa ülkelerinde öz bildirim ölçeklerine göre bildirilen postpartum depresyon sıklığı %3-42, Asya ülkelerinde %3.9-56.0 arasında değişirken, ülkemizde %21-58 arasında olduğu bildirilmektedir (2, 7, 9, 12, 43, 44, 45). Efe Yaman ve ark.'nın Ankara'da (2009) yaptıkları bir çalışmada, doğum sonu 4. haftada; EPDÖ'ye göre kadınların %23.4'ünün doğum sonu depresyon riski taşıdığını bildirmektedir (68). Benzer olarak Durukan ve ark.'nın (2011) 2 ay ile 18 aylık bebeği olan kadınlarla Ankara'da yaptıkları çalışmada doğum sonu depresyon prevalansının %15 olduğu saptanmıştır (66). Ayvaz ve ark.'nın (2006) Trabzon'da yaptıkları çalışmada doğum sonu 6.hafta ile 6. ay aralığında EPDÖ'ye göre doğum sonu depresyon görülme sıklığı %28.1 olarak belirtilmektedir (62). Yıldırım ve ark.'nın (2011) Erzincan'da yürüttükleri doğum sonu 1. ay ile 12. ayı kapsayan çalışmada EPDÖ'ye göre kadınların %51.3'ünün postpartum depresyon riski bulduklarını rapor etmektedirler (11). Dindar ve Erdoğan'ın (2007) Edirne de yaptıkları bir çalışmada doğum sonu bir yıllık periyotta depresyon riskinin %25.6 olduğunu bildirmişlerdir (45). Babacan Gümüş ve ark.'nın (2012) Çanakkale de yaptıkları çalışmada kadınların %26'sında depresif belirtiler gözlemlendiği saptanmıştır (69). Özdemir ve ark.'nın (2008) Konya'da yaptıkları çalışmada doğum sonu 2-6 ay arasındaki kadınlarda depresyon riski EPDÖ'ye göre %19.4 olarak belirtmektedir (42). Seymen Tatar'ın (2010) çalışmasında doğum sonu depresyon riski Ankara'da için %22, Sarıkamış için ise %30.5 olarak bulunmuştur (49). Soydan Çelikel'in (2012) Ankara'da yaptığı çalışmada kadınların %20.5'inde postpartum depresyon riski olduğu bildirilmektedir.

Batman ilinde yürütülen bu çalışmada, 4. haftada annelerin %41.0'inin, 12. haftanın sonunda ise annelerin %5.3'ünün doğum sonu depresyon riski taşıdığı saptandı (Tablo 6-4.2).

Literatürde verilen örnekler incelendiğinde, doğum sonu depresyon riskinin ülkenin doğusunda ve kuzeyinde daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Bu durumun, çalışmanın 4. hafta sonundaki doğum sonu depresyon riski oranını açıklayıcı ve destekleyici nitelikte olduğu değerlendirilmektedir. Ülkemizin çeşitli coğrafik bölgelerinden bildirilen sonuçlardaki çeşitliliğin nedeni ise bölgeler arasındaki sosyal kültürel ve ekonomik göstergelerdeki farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir. Elde edilen bulgulara göre, annelerin 12. haftanın sonundaki EPDÖ-2 puan ortalamasının, 4.haftanın sonundaki EPDÖ-1 puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde azaldığı ($p<0.005$) ve doğum sonu depresyon riskinin 12. haftanın sonunda %5.3'e gerilediği belirlendi. Bu bulguya paralel olarak, Kırpınar ve ark.'nın (2012) Erzurum'da EPDÖ'ye göre doğum sonu 6 haftada depresyon riskinin %14.0 olduğu bildirmektedirler (67). Postpartum depresyon ölçekleri, kesin tanı koyma özelliği taşımamakta yalnız riski ortaya çıkarmaktadırlar. Bu nedenle, primipar annelerde doğum sonu hem fiziksel hem de ruhsal uyum sürecine bağlı olarak 4. haftada belirlenen doğum sonu depresyon riskinin, 12. haftanın sonunda uyumun artmasına paralel olarak azaldığı düşünülmektedir.

7.3. ANNELERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE EPDÖ PUANLARINA GÖRE DEPRESYON RİSKİNİN TARTIŞILMASI

Doğum sonu depresyon riskini etkileyen önemli değişkenlerden biri yaş olarak ele alınmaktadır. Gebelik yaşı düştükçe postpartum depresyon görülme sıklığının yükseldiği bilinmektedir (12, 4). Taşdemir ve ark. (2006), Yıldırım ve ark (2011), Battaloğlu ve ark. (2012) ile Durukan ve ark. (2011) yaptıkları çalışmalarda yaş ile doğum sonu depresyon riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin bulunmadığı belirtilmişlerdir (10, 11, 66, 70).

Literatüre paralel olarak, bu çalışmada yer alan annelerin yaş grupları ile 4. hafta ve 12. hafta sonundaki EPDÖ sonuçları arasında istatistiksel bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Bu çalışmada yer alan en küçük anne yaşının 18 olması ve daha küçük yaşta anne olmamasının bu sonuca ulaşmada etkili olduğu düşünülmektedir.

Kadınların eğitim düzeyi, doğum sonu depresyon görülme durumunu etkileyebilen risk faktörleri arasında sayılmaktadır. Kadınların eğitim düzeyinin artması, sosyo-kültürel

ve ekonomik statülerinin yükselmesini, problem çözme becerisinin güçlenmesini, gelecek kaygısının azalmasını ve kendine güveninin artmasını sağlamaktadır. Bu bağlamda, kadının eğitim düzeyi yükseldikçe, doğum sonu dönemde hem fizyolojik, hem psikolojik ve hem de sosyal gereksinimlerinin farkında olarak sorunlarını daha rahat ifade edebilmekte ve profesyonel olarak yardım talep edebilmektedirler (49, 71). Battaloğlu (2012) annelerin eğitim durumları ile doğum sonu depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmiştir (70). Yıldırım ve ark. (2011) çalışmalarında üniversite mezunu kadınların postpartum depresyon riski en düşük olduğunu ancak eğitim durumu ile postpartum depresyon riski arasında anlamlı bir fark olmadığını belirtmişlerdir (11). Taşdemir ve ark. (2006) yaptıkları çalışmada annelerin eğitimi ile doğum sonu depresyon düzeyleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını savunmaktadır (10). Durukan ve ark. (2011) ise, çalışmalarında eğitim düzeyi yükseldikçe doğum sonu depresyon görülme sıklığının azaldığını bildirmişlerdir (66). Seymen Tatar çalışmasında (2010) eğitim seviyesi “okuryazar-ilköğretim mezunu” olan kadınların anlamlı şekilde doğum sonu depresyon riskinin yüksek olduğunu bildirmiştir. Aktaş ve ark. (2008) çalışmalarında eğitim düzeyi ile doğum sonu depresyon düzeyi arasında anlamlı bir fark olduğunu ortaya koymuştur (71). Babacan ve ark. (2012) yaptıkları çalışmada, kadınların eğitim süresi azaldıkça, depresif belirti düzeyinin arttığını bildirmektedir (69).

Literatüre paralel olarak, bu çalışmada yer alan annelerin, eğitim durumları ile 4. hafta ve 12. hafta sonundaki EPDÖ değerlendirmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulundu ($p<0.05$). Eğitim düzeyi arttıkça, annelerin hem 4. hafta hem de 12. hafta sonunda EPDÖ alınan düşük puan oranının da arttığı gözlemlendi ($p<0.005$).

Çalışma durumu annelerin doğum sonu depresyon riskini etkileyebilen diğer bir risk faktörü olarak ele alınmaktadır. Çalışan kadınların, temel gereksinimlerini karşılama, yaşamsal güçlüklerle baş edebilme, sosyo-ekonomik sorunları daha az yaşama ve ev ortamı dışında kendi iş çevresi ile iletişim halinde olmaları nedeniyle doğum sonu depresyon görülme riskinin çalışmayan kadınlara göre daha az olacağı varsayılmaktadır. Tatar'ın (2010) yaptığı bir çalışmada gelir getiren bir işte çalışmayan kadınların doğum sonu depresyon açısından daha fazla risk altında olduğu ortaya konulmaktadır. Babacan ve ark. (2012) çalışmasında çalışmayan kadınların depresif belirti düzeyinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (69). Yıldırım ve ark. (2011) ile Dindar ve ark. (2007) ise çalışmalarında

kadınların çalışma durumunun postpartum depresyon riskini etkilemediği bildirmektedir (11, 45). Bu çalışmada ise çalışma durumu ile doğum sonu depresyon riski arasında anlamlı bir sonuç elde edilmemiştir. Çalışmada yer alan annelerin yalnız %9'unun çalışıyor olmasının, bu sonucu etkileyebileceği düşünülmektedir.

Literatüre paralel olarak, bu çalışma da annelerin gelir durum algıları, eşin eğitim durumu, aile tipleri, en uzun yaşanan yer ile annelerin depresyon riski arasında istatistiksel bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (32, 34).

Annelerin evlenme şekilleri, evlilikten memnuniyetleri, eşi ile ilişkisi, ailesi ile ilişki durumu ve eşinin ailesi ile ilişkileri ile 4.haftada annelerin depresyon riski arasında istatistiksel bir fark saptanmadı ($p>0.05$). Elde edilen bu sonucun, annelerin bu sorulara verdikleri yanıtların dağılımından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

7.4. ANNELERİN GEBELİK VE DOĞUM ÖYKÜSÜ ÖZELLİKLERİ İLE EPDÖ PUANLARINA GÖRE DEPRESYON RİSKLERİNİN TARTIŞILMASI

Literatürde planlanmamış ya da istenmeyen gebeliklerin, doğum sonu depresyona yatkınlığı artıran bir faktör olduğu bildirilmektedir (7, 2, 43, 11, 1). Planlanmamış bir gebelik, annelerin bebeğe ve annelik rolüne uyum sürecinde çeşitli sorunlara neden olabilmektedir. Seymen Tatar (2010) yaptığı bir çalışmada, planlanmayan/istenmeyen gebelik ile doğum sonu depresif belirtiler arasında ilişki olmadığını bildirmiştir (49). Benzer şekilde Battaloğlu ve ark.'nın (2012) çalışmasında da planlanmamış gebeliklerde EPDÖ puanının anlamlı derecede yüksek olduğu bildirilmektedir (70). Dindar ve Erdoğan'ın (2007) çalışmalarında planlanmamış gebeliklerde depresyon riskinin anlamlı derecede arttığını saptamışlardır (45). Efe Yaman ve ark.'nın (2009) yaptıkları çalışmada gebeliği planlı olmayan kadınlar ile planlı gebelik yaşayan kadınlar arasında doğum sonu depresyon riski açısından istatistiksel bir fark saptanmadığı bildirilmektedir (68). Soydan Çelikel'in yaptığı (2012) çalışmada kadınların gebeliği planlama durumları ile EPDÖ puanı arasında istatistiksel bir fark olmadığını belirtmektedir. Taşdemir ve ark.'nın (2006) yaptığı çalışmada; gebeliğin planlanma durumu ile postpartum depresyon düzeyi arasındaki ilişki istatistiksel açıdan önemli bulunmadığı rapor edilmiştir (10).

Bu çalışma da literatüre paralel olarak, gebeliği planlama durumu ile EPDÖ'ne göre depresyon riski açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$). Elde edilen bu bulgunun, çalışmada yer alan annelerin tamamının primipar olması ile gebeliklerin büyük oranda (%78.3) planlanmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Gebelikte yaşanan sağlık sorunlarının, doğum ve doğum sonu dönemdeki sağlığı önemli ölçüde etkileyebileceği bildirilmektedir (1, 2, 3, 7, 9, 11, 43). Özdemir ve ark. (2008) çalışmalarında annelerin gebelikte tıbbi sorun yaşaması ile postpartum depresyon tanısı alma olasılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmiştir (42). Soydan Çelikel (2012) yaptığı çalışmada kadınların gebeliklerinde sağlık sorunu yaşama durumu ile EPDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğunu belirtmektedir (34). Battaloğlu ve ark. (2012) çalışmalarında gebelikte sağlık sorunu yaşama durumu ile EPDÖ puanına göre depresyon riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını belirtmişlerdir (70). Efe Yaman ve ark. (2009) yaptıkları çalışmada gebelikte sağlık sorunu yaşama durumu ile EPDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı bildirilmektedir (68).

Bu çalışmada ise annelerin gebelikte sağlık sorunu yaşama durumu ile EPDÖ puanına göre depresyon riski istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.005$). Çalışmada yer alan annelerin yalnız %2.0'sinin gebeliğinde bir sağlık sorunu yaşadığını bildirmesinin, bu sonuca yol açabileceği varsayılmaktadır.

Gebelikte yaşanan depresyon ve anksiyete doğum sonu depresyon gelişiminde önemli bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (7, 11, 43, 3, 2, 1, 9). Soydan Çelikel (2012) yaptığı çalışmada gebelikte psikolojik sorunlar yaşayan kadınların %42.9'unun doğum sonu depresyon açısından risk grubunda olduğunu bildirmektedir. Efe Yaman ve ark.'nın (2009) çalışmasında, gebeliği sırasında yoğun üzüntü yaşamayan kadınların EPDÖ puanları daha yüksek olduğu ancak gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirtilmektedir (68).

Bu çalışmada ise annelerin, gebelikte stres ve sıkıntı yaşama durumu ile EPDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$). Çalışmada yer alan annelerin yalnız %3.3'ünün gebeliğinde stres ve sıkıntı yaşadığını ifade etmesinin, annelerin tamamının primipar olması ve büyük oranda gebeliğin planlı olmasının bu sonuca neden olabileceği düşünülmektedir.

Doğum eylemi, döllenmeden 280 gün sonra dış ortamda yaşama kabiliyeti kazanan fetüs ve eklerinin uterusun dışına yolculuğudur (6, 12, 25). Doğum sonu depresyon açısından risk olarak değerlendirilen faktörlerden biri de doğum şeklidir. Yapılan bazı çalışmalarda, doğum şekli ile postpartum depresyon riski arasında bir ilişki olduğu savunulurken (2, 16, 17, 18, 19) doğum şekli ile postpartum depresyon riski arasında bir ilişki olmadığını bildiren çalışmalara da rastlanmaktadır (14, 15, 20, 22, 23, 53). Efe Yaman ve ark (2009) yaptıkları çalışmada vajinal doğum yapan kadınların ve doğum sırasında komplikasyon gelişmeyen kadınların EPDÖ puanlarının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (68). Deng ve arkadaşlarının (2014) Çin Halk Cumhuriyetinde, Baghianimoghadam ve arkadaşlarının (2009) ise İran'da yaptıkları çalışmalarda, sezaryen doğum yapan kadınların doğum sonu depresyon yaşama riskinin vaginal yolla doğum yapan kadınlardan daha yüksek olduğunu bildirmektedirler (2, 16). Carter ve arkadaşlarının (2006) yılında yaptıkları bir sistematik incelemede; ele alınan çalışma sonuçlarına göre sezaryen doğum ile postpartum depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulmamışlardır. Buna rağmen, sezaryen doğumun postpartum depresyon açısından zayıfta olsa risk faktörü olarak değerlendirilmesi gerektiği, özellikle depresyona yatkınlığı olan kadınlarda sezaryenin postpartum depresyon riskini artırabileceği rapor edilmiştir (22). Sword ve arkadaşları (2011) Kanada'da ki annelerle yaptıkları bir çalışmada, doğum şekli ile postpartum doğum arasında bir ilişki olmadığını belirtmişlerdir (14). Goker ve arkadaşları (2012). Manisa'da ki anneler ile yaptıkları çalışmada doğum şekli ve postpartum depresyon arasında fark olmadığını bildirmektedir (23). Battaloğlu ve ark. (2012) çalışmalarında doğum şekli ile EPDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını belirtmişlerdir (70). Soydan Çelikel (2012) yaptığı çalışmada kadınların doğum şekli ile EPDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadığını bildirmektedir (34). Patel ve arkadaşları (2005) yaptıkları bir kohort çalışmasında, elektif sezaryen doğum ile postpartum depresyon arasında bir ilişki olmadığını rapor etmişlerdir (53). Sankapithilu ve arkadaşları (2010), Hindistanda yaptıkları bir araştırmada normal vaginal doğum ile sezaryen doğum arasında postpartum depresyon açısından bir fark olmadığını belirtmişlerdir (15). Bu çalışmada yer alan annelerin planlanan doğum şekli, eylemin gerçekleştiği yol özelliği, gerçekleşen doğum şekli, epizyotomi, indüksiyon, spinal anestezi, doğum şeklini belirleme durumu, doğumun gerçekleştiği yer ile EPDÖ puanı arasında istatistiksel olarak bir fark tespit edilmedi ($p>0.05$). Elde edilen bu bulgular

ışında, sağlıklı primipar annelerde doğum şeklinden ziyade fizyolojik faktörlerin doğum sonu depresyon riskini belirlemede daha etkili rol oynadığına yorumlanmaktadır.

7.5. ANNELERİN BEBEK VE BAKIMI İLE İLGİLİ DUYGU VE DÜŞÜNCELERİ İLE DOĞUM SONU DEPRESYON RİSKİNİN TARTIŞILMASI

Bu çalışmada, annelerin bebeklerini tanımlama durumları ile 4. haftanın sonundaki EPDÖ puanına göre depresyon riski arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunurken, 12. haftanın sonunda bir fark saptanmadı. Dördüncü haftanın sonunda EPDÖ'den 13 ve üzerinde puan alan anne sayısı dikkate alındığında en çok bebeğini “uyumuyor/düzensiz uyuyor” şeklinde tanımlayan annelerin yer aldığı dikkat çekmektedir. Özellikle doğum sonu erken dönemde dinlenmeye ihtiyacı olan annenin uykusuz kalmasının, hem fizyolojik hem de psikolojik sağlığının olumsuz etkilenmesine neden olabileceği düşünülmektedir.

Battaloğlu ve ark çalışmalarında (2012) bebeğini emzirmeyen kadınların EPDÖ puanlarının daha yüksek olduğunu bildirmektedir (70). Dindar ve Erdoğan'ın (2007) doğum sonu bir yıllık süreci kapsayan çalışmalarında ise bebeği emzirme durumu ile depresyon riski arasında anlamlı bir fark saptanmadığını belirtmişlerdir (45). Bu çalışmada, annelerin bebeklerini besleme durumları ile 4. haftanın sonundaki EPDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$).

Anne sütü veren kadınlar, kendine ayıracak zamanlarının çok az oluşu, emzirme nedeniyle uykusuz kalmaları ilaç kullanmaları gerektiğinde bebeğe zararı olacak endişesi duymaları gibi nedenlerle kolaylıkla negatif duygu durumuna girebilmektedirler.

Literatüre paralel olarak bu çalışmada yer alan annelerin 12. haftanın sonunda bebeğini besleme durumu ile EPDÖ puanı arasında bir fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Elde edilen bu bulgu, annenin bebeğine uyumun artıkça, bebeğini beslemeye alıştığını ve dolayısı ile depresyon riskini azatlığı şeklinde değerlendirilmektedir(70).

Annelerin bebeklerini besleme şekli, emzirme başarılarını değerlendirme durumu ve bebeğin evliliklerini etkileme durumu ile 4. ve 12. hafta sonundaki EPDÖ puanları arasında istatistiksel bir fark belirlenmedi ($p>0.05$). Literatürde benzer bir bulguya rastlanmadı.

8. SONUÇ

Doğum şeklinin primipar annelerin postpartum depresyon yaşamasına etkisini belirlemek amacı ile yapılan bu çalışmada elde edilen sonuçlar;

8.1. ANNELERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN SONUÇLAR

- Annelerin yaş ortalamasının 23.32 ± 4.07 (18-37) ve a evlenme yaşı ortalamasının 21.49 ± 3.87 (16-3) olduğu saptandı.
- Annelerin ortalama evlilik süresinin 2.01 ± 1.64 (1-7 yıl) yıl olduğu bulundu.
- Eşlerinin yaş ortalamasının ise 26.89 ± 3.88 olduğu belirlendi.
- Annelerin, %37.7'sinin (n=92) ilköğretim birinci kademedен mezun olduğu, %91.4'ünün gelir getiren bir işte çalışmadığı ve yarısının (%50.4) gelir durumunun orta düzeyde olduğu bulundu.
- Annelerin %78.3'nün (n=191) çekirdek ailede yaşadığı ve %26.6'sının (n=65) köy ve kasabada yaşadıkları belirlendi.
- Annelerin tamamının sağlık güvencesi (%100) olduğu ve resmi nikâhla evlendiği (%100) saptandı.

8.2. ANNELERİN GEBELİK VE DOĞUM ÖYKÜSÜ ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN SONUÇLAR

- Annelerin %80.7'sinin (n=197) yapmak istediği doğum şeklinin “vaginal doğum”, yalnız %4.1'inin (n=10) sezaryen doğum olduğu ve %15.2'sinin (n=37) bu konuda fikri olmadığı belirlendi.
- Annelerin %32.8'inin (n=80) sezaryen doğum ve %67.2'sinin (n=164) vaginal doğum yaptığı saptandı.
- Annelerin yalnız %8.5'sinin (n=14) normal vaginal doğum yaptıkları belirlenirken, %94.3'ünün (n=230) müdahaleli doğum yaptıkları saptandı.

- Annelere toplam 361 müdahale uygulandığı görüldü. Bu müdahalelerin % 91.4 (n=150) epizyotomi, %79.8 (n=131) indüksiyon olduğu belirlendi ayrıca bazı annelere doğum esnasında birden fazla müdahale uygulandığı gözlemlendi.
- Annelerin %76.2'si (n=186), doğum şekline “Doktor, ebe, hemşire”nin karar verdiğini bildirdi.
- Annelerin %73.0'ü (n=178) kamu hastanesinde ve %26.6'sı (n=65) özel hastane de doğum yaptığını ifade etti.

8.3. ANNELERİN BEBEKLERİ VE BEBEK BAKIMI İLE İLGİLİ DUYGU VE DÜŞÜNCELERİNE YÖNELİK SONUÇLAR

- Annelerin, tamamı (%100) bebeğini beğendiğini, tamamına yakını bebeğinin cinsiyetinden memnun olduğunu (%99.6) belirtti.
- Annelerin,%26.6'sı (n=65) bebeğini “sakin” olarak tanımlarken %21.3'ü (n=52) “çok ağlıyor/çok gazı var” şeklinde tanımladığı saptandı.
- Annelerin, %85.7'si (n=209) bebeğini yalnız anne sütü ile beslediğini ve %50.0'si (n=122) emzirme başarısını “çok iyi” şeklinde değerlendirdiğini ifade etti.
- Annelerin %77.0'si (n=188), bebeğinin evliliğini olumlu yönde etkilediğini bildirirken, %4.1'i (n=10) olumsuz etkilediğini bildirdi.

8.4. ANNELERİN DEPRESYON RİSKİNE İLİŞKİN SONUÇLAR

- EPDÖ'nin 4. haftanın sonundaki Cronbach α değeri 0.95; 12. hafta sonundaki değerinin ise 0.83 olduğu belirlendi.
- Dördüncü haftanın sonundaki annelerin EPDÖ-1 puan ortalaması ile 12. haftanın sonundaki EPDÖ-2 puan ortalaması karşılaştırıldığında, hafta ilerledikçe EPDÖ puan ortalamasının istatistiksel açıdan anlamlı ölçüde azaldığı saptandı ($z=11.112$; $p=0.001$).
- Dördüncü haftanın sonunda EPDÖ'nden annelerin %41.0'inin (n=100), 12. haftanın sonunda ise yalnız %5.3'ünün (n=13) “Yüksek” puan aldığı belirlendi.
- Annelerin, eğitim durumları ile 4. hafta ($X^2=7.659$; $p=0.054$) ve 12. hafta ($X^2=8.509$; $p=0.037$) sonundaki EPDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu

bulundu. Eğitim düzeyi arttıkça, annelerin hem 4. hafta hem de 12. hafta sonunda EPDÖ alınan düşük puan oranının da arttığı gözlemlendi ($p < 0.05$).

- Annelerin yaş grupları, çalışma durumları, gelir durum algıları, eşin eğitim durumu, aile tipleri, evlenme şekilleri, en uzun yaşanılan yer ile 4. hafta ve 12. hafta sonundaki EPDÖ arasında istatistiksel bir fark saptanmadı ($p > 0.05$).
- Annelerin, “gebeliklerini planlama durumu”, “gebelikte sağlık sorunu yaşama durumu”, “gebeliği sırasında sıkıntı ve stres yaşama durumu” ile EPDÖ puanlarına göre depresyon riskleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p > 0.05$).
- Annelerin, “İstenen doğum şekli”, “ Gerçekleşen doğum şekli”, “Gerçekleşen doğum özelliği”, “Doğum şekline göre müdahale durumu”, “epizyotomi”, “indiksiyon” ve “spinal anestezi” uygulanma durumu, doğum şekline karar veren kişi ve doğumun gerçekleştiği yer ile 4. ve 12. haftanın sonundaki EPDÖ puanlarına göre depresyon riskleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0.05$).
- Annelerin bebeklerini tanımlama durumu ($X^2=10.315$; $p=0.035$) ve besleme durumları ($X^2=6.109$; $p=0.013$) ile 4.hafta sonundaki EPDÖ puanına göre depresyon riskleri arasında istatistiksel bir fark saptanırken bu değişkenler ile 12. hafta sonundaki EPDÖ sonuçları arasında istatistiksel bir fark bulunmadı.
- Annelerin bebeklerini besleme şekli (12. hafta), emzirme başarılarını değerlendirme durumu ve bebeğin evliliklerini etkileme durumu ile 4. ve 12. hafta sonundaki EPDÖ sonuçları arasında istatistiksel bir fark belirlenmedi ($p > 0.05$).

Doğum şeklinin annelerin postpartum depresyon yaşamasına etkisini belirlemek amacı ile yapılan bu çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda yapılan öneriler;

1. Primipar annelerin, özellikle doğum sonu 4. haftanın sonunda birinci basamak sağlık merkezlerinde depresyon riski açısından sağlık profesyonelleri tarafından, doğum sonu depresyon açısından taranması ve yüksek risk taşıyan annelerin belirlenmesi, daha ileri tetkik ve tedavilerinin yapılabilmesi için derhal ikinci basamağa sevk edilmelerinin, ana ve çocuk sağlığının korunup geliştirilmesine önemli katkı sağlayacağı değerlendirilmektedir.

2. Bu çalışmada elde edilen sonuçlara göre, çalışmanın yapıldığı bölge yaşayan primipar annelerde doğum şekli, doğum sonu depresyon yaşama durumunu etkilememektedir. Buna

rağmen çalışma kapsamındaki annelerde sezaryen oranlarının DSÖ'nün önerdiği oranların neredeyse iki katı olması ve annelerin henüz birinci çocuklarını doğum yapmış olmaları, gelecekteki ana ve çocuk sağlığının durumunu etkileyebilecek pek çok riski beraberinde taşımaktadır. Bu nedenle annelerin, daha nitelikli doğum öncesi bakım almalarının sağlanarak, normal vaginal doğum konusunda bilgilendirilmelerini, bilinçlendirmelerinin ve desteklenmelerinin oldukça önemli olduğu düşünülmektedir.

3. Çalışmada elde edilen bir diğer sonuca, göre müdahalesiz doğum eylemi oranı oldukça dikkat çekicidir. Özellikle profesyonel sağlık bakım sunucusu olan ebe/hemşire tarafından doğum sürecinde annenin gereksinimlerine göre planlanacak, yürütülecek ve yönetilecek normal doğum eylemleri ile doğuma müdahalenin azaltılabileceği değerlendirilmektedir.

4. Bu çalışmada, doğum sonu erken dönemde annelerin bebeklerini tanımlama durumu ve besleme şekli ile primipar annelerin doğum sonu depresyon yaşama durumunu etkileyen önemli birer faktör olarak saptandı. Doğum sonu bakım hizmetleri kapsamında, primipar annelerin bebeklerini nasıl tanımladıkları ve nasıl besledikleri doğum sonu depresyon açısından bir risk faktörü olarak mutlaka sorgulanmalıdır. Annelerin, bebekleri ile ilgili olumsuz tanımlarının altında yatan gerçek nedenler araştırılmalı ve nedene yönelik ebelik/hemşirelik bakımı sunulmalıdır. Aynı zamanda, anneler bebeklerini emzirme konusunda önemle desteklenmeli. Emzirme sorunu yaşayan annelerin gereksinimlerine yönelik bakım verilmeli ve izlem danışmanlığı sürdürülmelidir.

5. Primipar annelerin doğum sonu yaşama durumu etkileyen önemli faktörlerden bir diğerinin ise annenin eğitim durumu olduğu belirlendi. Bu bağlamda kadının toplumsal statüsünün geliştirilmesi ve güçlendirilmesi için değeri bir kez daha ortaya konulmuştur. Özellikle yurdumuzun doğu bölgelerinde, kız çocuklarının eğitiminin önemini vurgulayacak çalışmaların sürdürülmesinin uzun vadede pek çok toplumsal ve sağlık sorununun çözümüne katkı sağlayacağı değerlendirilmektedir.

9. TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tez dönemim süresince değerli bilgi deneyimlerinden yararlandığım tez danışmanım olarak çalışmamı yönlendiren kıymetli hocam Yrd. Doç. Dr. Zerrin ÇİĞDEM 'e sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Hayatımın her döneminde desteklerini esirgemeyen aileme teşekkür ederim.

Çalışmakta olduğum kurum arkadaşlarıma ve çalışmamı gerçekleştirdiğim Batman Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne teşekkür ederim.



10. KAYNAKLAR

1. Davidson M, London M, Ladewig P. Maternal-Newborn Nursing & Women's Health, 9th edition, Pearson Education, Inc., New Jersey, 2012.
2. Deng AW, Xiong RB, Jiang TT, Luo YP, Chen WZ. Prevalence and risk factors of postpartum depression in a population based sample of women in Tangxia Community, Guangzhou. *Asian Pacific Journal of Tropical Medicine*. 2014, DOI: 10.1016/S1995-7645(14)60030-4: 244-249.
3. Sadat Z, Kafei Atrian M, Masoudi Alavi N, Abbaszadeh F, Karimian Z, Taherian A. Effect of mode of delivery on postpartum depression in Iranian women. *The Journal of Obstetrics Gynaecology Research*. 2014, 401:172-177.
4. Yeşilçiçek Çalık K, Aktaş S. Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011; 3(1):142-162.
5. Sayiner FD, Özerdoğan N. Doğal doğum. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2009, 2:143-148.
6. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 8. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 2007.
7. Wieland Ladewig PA, London ML. Davidson MR. Contemporary Maternal-Newborn Nursing Care, 6th edition, Pearson Education, Inc., New Jersey, 2006.
8. Erdem Ö, Erten Bucaktepe PG. Postpartum depresyon görülme sıklığı ve tarama yöntemleri. *Dicle Tıp Dergisi*. 2012, 39:458-461.
9. Kim S, Soekena TA, Cromera SJ, Martineza SR, Hardya LR, Strathearna L. Oxytocin and postpartum depression: Delivering on what's known and what's not. *Brain Research*. 2013, 1-14. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brainres.2013.11.009>.
10. Taşdemir S, Kaplan S, Bahar A. Doğum sonrası depresyonu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2006, 1:105-118.

11. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R, Karakurt P. Postpartum depresyon ile sosyal destek arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 2011, 8:31-46.
12. Şirin A, Kavlak O. Kadın Sağlığı, Bedray Basın Yayın Dağıtım Tic.Ltd.Şti, İstanbul, 2008.
13. Sockol LE, Epperson CN, Barber JP. Preventing postpartum depression: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. 2013, 33:1205-1217.
14. Sword W, Kurtz Landy C, Thabane L, Watt S, Krueger P, Farine D, Foster G. Is mode of delivery associated with postpartum depression at 6 weeks: a prospective cohort study. *BJOG*. 2011, 118:966-977.
15. Sankapithilu GB, Mysore Nagaraj AK, Nanjegowda RB, Nagaraja V. A comparative study of frequency of postnatal depression among subjects with normal and caesarean deliveries. *Online Journal of Health and Allied Sciences*. 2010, 9:1-5.
16. Baghianimoghadam MH, Shodjaee Zadeh D, Aminian AH. Caesarean section, vaginal delivery and post natal depression. *Iranian Journal of Public Health*. 2009, 38:18-122.
17. Xie RH, Lei J, Wang S, Xie H, Walker M, Wen SW. Cesarean section and postpartum depression in a cohort of Chinese women with a high cesarean delivery rate. *Journal of Womens Health*. 2011, 20:1881-1886.
18. Yang SN, Shen LJ, Ping T, Wang YC, Chien CW. The delivery mode and seasonal variation are associated with the development of postpartum depression. *Journal of Affective Disorder*. 2011, 132:158-164.
19. Ukpong DI, Owolabi AT. Postpartum emotional distress: A controlled study of Nigerian women after caesarean childbirth. *Journal of Obstetrics Gynaecology*. 2006, 26:127-129.
20. Adams S, Eberhard-Gran M, Sandvik A, Eskild A. Mode of delivery and postpartum emotional distress: A cohort study of 55 814 women. *BJOG*. 2012, 119:298-305.

21. Rowlands IJ, Redshaw M. Mode of birth and women's psychological and physical wellbeing in the postnatal period. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2012, 138:2-11.
22. Carter FA, Frampton CMA, Mulder RT, Franzcp MBCHB. Cesarean section and postpartum depression: a review of the evidence examining the link. *Psychosomatic Medicine*. 2006, 68:321-330.
23. Goker A, Yanikkerem E, Demet MM, Dikayak Ş, Yildirim Y, Koyuncu FM. Postpartum depression: is mode of delivery a risk factor. *ISRN Obstetrics and Gynecology*. 2012, DOI:10.5402/2012/616759, 1-6.
24. Rathfisch G. Doğal Doğum Felsefesi. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 2012.
25. Arslan H, Doğum Eylemine İlişkin Sorunlar, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı (Ed Coşkun AM), İstanbul 1.baskı 2012, Promat Basım Yayım San. ve Tic.AŞ., Koç Üniversitesi Yayınları.
26. Scott Ricci S. Essentials of Maternity Newborn and Women's Health Nursing. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2007.
27. Pillitteri A. Maternal and Child Health Nursing: Care of the Childbearing and Childrearing Family (Niegiski E, ed.), 5th edition. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2007.
28. Kemik pelvis, Erişim Tarihi 12.05.2014 <http://jacksonandwilson.com/broken-pelvic-bone-settlement/>
29. Al-Azzavi F. Doğum ve Doğum Teknikleri Atlası. Çeviri: Yiğit F, Ekşi Z. Çev.Ed: Arslan H. Bedray Basım Yayın Dağıtım Tic.Ltd.Şti, İstanbul, 2007.
30. Berkitan Ergin A, Doğum Ağrısının Fizyolojisi, Doğum Ağrısı ve Yönetimi. (Ed Kömürcü N.) Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 2013.
31. Klossner NJ, Nancy T. Hatfield Introductory Maternity and Pediatric Nursing, 2nd Edition, China , 2009.

32. Şensöz Ş. Sezaryen ve normal doğum yapan kadınlarda görülen ruhsal durum değişiklikleri ve bunların karşılaştırılması. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi(Danışman: Doç. Dr. Dağıştan Tolga ARIÖZ), Afyonkarahisar, 2011.
33. Çalışır H. İlk kez anne olan kadınların annelik rolü başarımlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi(Doç. Dr. Zümrüt BAŞBAKKAL), İzmir, 2013.
34. Soydan Çelikel A. Doğum sonrası dönemde fonksiyonel durum ile postpartum depresyon ilişkisinin incelenmesi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Pogramı, Yüksek Lisans Tezi(Danışman: Doç. Dr. Dz. Sağ. Alb. Ayfer ÜSTÜNÖZ), Ankara, 2012.
35. Şener A, Terzioğlu RG. Ailede eşler arasında uyuma etki eden faktörlerin araştırılması. Ankara: T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı. 2002. Erişim tarihi. 25 Ocak 2014.
http://www.ailetoplum.gov.tr/upload/athgm.gov.tr/mce/eskisite/files/kutuphane_38_Ailede_Esler_Arasi_Uyuma_Etki_Eden_Faktorlerin_Arastirilmesi.pdf
36. Özkan H. Annelik kimlik gelişimi eğitiminin primiparların annelik rolü kazanımına ve bebeğin algısına etkisi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi(Danışman: Yrd. Doç. Dr. Sevinç POLAT), Erzurum, 2010.
37. Sarıkaya Çakır D. Doğum tipi değişkeninin anne bebek etkileşimi ve annenin bebeğini algılaması üzerindeki etkilerinin incelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi(Danışman: Yrd. Doç. Dr. Özgür ALPARSLAN), Sivas, 2009.
38. Dereli Yılmaz S. Prenatal anne-bebek bağlanması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2013,10: 28-33.

39. Beydağ KD. Doğum Sonu Dönemde Anneliğe Uyum ve Hemşirenin Rolü. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2007, 6:479-484.
40. Akdolun Balkaya N. Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe - hemşirenin rolü. *C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2002, 6:42-49.
41. Altınçelep F. Gebelerdeki prenatal distres düzeyinin belirlenmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksek lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi(Danışman: Yard. Doç. Dr. Semiha AKIN), İstanbul, 2011.
42. Özdemir S, Marakoğlu K, Çivi S. Konya il merkezinde doğum sonrası depresyon riski ve etkileyen faktörler. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2008, 7: 391-398.
43. Kuscı MK, Akman I, Karabekiroğlu A, Yurdakul Z, Orhan L, Özdemir N, Akman M, Özek E. Early adverse emotional response to childbirth in Turkey: The impact of maternal attachment styles and family support. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*.2008, 29:33-38.
44. Klainin P, Gordon Arthur D. Postpartum depression in Asian cultures: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*. 2009, 46:1355-1373.
45. Dindar I, Erdogan S. Screening of Turkish women for postpartum depression within the first postpartum year: The risk profile of a community sample. *Journal of Public Health Nursing*. 2007, 24:176-183.
46. Bozkay H, Ünsal M, Kadın Hastalıkları ve Doğum Temel Bilgileri, (Köker İ, ed), Nobel Tıp Kitapevi, Adana, 2006.
47. Evans M, Donelle L, Hume-Loveland L. Social support and online postpartum depression discussion groups: A content analysis. *Patient Education and Counseling*. 2012, 87:405-410.
48. Ulusoy MN. Doğum sonrası altı aylık dönemde postpartum depresyon sıklığının bebeklerin beslenme ve büyümesi ile ilişkisinin longitudünel incelenmesi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi(Danışman: Doç. Dr. Kamile MRAKOĞLU), Konya, 2010.

49. Seymen Tatar E. Doğum sonu ilk üç ayda annelerin depresyon yaşama durumlarının belirlenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ebru KILIÇARSLAN TÖRÜNER), Ankara, 2010.
50. Erdem Ö, Bez Y. Doğum Sonrası Psikoz. *Konuralp Tıp Dergisi*. 2014, 6:74-77.
51. Gözükara F, Eroğlu K. İlk doğumunu yapmış kadınların (primipar) doğum şekline yönelik tercihlerini etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. 2008, 15:32-46.
52. Karabulutlu Ö. Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. *İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi*. 2012, 20:210-218.
53. Patel RR, Murphy DJ, Peters TJ. Operative delivery and postnatal depression: a cohort study. *BMJ*. 2005, 330:879-881.
54. Güleşen A, Yıldız D. Erken postpartum dönemde anne bebek bağlanmasının kanıta dayalı uygulamalar ile incelenmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2013, 12:177-182.
55. Jones CJ, Creedy DK, Gamble JA. Australian midwives' awareness and management of antenatal and postpartum depression. *Women and Birth*. 2012, 25: 23-28.
56. Brett D, Thombs BD, Arthurs E, Coronado-Montoya S, Roseman M, Delisle VC, Leavens A, Levis B, Azoulay L, Smith C, Ciofani L, Coyne JC, Feeley N, Gilbody S, Schinazi J, Stewart DE, Zelkowitz P. Depression screening and patient outcomes in pregnancy or postpartum: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*. 2014, 1-14. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.01.006>.
57. Karaçam Z, Öz F, Taşkın L. Postpartum depresyon: önleme, erken tanı ve hemşirelik bakımı. *Sağlık ve Toplum Dergisi*. 2004, 14:1424.
58. Ergin F, Aksu H, Demiröz H. Doğum öncesi ve doğum sonrası bakım hizmetlerinin nicelik ve niteliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2010, 13:1-9.

59. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 (TNSA 2008), Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü, <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf>. Erişim Tarihi: 13 Nisan 2014.
60. Sample Size Calculation Software Program, <http://www.raosoft.com/samplesize.html>. Erişim Tarihi: 5 Ocak 2014.
61. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987, 150:782-786.
62. Ayvaz S, Hocaoğlu Ç, Tiryaki A, Ak İ. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2006, 17:243-251.
63. Dudek D, Jaeschke R, Siwek M, Maćzka G, Topór-Mądry R, Rybakowski J. Postpartum depression: identifying associations with bipolarity and personality traits. Preliminary results from across-sectional study in Poland. *Psychiatry Research*. 2014, 215:69-74.
64. Engindeniz N. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinin Türkçe formu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Yayımlanmamış uzmanlık tezi. İzmir, 1996.
65. Gaillard A, Le Strat Y, Mandelbrot L, Keïta H, Dubertret C. Predictors of post partum depression: Prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry Research*. 2014, 215:341-346.
66. Durukan E, İlhan MN, Bumin MA, Aycan S. 2 Hafta-18 Aylık Bebeği Olan Annelerde Postpartum Depresyon Sıklığı ve Yaşam Kalitesi. *Balkan Medical Journal*. 2011, 28: 385-393.
67. Kırpınar İ, Öztürk Tepeli I, Gözüm S, Pasinlioğlu T. Erzurum il merkezinde doğum sonrası depresyonlarının sıklık ve yaygınlığı ile DSM-IV tanısal dağılımı: İleriye dönük bir çalışma. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2012; 13:16-23.

68. Yaman Efe Ş, Taşkın L, Eroğlu K. Türkiye'de postnatal depresyon ve etkileyen faktörler. *Journal of the Turkish German Gynecological Association*. 2009, 10: 14-20.
69. Babacan Gümüş A, Keskin G, Alp N, Özyar S, Karsak A. Postpartum depresyon yaygınlığı ve ilişkili değişkenler. *New Symposium Journal*. 2012, 50:145-154.
70. Battaloğlu B, Aydemir N, Hatipoğlu S. Sağlam çocuk polikliniğine başvuran 0-1 yaşı bebeği olan annelerde depresyon taraması ve depresyonda etkili risk faktörlerini belirleme. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 2012, 8:12-21.
71. Aktaş D. Doğum sonu dönemde depresyon görülme durumu ve depresyon gelişmesini etkileyen risk faktörleri. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi (Danışmanlar: Prof. Dr. Kafiye EROĞLU, Doç. Dr. Füsün TERZİOĞLU), Ankara, 2008.

EKLER

EK 1



T. C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI : 50400462/299
KONU: Anket hk.

TARİH :11/12/2013

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
BATMAN HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ'NE,

İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Leyla KAYA'nın, Yard. Doç. Dr. Zerrin ÇİĞDEM'in tez danışmanlığını yürüttüğü "Doğum Şeklinin Annelerin Postpartum Depresyon Yaşamalarına Etkisi" başlıklı tez çalışması ile ilgili bünyenizde bulunan 1-17 Nolu Aile Sağlık Merkezlerinde anket formunu uygulayabilmesi için müsaadelerinizi saygılarımla arz ederim.


Prof. Dr. Vildan KARPUZ
Müdür

Ek : 1) Anket Formu.



T. C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI : 50400462/83
KONU: Anket hk.

TARİH :26/02/2014

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
BATMAN HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ'NE,

İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Leyla KAYA'nın, Yard. Doç. Dr. Zerrin ÇİĞDEM'in tez danışmanlığını yürüttüğü "Doğum Şeklinin Annelerin Postpartum Depresyon Yaşamalarına Etkisi" başlıklı tez çalışması ile ilgili bünyenizde bulunan 18 Nolu Aile Sağlık Merkezinde anket formunu uygulayabilmesi için müsaadelerinizi saygılarımla arz ederim.

06.03.2014 * 02359

Prof. Dr. Vildan KARPUZ
Müdür

Ek : 1) Anket Formu.

B. Ç. Ç.



Sayı : 39248192
Konu : Araştırma Talepleri

T.C.
BATMAN VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

06/01/2014

MÜDÜRLÜK MAKAMINA


- İlgi: a) 27.12.2013 tarih ve 10993 sayılı dilekçe.
b) 23.08.2013 tarih ve 567986761 sayılı THSK Aile Hekimliği Eğitim ve Geliştirme Daire Başkanlığının yazısı.

İlgi (a) dilekçede Batman Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları hastanesinde Ebe olarak görev yapan Leyla KAYA, İstanbul Üniversitesinde Hemşirelikte tezli yüksek lisan öğrenci olduğunu, "Doğum şeklinin annelerin postpartum depresyon yaşamasına etkisi" konulu tezin, kurumumuza bağlı Batman Merkez'de bulunan tüm ASM' lerimizde bir araştırma yapmak istediğini belirtmektedir.

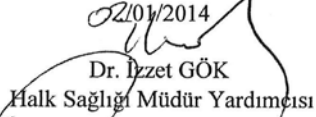
İlgi (b) yazıda üniversiteler, diğer özel ve kamu kuruluşları veya şahıslar tarafından birinci basamak sağlık hizmetleri alanında, toplumun herhangi bir kesimini hasta ve/veya çalışanları kapsayacak şekilde yapılması planlanan ödev, tez çalışması, anket, proje ve sağlık taraması gibi konularda yapılmak istenen araştırmalara ilişkin izin/onay taleplerinin, mevzuat ve bilimsel esaslara dayanarak değerlendirilmesi amaçlı olarak "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak olan Araştırma Taleplerinin Değerlendirme Komisyonu" oluşturulmuştur. Mezkûr komisyon 08.03.2013 tarihinde toplanmış olup belirtilen ilkeler esas alınmak suretiyle araştırma taleplerinin halk sağlığı müdürlüklerince de değerlendirilebileceği uygun görülmüştür.

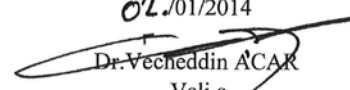
Bahse konu Leyla KAYA' nın Batman Merkez'e bağlı tüm ASM' lerimizde "Doğum şeklinin annelerin postpartum depresyon yaşamasına etkisi" konusunda araştırma yapması hususu;

Makamınızca uygun görüldüğü takdirde;
Olurlarınıza arz ederim.


Tolga ALDEMİR
Aile Hekimliği Şube Müdürü

Uygun görüşle arz ederim.

02/01/2014

Dr. İzzet GÖK
Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı

OLUR
02/01/2014

Dr. Veheddin ACAR
Vali a.
Halk Sağlığı Müdürü



T.C.
BATMAN VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

Sayı : 39248192\
Konu: Anket Yapma Talebi

07.01.2014 * 0122 .../01/2014

Sn; Leyla KAYA
(Batman Kadın Hastahıkları ve Doğum Hastanesi)
BATMAN

- İlgi: a) 27.12.2013 tarih ve 10993 sayılı dilekçe.
b) 06.01.2014 tarih ve 14 sayılı müdürlük oluru.

İlgi (a) dilekçenizde, ilimiz Merkezde bulunan 1 ve 18 Nolu arasındaki tüm Aile Sağlığı Merkezlerinde "Doğum şekillerinin annelerin postpartum depresyon yaşamasına etkisi isimli bir anket yapmak istediğinizi belirtmekteyiz.

İlgi (b) Müdürlük Oluru ile anket talebiniz uygun görülmüş olup, yapılacak olan anket sonucunda anket raporunun bir nüshasının Halk Sağlığı Müdürlüğü Aile Hekimliği Şubesine gönderilmesi hususunda;

Gereğini önemle rica ederim.


Dr. İzzet GÖK
Müdür a.
Halk Sağlığı Müdür Yrd.

EK:
1- Müdürlük Oluru (1 sayfa)

EK 3

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma doğum şeklinin annelerin postpartum depresyon yaşamasına etkisinin olup olmadığı amacı ile hazırlanmıştır. Çalışma ve çalışmada uygulanacak anket formu için uygun kişilerden ve kurumlardan izin alınmıştır. Çalışmadaki soruların size hiçbir şekilde zararı olmayacaktır. Verilen ifadeler içinde sizin için en uygun olan seçeneği işaretlemeniz doğru sonuçlara ulaşılmasını sağlayacaktır. Çalışma ile ilgili her türlü soruyu anket doldururken sormaktan çekinmeyiniz

Çalışmaya katılıp katılmama konusunda tamamıyla özgür olacaksınız. Bu çalışmaya katılmanız gönüllü olmanıza bağlıdır; bir zorunluluk bulunmamaktadır. Çalışmadan istediğiniz zaman çekilebilirsiniz. Bu durumda hiçbir şekilde olumsuz etkilenme olmayacak. Bütün veriler araştırmacı tarafından toplanılacak, kaydedilecek ve güvenli bir biçimde saklanacaktır. Adınız hiçbir yerde belirtilmeyecek, kesinlikle gizli kalacaktır. Araştırmaya katılımınızdan dolayı size ücret ödenmeyecektir.

Bu formu okudum ve gönüllü olarak bu çalışmaya katılmak istiyorum.

Katılımcının Adı Soyadı:İmzası

Görgü Tanığı Adı Soyadı:.....İmzası

Çalışmayı Yürüten Araştırmacının;

Adı Soyadı:

Telefon Numarası:

Tarih:

İmza:.....

EK 4

TANITICI BİLGİ FORMU

1. Protokol no:
2. Adres:
3. Telefon
4. Kaç yaşındasınız?.....
 1. 15-19
 2. 20-24
 3. 25-29
 4. 30-34
 5. 35-39
 6. 40-44
 7. 45-49
5. Resmi nikahınız var mı?
 1. Evet
 2. Hayır
6. Öğrenim durumunuz?
 1. Okur-yazar değil
 2. Eğitimi yok-ilkokulu bitirmemiş
 3. İlköğretim birinci kademe
 4. İlköğretim ikinci kademe
 5. Lise ve üzeri
7. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?
 1. Evet
 2. Hayır
8. Mesleğiniz nedir?
 1. Ev hanımı
 2. Memur
 3. İşçi
 4. Diğer
9. Eşiniz kaç yaşında?.....
10. Eşinizin eğitim durumu?
 1. Okur-yazar değil
 2. Eğitimi yok-ilkokulu bitirmemiş
 3. İlköğretim birinci kademe
 4. İlköğretim ikinci kademe
 5. Lise ve üzeri
11. Eşinizin mesleği?
 1. İşsiz
 2. Memur
 3. işçi
 4. Serbest meslek

- 12.** Size göre gelir durumunuz?
1. İyi
2. Orta
3. Kötü
- 13.** Sağlık güvenceniz var mı?
1. Evet
2. Hayır
- 14.** Aile tipinizi belirtiniz?
1. Çekirdek aile
2. Geniş aile
- 15.** En uzun yaşadığınız yer?
1. İl
2. İlçe
3. Köy/kasaba
- 16.** Geçmiş yıllarda depresyon yaşadınız mı?
a. Evet
b. Hayır
- 17.** Kaç yaşında evlendiniz?.....
- 18.** Kaç yıllık evlisiniz?.....
- 19.** Evlilik kararınızı nasıl aldınız?
1. Anlaşarak
2. Görücü usulü
- 20.** Kendi aileniz ile ilişkileriniz?
a. İyi
b. Ne iyi, ne kötü
c. Kötü
- 21.** Eşinizin ailesi ile ilişkileriniz?
a. İyi
b. Ne iyi, ne kötü
c. Kötü
- 22.** Eşiniz ile ilişkileriniz nasıl?
a. İyi
b. Ne iyi ne kötü
c. Kötü
- 23.** Evlilikten memnuniyet durumunuz?
a. Memnun
b. Orta
c. Memnun değil

GEBELİK İZLEMİ VE DOĞUM ÖYKÜSÜ ANKET FORMU

1. Gebeliğiniz planlı mıydı?
 - a. Evet
 - b. Hayır
2. Doğum öncesi bakım aldınız mı?
 - a. Doğum öncesi bakım almadım
 - b. 1
 - c. 2-3
 - d. 4+
3. Gebelikte sağlık sorunu yaşadınız mı?
 - a. Evet
 - b. Hayır
4. Gebelik sırasında stres/sıkıntı yaşadınız mı?
 - a. Evet
 - b. Hayır
5. Planlanan doğum şekliniz?
 - a. Vajinal
 - b. Sezaryen
 - c. Planlanmayan
6. Doğum şekliniz?
 - a. Normal vajina doğum
 - b. Müdahaleli vajina doğum (forceps,vakum,epizyo,indüksiyon)
 - c. Planlı sezaryen
 - d. Acil sezaryen
7. Vajinal doğumda uygulanan müdahale yöntemi nedir?(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)
 - a. Epizyotomi
 - b. İndüksiyon
8. Vajinal yol ile doğum yaptıysanız; Vajinal doğum tercih etme nedeniniz?
.....
9. Sezaryen ile doğum yapmayı istediyseniz; Sezaryenle doğumu tercih etme nedeniniz?.....
10. Sezaryen ile doğum yapma nedeni?
11. Doğum şekline karar veren kişi?
 - a. Doktor /ebe /hemşire
 - b. Kendisi
 - c. Eşi

12. Doğumunuzu nerde yaptınız?
 - a. Kamu sektörü
 - b. Özel hastane
 - c. Evde
13. Bebeğiniz doğum tarihi? Gün / Ay/ Yıl (.....aylık)
14. Bebeğinizin cinsiyetinden memnun musunuz?
 - a. Evet
 - b. Hayır
15. Bebeğinizi ne ile besliyorsunuz?
 1. Doğal beslenme
 2. Yapay beslenme
 3. Karışık beslenme
16. Emzirme başarınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?
 - a. Çok iyi
 - b. İyi
 - c. Fena değil/orta
 - d. Kötü
 - e. Çok kötü
17. Bebeğinizi nasıl tanımlarsınız?
18. Bebeğinizi genel olarak beğeniyor musunuz?
 - a. Evet
 - b. Çirkin, beğenmiyorum
 - c. Akrabalarımıza benzediği için, beğenmiyorum
 - d. Diğer
19. Bebeğiniz evliliğinizi etkiledi mi?
 - a. Evet, olumlu
 - b. Evet, olumsuz yönde etkiledi
 - c. Hayır

EK 6

EDINBURGH POSTPARTUM 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.

- 1. Son 7 gündür, gülebiliyor ve olayların komik taraflarını görebiliyorum.**
 - 0 Her zaman olduğu kadar ()
 - 1 Artık pek o kadar değil ()
 - 2 Artık kesinlikle o kadar değil ()
 - 3 Artık hiç değil ()
- 2. Son 7 gündür, geleceğe hevesle bakıyorum.**
 - 0 Her zaman olduğu kadar ()
 - 1 Artık pek o kadar değil ()
 - 2 Artık kesinlikle o kadar değil ()
 - 3 Artık hiç değil ()
- 3. Son 7 gündür, bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.**
 - 3 Evet, çoğu zaman ()
 - 2 Evet, bazen ()
 - 1 Çok sık değil ()
 - 0 Hayır, hiçbir zaman ()
- 4. Son 7 gündür, nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.**
 - 0 Hayır, hiçbir zaman ()
 - 1 Çok seyrek ()
 - 2 Evet, bazen ()
 - 3 Evet, çoğu zaman ()
- 5. Son 7 gündür, iyi bir neden olmadığı halde korkuyor ya da panikliyorum**
 - Evet, çoğu zaman ()
 - Evet, bazen ()
 - Çok sık değil ()
 - Hayır, hiçbir zaman ()
- 6. Son 7 gündür, her şey giderek sırtıma yükleniyor.**
 - Evet, çoğu zaman başa çıkamıyorum. ()
 - Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum. ()
 - Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkabiliyorum. ()
 - Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum. ()
- 7. Son 7 gündür, öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.**
 - Evet, çoğu zaman ()
 - Evet, bazen ()
 - Çok sık değil ()
 - Hayır, hiçbir zaman ()
- 8. Son 7 gündür, kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum**
 - Evet, çoğu zaman ()
 - Evet, bazen ()
 - Çok sık değil ()
 - Hayır, hiçbir zaman ()
- 9. Son 7 gündür, öylesine mutsuzum ki ağlıyorum**
 - Evet, çoğu zaman ()
 - Evet, oldukça sık ()
 - Çok seyrek ()
 - Hayır, asla ()
- 10. Son 7 gündür, kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.**
 - Evet, oldukça sık ()
 - Bazen. ()
 - Hemen hemen hiç ()
 - Asla ()