



Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Eğitim Bilimleri Enstitüsü
Rehberlik Ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı

**DOĞUMDAN ÖNCE ANNE-BABA ADAYLARIYLA YAPILAN
YENİ DURUMA ALIŞTIRMA GÖRÜŞMELERİNİN ANNE-BABA
ADAYLARININ DOĞUM SONRASI DEPRESYON DÜZEYLERİNE
ETKİSİ**

Hazırlayan

Pınar BULUT

Danışman

Yrd. Doç. Dr. Yaşar BARUT

Yüksek Lisans Tezi

Samsun, 2016

Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Eğitim Bilimleri Enstitüsü
Rehberlik Ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı

**DOĞUMDAN ÖNCE ANNE-BABA ADAYLARIYLA YAPILAN
YENİ DURUMA ALIŞTIRMA GÖRÜŞMELERİNİN ANNE-BABA
ADAYLARININ DOĞUM SONRASI DEPRESYON DÜZEYLERİNE
ETKİSİ**

Hazırlayan
Pınar BULUT

Danışman
Yrd. Doç. Dr. Yaşar BARUT

Yüksek Lisans Tezi

Samsun, 2016

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Hazırladığım Yüksek Lisans Tezinin bütün aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara riayet ettiğimi, çalışmada doğrudan veya dolaylı olarak kullandığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, yazımda enstitü yazım kılavuzuna uygun davranıldığımı taahhüt ederim.

20/01/2016

Pınar BULUT

KABUL VE ONAY

Pınar BULUT tarafından hazırlanan “Doğumdan Önce Anne-Baba Adaylarıyla Yapılan Yeni Duruma Alıştırma Görüşmelerinin Anne-Baba Adaylarının Doğum Sonrası Depresyon Düzeylerine Etkisi” başlıklı bu çalışma, 20.01.2016 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda oybirliğiyle başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan: Prof. Dr. Kurtman ERSANLI

Üye : Yrd. Doç. Dr. Yaşar BARUT

Üye : Yrd. Doç. Dr. Abdullah Nuri DİCLE

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylım.

__/__/__

Prof. Dr. Önder KABADAYI

ÖZET

DOĞUMDAN ÖNCE ANNE-BABA ADAYLARIYLA YAPILAN YENİ DURUMA ALIŞTIRMA GÖRÜŞMELERİNİN ANNE-BABA ADAYLARININ DOĞUM SONRASI DEPRESYON DÜZEYLERİNE ETKİSİ

Pınar BULUT

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü,

Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans, Ocak/2016

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Yaşar BARUT

Bu araştırmanın amacı doğum öncesi anne-baba adaylarıyla gerçekleştirilen yeni duruma alıştırma görüşmelerinin doğum sonrası depresyon düzeylerine etkisini incelemektir. Yarı deneysel olarak gerçekleştirilen araştırmanın çalışma grubunu 26 (12 deney, 14 kontrol) birey oluşturmuştur. Katılımcılar Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği görüşmeler gerçekleştirilmeden bir hafta önce ve doğumdan sonra 12. hafta da cevaplamıştır. Deney grubundaki bireylere 4 haftalık yeni duruma alıştırma görüşmeleri gerçekleştirilirken, kontrol grubuna herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır. Araştırma sonucunda kontrol grubunun bireylerin doğum öncesi ve doğum sonrası depresyon düzeyleri benzerken, deney grubundaki anne baba adaylarının doğum öncesi depresyon düzeylerinin doğum sonrası depresyon düzeylerinden anlamlı bir şekilde azaldığı bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Doğum Öncesi depresyon, yeni duruma alıştırma görüşmeleri, anne-baba adayları, doğum sonrası depresyon

ABSTRACT

THE EFFECTS OF AN ANTENATAL NEW SITUATION CALLS TRAINING FOR PARENTS TO THEIR POSTNATAL DEPRESSION LEVELS

Pınar BULUT

Ondokuz Mayıs University, Institute of Educational Sciences,
Guidance and Psychological Counseling, M.A., January/2016

Supervisor: Asst. Prof. Yaşar BARUT

The aim of this study was to examine the effects of an antenatal new situation calls training for parents to postnatal depression levels of parents. A quasi-experimental study carried out. Participants were 26 (12 experimental, 14 control) mother and father candidate. Participants completed the Edinburgh Postnatal Depression Scale one week before the intervention and 12 weeks after birth. Individuals in experimental group received a four week new situation calls training for parents but any intervention made in control group. Results of this study suggested that individuals' prenatal and postpartum depression levels were similar in the control group but parents in the experimental group candidate prenatal depression levels were significantly decreased in postnatal period.

Keywords: Prenatal depression, new situation calls training for parents, parents candidate, post-natal depression.

TEŞEKKÜR

Bana her türlü yardım ve fedakârlığı sağlayan, bilgi, tecrübe ve güler yüzü ile çalışmama ışık tutan, çalışmamın yöneticisi Sayın Hocam Yrd. Doç. Dr. Yaşar BARUT'a, çalışmam süresince desteklerini esirgemeyen Sayın Doç. Dr. Koray KARABEKİROĞLU'na, değerli görüş ve önerileri için Sayın Prof. Dr. Kurtman ERSANLI ve Sayın Yrd. Doç. Dr. Abdullah Nuri DİCLE'ye teşekkür ediyorum.

Tezimin hazırlanması sırasında beni cesaretlendiren ve manevi destek sağlayan, değerli İrem Yavuz Anaokulu çalışanlarına teşekkürü borç bilirim.

Bu çalışmayı, yetişmemde emeği geçen ve benden maddi, manevi hiçbir desteği esirgemeyen aileme ithaf ederim.

Pınar BULUT

Samsun, 2016

İÇİNDEKİLER

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ.....	i
KABUL VE ONAY	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xi
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xii

GİRİŞ.....	1
Araştırmanın Amacı.....	4
Problem Cümlesi.....	4
Alt Problemler.....	5
Denenceler.....	5
Araştırmanın Gereği ve Önemi.....	6
Sayıtlar.....	7
Sınırlılıklar.....	8
Tanımlar.....	8

BÖLÜM I

KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR.....	9
1.1. Gebelik Psikolojisi.....	9
1.2. Doğum Sonrası Psikiyatrik Bozukluklar.....	10

1.2.1. Doğum Sonrası Depresyon.....	11
1.2.1.1. Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı.....	13
1.2.1.2. Doğum Sonrası Depresyonun Belirtileri ve Başlangıcı.....	13
1.2.1.3. Doğum Sonrası Depresyonun Risk Faktörleri	16
1.2.1.4. Doğum Sonrası Depresyon Tedavisi.....	18
1.2.2. Annelik Hüznü.....	19
1.2.2.1. Annelik Hüznü Belirtileri.....	20
1.2.2.2. Annelik Hüznünün Risk Etkenleri.....	20
1.2.2.3. Annelik Hüznü Tedavisi.....	20
1.2.3. Doğum Sonrası Psikoz.....	21
1.2.3.1. Doğum Sonrası Psikoz Belirtileri.....	21
1.2.3.2. Doğum Sonrası Psikozun Risk Etkenleri.....	21
1.2.3.3. Doğum Sonrası Psikoz Tedavisi.....	22
1.2.4. Baba Depresyonu.....	22
1.2.5. Önleyici Müdahaleler.....	25
1.3. Ebeveyn Depresyonu ve Çocuk.....	27
1.3.1. Doğum Sonrası Depresyon ve Emzirme.....	29
1.3.2. Doğum Sonrası Depresyon ve Uyku.....	30
1.4. Doğum Sonrası Depresyonun Önlenmesine Yönelik Yurt Dışında Gerçekleştirilen Çalışmalar.....	31
1.5. Doğum Sonrası Depresyonun Önlenmesine Yönelik Yurt İçinde Gerçekleştirilen Çalışmalar.....	36

BÖLÜM II

YÖNTEM.....	38
2.1. Araştırma Modeli.....	38
2.2. Çalışma Grubu.....	39
2.3. Veri Toplama Araçları.....	40
2.3.1. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği.....	40

2.3.2. Kişisel Bilgi Formu.....	42
2.3.3. Uygulanan Program.....	42
2.4. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi.....	43
BÖLÜM III	
BULGULAR.....	44
BÖLÜM IV	
TARTIŞMA VE YORUM.....	51
BÖLÜM V	
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	56
KAYNAKÇA	58
EKLER	
EK I. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği	73
EK II. Kişisel Bilgi Formu	76
EK III. Anne-Baba Adaylarına Yönelik Yeni Duruma Alıştırma Görüşmeleri.....	77
EK IV. Görüşmelerin Ardından Dağıtılan Özet Bilgiler Ve Ekler	123
EK V. Halk Sağlığı Müdürlüğü İzin Belgesi	134
EK VI. Etik Kurul Onayı	135

TABLO LİSTESİ

Tablo 1.1. Majör Depresyon Tanı Kriterleri	15
Tablo 2.1. Araştırma Deseni.....	38
Tablo 3.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Anne Adaylarının EDSDÖ Öntest Puanlarına İlişkin Mann Whitney U Testi Sonucu	44
Tablo 3.2. Deney Grubundaki Annelerin EDSDÖ Öntest-Sontest Puanları İlişkin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları.....	45
Tablo 3.3. Kontrol Grubundaki Annelerin EDSDÖ Öntest-Sontest Puanları İlişkin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları.....	46
Tablo 3.4. Deney ve Kontrol Grubundaki Baba Adaylarının EDSDÖ Öntest Puanlarına İlişkin Mann Whitney U Testi Sonucu	47
Tablo 3.5. Deney Grubundaki Babaların EDSDÖ Öntest-Sontest Puanları İlişkin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları.....	48
Tablo 3.6. Kontrol Grubundaki Babaların EDSDÖ Öntest-Sontest Puanları İlişkin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları.....	48
Tablo 3.7. Deney ve Kontrol Grubundaki Ebeveynlerin EDSDÖ Öntest Puanlarına İlişkin Mann Whitney U Testi Sonucu.....	49
Tablo 3.8. Deney Grubundaki Ebeveynlerin EDSDÖ Öntest-Sontest Puanları İlişkin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları.....	50

Tablo 3.9. Kontrol Grubundaki Ebeveynlerin EDSDÖ Öntest-Sontest Puanları İlişkin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları	50
--	----

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1.1. Anneliğe Geçiş Süreci	12
--	----

KISALTMA LİSTESİ

- DSD : Doğum Sonrası Depresyon
- EKT : Elektrokonvülsif Terapi
- KİT : Kişilerarası İlişkiler Terapisi
- BDT : Bilişsel-Davranışçı Terapi
- DSP : Doğum Sonrası Psikoz
- DÖB : Doğum Öncesi Bakım
- TNSA : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
- KBF : Kişisel Bilgi Formu

GİRİŞ

Gebelik doğum öncesinde ve sonrasında yaşanan hızlı, fiziksel, sosyal ve duygusal değişimler nedeniyle çok sayıda kadının yaşama yeniden uyum sağlamalarını gerektiren önemli bir süreçtir. Bu süreç; hamilelikte yaşanan sağlık problemleri, yeniden tanımlanan aile ilişkileri, bebeğin beslenmesi ve bakımı ile ilgili sıkıntılar, bebek ile birlikte yaşantıya uyum, eş ile ilişkilerde sorunlar, maddi sıkıntılar gibi stres verici yaşam olayları nedeniyle kadınlara ağır bir yük ve sorumluluk verebilir (Ayvaz, Hocaoğlu, Tiryaki ve Ak, 2006). Çok sayıda kadın için hamilelik ve doğum, hayat boyu en fazla istediği yaşantılardan biri olsa da, anne adayı kendisini ne kadar hazırlamış olursa olsun bazı psikolojik sorunlara yol açabilmektedir (Ayvaz ve diğerleri, 2006; Kara, Çakmaklı, Nacak ve Türeci, 2001; Nur, Çetinkaya, Bakır ve Demirel, 2004).

Günümüzde hamileliğin ruh sağlığı açısından koruyucu bir dönem ya da “kendini iyi hissetme” zamanını temsil ettiği düşüncesi kabul görmemeye başlamıştır (Solmuş, 2012) ve doğum sonrası dönemde kadınların psikiyatrik rahatsızlıklarla karşılaşma olasılığının arttığı yaygın olarak kabul edilen bir görüştür (Aşkın, 1999; Etchegoyen, 2005; Nelson, 2003; Weissman ve Olfson, 1995). Bu nedenle, hamilelik ve doğum sürecinin anne-baba adayı için fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan oldukça yoğun stres etmenlerinin görüldüğü dönemlerden biri olduğu söylenebilir (Marakoğlu ve Şahsivar, 2008). Örneğin, anne adayının yeni duruma uyum sağlama ve yaşamla kendisi arasında yeni bir denge kurma çabası, yaşadığı psikolojik stres etmenlerindedir (Solmuş, 2012).

Doğum olayı, ruh sağlığı açısından kadınların en savunmasız oldukları dönemlerden birini temsil eder. Yapılan bir araştırmada, doğumu takip eden ilk üç ay içerisinde kadınların bir psikiyatri birimine başvurma ihtimalinin, doğum öncesi döneme göre 20 kat fazla olduğu ve ilk kez doğum yapan kadınlarda ise bu riskin daha fazla olduğu bildirilmiştir (Stocky ve Lynch, 2000).

Hamilelik sonrasında, kadınlarda sık görülen önemli ruh sağlığı sorunlarından biri depresyondur. Beck ve Alford'a göre (2014) depresyon üzüntü, yalnızlık ve kayıtsızlık gibi ruh halindeki değişiklikler; arzulardan kaçma, saklanma veya yok etme gibi kendini cezalandırma ve gerileme; yeme bozukluğu, uyuyamama ve libido kaybı gibi vejetatif değişiklikler; ajitasyon ve erteleme gibi aktivite seviyesinde meydana gelen değişiklikler; kendini suçlama ve kendini kınamayla oluşan negatif bir benlik kavramı oluşturma süreci olarak tanımlanmaktadır. Amerikan Psikiyatri Birliği (2013) ise depresyonu, üzüntü ile bağlantılı uyku ve iştah değişiklikleri, haz verici etkinliklere karşı ilgi kaybı, psikomotor değişiklikler, dikkati toplayamama, yorgunluk, ümitsizlik/çaresizlik duyguları ve intihar düşünceleri ile birlikte işlevsel bozukluğun olduğu bir duygu durum bozukluğu dönemi olarak tanımlamaktadır. Depresyon kadınların işlevselliğini, mutluluğunu, aile yaşantısını, sosyal ilişkilerini olumsuz biçimde etkileyerek yaşam kalitesini azaltmakta ve işgücü kayıplarına yol açabilmektedir (Çalık ve Aktaş, 2011; Sağduyu, Ögel, Özmen ve Boratav, 2000). Aynı zamanda, sıklıkla erken tanımlanamadığında ve uygun tedavi hizmetleri sağlanmadığında intihar için belirgin bir risk faktörü oluşturabilmektedir (Jeon, 2011; Takahashi, 2001).

Depresyonun yaygınlığına ilişkin gerçekleştirilen çalışmalar, kadınlarda major depresyon görülme sıklığının %10-25 oranında değiştiğini ve depresyonun kadınlarda erkeklerden 1,5-3 kat fazla olduğunu göstermiştir. Hamilelik ve doğum deneyimiyle birlikte kadınlarda depresyon riski artmaktadır. Bu deneyimi yaşayan kadınların %26'sı, depresyonla hamilelik sırasında karşılaşırken; %45-65'i ise, doğum sonrası dönemde karşılaşmaktadır (Efe, Taşkın ve Eroğlu, 2009).

Doğumdan sonra görülen tüm depresif bozukluklar için kullanılan bir kavram olan doğum sonrası depresyon (DSD), doğumdan sonra ilk bir yıl içinde başlayan depresyon olarak değerlendirilmektedir (C. T. Beck, 2001; Lee ve Chung, 2007; Marakoğlu, Özdemir ve Çivi, 2009). DSD gelişimi ile ilgili yapılan pek çok çalışmada hamilelik dönemi depresyonu ve anksiyetesi, stresli geçmiş yaşam olayları, düşük sosyal destek, daha önce depresyon geçirmiş olma gibi risk faktörlerinin DSD ile yüksek düzeyde ilişkili olduğu bildirilmiştir. Diğer taraftan çocuk bakım stresi, düşük benlik saygısı, zor mizaçlı bebek, anne nörotisizmi gibi

faktörlerin DSD ile orta düzeyde ilişkili olduğu belirtilmiştir. Gebelik komplikasyonları, negatif bilişsel yüklemeler, partnerle zayıf ilişki, düşük sosyoekonomik durum ve düşük gelir gibi faktörlerin ise DSD ile düşük düzeyde ilişkili olduğu bildirilmiştir (C. T. Beck, 2001; Lee ve Chung, 2007; Marakoğlu ve diğerleri, 2009; Robertson, Celasun ve Stewart, 2003).

Doğum sonrası ruh sağlığı incelenirken biyolojik ve hormonal etkenlerin yanında kültürel ve psikososyal etkenler de göz önüne alınmalıdır. Anne olma kadın için bir olgunlaşma krizi anlamına gelmektedir. Kadın hastaneden çıkıp eve geldiğinde, anne ve ev kadını olarak yepyeni sorumluluklarla karşı karşıya kalır. Bu durumda, çocuğa ve yeni kimliğine uyum sağlamada sorun yaşayabilir (Deveci, 2003).

Annelik sanatı gözlem ve aktif katılım gerektiren, büyük ölçüde öğrenilen bir süreçtir. Kadınların annelik ile ilgili geçmiş deneyimleri, kadının yetiştirici, büyütücü rol kalıplarının önemli belirleyicilerinden biridir. Batı toplumunda kadınlar, kendi bebeklerinin doğumundan önce herhangi bir bebeğin bakımına önemli ölçüde katılmamıştır. Bu nedenle, aileler çocuklarının yaşam kalitelerini artırmanın, gelişimlerine katkı sağlamanın, çocuklarıyla aralarında pozitif bir ilişki kurmanın yolları hakkında bilgi arayışı içindedirler (Hamilton-Dodd, Kawamoto, Clark, Burke ve Fanchiang, 1989). Kadınların iş yaşamında giderek daha fazla yer almasıyla birlikte, dünyanın diğer ülkelerinde olduğu gibi, Türkiye’de de kadınlar annelik rolünün yanı sıra bağımsız kariyer rollerine hazırlanmakta ve çocuklarıyla olumlu ilişkiler kurabilmenin yollarını aramaktadırlar.

Wee, Skouteris, Pier, Richardson ve Milgrom'a göre (2011) hamilelik ve doğum sonrası depresyondan yalnızca kadınların etkilendiğine dair yaygın bir inanış sonucu, bu konuyla ilgili gerçekleştirilen çok sayıda çalışma, kadınlara odaklanmıştır. Ancak bu dönemde kadınların olduğu kadar erkeklerin de üstesinden gelmesi gereken bir dizi problemleri vardır. Çocuğuyla güvenli ve destekleyici bir ilişki kurmak için gerekli zihinsel/duygusal kaynakları oluşturma, yeni bebeğe bakım sağlamada yardımcı ve anneye yeni rolünde destek olma, bebeğin doğumuyla birlikte hızla gerçekleşecek olan değişikliklere karşı uyum sağlamada güçlük ve babalıkla

birlikte karşı karşıya kalacağı yeni talepler babanın üstesinden gelmesi gereken problemlerden sadece bazılarıdır (Fletcher, Matthey ve Marley, 2006). Bu nedenle, üstesinden gelinmesi gereken bu vb. problemler, kadınları olduğu kadar erkekleri de bir dizi psikojik rahatsızlıkla karşı karşıya getirmekte ve depresyon doğum öncesi/sonrası dönemlerde, erkeklerde de görülmektedir (Wee ve diğerleri, 2011).

Yaşadığımız çağda bilgi en önemli gücü temsil etmektedir. Aile olmaya geçiş gibi çok önemli ve hassas bir süreçte insanlar bilgiye her zamankinden daha fazla ihtiyaç duymaktadır. Rehberlik ve psikolojik danışmanlık hizmetleri bağlamında bu bilgiler, hizmet alan bireylere konsültasyon, oryantasyon, görüşme gibi hizmetler aracılığıyla verilmektedir. Görüşme türlerinden biri olan yeni duruma alıştırmaya görüşmelerinde bireylerin vereceği kararlara, tercihlere yardım etmek, bireyin yeni çevresine uyumunu kolaylaştırmak, alınmış ya da alınacak kararların etkileyeceği kişileri durumdan haberdar etmek ve bazı şeylere özendirme amaçlanmaktadır (Özgüven, 1992).

Bu kritik dönemde, ruh sağlığında meydana gelecek aksaklıklar, tüm aile bireylerini etkileyecek ve dengeleri değiştirecektir. Toplumun en küçük birimi olarak kabul edilen ailenin refahı, toplum refahını sağlamak açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle, anne-baba adaylarına sağlanacak rehberlik ve psikolojik danışmanlık hizmetlerinin, bireylerin ruh sağlığı problemleri yaşamalarının önlenmesinde kritik bir öneme sahip olduğu söylenebilir.

Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın genel amacı, doğumdan önce anne-baba adaylarıyla yapılan yeni duruma alıştırmaya görüşmelerinin DSD'ye etkisini incelemektir. Bu amaç doğrultusunda araştırma sürecinde aşağıda ifade edilen soruya yanıt aranmıştır.

Problem Cümlesi

Doğumdan önce anne-baba adaylarıyla yapılan yeni duruma alıştırmaya görüşmeleri, anne-baba adaylarının DSD düzeylerini anlamlı olarak etkilemekte midir?

Alt Problemler

1. Doğumdan önce anne-baba adaylarıyla yapılan yeni duruma alıştırma görüşmelerine katılan anne adaylarının DSD puanları, bu programa katılmayan anne adayların puanlarına göre anlamlı olarak azalmakta mıdır?

2. Doğumdan önce anne-baba adaylarıyla yapılan yeni duruma alıştırma görüşmelerine katılan baba adaylarının DSD puanları, bu programa katılmayan baba adaylarının puanlarına göre anlamlı olarak azalmakta mıdır?

3. Doğumdan önce anne-baba adaylarıyla yapılan yeni duruma alıştırma görüşmelerine katılan anne-baba adaylarının DSD puanları, bu programa katılmayan anne-baba adaylarının puanlarına göre anlamlı olarak azalmakta mıdır?

Denenceler

1. Doğumdan önce anne-baba adaylarıyla yapılan yeni duruma alıştırma görüşmelerine katılan anne adaylarının DSD puanları, uygulama öncesi benzer iken; uygulama sonrası, bu programa katılmayan anne adaylarının puanlarına göre anlamlı olarak azalmaktadır.

2. Doğumdan önce anne-baba adaylarıyla yapılan yeni duruma alıştırma görüşmelerine katılan baba adaylarının DSD puanları, uygulama öncesi benzer iken; uygulama sonrası, bu programa katılmayan baba adaylarının puanlarına göre anlamlı olarak azalmaktadır.

3. Doğumdan önce anne-baba adaylarıyla yapılan yeni duruma alıştırma görüşmelerine katılan anne-baba adaylarının DSD puanları, uygulama öncesi benzer iken; uygulama sonrası, bu programa katılmayan anne-baba adaylarının puanlarına göre anlamlı olarak azalmaktadır.

Araştırmanın Gereği ve Önemi

Yoğun üzüntü hissi, çevrede olup bitenlere yönelik ilgi kaybının yanında suçluluk, utanç ve değersizlik hisleri ile kendini gösteren depresyon; çağımızda ruhsal bozuklukların "soğuk algınlığı" şeklinde tanımlanan, yaygın bir duygu durum bozukluğudur (Morris, 2002). Bu duygu durum bozukluğu, hızla gelişen ve değişen

dünyada en sık görülen hastalıklar arasında sayılmakta, kişinin yaşam kalitesini bozması ve intihara kadar giden bir durum göstermesi nedeniyle ruh sağlığı alanında çalışanların dikkatlerinin odağında olmaya devam etmektedir.

Doğum deneyiminin normal ve patolojik sonuçlarını inceleyen çalışmalar, doğum sonrası dönemin aile için anlamlı psikolojik değişmelere sahne olan bir dönem olduğu noktasında birleşmektedir. Bu konuyla ilgili geçmişe dönük tarama çalışmaları ise, ciddi ruhsal ve duygusal hastalıkların ortaya çıkması açısından doğum sonrası dönemin, hamilelik dönemine kıyasla 3-4 kat daha riskli olduğunu ortaya koymakta ve doğum sonrası dönemde görülen depresyonların tüm annelerin % 10-15'ini etkilediğini bildirmektedir (Durat, 2003).

Bu nedenle, gebelik sürecinin aile için yarattığı stres faktörleri düşünüldüğünde, aile üyelerinin depresyonla karşı karşıya kalma olasılıklarının arttığı söylenebilir. Depresyonun ortaya çıkmasını önlemeye yönelik olarak ailelere doğumdan önce, doğumun yol açabileceği riskler ve bunların yaşatabileceği olası sorunlar ya da getireceği kazanımlar hakkında bilgi verilmesinin doğum sonrası depresyon riskini azaltabileceği söylenebilir. Ailelere kendilerini nasıl bir yaşamın beklediği ve bu yeni yaşamın zorlukları, yaşadıkları krizi nasıl atlatabilecekleri hakkında bilgi verilmesi ve duygusal destek sağlanması, onların yeni yaşamlarına uyum sağlamalarını kolaylaştırabilir (Solmuş, 2012).

Annenin depresyonunun yalnızca anne değil bebek ve aile üzerinde psikojik açıdan olumsuz etkileri olduğunu gösteren araştırma sonuçları mevcuttur (Marakoğlu ve Şahsivar, 2008). Bu araştırmalar, psikolojik müdahale çalışmalarının, anne için gerekli olmasının yanında doğrudan çocuk/aile ruh sağlığı üzerindeki etkileri ve dolaylı olarak da toplumun sağlığını, mutluluğunu korumaya katkıları nedeniyle önemli olduğunu ortaya koymaktadır (Gözüyeşil, Şirin ve Çetinkaya, 2008).

Bazı araştırmacılar, toplum tarafından etiketlenme korkusunun erken tanı sorununa yol açabileceğini ve yardıma ihtiyacı olan anneyi bu yardımı aramaktan alıkoymabileceğini belirtmektedir (C. T. Beck, 2001). Kadınlar başarısız görünmemek ve kültür ile medyanın öne sürdüğü anne imajından farklı olmamak adına yaşadıkları

duygusal sıkıntılarını ifade etmekte güçlük çekebilir. DSD riski taşıyan kadınlar sağlık hizmeti verenlerle bir araya gelseler de ebeveynliğin getirdikleriyle başa çıkıyor olarak görünme isteği ağır basmakta, çoğu profesyonel yardım almamakta ve bunların yarısı kadarı da arkadaş, aile ve çevrelerinden yardım istememektedir. Depresyonun birincil bakım hizmeti verenler tarafından tanınması zorluğuyla birlikte vakaların %50'si tespit edilememektedir (Bilszta, Ericksen, Buist ve Milgrom, 2010; McCarthy ve McMahan, 2008).

Bunun yanında kadınların yardım gerektiren depresif semptomlarla doğum sonrası normal stres düzeyini ayırt edememesi, çoğunun “kriz noktası”nda tedavi arayışına girmesi, birçoğunun farmakolojik tedaviden kaçınması (McCarthy ve McMahan, 2008) gibi etkenler, DSD’yi önleyici müdahalelerin önemini artırmaktadır. Buna rağmen, ulaşılabilen literatürde, Türkiye’de doğum sonrası depresyon olasılığını azaltmaya yönelik olarak gerçekleştirilmiş sadece bir çalışmaya rastlanmıştır (Durat, 2003). Bu çalışmada, yüksek depresyon riski taşıyan gebe kadınlara yönelik olarak gerçekleştirilen hemşirelik uygulamalarının, doğum sonrası depresyon düzeylerine etkisi incelenmiştir. Araştırma sonucunda, doğum sonrası annelere uygulanan hemşirelik bakımının, doğum sonrası depresyon riskini azalttığı bulunmuştur. Ancak araştırmacı, sadece anne adaylarına yönelik bir uygulama gerçekleştirmiştir. Aynı zamanda çalışma, içerik olarak anne adaylarına bebeklere bakım becerileri kazandırmaya yöneliktir. Doğrudan baba adayları veya aile ruh sağlığı üzerindeki etkisi bilinmemektedir. Bu nedenle, anne baba adaylarıyla gerçekleştirilecek görüşmelerin ebeveynlerin doğum sonrası ruh sağlığına etkisinin ortaya konmasının, Türkiye’de bu amaçla gerçekleştirilen az sayıda bilimsel çalışmanın artırılmasına katkı sağlaması beklenmektedir.

Sayıtlar

Bu araştırmanın sayıtları aşağıdaki gibidir:

1. Araştırmada kullanılan "Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği" sorularını içtenlikle cevapladıkları varsayılmıştır.
2. Deney ve kontrol gruplarında yer alan anne-baba adaylarının deneysel ortam dışında yaşadıkları olgunlaşma ve değişimler aynıdır.

Sınırlılıklar

Bu araştırmanın sınırlılıkları aşağıdaki gibidir:

1. Bu araştırma, Samsun ilinin Atakum ilçesinde yaşayan ve bebek bekleyen anne-baba adaylarının oluşturduğu 26 kişilik gönüllü katılımcı ile sınırlıdır.
2. Araştırma sonuçları aynı veya benzer gruplara genellenebilir.
3. Araştırmaya katılan bireylerin depresyon puanları, "Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği"nden aldıkları puanlar ile sınırlıdır.
4. Anne-baba adaylarıyla gerçekleştirilen yeni duruma alıştırma görüşmeleri, araştırmacı tarafından bu görüşmelerde ele alınan konularla sınırlıdır.

Tanımlar

Yeni duruma alıştırma görüşmeleri: Bilgi verme görüşmeleri başlığı altında incelenen bu görüşme türünün amacı, bireylerin yeni durum ve çevreye uymalarını kolaylaştırmaktır. Kişinin vereceği kararlara, tercihlere yardım etmek, bireyin yeni çevresine uyumunu kolaylaştırmak, alınmış ya da alınacak kararların etkileyeceği kişileri durumdan haberdar etmek ve bazı şeylere özendirme (Özgüven, 1992).

Doğum sonrası depresyon (DSD): Doğum sonu ilk 1 yıl içinde başlayan depresyon doğum sonrası depresyon olarak değerlendirilmektedir (C. T. Beck, 2001; Lee ve Chung, 2007). Doğumdan sonra görülen tüm depresif bozukluklar için kullanılan bir kavramdır (Marakoğlu ve diğerleri, 2009).

BÖLÜM I

KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

1.1. Gebelik Psikolojisi

Hamileliğin başlangıcından itibaren, hamilelik sürecinde ve bu sürecin sonunda kadınlar farklı yoğun duygular yaşarlar. Her kadın için, planlı ya da plansız, her gebeliğin bilinçli ve bilinçdışı güdüleyicileri vardır. Bunlar; sevme, sevilme gereksinimlerini, çocuk yetiştirme isteklerini, kadınlığını doğrulamayı ve bazen istenen bir gebeliğin istenmedik bir şekilde sonuçlanması neticesinde kaybın yerine konmasını içermektedir (Kuğu ve Akyüz, 2001).

Hamilelik gerçekleştiğinde, kadın ve erkek, bu duyguyu anlamaya çalışmakta ve hamilelik sürecinin ilerlemeye başlamasıyla birlikte, yaşamlarının nasıl değişeceğine dair gerçekleri görmeye başlamakta ve ikili duygular yaşamaktadır. Bu açıdan gebelik, ambivalans ve çatışmanın da eşlik edebildiği normal, gelişimsel bir öğrenme ve yeni deneyimler kazanma süreci olarak görülebilir (Kuğu ve Akyüz, 2001; Marakoğlu ve Şahsıvar, 2008). Hamilelik döneminde kadınlar, hamileliğin metabolik, hormonal ve psikolojik değişimlerine de uyum sağlamaya çalışmaktadırlar (Uludağ ve Ünlüoğlu, 2012). Bu nedenle, bu dönem, anne adayının psikolojik gelişim sürecinde önemli bir aşamadır. Hamilelik süreci, bayanlarda bazı hamilelik öncesi psikodinamik çatışmaların yeniden ortaya çıkmasına neden olabileceği gibi bazı çatışmaların çözümünü de sağlayabilir. Hamilelikte çoğu anne adayı gerileme, kaygı, depresif belirtiler, duygusal iniş çıkışlar yaşayabilir ve bu belirtiler belirli düzeylere kadar normal kabul edilebilir (Karabekiroğlu, 2012). Hamilelik önemli ayarlamalar yapmayı gerektiren, duygusal bir karmaşanın yaşandığı bir dönemdir ve hamile olmanın doğal sonuçlarını patolojik olarak değerlendirmek hata olur (Stocky ve Lynch, 2000).

Kendi gelişimlerinin erken evrelerinde kadınlar, annelerinden ayrılma ve bağımsız bir kimlik geliştirme deneyimi yaşarlar. Bu deneyim daha sonra annelikteki kendi başarılarını etkileyebilir (Kuğu ve Akyüz, 2001). Anne adayının daha önce kendi ebeveynleriyle kurduğu bağlanma ilişkisi, kendi bebeğiyle geliştireceği anne-bebek bağlanmasında belirleyici bir etmendir (Benoit ve Parker, 1994). Güvenli bağlanma stiline sahip olan anne adaylarının bu süreci daha sağlıklı olarak yaşayacakları öngörülebilir (Karabekiroğlu, 2012).

Bazı araştırmacılar, hamileliğin olgunlaşma evrelerinin anne adaylarının öznel deneyimleriyle tanımlanabileceğini ileri sürmektedir. Bu araştırmacılardan biri olan Raphael-Leff'e göre (1991, 1993) ilk evre, anne adayının bebeğin hareketleri hissetmeye başladığında sona ererken ikinci evre "Eğer bebek şu an doğsa hayatta kalabilir" düşüncesi ortaya çıktığında sona erer. İlk evrede, anne ağırlıklı olarak dış görünüşünde meydana gelen değişikliklerle meşguldür. Aynı zamanda -özellikle kendi annesiyle olan ilişkisinde- yaşadığı eski çatışmalar tekrar devreye girer. İkinci evrede, annenin dikkati hamilelikten çok bebeğe yönelir. Üçüncü evrede anne aday, bilinçli ya da bilinçdışı olarak kendini doğuma ve bebeğe hazırlar. Annenin hayalindeki bebek zamanla yerini gerçek olana bırakır (Akt.: Pajulo, Savonlahti, Sourander, Piha ve Helenius, 2001).

1.2. Doğum Sonrası Psikiyatrik Bozukluklar

Doğumla başlayan, gebelik sırasında anne vücudunda oluşan değişikliklerin, gebelik öncesi duruma geri döndüğü altı-sekiz haftalık loğusalık ve emzirme dönemini de kapsayan, bebeğin 1 yaşına kadar olan zaman dilimi, doğum sonrası dönem olarak adlandırılır. Bu dönem psikiyatrik tabloların görülebildiği önemli bir evredir (Deveci, 2003; Kocamanoğlu ve Şahin, 2011).

Doğumdan sonra ortaya çıkan ruhsal bozukluklar, normal sayılan bir hüznünlük halinden psikotik depresyona kadar geniş bir yelpazede kendini gösterir; depresyon, hüznün, ve psikoz olmak üzere üç başlık altında incelenir (Aşkın, 1999). Ancak bu bozukluklar içinde en yaygın görülen psikiyatrik rahatsızlık depresyondur ve bu nedenle doğum sonrası ruhsal bozukluk denildiğinde ilk akla gelen rahatsızlık doğum sonrası depresyondur (Kara ve diğerleri, 2001).

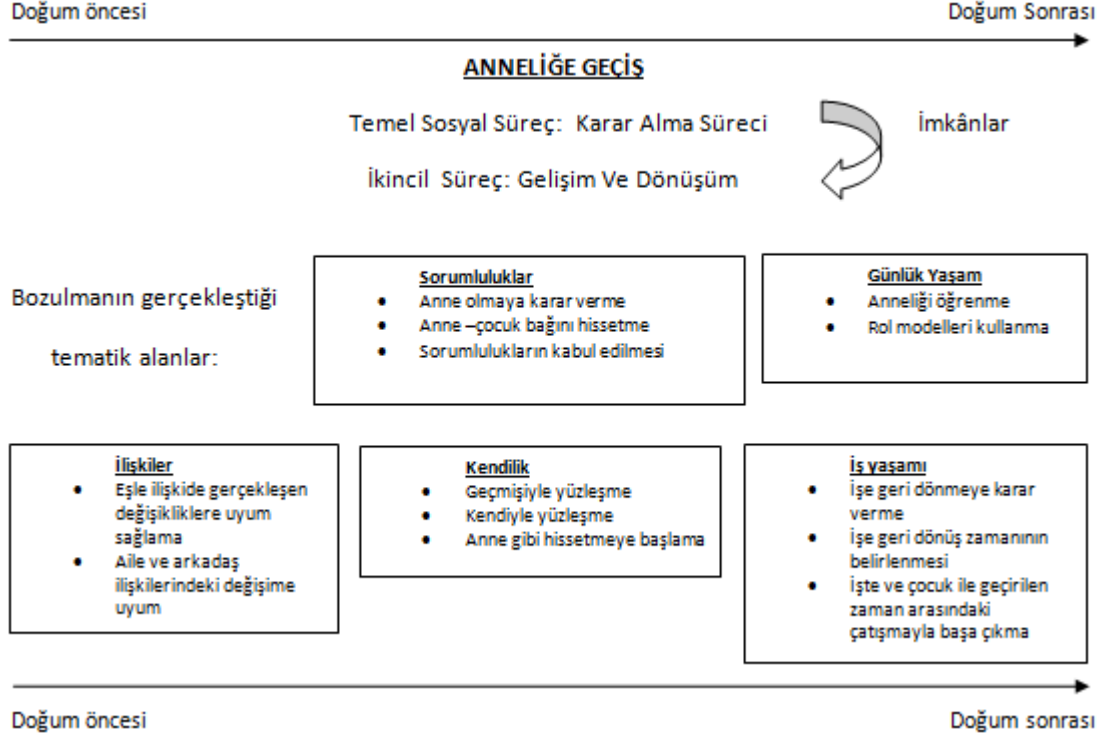
1.2.1. Doğum Sonrası Depresyon

Depresyon meydana gelişi, gidişi ve tedavisi açısından karmaşık bir bozukluktur. Derin üzüntülü bir duygu durum içinde; düşünce, konuşma ve harekette yavaşlama, durgunluk, değersizlik, suçluluk, yorgunluk, dikkat ve konsantrasyonun azalması, isteksizlik, motivasyon azalması, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendromdur (Erdem ve Bez, 2009).

Aşkın' a (1999) göre depresyon, en yaygın hastalıklardan biri olmasına rağmen klinik uygulamada çok sık gözden kaçırılan ve muhtemelen en yanlış tedavi edilen hastalıklardan biridir. Depresyonun işaret ve belirtileri, sadece hastalığın herhangi bir aşamasında çeşitli ve karmaşık olmakla kalmaz; aynı zamanda bu hastalığın farklı yaş gruplarında değişik özellik ve sorunları da içerisinde barındırır. Doğum sonu ilk 1 yıl içinde başlayan depresyon, DSD olarak değerlendirilmektedir (C. T. Beck, 2001; Lee ve Chung, 2007). Doğum sonrası dönemde görülen tüm depresif bozukluklar için kullanılan bir kavramdır (Marakoğlu ve diğerleri, 2009). C. T. Beck (2001) tarafından, annenin hamileliği boyunca bebeğiyle geçirmeyi beklediği değerli zamanları çalan bir hırsız olarak tanımlanan DSD, yalnızca anne ve bebek için değil tüm aile açısından yıkıcı etkilere sahiptir.

Anne-baba olma, insanın yaşamındaki en önemli kararlardan biridir ve bu kararda birçok faktör etkili olur. Solmuş'a göre (2012) yaş, etnik köken, sosyoekonomik düzey, cinsiyet rolleri, kişisel yeterlik duygusu, kontrol odağı gibi bazı kişilik özellikleri ve cinselliğe ilişkin tutumlar, aile içi güç dengeleri, iletişime açıklık, eşler arası destek gibi faktörler bu karara etki eden psikososyal faktörlerdendir. Ancak gebe olmaya ya da ebeveyn olmaya karar verme her zaman planlı, bilinçli ve yalnızca bireylerin kendi isteğine bağlı olarak oluşmamaktadır. Çoğu zaman anne adayları, bir çocuk doğurmaya yönelik olarak kendilerini motive eden faktörlerin farkında değildir. Böyle bir durumda gebelik ve ebeveynlik rolüne uyum daha güç olmaktadır. Eşler toplumda statü elde etmek, cinsel yeteneğini kanıtlamak, "gerçek" bir aile olmak, geleceğini garanti altına almak için ya da kültürel baskılardan dolayı çocuk sahibi olmak isteyebilir. Anneye ait özellikler, sosyal ve ailesel faktörler, kültürel yapı, eşin desteği, sağlık profesyonellerinin

desteği ve benzeri pek çok değişken (bkz. Şekil 1.1) gebeliğin algılanışını etkilemekte (Nelson, 2003); bunun sonucunda, anneliğe uyum ile birlikte annelik rolünün kabulü etkilenmektedir (Beydağ, 2007; Solmuş, 2012).



Şekil 1.1. Anneliğe Geçiş Süreci

Kaynak: Nelson, A. M. (2003). Transition to motherhood. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 32(4), 465-477.

Birçok kültürde “ideal” ve “doğru” kadın olmak için bir yetişkin olarak bireyin yerine getirmesi gereken görevlerden biri olan annelik, doğumdan sonra kadının bebeğini koşulsuz olarak seveceği, ailesiyle ilgileneceği ve hep mutlu olacağı beklentileriyle özdeşleşmiştir. Birçok kültürde var olan: "Anneler çocuklarını besleyen sonsuz kaynaklardır.", "Anneler çocuklarını nasıl büyüteceğini içgüdüsel olarak bilmelidirler.", "Çocuğun problemlerinin kaynağı genel olarak yetersiz anneliktir.", "Annelik kadınlar için başka hiçbir deneyimde olmayacak kadar doyurucudur.", "Kadınlar sevgi verme görevini çaba sarfetmeden yerine getiren bireylerdir." gibi kalıp yargılar, annelerin üzerinde genellikle baskı oluşturmakta ve anneler bu idealleri karşılayamadıklarında kendilerini yetersiz ve suçlu

hissetmektedirler (Barlow ve Cairns, 1997; Beydağ, 2007; Gülseren, 1999; Solmuş, 2012).

DSD deneyimi ile karşı karşıya kalan kadınlarla yapılan bir çalışmada, anneler kendi beklentileri ve doğum sonrası gerçekler arasındaki büyük farklardan söz etmiş; önceden beklenen “muhteşem” yaşamla kırılmalı duygusal durumlarını bağdaştırmakta zorlandıklarını dile getirmiştir (Bilszta ve diğeri, 2010). Ayrıca annelerin hayatları üzerindeki kontrolü kaybetme hissini ön planda olması, kendilerinin ya da başkalarının beklentilerini hayata geçiremedikleri için hissettikleri suçluluk duygusu, etiketlenme korkusuyla ebeveynliğin gerektirdikleriyle başa çıkıyor olarak görünme isteği ve yardım arayışıyla ilgili olumsuz tutumlar araştırmada ortaya çıkan temalardandır. Ebeveynlikle ilgili normal sayılacak duygusal değişimlerle depresif belirtileri ayırt etmede başarısızlık, eşlerle ilişkileri üzerinde oluşan baskılar, bebek bakımı ile ilgili zorluklar annelerin vurguladığı diğeri konulardır (Bilszta ve diğeri, 2010). "Bağımsız kadın" rolünden “geleneksel kadın” rolüne geçiş, önceki yaşam biçimi ve sosyal statü gibi kimliğe ilişkin algılanan çok sayıda kayıp, beden imgesinde meydana gelen belirgin değişiklikler sonucunda DSD ortaya çıkabilmektedir (Gülseren, 1999; Solmuş, 2012).

1.2.1.1. Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı

DSD'nin görülme sıklığı, kullanılan veri toplama aracı, ölçümün doğumdan sonra yapıldığı zaman aralığı ve baz alınan tanı ölçütlerine göre farklılık göstermektedir. Yapılan bir meta analiz çalışmasında DSD'nin doğum olaylarının ortalama %13'ünde görüldüğü bildirilmiştir (O'hara ve Swain, 1996). Ülkemizde yapılan çalışmalara göre de DSD görülme sıklığı %19-40 arasında değişmektedir (Aydın, İnandı ve Karabulut, 2005; Ayvaz ve diğeri, 2006; Danacı, Dinç, Deveci, Şen ve İçelli, 2000; İnandı ve diğeri, 2002).

1.2.1.2. Doğum Sonrası Depresyonun Belirtileri ve Başlangıcı

Doğum sonrası duygudurum bozuklukları kadınların doğum olayıyla ilgili olmayan zamanlarda karşılaşılabilecekleri duygulanım bozukluklarından belirgin derecede farklılık göstermemektedir (Cox, Murray ve Chapman, 1993; Kumar ve

Robson, 1984). DSD; sık sık ağlama, karamsarlık, duygusal oynaklık, suçluluk duyguları, iştah azalması, intihar düşünceleri, uyku sorunları, dikkat ve konsantrasyon güçlükleri, bebekle yeterince ilgilenememe ve bebeğin ihtiyaçlarını ihmal etme, sinirlilik ve halsizlik belirtileri ile kendini gösterir. Bazı kadınlar, bebeğin beslenme alışkanlıkları ve sağlığıyla ilgili aşırı derecede endişeli olabilir ve kendilerini yetersiz görüp belirgin suçluluk duyguları içinde olabilirler (Karabekiroğlu, 2012).

DSD'de belirtilerin başlama zamanına ilişkin ölçütler tartışmalıdır. "Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı"na (DSM-5) göre, annenin semptomları doğumdan sonra 4 hafta içerisinde major depresif epizod tanı kriterlerini (bkz. Tablo 1.1) karşıladığında doğum sonrası depresyon tanısı alır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Tablo 1.1. Majör Depresyon Tanı Kriterleri

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk almamadır.

Not: Açıkça başka bir sağlık durumuna bağlı belirtileri kapsamayın.

1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir ya da bu durum başkalarınca gözlenir.
2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün günün büyük bölümünde bulunur.
3. Kilo vermeye çalışmıyorken çok kilo verme ya da kilo alma ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma.
4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.
5. Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama
6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü).
7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları
8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama
9. Yineleyici ölüm düşünceleri, özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

D. Major depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir.

Kaynak: Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*. (E. Köroğlu, Çev.). Ankara: HYB Basım Yayın.

"Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması"nda (ICD-10) ise, doğumdan sonraki 6 hafta içinde belirtilerin başlaması şeklinde tanımlanmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü, 1993). C. T. Beck'e (1999) göre de DSD, doğum sonrası 12 ay içinde herhangi bir zamanda görülebilmektedir ancak birçok kadında doğum sonrası ilk 3 ay içinde başlamaktadır. Cox ve diğerleri'nin (1993) gerçekleştirdiği araştırma sonuçlarına göre, doğum sonrası 6 aylık süre içindeki ve 6. aydaki depresyon sıklığı; benzer yaş, medeni durum ve çocuk sayısına sahip ve son 12 aydır

doğum olayı geçirmemiş kadınlardaki depresyon sıklığına benzerdir. Ancak doğum yapan kadınlarda, doğum sonrası 5. hafta içindeki depresyon başlangıç oranının, belirgin bir şekilde fazla olduğu görülmüştür.

1.2.1.3. Doğum Sonrası Depresyonun Risk Faktörleri

Erken tanı, DSD ile ilgili en önemli sorunlardan biridir. Toplum tarafından etiketlenme korkusu, yardıma ihtiyacı olan anneyi bu yardımı aramaktan alıkoyar (C. T. Beck, 2001). Şiddetli geçirilmesi durumunda DSD kolayca ayırt edilebilmesine rağmen hafif ve orta şiddetteki depresyonlar, doğumun normal veya doğal bir sonucu olarak görülebilir. Bu da intihar veya çocuğunu öldürmeye varan trajik sonuçlara yol açabilir (Robertson, Grace, Wallington ve Stewart, 2004). Bu nedenle, DSD'nin belirtilerini ve risk faktörlerini bilmek, gerekli önlemleri almak ve zamanında müdahale etmek açısından önemlidir.

DSD'nin oluşumunda rol oynayan risk faktörleri, şimdiye dek birçok araştırmaya konu olmuştur. Bu çalışmaların en kapsamlılarından biri, C. T. Beck (2001) tarafından gerçekleştirilmiştir. C. T. Beck (2001) çalışmasında, 84 araştırmayı meta analiz aracılığıyla incelemiş ve sonuç olarak; gebelik depresyonu, düşük benlik saygısı, çocuk bakım stresi, doğum öncesi kaygı, stresli yaşam olayları, sosyal destek azlığı, evlilik ilişkisi, geçirilmiş depresyon öyküsü, zor mizaçlı bebek ve annelik hüznünün DSD'nin önemli yordayıcıları olduğunu bulmuştur. Ayrıca medeni durum, sosyoekonomik durum ve plansız/istenmeyen gebeliğin DSD'yi yordamakla birlikte belirleyiciliği daha düşük risk faktörleri olduğunu belirtmiştir.

Yorgunluk, duygusal hassasiyet, uyku bozuklukları iştah değişiklikleri gibi aynı zamanda gebeliğin doğal somatik şikayetleri olan depresif belirtiler, gebelik depresyonunun belirlenmesini engelleyebilir (Williamson ve McCutcheon, 2004). Bununla birlikte gebelik depresyonunun, DSD'nin en önemli yordayıcılarından biri olduğu birçok araştırmacı tarafından ortaya konmuştur (C. T. Beck, 2001; Lee ve Chung, 2007; Leigh ve Milgrom, 2008; Orhon, Ulukol ve Soykan, 2008; Robertson ve diğerleri, 2004; Warner, Appleby, Whitton ve Faragher, 1996). Bu nedenle gebelik depresyonunun teşhisi, DSD açısından oldukça önemlidir.

Gebelik dönemi anksiyetesi de DSD ile yakından ilişkilidir (Robertson ve diğerleri, 2004; Warner ve diğerleri, 1996). Yapılan araştırmalarda, gebelik dönemi anksiyetesinin DSD riskini yaklaşık olarak üç katına çıkardığı belirtilmiştir (Austin, Tully ve Parker, 2007; Sutter-Dallay, Giaccone-Marcisce, Glatigny-Dallay ve Verdoux, 2004). Aynı zamanda araştırmalar; nörotisizm (Lee, Yip, Leung ve Chung, 2004; Robertson ve diğerleri, 2004), premenstrüel sendrom¹ (Bloch, Rotenberg, Koren ve Klein, 2005; Deveci, 2003), emzirmeme (Annagür ve Annagür, 2012; Warner ve diğerleri, 1996), gebelik sayısı (Deveci, 2003; Efe ve diğerleri, 2009; Kara ve diğerleri, 2001; Nielsen, Videbeck, Hedegaard, Dalby ve Secher, 2000) değişkenlerinin de DSD ile ilişkili olduğunu göstermiştir.

Bazı araştırmacılarca gebelik zehirlenmesi, aşırı bulantı ve kusma, acil sezaryen müdahaleli doğum, erken doğum, doğumda aşırı kanama gibi doğumla ilişkili faktörlerin DSD gelişimiyle düşük düzeyde ilişkili olduğunu ortaya kosa da (O'hara ve Swain, 1996); diğer araştırmacılar yukarıda sözü edilen etmenlerin DSD ile ilişkili olmadığını bildirmiştir (Nielsen ve diğerleri, 2000; Warner ve diğerleri, 1996). DSD ile ilişkili olabilecek bir diğer risk faktörünün annenin medeni durumu olduğu söylenebilir. Avustralya'da bekar anneler ve kanunen evli olmayıp partneriyle beraber yaşayan annelerde, DSD gelişme olasılığının evli annelere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Willinck ve Cotton, 2004).

Araştırmacılar aynı zamanda bebeğin cinsiyetinin DSD ile ilişkisini incelemiştir. Batılı toplumlarda bebeğin cinsiyeti ile DSD arasında bir ilişki bulunmazken (Robertson ve diğerleri, 2004); Çin ve Hindistan gibi doğu toplumlarında gerçekleştirilen çalışmalarda, kız çocuk sahibi/bekleyen annelerin erkek çocuk sahibi/bekleyen kadınlara göre DSD yaşama olasılığının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Lee, Yip, Leung ve Chung, 2000; Patel, Rodrigues ve DeSouza, 2002; Xie ve diğerleri, 2007). Türkiye'de, İnandı ve diğerleri (2002), son bir yıl içinde doğum yapan kadınlarla daha önce kız çocuk sahibi olan annelerin depresyon açısından daha büyük bir risk taşıdıkları sonucuna ulaşmıştır. Ulaşılan bu sonuçlarda, kız ya da erkek çocuğu sahibi olmaya ilişkin olarak bireylerin içinde

¹ Adet Öncesi Gerginlik Sendromu

yaşadığı kültürün doğacak çocuğun cinsiyetine yüklediği anlamların, DSD gelişimine etki edebileceği görülmektedir.

Evlilik sorunları da DSD'nin risk faktörleri arasında yer almaktadır. Asya kültüründe gerçekleştirilen bir çalışmada, kayınvalide-gelin çatışmalarının, DSD'yi açıklamakta eşler arası ilişkiden daha güçlü bir risk faktörü olduğu görülmüştür (Lee ve diğerleri, 2004). Aynı zamanda, DSD üzerinde yetersiz psikolojik donanım, bebeğin bakımında yetersizlik hissi, bakım güçlükleri, ölü ya da kusurlu bebek, uykusuzluk, yardım ve destek yetersizliği olumsuz etkiye sahip etkenlerdir (Deveci, 2003).

Türkiye gibi kolektivistik kültürlerde; doğum sonrası kadının yatması, dinlenmesi ve bakımının komşular ile yakınları tarafından yapılması vb. gelenek-görenekler, kadının kendini ve çocuğunu güven içinde algılamasına yardımcı olur. Bu gibi kültürel etmenler doğum sonrası depresyon açısından koruyucu role sahiptir (Deveci, 2003; Lee ve diğerleri, 2004).

1.2.1.4. Doğum Sonrası Depresyon Tedavisi

DSD için tedavi seçenekleri arasında; psikoterapi, ilaçla tedavi (antidepresanlar) ve farmakoloji dışı diğer uygulamalar (Elektrokonvülsif terapi² (EKT), gevşeme/masaj terapileri, parlak ışık terapisi) bulunmaktadır. Bunun yanında akran ve eş desteğine ilişkin müdahaleler, anne ve bebeğin uyku sorunlarına ilişkin müdahaleler, hormonal müdahaleler gibi yolların da tedavide etkili olabileceği bulunmuştur (Dennis, 2003).

Kişilerarası ilişkiler terapisi (KİT) ve bilişsel-davranışçı terapi (BDT), DSD ile mücadelede sıklıkla yararlanılan psikoterapi yöntemlerindedir: Aşağıda KİT ve BDT hakkında kısaca bilgi verilmiştir:

² Beyin dokusunu elektrik akımıyla uyararak gerçekleştirilen biyolojik bir tedavi yöntemi (Zeren, Tamam ve Evlice, 2003).

KİT, güncel kişilerarası ilişki sorunları ile ruhsal durumun bağlantılı olduğu varsayımı üzerinde temellendirilmiştir. Bu terapide amaç, kişinin depresif belirtilerinin azaltılması ve güncel kişilerarası ilişkilerini çözümleyebilmesi için gerekli sosyal becerileri kazanmasıdır. Terapinin ilk aşamasında, kişide depresyon belirtileri değerlendirilir ve depresif belirtilerle bağlantılı olabilecek ilişki sorunları belirlenir. İkinci aşamada, komplike yas, sosyal rollerde değişiklikler, kişiler arası ilişkilerde rol çatışması ve kişilerarası ilişkilerde yetersizlikler alanlarından birine odaklanılır. Son aşamada ise, tedavinin kazandırdıkları gözden geçirilir ve gebenin güçlü yanları desteklenir (Akt: Çalık ve Aktaş, 2011). KİT, kadınların sosyal yaşama ve doğum sonrası döneme uyum sağlamada daha başarılı olmasını yardımcı olur. Bazı araştırmacılar bu terapi yönteminin DSD için etkili bir tedavi ve antidepresanlar için geçerli bir alternatif olabileceği vurgulanmıştır (O'Hara, Stuart, Gorman ve Wenzel, 2000).

BDT yaşam problemleri için öğrenme kuramlarını uygulayarak, bireylerin günlük yaşamlarında karşılaştıkları güçlüklerin üstesinden gelmelerine yardımcı olmayı amaçlamaktadır. Problem odaklı, 'burada ve şimdi' ile ilgilenen, davranışçı psikolojik danışma kuramlarından temel alınarak geliştirilmiş bir psikoterapi yaklaşımıdır. Bu yaklaşıma göre, DSD gelişen kadınlar, yeni yaşantılarına uyum sağlamakta güçlük çekebilirler. DSD hastalarının yaşantısına uyum, kişinin bilişsel şemalarından ve baş etme becerilerinden etkilenir. Bu nedenle, bilişsel terapinin amacı, DSD olan kadınlarda akılcı olmayan inanç ve düşüncelerin, olumsuz benlik algısının değiştirilmesine yöneliktir. Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri bireyin baş etme becerilerini geliştirerek ve akılcı olmayan temel inançlarını yerine daha akılcı temel inançların almasını sağlayarak DSD olan kadınların kişisel gelişimine ve yeni yaşantılara uyum sağlamalarına yardım olmaya çalışır (Demiralp ve Oflaz, 2007).

1.2.2. Annelik Hüznü

Annelik hüznü, yeni annelerin önemli bir bölümünü etkileyen ve sık görülen doğum komplikasyonlarından (Deveci, 2003; Karamustafaoğlu ve Tomruk, 2000; Marakoğlu ve diğerleri, 2009; Stocky ve Lynch, 2000). Araştırmacılar, annelik hüznünün doğum sonrası kadınların yaklaşık olarak %15 ile %85'ini etkilediğini bildirmiştir (Deveci, 2003; Erdem ve Bez, 2009; Karamustafaoğlu ve Tomruk, 2000;

Pearlstein, Howard, Salisbury ve Zlotnick, 2009). Semptomlar çoğunlukla doğumdan sonra 3. ile 5. günlerde ortaya çıkar ve geçici olmasına rağmen 1-2 hafta kadar sürebilir (Erdem ve Bez, 2009; Marakoğlu ve diğerleri, 2009).

1.2.2.1. Annelik Hüznü Belirtileri

Annelik hüznü kadınlarda duygusal oynaklık, sinirlilik hali, ağlama, eleştiriye aşırı duyarlılık, kaygı, uyku güçlükleri, konsantrasyon zorluğu gibi şekillerde kendini gösterebilir (Erdem ve Bez, 2009; Marakoğlu ve diğerleri, 2009; Pearlstein ve diğerleri, 2009).

1.2.2.2. Annelik Hüznünün Risk Etkenleri

Deveci' ye göre (2003), ilk kez doğum yapmış olma, gebeliğin son üç aylık döneminde kaygı ve depresif belirtiler yaşama, kadınların öykülerinde premenstrüel gerginlik, doğum korkuları, sosyal uyum güçlüğü, gebeliğe karşı ikili duygular olması ile annelik hüznü ilişkilidir.

1.2.2.3. Annelik Hüznü Tedavisi

Doğum yapmış kadınlarda semptomlar hafif düzeyde görüldüğünde müdahale gerektirmeyebilir (Karamustafaoğlu ve Tomruk, 2000). Araştırmacılar genelde bu durumun normal olarak değerlendirilmesi gerektiğini ve müdahale bileşenlerinin doğum yapmış kadınlara sabretme ve güven verme olduğunu belirtmiştir (Aşkın, 1999). Duygusal destek ve yeni bebeğe bakımda yardımcı bilgiler verme de müdahalelerde yararlı olmaktadır. Anneye ve ailesine bu durumun normal olduğu, yeni doğum yapan annelerin çoğunda görülebildiği ve geçici olduğu anlatılmalıdır. Ancak, annelik hüznü gelişen doğum yapmış kadınlarda doğum sonrası depresyon ya da psikoz gibi daha ciddi psikolojik rahatsızlıklarında ortaya çıkabileceğinden bu duruma gereken önem verilmelidir (Deveci, 2003; Karamustafaoğlu ve Tomruk, 2000).

1.2.3. Doğum Sonrası Psikoz

Doğum sonrası psikoz (DSP), yaklaşık olarak her 1000 doğum yapmış kadının 1 ya da 2'sinde karşılaşılan (Deveci, 2003; Kendell, Chalmers ve Platz, 1987), doğumla ilgili en ciddi psikiyatrik rahatsızlıklardan biridir (Kumar ve Robson, 1984). Bu rahatsızlığın başlangıcı hızlıdır, ilk 48-72 saat içinde belirtiler ortaya çıkar ve doğumdan sonraki ilk 2 hafta içinde ataklar gelişim gösterir (Robertson ve diğerleri, 2003).

1.2.3.1. Doğum Sonrası Psikoz Belirtileri

DSP belirtileri; hızlı dalgalanmaların olduğu depresif ya da coşkulu ruh hali, organize olmayan davranışlar, ruh halinde değişkenlik, sanrılar ve halüsinasyonlar şeklinde kendini gösterir (Robertson ve diğerleri, 2003). Aynı zamanda, bazı doğum yapmış kadınlarda bebeğe bakmak istememe, bebeğe veya kendisine zarar verme düşünceleri görülebilir. Sanrılar sıklıkla yeni doğan bebekle ilişkilidir; bebeğin kusurlu veya ölü olduğu, içine şeytan girdiği ve şeytan tarafından delileştirildiği, özel güçlerinin olduğu, kötü bir kader ile karşılaşacağı şeklinde düşünceleri bulunabilir (Aşkın, 1999). Bu sanrısız düşünceler, çocuğu gelecekteki acılardan kurtarmak için annenin çocuğunu öldürme düşüncesine neden olabilir. Halüsinasyonlar benzer içeriklerle ortaya çıkar ve hastaya bebeğini öldürmesini söyleyen sesler şeklinde olabilir. Anneler, bu düşüncelerini eyleme dönüştürebilecekleri için anneye bakım veren bireyler ve ilgili ruh sağlığı personeli bu konuda dikkatli olmalıdır (Kocamanoğlu ve Şahin, 2011).

1.2.3.2. Doğum Sonrası Psikozun Risk Etkenleri

Kendell ve diğerleri (1987), doğum sonrası ilk 30 gün içinde yeni doğum yapmış annelerin hastanelere psikiyatrik şikayetlerle başvurma oranının oldukça yüksek olduğunu bulmuştur ve DSP oluşumunda metabolik faktörlerin önemli rol oynayabileceğini ileri sürmüştür.

DSP, ilk doğumunu yapan kadınlarda daha yaygındır (Kendell ve diğerleri, 1987). Araştırmacılar, DSP'ye sahip kadınların %50'sinin ilk doğumunu yapanlar olduğu konusuna dikkat çekmektedir (Deveci, 2003). Bu nedenle, bazı araştırmacılar,

ilk doğumunu yapan annelerde çok görülmesinde sadece psikososyal etkenlerin rolü olduğunu ve DSP ile son zamanlarda yaşanan stresli yaşam olayları arasında bağlantılar olabileceğini belirtmiştir. Doğum sonrası ruhsal bozukluklarla ilgili psikodinamik çalışmalar, annede annelik yaşantıları hakkında duygusal çatışmaların varlığına işaret etmektedir. Bazı kadınlar, gebe kalmak istemeyebilir; diğer kadınlar ise, mutsuz evlilikleri içinde kendilerini hapsolmuş hissedebilir.

DSP ile her 1000 doğumda yaklaşık olarak 1 veya 2 kez karşılaşılabılır ancak bipolar bozukluk ya da DSP öyküsüne sahip kadınlarda görülme oranı belirgin bir şekilde artmaktadır (Spinelli, 2009). DSP sıklığının artmasına neden olabilecek bir diğer etmenin de gebelik sürecinde yaşanan evlilik uyumsuzlukları olabileceği bildirilmiştir. (Durukan, 2007). Aynı zamanda, ailesinde duygu durum bozukluğu öyküsü olan kadınlarda daha sıklıkla DSP ile karşılabilmektedir (Kendell ve diğerleri, 1987).

1.2.3.3. Doğum Sonrası Psikoz Tedavisi

DSP, müdahale edilmesi gereken acil bir durum olarak nitelendirilmektedir (Kocamanoğlu ve Şahin, 2011). Tedavi edilmediğinde daha şiddetli ve kendiliğinden ortaya çıkan, sık yineleyen nöbetler şeklinde sürebilir (Kocamanoğlu ve Şahin, 2011). DSP tedavisinde; antipsikotiklerle ilaç tedavisi, EKT ve hastanede yatırarak tedavi genellikle gerekli olmaktadır. Hastanede yatırarak geçirilen tedavi sürecinde anne ve çocuk için yeterli emniyet sağlanarak mümkün olduğunca anne ve bebeği ayırmamak gerekir (Deveci, 2003).

1.2.4. Baba Depresyonu

Hamilelik ve doğum sonrası depresyondan yalnızca kadınların etkilendiğine dair yaygın bir inanç vardır. Bunun bir sonucu olarak, birçok araştırma kadınlara odaklanmıştır. Ancak depresyon doğum öncesi ve sonrası dönemlerde, kadınları olduğu kadar erkekleri de etkileyebilecek önemli bir sorundur (Wee ve diğerleri, 2011). Baba adayının çocuğuyla güvenli ve destekleyici bir ilişki kurmak için gerekli zihinsel ve duygusal kaynakları oluşturması, en az yeni bebeğe bakım sağlama ve anneye yeni rolünde destek olması kadar önemlidir. Ancak bebeğin doğumuyla

birlikte hızla gerçekleşecek olan değişikliklere karşı hazırlıksız ve karşı karşıya kalacağı taleplerden habersiz bir şekilde babalıkla yüzleşir (Fletcher ve diğerleri, 2006).

Gerçekleştirilen bir çalışmada, erkeğin hayatının babalığa geçiş gibi önemli bir aşamasında 3 temel boyut gözler önüne serilmiştir; benlik imajında değişiklik, ikili ilişkiden üçlü bir ilişkiye geçiş ve sosyal çevrede değişiklikler (Genesoni ve Tallandini, 2009). Aşağıda sırasıyla bu değişiklikler ayrıntılı olarak açıklanmıştır:

Benlik imajında değişiklik: Doğum öncesi dönemde, erkekler yavaş yavaş hayatlarının değiştiği gerçeğiyle yüz yüze gelmeye başlar. Hamileliği fiziksel olarak yaşamamaları, erkeklerin kimlik dönüşüm sürecini geciktirir. Erkekler, babalık rolünü aşama aşama üstlenir ve içselleştirirler (Karabekiroğlu, 2012). Karşılaştıkları zorlukların temelinde azalan bağımsızlıkları yatmaktadır. Durum üzerindeki kontrolünü kaybetme, yeni hayatına ayak uydurma ve onu kabullenme gerçeği gibi bileşenlerle karşı karşıya kalmak; sıklıkla huysuzluk, sinirlilik, anksiyete, hayal kırıklığı, negatif kendilik algısı gibi sonuçlar ortaya çıkarabilir. Doğum sürecinde yer almak erkek için babalığa geçiş sürecinin üstesinden gelmeyi öğrenmek açısından önemlidir (Genesoni ve Tallandini, 2009). Bu olaya tanıklık etmek, babanın bebeğe bağlanmasını ve aralarında ilişki oluşturmalarını kolaylaştırır. Doğumda yer alan babaların çocuklarının mizaç özelliklerini ve 3-6 aylık dönemdeki kişilik özelliklerini daha doğru biçimde tanımlayabildikleri bildirilmiştir (Karabekiroğlu, 2012). Babanın doğum sürecinde üstlendiği rol; ilişki nitelikleri (çiftin karşılıklı anlayışlılık derecesi vb.), erkeğin kişiliği, çiftin doğuma ilişkin beklentileri ve kültürel faktörlerden etkilenebilir. Doğumdan sonra ise babalar hamilelik döneminde hayalini kurdukları baba imajını uygulamaya geçirme gerçeğiyle karşı karşıya gelirler. Babalığa dair olumlu, nispeten çatışma içermeyen benlik imajı oluşturmayı başarabilen erkekler bebeklerinin yaşantılarına daha fazla dahil olma konusunda yüksek bir isteklilik gösterirler. Benlik imajları çatışma içeren babalar ise yeni rolünün gerektirdiği beklentileri karşılamada zorluk çekebilir ve dışlanmışlık duygularıyla karşı karşıya kalabilirler (Genesoni ve Tallandini, 2009).

Üçlü ilişki geliştirme: Hamileliğinin ilk aylarında, eşinin vücudunda belirgin bir değişiklik göze çarpmazken; erkekler, psikolojik olarak çocuğun varlığını kabul etmekte ve çocukla nasıl bir ilişkileri olacağını hayal etmekte zorlanabilir. Bu durum, babanın çocukla duygusal bir bağ oluşturmada soruna yol açabilir. 3. aydan sonra kadında oluşan gözle görünür fiziksel değişimlerle birlikte çiftin ilişkisi gelişmekte olan üçüncü bir insanın psikolojik olarak gölgesinde kalmaya başlar. Eşle kurulan ikili ilişki kademeli olarak üçlü bir ilişkiye dönüşür. Bu aşamada, erkeklerin eşleriyle olan ilişkilerinin önemi belirginleşmektedir. Kadınlar, erkeklerin bebeğe ulaşımını kolaylaştırarak bu üçlü ilişkiyi kurmada onlara yardım eder ve babalık kimliğini doğrudan etkileyebilir (Genesoni ve Tallandini, 2009).

Sosyal çevrede değişiklikler: Eş olmaktan baba olmaya geçiş, erkekleri yaşam tarzlarını biraz isteksizce olsa da yeniden düzenlemeye sevk edebilir. İlk dönemlerde ev işlerine dair iş bölümü yapmakta zorlanılır, ihtiyaç duydukları sosyal destek (örneğin çalışma takviminde esneklik) eksikliğinden şikâyet edebilirler. Bazıları sosyal statülerindeki olası bir düşüş nedeniyle kariyerlerine odaklanıp bebeğe daha az zaman ayırmaları gerektiğini düşünebilir. Literatür, erkeklerin doğum sonrası dönemde iş ve sosyal aktivitelerinin değişmesini istemediklerini; başarılı iş performansı ve sosyal etkinliklere katılım ile babalık tatmin duygusunun pozitif yönde ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Bu nedenle, babalar ailelerine pratik açıdan daha az yardım etme ve alışkanlıklarını değiştirmeme eğilimindedirler. Sosyal destek sağlayıcı tartışma grupları, bebek gelişimi ile ilgili verilen bilgiler bu dönemde çocuklarıyla daha iyi bir ilişki kurmalarında babalara yardımcı olabilir (Genesoni ve Tallandini, 2009).

Eşin doğum sonrası depresyonu, babanın depresyonunun en önemli yordayıcılarından biridir. DSD'ye sahip annelerin eşlerinde depresyon görülme sıklığının %24 ile %50 arasında olduğu bildirilmiştir (Goodman, 2004; Wee ve diğerleri, 2011). Boşanmış/ayrılmış olma, etnik bir azınlık üyesi olma, düşük sosyal destek, evlilik ilişkisinde zayıflık ve tatminsizlik, işsizlik, doğum öncesindeki beklentiler ve doğum sonrasındaki deneyimler arasındaki uyumsuzluk, ebeveynlik stresi, düşük baba-çocuk ilişki düzeyi, iş ve maddi baskılar nedeniyle algılanan stres, düşük benlik saygısı, ebeveyn rolüne ve bebek gelişimine ilişkin negatif algılar,

tükenmişlik sorunu, yüksek saldırganlık düzeyi, bebeğe dair zor mizaç algısı, son zamanlarda yaşanan stresli yaşam olayları, uyuşturucu ve alkol kötüye kullanımı, düşük sosyal destek algısı, eşle ilgili çözüme ulaşmamış sorunlar (örneğin geçmişte yaşanmış cinsel istismar), annelik hüznü, doğum sonrası anksiyete, bebek mizaç problemleri vb. ile başa çıkma kapasitesi, kişilik tarzı babanın depresyonuyla değişen düzeylerde ilişkili faktörlerdir (Wee ve diğerleri, 2011).

Babanın depresyonunun annenin depresyonuyla olan güçlü ilişkisinin aile sağlığı ve refahı açısından önemli etkileri vardır (Goodman, 2004). Depresyonlu bir baba, annenin depresyonunun çocuk üzerindeki etkilerini artırabilir; iki depresif ebeveyn çocuk için sosyal, psikolojik ve bilişsel açıdan yüksek risk oluşturabilir. Diğer taraftan sağlıklı bir baba, annenin depresyonunun bebek üzerindeki zararlı etkilerine karşı çocuğu koruyucu bir rol üstlenebilir (Fletcher ve diğerleri, 2006).

1.2.5. Önleyici Müdahaleler

Son yıllarda ruhsal sorunlar/bozukluklarla ilgili yapılan çok sayıda çalışma risk ve koruyucu faktörlerle ilgili birçok bilgiye ulaşılmasını sağlamıştır. Benzer şekilde, kanıta dayalı müdahalelerin sonuçlarının da ortaya konmasıyla önleme çalışmaları daha fazla dikkat çekmiştir. Ruhsal bozuklukları önleme; ruhsal bozuklukların sıklığını, yaygınlığı azaltmayı, hastalıkların tekrarlamasını önleme ya da geciktirmeyi ve hastalığın etkilenen birey, aileleri ve toplum üzerine etkisini azaltmayı amaçlar (Gültekin, 2010).

DSD'nin anne üzerindeki olumsuz etkileri ve bu etkilerin bebeğe, aileye olan yansımaları göz önünde tutulduğunda, uzun vadede oldukça zarar verici ve göz ardı edilmemesi gereken bir sağlık sorunu olduğu söylenebilir. Bu durumda, DSD'yi önleyici müdahaleler de büyük ölçüde önem kazanmaktadır. DSD ile ilgili en önemli sorunlardan biri erken tanıdır (C. T. Beck, 2001). Bu durumun ortaya çıkmasında birçok etmenin rol oynadığı ileri sürülebilir. Bunlardan biri, hamile ve yeni annelere verilen desteğin çoğunlukla doğuma, anne ve bebeğin fiziksel sağlığına yönelik oluşudur. Böylece kadınları annelik gerçeğine hazırlamakta başarısız olunmaktadır. Ek olarak annelerin birçoğu doğumdan sonraki aylarda sağlık çalışanlarıyla yeterli sıklıkta iletişim kurmamakta ve aldıkları desteğin özellikle bebeklerine yönelik

olduğunu hissetmektedir. Doğumu takip eden aylarda kadınların kendilerine yönelik ilgi eksikliği nedeniyle annelerin ihtiyaçları büyük ölçüde karşılanamamış kalmaya devam etmektedir (Nelson, 2003).

Literatürde, DSD önleme müdahalelerine ilişkin birçok çalışma mevcuttur. Bu müdahaleler; farmakolojik (antidepresan ilaç), psikolojik (kişilerarası psikoterapi, bilişsel davranışsal terapi, psikolojik bilgilendirme), psikososyal (antenatal/postnatal sınıflar, intrapartum destek, destekleyici etkileşimler), nitelik geliştirici (bakım devamlılığı, erken postpartum takip vb.), hormonal (östrojen, progesteron terapisi) ve diğer (eğitimsel stratejiler, yönlendirilmiş imgeleme³ ile gevşeme) yöntemlerden oluşmaktadır (Dennis, 2003).

Dünyada gerçekleştirilen doğum öncesi eğitimler birbirinden farklı içeriklere sahiptir. Bazı ülkelerde, eğitim programları sistematik biçimde yürütülürken; bazılarında, belirli bir program dâhilinde yürütülmemektedir. Türkiye’de doğum öncesi eğitim sınıfları ve kursları bazı özel kurumlarda, farklı adlarla başlatılmış olmasına rağmen yeterince yaygın olduğu söylenemez (Dinç, Yılmaz ve Günaydın, 2014).

Türkiye’de doğum öncesinde gerçekleştirilen en temel önleyici müdahale yaygın bir şekilde; kadın sağlığının iyileştirilmesi ve anne, yeni doğan ölümlerinin azaltılmasını hedefleyen doğum öncesi bakıma yöneliktir. Doğum öncesi bakım (DÖB), hastalıklar ve riskli gebeliklerin saptanmasını, gebelik komplikasyonları olarak ortaya çıkabilecek hastalıkların erken tanı ve tedavisini, gerekirse sevkini sağlar (Dinç ve diğerleri, 2014). Fetüs izlenir, anne tetanoza karşı bağışıklanır, doğumun nerede, nasıl ve kim tarafından yapılacağına karar verilir. Anneye beslenme, gebelik hijyeni, doğum, doğum sonu bakım, bebek bakımı ve doğum sonu kullanabileceği aile planlaması yöntemleri konusunda gebe kadına bilgi verilir. 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması’na (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2014) göre; zamanlama ve sayıda kentsel/kırsal yerleşime göre farklılıklar

³ Rahatlamayı sağlayan, fiziksel ve duygusal açıdan iyi olma duygusunu artıran odaklanmış bir konsantrasyon durumu meydana getirmek için kişinin zihinsel görüntüler oluşturması (Tusek, Church, Strong, Grass ve Fazio, 1997).

bulunmakla birlikte annelerin %90'ından fazlası son 5 yıl içerisinde DÖB hizmetlerinden yararlanmışır. DÖB konusunda belirgin ilerlemeler kaydedilmesine rağmen, Türkiye'nin farklı bölgelerinde gerçekleştirilen araştırmalarda DÖB' ün nicelik ve nitelik bakımından beklenenin altında olduğu belirlenmiştir (Beşer, Ergin ve Sönmez, 2007; Kaya ve Serin, 2008; Omaç, Güneş, Karaoğlu ve Pehlivan, 2009).

1.3. Ebeveyn Depresyonu ve Çocuk

Depresyonun ebeveynlik tarzının önemli belirleyicilerinden biri olduğu söylenebilir. Belsky (1984) tarafından geliştirilen süreç modeline göre, ebeveynliğin işlevselliğinin üç belirleyicisi vardır; ebeveynin psikolojik sağlığı ve kişiliği, çocuğun mizacı, iş, sosyal ilişkiler, evlilik ilişkisi gibi bağlamsal stres ya da destek kaynakları. Bu üç öğe hem birbirlerinden etkilenmekte hem de birbirlerini etkilemektedir. Ancak ebeveynlik davranışı üzerinde en etkili olan ebeveynin psikolojik sağlığıdır. Bu modele göre depresyon ebeveynlik davranışıyla doğrudan ilişkilidir.

Bebeklerin sosyal ortamlarını büyük ölçüde oluşturan anneleri, onların dış dünyaya ilişkin yaşantılarına da aracılık eder. Ancak günlük aktivitelere karşı isteksizlik, odaklanamama, yorgunluk gibi belirtilerle kendini gösteren depresyon belirtileri, annenin ihtiyaç duyduğu gelişimsel kaynakları çocuğuna sağlamasına engel olabilir (Turney, 2012). Stres durumlarıyla karşı karşıya kaldığında annenin gösterdiği tepkiler bebeğin içsel düzenleme mekanizmalarını ve bebeğe bakım sürecini etkileyebilir. Bebeklik döneminde annenin stresle başa çıkma becerilerinin yeterli düzeyde olmaması, bebekte biyolojik stres tepkilerini (terleme, huzursuzluk v.b) harekete geçirerek bebeğin gelişimini etkileyebilir (Çak, 2012). Bu yüzden anne-çocuk ilişkisinde, DSD'nin çocuğun ruhsal gelişimine etkisi oldukça önemlidir. Çok küçük bebekler bile aldıkları bakımın niteliğine karşı duyarlıdır ve bundan belirgin bir şekilde etkilenirler (Grace ve Sansom, 2003). Leiferman (2002) tarafından gerçekleştirilen bir araştırmada; annelik depresyonunun annenin sigara içmeye başlama eğiliminde artış, çocuğu beslemede vitamin takviyesi kullanmama ve arabada çocuk koltuğu kullanmama gibi davranışlarla ilişkili olduğunu bulmuştur.

Field (1995)'a göre, DSD'li annelerin bebekleriyle etkileşiminin incelendiği çalışmalar erken dönem etkileşimlerinin, bebeklerin daha sonraki gelişimlerine dair önemini anlamamıza yardımcı olur. Anne-çocuk etkileşiminin kayıt altına alındığı birçok çalışmada; depresyonlu annelerin çocuklarına karşı daha fazla düşmanca, kayıtsız ve reddedici davranış kalıpları kullandığı (Colletta, 1983), daha fazla olumsuz ifade ortaya koyduğu ve çocuklarından daha fazla negatif tepki aldığı gözlenmiştir (Cohn, Campbell, Matias ve Hopkins, 1990). Ayrıca depresyonlu annelerin kendi davranışlarında; çocuklarının davranışlarına göre herhangi bir ayarlama yapmadığı, çocuklarına daha geç yanıt verdikleri ve genelde annelerin bebekleriyle konuşurken kullandığı alışıldık abartılı tonlamaları daha az kullandıkları ortaya konmuştur (Bettes, 1988).

DSD yaşayan kadınların, DSD yaşamayan kadınlar ile karşılaştırıldığında bebeklerinin uyuma, beslenme, öfke nöbetleri ve ayrılma davranışlarıyla ilgili daha fazla güçlük yaşadığı bulunmuştur (Murray ve Cooper, 1997). Aynı zamanda DSD yaşayan kadınlar, DSD yaşamayan kadınlar ile karşılaştırıldığında bebeğin mizacına ilişkin değerlendirmeleri olumsuz yönde anlamlı bir şekilde farklılık göstermiştir (Edhborg, Seimyr, Lundh ve Widström, 2000; McGrath, Records ve Rice, 2008). Farklı bir örneklem grubunda gerçekleştirilen bir çalışmada benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Bu çalışmada, kısa süreli DSD geçiren annelerin 3 yaşındaki çocuklarının, DSD geçirmeyen annelerin çocuklarına göre daha fazla davranış bozuklukluğu gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır (Wrate, Rooney, Thomas ve Cox, 1985). Benzer bir çalışmada, DSD'li annelerin ortalama 5 yaşına gelen çocuklarında DSD'li olmayan annelerin çocuklarına göre daha fazla içselleştirilmiş (yalnız/kızgın hissetme, utangaç/ürkek olma vb.) ve dışsallaştırılmış (çevreye zarar verme, kavga etme, itaatsizlik vb.) problem davranışlar gösterdiği ortaya çıkmıştır (Turney, 2012).

Bu olumsuz sonuçlara DSD'nin yanında çocuğun davranışları ve mizaç özellikleri gibi faktörlerin de etkisinin olabileceği bazı araştırmacılar tarafından ileri sürülmüştür. Cutrona ve Troutman (1986) tarafından, zor mizaçlı bebeklerin ebeveynlerde düşük öz yeterliliğe yol açabileceği ve bunun sonucunda DSD'yi etkilebileceği öne sürülmüştür. C. T. Beck (1998), DSD'nin çocuğun bilişsel ve duygusal gelişimiyle düşük de olsa anlamlı bir şekilde ilişkili olduğunu bulmuştur.

Bu araştırma, doğum sonrası depresyon yaşayan annelerin 1 yaşından büyük çocuklarında güvensiz bağlanma, antisosyal davranış ve bilişsel bozukluğu içeren problemlerle karşı karşıya kalabileceğini göstermiştir.

1.3.1. Doğum Sonrası Depresyon ve Emzirme

Bebeğin beden ve ruh sağlığı için en uygun besin, anne sütüdür. Emzirme; annelik güdüsünün gelişmesine yardımcı olur, bebeğin duygusal gereksinimlerini karşılar ve anne ile bebek arasında güçlü bir bağ kurulmasını kolaylaştırır. DSD ile emzirme ilişkisi birçok çalışmaya konu olmuştur. Bu çalışmalardan birinde, Henderson, Evans, Straton, Priest ve Hagan (2003), DSD'nin emzirme üzerinde olumsuz etkisi olduğunu ortaya koymuştur. Bu çalışmada; doğumdan sonraki on iki ay içerisinde depresyonlu annenin emzirmeyi bırakma riskinin, depresif olmayanlara göre % 25 fazla olduğu bulunmuştur. Çalışmadaki bireylerin % 93'ünde depresyon başlangıcı emzirme bırakıldığında ya da öncesinde meydana gelmiştir. Araştırmalarda aynı zamanda doğum sonrası birinci haftada depresif belirtiler gösteren annelerin dördüncü ve sekizinci haftalarda emzirmeye yönelik öz yeterliliklerinin daha düşük olduğu (Field, Hernandez-Reif ve Feijo, 2002), bebeklerini besleme ve besleme yöntemleri konularında daha fazla sorun yaşadıkları belirtilmiştir (Dennis ve McQueen, 2007). Son yıllarda gerçekleştirilen bir çalışmada emzirmeye ilişkin erken dönemdeki olumsuz yaşantıların, doğum sonrası ikinci aydaki depresif duygudurumla ilişkili ve doğum sonrası ikinci ayda depresyonlu kadınların emzirmeye devam etme olasılıklarının depresyonlu olmayanlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur (Watkins, Meltzer-Brody, Zolnoun ve Stuebe, 2011). DSD ve emzirmeyi erken bırakma arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmalarda ise depresyonlu annelerin çocuklarını daha kısa süre emzirdiklerine dair bulgular elde edilmiştir (Field ve diğerleri, 2002; Grace ve Sansom, 2003; Tammentie, Tarkka, Åstedt-Kurki ve Paavilainen, 2002).

Depresyonun annenin benlik saygısına, bilişsel özelliklerine, sosyal çevre ve bebeğiyle olan etkileşimine olumsuz etkilerini de içeren birçok etken; emzirme sürecinde rol oynayabilir (Henderson ve diğerleri, 2003). Olumsuz bilişler depresif duygudurumun artmasına, depresif ruh hali de olumsuz davranışlara neden olabilmektedir. Emzirme konusunda yetersiz olacağı fikrine kapılan anne,

emzirmeye daha az istekli olabilir ve bu durum bebek besleme yöntemini etkileyebilir (Annagür ve Annagür, 2012). Bu nedenle depresyonlu annelerin bebeklerinin, anne sütünün avantajlarından yararlanma olasılıkları düşüktür. Dahası duygusal bozukluk, bilişsel ve gelişimsel gecikme riski altındadırlar (Henderson ve diğerleri, 2003).

1.3.2. Doğum Sonrası Depresyon ve Uyku

Uyku-uyanıklık ritmi bebeklerin beyin gelişimi açısından oldukça önemlidir (Özmert, 2006). Bu ritm yaşamın ilk yılında hızla bir şekilde gelişir ve çocukluk boyunca gelişmeye devam eder. Beslenme sıklığı nedeniyle kısa süreli olan uyku döngüsü gece ve gündüze yayılmıştır. Bu ritm 10-12. haftalarda oluşmaya başlar ve bebek uykusu giderek geceye kayar (Galland, Taylor, Elder ve Herbison, 2012). Ancak biyolojik süreçlerle çevresel, davranışsal ve sosyal faktörler arasındaki karmaşık etkileşimin kontrolünde olan uyku-uyanıklık düzeni, yaygın olarak değişebilir. Bu süreç ebeveyn etkilerini de içeren çevresel etkilere açıktır. Ailenin sosyokültürel bağlamı, çatışma yaşayıp yaşamadıkları, ebeveynin ve diğer aile bireylerinin genel tıbbi ve psikiyatrik durumlarının yanında ebeveyn davranışları, özellikle uyku vaktindeki etkileşimler ve yatıştırıcı rutin aktiviteler vb. unsurlar uykuyla yakından ilişkilidir (Galland ve diğerleri, 2012; Sadeh, Tikotzky ve Scher, 2010).

Zuckerman, Stevenson ve Bailey (1987), erken çocukluk dönemindeki uyku problemlerini inceledikleri çalışmalarında, 8 aylık bebeklerdeki uyku probleminin annenin depresyonuyla ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca bu araştırmada; çocuk 8 aylıkken annede var olan depresyonun, kalıcı uyku sorunlarıyla ilgili tek faktör olduğu görülmüştür. Yapılan birçok çalışmada da çocuktaki uyku sorunlarıyla annenin yüksek depresyon skorlarının ilişkili olduğuna dair benzer sonuçlara ulaşılmıştır (Armstrong, O'donnell, McCallumm ve Dadds, 1998; Lam, Hiscock ve Wake, 2003).

Depresif anneler çocuklarına karşı reddedici ve düşmanca davranabilir (Colletta, 1983). Aynı zamanda depresif anneler, çocuklarıyla yüz yüze etkileşim halindeyken daha fazla sinirlilik ve olumsuz yüz ifadesi gösterirler (Cohn ve

diğerleri, 1990) Depresif belirtilerin etkilediği ve farklılaştırdığı ebeveyn davranışları, uyku sorunlarına yol açabilir (Warren, Howe, Simmens ve Dahl, 2006). Diğer taraftan annedeki depresyonun çocuktaki uyku probleminin nedeni değil de sonucu olduğunu ileri seren çalışmalar da mevcuttur (Lam ve diğerleri, 2003). Tüm bu bilgiler işığında, anne-babalara süreçle ilgili verilen doğum öncesi eğitimin doğum sonrası psikolojik sağlığı artıracadığı, bebekle ilgili bazı iç denetim sorunlarının ortaya çıkma ihtimalini azaltacadığı da söylenebilir.

1.4. Doğum Sonrası Depresyonun nlenmesine Yönelik Yurt Dışında Gerçekleştirilen alışmalar

Bloch ve diğerleri (2012), hafif düzeyden orta düzeye seyreden doğum sonrası depresyonun tedavisinde, psikoterapi ve antidepresan tedavisinin birlikte tek başına psikoterapiden daha etkili olabileceğine ilişkin hipotezi test etmiştir. DSM-IV-TR kriterine göre hafif düzeyden orta düzeye seyreden doğum sonrası depresyon tanısı almış kadınlara; 8 haftalık randomize, plasebo-kontrol gruplu çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcılar kısa süreli dinamik psikoterapiye odaklanan on iki oturum ve sekiz hafta süren bir müdahaleye tabi tutulmuştur ve bunu dört haftalık açık faz izlemiştir. Birincil sonuçlar, depresyon puanları ve hafifleme oranlarıdır. Depresyon puanlarında anlamlı bir zaman etkisi gözlenirken diğer herhangi bir sonuç ölçümünde zaman grup ortak etkisi anlamlı bulunmamıştır.

Collado, Saez, Favrod ve Hatem (2014), dezavantajlı grupta yer alan kadınlara doğum sonrası depresyon ve ocuk doğurma sonuçlarıyla ilişkili risklerde; gebelik sürecinde psikosomatik yaklaşım temelli, doğumla ilgili yeni hazırlanan doğum öncesi programın etkisini değerlendirmiştir. Bu çalışmada; çok merkezli randomize kontrollü yeni bir araştırma, standart bir doğum öncesi programla karşılaştırılmıştır. Katılımcıları, geçerli görüşmeyle belirlenen doğum sonrası depresyon riski taşıyan kadınlara oluşturduğu 184 çift oluşturmuştur. Araştırma üç farklı karşılaştırabilir perinatal koşullara sahip, üç farklı hastanede yrtlmştir. Kadınlara deney ya da kontrol grubuna seçkisiz olarak atanmıştır. Gebelik, doğumdan sonra ve dördüncü hafta olmak üzere iki kez değerlendirilmiştir. Doğumdan sonra dördüncü haftadaki değerkenler, ki-kare testi kullanılarak karşılaştırılmıştır. Yeni program, Toume psikosomatik yaklaşımı kullanarak; beden farkındalığı, duyarlığı,

bireyselleşmiş doğum modeli yapısı ve bağlanma üzerine odaklanmıştır. Program on oturdan oluşmuş, her bir oturum iki saat sürmüş ve oturumlar arasında bir telefon görüşmesi gerçekleştirilmiştir. Kontrol grubundaki katılımcılar, ikişer saatlik 8-10 oturum süren gebelikle ilgili koruyucu davranışlarla doğuma odaklanan, standart doğum öncesi programa devam etmiştir. Araştırma sonucunda, doğum sonrası depresyon riskinde deney ve kontrol grubu arasında %11.2 oranında bir farklılık gözlenmiştir. Deney grubundaki kadınlarda depresif belirtilerin sayısında azalma olmuştur. Erken doğum oranının deney grubundaki kadınlarda, kontrol grubundaki kadınlara göre dört kat daha az olduğu belirlenmiştir. Deney grubundaki kadınlarda doğum ağırlığı daha yüksek bulunmuştur.

Fathi-Ashtiani, Ahmadi, Ghobari-Bonab, Azizi ve Saheb-Alzamani (2015), risk altındaki İranlı kadınlarda, doğum sonrası ruhsal bozuklukları azaltmak ve benlik saygısını artırmak amacıyla hazırlanan bilişsel davranışçı terapinin etkisini incelemiştir. Yürüttükleri yarı deneysel araştırmada, küme örnekleme yoluyla 135 risk altındaki anne seçilmiş ve deney (n = 64) ya da kontrol (n = 71) grubuna atanmıştır. Kontrol grubu genel ilaç bakımı alırken deney grubu gebelik esnasında 8 oturumluk bilişsel davranışçı programa devam etmiştir. Veri toplama araçları başlangıçta, üçüncü trimesterde ve izleme için doğumdan sonraki 2. haftada uygulanmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 25.8'dir. Araştırma sonuçları, ortalama doğum sonrası depresyon puanlarının deney grubunda anlamlı düzeyde azaldığını göstermiştir. Deney grubu lehine kaygı puanlarının azaldığı ve benlik saygısı puanlarının arttığı belirlenmekle birlikte, söz konusu değişimin kontrol grubuyla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı olduğu doğrulanamamıştır.

Lara, Navarro ve Navarrete (2010), Meksikalı kadınlarda doğum sonrası depresyonu önlemek için hazırlanan doğum öncesi bir psikoeğitim programının etkililiğini değerlendirmeyi amaçlamıştır. Toplam 6484 kadına ulaşılmış ve araştırmaya katılmaya uygun, depresyon riski taşıyan 377 gebe kadın deney (n = 250) veya kontrol grubuna (n = 127) (genel bakım) atanmıştır. Deney grubundaki 68 ve kontrol grubunun 68 kadın, üç farklı zamanda değerlendirme araçlarını doldurmuştur. Araştırmada; majör depresyonun birikmiş oranı, deneysel grupta kontrol grubuna göre üç farklı zamanda yapılan ölçümlerde anlamlı düzeyde düşük

bulunmuştur. Tekrarlı ölçümler için varyans analizi, her iki grup için de depresyonun daha düşük olduğunu göstermiş ancak, anlamlı bir tedavi etkisi gözlenmemiştir. Başlangıçtaki depresyon ve kaygı düzeyi kontrol edildiğinde dahi, deney grubundaki katılımcıların başlangıçtaki belirtilerinin daha fazla azalma eğilimi olmasına rağmen, depresyonla ilgili tedavi etkisi doğrulanamamıştır.

Le, Perry ve Stuart (2011), yüksek risk altındaki Latinlerde perinatal depresyonu önlemek amacıyla bilişsel-davranışçı müdahalenin etkililiğini değerlendirmek amacıyla randomize kontrollü bir araştırma gerçekleştirmiştir. Demografik ve depresyon risk kriterini taşıyan düşük gelirli, Amerikalı, göçmen 217 katılımcı, gebelik esnasında genel bakım (n = 105) veya 8 haftalık bilişsel davranışçı müdahale grubuna ve doğum sonrasında üç bireysel oturuma (n = 112) seçkisiz olarak atanmıştır. Katılımcılar, doğum sonrasında beş farklı zamanda depresif belirtileri ve majör depresif bölümleri değerlendiren ölçme araçlarını doldurmuştur. Araştırma sonuçlarında; deney grubundaki katılımcıların anlamlı düzeyde daha düşük depresif belirti gösterdiği, ikinci zaman diliminde yapılan ölçümde deney grubunda kontrol grubuna göre daha az orta düzey depresyona sahip vaka olduğu ortaya konmuştur. Bu etkilerin müdahale programının tamamına katılan kadınlar için daha güçlü olduğu gözlenmiştir.

Leung ve diğerleri (2013), depresyonu olan Çin’li kadınlarla yaptıkları araştırmalarında kültüre duyarlı, önleyici bilişsel-davranışçı grup dayalı bir doğum öncesi müdahale programının etkililiğini incelemiştir. 143 uygun katılımcıdan, 97’si araştırmaya katılmayı kabul etmiştir (deney, n =47) (kontrol, n = 50). Tekrarlı ölçümler için kovaryans analizi sonuçları deney grubu lehine depresyon, algılanan stres, irrasyonel düşünceler ve aile işlevlerinden tatmin olmada anlamlı farklılıklar olduğunu göstermiştir.

Mao, Li, Chiu, Chan ve Chen (2012), doğum sonrası depresyonun doğum öncesindeki kadınlarda önlenmesinde, kendi kendini yönetme eğitim programının etkililiğini incelemiştir. 32 haftalık gebeliği olan kadınlar, deney ya da kontrol grubuna seçkisiz olarak atanmıştır. Programın tamamlanmasının ardından yapılan analiz çalışmaları, deney grubunda yer alan katılımcıların, "Hasta Sağlık Anketinden

ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği"nden kontrol grubuna göre daha düşük puan aldığını göstermiştir.

Milgrom, Schembri, Ericksen, Ross ve Gemmill (2011), hem doğum sonrası düşük uyum için risk faktörlerini hem de doğum sonrası depresyon/kaygı ve ebeveynlikle ilgili zorlukları azaltmayı amaçlayan doğum öncesi müdahalenin etkililiğini değerlendirmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden 143 gebe kadın, deney ya da kontrol grubuna seçkisiz olarak atanmıştır. Araştırma sonuçları, müdahale programı tamamlandıktan sonra orta düzeyden ciddi düzeye seyreden depresyon/kaygı belirtisi olan deney grubundaki katılımcıların depresyon ve kaygı puanlarında belirgin bir düşüş olduğu ve ebeveynlik stresinin azalma eğiliminde olduğunu göstermiştir.

Mulcahy, Reay, Wilkinson ve Owen (2009), doğum sonrası depresyona yönelik olarak kadınlara, 8 haftalık kişilerarası psikoterapi grubuna dayalı ve normal depresyon tedavisi uygulama ve sonuçların etkililiğini karşılaştırmıştır. Uygun şartlara sahip kadınlar deney ve kontrol grubuna seçkisiz olarak atanmıştır. Deney grubundaki bireyler 8 haftalık kişilerarası psikoterapi programına katılırken, kontrol grubundaki kadınlar standart depresyon tedavi programına katılmıştır. Araştırmada; depresif belirtiler, evlilik uyumu, sosyal destek ve anne-çocuk bağı gibi değişkenlerdeki sonuçlar başlangıçta, tedavinin ortasında, sonunda ve 3 ay sonraki izlemede karşılaştırılmıştır. Katılımcılar bağımsız olarak depresyon derecelendirme ölçekleriyle değerlendirilmiştir. Tedavi koşulları karşılaştırmaları, tedavi sonunda hem deney hem de kontrol gruplarının depresyon puan ortalamalarının anlamlı düzeyde azaldığını gösterirken, deney grubundaki kadınların depresyon puan ortalamalarının daha belirgin bir şekilde azaldığını ve bunun terapi sonrasında üçüncü ayda devam ettiğini göstermiştir. Aynı zamanda araştırma sonucunda, deney grubundaki kadınların evlilik işlevlerinin ve anne-çocuk ilişkileri algılarının kontrol grubundaki kadınlara oranla daha iyi hale geldiği bulunmuştur.

Phipps, Raker, Ware ve Zlotnick (2013), yaptıkları araştırmada kişilerarası yönelimli müdahalenin, ilk doğumlarını yapan ergenlerin doğum sonrası depresyonlarını azaltmada etkisini belirlemeye çalışmıştır. İlk doğumunu yapan 17

ve daha küçük yaştaki ergenler, doğumdan önceki ilk muayenede tespit edilmiştir. Katılımcılar (n = 54) deney grubuna ya da dikkat ve doz-eşleşmiş kontrol programına (n = 52) seçkisiz olarak atanmıştır. Beş oturumu içeren her bir program doğum öncesi dönemde gerçekleştirilmiştir. Yapılandırılmış tanılayıcı görüşme doğumdan sonra altıncı hafta, üçüncü ve altıncı ay, temel sonucu ve depresyonu değerlendirmek için uygulanmıştır. Araştırmanın katılımcılarını İspanyol (%53), İspanyol olmayan siyah (%17) ve İspanyol olmayan beyaz (%16) ergenler oluşturmuştur. Araştırma sonuçları, altıncı ayda deney grubundaki depresyonun genel oranının (%12.5) kontrol grubundakinden (%25) daha düşük olduğunu göstermiştir; ortalama risk oranı 0.44 (%95 güven aralığı, 0.17-1.15). Doğum öncesi dönemde yapılan bu müdahalenin, ilk doğumunu yapan ergen annelerin doğum sonrası depresyon riskini azaltmada potansiyeli olduğu belirlenmiştir.

Puckering, McIntosh, Hickey ve Longford (2010), bir yaşın altında bebeği olan doğum sonrası depresyon yaşayan 17 anneye on-dört haftalık Mellow bebekleri grup müdahalesi programı uygulamış ve etkililiğini incelemiştir. Bu müdahale programının amacı, hem anne ve bebek etkileşimini hem de annenin iyi oluşunu artırmayı amaçlamaktadır. Araştırmada anneliğe özgü depresyondaki ve anne-bebek etkileşimindeki değişimler değerlendirilmiştir. Araştırma sonuçları, izlemede Mellow bebekleri grubundaki annelerin anneliğe ait ruh durumunun kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düzeldiğini ortaya koymuştur. Ayrıca, deney grubunda anneler ve bebekleri arasındaki olumlu etkileşimin daha fazla olduğu belirlenmiştir. Benzer biçimde, deney grubunda anneler ve bebekleri arasındaki olumsuz etkileşimin daha az olduğu görülmüştür. Son olarak, deney grubunun içerik ve sürecine ilişkin geribildirimlerinin son derece olumlu olduğu bildirilmiştir.

Tandon, Leis, Mendelson, Perry ve Kemp (2013), randomize kontrollü araştırmalarında, ev ziyaret sistemine kayıtlı düşük gelirli kadınlarla, doğum sonrası depresyonun başlangıcını önleme ve depresif belirtileri azaltmada grup temelli bilişsel davranışçı müdahalenin etkililiğini incelemiştir. Gebe olan ya da altı aylıktan daha küçük bebeği olan ve doğum sonrası depresyon riski olan 78 kadın, seçkisiz olarak deney veya kontrol grubuna atanmıştır. Depresif belirtiler müdahale sonrası birinci hafta, üç ay ve altı aylık zaman diliminde, depresif epizod ise altı aylık

izlemede klinik görüşmede değerlendirilmiştir. Depresif belirtiler müdahaleden sonra deney grubunda, kontrol grubundaki kadınlarla karşılaştırıldığında, anlamlı düzeyde azalmış ve bu farklılıklar birinci hafta, üç ay ve altı aylık zaman dilimlerde deney grubu lehine devam ettiği görülmüştür. Altı aylık izlemede ise deney grubundaki kadınların %15'nin, kontrol grubundaki kadınların ise %32'sinin majör depresif epizod yaşadığı belirlenmiştir.

Zlotnick, Tzilos, Miller, Seifer ve Stout (2016), yürüttükleri randomize kontrollü araştırmada, gebe kadınlarda doğum sonrası depresyon riskini azaltmak amacıyla, kişilerarası terapi ilkeleri üzerine temellenmiş bir müdahale programının etkililiğini incelemiştir. 18 yaş ve üzerindeki 205 gebe ve risk altındaki kadın araştırmanın katılımcılarını oluşturmuştur. Katılımcılar (Ort.: 23, İspanyol, %38 ve Siyah, %23), kişilerarası terapi müdahale grubuna (n = 104) ve her zamanki genel kontrol programına (n = 101) seçkisiz olarak atanmıştır. Araştırma sonucunda, altıncı ayda genel depresyon oranının deney grubunda (%16) kontrol grubundakinden (%31) daha düşük olduğu ve müdahalenin etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür.

1.5. Doğum Sonrası Depresyonun Önlenmesine Yönelik Yurt İçinde Gerçekleştirilen Çalışmalar

Gebe bayanlarda doğum sonrası müdahale programlarına ilişkin ulaşılabilen literatürde Türkiye'de gerçekleştirilen sadece bir çalışma tespit edilmiştir. Bu çalışmaya ilişkin ayrıntılı bilgiler aşağıda yer almaktadır. Durat (2003), doğum sonrası depresyon riskini, bunu etkileyen faktörleri, doğum sonrası depresyon yönünden riskli kadınlarda hemşirelik uygulamalarının etkinliğini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve yarı deneysel bir araştırma gerçekleştirmiştir. Araştırma iki aşamada gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın birinci aşamasının örneklemi olasılıksız örnekleme yöntemi ile seçilen 126 katılımcı, ikinci aşama örneklemini ise birinci aşamadaki katılımcılar arasından seçilen 30 yüksek riskli kadın oluşturmuştur. Araştırmacı veri toplama araçları olarak, Görüşme Formu I, Beck "Depresyon Envanteri" ve "SCL-90-R Belirti Tarama Listesi"; deneysel aşamada ise, yine araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan Görüşme Formu II, "Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri"ni

kullanılmıştır. Araştırma sonucunda doğum sonrası depresyon oranı % 23,8 olarak belirlenmiştir. Araştırmanın ikinci sonucu ise, doğum sonrası annelere uygulanan hemşirelik bakımının doğum sonrası depresyonu belirgin bir şekilde azalttığıdır.

BÖLÜM II

YÖNTEM

2.1. Araştırma Modeli

Bu araştırmada doğum öncesi dönemde, anne-baba adaylarıyla gerçekleştirilen yeni duruma alıştırmaya görüşmelerinin doğum sonrası depresyon düzeylerine etkisinin incelendiği yarı deneysel bir araştırma deseni kullanılmıştır. Yarı deneysel desenler içerisinde ise Kontrol Gruplu Ön-test-Son-test yarı deneysel desene uygun bir çalışmadır. Kullanılan bu araştırma deseni, hem uygulanan deneysel işlemin bağımsız değişken üzerinde etkisi test edilirken araştırmacıya yüksek düzeyde güç sağlaması hem de araştırma sonuçlarının neden-sonuç ilişkisi içerisinde yorumlanmasına imkân vermesi nedeniyle psikolojik danışma ve rehberlik, psikoloji ve eğitim bilimleri ile ilgili alanlarda sıklıkla tercih edilen ve kullanılan güçlü bir yarı deneysel desen olarak bilinmektedir (Büyüköztürk, 2011; Büyüköztürk, Çakmak, Akgün, Karadeniz ve Demirel, 2012; Cohen, Manion ve Morrison, 2007). Bu desene ilişkin görünüm Tablo 2.1’de görülmektedir.

Tablo 2.1. Araştırma Deseni

Gruplar	Ön-test	İşlem	Son-test
Deney Grubu	KBF ve EDSDÖ	Yeni Duruma Alıştırma Görüşmeleri	KBF ve EDSDÖ
Kontrol Grubu	KBF ve EDSDÖ	İşlem Yok	KBF ve EDSDÖ

Not: KBF: Kişisel Bilgi Formu, EDSDÖ: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği.

Tablo 2.1’de görüldüğü gibi, deney grubu ile yeni duruma alıştırma görüşmeleri gerçekleştirilmeden önce her iki gruba da "Kişisel Bilgi Formu" ve "Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği" uygulanmıştır. Daha sonraki aşamada, deney grubundaki anne-baba adaylarıyla dört haftalık yeni duruma alıştırma görüşmeleri gerçekleştirilirken kontrol grubuna herhangi bir işlem uygulanmamaktadır. Her iki grubun da öntest depresyon puanlarında fark yokken; sontest puanlarında, deney grubundaki katılımcıların puanlarında belirgin bir düşüş gerçekleşmesi beklenmekte, kontrol grubundaki katılımcıların depresyon düzeylerinde ise anlamlı bir farklılık oluşması beklenmemektedir.

2.2. Çalışma Grubu

Araştırmanın çalışma grubunu uygun örnekleme yoluyla seçilen, Samsun’un Atakum ilçesinde yaşayan anne ve baba adayları oluşturmaktadır. Anne ve baba adayları ile Aile Hekimliği’ne ziyaretleri sırasında görüşülmüştür. Anne baba adaylarının çalışmaya dahil edilebilmesi için aşağıda belirtilen kriterleri sağlamaları şartı aranmıştır. Katılımcıların daha önce ciddi bir ruhsal rahatsızlık geçirmemiş olması, ölçme araçlarının cevaplayabilecek düzeyde okuma yazma bilmesi, anne adaylarının hamileliğinin son 3 ayını geçirmemiş olması ve ailenin araştırmaya katılmaya istekli olması şartları aranmıştır.

Araştırmanın çalışma grubunu yukarıda araştırmaya katılma kriterlerini karşılayan ve ön görüşmeler sonucunda çalışmaya gönüllü olarak katılmak isteyen 14 çift (28 anne ve baba adayı) oluşturmuştur. Ardından yansız olarak; 7 çift deney grubunu, 7 çift kontrol grubunu oluşturacak biçimde atanmıştır. Ancak deney grubunda yer alan 1 çift süreç sona ermeden araştırmadan ayrılmıştır. Bu nedenle, araştırmaya deney grubundaki 12 ve kontrol grubundaki 14 katılımcıyla devam edilmiştir.

Deney grubunu oluşturan bireylerin yaş aralığı 25 ile 34 arasında değişmekte olup ortalama yaşları 30.25 (S.S: 2.80)'dir. Deney grubunu oluşturan bireylerin % 8.3 ($n=1$)' ü ortaokul, % 8.3 ($n=1$)' ü lise, % 83.3 ($n=10$)'ü ise üniversite mezunudur. Deney grubunu oluşturan bireylerin % 75 ($n=9$)'ü, bir işte çalışırken; %25'($n=3$)' i bir işte çalışmamaktadır. Kontrol grubunu oluşturan bireylerin ise yaş aralığı 25 ile 40 arasında değişmekte olup ortalama yaşları 30.50 (S.S: 4.85)' dir. Kontrol grubunu oluşturan bireyler eğitim düzeyi açısından incelendiğinde; % 21.4 ($n=3$)' ü lise, % 78.6 ($n=9$)' sı ise üniversite mezunudur. Benzer şekilde, % 21.4 ($n=3$)' ü, bir işte çalışmıyorken; % 78.6 ($n=9$)' sı ise bir işte çalışmaktadır. Deney ve kontrol grubunu oluşturan bireyler; ortalama yaş ($t(24) = 1.42, p > .05$), eğitim düzeyi ($\chi^2(2, N=26) = 1.91, p > .05$), bir işte çalışma durumu ($\chi^2(1, N=26) = .05, p > .05$) açısından benzerdir.

2.3. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada, anne adaylarının depresyon düzeylerini belirleyebilmek amacıyla "Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği" (EK-I) ve katılımcıların sosyo demografik özellikleri hakkında bilgi sağlamak amacıyla ise "Kişisel Bilgi Formu "(EK-II) kullanılmıştır. Aşağıda, "Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği"nin psikometrik özellikleri ve "Kişisel Bilgi Formu"nun içeriği hakkında ayrıntılı bilgiler yer almaktadır.

2.3.1. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

Katılımcıların depresyon düzeylerini belirlemek amacıyla "Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği" (EDSDÖ) kullanılmıştır. EDSDÖ başlangıçta doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon şiddeti, düzeyini ve riskini belirleyebilmek ve zaman amacıyla Cox, Holden ve Sagovsky (1987) tarafından geliştirilen öz değerlendirme tarzı bir ölçektir. Araştırmacılar tarafından ölçeğin kesme puanı, 12/13 alındığında duyarlılık 0.85, özgüllüğü 0.77, pozitif yordama değeri 0.83, negatif yordama değeri .78 olarak bulunmuştur. Aynı zamanda ölçeğin araştırmacılar tarafından bildirilen Cronbach's alfa iç tutarlılık katsayısı .87, test yarılma güvenilirlik katsayısı ise .88 olarak bildirilmiştir (Cox ve diğerleri, 1987).

EDSDÖ'nün Türk diline çevirisi, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Engindeniz, Küey ve Kültür (1996) tarafından gerçekleştirilmiştir. Engindeniz ve diğerleri (1996) tarafından bildirilen, EDSDÖ'nin orjinal çalışmayla benzer şekilde, kesme puanı 12/13 alındığında duyarlılığının .84, özgüllüğünün .88, pozitif yordama değeri .69, negatif yordama değeri ise .94 olarak bulunmuştur. Ölçeğin araştırmacılar tarafından bildirilen Cronbach's alpha iç tutarlılık katsayısı .79' dur (Engindeniz ve diğerleri, 1996). Daha sonraki yıllarda doğum sonrası 2-13. haftalarını yaşamakta olan kadınlarla gerçekleştirilen bir araştırmada, EDSDÖ toplam puanları ile "Doğum Sonrası Depresif Belirti Tarama Ölçeği" puanları arasında çok yüksek düzeyde pozitif yönlü ($r = .71$) bir ilişki bulunmuştur (Karaçam ve Kitiş, 2008).

EDSDÖ uygulanması ve puanlaması kolay, kısa ve anlaşılır bir depresyon ölçme aracı olması nedeniyle araştırmacılar tarafından sıklıkla kullanılmaktadır. İlk olarak kadınların gebelik sonrası depresyon düzeylerini ölçek üzere kullanılmasına rağmen zaman içerisinde babaların doğum sonrası depresyon düzeylerinin ölçmek için de hem Türkiye'de hem de yurtdışında gerçekleştirilen çok sayıda çalışmada kullanılmıştır (Çak ve diğerleri, 2015; Genesoni ve Tallandini, 2009; Goodman, 2004; Serhan, Ege, Ayrancı ve Kosgeroğlu, 2013; Wee ve diğerleri, 2011). Bu araştırmada da benzer şekilde baba adaylarının depresyon düzeylerini ölçmek için kullanılmıştır.

EDSDÖ, on maddeden oluşan dörtlü likert tipi bir ölçektir. Katılımcılar bu on ifadeyi son bir hafta içerisindeki ruh hallerini en iyi şekilde tanımlayan seçeneklerden birini işaretleyerek belirtmektedir. Ölçekte dört madde düz, altı madde tersten kodlanmaktadır. Tersten kodlanan maddeler toplam puan alınmadan önce yeniden kodlanmakta ve daha sonra toplam puan alınmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 0 ile 30 arasında değişmektedir. Ölçekten örnek bir madde: "Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum." şeklindedir. Katılımcılar bu ifadeyi son bir haftada içerisindeki ruh hallerine dikkate alarak "*Evet, çoğu zaman, Evet, oldukça çok, Çok sık değil, Hayır, hiçbir zaman*" seçeneklerinden birini işaretleyerek belirtmektedir. Kullanılan ölçek Ek-I'de sunulmuştur.

2.3.2. Kişisel Bilgi Formu

Katılımcıların cinsiyeti, yaşı, eğitim düzeyi, çalışma durumu hakkında bilgi sağlamayı amaçlayan formdur.

2.3.3. Uygulanan Program

Tüm katılımcılarla gerçekleştirilen öntest uygulamalarının ardından deney grubundaki çiftlerle yeni duruma alıştırma görüşmeleri gerçekleştirilmiştir. Görüşmelerin içeriği belirlenirken çocuk psikiyatrisi uzmanlarından görüş alınmıştır. Yeni duruma alıştırma görüşmeleri ev ziyaretleriyle gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler sırasında ele alınan konuların daha anlaşılabilir olmasını sağlamak amacıyla görüşmede ele alınan konularla ilgili sunumlar kullanılmıştır. Ayrıca, her görüşme sonrasında çiftlere görüşme içeriğine uygun nitelikte kitapçıklar hazırlanarak dağıtılmıştır. Görüşmeler 90 ile 120 dk. sürmüş ve görüşme günleri katılımcılar tarafından belirlenmiştir. Görüşmeler bir aylık süre içerisinde tamamlanmıştır. Yeni duruma alıştırma görüşmelerinin birinci ziyaretinde, ilk olarak yeneduruma alıştırma görüşmelerinin içeriği ve uygulama süreci hakkında bilgi verilmiştir. Bununla birlikte hamilelik psikolojisi, hamilelik sürecine ilişkin bireylerin beklentileri ve kaygıları, anne ve baba adayında meydana gelen psikolojik değişimler ve hamilelik sürecinde eş ve çevre desteği konuları ele alınmıştır. Ziyaret sonunda görüşme konuları özetlenmiş ve çiftlere görüşmede ele alınan konularla ilgili kitapçık dağıtılmıştır. Yeni duruma alıştırma görüşmelerinin ikinci ziyaretinde; hamilelik sürecinde alkol ve madde kullanımının hamile kadına etkileri, hamilelik sürecinde giyim, hamilelik sürecinde iş yaşamı, teknoloji cihazları kullanımı, hamilelik sürecinde cinsel hayat, hamilelik sürecinde meydana gelebilecek rahatsızlıklar, hamilelik sürecinde beslenme ve dikkat edilmesi gereken noktalar ayrıntılı bir şekilde ele alınmıştır. Ziyaret sonunda görüşme konuları özetlenmiş ve çiftlere görüşmede ele alınan konularla ilgili kitapçık dağıtılmıştır. Yeni duruma alıştırma görüşmelerinin üçüncü ziyaretinde; doğuma hazırlık planının nasıl yapılması gerektiği, doğumun yaklaştığını gösteren belirtiler, doğum sonrası lohusalık döneminde görülen değişiklikler, anne sütü ve bebeği emzirmenin nasıl gerçekleştirileceği, sık görülen emzirme problemleri konuları ele alınmıştır. Ziyaret sonunda görüşme konuları özetlenmiş ve çiftlere görüşmede ele alınan konularla

ilgili kitapçık dağıtılmıştır. Yeni duruma alıştırma görüşmelerinin son ziyaretinde; bebek için ev ortamında yapılması gereken hazırlıklar, bebeğin ağlama nedenleri ve bu durumla nasıl başa çıkılabileceği, bebeklik döneminde çocuklarda sık görülen sorunlar ve çözüm önerileri, doğum sonrası annelik psikolojisi, bebek ruh sağlığı açısından anne ve babanın önemi, babalık psikolojisi, ebeveynliğin ilk ayları ve yıllarında babalara yapabileceği faaliyetlere ilişkin öneriler ve anne babanın bebeğiyle nasıl iletişim kurabileceği konuları ele alınmıştır. Uygulanan programda kullanılan eğitim materyalleri ve ele alınan konular Ek-III'de sunulmuştur.

2.4. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Araştırmanın amacına uygun olarak toplanan veriler puanlanmış ve "SPSS 23" sosyal bilimler için istatistik programı aracılığıyla analiz edilmiştir. Analizlerden önce kullanılan istatistiksel tekniklerin varsayımları incelenmiştir. İlk olarak verilerin analizinde parametrik ya da parametrik olmayan istatistiklerin kullanılıp kullanılmayacağını belirleyebilmek amacıyla normallik varsayımı incelenmiştir. Bu çalışmada normallik varsayımı örneklem büyüklüğü dikkate alınarak Shapiro-Wilk testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Shapiro-Wilk testi her bir gruptaki örneklem sayısı 50 ve altında olduğunda kullanılmaktadır (Field, 2013; Ho, 2013; Mooi ve Sarstedt, 2011; Pallant, 2010). Bu test, örneklem verileri normal bir dağılımdan gelmektedir hipotezini test etmektedir. Test sonuçlarının anlamlı çıkması verilerin normal bir dağılımdan gelmediğini gösterirken, test sonuçlarının anlamsız çıkması verilerin normal dağılım gösterdiğine işaret etmektedir. Kontrol grubundaki kadınların öntest puanlarının ve kontrol grubundaki erkeklerin sontest puanlarının normal dağılmadığı görülmüştür. Verilerin normal dağılım göstermemesi nedeniyle parametrik olmayan testlerin kullanılmasına karar verilmiştir (Field, 2013; Ho, 2013; Pallant, 2010). Kontrol ve deney grubundaki bireylerin uygulamadan önceki öntest ve uygulamadan sonraki sontest puanları arasındaki grup farklılıklarını karşılaştırmak amacıyla bağımsız örneklem için Mann Whitney U Testi, ve her bir gruptaki bireylerin eğitim almadan önceki ve eğitim aldıktan sonraki puanlarını karşılaştırmak amacıyla ise Wilcoxon İşaretili Sıralar Testi kullanılmıştır. Tüm istatistiksel analizlerde $\alpha = .05$ anlamlılık düzeyi dikkate alınmıştır.

BÖLÜM III

BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın hipotezlerinin test edilmesi sonucu elde edilen istatistiksel sonuçlar yer almaktadır.

Denence 1: *Doğumdan önce anne-baba adaylarıyla yapılan yeni duruma alıştırma görüşmelerine katılan anne adaylarının DSD puanları uygulama öncesi kontrol grubundaki bireylerle benzer iken, uygulama sonrası bu programa katılmayan anne adaylarının puanlarına göre anlamlı olarak azalmaktadır.*

Araştırmanın birinci hipotezini test etmek amacıyla, ilk olarak yeni duruma alıştırma görüşmelerine katılan annelerin DSD puanları ile katılmayan annelerin DSD puanları Mann Whitney U testi aracılığıyla incelenmiştir. Daha sonra uygulamadan önceki ve uygulamadan sonraki puanları bir dizi Wilcoxon İşaretili Sıralar testi aracılığıyla incelenmiştir.

Tablo 3.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Anne Adaylarının EDSÖ Öntest Puanlarına İlişkin Mann Whitney U Testi Sonucu

Gruplar	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	U	z	P
Kontrol Grubu	7	6.29	44.00			
Deney Grubu	6	7.83	47.00	16.00	.72	.474
Toplam	13					

$p > .05$

Tablo 3.1’de görüldüğü gibi deney ve kontrol grubunu oluşturan anne adaylarının EDSDÖ öntest puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($U= 16.00$, $z = .72$, $p > .05$). Bu sonuçlardan hareketle deney ve kontrol gruplarındaki anne adaylarının deneysel işlemde önce depresyon düzeylerinin birbirine denk olduğu söylenebilir.

Deney ve kontrol grubundaki anne adaylarının uygulama gerçekleşmeden önce ve uygulama geçtikten sonra EDSDÖ öntest-sontest puanlarında anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla bir dizi Wilcoxon İşaretili Sıralar Testi gerçekleştirilmiştir. Deney grubundaki annelere ilişkin sonuçlar Tablo 3.2’de, kontrol grubuna ilişkin sonuçlar Tablo 3.3’de görülmektedir.

Tablo 3.2. Deney Grubundaki Annelerin EDSDÖ Öntest-Sontest Puanlarına İlişkin Wilcoxon İşaretili Sıralar Testi Sonuçları

Puan	Gruplar	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	z	p
	Azalanlar	5	3.90	19.50		
Sontest	- Artanlar	1	1.50	1.50		
Öntest	Eşit	-	-		1.90	.058
	Toplam	6				

$p > .05$

Tablo 3.3. Kontrol Grubundaki Annelerin EDSÖ Öntest-Sontest Puanlarına İlişkin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları

Puan	Gruplar	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	z	p
Sontest Öntest	Azalanlar	3	3.88	15.50	.26	.798
	Artanlar	2	4.17	12.50		
	Eşit	2	-			
	Toplam	7				

$p > .05$

Tablo 3.2’de görüldüğü gibi deney grubundaki annelerin depresyon düzeylerinde görüşmeler sonrasında bir azalma olmasına rağmen, bu azalma istatistiksel olarak anlamlı değildir ($z = 1.90, p > .05$). Benzer şekilde, kontrol grubundaki annelerin öntest ve sontest puanlarında anlamlı bir farklılık yoktur ($z = .26, p > .05$).

Denence 2: Doğumdan önce anne-baba adaylarıyla yapılan yeni duruma alıştırma görüşmelerine katılan baba adaylarının DSD puanları, uygulama öncesi benzer iken, uygulama sonrası bu programa katılmayan baba adaylarının puanlarına göre anlamlı olarak azalmaktadır.

Araştırmanın ikinci hipotezini test etmek amacıyla, ilk olarak yeni duruma alıştırma görüşmelerine katılan baba adaylarının DSD puanları ile katılmayan baba adaylarının DSD puanları Mann Whitney U testi aracılığıyla incelenmiştir. Daha sonra uygulamadan önceki ve uygulamadan sonraki puanları bir dizi Wilcoxon İşaretli Sıralar testi aracılığıyla incelenmiştir.

Tablo 3.4. Deney ve Kontrol Grubundaki Baba Adaylarının EDSÖ Öntest Puanlarına İlişkin Mann Whitney U Testi Sonucu

Gruplar	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	U	z	p
Kontrol Grubu	7	5.29	37.00			
Deney Grubu	6	9.00	54.00	9.00	1.74	.081
Toplam	13					

$p > .05$

Tablo 3.4’de görüldüğü gibi deney ve kontrol grubunu oluşturan baba adaylarının EDSÖ öntest puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($U= 9.00$, $z = 1.74$, $p > .05$). Bu sonuçlardan hareketle deney ve kontrol gruplarındaki baba adaylarının deneysel işlemde önce depresyon düzeylerinin birbirine denk olduğu söylenebilir.

Deney ve kontrol grubundaki baba adaylarının uygulama gerçekleşmeden önce ve uygulama gerçekleştikten sonra EDSÖ öntest-sontest puanlarında anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla bir dizi Wilcoxon İşaretili Sıralar Testi gerçekleştirilmiştir. Deney grubundaki erkeklere ilişkin sonuçlar Tablo 3.5’de, kontrol grubuna ilişkin sonuçlar Tablo 3.6’da görülmektedir.

Tablo 3.5. Deney Grubundaki Babaların EDSÖ Öntest-Sontest Puanlarına İlişkin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları

Puan	Gruplar	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	z	p
	Azalanlar	4	4.50	18.00		
Sontest	- Artanlar	2	1.50	1.50		
Öntest	Eşit	-	-		1.58	.114
	Toplam	6				

$p > .05$

Tablo 3.6. Kontrol Grubundaki Babaların EDSÖ Öntest-Sontest Puanlarına İlişkin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları

Puan	Gruplar	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	z	p
	Azalanlar	3	2.67	8.00		
Sontest	- Artanlar	2	3.50	7.00		
Öntest	Eşit	2	-		.14	.891
	Toplam	7				

$p > .05$

Tablo 3.5’de görüldüğü gibi deney grubundaki babaların yeni duruma alıştırma görüşmeleri sonrası bir azalma olmasına rağmen, bu azalma istatistiksel olarak anlamlı değildir ($z = 1.58, p > .05$). Benzer şekilde kontrol grubundaki babaların öntest ve sontest puanlarında anlamlı bir farklılık yoktur ($z = .14, p > .05$).

Denence 3: *Doğumdan önce anne-baba adaylarıyla yapılan yeni duruma alıştırma görüşmelerine katılan anne-baba adaylarının DSD puanları; uygulama öncesi benzer iken, uygulama sonrası bu programa katılmayan anne-baba adaylarının puanlarına göre anlamlı olarak azalmaktadır.*

Araştırmanın üçüncü hipotezini test etmek amacıyla, ilk olarak yeni duruma alıştırma görüşmelerine katılan anne-baba adaylarının DSD puanları ile katılmayan anne-babaların DSD puanları Mann Whitney U testi aracılığıyla incelenmiştir. Daha sonra uygulamadan önceki ve uygulamadan sonraki puanları bir dizi Wilcoxon İşaretili Sıralar testi aracılığıyla incelenmiştir.

Tablo 3.7. Deney ve Kontrol Grubundaki Ebeveynlerin EDSDÖ Öntest Puanlarına İlişkin Mann Whitney U Testi Sonucu

Gruplar	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	U	z	P
Kontrol Grubu	14	11.21	157.00			
Deney Grubu	12	16.17	194.00	52.00	1.66	.098
Toplam	26					

$p > .05$

Tablo 3.7’de görüldüğü gibi, deney ve kontrol grubunu oluşturan ebeveynlerin EDSDÖ öntest puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($U= 52.00$, $z = 1.66$, $p > .05$). Bu sonuçlardan hareketle deney ve kontrol gruplarındaki ebeveynlerin deneysel işlemde önce depresyon düzeylerinin birbirine denk olduğu söylenebilir.

Deney ve kontrol grubundaki ebeveynlerin uygulama gerçekleşmeden önce ve uygulama gerçekleşikten sonra EDSDÖ öntest-sontest puanlarında anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla bir dizi Wilcoxon İşaretili Sıralar Testi gerçekleştirilmiştir. Deney grubundaki ebeveynlere ilişkin sonuçlar Tablo 3.8’de, kontrol grubuna ilişkin sonuçlar Tablo 3.9’da görülmektedir.

Tablo 3.8. Deney Grubundaki Ebeveynlerin EDSDÖ Öntest-Sontest Puanlarına İlişkin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları

Puan	Gruplar	<i>N</i>	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	<i>z</i>	<i>p</i>
Sontest Öntest	Azalanlar	9	7.83	70.50	2.49	.013
	Artanlar	3	2.50	7.50		
	Eşit	-	-	-		
	Toplam	12				

$p < .05$

Tablo 3.9. Kontrol Grubundaki Ebeveynlerin EDSDÖ Öntest-Sontest Puanlarına İlişkin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları

Puan	Gruplar	<i>N</i>	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	<i>z</i>	<i>p</i>
Sontest Öntest	Azalanlar	7	6.07	42.50	.27	.782
	Artanlar	5	7.10	35.50		
	Eşit	2	-	-		
	Toplam	14				

$p > .05$

Tablo 3.8’de görüldüğü gibi, deney grubundaki ebeveynlerin depresyon düzeyleri yeni duruma alıştırmaya görüşmeleri sonrası anlamlı bir şekilde azalmıştır ($z = 2.49, p < .05$). Ancak kontrol grubundaki ebeveynlerin öntest ve sontest puanlarında anlamlı bir farklılık yoktur ($z = .27, p > .05$).

BÖLÜM IV

TARTIŞMA VE YORUM

Bu araştırmada, anne-baba adaylarıyla doğum öncesi gerçekleştirilen yeni duruma alıştırma görüşmelerinin doğum sonrası depresyon düzeylerine etkisi incelenmiştir. Araştırma sonucunda yeni duruma alıştırma görüşmelerin deney grubundaki anneler ve babalar ayrı ayrı incelendiğinde, depresyon puanlarının deney grubundaki bireylerde azalma olduğu ancak bu azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur. Ancak bir bütün olarak ailelerin depresyon düzeyleri incelendiğinde deney grubundaki ailelerin depresyon düzeylerinin anlamlı bir şekilde azaldığı bulunmuştur. Bu bulgular, doğum öncesi kadınlara yönelik olarak gerçekleştirilen psikolojik müdahalelerin kadınların doğum sonrası depresyon düzeylerini azalttığını gösteren bulgularla farklılık göstermektedir (Collado ve diğerleri, 2014; Fathi-Ashtiani ve diğerleri, 2015; Leung ve diğerleri, 2013; Mao ve diğerleri, 2012; Zlotnick ve diğerleri, 2016). Bu araştırma bulgularının yukarıda sözü edilen araştırma bulgularıyla farklılık göstermesi birkaç nedene bağlanabilir. İlk olarak bu araştırmada bireysel danışmanın farklı bir türü olarak nitelendirilebilecek yeni duruma alıştırma görüşmeleri kullanılmıştır. Ancak yukarıda sözü edilen araştırmaların tamamı grupta danışma yoluyla gerçekleştirilmiştir.

Umutları, sevinçleri, hüznüleri, problemleri ve çelişkileriyle insan; yaşamda bir anlam arama, anlamlı ilişkiler kurma ve yaşamdan doyum sağlama çabası içindedir. Ancak yaşamın doğal akışının getirdiği, doğum, evlilik, ölüm, ayrılık, taşınma, ciddi bir hastalık geçirme, boşanma gibi belirlenebilir ya da depresyon, sel, heyelan gibi belirlenemeyen zamanlarda bireylerin karşı karşıya geldiği stres yaratan yaşam olayları ve insanın doğal gelişimi içerisinde üstesinden gelmesi gereken önemli gelişim görevleri, biyopsikososyal bir varlık olan insanın fiziksel sağlığında sosyal yaşamında psikolojik bazı sorunlar yaşamasına neden olabilmektedir. Eğer

kişi sahip olduğu başa çıkma ve problem çözme becerileriyle bu sorunların üstesinden gelebilirse bu durum kişinin duygu, düşünce ve davranışlarında belirgin değişikliklere yol açmamakta ve kişi sağlıklı, dengeli ilişkiler kurmaya devam ederek uyumu bozulmamaktadır. Ancak kişi, mevcut başa çıkma ve problem çözme becerileriyle bu durumların üstesinden gelemediğinde; duygu, düşünce ve davranışlarında belirgin değişiklikler oluşmakta, kişilerarası ilişkilerinde ve sosyal uyumunda belirgin bozulmalar meydana gelebilmekte, psikolojik sağlıkları bozulmakta ve bu sürecin sonunda bireyler psikolojik yardıma gereksinim duymaktadır. Psikolojik yardım gerekli olduğunda, bireyler sıklıkla bireysel ya da grupla psikolojik danışma yardımı alabilmektedir. Grupla psikolojik danışma bireysel psikolojik danışma ile karşılaştırıldığında; bireylerin problemlerine benzer problemleri olan ya da benzer problemler yaşamış bireylerle ile karşı karşıya gelmesine ve “yalnız değilim” duygusu yaşamasına olanak sağlaması, bireylerin grupta diğer üyelerin nasıl tepki verebileceğini görebilmesi, toplumsal mikrokozmosun bir yansıması olarak grup içerisinde bireylerin davranışlarını farklı bakış aılılarıyla görebilmeleri için fırsatlar oluşturması, grup üyelerinin kendilerine ilişkin farkındalık duygularının arttırılması (örn.olaylara nasıl tepki verdiği, sorunların nasıl üstesinden geldiği), grup içerisinde öğrendiği yeni davranışları grup içerisinde uygulama fırsatı sunması, karşılıklı olarak grup üyelerinin birbirine yardım etmesine olanak sağlaması, bireysel psikolojik danışma faaliyetlerine göre daha uygun ücreti bulunması grupla psikolojik danışmanın bireysel psikolojik danışmaya göre bazı avantajlarıdır (Yalom, 1995). Bu avantajlardan en önemlilerinden birinin, bireylerin problemlerine benzer problemleri olan ya da benzer problemler yaşamış bireylerle ile karşı karşıya gelmesine ve “yalnız değilim” duygusu yaşamasına olanak sağlaması olduğu söylenebilir. Bu nedenle, anne ve baba adaylarının yeni duruma alıştırma görüşmelerinde sorunlarına farklı bakış aılılarıyla daha az bakma imkanına sahip olmaları, bu müdahalenin etkisini azaltmış olabilir.

İkinci olarak yukarıda sözü edilen araştırmalar bu araştırmayla karşılaştırıldığında daha uzun sürelerde gerçekleştirilmiştir. Örneğin, Collado ve diğerleri (2014), sekiz ile on oturum arasında değişen bir müdahale programı uygularken; Fathi-Ashtiani ve diğerleri (2015), sekiz oturumluk bir program gerçekleştirmiştir. Bu araştırmanın kısa sürede gerçekleştirilmiş olması,

katılımcıların bu müdahaleden yeterince fayda sağlamalarını engellemiş olabilir. Yapılan çalışmalar, anne-baba adaylarıyla birlikte gerçekleştirilen çalışmaların daha etkili olabileceğini göstermektedir. Bu sınıflara katılan anne-baba adayları arkadaşlık, gruba ait olma, aynı problemleri yaşayan/yaşayacak olan birileriyle açıkça konuşabilme gibi fırsatlara sahip olduklarını ve doğum öncesi eğitim sınıflarında kurulan dostlukların kadınların sağlığını desteklediği, özyeterliliğini artırdığını belirtmiştir (Nolan ve diğerleri, 2012; Scott, Brady ve Glynn, 2001).

Üçüncüsü, tüm programlar içerik yönünden farklılık göstermektedir. Bu programda daha çok bilgi vermeye yönelik faaliyetler gerçekleştirilmişken, diğer çalışmalarda katılımcıların doğum öncesi ve doğum sonrası depresyonla ilgili akılcı olmayan düşünceleri ve inançlarının üstesinden gelmesi, başa çıkma becerilerinin artırılması, kaygı düzeylerinin azaltılması, kişilerarası iletişim becerilerinin artırılması, kendi kendini yönetme ve beden farkındalığı gibi farklı yaklaşımlara dayalı ve farklı konuları ele almıştır. Genel olarak bu müdahaleler katılımcılara belli becerileri kazandırmaya yöneliktir. Bu nedenle sadece bilgi vermeye ve yeni duruma alıştırmaya yönelik olarak gerçekleştirilen bu araştırma, beceri öğretimini içerisine alan farklı yaklaşımlardan daha az etkili olabilir.

Aynı zamanda, literatürde doğum öncesi, fiziksel ve ruhsal sağlığa ilişkin eğitici müdahaleler incelendiğinde DSD önleme bildiren çalışmaların az sayıda olduğu ve birçoğunda randomize olmayan gruplarla çalışıldığı göze çarpmaktadır (Dennis, 2003; Elliott ve diğerleri, 2000; Kumar, Shigeo, Hasegawa, Nomura ve Kumar, 1998). Gerçekleştirilen meta analizlerde de genelde müdahale çalışmalarının etkinliğine dair tutarlı kanıtlar olmadığı, uzun vadeli başarı sağlanamadığı sonucuna ulaşılmıştır (Boath, Bradley ve Henshaw, 2005; Dennis, 2003; Gagnon ve Sandall, 2007).

Bu çalışmada, erkeklerin doğum öncesi ve doğum sonrası depresyon düzeylerinin, deney grubundaki bireylerde azalma olmasına rağmen, anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı görülmüştür. Misri, Kostaras, Fox ve Kostaras (2000), eş desteğinin DSD tedavisine etkisi incelediği çalışmasında eş ziyaretinin yer aldığı gruptaki kadınların diğerlerine oranla anlamlı derecede daha düşük depresif semptom

gösterdiğini bulmuştur. Ayrıca Türkiye’de gerçekleştirilen bir çalışmada araştırmacılar, babaları doğum öncesi hazırlık programlarına dahil etme üzerinde güçlük çektiklerini dile getirmiştir (Molzan-Turan, Nalbant, Bulut ve Sahip, 2001). Bu çalışmada araştırmacılar, baba adaylarını eşleriyle birlikte klinik temelli ve eşleri olmadan diğer baba adaylarıyla birlikte toplum temelli doğum öncesi hazırlık programlarına almıştır. Baba adaylarının klinik temelli programda eşleriyle birlikte eğitim oturumlarına katılma oranı oldukça düşüktür. Toplum temelli programda ise baba adaylarının; eşleri olmadan bir arada, klinik dışı doğal bir ortamda kendilerini daha rahat hissettiği gözlenmiştir. Katılım oranları yine düşük olmasına rağmen klinik temelli programa göre daha yüksektir. Katılımcıların bilgi düzeylerinde ve tutumlarında anlamlı değişiklikler görülmüştür. Program sonunda erkekler iletişim becerilerinin geliştiğini, eşleriyle daha yakın ve paylaşımcı bir ilişkiye sahip olduklarını, kadınlar ise eşlerinin daha destekleyici ve konuşkan olduğunu belirtmiştir. Araştırmada, Türkiye’de benzer stratejiler kullanılarak yapılacak çalışmalarda babaların katılım düşüklüğü sorunuyla karşılaşılacağı vurgulanmıştır. Erkeklerin hamilelik, doğum ve çocuk bakımı konularını kendi sorumluluk alanları dışında görmesi başta olmak üzere; bu tür ortamlardaki “kadınsal” atmosfer, işten zaman bulma sorunu gibi nedenlerin bu araştırmada erkeklerin motivasyonunu azaltarak programdan yeterince fayda sağlamasını engellemiş olabilir. Alternatif olarak, bu araştırmada katılımcıların (deney ve kontrol grubu) %80’inden fazlasının üniversite mezunu olduğu göz önünde bulundurulursa eğitim düzeyinin Türkiye nüfusunun ortalamasının oldukça üzerinde olduğu söylenebilir (Şahin, Barut ve Ersanlı, 2013; Şahin, Barut, Ersanlı ve Kumcağız, 2014). Doğumla ilgili bilgi arayışı içinde olan bireylerin genellikle yüksek eğitim düzeyine sahip kişiler olduğu söylenebilir. Bu nedenle deney grubundaki katılımcılar öğrenme istekleri ve çocuğa önem vermeleriyle yeni duruma alıştırmaya görüşmelerinde kazanabilecekleri yeni bilgilere daha önceden sahip olmuş olabilir. Bu tür bir çaba; gerçekleştirilen görüşmelerin deney ve kontrol grubunda oluşturabileceği farkı azaltmış olabilir. Aynı zamanda yapılan çalışmalar müdahaleden sonra yapılan ölçüm zamanının müdahalenin etkisini değiştirebileceğini göstermektedir (Lara ve diğerleri, 2010). Örneğin, Ölçümlerin doğumdan yaklaşık üç ay sonra gerçekleştirilmiş olması deney grubu üzerinde sağlanan kazanımların zamanla yok olmasına neden olabilir.

Son olarak, bu araştırmada deney grubundaki ailelerin depresyon düzeylerinin anlamlı bir Şekilde düşük olduğu bulunmuştur. Bu bulgular, doğum öncesi müdahalelerinin sadece kadınlar üzerinde değil aynı zamanda aileler üzerinde de olumlu etkileri olabileceğini göstermektedir. SonuÇ olarak, DSD'yi önlemede eğitimsel stratejilerin etkili olabileceği öne sürülebilir. Özellikle konunun ülkemizdeki sınırlı sayıda çalışmaya konu olması (Durat, 2003), Türkiye'nin farklı bölgelerinde verilen düşük nitelikli doğum öncesi bakım hizmetleri, söz konusu eğitim uygulamalarının gerÇekten bu konuda desteğe ihtiyaÇ duyan kimselere yarar sağlayabileceğini göstermektedir.

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak, bu araştırmada anne-baba adaylarıyla gerçekleştirilen yeni duruma alıştırma görüşmelerinin, ebeveynlerin doğum sonrası depresyon düzeylerini anlamlı bir şekilde azalttığı bulunmuştur. Bu araştırma sonuçlarından yola çıkarak aşağıdaki önerilerde bulunulabilir.

1. Bu araştırmada, yeni duruma alıştırma görüşmeleri müdahalesi kullanılarak deneysel gruptaki bireylere yönelik depresyon düzeylerinin azaltılması amaçlanmıştır. İlerleyen araştırmalarda grupla psikolojik danışma, grup rehberliği gibi farklı psikolojik danışma müdahalelerin ailelerin doğum sonrası depresyon düzeylerine etkisi incelenebilir.

2. Araştırma genellikle yüksek düzeyde eğitim düzeyine sahip bireyler üzerinde gerçekleştirildiğinden farklı eğitim düzeyine sahip aileler üzerine genellebilirliği düşüktür. Bu nedenle, ilerleyen çalışmalarda farklı eğitim düzeyine sahip ailelerde yeni duruma alıştırma görüşmelerinin etkisi incelenebilir.

3. Bu araştırmada, ailelere yönelik olarak gerçekleştirilen yeni duruma alıştırma görüşmeleri, sınırlı sayıda görüşmeden oluşmuştur. İlerleyen çalışmalarda daha uzun süreli çalışmalar gerçekleştirilebilir.

4. Bu araştırmada, takip çalışması gerçekleştirilmemiştir. Bu nedenle uygulanan müdahale programının ailelerin depresyon düzeylerini yaklaşık olarak ne kadar süre olumlu etkilediği bilinmemektedir. Bu nedenle ilerleyen çalışmalarda takip çalışmaları gerçekleştirilebilir.

5. Bu araştırmada, katılımcıların depresyon düzeylerinin belirlenmesi amacıyla öz-bildirim tarzı bir ölçek kullanılmıştır. Özbildirim tarzı ölçekler sosyal beğenirlik gibi bir dizi genel method yanlılığı içerebilir. Bu nedenle ilerleyen çalışmalarda klinisyen değerlendirmesine dayalı ölçekler kullanılarak değerlendirmeler gerçekeştirilebilir.

6. Bu araştırma, Türkiye'nin Orta Karadeniz Bölgesinde yer alan bir il merkezinde gerçekeştirilmiştir. Bu nedenle dış geçerliliği düşüktür. İlerleyen çalışmalarda Türkiye'nin farklı bölgelerinde gerçekeştirilebilir.

7. Bu araştırmada ve gerçekeştirilen çok sayıda araştırmada, kadınların depresyon düzeylerine yönelik çalışılmıştır. İlerleyen çalışmalar sadece erkeklere yönelik olarak gerçekeştirilebilir.

8. Bu araştırmada, doğum sonrası depresyonu önlemeye yönelik olarak gerçekeştirilen müdahale programının, doğum sonrası depresyon düzeylerine etkisi incelenmiştir. Ancak doğum sonrası depresyon çok sayıda etmenin bir araya gelerek meydana getirdiği karmaşık bir olgudur. Bu nedenle, ilerleyen çalışmalarda doğum sonrası depresyona etki edebilecek risk faktörleri farklı araştırma modelleri (örn., kesitsel) kullanarak gerçekeştirilebilir.

KAYNAKÇA

- Amerikan Psikiyatri Birliği (2013). *DSM-5 tanı ölçütleri başvuru el kitabı*. (E. Köroğlu, Çev.). Ankara: HYB Basım Yayın.
- Annagür, B. B. ve Annagür, A. (2012). Doğum sonrası ruhsal durumun emzirme ile ilişkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(3), 279–292. doi:10.5455/cap.20120417
- Armstrong, K., O'donnell, H., McCallum, R. ve Dadds, M. (1998). Childhood sleep problems: Association with prenatal factors and maternal distress/depression. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 34(3), 263–266. doi:10.1046/j.1440-1754.1998.00214.x
- Aşkın, R. (1999). *Depresyon el kitabı* (İkinci Baskı.). İstanbul: Roche Müstahzarları San. A.Ş.
- Austin, M.-P., Tully, L. ve Parker, G. (2007). Examining the relationship between antenatal anxiety and postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 101(1–3), 169–174. doi:10.1016/j.jad.2006.11.015
- Aydın, N., İnandı, T. ve Karabulut, N. (2005). Depression and associated factors among women within their first postnatal year in Erzurum province in Eastern Turkey. *Women & Health*, 41(2), 1–12. doi:10.1300/J013v41n02_01
- Ayvaz, S., Hocaoğlu, Ç., Tiryaki, A. ve Ak, İ. (2006). Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4), 243–251.
- Barlow, C. A. ve Cairns, K. V. (1997). Mothering as a psychological experience: A grounded theory exploration. *Canadian Journal of Counselling*, 31(3), 232–247.
- Beck, A. T. ve Alford, B. A. (2014). *Depression causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, C. T. (1998). The effects of postpartum depression on child development: A meta-analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 12(1), 12–20. doi:10.1016/S0883-9417(98)80004-6

- Beck, C. T. (1999). Postpartum depression: Stopping the thief that steals motherhood. *AWHONN lifelines*, 3(4), 41–44.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update. *Nursing Research*, 50(5), 275–285. doi:10.1097/00006199-200109000-00004
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 55(1), 83–96. doi:10.2307/1129836
- Benoit, D. ve Parker, K. C. H. (1994). Stability and transmission of attachment across three generations. *Child Development*, 65(5), 1444–1456. doi:10.1111/j.1467-8624.1994.tb00828.x
- Beşer, E., Ergin, F. ve Sönmez, A. (2007). Aydın il merkezinde doğum öncesi bakım hizmetleri. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(2), 137–41.
- Bettes, B. A. (1988). Maternal depression and motherese: Temporal and intonational features. *Child Development*, 59(4), 1089–1096. doi:10.2307/1130275
- Beydağ, K. D. (2007). Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6), 479–484.
- Bilszta, J., Ericksen, J., Buist, A. ve Milgrom, J. (2010). Women’s experience of postnatal depression - beliefs and attitudes as barriers to care. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27(3), 44–54.
- Bloch, M., Meiboom, H., Lorberblatt, M., Bluvstein, I., Aharonov, I. ve Schreiber, S. (2012). Focus on women’s mental health the effect of sertraline add-on to brief dynamic psychotherapy. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 73(2), 235–241.
- Bloch, M., Rotenberg, N., Koren, D. ve Klein, E. (2005). Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. *Journal of Affective Disorders*, 88(1), 9–18. doi:10.1016/j.jad.2005.04.007
- Boath, E., Bradley, E. ve Henshaw, C. (2005). The prevention of postnatal depression: A narrative systematic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 26(3), 185–192. doi:10.1080/01674820400028431
- Büyüköztürk, Ş. (2011). *Deneyisel desenler: Öntest-sontest kontrol grubu desen ve veri analizi*. (3. bs.). Ankara: Pegem Akademi.

- Büyüköztürk, Ş., Çakmak, E. K., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş. ve Demirel, F. (2012). *Bilimsel araştırma yöntemleri* (13. bs.). Ankara: Pegem Akademi.
- Cohen, L., Manion, L. ve Morrison, K. (2007). *Research methods in education* (6. bs.). London: Routledge.
- Cohn, J. F., Campbell, S. B., Matias, R. ve Hopkins, J. (1990). Face-to-face interactions of postpartum depressed and nondepressed mother-infant pairs at 2 months. *Developmental Psychology*, 26(1), 15–23. doi:10.1037/0012-1649.26.1.15
- Collado, M. A., Saez, M., Favrod, J. ve Hatem, M. (2014). Antenatal psychosomatic programming to reduce postpartum depression risk and improve childbirth outcomes: a randomized controlled trial in Spain and France. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 22. doi:10.1186/1471-2393-14-22
- Colletta, N. D. (1983). At risk for depression: A study of young mothers. *The Journal of Genetic Psychology*, 142(2), 301–310. doi:10.1080/00221325.1983.10533521
- Cox, J. L., Holden, J. M. ve Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry*, 150(6), 782–786.
- Cox, J. L., Murray, D. ve Chapman, G. (1993). A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *The British Journal of Psychiatry*, 163, 27–31. doi:10.1192/bjp.163.1.27
- Cutrona, C. E. ve Troutman, B. R. (1986). Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: a mediational model of postpartum depression. *Child Development*, 57(6), 1507–1518.
- Çak, T. (2012). Stres ve bebeğe etkileri. K. Karabekiroğlu (Ed.), *Bebek Ruh Sağlığı Temel Kitabı* (ss. 167–178). Ankara: HYB Basım Yayın.
- Çak, T., Karabekiroğlu, K., Kültür, E. Ç., Tarakçıoğlu, M. C., Kaya, R., Say, G. N., ... Varol, F. (2015). Anne ve baba adaylarında psikiyatrik belirtiler ile doğum sonrası depresyon ve infantil kolik arası ilişki: Çok merkezli bir takip çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 26(2), 87–98.

- Çalık, K. Y. ve Aktaş, S. (2011). Gebelikte depresyon: Sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1), 142–162.
- Danacı, A. E., Dinç, G., Deveci, A., Şen, F. S. ve İçelli, İ. (2000). Manisa il merkezinde doğum sonrası depresyon yaygınlığı ve etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 11(3), 204–211.
- Demiralp, M. ve Oflaz, F. (2007). Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri ve psikiyatri hemşireliği uygulaması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 132–139.
- Dennis, C.-L. (2003). Detection, prevention, and treatment of postpartum depression. D. . Stewart, E. Robertson, C.-L. Dennis, S. L. Grace ve T. Wallington (Ed.), *Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Dennis, C.-L. ve McQueen, K. (2007). Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes? *Acta Pædiatrica*, 96(4), 590–594. doi:10.1111/j.1651-2227.2007.00184.x
- Deveci, A. (2003). Postpartum psikiyatrik bozukluklar. *Birinci Basamak için Psikiyatri*, 2, 42–46.
- Dinç, H., Yılmaz, T. ve Günaydın, S. (2014). Gebe eğitimi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 1(1), 68–76.
- Durat, G. (2003). *Sakarya ilindeki gebe kadınlarda doğum sonrası depresyon riskinin belirlenmesi ve yüksek riskli kadınlarda hemşirelik uygulamalarının etkinliği*. (Yayımlanmamış doktora tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Durukan, E. (2007). *2 hafta-18 aylık bebeği olan annelerde postpartum depresyon sıklığı, etkileyen faktörler ve yaşam kalitesi*. (Yayımlanmamış doktora tezi). Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Dünya Sağlık Örgütü. (1993). *ICD 10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması: Klinik Tanımlamalar ve Tanı Klavuzu*. (M. O. Öztürk ve B. Uluğ, Çev.). Ankara: Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği.
- Edhborg, M., Seimyr, L., Lundh, W. ve Widström, A.-M. (2000). Fussy child - difficult parenthood?: Comparisons between families with a “depressed” mother and non-depressed mother 2 months postpartum. *Journal of*

Reproductive and Infant Psychology, 18(3), 225–238.
doi:10.1080/713683036

- Efe, Ş., Taşkın, L. ve Eroğlu, K. (2009). Türkiye’de postnatal depresyon ve etkileyen faktörler. *Journal of the Turkish-German Gynecological Association*, 10, 14–20.
- Elliott, S. A., Leverton, T. J., Sanjack, M., Turner, H., Cowmeadow, P., Hopkins, J. ve Bushnell, D. (2000). Promoting mental health after childbirth: A controlled trial of primary prevention of postnatal depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 39(3), 223–241. doi:10.1348/014466500163248
- Engindeniz, A. N., Küey, L. ve Kültür, S. (1996). *Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması*. Bahar Sempozyumları 1. Kitabı. Ankara: Psikiyatri Derneği Yayınları,.
- Erdem, Ö. ve Bez, Y. (2009). Doğum sonrası hüüzün ve doğum sonrası depresyon. *Konuralp Tıp Dergisi*, 1(1), 32–37.
- Etchegoyen, A. (2005). Psychiatric disorders in pregnancy. *Women’s Health Medicine*, 2(2), 44–46. doi:10.1383/wohm.2.2.44.63061
- Fathi-Ashtiani, A., Ahmadi, A., Ghobari-Bonab, B., Azizi, M. P. ve Saheb-Alzamani, S. M. (2015). Randomized trial of psychological interventions to preventing postpartum depression among Iranian first-time mothers. *International journal of preventive medicine*, 6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4671165/> adresinden erişildi.
- Field, A. P. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (4. bs.). London: Sage.
- Field, T. (1995). Infants of depressed mothers. *Infant Behavior and Development*, 18(1), 1–13. doi:10.1016/0163-6383(95)90003-9
- Field, T., Hernandez-Reif, M. ve Feijo, L. (2002). Breastfeeding in depressed mother-infant dyads. *Early Child Development and Care*, 172(6), 539–545. doi:10.1080/03004430215105
- Fletcher, R. J., Matthey, S. ve Marley, C. G. (2006). Addressing depression and anxiety among new fathers. *Medical Journal of Australia*, 185(8), 461–463.

- Gagnon, A. J. ve Sandall, J. (2007). Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons.
- Galland, B. C., Taylor, B. J., Elder, D. E. ve Herbison, P. (2012). Normal sleep patterns in infants and children: A systematic review of observational studies. *Sleep Medicine Reviews*, 16(3), 213–222. doi:10.1016/j.smrv.2011.06.001
- Genesoni, L. ve Tallandini, M. A. (2009). Men's psychological transition to fatherhood: An analysis of the literature, 1989–2008. *Birth*, 36(4), 305–318. doi:10.1111/j.1523-536X.2009.00358.x
- Goodman, J. H. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing*, 45(1), 26–35. doi:10.1046/j.1365-2648.2003.02857.x
- Gözüyeşil, E. Y., Şirin, A. ve Çetinkaya, Ş. (2008). Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(9), 40–62.
- Grace, S. ve Sansom, S. (2003). The effect of postpartum depression on the mother infant relationship and child growth and development. D. . Stewart, E. Robertson, C.-L. Dennis, S. L. Grace ve T. Wallington (Ed.), *Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Gülseren, L. (1999). Postpartum depression: A review. *Turkish Journal of Psychiatry*, 10(1), 58–67.
- Gültekin, B. K. (2010). Ruhsal bozuklukların önlenmesi: Kavramsal çerçeve ve sınıflandırma. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(4), 583–594.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2014). *2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-2013)*. Ankara: Elma Teknik Basım Matbaacılık.
- Hamilton-Dodd, C., Kawamoto, T., Clark, F., Burke, J. P. ve Fanchiang, S. P. (1989). The effects of a maternal preparation program on mother-infant pairs: a pilot study. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 43(8), 513–521.

- Henderson, J. J., Evans, S. F., Straton, J. A. Y., Priest, S. R. ve Hagan, R. (2003). Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. *Birth*, 30(3), 175–180. doi:10.1046/j.1523-536X.2003.00242.x
- Ho, R. (2013). *Handbook of univariate and multivariate data analysis with IBM SPSS* (2 edition.). Boca Raton ; New York: Chapman and Hall/CRC.
- İnandı, T., Elçi, O. C., Öztürk, A., Eğri, M., Polat, A. ve Şahin, T. K. (2002). Risk factors for depression in postnatal first year, in eastern Turkey. *International Journal of Epidemiology*, 31(6), 1201–1207. doi:10.1093/ije/31.6.1201
- Jeon, H. J. (2011). Depression and suicide. *Journal of the Korean Medical Association*, 54(4), 370–375.
- Kara, B., Çakmaklı, P., Nacak, E. ve Türeci, F. (2001). Doğum sonrası depresyon. *Sted*, 10(9), 333–334.
- Karabekiroğlu, K. (2012). Gebelik dönemi ve bebek ruh sağlığı. K. Karabekiroğlu (Ed.), *Bebek Ruh Sağlığı Temel Kitabı* (ss. 25–36). Ankara: HYB Basım Yayın.
- Karaçam, Z. ve Kitiş, Y. (2008). Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği: Türkçe’de Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(2), 187–196.
- Karamustafaoğlu, N. ve Tomruk, N. (2000). Postpartum hüzün ve depresyonlar. *Duygudurum Dizisi*, 2, 64–71.
- Kaya, F. ve Serin, Ö. (2008). Doğum öncesi bakımın niteliği. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 5(1), 28–35.
- Kendell, R. E., Chalmers, J. C. ve Platz, C. (1987). Epidemiology of puerperal psychoses. *The British Journal of Psychiatry*, 150, 662–673.
- Kocamanoğlu, B. ve Şahin, A. R. (2011). Postpartum psikiyatrik bozukluklar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12(3), 226–232.
- Kuğu, N. ve Akyüz, G. (2001). Gebelikte ruhsal durum. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 23(1), 61–64.
- Kumar, O., Shigeo, N., Hasegawa, M., Nomura, J. ve Kumar, R. (1998). Effectiveness of antenatal education about postnatal depression: A

- comparison of two groups of Japanese mothers. *Journal of Mental Health*, 7(2), 191–198. doi:10.1080/09638239818238
- Kumar, R. ve Robson, K. M. (1984). A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *The British Journal of Psychiatry*, 144, 35–47. doi:10.1192/bjp.144.1.35
- Lam, P., Hiscock, H. ve Wake, M. (2003). Outcomes of infant sleep problems: A longitudinal study of sleep, behavior, and maternal well-being. *Pediatrics*, 111(3), e203–e207. doi:10.1542/peds.111.3.e203
- Lara, M. A., Navarro, C. ve Navarrete, L. (2010). Outcome results of a psycho-educational intervention in pregnancy to prevent PPD: A randomized control trial. *Journal of Affective Disorders*, 122(1–2), 109–117. doi:10.1016/j.jad.2009.06.024
- Lee, D. T. S. ve Chung, T. K. H. (2007). Postnatal depression: An update. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, Psychological Issues in Obstetrics and Gynaecology*, 21(2), 183–191. doi:10.1016/j.bpobgyn.2006.10.003
- Lee, D. T. S., Yip, A. S. K., Leung, T. Y. S. ve Chung, T. K. H. (2004). Ethnoepidemiology of postnatal depression. *The British Journal of Psychiatry*, 184(1), 34–40. doi:10.1192/bjp.184.1.34
- Lee, D. T. S., Yip, A. S., Leung, T. Y. ve Chung, T. K. (2000). Identifying women at risk of postnatal depression: Prospective longitudinal study. *Hong Kong Medical Journal*, 6(4), 349–354.
- Le, H.-N., Perry, D. F. ve Stuart, E. A. (2011). Randomized controlled trial of a preventive intervention for perinatal depression in high-risk Latinas. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(2), 135–141. doi:10.1037/a0022492
- Leiferman, J. (2002). The effect of maternal depressive symptomatology on maternal behaviors associated with child health. *Health Education & Behavior*, 29(5), 596–607. doi:10.1177/109019802237027

- Leigh, B. ve Milgrom, J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry*, 8(1), 24. doi:10.1186/1471-244X-8-24
- Leung, S. S., Lee, A. M., Chiang, V. C., Lam, S., Kuen, Y. W. ve Wong, D. F. (2013). Culturally sensitive, preventive antenatal group cognitive-behavioural therapy for Chinese women with depression. *International Journal of Nursing Practice*, 19, 28–37. doi:10.1111/ijn.12021
- Mao, H.-J., Li, H.-J., Chiu, H., Chan, W.-C. ve Chen, S.-L. (2012). Effectiveness of antenatal emotional self-management training program in prevention of postnatal depression in chinese women. *Perspectives in Psychiatric Care*, 48(4), 218–224. doi:10.1111/j.1744-6163.2012.00331.x
- Marakoğlu, K., Özdemir, S. ve Çivi, S. (2009). Postpartum depresyon. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 29(1), 206.
- Marakoğlu, K. ve Şahsıvar, M. Ş. (2008). Gebelikte depresyon. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 28(4), 525–532.
- McCarthy, M. ve McMahan, C. (2008). Acceptance and experience of treatment for postnatal depression in a community mental health setting. *Health Care for Women International*, 29(6), 618–637. doi:10.1080/07399330802089172
- McGrath, J. M., Records, K. ve Rice, M. (2008). Maternal depression and infant temperament characteristics. *Infant Behavior and Development*, 31(1), 71–80. doi:10.1016/j.infbeh.2007.07.001
- Milgrom, J., Schembri, C., Ericksen, J., Ross, J. ve Gemmill, A. W. (2011). Towards parenthood: An antenatal intervention to reduce depression, anxiety and parenting difficulties. *Journal of Affective Disorders*, 130(3), 385–394. doi:10.1016/j.jad.2010.10.045
- Misri, S., Kostaras, X., Fox, D. ve Kostaras, D. (2000). The impact of partner support in the treatment of postpartum depression. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 45(6), 554–558.
- Molzan Turan, J., Nalbant, H., Bulut, A. ve Sahip, Y. (2001). Including expectant fathers in antenatal education programmes in Istanbul, Turkey. *Reproductive Health Matters*, 9(18), 114–125. doi:10.1016/S0968-8080(01)90098-9

- Mooi, E. ve Sarstedt, M. (2011). *A Concise guide to market research: The process, data, and methods using IBM SPSS statistics*. Berlin: Springer.
- Morris, C. G. (2002). *Psikolojiyi anlamak*. (H. B. Ayvaşık ve M. Sayıl, Çev.). Ankara: Türk Psikologlar Derneği.
- Mulcahy, R., Reay, R. E., Wilkinson, R. B. ve Owen, C. (2009). A randomised control trial for the effectiveness of group interpersonal psychotherapy for postnatal depression. *Archives of Women's Mental Health*, 13(2), 125–139. doi:10.1007/s00737-009-0101-6
- Murray, L. ve Cooper, P. J. (1997). Editorial: Postpartum depression and child development. *Psychological Medicine*, 27(02), 253–260. doi:10.1017/S0033291796004564
- Nelson, A. M. (2003). Transition to motherhood. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 32(4), 465–477. doi:10.1177/0884217503255199
- Nielsen, D., Videbech, P., Hedegaard, M., Dalby, J. ve Secher, N. J. (2000). Postpartum depression: Identification of women at risk. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 107(10), 1210–1217. doi:10.1111/j.1471-0528.2000.tb11609.x
- Nolan, M. L., Mason, V., Snow, S., Messenger, W., Catling, J. ve Upton, P. (2012). Making friends at antenatal classes: a qualitative exploration of friendship across the transition to motherhood. *The Journal of Perinatal Education*, 21(3), 178–185. doi:10.1891/1058-1243.21.3.178
- Nur, N., Çetinkaya, S., Bakır, D. A. ve Demirel, Y. (2004). Sivas il merkezindeki kadınlarda postnatal depresyon prevalansı ve risk faktörleri. *CÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 26(2), 55–59.
- O'Hara, M. W., Stuart, S., Gorman, L. L. ve Wenzel, A. (2000). Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Archives of General Psychiatry*, 57(11), 1039. doi:10.1001/archpsyc.57.11.1039
- O'hara, M. W. ve Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8(1), 37–54. doi:10.3109/09540269609037816

- Omaç, M., Güneş, G., Karaoğlu, L. ve Pehlivan, E. (2009). Arapgir devlet hastanesine başvuran gebelerin doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma durumları ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi (Haziran 2004-2005). *Fırat Tıp Dergisi*, 14(2), 115–119.
- Orhon, F. Ş., Ulukol, B. ve Soykan, A. (2008). Bir sağlıklı çocuk polikliniğinde doğum sonrası depresyonda risk faktörleri: Anneye ve bebeğe ait özellikler. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 61(1), 7–12.
- Özgüven, İ. E. (1992). *Araştırmada, seçmede, psikolojik danışmada görüşme ilke ve teknikleri* (İkinci Baskı.). Ankara: PDREM Yayınları.
- Özmert, E. N. (2006). Erken çocukluk gelişiminin desteklenmesi-III: Aile. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 49(3), 256–273.
- Pajulo, M., Savonlahti, E., Sourander, A., Piha, J. ve Helenius, H. (2001). Prenatal maternal representations: Mothers at psychosocial risk. *Infant Mental Health Journal*, 22(5), 529–544. doi:10.1002/imhj.1016
- Pallant, J. (2010). *SPSS survival manual a step by step guide to data analysis using SPSS* (4. bs.). Maidenhead: Open University Press/McGraw-Hill.
- Patel, V., Rodrigues, M. ve DeSouza, N. (2002). Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. *The American Journal of Psychiatry*, 159(1), 43–47. doi:10.1176/appi.ajp.159.1.43
- Pearlstein, T., Howard, M., Salisbury, A. ve Zlotnick, C. (2009). Postpartum depression. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 200(4), 357–364. doi:10.1016/j.ajog.2008.11.033
- Phipps, M. G., Raker, C. A., Ware, C. F. ve Zlotnick, C. (2013). Randomized controlled trial to prevent postpartum depression in adolescent mothers. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 208(3), 192.e1–192.e6. doi:10.1016/j.ajog.2012.12.036
- Puckering, C., McIntosh, E., Hickey, A. ve Longford, J. (2010). Mellow Babies: A group intervention for infants and mothers experiencing postnatal depression. *Counselling Psychology Review*, 25(1), 28–40.

- Robertson, E., Celasun, N. ve Stewart, D. E. (2003). Risk factors for postpartum depression. D. . Stewart, E. Robertson, C.-L. Dennis, S. L. Grace ve T. Wallington (Ed.), *Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T. ve Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: A synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26(4), 289–295. doi:10.1016/j.genhosppsy.2004.02.006
- Sadeh, A., Tikotzky, L. ve Scher, A. (2010). Parenting and infant sleep. *Sleep Medicine Reviews*, 14(2), 89–96. doi:10.1016/j.smrv.2009.05.003
- Sağduyu, A., Ögel, K., Özmen, E. ve Boratav, C. (2000). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 11(1), 3–16.
- Saran, M., Seferoglu, G. ve Cagiltay, K. (2009). Mobile assisted language learning: English pronunciation at learners' fingertips. *Eurasian Journal of Educational Research*, 34(1), 97–114.
- Scott, D., Brady, S. ve Glynn, P. (2001). New mother groups as a social network intervention: consumer and maternal and child health nurse perspectives. *The Australian Journal of Advanced Nursing: A Quarterly Publication of the Royal Australian Nursing Federation*, 18(4), 23–29.
- Serhan, N., Ege, E., Ayrancı, U. ve Kosgeroglu, N. (2013). Prevalence of postpartum depression in mothers and fathers and its correlates. *Journal of Clinical Nursing*, 22(1-2), 279–284. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04281.x
- Solmuş, T. (2012). *Kadınlık ve annelik psikolojisi*. Ankara: Nobel.
- Spinelli, M. G. (2009). Postpartum psychosis: Detection of risk and management. *The American Journal of Psychiatry*, 166(4), 405–408. doi:10.1176/appi.ajp.2008.08121899
- Stocky, A. ve Lynch, J. (2000). Acute psychiatric disturbance in pregnancy and the puerperium. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 14(1), 73–87. doi:10.1053/beog.1999.0064

- Sutter-Dallay, A. L., Giaccone-Marcеше, V., Glatigny-Dallay, E. ve Verdoux, H. (2004). Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: A prospective survey of the MATQUID cohort. *European Psychiatry*, 19(8), 459–463. doi:10.1016/j.eurpsy.2004.09.025
- Şahin, E., Barut, Y. ve Ersanlı, E. (2013). Parental education level positively affects self-esteem of Turkish adolescents. *Journal of Education and Practice*, 4(20), 87–97.
- Şahin, E., Barut, Y., Ersanlı, E. ve Kumcağız, H. (2014). Self-esteem and social appearance anxiety: An investigation of secondary school students. *Journal of Basic and Applied Scientific Research*, 4(3), 152–159.
- Takahashi, Y. (2001). Depression and suicide. *Japan Medical Association Journal*, 44(8), 359–363.
- Tammentie, T., Tarkka, M.-T., Åstedt-Kurki, P. ve Paavilainen, E. (2002). Sociodemographic factors of families related to postnatal depressive symptoms of mothers. *International Journal of Nursing Practice*, 8(5), 240–246. doi:10.1046/j.1440-172X.2002.00373.x
- Tandon, S. D., Leis, J. A., Mendelson, T., Perry, D. F. ve Kemp, K. (2013). Six-month outcomes from a randomized controlled trial to prevent perinatal depression in low-income home visiting clients. *Maternal and Child Health Journal*, 18(4), 873–881. doi:10.1007/s10995-013-1313-y
- Turney, K. (2012). Pathways of disadvantage: Explaining the relationship between maternal depression and children's problem behaviors. *Social Science Research*, 41(6), 1546–1564. doi:10.1016/j.ssresearch.2012.06.003
- Uludağ, A. ve Ünlüoğlu, İ. (2012). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izlenen bebeklerin annelerinde stres oluşturan faktörler; stresle başa çıkmada birinci basamağın rolünün belirlenmesi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 4(3), 19–26.
- Warner, R., Appleby, L., Whitton, A. ve Faragher, B. (1996). Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. *The British Journal of Psychiatry*, 168(5), 607–611. doi:10.1192/bjp.168.5.607

- Warren, S. L., Howe, G., Simmens, S. J. ve Dahl, R. E. (2006). Maternal depressive symptoms and child sleep: Models of mutual influence over time. *Development and Psychopathology*, *1*, 1–16. doi:10.1017/S0954579406060019
- Watkins, S., Meltzer-Brody, S., Zolnoun, D. ve Stuebe, A. (2011). Early breastfeeding experiences and postpartum depression: *Obstetrics & Gynecology*, *118*(2, Part 1), 214–221. doi:10.1097/AOG.0b013e3182260a2d
- Wee, K. Y., Skouteris, H., Pier, C., Richardson, B. ve Milgrom, J. (2011). Correlates of ante- and postnatal depression in fathers: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, *130*(3), 358–377. doi:10.1016/j.jad.2010.06.019
- Weissman, M. M. ve Olfson, M. (1995). Depression in women: implications for health care research. *Science*, *269*(5225), 799–801. doi:10.1126/science.7638596
- Williamson, V. ve McCutcheon, H. (2004). Postnatal depression: a review of current literature. *Australian Midwifery*, *17*(4), 11–16. doi:10.1016/S1448-8272(04)80030-0
- Willinck, L. A. ve Cotton, S. M. (2004). Risk factors for postnatal depression. *Australian Midwifery*, *17*(2), 10–15. doi:10.1016/S1448-8272(04)80004-X
- Wrate, R. M., Rooney, A. C., Thomas, P. F. ve Cox, J. L. (1985). Postnatal depression and child development. A three-year follow-up study. *The British Journal of Psychiatry*, *146*(6), 622–627. doi:10.1192/bjp.146.6.622
- Xie, R., He, G., Liu, A., Bradwejn, J., Walker, M. ve Wen, S. W. (2007). Fetal gender and postpartum depression in a cohort of Chinese women. *Social Science & Medicine*, *65*(4), 680–684. doi:10.1016/j.socscimed.2007.04.003
- Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4. bs., C. xvii). New York, NY, US: Basic Books.
- Zeren, T., Tamam, L. ve Evlice, Y. E. (2003). Elektrokonvülsif terapi (EKT): Bir genel değerlendirme. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, *12*(4), 340–378. doi:10.17827/aktd.79949

Zlotnick, C., Tzilos, G., Miller, I., Seifer, R. ve Stout, R. (2016). Randomized controlled trial to prevent postpartum depression in mothers on public assistance. *Journal of Affective Disorders*, 189, 263–268. doi:10.1016/j.jad.2015.09.059

Zuckerman, B., Stevenson, J. ve Bailey, V. (1987). Sleep problems in early childhood: Continuities, predictive factors, and behavioral correlates. *Pediatrics*, 80(5), 664–671.

EKLER

EK I.

EDINBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Lütfen her bir madde için yalnızca bugün değil, son 7 gün içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz.

1. Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Artık pek o kadar değil
- Artık kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil

2. Geleceğe hevesle bakıyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Her zamankinden biraz daha az
- Her zamankinden kesinlikle daha az
- Hemen hemen hiç

3. Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Çok sık değil
- Hayır, hiçbir zaman

4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

- Hayır, hiçbir zaman
- Çok, seyrek
- Evet, bazen
- Evet, çoğu zaman

5. İyi bir nedeni olmadığı halde korkuyor ya da panikliyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Hayır, çok sık değil
- Hayır, hiçbir zaman

6. Her şey giderek sırtıma yükleniyor.

- Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum
- Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum
- Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkamıyorum
- hayır, her zamanki gibi çıkabiliyorum

7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Çok sık değil
- Hayır, hiçbir zaman

8. Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, oldukça çok
- Çok sık değil
- Hayır, hiçbir zaman

9. Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, oldukça sık
- Çok seyrek
- Hayır, asla

10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

- Evet, oldukça sık
- Bazen
- Hemen hemen hiç
- Asla

EK II.

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Bu form gebeliğin son üç ayına yeni girmiş anne baba adayları için hazırlanmıştır. Tüm bilgiler sadece araştırmacı tarafından değerlendirilecek ve bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Eğer bu araştırmada yer almayı düşünüyorsanız, lütfen tüm soruları eksiksiz yanıtlayınız. Teşekkürler.

Tarih:...../...../.....(gün/ay/yıl)

Telefon: 0.....// 05.....

Yaşınız:.....

Çalışıyor musunuz? Evet () Hayır ()

En son bitirdiğiniz okul ?

()Okuma yazma yok ya da ilkokulu bitirmedi

()ilkokul ()ortaokul ()lise ()üniversite

EK III.

ANNE-BABA ADAYLARINA YÖNELİK YENİ DURUMA ALIŞTIRMA GÖRÜŞMELERİ

Anne-baba adaylarına yönelik olarak hazırlanan yeni duruma alıştıırma görüşmeleri, ev ziyaretleri şeklinde gerçekleştirilen; her biri 90 ile 120 dk. süren 4 ziyaretten oluşmaktadır. Aşağıda ziyaretlerin süresi, kullanılan materyaller, süreç ve içerik hakkında bilgiler verilmiştir.

BİRİNCİ ZİYARET

Ziyaret Amaçları :

Birinci ziyaretin amaçları aşağıdaki gibidir.

Anne-baba adayı;

- Hamilelik döneminin kendine has kaygı ve stres etmenlerinin bir arada olduğu özel bir dönem olduğunu kavrar.
- Hamilelik/doğum ve sonrası dönemde psikolojik desteğin gerekli olduğu durumları bilir.
- Yeni hayata “duygusal hazırlık”ın önemini kavrar.
- “Gerçek iletişim” kurmanın önemini kavrar.
- Hamilelik/doğum ve sonrası dönemde meydana gelebilecek psikolojik değişimlerin neler olduğunu bilir.
- Bu dönemde eş ve çevre desteğinin önemini kavrar.

Süre: 90 dk.

Materyal: Powerpoint sunumu

Özet bilgiler kitapçığı

Süreç :

1. Araştırmacı ilk olarak çiftlere yeni duruma alıştıırma görüşmelerinin içeriği ve uygulama süreci hakkında bilgi vermiştir. Daha sonra araştırmacı gönüllülük, gizlilik gibi görüşme sürecine ilişkin hususlar hakkında aileleri bilgilendirmiş ve ailelere anlamadıkları bir konu olup olmadığı sorulmuştur. Ailelerin anlamadıkları bir durum olmadığını belirtmeleri üzerine görüşmeye geçilmiştir.
2. Araştırmacı birinci ziyaret süresince aşağıdaki bilgileri vermiştir.

Hamilelik Psikolojisi:

Hamilelik hem fizyolojik hem de psikolojik değişiklikleri beraberinde getirir. Anne adayları, yaşadıkları değişimin etkisiyle bir takım psikolojik değişiklikler yaşayabilirler (<http://www.psikologankara.net>) (10 Mart 2013).

Anne baba olmayı en çok isteyen kişiler bile bebeğin doğumu yaklaştıkça kendilerini hazırlıksız hissedebilirler. Çocuğun sağlığı, anne baba adayının kendi

hayatında yaşayacağı değişimlerle ilgili ve yeterince iyi bir anne baba olabilecek miyim düşüncesinden kaynaklanan kaygılar yaşanır. Bu kaygılar rahatsız edici düzeye ulaşmadıkça sağlıklıdır. Çünkü bireyi bebeğe ve yeni rolüne hazırlar. Bebek sağlığı gelişimi ve anne babalıkla ilgili yeterli bilimsel bilgisi olanlar bu kaygıyı daha sağlıklı düzeylerde yaşarlar (Karabekiroğlu, 2013).

Anneyi ilk önce saran duygu, bir yandan dünyaya bir çocuk getirmenin heyecanı diğer yandan doğacak çocuğun normal olup olmayacağı gibi endişeler olmaktadır. Pek çok hamile kadının yaşadığı bu ve bunun gibi psikolojik değişiklikler, aynı zamanda yoğun bir stresi de beraberinde getirir. Herkeste farklı boyutlarda oluşan hamilelik psikolojisi bazen tedavi gerektirecek kadar büyüüp rahatsızlık verebilir.

Bir açıdan bakıldığında annenin büyük zevk aldığı bir dönemdir hamilelik. Bu dönemin stres ve sıkıntıya dönüşmemesi için annenin gerekli bilgi ve donanımına sahip olması gereklidir. Hamilelik duygusu kişiden kişiye değişir. Bazı kadınlar için mutluluk ve olgunlaşma, kendini bulma ve hayalini gerçekleştirmek gibi kabul edilebilen hamilelik bazıları için korku ve endişe verici bir beklentiye de dönüşebilir. İnanç ve ümit bu dönemde manevi bakımdan kadına yardımcı olur. Genelde korku ve endişe bebeğin normal, sağlıklı, halk arasındaki deyimıyla “eli ayağı düzgün” olup olmayacağı konusuyula ilgilidir. Hamilelik dönemi üzerinde yapılan çalışmalar böyle bir psikoloji ile hamilelik yaşayan kadınların bebeklerinin, rahat ve inanıp güvenen kadınlara göre daha fazla strese maruz kaldığını ve riskli gebelik yaşadıklarını ortaya koymuştur.

İlk doğumunu yapmaya hazırlanan anne adayları bilmedikleri için doğumu normal olarak ağrılı, sancılı, dayanılmaz bir olay zanneder. Pek haksız olmasa da bu durumu fazla abartmaya gerek yoktur. Bu nedenle doğuma birkaç ay varken o anları kafasında tasarlayıp boşuna stres ve sıkıntıya girmektedirler (Arslan, 2011).

Hamilelik ve Depresyon:

Depresyon genetik, yaşam stresi, çevre, kişinin kendi beyin biyolojisi ve fizyolojisinden etkilenen son derece karmaşık bir bozukluktur. Depresyon özellikle günlük işleyiş, motivasyon ve uykuyu etkilediği için önemli eksikliklere yol açabilir.

Bilindiği gibi gebelik dönemi de sıkıntılı ve stresli bir dönemdir. Özellikle ilk defa gebelik geçirenler daha da sıkıntılı bir dönem yaşayabilir. Gebelik yaşayan bir kadına, eşi ve aile çevresi yardım ederek, bu dönemi daha az stres ve sıkıntı ile risksiz atlatmasına yardımcı olabilirler.

Bazı kadınlar gebelik dönemini normal hayatına devam eder gibi hiç umursamadan yaşayıp iş ve çalışmalarına son haftalara kadar devam ederler. Ancak herkes aynı dayanıklılıkta olmadığı için olayı büyütüp sıkıntıya hatta depresyona düşenler de olabilir. Bu konuda yapılan bazı anket ve istatistik çalışmaları, kötü bir hamilelik dönemi geçiren kadınların doğum sonrası, diğer kadınlara göre 2 kat daha fazla depresyon riskiyle karşı karşıya olduklarını göstermiştir.

Kabul etmek gerekir ki hamilelik başlı başına doğal bir stres ortamı ve sıkıntılı bir dönemdir. Hamilelik hakkındaki önceden edinilen olumlu veya olumsuz bilgiler algılar ve düşünceler hatta örf ve adetler hamilelik döneminde kadının karşısına çıkmaktadır. Bu nedenle gebelikte, sonrasında depresyona girmemek için kadınların gebelik dönemi hakkında bilgilendirilmesi ve annenin tedbirli olması gerekir (Arslan, 2011).

Psikolojik Kaygılar ve Beklentiler:

Hamilelik dönemi boyunca kadın her ay kendine has psikolojik kaygılar ve beklentilerle karşılaşmakta ve yaşamaktadır. Bu gebelik döneminin doğal bir sonucu olarak kabul edilmelidir (Arslan, 2011).

Yaşanan tüm stres faktörleri ve bireysel psikolojik sorunlar bu sürecin zorlaşmasına yol açabilir. Hamile bir kadın özellikle ilk ayda bir dizi psikolojik ve fizyolojik değişiklik yaşamaktadır. Bu dönemde yorgunluk bulantı ve kusma gibi fizyolojik belirti ile asabi ve alıngan bir ruh hali ortaya çıkabilmektedir

Gebelikte değişen hormon düzeyleri özellikle ilk 3 ayda yükselen b-HCG (gebeliğin gerçekleştiğini gösteren hormon olan b-HCG gebeliğin ilk aylarında çok yüksek düzeylere ulaşır daha sonra düzey düşer) anne adayında isteksizlik, uyku hali, mide bulantıları ve kişilik değişiklikleri gibi belirtilerin görülmesine yol açabilir (Karabekiroğlu, 2013).

Kadının yeni duruma uyumu, hamilelikle ilgili kaygı ve beklentileri, hamilelik sürecini ve bu sürecin nasıl geçeceğini belirlemektedir. Kadının ailesi ile ilişkisi, iş durumu, hamileliğin nasıl olacağına ilişkin yoğun düşünceler ve sonrasında oluşan kaygılar, sürecin nasıl yaşanacağını etkilemektedir. Yani hemen her anne adayında, kendi durumuyla ilgili olarak hamileliğin ilk ayında duygu ve mizaç değişiklikleri gözlenir. İstenen bir gebelik mutluluk ve doyum sağladığı için gebelik dönemi büyük ölçüde rahat geçmektedir (<http://www.annebebek.com.tr>) (10 Mart 2013).

Gebeliğin ikinci 3 ayı nispeten daha keyiflidir ve psikiyatrik sorunlar daha az görülmektedir. Ancak gebeliğe bağlı değişen tıbbi sorunlar (örn. Kanama ve düşük tehdidi, yüksek tansiyon vb) süreci yeniden zorlaştırabilir. Öte yandan anne adayının içinde taşıdıkları bu başka canlının kendi parçaları olduğu hissi ve zamanla onun “diğer” bir birey-öteki- oluşu süreci bu dönemde yaşanmaktadır (Karabekiroğlu, 2013).

Daha sonra kadının karnındaki bebekle ilişkisi geçmişte kendi annesiyle yaşadığı duyguları ortaya çıkarmakta, kadın bir yandan annelik rolüne uyum sağlarken diğer yandan annesiyle bütünleşmektedir. Mesela ikinci ve üçüncü aylarda kusması halen devam eden anne adayının psikolojik yapısı mutlaka etkilenir. Eğer bulantı ve kusma kadının normal yaşantısını devam ettirmesini engelleyecek seviyede ise psikolojik destek hatta ilaç desteği gerekebilir. Bu dönemde yeterli ve uygun verilen çevresel destek ve yapılan gevşeme çalışmaları faydalı olabilmektedir.

Hamileliğin üçüncü ayında doğacak bebek annenin bütün sistemlerini etkilemektedir. Doğum korkusu yaşayan kadınların kendini kontrol edememe, beden ve duygusal denetimle ilgili kaygılarının olduğu izlenmektedir. Bu kaygıların yoğun yaşandığı durumlarda psikolojik destek gerekli olmaktadır. Eşin ve yakın aile çevresinin de katılımıyla yapılan gevşeme çalışmaları, doğum ve sonrası hakkında bilgilendirme kadının kendi kontrolünü sağlayabileceği duygusunu artırırken, korku ve kaygılarını da azaltır.

Hamileliğin son dönemlerinde doğum olayı ve bebeğin sağlığına yönelik kaygılar sonucunda oluşan değişiklikler ve bunlara uyum sağlama ön plana çıkmaktadır. Hazırlıklar başta olmak üzere her şey buna göre yapılmakta ve şekillendirilmektedir (Arslan, 2011).

Her iki ebeveyn adayında da bireysel rol değişimlerine bağlı olarak görülebilen duygu ve davranış değişiklikleri de eşler arası ilişki örüntüsünü belirgin düzeyde etkileyebilmektedir. Son 3 ayda anne ve baba adayının bebeğe ve doğuma odaklanması, kadının yaşadığı hormonal ve psikolojik değişim ve cinsel perhiz eşler arasındaki cinsel uyumu da bozabilmektedir. Bu süreçte aile, kültürel çevre ve sosyal ortamın da yaşanan rol değişimi ve duygusal deneyimler üzerinde çok çeşitli etkileri olabilmektedir. Genellikle ihmal edilmiş olmakla birlikte baba adaylarının da bu süreçte yoğun duygular ve değişimler yaşadığı unutulmamalıdır (Karabekiroğlu, 2013).

Anne Baba Olmaya Hazırlık:

Bebeğe hazırlanmak; “genellikle evin bir odasını bebek için değiştirmek, duvar kağıdı, mobilya seçimleri, bebek giysileri, bebek arabası gibi ihtiyaçlar için alışverişe çıkmak” şeklinde algılanmaktadır.

Tüm bunlar zevkli ve heyecanlı hazırlıklar olmasına karşın, anne baba adaylarının yapacağı en önemli hazırlık duygusal hazırlıktır. Çiftlerin bebekle ilgili beklentileri, bebek geldiğinde değişecek olan hayatları, edinecekleri yeni rol tanımları, işbölümü ve sorumlulukları ile ilgili yapılması gereken gerçekçi konuşmalar bebek için hazırlıkta büyük önem taşımaktadır.

Genel olarak kadınlar çocuk sahibi olma konusunda babalara kıyasla daha isteklidir. Onlar doğanın verdiği ‘annelik içgüdü’ gibi bir imtiyaza sahiplerdir. Bebekleri için annelerin “iyi anne olabilecek miyim, sütüm gelir mi, bebeğime iyi bakabilir miyim” şeklinde pek çok endişesi de mutlaka olmaktadır. Annenin endişesi ve doğum sonrasında şaşkınlığı ne kadar olursa olsun (çok ağır durumlar dışında) bir şekilde içgüdüsel olarak kendini “anne” hisseder ve bebekle ilgilenmeye başlar. Fakat babalar için aynı şey geçerli değildir. Bilimsel bir araştırmaya göre babalar, bebeğin doğumundan 6 ay gibi bir süre sonra kendilerini baba gibi hissetmeye başlamaktadırlar. Babalar baba olduklarını hissedebilmek için kendilerine zaman tanımalı; anneler ise suçlayıcı veya aşırı talepkar olma durumundan yavaş yavaş babaları bebekle ilgili işlere dahil etmeye doğru geçiş yapmalıdırlar. Bazen yeni anneler belki de kendisi dışında birisine yeteri kadar güvenemedikleri için bütün işleri kendilerinin yapmalarında ısrarcı davranabilmektedirler. Böylece baba gittikçe kendini daha fazla dışarıda hissedebilmekte ve dışarıda hissettikçe bebeğe alışma ve ihtiyaçlarını karşılama

süresi uzayabilmektedir. Bu bir kısır döngü haline gelmeden anne babayı daha fazla sorumluluk alabilmesi için teşvik etmelidir (<http://www.bebek.com>) (9 Mart 2013)

Hamilelik dönemi yalnız kadınların yaşadığı bir dönem değildir. Aksine babalar da anneler kadar bu dönemi yaşar ve belli etmemeye çalışsa da anne kadar sıkılır ve stres yapar. Hatta bu dönemlerde öylesine yalnız kalır ki bazen bu durum kötü sonuçlar doğurabilir. Aslında bu konu tatlı bir endişe ve kaygıdır ama neticede bu kaygıyı herkes birlikte tatmaktadır. Babalık endişeleri, doğacak çocuğun sağlıklı olup olmayacağı veya doğup doğmayacağı, eşinin sıkıntıları ve onları paylaşma duygusu, çocuk doğunca dışlanacağı endişeleri babayı sarmaktadır. Çünkü anne yeteri kadar sıkıntı çekmektedir ve bebeğiyle bütünleşmiştir. Bu da hiç öyle bir şey olmamasına rağmen babayı dışlanmışlık hissine doğru itmektedir. Ayrıca gereksiz yere yapılan eleştiriler ve başkalarıyla kıyaslanma olduğunda baba gerçekten dışlandığını düşünmeye ve kendini sorgulamaya başlamaktadır (Arslan, 2011).

Baba adayları özellikle gebeliğin son dönemlerine yaklaşırken anne adaylarınıninkine benzer kaygılar duyarlar. Bu süreçte baba adayının oynayacağı rol ve yaşayacağı deneyimler, eşiyile olan ilişkisinin niteliğinden ve kültürel inançlardan oldukça etkilenir. Baba adayının aktif bir baba olması için anne adayının çocuk bakımı konusunda “tek söz sahibi kişi” rolünü babayla paylaşması gerekir (Karabekiroğlu, 2013).

Bu dönem kadının erkeğe ve erkeğin kadına en çok ihtiyaç duydukları dönemlerden biridir. Öte yandan hamilelik sırasında eşler ne kadar çok duygusal olarak hazırlanabilirlerse, annelik babalık üzerinde ne kadar düşünüp, ne kadar gerçek bir iletişim halinde olabilirlerse bebekle ilgili kendilerini o kadar rahat hissederler. Eşler öncelikle neden çocuk sahibi olmak istediklerini birbirlerine sormakla konuşmaya başlayabilirler. Bu çocuğu aynı nedenlerle mi istediklerini tartışabilirler. Ayrıca, bebek deyince akıllarında hangi imajın oluştuğunu konuşabilirler. Akıllarında mama sandalyesinde bir bebek mi yoksa bir okul çocuğu imajı mı oluşuyor? Bazen eşlerden birinde henüz bir çocuk sahibi olmaya karar verme aşamasında bile çocukla ilgili planlar akılda oluşmuş olabiliyor. Bunlar “Ata mı binse, baleye mi gitse yoksa piyano mu çalsa acaba? Hangi yuvaya, sonra da hangi özel okula gitse?” gibi şekilde olabilmekte, diğer eşin ise bu tip bir plan aklına bile gelmemektedir. Eşlerin çocuklarını yetiştirme yöntemleri, vermek istedikleri değer yargıları nelerdir? İşte bu ve buna benzer soruların cevapları arasındaki uçurumlar, hamilelik sırasında ve bebek doğduktan sonra ilişkileri olumsuz etkileyebilir.

Cevaplar tıpatıp aynı olmasa bile böyle bir iletişimle birlikte anne baba adaylarının akıllarındaki bebek ve çocuk imajları paralel bir duruma ulaşabilir. Böylece, sağlıklı ve gerçekçi bir platformda, artık “aynı çocuk” için heyecanlanmaya ve plan yapmaya başlayabilirler. Bebekleriyle sağlıklı bir iletişim kurabilmenin de adımlarını sağlam atmış olurlar (<http://www.elelecocukaile.com>) (12 Mart 2013).

Diğer önemli bir konu da doğum sonrasında hem annenin hem de babanın otomatik olarak yaşayacağı önemli bir duygusal durum; kendi anne ve babalarıyla

olan ilişkilerini düşünmektir. Bebek büyüdükçe zihninin bir tarafı kendi anne ve babasının nasıl bir anne ve ya baba olduğuyla meşgul olmaktadır. Örneğin baba adayları için düşünürsek, onlar sürekli bir şekilde kendi babalarıyla ilişkilerini gözden geçirirler. Tabii bu durum, babaların kendi babalarıyla ilişkilerinin niteliğiyle de doğru orantılıdır. İlişkileri iyi ise, babalığa bakış açıları veya baba olmakla ilgili duyguları daha olumlu olacaktır. Yine de “acaba ben de babam gibi iyi bir baba olabilecek miyim?” gibi bir endişeye kapılabilirler. Durum bunun tersi ise babanın kendi çocukluğunda yaşadığı olumsuz deneyimler için içine çok fazla karışabilir. Bu meseleler üzerinde sadece düşünmek ve eşlerin karşılıklı paylaşımları bile büyük bir içgörü yaratması büyük önem arz etmektedir.

Hiç kimse anne baba olarak doğmaz, anne babalık biraz da yaşayarak öğrenilir. Kişi bu süreçte yaşadığı değişimlere zamanla uyum sağlar ve her değişim dönemi gelecekteki daha sağlıklı bir dönem için fırsattır. Daha fazla sosyal desteği olan, bu süreç hakkında yeterli bilgiye sahip, kendi psikolojik sorunlarının farkında ve bunları kontrolünde tutan anne babalar bu süreçten pek çok olumlu deneyimle ayrılırlar.

Bebeğin doğumuyla birlikte özellikle ilk aylarda yaşanan sorunlar (örn. annenin zamanının çok büyük bir bölümünü bebeğe ayırmak zorunda oluşu, bebeğin sürekli ağlaması vb.) genellikle geçicidir. Anne ve baba doğum öncesindeki yaşantısına (örn. arkadaşlarına, sosyal etkinliklerine, akademik hayatlarına) zamanla yeniden kavuşmaya başlar (<http://www.bebek.com>) (10 Mart 2013).

Psikolojik Değişiklikler:

Anne adayında gebeliğin ilk aylarındaki sevinç ve mutluluk halleri giderek yerini başka duygulara bırakır. İlerleyen haftalardan itibaren anne adayında duygusal değişimler başlar. Mesela eşin eve yakın çevresinin bazı tavır ve davranışlarından rahatsız olur. Fazla alıngan olmaya başlar ve her şeyden bir anlam çıkarır. Tecrübeli annelerin anlattığı çeşitli çocuk hikayelerinden etkilenir ve çocuğu hakkında endişelenmeye başlar. Keza çabuk sinirlenme ve hüzünlenme ayrıntılara takılma, hayal kurma ve dolayısıyla uyku düzeni bozuklukları, sinirlilik anne adaylarının en çok rastlanan belli başlı rahatsız edici durumlarıdır. Bunun sebebinin çok defa hormonlarındaki değişimler ve stres olduğu düşünülür.

Eşi ve annesi başta olmak üzere anne adayına yakın olan hemen herkesin onu anlayıp rahatlatması bakımından üzerinden ilgiyi eksik etmemek gerekir ki nu onu her şeyden çok rahatlatıp güven verecektir.

Daha önce söylenildiği gibi anne adayını bazı endişeler sarar. Bunların bir kısmı bebekle bir kısmı kendisiyle bir kısmı da babayla ilgilidir. Bebeğin sağlıklı ve eli ayağı düzgün olup olmayacağı, doğum sancularına katlanma ve doğum sırasında utanacak bir şeyler yapma ihtimali ve iyi bir anne olup olamayacağı gibi korkular, kuşku ve endişeler... bunlar hemen her hamile kadının başına gelen ve yaşadığı olaylardır. Genelde ilk defa hamile olan kadınların yaşadığı bu tür duygular bazen çok abartılır ve gereksiz telaş ve sıkıntılara sebep olabilir.

Ancak anne adayını bu durumda tamamen haksız değildir. Bunlar hamilelik döneminin getirdiği hassasiyetten kaynaklanan duygulardır. Hamilelik süreci

zaten başlı başına duygusal bir dönemdir. Hamilelik sağlıklı devam edip bebek gelmeye doğru yaklaştıkça onun geleceği ile ilgili konuları düşünmek son derece normaldir. Hatta düşünmemek yanlış olur. Ancak bu duyguların hamilelik sırasında düzene koyulması ve gereksiz endişelerden uzaklaşılması, bebekle birlikte yaşamayı ve hatta doğumu kolaylaştırır (Arslan, 2011).

Hamilelikte Eş Ve Çevre Desteği:

Anne adayları, hamileliğin ilk dönemlerinde yalnızca bedenlerindeki değişikliklere değil aynı zamanda yeni bir bireyin sorumluluğunu alma fikrine de alışmak zorundadırlar. Bu süreçte eşinden hem duygusal hem de fiziksel manada destek bekler. Anne adayı, eşinin de beraber dünyaya getirecekleri çocuk için kendisiyle eş düzeyde heyecanlanmasını ister. Eşinin iş için harcadığı zaman ve enerjinin kısılmasını, bu sürenin bebekleriyle kendisine ayrılmasını bekler.

İçinde bulunduğu koşullar, anne adayının mantıklı davranmasını zorunlu kılsa da duygusal dünyası bencil olmayı ve eşinden imkansız karşılaşılmayan istek ve önerilerde bulunabilir. Beklenti, bu isteklerin itirazsız karşılanması şeklindedir. Bazen zaman sorunu, bazen maddi sıkıntılar nedeniyle bu istekler gerçekleşmezse, baba adayı gerekli sevgi ve özeni göstermediği şeklinde suçlanabilir. Bu şekilde başlayan tartışmalar, farklı boyutlara taşınıp evdeki huzur ortamı etkilenebilir. Uygun olmayan zamanda ve mekanda, normalde pek olmayan eşini anlamaya çalışan baba adayıyla çatışmalar yaşanabilir. Baba adayı bir yandan bu yeni duruma kendisini hazırlamaya çalışırken, bir yandan da eşinin bu taleplerini karşılamaya uğraşacak, bu aşamada gerçekleştiremediği istekler yüzünden de strese girecek, üzülecek ve bunu farklı şekillerde yansıtacaktır.

Anne adayı, bir yandan neşe ve olgunlukla hamilelik sürecini yaşarken bir yandan da türlü endişelerle boğuşmaktadır. Eşinin bu süreçte yanında olması, ruh sağlığı açısından çok önemlidir. Bu yepyeni süreçte yalnız olmayacağını bilmek, eşinin de dünyaya gelen canlıyı büyütmede sorumluluğu onunla paylaşacağını hissetmek endişeleri yatıştırır. Bebek haberinin alınmasından sonra eşlerin birbirlerine hem miktar hem de kalite olarak daha fazla zaman ayırmaları önemlidir. Bu süreç her ikisi için de yenidir ve eşler ekibe yeni katılan eleman için birtakım ortak düzenlemeler yapılmalıdır (<http://www.aktuelsikoloji.com>) (10 Mart 2013).

Hamilelik döneminde kadın olup biten değişiklikleri ve olayları yaşarken eşinin ve çevresinin desteğine ihtiyaç duyması kaçınılmaz bir durumdur. Eşinin ve aile çevresinin yanında olduğunu bilmesi, kadına moral destek sağlayacak stres ve sıkıntılarını azaltıp rahatlatacaktır. Çünkü gebelik döneminin baş aktörü ve etkileneni kadındır. Bu nedenle onun bu dönemde hassaslığı üzerinde olacak; anne babasıyla ve kardeşleriyle yaşadığı ilk çocukluk anıları ve problemleri tekrar gündeme gelip yaşanabilecektir. Kadının kendi içine kapandığı durumlarda eşini ihmal edildiğini düşündüğü gibi eşinin kendi dünyasıyla baş başa kaldığı zamanlarda da aynı şeyi kadın daha yoğun olarak düşünebilmektedir.

Bu nedenle bu dönemi geçirene kadar eskisinden daha fazla ilgi bekleyen anne adayına bu ilgiyi vermek gerekir. Çünkü bu destek onun güven kaynağı olacak ve içinde bulunduğu sıkıntılı durumdan daha rahat çıkmasına yardımcı olacaktır. Eğer eşi bu desteği verecek psikolojik yapıda biri değilse kadının işi daha da

zorlaşacak ve taşıdığı yük daha da ağırlaşacaktır. Bu nedenle baba adayı hiçbir mazeret belirtmeden durum ne olursa olsun hamileliği esnasında eşini ihmal etmemeli ve gelişmeleri birlikte değerlendirmeli, değişimlere ayak uydurup eşiyle bilinçli olarak ilgilenmelidir.

Gebelik sırasında gelişimi takip eden doktorun tutum ve davranışları ve verdiği destek de en az aile ve eşinin desteği kadar önemlidir. Çünkü gebelik döneminde doktor bilgilendirici ve destek verici bir rol oynamaktadır. Bu görevi itibariyle hamile kadında oluşacak değişim ve sorunlar karşısında onu daha iyi anlayıp yorumlayan biri olarak sorunlarını paylaşıp doğuma ait kaygı ve beklentileri düzenlemeye yardımcı olabilir (Arslan, 2011).

3. Görüşme sonunda araştırmacı ailelerin anlamadıkları ve merak ettikleri noktalara ilişkin soruları yanıtlamış ve oturumu özetlemiştir. Daha sonra özet bilgiler katılımcılara dağıtılmış ve sonraki ziyaretin gün ve saati kararlaştırılmıştır. Araştırmacı daha sonra ailelere teşekkür ederek gelecek hafta buluşmak üzere görüşmeyi sonlandırmıştır.

İKİNCİ ZİYARET

Ziyaret Amaçları :

İkinci ziyaretin amaçları aşağıdaki gibidir.

- Anne-baba adayı hamilelik döneminde;
- Alkol/sigara kullanımının anne-bebek üzerindeki etkilerini bilir.
- Giyim, iş yaşamı, teknoloji cihazları, cinsel hayat ve ilaç kullanmaya dair dikkat edilmesi gerekenleri bilir.
- Dinlenme, uyku ve egzersizin önemini kavrar.
- Stresin anne-bebek üzerindeki etkisini kavrar.
- Yaşanabilecek hastalıkları ve bunların anne-bebeğe etkilerini bilir.
- Beslenme ve dikkat edilmesi gereken noktaları bilir.

Süre : 120 dk.

Materyal : Powerpoint sunumu

Özet bilgiler kitapçığı

Süreç :

1. İlk olarak önceki görüşmenin özeti yapıldı ve ailelere sormak ya da belirtmek istedikleri bir konu olup olmadığı soruldu. Paylaşımında bulunmak isteyen ya da soru sormak isteyen olduğu takdirde paylaşımlar dinlenip sorular cevaplandırılarak ikinci görüşmeye geçildi.
2. Araştırmacı ikinci ziyaret süresince aşağıdaki bilgileri vermiştir.

Alkol/Sigara Kullanımı ve Hamilelik:

Gebelik süresince alkol kullanımı, fetüse zararı olabileceğinden dolayı hamilelik süresince alkol kullanılmaması tavsiye edilmektedir. Amerika İnsan ve Sağlık Birimi, hamilelikte alkol kullanılmaması için kampanya başlatmıştır. Bunun

sonucu olarak 1985 yılında %32 olan hamilelikte alkol alma oranı %20' ye düşmüştür.

Alkol, bebekte anomali, düşük ve azalmış doğum ağırlığına neden olabilir. Aşırı alkol tüketen anne adaylarının bebeklerinde "Fetal Alkol Sendromu" denilen özel bir durum görülebilir. Bu çocuklarda doğum öncesi ve sonrası gelişme geriliği, mikrosefali denilen kafanın küçük olması durumu, anormal davranışlar, dikkat eksikliği, hiperaktivite, zeka geriliği, küçük burun, ve normalin dışında bir yüz şekli söz konusudur.

Sigara kullanımı ise artmış oranda düşük riski, astım, ağır solunum yolu hastalıkları, özellikle matematiksel becerilerin beklenenin altında olması, düşük doğum ağırlığı, doğum sonrası ölüm oranında artma ve erken doğuma sebep olabilmektedir. Bu problemler anne yaşının ileri olması gibi diğer faktörlerin eklenmesiyle daha da artar.

Nikotin plasenta aracılığıyla bebeğe geçer ve kan damarlarının daralmasına neden olur. Bu, bebeğinize giden kanın dolayısı ile oksijenin ve besin maddelerinin azalması demektir. Sonuç olarak bebeğinizin beslenmesi engellenmiş olur. Sigara düşüğe, erken doğuma ve bebeğin düşük kilolu olmasına neden olabilir.

Hamilelikte sigara kullanan bayanlar üzerinde yapılmış çalışmaların sonuçları çarpıcıdır;

- Bebek, gelişmesi için gerekli miktarda kan ve oksijeni alamadığından sigara içen annelerin bebekleri, içmeyen annelerin bebeklerine göre ortalama 200 gram eksik doğmaktadır.
- Gebelikte sigara içen annelerin bebeklerinin sakat doğma ihtimali, içmeyen annelere göre %65 daha fazladır.
- Hamilelerde erken doğum ya da düşük yapanların % 80'i sigara kullanmaktadır.
- Sigara içen kadınlarda kısırlık oranı, içmeyen kadınlara nispetle 10 kat daha fazladır.
- Evli çiftlerden sadece birinin sigara içmesi, çocuk olmama riskini 3 kat artırır (Ekici, 2010).

Gebelik Sürecinde Giyim:

Gebelikte anne vücudunda bir dizi değişiklik meydana geldiği için sırt, bacak ağrıları, nefes darlığı gibi bazı küçük rahatsızlıklar yaşayabilirsiniz. Giysileriniz bu rahatsızlıkları azaltacak özellikte olmalıdır. Hamileliğin 4. ayına kadar anne adayları kullanmakta oldukları kıyafetleri giyebilirler. Fakat bu sürede bol kıyafetleri tercih etmeleri yararlı olacaktır. 4. aydan itibaren kilo artışıyla birlikte vücut hatlarında da ciddi değişimler olacaktır. Bu nedenle anne adayının iç ve dış giyim tercihlerinde vücuduna uygun, rahat hareket edebileceği mevsim koşullarına uyacak kalınlık ya da incelikte kıyafetleri seçmeleri uygun olacaktır. Giysiler asla vücudunuzu sıkacak kadar dar olmamalıdır. Özellikle bacaklardaki kan dolaşımını engelleyebilecek dar çorap, pantolon veya eteklerden kaçınmalısınız. Dar kıyafetler özellikle dar kesim pantolonlar bacaklardaki kan dolaşımını engelleyerek varis oluşumuna neden olurlar. Kullanacağınız giysiler

pamuklu veya yönlü kumaştan yapılmış olmalı, sentetik kumaşlar kullanmamalısınız.

Gebelikte kullanacağınız sutyen çok önemlidir. Gebelik süresince memeler çok hızlı büyür. Bu büyüme sırasında ağırlaşan memeler hem sarkar hem de ağırlığı nedeniyle ağrıya neden olabilir. Gebelik süresince seçeceğiniz sutyen geniş askılı ve tüm göğsü kavrayacak ve kaldıracak biçimde olmalıdır. Sutyeninizin çok sıkı olmamasına zen gösterin.

Gebelik süresince zen göstermeniz gerek noktalardan biri de ayakkabılarınızdır. Gebelik süresince vücut yapınız değişir. Bel ukurunuz artar ve karnınızın büyümesi ile birlikte vücut dengeniz değişir. ne doğru artan ağırlığı dengelemek için annenin vücudu arkaya doğru eğilir. Bu dengeyi sağlamak için kullandığınız ayakkabının topuk ykseklıği çok önemlidir. Gebelikte topuk ykseklıği 2-3 cm olmalıdır. Çok düz veya çok yüksek topuklu ayakkabılar giyilmemelidir. Çünkü bu tür ayakkabılar dengenizin bozulmasına neden olabilir. Topuksuz ya da yüksek topuklu ayakkabılar vücudun denge merkezini değiştirdiği için bel ağrısı ya da denge problemi yapabilir. Ayrıca kullandığınız ayakkabıların ayaklarınızı iyi biçimde sarması gerekir. Ayağınızı iyi sarmayan ayakkabılar dşmenize neden olabilir. Çok sıkı ayakkabı giymek ise ayağınızın kan dolaşımını engelleyebilir (<http://www.hakankilavuz.com.tr>) (17 Mart 2013)

Gebelikte İş Yaşamı:

Gebelik süresince çalışmanıza engel oluşturacak bir sağlık sorunu olmadığı sürece çalışma yaşamına devam etmelisiniz. Gebelik normal yaşam dönemlerinden biridir. UNUTMAYIN, GEBELİK BİR HASTALIK DEğİLDİR! Her Şey yolunda gittiği sürece gebelikten önceki yaşamınızı biraz daha dikkatli olarak sürdürebilirsiniz. Çalışma hayatı kadını üretken yapar. Gebelik süresince bu üretkenliği sürdürmek önemlidir.

Ancak yapılan için niteliklerine göre ve gebeliğin seyrine göre gebelik döneminde çalışmaya devam edilip edilmeyeceği veya gebeliğin hangi haftasından itibaren iş yaşamına ara verileceği anne adayından anne adayına farklılık gösterir. Masa başında çalışma gibi günlük yaşamı fazla etkilemeyen bir işi olan anne adayları gebeliğin son haftalarına kadar ve hatta tüm gebelikleri boyunca çalışmayı sürdürebilirler. Fakat anne adayının aşırı stres yaşamasına neden olacak, bedenini yoran (ağır kaldırma, sık yolculuk etme gibi), kimyasal maddelere maruz kalınan mesleklerde (boya, ilaç sanayii), radyasyon ve enfeksiyon tehlikesine maruz kalınan mesleklerde (sağlık sektörü) alışan anne adayları iş ortamının gebelik üzerine olan muhtemel riskleri konusunda bilgi edinmelidirler. Gerekirse işverenle konuşarak pozisyon değişikliği ya da işe ara verme gibi bir yola başvurabilirler. Gebelerin ağır işlerde çalışmasının prematüre doğumlara yol açtığı unutulmamalıdır. Çalıştığınız sürece çalışma koşullarınızı yeniden düzenleyebilirsiniz (Okumuş ve Mete, 2009).

- o Ağır kaldırmamalısınız.
- o Uzun süre oturarak iş yapıyorsanız saat başı beş dakika ayağa kalkarak dolaşabilirsiniz.
- o Masa başında çalışıyorsanız ayaklarınız yükseltebilirsiniz.

- Çalışma ortamınızda radyasyon, zehirli kimyasal maddeler varsa uzak durmalısınız.

Teknoloji Cihazları ve Gebelik:

Gebelikte teknolojik cihazlar denince akla öncelikle ultrason, cep telefonu, bilgisayar ve röntgen gelmektedir. Ultrasonografi, ses dalgalarının dokuların yoğunluğuna göre değişik derecelerde yansması ilkesine dayanan bir görüntüleme yöntemidir. Söylentilerin aksine, gebelikte uygulanan ultrasonografinin fetusa "zararlı" olduğu yönünde ya da doğmadan önce annelerine gebelik döneminde ultrason uygulanmış bireyler üzerinde olumsuz bir etki oluşabileceği yönünde herhangi bir bulguya rastlanmamıştır.

Mobil (cep) telefonların beyin kanserine yol açtığı, kalp ritmini bozduğu, başka tür kanserlere yol açabileceği konusu zaman zaman medyada haber olarak izlenmektedir. Bu haberler için kanıt istendiğinde ise istatistiksel olarak anlamlı bir veri çoğu zaman gösterilememektedir. Cep telefonu üreticisi firmalar, ürettikleri cihazların yaydığı radyasyonun insanlara zarar vermediğini, SAR (özgün soğurma oranı) adı verilen birimle ölçülen miktarların zarar verebilecek sınırların çok altında yer aldığını ve bu SAR miktarlarının en kısa zamanda telefonların kullanma kılavuzlarında da yer alacağını belirterek kullanıcıları rahatlatmaya çalışmaktadırlar.

Firmalar kendi yaptıkları ölçümlerde SAR oranının telefon numarasını çevirirken ve telefon çalarken en yüksek değerine çıktığını, bağlantı gerçekleştikten sonra ve telefon kullanılmadığı zamanlarda en az seviyede olduğunu belirlemişlerdir. Bununla birlikte her türlü riskten uzak durmak gerektiğini düşünerek özellikle gebelik döneminde cep telefonu gereksiz yere uzun süreler konuşmamak, cep telefonunu kalbin üzerinde bulundurmamak (bu, özellikle kalp hastaları ve kalp pili kullananlar için çok önemli), telefonu karın bölgesinden uzak bir yerde buldurmak gibi tedbirler almak faydalı olacaktır.

Gebelikte bilgisayar kullanımına gelince: 1980'lerin başlarında yapılan çalışmalarda VDT (video display terminal adı verilen monitörler) 'lerin ölçülebilir miktarlarda X ışını yaymadığı tespit edildi. VDT'ler X-ışını üretse bile bu ışının doğumsal sorun yaratacak kadar yüksek olmadığı ve ışının terminal tarafından absorbe edildiği fark edildi. Nielsen ve arkadaşları, 6000'den fazla kadın üzerinde yaptıkları araştırmada VDT kullanımı ile düşük doğum ağırlığı, erken doğum, ölü doğum ve yenidoğan döneminde ölüm arasında herhangi bir ilişki olmadığını ortaya koymuşlardır.

Bilgisayar kullanıcılarının çoğunda ense, bilek, el ve omuz ağrıları mevcuttur. Yine bu kişilerde gözlerde problem ortaya çıkabilmektedir. Bu durum çoğu kişide stres yaratmaktadır ve stres gebelik üzerinde olumsuz etkiye sahiptir. Eğer işiniz nedeniyle sık sık bilgisayar kullanmak zorunda kalıyorsanız rahat bir masa, koltuk ve ayrıca belinizi rahatlatacak yastık kullanmalısınız. İki saatte bir 15 dk ara vermelisiniz. Baş boyun hareketlerinin yanı sıra omuzlar ve ayak egzersizleri yapmak sizi rahatlatır.

Gebeliğin döllenmeden sonraki ilk 14 gününde embriyo radyasyona çok hassastır ve genellikle "ya hep ya hiç" kuralına göre gebelik ya tamamen sona erer (düşük veya ölüm) veya gebelik normal olarak devam eder. Bu dönemde anomali veya büyüme geriliğine sebep olduğu gözlenmez. Bu ilk 14 günden sonra yüksek doz radyasyona maruz kalındığında zeka geriliği ve beyin, göz ve diğer organlarla ilgili anomaliler ve büyüme geriliği gelişebilir. Hamilelik sırasında gereksiz röntgen çekimlerinden uzak durmak gerekir ve mümkünse karın bölgesini kurşun yekele korumak gerekir. Acil olmayan röntgen filmleri gebelikten sonraki döneme ertelenmelidir (Ekici, 2010).

Gebelikte Seyahat:

Normal giden bir gebelik sürecinde gebeliğin ilk ve son ayları hariç seyahat etmenin herhangi bir sakıncası olmamakla birlikte belirli bir risk taşımaktadır. Özellikle özel bakım gerektiren ve ciddi sağlık sorunları olan anne adaylarına tavsiye edilmemektedir. Normal bir gebelikte seyahat ederken aşağıdaki hususlara dikkat edilmesi riskleri en aza indirecektir.

- Uzun yolculuklarda her iki saatte bir 5 dakika yürüyüş yapılmalıdır. Bu sayede vücutta şişmeler azalacak, kan dolaşımı rahatlatılacaktır.
- Mutlaka emniyet kemerinizi takınız. Emniyet kemerini göbeğinizin altından ve üstünden gelecek biçimde takınız.
- Gebeliğin 28. Haftasına kadar herhangi bir rapor olmaksızın, 28. Haftadan sonra 32. Haftaya kadar doktor raporu ile uçak seyahati yapabilirsiniz. 32. Haftadan sonra uçak seyahatine izin verilmemektedir. Uçak seyahati öncesinde gebeliğinizi mutlaka yetkililere bildirmelisiniz.
- Bağırsız ve rahat ayakkabı ve kıyafetler tercih edilmelidir.
- Kraker, meyve suyu gibi gıdalar yolculuk esnasında tüketilebilir. Bu sayede mide bulantısı engellenebilir.
- Seyahate çıkmadan evvel gebeliği takip eden doktora danışılması faydalı olacaktır.
- Yurt dışı seyahatleri zorunlu olmadıkça yapılmamalıdır. Mecburi gidişlerde belirli aşular yaptırılmalı ve hijyene azami ölçüde dikkat edilmelidir (Ekici, 2010).

Gebelikte Cinsel Hayat:

Her şeyin normal olarak gittiği durumlarda son dört haftaya kadar cinsel yaşamda hiçbir kısıtlama yoktur. Yine, daha önceden "**tekrarlayan gebelik kayıpları**" olan veya erken doğum yapan kadınlarda, orgazma bağlı düşük riskleri nedeni ile ilk üç ayda ilişki kısıtlanabilir.

Yaşamakta olduğu gebeliğinde herhangi bir dönemde vajinal kanama olması durumunda, düşük veya erken doğum tehidi olan kadınlarda ilişki kesinlikle yasaklanır. Bu yasak tehlikenin ortadan kalktığı kesin olarak saptanana kadar devam eder.

Erkeklerde veya kadında teşhis edilmiş "genital enfeksiyon" varlığında da tam olarak tedavi tamamlanıncaya kadar yasak konmalıdır.

"Plasenta previa (plasentanın önde gelmesi)" gibi **gebelik süresince riskli durumu olanlarda** da kanamayı başlatma riski nedeni ile ilişkiden kaçınmak gerekir. Anne adayının orgazm olması rahim kaslarının kasılmasına neden olsa da bu kasılmalar erken doğum ya da düşüğe neden olmazlar. Gebeliğin seyrine bağlı

olarak cinsel istekte azalma ya da artma söz konusu olabilir. Bu anormal bir durum değildir (<http://www.jinekolognet.com>) (20 Mart 2013).

Gebelikte İlaç Kullanmak:

Gebelik döneminde mümkünse hiçbir ilaç kullanılmamalıdır. Fakat, gebelik öncesinde sahip olunan bazı hastalık veya rahatsızlıklar (yüksek tansiyon, kalp, sara gibi) ile gebelik dönemindeki şikayetler, kişilerin gebelikte ilaç kullanımını zorunlu kılabilir. Gebelikte kullanılması gerekli ilaç alımında temel prensip kar/zarar oranıdır ve bunu ancak doktor tayin edebilir. Doktor kontrolünde verilmeyen hiçbir ilaç (aspirin gibi ağrı kesiciler de dahil) alınmamalıdır.

Bu tip ilaçların yanında faydası gözetilerek doktor tarafından verilen bazı takviyeler de vardır. Örneğin; gebeliğin ilk döneminde bebeğin sinir sistemi oluşurken folik asit takviyesi öngörülmektedir. Folik asit besinlerle alınsa da, bu dönemde ihtiyacın artması ile bebeği riske atmamak için tablet şeklinde alınması önerilir. Yeterli beslenmeyen ya da vitamin eksikliği gözlemlenen anne adaylarına doktor tarafından vitamin takviyesi de verilmektedir. Doktor kontrolünde olmaksızın alınan vitaminlerin (mesela fazla A vitamini) hamilelik döneminde zararlı olabilir. Bebek, gebeliğin 6. ayından sonra kendi karaciğerine demir pompalamaktadır (Demir, kan yapımında kullanılmaktadır). Bu nedenle anne adayının normal zamanda besinlerden karşıladığı demir miktarı, bu dönemde genellikle yeterli gelmez. Bu dönemde kansızlık görülen annelere doktor tarafından demir takviyesi verilmektedir (Ekici, 2010).

Gebelik Sürecinde Dinlenme Ve Uyku:

Gebelik dönemi, annenin yaşamında en çok dinlenme ve uykuya ihtiyaç duyduğu dönemdir. İlk aylarda salgılanan hormonların etkisiyle ortaya çıkan yorgunluk hissi, anneyi dinlenmeye ve uykuya zorlayacaktır. Bu dönemde her gün en az 8 saat uyumalıdır. Uyurken sırtüstü ya da yüzükoyun yatmak yerine, sol yana ve ayakların arasına yastık koyarak yatmak anne ve bebek için daha rahatlatıcı olacaktır. İş gereği sürekli oturmak zorunda kalan anne adayları en az iki saatte bir 10 dakika yürümelidir. Sürekli ayakta kalmak zorunda kalan anne adayları ise fırsat buldukça oturmalı, mümkünse uzanmalı, ayaklarını hafifçe yükseltmeli ve gözlerini kapatarak dinlenmelidir (Kocatepe, 2009).

Gebelikte Egzersiz:

Gebelikte yapılan egzersiz, dolaşım ve solunum sisteminin daha iyi çalışmasına katkıda bulunur. Bunun yanında anne adayının kendini daha iyi hissetmesini, kendine duyduğu güvenin artmasını, uygun sınırlar içinde kilo almasını, olumlu duygular hissetmesini sağlar.

Egzersiz yapan anne adaylarında gebeliğe bağlı şikayetler (uykusuzluk, bel ağrıları, bacaklarda kasılmalar, varis gibi) daha az görülür. Gebelikte düzenli yapılan egzersiz sezaryanla doğum riskini azaltır, annenin doğum sonrası toparlanma ve kendine gelme süresini kısaltır ve nihayet doğum sonrası daha kolay kilo vermesine önemli katkılarda bulunur.

Gebelikte uygulanabilecek egzersiz türleri ve günlük uygulama miktarı her anne adayı için farklıdır. Bu dönemde egzersiz yapmayı düşünen anne adayları bunu mutlaka doktorlarına danışmalıdır (Kocatepe, 2009).

Gebelikte Stresin Anne ve Bebek Sağlığı Üzerindeki Etkileri:

Hamilelik döneminin sakin ve güven içinde geçmesi, anne ile bebeğin sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır. Yaşanan stres, acı ve üzüntülü olaylar hem bebek hem de annenin sağlığını olumsuz etkiler. Stresli bir hamilelik dönemi geçiren anne adaylarında erkeklik hormonu da denilen testosteron, daha çok salgılanmaktadır. Bu da bebeğin sosyalleşme yeteneğini, konuşma kabiliyetini olumsuz etkilemekte, otizme varan olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir.

Hamilelikte yaşanan stres, hamilelik ve sonrası depresyonu tetikleyebileceği gibi, annenin kendi öz bakımını ihmal etmesine, madde kullanımına yönelmesine sebep olabilmektedir. Hamilelik döneminde stres yaşayan anne adayının, doğum sonrası çocukla iletişimde de sorun yaşaması muhtemeldir. Hamilelik döneminde ve bebeğin ilk yıllarında annenin depresyon geçirmesi, çocuğun sosyal ve bilişsel gelişimine, olaylar karşısında başa çıkma ve problem çözme becerilerine olumsuz etki etmektedir

Her ne kadar, çelişkili sonuçlar olsa da, yapılan araştırmalar, hamilelik döneminde yaşanan stres ve aşırı kaygının, erken doğum ya da bebeğin düşük kilolu doğumu gibi sonuçlara vardığını ispatlıyor. Hamilelik döneminde ağır stres koşullarında yaşamak durumunda olan kadınları, daha az stres yapma konusunda dört kat daha riskli oldukları tespit edilmiştir. Prematüre doğum, annenin ve çevresindekilerin, bebeğin sağlığı konusunda beklentilerinin olumsuz olmasına, her an kötü bir şey olabilir kaygısına yol açmakta, bu da yaşanan stresi daha da arttırmaktadır.

Hamilelik döneminde yaşanan yoğun stresin rahim içindeki bebeği etkileyebileceği, özellikle bebekteki kortizol seviyesini yükselttiği, bu sebeple dünyaya gelen bebeğin ileriki yaşlarda daha kaygılı bir yapıya sahip olabileceği araştırmalarla saptanmıştır. Ancak bu bilgi ile “hamilelik döneminde stres yaşanılmamalıdır” gibi bir sonuca varılmamalı, yaşanan stresin aşırı kaygı veya depresyon gibi kendini gösterip günlük işleyişi ciddi anlamda engelliyor hale gelmesi durumunda bebeğe olumsuz etki edebileceği göz önünde bulundurulmalıdır (<http://www.psykonet.com>) (23 Mart 2013).

Gebelikte Yaşanabilecek Hastalıklar Ve Bu Hastalıkların Anne Ve Bebeğe Etkileri:

Gebelikte yaşanabilecek ve anne ile bebeğin durumunu olumsuz etkileyebilecek hastalıkların başlıcaları şeker, guatr, hipertansiyon, grip, astım ve böbrek hastalıkları gibi hastalıklardır.

Hamilelikte en sık görülen hastalık şeker hastalığıdır. Plasentadan salgılanan HPL adlı hormon gebelikte bebeğe yeterince şeker gitmesini sağlamak amacıyla insülin hormonunun kan şekerini düşürücü etkisini frenler. Böylece gebelikte kan şekeri yüksekliğine doğal bir meyil ortaya çıkar. Bu meyil özellikle 24. haftadan itibaren

anne adayında şeker hastalığına neden olabilir. Hastalık tedavi edilmezse annede böbrek ve vajinal mantar enfeksiyonlarına, bebekte aniden ölüme neden olabilir.

Gebelikte anne ve bebeğin sağlığını olumsuz etkileyen ve şeker hastalığından sonra gebelikte en sık görülen bir diğer hastalık guatrdir. En önemli nedeni iyot eksikliğidir. Bununla birlikte tiroid hormonu düzeyinin normalin dışında olması da guatrın diğer sebeplerindendir. Bu teşhis koyulduğu takdirde anne adayı doktor kontrolünde tedaviye başlamalıdır.

Gebeliğin neden olduğu hipertansiyon, önceden hipertansiyonu olmayan ve ilk 20 aylık takiplerde tansiyon değerleri normal seyreden anne adaylarında gözlemlenen hipertansiyon şeklidir. Hipertansiyonla birlikte albüminüri (idrarda normalin üstünde albümin cinsi protein görülmesi) durumuna ise preeklampsi denir ve tümüyle gebeliğe özgü bir hastalıktır. Preeklampside normalde damarlarda tutulması gereken sıvının büyük kısmı vücut boşluklarına kaçarak aşırı kilo alımına ve normalden fazla ödem oluşmasına yol açar. Bu durum bebekte plesentanın erken ayrılmasına rahim içi gelişme geriliğine ve bebeğin anne karnında ölmesine ya da çeşitli hasarlarla doğmasına neden olur. Kendisinde bu rahatsızlık görülen anne adayı hemen hastaneye yatırılarak tedavi edilmeye başlanır. Tam tedavisi gebeliğin bitmesiyle gerçekleşir. Birinci gebelikte daha sık görülen preeklampsi, 20 yaş ve üzeri gebelere göre ergen gebelerde daha sıktır. Gelişimini tamamlamadan ergende meydana gelen gebelik ile artmış metabolizma, yeterli düzeyde olmayan doğum öncesi bakım ile düşük sosyo-ekonomik düzey ve düşük eğitim düzeyi, preeklampsi görülme sıklığını artırmaktadır.

Gebelikte sıkça görülen hastalıklardan biri de griptir. Grip, çok şiddetli belirtileriyle insanın dayanma sınırlarını zorlayan, zatürreye çevirebilen bir virüs enfeksiyonudur. Geçtiğimiz yüzyılda dünyada 4 ayrı büyük salgın meydana gelmiş ve bunların en büyüğü olan 1918–1919 salgınında yaklaşık 20 milyon insan ölmüştür. Son yıllarda ise kuş ve domuz gribi diye bilinen grip virüsleri de çok sayıda ölümlere neden olmuş ve olmaktadır. Gebelik döneminde grip belirtileri başlarsa anne adayı mutlaka doktora başvurmalıdır.

Astım, gebelikte en sık görülen hastalıklardan biridir. Yapılan çalışmalar tüm gebeliklerin yaklaşık % 4'ünün astım ile komplike olduğunu göstermektedir. Astım, gebelikte özellikle bebek üzerinde pek çok tehlike arzeden bir hastalıktır. Astımlı anne adaylarının bebeklerinde gelişme geriliği, erken ya da ölü doğum gibi durumlar oluşabilmektedir. Bunda rol oynayan en önemli faktör ise ilaç yan etkilerinden çekinilerek yetersiz ilaç kullanılmasıdır.

Gebelikte yaşanan bir diğer hastalık böbrek hastalığıdır. Geçmiş yıllarda özellikle kronik böbrek hastası olan kadınların hamile kalmaları sağlıkları açısından doktorlarca onaylanmazken son yıllarda yapılan çalışmalarla bu fikir değişmiştir. Böbrek hastalığı mevcut böbrek fonksiyonlarının bozulması, yeni hipertansiyon gelişimi veya hipertansiyonun şiddetlenmesine, preeklampsiye, erken doğum ve/veya fetusta gelişme geriliğine yol açabilir. Anne adayları özellikle hipertansiyon ve preeklampsi yönünden dikkatle takip edilmelidirler.

Gebelikte Beslenme:

Gebelikte kadının vücudunda, yeni bir canlının (bebeğin) oluşması ve büyümesi ile bazı değişiklikler izlenir. Oluşan bu değişikliklerle birlikte gebe kadın, hem kendisinin hem de bebeğin gereksinmelerini karşılayabilmek için bu dönemde beslenmesine daha fazla dikkat etmek zorundadır. Bu nedenle gebe kadın gebeliği süresince; 1. Kendi fizyolojik gereksinmelerini (enerji ve besin öğelerini) karşılamak, 2. Vücudundaki depolarını (besin öğeleri yedeğini) dengede tutmak, 3. Anne karnındaki bebeğin sağlıklı büyüme ve gelişmesini sağlamak, 4. Emzirmeye hazırlık için salgılanacak sütün enerji ve besin öğelerini karşılamak için yeterli ve dengeli beslenmek zorundadır (Samur, 2008).



Gebelikte yeterli ve dengeli beslenmeyi nasıl sağlayabiliriz?

Temel Besin Öğeleri

Doğada pek çok besin ögesi vardır. Besin öğeleri kimyasal yapılarına ve vücudun çalışmasındaki etkili oldukları durumlara göre çeşitlilik kazanır. Bunlar; proteinler, karbonhidratlar, yağlar, vitaminler ve minerallerdir. Su ise canlı yaşamı için vazgeçilmez bir gereksinimdir.

Proteinler

Gelişen bir bebeğin vücut hücreleri, anne vücudundaki değişiklikler ve özellikle de plasenta, proteine gereksinim duyar. Anne karnındaki bebeğin büyümesi, ortalama 950 g kadar protein birikmesi demektir. Bu nedenle gebe olduğunuz zaman, günlük fazladan 20 gram proteine ihtiyacınız vardır (veya 1.2 g/kg) . Gebe olmayan kadınlar için önerilen protein 50-60 gram iken, gebelik döneminde 70-80 grama çıkmaktadır. Örnek verecek olursak; 90 gram kırmızı etten yapılan köfte 20 gram, 240 gram süt (1 büyük su bardağı) ise 8 gram civarında protein sağlar (Samur, 2008).

Karbonhidratlar

Karbonhidratlar vücudun ihtiyacı olan enerjinin büyük bir bölümünü sağlar. Beyin dokusu enerji için sadece karbonhidratları kullanır. Gebelikte enerji tüketimi ilk 3 ayda en az düzeyde iken bu dönemden sonra hızlı bir artış gösterir. Bu nedenle özellikle gebeliğin son 3 ayında, günde ilave olarak yaklaşık 200 kaloriye ihtiyaç vardır. Günlük alınması gereken kalori bir kadın için ortalama 2000 kalori iken gebelik döneminde ortalama 2200, emzirme döneminde 2500 kaloriye yükselir.

Yağlar

Vücuda en çok enerji veren besin öğeleridir. Vücuda enerji sağlarlar, ısı kaybını önlerler, organları çevreleyerek dış etkenlerden korurlar, mideden geç boşaldığı

için doygunluk hissi verirler, yağda eriyen vitaminlerin (A,D,E,K) kullanımını ve yağ asitlerinin alınmasını sağlarlar. Bebeğin sinir sisteminin gelişmesinde rol alırlar. Bu nedenle yağsız bir beslenme düşünülemez.

Günlük alınması gereken yağın aşağı yukarı yarısı yediğimiz yiyeceklerden karşılanır. Özellikle et, fındık, fıstık, ceviz, süt, zeytin, peynir ve yumurtanın içinde de yağ bulunmaktadır. Bu nedenle bu gibi yiyeceklerin kullanıldığı yemeklere ek olarak yağ koymaya gerek yoktur. Ancak yağ zevk için kullanıldığında mümkün olduğunca az tüketilmelidir. Katı ve sıvı yağlar dengeli bir şekilde yenmelidir. Gebe olmayan bir kişinin alacağı günlük toplam yağ miktarı 2-3 silme yemek kaşığıdır. Gebelikte de bu miktar değiştirilmemelidir.

Vitaminler

Vitaminler her canlının yaşamı için gereklidir. Vücuttaki görevi; büyümeyi, sinir ve sindirim sisteminin çalışmasını sağlamak, besin öğelerinin kullanımı ve vücut direncine yardım etmektir.

Vitaminler yağda ve suda eriyenler olarak iki grupta incelenirler:

- ✓ Suda eriyen vitaminler: B vitaminleri, folik asit, C vitamini
- ✓ Yağda eriyen vitaminler: A, D, E ve K vitaminleri

Yağda eriyen vitaminler vücut dokusunda depolanırken, suda eriyen vitaminler depolanmaz ve fazlası idrarla atılır. Bu nedenle yağda eriyen vitaminler fazla miktarda alındığında vücutta birikerek zehirleyici (toksik) etki oluşturur. Suda eriyen vitaminler vücutta depolanmadığı için günlük olarak alınması gerekir.

Gebelikte günlük 300 kalori enerji eklenmesi ile birlikte B vitaminlerinin (tiamin, riboflavin ve niasin) gereksinmesi de artmaktadır. Yeni vücut hücrelerinin yapımında proteine yardımcı olarak B6 vitamini, B12 vitamini, folik asit için gereksiniminiz artar.

Gebelik süresince multi-vitamin / mineral suplemanı (desteği) gereksiniminiz var mı?

Gebeliğin getirdiği besin öğesi ihtiyaçları çeşitli besinleri içeren, yeterli ve dengeli bir diyetle karşılanabilmektedir. Demir, folik asit ve diğer önemli besin öğeleri ihtiyaçlarınızın karşılanmasını sağlamaya yardımcı olmak için doktorunuz ve diyetisyeniniz doğum öncesi multi-vitamin ve mineral suplemanı kullanmanızı önerebilir. Tam bir vejeteryan diyet uygulamak (hayvansal kaynaklı hiçbir besin yok), çoğul gebelikler (ikiz, üçüz) veya diyetinizde besin öğelerinin yetersiz olması gibi nedenlerden dolayı gebelik süresince bir supleman(besin desteği) kullanmanız gerekebilir (Satur, 2008).

Mineraller

Gebelik döneminde minerallere olan gereksinim artmaktadır. Bu mineraller içerisinde en önemlileri demir ve kalsiyumdur.

Demir: Gebelikte artan demir gereksiniminin besinlerle karşılanabilmesi için normal gereksinime ek olarak 10-20 mg demir alınmalıdır. Gebelikte beslenme

programı içinde demirden zengin besinlerin (kırmızı et, kümes hayvanları, kuru baklagiller, kuru meyveler, pekmez, tam tahıl ve zenginleştirilmiş tahıl ürünleri gibi besinler) yer alması önemlidir. Ayrıca demir emilimini engellediği için yemeklerle birlikte çay- kahve içilmemelidir. Yemeklerde mutlaka taze meyve ve suları, salataların (C vitamininden zengin) bulunması demirin vücutta kullanımını artıracaktır. Sağlık Bakanlığının Politikası Olarak; gebelerde klinik anemi olmasa da günlük demir gereksinimi göz önüne alınarak tüm gebelere ikinci trimestirden başlayarak 6 ay ve doğum sonu 3 ay olmak üzere toplam 9 ay süre ile günlük 40-670 mg elementer demir verilmektedir.

Kalsiyum: Gebelik süresince kemik yapısını oluşturan kalsiyumun yeterli miktarda alımı, bebeğin iskelet yapısının gelişimine, annenin de kemik kitlesinin korunmasına yardımcıdır. Gebelik süresince yeterli miktarda kalsiyum tüketimi daha sonraki dönemde osteoporoz riskinden sizi korur. Gebe kadınların günlük kalsiyum ihtiyacı 1000-1300 mg, adolesan gebelerin gereksinimi ise günlük 1300 mg'dır. 240 gram (büyük su bardağı) süt veya yoğurt günlük yaklaşık 300 mg kalsiyum sağlar. Süt ve süt ürünleri, yeşil yapraklı sebzeler, kuru baklagiller iyi bir kalsiyum kaynağıdır (Samur, 2008).

İyot: İyot eksikliği tüm dünyada önlenemez beyin hasarının en önemli nedeni olarak kabul edilebilir. Dünya sağlık örgütüne göre 740 milyon insan iyot eksikliğine bağlı hastalıkların pençesindedir. İyot eksikliği zeka geriliği, hipotroidi, guatr (troid bezinde büyüme) ve değişik derecelerde büyüme gelişme bozukluklarına neden olur. Gelişmekte olan bebekteki iyot eksikliğinin tek nedeni annedeki iyot yetersizliğidir. Bu durumun en ileri formu konjenital hipotroidizmdir. Kretenizim adı da verilen bu durum geri dönüşümü olmayan zeka geriliklerine, fiziksel geriliklere, sağırlığa ve boy kısalığına neden olur. Fetüsün kendi tiroid bezi aktif hale gelmeden önce annedeki iyot yetmezliğine bağlı olarak gelişir (<http://ismek.ibb.gov.tr>).

Su

Su, insan yaşamında oksijenden sonra gelen en önemli yaşam ögesidir. Su besinlerin sindirimi, dokulara taşınmaları, hücrelerde kullanılmaları sonucu oluşan zararlı artıkların ve vücutta oluşan fazla ısının atılması için gereklidir. Vücuttaki bütün kimyasal olaylar çözelti içinde olduğundan, vücutta yeterince su bulunması yaşam için zorunludur. Yetişkin insan vücudunun ortalama %59'u sudur. Bebeklerin vücudundaki su oranı yetişkinlerden daha yüksektir.

Gebe bir kadının günde en az 10-12 bardak sıvı gereksinimi vardır. Bunun 5-6 bardağının su olması gerekmektedir. Yeterince su ve sıvı almanız kabızlık sorunu yaşamamanız için yardımca olacaktır. Yaz aylarında ve egzersiz sırasında yaşayabileceğiniz halsizlik şikayetlerinizi azaltmak için aldığınız sıvı miktarını artırmalısınız. İdrar renginizin açık sarıdan daha koyu sarı renk olması sıvı alımınızın yetersiz olduğunun bir göstergesi olabilir. Bu durumda sıvı alımınızı artırmamız gerekir.

Besin Grupları

Gereksinimimiz olan besin öğelerini tartarak almamız kolay ve uygulanabilir bir yol değildir. Bunun yerine beslenmemiz düzenlenirken porsiyon değerlerinde söz

edebiliriz. Besinlerimiz içerdikleri besin maddeleri ve miktarları yönünden farklıdır. Bazı besinler protein bazıları vitamin bakımından zengindir. Her besini her zaman yeme olanağımız da yoktur. Be nedenle besinlerimizi temel besleyici değerleri yönünden 4 grupta toplayabiliriz. Günlük diyetimizde her gruptan besin bulunur ve bunların miktarları gereksinmemize uygun olursa yeterli ve dengeli besleniriz.

Besinler et, et ürünleri ve kuru baklagiller, süt ve süt ürünleri, tahıllar, sebze ve meyve olarak gruplara ayrılır.

Et, Et Ürünleri Ve Kuru Baklagiller

Bu grupta kırmızı et, balık, kümes hayvanları, yumurta, etten yapılmış besinler, kuru baklagiller, yer fıstığı, fıstık ezmesi gibi besinler yer almaktadır. Kuru baklagillerin protein değerini artırmak için hayvansal proteinlerle alınması önerilmektedir. Hayvansal besinler yağ açısından zengin olduğundan, hazırlanmaları sırasında dışarıdan yağ eklenmesi fazla yağ alımına neden olacaktır. Bu besin grubundaki besinlerde her gün 2-3 porsiyon yemeniz yeterlidir. İki yumurta, bir tabak etli yemek ya da bir tabak kuru fasulye, nohut, mercimek bir porsiyondur. Gebeler bu gruptan aldıkları günlük porsiyonlardan en az birini hayvansal proteinlerden karşılamalıdır. Çünkü hayvansal proteinlerin içinde bulunan bazı maddeler (esansiyel aminoasitler) bitkisel proteinlerde bulunmaz. Bu maddeler bebeğin hücre yapımı için alınması zorunlu maddelerdir.

Önemli bir protein kaynağı olan balık, bebeğin sinir sisteminin gelişiminde önemli rol oynayan çeşitli yağlar içermektedir. Bu nedenle gebelere haftada iki porsiyon balık yemeleri önerilmektedir. Ancak çeşitli balıkların yüksek oranda cıva içermeleri nedeniyle gebelerin kaçınması gereken bazı balık türleri vardır. Cıva bebeğin sinir sistemi üzerinde olumsuz etki yapmaktadır. Çok yüksek cıva içeriği nedeniyle ton balığı ve kılıç balığı haftada birden fazla önerilmemektedir.

Süt ve süt ürünleri

Süt ve süttten yapılan yoğurt, peynir, çökelek gibi yiyeceklerden oluşan bu grup kemik ve dişlerin yapısını oluşturan kalsiyum ve protein kaynağıdır. Yiyeceklerin herhangi birinden ya da birkaçından 4-5 porsiyon yenmesi günlük kalsiyum gereksiniminiz için yeterlidir. Bir su bardağı süt veya yoğurt, 2 kibrit kutusu peynir, 1 kase sütlü tatlı 1 porsiyondur. Süt ve süttten yapılmış gıdaların yağdan da zengin olduğunu unutmayın. Özellikle kilo alımınız hızlı ise yağsız süt, yoğurt tercih etmeniz yararlı olacaktır.

Tahıl Grubu

Temel enerji kaynağı olarak bilinen ekme, bulgur, makarna, pirinç, mısır, şehriye, tarhana, irmik gibi tahıllardan oluşur. Yetişkin bir kişi için her öğünde 1-2 ince dilim ekme yeterlidir. Bu gruptaki yiyeceklerin herhangi birinden günde 6-11 porsiyon almanız yeterlidir. 3-4 yemek kaşığı pilav, makarna, 1 kase çorba, 1 orta boy patates, 1 dilim börek 1 porsiyondur.

Sebze ve Meyve Grubu

Taze sebze ve meyveler bu grubu oluşturur (lahana, greyfurt, domates, karnabahar, kırmızı-yeşilbiber, portakal, çilek gibi). Sebze ve meyvelerde bulunan vitamin ve lifler gebe için önemlidir. Bu besinlerde bulunan C vitamini plasenta

için yararlıdır. Vücudu hastalık etkenlerine karşı korur, demirin bağırsaklardan emilimini kolaylaştırır. Vücutta depolanmadığı için her gün belli bir miktar alınmalıdır. Uzun süre saklanan, kesilip doğandıktan sonra bekleyen ya da yıkanan ve pişirilen besinlerde C vitamininin çoğu kaybolur. Bu nedenle taze ve C vitaminini korumuş besinler tüketilmelidir.

Bu gruptaki yiyeceklerden 4-6 porsiyon tüketilmesi günlük gereksiniminiz için yeterlidir. Günlük 2-3 porsiyon meyve, 2-3 porsiyon sebze alınabilir. Elma, armut, muz, portakal gibi büyük meyvelerin orta büyüklükte bir tanesi, kayısı ve erik gibi meyvelerin 3-6 adeti, çilek, kiraz, üzüm gibi meyvelerin ise yarım su bardağı dolusu miktarı 1 porsiyon demektir. Yeşil sebzelerin doğrandığı zaman 2-3 su bardağını dolduracak miktarı, bir orta büyüklükte patates, bir küçük havuç, bir küçük yeşil kabak bir porsiyon olarak kabul edilir.

Şekerler

Özellikle kilo alımınız hızlı ise şeker tüketiminizi azaltmalısınız. Fazla şeker yemek sizi dengesiz beslenmeye götürür. Bal, pekmez, reçel ve marmelat gibi yiyecekler şeker yerini tutar. Günlük 3-6 tatlı kaşığı şeker veya diğerlerinden (bal, pekmez, reçel ve marmelat) alınması yeterlidir. Tatlı istendiğinde hafif sütlü tatlılar tercih edilmelidir.

Gebelik Döneminde Önerilen Günlük Besin Miktarları	
Besin grupları	Alınması gereken miktar
1. Süt ve süt ürünleri	4-5 porsiyon
2. Et ve ürünleri, yumurta, kuru baklagiller	2-3 porsiyon
3. Meyveler	2-3 porsiyon
4. Sebzeler	2-3 porsiyon
5. Tahıllar : Pirinç, bulgur, makarna, ekmek	6-11 porsiyon
6. Yağ ve tatlılar: Yağ Şeker ve tatlılar	2-3 yemek kaşığı Hiç veya 1 porsiyon

Gebelikte Beslenme İle İlişkili Sık Rastlanan Sorunlar ve Öneriler:

Kansızlık (Anemi)

Anemi, kanda hemoglobin ve kırmızı kan küre miktarının azalmasıdır. Anemi bulunan gebelerde halsizlik, yorgunluk, baş dönmesi, sık nefes alma, ciltte solukluk ve enfeksiyonlara karşı dirençsizlik görülür. Anemi demir yetersizliğinde oluşur. Bebek demir ihtiyacını anneden karşıladığı için demir eksikliği çok belirgin olduğunda bebeğin gelişiminde ve büyümesinde problemler oluşabilmektedir. Çoğul gebeliklerde demir ihtiyacı daha da artmaktadır. Demir vücutta kan yapımını sağlar. Ancak demir, besinlerde yaygın olarak bulunmasına

rağmen yeterince emilemediğinden yetersizliğini karşılamak zordur. Hayvansal besin kullanımını ve C vitamini kaynağı olan sebze ve meyve tüketiminin artırılmasıyla demir emilimi yükseltilebilir. Ayrıca hekim kontrolünde, diyete ek olarak demir ekleri önerilebilir (ismek.ibb.gov.tr)

Kemik Dokusu Harabiyeti

Osteomalasia (kemik dokusu harabiyeti) Gebelikte, kemik dokusunun yapımı ve sağlığı için gerekli olan kalsiyum, fosfor gibi minerallerin yetersiz tüketimi ve D vitamini kaynağı olan güneş ışınlarından yeterli düzeyde yararlanamama, anne kemiklerinden kalsiyum, fosfor çekilmesine, dolayısıyla kemiklerinin yumuşamasına ve kemik dokusunun bozulmasına (osteomalasia) neden olur (Samur, 2008).

Gebelik Zehirlenmesi (Toksemi)

Yetersiz beslenmenin de içinde bulunduğu birçok nedene bağlı olarak gebeliğin son döneminde, kan basıncının (hipertansiyon) artması, idrarla protein kaybı sonucu el ve ayaklarda ağır ödemlerle ortaya çıkmaktadır. Plasenta dolaşımı iyi olmadığı için bebek iyi beslenemez, bebek ölümleri görülebilir. Kronik hastalığı olan (böbrek, kalp hastası, diyabetik) gebelerde, ileri yaş (35 yaş üzeri) gebeliklerde, çok ve sık aralıklı doğum yapan kadınlarda, sıklıkla ortaya çıkabilir (Samur, 2008).

Gebelik, İçecekler ve Katkılı Yiyecekler

Çay, kahve, kola: Bu içeceklerde bulunan kafeinin uyarıcı etkisi olduğu için gebelikte çok fazla tüketilmesi önerilmemektedir. Kafeinli içeceklerin aşırı tüketiminin düşüklere ve erken doğuma neden olduğu belirlenmiştir. Bu içecekler aynı zamanda demirin emilimini etkileyerek kansızlığa da neden olabilir. Günlük alınan kafeinin 300 mg üzerine çıkmaması gerekir. Bir su bardağı dolusu kahvede (nescafe) 75-100 mg, aynı miktar çayda ortalama 50 mg kafein bulunmaktadır. Yemeklerle birlikte olmamak koşuluyla günde 1 fincan kahve (1 su bardağı) veya 3-4 bardak (çay bardağı) açık çay içebilirsiniz.

Renklendiriciler

Gıda maddeleri tüzüğünün kapsamı dışında yasak olarak kullanılabilen birçok boya kanserojen etkilidir. Bunları tespit etmek zor olduğu için gebelerin daima doğal ürünleri tercih etmesi gerekir. Bu sağlıklı beslenme alışkanlığını hem bebeğinize hem de ailenize kazandırmanız tüm ailenin sağlığı açısından yararlı olacaktır.

Koruyucu Maddeler

Salam, sosis gibi et türevlerinde nitrat ve nitrit, meyve sularında benzoik asit sık kullanılmaktadır. Nitrat ve nitritler kanınızdaki hemoglobini etkileyerek oksijen taşıma kapasitesini azaltırlar. Bu da bebeğinize giden oksijen miktarını olumsuz etkiler. Hazır meyve suları vücuda yalnızca enerji verir, vitamin değeri yoktur. Bunun yerine evde sıkılmış, taze meyve suları tercih edilmelidir. Yine gebelik sırasında yapay et suları ve hazır çorbalardan uzak durulmalıdır.

(Okumuş ve Mete, 2009)

3. Görüşme sonunda araştırmacı ailelerin anlamadıkları ve merak ettikleri noktalara ilişkin soruları yanıtlamıştır. Ardından oturumu özetlemiştir. Daha sonra özet bilgiler katılımcılara dağıtılmış ve sonraki ziyaretin gün ve saati kararlaştırılmıştır. Araştırmacı daha sonra ailelere teşekkür ederek gelecek hafta buluşmak üzere görüşmeyi sonlandırmıştır.

ÜÇÜNCÜ ZİYARET

Ziyaret Amaçları :

Üçüncü ziyaretin amaçları aşağıdaki gibidir.

Anne-baba adayı;

- Doğuma hazırlık planının nasıl yapılması gerektiğini bilir.
- Lohusalık döneminin önemini kavrar.
- Bu dönemde görülen fiziksel ve duygusal değişiklikleri bilir.
- Lohusalık döneminde beslenmenin önemini kavrar.
- Beslenmeye dair dikkat edilmesi gerekenleri bilir.
- Anne sütü ve emzirmenin yararlarını kavrar.
- Sık görülen emzirme problemlerini ve bunlara dair yapılması gerekenleri bilir

Süre : 120 dk.

Materyal : Powerpoint sunumu

Özet bilgiler kitapçığı

Süreç :

1. Araştırmacı tarafından ilk olarak önceki görüşmenin özeti yapıldı ve ailelere sormak ya da belirtmek istedikleri bir konu olup olmadığı soruldu. Paylaşımında bulunmak isteyen ya da soru sormak isteyen olduğu takdirde paylaşımlar dinlenip sorular cevaplandırılarak üçüncü görüşmeye geçildi.
2. Araştırmacı üçüncü ziyaret süresince aşağıdaki bilgileri vermiştir.

Doğuma Hazırlık Planı

Doğum öncesinde plan yapmak, doğu ve doğum sonrası dönemde rahat olmanızı sağlar. Doğum planınızda yer alması gerekenler şöyle özetlenebilir:

- Doğum yapma olasılığınız olan hastaneleri gezip, hastanenin doğumhanesini, doğum sonrası kalacağınız odayı görünüz.
- Baba adayları eğer araba kullanacak ise doğumun yapılacağı hastaneye giden yolları önceden bilmelidirler. Bu bilgi paniği önler.
- Eğer biliniyorsa doğumunuzda yanınızda olacak sağlık personeli (ebe, hemşire) ile tanışın.
- Doğumda yanınızda eşinizin bulunmasını istiyorsanız hastanenin kurallarını öğrenin. Hekiminizle bu konuda görüşün.
- Bebeğin bir sorunu olduğu durumda, hastanede tam donanımlı kuvöz ve bebeğin bakımını sağlayacak ekibin olup olmadığını öğrenin.
- Doğum çantasını erken doğum olasılığına karşı 32. haftadan itibaren hazır bulundurun

(Okumuş ve Mete, 2009).
Doğumun Yaklaştığını Gösteren Belirtiler

Doğum zamanı yaklaştığında vücutta bazı değişiklikler olur. Bu belirtilerden herhangi birini saptadığınızda doğum eyleminizin yaklaştığını düşünmelisiniz. “hemen doğuruyor muyum?” gibi bir duyguya kapılıp panik yapmamanız gerekir. Bu belirtiler genellikle 36. Haftadan sonra hissedilmeye başlar, gerçek doğum eylemi başlayıncaya kadar devam edebilir.

Rahatlama / Hafifleme: gebeliğin son aylarında rahim göğüs kafesine kadar yükselir. Nefes almada güçlük çekebilirsiniz, rahmin mideyi de yukarı itmesi nedeniyle şikayetleriniz olabilir. Bir süre sonra nefes almanızda rahatlama olduğunu hissedersiniz. Bu olayın nedeni, bebeğin başının doğum kanalına girmesidir. Bu olay doğumun yaklaştığını gösteren bir belirtidir. İlk gebeliği olan kadınlarda bu olay doğumun başlamasından 1-2 hafta önce 2 veya daha fazla doğum yapanlarda doğuma yakın veya doğum anında olabilir.

Sık İdrara Çıkma: bebeğin başının doğum kanalına girmesi ile idrar torbasına yapılan baskı artacaktır. Siz bunu sık idrara çıkma isteği ile fark edebilirsiniz.

Yalancı Doğum Ağrıları: genellikle gebeliğin 28. Haftasından itibaren zaman zaman karnınızda sertleşmeler (kasılmalar) hissedebilirsiniz. Bu kasılmaları ağrı olarak hissedebilirsiniz. Son haftalarda sıklaşan bu ağrılara “yalancı doğum ağrıları” denir. Bilmeniz gereken bu ağrıların gerçek doğum ağrılarından farkının ne olduğudur.

Tabloda verilen özellikleri tanırsanız kasılmalarınızın “yalancı doğum ağrıları” mı yoksa “gerçek doğum ağrıları” mı olduğunu eşiniz ile değerlendirebilirsiniz.

Doğum Ağrılarının Ayrımı	
Gerçek Doğum Ağrıları	Yalancı Doğum Ağrıları
Düzenli aralıklarla gelir.	Düzensizdir.
Sıklığı, süresi ve şiddeti giderek artar.	Sıklık, süre, şiddet aynıdır; artmaz.
Yürürken artar.	Dinlenmeyle hafifler.
Belde yerleşir, kasıklara yayılır.	Karın alt bölgesi ve kasıklarda olur.

Kilo kaybı: Doğumdan 1-2 hafta önce hormonal değişiklikler nedeniyle vücuttan su atılması artar, iştahta azalma olabilir. 1-2 kilo kaybedebilirsiniz.

Bu belirtileri gördüğünüz zaman 1-2 hafta içinde doğum olacak diye düşünüp hazırlıklarınızı yapabilirsiniz. Heyecanla doğumun başlayacağı günü paniksiz, telaşsız, planlı ve hazır olarak bekleyebilirsiniz (Okumuş ve Mete, 2009).

Lohusalık Dönemi

Doğumdan sonraki 6 haftalık (40 günlük) dönem lohusalık dönemi olarak adlandırılır. Bu dönemde gebeliğin organ ve sistemlerde yarattığı değişimler gerileyerek gebelik öncesi haline dönmektedir. Her organ ve sistemin gebelik öncesi haline dönmesi farklı süreler alır. Genel olarak doğumdan sonraki 6. Haftada kadın vücudunda oluşan değişiklikler hemen hemen gebelik öncesi haline dönmektedir. Bu arada memeler büyümeye ve süt ile dolmaya devam eder. Başka bir deyişle iç ve dış üreme organları ve diğer sistemler gerileme, küçülme sürecine girerken, memeler gelişmeye devam eder.

Günümüzde anneler normal doğumdan 24 saat sonra, sezaryen ile doğumdan 2-3 gün sonra hastaneden taburcu edilmektedir. Sizin ve bebeğinizin genel durumuna ve doğum yaptığınız hastanenin kurallarına göre bu süre değişebilir. Doğumdan önce doktorunuz, ebe veya hemşirenizden bilgi alabilirsiniz (Okumuş ve Mete, 2009).

Lohusalık Döneminde Görülen Değişiklikler

Fiziksel Değişiklikler;

Akıntı

Doğumdan sonra rahim içinde gelen akıntıya “loşia (lochia)” adı verilir. Nedeni: rahminiz kasılarak küçülmektedir, kasılırken içinde kalan bazı küçük dokular, akıntılar ve kan dışarı akıtılmaktadır. Kan plasentanın ayrıldığı yerdeki açık kalan kan damarlarından gelmektedir.

Akıntının rengi:

- ✓ İlk 3 gün (adet kanaması gibi), kırmızı renkte,
- ✓ 4-10. gün arasında pembemsi
- ✓ 10. günden sonra sarı-beyaz renkte olacaktır.

Akıntının miktarı:

Normal doğumda: ilk 3 günde kanla karışık olan akıntı, adet kanaması gibi olabilir, sonra giderek azalır. İlk gün 2-3 saatlik sürede bir ped kanama normaldir.

Sezaryen doğumda: sezaryende cerrahi şleme bağlı olarak rahmin içinde kalan küçük dokular daha iyi temizlendiği için doğumdan sonraki ilk gün kanam miktarı daha az olacaktır. Eğer sezaryen olduysanız, ameliyat sonrası doğuma göre daha uzun süre yatakta kalmanız nedeniyle ilk ayağa kalktığınızda yerçekimine bağlı olarak vajina içinde biriken kan akabilir. Bu sizi korkutmasın.

İlk 1-3 gün akıntının içerisinde küçük pıhtılar bulunabilir. Bu durum kanın vajinada birikmesine bağlı olarak görülür. Faka büyük pıhtıların görülmesi rahmin içerisinde plasenta veya küçük zar parçalarının kalmış olabileceğini göstermektedir. Böyle bir durumda doktorunuza haber vermelisiniz.

Akıntınızın çok olması gibi hiç olmaması da istenmeyen bir durumdur. Bu durumu ebe, hemşirenize veya doktorunuza bildirmeniz gerekir.

Akıntının kokusu: akıntının kendine özgü bir kokusu vardır, fakat bu keskinlikler kötü bir koku değildir. Genital bölge temizliğine özen gösterdiğiniz halde akıntınız kötü kokuyorsa bu bir enfeksiyon belirtisi olabilir. Hemşire veya doktorunuza danışın.

Ağrı

Karın ağrısı : Gebelik öncesi 50-70 gram olan rahminiz gebeliğin son döneminde 1000 gr olmaktadır. Tekrar eski haline dönmesi için kasılarak küçülmesi gerekmektedir. Bu kasılmalar sırasında özellikle doğumdan sonraki ilk 7-10 gün içinde karnınızda ağrı hissedebilirsiniz. Bebeğinizi emzirdiğinizde bu ağrı artabilir. Bunun nedeni süt kanallarından süt akışını sağlayan oksitosin hormonunun emzirme sırasında artmasıdır. Bu hormon aynı zamanda rahmin kasılmasına neden olduğu için hissettiğiniz ağrı artacaktır. Ağrı nedeniyle hafif bir rahatsızlık hissetmekle beraber, bu durum rahminizin kasılmalarını gösteren yararlı bir gelişmedir.

Vajina ve makat bölgesinde ağrı: normal doğum yaptıysanız, doğum sırasında bebeğinizin doğum kanalından geçerken bu bölgelere yaptığı baskı nedeniyle, doğumdan sonra 1-2 gün hassasiyet hissedebilirsiniz. Bu normal bir durumdur. Korkmanıza gerek yoktur, kendiliğinden geçecektir.

Epizyotomiye bağlı ağrı: normal doğum yapan annelerin birçoğunda epizyotomi (doğum kanalını genişletmek için ve de bebeğin çıkışını kolaylaştırmak için yapılan kesi, önemi; perine bölgesindeki istenmeyen kontrolsüz yırtıkların engellenmesi sağlamaktır) yapılmaktadır. Bu işleme bağlı olarak alt bölgenizde dikişleriniz vardır. Epizyotominiz varsa genelde sağ veya sol yan taraftadır. Bu dikişler kendi kendine yok olur. Doktora gidip aldırma gerekmez.

İlk günlerde özellikle otururken ağrı hissedebilirsiniz. Bu ağrıyı azaltmak için;

- ✓ Dikişinizin olduğu tarafa değil, diğer tarafa yan olarak oturabilirsiniz.
- ✓ Dikişlerinizde gerginlik veya şişlik varsa ilk 24 saatte soğuk buz torbaları koymak sizi rahatlatır. Fakat bu buz torbalarının 15 dakikadan fazla kalmamasına dikkat etmemelisiniz.
- ✓ İlk 24 saatten sonra epizyotomi bölgesinde dolaşımı hızlandırmak ve daha çabuk iyileşmesini sağlamak için günde 3 kez 10-15 dakikalık sıcak oturma banyoları yapabilirsiniz. Oturma banyosu için suyun ısısı 38-40 derece olmalıdır. Eğer oturma banyosu yapılacaksa kullanılan suyun çok temiz olması, doktor veya hemşirenizin önereceği bir mikrop öldürücü solüsyon kullanılması gerekmektedir.
- ✓ Kan akımını artırmak ve epizyotominin iyileşmesini hızlandırmak için kendinizi fazla yormadan yürüyüş gibi egzersizler yapabilirsiniz.

Yorgunluk

Gebelik ve doğum gibi zor fakat keyifli bir süreç geçirdiniz. Yaşadığımız bu süreçte, kanamanızın olması, gece uykusuzlukları gibi nedenlerle yorgunluk hissedebilirsiniz. Özellikle ilk dönemde ziyaretçi sayısının fazla olması ve bebeğinizi sık sık emzirmeniz yorgunluğunuzu daha çok artırabilir. Bu nedenle bu dönemde eşiniz ve aile bireylerinden yardım almanız gerekebilir.

Anemi

Doğum sonu dönemde kan değerlerinde (hemoglobın ve hematokrit) düşme olabilir. Bu durumun düzelmesi için taburcu olduğunuzda kullanmak üzere size demir ilaçları verilecektir. Bu ilaçları kullanmaya özen gösterin. Bu arada beslenmenize de özen göstermelisiniz.

İdrar yapma güçlüğü

Gebeliğin son döneminde rahmin büyümesiyle mesaneye baskı artar ve bu nedenle sık sık idrara çıkma hissiniz olabilir. Doğumdan sonra rahim kasılarak küçülmekte ve mesaneye kalan alana genişlemektedir. Bu nedenle genişlemiş mesanede geçici bir his kaybı olabilmekte, mesaneniz dolu olsa bile idrar yapma gereksinimi hissetmeyebilirsiniz.

Mesane rahmin önünde bulunmaktadır. Eğer bu geçici his kaybı nedeniyle idrarınızı yapmazsanız mesanenizde idrar birikir. Genişlemiş mesane rahminize kalan alanı daraltacağı için rahminiz etkili bir şekilde kasılamayacak ve böylece kanama miktarı artacaktır. Bu sorunu özellikle ilk 24 saat yaşayabilirsiniz. Bunların oluşmasını engellemek için gereksinim hissetmeseniz de idrarınızı yapmanız çok önemlidir. doğumdan sonra 2-3 saatte bir düzenli bir şekilde tuvalete gitmelisiniz. Bazen anneler “idrar yaparsa dikiş yerlerinde yanma hissedeceğinden” korkmakta ve idrar yapmayı geciktirmektedir. Bu durumun ne kadar sakıncalı olduğunu bilmeniz çok önemlidir.

Dışkılama güçlüğü

Normal doğum ve sezaryen öncesinde size bağırsaklarınızın boşalması için lavman yapılmış ise doğumdan sonra ilk 2 gün dışkılama ihtiyacınız olmayabilir. Ancak 3. Günden sonra hala dışkılama yok ise buna çözüm aramalısınız. Kabız olmamak için bol hareket etmek ve bol sıvı (su ve kayısı suyu), bol sebze meyve almak gerekir.

Anneler bazen dikişler nedeniyle ağrı duyma korkusuyla dışkılamayı erteleyebilirler; bunu yapmamaya çalışın. Özellikle sezaryen ile doğum yaparsanız gaz probleminiz fazla olabilir. Erken ayağa kalkmanız bu sorunu azaltmaktadır. Sezaryen doğumların genel anestezi yerine epidural anestezi ile yapılması sorunları önemli ölçüde hafifletmektedir.

- ✓ Mutlaka idrarınızı yapmaya çalışın, çünkü dolu bir mesane rahminizin kasılmalarını etkileyip kanama miktarınızın artmasına neden olabilir.
- ✓ İdrar yapmada güçlük, idrar yaparken yanma hissi varsa idrar yolu enfeksiyonu olasılığı olabilir.
- ✓ Doğumdan sonra 3-4 gün boyunca bol sıvı almanıza rağmen hala dışkılama yok ise bu durum size rahatsızlık (gaz ağrısı vs.) veriyorsa,
Ebe, hemşire veya doktorunuza haber veriniz.

Hemoroid (Basur)

Eğer hemoroidleriniz varsa, gebelikte olduğu gibi, doğum sonu döneminde de hemoroidlere ilişkin sorun yaşayabilirsiniz. Özellikle normal doğum esnasında bebeğin başının yaptığı baskı ve zorlanma nedeniyle hemoroidlerin oluşması hızlanabilir veya önceden hemoroidiniz varsa artabilir. Doğumdan sonra 2-3.

Günlerde daha çok ağrı hissedebilirsiniz. Eğer böyle bir durumunuz varsa hemşirenize doktorunuza bu sorununuzu söyleyin. Eve gitmeden bir değerlendirme yapıp, size önerilerde bulunacaklardır. Ağrıyı azaltmak için hemoroid pomatları kullanmak, oturma banyosu yapmak veya o bölgeye buz uygulamak sizi rahatlatılabilir. Bunları mutlaka doktorunuzla görüşerek uygun bir tedaviye başlayınız.

Ateş

Doğum esnasında kaybettiğiniz sıvı şar nedeniyle ilk 24 saat 38 dereceye kadar ateşiniz olabilir. Bu durum normaldir. Sıvı alımınızı artırmanız ateşinizin düşmesini sağlayacaktır. 24 saatten sonra 38°C ve üzerindeki ateş enfeksiyon belirtisidir. Devam ederse doktorunuza danışın.

- ✓ İlk 24 saatten sonra 38°C'nin üzerinde olan ve düşmeyen ateş enfeksiyon olasılığı bulunduğunu gösterebilir.
 - ✓ Yüksek ateşle beraber hızlı nabız enfeksiyon göstergesi olabilir.
- Bu durumlarda ebe, hemşire veya doktorunuza haber veriniz.

Nabız ve tansiyon

Siz hissetmeyebilirsiniz fakat ilk iki günde nabız sayınız diğer zamanlara göre düşük olabilir. Bu durum normaldir. 7-10. düzelir. Kan basıncınızın normal sınırlarda olması gerekmektedir. Eğer gebelikte tansiyon ile ilgili bir sorununuz olmadı ise lohusalık döneminde böyle bir sorun yaşamayabilirsiniz.

Terleme

Gebelik döneminde vücutta biriken sıvı doğum sonrası ilk günlerde yoğun terleme ile atılır bu nedenle doğum sonrası ilk günlerde çok terleyebilirsiniz. Ancak normal olan bu durum sizde sıvı kaybına neden olacağı için bol bol sıvı içmelisiniz

(Okumuş ve Mete, 2009).

Duygusal değişiklikler

Annelik hüznü

Doğumdan sonra mutluluk ve hüznü bir arada yaşayabilirsiniz. Birçok anne bebeğine nasıl bakacağı korkusunu yaşamaktadır. Bu duygular ilk günler için çok normaldir. Hastanede kaldığınız dönemde bir an önce hastaneden çıkma isteği duyabilirsiniz. Özellikle ikinci günden sonra bu duygular yoğunlaşabilir. İlk bir hafta gülerken aniden ağlama, en küçük bahanelerle ağlama isteği normaldir. Bu durum hormonal değişiklikler nedeniyle meydana gelmektedir ve annelik hüznü olarak bilinmektedir. Uyku problemleri, üzgün görünme, halsizlik, baş ağrıları, konsantrasyon güçlükleri, şaşkınlık, sinirlilik ve iştahsızlık yaşayabilirsiniz. Bu durumun genelde bir hafta içinde giderek azalması beklenir.

Kendinizi daha iyi hissedebilmek için şunlara dikkat etmelisiniz:

- ✓ Çok fazla kendinizi yormayın. Bebek uyurken siz de uyumaya çalışın çünkü uyku zihinsel sağlık açısından çok önemlidir.

- ✓ Eşinizle dönüşümlü bir şekilde sorumluluklarınızı paylaşın. Etrafınızdaki akraba ve arkadaşlarınızdan yardım isteyin. Bu sayede kendinize dinlenecek zaman ayırın (Okumuş ve Mete, 2009).

- ✓ Eğer içinizde var olan sıkıntı bir hafta sonra da devak ediyorsa ,
- ✓ Azalma yerine artıyorsa;

Bu durum doğum sonrası depresyonun habercisi olabilir. Mutlaka doktora başvurmanız gerekir.

Lohusalıkta Beslenme

Önemi

Lohusalık dönemi, gebelikte değişikliklerin olduğu vücudun eski durumuna dönmeye çalıştığı, aynı zamanda memelerde gelişmenin devam edip süt salınımının olduğu dönemdir. Vücudunuz bu hızlı değişime uyum sağlama çabasıdadır. Bu nedenle lohusalıkta beslenmenize dikkat etmeniz gerekir.

Doğumdan hemen sonra gebelikte aldığınız kilonun yaklaşık 4,5-5 kg'ını bebeğiniz ve eklerinin (plasenta, amniyon sıvısı) doğması ile kaybedersiniz. Rahminiz ve diğer dokularınızın da eski durumlarına dönmeye çalışmaları ve terleme ile de bir miktar kilo kaybedersiniz. Doğum sonrası aktivitenizin artması kilo kaybınızı etkileyen diğer etkidir.

Lohusalık döneminde kilo vermeniz gebelikte aldığınız kiloların miktarına bağlıdır. Fazla kilo almamışsanız emzirirken, vücudunuzda depoladığımız yağlar süt verirken harcanabilir. Böylelikle gebelik öncesi kilonuza daha kolay dönebilirsiniz. Doğumdan sonra 1 yıl içinde doğumdan önceki kilonuza dönmeniz beklenir.

Temel olarak harcadığınız enerjiden az enerji alırsanız kilo verir, fazlasını alırsanız kilo alırsınız. Bu dönemde kilo almanız ya da hızlı kilo vermeniz istenmez. Süt yapımının olduğu bu dönemde önemli olan vücudun gereksinimi kadar enerji alınmasıdır. Yoksa bebeğinize yeterli miktarda süt üretemezsiniz.

Diyette doymamış yağ asitleri (bitkisel yağlar) ve suda eriyen vitaminleri yeterli almanız süt içeriğinizi zenginleştirir. Yetersiz ve dengesiz beslenen kadınların, süt üretiminin 400 ml'yi geçmediği saptanmıştır. Hangi şartlarda olursa olsun bebeğinizin sağlığını geliştirecek ve büyümesini destekleyecek yeterli kalite ve miktarda süt üretebilirsiniz. Ancak iyi beslenen annelerin sütlerinin, kötü beslenen annelerin sütlerinden özellikle vitamince zengin olduğu araştırmalarca kanıtlanmıştır (Okumuş ve Mete, 2009).

Lohusalıkta Beslenmede Dikkat Edilecek Noktalar

Süt salınımınızın yeterli olması için günde 2500-3000 ml = 12-15 bardak sıvı alınız. Sıcak havalarda, egzersiz durumunda sıvı kaybınız daha fazla olacağı için aldığınız sıvı miktarını artırmanız gerekir. Bol sıvı ve gezersiz kabızlık sorununuzun önlenmesi için de yararlıdır.

Protein lohusalık dönemi için bir başka önemli besin grubudur. Lohusalık döneminde süt ve süt ürünlerinde de zengin beslenmeniz önemlidir. bebeğinize yetecek miktarda süt üretebilmeniz için yeterince kalsiyum ve protein almanız gerekir. Gebelik dönemindeki miktar kadar almanız gereksiniminizi karşılar.

Lohusalık döneminde demire olan ihtiyacınız artmaz, ancak gebelikte ve doğumda kaybedilen kan nedeniyle boşalan depoların yerine konması için doktorunuz bir süre demir ilaçları kullanmanızı önerebilir. Vitaminler hücre yenilenmesini sağladıkları için yeterli miktarda alınmalıdır. Sebze ve meyve tüketimi gebelikteki gibidir (Okumuş ve Mete, 2009).

Emziren Anneler İçin Önerilen Günlük Besin Miktarları	
Besin grupları	Alınması gereken miktar
1- Süt ve süt ürünleri	4-5 porsiyon
2- Et ve ürünleri, yumurta, kuru baklagiller	3 porsiyon
3- Meyveler	2-3 porsiyon
4- Sebzeler	2-3 porsiyon
5- Tahıllar: Pirinç, bulgur, makarna, ekmek	6-11 porsiyon
6- Yağ ve tatlılar: Yağ Şeker ve tatlılar	2-3 yemek kaşığı 1 porsiyon

Anne Sütü Ve Emzirme

Anne Sütünün İçinde Hangi Malzemeler Bulunur?

Anne sütü, antikorlar (bağışıklık maddesi), büyüme faktörleri, sindirimi kolay protein, yağ ve yağ sindirimini sağlayan maddeler, yeterli miktarda vitamin ve su içerir.

Anne Sütü ve Emzirmenin Yararları

Emzirmenin ne tür yararları vardır?

Düzenli emzirme bebeğin sağlıklı gelişmesini büyümesini ve hastalıklardan korunmasını sağlar. Kolostrum adı verilen “ilk süt” protein bakımından oldukça zengindir ve içinde bebeği bulaşıcı hastalıklardan koruyacak bol miktarda antikor taşımaktadır. Kıvamı koyu ve sarımsı bir rengi olan kolostrum sonraki birkaç gün içinde normal anne sütüne dönüşecektir. İlk 48 saat içinde sık emzirmek sütün yeterliliği açısından önem taşır. Çünkü sık emmeye bağlı olarak süt salgısında artış olacaktır. Bu nedenle sütünüz henüz gelmemiş bile olsa sık emzirmeye devam ediniz.

Emzirmenin faydaları arasında şunlar sayılabilir:

- Anne sütü tamamen bebeğe özel içeriğe sahiptir ve mükemmel bir besin maddesidir.
- Anne sütü her zaman hazırdır ve anneye büyük kolaylık sağlar.
- Anne sütü ücretsizdir.
- Anne sütü her zaman temizdir.
- Anne sütü her zaman uygun sıcaklıktadır.
- Anne sütü her zaman uygun miktarda ve uygun oranlarda besin maddesi içerir.
- Emzirme anne ve bebek arasında güçlü bir bağ kurulmasını kolaylaştırır.
- Emzirmeyle alınan oksitosin hormonu hem sütün memelerden dışarı atılmasından sorumludur hem de doğum sonrası rahmin toparlanmasını kolaylaştırır. Aynı zamanda annelik güdüsünün gelişmesine yardımcı olur ve anneye bebek arasında güçlü bir bağ gelişmesini sağlar.
- Anne sütü bebek için doğal bir sakinleştiricidir.
- Anne sütünün içeriği bebeğin kolay uykuya dalmasına yardımcı olur.
- Anne sütü ağrı kesicidir.
- Emzirme sayesinde annenin doğum sonrası kilo vermesi kolaylaşır.
- Emzirme bebeğin duygusal gereksinimlerini de (anneye yakınlık, oral doyum vb.) karşılar.
- Anne sütü bağışıklıkla ilgili maddeler içerir ve emzirilen bebekler çok daha az hastalanırlar.
- Anne sütünün sindirilmesi daha kolaydır ve gaz sancıları, kabızlık vb sıkıntılar azalır.
- Erken doğum yapan annenin sütü özellikle erken doğan bebekler için uygun içeriğe sahiptir.
- Emzirilen bebeklerde ani bebek ölümü sendromu, kulak enfeksiyonları, ishal, bakteriyel menenjit, solunum sistemi hastalıkları, alerjik hastalıklar, astım, şeker hastalığı, eklem romatizması, kemik erimesi, obezite, meme kanseri, Crohn hastalığı, gastroözofajiyal reflü, diş sorunları vb hastalıklar daha az görülür.
- Anne sütü aşıların etkinliğini artırır.
- Anne sütü alan bebekler mükemmel kokar.

Başarılı bir emzirmenin en önemli anahtarı öncelikle annenin kendine güvenmesidir. Hayata en iyi başlangıç anne sütüdür. Enerji, protein, yağ, karbonhidrat ve diğer elzem besin öğeleriyle yenidoğanda büyümeyi ve gelişmeyi sağlayan karmaşık biyolojik bir sıvı ve içerdiği bir çok biyoaktif enzim, hormon, büyüme etmeni ve bağışıklık öğelerini içeren yapısıyla eşsiz bir besindir. Anne sütü ile beslenen çocuklarda alerjik reaksiyonlar hemen hiç görülmez.

Tüm bunlarla birlikte emzirme aşağıda belirtilen nedenlerden dolayı da gerekli ve önemlidir:

Anne sütünün Bebek için yararları:

- Bebeğin gereksinimleri değiştikçe anne sütünün içeriği de değişir. Yani bebeğinizin neye ihtiyacı varsa süt ona uygun olarak salınır. İlk günlerde kolostrum (ağız sütü) denilen sarı renkli, bol proteinli süt salınırken, zamanla sütün içeriği değişir. Beyaz renkli olgun süt salınmaya başlar.
- Anne sütü, bebeğin bağışıklık sistemini güçlendirecek özel maddeler içerir. Özellikle kolostrum tıpkı bir aşı gibi bebeğinizi hastalıklardan koruyacaktır.

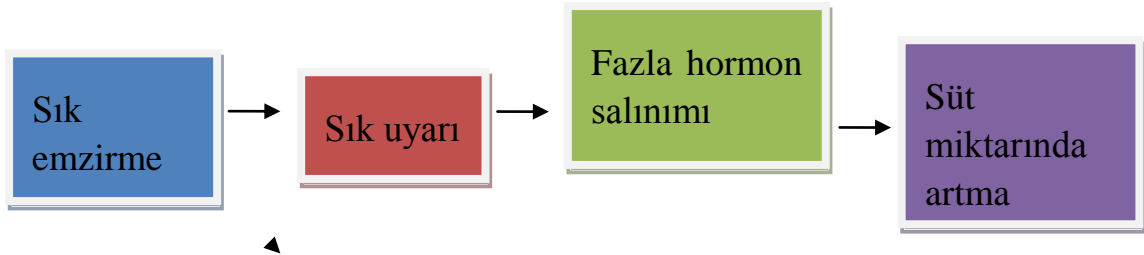
- Anne sütü kolaylıkla sindirilebilir ve alerjilere neden olmaz.
- Bebekte kabızlığa neden olmaz.
- Anne sütü mikropsuzdur. Isıtma ya da kapta bekletme işlemlerinden geçmeden doğrudan bebeğe verildiği için, bebeğe verilme sırasında mikrop bulaşmaz. Bu nedenle bebeğinizi mikropların neden olduğu hastalıklardan korur.
- Annenin bebeğini emzirmesiyle anne bebek ilişkisi güçlenir, annenin bebeğini benimsemesi, bebeğin sağlıklı bir kişilik kazanması kolaylaşır.

Emzirmenin Anne için yararları:

- Emzirme sırasında salgılanan oksitosin hormonu doğum sonrası rahminizin eski haline dönmesine yardım eder, kanamanızı azaltır (okstosin; rahmi kasarak doğumun gerçekleşmesini, doğumdan sonra ise rahmin eski haline dönmesini ve emzirme esnasında sütün meme ucundan dışarı atılımını sağlayan hormondur).
- Hazırlanması, ısıtılması, taşınması gibi problemleri olmadığı için annenin ve ailenin yaşamını kolaylaştırır
- Ekonomiktir, daha az zaman ve para harcanır.
- Emzirme, annede meme ve yumurtalık kanseri ile menapoz sonrası osteoporoz ve kalça kırığı riskini azaltır. Rahim kanserine karşı koruyucudur.
- Emziren anneler eski kilolarına daha çabuk döner.
- Emziren annenin kendine güveni ve bebeğine yakınlık duyma ile bağlanması artar.

Süt Oluşumunu Ve Atılımını Sağlayan Hormonlar

Süt oluşumunu prolaktin hormonu, sütün atılımını ise oksitosin hormonu sağlar. Doğum sonrası bebeğin emmesiyle meme başındaki sinir uçları uyarılır ve beyinde hormon salgılayan özel merkezlere uyarı gönderilir. Bu merkezlerden prolaktin ve oksitosin hormonları salgınır. Prolaktin memedeki alveollerde süt yapımını sağlar. Oksitosin ise alveolleri kasarak sütün boşalmasını sağlar. Buna süt inme refleksi denir.



Prolaktin hormonu: Emzirme sürdükçe prolaktin hormonu ve süt yapımı sürecektir. Sık emzirme daha fazla süt yapılması anlamına gelir. Prolaktin gece daha fazla yapıldığından süt üretimini artırmak için gece sık emzirilmesi yararlıdır. Prolaktin hormonu anneyi gevşetir ve uykusunu artırır. Yani anne gece kalkıp emzirse bile iyi uyuyup dinlenebilir.

Oksitosin hormonu (süt inme refleksi): Oksitosinin salgılanması sütün atılımı için son derece önemlidir. Çünkü süt yapımı sürse bile, oksitosin olmazsa süt dışarı atılamaz. Yeterince boşalmayan memede, süt miktarı zamanla azalarak kesilir.

Oksitosin hormonunun salınması için sadece emzirme veya sağma değil, psikolojik uyarılar da önemlidir. Çeşitli etkenler süt inme refleksini iyi ya da kötü yönde etkileyebilir. Annenin bebeğin acıkması nedeniyle ağlama sesini duyması, emme saatinin gelmesi bebek daha emmeden oksitosin salınımını uyarabilir. Anne memesinde süt geldiğini hisseder. kaygı, stres, ağrı, şüphe gibi duygular da oksitosin salınımını baskılar. Bu nedenle emziren annelerin mümkün olduğunca sakin, rahat ve mutlu olması süt salınımının devamı için önemlidir

Sezaryen doğumdan sonra sütün gelmesi normal doğuma göre daha geç olabilir. Ancak kesinlikle kaygılanmamalı, bebeği emzirmeye devam etmelisiniz. Bebeğiniz emdikçe ve siz düzenli beslenmeye başladıkça sütünüz 2-3 gün içinde gelecektir.

Süt inme refleksiniz uyarıldığında neler hissedersiniz?

- ✓ Emzirmeden hemen önce ya da tam emzirirken memelerinizde ezilme ya da karıncalanma hissi
- ✓ Bebeğinizi düşününce ya da onun ağladığını duyunca memelerinizden süt akması
- ✓ Bebeğiniz emerken diğer memenizden süt damlaması
- ✓ Emzirme sırasında bebeğinizi memeden ayırırsanız memenizden ince ince süt gelmesi
- ✓ İlk haftalardaki emzirmelerinizde rahim kasılmalarıyla karnınızda ağrı hissetmeniz.

Bebeğin Emmesine Yardımcı Refleksler

Sağlıklı ve gününde doğan bebeklerin emmesine yardımcı olan 3 refleks vardır:

Arama refleksi: Bebeğin ağzının kenarına herhangi bir şey dokunduğunda, bebek ağzını açarak o yöne döndürür, aramaya çalışır. Bu refleks bebeğinizin ağzını iyice açarak meme başını arayıp bulmasını ve yeterince meme dokusunu ağzına almasını sağlar.

Emme refleksi: Damağına bir şey dokunan bebek içgüdüsel olarak emmeye başlar. Emme refleksi sütü sağılması için gerekli dil ve çene hareketlerini sağlar. Bebekte emme refleksinin en kuvvetli olduğu zaman doğumdan sonraki ilk 20-30 dakikadır. Eğer bebek bu süre içinde anne memesine verilmezse emme refleksi geçici olarak zayıflar. Bu nedenle başarılı bir emzirme süreci yaşayabilmeniz için bebeğinizi doğar doğmaz emzirmeniz çok önemlidir. ayrıca erken temas bebeğinizle sevgi bağınızın erken kurulmasını ve emzirme başarınızın artmasını sağlayacaktır.

Yutma refleksi: Bebeğin ağzı süt ile doğduğu zaman, yutma refleksi uyarılır.

Bebeğe Emzik Ya Da Biberon Verilmeli Midir ?

Anne sütü alan bebeklerde emzik ve biberon verilmesi önerilmemektedir. Bazen anneler, emzirmenin yanında suyu (ki anne sütünün %98'i sudur) ya da başka besinleri biberonla bebeklerine vermekte, yada ağlamasını ve oyalansın diye emzik

kullanmaktadır. Ancak biberon ayda emzik alan bebeklerde “meme başı şaşkınlığı” denilen bir durum oluşmakta ve bu bebekler anneyi emmeyi bırakabilmektedirler. Çünkü meme ile biberon ya da emzik emmek arasında emme şekli açısından farklılıklar vardır.

Emzirme Sırasında Dikkat Edilmesi Gerekenler

Doğru Emzirme Tekniği

- Emzirmeden önce ellerinizi mutlaka yıkayın.
- Sırtınız bir yere yaslayıp rahat bir şekilde oturun. Unutmayın sizin rahatlığınız bebeğinize de yansacaktır.
- Bebeğinizi kolunuzda yüzü memeye dönük ve bebeğinizin vücudunu olabildiğince dik tutun.
- Bebeğinizi meme hizasında tutun. Böylece meme bebeğin üzerine basınç yapmaz.
- Bebeğinizin ağzının kenarına meme başını değdirerek arama refleksini uyarın.
- Meme ucunuzla birlikte areola denilen renkli kısmı da alabildiği oranda ağzına verin. Bu şekilde bir tutuş ile süt kanalları boşalır, süt yapımı artar ve meme başı hasar görmez.

Emzirme Süresi ve Sıklığı

Doğumunda itibaren bebeğiniz her istediğinde memeye tutmalısınız. Bebek 1-2 hafta içinde öğün aralıklarını belirleyecektir. Bu aralıklar her bebekte değişmekle birlikte ortalama 2-4 saattir. Emzirme sürecinin gece de devam etmesi önemlidir. bazen bebeğin uyuması gibi özel durumlarda bu süre uzayabilir. Tedirgin olmamalısınız. Özellikle bebek banyo yaptıktan sonra daha uzun süre uyuyabilir.

Memede kalma süresi ortalama 15-20 dakikadır. Bu süre bebekten bebeğe değişebilir. Doğum sonrası ilk günlerde bebeğin çene kasları güçlü olmadığı için daah uzun sürede memeyi boşaltır. Sonraki günlerde bebek memeyi daha kısa sürede boşaltacağından bu süre kısalabilir. Bazı bebekler doymalarına rağmen memeyi oyun haline getirerek uzun süre emebilirler. Bu durum annenin günlük yaşamını etkileyecek boyutlara dönüşebilir. Bu yüzden emzirme süresinin ayarlanması önemlidir.

Bir emzirme öğününde ilk salgılanan süte ‘önsüt’, öğünün sonlarında salgılanan süte ‘sonsüt’ denir. Önsüt protein ve su yönünden zengindir. Sonsüt ise önsüte göre daha beyaz görümlü daha çok yağ içeren bir süttür.

Bebeğiniz bir memeyi tamamen boşalttıktan sonra diğer memenize geçmelisiniz. Bir emzirmede bebeğiniz bir memeyi emerek doydu ve diğer memeyi emmek istemiyor ise ikinci emzirmede diğer memeden başlamalısınız. Bir memeyi boşaltıp diğerini tam boşaltmadıysa bir sonraki emzirmede yarım kalan memeden başlamalısınız. Bir emzirmede memeyi boşaltıncaya kadar emzirmeniz önemlidir. bir emzirmede kısa kısa iki memenizi birden vermeniz bebeğinizin sonsütü alamamasına yani kilo almasına neden olur. Bu nedenle emzirme öğününde bebeğinizin hem ön hem de sonsütü alması için yeterli sürede emmesini sağlayın.

Sütün yettiği nasıl anlaşılır?

Anneler genellikle bebeğin ne kadar emdiklerini görmedikleri için bebeğin hep aç kaldığını ve mamaya başlamaları gerektiğini düşünürler. Oysa iyi beslenen sağlıklı bir annenin sütü bebeği için yeterlidir.

Bebeğin doyduğunu gösteren bulgular:

- Huzurludur ve uyuması iyidir. (emme sonrası yaklaşık 2-3 saat uyur.)
- Cildi parlak ve gergindir. Buruşukluk, kuruma görülmez.
- Ortalama 2-4 saatte bir emmek ister.
- Günde 6-7 kez açık renkli idrar yapar. (günde 4-5 kezden daha az sayıda, koyu sarı renkli ve keskin kokulu idrar yapma az beslendiğinin belirtisi olabilir.)
- Aylık kilo artışı uygundur. İlk 6 a için bebeğiniz ayda en az 500 gram almalıdır.

Gaz çıkarma

- Bebeğinizi emzirdikten sonra omzunuza temiz bir örtü serin (bu bebeğinizi giysinizdeki mikroplardan korur, ayrıca bu esnada bebeğiniz kusarsa üzerinizi de koruyacaktır.)
- Bebeğin başını çevirerek omzunuza yatırın.
- Sırtını aşağıdan yukarı doğru sıvazlayarak hafif hafif vurarak gazını çıkarabilirsiniz (ağızdan geçirme).
- Bu işlem 10-15 dakika sürebilir. Ancak bebeğiniz bazen emme esnasında hava yutmaz ve gaz çıkarmayabilir; huzurlu görünüyorsa yatırabilirsiniz.

Bebek kaç ay emzirilmelidir?

Bebeğiniz 6 aylık olana kadar su dahil hiçbir ek gıda vermeksizin yalnızca anne sütü ile besleyebilirsiniz. Daha sonra ek gıdalarla birlikte emzirmeye 2 yaşına kadar devam edebilirsiniz.

Meme Bakımı

Etkili bir emzirme için memelerin bakımına gebelik döneminde başlanmalıdır. Emzirmenin sağlıklı bir şekilde sürdürülebilmesi için doğum sonrasında da meme bakımı sürdürülmelidir.

Gebeliğin son dönemlerinde memelerinizde dolgunluk, duyarlılık, büyüme ve ağırlaşma hissedersiniz. Memelerin uygun bir şekilde desteklenmesi, değişimlere bağlı oluşan bu rahatsızlığı azaltır. Bunun için memelerinizi kuru ve temiz bir şekilde tutmalı ve memeleri iyi destekleyen sutyenler kullanmalısınız. Memelerin günlük temizliği için ılık su (günlük duş almak) yeterlidir. Temizlik esnasında sabun kullanmaktan kaçınmalısınız. Sabunla yıkama, memenin kendi yağlı salgısını ortadan kaldırarak memede kuruma ve çatlaklara neden olabilir.

Meme ucunuz içe çökük veya düz ise gebeliğin son haftalarında memelere masaj yapmak doğum sonrası dönemde bebeği rahat emzirebilmek için önemlidir. ancak meme uçlarının aşırı uyarılması erken doğuma yol açabileceğinden çok fazla önerilmemektedir. Çökük veya düz meme uçlarının çıkarılması için gebeliğin son aylarında anatomik göğüs kalıbı adı verilen ve sutyen içine yerleştirilebilen özel malzemeler kullanılabilir.

Emzirme döneminizde meme bakımı yapmanız hem sizin hem de bebeğinizin sağlığı açısından önemlidir. temizliği gebelikteki gibi ılık su ile yapmanız, günlük duş almanız, her gün sutyeninizi değiştirmeniz ve her emzirme öncesi mutlaka ellerinizi yıkmanız çok önemlidir. gebelik ve emzirme döneminde kullandığınız sutyenler pamuklu, iyi destekleyen, geniş askılı olmalıdır.

Bebeğin emzirilemediği durumlarda, memelerde gerginlik oluşmaması için süt mutlaka sağılarak boşaltılmalıdır. Bazen emzirilse bile süt çok fazla gelir ve bebek tam olarak boşaltamaz. Bu tür durumlarda memeler elle, süt çekerle ya da özel elektrikli pompalarla boşaltılmalıdır. Boşaltma işleminden önce memelere sıcak su pansumanı uygulamanız işlemi kolaylaştıracaktır.

Emzirme Ve Sigara, Alkol, Kafeinli İçecekler, İlaç Kullanımı

Anne, gerekli olmadığı sürece ilaç almamalıdır. İlaçların küçük bir miktarı da olsa anne sütüne geçmektedir. Annenin bir ilaç kullanması gerekiyorsa, doktoruna bunu bildirmeli ve verilen ilacın emzirmesine mani olup olmayacağını öğrenmelidir. Doktor kontrolünde kullandığınız ilaçları bebeğinizi emzirdikten hemen sonra almalısınız. Böylelikle bebeğin emdiği sütteki ilaç oranı azaltılmış olur.

Sigara içmeyle ilgili ise sadece emziren anne değil, bebeğin bulunduğu ortamda anne de dahil kimse sigara içmemelidir. Sigaranın bebeğin memeyi reddetme nedenlerinden birisi olabileceğine dair çalışmalar vardır.

Alkol kullanımında ise; alkolün sınırlı düzeyde alımında bile anne sütü yoluyla bebeğe geçeceği ve zararlı maddelerin çok az miktarlarının bile bebeğin ağırlığı düşünlüğünde önemli olumsuz sonuçlar doğuracağı belirtilmiştir.

Kafeinli içeceklerdeki kafein anne sütü yoluyla bebeğe geçebilir. Kafein ise bebekte huzursuzluk, uykusuzluk, kimi zaman memeyi redde bile sebep olabilir. Bu nedenle bu tür içecekler emziren annelere önerilmemektedir

Sık Görülen Emzirme Problemleri

Memede süt birikmesi

Sütün fazla yapılması kılcal damarlarda kanın birikmesi sonucu göğüsler şişer. Ağrılı olabilir, bazen hafif ateş yapabilir. Genellikle süt salgısının arttığı ilk günlerde, bebeğin iyi emmemesi ve öğün aralıklarının uzun olması sonucu gelişebilir. Göğüslerde süt birikmesi durumunda yapılması gerekenler şunlardır:

- Bebek sık emzirilmelidir.
- Bebek emmekte zorlanıyorsa anne sütü sağılarak memeler bir miktar boşaltılmalıdır.
- Ağrılı göğsün üzerine sıcak havlu konulmalıdır (megep.meb.gov.tr)

Kanal tıkanıklığı

Anne göğsünde sütün toplandığı kanallardan birinin veya birkaçının tıkanması, dolayısıyla göğüste süt birikmesi olabilir. Bu durumun nedenleri fazla süt üretimi olması, emzirmeye başlamanın gecikmesi, bebeğin memeye tekniğine uygun yerleştirilmemesi, sütün seyrek boşaltılması, emzirme süresinin kısa tutulması olabilir. Kanal tıkanıklığı oluşmaması için doğumdan hemen sonra emzirmeye başlanması gerekir. Emzirmeyi sınırlandırmadan bebek her istediğinde emzirme yapılmalıdır. Doğum sonrası kanal tıkanıklığı ile karşılaşıldığında uygulanabilecek doğru yöntemlerle sorunun kısa sürede çözülmesi mümkündür (megep.meb.gov.tr)

Ne yapılmalı?

Kanal tıkanıklığında bebeğinizi sık sık emzirmelisiniz. Bebek ememiyorsa memeler sağılarak mutlaka boşaltılmalıdır. Süt kolaylıkla akmaya başlar ve kızarıklık, sertlik iyileşirse tıkanıklık açılmıştır. Durum 24 saatte düzelmiyor, ateş yükseliyorsa sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır. Eğer memede abse geliştirse bebek emzirilmemelidir.

Mastit

Yaygın meme dokusu iltihabıdır. Tek veya çift taraflı olabilir. Bakteriyel bir nedenle veya kanal tıkanıklığı sonucu gelişebilir. Tedavi edilmezse apse gelişebilir.

Bu durumun nedenleri memelerin dolgunlaşıp sertleşmesi, sütün iyice boşalmaması, travma, çatlak olan meme başından mikroorganizmaların içeriye girmesi olabilir. 38-40 0C kadar ani ateş yükselmesi, hızlı nabız, memede kırmızılık, sert kabartılar, zonklayıcı ağrı ve hassasiyet, lohusada baş ağrısı, bulantı, titreme gibi belirtiler görülebilir. Mastit gelişmesi durumunda yapılması gerekenler şunlardır:

- Memelerin dolgunlaşıp sertleşmesi ve uçlarının çatlaması önlenir.
- Annenin memeleri iyi boşaltıp boşaltmadığı kontrol edilir.
- Memelerin temiz tutulması sağlanır (megep.meb.gov.tr).

Meme ucunda çatlak ve ağrı

Ağrılı ve çatlak meme uçları özellikle emzirmenin ilk haftalarında sık görülen problemlerdir. Genellikle bebeğin sadece meme ucunu alıp areolayı kavrayamadığı durumlarda görülür. Bunu yanında memenin çok sık yıkanması, meme uçlarının sabunlu veya karbonatlı su ile yıkanması, havluyla sert biçimde kurulanması çatlak olasılığını artırır.

Ne yapılmalı?

Bebeğin memeyi doğru tuttuğundan emin olunmalıdır. Meme ucunun temizliğinde sabun, şampuan gibi maddeler kullanılmamalıdır. Sadece su ile yıkanıp, yumuşak bir havlu yardımıyla nazikçe kurulanmalıdır. Emzirme sonrası bir damla sür çıkarılarak meme ucuna hafifçe sürülebilir. İyileşmeyen, ilerleyen çatlaklarda sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır.

Sütten kesme

Emzirme kadar süttten kesme de hem bebek ham anne açısından önemlidir. ülkemizde aniden süttten kesme, meme ucuna çeşitli maddeler sürme gibi çeşitli hatalı uygulamalar yapılmaktadır. Ancak bu durum hem anneyi hem de bebeği hırçınlaştırır ve üzer. Bebek bu durumu kabullenemez ve diğer yiyecekleri de reddedebilir. Sonuçta beslenme bozukluğu ve hastalıklar ortaya çıkar. İdeal olan yavaş yavaş süttten kesmektir.

Bir hafta süre ile günlük emzirme sayısı 1 kez azaltılmalıdır. İzleyen 2-3 ayda günde iki kez verilir. Gece anne sütü kesilir. Ancak bu dönemde bebeğin duygusal boşluk yaşamaması için anne yakınlığına çok önem verilmelidir.

Sütten kesme durumunda anne bazı meme problemleri ile karşılaşabilir. Süt salınımının durdurulması için memelere soğuk uygulama yapılması, üzerine bandaj uygulama yararlıdır. Zorunlu olmamakla beraber süt salınımını baskılamak için hekimin önereceği bazı ilaçlar da kullanılabilir (Okumuş ve Mete, 2009).

3. Görüşme sonunda araştırmacı ailelerin anlamadıkları ve merak ettikleri noktalara ilişkin soruları yanıtlamıştır. Ardından oturumu özetlemiştir. Daha sonra özet bilgiler katılımcılara dağıtılmış ve sonraki ziyaretin gün ve saati kararlaştırılmıştır. Araştırmacı daha sonra ailelere teşekkür ederek gelecek hafta buluşmak üzere görüşmeyi sonlandırmıştır.

DÖRDÜNCÜ ZİYARET

Ziyaret Amaçları :

Dördüncü ziyaretin amaçları aşağıdaki gibidir.

Anne-baba adayı;

- Doğum sonrası psikolojinin önemini kavrar.
- Bebeğin ruh sağlığı açısından anne ve babanın önemini kavrar.
- Bebekle nasıl iletişim kurulabileceğini bilir
- Bebek için yapılması gereken hazırlıkları bilir.

Süre :100 dk.

Materyal : Powerpoint sunumu

Özet bilgiler kitapçığı

Süreç :

1. İlk olarak önceki görüşmenin özeti yapıldı ve ailelere sormak ya da belirtmek istedikleri bir konu olup olmadığı soruldu. Paylaşımında bulunmak isteyen ya da soru sormak isteyen olduğu takdirde paylaşımlar dinlenip sorular cevaplandırılarak dördüncü görüşmeye geçildi.

2. Araştırmacı ziyaret süresince aşağıdaki bilgileri vermiştir.

Bebek için ev ortamında ne gibi hazırlıklar yapılmalıdır?

- Bebek eve gelmeden önce ona uygun bir oda ve yatak hazırlamak doğru olacaktır. Bu yatak, geceleri emzirme kolaylığı açısından birkaç aylığına annenin babanın odasında da olabilir. Fakat bir süre sonra bebeğin ayrı bir odası olması daha uygundur.
- Gün içinde sık sık bebekle göz teması kurmaya çalışmak ona dokunma, onu kucaklayıp çevreyi göstermek, zaman zaman da bebeği kendi haline bırakmak duygusal gelişimi ve merkezi sinir sisteminin uyarılması açısından yararlı olur.
- Odasını çok sayıda oyuncakla donatmayın. Gelişim dönemine uygun yeterli sayıda oyuncak olsun. Yatağının üzerine dönene ve ses çıkaran, uzanmaya çalışabileceği bir dönence yerleştirebilirsiniz.
- Ev ortamının sıcaklığının uygun düzeyde olmasına (22-25 derece) ışık ve ses düzeyinin çok az ya da çok fazla olmamasına dikkat edin.
- Ani bebek ölümü sendromunu önlemek için yatağın baş tarafının 20-30 derece yukarıda olması ve sırt üstü uyuması en uygundur.
- Emzirme saatlerini onun isteğine göre ayarlayın ve zamanla geceleri emzirme sıklığını azaltın.
- İkinci aydan itibaren eğer gece uykuları uzamaya başladıysa emzirmek için uyandırmayın.
- Uykuya dalmadan yatağına yatırırsanız yatağında uykuya dalamayı öğrenir ve geceleri uyandığında kendi kendine uykuya dalması kolay olur.
- Günlük etkinlik saatlerinizi (uyku, yemek gibi) öncelikle kendiniz için düzene sokarak onun da olabildiğince aynı saatlerde uyumasını ve günlük bir ritim yakalamasını sağlayın.
- Evin havalandırmasına ve genel hijyenine dikkat edin.
- Eve gelen ziyaretçilerin bebeğe dokunmadan önce mutlaka ellerini yıkamasını isteyin, bebeği öpmelerine izin vermeyin.
- Evden dışarı çıkmak için 40 gün beklemeniz gerekmez. Uygun çevresel koşulları varlığında daha da önce günün belli saatlerinde dışarı çıkabilirsiniz. Dış dünyayla tanışmak onun uyarılmasını, canlanmasını, öğrenmesini, kendini iyi hissetmesini ve daha sağlıklı olmasını kolaylaştıracaktır.
- İlk haftadan itibaren ılık banyo ve sonrasında masaj uygulaması da bebek için oldukça geliştirici ve sakinleştirici olabilir.
- Banyo ve bez değiştirme esnasında bedenini ve cildini (olası döküntüler, ateş,yeni ortaya çıkan lekeler, şişlik vb.)İnceleyin. Fark ettiğiniz anormal durumu mutlaka araştırın.
- Bebeğinizi aşıları, boy, kilo takibi, fiziki muayene ve gerekli tıbbi tetkikler için doktorunuzun önerdiği sıklıkta düzenli olarak “sağlam çocuk kliniği” kontrolüne götürün (Karabekiroğlu, 2013).

Bebeklerin Ağlamasının Nedenleri ve Sakinleştirme Yöntemleri

Bebekler neden ağlar?

Yeni doğmuş sağlıklı bebekler dahi günde 1 ila 3 saat arası ağlayabilir. Yeni anne ve baba olmuş ebeveynler bebeklerinin neden ağladığını ve ne istediğini anlamakta güçlük çekerler. Acaba karnı mı aç, susadı mı, üşüyor mu, sıkılıyor mu

veya kucağa mı alınmak istiyor? Bebeğinizi daha iyi tanıdığınızda ve ağlama şeklini ayırt edebildiğinizde, bebeğinize istediğini verebilecek duruma gelmiş olacaksınız.

Karnım acıktı

Yeni doğmuş bir bebek genellikle karnı acıktığı için ağlar. Bebeğinizin midesi küçük olduğundan bir seferde fazla gıda alamaz. Dolayısı ile bebeğinizi ağladığı zaman doyurmalısınız.

Bezim kirlendi

Bazı bebekler bezlerinin kirlenmiş olmasına aldırmaz. Özellikle ciltleri hassas olan bazı bebekler ise bezleri kirlendiğinde derhal haber verir. Bebeğinizin bezinin fazla sıkı olup olmadığını veya kıyafetinin rahatsız edip etmediğini de kontrol edin.

Terledim - veya üşüdüm

Elinizi karnına koyarak(el veya ayaklarını dikkate almayın, çünkü bunlar genellikle biraz soğuk olur) bebeğinizin yatağında terleyip terlemediğini veya üşüyüp üşümediğini kontrol edin. Bebeğiniz terlemişse bir battaniyeyi üzerinden alın. Eğer üşümüşse üzerine bir battaniye daha örtün. Bebeğinizin yattığı odadaki sıcaklık yaklaşık 18 derece olmalıdır.

Kucağa alınmak istiyorum

Bebeğiniz bazen sadece kucağa alınmak istediğinden ağlar. Endişelenmeyin, ilk aylarda bebeğinizi sıkça kucağınıza alarak „şmartmanız" gerekmez. "Ana kucağı" (taşıma bezi) sayesinde bebeğinizi her zaman yanınızda taşıyabilirsiniz. Böylelikle başka işleri de halledebilmeniz için elleriniz serbest kalır.

Sakinliğe ihtiyacım var

Yeni doğmuş bir bebek için birden fazla olayın gerçekleşmesi ona fazla gelebilir. Bu durumdaki ağlaması „yeter" anlamına gelmektedir. Bebeğinizi sakin ve sessiz bir yere yatırdığınız takdirde kısa bir süre sonra uyuyacaktır.

Hastayım

Hasta olan bir bebek diğer zamanlardakinden farklı bir şekilde ağlar. Bu durumdaki ses daha yüksek ve acil bir ağlama sesidir. Herhangi bir şeyin yolunda olmadığı hissine kapıldığınız an doktorunuzu veya ebenizi arayın. Bebeğiniz ağlamadan dolayı nefes alma zorluğu çekiyorsa, ağlamaya kusma, ishal veya kabızlık eşlik ediyorsa muhakkak doktorunuzu aramalısınız.

Bir şeylere ihtiyacım var ama ne olduğunu bilmiyorum

Birçok bebeğin sürekli ağladığı dönemler olur ve buna da bazen kolik (gaz sancısı) denir. Gaz sancısının üstesinden gelmek zor olabilir ve patentli bir ilacı yoktur. Ancak bu durumun 3 aydan fazla sürmediğini bilmek sizi rahatlatır.

(<http://www.babycentre.co.uk>) (29.08.2013)

Bebeklik Döneminde Görülen Bazı Sorunlar

Pamukçuk:

Pamukçuk, candida albicans grubu mantarların ağız mukozasında oluşturduğu bir enfeksiyondur. Yaşamın ilk altı ayı boyunca en sık görülen fungal enfeksiyon olan pamukçuk, bütün bebeklerin yaklaşık %2-5'inde görülürken prematürelde daha yüksek orandadır. Bebeklerde pamukçuğun en tipik belirtisi ağızda görülen (dilin üzerinde, dudak ve yanağın iç kısmında, bazen boğazda) krem/beyaz renkte noktalar. Bu noktalar süt keşiği veya peynir görünümünde olup kazındığında altındaki bölgenin yavaşça kanadığı görülür. Tükürükte ya da dudakların iç yüzünde beyazımsı bir parlaklık vardır.

Pamukçuk nedenleri; annenin sık genital mantar enfeksiyonu öyküsü, annenin gebelik ve doğum eylemi sırasında antibiyotik kullanmış olması, çatlak meme ucu, nemli emzirme pedlerinin veya sütyenlerin meme ucu dokusuna uzun süre temas etmesi, bebekte emzik kullanımı gibi faktörlerdir (megep.meb.gov.tr)

Pişik:

Özellikle perincede görülen kızarıklıkla karakterize lezyonlardır. Genellikle alt bezinin sık değiştirilmemesi, çamaşırların uygun yolla yıkanmaması, alt değiştirme sırasında hijyen kurallarına uyulmaması ve hazır beze karşı olan hassasiyet nedeniyle gelişir.

Yenidoğan sarılığı:

Yenidoğanlarda görüle iki tip sarılık vardır. Bunların bulaşıcı sarılıkla ilgisi yoktur.

Patolojik (normal olmayan) sarılık: doğumdan sonraki ilk 24 saat içinde ortaya çıkar. Nedeni genellikle kan uyuşmazlığıdır ve tıbbi tedavi gerektirir.

Fizyolojik (normal) sarılık: doğumdan sonraki ilk 24 saatten sonra ortaya çıkar. Diğer sarılık tipine göre çok daha sık görülür. Fizyolojik sarılık ilk 24 saatten sonra ortaya çıktığı için bebeğinizi sarılık yönünden evde takip etmeniz önemlidir. doğumdan sonraki ilk hafta düzenli olarak her gün ışığında bebeğinizin cildini, gözlerini kontrol etmelisiniz.

Eğer bebeğinizin renginde sararma görürseniz mutlaka sağlık kuruluşuna gitmelisiniz

(Okumuş ve Mete, 2009).

Doğum Sonrası Psikoloji

İlk defa doğum yapan bir kadın genellikle yabancı olduğu bir dünyaya adım atmış ve her annenin yaşadığı bir ilki yaşamaya başlamıştır. Bu durumda bir anne neler yaşar veya yaşayabilir? Nasıl bir psikoloji içinde bulunur, neler düşünür, nasıl davranır? İlk defa doğum yapan bir kadın doğum sonrası genellikle şu psikolojik durumları yaşar.

- Kendi annesini anlar ve onunla bütünleşir.
- Annelik duygusunu tadar ve yaşar.
- Çocuk sahibi olma mutluluğunu tadar.
- Cinselliğe ait değer yargıları değişir.

- Eşinin davranışlarını gözden geçirir.
- Lohusalık dönemi sıkıntılarını yaşar.

Kadın gebeliğin son aylarında genellikle içine kapanır. Bu durumdan kurtulması eski düzenine dönüp kendini bulması biraz zaman alır. Çünkü meydana getirdiği çocukla bütünleşmelidir. Bu da ancak belli bir zaman içinde olacaktır.

Normal doğularda lohusalık döneminin ilk haftalarında çeşitli örf ve adetlere göre kadının yaşam alanı daralır ve özellikle kötü sonuçlarda ilgi azalır. Normal doğum yapılmamış da düşük veya sorunlu bir doğum olmuşsa bazı sıkıntılar hatta psikolojik durumlar yaşanır. Mesela düşük veya ölü doğum yapmış bir kadına birtakım gereksiz suçlamalar yapılabilir ve olumsuz tepkiler yöneltilebilir. Bu da kadında üzüntü, kızgınlık, küskünlük uykusuzluk zihinsel ve ruhsal yorgunluk ile suçluluk hisleri doğurur. Sürekli kendini sorgular ve yapılan suçlamalara takar, her şeyin boş olduğunu düşünmeye başlar ve olayı daha ileri boyutlara kadar taşır. Hatta birçok kadının bu tür durumlarda kendini suçlu hissedip hayatı anlamsız görerek intihar etmeyi düşünecek kadar ileri gittikleri görülmüştür.

Böyle durumlarda tıbbi müdahale gerektiren fiziksel ve ruhsal rahatsızlıklar psikolojik sorunlar ortaya çıkabilir. Bu nedenle lohusalık sürecinde kadın sıkı bir takip altında tutulmalı gereken ilgi ve sevgi gösterilmeli durumunu anlamak için özel çaba sarf edilmelidir. Çünkü ister iyi ve rahat geçsin isterse stresli ve sıkıntılı geçsin hamilelik zaten kendi doğal haliyle başlı başına problemli bir durumdur. Bu durum böyle kabul edilmelidir ve ta ilk baştan hamile kalmaya karar verirken bütün bunlar bilinmeli bilinçli olarak hamile kalınmalıdır. İleride olabilecek her türlü duruma hazır olunmalı ve aşırı beklentiler hesaplar planlar içine girilmemelidir. Bu durumda sıkıntı ve stresin yarı yarıya azaldığı görülecektir.

Öte yandan hamilelik dönemine ait olumsuz düşünceler yorumlar ve beklentiler sosyal ve psikolojik değişiklikler hem hamileliğin gidişatını hem de anneyi olumsuz yönde etkiler. Bu dönemde ilk dönemden başlayarak hamile kadın eşi bir çift olarak birlikte hareket etmeli bir hekim nezaretinde bilgi edinmelidirler. Gerek annelik ve babalık hakkında gerekse doğum ve doğum sonrası olabilecek durumlar hakkında kendilerini hazırlamalıdır. Özellikle yanlış ve eksik düşünceler giderilmeli anneye yeterli psikolojik destek sağlanmalı ailede oluşabilecek olumsuz düşünceler ve negatif beklentiler en aza indirilip hamileliğin doğal gelişiminin yaşanması ve iyi geçmesi sağlanmalıdır (Karabekiroğlu, 2013).

Bebeğin Ruh Sağlığı Açısından Annenin Önemi

Bebeğin dünyaya geldiği günden itibaren anne (ya da ilk bakıcı) ile olan ilişkisi anne-bebek etkileşimi ve bağlanması, bebeğin dünyasında çok büyük önem taşımaktadır.

Annenin kendisini bebeğin yerine koyarak onun bakış açısıyla olaylara bakabilme becerisinin olması (bebeğe empati kurabilmesi) bebeğin sıkıntısını algılayabilmesi ve bunun altında yatan duyguyu tanıyabilmesi oldukça önem arzeder. Bebeğe olumsuz duyguları yanlış tanıyan (örn bebeğin korkusunu sinirlilik olarak algılayan) anne bebeğe zayıf bir duygusal eşleşme yaşayacak ve yetersiz ve yerinde olmayan bir hassasiyet gösterecektir. Anneler bebeklerdeki sıkıntı durumuna birbirlerinden farklı duygusal tepkiler verirler ve bebekte farklı duygusal durumların oluşumunu tetiklerler.

Annenin bebekle etkileşimi karşılıklıdır; anne bebeği, bebek de anneyi etkiler; sonuçta her ikisi de değişir. Anne bebeği doğru anlar ve ona uygu tepki verirse bebeğin karşılıklı etkileşim becerileri gelişir. Buna karşılık bebeğin iletişim işaretlerini görmezden gelirse, yanlış anlarsa aklında sürekli başka şeyler varsa, aşırı dalgın ya da çökkünse, bebeğin tepkileri de tutarsız ve anlaşılmaz hakle gelir. Anne baba- bebek etkileşimi bozulduğunda bebeklerin sosyal, bilişsel ve dil alanlarında gelişim gecikmesi, örselenme ve fiziksel gelişim geriliği riskinin arttığı belirtilmiştir. Bebeği gelecekte ruhsal bozukluğa yatkın kılan en belirgin özelliğın, düşük benlik değerine yol açan bakım yetersizliğı olduğu saptanmıştır (Karabekiroğlu, 2013).

Bebeğın Ruh Sağlığı Açısından Babanın Önemi

Babanın çocuğın ruhsal gelişimindeki rolünde babanın varlığının yarattığı duygusal destek hissinin özellikle oyun sırasındaki aktif etkileşiminin fiziksel gelişime katkısı vurgulanmaktadır. Ayrıca babanın aileye ekonomik katkısının üzerinde durulmaktadır. Babanın rolü kültürler arasında farklar gösterse de genellikle her kültürde ortak olarak “koruyuculuk”, “eğitim olanaklar sağlama”, “ev için gerekli olan gereçlerin temini” gibi kavramları temsil ettiği görülmüştür. “baba” olmak sadece biyolojik olarak baba olmayı simgelemez. Üvey baba, evlat edinilen bir baba, amca, büyükbaba, komşu vb de babalık rollerini üstlenmek durumunda kalabilir ve oldukça etkili bir şekilde bu rolün gereklerini yerine getirebilir. Geçmişe bakıldığında babaların “ahlak bekçisi”, “ailenin geçimini sağlayan kişi” gibi çeşitli rollerinin kabul edildiğı görülür. Zamanla çocukların günlük bakım ve yetiştirilmesine aktif biçimde katılan baba rolüne yoğunlaşmıştır.

Öte yandan ebeveynin kendi evlilik ilişkisinden duyduğu tatmin düzeyi ile bebekle kurduğu bağ arasında ilişki vardır. Özellikle annelerin evlilikten aldıkları doyum düzeyi ebeveynliğe geçiş sürecinde hızla düşer. Bu düşüşte babaların ebeveynlik sorumluluklarında anneyi desteksiz bırakması önemli rol oynar.

Sonuç olarak annelerin ebeveynliğe geçiş sürecinde özellikle biyolojik etkiler nedeniyle evlilik ilişkisinden daha çok bebek bakımına odaklandığı, babaların da evlilik ilişkisinden tatmin olmaya devam etmeleri ile bebek bakımına daha çok katıldıkları gözlenmiştir.

Annelerde olduğu gibi babalarda da bir “erkek”, bir “eş” oluşturan bir “baba” oluşa geçiş bir anda gerçekleşmez. Gebelik sürecinin psikolojik ve fizyolojik değişiklikleri anneleri ebeveynliğe doğal olarak daha erken hazırlamaya başlasa da erkekler de aşama aşama babalık rolünü üstlenmeye ve içselleştirmeye başlarlar.

Babaların önemli bir bölümü gebeliğın ilk dönemlerinden itibaren çocuğın sağlığı ve geleceğiyle ilgili endişe duyar, rüya görür ve beklentiler geliştirirler. Babanın doğuma eşlik etmesi paha biçilemez bir deneyimdir. Bu olaya tanıklık etmek babanın bebeğe bağlanmasını ve aralarında eşsiz bir ilişki oluşmasını kolaylaştırır. Doğumu seyreden babaların, çocukların mizaç özelliklerini daha doğru bir şekilde tanımlayabildikleri bildirilmiştir. Babaların 2/3’ünün doğum sonrası erken dönemde, keyifsizlik, isteksizlik vb belirtilerin olduğu “babalık hüznünü”

yaşadıkları görülmüştür. Bu belirtilerin tedavisinde babanın bebeğe daha fazla temas etmesi, onunla zaman geçirmesinin en etkin yöntem olduğu belirtilmiştir (Karabekiroğlu, 2013).

Babanın Çocuğun Gelişimine Etkisi

Babasız bebekler gelişim testinde daha düşük puan almış, daha az sosyal tepkide bulunmuşlardır. Başka bir araştırmada da baba yokluğunun çocuk davranışını doğrudan etkilemekle kalmayıp annenin çocuklarına aşırı düşkün veya aşırı koruyucu hale gelmesiyle de etkilediğini göstermiştir. Baba ile yakın ilişki içinde olan çocukların psikolojik olarak daha uyumlu oldukları benlik saygılarının daha yüksek olduğu okulda daha olumlu davranışlar ve yüksek akademik başarı gösterdikleri, daha az antisosyal davranışlar sergiledikleri ve ikili ilişkilerde daha başarılı oldukları ortaya konmuştur. Baba varlığı çocuğun ergenlik dönemindeki entelektüel gelişimi, sosyal girişimciliği, kendini kontrol etme ve empati becerilerini artırmaktadır.

Baba ile yakın ilişki içinde olan çocukların psikolojik olarak daha uyumlu oldukları benlik saygılarının daha yüksek olduğu, okulda daha olumlu davranışlar ve yüksek akademik başarı gösterdikleri, daha az anti sosyal davranışlar sergiledikleri ve ikili ilişkilerde daha başarılı oldukları ortaya konmuştur.

Bebekleriyle daha yakından ve erken dönemde daha kolay bir ilişki kurabilmeleri için babalara şu tavsiyelerde bulunabilir:

- Gebelik dönemi boyunca doktor kontrollerine eşinizle birlikte katılın.
- Eşinizle birlikte sağlıklı bir gebelik dönemi geçirmek için birlikte hareket edin. Örneğin sigarayı bırakın, sağlıklı beslenin ve egzersiz yapın.
- Ebeveynlik becerileriyle ilgili kitaplar okuyun, eğitim seminerlerine katılın.
- Yeni ev düzeniyle ilgili planları eşinizle birlikte yapın, alınacak bebek eşyalarını birlikte listeleyin.
- Sadece eşinizle geçireceğiniz özel zamanlar yaratmaya özen gösterin (Karabekiroğlu, 2013).

Ebeveynliğin ilk ayları ve yıllarına yönelik babalara öneriler:

- Babalıkla ilgili doğru kaynaklardan bilgi edinin (kitap, internet, eğitim semineri, doktor vb.)
- Benzer yaşta çocuğu olan diğer babalarla bir araya gelmekten, annelerin yaptığı gibi çocuklarınız hakkında konuşmaktan çekinmeyin.
- Gebelik sürecinde eşinizin beslenmesine fiziksel aktivitesine ve sağlığına daha çok dikkat etmek zorunda kaldığını ve gebelikte yükselen hormon düzeylerine bağlı olarak duygu ve davranışlarında değişikliklerin görülmeye başladığını düşünürsek, eşinize göre sizin “ebeveyn olma” rolüne geçişiniz biraz daha gecikmiş olabilir. “baba” olmayla babalık sorumluluklarıyla ilgili kafa karışıklığı yaşamamız bir süre için normal sayılabilir.
- Eşinizin yaşadığı yoğun biyolojik ve sosyal değişimleri ve karşı karşıya kaldığı yoğun günlük sorumlulukları düşünürseniz eşinizin sizi ihmal (duygusal , cinsel vb) etmesini bir süre için anlayışla karşılayabilirsiniz. Unutmayın sizin eşinize

duygusal ve fiziksel açıdan vereceğiniz destek yavaş yavaş eşinizin size yeniden yakınlaşmasını kolaylaştıracaktır.

- Bebeğin bakımına vereceğiniz destek sizin de bebeğinize bağlanmanızı hızlandıracaktır. Bu sayede bu zorlu süreç daha kolay atlatılır hale gelecektir. Bebek bakımına verdiğini destek eşiniz için de faydalı olacak ve bu da eşinizle ilişkinizi dolayısıyla da eşinizin size olan desteğini artıracaktır.
- Eşiniz doğum sonrası dönemde “mutsuz, isteksiz” olabilir, alışılmadık davranışlar gösterebilir. Doğum sonrasında annelerin yarısından fazlası “annelik hüznü” yaklaşık onda biri de “doğum sonrası depresyon” geçirir. Bu dönemin geçici olduğunu unutmayın. Sürecin düzelmesini hızlandırmanın yolu eşinize destek vermekten ve gerekli olduğunda bir uzmandan yardım almaktan geçiyor.
- Siz de eşiniz gibi doğum sonrası dönemde “keyifsizlik, isteksizlik” yaşayabilirsiniz. Babaların da önemli bir kısmının “babalık hüznü” geçirdiği belirtilmektedir. Babalığa hazırlanma döneminde maddi ve manevi tüm stres faktörlerini azaltmak bu dönemi kolaylaştıracaktır. Eğer halen devam eden ek sorunlar varsa (işe ilgili vb) kendinize 1-2 ay süre tanıyın, sorumluluklarınızı bölüp zamana yayın. Yakın çevrenizden destek almaktan çekinmeyin. Gerekli gördüğünüzde mutlaka bir psikiyatri uzmanından yardım alın.
- Bebek bakımında size yardım edecek üçüncü bir kişinin varlığını ihmal etmeyin.
- Eşinizin bebeğinizi emzirmekle çok zaman geçirdiğini ve bu süreçte bu ikili tarafından dışlandığınızı hissediyorsanız emzirme seanslarında siz de onlara yakın olun. Duygularınızı mutlaka eşinizle paylaşın. Annenin bebekten ayrı kaldığı birkaç saatlik dönemlerde anne sütü ya da ek besinle bebeğinizin beslenmesini siz üstlenin.
- Bebek bakımında size yardım etmek isteyen kişilere destek olun. Ancak birincil bakım verenin annesi olduğunu unutmayın. Diğer kişilerle (özellikle babaanne) çelişki içine girildiğinde –o kişiyi de incitmeksizin- eşinize destek olun.
- Çocuk bakımında çok ince ayrıntılara takılmayın. Doğru kaynaklardan bilgi edindiğiniz ve gerekli özeni göstermeye çalıştığınız sürece çok önemli hatalar yapmazsınız.
- Eşinizle baş başa zaman geçirmek için fırsatlar yaratın. Örneğin onu dışarıda yemeğe götürün. Birkaç saatliğine de olsa eşinizle baş başa kalmak hem size hem de eşinize iyi gelecektir.
- Bebeğinizden uzak kaldığınızı, ona karşı yetersiz olduğunuzu hissediyorsanız fırsat buldukça onu kucaklayın. Banyosunu yaptırma altını değiştirme, besleme gibi etkinlikleri öğrenin ve uygulayın.
- Bebek gelişimi ve davranışlarıyla ilgili derinlemesine bilgi edinmeye çalışın. Bu sayede neyin beklendik (normal), neyin beklenmedik (anormal) bir durum olduğunu daha iyi anlayabilir, doğru ve gerçekçi beklentiler geliştirebilirsiniz. Böylelikle sorunlara katlanmanız ve sabretmeniz kolaylaşır.
- Bebeğinizden iş veya başka nedenle uzun süre ayrı kalmak zorundaysanız tüm fırsatları onu görebilmek için kullanmaya çalışın.
- Bebeğinizden uzakta da olsanız her gün telefon, internet vb yollarla onun hakkında bilgi edinmeye çalışın, onu görmeye çaba sarf edin (Karabekiroğlu, 2013).

Bebeğinizle Nasıl İletişim Kurmalısınız?

Bebeğiniz ilk doğduğunda gürültüsüz, loş bir odada bulunması ve yumuşak ses tonuyla yaklaşılması son derece önemlidir. Çünkü bebeğiniz anne karnında karanlık ve dışarıya göre daha sessiz bir ortamda ve bir zarla çevrelenmiş

durumdadır. Bebeğinizin gürültülü, ışıklı dış ortama ve kendisine dokunulmasına alışması için biraz zaman ihtiyacı vardır.

Bebeğinizle kurduğunuz ilişki onun sağlıklı bir gelişim göstermesi için son derece önemlidir. Bebeğinize uyaran vermek için en uygun zaman onun uyanık olduğu zamandır. Bebeğinizle sadece ağlarken ilgilenmeniz doğru değildir. Bebeğinizin her türlü bakımı sırasında onunla konuşmalı, ona zaman ayırmalısınız (Karabekiroğlu, 2013).

3. Görüşme sonunda araştırmacı ailelerin anlamadıkları ve merak ettikleri noktalara ilişkin soruları yanıtlamıştır. Ardından oturumu özetlemiştir. Katılımcılarla birlikte tüm programın bir değerlendirilmesi yapılmış ve özet bilgiler katılımcılara dağıtılmıştır. Araştırmacı daha sonra ailelere teşekkür ederek görüşmeyi sonlandırmıştır.

PROGRAMIN KAYNAKLARI

- Arslan, S. (2011). *Hamilelik dönemi ve sonrası anne psikolojisi*. İstanbul: Lamia Yayınları
- Ekici, F. Y. (2010). *Anne adayları için bir eğitim programı hazırlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Halk Eğitimi Bilim Dalı.
- Karabekiroğlu, K. (2013). *Bebek daha doğmadan*. İstanbul: Say Yayınları
- Kocatepe, K. (2009). *9 ay 10 gün*. (5. Baskı). İstanbul: Papatya Yayınları.
- Okumuş, H. ve Mete, S. (2009). *Anne babalar için doğuma hazırlık*. İstanbul: Deomed Medikal Yayıncılık.
- Sağlık Bakanlığı Kadın Ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı (2013). *Gebe bilgilendirme sınıfı eğitimci kitabı*. Ankara. (<http://edirne.hsm.saglik.gov.tr>)
- Samur, G. (2008). Gebelik ve emzilik döneminde beslenme. *TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı Yay., Klasmat Mat., Ankara.*
- <http://www.psikologankara.net/hamilelik-gebelik-psikolojisi.html>
- http://www.bebek.com/adim_adim_ebeveynlige_hazirlik/baba_adaylari_bebege_hazirlanirken%20%80%A6
- <http://www.elelecocukaille.com/makale6.htm>
- <http://www.aktuelpsikoloji.com/hamilelikte-kadinin-ruh-hali-2131h.htm>
- <http://www.hakankilavuz.com.tr/gebelik-kontrolleri/310-gebelik-ve-giyim>
- <http://www.jinekolognet.com/gebelikte-seks.asp>
- http://www.psikonet.com/hamilelikte-stres_nedir-229.html
- <http://www.annebebek.com.tr/bebek/detay/id/210>
- http://ismek.ibb.gov.tr/ismek-el-sanatlari_kurslari/webedition/file/2013_hbo_program_modulleri/Gebelik%20ve%20Emzilik%20D%C3%B6neminde%20Beslenme.pdf
- http://www.babycentre.co.uk/i/midwives/translated_articles/turkish/reasons_babies_cry.pdf

GÖRÜŞMELERİN ARDINDAN DAĞITILAN ÖZET BİLGİLER VE EKLER

1. HAFTA

Hamilelik Dönemindeki Duyguları Doğumdan Önce Düzene Koymak Ve Daha Rahat Bir Doğum Yapabilmek, Psikolojik Baskılardan Kurtulabilmek İçin Neler Yapılabilir?

Hamilelik ve doğum hakkında yeterli bilgiye sahip olun

Çocuk sahibi olmanın son derece sağlıklı, özel ve heyecan verici olduğunu unutmayın.

Doktor kontrolünüzü kesinlikle atlatmayın,

Doğum, bebek bakımı ve ebeveynlik becerileri hakkında bilgi edinin,

Hamilelik ve doğum hakkında neleri bilmek gerektiğini sıraya koymak ve uzmanından yani seçtiğiniz doğum doktorunuzdan öğrenmek kaygıları büyük ölçüde azaltacaktır.

Doğum için iyi bir hastane seçmek veya doktorun tavsiyesine uyup önceden yatacağı odaya kadar her yeri gezip dolaşmak

Mümkünse bir doğum olayını izlemek

Diğer anne adayları ve yeni bebekleri olmuş arkadaşlarınızla konuşun ve onların duygularını dinleyin,

Doğum planları hakkında doktorunuzla konuşmak, doğuma motive olabilmek için gerekli bilgileri almak

Eşinizle ve bebek bakımında yardımcı olacak kişilerle işbölümü planlayın,

Bünyenize ve kendinize güvenin

Bünyenizin hamileliği oluşturduğu gibi doğal olarak doğum yapacağına da inanıp güvenmek

Cinsel ilişki, spor yapma, yüzme ve diğer egzersizler gibi konularda bedenini aktif olduğu diğer aktiviteleri düşünüp gözden geçirmek..

Bedenle bağlantı ve uyum içinde olmak doğum için güven duygusu kazandıracaktır.

Hamilelik sırasında yapılan sportif faaliyetler ve egzersizler de bünyeniz hakkında gerekli güveni sağlamada yardımcı olacaktır.

Duygularınızı ifade edin!

Doğum hakkındaki endişelerinizi belirleyin..

Belirlediğiniz endişelerin listesini yapın..

Eşinizle bebekle ilgili kaygı ve beklentileriniz üzerine mutlaka konuşun

Bütün endişe, kaygı ve korkularınızı eşinizle, annenizle ve özellikle doktorunuzla paylaşın,

Çünkü bunları saklamak olayı olduğundan daha fazla büyütür ve daha yoğun yaşamanıza ve panik yapmanıza sebep olabilir,

Bu nedenle duygularınız sesli ifade etmek ve özellikle doktorunuzla ve bilgili kimselerle paylaşmak onları yenmenize yardımcı olacaktır,

Korkutucu hikayelere kulak asmayın

Miletçe olumsuz düşüncelere pek yatkınsınız. Sizi hamile gören herkes yanınıza sokulup bir şeyler anlatabilir. Birinin başına gelen bir şey sizin de başınıza gelecek demek değildir.

Olumsuz doğum hikayelerine özellikle negatif enerji aldığınız kimselere yaklaşmayın, konuşurlarsa dinlemeyin veya susturun.

Doğum anne ve bebek için güvenli ve normal bir süreçtir, esas olan budur. En doğrusu doktorunuza kulak verin onun bilgilendirmelerine güvenin.

Duyularınıza saygı gösterin!

Hamilelik, duyguların yoğun olarak yaşandığı ve kadının kendini daha çok tanıdığı bir çeşit duygusal yoğunluk dönemidir.

Buna rağmen hala duygularınıza ve kendinize güveniniz tam olarak gelişmemiş ve endişe ettiğiniz korku-kaygılarınız varsa doktorunuzla görüşün.

Unutulmamalıdır ki gebelik esnasında sahip olduğunuz duygular ve duygularınızın sağlığı vücudunuzun sağlığı kadar önemlidir. bu nedenle önce onları kaygılardan kurtarıp sağlam zemine oturtmalısınız.

Çocuk sahibi olmanın çok sayıda zorluğu ve riski de beraberinde getirdiğini unutmayın.

Hamilelik depresyonuna girmeyin!

Hamilelik esnasında en tehlikeli şey depresyona girmektir. Bu çok kötü sonuçlar doğurabilir. Bu nedenle aşağıdaki durumlardan bazılarını bile uzun süre yaşamanız halinde hemen bir uzmandan psikiyatrik yardım almanız gerekir.

Sürekli üzüntü, sıkıntı ve mutsuzluk

Konsantrasyon bozukluğu

Uyku bozuklukları... çok az veya fazla uyuma.

Normalde zevk alınan şeylere ilgi duymama

Ölüm, intihar, ümitsizlik duygularının baskın hale gelmesi ve sürekli karamsarlık

Suçluluk hissi veya kendini değersiz görme

Yeme-içme alışkanlıklarının değişmesi

Hamilelikte acil durum belirtileri!

Vajinal kanama yaşanması

Sık sık şiddetli bulantı veya kusma

Şiddetli karın ağrısı olması

Şiddetli baş ağrısı çekmek

El, yüz ve parmakların aniden şişmesi

Ani görme bulanıklıkları olması

Normalden fazla yüksek ateş durumu

30. Haftadan sonra bebek hareketlerinde azalma görülmesi

37. Haftadan önce düzenli kasılmalar yaşanması, acil durum alarmı veriyor demektir. Bu tür durumlarda hiç vakit kaybetmeden doktora veya en yakın

hastaneye başvurulmalıdır.

Kaynak: Arslan, S. (2011). *Hamilelik dönemi ve sonrası anne psikolojisi*.

İstanbul: Lamia Yayınları

2. HAFTA

Hamilelikte Stresten Uzak Durmak için Yapılması Gerekenler:

- Hamilelik döneminin, daha evvelki yaşantılarından farklı olduğunu ve özel bir döneme girdiklerini kabullenmelidirler.
- Günlük hayatlarında yapmaya alıştıkları her türlü aktiviteyi gözden geçirip, hangilerinin bu özel dönemde daha yapılabilir olduğunu saptamalıdır. Aksi takdirde, kendilerinden beklentileri çok yüksek olup, bunları yerine getiremeyince sıkıntı hissedebilirler.
- Aktivite planlamakta fayda var. Belli başlı ihtiyaçlar düzene sokulmalıdır. Düzenli yemek yeme, fiziksel aktiviteye, zihinsel egzersizlere ve sosyal ilişkilere zaman ayırmak gerekmektedir. Tüm bunların bir planı ve programı olduğunda, bu özel dönemi dolu dolu geçirdiklerini hissedeceklerdir.
- Her şeyi kontrol altında tutma isteklerini bir süreliğine ertelemeli ve olanları olduğu gibi kabul etme becerisi kazanmalıdırlar.
- Hamilelik dönemi ile ilgili pek çok kişi fikir verebilir. Herkesin söylediklerini dikkate almak anne adayları için yorucu olabilir. Bu sebeple, anne adayının kendi gözlemini üstlenen doktorun dediklerini dikkate almalı ancak kendi ihtiyaçlarını kendisi belirlemelidir. Bedenini ve zihnini en iyi tanıyan kendisi olduğundan, ihtiyaçlarını belirleme konusunda kendisine güvenmelidir.
- Eşle ve yakın çevresi ile açık ve net iletişim kurmalıdır. Anne adayının yaşadıkları kendine özeldir ve bir başkası tarafından anlaşılması zor olabilir, bu sebeple ihtiyaçlarını, hislerini ve isteklerini çekinmeden dile getirmelidir.
- Anne adayları gibi eş de stres yaşayabilir, bu sebeple anne adayının eşine karşı duyarlı ve anlayışlı olması da ilişkinin sağlıklı ilerlemesi için gereklidir.
- Hamilelikle ilgili bilgi toplamalı, yaşanan dönemin zorlukları, olumlu tarafları, karmaşaları ve en önemlisi duygusal etkileri ile ilgili bilgi edinmelidir.
- Rahatlama egzersizleri (nefes, hamile yogası, meditasyon) hamilelik döneminde işe yarar. Kalp atışları, kan basıncı, stres hormonu ve kas gerginliği azalır. Zihin de tüm bu fiziksel değişimlerden olumlu etkilenir. Kaygı ve depresyon ile baş etmede, bedeni rahatlatmak, öncelikle zihni rahatlatmanın ve endişe ve kaygılardan uzaklaşmanın yoludur. Her gün veya gün aşırı, bu egzersizlerden faydalanmalıdır.
- Duygu iniş çıkışlarının, olumsuz düşünce ve inançların ortaya çıktığı bir dönem olduğundan, hamileliğin olumlu ve olumsuz tarafları ile ilgili başından itibaren bir günlük tutulması yardımcı olacaktır.

- Hamilelik döneminde psikolojik destek alınması, duyguları ifade etmek, yapıcı ve alternatif düşünme yöntemleri geliştirmek, başa çıkma becerileri kazanmak açısından yardımcı olacaktır.

Kaynak: Karabekiroğlu, K. (2013). *Bebek daha doğmadan*. İstanbul: Say Yayınları

Gebelik Döneminde Önerilen Günlük Besin Miktarları	
Besin grupları	Alınması gereken miktar
Süt ve süt ürünleri	4-5 porsiyon
Et ve ürünleri, yumurta, kuru baklagiller	2-3 porsiyon
Meyveler	2-3 porsiyon
Sebzeler	2-3 porsiyon
Tahıllar :	
Pirinç, bulgur, makarna, ekmek	6-11 porsiyon
Yağ ve tatlılar:	
Yağ	2-3 yemek kaşığı
Şeker ve tatlılar	Hiç veya 1 porsiyon

Gebelikte Günlük Beslenme Programı Örneği

Öğünler	
Kahvaltı	1 su bardağı süt (az şekerli, şekerli) 1 yumurta veya 1 kibrit kutusu kadar peynir 2 dilim ekmek 1 yemek kaşığı bal veya reçel 1 adet meyve/meyve suyu/domates/maydonoz
Ara öğün	1 adet meyve
Öğle	60-90 g etli yemek (bu 3 köfte şeklinde veya sebzeli olarak pişirilebilir) veya kurubaklagil yemeği (1 tabak) 1 porsiyon pilav veya makarna (3 çorba kaşığı) 1 dilim ekmek 1 porsiyon meyve
Ara öğün	1 bardak süt veya yoğurt veya sütlü kek veya muhallebi 1 porsiyon meyve
Akşam	Çorba 60 g et veya etli sebze yemeği Mevsim salata

	1 dilim ekmek
Yatmadan önce	1 bardak süt veya yoğurt 1 porsiyon meyve

Unutulmaması Gerekenler!!!	
Her gün beslenme tablosunda yer alan tüm besin gruplarından günlük porsiyonlarına uygun olarak almayı,	
Günde en az 10 bardak sıvı içmeyi,	
Diyetinizde mutlaka lifli gıdalara yer vermeyi,	
Protein içeren besinleri mutlaka C vitamini içeren yiyeceklerle birlikte almayı,	
Haftada 1-2 kez balık yemeye özen göstermeyi, fakat yüksek cıva içeren balıklardan uzak durmayı,	
Doğal gıdaları tercih etmeyi,	
Demir haplarınızı veya demir içeren gıdaları süt ve süt ürünleri ile beraber almamanız gerektiğini, bu yiyecekler ile birlikte C vitamini içeren sebze meyve almayı,	
Günlük 3 ana ve 3 ara olmak üzere 6 öğün yemek yiyerek az az, sık sık beslenmeyi,	
Yemek yer yemez hemen yatmamanız gerektiğini,	
Mide bulantısı, mide yanması yapan yiyeceklerden uzak durmayı,	
Sigara ve alkol kullanmamayı ve kafein içeren çay ve kahveyi sınırlı tüketmeyi	
UNUTMAMALISINIZ!	

Kaynak: Okumuş, H. ve Mete, S. (2009). *Anne babalar için doğuma hazırlık*.

İstanbul: Deomed Medikal Yayıncılık.

3. HAFTA

Doğum Çantası Hazırlama:

Anne adayı doğum için hastaneye giderken yanına alacaklarını erken doğum riski de düşünülerek gebeliğin 7. ayında tamamlamış olması tercih edilir.

• **Anne için:** Önden düğmeli gecelik (2 adet), sabahlık (2 adet), pijama (2 takım), iç çamaşırı (çok sayıda), emzirme sütyeni (2 adet), hırka yada şal, çorap (3 çift), hijyenik ped (2-3 paket), altı kaymayan terlik, şampuan, sabun diş fırçası ve macunu, vücut losyonu, el havlusu, banyo havlusu, peçete, kolonya, tarak, küçük el aynası, küçük yastık bulunmaktadır.

• **Bebek için:** En küçük boy çocuk bezi (1 paket), zıbın (3 adet), uzun kollu tulum veya pijama takımı (3 adet), çorap (2 çift), başlık (2 adet), mevsime uygun yelek veya hırka (1-2 adet), bebek battaniyesi, bebek mendili (bol miktarda), mama önlüğü (2 adet), kirli çamaşır torbası, bebe şampuanı,

yumuşak havlu, burun temizleme aspiratörü ve bebe yağı bulunmalıdır.

- Ayrıca gebelik süresince yapılan tetkiklerin sonuçlarını, doktorun ve hastanenin telefon numaralarını yanına almaları faydalı olacaktır.

Kaynak: <http://edirne.hsm.saglik.gov.tr>

UNUTULMAMASI GEREKENLER!

Lohusalıkta meydana gelebilecek normal fizyolojik ve psikolojik değişiklikleri iyi tanıyın:

Akıntınızın renginin giderek açılması ve miktarının azalması gerekir.

Rahminizin kasılmalarına bağlı karın ağrısı olur ve bu ağrı emzirme esnasında artar.

Normal doğumdan sonra 8 saat içinde mutlaka idrar yapmanız gerekir.

Doğumdan sonraki 3 gün içinde dışkılama olması gerekir.

İlk 24 saat 38°C'ye kadar yükselen ateşiniz olabilir. Bu süreden sonra devam eden yüksek ateş tehlikelidir.

Yoğun terlemeniz olabilir.

Doğumdan sonraki ilk 1 hafta mutluluk ve hüznü bir arada yaşayabilirsiniz.

Lohusalıkta meydana gelebilecek normal olmayan fizyolojik ve psikolojik değişiklikleri iyi tanıyın:

Kötü kokulu akıntı

Artan veya aniden kesilen kanama

Bacakta ağrı, damar boyunca kızarıklık, ısı artışı

24 saatten sonra 38°C ve üzerinde ateş

Devam eden ve giderek artan ruhsal sıkıntı

Emziren Anneler İçin Önerilen Günlük Besin Miktarları

Besin grupları	Alınması gereken miktar
Süt ve süt ürünleri	4-5 porsiyon
Et ve ürünleri, yumurta, kuru baklagiller	3 porsiyon
Meyveler	2-3 porsiyon
Sebzeler	2-3 porsiyon
Tahıllar: Pirinç, bulgur, makarna, ekmek	6-11 porsiyon
Yağ ve tatlılar: Yağ	2-3 yemek kaşığı
Şeker ve tatlılar	1 porsiyon

Lohusalıkta Günlük Beslenme Programı	
Öğünler	Lohusalık
Kahvaltı	1 su bardağı süt 1 yumurta veya 2 kibrit kutusu kadar peynir 5 adet zeytin 1-2 incedilim ekmek 1 yemek kaşığı bal veya reçel 1 adet meyve, 1 havuç veya domates
Ara öğün	1 porsiyon meyve
Öğle	1 porsiyon etli sebze yemeği (sebzeli köfte, balık, tavuk) 1 porsiyon pilav veya makarna 1 ince dilim ekmek Mevsim salata
Ara öğün	2 kibrit kutusu kadar peynir veya 1 kase yoğurt 1 dilim ekmek Domates veya meyve
Akşam	Çorba (tarhana, mercimek, sebze veya yoğurtlu) 60-90 gr et (balık, tavuk) veya kıymalı sebze yemeği 1 porsiyon zeytinyağlı sebze yemeği Mevsim salata, 1 adet meyve 1 dilim ekmek
Yatmadan önce	1 bardak süt veya sütlü tatlılar veya yoğurt veya meyve

Unutulmaması gerekenler!
Her gün beslenme tablosunda yer alan tüm besin gruplarındaki besinlerden günlük porsiyonlarına uygun olarak alın.
Günde 2-3 lt sıvı tüketin.
Diyetinizde mutlaka lifli gıdalara yer verin.
Protein içeren besinleri alırken mutlaka C vitamini içeren yiyeceklerle birlikte alın
Demir içeren gıdaları süt ve süttten yapılmış gıdalarla birlikte almayın.
Haftada 1-2 kez balık yemeye özen gösterin.
Doğal gıdaları tercih edin.
Günlük 3 ana, 3 ara olmak üzere 6 öğün yemek yiyerek; az az, sık sık beslenin.
Sigara ve alkolden uzak durunuz, kafein içeren çay ve kahveyi sınırlı tüketin.

Unutulmaması gerekenler!
Yenidoğan bir bebek için doğada anne sütünden daha iyi bir besin

yoktur.
Emzirmek hem bebek hem anne için yararlıdır.
İlk 6 ay sadece anne sütü yeterlidir.
Sık emzirme (2-4 saatte bir) daha fazla süt salınması anlamına gelir.
Kaliteli ve yeterli miktarda süt üretmek için iyi beslenmek kadar annenin huzurlu olması da önemlidir.
Başarılı bir emzirme için doğru emzirme taktiği kullanmak önemlidir.
Her emzirmeden sonra mutlaka bebeğin gazı çıkarılmalıdır.
Meme bakımında sabun, şampuan kullanılmamalıdır.
Çalışan anneler sütlerini uygun koşullarda sağarak ve saklayarak emzirmeyi sürdürebilirler.

Kaynak: Okumuş, H. ve Mete, S. (2009). *Anne babalar için doğuma hazırlık*.
İstanbul: Deomed Medikal Yayıncılık.

4. HAFTA

Bebeğinizle aranızda güven bağı kurabilmek için ipuçları:

Onu anlamaya çalışın

Ağlamalarını ve beden dilini yorumlamaya çalışın. Böylelikle neden ağladığını anlayabilir ve buna göre içinde bulunduğu “ruh hali”ni görebilirsiniz. Bebeğiniz ağladığında hemen kendinize şunu sorun: “Bebeğimin nasıl biri olduğunu biliyor muyum?”

Örneğin enerjik mi, hassas mı, çabuk mu ağlayabiliyor, huysuz mu, çoğu zaman istenmedik hareketler mi sergiliyor? Şu anda gösterdiği tepki onda daha önceden rastladığım bir tepki mi? Eğer bebeğinizin sahip olduğu duygusal hatları açıklayamıyorsanız, onun verdiği işaretlere gerekli dikkati vermiyorsunuz demektir. Bu büyük olasılıkla ihtiyaçlarını da karşılayamadığınız anlamına gelecektir.

Bebeğinize değil, bebeğinizle konuşun

Ne kadar küçük olursa olsun konuşurken bebeğinizin gözlerinin içine bakın. Birkaç ay ya da bir yıl kadar sizi cevaplamasa da, aslında tüm dediklerinizi duyuyor ve size kendi cıvıdamaları ve ağlayışlarıyla karşılık veriyor.

Bebeğinizin sahip olduğu fiziksel alana saygı duyun

Söylediğiniz hiçbir şeyi anlamadığını bilseniz dahi, yapacağınız bir şeyi öncelikle ona açıklayın. Örneğin altını değiştirirken, “şimdi bacaklarını kaldıracam ve altını değiştireceğim”; yürüyüşe çıkarken “Şimdi parka gidiyoruz, dışarıda üşümemen için ceketini giydirmem gerek” diyebilirsiniz. Özellikle bebeğinizin doktoruna giderken ne olacağını ona anlatıp içini rahatlatmanız gerekir: “Şimdi doktor seni muayene edecek, ben de yanında olacağım bebeğim.”

Bebeğinizin ağlamalarını hiçbir zaman duymazlıktan gelmeyin ve onun anlamaya başlamasını beklemeden hislerini dile getirmeye gayret edin

Bebeğiniz hissettiği şeyler hakkında size bir şeyler söylemeye çalışır. Çeşitli ağlamalarında ona kendi kelimelerini yansıtarak, duygu dili ile erkenden tanışmasını sağlayabilirsiniz. Örnek cümleler: “Acıkmışsın, üç saattir bir şey yemedin” ya da “Sadece biraz yorgunsun ve uyumaya çalışıyorsun.”

Bebeğinizin duygularının sizin eylemlerinize rehber olmasına izin verin

Örneğin bebeğiniz yatağının üzerindeki müzikli dönencesini her açtığınızda ağlamaya başlıyorsa, bilin ki “Bu bana çok geldi” demek istiyordur. Müziği açmadan oyuncağı seyretmesine izin verebilirsiniz.

Hangi yöntemlerin bebeğinizi sakinleştirdiğini saptayın

Kundaklanmak birçok bebek için harika bir teknik olsa da “huysuz ve hareketli” karakter yapısındaki bebeklerin sarmalandıklarında çok daha huzursuzlaşabileceklerini unutmayın. Aynı şekilde şşş-pat yöntemi de (Bebeğinizin kulağına ritmik olarak şş-ş-şş derken, sırtına minik minik vurarak pat patlamak) birçok çocuğun uykuya dalmasını kolaylaştırırken, örneğin “nazlı bebekler” bunu çok rahatsız edici bulabilir.

Dikkati başka yöne dağıtmak birçok bebek tipi için yeterli bir çözüm olsa da hareketli, huysuz ve nazlı bebekler çok uyaranlı bir durumdan ancak uzaklaşarak sakinleşebilirler.

Bebeğinizin doğru şekilde beslendiğine dair şüpheleriniz varsa başlangıçtan itibaren gerekli adımları atmaktan çekinmeyin

Bebeğinizi emzirirken sorunlar yaşıyorsanız hemen bir emzirme uzmanı ile görüşün. Annenin öğrenme safhasında yaşadığı endişeler, orta derece enerjiye sahip bebeklerde bile huzursuzluğa neden olsa da asıl sorunu nazlı, hareketli ve huysuz tipteki bebekler yaşar.

Gündüz ve gece uyku saatlerine bağlı kalın

Yeterli uykuyu alabilen bir bebek, önüne çıkacak her türlü engelle duygusal yönden daha iyi baş edebilir. Bebeğiniz eğer nazlı karakter bir bebekse, yatağını güvenli ve sessiz bir noktaya yerleştirin. Gündüz uykuları için bile odasının tam olarak karanlık olduğundan emin olun.

Etrafında dolaşmayın, bebeğinizin kendi bağımsızlığını keşfetmesini ve bundan keyif almasını sağlayın

Bebeğinizi oyun oynarken onu seyredin, nasıl oyalandığını izleyin ve onun kendi hızına saygı gösterin. Tekrar sizin kucağınıza doğru emeklediğinde onu kucağınıza alın. Bebeğiniz nazlı veya huysuz tipte bir bebekse, ihtiyacı olduğunda sizin orada, onun yanında olduğunuzu bildiği takdirde kendi kendine oynamayı kabullenecektir.

Etkinlikleri bebeğinizin kendini en iyi hissettiği saatlerde planlamaya çalışın

Aşırı yorgun veya aşırı uyarılmış bir bebek hemen her zaman kaçış duyguları sergiler. Günlük işlerinizi, akraba ziyaretlerinizi ve arkadaş buluşmalarınızı planlamadan önce, bebeğinizin karakter yapısını ve günün en uygun saatini göz önünde bulundurmaya çalışın. Gündüz uykularına yakın zamanlarda anne ve bebek buluşmaları planlayın. Özellikle vurmaya, itmeye ve etrafta büyük hareketler yapmaya hevesli daha büyük çocukların da olduğu bir toplantı düzenlediğinizde, nazlı tipte bir bebekle hareketli yapıdaki bir bebeği yan yana getirmemeye çalışın.

**Bebeğinizin bakımında rol oynayan kimselerin onun karakter yapısını
anladığından ve kabullendiğinden emin olun**

Eğer bebeğinizin bakımını üstlenmek üzere bir bakıcı ile anlaştıysanız birkaç günü onunla birlikte geçirerek bebeğinizin ona karşı tavrını izlemeye çalışın. İşe aldığımız dadıyı çok sevebilirsiniz ama birlikte belirli bir süre geçirmeden bebeğinizin yeni birine kolaylıkla alışmasını bekleyemezsiniz.

Kaynak: Karabekiroğlu, K. (2013). *Bebek daha doğmadan*. İstanbul: Say Yayınları

HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ İZİN BELGESİ



T.C.
SAMSUN VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü



33280
19.11.13

Sayı : 82427230.05.00-156-02-1557
Konu : Pınar BULUT' un
Tez Çalışması Hk.

Aile Hekimliği Uygulama Şubesi	
Sayı	18143
Tarih	08.11.2013

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
SAMSUN

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Pınar BULUT' un "Anne Baba Adaylarıyla Yapılan Yeni Duruma Alıştırma Görüşmelerinin Doğum Sonrası Depresyona ve Bebeğin İç Denetim Sorunlarına Olan Etkisi" konulu tez çalışmasına ilişkin talebi Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığına iletilmiştir. Bu kapsamda, adı geçen çalışma, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu tarafından değerlendirilmiştir.

Birinci basamakta sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması esastır. Aile sağlığı merkezlerinde gerçekleştirilecek olan araştırmalarda da ayrıca bu merkezlerde çalışan personelden gönüllü olduklarına dair belge alınması, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili verileri şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılması, yapılacak çalışmalarda da aile sağlığı merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi ve aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde çalışma mesaisi ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından çalışmanın yürütülmesi gerekmektedir.

Söz konusu araştırmanın Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu tarafından yapılan değerlendirmesinde; araştırma kapsamında uygulanması planlanan anketlerin soru sayısının fazlalığı nedeniyle ilgili aile sağlığı merkezlerinde çalışmaya uygun ortamın bulunması ve sadece bu ASM' lerde görev alan personelin izni ile yapılabileceğinin dikkate alınması gerekmektedir. Bununla birlikte araştırmanın örneklem ve evrenine ulaşmak için ilgili aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili sağlık bilgisi ve iletişim bilgisinin kişilerin izni olmadan paylaşılmasının mümkün olmayacağı, dolayısıyla da araştırmacıya verilemeyeceği ancak araştırmacının kendi gayreti ile bu kişilere ulaşabileceği değerlendirilmiştir.

Ayrıca, araştırmanın etik kurul onayının olmadığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumunca araştırma izin talebinin uygun görülmesinin, etik kurul onayı yerine geçmeyeceğinden çalışmanın başlamasından önce etik kurul onayının alınması gerektiği kararına varılmıştır.

Bu değerlendirmeler doğrultusunda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu tarafından araştırma izin talebi uygun bulunmuştur.

Çalışma tamamlandığında sonuçları içeren bir rapor örneğinin Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığına iletilmek üzere Müdürlüğümüze gönderilmesi gerekmektedir. Talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda;

Bilgi ve gereğini arz ederim.

Dr. Erdiç ÖZOĞLU
Halk Sağlığı Müdürü V.

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ	
TARİHİ	22.11.2013
BİRİM	Araştırma Birimi
İSLEM	Gönderildi

Aile Hekimliği Uygulama Birimi
Adalet Mh. 100. Yıl Bul. No:232 55030 İlkadım SAMSUN
Tel: 0 362 239 00 40 Dahili:2223 Fax: 0 362 239 00 54
E-posta: samsun.hem@sa.gov.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat:Şef S.BAĞDATLI

ETİK KURUL ONAYI



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/1557

0303.2015

Sayın Yrd. Doç. Dr. Yaşar BARUT

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz Anne baba adaylarıyla yapılan yeni duruma alıştırmaya görüşmelerinin doğum sonrası depresyona ve bebeğin iç denetim sorunlarına etkisi başlıklı OMÜ KAİK 2014/ 925 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 25.12.2014 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof. Dr. A.Tevfik SÜNER
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı