

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOĞUM SONRASI DÖNEMDE
FONKSİYONEL DURUM İLE POSTPARTUM DEPRESYON
İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Ayşegöl Soydan ÇELİKEL
Dz.Sağ.Kd.Yzb.

HEMŞİRELİK PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANKARA
2012

**T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**DOĞUM SONRASİ DÖNEMDE
FONKSİYONEL DURUM İLE POSTPARTUM DEPRESYON
İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

Ayşegöl Soydan ÇELİKEL

Gülhane Askeri Tıp Akademisi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinin
Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliğı
Programı İçin Öngördüğü
YÜKSEK LİSANS TEZİ
olarak hazırlanmıştır.

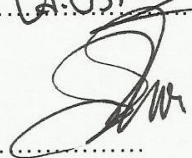
TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Dz. Sağ. Alb. Ayfer ÜSTÜNSÖZ

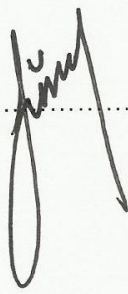
**Ankara
2012**

GATA Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne,

“Doğum Sonrası Dönemde Fonksiyonel Durum İle Postpartum Depresyon İlişkisinin İncelenmesi” konulu bu çalışma Hemşirelik Yüksekokulu Müdürlüğü Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Bilim Dalı’nda Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

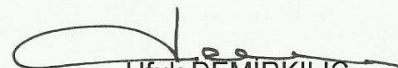
Tez Danışmanı : Doç.Dz.Sağ.Alb.Ayfer ÜSTÜNSÖZ

Üye : Prof.Tbp.Alb.Namık Kemal DURU

Üye: : Doç.Dr.Fusun TERZİOĞLU

ONAY:

Dz.Sağ.Yzb.Ayşegül Soydan ÇELİKEL’in 18/01/2012 tarihinde savunduğu bu tez Akademi Kurulu’nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.


Ufuk DEMİRKİLİÇ
Prof.Tbp.Tuğgeneral
Sağ.Bil.Enst.Müdürü

TEŞEKKÜR

Bu tez çalışması, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kurulu'nun 06 Ekim 2010 gün ve 160 sayılı kararı gereği Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Bilim Dalı Başkanlığında yapılmıştır.

Bu çalışmanın amacı, doğum sonrası dönemde bulunan kadınların fonksiyonel durumu ile postpartum depresyon ilişkisinin incelenmesidir.

Yüksek lisans eğitimim süresince kıymetli bilgi ve tecrübeleri ile her türlü yardım ve desteğini, danışmanlığını esirgemeyen, GATA Hemşirelik Yüksek Okulu Müdürü Sayın Prof.Sağ.Kd.Alb. Sevgi HATİPOĞLU'na ve Müdür yardımcısı Sayın Prof.Sağ.Kd.Alb. Nalan AKBAYRAK'a, GATA HYO Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği BD Başkanı Sayın Doç.Sağ.Alb. Aygöl AKYÜZ'e, uygulamamdaki yardımları için GATA ve Etimesgut Çocuk Hastalıkları Polikliniğinde görevli tüm personele, araştırma istatistiklerinin yapılmasında emeği geçen Halk Sağlığı A.D. Öğretim Üyesi Doç.Tbp.Yb. Cengizhan AÇIKEL'e saygı ve şükranlarımı sunarım.

Eğitimim sürecinde beni motive eden, hiçbir konuda yardım ve desteğini esirgemeyen eşim Ufuk ÇELİKEL'e, anne ve babama, varlıklarından ve sevgilerinden güç aldığım kız kardeşim ve çocuklarıma sonsuz teşekkür ederim.

Üyesi olmaktan mutluluk duyduğum Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Bilim Dalı ekibine ve yüksek lisans eğitimim boyunca; her zaman beni cesaretlendiren, her konuda, bilgi ve deneyimleri ile beni destekleyen, itinalı ve düzenli çalışma tarzını aşıl原因 ve tecrübesi ile ışık tutan, tez danışmanım olarak, tezimin her aşamasında çalışmalarımı yönlendiren, değerli hocam GATA HYO Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği BD Öğretim Üyesi Sayın Doç.Dr.Dz.Sağ.Alb. Ayfer ÜSTÜNSÖZ'e saygı ve şükranlarımı sunarım.

Ayşegöl S. ÇELİKEL

Ankara 2012

ÖZET

Ayşegül S. ÇELİKEL “Doğum Sonrası Dönemde Fonksiyonel Durum ile Postpartum Depresyon İlişkisinin İncelenmesi”, GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2012.

Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma, doğum sonrası dönemde fonksiyonel durum ile postpartum depresyon ilişkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma, Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) ve Etimesgut Asker Hastanesinde, Aralık 2010-Nisan 2011 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırma örneklemini, doğum sonrası 6-24 haftalar arasındaki toplam 200 kadın oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında; “Veri Toplama Formu”, “Doğum Sonrası Fonksiyonel Durum Envanteri” (IFSAC) ve “Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği” (EDSDÖ) kullanılmıştır. Elde edilen verilerin analizinde SPSS 15.0 paket programı ile Tanımlayıcı İstatistikler (sayı, yüzde), Ki-kare, Mann Whithney U, Kruskal Wallis, Regresyon ve Korelasyon testleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bu çalışmada, kadınların toplam IFSAC puanının her 1 puanlık artışı durumunda postpartum depresyon (PPD) riskinin 0.34 kat azaldığı saptanmıştır. Bu sonuç; fonksiyonel durum ile PPD arasında ilişki olduğunu ve PPD riski olan kadınların fonksiyonel durumlarının bozulabileceğini göstermektedir. Ayrıca kadınlarda PPD görülme risk oranı %20.5 olarak bulunmuştur. Gebeliğinde psikolojik sorun yaşayan, doğum sonrası yardım almayan kadınların PPD riskinin yüksek olduğu bulunmuştur. PPD riski olan kadınların öz bakım faaliyetlerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda antenatal, postpartum ve yenidoğan ünitelerinde çalışan ebe ve hemşirelerin, kadınlardaki depresyon riskini ve doğum sonrası fonksiyonel durumlarını değerlendirmeleri, PPD riski olan kadınları uzmana yönlendirmeleri, fonksiyonel durumu düşük olan kadınlara ise destek almaları için kadına ve aileye danışmanlık yapmaları önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Fonksiyonel Durum, Postpartum Depresyon, Postpartum

Destekleyen Kurumlar: GATA/Ankara, Etimesgut Asker Hastanesi

ABSTRACT

Ayşegül S. ÇELİKEL “Examination of Relation Between Postpartum Depression and Functional State During Postpartum Period”, GATA Health Sciences Institute, Nursing Program Postgraduate Thesis, Ankara, 2012.

This descriptive type research was aimed to examine the relation between postpartum depression and functional state during postpartum period. The research was conducted in Gülhane Military Medical Academy (GATA) and Etimesgut Military Hospital between 2010 December and 2011 April. The sample of the research was consisted of totally 200 women between postpartum 6-24 weeks. “Data Collection Form”, “Postpartum Functional State Inventory” (IFSAC) and “Edinburgh Postpartum Depression Scale” (EDSDÖ) were used in collection of data. In the analysis of data, it was evaluated using SPSS 15.0 package program, Descriptive Statistics (frequency, percentage), Chi-square, Mann Whitney U, Kruskal Wallis, Regression and Correlation tests.

In this study, it was determined that in case of each 1 point increase in total IFSAC point of women, postpartum depression (PPD) risk decreased 0.34 fold. This result shows that there is an association between functional state and PPD and functional state of women with PPD risk may be deteriorated. Also PPD prevalence risk rate in women was found as 20.5%. It was found that women who had psychological problem in pregnancy, not receiving assistance during postpartum period have high PPD risk. It was determined that women with PPD risk have lower self-care activities.

In line with the results obtained from the research, it is recommended being evaluated the depression risk and postpartum functional states in women, being guided women with PPD risk to the specialist, being consulted for woman and family for receiving support for women with lower functional state by the midwife and nurses who are working in antenatal, postpartum and newborn unites.

Key words: Functional state, Postpartum Depression, Postpartum

Supporting Institutions: GATA/Ankara, Etimesgut Military Hospital

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	iii
TESEKKÜR	iv
ÖZET	v
İNGİLİZCE ÖZET	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR	ix
ŞEKİLLER	x
TABLolar	xi
GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırma Soruları	3
GENEL BİLGİLER	5
2.1. Doğum Sonu Dönem	5
2.1.1. Fizyolojik değişiklikler	5
2.1.2. Psiko-sosyal değişiklikler	6
2.2. Fonksiyonel Durum	8
2.2.1. Tanımı	8
2.2.2. Doğum Sonrası Fonksiyonel Durum	10
2.3. Postpartum Depresyon (Doğum Sonrası Depresyon)	13
2.3.1. Tanımı ve görülme sıklığı	13
2.3.2. Belirtileri ve tanı kriterleri	14
2.3.3. Risk faktörleri	15
2.3.4. Korunma ve tedavisi	17
2.4. Doğum Sonrası Dönemde Fonksiyonel Durum ile Postpartum Depresyon ilişkisi	18
GEREÇ VE YÖNTEM	21
3.1. Araştırmanın Şekli	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	22

3.4. Verilerin Toplanması	23
3.4.1. Veri Toplama Formları	23
3.4.1.1. Kadınların Tanıtıcı Bilgilerine Yönelik Veri Toplama Formu	23
3.4.1.2. Doğum Sonrası Fonksiyonel Durum Envanteri (IFSAC)	24
3.4.1.3. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ)	26
3.5. Uygulama	27
3.5.1. Ön uygulama	27
3.5.2. Araştırmanın uygulanması	27
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	28
BULGULAR	29
TARTIŞMA	50
SONUÇ VE ÖNERİLER	62
6.1. Sonuçlar	62
6.2. Öneriler	64
KAYNAKLAR	65
EKLER	
EK 1: Araştırmanın Etik Kurul Onayı	75
EK 2: Gönüllüleri Bilgilendirme ve Olur (Rıza) Formu	77
EK 3: Kadınların Tanıtıcı Bilgilerine Yönelik Veri Toplama Formu	80
EK 4: Doğum Sonrası Fonksiyonel Durum Envanteri (IFSAC)	82
EK 5: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ)	84

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EDSDÖ	: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği
GATA	: Gülhane Askeri Tıp Akademisi
DSD	: Doğum Sonrası Dönem
IFSAC	: Inventory of Functional Status After Childbirth, Doğum Sonrası Fonksiyonel Durum Envanteri
PPD	: Postpartum Depresyon
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
SD	: Standart sapma
$\bar{X}$	: Aritmetik Ortalama
χ^2	: Ki- Kare
r	: Korelasyon katsayısı

ŞEKİLLER

	Sayfa
Şekil 4.1 Kadınların Öz Bakım IFSAC Alt Skala Puanı ile EDSDÖ Puanının Korelasyon Eğrisi	49

TABLOLAR

Tablo	Sayfa
3.3.1. Araştırma evren ve örnekleme	22
4.1.1. Kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı	30
4.1.2. Kadınların obstetrik verilerinin dağılımı	31
4.2. Kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerinin doğum şekline göre karşılaştırılması	32
4.3.1 Kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerinin IFSAC alt skala puanlarına göre dağılımı	34
4.3.2. Kadınların bazı obstetrik özelliklerinin IFSAC alt skala puanlarına göre dağılımı	36
4.3.3. Kadınların bazı doğum sonrası dönem özelliklerine göre IFSAC alt skala puanlarının dağılımı	39
4.4.1. Kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerinin Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçek (EDSDÖ) puanlarına göre dağılımı	41
4.4.2. Kadınların bazı obstetrik özelliklerinin Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçek (EDSDÖ) puanlarına göre dağılımı	42
4.4.3. Kadınların doğum sonrası döneme ait bazı verilerine göre EDSDÖ puanlarının dağılımı	44
4.5.1. Kadınların bebek bakımı ve annelik rolüne adaptasyon düşüncesine göre EDSDÖ puanlarının dağılımı	45
4.5.2. Kadınların bebeklerindeki olası bazı sağlık sorunlarına göre EDSDÖ puanlarının dağılımı	46
4.6.1. Gebelikte sağlık sorunu yaşama, doğum sonrası yardım almama ve toplam IFSAC'a göre PPD riskinin değerlendirilmesi	47
4.6.2. Kadınların doğum sonrası fonksiyonel durumları (IFSAC) ile EDSDÖ puanına göre PPD risk ilişkisi	48

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Aile; toplumun, geleneksel ve sosyal bir kurumdur. İnsan soyunun devamının sağlamlasında, toplumun beklentilerine uygun bireylerin yetiştirilmesinde, kültürün kuşaktan kuşağa aktarılmasında ailenin çok büyük görev ve sorumluluğu bulunmaktadır. Bu görev ve sorumluluklar, doğurganlık fonksiyonunun varlığı ile kazanılmaktadır (1). Yaşanan bu kazanım; kadının geçirdiği gebelik süreci, normal ya da sezaryen ile sonlanan doğum deneyimi, annelik rolünün benimsendiği doğum sonrası dönem; kadın ve ailesi için önemli ve özeldir (2, 3).

Doğum sonrası dönem (DSD), yenidoğanın doğumuyla başlayan ve gebelikte kadın vücudunda meydana gelen değişikliklerin gebelik öncesi halini alması için geçen 6–12 haftalık süreyi tanımlar. “Postpartum dönem” olarak da adlandırılan bu dönem, annede oluşan fizyolojik değişikliklerin yanı sıra aileye yeni bir üyenin katılmasından dolayı yeni rollerin ve sorumlulukların üstlenildiği, yeni bir düzenin kurulduğu geçiş dönemidir (2, 4, 5, 6). Bu dönem; aile için çok olumlu, doyum sağlanan, aile bağlarının güçlendiği bir dönem olarak yaşanabildiği gibi yenidoğanın ihtiyaçlarına yönelik yaşamın tekrar düzenlenmesi, sosyal izolasyon, özgürlüğün kısıtlanması ve ebeveyn olma sorumluluklarının ağır gelmesi ile bir kriz dönemi olarak da yaşanabilmektedir (7, 8). Annenin; “bebeğin bakım sorumluluğu, kendi öz bakımı, ev işleri, sosyal-toplumsal ve mesleki aktiviteleri üstlenmeye hazır olması” olarak tanımlanan fonksiyonel durum her kadında baş etme mekanizmalarından dolayı farklılıklar gösterebilir. Doğum sonrası fonksiyonel durumu birçok faktör etkilemektedir (8, 9, 10, 11). Literatürde; gebeliğin planlanması, aile desteği, evlilikteki uyum, annelik rolüne hazır oluşluk, eğitim ve sosyo-ekonomik durumun kadınların doğum sonrası fonksiyonel durumları üzerine etkisi olduğunu göstermektedir (7, 8, 10, 11, 12, 13). Ayrıca doğumun normal veya sezaryenle yapılmasının da doğum sonrası fonksiyonel durumu etkilediğini gösteren çalışmalar mevcuttur (7, 14). Bu nedenlerden dolayı doğum sonrası dönemdeki kadınların doğum

öncesi fonksiyonel aktivitelerine tamamen geri kavuşmaları fizyolojik iyileşmenin tersine daha uzun zaman almaktadır (8, 9, 11, 12, 15, 16). Doğum sonrası dönemde kadından; doğum sonrası vücudundaki fizyolojik değişikliklere, eşi ve diğer aile üyeleri ile olan ilişkilere ve annelik rolüne uyum sağlaması beklenir. Bu dönemde kadın ilave fiziksel ve emosyonel sağlık sorunları ile karşılaşabilir ve psiko-sosyal değişimler yaşayabilir. Dolayısı ile kadının yaşadığı bu değişiklikler duygu durumunu etkiler. (6, 11, 17). Doğum sonrası kadının fonksiyonel durumu, üstlendiği sorumlulukların ağır gelmesi ve yaşadığı karmaşa ile baş etmede zorlanması kadının ruhsal iyilik halini etkileyebilir (6, 17). Bu nedenle kadının doğum sonrası fonksiyonel duruma geri dönüşü değerlendirilirken, psikolojik durumunu da göz önünde bulundurmak gerekmektedir. Doğum sonrasında yaşanan psikolojik sorunlar; hafiften ağıra doğru sıralanırsa annelik hüznü, postpartum depresyon ve postpartum psikozdur. Postpartum depresyon (PPD), postpartum dönemde en sık rastlanılan duygu durum bozukluklarından biridir ve doğumdan sonraki bir yıl içerisinde herhangi bir zamanda ortaya çıkabilir (18, 19, 20, 21, 22). PPD; annelerin %80'inde ilk 6 hafta içinde başlar ve başlangıç aşamasında genellikle belirti vermez. Haftalar, aylar içinde yavaşça artabilir. Belirli bir nedene bağlı olmaksızın ağlama, uyuyamama, bir işe yoğunlaşamama, irritabilite ve umutsuzluk duygusu gibi belirtiler PPD semptomlarıdır (23). PPD; annenin, bebeğin ve ailenin sağlığını riske sokan, ciddi bir sorundur (18, 24). Bazı risk faktörlerini taşıyan kadınlarda postpartum depresyonun daha sık görüldüğü bilinmektedir. Bunlar; daha önceki gebeliklerde yaşanan depresyon, prenatal anksiyete/depresyon, sosyal desteğin yokluğu, evlilikle ilgili sorunlar, yaşam stresi, istenmeyen gebelikler, yenidoğanı anne sütü ile besleyememe, kadının annelik rolüne adapte olamaması, daha önce kayıpla sonlanan gebelik ve bebeğin bakımı için duyulan kaygılar olarak sayılabilir (18, 22, 25, 26, 27, 28).

Postpartum depresyon; toplum tarafından damgalanma korkusu nedeniyle gizli yaşanan ve açıklanamayan, sağlık personelinin de yeterince eğilemediği veya gözden kaçırabildiği bir sağlık sorunudur. Tanılanmadığı ve tedavisinin yapılmadığı durumlarda; anne ve bebek ilişkisini etkiler. PPD

geçiren kadınların bebeklerinde ilk üç yıl fiziksel, bilişsel, davranışsal, emosyonel ve motor gelişimleri olumsuz etkilenir ve ani bebek ölüm sendromu görülebilir (29, 30, 31). Daha ileriki yaşlarda bu çocuklarda; bilişsel gelişme geriliği, okul başarısında düşme, psikiyatrik hastalıkların görülme sıklığında ve fiziksel şiddete maruz kalma olasılığında artış olduğu bildirilmektedir (32, 33, 34).

Postpartum depresyon gibi ilave sağlık sorunu yaşayan kadınların doğum öncesi fonksiyonel aktivitelerine geri dönüşü bir yıla kadar uzayabilir (6, 17). Bu nedenle ebe ve hemşirelerin görevi; doğum sonundaki kadınları takip ederken, postpartum depresyon riski açısından da değerlendirmek olmalıdır (25, 34).

Sonuç olarak; doğum sonrası kadının fonksiyonel durum yetersizliği, postpartum depresyon riskini arttırdığı gibi postpartum depresyonu bulunan kadının da fonksiyonel durumu yetersiz olabilir (11, 17). Bu maksatla yapılan literatür taramasında; postpartum dönemdeki kadınların doğum sonrası fonksiyonel durumu (7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 35, 36, 37, 38) ve postpartum depresyonu (18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 27, 28, 31, 32, 33) ayrı ayrı ele alan çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmada, fonksiyonel durum ile PPD arasındaki ilişki araştırılmıştır.

Gebe takibinde ebe ve hemşirelerin PPD riski taşıyan kadınları saptamaları, anne ve bebek sağlığı açısından önemli olup, erken müdahale edilmesini sağlayacaktır. Doğum sonrası dönemde ise hemşireler; kadınların fonksiyonel durumunu değerlendirerek PPD riskini ortaya koyabilirler.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, doğum sonrası dönemdeki kadınların fonksiyonel durumu ile postpartum depresyon ilişkisinin incelenmesidir.

1.3. Araştırma Soruları

1. Doğum şekline göre kadınların doğum sonrası dönemdeki fonksiyonel durumları arasında farklılıklar var mı?
2. Doğum şekli ile PPD arasında ilişki var mı?

3. Kadınların bazı demografik ve obstetrik verileri ile doğum sonrası fonksiyonel durum ve postpartum depresyon arasındaki ilişki nedir?
4. Doğum sonrası dönemdeki kadınların fonksiyonel durumu ile postpartum depresyon arasında ilişki var mı? Varsa bu ilişki nasıl bir ilişkidir?

GENEL BİLGİLER

2.1. Doğum Sonu Dönem

2.1.1. Fizyolojik değişiklikler

Doğum eyleminde plasentanın ayrılması sonucu anne vücudunda, anatomik, fizyolojik ve hormonal değişiklikler ortaya çıkar. Bu değişiklikler, uterusun involüsyonu, endometriumun rejenerasyonu, kardiovasküler, gastrointestinal ve üriner sistemlerde gerileyici, laktasyona hazırlanan göğüslerde ise ilerleyici değişikliklerdir (2, 39). Uterin involüsyonu; myometrial hücrelerde sayıca azalma ve boyutlarında gerileme ile yaklaşık postpartum altıncı haftada tamamlanmaktadır. Uterus, doğumdan hemen sonra göbek hizasına, postpartum birinci haftada ise simfiz pubis seviyesine gerilemektedir. Desidua bazalisteki stroma ve bezlerden endometrial rejenerasyon oluşurken, desidua süperfisialis sırasıyla, lochia rubra (4 gün), lochia fusca (4–6 gün), lochia serosa (6 gün), lochia flava (6 gün), ve lochia alba (4 gün) olarak lochia (loşi) atılmaktadır (2, 5, 39). Servikste tam iyileşme ve reepitelizasyon postpartum 6–12 haftada olurken, vajen üçüncü haftada antepartum durumuna dönmektedir (5). Yaşanan bu değişimler sırasında eş zamanlı olarak, endokrin sistemde de östrojen, progesteron, kortizon düzeyleri normal seviyelerine inmektedir. Memelerdeki ilerleyici değişiklikler; gebelik süresince laktasyona hazırlanan memelerde, doğumla birlikte estrojen ve progesteron seviyelerinin düşmesi ve prolaktin hormonunun aktive olması ile süt salınımının başlamasıdır. (2, 5, 39).

Postpartum ilk 3-4 günde çok belirgin olan bu anatomik ve fizyolojik değişiklikler, loğusalığın ilk iki haftasında çok hızlıdır ve yaklaşık 6 hafta sonra bu süreç tamamlanmış olur. Ancak yaşanan gebelik ve doğum, kadın vücudunda bazı karakteristik izler bıraktığı için eski duruma dönüş tam değildir (40).

2.1.2. Psiko-sosyal değişiklikler

Gebelik ve doğum fizyolojik bir olay olmakla birlikte kadın için önemli bir stres kaynağı olabilir. Anne adayı gebelik döneminde vücudunda meydana gelen fizyolojik değişikliklere uyum sağlamaya çalışırken, diğer taraftan anne olma fikrine alışmaya çalışmaktadır. Bu fikrin oluşmasında kadının, bebeğin varlığını benimsemesi önemlidir. Kadınlar daha gebe iken vücutlarına baktıklarında kendilerini anne gibi görebilir ve annelik sorumluluklarını hissetmeye başlayabilirler. Bu sorumluluk hissi, annenin bebeği için kendisine daha iyi bakmasını ve çeşitli kaynaklardan doğum ve anneliğe hazırlanmasını sağlayabilir (41). Özellikle ilk kez gebe olan ve ilk kez anne olacak kadınlar tanımlayamadığı birçok yeni ve karmaşık duyguyu bir arada yaşamaktadır. Gebelik planlı değil ya da istenmeyen bir gebelik ise kadın ambivalan duyguları daha net taşıyabilir (42). Ayrıca kadınların, gebelik ilerledikçe ve doğum zamanı yaklaştıkça, doğumun sezaryen mi yoksa normal vajinal yolla mı gerçekleşeceği konusunda endişeleri artabilir. Gebe olan kadın doğumda ve doğum sonu dönemde yaşayacakları konusunda endişeli olabilir (43, 44).

Kadınlar doğum eyleminin sona ermesi ile yeni bir döneme girerler. Bazı kadınlar anneliği; peri masallarındaki gibi yaşadığını, bazıları da bu deneyimin çok zor olduğunu ifade etmektedir (7). Annelerin fizyolojik, anatomik değişiklikleri yaşamaları ve yorgunlukları kendilerini güçsüz ve halsiz hissetmelerine neden olabilir (11, 45). Bebek bakım sorumluluğu ile başa çıkabilme kaygısı, hem kendi bakımı, hem de bebeğinin bakımı için anksiyeteli olması ve ilerleyen dönemlerde daha ağırlaşabilen ruhsal sorunlar yaşanması söz konusu olabilir. Yine birçok kadın için annelik, kendi kişisel kimliği üzerinde önemli etkileri olan bir yaşam olayı olarak görülmekte iken bazılarına göre anne olma, yenidoğan bakımının neden olduğu özgürlüğün kısıtlanması ve sosyal izolasyonu simgelemektedir (7, 8, 11, 14, 36).

Aileye yenidoğanın katılması ile kurulan düzenle birlikte ailede psiko-sosyal değişiklikler de yaşanmaktadır. Bu değişiklikler yeni rol ve sorumlulukları öğrenme ve üstlenmenin getirdiği ilave yüklerden kaynaklanır

(2, 13). Wolf ve Crowe (46), kadınların postpartum dönemde yaşadıkları süreci üç aşama olarak belirtmektedir. Birinci aşama; doğumdan hemen sonraki ilk günleri kapsayan ebeveynliğe geçiş dönemidir. Kadınlar bu dönemde hem doğum olayının fizyolojik, hem de emosyonel etkileri ile başa çıkmaya çalışır. Aynı zamanda postpartum kadınlar bebeğin beslenmesiyle ilgili ya da emzirme ve göğüslerle ilgili problemler yaşarken, duygulanım değişiklikleri gibi sorunlar da yaşayabilirler. İkinci aşama, bebekle yaşamaya ve ebeveyn olmaya uyumun sağlandığı ilk aylardır. Uykusuzluk, yorgunluk, seksüel istekte azalma, artan sorumluluklar ve bebek bakımı nedeniyle sosyal izolasyon gibi sorunların yaşandığı aşamadır. Postpartum altıncı ile on ikinci ay arasındaki dönem üçüncü aşamadır. Bu aşamada anne bebeğinin ihtiyaçlarını öğrenir ve onu benimser, anne bebek bağlanması gelişir, eşi ve sosyal çevresi ile ilişkilerini düzenler, bebek bakımı kaygıları azalır, bebek bakım sorumluluğu ile kendine güveni artar ve annelik rolüne adaptasyonu sağlanır (7, 46).

Kadının, sosyal yaşamındaki rolleri; çalışma hayatı, evde yeni bebek veya varsa diğer çocukların bakım gereksinimlerinin karşılanması kadının doğum sonrası psiko-sosyal gelişimini etkiler. Çalışan bir kadının hem işi, hem de bebeğin bakım sorumlulukları annenin yükünü arttırır. Çalışan kadın iş yaşamını çoğu zaman ikinci planda tutmak zorunda kalabilir. Ayrıca kadın, bebeğine bakım sorumluluğundan dolayı zamanını evde geçirerek, sosyal ortamlardan uzak kalabilir. İş ve sosyal yaşamdan uzak kalan anne stresli olabilir. Diğer taraftan eşinin ilgi ve sevgisinin tamamen bebeğe yönelmesi birçok baba için stres kaynağı olabilir. Çünkü eşlerin ilişkilerinde yeni kazanılan rol ve sorumlulukların varlığı ile eski düzen bozulmuş, birbirlerinden beklentileri değişmiş, rol ve sorumluluklar artmıştır. Aile bağları kuvvetli olan ailelerde bile bu sorunlar yaşanabilir. Bu açıdan ele alındığında postpartum dönem stresli bir dönem olup, uyum sağlamak güç olduğu için zaman alabilir (2, 47, 48). Bu nedenlerle postpartum dönemdeki kadınlarda ruhsal sağlık problemleri de görülebilmektedir. Aile üyelerinin birbirleri ile iletişimi ne kadar iyi ise doğum sonu dönemde bulunan annenin psikolojik ve sosyal durumu da pozitif olarak etkilenmektedir. Kadın bu dönemi, eğer

destekleyen bir eş ve yardım eden aile bireyleri var ise kolaylıkla, sorunsuz geçirebilir. Kadın ve eşi için yeni bebekleri bir doyum kaynağı olur, aile bağları güçlenir (2, 49).

Annenin, vücudundaki fizyolojik değişikliklere, eş ve diğer aile üyeleri ile değişen ilişkilere ve annelik rolüne uyum sağlamak zorunda olması bu dönemin güçlükleri olarak sıralanabilir (50, 51). Bu güçlükler nedeniyle DSD, kadınların duygusal olarak en hassas oldukları ve çeşitli duygu durum bozuklukları riskinin arttığı bir dönem olarak değerlendirilir (51). Doğum sonrası dönemde annede ortaya çıkan herhangi bir duygu durum bozukluğu, uzun dönemde ciddi sonuçlar yaratabilir. Bu sonuçlar, sadece anneyi değil, aynı zamanda bebek ve diğer tüm aile üyelerini de olumsuz etkilediği için önemlidir (52, 53). Anne ve bebek arasındaki etkileşimin uyum içerisinde olmaması, annelik rolünün kazanılmasını engelleyebilir. Hızlı ve karmaşık değişimlerin yaşandığı bu dönemde bebek de, fizyolojik olarak homeostazisini oluşturma, kendisini ve dış dünyayı tanıma, keşfetme çabası içindedir. Annenin dolaylı ve doğrudan yardımlarıyla, duygusal bağlanma süreci içinde bebeğin kendilik duygusu oluşmaya başlar. Bu nedenle doğumdan sonra annenin bebekle olan ilişkisi, annenin sağlığı ve kendine güveni, çocuğun gelişimi ve bir birey haline gelmesinde etkilidir (54). Birçok kadın, gebelik ve doğum ile birlikte ortaya çıkan fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere kolaylıkla uyum sağlar. Ancak uyum sağlamakta zorlanan kadınlarda çeşitli düzeylerde duygusal sorunlar gelişebilmekte ve bu sorunlar kadının doğumdan sonra fonksiyonel iyileşme süresini etkilemektedir (1, 49).

2.2. Fonksiyonel Durum

2.2.1. Tanımı

Fonksiyonel durum; bireyin normal günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesi, temel gereksinimlerini karşılaması, günlük rollerini gerçekleştirmesi, sağlık ve iyilik durumunu sürdürmesidir (55, 56). Fonksiyonel durum; bireyin tıbbi, duygusal ve bilişsel sağlığı ile ilişkilidir. Hastalığın varlığı, bireylerin günlük sorumluluklarını yerine getirebilmelerini engellemekte ve bu sorumlulukların yerine getirilememesi duygusal sorunlara

neden olmaktadır. Fonksiyonel durum, fonksiyonel kapasite ve fonksiyonel performans ile ilişkili bir kavramdır. Fonksiyonel kapasite fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi yaşam alanlarını temsil ederken; fonksiyonel performans bireyin günlük yaşamındaki etkinliklerini kapsamaktadır. Fonksiyonel durum; bireylerin kendi sağlığını algılamasından, biyolojik ve psikolojik rahatsızlıklarından ve varsa hastalık semptomlarından etkilenmektedir (57, 58, 59).

Goodwin ve Coleman (60) fonksiyonel durumu; bireylerin aktivitelerindeki gerçek performans ve bireysel bakım, günlük ev işleri, işle ilgili aktiviteler, aile, sosyal ve toplumsal etkinlikler olan mevcut yaşam roller olarak tanımlamışlardır. Bir başka tanım Balducci tarafından yapılmıştır. Balducci (61)'ye göre fonksiyonel durum, bireyin bağımsızlık düzeyinin ölçümüdür. Fonksiyonel durum; fiziksel, psikolojik, bilişsel ve sosyal olmak üzere dört farklı alandaki fonksiyonları değerlendirmektedir. Fiziksel fonksiyonlar; kendine bakabilme, kendi ile ilgilenebilme ve fiziksel aktiviteleri gerçekleştirebilmedir. Bu fonksiyonlar, yemek yapmak ve yemek, giyinmek, yürümek, banyo yapmak, tuvalete gitmek, yürüyüş yapmak, merdiven çıkmak vb. faaliyetleri içerir. Psikolojik fonksiyonlar; kadının ruhsal durumuna bağlı olarak farklı düzeylerde, anksiyete, depresyon, öz bakım, baş etme vb. sayılabilen durumları ifade eder. Bilişsel fonksiyonlar; kişilerin bilinç düzeyini ortaya koyan ve iletişimde fark edilebilen oryantasyon, hafıza, konuşma, yargılama, dikkat, sebep-sonuç ilişkisi vb. durumları belirtir. Sosyal fonksiyonlar ise bireylerin sosyal ve toplumsal etkileşimlerini göstermektedir. Bunlar da kişilerarası ilişkiler, sosyal kaynaklar ve toplumsal rolleri içerir (56, 59, 62). Akut veya kronik hastalıklar, gebelik, doğum, menopoz, andropoz, yaşlılık gibi hayatın evrelerini kapsayan ve ayrıca doğum sonu aileye yeni bireyin katılması gibi yaşam olayları bireylerin fonksiyonel durumlarını etkileyebilir. Bu etkilenmeler bireyin fonksiyonel durumunu yetersiz hale getirerek, günlük yaşam aktivitelerinde güçlükler yaşamasına sebep olabilir. Aynı zamanda fonksiyonel durum bireyin tıbbi, duygusal ve bilişsel sağlığı ile ilişkili olduğu için bireylerin günlük sorumluluklarını yerine getirememeleri

durumunda da duygusal sorunlar yaşamalarına neden olabilmektedir (8, 12, 55, 57, 63).

2.2.2. Doğum Sonrası Fonksiyonel Durum

Aileye yenidoğanın katılması ile doğum yapan kadının fonksiyonel durumunda değişiklikler yaşanmaktadır (62). Doğum sonrası fonksiyonel durum çok boyutlu olup, “kadının, kendi bakımını, bebeğinin bakım sorumluluğunu, ev işleri, sosyal, toplumsal ve mesleki aktiviteleri üstlenmeye hazır olması” olarak tanımlanmaktadır (9). Anneler, doğum sonrası dönemi, hem kendilerinde, hem de ailede büyük sorunlara yol açan bir dönem olarak belirtmişlerdir (7, 8, 36). Literatürde üreme organlarına ilişkin iyileşme geniş olarak ele alınmış, ancak ebeveynliğe geçiş süreci, artan sorumluluklar, yorgunluk, eş ile ilişkilerde ortaya çıkan değişiklikler, sosyal, toplumsal ve mesleki faaliyetlerdeki değişikliklere çok az yer verilmiştir. Başka bir deyişle doğum sonrası dönemdeki iyileşme süreci, üreme organlarının iyileşmesi ve fizyolojik uyum olarak anlaşılmaktadır. Postpartum dönemde iyileşmenin, sosyal ve psikolojik yönüne yeterli düzeyde dikkat çekilmemiştir (7, 8, 9, 11, 12, 13). Doğum sonrası fonksiyonel iyileşme, fizyolojik iyileşmede olduğu gibi sadece üreme organlarının eski haline geri dönmesi ile iyileşme olarak kabul edilmemelidir. Çünkü kadının doğum sonrasında bakmakla sorumlu olduğu yeni bir bireyin varlığı ve aile içinde yeni rol ve sorumlulukların kazanılmış olması, fonksiyonel durumu dolayısı ile fonksiyonel iyileşmeyi etkilemektedir (8, 9, 11,12, 35, 36).

Birçok faktör doğum sonrası anneliğe adaptasyonu ve fonksiyonel durumu etkiler (8, 11). Bu faktörler; kadınların, doğum şekli, yaşı, çalışma durumu, gebeliği isteyip istememesi, doğum sonrasında aldıkları sosyal destek, evlilik süresi, sahip oldukları çocuk sayısı, bebekleri besleme metotları, bebeğin gece uyku süresi, maternal ve neonatal komplikasyonlardır (7, 8, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 35, 36, 37, 38). 2003 yılında Kızılkaya ve arkadaşları (7) yaptıkları çalışmada, normal doğum yapan kadınların, sezaryen ile doğum yapan kadınlara oranla yenidoğanın bakımını daha kısa sürede üstlendiğini ve fiziksel enerjilerini daha hızlı kazandıklarını

bulmuşlardır. 2004 yılında yapılan bir tez çalışmasında, evlilik süresi, canlı doğum sayısı, sosyal destek alma durumu, gebeliği planlama, yenidoğanı besleme metodu gibi faktörlerin kadının fonksiyonel durumunu etkilediği saptanmıştır (15). 2009 yılında Apay ve Pasinlioğlu (13) doğum sonrası fonksiyonel durum envanterini (IFSAC) kullanarak yaptıkları çalışmada, gebeliği isteyen, vajinal yoldan doğum yapan ve bebek bakımında destek almayan kadınların fonksiyonel durum toplam puanlarını yüksek olarak bulmuşlardır. Kadınların doğum sonrası fonksiyonel durumları sadece kendi sağlıklarını değil yenidoğanın hem fiziksel hem de psikolojik sağlığını etkilemektedir. Bu nedenle kadınların doğum sonrası fonksiyonel durumunun değerlendirilmesi ve fonksiyonların geri dönüşünün belirlenmesi önemli bir konudur (9, 17).

Fonksiyonel durumdaki değişiklikler, kadınların doğumdan önceki rollerine (eş, annelik, iş kadını, ev hanımı, vb.) tekrar dönme derecesini gösterir (8, 9, 12). Fonksiyonel durumu ölçen birçok envanter bulunmaktadır. Ancak bu envanterler akut ve kronik hastalıklarda kişilerin fonksiyonel durumlarını tespit etmek için kullanılmaktadır (12). Fawcett ve arkadaşları (9) tarafından geliştirilen doğum sonrası fonksiyonel durum envanteri, sadece postpartum periyotta uygulanmak üzere, özel olarak geliştirilmiştir. Bu nedenle, Doğum Sonrası Fonksiyonel Durum Envanteri (IFSAC/Inventory of Functional Status After Childbirth) doğum sonrası fonksiyonel iyileşmeyi ölçen doğum sonrasına odaklı, tek ölçektir (8, 12). Doğum sonrası fonksiyonel durum envanteri; doğum sonrası fonksiyonel durumu ve iyileşmenin sosyal boyutunu tanımlamayı amaçlamaktadır (8, 12). Doğum Sonrası Fonksiyonel Durum Envanteri, bir hemşire kuramcısı olan Sister Callista Roy'un Adaptasyon modelinin rol fonksiyonundan geliştirilmiştir. Roy kuramında fizyolojik ihtiyaçlar, kendini algılama, rol fonksiyonu ve ilişkilerde birbirine bağlılık olarak adaptasyonu dört kavramla açıklamıştır (64). Roy'un kuramındaki rol fonksiyon modelinde rol; kişinin toplumdaki pozisyonundan dolayı (anne, öğrenci vb), pozisyonu devam ettirebilmesi için toplumun beklediği davranışları göstermesi olarak tanımlanır. Rol işlevi toplumda edinilen pozisyonlara dayanarak görevlerin gerçekleştirilmesidir. Roy'un rol

fonksiyon modeli; sosyal olarak kesinleşmiş rollerin uygulanmasını içermektedir. Rol fonksiyonu, bireylerin rollerini primer, sekonder ve tersiyer olarak derecelendirilmektedir (8, 9, 12). Primer rol, kişinin yaşı, gelişmişlik düzeyi ve cinsiyeti ile ilgilidir (30 yaşında yetişkin bir kadın). Sekonder rol, primer rol ve gelişmişlik düzeyi ile ilgili tüm görev, sorumlulukların değerlendirilmesi ile ortaya konulmaktadır (30 yaşında anne ve öğretmen olan bir kadın). Tersiyer rol; primer ve sekonder rollerle ilgili olup, bireylerin rolleri ile alakalı vazifelerini göstermektedir (30 yaşındaki kadının anneliği ile bağlantılı okul aile birliği üyeliği) (9, 15, 16). IFSAC; doğum sonrasındaki kadının fonksiyonel durumunu, Roy'un rol fonksiyon modelinin derecelendirdiği rollere uygun olarak değerlendirir. Doğum sonrasındaki kadının primer rolü; kendi bakım sorumluluğudur. Sekonder rolü; ev işleri, bebek bakım sorumluluğu, mesleki aktiviteleri iken, tersiyer rolü; sosyal ve toplumsal aktiviteleri olarak tanımlanmaktadır (8, 49). Bu envanter sayesinde ölçülen roller yaşa, gelişim safhasına, cinsiyete dayanmakta ve çoğu zaman kültürel olarak değerlendirilmektedir (8, 9). IFSAC ile saptanan annenin doğum sonrası dönemdeki öz bakım, bebek bakımı, ev sorumluluğu, sosyal, toplumsal ve mesleki aktiviteleri bu dönemdeki anneliğe adaptasyon davranışlarını göstermektedir (8, 9, 11, 35).

Yapılan çalışmalar kadının doğum sonrası ilk üç ayında fonksiyonel durumunda belirgin düzeltilmeler görüldüğünü ancak tam olarak fonksiyonel durumdaki düzeltilmenin altı ay ve daha fazla sürede gerçekleştiğini göstermiştir (8, 9, 35, 36, 38). Benzer şekilde, Posmontier (17) çalışmasında, kadınların %47-57'sinin postpartum altıncı haftada, %76'sının postpartum on ikinci haftada fonksiyonel durumlarına geri döndüklerini, ancak tam olarak fonksiyonel durumlarına geri dönüşün altı veya daha fazla ayda olduğunu vurgulamıştır. Posmontier (17) bu çalışmasında kadının yeni rollerine adaptasyonu ile fonksiyonel duruma dönüşün birbirine paralel olduğunu belirtmiştir. Sonuç olarak araştırmalar, doğum sonrası dönemdeki doğum öncesi fonksiyonel duruma dönüşü, fizyolojik iyileşme olan 6 haftadan daha uzun bir sürede olabildiğini göstermiştir (8, 17, 36, 38). Kadınların doğumu takip eden altı ay içerisinde, fonksiyonel durumlarında önemli gelişmeler

görülmesine rağmen, gebelik öncesi fonksiyonlarına tamamen ulaşamadıkları saptanmıştır. Bu sonuçlar kadınların annelik rolüne yeterince hazırlanmaması ile ilişkilendirilmiştir (8).

2.3. Postpartum Depresyon (Doğum Sonrası Depresyon) (PPD)

2.3.1. Tanımı ve görülme sıklığı

Postpartum depresyon (PPD), doğum sonrası ilk dört hafta içinde başlayan major depresif epizot olarak tanımlanır ve bir yıl içinde herhangi bir zamanda ortaya çıkabilen, hatta iki yıla kadar uzayabilen, annenin, bebeğin ve ailenin sağlığını tehdit eden, ciddi ve yaygın bir bozukluktur (18, 65, 66). Uluslararası hastalıkların sınıflandırılması olarak bilinen ICD-10 (International Classification of Diseases) PPD'ü, doğum sonrası altı hafta içinde başlayan mental ve davranışsal bozukluk olarak tanımlamıştır (67). 1994 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından çıkartılan Psikiyatri Hastalıklarının Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabında (DSM-IV); PPD, duygu durum bozuklukları içerisinde ele alınmış ve doğum sonrası ilk dört hafta içerisinde başladığı belirtilmiştir (68).

Doğum sonrasında görülen psikiyatrik bozukluklar belirtilerin şiddetine, özelliklerine, tedavi ve prognozlarına göre başlıca üç grupta sınıflandırılır. Bunlar; annelik hüznü, PPD ve postpartum psikozdur (18, 65). Annelik hüznü, doğum sonrası kadınların %15-85'inde, ilk on gün içinde görülebilen, ilaç tedavisine ihtiyaç duyulmaksızın iyileşebilen bir bozukluktur. Ancak annelik hüznü, PPD gelişmesinde bir risk faktörü olduğu için önemlidir (18, 19, 22). PPD'de belirtiler "annelik hüznü" tablosuna göre daha şiddetli olup, hastada özkıyım düşünceleri olabilmektedir (21). Dolayısıyla PPD, normal yaşam dönemlerinde görülen depresyona oranla daha ciddi sonuçlara neden olmaktadır. Araştırmalar, tanılanmayan ve tedavi edilmeyen PPD belirtilerinin ilerleyerek her 1000 kadından birinde postpartum psikoz geliştiğini göstermektedir (69).

Kadınlarda yaşam boyu depresyonun prevalansı %14–21 olarak bulunmuştur. Araştırmalar, depresyonun ülkeler ve kültürlerden bağımsız

olarak, kadınlarda erkeklere oranla 2–3 kat daha fazla görüldüğünü ve her yedi kadından birinin PPD'yi yaşadığını ortaya koymuştur (70, 71, 72). PPD'nin prevalansı bazı faktörlerden dolayı değişiklikler gösterebilir. Bu değişiklikler; tanımlamada hastaların farklı zamanlarda değerlendirilmesi, çalışmanın örneklem büyüklüğü ve metodolojisi, araştırma yapılan nüfusun kültürü, popülasyon farklılığı, depresyon riskinin belirlenmesi için kullanılan ölçek olarak sayılabilir (20, 34, 66, 67, 73). PPD prevalansının genel olarak %10–15, ortalamasının ise %13 olduğu belirtilmiştir (28, 66, 74). Bazı ülkelerdeki PPD prevalansı, Kanada'da %20, İngiltere'de %31, İtalya'da %30, Çin'de %15.5, Hong Kong'da %37 ve Amerika'da %38 olarak bulunmuştur (75). Türkiye'de, farklı illerde Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon ölçeği kullanılarak çalışmalar yapılmıştır. 2010 yılında Durat ve Kutlu (65), postpartum dördüncü haftada 126 kadında PPD oranını %23.8, 2009 yılında Arslantaş ve arkadaşları (66) postpartum altıncı haftada 248 kadında PPD oranını %12.5, 2008 yılında Özdemir ve arkadaşları (76) postpartum iki ile altı ay arasında 242 kadında PPD oranını %19.4 ve 2006 yılında Ayvaz ve arkadaşları (77) 192 postpartum kadında PPD oranını %28.1 olarak bulmuşlardır.

2.3.2. Belirtileri ve Tanı kriterleri

PPD kadının; duygularını, davranışlarını, kişilerarası ilişkilerini, sosyal hayatını, mesleki işlevselliğini, kendine olan güvenini, yaşam kalitesini, çocuklarıyla, eşiyle ve yenidoğan bebeği ile olan ilişkilerini olumsuz etkiler. Dolayısıyla anne bebek bağının kurulmasını geciktirebilir (50, 66, 73, 78). Yapılan çalışmalar; PPD'li anne bebeklerinin, büyüme-gelişmelerinin yavaş olduğunu, bilişsel, davranışsal ve duygusal gelişimlerinin ise negatif yönde etkilendiğini göstermektedir (66, 73, 78). Bu nedenlerden dolayı PPD'nin anne, bebek ve aile sağlığı için önlenmesi, erken tanı ve uygun tedavisinin planlanması çok önemlidir. PPD belirtileri; anksiyete, irritabilite, uyku bozuklukları, korku, yorgunluk, yalnızlık hissi, konsantre olma güçlüğü, enerji ve motivasyon kaybı, karar verme güçlüğü, değersizlik hissi, libido kaybı, nedensiz ağlama nöbetleri, bebeğe karşı aşırı ilgisizlik veya aşırı

endişelenme, bir birey ve anne olarak kendini yetersiz hissetme, kendine güvenememe olarak sıralanabilir (20, 34, 50, 66, 73).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APB) tarafından; PPD tanı kriterlerinin majör depresyon ile aynı olduğu belirtilmektedir. Bu yüzden major depresif epizod ölçütleri PPD için de tanı kriterleri olarak bilinmelidir (68). Majör depresyon tanı kriterlerinin; iki haftalık bir dönem sırasında, her gün ve günün büyük çoğunluğunda, daha önceki fonksiyonel durumunda değişikliğin olması ile birlikte aşağıda belirtilen semptomlardan en az beşinin bulunması olarak açıklanır (68, 71). Bu kriterler:

- Çökkün duygu durumu,
- Tüm faaliyetlerde belirgin azalma veya zevk alamama,
- Aşırı uykusuzluk veya aşırı uyuma,
- Kilo kaybı veya kilo alımının olması,
- Psiko-motor retardasyon veya ajitasyonun olması,
- Yorgunluk, bitkinlik ya da enerji kaybının olması,
- Değersizlik, suçluluk duygularının olması,
- Düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştıramama,
- Tekrarlayan ölüm ve intihar etme düşüncelerinin olmasıdır.

Doğum sonrasında kadınların depresif bulguları; doğum sonu yorgunluğu gibi değerlendirilerek göz ardı edilebilir (33, 45). PPD'nin sinsi olan başlangıç dönemi, özellikle hafif ya da orta şiddette olduğunda ve yardım arayışı desteklenmediğinde gözden kaçırılabilir. Bununla birlikte PPD'de aileye karşı sevgisizlik ve bebeğe karşı zıt duygular daha ön planda bulunabilir. Bu olgularda PPD uzun süre devam edip, sonunda hastaneye yatırmayı gerektirecek derecede ağırlaşabilir. Bu nedenle risk faktörlerini bilmek önemlidir (18, 22).

2.3.3. Risk Faktörleri

Depresyon; multifaktöriyel bir hastalık olup, hem genetik, hem de çevresel sebepleri içermektedir. Bununla birlikte, epidemiyolojik bulgular depresyonla ilgili risk faktörlerinin %40-50'sinin genetikle bağlantılı olduğunu göstermektedir (79). Çevresel faktörler, fiziksel, zihinsel ya da duygusal

travma olan çevresel stresörler ve viral hastalıklardır. Mevcut çevresel faktörler tek başına depresyonun gelişmesine yol açmayıp, çoğu zaman hastalık için genetik yatkınlığı bulunanlarda riski arttırabilmektedir (79).

Genetik yatkınlık ve çevresel faktörlere ilaveten depresyonun insidansını etkileyen çeşitli sosyal, psikolojik ve biyolojik faktörlerin de annede depresyon gelişme riski ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Sosyal risk faktörleri; partner kaybı veya boşanma, düşük sosyoekonomik durum, yoksulluk, sosyal destek eksikliği, sosyal izolasyon, major hayat sorunları, aile içi şiddet, taciz, artmış yaşam stresi gibi sebepleri içermektedir. Psikolojik risk faktörleri; mevcut depresyon veya anksiyete, psikiyatrik hastalık hikâyesi, premenstrual disforik bozukluk ve gebelik boyunca yaşanan mizaç semptomlarını içermektedir. PPD'la ilişkili psikolojik ve sosyal faktörlerle ilgili araştırmalar yaygındır; bununla ilişkili biyolojik risk faktörlerini ortaya koymak ise daha zordur. Postpartum depresyonun patofizyolojisini oluşturan biyolojik faktörler; hormonal değişikliklerden, nörotransmitter fonksiyonlardan, malnutrisyon ve zayıf diyet kalitesine bağlı beslenme eksikliklerinden oluşmaktadır (79).

2001 yılında Beck (28) 84 çalışmanın meta-analizini yaparak 13 tane risk faktörü olduğunu saptamıştır. Bu 13 maddenin 10 tanesi; prenatal depresyon, kendine değer vermemeye, bebek bakım stresi, prenatal anksiyete, yaşam stresi, sosyal destek eksikliği, evlilik ilişkileri, önceki depresyon hikâyesi, bebeğin huyu, annelik hüznü daha ağır basarken, geriye kalan 3 faktörün; medeni durum, sosyoekonomik durum, planlanmayan ve istenmeyen gebelikler olarak daha az etkisi olduğu belirlenmiştir.

Klainin ve Arthur (67) 2009 yılında, Asya kültüründeki kadınların PPD'lerini araştıran, 17 ülkede yapılan 64 çalışmayı incelemişlerdir. Bu derlemede PPD risk faktörleri; fiziksel/biyolojik, psikolojik, sosyo-demografik, obstetrik/pediyatrik ve kültürel risk faktörleri olarak 5 boyutta ele alınmıştır. Biyolojik ve fizyolojik risk faktörleri; tıbbi hastalık hikâyesi, premenstrual semptomlar, zayıf fiziksel sağlık ve günlük aktiviteleri yapmakta güçlük, düşük sosyo-ekonomik statüdür. Psikolojik faktörler; geçirilmiş psikiyatrik hikâye, antenatal anksiyete, gebelik süresince yaşanan depresif semptomlar,

premenstrual disforik bozukluk, bebek bakım stresidir. Obstetrik/Pediyatrik faktörlerde gebelik süresince yaşanan problemler, daha önceki gebelik kaybı ve geçirilmiş abortus, planlanmayan gebelik, gebelik ve annelik rolüne karşı negatif tutum içinde olmak, bebek bakımına ait bilgi eksikliği, emzirmenin bırakılmasını kapsar. Sosyo-demografik faktörler, ekonomik zorluklar, ev hanımı olmak, göçmen olmak, çalışmayan ve eğitimsiz bir eşe sahip olmak, eşinin psikiyatrik hastalığının olması, çok eşlilik, yerel şiddetin olması, yaşam koşullarından tatminsizlik, duygusal desteğin yokluğu, ebeveynlerinin ve eşinin desteğinden duyulan memnuniyetsizliktir. Kültürel faktörler, Asya kültüründe doğum yapan kadınların yanında eş, anne, kayınvalide gibi aile üyelerinin yeni ebeveyn olan annenin yanında bulunması ve ihtiyacı olan her konuda destek olması bir gelenektir (67). Bu risk faktörlerinin bilinmesi korunmada, PPD tanılanmasında ve erken tedavinin başlanmasında etkili olacaktır.

2.3.4. Korunma ve Tedavisi

PPD, doğum sonrası ilk dört hafta içinde sinsi başlayan, fark edilemediğinde hastaneye yatış gerektirecek kadar ağırlaşabilen bir sağlık sorunudur. Bu nedenle erken tanı çok önemlidir. PPD riski olanların belirlenmesinde hemşireler ve sağlık hizmeti veren bireyler; PPDS (Postpartum Depresyon Tarama Ölçeği) veya EDSDÖ'ni (Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği) tarama araçları olarak kullanılabilirler (18, 21, 22, 34, 78). Hemşireler, kadınlara yönelik prekonsepsiyonel ve konsepsiyonel sağlık danışmanlığında ve yenidoğan takiplerinde PPD belirtilerini saptamada ve erken tanı konmasında kilit personel rolündedir (25).

Doğum sonrası dönemde kadınlar yaşadıkları ruhsal sorunlar nedeniyle kendilerini çaresiz, kötü ve yetersiz hissedebilirler. Postpartum dönemde özellikle ilk günlerde kadınların bebeklerini benimsemeleri, anneliğe adaptasyon göstermeleri ve bebek bakımını eksiksiz yapmalarının beklenmesi doğru değildir. Kadınlar; bebek sahibi olunca bu yetenekleri hemen kazanabilecekleri gibi yanlış bir inanişsa sahip olabilirler. Bu inanişların

yok edilmesi ya da kadının gereksiz yere kendini suçlayarak anneliğe geçişte zorluklar yaşadığını düşünmesi doğru değildir. Bu nedenlerle gelişebilecek PPD riski de hemşirelerce verilecek eğitimlerle önlenabilir. PPD'den korunmada hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Kadınlara (özellikle primipar ve adölesan anneler için); doğum sonrası ilk zamanlarda bebeği tam anlamıyla benimseyememelerinin ya da bebeğin bakımı konusunda yetersiz hissetmelerinin normal olduğu, annelik becerilerinin zaman içerisinde kazanılacağı anlatılmalıdır. Annelere, bebekleriyle ilgilenmenin büyük enerji gerektirdiği ve kendilerine yardım edebilecek kişilerden yardım isteyebilmeleri konusunda yol gösterilmelidir (18, 80). PPD'den korunmada eşlere önemli görevler düşmektedir. Annenin bebeğiyle birlikte yaşamaya başladığı bu hassas dönemde gerçekten kadına yardımcı olacak kişi eşidir. Bebeğiyle ve eşiyle ilgilenen babalar, annenin bu gerilimlerini hafifleterek, depresyonu daha rahat ve çabuk atlatmasına da yardımcı olabilir (18).

PPD tedavisine karar vermeden önce; kadınlardan alınacak detaylı anamnez (öykü), fiziki değerlendirme ve laboratuvar incelemeleri, Sheehan sendromu (postpartum hipopituiterizm), hipotiroidizm gibi organik hastalıkların ekarte edilmesi ilk olarak yapılması gerekenlerdendir. Daha sonra önemli olan; belirtilerin erken tanınması ve hızlı bir şekilde tedaviye başlanmasıdır. Erken dönemde tanı koyulmaz, etkin bir tedavi planlanmaz ve uygulanmazsa belirtilerin kronikleştiği ve hastaların tedaviye dirençli hale geldiği bilinmektedir (21, 23). Tanı konulması ile tedavisi gereken bir bozukluk olan PPD; farmakolojik ve nonfarmakolojik olarak tedavi edilebilmektedir. PPD'nin şiddetine göre farmakolojik tedaviler (hormon tedavisi, antidepresan ve antipsikotik ilaçlar), psikoterapiler (bilişsel davranışçı terapi, psikodinamik terapi, kişilerarası terapi, evlilik ve aile terapileri), psiko-sosyal bakım ve elektrokonvülsif (EKT) tedaviden yararlanılabilir (19, 20, 74).

2.4. Doğum Sonrası Dönemde Fonksiyonel Durum ile Postpartum Depresyon İlişkisi

Annelik; bazı kadınların arzuyla beklediği ve hayallerini süsleyen bir statüyen, bazı kadınlar için durum tam tersi olabilir (7, 36). Çünkü kadının

kendi öz bakımı yanında yenidoğanın bakımı, evin sorumluluğu, çalışan kadın için ilave işin getirdiği sorumluluklar ile baş etme bazı kadınlar için bir stres faktörü olabilir. Bu nedenlerden dolayı doğum yapmış bir kadının doğum öncesi fonksiyonel durumuna geri dönüşü fizyolojik iyileşmeden daha uzun zaman alabilir (2, 8, 49).

Kadınlar; doğum sonrasında yaşadıkları değişikliklere bağlı olarak sadece fizyolojik iyileşme ile tamamen iyileşmiş kabul edilemez. Çünkü annede bu dönemde psiko-sosyal problemler ortaya çıkabilir ve postpartum depresyon gibi ilave sağlık sorunları yaşayabilir. Postpartum dönemdeki annenin sağlığı için longitudinal çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalar; postpartum iyileşmenin 6 haftalık bir süreç içinde sonlanmadığını bu süreçte fiziksel ve duygusal sağlık problemlerinin oluşabileceği ve tam bir iyileşme sürecinin en az 12 aya kadar sürebileceğini göstermektedir (6). PPD görülme prevalansı yaklaşık %13'dür ve özellikle de PPD'nin en yoğun görüldüğü zaman postpartum iki ve altıncı aylar arasındadır. Ayrıca postpartum kadınların bazılarında postpartum yedinci ay ya da daha geç bir zamanda da ortaya çıkabilir (19). PPD, yorgunluk, halsizlik gibi fiziksel semptomlar, bilişsel süreçte düzen bozukluğu ve mizaç değişiklikleri ile karakterizedir. Bunun sonucu olarak PPD yaşayan kadınların daha zayıf rol fonksiyonlarından söz edilmektedir. Buna bağlı olarak kadınların; işte, okulda, sosyal, ailesel ve kişilerarası ilişkilerindeki annelik rol potansiyeli daha düşüktür. Normal postpartum dönemdeki kadının; sosyal, toplumsal ve meslek rolleri ile kendi bakım sorumlulukları gibi fonksiyonel durumun geri dönüşü 3-6 aya kadar uzayabilirken, postpartum depresyonlu olan kadınlarda bu süre daha geç olmaktadır. Çünkü PPD'li kadın bu sorumlulukları yerine getirme ve sürdürmede zorluk yaşar. Bu nedenden dolayı PPD doğum sonrası kadınlarda dikkat edilmesi gereken önemli bir sağlık sorunudur (6, 17, 81).

1966 yılında Larsen, postpartum üçüncü ayda 130 kadınla yaptığı çalışmada, fiziksel rahatsızlık, yorgunluk, sinirlilik, depresyon, bebeğin ve diğer çocukların ihtiyaçlarını karşılamada güçlük, ev işlerinde ve diğer işlerde zorluk, aile gereksinimleriyle başa çıkmada yetersizlik ve bunlara bağlı

üzüntü saptamıştır. 1983 yılında Harrison ve Hicks, 158 vajinal doğum yapan Kanadalı kadında postpartum dördüncü-sekizinci haftalar arasında Larsen'in semptomlarını destekleyen bulgular bulmuşlar, benzer şekilde 1986 yılında Fawcett ve York postpartum altıncı haftada inceledikleri 23 olguda yorgunluk, anksiyete ve depresyon saptamışlardır (14, 35). 2008 yılında Posmontier (17), PPD'li ve PPD'siz kadınların fonksiyonel durumlarını karşılaştırmak için yaptığı çalışmada; kadınların günlük yaşam aktiviteleri, kişisel ve sosyal fonksiyonlarının PPD'li kadınlarda daha düşük olduğunu, bebek bakım sorumluluklarında ise fark olmadığını bulmuştur. Ayrıca PPD'li kadınların PPD'siz kadınlara göre doğum öncesi fonksiyonel durumlarına geri dönüşünün 12 kat daha az olduğunu belirlemiştir. Çalışmalar PPD'nin anne bebek ilişkisinin gelişmesini ve maternal fonksiyonları olumsuz etkilediğini göstermiştir (29, 31, 73).

Sonuç olarak postpartum dönemdeki fonksiyonel durumu etkileyen faktörler kadınların psikolojik durumlarını da etkilemektedir. Bu nedenle PPD ile doğum sonrası kadınların fonksiyonel durumları arasında ilişki bulunacağı, PPD'si olanların IFSAC fonksiyonel durum puanlarının daha düşük olduğu ve bunun tespit edilmezse kadında daha ciddi sağlık problemlerine yol açabileceği değerlendirilmektedir (17). Bu maksatla planlanan çalışmamızda Fonksiyonel Durum belirlenirken PPD riski olan kadınların erken tanı ve gerekiyorsa tedavisinin yapılması önem kazanır.

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma, doğum sonrası dönemde fonksiyonel durum ile postpartum depresyon ilişkisinin incelenmesi amacıyla, tanımlayıcı ve kota örnekleme çalışması olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, GATA Çocuk Hastalıkları Sağlam Bebek polikliniği ve Etimesgut Asker Hastanesi Çocuk Hastalıkları polikliniğinde 20 Aralık 2010 ve 15 Nisan 2011 tarihleri arasında yürütülmüştür. GATA Türk Silahlı Kuvvetleri (TSK) bünyesinde en büyük eğitim hastanesi olup, aynı zamanda Ankara ve çevre illerden gelen askeri personel ve aileleri, belli bir kontenjan dâhilinde de sivil hastaya hizmet sunmaktadır. Etimesgut Asker Hastanesi, Ankara garnizonunda Etimesgut bölgesindeki asker ve yakınlarına hizmet vermektedir. Çalışmanın Ankara'da konuşlu iki farklı asker hastanesinde yapılması ile hem Ankara ilinden, hem de diğer illerden gelen kadınlara ulaşılarak kota örnekleme ile tanımlayıcı bir araştırma yapılabileceği düşünülmüştür. Aynı zamanda her iki hastaneye de araştırmacının kolay ulaşma imkânının bulunması nedeniyle araştırmanın bu hastanelerde yapılmasına karar verilmiştir.

GATA Çocuk Hastalıkları Sağlam Bebek polikliniğinde 3 muayene, 1 emzirme odası yer almaktadır. Bu 3 muayene odasından 1 odası neonatal (yenidoğan) polikliniği, 2 odası da sağlam bebek polikliniği olarak çalışmaktadır. Poliklinik hizmetleri her gün, 1 uzman, 1 uzmanlık öğrencisi, 3 çocuk gelişimi uzmanı ile günde yaklaşık 20-25 hastaya hizmet verilmektedir. Neonatal polikliniğinde 0-1 ay arasındaki yenidoğan, sağlam bebek polikliniğinde de 2-18 ay arası bebekler takip edilmektedir. Takipte; fizik muayene (fontoneller, kalp ve akciğer sesleri, genital organlar), büyüme gelişme takibi (boy, kilo, baş çevresi, vb.) bebeğin ayına uygun beslenmenin düzenlenmesi ve aşı takvimine uygun olarak aşılardan yapılması olarak sıralanabilir. Sağlam bebek polikliniğinde randevu sistemi uygulanmaktadır. Hasta popülasyonu rütbeli personel, TSK mensubu memur ailelerinden ve

%5'lik kısmı ise sivil hastalardan oluşmaktadır. Poliklinikte ayda ortalama 400 bebek muayenesi yapılmaktadır.

Etimesgut Asker Hastanesi Çocuk Hastalıkları polikliniğinde toplam 4 oda bulunmaktadır. İki ayrı odada 2 uzman doktor, 2 hemşire hizmet vermektedir. Yapılan muayenelerde; bebeklerin genel ve fizik muayenesi yapılarak, büyüme gelişmesi takip edilmektedir. Günde yaklaşık 30 hasta muayenesi yapılan poliklinikte randevu sistemi ile çalışılmaktadır. Ayda ortalama görülen hasta sayısı 500'dür.

Araştırmanın yapıldığı hastanelerde hemşire, kadınlara doğum sonrası taburculuk ve bebek bakımına yönelik eğitim vermektedir. Ancak kadınların; yeni rol ve sorumlulukları, baş etme durumu ve değişen rollere adaptasyonu sorgulanmadığı için psiko-sosyal durumu değerlendirilememektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; GATA Çocuk Hastalıkları Sağlam Bebek Polikliniği ile Etimesgut Asker Hastanesi Çocuk polikliniğine başvuran 6-24 haftalar (1,5 ay-6 ay) arasında sağlam bebeği olan kadınlar oluşturmaktadır.

Tablo 3.3.1. Araştırma evren ve örnekleme

	2010 yılı poliklinik hasta sayısı	Araştırmanın yapıldığı tarihlerdeki poliklinik hasta sayısı	Anketi yarım bırakan hasta sayısı	Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hasta sayısı	Araştırmaya alınan hasta sayısı
GATA	4447 (0-18 ay)	1261	7	12	160
Etimesgut	16867 (0-16 yaş)	2939	2	4	40
Araştırmaya alınan toplam hasta sayısı					200

Tanımlayıcı tipte tasarlanan bu araştırma için olasılıklı olmayan örnekleme yöntemlerinden biri olan kota örnekleme kullanılmıştır. Bu yöntemin başarı ile uygulanabilmesi için evren hakkında öncül bilgiye sahip olunması önemlidir. Örneklem hacmi keyfi olarak belirlenir. Ancak evrenin

tabakalara bölünebilmesi ve tabaka hacminin bilinmesi kota tipi örneklemede önemlidir (82). Araştırmanın yapıldığı tarihler arasında Tablo 3.3.1.'de görüldüğü üzere GATA'da 1261, Etimesgut'ta da 2939 hasta muayenesi yapılmıştır. Araştırma tarihleri arasında araştırma kriterlerine uyan hastalardan 16'sı araştırmaya katılmayı kabul etmemiş, 9'u araştırma sorularını yarım bıraktığı için araştırma dışında bırakılmıştır. Çalışmamız için belirlenen Etimesgut Asker Hastanesinden 40, GATA'dan 160 olmak üzere 200 kadına ulaşarak kota örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın yapıldığı süre içerisinde Etimesgut Asker Hastanesinde Pazartesi, GATA'da Salı-Cuma günleri olmak üzere bebeğini polikliniğe getirerek muayene için sıra bekleyen veya emzirme odasında bulunan, araştırma kriterlerine uyan kadınlar araştırma örneklemini oluşturmuştur. Araştırma kapsamına alınma kriterleri;

- Okuma-yazma ve Türkçe bilen,
- Kronik bir hastalığı ve psikolojik rahatsızlığı olmayan,
- Bebeğinde konjenital anomalisi olmayan,
- 6–24 hafta arasında sağlıklı bebeğe sahip olan kadınlardır.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Formları

Verilerin toplanmasında, araştırmacı tarafından yapılan literatür incelemesi (6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 28, 36, 37, 48, 50, 65, 66, 67, 75, 76) doğrultusunda geliştirilen veri toplama formu (EK-3), Doğum Sonrası Fonksiyonel Durum Envanteri (IFSAC) (EK-4) ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) (EK-5) kullanılmıştır.

3.4.1.1. Kadınların Tanıtıcı Bilgilerine Yönelik Veri Toplama Formu

Geliştirilen veri toplama formu, kadınların sosyo-demografik, obstetrik ve doğum sonrası dönemdeki bilgilerini içeren 20 sorudan oluşmaktadır.

3.4.1.1.1. Sosyo-demografik bilgiler: Bu bölümde; kadının yaşını, eğitim ve çalışma durumunu, doğum sonrası ücretsiz izin almasını, ailenin gelir miktarını, evlilik yılını ve yaşayan çocuk sayısını sorgulayan 7 soru bulunmaktadır. Çalışmaya katılan kadınların aylık geliri Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonunun 4 kişilik ailenin yoksulluk sınırını ortalama 2800 TL olarak belirtmesi (83) nedeniyle 2800 TL'den az ve 2800 TL ve üzeri olarak gruplandırılıp değerlendirmeye alınmıştır.

3.4.1.1.2. Obstetrik ve doğum sonrası bilgiler: Bu bölümde; gebeliğin oluşum şekli, gebeliğin planlaması, doğum şekli, doğum sonrası hafta, gebelikte eğitim alma, doğum sonrası yardım alma ve süresi, gebelikteki sağlık sorunu, bebeğin gece uyku saatleri, günlük aktivitelerdeki zorluklar ve annelik rolünün algılanmasını içeren toplam 13 soru yer almaktadır. Gebelikteki sağlık problemi, riskli gebelik ve psikolojik sorunlar olarak sorulmuştur. Buradaki psikolojik sorun gebenin tamamen kendi ruhsal durumunu değerlendirmesini kapsadığından sübjektif olarak değerlendirilmiştir.

3.4.1.2. Doğum Sonrası Fonksiyonel Durum Envanteri (Inventory of Functional Status After Childbirth, IFSAC)

IFSAC 1988'de Fawcett ve arkadaşları (9) tarafından Roy Adaptasyon modelinin Rol Fonksiyonuna uyarlanması ile oluşturulmuş ve Amerika'da yapılan çalışmalarda kullanılmıştır (8, 9, 15).

IFSAC, doğum sonu iyileşmeyi saptamak için fonksiyonel statünün beş boyutunu içine alan beş alt skaladan ve dörtlü likert tipi 36 sorudan oluşmaktadır.

- (1) Ev içi faaliyetler (1–12)
- (2) Sosyal ve toplumsal faaliyetler (13–18)
- (3) Bebek bakımı sorumlulukları (19–24)
- (4) Öz bakım faaliyetleri (25–32)
- (5) Mesleki faaliyetler (33–36)

Soru formu aynı zamanda yorumlar için boşluk da içermektedir.

Ev içi aktiviteler alt skalası (12 sorulu), anneye bebek doğmadan önce ne gibi ev işleri yaptığını ve bebek doğduktan sonra bu aktiviteleri ne derece tekrar üstlendiğini belirtmesini ister. Ev içi aktiviteleri; aile bireylerinin ve evcil hayvanların bakımı, ev temizliği, çamaşır ve bulaşık yıkama, yemek pişirme, alışveriş yapma ve ev dışı işleri kapsar. Sosyal ve toplumsal aktiviteler alt skalası (6 sorulu), anneye bebek doğmadan önce ne gibi sosyal ve toplumsal faaliyetlerde bulunduğunu ve bebek doğduktan sonra bu aktiviteleri ne derece tekrar üstlendiğini sorgular. Bebek bakım sorumluluklar alt skalası (6 sorulu), bebeği gündüz ve gece beslemeyi, yıkamayı, altını değiştirmeyi, elbiselerini değiştirmeyi ve bebekle oyun oynamayı sorgular. Öz bakım aktiviteleri alt skalası (8 sorulu), anneye geçen hafta veya iki hafta içinde yerine getirdiği öz bakım aktivitelerinin miktarını derecelendirmesini ister. Mesleki aktiviteler alt skalası (4 sorulu), hali hazırda bir iş sahibi olan annelere geçen hafta ve son iki hafta içinde çalışma saatleri, işin doğruluğu ve iş arkadaşları ile ilişkisini kapsar (8, 9, 15).

Puanlama, 36 IFSAC sorusu, dörtlü likert tipi üzerinden değerlendirilmiştir. Bu yanıtlar bir aktivitenin başlangıcı ile o aktiviteyi yerine getirecek tam kapasitenin meydana gelmesi arasında bir aralık olduğunu göstermektedir. Öz Bakım ve Mesleki Aktiviteler alt skalalarında sırası ile 1 puandan 4 puana kadar (“hiçbir zaman”, “bazen”, “çoğu zaman”, “her zaman”) Bebek Bakımı Sorumlulukları, Ev İçi ve Sosyal-Toplumsal Aktiviteler alt skalalarında sırası ile 1 puandan 4 puana kadar (“hiç başlamadım”, “yeni yeni”, “kısmen”, “tamamen”) yapılmıştır (8, 9, 15).

IFSAC’ın tüm maddelerini kadınların hepsi yanıtlayamayabilir, bu nedenle her bir soru ve toplam için ortalama puanlar hesaplanmıştır. Sonuç olarak alt ölçek ortalaması, yanıtlanmış alt ölçekteki tüm soruların puanlarının toplanması ve yanıtlanan madde sayısına bölünmesiyle bulunmaktadır. Bazı maddeler (25, 26, 27, 28, 29, 32, 34, 35) puanların yorumlanmasında tutarlılık olması amacıyla tersine kodlanmıştır (8, 13, 15, 36). Toplam IFSAC puanı, 5 alt skalanın doldurulma durumuna göre dolu olan skala toplamalarının

doldurulan skala sayısına bölünmesi ile aritmetik ortalama işlemiyle hesaplanmaktadır. IFSAC'ın her bir sorusu 4 puan üzerinden (1'den 4'e doğru) değerlendirilmektedir. IFSAC'ın alt ölçeklerinde de, toplam IFSAC puanlarında da alınan puanın yüksek olması (4'e yakın olması) fonksiyonel durumun yüksek olduğunu göstermektedir (8, 13, 36, 49).

1988'de Fawcett ve arkadaşları (9)'nın Amerikalı kadınlarla yaptıkları çalışmada, IFSAC Cronbach Alpha katsayısı ev içi faaliyetlerde 0.64, sosyal ve toplumsal faaliyetlerde 0.67, bebek bakım sorumluluklarında 0.92, özbakım faaliyetlerinde 0.56, mesleki faaliyetlerde 0.98 ve toplam IFSAC katsayısını 0.76 olarak belirlemiştir. McVeigh ve Chaboyer (38)'in Avustralyalı kadınlarla yaptığı geçerlilik güvenilirlik çalışmasında altıncı ayda IFSAC Cronbach Alpha katsayısı ev içi faaliyetlerde 0.76, sosyal ve toplumsal faaliyetlerde 0.74, bebek bakım sorumluluklarında 0.73, öz bakım aktivitelerinde 0.43 olarak bulunmuştur.

Ülkemizde Özkan ve Sevil (8)'in yaptığı geçerlik güvenilirlik çalışmasında IFSAC Cronbach Alpha katsayısı ev içi faaliyetlerde 0.83, sosyal ve toplumsal faaliyetlerde 0.66, bebek bakım sorumluluklarında 0.68, öz bakım faaliyetlerinde 0.53 ve toplam IFSAC katsayısı ise 0.75 olarak saptanmış ve Türkiye'de bu envanterin kullanılabilirliği kanıtlanmıştır. Bu çalışmada; işe başlayan çalışan kadın sayısı (%90'ı doğum izni veya ücretsiz izinde) istatistiksel analiz yapılmasında yeterli olmadığı için mesleki aktiviteler IFSAC alt skalası istatistiksel değerlendirme dışında bırakılmıştır. Dolayısıyla çalışmanın geçerlilik güvenilirlik kat sayısı tekrar hesaplanmış ve toplam IFSAC Cronbach Alpha katsayısı 0.91 olarak bulunmuştur. Çalışmada 6 ve 24 üncü haftalar arasındaki postpartum kadınların Cronbach Alpha katsayısı ev içi faaliyetlerde 0.86, sosyal ve toplumsal faaliyetlerde 0.77, bebek bakım sorumluluklarında 0.66, öz bakım faaliyetlerinde 0.43 olarak bulunmuştur.

3.4.1.3. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ)

1987'de Cox ve ark. (84) tarafından geliştirilen bu ölçek doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon riskini belirlemeye yönelik tarama amaçlı olarak hazırlanmıştır. EDSDÖ depresyon tanısı koymaya yönelik bir

ölçek değildir. EDSDÖ 10 maddeden oluşan, 4'lü likert tipi kendini bildirim ölçeğidir. Dört seçenekten oluşan yanıtlar 0–3 arasında puanlanmakta, ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 30 olmaktadır. Değerlendirmede 1., 2. ve 4. maddeler 0, 1, 2, 3 şeklinde puanlanırken, 3., 5., 6., 7., 8., 9. ve 10. maddeler 3, 2, 1, 0 şeklinde, ters olarak puanlanmaktadır. EDSDÖ'nün Türkçe uyarlaması 1996 yılında Engindeniz (27) tarafından gerçekleştirilmiştir. Engindeniz (27)'in yaptığı geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında bu ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı (Cronbach's alfa) 0.79 bulunmuştur. Ülkemizde bu ölçek geçerli ve güvenilir bulunmuş ve EDSDÖ, ölçek puanı 13 ve daha fazla olan kadınlar risk grubu olarak kabul edilmiştir (27, 84). Çalışmamızda risk grubuna giren kadınlar GATA Konsültasyon Liyezon Psikiyatri (KLP) polikliniğinden randevu alınarak tanılama için yönlendirilmiştir.

3.5. Uygulama

3.5.1. Ön Uygulama

Hazırlanan “Veri Toplama Formu”nun anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla, her iki hastanenin Çocuk Hastalıkları Sağlam Bebek Polikliniğinde araştırma kriterlerine uyan toplam 15 kadın ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak form doldurulmuş ve ön uygulama yapılmıştır. Bunun sonucunda formda anlam bütünlüğü açısından bir sorun olmadığına karar verilmiş ve araştırmaya başlanmıştır.

3.5.2. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmada uygulanacak olan soru formlarının uygulanabilmesi için GATA Etik Kurulundan (EK–1) ve Anket kurulundan gerekli izin belgeleri alınmıştır. Araştırmaya dâhil edilen kadınlara araştırmanın amacı ve yöntemi konusunda bilgi verilerek yazılı onamları alınmıştır (EK–2).

Veriler, araştırmacı tarafından araştırma kriterlerine uyan kadınlardan yüz yüze veri toplama tekniği ile toplanmıştır. Sırasıyla Veri Toplama Formu, Doğum Sonrası Fonksiyonel Durum Envanteri (IFSAC) ve Edinburgh Doğum

Sonu Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) formları kullanılmıştır. Veri toplama; annelerin de zaman ayırabilmeleri için Çocuk Hastalıkları polikliniklerinde bulunan, emzirme odalarında kadınlar bebeklerini beslerken uygulanmıştır. Her görüşme yaklaşık 20 dakika sürmüştür. Kota tipi örnekleme planlanarak araştırmaya başlandığı için 200 kadına ulaşmak hedeflenmiş ve sayı tamamlanınca uygulamaya son verilmiştir.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen verilerin değerlendirmesinde Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 15.00 istatistik paket programı kullanılmıştır. Verilerin dağılımlarını göstermek için sayı, yüzdelikler, tanımlayıcı istatistikleri için Aritmetik Ortalama, Standart Sapma, tanımlayıcı verilerin istatistiksel karşılaştırılması için Pearson Ki-kare, Mann Whithney U, Kruskal Wallis testleri ve Lojistik Regresyon, Korelasyon analizleri kullanılmıştır.

Tablo gösterimlerinde ve yorumlamalarında, incelemeye konu olan bağımlı değişkenin bulunduğu pozisyon dikkate alınarak, satır ya da sütun yüzdeleri alınmıştır. İstatistiksel olarak $p < 0.05$ değeri anlamlı olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Bu bölümde çalışmaya katılan doğum sonrası 6 ve 24 üncü haftalar arasındaki dönemde bulunan toplam 200 kadının tanımlayıcı özelliklerine ilişkin, fonksiyonel durum ve postpartum depresyon riskinin değerlendirilmesine yönelik bulgular ile fonksiyonel durum ve postpartum depresyon ilişkisinin karşılaştırılmasına yönelik bulgular sunulmuştur.

Bulgular sırasıyla:

1. Kadınların Sosyo-Demografik ve Bazı Obstetrik Özelliklerine Yönelik Bulguları
2. Kadınların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Doğum Şekline Göre Karşılaştırılması
3. Kadınların Bazı Sosyo-Demografik, Obstetrik ve DSD'e İlişkin Verilerine Göre Fonksiyonel Durumun Karşılaştırılması
4. Kadınların Bazı Sosyo-Demografik, Obstetrik ve DSD'e Ait Verilerinin Postpartum Depresyon Puanları ile Karşılaştırılması
5. Kadınların Doğumla Birlikte Kazandığı Yeni Roller ve Bebeklerde Karşılaşılan Olası Sağlık Sorunları ile EDSDÖ Puanlarının Karşılaştırılması
6. Kadınların Gebelikteki Sağlık Sorunları, Doğum Sonrası Yardım Alma Durumları, IFSAC Puanları ile EDSDÖ Puan İlişkisi

4.1. Kadınların Sosyo-Demografik ve Bazı Obstetrik Özelliklerine Yönelik Bulguları

Tablo 4.1.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

n=200		
Sosyo-Demografik Özellikleri	n	%
Yaş		
20-29	76	38.0
30-34	82	41.0
35-44	42	21.0
$\bar{X} \pm ss$	30.77± 4.30	
Eğitim durumu		
İlköğretim	26	13.0
Lise	68	34.0
Üniversite ve üstü	106	53.0
Aylık Gelir		
2800 TL >	120	60.0
2800 TL ≤	80	40.0
Çalışma durumu		
Çalışan	70	35.0
Çalışmayan	130	65.0
Evlilik yılı		
1-4 yıl	85	42.5
5-9 yıl	59	29.5
10 yıl ≤	56	28.0

Tablo 4.1.1’de çalışmaya katılan 200 kadının sosyo-demografik özellikleri gösterilmektedir. Çalışmaya katılan kadınların %41’i 30-34 yaş grubunda, %53’ü üniversite ve üzeri düzeyde eğitim almış, %60’ının aylık geliri 2800 TL’den az, %65’inin çalışmadığı ve %42.5’inin 1-4 yıldır evli olduğu görülmektedir.

Tablo 4.1.2. Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı

n=200		
Obstetrik Özellikler	n	%
Gebeliğin planlı olma durumu		
Planlı	149	74.5
Plansız	51	25.5
Gebelikte eğitim alma durumu		
Alan	48	24.0
Almayan	152	76.0
Doğum şekli		
Normal	82	41.0
Sezaryen	118	59.0
Yaşayan çocuk sayısı		
1	93	46.5
2	85	42.5
3 ≤	22	11.0
Doğum sonrası dönem		
6-12 hafta	71	35.5
13-24 hafta	129	64.5

Tablo 4.1.2’de araştırmaya katılan kadınların obstetrik özelliklerine yönelik bulgular gösterilmektedir. Kadınların %74.5’inin gebeliğini planladığı, %76’sının gebelikte doğum sonrasına yönelik profesyonel bir eğitim almadığı, %59’unun sezaryenle doğum yaptığı, %46.5’inin bir yaşayan çocuğunun olduğu ve %64.5’inin postpartum 13-24 haftalar arasındaki dönemde olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.2. Kadınların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Doğum Şekline Göre Karşılaştırılması

Sosyo- Demografik Özellikler	Normal Doğum		Sezaryen Doğum		İstatistiksel Analiz**	
	n=82		n=118		n=200	
	n	%	n	%	χ^2	p
Yaş						
20-29	40	52.6	36	47.4	7.080	.029
30-34	29	35.4	53	64.6		
35-44	13	31.0	29	69.0		
$\bar{X} \pm ss$	29.56 $\pm$ 4.40		31.61 $\pm$ 4.04		*Z=3607.500	.002
Eğitim durumu						
İlköğretim	17	65.4	9	34.6	7.542	.023
Lise	24	35.3	44	64.7		
Üniversite ve üstü	41	38.7	65	61.3		
Aylık Gelir						
2800 TL>	56	46.7	64	53.3	3.982	.046
2800 TL≤	26	32.5	54	67.5		
Çalışma durumu						
Çalışan	22	31.4	48	68.6	4.079	.043
Çalışmayan	60	46.2	70	53.8		

Tablo 4.2.'nin devamı

Sosyo- Demografik Özellikler	Normal Doğum		Sezaryen Doğum		İstatistiksel Analiz**	
	n=82		n=118		n=200	
	n	%	n	%	χ^2	p
Evlilik yılı						
1-4 yıl	39	45.9	46	54.1	2.069	.356
5-9 yıl	20	33.9	39	66.1		
10 yıl ≤	23	41.1	33	58.9		
Çocuk sayısı						
1	40	43.0	53	57.0	0.731	.694
2	32	37.6	53	62.4		
3 ≤	10	45.5	12	54.4		

*Mann Whithney U Test

**Pearson Chi-Square Test

Tablo 4.2'de bazı sosyo-demografik özelliklerinin doğum şekline göre karşılaştırılması gösterilmiştir. Kadınlardan 20-29 yaş grubunda olanların %52.6'sının, ilköğretim mezunu olanların %65.4'ünün, aylık geliri 2800 TL'den az olanların %46.7'sinin, çalışmayanların %46.2'sinin ve 1-4 yıldır evli olanların %45.9'unun normal doğum yaptığı saptanmıştır. Kadınlardan; 35 ve üzeri yaş grubunda olanların %69.0'unun, lise mezunu olanların %64.7'sinin, aylık geliri 2800 TL ve üzerinde olanların %67.5'inin, çalışanların %68.6'sının, 5-9 yıldır evli olanların %66.1'inin ve 2 çocuğa sahip olanların %62.4'ünün sezaryenle doğum yaptığı belirlenmiştir. Araştırmaya alınan kadınların yaş ortalaması normal doğum yapanlarda 29.56 ± 4.40 , sezaryenle doğum yapanlarda 31.61 ± 4.04 olduğu ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p=.002$).

Kadınların yaş ($p=.029$), eğitim ($p=.023$), aylık gelir ($p=.046$) ve çalışma ($p=.043$) durumları ile sezaryenle doğum yapma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Normal ve sezaryenle doğum yapanların evlilik yılı ve çocuk sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

4.3. Kadınların Bazı Sosyo-Demografik, Obstetrik ve Doğum Sonrası Döneme İlişkin Verilerine Göre Fonksiyonel Durumun Karşılaştırılması

Tablo 4.3.1. Kadınların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin IFSAC Alt Skala Puanlarına Göre Dağılımı

Sosyo- Demografik Özellikler		n	IFSAC Alt Skala Puan Ortalamaları				n=200 Toplam IFSAC Ortalaması $\bar{X} \pm SD$
			Ev İçi Faaliyetler $\bar{X} \pm SD$	Sosyal ve Toplumsal Faaliyetler $\bar{X} \pm SD$	Bebek Bakım Sorumlulukları $\bar{X} \pm SD$	Öz bakım Faaliyetleri $\bar{X} \pm SD$	
Yaş							
20-29	76	3.06±0.63	3.05±0.86	3.82±0.28	2.86±0.38	3.15±0.33	
30-34	82	3.16±0.58	2.81±0.84	3.82±0.24	2.87±0.43	3.15±0.34	
35-44	42	3.15±0.96	2.51±1.10	3.80±0.30	2.85±0.54	3.10±0.52	
İstatistiksel analiz*		0.993	7.960	0.935	0.372	0.039	
p		.609	.019	.627	.830	.981	
Eğitim durumu							
İlköğretim	26	3.34±0.88	2.91±0.92	3.76±0.26	2.94±0.46	3.23±0.41	
Lise	68	3.19±0.62	3.00±0.93	3.84±0.27	2.84±0.42	3.20±0.33	
Üniversite ve üstü	106	3.02±0.65	2.72±0.92	3.82±0.28	2.85±0.44	3.08±0.40	
İstatistiksel analiz*		4.704	4.171	4.432	1.150	4.338	
p		.095	.124	.109	.563	.114	
Aylık gelir							
2800 TL >	120	3.21±0.67	2.97±0.91	3.80± 0.29	2.88±0.44	3.19±0.35	
2800 TL ≤	80	2.98±0.67	2.66±0.93	3.85± 0.25	2.85±0.44	3.06±0.41	
İstatistiksel analiz*		5.299	5.158	1.487	1.082	5.437	
p		.021	.023	.223	.298	.020	
Çalışma durumu							
Çalışıyor	70	2.91±0.63	2.66±0.89	3.82±0.28	2.85±0.44	3.03±0.38	
Çalışmıyor	130	3.24±0.68	2.94±0.94	3.82±0.27	2.87±0.44	3.21±0.37	
İstatistiksel analiz*		11.886	4.648	0.008	0.815	12.465	
p		.001	.031	.928	.367	<.001	

Tablo 4.3.1'in devamı

						n=200
Sosyo- Demografik Özellikler	n	IFSAC Alt Skala Puan Ortalamaları				Toplam IFSAC Ortalaması $\bar{X} \pm SD$
		Ev İçi Faaliyetler $\bar{X} \pm SD$	Sosyal ve Toplumsal Faaliyetler $\bar{X} \pm SD$	Bebek Bakım Sorumlulukları $\bar{X} \pm SD$	Öz bakım Faaliyetleri $\bar{X} \pm SD$	
Evlilik yılı						
1-4 yıl	85	3.04±0.62	2.84±0.87	3.81± 0.28	2.85±0.40	3.12±0.34
5-9 yıl	59	3.15±0.60	3.12±0.83	3.83± 0.26	2.87±0.42	3.17±0.34
10 yıl ≤	56	3.22±0.82	2.56±1.04	3.83± 0.28	2.88±0.51	3.15±0.49
İstatistiksel analiz*		2.351	9.133	0.042	0.778	1.685
p		.309	.010	.979	.678	.431

* Kruskal Wallis Test

Not: Çalışmaya katılan kadınların 7'si DSD'de işe başladığı için mesleki faaliyetler IFSAC alt skalası istatistiksel değerlendirme dışında bırakılmıştır.

Tablo 4.3.1'de kadınların bazı sosyo-demografik verilerine göre doğum sonrası fonksiyonel durum envanteri (IFSAC) alt skala puan ortalamaları görülmektedir. Kadınların yaş gruplarına göre sosyal ve toplumsal faaliyetler IFSAC alt skalası incelendiğinde kadınların yaşı arttıkça sosyal ve toplumsal faaliyet IFSAC alt skala puanlarının azalmakta olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p=0.19$). Kadınların eğitim durumlarına göre grupların IFSAC tüm alt skala ve toplam IFSAC puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Kadınların aylık gelir gruplarına göre aylık geliri 2800 TL'nin altında olanların, 2800 TL ve üzerinde olanlara oranla ev içi ($p=.021$), sosyal ve toplumsal ($p=.023$) faaliyetler IFSAC alt skala ve IFSAC toplam ($p=.020$) puanlarının daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Kadınların çalışma durumlarına göre çalışmayan kadınların çalışan kadınlara oranla ev içi ($p=.001$), sosyal ve toplumsal ($p=.031$) faaliyetler IFSAC alt skala ve IFSAC toplam ($p<.001$) puanlarının daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Kadınların evlilik yıllarına göre sosyal ve toplumsal faaliyetler

IFSAC alt skala puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Kadınların sosyal ve toplumsal faaliyetler IFSAC alt skala puanlarının 10 yıl ve üzerinde evlilik yılı olanların 5-9 yıl ve 1-4 yıldır evli olanlara oranla istatistiksel olarak düşük olduğu bulunmuştur (p=.010).

Tablo 4.3.2. Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerinin IFSAC Alt Skala Puanlarına Göre Dağılımı

		n=200				
Obstetrik Özellikler	n	IFSAC Alt Skala Puan Ortalamaları				Toplam IFSAC Ortalaması
						$\bar{X} \pm SD$
		Ev İçi Faaliyetler	Sosyal ve Toplumsal Faaliyetler	Bebek Bakım Sorumlulukları	Öz bakım Faaliyetleri	
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
Gebeliğin planlı olma durumu						
Planlı	149	3.06±0.64	2.83±0.92	3.83± 0.28	2.83±0.45	3.11±0.37
Plansız	51	3.32±0.76	2.88±0.97	3.81± 0.26	2.96±0.40	3.23±0.39
İstatistiksel analiz*		4.380	0.109	0.840	3.370	4.298
p		.036	.741	.359	.066	.038
Gebelikte eğitim alma durumu						
Alan	48	3.04±0.64	2.85±0.86	3.75± 0.33	2.94±0.44	3.13±0.42
Almayan	152	3.15±0.69	2.84±0.95	3.84± 0.25	2.84±0.44	3.15±0.37
İstatistiksel analiz*		1.134	0.001	4.166	1.874	0.028
p		.287	.978	.041	.171	.867
Doğum şekli						
Normal	82	3.25±0.73	2.97±0.88	3.82±0.27	2.89±0.42	3.21±0.36
Sezaryen	118	3.04±0.63	2.76±0.96	3.82±0.28	2.85±0.45	3.10±0.40
İstatistiksel analiz*		4.218	2.147	0.009	0.157	4.673
p		.040	.143	.925	.692	.031

Tablo 4.3.2.'nin devamı

						n=200
Obstetrik Özellikler	n	IFSAC Alt Skala Puan Ortalamaları				Toplam IFSAC Ortalaması
		Ev İçi Faaliyetler	Sosyal ve Toplumsal Faaliyetler	Bebek Bakım Sorumlulukları	Öz bakım Faaliyetleri	$\bar{X} \pm SD$
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
Yaşayan çocuk sayısı						
1	93	3.00±0.64	2.81±0.88	3.80±0.29	2.85±0.39	3.09±0.36
2	85	3.20±0.61	2.98±0.95	3.84±0.24	2.90±0.47	3.20±0.37
3 ≤	22	3.38±0.96	2.48±0.98	3.83±0.30	2.82±0.51	3.19±0.49
İstatistiksel analiz*		6.848	5.427	0.516	1.310	5.533
p		.033	.066	.773	.519	.063
Doğum sonrası dönem						
6-12 hafta	71	2.89±0.83	2.69±0.97	3.83±0.29	2.71±0.46	2.99±0.44
13-24 hafta	129	3.25±0.54	2.93±0.90	3.82±0.26	2.95±0.40	3.23±0.32
İstatistiksel analiz*		14.225	2.852	0.751	12.746	14.265
p		<.001	.091	.386	<.001	<.001

* Kruskal Wallis Test

Tablo 4.3.2'de kadınların bazı obstetrik özelliklerinin doğum sonrası fonksiyonel durum envanter (IFSAC) alt skala puan ortalamaları görülmektedir. Kadınların gebeliğin oluşum şekline göre gebeliğini planlamayanların planlayanlara oranla ev içi aktiviteleri (p=.036) IFSAC alt skala ve IFSAC toplam (p=.038) puanlarının daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Kadınlardan gebelikte eğitim almayanların alanlara oranla bebek bakım sorumluluk IFSAC alt skala puanlarının daha yüksek olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (p=.041). Kadınların doğum şekline göre normal doğum yapanların sezaryenle doğum yapanlara oranla ev içi aktiviteleri (p=.040) IFSAC alt skala ve IFSAC toplam (p=.031) puanlarının daha yüksek

olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Kadınların yaşayan çocuk sayısına göre üç ve daha fazla çocuğu olanların diğer gruplara oranla ev içi aktiviteleri IFSAC alt skala puanının daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=.033$). Kadınların doğum sonrası döneme göre 13-24 haftalar arasında olanların, 6-12 haftalar arasında olanlara oranla ev içi ($p<.001$), öz bakım faaliyetleri ($p<.001$) IFSAC alt skala ve IFSAC toplam ($p<.001$) puanlarının daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.3.3. Kadınların Bazı Doğum Sonrası Dönem Özelliklerine Göre IFSAC Alt Skala Puanlarının Dağılımı

Doğum Sonrası Dönem Özellikleri		IFSAC Alt Skala Puan Ortalamaları				n=200 Toplam IFSAC Ortalaması $\bar{X} \pm SD$
n		Ev İçi Faaliyetler $\bar{X} \pm SD$	Sosyal ve Toplumsal Faaliyetler $\bar{X} \pm SD$	Bebek Bakım Sorumlulukları $\bar{X} \pm SD$	Öz bakım Faaliyetleri $\bar{X} \pm SD$	
Doğum sonrası yardım alma						
Alan	153	3.08±0.72	2.84±0.92	3.81± 0.29	2.85±0.46	3.12±0.41
Almayan	47	3.26±0.50	2.84±0.96	3.86± 0.22	2.90±0.36	3.21±0.28
İstatistiksel analiz*		2.597	0.000	0.201	0.454	2.056
p		.107	.995	.654	.501	.152
Doğum sonrası yardım alınan süre						
40 gün >	60	3.21±0.73	2.83±0.90	3.88± 0.22	2.80±0.49	3.16±0.40
40 gün ≤	93	3.00±0.71	2.86±0.94	3.76± 0.32	2.89±0.44	3.10±0.42
İstatistiksel analiz*		1.390	0.097	6.663	1.471	0.476
p		.238	.755	.010	.225	.490
Doğum sonrası yardımı yeterli bulma durumu						
Yeterli	118	3.06±0.67	2.91±0.91	3.81± 0.30	2.90±0.43	3.14±0.41
Yetersiz	35	3.17±0.87	2.62±0.93	3.82± 0.25	2.70±0.53	3.08±0.42
İstatistiksel analiz*		0.042	2.720	0.010	4.277	1.556
p		.838	.099	.920	.039	.212
Bebeğin gece uyku saatleri						
4 saat >	150	3.10±0.63	2.88±0.93	3.82± 0.28	2.86±0.44	3.13±0.37
4 saat ≤	50	3.19±0.82	2.72±0.95	3.81± 0.25	2.90±0.44	3.16±0.43
İstatistiksel analiz*		0.363	1.008	0.364	0.007	0.447
p		.547	.315	.546	.934	.504

* Kruskal Wallis Test

Tablo 4.3.3’de kadınların bazı doğum sonrası döneme ilişkin özelliklerine göre doğum sonrası fonksiyonel durum envanter (IFSAC) alt skala puan ortalamaları görülmektedir. Kadınların doğum sonrası yardım alma durumlarına göre yardım alan ve almayanların ev içi, sosyal-toplumsal, öz bakım faaliyetleri, bebek bakım sorumlulukları IFSAC alt skala ve IFSAC toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Kadınların doğum sonrası yardım alma süresine göre 40 günden az yardım alanların 40 gün ve daha fazla süre yardım alanlara oranla bebek bakım sorumluluğu IFSAC alt skala puanının daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=.010$). Kadınların doğum sonrası aldıkları yardım hakkındaki düşüncelerine göre yardımın yeterli olma düşüncesi olanların yardımın yeterli olmadığı düşüncesi olanlara oranla öz bakım faaliyetleri IFSAC alt skala puanının daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=.039$). Kadınların doğum sonrası alınan yardımın yeterli olma ya da olmama düşüncesi ile diğer IFSAC alt skala ve toplam IFSAC puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Kadınların bebeğin gece uyku saatlerine göre 4 saatten az uyuyan bebeğe sahip olanların 4 saat ve daha uzun süre uyuyan bebeğe sahip olanlara oranla tüm IFSAC alt skala ve IFSAC toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

4.4. Kadınların Bazı Sosyo-Demografik, Obstetrik ve Doğum Sonrası Döneme Ait Verilerinin Postpartum Depresyon Puanları ile Karşılaştırılması

Tablo 4.4.1. Kadınların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçek (EDSDÖ) Puanlarına Göre Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	EDSDÖ Puanı				n=200	
	0-12 n=159		13-30 n=41		İstatistiksel Analiz*	
	n	%	n	%		
Yaş						
20-29	61	80.3	15	19.7	0.052	.974
30-34	65	79.3	17	20.7		
35-44	33	78.6	9	21.4		
Eğitim durumu						
İlköğretim	21	88.2	5	19.2	2.318	.314
Lise	50	73.5	18	26.5		
Üniversite ve üstü	88	83	18	17		
Aylık gelir						
2800 TL >	93	77.5	27	22.5	0.736	.391
2800 TL ≤	66	82.5	14	17.5		
Çalışma durumu						
Çalışıyor	60	85.7	10	14.3	2.552	.110
Çalışmıyor	99	76.2	31	23.8		
Evlilik yılı						
1-4 yıl	65	76.5	20	23.5	2.476	.290
5-9 yıl	51	86.4	8	13.6		
10 yıl ≤	43	76.8	13	23.2		
Toplam	159	79.5	41	20.5		

*Pearson Chi-Square Test

Tablo 4.4.1’de kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerinin EDSDÖ puanlarına göre dağılımı görülmektedir. Kadınların %20.5’inde postpartum depresyon riski olduğu bulunmuştur. Kadınların yaş, aylık gelir, eğitim ve çalışma durumu ile evlilik yıllarına göre EDSDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Çalışmamızda PPD riski olan kadınlar telefonla aranarak durumdan haberdar edilmişlerdir. Bu kadınlardan sadece 5’i psikiyatri uzmanı ile görüşmek için randevu talebinde bulunmuş, ancak kadınların Konsültasyon Liyezyon Psikiyatri (KLP) polikliniğine başvurmadiğı öğrenilmiştir.

Tablo 4.4.2. Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerinin Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçek (EDSDÖ) Puanlarına Göre Dağılımı

	EDSDÖ Puanı				n=200	
Obstetrik Özellikler	0-12		13-30		İstatistiksel Analiz*	
	n=159		n=41			
	n	%	n	%	χ ²	p
Gebeliğin planlı olma durumu						
Planlı	121	81.2	28	18.8	1.046	.306
Plansız	38	74.5	13	25.5		
Gebelikte eğitim alma durumu						
Alan	41	85.4	7	14.6	1.357	.244
Almayan	118	77.6	34	22.4		
Doğum şekli						
Normal	69	84.1	13	15.9	1.841	.175
Sezaryen	90	76.3	28	23.7		
Yaşayan çocuk sayısı						
1	75	80.6	18	43.9	1.189	.552
2	65	76.5	20	23.5		
3 ≤	19	86.4	3	13.4		

Tablo 4.4.2.'nin devamı

	EDSDÖ Puanı				n=200	
Obstetrik Özellikler	0-12		13-30		İstatistiksel Analiz*	
	n=159		n=41			
	n	%	n	%	χ2	p
Doğum sonrası dönem						
6-12 hafta	57	80.3	14	19.7	0.041	.839
13-24 hafta	102	79.1	27	20.9		
Gebelikte sağlık problemi						
Var	32	66.7	16	33.3	6.382	.012
Yok	127	83.6	25	16.4		
Gebelikte riskli gebelik yaşama durumu						
Yaşayan	16	80.0	4	20.0	0.003	.953
Yaşamayan	143	70.4	37	20.6		
Gebelikte psikolojik sorun yaşama durumu						
Yaşayan	16	57.1	12	42.9	9.986	.002
Yaşamayan	143	83.1	29	16.9		

* Pearson Chi-Square Test

Tablo 4.4.2'de kadınların bazı obstetrik özellikleri ile EDSDÖ puanları arasındaki ilişki yer almaktadır. Kadınların %33.3'ünün gebelikte sağlık sorunu yaşadığı ve gebelikte psikolojik sorunlar yaşayanların %42.9'unun EDSDÖ puanları PPD risk grubundadır. Kadınların gebelikte sağlık sorunu ve psikolojik sorun yaşaması ile EDSDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Kadınların gebeliği planlama, gebelikte eğitim alma durumu, doğum şekli, yaşayan çocuk sayısı ve doğum sonrası dönem ile EDSDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.4.3. Kadınların Doğum Sonrası Döneme Ait Bazı Verilerine Göre EDSDÖ Puanlarının Dağılımı

Doğum	EDSDÖ Puanı				n=200	
Sonu	0-12		13-30		İstatistiksel Analiz*	
Dönem	n=159		n=41			
Özellikleri	n	%	n	%	χ ²	p
Doğum sonu yardım alma						
Alan	127	83.0	26	17.0	4.912	.027
Almayan	32	68.1	15	31.9		
Doğum sonrası alınan yardım süresi						
40 gün >	50	83.3	10	16.7	0.007	.931
40 gün ≤	77	82.8	16	17.2		
Doğum sonrası yardımı yeterli bulma durumu						
Yeterli	100	84.7	17	15.3	1.106	.293
Yetersiz	27	77.1	9	22.9		
Bebeğin gece uyku saatleri						
4 saat >	120	80.0	30	20.0	0.092	.762
4 saat ≤	39	77.6	11	22.4		

*Pearson Chi-Square Test

Tablo 4.4.3’de kadınların doğum sonrası döneme ilişkin bazı verilerine göre EDSDÖ puanlarının dağılımı sunulmuştur. Doğum sonrasında yardım almayan kadınların %31.9’unda PPD riski olduğu ve EDSDÖ puanlarına göre yardım almayanların PPD riski ile yardım alanların PPD riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (p=.027). Kadınların doğum sonrasında 40 günden az sürede yardım almaları, aldıkları doğum sonrası yardımı yeterli bulmamaları ve bebeğin gece uyku saatinin 4 saatten az olması ile EDSDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (p>0.05).

4.5. Kadınların Doğumla Birlikte Kazandığı Yeni Roller ve Bebeklerde Karşılaşılan Olası Sağlık Sorunları ile EDSDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 4.5.1. Kadınların Bebek Bakımı ve Annelik Rolüne Adaptasyon Düşüncesine Göre EDSDÖ Puanlarının Dağılımı

Doğum	EDSDÖ Puanı				n=200	
Sonu	0-12		13-30		İstatistiksel Analiz*	
Dönem	n=159		n=41			
Özellikleri	n	%	n	%	χ2	p
Bebek bakımında zorluk yaşama						
Evet	44	66.7	22	33.3	9.955	.002
Hayır	115	85.8	19	14.2		
Annelik rolüne adapte olma düşüncesi						
Evet	145	82.4	31	17.6	7.497	.006
Hayır	14	58.3	10	41.7		

*Pearson Chi-Square Test

Tablo 4.5.1.'de kadınların bebek bakımında zorluk yaşama ve annelik rolüne adaptasyon düşüncesine göre EDSDÖ puanlarının dağılımı sunulmuştur. Kadınlar yeni rollerine alışmaya çalışırken, bazı kadınlar bebek bakımında zorlandıklarını ifade etmişlerdir. Kadınlardan bebek bakımının zor olduğunu ifade edenlerin %33.3'ünün EDSDÖ puanına göre PPD riski olduğu belirlenmiş ve bebek bakımında zorluk yaşama ile EDSDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p=.002). Annelik rolüne adapte olmadığını düşünen kadınların %41.7'sinin PPD riski yüksek bulunmuştur. Kadınlardan kendilerini annelik rolüne adapte olmamış olarak değerlendirenlerin, annelik rolüne adapte olmuş olarak değerlendirenlerle oranla EDSDÖ puanları arasındaki fark istatistiksel olarak bir fark olduğu ve bu farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir (p=.006).

Tablo 4.5.2. Kadınların Bebeklerindeki Olası Bazı Sağlık Sorunlarına Göre EDSDÖ Puanlarının Dağılımı

Bebeklerdeki Olası Sağlık Sorunları	EDSDÖ Puanı				n=200	
	0-12		13-30		İstatistiksel Analiz*	
	n=159		n=41			
	n	%	n	%	χ2	p
Sarılık						
Evet	20	80.0	5	20.0	0.004	.947
Hayır	139	79.4	36	20.6		
Kolik (Gaz şikayeti)						
Evet	19	70.4	8	29.6	1.596	.206
Hayır	140	80.9	33	19.1		
Pamukçuk						
Evet	5	71.4	2	28.6	0.290	.590
Hayır	154	79.8	39	20.2		
Pişik						
Evet	11	78.6	3	21.4	0.008	.929
Hayır	148	79.6	38	20.4		
Yetersiz kilo alımı						
Evet	4	100	0	0	1.052	.305
Hayır	159	79.1	41	20.9		
Diğer (aşırı ağlama, nezle, grip, konstipasyon)						
Evet	13	76.5	4	23.5	0.097	.755
Hayır	146	79.8	37	20.2		

*Pearson Chi-Square Test

Tablo 4.5.2.'de doğum sonrası dönemde kadınların bebeklerindeki olası bazı sağlık sorunlarına göre EDSDÖ puanlarının dağılımı sunulmuştur. Kadınların bebeklerinde olası sağlık sorunu olanlarda; sarılık olanların %20'si, kolik şikayeti bulunanların %29.6'sı, pamukçuk olanların %28.6'sı, pişik görülenlerden %21.4'ünde PPD riski olduğu ve bebeklerde görülen olası

sağlık sorunları ile EDSDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.6. Kadınların Gebelikteki Sağlık Sorunları, Doğum Sonrası Yardım Alma Durumları, IFSAC Puanları ile EDSDÖ Puan İlişkisi

Tablo 4.6.1. Gebelikte Sağlık Sorunu Yaşama, Doğum Sonrası Yardım Almama ve Toplam IFSAC'a Göre PPD Riskinin Değerlendirilmesi

	B	p*	OR	%95 Güven Aralığı
Sağlık sorunu yok	R			
Gebelikte riskli durum yaşama	.249	.686	1.283	0.383-4.292
Gebelikte psikolojik sorun yaşama	1.408	.002	4.087	1.659-10.070
Doğum sonrası yardım almama	.862	.033	2.369	1.072-5.234
Toplam IFSAC	-1.058	.030	.347	0.134-0.900

Çoklu Lojistik Regresyon Test

OR: Odd's Ratio

R: Referans

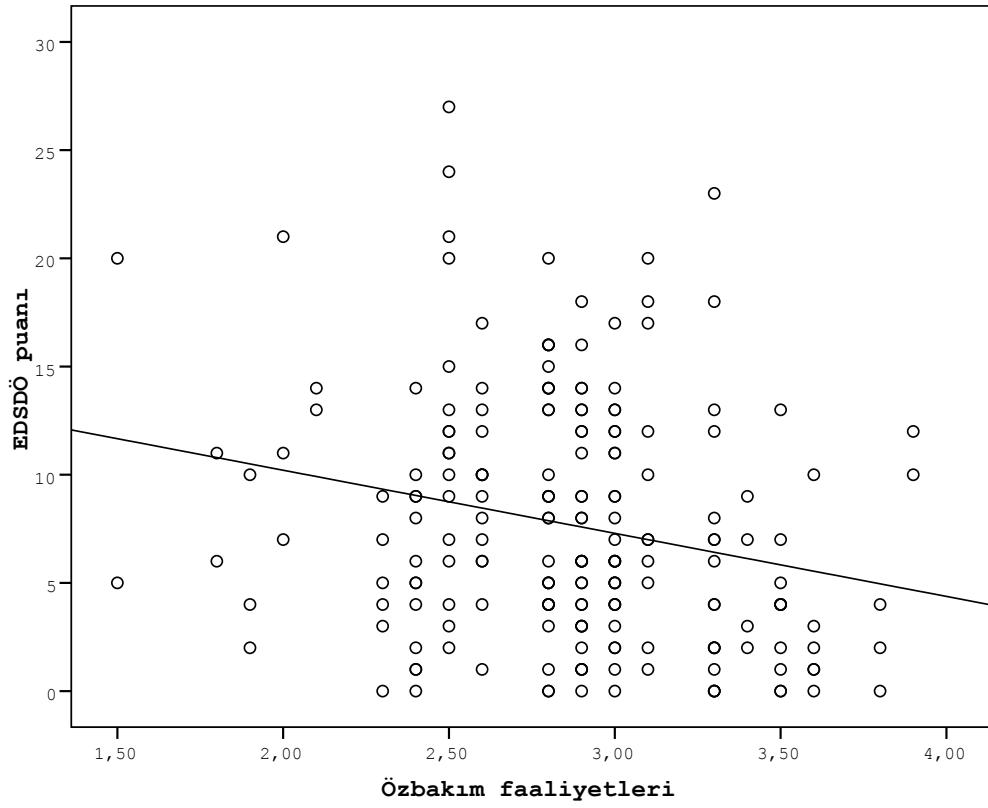
Tablo 4.6.1.'de kadınların EDSDÖ puanlarının, gebelikte sağlık sorunu yaşama, doğum sonrası yardım almama, toplam fonksiyonel durum puanlarına göre dağılımı sunulmuştur. Yapılan çoklu lojistik regresyon analizinde; gebelikte psikolojik sorun yaşadığını ifade eden kadınların 4.08 kat ($p=.002$), doğum sonrası yardım almadığını belirten kadınların 2.36 kat ($p=.033$) EDSDÖ puanlarının daha fazla olduğu belirlenmiştir. EDSDÖ puanlarına göre toplam IFSAC puanının her 1 puanlık artışında PPD riskini 0.34 kat ($p=.030$) azalttığı bulunmuştur.

Tablo 4.6.2. Kadınların Doğum Sonrası Fonksiyonel Durumları (IFSAC) ile EDSDÖ Puanına Göre PPD Risk İlişkisi

IFSAC alt skalaları	n	EDSDÖ Puanı	
		r*	p
Ev içi faaliyetler	200	-.010	.887
Sosyal ve toplumsal faaliyetler	200	-.090	.206
Bebek bakım sorumlulukları	200	.070	.327
Öz bakım faaliyetleri	200	-.233	.001
Toplam IFSAC	200	-.136	.055

*Spearman rho Korelasyon Test

Tablo 4.6.2.'de kadınların doğum sonrası fonksiyonel durum (IFSAC) alt skala ve toplam IFSAC puanları ile EDSDÖ puanları arasındaki korelasyon görülmektedir. Kadınların ev içi, sosyal-toplumsal faaliyetleri, bebek bakım sorumlulukları IFSAC alt skala ve toplam IFSAC puanları ile EDSDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Kadınların öz bakım faaliyetleri IFSAC alt skala puanı ile EDSDÖ puanı arasında negatif bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($p=.001$).



Şekil 4.1. Kadınların Öz Bakım IFSAC Alt Skala Puanı ile EDSDÖ Puanının Korelasyon Eğrisi

Şekil 4.1’de IFSAC öz bakım puanları ile EDSDÖ puanları arasındaki korelasyon eğrisi sunulmuştur. Kadınların EDSDÖ puanlarındaki artışı IFSAC öz bakım puanlarının azalmasına neden olduğu ve bu iki parametre arasında negatif korelasyon olduğu saptanmıştır.

TARTIŞMA

Bu bölümde, çalışmaya alınan kadınların sosyo-demografik, obstetrik ve doğum sonrası dönem verilerine göre fonksiyonel durumları ile PPD risklerinden elde edilen sonuçlar tartışılmıştır.

Kadınların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Doğum Şekline Göre Tartışılması

Bu çalışmada, kadınların %59'unun sezaryen ile doğum yaptığı belirlenmiştir (Tablo 4.1.2). Ülkemizde TNSA 2008 verilerine göre sezaryen ile doğum yapma oranı kentte %42, kırsalda %24 olmakla birlikte Türkiye ortalaması %37'dir (85). Sayiner ve arkadaşları (44) 500 kadın ile yaptığı çalışmada kadınların sezaryenle doğum oranını %24.4 bulmuşlardır. Konakçı ve Kılıç (86)'ın yaptığı çalışmada; 1251 canlı doğumun %40.2'sinin sezaryenle sonuçlandığı saptanmıştır. Duman ve arkadaşlarının (43), hastanede çalışan 250 kadın sağlık personeliyle yaptıkları çalışmada, kadınların %53.1'inin sezaryenle doğum yaptığı, bu oranın %16.3'ünün kendi isteği ile sezaryen doğumu tercih ettiği bulunmuştur. Bu çalışma, sezaryenle doğum oranı açısından literatürdeki araştırma sonuçlarına paralellik göstermektedir. DSÖ tüm ülkelerde sezaryen oranını %15 olarak sınırlamıştır (86, 87). Tüm ülkelerde sezaryenle doğum oranı son yıllarda artış göstermiştir. Sezaryen oranının yükselmesini; primer sezaryen oranının yüksek olması, kıymetli bebek doğumlarında sezaryenin tercih edilmesi, kadının tercihinin sezaryenden yana olması ve travay takibi yerine planlı sezaryenin hekim tarafından tercih edilmesi gibi birçok faktör etkileyebilir. Hollanda gibi gelişmiş ülkelerde sezaryen oranlarının düşük olması bu ülkelerde kadının prekonsepsiyonel dönemden doğum sonu döneme kadar bakım, izlem ve danışmanlık eğitiminde ebe/hemşirelerin etkin rol almasından kaynaklanmaktadır (44). Bizim ülkemizde de ebe/hemşireler gebe takibinde, eğitiminde daha aktif rol alırlarsa ve normal doğuma yönelik eğitimlerle kadınlar normal doğuma özendirilirse sezaryen oranlarının düşürülebileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınların; yaş, eğitim seviyesi, aylık gelir ve çalışma durumlarının doğum şekline (normal/sezaryenle) göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, ancak evlilik yılı ve çocuk sayısının doğum şekline göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (Tablo 4. 2). Kadınların yaşları, aylık geliri arttıkça sezaryenle doğum oranı anlamlı şekilde artış göstermiştir. Çalışan kadınların çalışmayan kadınlara oranla daha fazla sezaryenle doğum yaptıkları bulunmuştur. Konakçı ve Kılıç (86)'ın yaptığı çalışmada, doğumların yarıya yakınının sezaryenle olduğu ve anne yaşının artması ile sezaryenle doğum oranlarında anlamlı bir artış olduğu belirtilmiştir. Çalışmamıza benzer şekilde anne yaşı arttıkça sezaryenle doğum oranı ve sezaryenle doğum tercihinin anlamlı şekilde artış gösterdiği, aynı zamanda ekonomik düzeyi yüksek olan kadınların sezaryenle doğum oranında anlamlı artış olduğu Yaşar ve arkadaşları (88) tarafından belirtilmiştir. Sayiner ve arkadaşları (44), kadınların sezaryenle doğum yapma tercihlerinin yaş, eğitim durumu, gelir durumu, evlenme yaşına paralel olarak arttığını bulmuşlardır. Bu araştırmalar bizim sonuçlarımızı desteklemektedir. Yaşar ve arkadaşlarının (88) 314 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada, bizim çalışmamızın aksine doğum şeklini tercih etmede kadınların eğitim durumunun etkili olmadığı bulunmuştur.

Sezaryenle doğumlardaki artış nedenleri arasında, kadının eğitim seviyesinin yükselmesine paralel olarak evlenme yaşının daha geç yaşlarda olması, ileriki yaşlarda gebelik geçirme ve infertilite nedeni ile “Kıymetli bebek” kavramının ortaya çıkması sayılabilir. Sezaryenle doğum; hem anne hem de yenidoğan açısından risk taşımakta, normal doğuma oranla hastaya daha yüksek maliyet getirmektedir.

Kadınların Doğum Sonrası Fonksiyonel Durumlarının Tartışılması

Çalışmamızda kadınların yaşı arttıkça, IFSAC sosyal ve toplumsal faaliyet puanlarının anlamlı bir şekilde azaldığı ve toplam IFSAC puanının da yaş arttıkça düştüğü bulunmuştur (Tablo 4.3.1). Kadınların yaşı arttıkça sahip oldukları çocuk sayısı, ev içi sorumlulukları ve çalışan kadın için mesleki

sorumlulukları artmaktadır. Kadın yaşının ilerlemesi ile artan sorumluluklara cevap vermesi zorlaşabilir. Kadınlar hem kendi, hem de çocuklarının ihtiyaçlarını karşılarken sosyal ve toplumsal faaliyetlere katılmayı erteleyebilirler dolayısıyla kadınların sosyal ve toplumsal faaliyetlere katılımları azalmış olabilir. Apay ve Pasinlioğlu (13) çalışmasında; kadınların yaşı arttıkça, ev içi ve öz bakım faaliyetleri, bebek bakım sorumlulukları ve toplam IFSAC puanlarının düştüğünü saptamıştır. McVeigh (10)'in belirttiği üzere Tulman ve Fawcett'in yaptığı çalışma sonucunda genç annelerin ileri yaştaki annelere oranla doğum sonrası fonksiyonel durumlarına daha hızlı kavuştuğu ancak yaşlar arasındaki farkın üçüncü aydan sonra kapandığı belirlenmiştir. McVeigh (37) doğum sonrası 200 kadın ile yaptığı çalışmada, çalışmamızın aksine yaş gruplarının fonksiyonel durumu etkilemediğini belirlemiştir.

Çalışmamızda kadınların eğitim durumları ile fonksiyonel durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.3.1). Çalışmamıza paralel olarak Özkan ve Sevil (8)'in yaptığı çalışma sonucunda kadınların eğitim durumları ile fonksiyonel durumları arasında bir ilişki olmadığı belirtilmiştir. Çalışmamızın sonuçları Özkan ve Sevil (8)'in yaptığı çalışma ile desteklenmektedir. Bu sonuç; kadınların eğitim durumları; çalışma durumları ve yaş kriterleri kendi içlerinde bağımsız değerlendirilmediği için fonksiyonel durumu etkilemediği şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda kadınlardan aylık geliri 2800 TL'den az olanların 2800 TL ve üzerinde olanlara oranla ve çalışmayanların çalışanlara oranla; ev içi, sosyal-toplumsal faaliyet ve toplam IFSAC puanları daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.3.1). Apay ve Pasinlioğlu (13) çalışmasında; maddi durumu orta ve kötü olanlar ile çalışmayan kadınların ev içi, öz bakım faaliyetleri, bebek bakım sorumlulukları ve toplam IFSAC puanlarının yüksek olduğunu saptamışlardır. Bu çalışma, bizim çalışma sonucumuzla paralellik göstermekte ve çalışmamızı desteklemektedir. Çalışan kadınlar, ev içi sorumluluklarının yanı sıra iş hayatının sorumluluklarını da yükledikleri için çalışan kadınların çalışmayan kadınlara göre iş yükü daha fazladır. Bu da

doğum sonrası çalışan kadınların fonksiyonel durumlarını olumsuz olarak etkileyebilir.

Kadınların doğum sonrası iyileşmesi genellikle üreme organlarının iyileşmesi olan 6–12 haftalık süreyi tanımlamaktadır (4, 5, 39). Ancak üreme organlarının iyileşmesi ile kadınların doğum sonrası dönemde fizyolojik, psiko-sosyal açıdan tam olarak iyileşmesi gerçekleşmemiş olabilir (8, 14). Literatürde; doğum sonrası haftalar ilerledikçe fonksiyonel durumun da geliştiği, ancak kadınların fonksiyonel durumlarına tamamen kavuşmaları için altı ay ve daha fazla zamana gereksinimlerinin olduğu gösterilmektedir (8, 12, 36). Çalışmamızda doğum sonrası 13–24 haftalar arasındaki kadınların 6–12 haftalar arasındaki kadınlara oranla ev içi, öz bakım faaliyetleri ve toplam IFSAC puan ortalamalarının yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.3.2). Bu sonuç beklenen bir sonuç olup, literatür bizim bulgularımızı desteklemektedir. (8, 12, 13, 35).

Sezaryenle doğum yapan kadınların doğum sonrası fizyolojik iyileşmesi normal doğum yapanlara göre daha uzun zaman alır (7, 12, 13, 14, 35). Sezaryenle doğum, cerrahi bir girişimdir. Ameliyat, insan vücudunun homeostazisinin bozulmasında önemli bir travmadır. Ameliyat travması ile birlikte insan vücudunun bütün sistemleri etkilenmekte, enerji gereksinimleri artmakta, metabolizma hızlanmakta ve vücudun direnci azalmaktadır (13). Bu nedenlere bağlı olarak sezaryen sonrası fonksiyonel iyileşme normal doğuma oranla daha geç olmaktadır (7, 12, 13, 14, 35). Çalışmamızda normal doğum yapan kadınların sezaryenle doğum yapan kadınlara oranla ev içi faaliyetleri ve toplam IFSAC puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 4.3.2). Benzer şekilde, Apay ve Pasinlioğlu (13) yaptığı çalışmada, normal doğum yapanların sezaryenle doğum yapanlara oranla ev içi, öz bakım faaliyetleri ve bebek bakım sorumlulukları IFSAC puan ortalamalarını daha yüksek bulmuşlardır. Çalışmamızın aksine Kızılkaya ve arkadaşlarının (7) yaptığı araştırmada; normal doğum yapanların sezaryenle doğum yapan kadınlara oranla fonksiyonel durumun kazanılması açısından anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir. Tulman ve Fawcett (14) sezaryenle doğum yapan

kadınların normal doğum yapan kadınlara oranla doğumdan 6 hafta sonra IFSAC puanlarının daha düşük seviyede olduğunu bulmuştur.

Çalışmamızda gebeliğini planlamayan kadınların planlayanlara oranla ev içi faaliyet ve toplam IFSAC puanları yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.3.2). Doğum sonrası fonksiyonel durumun geçerlilik güvenilirlik çalışmasında (8) ve Apay ve Pasinlioğlu'nun yaptığı bir başka çalışmada (13) bizim bu bulgumuzun aksine gebeliğini planlayan kadınların sosyal-toplumsal faaliyet ve toplam IFSAC puanları yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda, gebelikte eğitim almayan kadınların eğitim alanlara oranla bebek bakım sorumluluk puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3.2). Gebelikte kadına verilen eğitim, gebelikte; genel hijyen kuralları, beslenme, fizyolojik rahatsızlıklarla baş etme hakkında gerekli bilgi vermeyi, anneyi; doğuma bedenen ve psikolojik olarak hazırlamayı ve yeni doğacak bebeğin bakımı için anneyi eğitmeyi kapsar (89). Bu eğitimin, alanında yetkin kişiler tarafından ve etkin olarak verilmesi doğum sonrası annenin ve yenidoğanın bakım kalitesini artırır. Çalışmamızda eğitim almayan kadınların bebek bakımındaki fonksiyonel durumu, eğitim alanlara göre daha yüksek çıkmıştır. Bu sonuç, beklenmeyen bir sonuç olarak yorumlanmakta ve çalışmamızda eğitimin içeriğini sorgulamamış olmamıza rağmen, gebelikte verilen eğitimin niteliğinin/kapsamının sorgulanması gerekliliğini bize düşündürmektedir.

Çalışmamızda doğum sonrasında yardım alan ve yardım almayan kadınların IFSAC puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.3.3). Bizim sonucumuzu destekleyen McVeigh (37)'in 200 kadın ile yaptığı çalışmada, doğum sonrası sosyal destek ve IFSAC puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Literatürde bunun aksini belirten çalışmalar da vardır. Apay ve Pasinlioğlu (13)'nin çalışmasına göre bebek bakımında ve ev işlerinde yardım alanların almayanlara oranla ev içi faaliyetleri, bebek bakım sorumlulukları ve IFSAC toplam puan ortalamaları düşük bulunmuştur. Özkan ve Sevil (8)'in çalışması da Apay ve Pasinlioğlu'nun çalışmasına benzerdir. McVeigh (10)'in 20–35 yaş arasında 132 kadın ile yaptığı çalışmada, doğum sonu desteği olmayanların, desteği olanlara oranla sosyal

ve toplumsal faaliyetler ve toplam IFSAC puanları daha düşük bulunmuştur. Kadınların doğum sonrası fonksiyonel durumları kültürel farklılıklara göre değişiklik göstermektedir (8). Fonksiyonel duruma yönelik yapılmış olan çalışmalar genelde Amerika'da yapılmış olup, ülkemizdeki üç çalışma dışında Asya kültürünü yansıtan çalışmaya rastlanmamıştır. Klain ve Arthur (67)'un Asya kültüründeki PPD'yi inceledikleri derlemede Taylandlı kadınlara doğum sonrası 30 gün, Hindistanlı kadınlara ise doğum sonrası 40 gün boyunca geleneksel olarak ev işi yaptırılmadığı belirtilmiştir. Ülkemizde Asya kültürüne benzerlik göstermekte olup, loğusa kadına 40 gün süreyle aile, akraba ya da komşuları tarafından sosyal destek verilmektedir. Çalışmamızda kadınların doğum sonrası 40 günden daha az süre yardım alanların bebek bakım sorumluluk puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 4.3.3). Doğum sonrası 40 günlük süreden az yardım alan kadınlar tüm rollerini yerine getirirken yalnızdır. Bu nedenle bebek bakım sorumluluk puanlarının da yüksek olması beklenen sonuçtur.

Doğum yapmış bir kadının fiziksel ve psikolojik olarak dinlenmeye ihtiyacı vardır. Bebeğin beslenmesi için gerekli olan süt salınımı, annenin dinlenmesi ve yeterli uyumasıyla artacaktır. Yenidoğan bebeğin emzirilmesi sık aralıklarla olduğu için annenin dinlenmesi ancak beslenme aralarında ve bebek uyuduğunda olmaktadır. Bebeğin yeterince beslenememesi veya gaz şikâyetleri durumunda bebeğin uyku süresi kısılacaktır. Karnı yeterince doymayan ve buna bağlı uykusunu alamayan veya gazı çıkarılmayan bebeklerin uyku süreleri daha kısa olacaktır. Bu konuda hemşirelerin anneleri bilgilendirmeleri ve doğru emzirme tekniklerini öğretmeleri bu açıdan önemlidir (2, 3, 4). McVeigh (10)'in yaptığı çalışmada, bebeği gece dört saat ve daha fazla uyuyan kadınların ev içi, öz bakım faaliyetleri IFSAC alt skala puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. McVeigh'in çalışmasının aksine çalışmamıza katılan kadınların bebeğin gece uyku saatleri ile IFSAC puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 4.3.3). Bu sonuç, çalışmaya katılan annelerin yarıdan fazlasının (%64.5) 13 haftadan büyük bebeği olması nedeniyle bebeklerin uykularının daha düzenli olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Kadınların EDSDÖ'ne Göre PPD Riskinin Tartışılması

DSD, aileye yeni bir bireyin katılmasından dolayı yeni düzenin kurulduğu bir süreçtir. Bazı kadınlar bu dönemi, gebeliği planlayarak ve isteyerek geçirdiğinde bile stresli bir dönem olarak yaşayabilirler (11, 13). DSD kadınların depresyonunu belirlemeye yönelik çalışmalarda; PPD'nin dünya çapında postpartum kadınların %10-15'ini etkilediği (66, 70, 75, 76, 77), evrensel olarak PPD prevalansının %13 olduğu belirtilmiştir (28, 73, 74). Bu oran ülkeden ülkeye ve farklı kültürlerle bağlı olarak değişiklik göstermektedir (66). Türkiye'de farklı illerde yapılan çalışma sonuçlarına göre PPD prevalansı %12–30 arasında bulunmuştur (65, 66, 76, 77). Çalışmamızda postpartum 6 ile 24 hafta arasındaki 200 kadınla yaptığımız araştırma sonucunda PPD prevalansı %20.5 olarak bulunmuştur (Tablo 4.4.1). Bu kadınlar için Konsültasyon Liyezon Psikiyatri (KLP) polikliniği ile işbirliği yapılmıştır. Ancak kadınlar randevuya gelmedikleri için kesin tanı konulamamıştır. Bu oranın ülkemizde yapılan diğer çalışmalarla benzerlik gösterdiği belirlenmiştir (65, 66, 76, 77).

Amerikan Psikiyatri Birliği'ne göre PPD, doğum sonrası dördüncü haftadan başlayarak, 1 yıla kadar sürebilir (18, 65, 66, 68). Bu çalışmada, doğum sonrası 13–24 haftalar ile 6–12 haftalar arasında olan kadınlarda PPD risk farkı saptanmamıştır ($p>0.05$). Gebeliği planlayan ve planlamayan kadınlarda PPD risk farkı bu çalışmada bulunmamıştır (Tablo 4.4.2). Bizim çalışmamızın aksine Arslantaş ve arkadaşları (66) istenmeyen gebeliklerde depresyon riskini istenen gebeliklere göre yüksek bulmuştur. Gebelik istenmese dahi gebeliğin başından itibaren kadın ile doğmamış bebek arasındaki anne-bebek bağlanması nedeniyle kadının bebeğini kabullenmesi kolaylaşabilir. Özellikle de bebeğin ultrasonda görülmesi, bebek hareketlerinin anne tarafından hissedilmesi anne-bebek bağlanmasını güçlendirir (90).

Çalışmamızda gebeliğinde psikolojik sorun yaşayanların PPD riski yüksek olup (Tablo 4.4.2), yapılan lojistik regresyon analizinde bu riskin 4.08 kat olduğu (Tablo 4.6.1) bulunmuştur. Beck (28) çalışmasında, prenatal dönemdeki depresyon ve anksiyetenin PPD için birer risk faktörü olduğunu

ifade etmiştir. Klain ve Arthur (67); Beck'in çalışmasına benzer şekilde prenatal dönemdeki depresyon ve anksiyetenin ve geçirilmiş psikiyatrik öykünün PPD için güçlü risk faktörleri olduğunu belirtmişlerdir. Ülkemizde postpartum 6–8 haftalar arasındaki 248 kadın ile yapılan bir çalışmada, gebelik öncesinde ruhsal sorunları olanların PPD riski 9.8 kat yüksek bulunmuştur (66). Kadınların gebelik öncesi herhangi bir zamanda depresyon öyküsünün olması, postpartum dönemde artan sorumluluklarda başa çıkmada yaşadığı zorluklar DSD'de PPD'yi tetikleyebilir.

Çalışmamızda, doğum sonrası yardım almayan kadınların, alanlara oranla PPD riskinin yüksek olduğu ve PPD riskini 2.36 kat arttırdığı bulunmuştur (Tablo 4.4.3, Tablo 4.6.1). Postpartum kadınların yorgunluk, halsizlik, endişelenme ve kaygı gibi duygular yaşaması nedeniyle, yeni rol ve sorumluluklarına adaptasyon güçlüğü yaşadıkları bilinmektedir (11, 50). Bu nedenlerle postpartum dönemdeki kadınların sosyal destek almaları önemli bir konudur. Postpartum dönemdeki kadınlar geçirdikleri doğum eylemi sonunda, evlerinde kendi ihtiyaçlarını karşılamakta zorluk yaşayabilirler. Kadına başka biri tarafından ev işleri, yemek yapmak ve bebek bakımı gibi aktivitelerde yardım edilmesi sosyal destek olarak bilinir (37, 66, 67). Sosyal destek alan doğum sonrası dönemdeki kadınlar hem fiziksel, hem de emosyonel olarak yalnız kalmadığı gibi yanındaki kişinin annelik deneyimlerinden de faydalanmaktadır. Böylece bu dönem, daha rahat ve psikolojik olarak sorunsuz atlatılabilir (67). Hung (91)'un 861 kadın üzerinde yaptığı çalışmada, kadınların kendi ya da eşinin ailesinden doğum sonrası bir ay süre ile yardım almasının, doğum sonrası stresi önlediği ve kadınların sağlık durumlarını olumlu yönde etkilediğini bulmuştur. Hung (50)'un yaptığı diğer bir çalışmada, artmış sosyal destek, postpartum depresyonun azalması ile pozitif olarak ilişkilendirilmiştir. Klainin ve Arthur (67) Asya ülkelerinin kültürünü yansıtan ve Türkiye'yi de içeren 17 ülkenin toplam 64 çalışmasını incelemiştir. Bu derlemede; Çin kültüründe iki zıt güç olan “Yin (pozitif enerji)” ve “Yang (negatif enerji)” arasındaki dengenin yeni doğum yapmış kadında kolay bozulabileceği inancından dolayı kadının 30 gün süre ile yalnız bırakılmadığı belirtilmiştir. Yine bu derlemede; Tayvan, Hong Kong, Singapur

ve Vietnamlı kadınların DSD yatarak dinlendikleri, anne ya da kayınvalideden bebek bakımı, yemek pişirme gibi ev içi sorumluluklarında destek aldıkları belirtilmektedir. Ayrıca Taylandlı kadınlar geleneksel olarak doğum sonrası dönemde ev işleri, ağır fiziksel aktiviteler, uzun yolculuklar ve belirli yiyeceklerden (et, sakatat ve baharatlı yiyecekler) sakındıkları yine bu derlemede vurgulanmıştır. Ülkemizde ise doğum yapmış bir kadın ve yenidoğan bazı batıl inançlardan dolayı geleneksel olarak 40 gün boyunca yalnız bırakılmaz. Beck (28) meta analiz çalışmasında, sosyal destek yokluğunun PPD gelişimi için bir risk faktörü olduğunu belirtmiştir. Aslantaş ve arkadaşları (66), kadının eşi ve ailesi ile olan ilişkisinin zayıf düzeyde olmasının PPD riskini 4.6 kat arttırdığını bulmuşlardır. Bu çalışmalar bizim çalışma sonucumuzu da desteklemekte olup, kadınların doğum sonrası eş, akraba ve yakın arkadaşlarından sosyal destek almaları PPD riskini azalttığını göstermektedir.

Kadınların Doğumla Birlikte Kazandığı Yeni Roller ve Bebeklerde Karşılaşılan Olası Sağlık Sorunları ile PPD Riskinin Tartışılması

Annelik davranış kalıplarının sergilendiği, beyinde özel nöral sistemler tarafından yönetilen ve yürütülen fizyolojik bir durum, doğal bir süreçtir. Yeni anne olan kadınlarda bebek doğar doğmaz davranış değişiklikleri gözlenir. Bunlar “Annelik davranışı” olarak bilinen bebeğin bakımı ve korunmasını sağlayan davranışlardır (92). Annelik bir kadının hayatı boyunca üstlendiği sosyal roller arasında en önemli olanıdır. Anneliğe geçiş, bebeğe bakma sorumlulukları ile beraberinde bitkinlik, yorgunluk, özgürlüğün kısıtlanması ve bazı anneler için de sosyal ve fiziksel izolasyonu getirir (11). DSD annenin yaşadığı fizyolojik değişikliklerin yanı sıra yeni rol ve sorumlulukların kazanıldığı zor bir dönemdir (8, 13). Çalışmamızda annelik rolü kapsamında bebek bakımında zorlandıklarını ifade eden kadınların PPD riski yüksek bulunmuştur (Tablo 4.5.1). Roy’un adaptasyon modeline göre kadınların doğum sonrası primer rolü kendi öz bakımını yerine getirmesi iken sekonder rolü bebek bakım sorumluluğudur (15, 49). Kadının tam bir iyilik halinde

olması bebeğe verilecek bakımı da olumlu yönde etkileyecektir. Kadının içinde bulunduğu ruhsal durumun bebeğin bakımına da yansıdığı düşünüldüğünde PPD riski yüksek çıkan kadınların bebek bakımında zorlanmaları beklenen bir sonuç olarak yorumlanabilir. Benzer şekilde çalışmamızda, kendilerini annelik rolüne adapte olmamış olarak değerlendiren kadınların PPD riski yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.5.1). Efe ve arkadaşlarının (30) postpartum dördüncü haftadaki 214 kadın ile yaptıkları çalışmada, bizim çalışmamıza benzer şekilde, kendilerini annelik açısından yeterli hissetmeyenlerin PPD riski yüksek bulunmuştur. Hung (50) postpartum ilk altı hafta içindeki 435 kadınla yaptığı çalışmada, kadınların en çok yaşadığı postpartum stresörler; bebeğin aniden hastalanması, bebeğin düzeninin bozulması, kadının insizyon yerinin açılması ve annenin yeterince uyuyamamasıdır. Bu stresörler, anneliğe adaptasyon sürecindeki kadınların karşılaşabilecekleri zorluklardır. Bazı kadınlar için bu stresörlerle baş edebilmek kolay iken bazı kadınlar için daha güç olabilir. Doğum ünitesinde çalışan ebe ve hemşireler, annelerin bebeğe olan bağlılığını gebelik döneminde tanımlamalı ve bu bağlılığı artırıcı hemşirelik uygulamalarını planlanmalıdır. Çünkü annenin bebeğe olan bağlılığının güçlü olması annelik rolüne adaptasyonunu kolaylaştırır. Aynı zamanda prenatal dönemde annenin bebeğe olan bağlılığı daha sonraki dönemde (bebeğin gelişim aşamalarında) bebeğin büyüme gelişmesini de pozitif yönde etkilemektedir (91).

Çalışmamızda bebeklerde görülen sağlık sorunları açısından kadınların PPD riski karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.5.2). Çalışmamıza benzer şekilde Efe ve arkadaşları (30) yaptıkları çalışmada, bebeklerinde sağlık sorunu yaşayan kadınlarda PPD riskinin olmadığını belirtmişlerdir. Çalışmamızın aksine Orhon ve arkadaşlarının (93) postpartum birinci ayda 103 kadın ile yaptığı çalışmada bebeğe ait sağlık sorunları yaşayanların ve bebekte gaz sorunu olan kadınların PPD riski yüksek çıkmıştır. Çalışmamız sağlam bebek polikliniğinde yapıldığı ve bebeğin sağlık sorunu olarak da sadece bebeklerde görülebilecek fizyolojik

sağlık sorunları ele alındığı için (sarılık, pişik, kolik, vs.) anneler tarafından baş edilemeyecek bir sorun olarak algılanmamış olabilir.

Kadınların Doğum Sonrası Fonksiyonel Durumları ile PPD Risk İlişkisinin Tartışılması

Kadınların doğum sonrası öz bakım faaliyetleri ile PPD puanları arasında negatif yönde korelasyon bulunmuştur (Tablo 4.6.2). McVeigh (11) 173 kadın ile yaptığı çalışmada, anksiyete düzeyi arttıkça kadınların sosyal aktiviteler ve öz bakım faaliyetlerinin düşük olduğunu saptamıştır. Doğum sonrasında yüksek anksiyete yaşayan anneler PPD riskini de taşıyabilir. Bu nedenle kadınların anksiyete ve fonksiyonel durumları arasındaki ilişkinin hemşireler tarafından bilinmesi bitkinlik veya ebeveynlik sıkıntıları yaşayan kadınların belki de doğum sonrası depresyona girmeden önce tanılanmasında yardımcı olabileceği belirtilmektedir (11). Benzer şekilde Posmontier (17) Kuzey Amerika'da yaptığı çalışmada, postpartum 6–26 haftalar arasında, PPD'li (23) ve PPD'siz (23) toplam 46 kadının fonksiyonel durumlarını karşılaştırmıştır. Bu çalışmaya göre bebek bakım sorumluluğu dışında kalan diğer IFSAC alt skala (ev içi, sosyal- toplumsal, öz bakım faaliyetleri) puanları ile PPD arasında negatif yönde bir ilişki olduğunu saptamıştır. Ayrıca PPD'li kadınların PPD'siz kadınlardan 12 kat daha az oranda doğum öncesi fonksiyonlarına tamamen kavuştuğunu belirtmiştir.

Çalışmamızda bebek bakım sorumluluğu ile PPD riski arasında anlamlı bir korelasyon olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.6.2). McLearn ve arkadaşları (31) postpartum depresif semptomu olan ve olmayan 4874 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada, bebek bakımı konusunda iki grup arasında bir farkın olmadığını bulmuştur. PPD'li kadınlar, bebeklerine karşı ambivalan (zıt) duygular yaşayabilir. Kadınlar bebekleri ile fiziksel olarak ilgilenme zorunluluğu hissederken diğer taraftan bebeklerine zarar verme hissini de yaşayabilirler. Ayrıca PPD'li kadınlar bebeğinin duygusal gereksinimini karşılamada daha yetersiz olabilirler (17). Doğum sonrasında depresyon yaşayan kadınlar depresyon yaşamayan kadınlar gibi bebeklerine normal

seviyede bakım verebilse bile, kadınların sosyal fonksiyonlarındaki zayıflıklar nedeniyle bebeğiyle yeterli duygusal etkileşim yaşayamayabilir. Yapılan çalışmalar, PPD yaşayan kadınların, bebeklerine yeterli fiziksel bakım verebildiklerini ancak kadınların bebekleri ile daha az oynadıklarını ve konuştuklarını göstermiştir (31, 81).

Posmontier (17) çalışmasında kadınların fonksiyonel durumunun saptanarak doğum sonrası depresyonun tahmin edebileceğini vurgulamıştır. Özellikle Amerika’da kadınlar PPD tanısı konmasını istemedikleri için EDSDÖ gibi PPD riskini saptayacak skalaları uygulamaktan çekinirler. Benzer şekilde bizim çalışmamızda da PPD riski yüksek bulunan %20.5 kadından psikiyatri uzmanı ile görüşmek istediği ve randevu alındığı halde, alınan randevuya gelmediği öğrenilmiştir. Doğum sonrası kadınların fonksiyonel durumunun değerlendirilmesi PPD riskinin belirlenmesinde önemlidir.

Sonuç olarak; çalışmamızda doğum sonrası fonksiyonel durum ile postpartum depresyon arasında ilişki olduğu bulunmuştur. Doğum sonrası fonksiyonel durum özellikle de kadınların primer rolü olan öz bakımı ile ilgili faaliyet puanları PPD riski olan kadınlarda daha düşük bulunmuştur. Bu sonuç bize; doğum sonrası kadınlarda yaşanan PPD riskinin kadınların fonksiyonel durumlarını olumsuz yönde etkilediğini göstermiştir. Doğum sonrasındaki annenin PPD’si uzun dönemde çocuğun zihinsel, davranışsal ve duygusal sorunlar yaşama ihtimalini arttırır. Gebe takibinde ebe ve hemşirelerin PPD riski taşıyan kadınları saptamaları, anne ve bebek sağlığı açısından önemli olup, erken müdahale edilmesini sağlayacaktır. Bu nedenle ebe ve hemşireler DSD’de aile üyelerini ve kadınları özellikle PPD riski açısından eğitmelidir. Ebe ve hemşireler bebek takiplerinde de kadınların fonksiyonelliklerini değerlendirerek PPD riskini araştırıp, açıklayabilmelidir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular değerlendirildiğinde elde edilen sonuçlar ve bu sonuçlara yönelik önerilere yer verilmiştir.

6.1. Sonuçlar

Bu çalışma sonuçları, fonksiyonel durum ile PPD arasında ilişki olduğunu, PPD riski olanların fonksiyonel durumlarının bozulduğunu göstermiştir.

1. Araştırma kapsamına alınan kadınlarda postpartum depresyon görülme risk oranı %20.5'dir.
2. Doğum şekline göre PPD görülme riski açısından bir fark olmadığı bulunmuştur.
3. Doğum şekline göre fonksiyonel durum açısından bir fark olduğu bulunmuştur. Vajinal doğum yapan kadınların sezaryenle doğum yapan kadınlara göre ev içi faaliyetlere daha erken başladığı belirlenmiştir.
4. Kadınların doğum sonrası içinde olduğu hafta ilerledikçe ev içi faaliyetlere katılma ve öz bakımını gerçekleştirme olumlu yönde gelişmektedir.
5. Kadınların yaşı arttıkça sosyal ve toplumsal faaliyetlere katılımı azalmaktadır.
6. Aylık geliri yüksek olan ve çalışan kadınların ev içi ve sosyal-toplumsal faaliyetlere katılımı azalmaktadır.
7. Kadınların eğitim durumu, doğum sonrası yardım alma ve bebeğinin gece uyku saatleri ile fonksiyonel durum arasında bir ilişki olmadığı belirlenmiştir.
8. Kadınların doğum sonrası yardım aldıkları süre uzadıkça bebek bakım sorumluluk puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır.

9. Gebeliğinde psikolojik sorun yaşayan ve doğum sonrası yardım almayan kadınların PPD riski yüksek saptanmıştır.
10. Doğum sonrası yardımı yetersiz bulan kadınların doğum sonrası yardımı yeterli bulan kadınlara oranla öz bakım faaliyetlerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir.
11. Bebek bakımında zorluk yaşayan ve annelik rolüne adapte olmadığını ifade eden kadınlarda PPD riski saptanmıştır.
12. Gebelik döneminde psikolojik sorun yaşayan kadınların psikolojik sorun yaşamayan kadınlara oranla PPD puanları 4.0 kat daha fazla bulunmuştur.
13. Doğum sonrası yardım almayanların doğum sonrası yardım alanlara göre PPD puanları 2.3 kat daha fazla saptanmıştır.
14. Kadınların toplam IFSAC puanının her 1 puanlık artışı durumunda PPD riskinin 0.34 kat azaldığı saptanmıştır.
15. PPD riski olan kadınlarda öz bakım faaliyetleri daha düşük bulunmuştur.

6.2. Öneriler

1. Ebe ve hemşireler, prekonsepsiyonel ve antenatal dönemde kadınlardaki mevcut veya olası depresyon riskini değerlendirmelidir ki, doğum sonrası gelişebilecek depresyonu önleyebilsinler.
2. Yenidoğan ünitesinde çalışan hemşireler, annelerin fonksiyonel durumlarını değerlendirerek PPD riski için fikir sahibi olabilirler.
3. Doğum yapmış bir kadının öz bakım ve bebek bakımında desteklenmesi kadının fonksiyonel durumunu yükselttiği gibi PPD riskini de düşürecektir.
4. Bu tez çalışması; fonksiyonel durum ile PPD riski arasındaki ilişkiyi belirlemiştir. Ancak bu ilişkiyi güçlendirebilmek için daha fazla çalışma yapılması önerilmektedir.

Sonuç olarak; doğum ve yenidoğan alanında çalışan ebe ve hemşireler, kadınların gebelik öncesi aktivitelerine ne oranda geri döndüğünü değerlendirebilmeli ve PPD riski olan kadınları danışmanlık alması için uzmana yönlendirmelidir.

KAYNAKLAR

1. Beydağ, K. D., Doğum Sonu Dönemde Anneliğe Uyum ve Hemşirenin Rolü, Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6 (6), 479-484, 2007.
2. Taşkın, L., Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği, Sistem Ofset Matbaacılık, IX. Baskı, Ankara, s. 275-455-486, 2009.
3. Karaçam, Z., Normal Postpartum Dönemin Fizyolojisi ve Bakımı, Kadın Sağlığı, Ed.:Ahsen ŞİRİN, Berday Basın Yayıncılık, İstanbul, s.707-754, 2008.
4. Kişnişçi, A. H., Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Güneş Kitapevi, Ankara, s.842,1996.
5. Sivaslıoğlu, A. A., Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi El Kitabı, Ankara, s.228, 2005.
6. Ahn, S., Youngblut, J. M., Predictors of Women's Postpartum Health Status in the First 3 Months After Childbirth, Asian Nursing Research, September, 1 (2), 136-146, 2007.
7. Kızılkaya, B. N., Coşkun, A., Yıldırım, G., Doğum Olayının Kadının Fonksiyonel Durumu Üzerine Etkisi, Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi, 1, 22-29, 2003.
8. Özkan, S., Sevil, Ü., Doğum Sonrası Fonksiyonel Durum Envanterinin Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(3), 199-208, 2007.
9. Fawcett, J., Tulman, L., Myers, S. T., Development of the Inventory of Functional Status After Childbirth, Journal of Nurse-Midwifery, 33 (6); 252-260, 1988.

10. McVeigh, C. A., An Australian Study of Functional Status After Childbirth, Midwifery, 13, 172-178, 1997.
11. McVeigh, C. A., Anxiety and Functional Status After Childbirth, Australian College of Midwives Incorporated Journal, March; 14-18, 2000.
12. Aktan, N. M., Functional Status After Childbirth: A Review of the Literature, Clinical Nursing Research, 16 (3), 195-211, 2007.
13. Apay, E. S., Pasinlioğlu, T., Kesitsel Bir Çalışma: Kadınların Doğum Sonrası Fonksiyonel Durumlarının İncelenmesi, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 1, 20-29, 2009.
14. Tulman L., Fawcett J., Return of Functional Ability After Childbirth, Nursing Research, 37 (2), 77-80, 1988.
15. Özkan, S., Doğum Sonrası Fonksiyonel Durum Envanterinin Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, 2004.
16. Aktan, N. M., Functional Status After Childbirth and Related Concepts, Clinical Nursing Research, 19 (2), 165-180, 2010.
17. Posmontier B., Functional Status Outcomes in Mothers With and Without Postpartum Depression, Journal of Midwifery & Women's Health, 53, 310-318, 2008.
18. Gereklioğlu, Ç., Poçan, A. G., Başhan, İ., Annelerin Doğum Sonrası Psikiyatrik Sorunları, Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst, 17, 126-133, 2007.
19. Pearlstein, T., Howard, M., Salisbury, A., Zlotnick, C., Postpartum Depresyon, American Journal of Obstetrics Gynecology, 357-364, 2009.
20. Aktaş, D., Doğum Sonu Dönemde Depresyon Görülme Durumu ve Depresyon Gelişmesini Etkileyen Risk Faktörleri, Hacettepe Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2008.

21. Marakoğlu, K., Özdemir, S., Çivi, S., Postpartum Depresyon Derleme, Türkiye Klinikleri J. Med. Sci, 29 (1), 206-214, 2009.
22. Karamustafalıoğlu N, Tomruk N., Postpartum Hüzün ve Depresyonlar, Duygudurum Dizisi, 2, 64-71, 2000.
23. Gülseren, L., Doğum Sonrası Depresyon: Bir Gözden Geçirme, Türk Psikiyatri Dergisi, 10, 58-67, 1999.
24. Ersek, J. L., Brunner Huber, L. R., Physical Activity Prior to and During Pregnancy and Risk of Postpartum Depressive Symptoms, JOGNN, 38, 556-566; 2009.
25. Tezel, A., Postpartum Depresyonun Değerlendirilmesinde Hemşirelerin/Ebelerin Sorumlulukları, New Symposium Journal, 44:1, 49-51, 2006.
26. Kara, B., Çakmaklı, P., Nacak, E., Türeci, F., Doğum Sonrası Depresyon, STED, 10 :9, 333-334, 2001.
27. Engindeniz A. N., Küey, L., Kültür, S., Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Türkçe Formu Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması, Bahar Sempozyumları-1 Kitabı, Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, 51-52, 1997.
28. Beck, C. T., Predictors of Postpartum Depression, An Update, Nursing Research, 50 (5), 275-285, 2001.
29. Salgın, A., Gökçay, G., Yücel, B., Polat, A., Baysal, S. U., Sahip, Y., Uçar, A., Eraslan, E., Effects of Postpartum Depression on Breastfeeding and Child Development, İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, 70(3), 70-73, 2007.

- 30.Efe, Ş. Y., Taşkın, L., Eroğlu, K., Türkiye’de Postnatal Depresyon ve Etkileyen Faktörler, J.Turkish-German Gynecol Assos, 10, 14-20, 2009.
- 31.Mc Learn, K. T., Minkovitz, C. S., Strobino, D. M., Marks, E., Hou, W., Maternal Depressive Symrtoms at 2 to 4 Months Post Partum and Early Parenting Practices, Arch Pediatr Adolesc Med., 106,279-284, 2006.
- 32.Orhon, Ş. F., The Impacts Of Postpartum Depression On Children, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 60 (2), 57-59, 2007.
- 33.Atasoy, N., Bayar, Ü., Sade, H., Konuk, N., Atik, L., Barut, A., Tanrıverdi, A., Kaya, E., Doğum Sonrası Dönemde Depresif Belirti Düzeyini Etkileyen Klinik ve Sosyodemografik Risk Etkenleri, Türkiye Klinikleri Gynecol Obst, 14, 252-256, 2004.
- 34.Karaçam, Z., Öner, H., Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği’nin Türkçe’de Kesme Noktalarının Hesaplanması, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11 (2), 61-71, 2008.
- 35.Tulman, L., Fawcett, J., A Theory-Based Study of Adaptation to Change, Springer Publishing Company, New York, 2003.
- 36.McVeigh, C. A., Functional Status After Childbirth in an Australian Sample, Journal of Obstetric, Gynecologic, Neonatal Nursing, 27, 402-409, 1998.
- 37.McVeigh, C. A., Investigating The Relationship Between Satisfaction With Social Support and Functional Status After Childbirth, The American Journal of Maternal/Child Nursing, 25 (1), 25-30, 2000.
- 38.McVeigh, C. A., Chaboyer, W., Reability and Validity of Inventory of Functional Status After Childbirth When Used in Australian Population, Nursing and Health Sciences, May, 31, 1-5, 2002.

39. Thompson, A. M., Bukowski, R., Puerperium, Danforth's Obstetrics and Gynecology (10th Edition), Editors: Gibbs, Ronald S., Karlan, Beth Y., Haney, Arthur F., Nygaard, Ingrid E., Lippincott Williams & Wilkins, 70-72, 2008.
40. Seven, M., İnfertilite Tedavisi Sonrası Doğum Yapan Kadınların Postpartum Depresif Belirtilerinin İncelenmesi, GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2008.
41. Nelson, A. M., Transition to Motherhood. JOGNN, 32(4), 465-477, 2003.
42. Üstünsöz, A., Çil, S., Güvenç, G., Sağlıklı Gebeler ile Yüksek Riskli Gebelerde Ambivalan Duyguların Karşılaştırılması, Hemşirelik Forumu, 1-5, 2005.
43. Duman, Z., Köken Nadirgil, G., Kır Şahin, F., Coşar, E., Arıöz, D. T., Aral, İ., Sağlık Çalışanlarının Normal Doğum ve Sezaryen ile İlgili Düşünceleri, Perinatoloji Dergisi, Cilt 15, Sayı 1, 2007.
44. Sayiner, F. D., Özerdoğan, N., Giray, S., Özdemir, E., Savcı, A. Kadınların Doğum Şekli Tercihlerini Etkileyen Faktörler, Perinatoloji Dergisi, 17(3), 104-112, 2009.
45. Taylor, J., Johnson, M., How Women Manage Fatigue After Childbirth, Midwifery, 26, 367-375, 2010.
46. Wolf, D., Crowe, M., Postpartum, The New Our Bodies, Ourselves a Book by and For Women, A Touchstone Book, London, 1992.
47. Sevil, Ü., Özkan, S., Fathers' Functional Status During Pregnancy and The Early Postnatal Period, Midwifery, 25, 665-672, 2009.
48. Ermalynn, M. K., Marjorie, A. W., Maternal Adaptation During Childbearing in Norway, Sweden and the United States, Nordic College of Caring Sciences, Scand J. Caring Sci, 17, 96-103, 2003.

- 49.Şanlı, Y., Kadınların Doğum Sonrası Fonksiyonel Durumları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Antalya, 2010.
- 50.Hung, C. H., Psychosocial Features At Different Periods After Childbirth, Kaohsiung J Med Sci, 23 (2), 71-78, 2007.
- 51.Ferber, S. G., The Nature of Touch in Mothers Experiencing Maternity Blues: The Contribution of Parity, Early Human Development 79, 65-75, 2004.
- 52.Lonstein, J. S., Regulation of Anxiety During The Postpartum Period, Frontiers in Neuroendocrinology, 28, 115-141, 2007.
- 53.Sohr-Preston, S. L., Scaramella, L. V., Implications of Timing of Maternal Depressive Symptoms for Early Cognitive and Language Development, Clinical Child and Family Psychology, 9(1), 65-80, 2006.
- 54.Şimşek, F., Doğum Sonrası Depresyonun Sıklığı, Ortaya Çıkan Risk Faktörleri ve Bebeğin Anne Sütü Alımı, Uykusu, Büyümesi, Gelişimi ve Davranışları Üzerine Olan Etkileri, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2005.
- 55.Bogardus, S. T., Towle, V., Williams, C. S., Desai, M. M., Inouye, S. K., What Does The Medical Record and Interview Data, A Comparison of Medical Record and Interview Data, J Gen Intern Med, 16, 728-736, 2001.
- 56.<http://www.ncvhs.hhs.gov/010617rp.pdf>, National Committee on Vital and Health Statistics: Classifying and Reporting Functional Status, (30.12.2010).
- 57.Leidy, N. K., Functional Status and The Forward Progress of Merry-Go-Rounds: Toward A Coherent Analytical Framework, Nursing Research, 43, 196-202, 1994.

58. <http://qol.thoracic.org/sections/key-concepts/functional-status.html>,
(internet erişim tarihi 23.12.2010).
59. Bektaş, A. H., Akdemir, N., Kanserli Bireylerde Fonksiyonel Durumun Önemi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12 (3), 54-60, 2009.
60. Goodwin, J. A., Coleman, E. A., Exploring measures of functional dependence in the older adult with cancer. Medical Surgical Nursing, 12 (6), 359-365, 2003.
61. Balducci L., The Geriatric Cancer Patient: Equal Benefit From Equal Treatment, Cancer Control Journal of the Moffitt Cancer Center 8 (Suppl. 2), 1-25, 2001.
62. Tsae J. W., Concept Analysis of Functional Status, International Journal of Nursing Studies, 41 (4): 457-46, 2004.
63. Tamura, M. K., Covinsky, K., Chertow, G., Yaffe, K., Landefeld, C. S., McCulloch, C. E., Functional Status of Elderly Adults Before and After Initiation of Dialysis, The New England Journal of Medicine, 361(16), 1539-1547, 2009.
64. Ay, F. A., Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler, Kuram Nedir? Mesleki Kuramlar ve Teorisyenler, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 41, 2011.
65. Durat, G., Kutlu, Y., Sakarya'da Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı ve İlişkili Faktörler, New Symposium Journal, 48(1), 63-67, 2010.
66. Arslantaş, H., Ergin, F., Balkaya, N. A., ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi, Aydın İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı ve İlişkili Risk Etmenleri, 10(3), 13-22, 2009.

67. Klainin, P., Arthur, D. G., Postpartum Depression in Asian Cultures: A Literature Review, *International Journal of Nursing Studies*, 46, 1355–1373, 2009.
68. Köroğlu, E., (DSM-IV-TR), Tanı  l   tleri Başvuru El Kitabı, Hekimler Yayın Birliği, II.Baskı, Ankara, s.152-186, 2005.
69. Taşdemir, S., Kaplan, S., Bahar, A., Doğum Sonrası Depresyonu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(2), 105-120, 2006.
70. Brummelte, S., Galea, L. A. M., Depression during pregnancy and postpartum: Contribution of stress and ovarian hormones, *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 34, 766–776, 2010.
71. Erdem,  ., Bez, Y., Doğum Sonrası Hüzün ve Doğum Sonrası Depresyon, *Konuralp Tıp Dergisi*, 1(1), 32-37, 2009.
72. Ku ber, A. M., Keleş, E., Do um Sonrası Depresif Belirtilere Sigaranın ve Gebelikteki Bazı Sorunların İlk ve 60. G nlerdeki Etkisinin Kar ıla tırılması, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8(4), 323- 327, 2009.
73. Warren, P. L., McCarthy, G., Corcoran, P., Postnatal Depression in First-Time Mothers: Prevalence and Relationships Between Functional and Structural Social Support at 6 and 12 Weeks Postpartum, *Archives of Psychiatric Nursing*, 1–11., 2010.
74. Yozwiak, J. A., Postpartum Depression and Adolescent Mothers: A Review of Assessment and Treatment Approaches, *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 23:172-178, 2010.
75. Wan, E. Y., Moyer, C. A., Harlow, S. D., Fan, Z., Jie, Y., Yang, H., Postpartum Depression and Traditional Postpartum Care in China: Role of Zuoyuezi, *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 104, 209-213, 2009.

76. Özdemir, S., Marakoğlu, K., Çivi, S., Konya İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Riski ve Etkileyen Faktörler, TAF Preventive Medicine Bulletin, 7(5), 391-398, 2008.
77. Ayvaz, S., Hoccoğlu, Ç., Tiryaki, A., Ak, İ., Trabzon İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı ve Gebelikteki İlişkili Demografik Risk Etmenleri, Türk Psikiyatri Dergisi, 17(4), 243-251, 2006.
78. Howell, E. A., Mora, P. A., Chassin, M. R., Leventhal, H., Lack of Preparation, Physical Health After Childbirth and Early Postpartum Depressive Symptoms, Journal of Women's Health, 19 (4), 703-707, 2010.
79. Leung, B. M. Y., Kaplan, B. J., Perinatal Depression: Prevalence, Risks, and the Nutrition Link-A Review of the Literature, Journal of The American Dietetic Association, 109, 1566-1575, 2009.
80. Akman, I., Kuşçu, K., Özdemir, N., Yurdakul, Z., Solakoğlu, M., Orhan, L., Karabekiroğlu, A., Özek, E., Mothers' Postpartum Psychological Adjustment and Infantile Colic, Arch Dis Child; 91, 417-419, 2006.
81. Logsdon M. C., Wisner, K., Hanusa, B. H., Phillips, A., Role Functioning and Symptom Remission in Women With Postpartum Depression After Antidepressant Treatment, Archives Psychiatric Nursing, 17, 276-283, 2003.
82. Esin, A., Aydın C., Bakır, M. A., Gürbüzsel, E., Temel Örneklem Yöntemleri, Literatür Yayıncılık, III.Baskı, İstanbul, s. 3-6, 2010.
83. <http://www.turkis.org.tr/index.dyn?wsit=CD5EE825-6253-4E90-A592-924CFE24A1F1>, Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu, Yoksulluk sınırı, (internet erişim tarihi 18.03.2011).

- 84.Cox, JL, Holden, JM, and Sagovsky, R., Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item, Edinburgh Postnatal Depression Scale, British Journal of Psychiatry, 150:782-786, 1987.
- 85.Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 Verileri, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ana-Özet Rapor, Ankara, 2009.
- 86.Konakçı, S. K., Kılıç, B., İzmir’de Sezaryenle Doğum ve Bunu Etkileyen Faktörler, Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik, 14, 88-95, 2004.
- 87.T.C. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi, Ankara, 2010.
- 88.Yaşar, Ö, Kır, F., Coşar, E., Köken, G.N., Cevrioğlu, A. S., Primipar Kadınların Doğum Tercihleri ve Bunu Etkileyen Faktörler, Türkiye Klinikleri J. Gynecol Obst, 17, 414-420, 2007.
- 89.Üstünsöz, A., New Orleans (ABD) ve Ankara (Türkiye)'daki Çeşitli Hastanelerde Prenatal Bakım Veren Hemşirelerin Eğitim Rollerinin Tanımlanması ve Karşılaştırılması, GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2003.
- 90.Üstünsöz, A. , Güvenç, G., Akyüz, A., Oflaz, F., Comparison of Maternal and Paternal Fetal Attachment in Turkish Couples, Midwifery, 26, e1–e9, 2010.
- 91.Hung, C. H., Women’s Postpartum Stress, Social Support, and Health Status, Western Journal of Nursing Research, 27(2), 148-159, 2005.
- 92.Eşel, E., Anneliğin Nörobiyolojisi, Türk Psikiyatri Dergisi, 21 (1), 68-78, 2010
- 93.Orhon, F. Ş., Ulukol, B., Soykan, A., Risk Factors for Postpartum Depression in a Well-Child Clinic: Maternal and Infant Characteristics, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 61(1), 7-11, 2008.

EKLER

EK-1

HİZMETE ÖZEL

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ANKARA

13 Ekim 2010

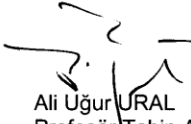
Y. ETİK KRL : 1491 - 402 - 10/1539

KONU : GATA Etik Kurulu

Dz. Sağ. Yzb. Ayşegül S. ÇELİKEL

“Normal ve Sezeryanla Doğum Yapan Kadınların Fonksiyonel Durumu İle Postpartum Depresyon İlişkisinin İncelenmesi” başlıklı, çok merkezli, tanımlayıcı ve analitik çalışma olan araştırma projeniz ile ilgili, GATA Etik Kurulu’nun kararı EK’tedir.

Rica ederim.


Ali Uğur URAL
Profesör Tabip Albay
GATA Etik Kurulu Başkanı

EK :
1 Adet Etik Kurul Raporu

HİZMETE ÖZEL

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ETİK KURUL TOPLANTI RAPORU

OTURUM NO : 160
OTURUM TARİHİ : 06 Ekim 2010
OTURUM BAŞKANI : Prof. Tbp. Kd. Alb. Ali Uğur URAL
OTURUM SEKRETERİ : Doç. Dr. Ecz. Kd. Alb. Adnan ATAÇ

GATA Etik Kurulu'nun 06 Ekim 2010 günü yapılan 160. oturumunda, GATA Hemşirelik Yüksek Okulu'ndan Dz. Sağ. Yzb. Ayşegül S. ÇELİKEL'in sorumlu araştırmacılığını yaptığı **"Normal ve Sezeryanla Doğum Yapan Kadınların Fonksiyonel Durumu İle Postpartum Depresyon İlişkisinin İncelenmesi"** başlıklı, çok merkezli, tanımlayıcı ve analitik çalışma olan araştırma dosyası değerlendirildi.

Araştırma dosyasının amaç, yöntem ve yaklaşım bakımından etik ilkelere UYGUN olduğuna karar verildi.

BAŞKAN

Ali Uğur URAL
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE

Adnan ATAÇ
Prof.Dr.Ecz.Alb.

ÜYE

Ali İhsan UZAR
Prof.Hv.Tbp.Alb.

ÜYE

T. HAZNEDAROĞLU
Tunçer HAZNEDAROĞLU
Prof.Dz.Tbp.Alb.

ÜYE

Ayhan KUBAR
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE

Yalçın ÖZKAN
Prof. Dr. Ecz. Alb.

ÜYE

Toplantıya Katılmadı
Nalan AKBAYRAK
Prof. Dr. Sağ. Alb.

ÜYE

Mükerrem SAFAL
Doç.Tbp.Alb.

ÜYE

Toplantıya Katılmadı
K. Melih AKAY
Doç.Tbp.Alb.

ÜYE

Ergün TOZKOPARAN
Doç.Tbp.Alb.

ÜYE

Muharrem UÇAR
Doç. J. Tbp. Alb.

GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU

Sayın Katılımcı;

Bu çalışma, “Normal ve Sezaryenle Doğum Yapan Kadınların Fonksiyonel Durumu ile Postpartum Depresyon İlişkisinin İncelenmesi”nin tanımlanması amacıyla planlanmıştır.

Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Araştırma Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Etimesgut Asker Hastanesi’nde yapılacak olup; süresi beş ay olarak planlanmıştır. Araştırmada, hazırlanan veri toplama formu araştırmacı tarafından doldurulacaktır.

Sizden 20 sorudan oluşan “Veri toplama formu” , 36 sorudan oluşan “Doğum Sonrası Fonksiyonel Durum Envanteri formu” ve 10 soruluk “Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği” doldurmanız istenecektir. Çalışmamızda doğum sonrasındaki kadınların fonksiyonel durum ile doğum sonrası depresyon ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre doğum sonrası kadınların fonksiyonel durumu ve postpartum depresyon durumu tanımlanacaktır. Ayrıca birbiriyle ilişkisi de ortaya konarak, biz hemşireler olarak doğum sonrası ne gibi kontroller yaparsak doğum sonrası yaşanacak rahatsızlıkları önleriz ve uyanık olunması gereken durumların neler olduğunu tespit ederiz. Elde edilen sonuçlar ışığında sağlık personeli için eğitim ve doğum sonundaki kadın için ihtiyaca yönelik bakım planlanması hedeflenmektedir.

EK-2'nin devamı

Sorularınızda ve destek gereksiniminizde araştırmacı sizlere yardımcı olacaktır. Bu araştırma kapsamında vereceğiniz cevaplarınız gizli tutulacak ve hiçbir şekilde sizin isminiz belirtilerek açıklanmayacaktır. Çalışmaya katılmama ya da kabul ettikten sonra vazgeçme hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılmamanız hiçbir şekilde hastanede sizin için uygulanan tanı, tedavi işlemlerini ya da diğer uygulamaları olumsuz yönde etkilemeyecektir. Bu çalışma ile ilgili sizden herhangi bir maddi talepte bulunulmayacaktır.

Katılımcının Beyanı:

Sayın Dz.Sağ.Yzb.Ayşegül Soydan ÇELİKEL tarafından Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine büyük özen gösterileceğine ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekilebileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağının bilincindeyim.) Ayrıca mesleki durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem bu durumun şahsıma herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

EK-2'nin devamı

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararı aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Katılımcı ile görüşen araştırmacı

Adı, Soyadı:

Adı, Soyadı: Ayşegül S. ÇELİKEL

Adres:

Adres: GATA-HYO

Tel:

Tel: 304-3936

İmza:

İmza:

VERİ TOPLAMA FORMU

Sayın Katılımcı;

Şu an uygulanacak olan anket formundaki sorular, siz; doğum sonunda bulunan annelerin, doğum şekline göre, fonksiyonel ve doğum sonu ruhsal durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla hazırlanmıştır. Vereceğiniz cevaplar gizli tutulacak ve hiçbir şekilde isim belirtilerek açıklanmayacaktır. Çalışma sonucunda sonuçlar incelenecektir. Sonuçlara göre ihtiyaç duyulursa size telefonla ulaşmak amaçlandığı için telefon numaranızı da doğru olarak yazmanız istenmektedir.

Çalışma kapsamında içtenlikle vereceğiniz cevaplar doğrultusunda, ortaya çıkarılacak sonuçların doğum sonrasındaki annelerin fonksiyonel ve ruhsal durumları belirlenerek değerlendirilecektir. Bu çalışmaya göstermiş olduğunuz duyarlılık ve katılımınız için teşekkür ederim.

Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Dz.Sağ.Kd.Yzb.Ayşegül S. ÇELİKEL

İmza:

Kadın Hst. Ve Doğum Hem.liği Yük.Lis.Öğr.

Adınız :

Telefon Numaranız:

1. Doğum tarihi :

2. Eğitim durumu :

☐ İlkokul mezunu

☐ Lise mezunu

☐ Ortaokul mezunu

☐ Üniversite mezunu ve

üstü

3. Çalışma durumu:

☐ Çalışıyor (Mesleğiniz.....)

☐ Çalışmıyor

Nerede? ☐ Özel ☐ Kamu ☐ Serbest

4. 3. soruya cevabınız çalışıyor ise doğum sonrası ücretsiz izin alma durumunu ve süresini yazınız?

☐ Ücretsiz izin alacak / süre:

☐ Ücretsiz izin almayacak

5. Ailenizin aylık geliri:

6. Evlilik yılınız:

7. Sahip olduğunuz çocuk sayısını yazınız?

8. Gebeliğinizin oluşum şekli:

☐ Planlı gebelik

☐ Planlanmayan gebelik

9. Doğum Şekliniz:

☐ Normal (Vajinal Doğum)

☐ Sezaryen

10. Doğum sonrası kaçınıcı haftadasınız:

EK-3'ün devamı

11. Gebeliğinizde, doğum sonrası için kendinizin ve bebeğinizin bakımına yönelik profesyonel bir eğitim aldınız mı? Cevabınız evet ise kimden eğitim aldınız? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)
☐ Evet / ☐ Doktor ☐ Hemşire ☐ Ebe ☐ Diğer.....
☐ Hayır
12. Doğum sonrası evde, sizin ve bebeğinizin bakımı için yardım aldınız mı? Cevabınız evet doğum sonrasında ne kadar süre yardım aldınız? Yazınız.
☐ Evet/ ☐ Eş ☐ Anne ☐ Kayınvalide ☐ Diğer...
Hayır
Doğum sonu yardım süresi:gün/.....ay.
13. Aldığınız yardım sizin için yeterlimiydi? Açıklayınız.
☐ Evet, yeterli
☐ Hayır, yeterli değil
14. Doğum öncesinde (gebelik sırasında) aşağıdaki rahatsızlıklardan geçirdiğiniz varsa işaretleyiniz.
☐ Sorun yaşamadım
☐ Riskli gebelik yaşadım (gebeliğe bağlı diyabet, tansiyon vb.),
☐ Psikolojik problemler yaşadım
15. Doğum sonrasında sağlık probleminiz oldu mu? Cevabınız evet ise açıklayınız.
☐ Evet /
☐ Hayır
16. Bebeğinizle ilgili yaşadığınız herhangi bir rahatsızlık oldu mu?
☐ Evet ☐ Hayır
17. Cevabınız evet ise aşağıdakilerden hangisi olduğunu işaretleyiniz (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz).
☐ Bebeğinizde sarılık problemi
☐ Aşırı gaz (kolik) şikâyeti
☐ Pamukçuk bulunması
☐ Pişik rahatsızlığının bulunması
☐ Yetersiz kilo alımı
☐ Diğer.....
18. Bebeğinizin gece uyku saati aşağıdakilerden hangisine uygundur?
☐ 4 saatten az
☐ 4 saat ve fazla
19. Günlük yaşantınızda aşağıda yazılı olan maddelerden sizi rahatsız eden durum/durumlar varsa işaretleyiniz (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)
☐ Ev işlerinin zor ve fazla gelmesi
☐ Bebek bakımında zorluklar yaşama
☐ Bebek bakımı ile birlikte yemek yapmada zorlanma
☐ Bebek bakımı ile birlikte yemek yemeye zaman bulamama
☐ Eşinizin destek olmaması
20. Annelik rolüne adapte olduğunuzu düşünüyor musunuz?
☐ Evet ☐ Hayır

Vakit ayırdığınız için teşekkür ederim.

DOĞUM SONRASI FONKSİYONEL DURUM ENVANTERİ
(IFSAC / Inventory of Functional Status After Childbirth)

Lütfen bebeğinizin doğumundan itibaren geçirdiğiniz zamanı düşünün ve aşağıdaki maddeleri cevaplayın.

Bölüm 1.

Bebeğinizin doğumundan önceki dönemde evle ilgili her zaman yaptığınız sorumlulukların tümünü gözden geçirin ve sonra bebeğinizin doğumundan sonraki dönemde bu sorumlulukları ne ölçüde tekrar yapmaya başladığınızı işaretleyiniz.

Bebeğin doğumundan önce
Her zaman yapmayı üstlendiğim
sorumluluklar şunlardır:

Bu işleri yeniden yapmaya başladım:

	Hiç Başla- madım	Yeni Yeni	Kısmen	Tamamen
1. Aile üyelerinin bakımı	1	2	3	4
2. Ev temizliği	1	2	3	4
12. Evcil hayvanların bakımı	1	2	3	4

Yorumlar:

Bölüm 2:

Bebeğinizin doğumundan önceki dönemde her zaman yaptığınız sosyal ve toplumsal aktivitelerin hepsini gözden geçirin ve doğumundan sonraki dönemde bu sorumlulukları ne ölçüde tekrar yapmaya başladığınızı işaretleyiniz.

Bebeğin doğumundan önce
Her zaman yapmayı üstlendiğim
sorumluluklar şunlardır:

Bu işleri yeniden yapmaya başladım:

	Hiç Başla- madım	Yeni Yeni	Kısmen	Tamamen
13. Toplum hizmeti (sivil toplum kuruluşları)	1	2	3	4
18. Sosyal dernekler	1	2	3	4

Yorumlar:

Bölüm 3.

Bebegin bakımı ile ilgili aşağıdaki aktiviteleri ne ölçüde yaptığınızı gösteren rakamı daire içine alınız. (işaretleyiniz.)

	Hiç Başla- madım	Yeni Yeni	Kısmen	Tamamen
19. Gündüz beslemesi	1	2	3	4
24. Bebekle oyun oynama	1	2	3	4

Yorumlar:

Bölüm 4:

Son bir ya da iki hafta boyunca yaşamınızın nasıl olduğuna ilişkin aşağıdaki cümleleri cevaplayınız.

	Hiçbir zaman	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
25. Günün çoğunu yatarak geçirme	1	2	3	4
32. Yavaş yürüme	1	2	3	4

Yorumlar:

Bölüm 5:

Eğer şu anda çalışıyorsanız aşağıdaki maddelere cevap veriniz. Geçen son bir yada iki hafta boyunca işyerinizdeki yaşamınızın nasıl olduğuna ilişkin aşağıdaki cümlelere cevap veriniz.

	Hiçbir zaman	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
33. İşimde her zamanki kadar başarılıyım	1	2	3	4

Yorumlar:

Not: IFSAC geçerlilik güvenilirlik çalışması Doç.Dr.Sevgi ÖZKAN tarafından yapılmıştır. IFSAC kullanılmasında izin alınarak, envanterin tamamına ulaşılabilir.

EDINBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ (EDSDÖ)

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

Son 7 gündür;

1. Gülebiliyor ve olayların komik taraflarını görebiliyorum.

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

2. Geleceğe hevesle bakıyorum.

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

3. Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

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

4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

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

5. İyi bir neden olmadığı halde korkuyor ya da panikliyorum

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

6. Her şey giderek sırtıma yükleniyor.

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

7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum

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

8. Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum

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

9. Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum

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

10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

- () Evet, oldukça sık
- () Bazen.
- () Hemen hemen hiç
- () Asla