

T.C
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
(DOĞUM-KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ)

PRİMİPAR GEBELERE VERİLEN EĞİTİMİN DOĞUM SONU
DEPRESYON ÜZERİNE ETKİSİ

Hazırlayan
Bahtışen KARTAL

Danışmanlar
Prof.Dr. Nimet KARATAŞ
Doç.Dr.Mürüvvet BAŞER

Doktora Tezi

Aralık 2011
KAYSERİ

T.C
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
(DOĞUM-KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ)

PRİMİPAR GEBELERE VERİLEN EĞİTİMİN DOĞUM SONU
DEPRESYON ÜZERİNE ETKİSİ

Hazırlayan
Bahtışen KARTAL

Danışmanlar
Prof.Dr. Nimet KARATAŞ
Doç.Dr.Mürüvvet BAŞER

Bu çalışma; Erciyes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi
tarafından TSD-10-3208 nolu proje ile desteklenmiştir.

Aralık 2011
KAYSERİ

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

Adı-Soyadı: Bahtışen KARTAL

İmza :

YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI

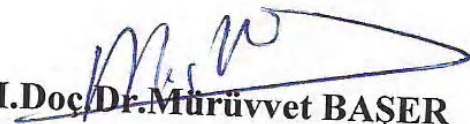
“Primipar Gebelere Verilen Eğitimin Doğum Sonu Depresyon Üzerine Etkisi” adlı Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi’ne uygun olarak hazırlanmıştır.

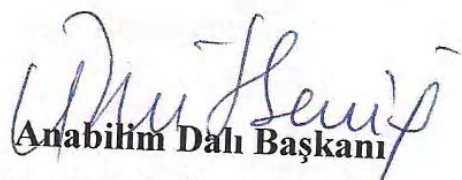

Tezi Hazırlayan

Bahtışen KARTAL


Danışmanlar

I. Prof.Dr.Nimet KARATAŞ


II. Doç.Dr.Mürüvvet BAŞER


Anabilim Dalı Başkanı

Prof.Dr.E.Ümit SEViÇ

Prof.Dr.Nimet KARATAŞ ve Doç.Dr.Mürüvvet BAŞER danışmanlığında **Bahtışen KARTAL** tarafından hazırlanan **“Primipar Gebelere Verilen Eğitimin Doğum Sonu Depresyon Üzerine Etkisi”** adlı bu çalışma, jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Hemşirelik (Doğum-Kadın Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği)** Anabilim Dalında **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.

20/12/2011

JÜRİ

Danışman (I) : Prof.Dr.Nimet KARATAŞ (Nevşehir Üniv.)
(Halk Sağ.Hemş. AD)

İmza

Danışman (II) : Doç.Dr.Mürüvvet BAŞER (Erciyes Üniv.)
(Doğum-Kadın Sağ ve Has.Hemş. AD)

Üye : Prof.Dr.Osman GÜNAY (Erciyes Üniv.)
(Tıp Fak. Halk Sağlığı AD)

Üye : Prof.Dr.Hülya OKUMUŞ (Dokuz Eylül Üniv.)
(Doğum-Kadın Sağ ve Has.Hemş. AD)

Üye : Doç.Dr. Emel EGE (Selçuk Üniv.)
(Doğum-Kadın Sağ ve Has.Hemş. AD)

ONAY

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun ..19/1/2012..tarih ve....531/..sayılı kararı ile onaylanmıştır.

..20/1/2012

Prof.Dr. Saim ÖZDAMAR
Enstitü Müdürü



TEŞEKKÜR

Çalışma süresince desteklerini ve emeklerini esirgemeyen değerli hocalarım sayın Prof.Dr.Nimet KARATAŞ'a, sayın Doç.Dr.Mürüvvet BAŞER'e Prof.Dr.Osman GÜNEY'a eğitim kitapçığının hazırlanması sırasındaki katkılarından dolayı Yrd.Doç.Dr.Semra KOCAÖZ'e, Uzm.Zehra ÇALIŞKAN'a çalışmanın istatistik analizinin yapılmasında değerli katkıları için Yrd.Doç.Dr. Aylin ALKAYA'ya teşekkür ederim. Ayrıca çalışmanın her aşamasında sabır ve destekleriyle her zaman yanımda olan eşime ve canım kızıma sonsuz teşekkürler.

PRİMİPAR GEBELERE VERİLEN EĞİTİMİN DOĞUM SONU DEPRESYON ÜZERİNE ETKİSİ

Bahtışen KARTAL

Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemsirelik Anabilim Dalı

Doktora Tezi, Aralık 2011

Danışmanlar: Prof. Dr. Nimet KARATAS

Doç.Dr.Mürüvvet BAŞER

KISA ÖZET

Annenin ve bebeğin sağlığını korumak için doğum sonu depresyonun önlenmesi, erken tanı ve tedavisinin sağlanması önemlidir. Doğum sonu depresyonu önlemeyi amaçlayan müdahalelerden birisi de eğitim çalışmalarıdır. Bu araştırma primipar gebelere, kendilerinin ve bebeklerinin doğum sonu dönemde bakımına yönelik verilen eğitimin doğum sonu depresyon riski üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmış kontrol gruplu deneysel bir çalışmadır. Araştırmanın örneklemini kontrol grubunda 97, müdahale grubunda 85 kişi olmak üzere 182 kadın oluşturmuştur. Çalışma için etik kurul onayı ve kadınlardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Müdahale grubundaki kadınlara gebeliklerinin 28-32. haftalarında doğum sonu döneme hazırlık eğitimi verilmiştir. Veriler, kadınların tanıtıcı bilgilerini içeren “Tanıtım Formu” doğum sonu 4-6 haftalar arasında uygulanan “Doğum Sonu Tanıtım Formu” ve “Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ki-kare, Fisher, MC Pearson, Student t ve Mann Whitney U testleri kullanılmıştır.

Çalışmaya katılan müdahale grubundaki kadınların toplam depresyon puanının (53.00 ± 16.70) kontrol grubuna (61.54 ± 22.33) göre daha düşük olduğu, iki grup arasındaki farkın önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Ayrıca ölçeğin kendine zarar verme, uyuma ve yeme bozukluğu alt boyutlarında iki grup arasında bir farklılık görülmezken ($p>0.05$), duygusal değişkenlik, suçluluk ve anksiyete alt boyutlarında depresyon puanının müdahale grubunda önemli ölçüde düşük olduğu bulunmuştur. ($p<0.05$). Müdahale grubundaki kadınlardan kırsal bölgede yaşayan, ortaokul ve altı eğitim seviyesine sahip olan, çalışmayan, gelir durumu düşük, 23 yaş ve altında olanların depresyon puanının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın da önemli olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Sonuç olarak kadına kendisinin ve bebeğinin doğum sonu dönemde bakımına yönelik verilen eğitimin doğum sonu depresyon riski üzerine etkili olduğu söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Doğum öncesi bakım, Doğum öncesi eğitim, Doğum sonu depresyon

**THE EFFECT OF EDUCATION GIVEN TO THE PRIMIPAROUS PREGNANT
WOMEN ON POSTPARTUM DEPRESSION**

Bahtışen KARTAL

Erciyes University, Institute of Health Sciences

Department of Nursing

Doctorate Thesis, December 2011

Consultants: Prof. Dr. Nimet KARATAS

Associate Prof. Dr. Mürüvvet BAŞER

ABSTRACT

In order to protect the health of mother and the baby, it is important to prevent postpartum depression, to diagnose it earlier and to supply the necessary treatment. One of the interventions aimed at preventing postpartum depression is education. This is a control group experimental study which was conducted in order to determine the effect of postpartum personal care and baby care education given to the primiparous pregnant women on postpartum depression risk. The study sample consisted of 182 women (97 in control group and 85 in intervention group). Ethics Committee Approval was acquired for the study and informed consent was obtained from the women. The women in the intervention group were given a preparatory education for postpartum period between the 28th and 32nd gestational weeks. The data were collected by using “Introductory Form” which include introductory information of women, “Postpartum Introductory Form” which was applied between 4th and 6th weeks postpartum and “Postpartum Depression Screening Scale”. Chi-square, Fisher’s Exact, MC Pearson, Student’s t and Mann Whitney U tests were used in order to analyze the data.

It was determined that total depression score of women in intervention group (53.00 ± 16.70) is lower than that of women in control group (61.54 ± 22.33) and the difference between the two groups is significant ($p < 0.05$). In addition, while there was no significant difference between the two groups in terms of sub dimensions such as self-harm, sleeping and eating disorders ($p > 0.05$), depression score of women in intervention group were much lower in terms of sub dimensions such as mood changes, guiltiness and anxiety ($p < 0.05$). It was also found that depression scores of women in intervention group who live in rural area, whose education level is secondary school or less, who don’t work, who have low-income status and who are 23 years old or younger are lower than those of control group and the difference between the groups is significant ($p < 0.05$).

As a result, it can be said that the postpartum personal care and baby care education given to the pregnant women is effective on postpartum depression risk.

Keywords: Prenatal Care, Prenatal Education, Postpartum Depression.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa no</u>
İÇ KAPAK.....	i
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK SAYFASI	ii
YÖNERGEYE UYGUNLUK SAYFASI.....	iii
KABUL VE ONAY SAYFASI	iv
TEŞEKKÜR	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER.....	viii
KISALTMALAR.....	x
TABLO ve ŞEKİL LİSTESİ	xi
1.GİRİŞ ve AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1. DOĞUM ÖNCESİ BAKIM	5
2.1.1. Tanımı	5
2.1.2. Amacı.....	6
2.1.3. Doğum Öncesi İzlem Sıklığı.....	6
2.1.4. Dünyada Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Durumu	7
2.1.5. Türkiye'de Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Durumu	8
2.1.6. Doğum Öncesi Bakımın Niteliği.....	9
2.1.7. Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Yeterliliğinin Değerlendirilmesi.....	10
2.1.8. Doğum öncesi bakım almayı etkileyen faktörler.....	10
2.2. DOĞUM ÖNCESİ EĞİTİM VE DOĞUMA HAZIRLIK SINIFLARI.....	11
2.2.1. Doğum Öncesi Eğitimin Amaçları.....	11
2.2.2. Doğum Öncesi Eğitim Programları.....	12
2.2.3. Türkiye’de Doğum Öncesi Eğitim Programları	12
2.2.3.1. Erken dönem doğuma hazırlık sınıfları	12
2.2.3.2. Geç Dönem Doğuma Hazırlık sınıfları	12
2.2.4. Prenatal Eğitim Sınıflarının Postpartum dönemdeki etkileri	13
2.4. DEPRESYON.....	13
2.4.1. Tanımı	13
2.4.2. Epidemiyolojisi.....	13
2.4.3. Etiyolojisi	14
2.4.4. Depresyonun Belirtileri	14
2.4.5. Doğum Sonu Dönemde Duygu Durum Bozuklukları.....	14
2.4.6. Annelik Hüznü.....	15
2.4.7. Postpartum psikoz	15

Sayfa no

2.5. DOĞUM SONU DEPRESYON	15
2.5.1. Etiyoloji.....	16
2.5.2. Görülme sıklığı.....	16
2.5.3. Doğum Sonu Depresyonda Belirtiler	17
2.5.4. Doğum sonu depresyonun olumsuz etkileri.....	17
2.5.5. Postpartum Depresyonda Hemşirelik Bakımının Önemi	18
2.5.5.1. Prenatal Dönemde Yaklaşım.....	19
2.5.5.2. Postnatal Dönemde Yaklaşım	19
2.5.6. Postpartum Depresyonda Tedavi.....	20
2.5.7. Postpartum Depresyonu Önlemeye Yönelik Yapılmış Araştırmalar	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	20
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ	24
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ	24
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	25
3.4. ARAŞTIRMAYA ALINMA KRİTERLERİ	26
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ HAZIRLANMASI	27
3.5.1. Tanıtım Formu (EkI)	27
3.5.2. Doğum Sonu Tanıtım Formu (Ek II)	27
3.5.3. Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği (Ek III).....	27
3.5.4. Doğum Sonuna Hazırlık Eğitimi (EK IV).....	28
3.5.4.1. Eğitim Programının Amacı	28
3.5.4.2. Eğitimin İçeriğinin Başlıkları.....	28
3.5.4.3. Eğitim İçeriği	28
3.5.4.4. Eğitim Planı	29
3.5.5. Eğitimin yapıldığı yer ve süre.....	32
3.6. ÖN UYGULAMA	32
3.7. VERİLERİN TOPLANMASI	33
3.7.1. Kontrol Grubuna Uygulanan İşlemler.....	33
3.7.2. Müdahale Grubuna Uygulanan İşlemler	33
3.8. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ	36
3.8.1. Bağımsız Değişkenler	36
3.8.2. Bağımlı Değişkenler	36
3.9. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	36
3.10. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	36
4. BULGULAR	38
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	56
6. KAYNAKLAR	63
EKLER	

ÖZGEÇMİŞ**KISALTMALAR**

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
TNSA	: Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması
DÖB	: Doğum Öncesi Bakım
PPD	: Postpartum Depresyon
DSM-IV	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4 th Edition
DDTÖ	: Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği
K	: Kontrol
M	: Müdahale

TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ

	<u>Sayfa no</u>
Tablo 2.1. Gelişmekte Olan Bölgelerde En Az Bir Kez Doğum Öncesi Bakım Alan Kadınların Dağılımı	7
Tablo 2.2. Gelişmekte Olan Bölgelerde Dört Kez Doğum Öncesi Bakım Alan Kadınların Dağılımı (2005-2009)	8
Tablo 3.1. Çalışmaya Katılan Kadınların Bağlı Bulundukları Aile Sağlığı Merkezlerine Göre Dağılımı.....	26
Tablo 4.1.1. Çalışmaya Katılan Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	39
Tablo 4.1.2. Çalışmaya Katılan Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı	41
Tablo 4.1.3. Çalışmaya Katılan Kadınların Gebeliği Planlama Durumlarına Göre Dağılımı	41
Tablo 4.1.4. Çalışmaya Katılan Kadınların Eşleriyle İlişkileri ve Gebelikte İlişkide Yaşanan Değişime Göre Dağılımı	42
Tablo 4.1.5. Çalışmaya Katılan Kadınların Doğumuna İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı	43
Tablo 4.1.6. Çalışmaya Katılan Kadınların Bebeklerinin Özelliklerine ve Emzirme Durumlarına Göre Dağılımı.....	44
Tablo 4.1.7. Çalışmaya Katılan Kadınların Doğum Sonu Dönemde Sağlık Sorunu Yaşama Durumuna Göre Dağılımı.....	45
Tablo 4.1.8. Çalışmaya Katılan Kadınların Doğum Sonu Dönemde Bebeklerinde Sağlık Sorunu Yaşama Durumuna Göre Dağılımı(Nevşehir 2010-2011).....	46
Tablo 4.2.1. Çalışmaya Katılan Kadınların Gebelikte Destek Alma Durumlarına Göre Dağılımı	47
Tablo 4.2.2. Çalışmaya Katılan Kadınların Doğumları Sırasında Sağlık Personelinden Destek Alma Durumlarına Göre Dağılımı	48
Tablo 4.2.3. Çalışmaya Katılan Kadınların Doğum Sonu Dönemde Kendi Bakımına Yönelik Destek Alma Durumuna Göre Dağılımı	49
Tablo 4.2.4. Çalışmaya Katılan Kadınların Bebek Bakımına Yönelik Destek Alma Durumuna Göre Dağılımı	50
Tablo 4.3.1. Çalışmaya Katılan Kadınların Doğum Sonu Depresyon Ölçeğinden ve Ölçeğin Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı	51
Tablo 4.3.2. Çalışmaya Katılan Kadınlarda Minör ve Majör Depresyon Görülme Durumuna Göre Dağılımı	52
Tablo 4.3.3. Çalışmaya Katılan Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine ve Depresyon Puanlarına Göre Dağılımı.....	53
Tablo 4.3.4. Çalışmaya Katılan Kadınların Bebeklerinde ve Kendilerinde Sağlık Sorunu Gelişme Durumuna ve Depresyon Puanlarına Göre Dağılımı	54
Tablo 4.3.5. Çalışmaya Katılan Kadınların Sosyal Destek Alma Durumu ve Depresyon Puanlarına Göre Dağılımı	55

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Gebelik ve doğumla ilgili komplikasyonlar dünyanın pek çok ülkesinde halen doğurgan yaştaki kadınların en önemli hastalık ve ölüm nedenleri arasında yer almaktadır (1). Gebelik ve doğum komplikasyonları nedeniyle oluşan anne ölümlerinin % 99'u gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir (2). Anne ölümlerinin nedenleri arasında kanama, pre-eklempi/eklempi, anestezi yada sezeryan komplikasyonları yer almaktadır (3). Ülkemizde ise gebeliğe bağlı anne ölümlerinin yüz binde 38.3 olduğu bildirilmekte olup, en önemli ölüm nedenleri arasında kanama, toksemi ve enfeksiyon yer almaktadır. Gebeliğe bağlı ölümlerin önemli bir kısmı doğum sonu dönemde meydana gelmektedir (4). Doğum sonu dönem, ölümle sonuçlanan hastalıklar kadar kadının yaşam kalitesini düşüren, anne ve bebek sağlığını olumsuz etkileyen hastalıklar açısından da önemlidir. Doğum sonu dönemde görülen depresyon da kadın sağlığını, dolayısıyla aile ve bebek sağlığını olumsuz etkileyen önemli bir sağlık sorunudur (5,6). Doğum sonu depresyon toplumdan topluma değişiklik göstermekle birlikte doğum sonu dönemdeki kadınların %10-15'ini etkilemektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda doğum sonu depresyon sıklığının % 17-36.9 arasında değiştiği bildirilmektedir (7). Ülkemizde çeşitli illerde yapılan çalışmalarda Trabzon'da kadınların % 28.1'inde (8), Samsun'da % 23'ünde (6), Sivas'ta %28.0'inde (9), Konya'da % 19.4'ünde (10), Ankara'da %23.4-%21.2'sinde (11,12) İstanbul'da %17.5'inde (13) doğum sonu depresyon saptanmıştır.

Doğum sonu dönemde kadınların depresyona yatkın olmasının çeşitli nedenleri bulunmaktadır. Doğum sonu dönemde görülen hormonal değişimler (14), sosyal destek eksikliği (15), ailede depresyon öyküsünün bulunması (16) planlanmamış gebelikler (17), geçirilmiş ruhsal sorunlar, zor doğum eylemi, riskli gebelikler, eşler arasında yaşanan problemler (18), eğitim seviyesinin düşüklüğü, yoksulluk, doğumda sağlık ekibinden destek alamama, çocuk bakımına ilişkin kaygılar, stresli yaşam doğum sonu depresyona neden olabilmektedir (10,19-21).

Doğum sonu dönem, duygusal sorunların yaşanması bakımından diğer yaşam dönemlerine göre daha risklidir. Doğum sonu dönemde kadınların uyku düzeni ve günlük planlar değişmekte, fiziksel görünimleri bozulabilmektedir (5,11). Kadınlar; kendilerinde oluşan bu değişikliklere uyum sağlamaya çalışmakta, bunun yanı sıra bu dönemde sıklıkla görülen epizyotomi, meme dolgunluğu, meme ucu ve hemoroide bağlı ağrı, konstipasyon, yorgunluk gibi fizyolojik sağlık sorunlarıyla baş etmek zorunda kalmaktadır (22). Yaşanan sağlık sorunları, hastaneye yatışları artırmakta, annenin yaşam kalitesini azaltmakta, yeni bir bebeğin sorumluluğunu almayla birleşince annenin yeni durumla baş etmesini zorlaştırmaktadır (12,23). Ayrıca anne-bebek etkileşiminin başlangıcı da olan bu dönemde ebeveynler bebek bakımı vermek, bebek için güvenli çevre oluşturmak, bebekle iletişim kurmak, yeni rollerini öğrenmek, aile duyarlılığını geliştirmek ve bebekle ilgili problemlerle baş etmek zorunda kalmaktadırlar (10,24). Anneler bu dönemde kendisinin ve yenidoğanın bakımında yetersizlik hissedebilmekte, annelik rolünü yerine getirememe endişesi taşımaktadırlar. (11,25). Özellikle primipar annelerin bebek bakımına, büyüme-gelişmesine, bebeğin normal özelliklerine, davranışlarına (tüm gece ağlaması, v.b.) ve hastalıklarına ilişkin bilgi eksikliği annede kaygı nedeni olmakta, annelik rolünden memnuniyetini azaltabilmekte, ebeveyn-bebek bağlılığını ve yaşam değişikliğini olumsuz etkileyebilmektedir. Doğum sonrası ilk üç ayda annelerde görülen postpartum depresyona girme nedenlerinin % 30'unun bebek bakımına ilişkin zorluklardan kaynaklandığı ifade edilmektedir (26). Vural ve Akkuzu'nun yaptığı bir çalışmada doğum sonu dönemde kendilerinin ve bebeklerinin bakımında güçlüğü olan annelerin daha çok depresyon yaşadığı (% 35.5) belirtilmektedir (11).

Doğum sonu depresyon, diğer yaşam dönemlerinde görülen depresyona oranla daha ciddi sonuçlar doğurmaktadır (11). Doğum sonrası depresyonu olan kadınlarda kendine

ve bebeğe zarar verme düşüncelerinin ve intihar risklerinin yüksek olduğu bildirilmektedir (27). Yapılan bir çalışmada postpartum depresyonu olan kadınların % 9'unda intihar etme düşüncesinin olduğu belirlenmiştir (28). Ayrıca doğum sonu depresyonu olan annelerin % 41'nin bebeklerine zarar vermeye yönelik düşünceler taşıdıkları, hatta bu annelerin % 10'nunda düşüncenin eyleme dönüştüğü bildirilmiştir (29). Bunun yanında depresif annelerin bebekleriyle emosyonel bağ kurmada güçlük çektikleri, bu nedenle suçluluk duydukları belirlenmiştir (10). Bu annelerin çocuklarının ise davranışsal, emosyonel ve aynı zamanda kognitif güçlükler yaşadıkları bildirilmektedir (30,31,32).

Sonuçları bakımından oldukça ciddi olan doğum sonu depresyonun gelişmesine neden olan bir çok faktör bulunmakla birlikte, özellikle primipar anneler için doğum sonu dönemde kendisinin ve bebeğinin bakımına ilişkin bilgi eksikliği bir risk oluşturabilmektedir. Doğum sonu dönemde özellikle primipar annelerin; öz-bakımı, hijyeni, cinsel yaşamı, gebelikten korunma yolları, bebek bakımı, beslenmesi konusunda bilgi ve danışmanlığa gereksinimi bulunmaktadır. Annelere bu dönemde sağlık hizmetinin istenilen düzeyde verilememesi, anne ve bebekte fiziksel, psikososyal ve emosyonel sorunlara neden olabilmektedir (26).

Doğum öncesi döneme ilişkin eğitimlerin verilmesinde özellikle birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlarda çalışan sağlık personellerine ve hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Doğum öncesi bakım (DÖB) için sağlık kuruluşuna başvuran özellikle primipar gebelerin, eğitim ihtiyaçlarının belirlenip doğum sonu döneme hazırlanması gerekmektedir. Hemşireler tarafından primipar gebelere verilecek bu eğitimlerin annelerin, hem kendilerinin hem de bebeklerinin bakımında kendilerini yeterli hissetmelerini sağlayacağı dolayısıyla doğum sonu dönemde görülebilecek ruhsal sorunları önlemeye yönelik bir girişim olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada Türkiye'deki doğum sonu erken taburculuk uygulaması (33) ve erken dönemde annelerin ağrı, yorgunluk, emzirme problemleri yaşamaları, primipar annelerin bebek bakımıyla baş başa kalmaları gibi nedenlerle doğum sonu dönemin eğitim verilmesi için uygun bir zaman olmayacağı düşünülmüş ve bu nedenle doğum sonu döneme ilişkin eğitimler doğum öncesi dönemde verilmiştir.

1. 2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışma; doğum öncesi dönemde, doğum sonu kendisinin ve bebeğinin bakımına yönelik primipar gebelere verilen eğitimin, doğum sonu depresyon riski üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

1.3.ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ

- Gebeliğin son trimestrinde primipar gebelere verilen eğitim doğum sonu depresyon riskini azaltır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. DOĞUM ÖNCESİ BAKIM

Ailenin en önemli üyesi olan annenin sağlığı, doğrudan kendisi için önemli olduğu kadar doğacak çocukların sağlığı açısından da önemlidir. Anne sağlığı aile sağlığından ve dolaylı olarak toplum sağlığından ayrı düşünülemez (34). Toplumların gerçek ekonomik ve sosyal kalkınmasından söz edebilmek ve sağlıklı bir toplum oluşturabilmek için risk faktörlerinden en çok etkilenen anne ve çocukların sağlık sorunlarının öncelikli olarak ele alınması ve iyileştirilmesi gerekir. Bu nedenle doğum öncesi ve doğum sonrası izlem, birinci basamak sağlık hizmetlerinde en çok önem verilmesi gereken konulardır (35).

2.1.1. Tanımı

Doğum öncesi bakım (DÖB), anne ve fetüsün tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla, gerekli muayene ve önerilerde bulunularak, eğitilmiş bir sağlık çalışanı tarafından izlenmesi şeklinde tanımlanmaktadır (36, 37, 38).

Doğum öncesi bakım; anne, fetüs ve yeni doğan sağlığının en üst düzeye ulaşmasını sağlamaya yönelik koruyucu sağlık hizmetidir (39, 40,41).

2.1.2. Amacı

DÖB' da amaç anne ve bebeğin sağlığının korunması ve geliştirilmesi, önceden var olan ya da bu dönemde oluşabilecek sağlık sorunlarının erken tanı ve tedavisinin sağlanmasıyla maternal, fetal ve neonatal mortalite ve morbiditeyi en aza indirmektir (39, 42).

Doğum öncesi bakımla; annede gebelikten önce var olan hastalıklar ve riskli gebelikler saptanır, gebelik komplikasyonları olarak ortaya çıkabilecek hastalıkların erken tanı ve tedavisi, gerekirse sevki sağlanır, fetüs izlenir, annenin bağışıklanması sağlanır, 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 eğitim verilir (36, 37).

2.1.3. Doğum Öncesi İzlem Sıklığı

DÖB gebeliğin saptandığı en erken dönemde başlamalı, düzenli aralıklarla annenin gereksinimlerine uygun bir şekilde doğuma kadar sürdürülmelidir. Gebelerin ilk üç ayda en az bir kez görülmeleri, sağlıklı ve güvenli bir gebelik geçirilmesi ve olası risk etmenlerinin erken belirlenmesi açısından önemlidir (36).

Normal bir gebelikte gebenin gebeliğinin 28. haftasına kadar dört haftada bir, 28-36 haftalarda iki haftada bir 36. haftadan sonra gebelik haftasında haftada bir izlenmesi gerekmektedir (39,41,43). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), en az dört izlemi şart koşturmaktadır (44). Sağlık bakanlığı DÖB protokolünde herhangi bir risk tespit edilmeyen tüm gebelere, gebeliği boyunca en az dört izlem yapılacağı belirtilmektedir (45,46).

DÖB 'da ilk kontrolün gebeliğin ilk üç ayı içerisinde gerçekleştirilmesi, bakımın sağlık personelinin alınmış olması, en az dört veya daha fazla sayıda gözlem yapılması gerekmekte olup, bu şartlardan en az birinin olmaması durumunda doğum öncesi bakım yetersiz olarak nitelendirilmektedir (47). Bu izlemlerin zamanı ve içeriği aşağıdaki belirtildiği şekildedir.

1. İzlem: Gebeliğin 14. haftasında veya ilk 14 hafta içerisinde yapılmalıdır. Öykü alınmalı, fizik muayene, laboratuvar testleri, bağışıklama yapılmalı, gebeliğe bağlı yakınmalar hakkında gebe bilgilendirilmeli ve danışmanlık yapılmalıdır.

Beslenme, hijyen, sigara alışkanlığı, tehlike işaretleri, fetal anomaliler gibi konularda danışmanlık yapılmalıdır.

2. İzlem: Gebeliğin 20-24. haftaları arasında yapılarak birinci izlemdeki basamaklar tekrarlanmalıdır.
3. İzlem gebeliğin 30-32 haftaları arasında yapılmalı, emzirme, postpartum aile planlaması, doğumun nerde yapılacağı, acil durumlarda gebe ve ailesinin nasıl davranacağı gibi konularda danışmanlık verilmelidir.
4. İzlem: Gebeliğin 36-38. haftaları arasında yapılmalı, fizik muayenenin yanı sıra gebeliğe bağlı tehlike işaretleri, doğum eylemi ve doğum, doğumun nerede ve kimin tarafından yapılacağı, emzirme, postpartum aile planlaması konularında danışmanlık yapılması gerekmektedir (47,48).

2.1.4. Dünyada Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Durumu

Tablo 2.1. Gelişmekte olan bölgelerde en az bir kez doğum öncesi bakım alan kadınların dağılımı (2005-2009).

Bölgeler	Doğum öncesi bakım alma (%)
Orta ve Doğu Avrupa	95
Latin Amerika ve Karayipler	95
Doğu Asya ve pasifik	90
Ortadoğu ve kuzey Afrika	78
Doğu ve güney Afrika	72
Batı ve orta Afrika	72
Güney asya	70

Kaynak: http://www.childinfo.org/antenatal_care.html

En son tahminlere göre gelişmekte olan ülkelerde kadınların %79'u gebeliği boyunca en az bir defa deneyimli sağlık personelinde doğum öncesi bakım almaktadır. Bölgesel olarak farklılıklar olmakla birlikte en az bir kez doğum öncesi bakım alma Güney Asya'da %70 iken, Orta ve Doğu Avrupa, Latin Amerika ve Karayipler' de bu yüzde 95'e kadar çıkmaktadır (Tablo 2.1).

Tablo 2.2. Gelişmekte olan bölgelerde dört kez doğum öncesi bakım alan kadınların dağılımı (2005-2009).

Bölgeler	Doğum öncesi bakım alma (%)
Latin Amerika ve Karayipler	86
Doğu Asya ve Pasifik	76
Batı ve Orta Afrika	46
Güney Asya	45
Doğu ve Güney Afrika	39
Afrika	45
Asya*	51
Gelişmekte olan ülkeler*	53

Kaynak: http://www.childinfo.org/antenatal_care.html *Çin hariç

Gelişmekte olan ülkelerde antenatal bakımın kalitesini yansıtmamakla birlikte gebe kadınların yarısı en az dört defa deneyimli bir sağlık personelinin antenatal bakım almışlardır. Latin Amerika ve Karayipler’de gebe kadınların %86’sı, Doğu ve Güney Afrikada’ki kadınların ise %39’u dört kez doğum öncesi bakım almışlardır (Tablo 2). Bu yüzde ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre büyük farklılıklar göstermektedir. Az gelişmiş bölgelerde yeterli sayıda bakım alma oldukça düşüktür (44).

2.1.5. Türkiye’de Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Durumu

Türkiye’de Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA)-2008 verilerine göre en az bir kez doğum öncesi bakım alma %92, dört ve üzerinde bakım alma % 73.7’dir. Ayrıca genç kadınların (%93), 35 yaş üzeri kadınlara (%86) göre daha fazla doğum öncesi bakım aldıkları, neredeyse tamamının (%96), ilk çocuklarına gebelikleri sırasında doktordan (%96) ve hemşireden/ebeden (%2) doğum öncesi bakım aldıkları TNSA 2008’de bildirilmektedir. Bununla birlikte doğum sayısı arttıkça eğitimli sağlık personelinin doğum öncesi bakım alan kadınların yüzdesinin belirgin bir şekilde azaldığı, altıncı veya daha sonraki bir sırada doğan çocuklarda %72 düzeyinde olduğu belirtilmektedir (49).

Doğum öncesi bakım yerleşim yerine ve bölgelere göre de farklılıklar göstermektedir. Kırsal alanlarda doğum öncesi bakım almayan kadınların yüzdesinin, ülke ortalamasının

iki katından daha fazla ve kentsel alanlarda yaşayan kadınların neredeyse üç katı olduğu belirtilmektedir. 2003-2008 yılları arasında doğum öncesi bakımın kapsamında önemli ilerlemeler olmasına rağmen, Doğu bölgesi ile diğer bölgeler arasındaki fark, hala göreceli olarak büyüktür. Doğum öncesi bakımın kapsamı, Doğu bölgesi (%79) hariç diğer bölgelerde yüzde 90'ın üzerindedir. Doğum öncesi bakım Kuzeydoğu, Ortadoğu ve Güneydoğu Anadolu'da en düşük düzeylerde. Yine TNSA 2008'e göre kadınların eğitim düzeyi arttıkça, doğum öncesi bakım alanların oranı da artmaktadır. Ayrıca en düşük refah düzeyine sahip hanelerde yaşayan kadınların (%76) doğum öncesi bakım alma olasılığı orta ve daha yüksek refah düzeyindeki kadınlara (%98 üstü) göre daha düşüktür (49).

2.1.6. Doğum Öncesi Bakımın Niteliği

DÖB'in ilk trimesterden başlanılarak düzenli aralıklarla gebeliğin sonuna kadar sürdürülmesi, gebelik boyunca annenin ve fetüsün sağlık durumlarının değerlendirilmesi, sağlıkla ilgili sorunların ortadan kaldırılması, perinatal, maternal mortalite ve morbiditenin azaltılması için önemlidir (50,51,52). Sağlık Bakanlığı Ulusal Anne Ölümleri Çalışması sonuçlarına göre anne ölümlerinin % 23.6'sında etki edici faktörün düşük kaliteli DÖB hizmetlerinin olduğunu belirtmektedir (4). Hem annenin, hem de doğacak bebeğin sağlığının korunması ve geliştirilmesinde doğum öncesi bakım, doğum ve doğum sonrası bakım hizmetlerinin nicelik ve nitelik olarak yeterli olması gerekmektedir (35).

DÖB hizmetlerinin yeterliliği ile ilgili farklı kriterler ve farklı metodolojik yöntemler kullanılmakla birlikte, yeterli DÖB hizmeti alma Giresun'da %52.6, Edirne'de %56.0, Aydın'da %64.5, Ankara'da %53.8 ve Malatya'da %48 olarak belirtilmektedir (38,51,53,54,55). Kılıç'ın Yozgat'ta yaptığı bir çalışmada ise kadınların %41.3'ünün yeterli (en az dört kez), %20.5'inin ise nitelikli DÖB aldığı belirlenmiştir (56). Doğum öncesi bakımın niteliğinin değerlendirildiği başka bir çalışmada; annelerin %91.4'ü gebelikte sık görülen rahatsızlıklar, %92.4'ü gebelikte beslenme hakkında eğitim aldığını ifade ederken, bebek bakımı ve ihtiyaçları ile ilgili bilgi alanların yüzdesi 12.1, doğumdan sonra emzirme ve anne sütüne ilişkin eğitim alanların yüzdesi 36.9'dur (39).

2.1.7. Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Yeterliliğinin Değerlendirilmesi

DÖB hizmetlerinin değerlendirilmesine yönelik gelişmiş ülkelerde yaygın olarak kullanılan iki ölçüt bulunmaktadır. Bunlar Kessner ve Kotelchuck tarafından geliştirilmiş olup kendi adlarıyla anılmaktadır.

Kessner'in Yeterlilik Ölçütü (Kessner Index): Gebelik süresini dikkate alarak DÖB hizmetinin başlama zamanı ve alınan hizmetin sayısı üzerinden yeterli, orta ve yetersiz olarak değerlendirme yapılır. Yeterlilik için DÖB'nin ilk trimestırda başlaması ve miadında gebelik için dokuz izlem yapılmış olması gereklidir. Bu ölçüte yönelik en büyük eleştiri gebelik süresinin değerlendirilmesinin 36. haftayla ve alınması gereken DÖB sayısının da dokuz ile sınırlı olmasıdır (36).

Doğum Öncesi Bakım Kullanımı Yeterlilik Ölçütü: (Adequacy of Prenatal Care Utilization Index, Kotelchuck index): Bu ölçüt DÖB'nin başladığı ay ve gözlenen DÖB sayısının beklenene oranına dayanmaktadır. Beklenen DÖB sayısı Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Koleji'nin önerilerine göre belirlenmektedir. DÖB'nin başladığı aya göre 28. gebelik haftasına kadar ayda bir, 28. haftadan 36. haftaya kadar iki haftada bir, 36. haftadan doğuma kadar da haftada bir DÖB alması gerektiği kabul edilir. Buna göre ikinci gebelik ayında DÖB almaya başlamış ve 34. haftada doğum yapan bir kadın için beklenen DÖB sayısı 9 (28.haftaya kadar 6 kez, 28. haftadan doğuma kadar da 3 kez)'dur (36).

Her iki ölçütün de en büyük kısıtlılığı yeterliliği yalnızca nicelik olarak değerlendirmesidir. Oysa DÖB' in yeterliliği için niteliğinin de göz önünde bulundurulması önemlidir. Buna karşın DÖB' in niteliksel yanını da dikkate alan yaygın kullanılan bir ölçüt bulunmamaktadır (36).

2.1.8. Doğum Öncesi Bakım Almayı Etkileyen Faktörler

Gebelerin doğum öncesi bakım almalarını ve bakım sıklıklarını etkileyen başlıca faktörler; annenin öğrenim durumu, eşinin öğrenim durumu, gebenin gelir getiren bir işte çalışması, ilk gebeliğinin olmaması, ailenin ekonomik durumu, gebeliğin istenmesi ve sosyal güvencenin olmaması, daha önceki gebeliklerde annede veya bebekte sağlık sorunu bulunmasıdır (42,57,43,58,59). Ayrıca sağlık kuruluşunun uzak oluşu, sağlık personelinin olumsuz davranışı, sağlık kuruluşlarında doğum öncesi bakım hizmetinin verilememesi, kaynana veya eşten izin alınamaması, ev işlerinden ve çocuk bakımından

zaman kalmaması, kendini ifade etmede yetersizlik, utanma ve doktorun erkek olması, resmi nikahın olmaması doğum öncesi bakım almayı etkileyen diğer etkenler arasında sayılabilir (60).

2.2. DOĞUM ÖNCESİ EĞİTİM VE DOĞUMA HAZIRLIK SINIFLARI

Doğum öncesi dönem, doğum ve ebeveynliğe fiziksel ve psikolojik olarak hazırlanma sürecidir (57). Bu süreçte ana-çocuk sağlığını korumak, gebeleri doğum ve doğum sonu döneme hazırlamak açısından eğitim verilmesi oldukça önemlidir. Barselona Anne Hakları Bildirgesi'nde(2001) eğitim hizmetlerinin şu madde ile önemi vurgulanmaktadır. 'Her kadının üreme sağlığı, doğum ve yenidoğan bakımı konusunda yeterli eğitim ve bilgi alma hakkı vardır. Sağlık kuruluşları ve uzmanlar, eşlerin doğum öncesi hazırlık kurslarına katılmalarını özendirmek zorundadır.'(61).

Ana ve çocuk sağlığı alanında özellikle koruyucu sağlık hizmetleri açısından gebe eğitimi büyük önem taşımaktadır. Özellikle perinatoloji alanında çalışan hemşirelerin gebe ve ailesine eğitim vermesi ailenin yeni durumlara uyum sağlaması ve baş etme düzeylerini artırması açısından önemlidir (62).

Türkiye'de doğum öncesi dönemde; gebelik ve sorunlarına ilişkin eğitimlere yer verilirken, doğum sonu döneme ilişkin sadece emzirme ve aile planlaması danışmanlıklarına yer verilmektedir. (48)

2.2.1. Doğum Öncesi Eğitimin Amaçları

Doğum öncesi eğitim programları hamilelik, doğum ve postpartum periyotlar süresince fiziksel ve ruhsal sağlığı desteklemeyi amaçlamaktır (63).

- Gebelik, doğum, erken postpartum periyot, yenidoğan, emzirme ve ebeveynliğe ilişkin bilgi sağlamak,
- Nonfarmakolojik ağrı yönetimini, baş etme stratejilerini öğretmek, çiftlerin olumlu doğum deneyimi yaşamalarını sağlamak,
- Anne babanın doğum tercihlerinde kendilerine güvenmelerini sağlamak,
- Emosyonel, sosyal destek sağlamak, anlamak ve empati yapmak,
- Pozitif değişimlerin artması için desteklemektir (62).

2.2.2. Doğum Öncesi Eğitim Programları

İlk antenatal eğitim programları doğum ağrısının önlenmesi için nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılması amacına yönelik başlatılmış, modern antenatal eğitim programları ise sağlık alışkanlığı kazandırmak, stres yönetimi, anksiyetenin azaltılması, aile ilişkilerinin artırılması, kendini güçlü hissetme, kendine güvenin artırılması, başarılı bebek beslenmesi ve aile planlamasına yönelik eğitimleri içermektedir (64).

2.2.3. Türkiye’de Doğum Öncesi Eğitim Programları

Antenatal eğitim programları henüz Türkiye’de yaygın değildir (65). Son yıllarda bazı özel sağlık kuruluşları, devlet ve üniversite hastanelerinin birkaçında bu hizmet verilmeye başlanmıştır. Kamu kurumundaki ilk antenatal eğitim sınıfı; Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı tarafından 1998 yılında hazırlanan bir proje ile yürütülmeye başlanmıştır. Doğum öncesi eğitim sınıfı 2001 yılında projenin tamamlanması ile çiftlere hizmet olarak devam etmektedir (66). Doğuma hazırlık sınıfları gebeliğin erken ve geç dönem hazırlık sınıfları olarak iki grupta ele alınabilmektedir (40).

2.2.3.1. Erken Dönem Doğuma Hazırlık Sınıfları

Erken dönem doğum öncesi sınıflar çiftlere konsepsiyon öncesi ve gebeliğin ilk trimestrinde verilmektedir. Bu sınıflardaki bilgi içeriğini, gebelik süresince bireysel bakım, gebeliğin erken döneminde meydana gelen değişimler, fetal gelişme, gebelikte cinsellik ve fetusu etkileyebilecek çevresel tehlikeler, doğuma ilişkin yapılacak düzenlemeler, beslenme, dinlenme ve egzersiz önerileri, gebelikte sık görülen rahatsızlıklar, bunları gidermede alınacak önlemler, gebelik döneminde kadın ve erkeklerde meydana gelen fizyolojik ve psikolojik değişimler ve ebeveynlerin gebeliğin ilerleyişine ilişkin bilgi gereksinimleri gibi konular oluşturmaktadır (40).

2.2.3.2. Geç Dönem Doğuma Hazırlık Sınıfları

Bu sınıflarda doğuma hazırlanma, daha çok yenidoğan bakımı ve beslenmesi, doğum sonu dönemde kendine bakım, doğum sırasında oluşabilecek işlemler (epizyotomi, ilaç tedavisi, perinenin hazırlanması, lavman, medikasyon, fetusun izlenmesi gibi) hakkında bilgi verilir (40).

2.2.4. Prenatal Eğitim Sınıflarının Postpartum Dönemdeki Etkileri

Doğum öncesi eğitimin anne ve fetus sağlığına olumlu etkileri bulunmaktadır. Doğum öncesi eğitim ile anne adayının gebelik doğum ve doğum sonu döneme ilişkin bilgisini artırmakta ve yeni durumuyla baş etmesini kolaylaştırmaktadır. Doğum öncesi eğitim bireysel eğitim yada grup eğitimi ya da sınıflar biçiminde yürütülebilmektedir (57,44,66). Doğuma hazırlık sınıflarının etkilerinin değerlendirildiği bir çalışmada bu sınıflara katılan kadınların daha erken dönemde bebeklerini emzirmeye başladıkları tespit edilmiştir (67). Ayrıca doğum öncesi sınıflara katılmanın ebeveynlik becerilerini etkilemediği, sosyal desteği, yeni anne babaların birbirine olan desteğini artırdığı belirtilmektedir (66).

2.4. DEPRESYON

2.4.1. Tanımı

Gündelik etkinliklerin yerine getirilmesinde zorlanma, konsantrasyonda güçlük, zamanın geçişine ilgisizlik, yaşamdan haz alamama, karamsarlık, aşırı keder, irritabilite, yorgunluk, bitkinlik, uyku sorunları, intihara eğilim gibi belirtilerin bulunduğu bir duygu durum bozukluğudur (68,69).

2.4.2. Epidemiyolojisi

Depresyon bütün dünyada yaygın olarak görülen, önemli düzeyde iş yitimine ve yeti yitimine yol açan bir halk sağlığı sorunudur. Depresif spektrum bozuklukları ve belirtileri oldukça yaygındır. Depresif belirtilerin yaşam boyu yaygınlığı %13-20 arasında değişmekte (70,71), ülkemizde ise toplum içinde klinik düzeyde depresyon prevalansının %10 dolayında olduğu bildirilmektedir (72).

Majör depresyona kadınlarda, erkeklere oranla 2-3 kat daha sık rastlanmaktadır (73,74). Batı ülkelerinde majör depresyon sıklığı erkeklerde yaklaşık %2-3, kadınlarda %5-9'dır (75). Kadınların biyolojik yapısı, ruhsal özellikleri, kişilik yapısı, sorunlarla başa çıkma biçimi, toplumsal ve kültürel konumu kadını depresyona yatkın kılmaktadır. Sinir ve hormon dizgeleri arasında yakın bir ilişkinin olması, kadına özgü hormonların etkilerinin davranışlarına yansımaya neden olmaktadır. Adet görme, gebelik, lohusalık, emzirme, menapoz, doğum kontrol hapı kullanımı kadında ruhsal hastalığı hazırlayabilmektedir (76).

2.4.3. Etiyolojisi

Günümüzde depresif bozuklukların etiyojisi kesin olarak bilinmemektedir. Bununla birlikte etiyojisiyi açıklamaya çalışan çeşitli kuramlarda nörobiyolojik, genetik ve psiko-sosyal etmenler ele alınmaktadır (72, 77).

2.4.4. Depresyonun Belirtileri

Bir kişide depresyon olabilmesi için aşağıdaki belirtilerin en az beş tanesinin, en az iki hafta olması ve bireyde bu belirtileri açıklayabilecek fiziksel bir rahatsızlık ve sevilen birinin ölümüne gösterilen bir tepki olmaması gereklidir (78).

- Ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarının gözlemesi ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif (çökkün) duygudurum.
- Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, gündelik etkinliklerin tümüne yahut çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olmak.
- Perhizde olunmadığı halde önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımı yada hemen her gün iştahta artma veya azalma.
- Hemen her gün uykusuzluk veya aşırı uyku olması.
- Hemen her gün psiko-motor ajitasyon veya retardasyon olması.
- Her gün yorgunluk bitkinlik ya da enerji kaybının olması.
- Hemen her gün değersiz olduğu veya aşırı yada uygun olmayan bir şekilde kendini suçlama duygusunun olması
- Hemen her gün düşünme yada düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yeteneğinde azalma yada kararsızlık.
- Yineleyen ölüm düşünceleri, belirli bir plan değiştirmeden yineleyen intihar etme düşünceleri (69,79).

2.4.5. Doğum Sonu Dönemde Duygu Durum Bozuklukları

Depresyon kadınların doğurganlık çağı olarak da kabul edilen 25-35 yaş arasında daha sık görülür ve bu dönem, kadınlarda depresyonun başlaması açısından yüksek riskli dönemdir. İnfertilite, gebelik, düşük, ölü doğum ve postpartum dönemdeki sosyal, ekonomik, biyolojik ve hormonal değişiklikler gibi durumlar kadının ruh sağlığını

etkilemektedir. Hemen hemen hiç bir yaşam olayı, gebelik ve doğumun neden olduğu nöroendokrin ve psikososyal değişikliklerle kıyaslanamaz (10,75,80). Doğum sonu dönemde ise kadınlar, fizyolojik ve anatomik değişikliklerin yanı sıra, annelik rollerinin ve sorumluluklarının üstlenildiği zor bir süreç yaşarlar. Anneler, yeni rollerini öğrenmek, bebekle iletişim kurmak, bebeğe bakım vermek, bebekle ilgili sorunlarla baş etmek zorundadır. Birçok kadın, gebelik ve doğum ile birlikte ortaya çıkan fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere kolaylıkla uyum sağlar. Ancak uyum sağlamayan kadınlarda çeşitli düzeylerde duygusal sorunlar gelişebilmektedir (22).

2.4.6. Annelik Hüzni

Yeni annelerin önemli bir bölümünü etkileyen ve en sık görülen doğum komplikasyonlarından biridir. Mizaçta labilite, eleştiriye aşırı duyarlılık, ağlama, iritabilite, anksiyete, yorgunluk, uyku bozuklukları ve yoğunlaşma problemleri ile karakterizedir (81).

Annelerin % 50-70 ini etkileyen ve doğum sonu ilk hafta içinde yoğun olarak yaşanan annelik hüznü geçici bir durum olarak kabul edilmektedir (11,19). Annelik hüznü doğumdan sonra 3-4 gün içerisinde ortaya çıkar 1-2 günden 1-2 haftaya kadar sürebilir (81).

Yorgunluk, uyku bozukluğu, dikkatini odaklaştırma güçlüğü, yönelim azalması, ve kısa süreli depresyon, yada öfori halleri en sık rastlanan belirti ve bulgulardır (19). Postpartum hüznün geçici bir tablo olmakla birlikte, bu olguların %20'sinin postpartum birinci yılda majör depresyon geliştirebileceği ileri sürülmektedir (81).

2.4.7. Postpartum psikoz

Postpartum psikoz ise; binde 1-2 sıklıkta görülmekte olup, genellikle kliniğe yatırılarak tedavi gerektirir. Genellikle doğumu takip eden 2-3 hafta içinde başlar ve 2-3 ay kadar devam eder (19,24). Ruh halinde hızlı değişim, paronoya, davranış bozukluğu, hayal görme, karar vermede güçlük, işlevlerde bozulma gibi belirtileri içerir (82). Postpartum psikozu olan anne kendisi yada bebeğine zarar verme düşüncelerine sahip olabilirler ve bazı anneler bu düşüncelerini eyleme dönüştürebilir dikkatli olunmalıdır (24).

2.5. DOĞUM SONU DEPRESYON

Postpartum depresyon, DSM-IV' te "Duygu durum Bozuklukları " için de yer almak ta ve "Postpartum Başlangıç Belirleyicisi " başlığı altında postpartum, dört hafta içinde

epizodun başlaması şeklinde tanımlanmaktadır (24). Doğum sonu depresyonun başlangıç zamanı ve seyri hakkında görüş farklılıkları bulunmaktadır. Postpartum depresyon (PPD) genellikle doğumdan sonraki 2-8 haftalar içinde ortaya çıkmakta, en az iki hafta sürmekte ve birkaç ayda sona ermektedir (83). Amerikan Psikiyatri Derneği tarafından geliştirilen DSM-IV (The Diagnostic and Stegatistical Manual of Mental Disorders 4th Edition) kriterlerine göre, postpartum depresyonun doğumu takiben dördüncü hafta içerisinde görüldüğü kabul edilmektedir. Ancak, bazı çalışmalar ise, bu sürenin 6 ve 12. haftalara kadar uzayabileceğini göstermektedir (29). Pospartum depresyon ciddi bir tablodur ve tedavi gerektirir (19).

2.5.1. Etiyoloji

Etiyolojisi tam olarak açıklanamamıştır. Doğumdan hemen sonra ortaya çıkan hormonal değişiklikler sorumlu tutulmaktadır. Doğum sonrası ortaya çıkan östrojen, progesteron ve kortizol düzeylerindeki ani düşüşün, lohusalıkta sıklığı artan tiroid fonksiyon bozukluğunun doğum sonu depresyonu ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (80). Abou-Saleh et all. postpartum depresyonun hormonal etkilerini belirlemeye yönelik yaptıkları bir çalışmada depresyonu olan kadınlarda düşük prolaktin, yüksek pogesteron seviyesi olduğu belirtilmektedir (84).

Doğum sonu dönemde görülen hormonal değişimler (14), prenatal-postnatal sosyal destek eksikliği (15,85) ailede depresyon öyküsünün bulunması (16) planlanmamış gebelikler (17), geçirilmiş ruhsal sorunlar, zor doğum eylemi, riskli gebelikler, eşler arasında yaşanan problemler (18), eğitim seviyesinin düşüklüğü, yoksulluk, doğumda sağlık ekibinden destek alamama, bebeğin bakımıyla ilgili duyulan kaygılar, stresli yaşam pospartum depresyona neden olabilmektedir (10,19-21)

Diğer risk etmenleri kadının yada eşinin işsizliği, beklenmedik yaşamsal olaylar (ölüm, ayrılık vb.), adolesan gebelikler, gebelik ve çocuk sayısı, multiparite, daha önceki gebeliklerde depresyon geçirilmesi, kayıpla sonlanan gebelik ve doğum deneyimleri, erken anne bebek ayrılığı ve bebeğin bakımıyla ilgili kaygılar (86), gebelikte preeklamsi gibi ciddi tıbbi komplikasyon öyküsü ve acil sezaryen girişimidir (87).

2.5.2. Görülme Sıklığı

Doğum sonu depresyon toplumdan topluma değişiklik göstermekle birlikte doğum sonu dönemdeki kadınların %10-15'inde etkilemektedir (7). Batı ülkelerinde doğum yapan

kadınların postpartum depresyon prevalansının %10 ile %22 arasında değiştiği rapor edilmiştir (88). Ülkemizde yapılan çalışmalarda doğum sonu depresyon sıklığının % 17-36.9 arasında değiştiği bildirilmektedir (7). Ülkemizde çeşitli illerde yapılan çalışmalarda Trabzon'da kadınların % 28.1'inde (8), Samsun'da % 23'ünde (6), Sivas'ta %28.0'inde (9), Konya'da % 19.4'ünde (10), Ankara'da %23.4-%21.2'sinde (11,12) İstanbul'da %17.5'inde (13) doğum sonu depresyon saptanmıştır.

2.5.3. Doğum Sonu Depresyonda Belirtiler

Doğum sonu depresif durumda görülen belirtiler, genel depresyon belirtilerinden farklı özellik göstermemektedir (14). Alışılmadık ancak patolojik olmayan üzüntü/keder duyguları ve depresif semptomları; ağlama, değersizlik, umutsuzluk, karamsarlık, sosyal izolasyon, cinsel istekte azalma, dikkat zayıflığı, kararsızlık, intihar düşünceleri, iştahta azalma ya da artma ve buna bağlı kilo değişiklikleri, uyku düzeninde değişiklikleri içerir. Doğum sonu depresyonlu annelerde olağan aktivitelere ve çevreye karşı ilgi ve konsantrasyon azalmasına da rastlanabilmektedir. Depresif belirtilerin varlığı, ruhsal ve fiziksel enerji kaybına neden olarak ve bireyin aile, iş ve sosyal yaşamını olumsuz etkileyerek yaşam kalitesini düşürür (5,11,12,80,89,90).

2.5.4. Doğum sonu depresyonun olumsuz etkileri

Doğum sonu depresyon, normal yaşam dönemlerinde görülen depresyona oranla daha ciddi sorunlara neden olmaktadır (11). Doğum sonu depresyonun ortaya çıkardığı duygu ve davranışlar annenin, çocuğun ve ailenin çeşitli güçlükler yaşamasına neden olmakta, annenin sosyal hayatını, anne ile çocuk arasında kurulan ilişkiyi (27,31,32) bebeğin bilişsel ve emosyonel gelişimini, annenin bebek bakımı ve ebeveyn rolünü öğrenmesini etkileyebilmektedir (27). Ayrıca yeni annelerin ilişkilerini, çalışma yeteneğini, rollerini, yaşam kalitesini ve bebeklerine bakım yeteneklerini olumsuz olarak etkilemektedir (89, 91,92).

Doğum sonu depresyondaki annelerin bebeğine karşı ilgisi azalmakta (5,93) depresyon semptomları anne-bebek arasındaki olumsuz etkileşime neden olabilmekte (18) ve bu anneler bebekleri ile ilgili daha çok sorun tanımlayabilmektedir. Depresif annelerin çocuklarında gelişim, beslenme, uyku, mizaç, davranış ve büyüme ile ilgili birçok sorun görülebilmektedir (94).

Doğum sonu depresyon sonucunda riskli annelerin bebeklerini emzirme oranlarının düşük olduğu, bebeklerinin büyümelerinin geri kaldığı belirtilmektedir (95,96). Ayrıca çocuğun bilişsel, fiziksel ve duyuşsal, entelektüel gelişimini olumsuz olarak etkilemektedir (30-32). Depresyonlu annelerin çocuklarının daha az iş birliği ve daha zayıf bilişsel ve dil becerilerine sahip olduğu belirtilmektedir (18-20). Depresyonda olan annelerin bebekleri arasında anormal Denver testi sonucu olanların oranı daha yüksek bulunmuş, çocukların daha geç yürüdükleri belirlenmiştir (97).

Doğum sonrası depresyonu olan kadınlarda kendine ve bebeğe zarar verme düşüncelerinin ve intihar risklerinin yüksek olduğu bildirilmektedir (27). Yapılan bir çalışmada postpartum depresyonu olan kadınların %9'unda intihar etme düşüncesinin olduğu belirlenmiştir (28). Doğum sonu depresyonu olan annelerin %41'nin bebeklerine zarar vermeye yönelik düşünceler taşıdıkları, hatta bu annelerin %10'nunda düşüncenin eyleme dönüştüğü bildirilmiştir (29).

2.5.5. Doğum Sonu Depresyonda Hemşirelik Bakımının Önemi

Doğum sonu dönemde görülen depresyon, diğer yaşam dönemlerinde görülen depresyona oranla daha ciddi sonuçlara yol açmaktadır (11). Doğum sonu depresyon yaşayan annelerin kendilerine ve bebeklerine zarar verme risklerinin yüksek olduğu bilinmektedir (27). Annenin ve bebeğin sağlığını korumak ve bebeğin olumsuz yönde gelişimini önlemek için doğum sonu depresyon açısından riskli grupların belirlenmesi, erken tanı ve tedavinin sağlanması önemlidir (98,99).

Doğum sonu dönemde hem hastane hem de evde, anne ve bebeği yakından izleme olanağına sahip sağlık ekibi üyeleri olarak hemşirelere duygusal sorunların erken dönemde tanınmasında önemli sorumluluklar düşmektedir (11). Hemşireler, birinci basamak sağlık kuruluşlarında, ana-çocuk sağlığı merkezlerinde, hastanelerde anneler ile yakın ilişkide olan sağlık ekibi üyeleridir (83). Doğum sonu dönemde annelerin hastanede kalış süreleri kısıtlı olduğundan, doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde ülkemizde birincil olarak koruyucu sağlık hizmetlerini yürüten temel sağlık hizmetleri birimlerinde çalışan sağlık personeline anne sağlığını koruma ve yükseltme gibi konularda önemli sorumluluklar düşmektedir (98). Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde görevli ebe ve hemşireler, doğum öncesi ve sonrası anneye ve aileye ihtiyaç duyulan konularda danışmanlık hizmeti vermeli, profesyonel sağlık bakımına ihtiyacı olan kadınları tanımlamak için, doğum sonu depresyon göstergesi olan belirti ve

davranışları gözlemelidirler (98,100). Doğum sonu depresyonda; önleme, erken tanı, tedavi kadınlara gerekli yardımın ve desteğin sağlanması önemlidir. Bunun yanında hemşirelerin doğum öncesi ve sonrası bakım, eğitim, danışmanlık annenin ruhsal sorunları baş etmesinde de yardımcı olma sorumluluğu da bulunmaktadır (27,99).

2.5.5.1. Prenatal Dönemde Yaklaşım

Postpartum depresyonda birincil önleme gebelik ve doğum sonu dönemdeki riskli kadınları belirlemeyi içerir (30,91). Prenatal dönemde geçirilen anksiyete veya depresyon, postpartum depresyonun öncüsü olabilir. Bu nedenle hemşire / ebeler postpartum depresyonu değerlendirmeye prenatal dönemde başlamalıdır. Prenatal dönemde yapılan değerlendirme, postpartum döneme kadar kadının postpartum depresyon hakkında eğitilmesi için zaman kazandırabilir. Doğum salonu ve doğum sonu kliniklerinde çalışan hemşireler / ebeler, anne-bebek etkileşimindeki aksaklıkları fark edebilir ve annenin bebeği hakkındaki duygu ve düşüncelerini kolayca anlayabilirler. Doğum sonu kliniklerde çalışan hemşireler / ebeler özellikle primipar annelere bebek bakımını öğretebilirler. Böylece annenin çocuk bakımı ile ilgili endişeleri azaltılabilir. Bu kliniklerde annelere postpartum depresyon belirtileri ve baş etme teknikleri öğretilerek, postpartum depresyonun utanılacak bir durum olmadığı vurgulanabilir. Klinikten ayrılırken annelere postpartum depresyon hakkında yazılı eğitim materyali ve yardım ihtiyacı olduğunda arayabileceği telefon numaraları verilebilir (101).

2.5.5.2. Postnatal Dönemde Yaklaşım

Hemşireler / ebeler doğum sonrası ziyaretlerde de postpartum depresyon belirtilerini izlemeli ve postpartum depresyonun doğumdan sonraki ilk yıl içinde her hangi bir zamanda görülebileceğinin farkında olmalıdır. Periyodik yapılan ev ziyaretleri kadının algıladığı sosyal desteği güçlendirebilir, kadını olumsuz düşüncelerden uzaklaştırabileceği gibi anne-bebek ilişkisini de kuvvetlendirebilir. Hemşire / ebeler ev ziyaretlerinde postpartum depresyon için risk taşıyan annelerin intihar, bebeklerini ihmâl etme ve onlara zarar verme ihtimallerini göz ardı etmemelidirler. Hemşireler / ebeler postpartum depresyondaki kadını ve ailesini depresyon belirtileri ve tedavisi hakkında bilgilendirmelidirler. Ailenin eğitimi, depresyon belirtilerinin kadının kendisinden önce aile üyeleri tarafından daha erken fark edilmesini sağlayabilir ve böylece daha erken zamanda tedavi ve bakım uygulanabilir. Ayrıca hemşire ve ebeler doğum sonu depresyonun risk faktörlerini, belirtilerini tanılama yöntemini ve verdiği

zararları iyi bilmeli, her anneyi bu açıdan izlem altına alabilme bilgi ve becerisine sahip olmalıdır (101).

2.5.6. Postpartum Depresyonda Tedavi

Tedavide öncelikle yüksek riskli kadınlar belirlenip izlenmeli, postpartum iki haftadan uzun süren duygusal yakınmalar, uyarıcı olmalıdır. Erken tanı konulamazsa, belirtiler kronikleşip tedaviye dirençli duruma gelebilir. Postpartum depresyonlu hastaların kendisine ve bebeğine zarar verme potansiyeli sorgulanmalı ve gerektiğinde yatırılarak tedavi altına alınmalıdır (101). Postpartum depresyon tanısı konan kadınlara antidepresan tedavi başlamak uygun bir yaklaşımdır. Hasta altı-sekiz haftalık bir tedaviye yanıt vermişse, hasta tam remisyona girdikten sonra relapsı önlemek için en az altı ay daha aynı dozda tedavi sürdürülmelidir. Altı hafta sonunda yanıt yoksa hastanın tanı ve tedavisi yeniden gözden geçirilmelidir (102).

2.5.7. Postpartum Depresyonu Önlemeye Yönelik Yapılmış Araştırmalar

Eğitim girişimleri, bireylere veya ailelere postpartum dönemde nelerle karşılaşacakları konusunda eğitim verilmesinin anksiyete seviyelerini azaltacağı ve böylece psikososyal risk faktörlerinin etkisini azaltmada yardımcı olacağı önermesi üzerine kurulmuştur. Bazı araştırmalar antenatal eğitimi katılımcı kadınların anksiyetelerinde azalma ile ilişkilendirirken bazı araştırmalarda ise anksiyete düzeylerinde azalma görülmemiştir. Genel olarak antenatal eğitim müdahaleleri postpartum depresyonun azalmasında çok etkili görülmemektedir (103).

Stamp ve ark.(104) postpartum riskli kadınlarda yapmış oldukları randomize kontrollü bir denemede Avustralyalı kadınlar iki gruba ayrılmış, bir gruba rutin antenatal bakım, diğer gruba ise bu antenatal bakıma ek olarak iki antenatal ve bir postnatal eğitim verilmiştir. Bu eğitimler postnatal depresyonu önlemeye yönelik; bilgiye ulaşma, pratik ve duygusal hazırlık ve destek konularına odaklanmıştır. Edinburgh Postnatal Depresyon ölçeğinin postpartum dönemin 6. haftasında, 3. ayında ve 6. ayında uygulanması ile yapılan ölçümler sonucunda iki grup arasında depresif semptomlar bakımından fark görülmemiştir.

Zinga ve ark'nın kaynağında belirttiği Buist ve arkadaşlarının Avustralya'da yaptığı randomize kontrollü bir çalışmada da doğum sonu döneme fiziksel hazırlık, duygusal konular ve ebeveynlik gerçeği ile ilgili konularda eğitim verilmiş, standart antenatal

sınıflara katılan kadınlarla karşılaştırılmıştır. Müdahale grubunun anksiyete düzeyinde azalma gözlenmekle birlikte kontrol ve müdahale grubundaki kadınların PPD değerlerinde anlamlı farklılık bulunamamıştır (103).

Zinga ve ark.'nın kaynağında Webster ve ark.'nın Avustralya'da yaptığı bir çalışmada ise 3 aşamalı bir yaklaşım kullanılmıştır. İlk olarak risk durumunda olan kadınlar belirlenmiş, riskli durumda olduğu belirlenen kadınlar tesadüfi olarak müdahale veya standart bakıma atanmışlardır. Müdahale grubunda olan gruba PPD ile ilgili bir eğitim kitapçığı ve ulaşabilecekleri telefon numaraları verilmiştir. Ayrıca bu kadınlara bakım sağlayanlara da kadınların risk durumları ile ilgili olarak birer uyarı mektubu gönderilmiştir. Postpartumun 16. haftasında her iki grubun EPDS (Edinburgh Postnatal Depresyon Ölçeği) skorları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (103).

Brugha ve ark.(105)'nin "Ebeveynliğe Hazırlık" çalışmasında PPD için riskli durumda olduğu belirlenen kadınlar tesadüfi olarak rutin bakım grubuna veya antenatal grup eğitimi alan sınıflara atanmışlardır. Bu antenatal grup eğitimi sınıflarında verilen konular içerisinde; hamileliğin sosyal ve duygusal sorunları, postnatal depresyon, destekleyici beceriler ve problem çözme yer almıştır. Postpartum 3. ayda iki grup arasında postpartum depresyon ve risk faktörleri bakımından anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Hayes ve arkadaşlarının(106) yaptığı bir çalışmada gestasyonun 28-36. haftalarındaki primipar kadınlara duygu durum değişiklikleri ve semptomları hakkında eğitim verilmiş doğum sonu 8-12 ve 16-24. Haftalarında gruplar arasında farklılık olup olmadığı değerlendirilmiştir. İki grup arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir.

Hayes ve ark.(107) tarafından yapılan başka bir çalışmada da gestasyonun 28-36. haftalarında olan primipar kadınlar tesadüfi olarak rutin antenatal bakım grubuna alınmışlar kendilerine hamile kadınlar ve aileleri için hazırlanan bir bilgi kitapçığı ve PPD yaşayan bir kadının tecrübelerini bir ebeye anlattığı sırada kaydedilmiş konuşmasını içeren bir kasetten oluşan bir eğitim paketi verilmiştir. Sonuçlar postpartumun 8-12. haftalarında ve 16-24. haftalarında değerlendirilmiş gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir.

Zlotnick ve ark.(108)'nin gebe kadınlara kişilerarası psikoterapi prensiplerine dayalı önleyici müdahalenin postpartum majör depresyonu azaltmaya etkisini belirlemek üzere yaptıkları çalışmada sosyal yardım alan en az bir risk faktörü olan yeni annelere baş

etme becerileri eğitimi verilmiş ve kişilerarası psikoterapi yapılmıştır. Müdahale grubundaki kadınlarda postpartum depresyon görülme oranı anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur.

Tam ve ark.(109) hastaneye kaldırılma, sezaryen kesisi veya doğum komplikasyonları ile sonuçlanan hamilelik komplikasyonları yaşayan kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada doğumdan sonraki 48 saat içerisinde kadınlar random olarak rutin bakım veya eğitim danışmanlığı alma gruplarına atanmışlardır. Eğitim danışmanlığı grubunda, kadının duygusal yanıtlarının tartışılması ve duruma hakim olma ve gerekli olan çözümleri bulma üzerinde durulmuştur. Postpartumun 6. haftasında ve 6. ayında gruplar arasında psikolojik morbidite ve yaşam kalitesi bakımından anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Morrel'in kaynağında belirttiği Chabrol ve ark. postpartum riskli kadınlarda eğitim bileşeni, destekleyici bileşen ve bilişsel davranış bileşenini içeren eğitim verilmiş, depresyon oranında anlamlı ölçüde azalma olduğu saptanmıştır (110).

Crockett ve ark.(111) yaptığı bir çalışmada kırsal bölgede ve gelir durumu düşük olan postpartum depresyon riskli kadınlarda yapmış oldukları çalışmada kontrol grubundaki kadınlara rutin bakım verilmiş, müdahale grubundaki kadınlara postpartum blues, stres yönetimi, anneliğe uyum, destek sistemlerinin geliştirilmesi, kişilerarası çatışmaların çözümü konularında eğitimler verilmiş ve doğumdan sonraki 2. haftada bireysel destekleyici seans yapılmıştır. Ayrıca kadınlara ev ödevi ve broşür verilmiş. Müdahale grubundaki kadınlarda depresyon semptomlarında azalma ve doğum sonu sürece uyumun daha iyi olduğu belirlenmiştir. Postpartum 3. Ayda depresif semptomların derecesi veya ebeveynlik stresi seviyesi bakımından iki grup arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Lavender ve arkadaşlarının(112) yaptığı bir çalışmada 20. haftasında olan kadınlara doğumun normal süreci ve çocuk büyütme ile ilgili standart bilgiler verilmiştir. Grup kontrol ve müdahale gruplarına ayrılmış, araştırma ebesi doğumdan sonraki ikinci günde, müdahale grubuna seçilen kadınlarla interaktif bir görüşme yapmış ve kadınlar rahatça ve açıkça konuşmaya teşvik edilmiştir. Bu görüşmede kadınlar kendi doğumlarıyla ilgili tartışma, sorular sorma ve kendi duygularının farkına varma fırsatı bulmuşlardır. Kadınlar taburcu olduktan 3 hafta sonra kadınların görüşmede edindikleri bilgiyi değerlendirmek ve duygusal durumlarını değerlendirmek amacıyla bir anket

uygulanmış, sonuç olarak müdahale grubundaki kadınların doğum sonrası kaygı ve depresyon puanları kontrol grubundaki kadınlara oranla daha düşük bulunmuştur. Postnatal dönemde kadınlara ebeler tarafından verilen destek, danışmanlık, anlayış ve açıklamanın psikolojik olarak iyi olma durumuna olumlu etkisi olduğu belirlenmiştir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma, primipar gebelere, gebeliğin son trimestrinde verilen eğitimin doğum sonrası depresyon riskine etkisini belirlemek amacıyla yapılmış kontrol gruplu deneysel bir çalışmadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Çalışma Nevşehir il merkezinde bulunan 6 Aile sağlığı merkezinde yapılmıştır.. İç Anadolu bölgesinde yer alan Nevşehir'in nüfusu 84.688 kişidir. Nüfusun 40.343'ünü erkekler, 41.345'ini kadınlar oluşturmaktadır.

Nevşehir İl merkezinde iki (2) Devlet hastanesi, üç Özel hastane, bir Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi bulunmaktadır. Ayrıca il merkezinde 6 Aile Sağlığı Merkezi ve bir Toplum Sağlığı Merkezi bulunmaktadır. Aile Sağlığı Merkezlerinde toplam 27 doktor, 27 aile sağlığı elemanı, Toplum Sağlığı Merkezinde üç hekim 13 ebe, 8 hemşire görev yapmaktadır. Gebelerin takibi ve eğitimleri aile sağlığı merkezlerinde çalışan hekimler ve aile sağlığı elemanları tarafından yapılmaktadır.

3.3.ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini Nevşehir İl merkezinde bulunan Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı 687 gebe oluşturmaktadır.

Örneklem büyüklüğü, ‘Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği Türkiye’de Geçerlilik ve Güvenirlilik’ çalışmasından (113-114) elde edilen depresyon puan ortalaması verilerinden yararlanılarak hesaplanmıştır. Araştırmanın Örneklemi; doğum sonu depresyon puan ortalaması 60 dan, 10 puan düşürüleceği varsayılarak $\alpha=0,05$, $\beta=0,20$ alınarak, minimum 64 kişi müdahale, 64 kişi kontrol grubu olarak hesaplanmış olmakla birlikte, beklenmeyen kayıplar yaşanabileceği göz önüne alınarak kontrol grubuna 97, müdahale grubuna 97 kişi olmak üzere toplam 194 gebe alınmıştır.

Nevşehir ilinin küçük olmasından dolayı gebelerin birbiri ile iletişimi olabileceği göz önüne alınmıştır. Müdahale ve kontrol grubunun birbirinden etkilenmesini engellemek ve sonuçların daha sağlıklı olabilmesi için kontrol grubunun verileri toplandıktan sonra müdahale grubuna eğitim verilmiştir.

Kontrol grubuna 01.06.2010- 31.09.2010 tarihleri arasında doğum yapmış, araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırmanın kriterlerine uyan primipar kadınlar alınmış, seçme yöntemine başvurulmamıştır. Kontrol grubu 97 kadın ile tamamlanmıştır.

Müdahale grubuna 15.10.2010-15.05.2011 tarihleri arasında araştırmanın kriterlerine uyan ve araştırmaya katılan katılmayı kabul eden 97 gebe alınmıştır. Gebelerin seçiminde herhangi seçme yöntemine başvurulmamıştır. Doğum sonu dönemde bu 97 kadından 1’inin bebeğinde anomali, 3’ünün eşiyle problemi olduğu için örneklemden çıkarılmış, 8’ine de doğumdan sonra ulaşamadığı için müdahale grubu 85 kadınla tamamlanmıştır. Çalışmaya katılan kadınların bağlı oldukları Aile sağlığı merkezlerine göre dağılımı Tablo 3.1’de görülmektedir.

Tablo 3.1. Çalışmaya katılan kadınların bağlı bulundukları Aile Sağlığı merkezlerine göre dağılımı

Aile Sağlığı Merkezi (ASM)	Çalışma Grubu		Toplam
	Kontrol	Müdahale	
1 nolu ASM	13	12	28
2 nolu ASM	11	18	31
3 nolu ASM	25	23	49
4 nolu ASM	15	12	28
5 nolu ASM	9	7	19
Makbule Hanım ASM	24	13	37
Toplam	97	85	192

3.4. ARAŞTIRMAYA ALINMA KRİTERLERİ

- 18 yaş ve üstünde
- Primipar
- Okur-yazar
- Evli
- Gebeliğinin 28-32. haftalarında olan
- Canlı tekil gebeliği bulunan
- Gebeliğinde risk faktörü olmayan (Kalp hastalığı, plasenta previa, oligohidroamnios, preeklampsi, anhidroamnios, diabet, epilepsi)
- Doğum sonu dönemde sağlıklı çocuğu olan
- Araştırmaya katılmayı kabul eden
- Tanı almış ruhsal bir hastalığı bulunmayan
- Ön uygulamaya alınmayan
- Doğal yollarla gebe kalan
- Son bir yıl içinde ölüm, kaza, göç vb. gibi durumsal kriz yaşamayan
- Sağlık personeli olmayan gebeler çalışmaya gebeler çalışma grubuna alınmıştır.

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ HAZIRLANMASI

Çalışmada veriler; konu ile ilgili literatür (2-11,19,22,24,26) taranarak ve uzman görüşü alınarak hazırlanmış olan kadınların tanıtıcı bilgilerini içeren “Tanıtım Formu” “Doğum Sonu Tanıtım Formu” ile Postpartum depresyonu taramaya yönelik “Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır.

3.5.1. Tanıtım Formu (EkI)

Araştırmacı tarafından geliştirilen “Tanıtım Formu” gebelerin/annelerin demografik ve obstetrik özelliklerini, eş ile ilişkilerini ve gebelikte aldıkları sosyal desteği belirlemeye yönelik 22 adet sorudan oluşmuş bir formdur. Sosyo-demografik veriler içinde; gebenin yaşı, evlilik yılı, öğrenim ve çalışma durumu, gelir durumu, yaşadığı yer ve aile tipi yer almaktadır. Obstetrik veriler ise düşük, kürtaj ve gebeliğin planlanma durumu gibi sorulardan oluşmaktadır.

3.5.2. Doğum Sonu Tanıtım Formu (Ek II)

Bu form kadınların doğumlarına ve bebeklerine ilişkin özellikleri, doğumda ve doğum sonu dönemde destek alma, bebeklerinde ve kendilerinde doğum sonu sağlık sorunu yaşama durumlarını belirlemeye yönelik araştırmacı tarafından hazırlanmış, 25 sorudan oluşmuş tanıtıcı bir formdur.

3.5.3. Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği (Ek III)

Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği(DDTÖ) Beck ve Gable(113,114) tarafından geliştirilmiş bir ölçek olup, Türkiye’de geçerlilik ve güvenirliliği Karaçam ve Kitiş tarafından yapılmıştır(118,119). Ölçek 35 maddeli, 7 boyutlu ve her boyutunda 5 madde bulunan 5 dereceli (1-5) bir kendini bildirim ölçeğidir. Ölçeğin Türkçe versiyonu 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Her madde annenin bebeğinin doğumundan sonraki duygularının nasıl olduğunu tanımlamaktadır. Ölçeğin doldurulmasında kadından, her madde için, son iki haftadan beri yaşadığı duyguları en iyi tanımlayan durumu 1’den (kesinlikle katılmıyorum), 5’e (kesinlikle katılıyorum) kadar derecelendirmesi ve belirlediği cevabı işaretlemesi istenmiştir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 35, en yüksek puan 175’dir. DDTÖ’nin doğum sonrası minör ya da majör depresyon için kesme noktasının 55 olduğu belirlenmiştir. Bu kesme noktasına göre, DDTÖ’nin minör ya da majör depresyonda olan bireyi belirlemedeki duyarlılığının % 82, özgüllüğünün % 85, pozitif yordama gücünün % 63 ve negatif yordama gücünün % 94 olduğu

saptanmıştır. DDTÖ'nin doğum sonrası majör depresyon için kesme noktasının 65 olduğu görülmüştür. Bu kesme noktasına göre, DDTÖ'nin duyarlılığının % 91, özgüllüğünün % 89, pozitif yordama gücünün % 42 ve negatif yordama gücünün % 99 olduğu bulunmuştur(119). Çalışmada Cronbach's Alpha değeri 0.95 olarak belirlenmiştir.

3. 5. 4. Doğum Sonuna Hazırlık Eğitimi (EK IV)

3. 5. 4. 1. Eğitim Programının Amacı:

Eğitim programı primipar gebeleri doğum sonu döneme hazırlamak ve karşılaşılabileceği sağlık sorunları ile baş etmesini güçlendirmek amacıyla planlanmıştır. Böylece primipar gebenin doğum sonu dönemde karşılaşılabileceği durumlara hazırlanması ve bilgi eksikliğinden kaynaklı gelişebilecek doğum sonu depresyon riskinin önlenmesi hedeflenmiştir.

3. 5. 4. 2. Eğitimin İçeriğinin Başlıkları: ,

- Doğum Sonu Dönemde Kendine Bakım Becerileri
- Bebek Bakımı

3. 5. 4. 3. Eğitim İçeriği:

Eğitim içeriği aşağıda verilen başlıklardan oluşmuştur.

- Doğum sonu dönemde kendine bakım becerileri (Günlük yaşam, erken mobilizasyon, cinsel aktivite, banyo).
- Perine hijyeni, kanama takibi ve epizyotomi bakımı.
- Postpartum aile planlaması.
- Meme bakımı (Meme ucu çatlağı bakımı, önlemeye yönelik uygulamalar).
- Postpartum sıvı alımı ve diyet.
- Doğum sonu dönemde görülebilecek gastro intestinal şikayetlerde önlem ve bakım (Hemoroid, konstipasyon).
- Emzirme ve bebek beslenmesi (Anne sütünün yararları, emzirme teknikleri, ek gıdaya başlama zamanı).

- Yenidoğan bakımı (Bebeğin banyosu, giyimi, yenidoğanın özellikleri, kilo alımı).
- Yenidoğanda gelişebilecek minör sağlık sorunlarına yönelik önlem ve bakım (pamukçuk, pişik, isilik ve konak bakımı).

3. 5. 4. 4. Eğitim Planı:

OTURUM I: Anneye ilişkin eğitim

AMAÇ: Gebeye, doğum sonu dönemde kendi bakımını sağlamada gerekli olan bilgileri kazandırmak.

Konular:

- Doğum sonu dönemde erken ayağa kalkma ve hareket etme
- İstirahat ve uyku
- Banyo
- Cinsel yaşam
- Doğum sonu meydana gelecek olan kanamanın takibi
- Perinenin ve dikişlerin bakımı
- Doğum sonu dönemde aile planlaması
- Doğum sonu dönemde sıvı alımı ve diyet
- Doğum sonu dönemde görülebilecek gastro intestinal şikayetlerde önlem ve bakım(hemoroid, konstipasyon)
- Meme bakımı

SÜRE: 45 dakika

ÖĞRENİM HEDEFLERİ:

- Doğum sonu dönemde erken mobilizasyonun yararlarını bilme
- İstirahat ve uykunun öneminin farkında olma
- Doğum sonu dönemde sık banyo yapmanın gerekliliğini bilme

- Doğum sonu dönemde cinsel ilişkiye başlamadan önce etkili bir aile planlaması yöntemine karar verebilme
- Loşianın özelliklerini tanımlayabilme
- Loşia takibinde normalden sapma durumlarını tanımlayabilme ve sağlık arama davranışında bulunabilme
- Perine bakımını kurallara uygun şekilde yapabilme
- Epizyotomi bakımı yapabilme
- Emzirme döneminde kullanılabilecek aile planlaması yöntemlerini sıralayabilme
- Kontraseptif yöntemleri tanımlayabilme
- Doğum sonu kullanabileceği aile planlaması yöntemine karar verebilme
- Doğum sonu dönemde sıvı alımının önemini bilme
- Doğum sonu dönemde uygun beslenme kurallarını sıralayabilme
- Doğum sonu dönemde konstipasyon gelişimini önleyebilme
- Meme ucunda çatlak oluşumunu engelleyebilmek için girişimleri sıralayabilme
- Meme bakımı yapabilme

EĞİTİM YÖNTEMLERİ

- Anlatma / Tartışma
- Soru-cevap
- Demonstrasyon

ARAÇ GEREÇ MATERYAL

- Projeksiyon
- Dizüstü bilgisayar
- Eğitim kitapçığı

OTURUM II: Bebeğe ilişkin eğitim

AMAÇ: Gebeye, doğum sonu dönemde bebek bakımını sağlamada gerekli olan bilgileri kazandırmak.

Konular:

- Emzirme ve bebek beslenmesi
- Anne sütünün faydaları
- Yenidoğan bakımı
- Yenidoğanda gelişebilecek minör sağlık sorunlarına yönelik önlem ve bakım

SÜRE: 45 dakika

ÖĞRENİM HEDEFLERİ:

- Anne sütüyle beslenmenin öneminin farkında olma
- Emzirmenin yararlarını sıralayabilme
- Emzirmeye başlama zamanını ve önemini bilme
- Emzirirken dikkat etmesi gereken kuralları sıralayabilme
- Yenidoğanın özelliklerini tanımlayabilme
- Yenidoğan bakımını yapabilme
- Yenidoğanın göbek bakımında dikkat edilmesi gerekenleri sıralayabilme
- Bebeğin göbek bakımını yapabilme
- Bebeğin kıyafetlerinin seçiminde ve kullanılmasında uyulması gereken kuralları bilme
- Bebeğin banyosunu güvenli bir şekilde yaptırabilme
- Yenidoğanda oluşabilecek minor problemlerin gelişimini engellemeye yönelik girişimde bulunabilme
- Oluşabilecek minör problemlerde girişimde bulunabilme

EĞİTİM YÖNTEMLERİ

- Anlatma / Tartışma
- Soru-cevap
- Demostrasyon

ARAÇ GEREÇ MATERYAL

- Projeksiyon
- Dizüstü bilgisayar
- Bebek maketi
- Eğitim kitapçığı

3. 5. 5. Eğitimin yapıldığı yer ve süre:

Eğitim için gebeler telefonla davet edilmiş ve eğitimler Aile sağlığı merkezlerinde, Kapadokya Eğitim Merkezin (KAPEM)’de ve Sağlık Yüksek Okulu sınıfında verilmiştir. Telefonla iki kez eğitime davet edilip eğitime katılamayan anneler için kendi rızaları alınarak evlerinde eğitim verilmiştir.

Gebelere doğum sonu kendilerinin ve bebeklerinin bakımına yönelik eğitimin her biri yaklaşık 30-45 dakika sürecek şekilde ve üç seans şekilde yapılması planlanmıştır. Fakat gebeler eğitimlere düzenli devam etmemişler ve kadınların devamının sağlanmasında güçlük yaşanması nedeniyle eğitimin tamamının tek seferde verilmesine karar verilmiştir. Eğitim her bölüm 45 dakika olmak üzere iki bölümden oluşmuştur. İki bölüm arasında 10 dakika ara verilmiştir. Eğitim toplam 90 dakika sürmüştür. Ayrıca eğitim içeriği kitapçık haline getirilmiş ve eğitimlerin sonunda gebelere verilmiştir.

3. 6. ÖN UYGULAMA

Araştırmacı tarafından hazırlanan “Tanıtım Formu” ile “Doğum Sonu Tanıtım Formu” nun uygulanabilirliğini belirlemek amacıyla Dr. İ.Şevki Atasagun Devlet Hastanesi doğum servisinde doğum yapmış 10 anneye ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulamadan sonra, uzman görüşleri de alınarak gerekli düzeltmeler yapılmış ve formlara son şekli verilmiştir.

Ayrıca araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim içeriğinin uygulanabilirliğinin anlaşılabilmesi ve süresinin belirlenebilmesi için Dr. İ.Şevki Atasagun Devlet Hastanesi doğum servisinde doğum yapmış 5 anneye eğitim verilmiştir. Ön uygulama sonucunda içerikte gerekli düzenlemeler yapılmış ve eğitimin süresi 90 dakika olarak belirlenmiştir.

3.7. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırmanın verileri doğum sonu 4.-6. haftalar arasında, araştırmacı ve anketörler tarafından toplanmıştır. Anketörleri, Doğum- Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği dersi almış, Nevşehir Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinden 4 öğrenci oluşturmuştur. Anketörlere anketlerin uygulama aşamasından önce araştırmanın amacı, anketlerin anlaşılabilirliği ve uygulanmasına yönelik eğitim verilmiştir.

3.7.1. Kontrol Grubuna Uygulanan İşlemler

Araştırmanın uygulama izinlerinin alınmasından sonra, Aile Sağlığı Merkezlerinde görevli personelle tanışılmış araştırmanın amacı ve kapsamı hakkında bilgi verilmiştir. Müdahale ve kontrol grubunun birbirinden etkilenmesini engellemek ve sonuçların daha sağlıklı olabilmesi için öncelikle kontrol grubunun verileri toplanmıştır. Kontrol grubu gebelere ASM ve hastanelerde yapılan rutin yaklaşım ve uygulamalar dışında hiçbir girişim ya da uygulama yapılmamıştır. Aile Sağlığı merkezlerindeki loğusa kartlarından ve İl sağlık müdürlüğü AÇS biriminden araştırmaya uygun olan primipar annelerin doğum yaptıkları tarihler, adresleri ve telefonları belirlenmiştir Kontrol grubu ile iki kez görüşülmüş olup işlemler sırası ile şu şekilde olmuştur.

Birinci görüşmede;

- İlk görüşme telefonla yapılmış, telefonda araştırmanın amacı anlatılıp sözlü onamları alınmıştır.

İkinci görüşmede;

- Postpartum 4.-6. haftasında olan anneler evlerinde ziyaret edilerek araştırmanın amacı açıklanmış ve yazılı izinleri alınmıştır. Hem kontrol hemde müdahale grubundaki kadınlardan bazıları onam formuna eşinin izni olmadan imza atmak istememiş, bu annelerden sadece sözel onam alınmıştır.
- ‘Doğum öncesi tanıtım Formu’, “Doğum Sonu Tanıtım Formu” ve “Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği’ araştırmacı ve anketörler tarafından annelerle yüz yüze görüşülerek toplanmıştır.

3.7.2. Müdahale Grubuna Uygulanan İşlemler

Müdahale grubuna alınan gebelerle toplam 3 kez görüşülmüştür. Araştırmanın kriterlerine uygun olan gebeler ASM’deki gebe kayıtlarından ve İl Sağlık Müdürlüğü kayıtlarından belirlenmiştir.

Birinci görüşmede;

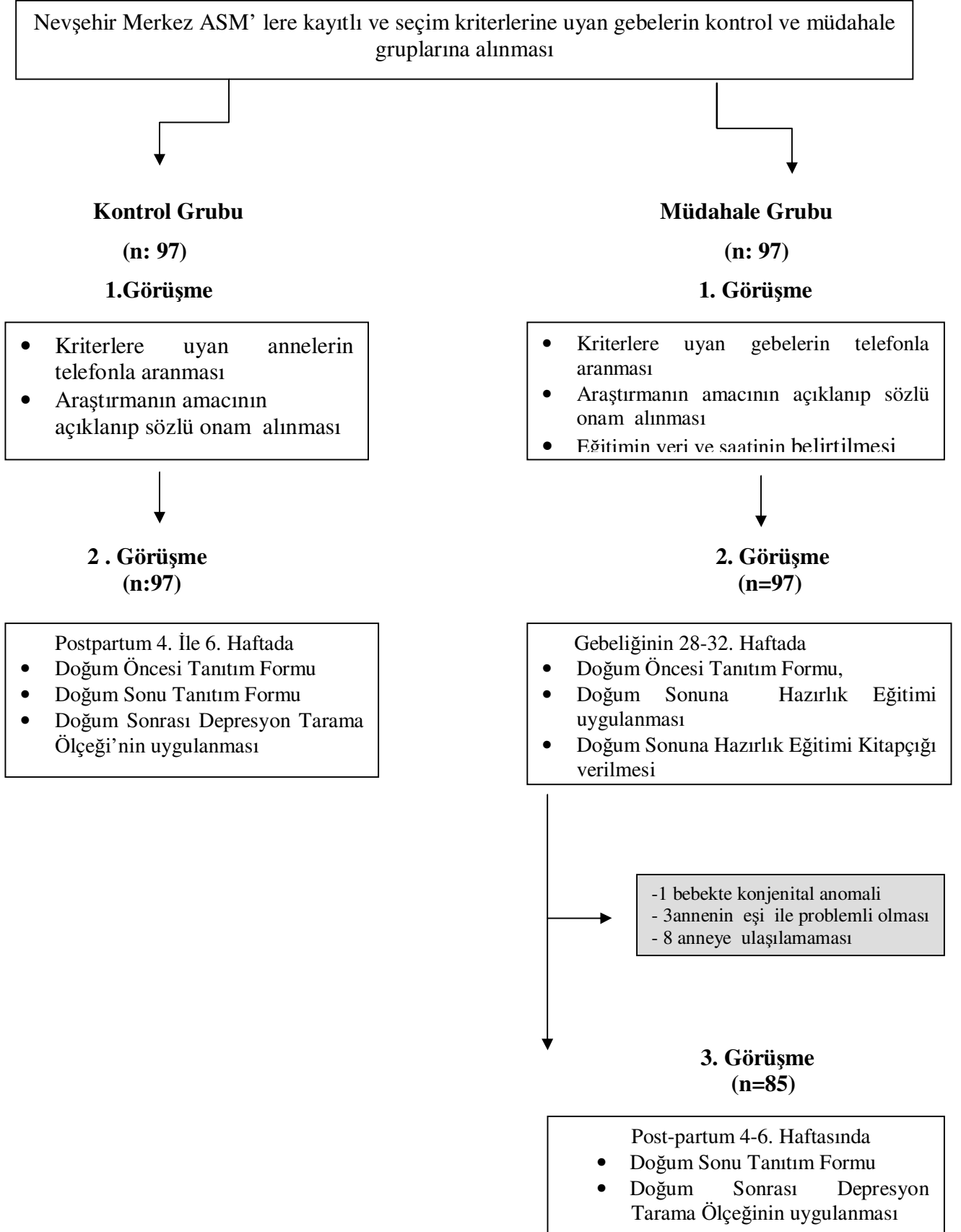
- İlk görüşme telefonla yapılmış, telefonda araştırmanın amacı anlatılıp sözlü onamları alınmıştır
- Telefonda eğitimin yeri ve saati belirtilip eğitime davet edilmiştir.

İkinci görüşmede;

- Gebeliğinin 28-32. haftasında olan gebelere ‘Tanıtım Formu’ uygulanmış,
- Bu görüşmede ‘Doğum Sonuna Hazırlık Eğitimi’(Ek IV) uygulanmış ve bu eğitimin içeriği kitapçık haline getirilmiş ve kadınların eğitimi tekrar hatırlamalarını sağlamak amacıyla her gebeye eğitim sonrasında verilmiştir.

Üçüncü görüşmede;

- Gebelerin kayıtlı oldukları ASM’lerden ve İl Sağlık müdürlüklerinden doğum yapıp yapmadıkları takip edilmiştir.
- Post-partum 4-6. Haftasına gelmiş anneler evlerinde ziyaret edilmiş
- “Doğum Sonu Tanıtım Formu” ve “Doğum Sonrası Depresyon Tarama” ölçeği araştırmacı ve anketörler tarafından annelerle yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır.



Şekil 3.1. Akış Şeması

3. 8. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

3.8.1. Bağımsız Değişkenler

- Kadınların yaşı,
- Eğitim durumu,
- Çalışma durumu,
- Sosyal güvence durumu,
- Ekonomik durum
- Sosyal destek durumları
- Doğum sonu hazırlık eğitimi

3.8.2. Bağımlı Değişken

- Postpartum depresyon puanları

3. 9. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Veriler bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Nicel verilerin normal dağılıma uygunluğu Tek Örneklem Kolmogorov- Smirnov Testi ile belirlenmiştir. Normal dağılım göstermeyen veriler için parametrik olmayan, normal dağılım gösteren veriler için parametrik test kullanılmıştır.

Tanıtıcı bilgiler tablolarda sayı, yüzdelik dağılımları şeklinde verilmiştir. Ortancalara ek olarak ortalamalar standart sapma ile birlikte verilmiştir. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde, gruplar arası farklılığı test etmek için Ki-kare, Fisher, MC Pearson Ki-kare ve Student t testi, iki grubun karşılaştırılmasında Ki-kare ve Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Tüm karşılaştırmalarda $p < 0.05$ olan değerler anlamlı kabul edilmiştir.

3.10. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmanın her aşamasında etik ilkelere uyulmasına özen gösterilmiştir. Uygulamaya başlamadan önce Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden Karar No:2010/75'lu 11.01.2010 tarihli Etik Kurul Onayı (EK V) ve Nevşehir İl Sağlık Müdürlüğü'nden (Tarih: 05.01.2010, No: 111) (EK VI) ve Merkez İlçe Toplum Sağlığı Merkezinden gerekli yazılı (Tarih: 18.03.2010, No:276) izinler alınmıştır (EK VII).

Katılımcılara önce araştırma hakkında bilgi verilmiş ve sözlü onamları alınmış, kimliklerinin hiçbir şekilde açıklanmayacağı garantisi verilmiştir. Araştırmaya katılan gebelere yapılan eğitimin anne ve bebeğe hiç bir zararlı etkisinin olmadığı açıklanmış ve tüm gebelere aydınlatılmış onam formu ile bilgilendirilmiştir (EK VIII).

4. BULGULAR

Primipar gebelere gebeliğin son trimestrında verilen eğitimin doğum sonu depresyon riski üzerine etkisini değerlendirmek amacı ile yapılan çalışmanın bulguları aşağıda yer almaktadır.

4.1’de Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular,

4.2’de Kadınların Sosyal Destek Alma Durumlarına İlişkin Bulgular

4.3’de Gebelere Verilen Eğitimin Doğum Sonu Depresyon Üzerine Etkisine İlişkin Bulgular.

4.1. KADINLARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.1. 1. Çalışmaya Katılan Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı(Nevşehir 2010-2011)

Özellikler	Kontrol		Müdahale		X ²	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Yaş grubu						
18-21 yaş	40	41.2	35	41.2	0.229	0.892
22-25 yaş	30	30.9	24	28.2		
26 yaş ve üzeri	27	27.8	26	30.6		
Evlilik yılının süresi						
1 yıl	47	48.5	36	42.4	1.784	0.619
2 yıl	25	25.8	27	31.8		
3 yıl	15	15.5	16	18.8		
4 yıl ve üzeri	10	10.3	6	7.1		
Çalışma durumu						
Çalışan	17	17.5	29	34.1	6.603	0.01
Çalışmayan	80	82.5	56	65.9		
En uzun yaşanan yer						
Köy	18	18.6	15	17.6	1.710	0.636
Kasaba	7	7.2	9	10.6		
İlçe	17	17.5	10	11.8		
İl	55	56.7	51	60.0		
En son bitirilen okul						
İlkokul	7	7.2	10	11.8	2.868	0.412
Ortaokul	27	27.8	19	22.4		
Lise	37	38.1	27	31.8		
Yüksekokul ve üstü	26	26.8	29	34.1		
Sosyal güvence						
Var	92	94.8	86	94.1	0.046	0.830
Yok	5	5.2	5	5.9		

Tablo 4.1.1. Çalışmaya Katılan Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (Nevşehir 2010-2011) (devamı)

Özellikler	Kontrol		Müdahale		X ²	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Gelir durumu						
Kötü	2	2.1	2	2.4	0.869	0.214
Orta	55	56.7	42	49.4		
İyi	38	39.2	38	44.7		
Çok iyi	2	2.1	3	3.5		
Eşin yaptığı iş						
Çalışmıyor	7	7.2	3	3.5	0.393	0.286
İşçi	48	49.5	39	45.9		
Memur	17	17.5	20	23.5		
Vasıfsız işçi	4	4.1	5	5.9		
Esnaf	21	21.6	18	21.2		
Aile tipi						
Çekirdek aile	66	68.0	65	76.5	1.596	0.206
Geniş aile	31	32.0	20	23.5		
Eşin eğitim durumu						
İlkokul	11	11.3	11	12.9	1.625	0.654
Ortaokul	17	17.5	18	21.2		
Lise	42	43.3	29	34.1		
Yüksekokul ve üstü	27	27.8	27	31.8		

Tablo 4.1.1’de çalışmaya katılan kadınların demografik özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Çalışmaya katılan müdahale grubundaki kadınların % 28.2’sinin 22-25 yaş grubunda, 34.1’inin çalıştığı, % 60.0 ’ının il merkezinde yaşadığı, %31.8’inin lise düzeyinde eğitime sahip, % 94.8’inin % 49.4’ünün gelir durumunun orta düzeyde olduğu, % 45.9’unun eşinin işçi, % 76.5’sinin çekirdek aileye sahip olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubundaki kadınların ise % 30.9’unun 22-25 yaş grubunda, % 17.5’inin çalıştığı, % 56.7’sinin il merkezinde yaşadığı, % 38.1’inin lise düzeyinde eğitime sahip, % 94.1’inin sosyal güvencesinin bulunduğu, % 56.7’sinin gelir durumunun orta düzeyde olduğu, % 49.5’inin eşinin işçi, % 68.0’inin çekirdek aileye

sahip olduğu belirlenmiştir. Çalışma durumu bakımından gruplar birbirine benzemezken ($p<0.05$) diğer özellikler bakımından birbirine benzer bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.1. 2. Çalışmaya Katılan Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı (Nevşehir 2010-2011)

Obstetrik özellikler	Kontrol		Müdahale		X ²	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Düşük yapma durumu						
Yapan	7	7.2	5	5.9	0.131	0.717
Yapmayan	90	92.8	80	94.1		
Kürtaj olma durumu						
Olan	3	3.1	4	4.7		0.707
Olmayan	97	96.4	85	95.3		

Tablo 4.1.2’de kadınların obstetrik özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Kontrol grubundaki kadınların %7.2’sinin, müdahale grubundaki kadınların %5.9’unun daha önce düşük yaptığı tespit edilmiştir. Kontrol ve müdahale grubundaki kadınlar düşük yapma ve kürtaj olma bakımından birbirine benzerdir ($p>0.05$).

Tablo 4.1.3. Çalışmaya Katılan Kadınların Gebeliği Planlama Durumlarına Göre Dağılımı (Nevşehir 2010-2011)

Özellikler	Kontrol		Müdahale		X ²	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Gebeliği						
Planlayan	74	76.3	71	83.5	1.466	0.226
Planlamayan	23	23.7	14	16.5		

Tablo 4.1.3’te çalışmaya katılan kadınların gebeliği planlama durumlarına göre dağılımı verilmiştir. Kontrol grubundaki kadınların %76.3’ünün, müdahale grubundaki kadınların %83.5’inin bu gebeliği planladığı belirlenmiştir. Kontrol ve müdahale grubundaki kadınlar gebeliği planlama durumları bakımından benzer özellik göstermektedir ($p>0.05$).

Tablo 4.1.4. Çalışmaya Katılan Kadınların Eşleriyle İlişkileri ve Gebelikte İlişkide Yaşanan Değişime Göre Dağılımı (Nevşehir 2010-2011)

Özellikler	Kontrol		Müdahale		X ²	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Eş ile ilişki durumu						
Orta	8	8.2	2	2.4	3.155	0.048
İyi	35	36.1	54	63.5		
Çok iyi	54	55.7	29	34.1		
Gebelikte eş ile ilişkide değişim oluşma durumu						
Evet	16	16.5	17	20.0	0.375	0.540
Hayır	81	83.5	68	80.0		
İlişkide yaşanan değişim						
İlişkilerin bozulması	4	25.0	4	23.5	0.010	1.000
İlişkinin daha iyi olması	12	75.0	13	76.5		

Tablo 4.1.4'te kadınların eşleriyle ilişkilerine ve gebelikte ilişkide yaşanan değişime göre dağılımı görülmektedir. Tabloda kontrol grubundaki kadınların % 55.7'sinin, müdahale grubundakilerin ise % 34.1'inin eşiyle ilişkilerini çok iyi olarak değerlendirdiği görülmektedir. Bununla birlikte kontrol grubundaki kadınların %16.5'inin, müdahale grubundaki kadınların %20.0'sinin gebeliklerinde eşiyle ilişkilerinde değişim yaşadığını, her iki grupta da büyük çoğunluğun (K:%75.0 , M: %76.5) bu değişimin olumlu yönde bir değişim olduğunu belirtmişlerdir.

Tablo 4.1.5. Çalışmaya Katılan Kadınların Doğumuna İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı(Nevşehir 2010-2011)

Doğuma ilişkin özellikler	Kontrol		Müdahale	
	Sayı	%	Sayı	%
Doğum şekli				
Sezeryan	48	49.5	43	50.6
Vajinal	49	50.5	42	49.4
$X^2 = 0.022$ $p=0.882$				
Sezeryan olma nedeni				
Kordon dolanması	2	4.2	5	11.6
Amnion sıvısında azalma	3	6.3	3	7.0
Post-term eylem	9	18.8	2	4.7
Serviksin açılmaması	5	10.4	9	20.9
Baş-pelvis uyumsuzluğu	4	8.3	8	18.6
İsteyerek	7	14.6	2	4.7
FKS bozulması	11	22.9	6	14.0
Geliş anomalisi	5	10.4	6	14.0
Bel/göbek fıtığı	1	2.1	2	4.7
Geçirilmiş batin ameliyatı öyküsü	1	2.1	0	0.0

Tablo 4.1.5’de kadınların doğumuna ilişkin özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Kontrol grubundaki kadınların % 49.5’i müdahale grubundakilerin % 50.6’sı sezeryanla doğum yaptıklarını, kontrol grubundaki annelerin % 22.9’u Fetal Kalp Atımı bozulduğu için, müdahale grubundaki annelerin ise %20.9’u servikal açıklık olmaması nedeniyle sezeryan olduklarını ifade etmişlerdir. Doğum şekilleri bakımından iki grup birbirine benzer özellik göstermektedir ($p>0.05$).

Tablo 4.1.6. Çalışmaya Katılan Kadınların Bebeklerinin Özelliklerine ve Emzirme Durumlarına Göre Dağılımı(Nevşehir 2010-2011)

Bebeğin özellikleri	Kontrol $\bar{X} \pm SD$		Müdahale $\bar{X} \pm SD$		Test	p
Kilo(kg)	3234.8 ± 469.9		3323.2 ± 459.9		t= -1.278	0.203
Doğumda Gestasyon haftası (hf)	39.1 ± 1.2		39.3 ± 1.2		U= 4233	0.320
Bebeğin özellikleri	Sayı	%	Sayı	%	X ²	p
Doğumda bebekte sorun						
Olan	13	13.4	5	5.9	2.874	0.090
Olmayan	84	86.6	80	94.1		
Bebekte gelişen sorun						
Solunum sıkıntısı	10	76.9	5	100.0	1.385	0.522
Mekonyum aspirasyonu	3	23.1	0	0.0		
Emzirmeye yardım eden						
Oldu	90	92.8	79	92.9	0.002	0.967
Olmadı	7	7.2	6	7.1		
Emzirmeye yardım eden kişi* (90/79)						
Yakınım	49	54.4	52	65.8		
Eşim	4	4.4	4	5.1		
Hemşire/ebe	46	51.1	27	34.2		
Doktor	2	2.2	0	0.0		
Bebeğin emmeye başlama süresi						
Emmedi	1	1.0	0	0.0	3.975	0.409
İlk yarım saat içinde	44	45.4	34	40.0		
1 saat sonra	20	20.6	14	16.5		
2 saat sonra	10	10.3	16	18.8		
3 saat ve üzeri	22	22.7	21	24.7		

*Birden fazla cevap verilmiştir

Tablo 4.1.6’da annelerin bebeklerinin özelliklerine ve emzirme durumlarına göre dağılımı verilmiştir. Tabloda kontrol ve müdahale grubundaki annelerin bebeklerinin doğum kilosu ortalamasının (K:3234.8 , M: 3323.2) ve gestasyon haftası ortalamasının

(K:39.1, M:39.3) benzer olduğu görülmektedir. Ayrıca kontrol grubundaki annelerin bebeklerinde, müdahale grubundaki annelerin bebeklerine göre doğum sırasında daha fazla sorun geliştiği belirlenmiştir. Ayrıca tabloda her iki grubunda emzirmede eşit oranda yardım aldığı (K:%92.8 , M: %92.9) kontrol ve müdahale grubundaki annelerin sırasıyla %51.1 , %34.2'sinin emzirmede hemşire yada ebeden yardım aldığı, yine sırasıyla % 45.4 , % 40.0' ının ilk yarım saat içinde emzirdiği görülmektedir. Annelerin bebekleri ve emzirme özellikleri bakımından iki grup arasında önemli bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.1.7. Çalışmaya Katılan Kadınların Doğum Sonu Dönemde Sağlık Sorunu Yaşama Durumuna Göre Dağılımı (Nevşehir 2010-2011)

Sağlık sorunu	Kontrol		Müdahale	
	Sayı	%	Sayı	%
Yaşayan	69	71.1	60	70.6
Yaşamayan	28	28.9	25	29.4
$X^2 = 0.007$ $p = 0.936$				
Yaşanan sağlık sorunu*(n=69/60)				
Dikiş bölgesinde ağrı/enfeksiyon	23	33.3	31	51.7
Memede enfeksiyon	11	15.9	7	11.7
Meme ucunda çatlak ağrı	52	75.4	43	71.6
İdrar yolu enfeksiyonu	13	18.8	7	11.7
Annelik rolünü yerine getirememe endişesi	22	31.8	5	8.3
Yorgunluk uykusuzluk	50	72.5	33	55.0
Kabızlık/basur	27	39.1	36	60.0
Küçük ve içe çökük meme ucu	16	23.2	8	13.3
Sütün yetersiz gelmesi erken kesilmesi	18	26.1	8	13.3
Kendinin/ yenidoğanın bakımında yetersiz hissetme	7	10.1	3	5.0

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Tablo 4.1.7'de annelerin doğum sonu dönemde sağlık sorunu yaşama durumuna göre dağılımı verilmiştir. Tabloda doğum sonu dönemde her iki gruptaki annelerin çoğunun

sağlık problemi yaşadığı (K:%71.1 – M:%70.6) görülmektedir ($p>0.05$). Meme ucunda çatlak ve ağrı; her iki grupta da doğum sonu dönemde en çok anne tarafından sağlık sorunu olarak belirtilmiştir. Ayrıca kontrol grubunda görülme sıklığı bakımından yorgunluk-uykusuzluk (%72.5), müdahale grubunda kabızlık/basur (% 60.0) ikinci sırayı alan sağlık sorunlarıdır.

Tablo 4.1.8. Çalışmaya Katılan Kadınların Doğum Sonu Dönemde Bebeklerinde Sağlık Sorunu Yaşama Durumuna Göre Dağılımı (Nevşehir 2010-2011)

Bebekle ilgili sağlık sorunu	Kontrol		Müdahale	
	Sayı	%	Sayı	%
Doğumda sorun				
Yaşayan	83	85.6	72	84.7
Yaşamayan	14	14.4	13	15.3
$X^2 = 0.027$ $p=0.870$				
Yaşanan Sağlık Sorunu*(83/72)				
Emme sorunları	29	34.9	12	16.7
Pişik	24	28.9	20	27.8
İshal	9	10.8	5	6.9
Sarılık	42	50.6	38	52.8
Göz enfeksiyonu	15	18.1	3	4.2
Yetersiz kilo alımı	2	2.4	4	5.5
Huzursuzluk	16	19.3	25	34.7
Göbek enfeksiyonu	8	9.6	8	11.1
Uyku düzeninde bozukluk	23	27.7	20	27.8
Gaz sancısı	60	72.3	50	69.4
Pamukçuk	15	18.1	8	11.1
Kabızlık	3	3.6	6	8.3

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Tablo 4.1.8’de annelerin doğum sonu dönemde bebeklerinde sağlık problemi yaşama durumuna göre dağılımı verilmiştir. Tabloda doğum sonu dönemde her iki grubun

çoğunluğunun bebeklerinde sağlık problemi yaşandığı (K: %85.6 – M:% 84.7) ($p>0.05$), bu problemlerin başında gaz sancısı (K: %72.3 – M:%69.4) gelirken ikinci sırayı sırasıyla % -50.6 - %52.8 oranında sarılık almıştır.

4.2. KADINLARIN SOSYAL DESTEK ALMA DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.2.1 Çalışmaya Katılan Kadınların Gebelikte Sosyal Destek Alma Durumlarına Göre Dağılımı (Nevşehir 2010-2011)

Desteğe ilişkin özellikler	Kontrol		Müdahale	
	Sayı	%	Sayı	%
Gebeliğinde sosyal destek				
Alan	86	88.7	82	96.5
Almayan	11	11.3	3	3.5
p=0.055				
Gebelikte sosyal destek alınan kişi* (86/82)				
Eş	56	65.1	60	73.2
Aile	35	40.7	26	30.2
Arkadaş-komşu	4	4.6	2	2.4
Gebelikte alınan desteğin şekli*(86/82)				
Ev işlerinde yardım	20	23.3	6	7.3
Manevi destek	19	22.1	47	57.3
Her konuda yardım	13	15.1	5	6.1
İlgilenme şeklinde	4	4.7	2	2.4
Doğum ve gebelik hakkında bilgi	4	4.7	7	8.5
Psikolojik destek	13	15.1	4	4.9
Aldığı desteği yeterli bulma				
Yeterli	68	79.1	68	82.9
Kısmen yeterli	15	17.4	13	15.9
Yetersiz	3	3.5	1	1.2

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Tablo 4.2.1’de kadınların gebelikte destek alma durumlarına göre dağılımı verilmiştir. Çalışmaya katılan kontrol ve müdahale grubundaki kadınların büyük çoğunluğunun (K:%88.7 , M:%96.5) gebeliklerinde herhangi birinden destek aldığı, destek alanların bu desteği en çok eşinden (K:% 65.1 , M: %73.2) aldığı belirlenmiştir. Kontrol grubundaki kadınların % 23.3’ü müdahale grubundaki kadınların % 7.3’ü ev işlerinde yardım şeklinde, ayrıca kontrol ve müdahale grubundaki annelerin sırasıyla (K:% 22.1 , M:% 59.1)’inin manevi olarak destek aldığını belirtmişlerdir. Ayrıca her iki grupta da büyük bir çoğunluğunun (K:%79.1, M:82.9) gebelikte aldığı desteği yeterli bulduğu tespit edilmiştir. Gebeliğinde destek alma bakımından iki grubun benzer olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.2.2. Çalışmaya Katılan Kadınların Doğumları Sırasında Sağlık Personelinden Destek Alma Durumlarına Göre Dağılımı (Nevşehir 2010-2011)

Desteye ilişkin özellikler	Kontrol		Müdahale	
	Sayı	%	Sayı	%
Doğum sırasında destek				
Alan	81	83.5	61	71.8
Almayan	16	16.5	24	28.2
$X^2 = 3.642$ $p=0.056$				
Alınan Destek şekli*(81/61)				
İkinma teknikleri	8	9.8	8	13.1
Doğum hakkında bilgi	23	28.4	8	13.1
Psikolojik destek	27	33.3	17	27.9
Bakım verme/ilgilenme	6	7.4	9	14.7
Her konuda yardım	7	8.6	1	1.6
Emzirmeye yardım	2	2.5	11	18.0
Desteği yeterli bulma				
Yeterli	57	70.4	48	78.7
Kısmen yeterli	23	28.4	11	18.0
Yetersiz	1	1.2	2	3.3

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Tablo 4.2.2’de annelerin doğumları sırasında sağlık personelinden destek alma durumlarına göre dağılımı gösterilmiştir. Tabloda kontrol grubundaki annelerin %83.5’inin, müdahale grubundaki annelerin %71.8’inin doğum sırasında sağlık

personelinden destek aldığı görülmektedir. Ayrıca kontrol grubundaki annelerin; %33.3'ü, müdahale grubundakilerin %27.9'u psikolojik destek aldıklarını ifade etmişlerdir. Bununla birlikte kontrol grubundaki annelerin % 70.4'ü, müdahale grubundaki annelerin % 78.7'si doğum sırasında aldıkları desteği yeterli bulmuşlardır. Doğum sırasında alınan destek bakımından iki grup benzer özellik göstermektedir ($p>0.05$).

Tablo 4.2.3. Çalışmaya Katılan Kadınların Doğum Sonu Dönemde Kendi Bakımına Yönelik Sosyal Destek Alma Durumuna Göre Dağılımı (Nevşehir 2010-2011)

Kendi Bakımına Yönelik Destek	Kontrol		Müdahale	
	Sayı	%	Sayı	%
Destek alma				
Alan	85	87.6	70	82.4
Almayan	12	12.4	15	17.6
$X^2 = 0.998$ $p=0.318$				
Alınan desteğin şekli*(85/70)				
Özbakımı yerine getirme	40	47.1	43	61.6
Her konuda yardım	25	29.4	0	0.0
Epizyo pansumanında yardım	6	7.1	4	5.7
Psikolojik destek	3	3.5	7	10.0
Destek alınan kişi*(85/70)				
Eşim	25	29.4	22	31.4
Aile	74	87.1	50	71.4
Arkadaş	0	0.0	1	1.4
Desteği yeterli bulma (85/70)				
Yeterli	73	85.9	59	84.3
Kısmen yeterli	12	14.1	10	14.3
Yetersiz	0	0.0	1	1.4

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Tablo 4.2.3'de annelerin doğum sonu dönemde kendi bakımına yönelik destek alma durumuna göre dağılımı yer almaktadır. Kontrol ve müdahale grubundaki annelerin sırasıyla % 87.6 - % 82.4'ünün doğum sonu dönemde destek aldığı, bu desteğin her iki

grupta da en çok anne (K:% 47.1 – M:61.4) tarafından özbakımı yerine getirme şeklinde belirtildiği tespit edilmiştir. Ayrıca her iki grupta bu desteği büyük oranda (K:%87.1 – M:%71.4) ailelerinden aldığını ve bu desteği yeterli (K:%85.9 – M:%84.3) bulduklarını ifade etmişlerdir. Annelerin doğum sonu alınan destek bakımından iki grup benzer özellik göstermektedir ($p>0.05$).

Tablo 4.2.4. Çalışmaya Katılan Kadınların Bebek Bakımına Yönelik Destek Alma Durumuna Göre Dağılımı (Nevşehir 2010-2011)

Destek alma durumu	Kontrol		Müdahale	
	Sayı	%	Sayı	%
Bebek bakımına yönelik destek				
Alan	86	88.7	82	96.5
Almayan	11	11.3	3	3.5
$p=0.055$				
Alınan desteğin şekli* (n=86/82)				
Emzirme	54	62.8	26	31.7
Bebek bakımı	37	43.0	11	13.4
Göbek bakımı	3	3.5	6	7.3
Banyo yaptırma	30	34.9	55	67.1
Gazını çıkarma	4	4.6	2	2.4
Altını değiştirme	13	15.1	34	41.5
Destek alınan kişi*(n=86/82)				
Eşim	15	17.4	17	20.7
Ailem	78	90.7	69	84.1
Desteği yeterli bulma(n=86/82)				
Yeterli	75	83.7	77	85.4
Kısmen yeterli	14	16.3	12	14.6

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Tablo 4.2.4’de annelerin bebek bakımına yönelik destek alma durumuna göre dağılımı yer almaktadır. Kontrol grubundaki annelerin %88.7’si müdahale grubundaki annelerin %96.5’i bebek bakımına yönelik destek aldığını, kontrol grubundaki annelerin %62.8’i, müdahale grubundaki annelerin %31.7’si emzirme, yine sırasıyla K:%34.9 – M:%

67.1'i bebeğin banyosu konusunda yardım aldıklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca her iki grupta en çok anne desteği ailesinden aldığını ve aldıkları bu desteği yeterli bulduklarını belirtmişlerdir. Bebek bakımına yönelik aldıkları destek iki grup benzer özellik göstermektedir ($p>0.05$).

4.3.GEBELERE VERİLEN EĞİTİMİN DOĞUM SONU DEPRESYON ÜZERİNE ETKİSİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.3.1 Çalışmaya Katılan Kadınların Doğum Sonu Depresyon Ölçeğinden ve Ölçeğin Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı(Nevşehir 2010-2011)

DSDÖ Puanı / Alt ölçek puanı	KONTROL (n=97) $\bar{X} \pm SD$ Ortanca (%25p-%75p)	MÜDAHALE (n=50) $\bar{X} \pm SD$ Ortanca (%25p-%75p)	U	p
Toplam Puan	61.54 $\pm$ 22.33 57.00 (45.00-73.00)	53.00 $\pm$ 16.70 47.00 (41.00-61.00)	3148.00	0.006
Duygusal değişkenlik	21.04 $\pm$ 8.11 20.00 (14.00-25.50)	17.38 $\pm$ 7.13 15.00 (11.00-22.50)	2892.50	0.000
Kendine zarar verme	15.28 $\pm$ 6.75 12.00 (11.00-20.50)	13.36 $\pm$ 3.82 11.00(11.00-14.00)	3636.00	0.141
Uyuma bozukluğu	6.94 $\pm$ 3.47 6.00(4.00-8.50)	7.16 $\pm$ 3.27 6.00 (4.00-8.50)	3846.50	0.424
Suçluluk	5.18 $\pm$ 2.79 4.00(3.00-6.00)	4.25 $\pm$ 2.06 3.00(3.00-5.50)	3326.50	0.014
Yeme bozukluğu	5.96 $\pm$ 3.06 6.00(3.00-7.00)	5.11 $\pm$ 2.60 4.00(3.00-7.00)	3459.50	0.053
Anksiyete	7.11 $\pm$ 2.91 7.00 (5.00-9.00)	5.70 $\pm$ 2.73 5.00 (3.00-7.00)	2925.00	0.001

Tablo 4.3.1'de Çalışmaya katılan kadınların doğum sonu depresyon ölçeğinden ve ölçeğin alt boyutlarından aldıkları toplam puanlara göre dağılımı gösterilmiştir. Tabloda müdahale grubundaki kadınların kontrol grubuna göre toplam depresyon puanının daha düşük olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Ayrıca müdahale grubunun duygusal değişkenlik, suçluluk ve anksiyete alt boyutlarında depresyon puanlarının da daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.3.2. Çalışmaya Katılan Kadınlarda Minör ve Majör Depresyon Görülme Durumuna Göre Dağılımı (Nevşehir 2010-2011)

Depresyon özelliği	Kontrol		Müdahale		X ²	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Minör depresyon						
Var	54	55.7	26	30.6	11.569	0.001
Yok	43	44.3	59	69.4		
Majör depresyon						
Var	36	37.1	20	23.5	3.924	0.048
Yok	61	62.9	65	76.5		

Tablo 4.3.2’ de çalışmaya katılan kontrol ve müdahale grubundaki kadınlarda minör ve majör depresyon görülme durumuna göre dağılımı gösterilmiştir. Kontrol grubundaki kadınların % 55.7’sinde minör, % 37.1’inde majör depresyon olduğu, müdahale grubundaki kadınların ise % 30.6’sında minör, % 23.5’inde majör depresyon olduğu belirlenmiştir. Minör ve majör depresyon görülme durumu bakımından iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. ($p<0.05$).

Tablo 4.3.3. Çalışmaya Katılan Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine ve Depresyon Puanlarına Göre Dağılımı (Nevşehir 2010-2011)

Özellikler	Kontrol (n= 97)		Müdahale(n=85)		U	P
	Sayı	X ± SS	Sayı	X ± SS		
Yaş						
23 ve altı	58	63.7 ± 23.8	39	48.8 ± 12.7	767.5	0.001
24 ve üzeri	44	58.3 ± 19.8	41	57.5 ± 19.3	773.5	0.80
En uzun yaşanan yer						
Kır	42	65.5 ± 24.7	34	51.4 ± 16.4	456.5	0.007
Kent	55	58.5 ± 20.1	51	54.0 ± 16.9	1215.0	0.235
Mezun olunan okul						
Ortaokul ve altı	34	61.8 ± 20.4	29	46.8 ± 11.7	257.0	0.001
Lise ve üstü	63	61.4 ± 23.5	56	56.2 ± 18.0	1576.0	0.317
Aile Tipi						
Çekirdek aile	66	62.2 ± 23.3	65	53.3 ± 16.5	1623.5	0.016
Geniş aile	31	60.1 ± 20.3	20	52.2 ± 17.6	233.5	0.139
Çalışma durumu						
Çalışıyor	17	60.8 ± 23.2	29	55.1 ± 16.2	211.0	0.419
Çalışmıyor	80	61.7 ± 22.3	56	51.9 ± 17.0	1625.5	0.007
Gelir durumu						
Orta	57	62.7 ± 21.6	44	49.9 ± 15.3	776.5	0.001
İyi	40	59.9 ± 23.5	41	56.3 ± 17.7	774.0	0.664

Tablo 4.3.3’de kontrol ve müdahale grubundaki annelerin demografik özelliklerine ve depresyon puanlarına göre dağılımı görülmektedir. 23 yaş ve altı, kırdaki yaşayan, ortaokul ve altı eğitim seviyesine sahip, çalışmayan, çekirdek ailede yaşayan ve gelir durumu düşük olan müdahale grubundaki kadınların depresyon puanının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkında önemli olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.3.4. Çalışmaya Katılan Kadınların Bebeklerinde ve Kendilerinde Sağlık Sorunu Gelişme Durumu ve Depresyon Puanlarına Göre Dağılımı (Nevşehir 2010-2011)

Özellikler	Kontrol (n= 97)		Müdahale (n=85)		U	p
	Sayı	X ± SS	Sayı	X ± SS		
Doğumda bebekte sağlık sorunu						
Gelişti	13	70.0 ± 16.8	5	42.8 ± 5.4	6.00	0.007
Gelişmedi	84	60.2 ± 22.7	80	53.0 ± 16.9	2813.0	0.07
Doğum sonu kendisinde sağlık sorunu						
Yaşayan	69	60.9 ± 21.3	60	53.0 ± 16.7	1601.0	0.03
Yaşamayan	28	63.1 ± 25.0	25	52.9 ± 17.1	255.50	0.92
Doğum sonu bebekte sağlık sorunu						
Yaşayan	83	62.5 ± 23.5	72	53.8 ± 17.2	2361.0	0.03
Yaşamayan	14	55.7 ± 11.9	13	48.5 ± 13.5	53.0	0.07

Tablo 4.3.4’de kontrol ve müdahale grubundaki annelerin bebeklerinde ve kendilerinde sorun gelişme durumuna ve depresyon puanlarına göre dağılımı verilmiştir. Doğumda bebeklerinde sorun gelişen, doğum sonu dönemde kendisinde ve bebeklerinde sorun yaşandığını belirten müdahale grubundaki kadınlarda depresyon puanının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.3.5. Çalışmaya Katılan Kadınların Sosyal Destek Alma Durumu ve Depresyon Puanlarına Göre Dağılımı (Nevşehir 2010-2011)

Desteğe İlişkin Özellikler	Kontrol (n= 97)		Müdahale (n=85)		U	p
	Sayı	X ± SS	Sayı	X ± SS		
Gebelik destek						
Alan	86	61.0 ± 23.0	82	52.7 ± 16.5	2784.5	0.019
Almayan	11	66.8 ± 16.2	3	60.0 ± 25.9	12.00	0.48
Doğumda Sağlık Personeli Desteği						
Alan	81	60.8 ± 21.4	68	54.7 ± 17.3	2052.0	0.08
Almayan	16	65.5 ± 27.2	24	48.6 ± 4.4	108.50	0.02
DSD kendi bakımına yönelik destek						
Alan	85	60.8 ± 22.2	70	52.8 ± 17.3	2270.5	0.01
Almayan	12	67.0 ± 23.7	15	54.1 ± 14.2	61.50	0.17
DSD Bebek Bakımına Yönelik Destek						
Alan	86	59.9 ± 20.7	82	52.8 ± 16.6	2275.5	0.017
Almayan	11	74.5 ± 30.5	3	58.7 ± 20.6	12.00	0.55

Tablo 4.3.5’de kontrol ve müdahale grubundaki annelerin destek alma durumu ve depresyon puanlarına göre dağılımı yer almaktadır. Gebeliği sırasında destek alan, doğum sonu dönemde kendisi ve bebeğinin bakımı için destek aldığını ifade eden müdahale grubundaki kadınlarda depresyon puanının kontrol grubuna göre daha düşük çıktığı belirlenmiştir ($p<0.05$).

5. TARTIşMA VE SONUÇ

Kadınlar doğum sonu dönemde, doğumun getirdiğı fiziksel ve duygusal etkiler sonucunda, kendi bakımlarını üstlenme ve bebeklerinin gereksinimlerini karşılama konusunda yetersizlikler yaşayabilmekte ve annelik rolüne uyum sağlayabilmek, kendilerinin ve yenidoğan bebeklerinin bakımını sağlıklı olarak sürdürebilmek için, danışmanlık ve eğitim almaya gereksinim duymaktadırlar. Kendine bakım ve bebek bakımı konusunda sağlanan bilgi, yeni bebek sahibi olan bir annenin kaygılarını gidermekte ve yeterlilik duygularını artırabilmektedir (115). Hemşirelerin primipar kadınları, zaten zor bir süreç olan doğum sonu döneme, henüz bu dönem başlamadan hazırlaması gerekmektedir.

Bu çalışmada primipar gebelerde doğum sonu dönemde kendisinin ve bebeğinin bakım güçlüğünden kaynaklanan ve bu nedenle doğum sonu depresyon gelişmesine neden olabileceğı düşünülen konularda eğitim verilerek doğum sonu depresyon riskinin azaltılması hedeflenmiştir. Bu konu başlıkları sırasıyla doğum sonu dönemde mobilizasyon, istirahat ve uyku, banyo, cinsel aktivite, kanama takibi, perinenin ve dikişlerin bakımı, aile planlaması, sıvı alımı ve diyet, gastro intestinal şikâyetlerde önlem ve bakım, meme bakımı, emzirme ve bebek beslenmesi, anne sütünün faydaları, yenidoğan bakımı, yenidoğanda gelişebilecek minör sağlık sorunlarına yönelik önlem ve bakımdır.

Doğum sonu dönemde görülen depresyon anne sağlığını etkilediği kadar eşler arasındaki uyumu (91), çocukların bilişsel, fiziksel ve duyuşsal gelişimini olumsuz olarak etkilemektedir (30). Bu nedenle hem kadın sağlığını hem de bebek sağlığını korumak için doğum sonu depresyonun önlenmesi gerekmektedir. Doğum sonu depresyonu önlemeye yönelik eğitim çalışmaları anneyi doğum sonu döneme hazırlamayı böylece psiko-sosyal risk faktörlerinin etkisini azaltmayı amaçlamaktadır (103). Çalışmada doğum sonu dönemde kendisinin ve bebeğinin bakımına yönelik eğitim alan grubun (61.54 ± 22.33) kontrol grubuna (53.00 ± 16.70) göre depresyon puanının önemli ölçüde düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.3.1). Ayrıca müdahale grubundaki kadınlarda kontrol grubundaki kadınlara göre minör ve majör depresyon görülme oranının daha düşük olduğu belirlenmiş, iki grup arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.3.2). Literatürde çalışmamıza benzer iki çalışmaya rastlanmıştır. Matthey ve arkadaşlarının çalışmasında verilen eğitimin doğum sonu depresyonu azalttığı belirlenmiştir (116). Buist ve arkadaşlarının çalışmasında ise eğitimin doğum sonu dönem anksiyeteyi azalttığı fakat bu azalmanın anlamlı düzeyde olmadığı tespit edilmiştir (103). Çalışmada primipar gebeleri doğum sonu döneme hazırlamak ve doğum sonu depresyonu önlemek için verilen eğitim sonucunda; müdahale grubundaki kadınların depresyon puanının kontrol grubundaki kadınlardan düşük olduğu ve iki grup arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bu sonuç çalışmanın sınırlılıkları içerisinde '*Gebeliğin son trimestrinde primipar gebelere verilen eğitim doğum sonu depresyonu azaltır*' hipotezini doğrulamaktadır.

Doğum sonu depresyonun belirtileri arasında ağlama nöbetleri, anksiyete, ajitasyon, ruhsal durumda değişkenlik, karamsarlık, bebek bakımında yetersizlik, annelik becerisi konusunda kendini suçlu hissetme ve anksiyete gibi belirtiler yer almaktadır (9,10). Çalışmamızın müdahale grubunun duygusal değişkenlik, suçluluk ve anksiyete alt boyutlarında depresyon puanının kontrol grubunun depresyon puanına göre anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.3.3.). Bizim çalışmamızın bu sonucuna benzer olarak Matthey ve arkadaşlarının ilk gebeliği olan kadınlara ve eşlerine doğum öncesi dönemde verilen eğitimin doğum sonu depresyon ve stres üzerine etkisini belirlemek için yaptıkları çalışmada da eğitimin doğum sonu depresyonu azalttığı belirlenmiştir (116).

Doğum sonu depresyonunun belirtileri arasında uyku ve yeme bozuklukları da yer almaktadır (10). Fakat doğum sonu depresyonun bu belirtilerini normal involüsyonel fenomenden (kilo kaybı, uykusuzluk vb.) ayırt etmek güç olabilmektedir (91,117). Doğum sonu dönemde kadınlar bebeklerinin ihtiyaçlarını karşılamak için sık sık uyanmakta ve bu nedenle uykusuzluk problemi yaşayabilmektedir. Hatta uyku düzenindeki bozukluk depresif belirtilerin ortaya çıkışını tetikleyebilmektedir (5). Bu nedenle bu bulguların diğer depresyon bulgularıyla da desteklenmesi gerekmektedir. Çalışmada kontrol ve müdahale grubunda uyuma ve yeme bozukluğu alt boyutlarında iki grup arasında önemli bir farklılık görülmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.3.1).

Doğum sonrası depresyonu olan kadınlarda kendine ve bebeğe zarar verme düşüncelerinin ve intihar risklerinin yüksek olduğu bildirilmektedir (27). Yapılan bir çalışmada postpartum depresyonu olan kadınların % 9'unda intihar etme düşüncesinin olduğu belirlenmiştir (28). Çalışmada kendine zarar verme alt boyutu müdahale grubunda (15.28 ± 6.75) kontrol grubuna (13.36 ± 3.82) göre daha düşük bulunmuş, fakat iki grup arasında istatistiksel olarak bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.3.1). Bu bulgu primipar gebelere verilen eğitimin doğum sonu depresyonun en önemli (5) ve geriye dönüşsüz sonuçlarından biri olan kendine zarar verme düşüncesini istatistiksel olarak önemli olmamakla birlikte azaltmış olması bakımından önemlidir.

Doğum sonrası dönem, ebeveynlerin bebek bakımı vermesi, bebek için güvenli çevre oluşturması, bebekle iletişim kurması, yeni rollerini öğrenmesi, aile duyarlılığını geliştirmesi ve bebekle ilgili problemlerle baş etmesini gerektiren bir dönemdir (22). Bu dönemde annenin kendisini yetersiz algılaması doğum sonu depresyon için bir risk oluşturabilmektedir. Doğum sonrası ilk üç ayda annelerde görülen postpartum depresyona girme nedenlerinin %30'unun bebek bakımına ilişkin zorluklardan kaynaklandığı ifade edilmektedir (26). Vural ve Akkuzu'nun yaptığı bir çalışmaya göre de doğum sonu dönemde kendilerinin ve bebeklerinin bakımında güçlüğü olan annelerin daha çok depresyon yaşadığı (%35.5) saptanmıştır (11). Çalışmada müdahale grubuna oranla kontrol grubunda 'Annelik rolünü yerine getirememe endişesi'nin dört kat, 'kendisinin ve yenidoğanın bakımında kendisini yetersiz hissetme'nin 2 iki kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (Tablo 4.1.7). Müdahale grubuna verilen eğitimin postpartum depresyon gelişmesinde etkili olan annelik rolünü yerine getirememe endişesi ile kendisi ve bebeğinin bakımından kaynaklı endişeleri azalttığı söylenebilir.

Eğitim seviyesinin düşüklüğü, yoksulluk ve genç yaşta olma doğum sonu depresyonunun nedenleri arasında gösterilmektedir (6,9,10). Çalışma durumu ve aile yapısı ile postpartum depresyon arasındaki ilişki ise net değildir (32,73,118). Çalışmada 23 yaş ve altında olan, kırsal bölgede yaşayan, ortaokul ve altı eğitim seviyesine sahip, çekirdek ailede yaşayan, çalışmayan ve gelir durumu düşük olan müdahale grubundaki kadınların depresyon puanının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın da önemli olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.3.3.). Anneliğe uyum içeriği ile çalışmamıza benzerlik gösteren Crockett ve arkadaşlarının kırsal bölgede ve gelir durumu düşük olan kadınlara yapmış oldukları çalışmada müdahale grubundaki kadınlarda depresyon semptomlarında azalma ve doğum sonu sürece uyumun daha iyi olduğu belirlenmiş fakat sonuç anlamlı bulunmamıştır (111). Tezel'in yaptığı bir çalışmada doğum sonu depresyonu önlemek için verilen eğitimin gelir durumu düşük olan kadınlarda daha etkili olduğu belirlenmiştir (119). Çalışmanın doğum sonu depresyon için riskli olan ve sağlık hizmeti almada engelleri olan bir grupta daha etkili olması çalışmanın etkinliğini göstermesi bakımından önemlidir.

Sosyal destek sistemleri yaşam güçlükleri ile başa çıkmada kişinin en önemli yardımcılarıdır. Destekleyici ilişkinin insanların yaşamında sağlığı yükseltme, sağlık sorunlarını önleme, stresin etkilerine karşı korunma ve baş etme çabalarının güçlendirilmesinde önemli bir rol oynadığı kabul edilmektedir (120). Gebelik, doğum ve doğum sonu dönem sosyal desteğe ihtiyaç duyulan dönemlerdir. Kadının çevresinden aldığı sosyal desteği sayesinde, gebeliğini daha olumlu geçirdiği, annelik rolünü daha çabuk kazandığı ve doğum sonrası daha az sorun yaşadıkları belirtilmiştir (121). Stresli durumların arttığı bu dönemlerde annelere yeterli desteğin sağlanmaması, onların bedensel ve ruhsal sağlıklarını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu dönemlerde kadınların en önemli destek kaynaklarını yakın aile üyeleri, özellikle eşleri oluşturmakla birlikte (27,120), doğum sırasında sağlık ekibi de önemli bir destek kaynağı olabilmektedir (11). Sosyal destek annelerde, annelik rolüne ilişkin yeterlilik duygusunu artırarak depresyon görülme riskini azaltmakta ve bebeğin sağlığını olumlu yönde etkilemektedir (83). Bingöl ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada annelerin sosyal destek puanı arttıkça depresyon puanlarının düştüğü belirtilmektedir (83). Zlotnick ve arkadaşlarının yaptığı sosyal yardım alan gebe kadınlara verilen eğitimin doğum sonu depresyonu önlemede etkili olduğu belirlenmiştir (108). Ege ve arkadaşlarının yaptığı

çalışmada da postpartum depresyon semptomlarıyla sosyal destek arasında negatif bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir (122). Çalışmada annelerin çoğunluğunun (K: %88.7 – M: %96.5) gebeliklerinde, doğum sırasında (K: %83.5 – M: %71.8) doğum sonu bebek bakımına (K: %88.7 – M: %96.5) ve kendi bakımına yönelik (K: %87.6 – M: %82.4) destek aldığı belirlenmiştir (Tablo 4.2.1-2-3-4). Kontrol ve müdahale grubundaki annelerin gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlere göre farklılık göstermekle birlikte çoğunlukla destek aldığı, bu yönüyle sosyal destekleri iyi olan bir grup oldukları söylenebilir. Çalışmada ayrıca gebeliğinde ve doğum sonu dönemde destek alan müdahale grubundaki kadınlarda aynı şekilde destek alan kontrol grubundaki kadınlara göre depresyon puanının daha düşük olduğu ve bu sonucun istatistiksel açıdan da önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.3.5). Bu sonuç eğitimin yanında sosyal desteğin de doğum sonu depresyonu önlemede önemli olduğunu gösteren bir bulgu olması bakımından önemlidir.

Anne-bebek arasındaki etkileşimin sağlıklı başlayıp sürdürülmesi, annenin yeni rolüne uyumu ve karşılaştığı sorunlarla baş edebilmesinde eşler arasındaki uyum oldukça önemlidir (22). Eşler arasında yaşanan problemler doğum sonu depresyon gelişmesini tetikleyebilmektedir (18,120). Her iki gruptaki annelerin büyük bir çoğunluğu eşleriyle ilişkilerini iyi ve çok iyi olduğunu ve gebeliklerinde ilişkilerinde değişim yaşamadığını belirtmişlerdir (Tablo 4.1.4). Her iki grubun da gebelikleri sırasında eş desteği aldıkları ve doğum sonu depresyon gelişimini etkileyebilecek eş ile ilişkiler bakımından riskli bir grup olmadıkları söylenebilir. Bu sonuç çalışmanın güvenilirliğini göstermesi bakımından önemlidir.

Doğum sonu dönemde; anneler kendilerinde oluşan değişikliklere uyum sağlamanın yanı sıra, kendilerinde ve bebeklerinde oluşabilecek sağlık sorunlarıyla baş etmek zorunda kalmaktadır (22). Yaşanan bu sağlık sorunları, hastaneye yatışları artırmakta, annenin yaşam kalitesini azaltmakta, yeni bir bebeğin sorumluluğunu almayla birleşince annenin yeni durumuyla baş etmesini zorlaştırmaktadır (12,23). Doğum sonu dönemde kendisinde ve bebeğinde sağlık sorunu yaşama annenin anksiyetesinin artmasına ve bakımda daha çok zorlanmaya neden olabilmektedir. Her iki grup doğum sonu dönemde kendilerinde ve bebeklerinde hemen hemen aynı düzeyde sağlık problemi yaşadığını belirtmiştir (Tablo 4.1.7-4.1.8). Ayrıca kontrol grubunda bebekle ilgili önlenemez sağlık sorunlarından göz enfeksiyonu, pamukçuk görülme yüzdesi daha

fazla, emme sorunları ise iki kat daha fazla görülmüştür (Tablo 4.1.8). Müdahale grubuna verilen eğitim içeriğinin bir bölümünü oluşturan yenidoğanın bakımına ve sorunlarını önlemeye yönelik eğitimin etkili olduğu söylenebilir. Bu sonuç eğitimin verilme amacını destekleyen bir bulgu olması bakımından önemlidir. Ayrıca çalışmada doğumda bebeklerinde sorun gelişen, doğum sonu dönemde kendisinde ve bebeklerinde sorun yaşandığını belirten müdahale grubundaki kadınlarda depresyon puanının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.3.4). Çalışmanın bu sonucu verilen eğitimin doğum sonu karşılaşılan sorunlarla baş etmeyi sağladığı ve bu nedenle depresyon puanının düşmesinde etkili olduğunu düşündürmesi bakımından önemlidir.

Doğum sonu döneme uyumu olumsuz etkileyen faktörlerden biri de plansız gebeliklerdir (123). Yapılan çalışmalarda, plansız gebeliğin postpartum depresyon gelişimini etkilediği görülmüştür (97,124). Çalışmamızda kontrol ve müdahale grubundaki kadınların büyük bir çoğunluğunun (K: %76.3 – M: %83.5) gebeliklerini planlamış oldukları belirlenmiştir (Tablo 4.1.3).

Post-partum depresyon, anksiyete, korku, üzüntü, suçluluk duyguları ve emzirme sorunları doğum şekli ile yakından ilişkili olan ve kadını olumsuz etkileyen durumlardır (125). Keleş'in yaptığı bir çalışmada sezeryan doğum yapan kadınlarda vajinal doğumlara göre daha fazla depresyon geliştiği gözlenmiştir (126). Başka bir çalışmada da normal doğum yapan kadınların depresyon puanının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (125). Çalışmamızda her iki grupta da kadınların yaklaşık yarısının sezeryan doğum yaptığı tespit edilmiştir (Tablo 4.1.5). Çalışmaya katılan kadınlar, doğum şeklinden kaynaklanan riskler bakımından benzer özelliktedir.

Sonuç olarak gebelere, kendilerinin ve bebeklerinin doğum sonu dönemde bakımına yönelik olarak verilen eğitimin;

1. Annelik rolünü yerine getirememe endişesini azalttığı,
2. Kendisinin ve yenidoğanın bakımında yetersizlik hissetme duygusunu azalttığı,
3. Doğum sonu depresyon puan ortalamasını düşürdüğü belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

1. Doğum sonu depresyonu önlemek için doğum sonu döneme ilişkin eğitimlerin doğum öncesi dönemde rutin olarak verilmesi,
2. Gebelere verilen bu eğitimlerin DÖB uygulamaları arasında planlı bir eğitim şeklinde yer alması,
3. Riskli gruplarda (adölesan gebeliklerde, sosyal destek eksikliği olan, gelir seviyesi düşük gebelerde vb.) benzer araştırmaların planlanması,
4. Çalışmanın multipar kadınlarda etkisinin belirlenmesine yönelik araştırmaların yapılması önerilebilir.

6. KAYNAKLAR

1. Özvarış ŞB, Ertan AE. Üreme Sağlığında Yaşam Boyu Yaklaşımı. http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/ureme_sagliginda_yasam_boyu.pdf (10.10.2011).
2. World Health Statistics. World Health Organization 2011. http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2011_Full.pdf (25.12.2011)
3. Maternal Mortality: 1990 to 2008. World Health Organization 2010. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241500265/en/index.html> (25.12.2011)
4. Koç İ, Schumacher R, Campbell O, Türkyılmaz S, Ergöçmen B, Yüksel İ. Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması Ana Rapor, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Elma Teknik Basım Matbaacılık, Ankara, 2005:73.
5. Tezel A, Gözüm S. Postpartum dönemde kadınlarda görülebilen depresif belirtiler ve hemşirelik bakımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 62–68.
6. Sünter AT, Güz H, Canbaz S, DüNDAR C. Samsun il merkezinde doğum sonrası depresyonu prevalansı ve risk faktörleri. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi 2006; 3(1): 26-31.

7. Gölbaşı Z. Postpartum Psikiyatrik sorunlar, Postpartum Komplikasyonlar/Riskli Durumlar, In:Kadın Sağlığı, Birinci Baskı, Şirin A, Kavlak O.(Eds) Bedray Basın Yayıncılık, İstanbul, 2008:807.
8. Ayvaz S, Hoccoğlu Ç, Tiryaki A, Ak İ. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. Türk Psikiyatri Dergisi 2006; 17(4): 243-251.
9. Nur N, Çetinkaya S, Bakır DA, Demirel Y. Sivas il merkezindeki kadınlarda postnatal depresyon prevalansı ve risk faktörleri. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2004; 26(2):55-59.
10. Özdemir S, Marakoğlu K, Çivi S. Konya il merkezinde doğum sonrası depresyon riski ve etkileyen faktörler. TAF Koruyucu Hekimlik Bülteni 2008; 7(5): 391-398.
11. Vural G, Akkuzu G. Normal vajinal yolla doğum yapan primipar annelerin doğum sonu 10. günde depresyon yaygınlıklarının incelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 1999; 3(1): 33-38.
12. Efe ŞY, Taşkın L, Eroğlu K. Postnatal depression and effecting factors in Turkey. Journal of The Turkish German Gynecological Association 2009; 10: 14-20.
13. Eren Tİ. Postpartum depresyon prevalansı ve sosyodemografik risk faktörleri, Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2007:51.
14. Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Postpartum depression. The New England Journal of Medicine 2002; 347(3): 194-199.
15. Xie RH, He G, Koszycki D, et al. Prenatal social support, postnatal social support, and postpartum depression. Annals of Epidemiology 2009; 19(9): 637-643.
16. Bloch M, Rotenberg TN, Koren D, Klein E. Risk factors for early postpartum depressive symptoms. General Hospital Psychiatry 2006; 28: 3-8.
17. Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E. Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. Journal of Affective Disorders 2005; 88: 9-18.
18. Dennis CL. Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. British Medical Journal 2005; 331: 15.
19. Özkan S. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi. İstanbul, 1993:207-210.
20. Marcus SM. Depression during pregnancy: rates, risks and consequences. The Journal of Clinical Pharmacology 2009;16(1): 15-22.

21. Forman N, Videbech TP, Hedegaard M, Salvig JD, Secher NJ. Postpartum depression: identification of women at risk. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2000; 107: 1210-1217.
22. Beydağ KD. Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007; 6(6): 479-484.
23. Akdolun Balkaya N. Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe-hemşirenin rolü. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2002 ;6(2): 42-49
24. Marakoğlu K, Özdemir S, Çivi S. Postpartum depresyon. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi* 2009; 29(1): 206-14.
25. Bilszta J, Ericksen J, Buist A, Milgrom J. Women's experience of postnatal depression-beliefs and attitudes as barriers to care. *Australian Journal of Advanced Nursing* 2010; 27(3): 44-54.
26. Yıldız D. Doğum sonrası dönemde annelerin bebek bakımı konusunda danışmanlık gereksinimleri ve yaklaşımlar. *Gülhane Tıp Dergisi* 2008; 50: 294-298.
27. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R, Karakurt P. Postpartum depresyon ile sosyal destek arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2011; 8(1): 31-46.
28. Howard LM, Flach C, Mehay A, et al. The prevalence of suicidal ideation by the Edinburgh Postnatal Depression Scale in postpartum women in primary care: findings from the Respond trial. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2011;57.
29. Taşdemir S, Kaplan S, Bahar A. Doğum sonrası depresyonu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2006; 1(2):105-118.
30. Mallikarjun PK. Prevention of postnatal depression, *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health* 2005; 125(5): 221-226.
31. Hearn G, Ormiston P, Ilif A, Parr, et al. Postnatal depression in the community. *British Journal of General Practice* 1998; 48: 1064-1066.
32. Ocaktan ME, Çalışkan D, Öncü B, ve ark. Antepartum and postpartum depression in a primary health care center area. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 2006; 59: 151-157.
33. Doğum Sonu Yönetim Rehberi. <http://www.saglik.gov.tr/ACSAB/belge/1-7801/ana-cocuk-sagligi-ve-aile-planlamasi-genel-mudurlugunun-.html> (10.06.2010).

34. Sözeri C, Cevahir R, Şahin S, Semiz O. Gebelerin gebelik süreci ile ilgili bilgi ve davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2006; 1(2): 92-104.
35. Ergin F, Aksu H, Demiröz H, Doğum öncesi ve doğum sonrası bakım hizmetlerinin nicelik ve niteliği. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2010; 13: 4.
36. Sönmez Y. Doğum öncesi bakım hizmetleri. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi 2007; 16(1): 9-12.
37. Özvarış ŞB, Akın A. Türkiye’de Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinden Yararlanma. http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/turkiyede_dogum_onesi.pdf (12.08.2010).
38. Beşer E, Ergin F, Sönmez A. Aydın il merkezinde doğum öncesi bakım hizmetleri. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6(2): 137-141.
39. Kaya F, Serin Ö. Doğum öncesi bakımın niteliği. Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği Dergisi 2008; 5(1): 28-35.
40. Terzioğlu F. Doğum öncesi Bakım. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Ed:Taşkın L, Sistem Ofset Matbaacılık, Genişletilmiş IX. Baskı, Ankara, 2009: 154-166.
41. Mete S. Doğum Öncesi Eğitim. Kadın Sağlığı, Ed: Şirin A, Kavlak O, Birinci Baskı, Kena Ofset, İstanbul, Ekim 2008: 501.
42. Pirinççi E, Polat A, Kumru S, Köroğlu A. Bir üniversite hastanesinde doğum yapan kadınların doğum öncesi bakım alma durumu ve etkileyen faktörler. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2010; 11(2): 1-7.
43. Kılıç S, Uçar M, Temir P, ve ark. Hamile kadınlarda doğum öncesi bakım alma sıklığı ve bunu etkileyen faktörler. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007: 6(2).
44. Antenatal care is common across the developing world, http://www.childinfo.org/antenatal_care.html. (12.09.2011).
45. Doğum Öncesi Bakım İzlem Protokolü Genelgesi (2008)/13. www.saglikbakanligi.gov.tr (06.11.2009).
46. Güvenli Annelik. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Katılımcı Kitabı, T.C. Sağlık Bakanlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2009:23.
47. Gül R. Ülkemizde doğum öncesi bakım parametreleri. 5. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kongre Kitabı, Sheraton Hotel Ankara, Nisan 2009: 108.
48. Doğum öncesi bakım yönetim rehberi. <http://www.asm.gov.tr> (10.06.2011).

49. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması Ana Rapor 2008.
www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/index.htm (06.11.2009).
50. Beşer E, Ergin F. Aydın merkezinde doğum öncesi bakım ve niteliği. IX. Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı, Ankara, 3-6 Kasım 2004.
51. Mısırlıoğlu ED, Aliefendioğlu D, Fidan K, ve ark. Sağlık Bakanlığı Ankara Etlik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde doğum yapan annelerin antenatal bakım hizmetlerinden yararlanma durumunun değerlendirilmesi. Perinatoloji Dergisi 2006; 14(1): 7-13.
52. Gürel SA, Doğum öncesi bakım almada Türkiye'deki sorunlar ve çözümleri. Perinatoloji Dergisi 2005; 13(5):215 – 220.
53. Küçük E, Çan G, Topbaş M. Giresun 1 nolu sağlık ocağı bölgesinde doğum yapan kadınların doğum öncesi, doğum ve doğum sonu bakım alma sıklığı. 9. Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı, Ankara, 3-6 Kasım 2004.
54. Beyzadeoğlu H, Ekuklu G, Eskiocak M. Edirne Muradiye sağlık ocağı bölgesinde Mayıs-Ağustos 2003 döneminde gebelik yaşayan kadınların doğum öncesi bakım almasını etkileyen etmenler. 9. Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı, Ankara, 3-6 Kasım 2004.
55. Çetin F, Güneş G, Karaoğlu L, Üstün Y. Turgut Özal Tıp Merkezinde doğum yapan annelerin doğum öncesi bakım alma ve emzirmeye başlama durumları ve etkileyen faktörler. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2005; 12(4): 247-252.
56. Kılıç M. Sağlık ocaklarında görevli ebeler tarafından verilen doğum öncesi bakımın değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi 2009; 18(3): 138-147.
57. Üstünsöz A. Gebelerin doğum öncesi bakım almama nedenleri. Gülhane Tıp Dergisi 2005; 47: 156-158.
58. Omac M, Güneş G, Karaoğlu L, Pehlivan E. Arapgir Devlet Hastanesine başvuran gebelerin doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma durumları ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi (Haziran 2004-2005). Fırat Tıp Dergisi 2009; 14(2): 115-119.
59. Turan T, Ceylan SS, Teyikçi S. Annelerin düzenli prenatal bakım alma durumları ve etkileyen faktörler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2008; 3(9): 157-172.

60. Sağlık Arama Davranışı Araştırması. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile planlaması Genel müdürlüğü ve Avrupa komisyonu Türkiye Delegasyonu, Conseil Sante, Sofreco, Eduser (2007), Ankara.
61. Atasay B, Arslan S. Anne ve Yenidoğan Hakları Barselona Deklarasyonu. STED 2001;10(12):457-459.
62. Yenil K. Web Ortamında Yapılan Gebe Eğitim Programının Gebelerin Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisinin İncelenmesi. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir, 2006:93.
63. Turan JM, Say L. Community-based antenatal education in İstanbul, Turkey: effects on health behaviours. Health, Policy and Planning 2003; 18(4): 391-398.
64. Enkin M, Keirse M, Neilson J, et al. A Guide To Effective Care In Pregnancy And Childbirth, Antenatal Education, 3 rd ed. Oxford, Oxford Universty Press, 2000; 24-28.
65. Kızılkaya N. Annelerin erken lohusalık dönemindeki ilgilerinin belirlenmesi. Perinatoloji Dergisi 1996; 4(4): 245-248.
66. Mete S. Antenatal Eğitim. 6. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kongre Kitabı, Sheraton Hotel Ankara, 23-25 Nisan 2009: 91-93.
67. Okumuş H. Doğum öncesi anne eğitimi:deneyimler ve sonuçlar 1998-2006, 5. Ulusal Üreme Sağlığı ve AilePplanlaması Kongresi Kongre Kitabı, Sheraton Hotel Ankara, 23-25 Nisan 2009:110.
68. Özcan A. Duygu Durum (Mizaç) Bozuklukları. Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı, Ed: Kum N, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, İstanbul, 1996:114.
69. Özbay H, Göka E, Kılıç EZ. Duygudurum Bozuklukları. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri, Ankara, 1994:71.
70. Loosen PT, Beyer JT, Sells SR, et al. Duygudurum bozuklukları. Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi, Güneş Kitabevi, Ankara, 2003:292.
71. Doğan O. Depresyonun Epidemiyolojisi. Duygudurum Dizisi 2000; 1: 29-38.
72. Özmen E. Genel tıpta depresyon. Genel Tıpta Psikiyatrik Sendromlar, Hekimler Birliği Yayını, Ankara 1997;117.
73. Önen RF, Kaptanoğlu C, Seber G. Kadınlarda depresyonun yaygınlığı ve risk faktörlerle ilişkisi. Kriz Dergisi 3(1-2): 88-103
74. Çakır S. Genel tıpta depresyon. Klinik Gelişim Psikiyatri 2009; 22(4): 61-64.

75. Cebeci SA. Aydemir Ç, Göka E. Puerperal dönemde depresyon semptom prevalansı: obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi. *Kriz Dergisi* 2002; 10(1): 11-18.
76. Ünal S, Özcan E. Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2000; 1(1): 41-47.
77. Işık E. Depresyon ve Bipolar Affektif Bozukluk. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Hastalıklar, Ed:Erdal Işık, Modern Tıp Seminerleri 24, Güneş Kitabevi Yayınları, Ankara, 2001: 16.
78. Yüksel N. Birinci Basamakta Depresyon Tanı ve Tedavi. *Çizgi Tıp Yayınevi*, Ankara, Temmuz 2000:72.
79. İlhan İÖ. Depresyon Epidemiyolojisi, Risk Etmenleri, Sonuçları ve Tanısı Depresyon. Modern Tıp Seminerleri 18. Ed: Kumbasar H, Güneş Kitabevi Yayınları, Ankara 2001:5.
80. Akdeniz F, Gönül AS. Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. *Klinik Psikiyatri* 2004; 2: 70-74.
81. Karamustafaloğlu N, Tomruk N. Postpartum hüzn ve depresyonlar. *Duygu Durum Dizisi* 2000; 2: 64-71.
82. Pearlstein T, Howard M, Salisbury A, Zlotnick C. Postpartum depression. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2009(april); 357-364.
83. Bingöl YT, Tel H. Postpartum dönemdeki kadınlarda algılanan sosyal destek ve depresyon düzeyleri ile etkileyen faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007; 10: 1-6.
84. Abou-Saleh MT, Ghubash R, Karim L, Krymski M, Bhai I. Hormonal aspects of postpartum depression. *Psychoneuroendocrinology* 1998; 23(5): 465-475.
85. Gibb S, Hundley V. What psychosocial well-being in the post-natal period means to midwives. *Midwifery* 2007; 23: 413-424.
86. Goyal D, Gay C, Lee KA. How much does low socioeconomic status increase the risk of prenatal and postpartum depressive symptoms in first-time mothers?. *Women's Health Issues* 2010; 20: 96-104.
87. Erdem Ö, Bucaktepe GE, Özen Ş, Kara İH. Prepartum ve postpartum dönemde annelerin depresyon ve kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Düzce Tıp Dergisi* 2010; 12(3): 24-31.

88. Teng HW, Hsu CS, Shih SM, et al. Screening postpartum depression with the Taiwanese version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Comprehensive Psychiatry* 2005; 46: 261-265.
89. Durukan E, İlhan MN, Bumin MA, Aycan S. 2 hafta-18 aylık bebeği olan bir grup annede pospartum depresyon sıklığı ve yaşam kalitesi. 6. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kongre Özet Kitabı, 23-25 Nisan 2009, Ankara:337.
90. Aktaş D, Terzioğlu F, Eroğlu K. Doğum sonu dönemde depresyon görülme durumu ve depresyon gelişmesini etkileyen risk faktörleri. 6. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması, Kongresi Kongre Özet Kitabı, 23-25 Nisan 2009, Ankara:342.
91. Jardri R, Maron M. Why and how to improve postnatal depression screening in the immediate postpartum? *Clinical Effectiveness in Nursing* 2006; 9(2): 238-241.
92. Logsdon MC, Foltz MP, Scheetz J, Myers JA. Self-efficacy and postpartum depression teaching behaviors of hospital-based perinatal nurses. *The Journal of Perinatal Education* 2010; 19(4): 10-16.
93. Kocabaşoğlu N, Başer SZ. Gebelik ve Doğumla Tetiklenen Psikiyatrik Hastalıklar. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye’de Sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar Sempozyum dizisi No:62, Mart 2008:349-354.
94. Orhon FŞ. The impacts of postpartum depression on children. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 2007; 60(2): 57-60.
95. Nishioka E, Haruna M, Ota E, et al. A prospective study of the relationship between breastfeeding and postpartum depressive symptoms appearing at 1–5 months after delivery. *Journal of Affective Disorders* 2011; 113: 553–559.
96. Dönmez HB. Postpartum Depresyonun Annelerin Bebeklerini Emzirmeleri ve Bebek Büyümesi Üzerine Olan Etkisi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Afyonkarahisar, 2007:53.*
97. Salgın A. Postpartum Depresyonun Çocuk Bakımı ve Gelişimine Etkileri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul, 2002:53.*
98. Serhan N. Anne ve Babalarda Postpartum Depresyon Sıklığı ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. *Hemşirelik Ana bilim dalı Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya 2010:70.*

99. Aktaş D, Terzioğlu F, Eroğlu K. Doğum sonu Depresyon görülme durumu ve depresyon gelişmesinin etkileyen risk faktörleri, 6. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile planlaması Kongresi Kongra Kitabı, 23-25 Nisan 2009, Sheraton Hotel Ankara: 342.
100. Işık SN, Bilgili N. Postnatal depression: midwives. and nurses. knowledge and practices. Erciyes Tıp Dergisi 2010; 32(4): 265-274.
101. Tezel A. Postpartum depresyonun değerlendirilmesinde hemşirelerin/ebelerin sorumlulukları. Yeni Symposium Journal 2008; 46(4): 184-187.
102. Kocamanoğlu B, Şahin AR. Postpartum psikiyatrik bozukluklar. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2011; 12: 226-232
103. Zinga D, Philips SD, Born L. Postpartum depression: we know the risks, can it be prevented? Revista Brasileira de Psiquiatria 2005;27:56-64.
104. Stamp GE, Williams AS, Crowther CA. Evaluation of antenatal and postnatal support to overcome postnatal depression: a randomized controlled trial. BIRTH 1995; 22: 138–143.
105. Brugha TS, Wheatley S, Taub NA, et al. Pragmatic Randomised Trial of Antenatal Intervention To Prevent Post-Natal Depression By Reducing Psychosocial Risk Factors. Psychological Medicine 2000;1273–1281.
106. Hayes BA, Muller R, Bradley, BS. Perinatal depression: a randomised controlled trial of an antenatal education intervention for primiparas. BIRTH 2001; 28: 28–35.
107. Hayes BA, Muller R. Prenatal depression: a, randomized controlled trial in the emotional health of primiparous women. Research and Theory for Nursing Practice 2004; 18:165-183.
108. Zlotnick, C, Johnson SL, Miller IW, et al. Postpartum depression in women receiving public assistance: pilot study of an interpersonal-therapy-oriented group intervention. American Journal of Psychiatry 2001; 158: 638–640.
109. Tam WH, Lee DT, Chui HF, et al. A randomised controlled trial of educational counseling on the management of women who have suffered suboptimal outcomes in pregnancy. BJOG 2003; 110(9): 853-9.
110. Morrell CJ. Review of interventions to prevent or treat postnatal depression. Clinical Effectiveness in Nursing 2006; 9S2:135–161.

111. Crockett K, Zlotnick C, Davis M, et al. A depression preventive intervention for rural low-income African-American pregnant women at risk for postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health* 2008; 11: 319-325.
112. Lavender T, Walkinshaw SA. Can midwives reduce postpartum psychological morbidity? A, randomized trial. *BIRTH* 1998; 25: 215–219.
113. Karaçam Z, Kitiş Y. Doğum sonrası depresyon tarama ölçeği Türkiye’de geçerlilik güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2008; 19(2): 187-196.
114. Karaçam Z, Öner H. Doğum sonrası depresyon tarama ölçeği’nin Türkçe’de kesme noktalarının hesaplanması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008; 11(2): 61-71.
115. Arslan F, Kaya Ş. Hemşirenin postnatal eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin incelenmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2008;28:736-742
116. Matthey S, Kavanagh DJ, Howie P, et al. Prevention of postnatal distress or depression: an evaluation of an intervention at preparation for parenthood classes. *Journal of Affective Disorders* 2004; 79: 113-126.
117. Kara B, Çakmaklı P, Nacak E, Türeci F. Doğum sonrası depresyon. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi* 2001; 10(9): 333.
118. Atasoy N, Bayar Ü, Sade H. ve ark. Doğum sonrası dönemde depresif belirti düzeyini etkileyen klinik ve sosyodemografik risk etkenleri. *Turkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2004 (14):252-257
119. Tezel A. Postpartum Depresyon Riskli Kadınlarda Bakım ve Eğitimin Depresyon Belirti Düzeyine Etkisinin Karşılaştırılması. *Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum* 2003:127.
120. Okanlı A, Tortumluoğlu G, Kırpınar İ. Gebe kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2003; 4: 98-105.
121. Mermer G, Bilge A, Yücel U, Çeber E. Gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı düzeylerinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2010; 1(2): 71-76.
122. Ege E, Timur S, Zincir H, Geçkil E, Reeder SB. Social support and symptoms of postpartum depression among new mothers in earstern Turkey. *J. Obstet. Gynaecol.Res.* 2008; 34(4): 585-593.

123. Arslan İ, Mete S. Beklenmeyen gebelikler. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 8(1):94-99.
124. Uyar S. Postpartum Depresyon Oluşumunu Etkileyen Faktörlerin Araştırılması. Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Afyonkarahisar, 2005:56.
125. Can R. Sezaryen ve Normal Doğum Yapmış Kadınlarda Postpartum Depresyon ve Yorgunluk Düzeylerinin İncelenmesi. Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Eskişehir, 2010:122.
126. Keleş E. Gebelikte Sigara Kullanımının Bazı Obstetrik Durumların ve Sosyodemografik Özelliklerin Postpartum Depresyon Üzerine Etkisi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Şanlıurfa, 2007:83.

EK I.

TANITIM FORMU

Anket No:

1- Kaç yaşındasınız.....

2- Kaç yıldır evlisiniz?

3- Çalışıyor musunuz?

a-Evet

b-Hayır

4-En son bitirdiğiniz okul nedir?

a- Okur-yazar

b- İlkokul

c- Ortaokul

d- Lise

e- Yüksekokul ve üstü

5- Ev dışında herhangi bir yerde çalışıyormusunuz ?

a-Evet

b-Hayır

6- Sosyal güvenceniz var mı?

a-Yok

b- Var

7- Evinizde kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

a-Çekirdek aile

b-Geniş aile

8-Size göre gelir durumunuz?

a-Çok kötü

b-Kötü

c-Orta

d-İyi

e-Çok iyi

9- Eşinizin en son bitirdiği okul nedir?

a- Okur-yazar

b- İlkokul

c- Ortaokul

d- Lise

e- Yüksekokul ve üstü

10- Eşinizin görevi/işi nedir?

a- Çalışmıyor

b- İşçi

c-Memur

d- Vasıfsız işçi

e-Esnaf

f-Diğer

11-Gebeliğiniz boyunca sigara kullandınız mı?

a-Evet

b-Hayır(13. Soruya geçiniz)

12- Günde ne kadar kullanıyorsunuz?

13- Hiç düşük yaptınız mı ?

a-Evet

b-Hayır

14- Hiç kürtaj oldunuz mu ?

a-Evet

b-Hayır

15- Planlayarak mı gebe kaldınız?

a-Evet

b-Hayır

16-Gebeliğinizde destek alıyormusunuz/aldınız mı?

a-Evet

b-Hayır

17- Gebeliğinizde desteği en çok kimlerden aldınız?

a-Eşim

b-Ailem

c-Arkadaşım

d-Komşu

e-Diğer.....

18- Gebeliğiniz sırasında nasıl bir destek alıyorsunuz/aldınız? Tanımlarmısınız.....

19- Aldığınız bu desteği yeterli buluyormusunuz?

a-Yeterliydi

b-Kısmen yeterliydi

c-Yetersizdi

20-Genel olarak eşinizle ilişkilerinizi nasıl değerlendirirsiniz?

a- Çok kötü

b-Kötü

c-Orta

d-İyi

e- Çok iyi

21- Gebeliğiniz boyunca eşinizle ilişkilerinizde herhangi bir değişim yaşadınız mı?

a-Evet

b-Hayır

22- Gebeliğiniz boyunca eşinizle ilişkilerinizde nasıl bir değişim yaşadınız ?

.....

EK II. DOĞUM SONU TANITIM FORMU

1-Doğumunuz gebeliğinizin kaçınıcı haftasında oldu?.....

2- Doğum şekliniz neydi?

a-Sezaryan

b-Normal doğum(4. soruya geçiniz)

3- Sezaryan olma nedeniniz neydi?

4- Bebeğinizin kaç kilo doğdu?.....

5- Doğum sırasında bebeğinizle ilgili herhangi bir sorun geliştirdi mi?

a-Evet

b- Hayır(7.soruya geçiniz)

6- Gelişen bu sorun ne idi?.....

7-Bebeğinizi doğumdan sonra yaklaşık ne kadar süre içinde emzirdiniz ?.....

8- Bebeğinizi emzirmenize yardım eden birisi oldu mu ?

a-Evet

b- Hayır(10.soruya geçiniz)

9- Bebeğinizi emzirmenize kim yardımcı oldu ?

a- Yakınım

b-Eşim

c-Hemşire/ebe

d-Doktor

e-Diğer.....

10-Doğumunuz sırasında sağlık personelinde destek aldınız mı?

a-Evet

b-Hayır(13. soruya geçiniz)

11- Sağlık personelinde aldığınız bu desteği açıklarmısınız?.....

12- Doğumunuz sırasında sağlık personelinde aldığınız destek sizce yeterlimiydi?

a-Yeterliydi

b-Kısmen yeterliydi

c-yetersizdi

13-Doğum sonu dönemde kendi bakımınız için herhangi birinden destek aldınız mı?

a-Evet

b-Hayır(17. soruya geçiniz)

14- Bu desteği açıklarmısınız?.....

15-Doğum sonu dönemde kendi bakımınızda desteği en çok kimden aldınız?

a-Eşim

b-Ailem

c-Arkadaşım

d-Komşu

e-Diğer.....

16- Doğum sonu dönemde kendi bakımınızla ilgili aldığınız destek sizce yeterlimiydi?

a-Yeterliydi

b-Kısmen yeterliydi

c-yetersizdi

17-Doğum sonu dönemde bebeğinizin bakımında herhangi birinden destek aldınız mı?

a-Evet

b-Hayır(21. soruya geçiniz)

18-Bebeğin bakımıyla ilgili hangi konularda destek aldınız.....

19-Doğum sonu dönemde bebeğinizin bakımında desteği en çok kimden aldınız?

a-Eşim

b-Ailem

c-Arkadaşım

d-Komşu

e-Diğer.....

20- Bebeğinizin bakımıyla ilgili aldığınız destek sizce yeterlimiydi?

a-Yeterliydi

b-Kısmen yeterliydi

c-Yetersizdi

21- Doğum sonu dönemde kendinizin ve bebeğinizin bakımı için ne kadar süre destek aldınız?

.....

22- Doğum sonu dönemde herhangi bir sağlık problemi yaşadınız mı?

- a-Evet b-Hayır(24.soruya geçiniz)

23-Bu sağlık problemi neydi?

- a- Dikiş bölgesinde ağrı
- b- Dikiş bölgesinde enfeksiyon
- c- Meme ucunda çatlak ve ağrı
- d- Memede enfeksiyon
- e- Doğum sonu kanama
- f- İdrar yolu enfeksiyonu
- g- Damar tıkanıklığı
- h- Annelik rolünü yerine getirememe endişesi
- i- Yorgunluk, uykusuzluk
- j- Kabızlık, basur
- k- Küçük ve çökük meme ucu
- l- Sütün yetersiz gelmesi
- m- Kendinin ve bebeğinin bakımında yetersiz hissetme

24-Doğum sonu dönemde bebeğinizle ilgili herhangi bir sağlık sorunu geliştirdi mi?

- a-Evet b-Hayır

25-Doğum sonu dönemde bebeğinizle ilgili gelişen sağlık sorunu neydi?

- a- Emme sorunları
- b- Pişik
- c- İshal
- d- Sarılık
- e- Yetersiz kilo alımı
- f- Huzursuzluk
- g- Göbek Enfeksiyonu
- h- Uyku düzeninde bozukluk
- i- Gaz sancısı
- j- Pamukçuk
- k- Kabızlık

EK III: DOĞUM SONRASI DEPRESYON TARAMA ÖLÇEĞİ

Duygusal değişkenlik/benlik kaybı	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
Kendimi ağır bir yükün altında ezilmiş gibi hissediyorum					
Duygularımın alt üst olduğunu hissediyorum					
Bir işe yoğunlaşmakta zorlanıyorum					
Çok fazla huzursuzum					
Öfkeden patlamaya hazır olduğumu hissediyorum					
Kendi kendime yabancılaştığımı hissediyorum					
Kendimi tamamıyla yalnız hissediyorum					
Asla tekrar mutlu olamayacağımdan korkuyorum					
Herhangi bir şeye yoğunlaşamıyorum					
Asla tekrar eskisi gibi normal olamayacağımdan korkuyorum					
Artık kendi kendimi tanıyamıyorum					
Kendime zarar vermek istiyorum					
Sadece bu dünyadan ayrılmak istiyorum					
Çıldırıldığımı hissediyorum					
Ölümün bu yaşanan kabustan kurtulmanın tek yolu olduğunu düşünüyorum					
Aklımı kaybediyormuşum gibi hissediyorum					
Ölmenin daha iyi olacağını düşünmeye başladım					
Bebeğime karşı düşündüklerimi ve hissettiklerimi saklamak zorundaymışım gibi hissediyorum					
Normal olmadığımı hissediyorum					
Bebeğimin bensiz daha iyi olacağını hissediyorum					
Bebeğime gerektiği kadar çok sevgi gösteremediğim için, suçluluk duyuyorum					
Kendimi gerçekmiş gibi hissedemiyorum					
Geceleyin uykuya dalmak için uzun süre dönüp duruyorum					
Gece yarısı kendiliğinden uyanıyorum ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum					
Yerimden sıçradığımı hissediyorum					
Bebeğim uyurken bile uyumakta zorlanıyorum					

Bir çok annenin benden daha iyi olduğunu hissediyorum					
Bir anne olarak kendimi yetersiz hissediyorum					
İstedğim gibi bir anne olmadığımı hissediyorum					
İştahımı kaybettim					
Yemem gerektiğini biliyorum, fakat yiyemiyorum					
Hiç sebep yokken çok fazla ağlıyorum					
Sürekli yürümek ya da hareket etmek zorundaymışım gibi hissediyorum					
Bebeğim ile ilgili en küçük şeyde bile aşırı derecede endişeleniyorum					
Basit bir kararı vermede bile zorlanıyorum					

EK.IV

**DOĞUM SONUNA HAZIRLIK
EĞİTİMİ**



**HAZIRLAYAN
BAHTİŞEN KARTAL**

NEVŞEHİR- 2010

Bu kitapçık; doğum sonu dönemde annenin kendisinin ve bebeğinin bakımını sağlamada rehberlik etmesi amacıyla geliştirilmiştir.

Bu kitapçıkta; doğum sonu dönemde annenin ve bebeğinin sağlığını korumaya yönelik olarak hazırlanmış özet bilgiler yer almaktadır.

Kitapçığın içerisinde; doğum sonu dönemde; erken ayağa kalkma, istirahat ve uyku banyo, cinsel aktivite, doğum sonu kanama takibi, dikişlerin bakımı, aile planlaması, sıvı alımı ve diyet, boşaltıma ilişkin sorunlar emzirme ve bebek beslenmesi, meme bakımı, yenidoğan bakımı, yenidoğanda gelişebilecek sağlık sorunlarına yönelik önlem ve bakım gibi konular yer almaktadır.

ERKEN AYAĞA KALKMA

Eğer normal doğum yapmışsanız hemen, sezaryan doğum yapmışsanız yaklaşık 8 saat sonra ayağa kalkabilirsiniz.

Doğum sonu dönemde erken ayağa kalma ve hareket etme

- Kan dolaşımını ve iyileşmeyi hızlandırır.
- Doğum sonu yaşanabilecek sağlık problemlerini azaltır.
- İdrarınızı ve büyük abdestinizi erken dönemde yapmanızı sağlar.
- Eski sağlığınıza daha kısa zamanda kavuşmanızı sağlar.

İSTIRAHAT VE UYKU

Gece bebeğin ihtiyaçlarını karşılamak ve emzirmek için anneler sık sık uyanırlar ve kendilerini yorgun hissedebilirler. Doğum sonu dönemde annenin daha çabuk eski haline dönebilmesi için istirahat etmesi gereklidir.

- Kendinizi yorgun hissetmemek için gün içerisinde bebeğin uyuduğu saatlerde sizde uyumaya ve dinlenmeye çalışın.

BANYO

Doğum sonu dönemde kadınlar çok terleme ve sütün iç çamaşırlarını ıslatmasından rahatsız olabilirler.

- Kendinizi daha zinde hissetmek, doğum sonu enfeksiyon gelişmesini önlemek için sıklıkla banyo yapın
- Banyonuzu ayakta duş şeklinde yapmaya dikkat edin
- İç çamaşırlarınızı sıklıkla değiştirin

CİNSEL AKTİVİTE

Doğumdan sonra kanama durduğunda ve dikişler iyileştiğinde yeniden güvenli bir şekilde cinsel ilişkiye başlanabilir. Doğum sonu 6 hafta ile 6 ay süresince vajinanın kayganlığı azaldığından cinsel ilişki sırasında ağrı duyulabilir.

- Ağrıyı gidermek için suda eriyen kayganlaştırıcı kremlerin uygulanması ağrıyı azaltabilir.
- Bunun için evde bulunan vazalin gibi yağlı el kremler **asla kullanılmamalıdır**. Çünkü bu kremler enfeksiyona neden olabilir.

UNUTMAYIN

DOĞUM SONU DÖNEMDE CİNSEL İLİŞKİYE BAŞLAMADAN ÖNCE ETKİLİ BİR AİLE PLANLAMASI YÖNTEMİNE KARAR VERMİŞ OLMALISINIZ

DOĞUM SONU MEYDANA GELECEK OLAN KANAMANIN TAKIBI

Lohusalık boyunca süren akıntıya Loşia denir. Doğumdan sonra her geçen gün rengi ve miktarı değişir. Başlangıçta miktarı fazladır zaman geçtikçe azalır.

- İlk 1-3 gün **KOYU KIRMIZI** renklidir.
- 4-10 gün akıntının miktarı azalır ve **PEMBEMSI** bir renk alır
- 11-21 günden, 6 haftaya kadar sürebilir. Bu süre içerisinde akıntı **SARIMSI** renktedir.

- Akıntı emzirirken, ayakta dururken ve hareketli haldeyken artabilir.
- Akıntının olduğu dönemde temiz ped ya da ütülenmiş bez kullanın.
- Pedlerinizi 3-4 saatte bir değiştirin (Kanamanız azalmış olsa dahi pedlerinizi önerilen sıklıkta değiştirin)

DİKKAT!!!

1. Akıntınızın miktarının çok fazla(1 saatte 1 petden fazla kirlenmişse) ve parlak kırmızı renkteyse
2. Akıntınız pis kokuyorsa
3. Akıntınızın içinde büyük doku parçaları varsa,
4. Akıntı 3 haftadan daha az sürmüştü,
5. Rengi açıldıktan sonra tekrar kırmızıya dönmüşse

MUTLAKA BİR SAĞLIK KURULUŞUNA BAŞVURUNUZ

DIKIŞLERİN BAKIMI

Doğum sonu dönemde perine bölgesinin temiz ve kuru tutulması, bu dönemde gelişebilecek enfeksiyonun önlenmesinde ve yara iyileşmesinin hızlanmasında çok büyük önem taşımaktadır. Bunun için;

- Ellerinizi hem tuvaletten önce hemde tuvaletten sonra mutlaka sabun ve su ile yıkayın,
- Tuvalet sonrası temiz su veya doktorunuzun ya da hemşirenizin önerdiği ilaçlı su (antiseptikli solüsyon) ile temizlik yapınız.
- Tahretlenmeyi öneden arkaya doğru yapmaya dikkat edin (yani idrarınızı yaptığınız bölgeden büyük abdestinizi yaptığınız bölgeye doğru),
- Her temizlikten sonra bölgeyi muhakkak kurulaın, çünkü nemli ortamlarda enfeksiyon geçilebilir.
- Eğer ağrınız var ise; ılık su ile günde 2-3 kez 10-15 dakikalık oturma banyosu yapmak ağrı hissini azaltmaya yardımcı olabilir.
- Oturma banyosu yapmadan önce, oturma banyosu yapacağınız küveti su ve sabunla yıkayın
- Dikişlerinizde enfeksiyon gelişmesini önlemek için banyonuzu ayakta yapın,
- Enfeksiyon gelişmesini önlemek için pedleri 3-4 saatte bir değiştirin, pedleri yerleştirirken pedin iç yüzeyine dokunmayın.
- İç çamaşırlarınızı sık sık değiştirin, renkli veya naylon (sentetik) değil pamuklu iç çamaşırları kullanın
- İç çamaşırlarınızı yüksek sıcaklıkta yıkayın, mümkünse güneş ışığında kurutun.

DOĞUM SONU DÖNEMDE AİLE PLANLAMASI

Anne ve çocuk sağlığını korumak için aile planlaması yöntemleri kullanılmalıdır ve iki doğum arasında en az 2 yıl olması gerekir. Doğum sonu dönemde bebeğinizi tam emziriyorsanız(gece gündüz bebek her istediğinde su dahi vermeden sadece anne sütüyle besleniyorsa) 6 ayda, tam emzirmiyorsanız 6 haftadan önce tekrar yumurtalıklarınız yumurta üretmeye başlar. Doğum sonu dönemde halk arasında kullanılan süt koruması gebelikten koruyan etkili bir yöntem değildir. Eğer etkili bir yöntemle korunmazsanız tekrar hamile kalabilirsiniz. Bu nedenle etkili bir aile planlaması yöntemine karar verip başlamanız gerekir.

Emzirme döneminde kullanabileceğiniz yöntemler.

- Prezervatif (kondom, kılıf)
- Rahim İçi Araç(spiral)

- Üç aylık iğneler
- İmplant (kola takılan çubuk)

Prezervatif (Kondom, Kılıf)

Erkekler tarafından kullanılan, bir çeşit kauçuktan yapılan esnek bir kılıftır. Cinsel ilişki sırasında erkekten atılan meni ve içindeki tohum hücresinin hazneye dökülmesini engeller. Gebe kalmamanız için yüksek oranda koruyuculuk sağlar.

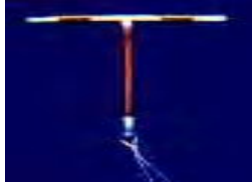


Bu yöntemi kullanırken:

- Her ilişkide ayrı bir kondom kullanılmalı,
- İlişkiye başlamadan önce takılmalı,
- İlişki sırasında yırtılmasını önlemek için takarken uç kısmında kalan bolukta hava kalmasını engelleyecek şekilde takılmalı
- İlişki sonrası delik olup olmadığı kontrol edilmedi delik ise, ertesi gün sağlık ocağı ya da hastaneye müracaat edilmeli.

Rahim içi araç (Spiral, RİA)

Rahim içine yerleştirilen bir araçtır. Koruyuculuğu yüksek bir yöntemdir, 5-10 yıl koruyuculuğu vardır. Normal doğumdan 6 hafta, sezaryandan 8 hafta sonra takılabilir. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) merkezlerinde ücretsiz olarak uygulanmaktadır. Emziklilik döneminde rahatlıkla kullanılabileceğiniz bir yöntemdir. Çıkarıldığı zaman tekrar hamile kalabilirsiniz.



RİA(Spiral) kimler için uygun değildir?

- Kansızlığınız varsa
- Adetleriniz aşırı ağrılı ve çok fazla oluyorsa
- Rahminizde ve üreme organlarınızda iltihap varsa

Bu yöntem önerilmez.

Rahim içi araç uygulandıktan;

- 1 ay sonra, daha sonra da yılda 1 defa kontrol yaptırınız.
- Adet dönemlerinizde kendi vücut ağırlığınızın üzerinde ağırlık kaldırmayınız.
- Perine bölgenizin temizliğine dikkat ediniz.

Üç Aylık İğneler

- 3 ayda bir yapılan iğnelerdir.
- 3 ay boyunca gebelikten korur.
- İğnelerin 3 ayda bir aynı günde yapılması gereklidir.
- Emziriyorsanız üç aylık olan iğneyi doğum sonu 38.- 42. günler arasında ilk dozu uygulanabilir.
- Eğer adet kanamalarınız başlamışsa adetin 1-5 günü arasında yapılmalıdır.

DİKKAT!

- Karaciğer hastalığı
- Damar tıkanıklığına bağlı kalp hastalığı ve yüksek tansiyonu
- Şeker hastalığı
- Nedeni bilinmeyen kanaması
- Meme kanseri öyküsü olanlarda

Bu yöntem kullanılmamalıdır.

**BU YÖNTEMİ KULLANMADAN ÖNCE MUTLAKA BİR SAĞLIK KURULUŞUNDAN
DANIŞMANLIK ALINIZ**

İmplant (kola takılan çubuk)

- Kolda cilt altına yerleştirilir, hormone içeren tek yada iki çubuktan oluşur
- Yumurtlamayı engelleyerek gebelikten korur.
- Koruma süresi 3 yıldır.
- Yerleştirilmesi kısa ve ağrısızdır.
- Çıkarılınca doğurganlık geri döner.

Hangi durumlarda kullanılmaz?

- Karaciğer hastalığı
- Damar tıkanıklığına bağlı kalp hastalığı ve yüksek tansiyonu
- Şeker hastalığı
- Nedeni bilinmeyen kanaması
- Meme kanseri öyküsü olanlarda
- Sara hastalığı tedavisi görenlerde

Bu yöntem kullanılmamalıdır.

DOĞUM SONU DÖNEMDE SIVI ALIMI VE DİYET

Annenin gebelikte ve emziklilikte yeterli ve dengeli beslenmesi bebeğin sağlıklı doğması ve anne sütü veriminin artmasına neden olmaktadır. Annenin yeterli ve dengeli beslenmesi bebeğin beyin gelişimine katkıda bulunmakta ve ileriye yönelik sağlık sorunlarının gelişmesini önlenmektedir

- Doğum sonu dönemde eski vücut ağırlığınıza dönmek için acele etmeyin. Bu süre 6 ay ya da daha fazla sürebilir.

- Bebeğinizi emzirdiğiniz sürece süt verimi için harcadığınız enerji eski kilonuza daha kolay dönmenizi sağlayacaktır.
- Gebelik sırasında önerilenden fazla kilo(12kg dan fazla) almışsanız her ay 2 kilo kaybetmeniz normaldir.
- Bu kilo kaybı ağır diyetlerle değil emzirerek ve dengeli beslenerek sağlanmalıdır.
- Emzirme döneminde bol sıvı alın(meyve suyu, süt, ayran, su, kompostalar).
- Kalsiyum yönünden zengin olan süt, yoğurt ve peynir düzenli olarak tüketin.
- Her gün sebze ve meyve tüketmeye özen gösterin.
- Salam, sosis, sucuk gibi katkı maddesi içeren diğer hazır besinler mümkün olduğu kadar tüketmeyin.
- Yemeklerinizde mutlaka iyotlu tuz kullanın. Doğal besinlerde yeterince alınmayan iyot, ancak iyotlu tuzun kullanılması ile anne sütünden bebeğe geçer.
- Kuru meyveler ve kuru yemişler yoğun enerjileri yanında, demir ve kalsiyum gibi minerallerden de zengindir.
- Kansızlığa neden olduğundan yemeklerle birlikte çay içmeyin. İçecek olarak ıhlamur, nane, papatya, kuşburnu gibi bitki çayları tercih edin.
- Hazır meyve suları, gazoz ve kolalı içecekler yerine **taze sıkılmış meyve suları, ayran, limonata** tercih edin.
- Pekmez kan yapıcıdır. Şeker yerine tatlı olarak pekmez tüketin.
- Yiyecekler hazırlanırken ellerin temiz olmasına dikkat edin, sık sık sabunlu su ile ellerinizi sabunla yıkayın.
- Sigara ve alkol kullanmayın.

DOĞUM SONU DÖNEMDE BOŞALTIMA İLİŞKİN SORUNLAR

Doğum yapmış anneler doğum sonu özellikle ilk haftada büyük aptesini ve idrarını yapmada üçlük yaşayabilir. Doğum sonu dönemde idrar yaparken sıkıntı yaşanabilir.

Eğer idrarınızı yapmaktan zorlanıyorsanız ;

- İlk oturma banyosu, cinsel bölgeye ılık su dökmek, su sesi dinlemek, gibi uygulamalar idrarınızı yapmanızı kolaylaştırabilir.

Ayrıca annelerin doğum sonu dönemde tuvalet ihtiyaçlarını ertelemeleri nedeniyle kabızlık ve basur görülebilir. Kabızlık; basur gelişmesine ve dikişler üzerinde baskıya neden olacağından önlenmesi gerekir. Kabızlığı önlemek için;

- Doğum sonu erken dönemde ayağa kalkın ve hareket edin
- Meyve ve sebze tüketiminizi artırın. Meyveleri kabuklu olarak tüketin
- Günde 10-15 bardak su için
- Bol sıvı alınız(su, meyve suyu, süt, komposto)
- Sabah aç karnına ılık su için
- Öğleden önce en az bir porsiyon kabuklu meyve tüketin
- Kuru erik, kuru kayısı gibi kurutulmuş meyveleri tüketin
- Her gün aynı saatte tuvalete gidin ve tuvalet ihtiyacınızı ertelemeyin
- Eski kilonuza geri dönmek için acele etmeyin

Hemoroid(Basur)

Hemoroid(Basur) gebelikte olduğu gibi doğum sonu dönemde de sık görülen bir problemdir.

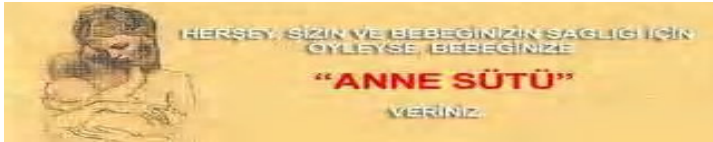
Önlemek İçin;

- Kabız kalmamaya dikkat edin
- Büyük abdestinizi yaparken ıkınmayın
- Basur doğum sonu 2-3 günde daha ağırlı olabilirler daha sonraki günlerde küçülür ve ağrısı azalır.
- Ilık oturma banyosu ağrıyı azalmak için uygulanabilir

EMZİRME VE BEBEK BESLENMESİ

Anne sütünün faydaları

- Anne sütü en doğal ve en taze besindir.
- Temiz ve mikropsuzdur.
- Anne sütü daima hazırdır, ekonomiktir ve özel bir harcama gerektirmez.
- Sindirimi kolaydır.
- Anne sütü alan bebeklerde karın ağrısı ve kabızlık daha az görülür.
- Anne sütü bebeği hastalıklardan korur.
- Özellikle ağız sütü bebekler için çok faydalıdır.
- Anne ile bebek arasında sevgi bağı kurulmasını sağlar.
- Anne sütü alan bebekler diğ er besinlerle beslenen bebeklerden daha zeki olurlar.
- Anne sütünün büyük bir çoğunluğu sudur bu nedenle bebeklere ayrıca su vermeye gerek yoktur.
- Anne sütüyle beslenen bebeklerde allerjik hastalıklar daha az görülür.



Emzirmeye ne zaman başlanmalı

- Doğumdan sonra ilk yarım saat içinde bebeğinizi emzirmeye başlayın.
- Bebeğinizin ağızına birkaç damla süt sıkarak tadını almasını sağlayın.
- Doğumdan sonra bir kaç gün içinde gelen koyu sarı renkli ağız sütünü mutlaka bebeğinize verin. Ağız sütü bebeğin büyümesini kolaylaştırır ve enfeksiyonlara karşı korur.

Doğumdan hemen sonra az olan anne sütünün çoğalması için bebeğinizi sık sık emzirin.

ANNE SÜTÜ KAÇ AYA KADAR VERİLMELİDİR VE YETERLİLİĞİ NASIL ANLAŞILIR

Bebeği ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslemek önemli ise zamanında ve uygun ek gıdalara başlamakta o kadar önemlidir.

- Bebek 6. ayında doğum kilosunun 2 katı kadar kilo almışsa anne sütü yeterli olmaz.
- Anne sütünün yetip yetmediği bebeğin kilo alımına bakılarak anlaşılır.
- Ayrıca tok olan bebekler daha rahat uyurlar.
- Emzirme süresince bebeğin hep memede olması ve emerken uykuya dalması emzirmenin iyi gittiğinin bir işaretidir.
- Bebek ilk 6 ay anne sütüyle, 6. aydan sonra uygun ek besinlerle birlikte 2 yaşına kadar emzirilmelidir.

Ne Sıklıkla Emzirilmeli

- Bebeğinizi her ağladığında ve arandığında emzirin.
- Yenidoğan bebekler genellikle günde 8-10 öğün emmek isterler. Öğün sayısı daha sonra giderek azalır.
- Sütün bol gelmesini, göğüslerin şişmesini ve acımasını önlemek için bebeğinizi sık sık emzirin.
- Memenizde süt birikmişse mutlaka sütünüzü sağıın.

Emzirirken nelere dikkat edilmelidir.

- Hem memede hemde bebeğin ağzında enfeksiyon gelişmesini önlemek için emzirmeye ellerinizi yıkarak başlayın.
- Rahat bir yere oturun ve sırtınızı destekleyin.
- Bebeğinizin vücudu size yakın olsun, bebeğinizin başını kolunuza yaslayın, elinizle poposundan destekleyin.
- Emzirirken bebeğinizin burnunun kapanmamasına dikkat edin.



Doğru

Yanlış

- Her emzirmede mutlaka her iki memeyi de verin.
- Bir sonraki emzirmeye en son emzirilen memeden başlayın
- Bu şekilde emzirme memede dolgunluk ve ağrı olmasını engelleyecektir.
- Bebeğinizi emzirildikten sonra bebeğinizi dik olarak omzunuza dayanıp gazını çıkartın.
- Bebeğinizin gazını çıkardıktan sonra mutlaka yan yatırın.



Anne sütünü artırmak için!!!!!!

- Sık sık emzirin
- Bol sıvı tüketin(Su, meyve suyu, süt,ayran, kompostolar)
- Hergün ılık duş alın

MEME BAKIMI

Etkin bir emzirmeyi sağlamak ve meme ucu çatlağı oluşmasını önlemek için;

- Bebeğinizi emzirirken sadece meme başını değil, meme başı çevresindeki koyu renkli bölgeyi de bebeğinizin ağzına almasını ve çenesinin memeye değmesini sağlayın
- Emzirmeyi sonlandırırken bebeğinizin memeyi kendiliğinden bırakmasını bekleyin.
- Memenin bebeğinizin ağzından çıkarılması gerektiği durumlarda temiz bir parmakla bebeğin ağzının bir köşesine bastırılarak memeyi bırakmasını sağlayın.
- Bebeğinizin çok acıkmasını ve memeyi şiddetli tutmasını engellemek için bebeğinizi sık sık emzirin.
- Memenizin temizliğini sadece ılık suyla yapın, sabun yada başka bir temizleyici kullanmayın.

Meme ucu çatlağı oluşmuşsa eğer;

- Emzirmeye başlamadan önce memenizi sıkarak meme ucunu sütünüzle nemlendirin
- Emzirme öncesinde memeye temiz bir bez içine konulmuş buz parçaları uygulamak ağrıyı azaltacaktır.
- Doktor tarafından tavsiye edilen kremleri meme ucuna uygulayabilirsiniz.
- Ağrıyı azaltmak için gerekirse doktor tarafından tavsiye edilen ağrı kesicileri kullanabilirsiniz.

YENİDOĞAN BAKIMI

Yeni doğan bebeğin özellikleri

- Yenidoğanlar günün büyük bir kısmını uyuyarak geçirirler.
- Emzirme mesafesinden yüzünüzü görebilirler. Bebeğinizi emzirirken onunla göz teması kurun.
- Kız bebeklerin cinsel organları ve meme başında biraz şişlik, cinsel organında pembe-kırmızı akıntı görülebilir. Bunun nedeni anneden geçen hormonlardır. Endişelenmeyin kendiliğinden geçer.
- Bebeğinizin meme başında şişlik oluşabilir. Meme başında oluşan şişliği ovalamayın.
- Bebeğinizin başı eğer normal doğum yapmışsanız biraz arkaya doğru uzun olabilir. Endişelenmeyin kendiliğinden normal haline döner.
- Bebeğinizin başının ön tarafında bingıldak denen kemiklerin arasında boşluk bulunur. Bu boşluk beyin gelişimi için önemlidir. Ön bingıldak 12-18 ayda kapanır.
- Bebeğinizin ilk birkaç gün kakası yeşilimsi siyah olabilir. Bebeğinizi besledikçe kakası normal sarı rengi alacaktır.

- Yenidoğanlar isteklerini ağlayarak belirtirler. Bebeğiniz ağlıyorsa aç, altını ıslatmış yada kucağa alınmaya ihtiyacı olabilir. Bunun dışında ağlaması sürüyorsa ağrısı olabilir.
- Yenidoğan bebeklerde sarılık görülebilir. Sarılık oluştuğunda bebeğinizi bir sağlık kuruluşuna götürünüz.

Sarılık olmaması için bebeğinizi doğumdan sonra en erken zamanda besleyin ve sık sık emzirin.

Bebeğin göbek bakımı

Bebeğin göbek bağı yaklaşık 1–2 hafta içinde kurur ve düşer. Bu sürede göbeği sadece temiz ve kuru tutmak yeterli olacaktır. Herhangi bir krem yada tendirdiyot sürmenize gerek yoktur.

- Bebeğinizin göbeği düşünceye kadar banyo yaptırmayın, vücudunu silerek temizleyin.
- Bezini göbek bağının altında kalacak şekilde bağlayın, böylece göbek bağının bebeğin idrarıyla temas etmesi ve enfeksiyon gelişmesi engellenmiş olacaktır.
- Göbek düştükten sonra banyo yaptırabilirsiniz.
- Bebeğinizde enfeksiyon gelişmesini önlemek için toprağa sarmayın.

Bebeğinizin göbeğinde **KIZARIKLIK, AKINTI, KANAMA, ŞİŞLİK,** varsa mutlaka doktorunuza götürün.



Bebeğin kıyafetleri

- Bebeğiniz için pamuklu kıyafetleri tercih edin.
- Kıyafetleri kullanmadan önce muhakkak yıkayın.
- Yıkama esnasında deterjan ve çamaşır suyu kullanmayın çünkü bu temizlik maddeleri bebeğinizin hassas cildine zarar verebilir ve allerjilere neden olabilir.
- Bebeğinizin kıyafetlerini sabun yada sabun tozu ile yıkayın.
- Bebeğinizin kıyafetlerini diğer çamaşırlardan ayrı yıkayın ve ütileyerek kullanın.
- Yünlü bebeğinizin ağzına kaçabilecek kıyafetleri kullanmayın.
- Bebeğinizi kundağa sarmayın.

Bebeğin Banyosu

Bebeğinizin temizliği ve rahatlığı için banyo yapmaya ihtiyacı vardır. Banyo yaptırılan bebekler daha rahat uyurlar. Bebeğinizin midesi tamamen dolu iken banyo yapılması bebeği kusturabilir. Eğer karnı çok açsa bu durumda da banyoda huzursuz olur ve banyo zorlaşır.

- Banyo için kullanılacak malzemeleri ve bebeğin temiz giysilerini önceden hazırlayın.
- Banyo yaptırılacak yer, hava akımının olmadığı 25–29 derece sıcaklığında olmalıdır.
- Küvet yada leğenin 2/3'ü 37 derece(dirsekle kontrol edildiğinde dirseği yakmayacak ısıda) su ile doldurulur.

- Banyonun yaptırılacağı bebek küvetinin içine havlu ya da küvet filesi konmalı bebeğin sert zeminle temas etmesi engellenmelidir.
- Bebek başı bilekle desteklenir ve koltuğunun altından sıkıca tutulur. Bebeğin kaymamasına dikkat edilir.
- Su sabunla köpürtülerek, tülbentle bebeğin önce vücudu, daha sonra sırtı çevrilerek yıkanır.
- En son bebeğin başı yıkanır.
- Banyo bittikten sonra da bebek iyice kurulanıp giydirilir.
- Yenidoğan bebeklerin tırnakları genellikle uzundur. Tırnaklarını iyi aydınlatılmış bir odada kesilir. Bebek için ayrı tırnak makası kullanılmalıdır.
- Ayrıca bebeklerin her gün el, yüz, burun, kulak, göz, ayak, bacak ve üreme organlarının temizlikleri yapılmalıdır.

Yeni doğanın uykusu

Bebeğinizin büyüüp gelişebilmesi için yeterli uykuya ihtiyacı vardır. İyi uyuyan ve dinlenen bebekler daha huzurlu olurlar.

Bebeğinizin iyi dinlenmesi için;

- Sessiz ve loş bir odada uyumasını sağlayın
- Uyumadan önce bebeğinizi besleyin, bezini kontrol edin
- Besledikten sonra gazını çıkarın
- Bebeğinizi yan yatırın gerekirse yan yatışı sürdürmek için sırtına yastık koyun (uyku sırasında kusarsa solunum yollarına kaçmasını engellemek için)



YENİDOĞANDA GELİŞEBİLECEK SAĞLIK SORUNLARINA YÖNELİK ÖNLEM VE BAKIM

PAMUKÇUK

Pamukçuk dil üzerinde oluşan yumuşak, silmeyle kalkmayan, beyaz lekeleri olan ağız içi yaralardır. Bebek emme sırasında ağrı duyacağından emmek istemeyebilir. Pamukçuk gelişmesini önlemek için;

- Bebeği emzirmeden önce ve her bez değiştirdikten sonra ellerinizi sabunlu su ile iyice yıkayın.
- Bebeğinizin ellerini sık sık yıkayın veya silerek temizleyin.
- Bebeğinizin çarşaflarını, oyuncaklarını ve diğer malzemelerini sık sık yıkayın,
- İç çamaşırlarınızı ve meme pedlerinizi sık sık değiştirin.
- Emzik ve biberonların sık sık kaynatın,
- Meme pompası ya da yapay meme uçları (aplikatör) kullanılıyorsa, bütün parçaları her kullanımdan sonra kaynatın

Eğer pamukçuk gelişmişse

- Pamukçuk tedavisi sırasında bebeğin ağızı temizlenmeye başladığında; bebek biberonla besleniyor ise, biberon lastiğinin değiştirin
- Meme ucunuzu ve bebeğin ağızını karbonatlı suyla batırılmış temiz bir tülbentle silin.
- Bebeğin ağızına giren her şeyi (örneğin; ısırılan oyuncaklar, emzikler ya da biberon memesi) kaynatın.
- Eğer bebeğe damlalık ile bir ilaç veriyorsanız damlalığı şişenin içine tekrar sokmadan önce sıcak sabunlu su ile yıkayın.

Pamukçuk ve tedavisi emzirmenin kesilmesini gerektiren bir durum değildir bebeğinizi emzirmeye devam edin.

PİŞİK BAKIMI

Bebeğin kalçalarında görülen kızarıklıklara pişik denir. Bebeğin bezinin sık sık değiştirilmemesi, bezlerinin yada kıyafetlerinin temizlik gücü yüksek deterjanlarla ve çamaşır suyu ile yıkanması pişik oluşmasına neden olur.

Pişik oluşumunu önlemek için;

- Bebeğinizin bezini sık sık bez değiştirin.
- Silip kabaca temizledikten sonra mümkünse ılık suyla yıkayıp kurulayıp, ardından biraz havalandırarak tekrar bez bağlayın.
- Bebeğinizin çamaşırlarını yıkarken çamaşır suyu ve deterjan kullanmayın, bezleri sabun veya sabun tozuyla yıkamayın, çok iyi durulayın.
- Bebeğinizin çamaşırlarını güneşte kurutun.
- Bebeğinizin altını değiştirirken yukarıdan aşağı doğru silmeye özen gösterin. Kız bebeklerde, dışkıdaki mikropların idrar yolu enfeksiyonu yapma riski nedeniyle silme işlemine dikkat edilmelidir.
- Temizleme işlemi sırasında ıslak mendiller yerine; yıkanmış, pamuklu ürünleri tercih edin.
- Pudra kullanmayın.



- Günde bir kez bebeğin altının ılık suyla yıkanması pişliği engellemeye yardımcı olur.

Bunlara rağmen pişik olursa

- Altına bir muşamba sererek altını açık bırakın
- Pişikte kesinlikle pudra kullanmayın(pişğin derecesini artırabilir pudranın solunum yollarına kaçmasına neden olabilir)
- Pişik tedavisi için hekimin önerdiği kremleri ince bir tabaka halinde sürün

İSİLİK

İsilik çok sıcak tutulan bebeklerde görülen deride toplu iğne başı gibi kırmızı döküntülerdir.

- Bebeğinizi çok kalın giydirmeyin
- Oda ısını normal ısıda tutun
- Mümkünse bebeğini her gün yıkayın yada silme banyo yaptırın.

KONAK BAKIMI

Saç diplerinde görülen kirli sarı renkli kabuklu deri hastalığıdır. Bebeğinizi sık sık yıkarsanız konak gelişimini engellemiş olursunuz. Eğer konak gelişmişse;

- Bebeğinizin başını banyo yaptırmadan önce, saç diplerinde oluşan bu kabukların yumuşatılarak kolayca kaldırılması için yumuşak bir tülbentle zeytinyağı sürüp hafifçe ovalayın
- Banyo sırasında bebeğin başı yıkanırken hafifçe ovarak çıkartın.

KAYNAKLAR

1. Taşkın L, (2005) Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara
2. Beydağ K.D, Doğum Sonu Dönemde Anneliğe Uyum ve Hemşirenin Rolü, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007: 6(6): 479-484.
3. Baklaya N.B. Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe-hemşirenin rolü. C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2002;6(2):42-49.
4. Karaçam Z, Normal Postpartum Dönemin Fizyolojisi ve Bakımı, Kadın Sağlığı(Edt: Şirin A), Bedray Basın Yayıncılık, Birinci Baskı İstanbul ss:708.
5. Doğum Sonu Yönetim Rehberi, <http://www.saglik.gov.tr/ACSAB/belge/1-7801/ana-cocuk-sagligi-ve-aile-planlamasi-genel-mudurlugunun-.html>
6. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana-Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, “Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı” (2005), Ankara
7. Altuntuğ K. Doğum sonu eğitim kitapçığı, Konya 2010.
8. Çavuşoğlu H. Çocuk sağlığı hastalıkları hemşireliği,

EK. V: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden Etik Kurul Onayı

KARAR BİLGİLERİ	Karar No : 2010/75	Karar Tarihi : 11.01.2010				
	Nevşehir Üniversitesi Sema-Vefa Küçük Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi Prof.Dr. Nimet Karataş'ın sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına ve kurumumuz kararının başvuru sahibine ve dekanlık makamına arzına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, ve Etik Kurul SOP					
ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI : Prof. Dr. Kader KÖSE						
ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı / Adı Soyadı Ek Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Kader KÖSE	Biyokimya	E.Ü. Tıp Fak.	E K X	E H X	E X K	
Prof. Dr. Duran ARSLAN	Çocuk Sağ. ve Hast.	E.Ü. Tıp Fak.	E X K	E K X	E X K	
Prof. Dr. Nazan DOLU	Fizyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E K X	E K X	E X K	
Doç. Dr. İrfan ÖZYAZGAN	Plastik ve Rek. Cer.	E.Ü. Tıp Fak.	E X K	E K X	E X K	
Doç. Dr. Polat DURUKAN	Acil Tıp	E.Ü. Tıp Fak.	E X K	E K X	E X K	
Yrd. Doç. Dr. H. Basri ULUSOY	Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E X K	E K X	E X K	
Öğr. Gör. Dr. Ahmet ÖZTÜRK	Tıp Bilimleri ve Biyostatistik	C.Ü. Tıp Fak.	E X K	E K X	E X K	
Uzm.Dr. Zahide HENZEL	Deontoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E K X	E K X	E K X	
Ecz. Dilşad KÜÇÜKEMAH	Eczacı	E.Ü. Tıp Fak.	E K X	E K X	E K X	
Av. Zübeyde ÇELEBİ	Avukat	E.Ü.	E K X	E K X	E X K	
Sevtap KOÇER			E K X	E K X	E X K	

ASLI GİBİDİR



Bahri YANCAR
Fakülte Şefi

KLİNİK ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU

ETİK KURULUN ADI	: KAYSERİ 1 NOLU ETİK KURULU
AÇIK ADRES	: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Melikgazi/KAYSERİ
TELEFON	: 0 352 437 49 10 - 11
FAKS	: 0 352 437 52 85
E-POSTA	: byancar@erciyes.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Gebelere verilen eğitimin doğum depresyon üzerine etkisi		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU			
	EUDRACT NUMARASI			
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ ÜNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr. Nimet Karataş		
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı		
	KOORDİNATORÜN ÜNVANI/ADI/SOYADI			
	KOORDİNATORÜN UZMANLIK ALANI			
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	Nevşehir Üniversitesi Sema-Vefa Küçük Sağlık Yüksekokulu		
	ARAŞTIRMA MERKEZİNİN AÇIK ADRESİ			
	BAŞVURULAN ETİK KURULUN ADI	Kayseri 1 No'lu Etik Kurulu		
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ			
	UZMANLIK TEZİ/ AKADEMİK AMAÇLI	UZMANLIK TEZİ	☒	AKADEMİK AMAÇLI

ARAŞTIRMA FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	
	FAZ 2	
	FAZ 3	
	FAZ 4	
	BE/BY	
	DİĞER	

İL AÇ DİŞİ ARAŞTIRMA	☐	DİĞER İSE BELİRTİNİZ
İL AÇ DİŞİ ARAŞTIRMA	☐	BELİRTİNİZ

ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEKMERKEZ	☒	ÇOKMERKEZ	☐	ULUSAL	☐	ULUSLARARASI	☐
-------------------------------	-----------	-------------------------------------	-----------	--------------------------	--------	--------------------------	--------------	--------------------------

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	BELGE ADI	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe	İngilizce	Diğer
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe	İngilizce	Diğer
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe	İngilizce	Diğer
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe	İngilizce	Diğer

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	BELGE ADI	Açıklama
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	
	SİGORTA	
	HASTA KARTI/GÜNÜKLERİ	
	İLAN	
	YILLIK BİLDİRİM	
	SONUÇ RAPORU	
	GÜVENLİK BİLDİRİMLERİ	

Etik Kurul Değerlendirme Formu
28 Nisan 2009 Versiyon No: 1

ASLI GİBİDİR



EK. VI. Nevşehir İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli yazılı (15.01.2010, izin No:111) izin



T.C.
NEVŞEHİR VALİLİĞİ
Sağlık Müdürlüğü

SAYI :B.104.ISM.4.50.00.09-216.03/ 4 111
KONU :Araştırma

05.01.2010

Nevşehir Üniversitesi Sema ve Vefa Küçük Sağlık Yüksekokulu Öğretim Elemanlarından

İlg:15.12.2009 tarih ve 657 sayılı yazınız.

Nevşehir Üniversitesi Sema ve Vefa Küçük Sağlık Yüksekokulu Öğretim Elemanlarından okutman Bahtışen KARTAL'ın kurumumuz Nevşehir Toplum Sağlığı Merkezine bağlı Aile Hekimlikleri bölgelerinde yapacağı "Postpartum Döneme İlişkin Gebelere Verilen Planlı Eğitimle Postpartum Depresyon Üzerine Etkisi" konulu Doktora Tez çalışması için, araştırmaya katılacak hastalardan yazılı onay alınması, yapılan tez çalışmasından bir nüshanın müdürlüğümüze gönderilmesi ve araştırma kapsamının hukuki sorumlulukları araştırma yapacak kişiye ait olmak suretiyle müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Hasan YILMAZ
Sağlık Müdürü

EK:
26 Adet Yazı

DAĞITIM:
Gereği:
Nevşehir Üniversitesi Sema ve Vefa Küçük
Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğü

Bilgi:
Nevşehir Toplum Sağlığı Merkezi
Sorumlu Tabipliğine



Nevşehir İl Sağlık Müdürlüğü
Bilgi Şube Müdürlüğü

İzmit Şube Müdürlüğü e-posta:
saglik@izmit.saglik.gov.tr
Elektronik sig: www.izmit.saglik.gov.tr
Telefon: 0 384 213 13 10 - 213 10 06
Faks: 0384 212 32 43

EK.VII. Nevşehir İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli yazılı (18.03.2010, izin No:276)

T.C.
NEVŞEHİR VALİLİĞİ
NEVŞEHİR MERKEZ İLÇE TOPLUM
SAĞLIĞI MERKEZİ

ŞUBE:B.104.İSM.450036/ 276
KONU:Araştırma

18.03.2010

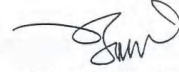
MERKEZ İLÇE TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ
(Personel Şube Müdürlüğü)

NEVŞEHİR

İLGİ: İl Sağlık Müdürlüğümüzün 05.01.2010 tarih ve 4-111 sayılı yazısı.

İlgi yazıya istinaden Nevşehir Üniversitesi Sema ve Vefa Küçük Yüksekokulu öğretim elemanlarından Bahtışen KARTAL 'ın TSM bağlı Aile Hekimlikleri bölgesinde yapacakları "Postpartum Depresyon üzerine etkisi" konulu Doktora tez çalışmaları için araştırmaya katılacak hastalardan onay alınarak yapılan tez çalışmasından da bir nüshanın Müdürlüğümüze gönderilmesi şartıyla araştırmanın hukuki sorumlulukları araştırmacıya ait olmak üzere uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.



Dr.B.Kemal KOCAOĞLU
Merkez İlçe Toplum Sağlığı
Sorumlu Tabibi.

EKLERİ :
1-Yazı (1 Sayfa)

ADRES:Merkez İlçe Toplum Sağlığı Merkezi
Telefon : 0 384 213 00 77

in

EK. VIII

KATILIMCI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

(Müdahale Grubu İçin)

BİLGİLENDİRME

Bu çalışma sizlere verilen eğitimin doğum sonu dönemde görülen depresyon üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılacaktır. Bu eğitimlerden önce size tanıtıcı bilgilerinizi ve ruhsal durumunuzu belirlemeye yönelik anketler uygulanacaktır. Gebeliğiniz sırasında size, bebeklerinizin ve kendinizin bakımına yönelik doğum sonu dönemde kullanabileceğiniz eğitimler verilecektir. Doğum sonu 1. ayda bu eğitimlerin etkisini değerlendirmek amacıyla doğum sonu tanıtıcı formu ve doğum sonu depresyon ölçeği uygulanacaktır. Bilgileriniz bu çalışmanın amacı dışında kullanılmayacak, bilgileriniz gizli tutulacaktır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Bahtişen KARTAL

Nevşehir Üniversitesi SYO

KATILIMCI ONAMI

Aşağıda imzası bulunan ben,.....

Araştırma sonuçlarının eğitim ya da bilimsel amaçlarla kullanılması sırasında mahremiyetime saygı gösterileceğine inanıyorum. Bu şartlar altında söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, istediğim zaman araştırmadan çıkmak koşuluyla katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Bilgilendirmeyi yapan

Katılımcı

Adı Soyadı

Adı Soyadı

İmza:

İmza:

KATILIMCI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

(Kontrol Grubu İçin)

BİLGİLENDİRME

Bu çalışma eğitimin doğum sonu dönemde görülen depresyon üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılacaktır. Size herhangi bir eğitim verilmeyecektir. Eğitim verilen grupla sizin içinde bulunduğunuz grubun sonuçlarını karşılaştırmak amacıyla size sadece anketler uygulanacaktır. Öncelikle size tanıtıcı bilgilerinizi ve ruhsal durumunuzu belirlemeye yönelik anketler uygulanacak, doğum sonu 1. ayda ise doğum sonu tanıtıcı özellikler formu ve doğum sonu depresyon ölçeği uygulanacaktır. Bilgileriniz bu çalışmanın amacı dışında kullanılmayacak, bilgileriniz gizli tutulacaktır. Katılımınız için teşekkürler.

Bahtişen KARTAL

Nevşehir Üniversitesi SYO

KATILIMCI ONAMI

Aşağıda imzası bulunan ben,.....

Araştırma sonuçlarının eğitim ya da bilimsel amaçlarla kullanılması sırasında mahremiyetime saygı gösterileceğine inanıyorum. Bu şartlar altında söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, istediğim zaman araştırmadan çıkmak koşuluyla katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Bilgilendirmeyi yapan

Katılımcı

Adı Soyadı

Adı Soyadı

İmza:

İmza:

ÖZGEÇMİŞ

Adı, Soyadı: Bahtışen Kartal

Uyruğu: Türkiye (TC)

Medeni Durumu: Evli

Dogum Tarihi ve Yeri: 17.04.1976, Derinkuyu / NEVSEHİR

Fax: +90 384 215 23 80

Tel: +90 384 215 23 00

email: kartalb@erciyes.edu.tr

Yazisma Adresi: Nevşehir Üniversitesi Semra ve Vefa Küçük Sağlık Merkez / NEVŞEHİR

EGİTİM

Derece Kurum Mezuniyet Tarihi

Yüksek Lisans EÜ Sağlık Bilimler Enstitüsü 2004

Lisans Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu 1998

Lise Derinkuyu Lisesi 1994

DENEYİMLER

Yıl Kurum Görev

2009- Halen Nevşehir Üniversitesi Semra ve Vefa Küçük Sağlık Yüksekokulu Okutman

2000-2009 Erciyes Üniversitesi Nevşehir Sağlık Yüksekokulu Okutman

1999-2000 Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Tıp Hemsire Fakültesi Hastanesi Yanık Ünitesi

1998-1999 Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Tıp Hemsire Fakültesi Hastanesi Yenidoğan servisi

YABANCI DİL

İngilizce

YAYINLAR

- 1- **Kartal B**, Karataş N. 0-6 yaş grubu çocuğu olan annelerin Hepatit B hakkındaki bilgi ve uygulamaları, Sağlık ve Toplum Dergisi, Yıl:16, Sayı: 2, S: 64-71, Nisan-Haziran 2006
- 2- Bayat M. Yaramış N. **Kartal B**. Gül E. Yılmaz U. Pediatri servislerinde refakatçi olarak kalan annelerin hastaneden etkilenme durumları ve gereksinimlerinin belirlenmesi, Hemşirelik Formu, Ocak-Şubat, Mart-Nisan 2006, s: 57-63
- 3- Altuntug K, Kızıllırmak A, **Kartal B**, Baser M. Vajinal doğumlarda perine travmasının önlenmesinde perine masajının etkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. Temmuz -Eylül 2010; 3 (13):62
- 4- **Kartal B**, Kızıllırmak A, Altuntug K, Bayraktar E, Baser M. Ebelerin doğum eylemi sırasında perine masajı uygulamaları. Sağlıcakla. 2009; 14: 10-12.
- 5- **Kartal B, Başer M**, Yaşam kalitesini etkileyen kadın sağlığı sorunları, Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2011;21(3):195-200.

Kongre kitaplarında Basılmış Bildiriler

- 1- Bayat M, Yaramış N, Gül E, **Kartal B**, Yılmaz U, Pediatri Servislerinde Refakatçi Olarak Kalan Annelerin Hastaneden Etkilenme Durumları ve Gereksinimlerinin Belirlenmesi, Sözel Bildiri, 46. milli pediatri kongresi, 2. Çocuk Hemşireliği Kongresi, 15-19 Ekim, Mersin, 2002
- 2- Öztürk A, **Kartal B**, Nevşehir Devlet Hastanesinde Gerçekleşen Doğumlarda DDAB (Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek)Görülme Sıklığı Ve Etkileyen Faktörler, 3. Uluslararası Üreme Sağlığı Ve Aile Planlaması Kongresi, Ankara, 2003
- 3- Yaramış N. Çalışkan Z. **Kartal B**. Tekvin Ü. Nevşehir Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesinde Canlı Doğum Yapan Annelerin Doğumu Sonlandırma Şekilleri, 5. Uluslar arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Bildiri Kitabı, 19-22 Nisan 2007, 309-310, Ankara
- 4- **Kartal B**. Çalışkan Z. Yaramış N. ve ark. Nevşehir’de özürlü çocuğa sahip annelerin yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi, I.Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi, 21-23 Haziran 2007, İzmir.
- 5- Kızılırmak A, Timur S, **Kartal B**. Determination of sleep problems during pregnancy, the related factors and coping methods. 4th World Congress on Women’s Mental Health. 16-19 March 2011- Madrid. Spain .(Poster Bildiri)
- 6- Altuntug K, Kızılırmak A, **Kartal B**, Baser M. Perine travmasının Önlenmesinde Perine Masajının Etkisi, 6. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Kongre Kitabı, Ankara, 23-25 Nisan 2009, ss.366. (Poster Bildiri)
- 7- **Kartal B**, Yağcı K, Kaya K, Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Depresyon Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler, 13. Ulusal Hemşirelik Kongresi(Uluslararası Katılımlı), Şanlıurfa, 19-21 Ekim 2011, ss:167-168. .(Poster Bildiri)
- 8- **Kartal B**. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Klinik Uygulamaya İlişkin Kaygılarının Belirlenmesi, 13. Ulusal Hemşirelik Kongresi(Uluslararası Katılımlı), Şanlıurfa, 19-21 Ekim 2011, ss:258. .(Poster Bildiri)
- 9- Yağcı N, **Kartal B**. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Klinik Uygulamalar Hakkındaki Görüşleri, 13. Ulusal Hemşirelik Kongresi(Uluslararası Katılımlı), Şanlıurfa, 19-21 Ekim 2011, ss:189. (Poster Bildiri)
- 10- **Kartal B**, Şimşek N, Gebelerin Doğuma İlişkin Kaygı Düzeyleri, 1. Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği, 2-4 Kasım 2009, İstanbul.(Poster Bildiri)
- 11- Şimşek N, Kartal B. 15-49 yaş grubu Kadınlarda Depresif Belirti Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler, 1. Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği, 2-4 Kasım 2009, İstanbul.(Poster Bildiri)