



**T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ TEZLİ YÜKSEK
LİSANS PROGRAMI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**NORMAL VE SEZARYEN DOĞUM YAPAN KADINLARDA
POSTPARTUM HÜZÜN VE DEPRESYON GÖRÜLME DURUMU**

Gökçe Nur TUNA

MUĞLA-2023

**T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ TEZLİ YÜKSEK
LİSANS PROGRAMI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**NORMAL VE SEZARYEN DOĞUM YAPAN KADINLARDA
POSTPARTUM HÜZÜN VE DEPRESYON GÖRÜLME DURUMU**

Gökçe Nur TUNA

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA**

MUĞLA-2023

TEZ ONAYI

Gökçe Nur TUNA tarafından hazırlanan “Normal ve Sezaryen Doğum Yapan Kadınlarda Postpartum Hüzün ve Depresyon Görülme Durumu” başlıklı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından oy birliği ile Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programında, Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı	Doç. Dr. Nursel ALP DAL Munzur Üniversitesi	(İmza)
Tez Danışmanı	Prof. Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi	(İmza)
Üye	Dr. Öğretim Üyesi Çiğdem BİLGE Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi	(İmza)

Tez savunma tarihi: 10.07.2023

Bu tez Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programında, Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları yerine getirmektedir.

Prof. Dr. Müesser ÖZCAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan metinleri sahiplerinden yazılı izin alarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricinde YÖK Ulusal Tez Merkezi / MSKÜ Açık Erişim Sisteminde erişime açılabilir.

- ☐ Tezimle ilgili patent başvurusu yapılacağından veya patent alma süreci devam ettiğinden Enstitü Yönetim Kurulu kararı ile tezimin mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl erişime açılmasının ertelenmesini talep ediyorum.
- ☒ Tezimde yeni teknik, materyal ve metotlar kullanıldığından ve henüz makaleye dönüşmemiş olduğundan Enstitü Yönetim Kurul kararı ile mezuniyet tarihimden itibaren 6 ay tezimin erişime açılmasının ertelenmesini talep ediyorum.

10.07.2023

(İmza)

Gökçe Nur TUNA

ETİK BEYAN

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Normal ve Sezaryen Doğum Yapan Kadınlarda Postpartum Hüzün ve Depresyon Görülme Durumu” isimli çalışmada tezin planlanmasından yazımına kadar tüm süreçlerde etik ilkelere bağlı kaldığımı, tezime ilişkin bilgi ve belgeleri akademik ve bilimsel etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, tezimde kullandığım tüm görsel ve yazılı materyallerin kaynağını gösterdiğimi, yararlandığım eserlerin tümünün kaynaklar bölümünde yer aldığını, tezimin Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

10.07.2023

(İmza)

Gökçe Nur TUNA

TEŞEKKÜR

Lisans eğitimimden başlayarak yüksek lisans eğitimimde de yanımda olan, tecrübeleri ile bana yol gösteren, bilgi ve deneyimlerini her fırsatta paylaşan ve bu yolda ilerlememi sağlayan sayın hocam Prof. Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA'ya,

Çalışmanın yapılmasında bana yardımcı olan arkadaşlarıma ve araştırmayı kabul eden annelere,

Hayatım boyunca yanımda olan, desteklerini esirgemeyen babam Talha TUNA, annem Yasemin TUNA ve kardeşim İrem TUNA'ya

sonsuz teşekkür ederim.

NORMAL VE SEZARYEN DOĞUM YAPAN KADINLARDA POSTPARTUM HÜZÜN VE DEPRESYON GÖRÜLME DURUMU

ÖZET

Bu çalışmanın amacı, normal ve sezaryen doğum yapan kadınlarda postpartum hüznün ve depresyon görülme durumunu belirlemektir. Prospektif özellikteki çalışma Yozgat Şehir Hastanesi'nde 30 normal ve 30 sezaryen doğum yapan kadınlarla yürütülmüştür. Veriler postpartum 1., 3., 5., 7., 10., 14. ve 28. günlerde Tanıtıcı Bilgi Formu, Doğum Sonrası Bilgi Formu, Günlük Deneyimler Anketi ve Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği ile ilk gün yüz yüze, sonraki günler telefonla toplanmıştır. Veriler tanımlayıcı istatistikler, Ki-Kare, Fisher Exact Ki-Kare, t testi, Mann Whitney U, Tekrarlı Ölçümlerde Anova, Friedman ve Cochran Q testi, Pearson ve spearman korelasyon analizi ile değerlendirilmiş ve $p<0.05$ anlamlı kabul edilmiştir. Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların negatif ve pozitif duygulanım puanları ve oranları benzerdir ($p>0.05$). Normal doğumda ilk 7 günde, sezaryen doğumda 1-3. günlerde negatif duygulanım daha fazladır ($p<0.05$). Normal ve sezaryen doğumda postpartum depresyon riski düşük ve benzerdir ($p>0.05$). Normal doğumda postpartum depresyon riski günlere göre benzerdir, sezaryen doğumda ise 14. günde artmıştır. Her iki grupta negatif duygulanım ile postpartum depresyon riski arasında pozitif ve pozitif duygulanım ile postpartum depresyon riski arasında negatif ve orta düzeyde bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Çalışma sonucunda tüm kadınların hüznə yatkın oldukları, normal doğumda ilk yedi günde, sezaryen doğumda ilk üç günde negatif duygulanımın fazla olduğu, sezaryen doğumlarda 14. günde postpartum depresyon riskinin arttığı ve her iki grupta annelik hüznü ile postpartum depresyon riski arasında önemli ilişkiler olduğu bulunmuştur. Normal ve sezaryen doğum yapan annelerin pozitif duygulanımlarını artırmaya ve postpartum depresyon riskini azaltmaya yönelik destekleyici hemşirelik girişimlerinin sağlanması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Doğum Şekli, Normal Doğum, Sezaryen Doğum, Postpartum Hüzün, Postpartum Depresyon.

OCCURENCE OF POSTPARTUM BLUES AND DEPRESSION IN WOMEN WITH VAGINAL AND CESAREAN DELIVERIES

ABSTRACT

The aim of this study is to determine the occurrence of postpartum blues and depression in women who have had vaginal and cesarean deliveries. This prospective study was conducted at the Yozgat City Hospital with 30 women who had vaginal deliveries and 30 women who had cesarean deliveries. Data was collected face-to-face on the postpartum first day and via phone on 3rd, 5th, 7th, 10th, 14th and 28th days using the Introductory Information Form, Postpartum Information Form, Daily Experiences Questionnaire and Edinburgh Postpartum Depression Scale. The data was analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, Fisher's exact Chi-square test, t-test, Mann-Whitney U test, repeated measures ANOVA, Friedman test, Cochran Q test, Pearson correlation analysis and Spearman correlation analysis. A p-value of <0.05 was considered statistically significant. The negative and positive affect scores and rates of women who had vaginal and cesarean deliveries were similar ($p>0.05$). Negative affect was higher in the first 7 days of vaginal delivery and in the first 1-3rd days of cesarean delivery ($p<0.05$). The risk of postpartum depression was low and similar in both vaginal and cesarean deliveries ($p>0.05$). The risk of postpartum depression was similar across days in vaginal delivery but increased on the 14th day in cesarean delivery. There was a positive correlation between negative affect and the risk of postpartum depression and a moderate negative correlation between positive affect and the risk of postpartum depression in both groups ($p<0.05$). The study found that all women were susceptible to blues; negative affect was higher in the first seven days of vaginal delivery and the first three days of cesarean delivery. The risk of postpartum depression increased on the 14th day in cesarean deliveries, and there were significant associations between maternal blues and the risk of postpartum depression in both groups. It is recommended to provide supportive nursing interventions to increase positive affect and reduce the risk of postpartum depression in women who have had both vaginal and cesarean deliveries.

Keywords: Delivery Mode, Vaginal Delivery, Cesarean Delivery, Postpartum Blues, Postpartum Depression.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	ii
ETİK BEYAN.....	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xi
ŞEKİLLER VE RESİMLER DİZİNİ.....	xii
TABLolar DİZİNİ.....	xiii
1.GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Normal Doğum Eylemi	6
2.1.1. Normal Doğumun Evreleri.....	8
2.1.2. Prevelansı	11
2.1.3. Yararları ve Riskleri	11
2.2. Sezaryen Doğum.....	12
2.2.1. Prevelansı	13
2.2.2. Yararları ve Riskleri	14
2.3. Doğum Eyleminde Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları	15
2.4. Postpartum Dönem.....	18
2.5. Postpartum Dönemde Ruhsal Sorunlar	20
2.6. Annelik Hüzünü	21
2.6.1. Tanımı	21
2.6.2. Prevelansı	21
2.6.3. Görüldüğü Günler.....	21
2.6.4. Nedenleri.....	22
2.6.5. Risk Faktörleri.....	22
2.6.6. Belirtileri	23
2.6.7. Tanısı	23
2.6.8. Tedavisi.....	24
2.6.9. Komplikasyonları	24
2.7. Postpartum Depresyon (PPD).....	24
2.7.1. Tanımı	24
2.7.2. Prevelansı	25

2.7.3. Nedenleri.....	25
2.7.4. Risk Faktörleri.....	26
2.7.5. Belirtileri.....	26
2.7.6. Tanısı.....	26
2.7.7. Tedavisi.....	27
2.7.8. Komplikasyonları.....	28
2.8. Postpartum Psikoz.....	28
2.8.1. Tanımı.....	28
2.8.2. Prevelansı.....	29
2.8.3. Nedenleri.....	29
2.8.4. Risk Faktörleri.....	29
2.8.5. Belirtileri.....	29
2.8.6. Tanısı.....	30
2.8.7. Tedavisi.....	30
2.8.8. Komplikasyonları.....	31
2.9. Postpartum Ruhsal Sorunların Yönetiminde Hemşirenin Rolü.....	31
3. YÖNTEM.....	34
3.1. Araştırma Modeli.....	34
3.2. Araştırma Evren ve Örneklemi/Araştırma Materyali.....	34
3.3. Veri Toplama Araçları.....	35
3.3.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (TBF).....	35
3.3.2. Doğum Sonrası Bilgi Formu (DSBF).....	35
3.3.3. Günlük Deneyimler Anketi (Daily Experiences Questionnaire: Turkish DEQ).....	36
3.3.4. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ).....	38
3.4. Veri Toplama Süreci.....	39
3.5. Deneysel Kurgu.....	42
3.6. İstatistiksel Analiz.....	42
3.7. Etik Onay.....	43
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	43
4. BULGULAR.....	45
4.1. Annelerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	45
4.2. Annelerin Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	47
4.3. Annelerin Doğum Öncesi/Sonrası Eğitim Alma Durumuna İlişkin Bulgular.....	51
4.4. Annelerin Emzirme Özellikleri ve Bebeklerini Besleme Durumuna İlişkin Bulgular.....	52
4.5. Annelerin Bebeklerinin Ağırlığı ve Bebeklerini Tanımlamasına İlişkin Bulgular.....	58

4.6. Annelerin Doğum Sonrası Uyku Özelliklerine İlişkin Bulgular	60
4.7. Annelerin Doğum Sonu Eğitim Almak İsteddiği Konulara İlişkin Bulgular	63
4.8. Annelerin Doğum Sonrası Eş ve Sosyal Destek Sistemlerine İlişkin Bulgular ..	63
4.9. Annelerin Postpartum Dönemde Kendileri ve Bebekleri ile İlgili Sorun Yaşama ve Sorunlarla Baş Etme Özelliklerine İlişkin Bulgular	71
4.10. Annelerin Doğum Sonrası Eş İlişkisi, Şiddet Görme ve Sigara Kullanma Durumu ile Ruhsal Destek İhtiyacı ve Ruhsal Destek Alma Durumuna İlişkin Bulgular	79
4.11. Annelik Hüznüne İlişkin Bulgular	83
4.12. Postpartum Depresyona İlişkin Bulgular	86
4.13. Annelerin DEQ ve EPDÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	88
5. TARTIŞMA	92
5.1. Normal ve Sezaryen Doğum Yapan Kadınların Bebeklerini Emzirme ve Besleme Durumuna İlişkin Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması	92
5.2. Normal ve Sezaryen Doğum Yapan Kadınların Doğum Sonrası Uyku Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	98
5.3. Normal ve Sezaryen Doğum Yapan Kadınların Doğum Sonu Eğitim Almak İsteddiği Konulara İlişkin Bulguların Tartışılması	100
5.4. Normal ve Sezaryen Doğum Yapan Kadınların Doğum Sonrası Eş ve Sosyal Destek Sistemlerine İlişkin Bulguların Tartışılması	100
5.5. Normal ve Sezaryen Doğum Yapan Kadınların Postpartum Dönemde Kendileri ve Bebekleri ile İlgili Sorun Yaşama ve Sorunlarla Baş Etme Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması	103
5.6. Normal ve Sezaryen Doğum Yapan Kadınların Doğum Sonrası Eş İlişkisi, Şiddet Görme ve Sigara Kullanma Durumu ile Ruhsal Destek İhtiyacı ve Ruhsal Destek Alma Durumuna İlişkin Bulguların Tartışılması	107
5.7. Normal ve Sezaryen Doğum Yapan Kadınlarda Annelik Hüznü Görülme Durumuna İlişkin Bulguların Tartışılması	108
5.8. Normal ve Sezaryen Doğum Yapan Kadınlarda Postpartum Depresyon Görülme Durumuna İlişkin Bulguların Tartışılması	111
5.9. Normal ve Sezaryen Doğum Yapan Kadınlarda Turkish DEQ ve EPDÖ Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyona İlişkin Bulguların Tartışılması	114
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	117
6.1. Sonuçlar	117
6.1.1. Normal ve Sezaryen Doğum Yapan Kadınların Bebeklerini Emzirme ve Besleme Durumuna İlişkin Özelliklerine Yönelik Sonuçlar	117
6.1.2. Normal ve Sezaryen Doğum Yapan Kadınların Doğum Sonrası Uyku Özelliklerine İlişkin Sonuçlar	118
6.1.3. Normal ve Sezaryen Doğum Yapan Kadınların Doğum Sonu Eğitim Almak İsteddiği Konulara İlişkin Sonuçlar	119
6.1.4. Normal ve Sezaryen Doğum Yapan Kadınların Doğum Sonrası Eş ve Sosyal Destek Sistemlerine İlişkin Sonuçlar	119

6.1.5. Normal ve Sezaryen Doğum Yapan Kadınların Postpartum Dönemde Kendileri ve Bebekleri ile İlgili Sorun Yaşama ve Sorunlarla Baş Etme Özelliklerine İlişkin Sonuçlar	121
6.1.6. Normal ve Sezaryen Doğum Yapan Kadınların Doğum Sonrası Eş İlişkisi, Şiddet Görme ve Sigara Kullanma Durumu ile Ruhsal Destek İhtiyacı ve Ruhsal Destek Alma Durumuna İlişkin Sonuçlar.....	124
6.1.7. Normal ve Sezaryen Doğum Yapan Kadınlarda Annelik Hüznü Görülme Durumuna İlişkin Sonuçlar.....	124
6.1.8. Normal ve Sezaryen Doğum Yapan Kadınlarda Postpartum Depresyon Görülme Durumuna İlişkin Sonuçlar	125
6.1.9. Normal ve Sezaryen Doğum Yapan Kadınların Turkish DEQ ve EPDÖ Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyona İlişkin Sonuçlar.....	126
6.2. Öneriler.....	127
6.2.1. Sağlık Personeline Yönelik Öneriler	127
6.2.2. Araştırmacılara Yönelik Öneriler	130
6.2.3. Yöneticilere Yönelik Öneriler	130
KAYNAKLAR	131
EKLER	159
Ek 1: ETİK KURUL ONAYI.....	159
Ek 2: KURUM İZİN ONAYI.....	160
Ek 3: FORMLAR (VERİ / KAYIT FORMLARI / ANKET FORMLARI/ vb.)	163
Ek 4: ÖZGEÇMİŞ	177

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACOG:	American College of Obstetricians and Gynecologists
APGAR:	Appearance- Pulse-Grimace- Activity--Respiration
BDE:	Beck Depresyon Envanteri
CRH:	Corticotropin Releasing Hormon
DEQ:	Daily Experiences Questionnaire
DSBF:	Doğum Sonrası Bilgi Formu
DSM V:	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
EKT:	Elektrokonvülsif Tedavi
EPDÖ:	Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği
HPA:	Hipotalamik-Hipofiz-Adrenal Eksen
ICD-10:	International Classification of Disease-10
KBQ:	Kennerley Blues Anketi
LDRP:	Leave Delivery Room Patient
NA:	Negative Affect
OECD:	Organisation for Economic Co-Operation and Development
PA:	Positive Affect
PANAS:	Positive and Negative Affect Schedule
PHQ:	Patient Health Questionnaire (Hasta Sağlığı Anketi)
PMS:	Premenstrüel Sendrom
PPD:	Postpartum Depresyon
SPSS:	Statistical Package for Social Sciences
SSRI:	Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
TBF:	Tanıtıcı Bilgi Formu
TNSA:	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

ŞEKİLLER VE RESİMLER DİZİNİ

Şekil 3.1. Çalışma Akış Süreci.....	41
--	-----------



TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 3.1. Günlük deneyimler anketindeki maddelerin alt boyutlara göre dağılımı	37
Tablo 3.2. Günlük deneyimler anketi (Turkish DEQ) cronbach alfa değerleri	38
Tablo 3.3. Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği (EPDÖ) cronbach alfa değerleri	39
Tablo 4.1. Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların sosyodemografik özellikleri	46
Tablo 4.2. Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların gebeliğe ilişkin özellikleri	48
Tablo 4.3. Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların doğuma ilişkin özellikleri	50
Tablo 4.4. Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların doğum öncesi/sonrası eğitim alma durumuna ilişkin özellikleri	52
Tablo 4.5. Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların bebeklerini emzirme ve besleme durumuna ilişkin özellikleri	55
Tablo 4.6. Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların bebeklerinin ağırlığı ve bebeklerini tanımlama durumu	59
Tablo 4.7. Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların doğum sonrası uyku özellikleri	62
Tablo 4.8. Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların doğum sonu eğitim almak istediği konular	63
Tablo 4.9. Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların doğum sonrası eş ve sosyal destek sistemlerine ilişkin özellikleri	67
Tablo 4.10. Kadınların doğum sonrası kendileri ve bebekleri ile ilgili sorun yaşama ve baş etme durumları	76
Tablo 4.11. Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların doğum sonrası eş ilişkisi, şiddet görme ve sigara kullanma durumu	80
Tablo 4.12. Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların doğum sonrası ruhsal destek ihtiyacı ve destek alma durumu	82
Tablo 4.13. Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların Turkish DEQ ölçeği puan ortalamaları ve eşik değere göre değerlendirilmesi	85
Tablo 4.14. Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların EPDÖ puan ortalamaları ve eşik değere göre değerlendirilmesi	87
Tablo 4.15. Normal doğum yapan kadınların DEQ ve EPDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki	89
Tablo 4.16. Sezaryen doğum yapan kadınların DEQ ve EPDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki	91

1.GİRİŞ

Doğum, kadının yaşamını önemli ölçüde etkileyen en özel deneyimlerden biridir (Çıtak Bilgin, 2020). En eski zamanlardan beri kadınların tercihi normal doğumdan yana olmuştur (Petersen, 2018). Başarılı bir vajinal doğumun anne ve bebek için birçok yararı vardır. Kadının hastanede kalış süresi kısalmır, daha kısa sürede iyileşme ve erken mobilizasyon sağlanır, daha az tıbbi müdahale içerir, enfeksiyon yaşanma olasılığı daha azdır ve anne bebek etkileşimi en kısa sürede başlar (Aktaş ve Yılar, 2018; Omona, 2021). Normal vajinal doğumun mümkün olmadığı ya da anne ve bebek sağlığının riskli olduğu durumlarda sezaryen doğum uygulanmaktadır. Tıbbi gereklilik halinde yapılan sezaryen, anne ve bebek ölümlerini ciddi bir şekilde önleyebilirken, son on yılda dünya çapında sezaryen oranlarında ciddi bir artış söz konusu olmuştur. Bu artış, belirli bir eşiğin üzerinde artan morbidite ile ilişkilendirilmektedir (WHO, 2018b). Ülkemizde sezaryen oranında ciddi bir artış söz konusudur. Sezaryen doğum oranı 2021 yılında %58.4 olurken, primer sezaryen oranı %29.1 olarak saptanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 2023). Türkiye'yi %58.6 sezaryen oranıyla Meksika izlemiştir. İsrail %14.8 ile en düşük sezaryen oranına sahip ülkedir (OECD, 2023). Artan sezaryen oranları sağlık sistemine de yük olmaktadır. Bu nedenle sezaryen kararı verilirken dikkatli olunmalı, sağlık hizmetlerinin altyapısı geliştirilmeli ve anne ve bebek sağlığı için yeni politikalar geliştirilmelidir (Singh vd., 2020).

Kadın için olumlu bir doğum deneyimi, kuşkusuz doğum sonrası dönemin de keyif verici ve heyecanlı bir dönem olarak geçirilmesine katkıda bulunur (WHO, 2018b). Anneler doğum sonrası süreçte bir yandan doğum deneyiminin getirdiği değişimlere uyum sağlamaya çalışırken, bir yandan da yenidoğana ve doğum sonrası süreçte görülen yoğun biyopsikososyal değişimlere uyum sağlamaya çalışır. Tüm bunlar postpartum dönemde ruhsal sorunların görülme riskini artırmaktadır (Shishido vd., 2021; Zareba vd., 2020). Annenin ruh sağlığı bebek ve ailesi ile olan etkileşimini de önemli derecede etkileyebileceğinden, doğum sonrası dönemde ruhsal bozuklukların erken tanı ve tedavisi çok önemlidir. Postpartum dönemde ortaya çıkan duygu durum bozuklukları annelik hüznü, postpartum depresyon ve postpartum psikoz olarak üç grupta incelenmektedir (Roozbahani vd., 2021; Thomas vd., 2018; Toptaş Bıyıklı ve Yıldırım, 2018; Yılmaz ve Yar, 2021).

Annelik hüznü doğumdan itibaren iki veya üç gün içinde ortaya çıkmaya başlar, birkaç gün içerisinde zirveye ulaşır ve sonraki iki hafta içinde kendiliğinden geriler (Balaram ve Marwaha, 2023). Depresif, ağlamaklı, kaygılı ruh hali, sinirlilik, iştah ve uyku bozuklukları, duygusal değişkenlik ve konsantrasyon güçlüğü ile karakterizedir (Rezaie-Keikhaie vd., 2020; Tosto vd., 2023). Oldukça yaygın görülen annelik hüznü, doğumdan sonraki ilk birkaç haftada kadınların yaklaşık %50 veya daha fazlasında ortaya çıkmaktadır (Howard vd., 2014). Annelik hüznü prevelansı Almanya’da %55.2 (Reck vd., 2009), Afrika’da %49.6 (Rezaie-Keikhaie vd., 2020), Yunanistan’da %44.5 (Gonidakis vd., 2007) ve Japonya gibi duyguların daha az dile getirildiği ve geleneksel yaşam tarzını benimseyen yerlerde %8 (Tsukasaki vd., 1991) oranında görülmektedir. Ülkemizde annelik hüznünün %50-85 oranında görüldüğü belirtilmektedir (Çakıl ve Bayraktar, 2018). Menstrual döngü, gebeliğe bağlı duygudurum değişiklikleri, obstetrik faktörler, majör depresyon, postpartum depresyon öyküsü, sosyokültürel etmenler, eş desteği ve yaşa bağlı olarak annelik hüznü riski artmaktadır (Balaram ve Marwaha, 2023; Çakıl ve Bayraktar, 2018).

Postpartum depresyon (PPD), DSM V (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) içinde “Duygu Durum Bozuklukları” içinde tanımlanmıştır. DSM V tanılmasında PPD, “Postpartum Başlangıç Belirleyicisi” başlığı altında “postpartum dört hafta içinde epizodun başlaması” şeklinde belirtilmiştir (Köroğlu, 2014). PPD, doğumdan sonraki 12 hafta içinde, çoğunlukla 4-6. hafta civarında ortaya çıkar. Prevelansı ülkeden ülkeye farklılık göstermekle beraber, dünyada %17.22, düşük ve orta gelirli ülkelere %18.6, Türkiye’de ise %24 oranında görülmektedir (Karaçam vd., 2018; Wang vd., 2021). Ülkelerdeki ekonomik eşitsizlikler, anne çocuk sağlığına ilişkin farklı uygulamalar, kültürel farklılıklar, farklı raporlama uygulamaları, damgalama, yetersiz sosyal hizmet, yetersiz beslenme, stres ve biyolojik faktörler prevelansın değişiklik göstermesine neden olmaktadır (Hahn-Holbrook vd., 2018; Wang vd., 2021). Postpartum hüznün, acil sezaryen, riskli gebelikler, kord sarkması, düşük hemoglobin, aile içi şiddet, gebelikte sigara içme, beslenme ve uyku alışkanlıkları, egzersiz ve B6 vitamin eksikliği, sosyokültürel nedenler, gebelik öncesi depresyon ve kaygı ile sosyal destek eksikliği önemli risk faktörleridir (Inthorn vd., 2023; Kolukırık vd., 2018; Mughal vd., 2022; O’Hara ve McCabe, 2013; Payne ve Maguire, 2019; Robertson vd., 2004). DSM V’e göre PPD ilgi ve zevk kaybı, halsizlik ve yorgunluk, uyku düzeninde bozulma, kilo değişiklikleri, konsantrasyon güçlüğü, suçluluk duygusu, değersizlik duygusu,

psikomotor yetersizlik ve intihar düşünceleri ile karakterizedir (Köroğlu, 2014). Depresyon taraması için mevcut olan yaklaşımlar, Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ), Hasta Sağlığı Anketi (PHQ-9) ve Beck Depresyon Envanteri (BDE) gibi ölçeklerin kullanılması ile sağlanmaktadır (Thombs vd., 2017). Postpartum depresyonun önlenmesi annelik hüznü gibi her zaman mümkün olmayabilir. Ancak, erken tanılanması ve tedavi edilmesi hastalığın uzun dönemde daha iyi seyrinde gitmesine yardımcı olmaktadır (Monks vd., 2022). Aksi halde tedavi edilmeyen PPD anne-bebek bağının zayıflamasına, emzirmede başarısızlığa, ebeveynlik ve evlilikte uyumsuzluğa, çocuğun fiziksel ve psikolojik gelişimiyle ilişkili kötü sonuçlara ve gelecekte majör depresyon, bipolar bozukluk ve postpartum psikoza yol açabilmektedir (Alshikh vd., 2021; Kartika ve Krianto, 2019; Mughal vd., 2022).

Postpartum dönemde ruhsal sorunların görülmesinde çeşitli risk faktörlerinin etkisi bulunmaktadır. Bu risk faktörlerinden birisi de doğum şeklidir. Doğum şekli ile hüznün arasındaki ilişkileri irdeleyen çalışmalar sınırlıdır ve sonuçları farklılık göstermektedir. Bazı çalışmalarda doğum şeklinin annelik hüznü ile ilişkili olmadığı bulunmuştur (Çakıl ve Bayraktar 2018; Denis vd., 2008; Pop vd., 2015; Reck vd., 2009; Séjourné vd., 2008). Bazı çalışmalarda ise annelik hüznünün sezaryen ve müdahaleli vajinal doğumdan etkilendiği bildirilmiştir (Gonidakis vd., 2007; Shishido vd., Horiuchi, 2021; Zareba vd.,2020). Yapılan başka bir çalışmada ise vajinal doğumun koruyucu bir faktör olduğu saptanmıştır (Gerli vd., 2021).

Doğum şeklinin postpartum depresyona etkisi ile ilgili birçok çalışma vardır. Faisal-Cury ve Menezes (2019), PPD'nin vajinal doğumda %51.8, komplike vajinal doğumda %21.7 ve sezaryende %30.5 oranında görüldüğünü saptamışlardır. Sun vd. (2021), sezaryen doğumdaki PPD riskinin vajinal doğuma göre 1.34 kat arttığını, en yüksek risk gruplarının sırasıyla acil sezaryen, elektif sezaryen, operatif vajinal doğum, en düşük riskin ise spontan vajinal doğum yapanlarda olduğunu bildirmişlerdir. Primer veya elektif sezaryen olanların normal vajinal doğum yapanlara göre PPD riskini daha fazla saptayan çalışmalar vardır (Liu vd., 2022; Rauh vd., 2012). Sezaryen, özellikle acil sezaryende taburculukta yaşanan ağrı düzeyi PPD şiddetinin bir göstergesi olarak belirlenmiştir (Ilska vd., 2020). Ayrıca, sezaryen doğumda nöroaksiyel anesteziye göre genel anestezi %54 artmış PPD olasılığı ve %91 artmış intihar düşüncesi ve kendine zarar verme ile ilişkili olarak bulunmuştur (Guglielminotti vd., 2022). Ateşer vd., (2017)

sezaryen doğum yapanlarda PPD'nin anlamlı olarak yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Bu sonuçlara karşın Adams vd. (2012), doğum şeklinin postpartum duygu durum bozukluklarını etkilemediğini, gebelikte var olan emosyonel sorunların başlıca etkileyen faktör olduğunu belirtmişlerdir. Diğer iki çalışmada ise doğum şeklinin PPD görülmesinde bir etkisinin olmadığı bulunmuştur (Patel vd., 2005; Sword vd., 2011). Ülkemizde Kaya ve Çiğdem (2019) doğum, indüksiyon, epizyotomi ve spinal anestezinin PPD ile ilişkili olmadığını saptamışlardır. Göker vd., (2012) spontan vajinal doğum, elektif ve acil sezaryen doğumun PPD üzerine bir etkisini bulamamışlardır.

Doğumdan sonra annenin iyiliği, deneyimlenen doğum şekli ile ilişkilidir. Depresif semptomları olan kadınların anne işlevlerinin daha düşük olduğu bildirilmektedir. Bu nedenle doğum sonrası hüznün ve depresyonun erken teşhisi ve tedavisi, günlük anne fonksiyonlarının iyileştirilmesinde önemli bir rol oynayabilir (Chamgurdani vd., 2020). Sezaryen riskinin, ruh sağlığı iyi olan annelere kıyasla depresif annelerde %96, anksiyeteli annelerde %81 ve stresli annelerde %75 daha yüksek olduğu (Moameri vd., 2019) ve sezaryen olan kadınların eşlerinin 1/3'ünden fazlasında depresyon olduğu (Işık Koç ve Ergöl, 2018) dikkate alınır, doğum şeklinin kadın ruh sağlığı üzerindeki etkileri konusunda artan farkındalığa ihtiyaç vardır. Risk altındaki kadınların taranması, bakım kalitesini artırabilir ve semptomların kalıcı olmasını önleyebilir (Dekel vd., 2019). Sağlık çalışanları sezaryen, özellikle acil ve elektif sezaryen ile doğum gerçekleştiren kadınlara dikkat etmeli, ruhsal bozukluk gelişme durumunu yakından izlemeli, psikolojik iyilik halini sürekli değerlendirmeli, doğum sonrası ruh sağlığını iyileştirmek için uygun şekilde müdahale etmeli ve depresyon gelişen kadınların ruh sağlığı hizmetlerine hızlı erişimlerini sağlamalıdır (Rauh vd., 2012; Sun vd., 2021). Böylece 2030 yılına kadar "korunma ve tedavi yoluyla bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin 1/3 oranında azaltılması, önlenabilir ölümlerin sonlandırılması ve akıl sağlığı ile esenliğin desteklenmesi (T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019) hedefine katkı sağlanabilir.

Doğum şekli tercihleri, toplumun sosyokültürel yapılarına göre değişiklik gösterebilmektedir. Bu nedenle hüznün ve PPD görülmesinde doğum şekline bağlı bölgesel farklılıkların olması beklenebilir. Dekel vd., (2019), doğum şeklinin psikolojik etkilerine yönelik araştırmalara gereksinim olduğuna dikkat çekmektedir. Ülkemizde hüznün ve depresyon oranlarının fazla olması, doğum şeklinin hüznün ve depresyonda risk

faktörü olup olmadığı konusundaki belirsizliğin bulunması, kadınlar arasında ruhsal sorunların yaygın olması (Çankaya vd., 2017; Doğan ve Kızıltan, 2019), ayrıca Yozgat ilinde depresyon oranının %19.1 oranında olması (Kılıç, 2016), bu konunun farklı kültür ve bölgelerde araştırılması gereksinimini ortaya koymaktadır. Ülkemizde normal ve sezaryen doğumların postpartum hüznün ve depresyon üzerine etkisini irdeleyen çalışmalar sınırlıdır. Multifaktöriyel bir ortamda normal ve sezaryen doğum gerçekleştiren annelerin hüznün ve PPD'ye yatkınlıklarının belirlenmesi, riskli annelerin tedavisi, bakımı ve yakından izlenmesi, ruhsal sorunların uzun dönem olumsuz etkilerini azaltmak açısından yararlı olacaktır. Doğum sonrası dönemde etkili eğitim programları hazırlanarak yaşanan ruhsal sorunlar azaltılabilir ve annelerin tercihlerini normal doğumdan yana kullanmaları mümkün olabilir. Bu nedenlerle çalışmada normal ve sezaryen doğum gerçekleştiren kadınlarda postpartum hüznün ve depresyon görülme durumunun incelenmesi amaçlanmıştır.

Araştırma soruları

1. Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların postpartum özellikleri bakımından bir farklılık var mıdır?
2. Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların postpartum hüznün görülme durumu bakımından bir fark var mıdır?
3. Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların postpartum depresyon görülme durumu bakımından bir fark var mıdır?
4. Normal doğum yapan kadınların postpartum hüznün ve depresyon görülme durumu arasında bir ilişki var mıdır?
5. Sezaryen doğum yapan kadınların postpartum hüznün ve depresyon görülme durumu arasında bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Normal Doğum Eylemi

Normal doğum, insanlar için 200 bin yıldır tercih edilen bir eylem olmuştur ve gezegendeki 7.6 milyardan fazla insana güvenli, etkili ve verimli bir doğum eylemi sağlama geçmişine sahiptir. En eski çizilmiş, oyulmuş taş figürlerinde insanın doğurganlığını ve vajinal doğumu kutlayan figürlere rastlanmaktadır. Örneğin, Türkiye’de vajinal yolla doğum gerçekleştiren ve doğurganlık tanrıçası olduğuna inanılan bir taş oyması figürünün M.Ö. 6500 yılına ait olduğu bildirilmiştir (Petersen, 2018).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) normal doğumu, spontan başlayan, en az riskle devam eden, 37- 42. haftalarda vertex pozisyonunda bebeğin doğması olarak tanımlar. DSÖ, normal doğumda doğal süreci bozmak için geçerli bir nedenin olması gerektiğini belirtmektedir (WHO,1998). Normal vajinal doğum, kadın bedeninin fizyolojik yapısına en uygun doğum şeklidir ve mümkün olduğunca müdahale edilmeden gerçekleştirilir. Normal bir doğum eyleminin; tek ve canlı bir fetüsün varlığı ile termde (37-42. gebelik haftalarında), spontan başlaması, baş-pelvis uyumsuzluğu olmadan, vertex pozisyonunda, sağlıklı bir fetüs ve annenin varlığı ile meydana gelmesi beklenir (Desai ve Tsukerman, 2022; Rathfisch, 2019).

Membran rüptürü, düzenli kontraksiyon, yeterli efasman (%80 veya daha büyük) ve 4-5 cm servikal dilatasyon normal vajinal doğum endikasyonu olarak kabul edilir (Desai ve Tsukerman, 2022). Vajinal doğum bazen annenin ve bebeğin sağlığı için risk oluşturabilir. Plasenta previa, herpes virüsü, HIV, bir veya daha fazla sezaryen veya uterus ameliyatı öyküsü, baş-pelvis uyumsuzluğu, fetal malprezentasyon, şiddetli kardiyovasküler hastalıklar, makat pozisyonunda ikiz gebelikler, kord prolapsusu, makrozomi, uterus rüptürü, ablasyo plasenta, vasa previa ve distosi gibi durumlarda vajinal doğum kontredike olup sezaryen ile doğum yaptırılması önerilir (Desai ve Tsukerman, 2022; Omona, 2021; Prosser vd., 2018; Sönmez ve Sivaslıoğlu, 2019).

Doğum eylemi, biyokimyasal, hormonal ve mekanik birçok faktörün etkisiyle gerçekleşir. Doğum, östrojen ve progesteron hormonu tarafından kontrol edilse de

prostoglandinler, CRH (corticotropin releasing hormon), oksitosin ve relaksin hormonu gibi birçok hormonun etkisi altında gerçekleşir ve bu hormonal denge doğumun başlaması, devam etmesi ve ilerlemesinde rol oynar. CRH, hipotalamik ve plasental bir peptittir. CRH, plaseenta ve myometrial düz kas içine etki ederek doğumun başlamasında etkili olur ve doğuma yakın artar. Prostoglandinler doğumun başlamasında etkili olur, fetal membran rüptürüne yol açar. Progesteron, myometrial kontraktileteyi baskılar, gebeliğin sürdürülmesinde rol alır. Östrojen, gebeliğin erken döneminde progesteronun etkisini artırırken, gebeliğin sonlarına doğru oksitosin reseptörlerini artırır. Oksitosin, myometrial düz kas aktivasyonu ve serviks üzerine etki eder ve doğum yaklaştıkça salınımı artar. Düzenli ve etkili kontraksiyonlar için doğrudan myometiruma, prostoglandin üretimini artırmak için ise dolaylı olarak desidua üzerine etki eder. Relaksin hormonu, uterus kontraktilesini baskılamak için vardır ve doğum için serviksin hazırlanmasını, servikal bağ dokunun yeniden şekillenmesini sağlar (Nguyen-Ngo ve Lappas, 2020; Thornton vd., 2020).

Doğum eyleminde annenin ruhsal durumu da doğumu etkilemektedir. Eylemde kadın rahat ve iyimserse, durumu tolere edip kolay uyum sağlayabilir. Anksiyete düzeyi yüksek ise hem algılanan ağrı düzeyi artar hem de tolere etme düzeyi azalır. Aşırı korku, endişe ve ağrıya bağlı olarak stres hormonlarında görülen artış, anne ve fetus hazır olmadan doğumun başlamasına neden olur (Karakaya ve Koç, 2022).

Doğum eyleminde, duyguların ve hormonların birbiriyle bağlantısı olduğu anlaşılmıştır. Doğumu başlatan ve sürdüren hormonların, kadınların doğum sırasında sergiledikleri duygu ve davranışlara neden olduğu belirtilmektedir. Stres yanıtının aktivasyonu ile artan CRH seviyesi hipotalamik beta endorfin salgılanmasını uyarak analjezik yanıtın artmasına neden olur. Bu hormonlara östrojen ve progesteron da yardım eder ve kasılmaları uyarmak için myometrium üzerine direkt etkisi olan prostoglandin üretimini uyarır. Bu hormonların tamamı kadının doğuma ve anneliğe verdiği duygusal, fiziksel ve sosyal tepkilerde büyük bir öneme sahiptir. Ağrının giderek artması stres tepkisinin de artmasına neden olur, CRH seviyeleri yükselir ve aynı zamanda beta endorfin seviyeleri de yükselir. Bu hormonlar strese aracılık etmek için birlikte çalışırlar. Artan beta endorfin ve oksitosin seviyeleri hipnotik ve analjezik bir etki yaratır. Bu hormonlar arttıkça neokorteksin işleyişinde azalma meydana gelebilir ve limbik sistem daha baskın hareket edebilir. Bu olay doğumda bazı kadınların farklı bir yerde

hissetmelerini, etrafındaki olay ve kişilere odaklanamamasını açıklar. Beynin bilişsel kısmı aktif olmaya devam etse de esas hâkim olan limbik sistemdir, böylelikle vücut doğum için gerekli olan fizyolojik uyum ile ilerleyebilir. Beynin bilişsel kısmı devreye girip limbik sistemin hakimiyetini kaybetmesi, doğumun durması ve yavaşlamasına neden olabilir (Dixon vd., 2013).

Doğumun mekanik süreci dört ana faktörün etkisi altında gerçekleşir. Son yıllarda doğumu etkileyen faktörler arasına ağrı (pain) da eklenmiştir (Karakaya ve Koç, 2022; Sharma, 2019; Thornton vd., 2020).

Passageway: Doğum yolu (pelvis ve yumuşak kısım/yol): Serviksin dilatasyonu ve efasmanı ile ilgilidir. Daha önce doğum yaptıysa, kadının paritesi ve fetopelvik çaplar oldukça önemli olur.

Passenger: Fetüs (boyut, prezentasyonu vb./yolcu): Fetüsün başı, duruşu, prezentasyonu ve pozisyonu ile ilgilidir. Fetal başın çapı, doğumun zor geçmesine neden olan bir durumdur. Fetal başın çapı doğum için uygun olmalıdır.

Power: Uterin kontraksiyonlar (fonksiyonel/güç), fetüs ve yumuşak dokular üzerine kuvvet uygulayarak servikal dilatasyona yol açar.

Psyche: Psikolojik durum (annenin duygu durumu): Kadının duygu durumu, aşırı endişe ve korku hali, gereken sedasyon miktarı rol oynar.

Pain (Ağrı): Doğum ağrısı.

2.1.1. Normal Doğumun Evreleri

Doğum sürecini dört evreye ayırmak mümkündür (Karakaya ve Koç, 2022; Sharma, 2019).

I. Evre

İlk aşama en uzun aşamadır, düzenli, ritmik uterus kontraksiyonları ile eylemin başlamasından serviksin silinme ve dilatasyonunun tamamlanmasına kadar olan

dönemdir. Latent, aktif ve geçiş fazından oluşmaktadır (Desai ve Tsukerman, 2022; Koç ve Karakaya, 2022).

Latent faz: Ritmik ağrılı uterus kasılmalarıyla efasman ve dilatasyonun 5 cm'ye kadar ilerlemesini içeren bir periyoddur. Süresi kadınlara göre değişkenlik gösterebilir. Bu fazın nulliplarlarda 20 saati, multiparlarda 14 saati aşması latent fazın uzadığını gösterir. Aşırı sedasyon veya epidural analjezi, efase ve dilate olmamış serviks ve yalancı doğum ağrıları latent fazın uzamasına neden olan faktörler arasında sayılabilir (Desai ve Tsukerman, 2022; WHO, 2018a). Kadının anormal bir durumu yoksa (kanama, amniyon sıvısının gelmesi, şiddetli ağrı vb.) latent fazı evde sakin bir şekilde, destekçisiyle birlikte geçirmesi önerilir. Erken hastane ziyaretleri anne üzerinde daha fazla stres yaratır. Latent fazın evde geçirilmesi, kadının kontrol hissini artırmakta, doğum salonunda bekleme süresini kısaltmakta, analjezi kullanımını azaltmakta ve olumlu doğum deneyimini artırmaktadır. Kadın bu dönemde evde ağrıyla daha iyi baş edebilir, konuşmaya meyillidir ve gülümseyebilir. Bu dönemde kadının kendisini özel hissetmesi için sakin ve sıcak karşılanması ve dinlenmesi oldukça önemlidir. Gebelerde ağrı veya yorgunluk gözlemlendiğinde eğitim ve destek, oral hidrasyon, rahat pozisyonlar, masaj veya ılık su havuzuna girme gibi nonfarmakolojik ağrı yönetimi teknikleri işe yarayabilir (Canda, 2019; Koç ve Karakaya, 2022).

Aktif faz: Latent fazın bitiminden, serviksin tam dilatasyonuna kadar geçen süre aktif fazı ifade eder. Hızlı gerçekleşen bir aşamadır. Aktif faz süresinin, ilk doğumda genellikle 12 saati, sonraki doğumlarda ise 10 saati geçmeyeceği belirtilmektedir (Desai ve Tsukerman, 2022; WHO, 2018a). Bu evrede kadın içine kapanmaya, daha az sözcük kullanmaya başlar. Doğum destekçisi kadını rahatsız etmemeli, kontrolün kadında olmasına imkân vermelidir. Eşlerin bu sürece katılımı sağlanabilir. Bu süreçte en önemli nokta kadına yalnız olmadığını hissettirmektir. Kadına ağrıyla baş etmesi için nonfarmakolojik yöntemlerin uygulanması önerilmektedir (Koç ve Karakaya, 2022).

Geçiş fazı: Doğumun ilk evresinin sonlarına doğru kasılmaların süresi daha uzun ve sık aralıktır. Serviks tam dilatasyona (10 cm) yaklaştığında ve kasılmalar en üst düzeyde olduğunda kadınların çoğunda ıkınma hissi olur. Bu evre oldukça ağrılı ve stresli olabilir. Kadın ihtiyaçlarını ve hoşlanmadığı şeyleri daha açık ifade edebilir. Bu evrede ajitasyon, gerginlik ve kasılmaların etkisi ile el ve ayak parmaklarında uyuşmalar olabilir.

Kadın, etrafındaki kişilerin konuşmalarını ve hareketlerini fark etmeyebilir (Chapman ve Charles, 2018; Koç ve Karakaya, 2022).

II. Evre

Doğumun ikinci aşaması, tam servikal açıklık ile başlayıp, bebeğin dünyaya gelmesi ile son bulur. Uterus kasılmaları nedeniyle kadın istemsiz şekilde ıkınma gösterir. Süresi değişkenlik gösterse de genellikle ilk doğumlarda 3 saatte, sonraki doğumlarda 2 saatte tamamlanabilir. Bu aşamada doğumu kolaylaştırmak için elle fundal basınç önerilmemektedir (Desai ve Tsukerman, 2022; WHO, 2018a). Bu evrede kadına ıkınma konusunda destek verilmelidir (Koç ve Karakaya, 2022).

III. Evre

Bebeğin doğumundan sonra başlar ve plasantanın doğumu ile son bulur. Plasantanın uterin duvardan ayrılması, kılcal damarlarda kanama ve kasılmalar dönemin en önemli özelliğidir. Bu aşama 5-10 dakika sürer ve 30 dakikayı aştığında müdahale edilir. Anne ölümlerinin en yaygın nedeni olan doğum sonu kanama bu aşamada ortaya çıkar. Uzamış bir üçüncü aşama, kanama riski anlamına gelir ve bu süre ne kadar uzun olursa, risk o kadar artar. Postpartum kanamanın önlenmesi için tüm doğumlarda uterotoniklerin kullanımı önerilmektedir. Bu evrede ten-tene temasın sağlanması, emzirmenin desteklenmesi, sıcak ve rahat bir ortam sağlanması, fazla ışık ve gürültünün azaltılması önerilir (Farisoğlu vd., 2019; Koç ve Karakaya, 2022; WHO, 2018a).

IV. Evre

Kanama kontrol evresidir. Plasantanın doğumu ile sonrasındaki ilk dört saati kapsamaktadır. Bu evrede annenin bütün sistemi gebelik öncesine dönmeye ve stabilize olmaya başlar. Doğum sonu kanama, idrar retansiyonu, anestezinin yan etkileri ve hipotansiyon riskinin arttığı bir zamandır. Uterus düzenli muayene edilmeli, kanama kontrolü yapılmalı, anneye uterus masajı öğretilerek yapması sağlanmalıdır. Bu evrede fetüsün adaptasyonu da başlamaktadır. Kadın lohusalık sürecine ilk adımını atmıştır. Bu noktada anne ve bebek, etkileşim ve tanışma aşamasına geçmişlerdir. Hemşire/ebenin biraz geri planda kalıp, bebeğin fazla ısı kaybetmemesini sağlanması ve emzirmeyi sürdürmesine yardım etmesi önemlidir (Karakaya ve Koç, 2022; Rathfisch, 2019). Doğumdan sonraki ilk bir saatten başlayarak 24 saat süresince rutin olarak vajinal kanama, uterus involüsyonu, fundal yükseklik, ateş ve nabız değerlendirilmelidir.

Doğumdan hemen sonra kan basıncına bakılmalı, normal ise 6 saat sonra tekrar kontrol edilmeli, idrar çıkışı da 6 saat içinde kontrol edilmelidir. Anne ve ekip arasındaki işbirlikçi yaklaşım, mortalite ve morbiditeyi en aza indirerek başarılı bir vajinal doğuma yardımcı olur (Desai ve Tsukerman, 2022; WHO, 2018a).

2.1.2. Prevelansı

Küresel olarak her yıl yaklaşık 140 milyon doğumun çoğu, doğumun başlangıcında ve sırasında kendileri ve bebekleri için komplikasyon riski taşımayan sağlıklı kadınlar arasında gerçekleşir (WHO, 2018a). Dünya genelinde birçok ülkede doğurganlık oranları ciddi seviyede azalmaktadır. Nüfusun kendini yenilemesi için gerekli olan 2.1 doğurganlık hızının altına düşen ülkeler, zaman içerisinde sosyodemografik açıdan birçok problemle karşılaşmaktadır. Toplam doğurganlık hızının en yüksek olduğu ülke 6.51 ile Nijer olurken, en düşük ülke 1.08 ile Kore Cumhuriyeti'dir. Türkiye'nin toplam doğurganlık hızı 1.62 ile dünya ortalamasının altında kalmaktadır (TÜİK, 2022a). Türkiye'nin bölgeleri arasında toplam doğurganlık hızları bakımından farklılıklar vardır. Toplam doğurganlık hızı en fazla 3.59 çocuk ile Şanlıurfa'ya, en düşük 1.18 çocuk ile Kütahya ve Zonguldak'a aittir (TÜİK, 2022b). Türkiye'de son 60 yıllık süreçte doğurganlık kademeli bir şekilde azalmıştır. Mevcut politikalarda değişiklikler yapılması, teşvik edici yardımlarda bulunulması, doğumla ilgili yasal izinlerinin geliştirilmesi, kreş hizmetlerinin yaygınlaşması, çocuk yardımlarının artırılması, belli sayının üstünde çocukları olanlara teşvik edici yardımlar yapılması doğurganlık hızını artırmaya yönelik faaliyetler arasında yer alabilir (Coşan, 2022).

2.1.3. Yararları ve Riskleri

Başarılı bir normal doğumun anne ve bebek için birçok yararı vardır. Kadının hastanede kalış ve iyileşme süresi kısalır, erken mobilizasyon sağlanır, daha az tıbbi veya cerrahi müdahale içerir, enfeksiyon riski daha azdır ve anne bebek etkileşimi en kısa sürede başlar. Sezaryene göre daha az maliyetinin olması ve annenin ileriki gebeliklerinde komplikasyon yaşama riskinin daha az olması anneye sağladığı yararları arasındadır. Bebeklerin daha az solunum problemi yaşaması, yararlı bakterileri alıp daha az enfeksiyon oranına sahip olması gibi yararları da vardır (Aktaş ve Yılar, 2018; Molina vd., 2015; Omona, 2021).

Vajinal doğum perineal yırtıklara, pelvik taban kas ve sinir yaralanmalarına ve perineal kas tonüsünde azalmaya neden olabilmektedir. Vajinal doğumda iri bebek, uzamış eylem ve müdahaleli doğum eylemi gerçekleştiğinde pelvik taban ve çevre doku hasarı gelişebilmektedir. Pelvik tabanın hasar gördüğü durumlarda üriner inkontinans ve pelvik organ prolapsusları sezaryen doğuma göre normal doğumda 2 kat daha fazla görülmektedir (Omona, 2021; Yang ve Sun, 2019).

Doğumun obstetrik ve fetal komplikasyonları doğumun aşamalarına göre değişir ve anne bebek üzerinde ciddi etkiler yaratabilir. Özellikle primigravidaların doğum eylemi sırasında komplikasyon yaşama olasılığının 12 kat daha fazla olduğu bulunmuştur. İntrapartum ve postpartum kanama, hipertansif bozukluklar, plasenta dekolmanı, amnion sıvı embolisi, omuz distosisi, brakial pleksus yaralanması, fetal distres, ilerlemeyen eylem, baş-pelvis uyumsuzluğu, üçüncü derece perineal yırtıklar ve enfeksiyon gibi komplikasyonlar yaşanabilmektedir (Desai ve Tsukerman, 2022; Hoque, 2011).

2.2. Sezaryen Doğum

Sezaryen ile doğum, vajinal doğuma göre daha yeni bir gelişmedir. ABD Ulusal Tıp Kütüphanesi'ne göre Hindu, Mısır, Roma ve Çin kültürlerinde, annenin ölmek üzere olduğu durumlarda veya anne öldüğünde bebeği kurtarmak amacıyla yapılan bir uygulamadır (Petersen, 2018). Sezaryen doğum, normal vajinal doğumun mümkün olmadığı ya da anne ve bebek sağlığının riskli olduğu durumlarda fetüsün insizyon ile alındığı cerrahi bir işlemdir. Tıbbi gereklilik halinde yapılan sezaryen, anne ve bebek ölümlerini ciddi bir şekilde önleyebilirken, son on yılda dünya çapında sezaryen oranlarında ciddi bir artış söz konusudur. Bu artış, belirli bir eşiğin üzerinde artan morbidite ile ilişkilendirilmektedir (WHO, 2018b).

Önceki doğumun sezaryen olması, hipertansif bozukluklar, oligo/polihidroamnios, postterm gebelik, psikolojik bozukluklar, talasemi, plasental anomaliler, uzamış eylem, çoğul gebelik, fetal makrozomi, fetal distres, baş-pelvis uyumsuzluğu, malprezantasyon sezaryen doğumun endikasyonları olarak sayılabilir (Begum vd., 2017; Bulut ve Ceyhan, 2022; Gedefaw vd., 2020). Tıbbi bir kontrendikasyonu bulunmamakla birlikte annenin sezaryen doğumu istememesi, ciddi koagülopati ve ölü fetüs varlığında vajinal doğum tercih edilebilir (Özkan vd., 2021).

2.2.1. Prevelansı

DSÖ'nün yaklaşık 35 yıl önce yapmış olduğu açıklamada, ideal sezaryen oranının %10-15 arasında olmasının kabul edilebilir olduğu belirtilmiştir. Tıbbi gereklilik halinde yapıldığında maternal ve perinatal mortalite ve morbiditeyi azaltmaktadır. Ancak gerekmediği durumlarda yapılan sezaryenin anne ve bebek için faydalarını gösteren hiçbir kanıt yoktur. DSÖ, amacın belli bir sezaryen doğum hızına ulaşmaktan çok sadece ihtiyacı olan kadınlara sezaryen yapılmasının önemli olduğunu belirtmiştir (WHO, 2015). OECD (Organisation for Economic Co-Operation and Development) 2020 verilerine göre, Türkiye'de her bin doğumda gerçekleşen sezaryen oranı 573 olarak bulunmuştur. Türkiye'yi, bin doğumda 586 sezaryen oranıyla en yüksek orana sahip ülke olarak Meksika izlemiştir. İsrail, her bin doğumda 148 sezaryen doğum gerçekleştirerek en düşük orana sahip ülke olmuştur (OECD, 2023). Sezaryen tekniğindeki gelişmeler, güvenilir anestezi uygulamaları, kan ürünleri ve antibiyotikler sezaryen ile doğum endikasyonlarının genişlemesinde etkili olmuştur. Gelişmiş ülkelerde sezaryen oranlarında artış olmasına karşın, Batı Afrika ülkelerinde sezaryen oranı %1'in altındadır ve maternal mortalite 100.000'de 450'nin üzerindedir (Türk Perinatoloji Derneği, 2019).

Sezaryen doğum tercihi farklı sosyoekonomik durum, özel hastaneye erişim, kırsal ve kentsel bölgede yaşama durumuna göre değişiklik göstermektedir (Gedefaw vd., 2020). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verilerine göre, Türkiye'de sezaryen oranında ciddi bir artış söz konusudur. Sezaryen oranı 1993 yılında %7 iken, 1998'de %14'e ve 2018 yılında %52'ye çıkmıştır. Aynı verilere göre sezaryen doğumun özel sağlık kuruluşlarında daha fazla (%68) yapıldığı anlaşılmıştır. Sezaryen doğumlar %64 ile en yüksek Kuzey bölgesinde, %38 ile en düşük Doğu bölgesinde olmaktadır. Anneler en çok ilk doğumlarının sezaryen olduğunu belirtmişlerdir (%54). Sezaryen oranları, refah seviyesi ve eğitim durumu en yüksek olan anneler arasında daha fazladır (%68) (HÜNEE, 2019).

Türkiye'de 2020 yılında sezaryen doğum oranı %57.3, primer sezaryen oranı %28.8'dir. Sezaryen doğumun oranı 2021 yılında %58.4 olurken, primer sezaryen oranı %29.1 olarak bulunmuştur. Türkiye'nin uluslararası alanda sezaryen oranları karşılaştırıldığında, Meksika'nın 1. sırada (%58.6), Türkiye'nin 2. sırada (%58.4) yer

aldığı ve İsrail'in en düşük orana (%14.8) sahip ülke olduğu görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 2023).

Sezaryen oranlarındaki bu artışın olası sebepleri arasında anne yaşının ileri olması, nulliparite, obezite, çoğul gebelik oranlarının artması, sancı korkusu, normal doğum sonrası genital değişiklikler yaşama kaygısı, sezaryen doğumun bebek için daha güvenli olduğuna ilişkin düşünceler, anne ve sağlık profesyonellerinin sezaryenin daha uygun bir yöntem olduğunu düşünmesi, malpraktis davaları, tamamen sağlıklı bir bebeğe kavuşma isteği ile her türlü olası komplikasyona karşı azalmış tolerans yer almaktadır (Karabel vd., 2017; WHO, 2018b).

Küresel olarak artan sezaryen oranları genel sağlık sistemine de yük olmaktadır. Bu nedenle sezaryen kararı verilirken dikkatli olunmalı, sağlık hizmetlerinin altyapısı ve anne ve bebek için yeni politikalar geliştirilmelidir (Singh vd., 2020).

2.2.2. Yararları ve Riskleri

Pelvik organ prolapsusları, dispareni, perine yaralanmaları, vajinal hematom, idrar/fekal inkontinansın daha az sıklıkla görülmesi ve özellikle perinatal ölüm oranını azaltması sezaryenin en önemli yararlarından (Özkan vd., 2021; Sandall vd., 2018).

Bununla birlikte sezaryen doğumlar kadının, bebeğin ve gelecekteki gebeliklerin sağlığını etkileyebilen kısa ve uzun vadeli riskleri barındırmaktadır. Bu risklerin yanı sıra artan sezaryen oranları, sağlık bakım maliyetlerini de artırmaktadır. Sezaryen doğum oranlarındaki sürekli artış, ortaya çıkardığı riskler ve artan sağlık maliyetleri göz önüne alındığında temel bir halk sağlığı problemi olmayı sürdürmektedir (Kırılmaz ve Ulusinan, 2021; WHO, 2018b).

Sezaryen, hayat kurtaran bir müdahale olmasına karşın maternal ve fetal birçok komplikasyon yaşanmasına neden olabilmektedir. Sezaryen doğumlar anne bebek etkileşiminin geç başlaması, emzirmenin gecikmesi, emboli ya da venöz tromboz riski, anesteziye bağlı komplikasyonlar, maternal mortalite riski, yara yeri enfeksiyonları, postpartum kanama, enfeksiyon, iyileşme süresinin uzaması, plasental anormallikler, perinatal asfiksi, düşük APGAR (Appearance-Pulse-Grimace-Activity-Respiration) skoru, tekrarlayan sezaryenler ve annede postpartum psikolojik sorunlar gibi birçok

komplikasyon ile ilişkilidir (ACOG, 2015; Başar ve Yeşildere Sağlam, 2018; Elmalı Şimşek ve Ecevit Alpar, 2020; Gedefaw vd., 2020; Khooshideh ve Mirzarahimi, 2017; Sandall vd., 2018; WHO, 2018b).

Vajinal doğumun ardından yenidoğan, vajinadaki bakterilerle kolonize olur. Sezaryen ile doğmuş yenidoğan ise ciltte ve hastane ortamında bulunan birçok bakteri ile kolonize olur. Bunun sonucunda bir dizi çocukluk hastalığının geç kazanılmış vajinal mikrobiyom ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir. Örneğin, sezaryen ile doğan çocukların çölyak hastalığına yakalanma ve gastroenterit nedeniyle hastaneye yatma olasılığı daha fazladır. Ayrıca emzirmeye geç başlanması, anne bebek etkileşimi üzerine olumsuz etkisi ve enfeksiyon yaşama riski de artmaktadır (Petersen, 2018; Şenoğlu, Öztürk ve Karaçam, 2021). Sezaryen ile doğan çocukların vajinal yoldan doğanlara göre sıklıkla solunum yolu enfeksiyonu, obezite ve astım yaşadığı belirtilmiştir (Ślabuszewska-Józwiak vd., 2020). Bağışıklık sistemi gelişimi, alerji, atopi, astım ve bağırsak mikrobiyom çeşitliliğinde azalma riskleri de sezaryen doğumda daha fazladır (Petersen, 2018; Sandall vd., 2018).

2.3. Doğum Eyleminde Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

İlk olarak, sağlık uzmanları kadından onay almalı, ekipman kullanımı ve doğum süreci hakkında yeterli bilgi ve eğitime sahip olmalıdır. Kontraksiyon, dilatasyon, efasman ve fetal kalp atım hızı takibini yapması, yenidoğan resüsitasyonu için gerekli ekipmanları hazır ve çalışır durumda bulundurması, annenin kaygılı durumunu gidermesi ve oksitosik ajanları hazırda bulundurması ile vajinal doğumun başarılı bir yönetimi başlatılmış olur (Omona, 2021). Kadının gebelik ve postpartum döneme uyum sağlayabilmesi için hemşire/ebe tarafından yakından izlenmesi gerekir. Hemşire/ebe doğum eylemi süresince bütüncül yaklaşımla bakım vererek daha rahat ve sağlıklı doğumun gerçekleşmesine ve anne bebek sağlığının gelişimine yardımcı olur (Şahin ve Erbil, 2019).

Doğumun 1. evresinin yönetiminde hemşire olarak, gebenin kabulünden sonra gerekli onamlar alınır ve yapılacak işlemlerin açıklaması yapılır. Kadının gebelik öyküsü, genel durumu ve mevcut gebeliği hakkında bilgiler alınır. Duygusal durumu değerlendirilir. Varsa tehlike işaretleri (vajinal kanama, ateş, fetal kalp hızında değişiklik gibi) değerlendirilir. Servikal efasman, dilatasyon, membranların durumu ve prezente

olan kısmı değerlendirmek için vajinal muayene yapılır. Bunun yanında laboratuvar testleri yapılır ve hasta hazırlığına başlanır. Hasta hazırlanırken mesanenin sürekli olarak boşaltımı teşvik edilebilir, ancak bunun için mesaneye sonda uygulaması önerilmez. Perine tıraşı ve lavman uygulaması önerilmemektedir. Fetal durum için yakın takip gerekmiyorsa annenin rahat pozisyon alması, yürümesi desteklenmelidir. Annenin ağrısı yönetmesi de önemlidir. Bunun için nonfarmakolojik yöntemler doğum sırasında ilaç kullanımını azaltarak olumlu bir etkiye neden olmaktadır. Fetal kalp hızı, uterus kasılmaları takip edilmeli ve doğumun normal bir şekilde ilerlediğinden emin olunmalıdır (Funai vd., 2017; Sharma, 2019).

Doğumun 2. evresinin yönetiminde, hemşirenin sözlü teşvik ve fiziksel temas sağlayarak gebenin cesaretinin artmasına ve rahatlamasına yardımcı olması gerekir. Açıklamalara ve destek vermeye devam etmek gerekir. Kadına kasılmalar arasında dinlenebileceğini, kasılmalarla beraber ıkınması gerektiği açıklanır. Perine bölgesi doğum için hazırlanır. Doğum sırasında perineal travmanın yaşanmaması için perine masajı veya sıcak kompres uygulaması yapılabilir. Gebenin vital bulguları ve fetal kalp atım hızı yakından takip edilmelidir. Bebek doğduktan sonra, bebeğin APGAR puanı değerlendirilir. Doğumdan sonra yenidoğanda komplikasyon yoksa ten tene temas direkt başlatılır (Funai vd., 2017; Sharma, 2019; Wright vd., 2021).

Doğumun 3. evresinin yönetiminde, bu evrenin aktif olarak yönetilmesi postpartum kanamanın yaşanmaması için son derece önemlidir. Anneye uterotonik ilaç verilmesi, atoniye bağlı kanamanın olmasını engeller ve uterusun daha hızlı kasılmasına yardımcı olur. Plasentanın ayrılma belirtileri değerlendirilir. Bu belirtiler arasında kanın birden akması, kordonun uzaması ve symphysis pubis üzerinden elle bastırılınca içeri çekilmemesi ile sert ve yuvarlak hale gelen uterusun hissedilmesi vardır. Bu dönemin iyi yönetilmesi postpartum kanama ve kan transfüzyonu riskini azaltır. Plasentanın doğumundan önce uterotoniklerin uygulanması ve kordonun klemplenip kesilmesinden sonra ayrılma belirtilerinin tamamı varsa kontrollü kord traksiyonu ile plasenta çıkarılır. Plasenta çıktıktan sonra plasentanın membranları ve kotiledonları kontrol edilir. Kanama durumu değerlendirilir. Vajinal doğumda ortalama kan kaybının 500 ml'den az olduğu tahmin edilmektedir. Aşırı kanama olması atoni, plasental anormallikler, travma, koagülopati veya uterus inversiyonu ile ilişki olabilir. Perineal laserasyonların onarımı yapılır (Eman vd., 2018; Funai vd., 2017; Omona, 2021; Sharma, 2019).

Doğumun 4. evresinin yönetiminde, hemşirenin lohusa kadının doğum masasından yatağa geçmesi için yardımcı olması, ten tene teması sağlaması, anne ve bebek bakımına destek olması, emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesi ile diğer bakımlarında gerekli desteği sağlaması gerekir. Epizyotomi uygulamasının sonucu olarak gelişen ödemi önlemek için buz uygulaması yapılabilir. Temiz bir ped ile loşia takibi yapılır. Lohusanın vital bulguları, fundus yüksekliği ve sertliği değerlendirilir. Ayrıca, anne duygusal açıdan da desteklenir (Sharma, 2019).

DSÖ, dünya genelinde artan sezaryen oranlarını ve anne bebek sağlığına verdiği zararlardan dolayı endike olmayan sezaryen sayılarını azaltmak için 2018 yılında klinik olmayan müdahaleler hakkında öneriler yayınlamış ve bunları üç önemli başlık altında ele almıştır. Bunlar kadınları hedef alan müdahaleler (doğum korkusu, doğum ağrısı, nonfarmakolojik ağrı giderme yöntemleri, sezaryen ve normal doğumun avantaj/dezavantajları, sezaryen ve normal doğumun endikasyonları/kontrendikasyonları hakkında bilgilendirmeler gerçekleştiren doğum eğitim sınıfları, hemşire eşliğinde uygulamalı gevşeme ve nefes egzersizleri, çift temelli psikososyal önleme programları, psikoeğitim), sağlık profesyonellerini hedef alan müdahaleler (sezaryen endikasyonu kararı için alanında uzman ikinci bir görüşün alınması, sezaryen doğum oranlarını düşürmek için kanıta dayalı klinik uygulama kılavuzlarının kullanılması) ve sağlık kuruluşlarını hedef alan müdahalelerdir (ebe ve doktorun işbirlikçi yaklaşımıyla oluşan bakım modeli, finansal teşvikler) (WHO, 2018b).

Normal bir doğum mümkün değilse ve anne ve çocuğun sağlığı için en iyi seçenek sezaryen ise sezaryen doğum yapanlara avantajlar sunan “Anne ve Bebek Dostu Sezaryen” adlı bir uygulama geliştirilmiştir. Anne ve bebek dostu sezaryen doğumun hem anne hem de bebek için olumlu sağlık etkileri vardır. Anne bebek dostu sezaryen, annenin fiziksel ve psikolojik sağlığını gözeterek, mümkün olduğunca anne-bebek bağlanmasına olanak sağlayan, doğumun anne ve bebeğin yararına olmasını sağlayan bir yaklaşımdır. Amacı, annenin pozitif doğum deneyimi yaşamasını sağlamak ve anneyi acil müdahaleye alınmış bir hasta olarak görmekten çok doğum gerçekleştiren bir kadın olarak görmeyi ve doğumun merkezinde olmasını sağlayarak anne ve bebeğin doğumdaki her anına saygı duyan bir doğum gerçekleştirmektir (Demir, 2022; WHO 2018a).

Kadının doğuma yönelik inanç ve tutumları arkadaş, akraba ve çevreden duyduklarından büyük ölçüde etkilenir. Hemşire/ebe ve doktorlar, antenatal dönemden başlayarak çiftlerin bilgi düzeyleri ve gereksinimlerini belirleyip buna uygun eğitim planlayıp doğum şekline karar verme sürecinde dahil olurlar. Verilen danışmanlık hizmetleri ve doğuma hazırlık sınıflarına katılımın sağlanması sayesinde artan sezaryen oranının azaltılması ve normal vajinal doğumun özendirilmesi kolaylaşacaktır (Tiznobaik vd., 2019; Uzun ve Dağ, 2019).

Hemşire/ebelere sezaryen doğum oranlarının düşürülmesi ve vajinal doğuma karşı olumlu bir tutum sergilenmesinde önemli görevler düşmektedir. Doğum öncesi eğitim, doğum desteği, hemşire/ebenin doğumda aktif rol alması, doğum odasına geç kabul, pozisyon verme, sürekli intrapartum destek, partograf kullanımı, sezaryen sonrası vajinal doğuma destek, multidisipliner yaklaşım ve kanıta dayalı uygulamalarla hemşire/ebelerin sezaryen oranının azaltmasında rol alması sağlanabilir (Rafiei vd., 2018; Şenoğlu vd., 2021; WHO 2018a). Sezaryen oranlarını azaltmak için sadece sağlık personellerinin çabası yeterli olmaz. Eğitim müfredatlarına sezaryen ve normal doğumun avantaj ve dezavantajlarının anlatıldığı modüller eklenebilir. Kadına gebelik sırasında doğum ve kendi durumları hakkında bilgiler verilmelidir. Gebe ile ailesini de bilgilendirmekte fayda vardır. Gebe okulları yardımıyla doğum şekillerinin avantaj ve dezavantajları hakkında eğitimler verilmelidir. Bunlara ek olarak televizyon kanalları ve özellikle sosyal medya da kullanılarak bilgilendirmeler yapılabilir (Türk Perinatoloji Derneği, 2019).

2.4. Postpartum Dönem

Doğumdan sonraki 6 haftayı kapsayan postpartum dönem fizyolojik, psikolojik değişikliklerin yaşanması, anne ve yenidoğan mortalite ve morbiditesinin en çok yaşandığı dönem olmasından dolayı büyük önem taşımaktadır (Bulut vd., 2016; Zeren ve Gürsoy, 2018). Postpartum dönemde kadın yeni bedenine alışmakta, değişen hormonlarına uyum sağlamak ve bebeğine alışma sürecine girmekte, fiziksel, psikolojik ve sosyal uyumları başlamaktadır (ACOG, 2018a). Bu süreçte anne yeni roller ve sorumluluklar üstlenmenin zorlu sürecini yaşamakla kalmaz, aynı zamanda epizyotomi, memede hassasiyet, sezaryen ve hemoroid ağrıları, kabızlık ve yorgunluk başta olmak üzere fizyolojik sorunlar yaşar. Anneler yeni rollerine uyum sağlamak, bebekleriyle iletişim kurmak, onlarla ve sorunlarıyla ilgilenmek zorundadır. Kadınların birçoğu bu

değişimlere kolay uyum sağlar ancak uyum sağlamayanlarda farklı düzeylerde duygusal sorunlar gelişebilmektedir (Dişli ve Mecdi Kaydırak 2021; Şimşek ve Esencan, 2017).

DSÖ, her yıl gebelik ve doğum komplikasyonları sebebiyle 287.000 kadının öldüğünü ve bu ölümlerin çoğunun doğum sırasında veya hemen sonrasında gerçekleştiğini bildirmektedir. Özellikle postpartum kanama, enfeksiyon, hipertansiyon, güvenli olmayan düşük, uzamış doğum anne ölümüne neden olan en önemli etmenlerdir ve profesyonel sağlık ekibinin yarattığı destekleyici bir çevre ile önlenebileceği belirtilmektedir (WHO, 2023a). TNSA 2018 raporunda, doğumdan sonra annelerin %95.5'inin 41 gün, %78.7'sinin de ilk iki gün içinde doğum sonu bakım aldıkları görülmektedir (HÜNEE, 2019).

Postpartum anne ve bebek ölümlerinin engellenmesi için doğum sonrası bakım hizmetlerinin sürekliliği önemlidir. DSÖ'nün 2018 yılında yayınladığı kılavuzda, anne ve yenidoğan sağlığını iyileştirmek amacıyla doğum sonrası bakımın kalitesinin artırılması gerektiği vurgulanmıştır. Doğumdan sonra tüm kadınlar, ilk 24 saat boyunca rutin olarak vajinal kanama, uterin tonüsü, fundal yükseklik ve vital bulgular açısından değerlendirilmelidir. İlk 6 saat içinde idrar çıkışı kontrol edilmelidir. Perineal travma sonucu oluşan ağrının giderilmesi için buz paketleri uygulanabilir. Doğum sonrası kabızlığın önlenmesi için beslenme önerileri yapılabilir. Doğum sonrası depresyon ve anksiyete taraması önerilir ve riskli çıkan kadınlar tedavi hizmetlerine yönlendirilmelidir. Doğum sonrası kontraseptif hizmetlere yönelik danışmanlık verilmelidir. Annenin, normal doğumdan sonra sağlık kuruluşunda 24 saat, sezaryenden sonra üç gün kalması ve takip edilmesi önerilmektedir. Doğumdan sonraki 6 hafta boyunca en az üç kere postpartum takip önerilir. Alanında yetkin, nazik ve yetenekli sağlık çalışanı tarafından sağlanan klinik uygulamalar, bilgilendirmeyi, duygusal ve psikososyal desteğin sağlanmasını içerir. Komplikasyon olması durumunda sağlık kuruluşlarına sevk edilmesi sağlanmalıdır (Şimşek ve Esencan, 2017; T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2018; WHO, 2018c).

Sürdürülebilir kalkınma hedefleri arasında 2030 yılına kadar, korunma ve tedavi yoluyla bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanan erken ölümlerin üçte bir oranında azaltılması, anne ölümlerinin 100.000 canlı doğumda 70 altına, bebek ölümlerinin 1.000 canlı doğumda 12'ye düşürülmesi, önlenabilir ölümlerin sonlandırılması ve akıl sağlığı

ile esenliğinin desteklenmesi yer almaktadır (Cansever, 2021; T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019; Yang vd., 2022). Bu hedeflere ulaşmak için doğum sonrası bakım yönetim rehberinde annelerin doğum sonrası hastanede 3 kez ve evde 3 kez olmak üzere toplam 6 kez izlenmesi, normal doğum sonrası 24 saat, sezaryen doğum sonrası 48 saat hastanede kalıp takip edilmesi ve her doğumun hastanede olması gerektiği belirtilmektedir. Anne ve yenidoğan bakımına yönelik eğitim ve danışmanlık sağlanması ve annelerin ruh sağlığı da dahil olmak üzere bütüncül olarak izlenmesi ve bakımın sağlanması beklenmektedir (Çevik ve Avcıbay, 2022; T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2018). Sonuç olarak DSÖ'nün tanımladığı “pozitif doğum sonrası deneyim” doğum sonrası anne ve bebeklerinin daha iyi, kısa ve uzun vadeli sağlık ve esenlikleri için zemin hazırlamakta ve doğum sonrası bakım kalitesinin artırılmasına katkı sağlamaktadır (WHO,2022).

2.5. Postpartum Dönemde Ruhsal Sorunlar

Kadınlarda psikolojik sorunlar postnatal dönemde oldukça sık olup, şiddeti ve belirtileri değişkenlik göstermektedir. Ruh sağlığı sorunları, özellikle gebelik sırasında ve doğumdan sonra biyopsikososyal değişikliklerin etkisiyle artar, karmaşık bir hal alır genellikle ihmal edilir. Bu dönemler psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkması veya alevlenmesi için riskli bir dönemdir. DSÖ, ruhsal bozukluğun yaşanma prevalansını global olarak gebelikte %10, doğum yapmış kadınlarda %13, gelişmekte olan ülkelerde ise gebelikte %16.6 ve postpartum dönemde %19.8 olarak bildirmiştir. Bu bozukluklar nedeniyle annelerin fonksiyonlarını tam olarak gerçekleştiremedikleri, dolayısıyla bebek gelişiminin olumsuz etkilendiği, bunu önlemek için iyi eğitilmiş sağlık personelinin girişimlerinin etkili olabileceği belirtilmektedir (WHO, 2023b). Postpartum ruh sağlığını etkileyen en önemli etmenlerden biri sağlığın toplumsal belirleyicileridir. Bu belirleyiciler eğitim, istihdam durumu, gelir, etnik köken, yoksulluk, göç, aşırı stres, acil durum ve çatışma durumları, doğal afetler, psikososyal faktörler, davranışsal ve biyolojik faktörlerdir. Yapılan çalışmalarda olumsuz ekonomik ve sosyal koşullar, kültürel ve psikolojik faktörler, düşük sosyal destek, şiddete maruz kalma (aile içi, cinsel ve cinsiyete dayalı), eş şiddeti, istenmeyen gebelik, doğum korkusu, çocuklukta cinsel istismar öyküsü gibi etmenlerin doğum sonrası ruh sağlığı ile ilişkili olduğu anlaşılmıştır. Annenin ruh sağlığı bebekle olan etkileşimini de önemli derecede etkileyebileceğinden, doğum sonrası dönemde ruhsal sorunların erken tanısı ve tedavisi oldukça önemlidir. Postpartum dönemde ortaya çıkan duygu durum bozuklukları annelik hüznü, postpartum depresyon

ve postpartum psikoz olarak üç grupta incelenmektedir (Thomas vd., 2018; Toptaş Bıyıklı ve Yıldırım, 2018; Roozbahani vd., 2021; WHO, 2023b; Yılmaz ve Yar, 2021).

2.6. Annelik Hüzünü

2.6.1. Tanımı

Annelik hüznünün birçok tanımı mevcuttur, ancak DSM V ve International Classification of Diseases-10th (ICD-10) içinde belirli bir tanımı bulunmamaktadır. İlk olarak 1952 yılında Moloney tarafından yorgunluk, umutsuzluk, ağlamaklı ruh hali, net düşünememe gibi durumlarla karakterize Üçüncü Gün Depresyonu (Third Day Depression) olarak tanımlanmıştır (Tosto vd., 2023). Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Koleji (American College of Obstetricians and Gynecologists: ACOG), doğumu takiben ilk günlerde annenin kendisini ağlamaklı, depresif, üzgün, sinirli, iştahsız, kararsız, uykusuz ve bebeğin bakımı konusunda endişeli hissetmesi olarak açıklamaktadır (ACOG, 2010). Doğum sonrası hüznün veya bebek hüznü olarak da tanımlanır. Doğumdan sonraki ilk günlerde ortaya çıkan, geçici ve kendini sınırlayan hafif depresif semptomlarla karakterizedir. Hüzünde intihar düşüncesi yoktur, ancak anne bebek etkileşimini bozabileceği ve postpartum depresyon ve psikoz riskini artırabileceğinden dolayı erken tanısı önemlidir (Tosto vd., 2023).

2.6.2. Prevelansı

Annelik hüznü oldukça yaygındır. Postpartum dönem ilk birkaç haftada annelerin yaklaşık %50 veya daha fazlasında ortaya çıkmaktadır. (Howard vd., 2014). Prevelansı, ülkelere göre farklılık göstermekte olup, Hindistan'da %58.5 (Manjunath ve Venkatesh, 2011), Nijerya'da %31.1 (Adewuya, 2005) ve Japonyada %27.1 (Sakumoto, Masamoto ve Kanazawa, 2002) bulunmuştur. Annelik hüznü prevelansının incelendiği 26 çalışmada prevelansın %13.7 ile %76 arasında değişmekle birlikte ortalama %39 olduğu anlaşılmıştır. En yüksek annelik hüznü prevelansı %49.6 oranı ile Afrika'daki kadınlarda saptanmıştır (Rezaie-Keikhaie vd., 2020). Ülkemizde annelik hüznünün %50-85 oranında görüldüğü belirtilmektedir (Çakıl ve Bayraktar, 2018).

2.6.3. Görüldüğü Günler

Hüzün, doğumdan sonra iki ya da üç gün içerisinde gelişir. Sonraki birkaç gün içinde zirveye ulaşır ve sonraki iki hafta içinde kendiliğinden geriler (Balaram ve Marwaha, 2023). Annelik hüznünün zirve yaptığı gün konusunda da değişkenlik

mevcuttur (Tosto vd., 2023). Pitt (1973) ve Levy (1987) doğumdan sonraki 3. günde olduğunu bildirirken, Davidson (1972), doğumdan sonraki ilk 3 günde pik yapabileceğini, diğer araştırmacılar tarafından 4. günden 6. güne kadar zirve yapabileceği bildirilmiştir (Tosto vd., 2023).

2.6.4. Nedenleri

Annelik hüznünün nedenleri hakkında birçok hipotez sunulmuştur. En olası nedenin peripartum ve postpartum dönemde hormon seviyelerindeki hızlı değişikliklere duyarlı kadınlarda, bu hormonal değişikliklere karşı beynin düzensiz ve karmaşık tepkileri ile ilgili olabileceği belirtilmiştir. Semptomlardaki zirve, tipik olarak progesteronun düşmesi, östradiol ve kortizolün düşmesi ve prolaktinin yükselmesi ile görülür (Tosto vd., 2023). Menstrual döngü veya gebeliğe bağlı duygudurum değişiklikleri, majör depresyon ve postpartum depresyon öyküsü de annelik hüznü için zemin hazırlayabilir (Balaram ve Marwaha, 2023). Sosyokültürel nedenlerin yanında eş desteği ve yaşın da neden olduğu belirtilmektedir. Önceki gebeliğinde psikolojik rahatsızlık öyküsünün olması hüznü görölme olasılığını artırmaktadır. Kültürel özelliklerin de etkilediği görölmektedir. Doğu toplumlarından Japonya’da annelik hüznü insidansı batı kültüründeki ülkelere göre daha azdır. Bu durumun gebelik, doğum, anneliğe bakış açısının hüznü yaşanmasını etkilediği düşünülmektedir (Çakıl ve Bayraktar, 2018).

2.6.5. Risk Faktörleri

Psikopatolojik, sosyodemografik ve obstetrik değişkenler hüznü için önemli risk faktörleridir (Balaram ve Marwaha, 2023). Doğum öncesi dönemde yaşanan kaygı ve depresyon annelik hüznü için önemli bir risk faktörüdür. Ayrıca premenstrual sendrom (PMS), doğum korkusu, sosyal uyum güçlüğü, eş desteğinin olmaması ve kadının ailesiyle, evliliği ve çocuk bakımı konularında çatışma içinde olması risk faktörleri arasındadır (Yar ve Yılmaz, 2020). Düşük eğitim ve ekonomik düzey, istihdam, eşin mesleği, medeni durum, evlilik yılı, yaş, parite, istenmeyen ve plansız gebelik, uyku bozukluğu, kız bebek, doğum ağrısı, emzirme, doğum şekli, düşük doğum ağırlığı, alfa metil dopa kullanımı, indüksiyon ve doğum komplikasyonları, doğuma ve anneliğe hazır olma, evlilik doyumu, doğum sonrası sağlık eğitimi ile aile ve eş desteği ve önceki gebeliğinde psikolojik rahatsızlık öyküsü de önemli risk faktörleri arasında yer almaktadır

(Çakıl ve Bayraktar, 2018; Esti Handayani vd., 2021; Ntaouti vd., 2020; Tosto vd., 2023; Utami ve Nurfiti, 2022).

2.6.6. Belirtileri

Depresif, ağlamaklı, kaygılı ruh hali, sinirlilik, iştah ve uyku bozuklukları, duygusal değişkenlik ve konsantrasyon güçlüğü temel belirtileridir ve iki hafta içerisinde gerilemesi beklenir (Rezaie-Keikhaie vd., 2020; Tosto vd., 2023). Endişe, üzüntü, uyku bozukluğu, sinirlilik, ağlamaklı durumlar arasında iyi hissedilen zamanların da olduğu ruhsal dalgalanmalar vardır. Bazılarında depresyonun tersine mizaçta yükselmenin yaşanabileceği bildirilmektedir (Mughal vd., 2022; Parry vd., 2003). Negatif belirtilere ek ilgili, gururlu, aktif ve konsantre olabilme, sevinçli ve zevk alma gibi pozitif semptomların da görülebileceği bildirilmektedir (Buttner vd., , 2012).

2.6.7. Tanısı

DSM V'te hüznün için ayrı bir tanılama yoktur ve "depresif ruh hali ile uyum bozukluğu" veya "başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk" olarak etiketlenerek peripartum başlangıçlı depresif bozukluktan klinik olarak ayrılmaktadır. Kodlama amacıyla ICD-10 teşhis kılavuzu tarafından "başka türlü tanımlanamayan doğum sonrası depresyon" olarak tanınır (Balaram ve Marwaha, 2023).

Annelik hüznü, zaman içinde geliştirilen çok sayıda değerlendirme yöntemine dayanarak belirlenmektedir. En önemli tanı aracı standartlaştırılmış görüşmelerdir. Doğumdan hemen sonra veya ilk 2 hafta içerisinde düşük ruh hali ve depresif belirtiler teşhis için yardımcı olur. Ayrıca anket ve ruh hali derecelendirme ölçekleri de tanınması için kullanılmaktadır (Balaram ve Marwaha, 2023; Tosto vd., 2023). Postpartum hüznü, ilk olarak Stein (1980) ve daha sonra Kennerly ve Gath (1989) tarafından doğumdan sonraki ilk on gün içinde Kennerley Blues Anketi (KBQ) kullanılarak sistematik olarak değerlendirilmiştir. KBQ'nun değiştirilmesi ve genişletilmesiyle Günlük Deneyimler Anketi (DEQ) geliştirilmiştir (Buttner vd., 2012). Diğerinden farklı olarak DEQ, olumlu ruh hali dalgalanmalarını da ölçmektedir. Ülkemizde DEQ'nun Türkçe ve güvenilirlik ve geçerliği Akdolun Balkaya vd. (2018) tarafından yapılmıştır.

2.6.8. Tedavisi

Özel bir tedavisi olmayan annelik hüznünde belirtiler, sosyal destek ile 1-2 haftada geçebilir. Sosyal destek yetersiz kalırsa ve annedeki stres düzeyi yüksek olursa postpartum depresyona zemin hazırlar (Öztürk ve Aydın, 2017). Gebelik döneminden başlayarak annelik hüznü hakkında eğitimler vermek, doğum sonrası dönemde düşük ruh halinin geçici olduğunu söylemek ve annenin yeterli sosyal destek almasının önemini vurgulamak önemlidir (Tosto vd., 2023). İki haftadan uzun süren belirtilerde kadının psikiyatrik destek alması sağlanmalıdır. Risk grupları belirlenerek ve aile üyeleri de dahil edilerek eğitimlerle destek sistemleri harekete geçirilmelidir. Psikiyatrik bozukluk ve tıbbi hastalık öyküsü, planlı olmayan gebelik ve sosyal destek sistemleri yetersiz olan gebeler risk grubu içerisinde. Doğum öncesi dönemden başlanarak doğum sonrası ilk altı aylık dönemi de kapsayacak şekilde sağlık çalışanlarının konuya ilişkin çalışmaları devam etmelidir (Yılmaz ve Yar, 2021) Müzik terapisinin annelik hüznünü azaltmada etkisi olduğu gözlemlenmiştir (Lee, 2010). Ayrıca, kadınların gebelik ve anneliğe yönelik islami tutumlarının kaygının azalmasında ve konforun artmasına etkisi olduğu bildirilmiştir (Ghodratı vd., 2016).

2.6.9. Komplikasyonları

Annelik hüznü, postpartum depresyon ve psikoz riskini artırır, erken dönemde anne-çocuk ilişkisini, ileriki dönemlerde çocuğun sosyal ve bilişsel gelişimini olumsuz etkiler. Ayrıca evlilik ilişkilerine zarar verip, doğum sonrası psikiyatrik bozukluğu olan kadınların eşlerinin de ruh sağlığı sorunları yaşamasına zemin hazırlamaktadır (Balaram ve Marwaha, 2023; Rezaie-Keikhaie vd., 2020). Inthorn vd. (2023) hüznün depresyon riskini 7.16 kat artırdığını saptamıştır.

2.7. Postpartum Depresyon (PPD)

2.7.1. Tanımı

Postpartum depresyon, doğumdan sonraki 2. haftadan başlayarak 1 yıla kadar sürebilen, ilk 6 ayda daha fazla görülme riskinin olduğu, anne ve bebek için ciddi riskler taşıyan ve toplumsal açıdan büyük ölçüde işlevsellik kaybına neden olan bir rahatsızlıktır. Hafif ya da ağır düzeydeki depresif belirtilerle seyreden doğum sonrası dönemde en sık yaşanan ruhsal bozukluktur (Annagür ve Annagür, 2012).

PPD, DSM V’te hem majör depresyon hem de süregiden depresyon bozukluğu (distimi) alt tipi olarak yer almakta ve “doğum zamanı (peripartum) başlayan” belirleyicisi ile tanımlanmaktadır. PPD, DSM V içinde ayrı bir tanı olarak gösterilmemiştir ve ‘Duygu Durum Bozuklukları’ içinde tanımlanmıştır. DSM V tanılmasında PPD, “Postpartum Başlangıç Belirleyicisi” başlığı altında “postpartum dört hafta içinde epizodun başlaması” şeklinde ifade edilmiştir (Köroğlu, 2014). ICD-10 tanılmasında ise “Fizyolojik Bozukluklar ve Fiziksel Faktörler ile İlişkili Davranış Sendromları” ana başlığı altında “Lohusalık ile İlişkili ve Başka Yerde Sınıflandırılmamış Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar” olarak ayrı bir alt başlık altında sınıflandırılmıştır (Çuhadaroglu vd., 1993; ICD, 2021).

2.7.2. Prevelansı

PPD prevelansı farklılık göstermekle beraber, dünya genelinde prevelansı %17.22’dir. Gelişmiş ülkelerde veya ekonomik olarak daha iyi olan bölgelerde PPD oranı daha düşüktür. Güney Afrika %39.9 ile prevelansın en fazla görüldüğü bölge olmuştur. Batı ülkelerinde doğumdan sonraki bir yıl içerisinde prevelans, %10 ile %15 arasında değişmektedir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde prevelans %18.6’dır (Wang vd., 2021). Yaklaşık yedi kadından birinde PPD gelişebileceği bildirilmiştir (Mughal vd., 2022). Ülkelerdeki ekonomik eşitsizlikler, anne ve çocuk sağlığına gösterilen uygulamaların farklı oluşu, kültürel farklılıklar, farklı raporlama uygulamaları, damgalama, yetersiz sosyal hizmet, yetersiz beslenme, stres, biyolojik faktörler prevelansın değişiklik göstermesine neden olmaktadır (Hahn-Holbrook vd., 2018; Wang vd., 2021). Türkiye’de PPD prevelansı %24 olarak bulunmuştur (Karaçam vd., 2018).

2.7.3. Nedenleri

Postpartum depresyona birçok faktör neden olabilmektedir. Sosyokültürel nedenler, biyolojik süreçler, endokrin mekanizmalar, genetik faktörler, bağışıklık sistemi ve nörobiyolojik faktörlerin neden olduğu bilinmektedir (Payne ve Maguire, 2019). Gebelik öncesi depresyon veya kaygı, sosyal destek eksikliği, evlilikle ilgili problemler ve olumsuz hayat şartları gibi pek çok çevresel etmen neden olabilmektedir (O’Hara ve McCabe, 2013; Robertson vd., 2004). PPD’nin patofizyolojisine immünolojik sistem, hipotalamik-hipofiz-adrenal eksen (HPA) ve laktojenik hormonlar gibi çoklu biyolojik ve endokrin sistemlerdeki değişiklikler neden olabilmektedir. HPA eksenini travma ve strese kortizol salgılamasına sebep olur. HPA işlevi normal değilse katekolamin salgılaması azalır, bu

da zayıf bir stres tepkisine yol açar. HPA salgılayan hormonlar gebelik sırasında artar ve doğumdan sonraki 12 haftaya kadar yüksek kalır. Doğumdan sonra östradiol ve progesteron gibi üreme hormonlarındaki hızlı değişiklikler depresif semptomların görülmesine neden olabilir. Oksitosin ve prolaktinin de önemli bir etkisi vardır. Üçüncü trimesterde düşük oksitosin seviyeleri gebelik ve postpartum depresif semptomlar ile ilişkili bulunmuştur (Mughal vd., 2022).

2.7.4. Risk Faktörleri

PPD görülmesinde birçok risk faktörünün etkisi söz konusudur. Bunlar düşük ekonomik düzey, gebelikle ilgili komplikasyonlar, preterm eylem, düşük eğitim seviyesi, planlı olmayan gebelik, yetersiz sosyal destek, ev hanımı olmak, vücut imajında değişiklik, yenidoğan bakımında baskıya maruz kalmak ve geleneksel faktörlerdir (Alshikh Ahmad vd., 2021; de Paula Eduardo vd., 2019; Karaçam vd., 2018). Diğer faktörler arasında geniş ailede yaşama, PMS ve anksiyete öyküsünün olması, eş desteğinin olmaması, bebeğe karşı olumsuz tutum, bebeğin cinsiyetinden memnun olmama, cinsel istismar öyküsü, acil sezaryen veya hastane yatışını gerektiren riskli gebelikler, kord sarkması, düşük hemoglobin, aile içi şiddet, gebelikte sigara içme, beslenme ve uyku alışkanlıkları, egzersiz ve B6 vitamini eksikliğinin etkilediği bildirilmektedir (Kolukırık vd., 2018; Mughal vd., 2022). Postpartum hüznün, PPD için önemli bir risk faktörü olduğu saptanmıştır (Inthorn vd., 2023).

2.7.5. Belirtileri

Her beş kadından birinde görülen PPD (Wang vd., 2021), DSM V'e göre ilgi ve zevk kaybı, yorgunluk ve halsizlik, uyku düzeninde bozulma, kilo değişiklikleri, konsantrasyon güçlüğü, suçluluk duygusu, değersizlik duygusu, psikomotor yetersizlik ve intihar düşünceleri ile karakterizedir (Karaçam vd., 2018). Ayrıca çaresizlik, üzüntü, mide bulantısı, libido azalması, ağlama nöbetleri, sinirlilik, kendine veya bebeğine zarar verme düşünceleri gibi belirtileri de mevcuttur. Depresif epizodlar bir kadının hayatının diğer dönemlerine göre iki kat daha yüksek olabilir, genellikle fark edilmediği için tedavi de edilmez (Wang vd., 2021).

2.7.6. Tanısı

PPD, doğum gerçekleştiren kadınlarda en sık rastlanan ruhsal bozukluk olmasına rağmen kadınların çoğuna tanı konmamakta ve tedavisi sağlanamamaktadır. Bu nedenle

son altı ay ya da bir yıl içinde doğum yapmış annelerde depresif belirtilerin sorgulanması ve risk düzeyini saptayacak ölçme araçlarının kullanılması tanı için yardımcı olacaktır (Gülseren, 2013). Doğum sonrası ziyaretlerde ruh hali ve semptomların şiddetinin belirlenmesi hüüzün ve PPD'nin ayrımını kolaylaştırır (Stewart ve Vigod, 2016). Depresyon taraması için mevcut yaklaşımlar EPDÖ ve PHQ-9, BDE gibi ölçeklerin kullanılması ile sağlanmaktadır (Thombs vd., 2017). Yapılan çalışmalarda tanı aracı olarak en fazla EPDÖ'nün kullanıldığı saptanmıştır (Wang vd., 2021).

PPD, en az beş semptomun en az 2 hafta boyunca yaşanması halinde teşhis edilir. Dokuz semptom genellikle her gün mevcuttur ve önceki rutinden bir değişikliği temsil eder. Tanı, teşhis edilen beş belirtiyeye ek olarak depresyon ve anhedoniye (ilgi kaybı) içermelidir. Bu dokuz semptom şunları içerir (Mughal vd., 2022);

1. Depresif ruh hali (günün çoğunda mevcuttur)
2. İlgı ve zevk kaybı oluşması
3. Uykusuzluk durumları veya çok uyumak
4. Psikomotor retardasyon veya ajitasyon
5. Değersizlik veya suçluluk
6. Enerji kaybı veya yorgunluk
7. İntihar düşüncesi veya girişimi, tekrarlayan ölüm düşünceleri
8. Konsantrasyon bozukluğu veya kararsızlık
9. Kilo veya iştah değişikliği (1 ayda %5 kilo değişimi)

2.7.7. Tedavisi

Postpartum depresyonun anne ve bebek üzerinde ciddi etkilerini göz önünde bulundurarak hemşirenin, gebelik döneminden başlayarak belirtileri ve etkileri konusunda bilgilendirme yapması gerekmektedir. Böylelikle tanı ve tedavi süreci hızlandırılmış olur (Yılmaz ve Yar, 2021). Postpartum depresyonun önlenmesi ve tedavisi için farmakolojik, psikososyal, psikolojik, eğitimsel ve somatik terapiler gibi birçok müdahale mevcuttur (Monks vd., 2022). Psikoterapi, kişilerarası psikoterapi, bilişsel davranışçı terapi ve elektrokonvülsif tedavi (EKT) nonfarmakolojik seçeneklerdir. Psikoeğitim, kişinin yaşadığı hastalık veya bozukluğu kabul etmesini kolaylaştırmak, tedaviye katılımını artırmak ve başa çıkma mekanizmalarını geliştirmek için uygulanır. Telefon ve internet aracılığıyla yapılan psikoeğitim tedavisinin, özellikle hafif-orta düzeyde doğum sonrası depresyonu azaltmada etkili olduğu saptanmıştır (Kartika ve

Krianto, 2019). Trisiklik antidepresanlar ve serotonin geri alım inhibitörleri ise depresyonun farmakolojik tedavisinde kullanılmaktadır (Yılmaz ve Yar, 2021). Bebeklerde antidepresan maruziyetinin yan etkileri (aşırı ağlama, kolik, sinirlilik, sedasyon, yetersiz beslenme ve uyku sorunları) nedeniyle antidepresan ilaçlar sadece şiddetli depresyonu olan kadınlar için tavsiye edilir (Zhao vd., 2021) Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ilk tercihtir. Tedaviye 6 ile 12 ay devam edilmesi önerilir (Mughal vd., 2022). Hafif ve orta şiddette PPD'nin önlenmesi ve tedavisi için birinci basamak tedavi yöntemi olarak psikoterapi önerilir (Zhao vd., 2021).

2.7.8. Komplikasyonları

Kadınların yaklaşık %50'sinde sonraki gebeliklerinde PPD'nin tekrarlama olasılığı vardır. İki bin otuz yılına kadar depresyonun önde gelen üç ölüm nedeni arasında olacağı öngörülmüştür. Bu yüzden önleyici tedbirlerin alınması ve gerekli müdahalelerin yapılması önemlidir (Alshikh Ahmad vd., 2021). PPD, kadında benlik saygısı ve yeteneklerinin azalmasına, bebek bakımı ile ailede ilişki ve sorumlulukların olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (Can vd., 2020). Tedavi edilmeyen kadınların çocuklarında davranışsal ve duygusal sorunlar ortaya çıkabilir. Dil gelişiminde gecikme yaşanabilir. Ayrıca uyku bozuklukları, yemek yemede güçlük, aşırı ağlama, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu oluşabilir. Anne-bebek bağının zayıflamasına, emzirmede başarısızlığa, ebeveynlik ve evlilikte uyumsuzluğa, çocuğun fiziksel ve psikolojik gelişimiyle ilişkili kötü sonuçlara yol açabilir. PPD yaşamış kişilerde gelecekte majör depresyon, bipolar bozukluk ve postpartum psikoz riski artar (Kartika ve Krianto, 2019; Mughal vd., 2022).

2.8. Postpartum Psikoz

2.8.1. Tanımı

Postpartum psikoz DSM-V'te 'Kısa Psikoz Bozukluğu' adı altında tanımlanmaktadır (Köroğlu, 2014). Doğum sonrası psikozun evrensel olarak kabul görmüş bir tanımının olmamasına rağmen, genellikle "psikotik özellikleri olan bir manik, karma veya majör depresif dönem, başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk veya doğum sonrası 4 hafta içindeki kısa süreli psikotik bozukluk" anlamlarına gelir (Sharma vd., 2022). Doğum sonrası psikoz, genellikle doğumdan sonra ilk iki hafta içinde ani başlayan, şiddetli duygudurum bozukluğu dönemi olarak da tanımlanmaktadır (Perry vd., 2021).

2.8.2. Prevelansı

Çalışmalarda bildirilen perinatal psikoz insidansı 1000 kadında 0.89 ila 2.6 arasında değişmekle beraber, yaygın olarak bildirilen prevelansı binde 1-2'dir (Vander Kruik vd., 2017). Ruh hali dalgalanmaları, anormal düşünceler veya davranışlar ve kafa karışıklığı ile karakterize, nadir rastlanan, ancak ciddi boyutları olan psikiyatrik acil bir durumdur (Osborne, 2018).

2.8.3. Nedenleri

Postpartum psikozun patogeneğinde östrojen ve progesteronun birden kesilmesi üzerinde yoğunlaşmaktadır. Postpartum erken dönemlerde bu gonadal steroidlerde ani bir düşüş gerçekleşir. Progesteron doğumun birinci ve ikinci evresinde kademeli bir düşüş yaşarken, plasentanın çıkarılmasıyla birlikte östrojen seviyesinde ani bir düşüş meydana gelir. Östrojenin hipotalamustaki dopaminerjik sistemle ilişkili olduğu ve doğum sonrası dopamin reseptör sensitivitesini artırarak psikotik semptomları başlattığı bildirilmektedir. Doğum sonrası psikozun tetiklenmesinde rol oynayan diğer bir faktör perinatal dönemde akut uyku kaybıyla bağlantılı olarak sirkadiyen ritimlerin bozulmasıdır (Demirkol vd., 2018; Perry vd., 2021; Vander Kruik vd., 2017). Postpartum dönemdeki immün aktivasyonun mani, psikoz, anksiyete ve depresyonun etyolojisinde yer aldığı bildirilmiştir. Bir çalışmada postpartum psikoz ile tiroidit ve preeklampsi birlikteliği ve bu süreçte rol oynayan otoimmün ve inflamatuvar yanıtın patogenezi açıklanmıştır (Bergink vd., 2015; Dazzan vd., 2018). Ayrıca obstetrik faktörler (primiparite, ölü doğum), psikolojik ve sosyal stres faktörleri (sosyal destek eksikliği) ve genetik faktörler de nedenleri arasında gösterilmektedir (Sanil, 2022).

2.8.4. Risk Faktörleri

Primiparite, doğum sonrası hormon değişiklikleri, uykusuzluk, çevresel stresler, doğum sırasında perinatal ölüm, konjenital malformasyon, aile veya kendisinde bipolar öyküsü risk faktörleri arasındadır (Akyüz Çim, 2017; Işık, 2018; Osborne, 2018; Sanil, 2022; Yılmaz ve Yar, 2021).

2.8.5. Belirtileri

Erken belirtiler arasında uykusuzluk, duygudurum değişiklikleri, bebekle ilgili obsesif düşünceler, sanrılar, halüsinasyonlar, disorganize davranışlar, psikomotor ajitasyon, gıda reddi, katatoni ve şiddetli duygudurum değişiklikleri vardır. Depresyon,

mani ya da karma dönemler gibi şiddetli duygudurum belirtileri sıklıkla görülür (Davidson vd., 2017; Dazzan vd., 2018; Işık, 2018). Postpartum psikoz olgularının hezeyanları ve halüsinasyonları sıklıkla bebeğiyle ilişkilidir. Bebek doğduğunda, doğuştan sakat olduğuna dair düşünceler ve bebeğe zarar vermesini söyleyen işitsel sanrılar olabilir. Bu belirtiler intihar veya bebeğe zarar verme olasılığını artırır. Bu bağlamda postpartum psikoz, annelik hüznü ve postpartum depresyondan ayrılır (Osborne, 2018; Şen, 2020).

2.8.6. Tanısı

Doğum sonrası psikoz için standartlaştırılmış bir tarama aracı yoktur. Hastalara kendi ve aile geçmişinde bipolar bozukluk olup olmadığı, uyku durumu ve kendisine veya çocuğuna zarar verme düşünceleri sorularak diğer postpartum duygu durum bozukluklarından ayırt edilmesi sağlanabilir (Osborne, 2018). Doğum sonrası psikoz tanısı için gereken psikotik belirtilerin süresi genellikle belirtilmez. DSM V kriterlerine göre postpartum dönemde başlayan kısa psikotik bozukluk epizodu 1-30 gün sürmelidir ve mani semptomları hastane yatışı olmadıysa en az 1 hafta sürmelidir. Doğum sonrası psikoz tanısı için gerekli semptomların sayısı konusunda da netlik yoktur (Sharma vd., 2022). Psikoz hastane yatışı gerektiren acil bir durum olarak kabul edilir. Akut psikozun organik nedenini dışlamak için ilk değerlendirmede detaylı öykü, fizik ve nörolojik muayene, laboratuvar tetkikleri ve beyin görüntülemesi gereklidir (Işık, 2018).

2.8.7. Tedavisi

Postpartum psikoz, anne ve bebek için geri dönüşümü olmayan hayati sonuçlar doğurabileceğinden acil değerlendirilmesi ve akut semptomları yönetmek için hastane yatışı gerektiren psikiyatrik acil bir durumdur. Risk teşkil eden kadınların gebelik ve postpartum dönemde tespit edilip takip edilmesi ve riskli kadınların yakınlarına psikoeğitim verilmesi tedaviyi kolaylaştırır (Akyüz Çim, 2017; Forde vd., 2020). Akut semptomlar giderildikten sonra destek ve uygun müdahaleye devam edilmesi önemlidir, çünkü akut semptomlardan sonra da psikolojik sorunlar devam edebilir. Kadının semptomlarını fark etmesi, gerekli kurumlara başvurması ve iyileşmesini sürdürmesi için eş ve aile desteği çok önemlidir. Aile üyelerinin bakım ve tedavi planlamasında etkisi önemlidir (Forde vd., 2020).

Postpartum psikozun tedavisinde duygudurum düzenleyiciler, antipsikotikler, EKT ve benzodiazepinler ilk tercihtir (Işık, 2018; Osborne, 2018). Şiddetli özkıyım riskinin olduğu vakalarda EKT tercih edilebilir. Uygun tedavi ile belirtileri 2-12 hafta içinde tamamen düzelir, ancak tekrarlama riskinin olduğu vakalarda koruyucu tedavinin planlanması önerilmektedir (Akyüz Çim, 2017; Forde vd., 2020).

2.8.8. Komplikasyonları

Postpartum psikoz, anne-bebek etkileşimini önemli ölçüde etkiler. Annenin bebeğine karşı zarar veren tutum ve davranışları vardır (Şen, 2020). Bebek öldürme prevalansı %4 olarak bildirilmiştir. Anne ölümlerinin önemli nedeni özkıyımdır, bu tabloda 1000 kadından ikisinde intihar bildirilmiştir (Işık, 2018). Bebeğe bakma güçlüğü, evlilik ve aile sorunları da yer alırken, tekrarlayan gebeliklerde annelerin doğum sonrası psikoz gelişme olasılığı %50 olarak bildirilmiştir (Dani vd., 2022). Postpartum dönem dışında ruh hali veya psikotik epizodların tekrarlama oranı yaklaşık %32 olup, bu kadınların çoğu artık bipolar bozukluk teşhisi almıştır (Rommel vd., 2021).

2.9. Postpartum Ruhsal Sorunların Yönetiminde Hemşirenin Rolü

Kadınların özellikle 18-45 yaş aralığı, psikiyatrik bozukluk yaşama açısından riskli bir evredir. Bu döneme lohusalık eklenince risk daha da artmaktadır. Gebelik ve anneliğe geçiş süreci, beraberinde birçok stresörü getirir (Susheelkumar vd., 2018). Kadının beden imajındaki değişimler, eşi ve aile üyeleriyle olan ilişkisi, sorumlulukları ve toplumun kadına yüklediği biçim değişmektedir ve kadının bunlara uyum sağlaması gerekmektedir (Bhingardive ve Priyanka, 2022). Doğum sonrası psikiyatrik bozukluklar uyum sağlanamadığında ortaya çıkar, takip ve tedavi olmaksızın hem anneyi hem de çocuğu olumsuz etkiler. Çocuğun uzun vadede fiziksel, duygusal ve gelişimsel sağlığı olumsuz etkilenir, anne-bebek etkileşimi, aile yaşantısı ve toplumsal olarak önemli sorunlar ile sonuçlanır (Gupta, 2019; Susheelkumar vd., 2018).

Postpartum ruhsal bozuklukların erken dönemde tanınması ve müdahale edilmesinde hemşirelere büyük rol düşer. Hemşirenin postpartum duygu durum bozuklukları hakkında yeterli bilgiye ve tedavi seçeneklerine hâkim olması beklenir. Birinci basamak ve doğumhanede çalışan sağlık çalışanları, doğum öncesi ve sonrası dönemde danışmanlık yaparak kadının yaşamındaki stresörleri ile nasıl başa çıkacağı konusunda eğitimler verebilir, annelik hüznü, postpartum depresyon, postpartum psikoz

ve bebek bakımı hakkında bilgilendirme yapabilir (Morsy Salim vd., 2016; Susheelkumar vd., 2018). Tedavi bütüncül yaklaşımı gerektirir. Aile ve sosyal desteğin sağlanması, tedavinin önemli bir parçasıdır. Hastanın uykusuzluğunu en aza indirmek için aile üyelerinden destek istenebilir, kadının dinlenmesi sağlanır. Anneye duygusal destek sağlanıp, benlik saygısının artmasına yardımcı olunmalıdır (Rai vd., 2015). Postpartum psikiyatrik bozuklukların farkındalığını artırmak ve eğitilmesini sağlamak, aile arasında ilişkiyi güçlendirmek, hastalığın kabul edilmesi ve desteklenmesini sağlamak sağlık profesyonellerinin yapması gerekenlerdir. Hemşirelerin bu müdahaleleri, ruhsal bozuklukların kadın, bebek ve ailesi üzerindeki etkisini en aza indirger ve daha olumsuz sonuçlara yol açmasını engeller. Kadının aile yaşantısı, sosyoekonomik durumu, evlilikten memnuniyeti, istenmeyen ya da planlanmayan gebelikler, medeni durumu, varsa kendisi ve ailesinde psikiyatrik bozukluk öyküsü sorgulanarak risk faktörleri belirlenir. Emzirmeyi destekleyerek anne bebek etkileşiminin gelişmesine yardım eder. Eğitimlere ailesini ve eşini de katarak destek hizmetlerinin gelişmesine yardımcı olur. Doğum sonrası psikiyatrik bozuklukların tanınması ve etkin yönetilmesi için diğer sağlık profesyonelleri ile işbirlikçi yaklaşımın sürdürülmesi gerekmektedir (Susheelkumar vd., 2018).

Kadınların ve bebeklerin sağlığını optimize etmek için doğum sonrası bakım, her kadının bireysel ihtiyaçlarına göre uyarlanmış sürekli hizmet ve destekle, devam eden bir süreç halinde olmalıdır (ACOG, 2018b). Ülkemizde doğum sonrası dönemde annelerin ve bebeklerinin sağlık bakımları ve izlemleri “Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi” doğrultusunda yapılmaktadır. Bu rehberde annelerin duygusal durumlarının ve anne bebek ilişkisinin de değerlendirilmesi önerilmekte, ayrıca EPDÖ’ye göre 12 puan alan annelerin sevk edilmesi tavsiye edilmektedir (Fışkın vd., 2023; T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2018). Postpartum depresyon ve psikoz için risk teşkil eden annelik hüznünü saptamaya yönelik DEQ ölçeğinin kullanılması (Akdolun Balkaya vd., 2018), ruhsal bozuklukların erkenden fark edilerek annelere gerekli desteğin sağlanmasına olanak sağlayacaktır. Kapsamlı doğum sonrası ziyaret fiziksel, sosyal ve psikolojik iyi olma durumunun tam bir değerlendirmesini içermelidir. Ruh hali ve duygusal iyilik, bebek bakımı, cinsellik, doğum kontrolü, uyku durumu ve yorgunluk hali sorgulanmalıdır. Kronik hastalık, hipertansif bozukluklar, obezite, diyabet, tiroid bozuklukları, böbrek hastalığı ve duygudurum bozuklukları gibi tıbbi durumları olan kadınlara zamanında takibin önemi konusunda danışmanlık yapılmalıdır (ACOG,

2018b). Kadınlara, doğum öncesi ve sonrası müdahalelerle psikolojik sorun yaşama riskinin azaldığı bilgisi verilmelidir. Egzersiz, psikoeğitim, sosyal destek grupları ve bilişsel davranış terapisinin postpartum anksiyete ve depresyon şiddetinin hafifletilmesine yardımcı olduğu bildirilmektedir (Liu ve Yang, 2021). İlaç tedavisi gereken durumlarda emzirmenin devam edip etmeyeceği, annenin ilaç dozu, sıklığı ve bebeğin maruziyeti gibi olaylara dikkat edilmesi gerekir. Annenin psikotrop ilaç kullandığı durumlarda prematüre bebekler veya hepatik bozukluğu olan bebeklerde emzirme ertelenmelidir. Özellikle psikoz olan kadınlarda ruh hali dengesizliği sık yaşandığı için emzirme tercih edilmemelidir (Rai vd., 2015). Anne, çocuk, aile ve hatta toplumun ruh sağlığını etkilediği için bakım verenler kadının fiziksel ve ruhsal sağlığını bir bütün olarak incelemelidir. Sağlık personellerinin postpartum dönemde yapacağı ev ziyaretleri ile ilk önce anne değerlendirilmeli ve ruhsal sorunlara yönelik belirtiler izlenmelidir. Annenin bakım gereksinimleri saptanıp uygun hemşirelik bakımı verilmeli ve sosyal destek sistemleri güçlendirilmelidir (Koçak ve Duman, 2016).

Perinatal duygudurum bozuklukları, dünya çapında engelliliğin ve doğumdan sonraki ilk yıl içinde anne ölümlerinin önde gelen nedenidir. Risk faktörlerinin belirlenmesi ve klinisyenlerin hastalara bu bozuklukların gelişimini potansiyel olarak önlemek için müdahaleler sağlamasına izin verilebilir. Perinatal duygudurum bozuklukları için evrensel tarama, daha erken teşhis ve tedavinin başlanmasına neden olabilir. Farmakolojik tedaviye geçmeden önce ilk basamak müdahale stratejileri olarak işbirlikçi bakım yöntemlerinin uygulanması, tüm ailenin tedavi ve terapi hizmetine dahil edilmesi, destek hizmetlerinin sağlanması ve bu dönemde hemşirelerin proaktif bir rol üstlenmeleri oldukça önemlidir (Wells, 2023).

3. YÖNTEM

3.1. Araştırma Modeli

Prospektif özellikteki bu çalışma, Yozgat Şehir Hastanesi'nde normal ve sezaryen doğum gerçekleştiren anneler ile yapılmıştır.

3.2. Araştırma Evren ve Örneklemi/Araştırma Materyali

Araştırmanın evrenini, Yozgat Şehir Hastanesi'nde 01.01.2020-31.12.2020 tarihleri arasında normal ve sezaryen doğum gerçekleştiren kadınlar (normal doğum: 1255, sezaryen: 851, müdahaleli doğum: 7, Toplam: 2113) oluşturmuştur.

Araştırma örneklemine alınacak anne sayısı, G*Power 3.1.9.7 programında tekrarlı ölçümler ANOVA testine göre belirlenmiştir. Buna göre %90 istatistiksel güç ve $\alpha=0.05$ anlamlılık seviyesinde, $f=0.20$ olarak belirlenen orta düzeydeki etki büyüklüğü için dahil edilmesi gereken en düşük vaka sayısı 56 olarak belirlenmiştir. Çalışmada olası veri kaybı olabileceği göz önünde bulundurularak %25 yedek alınarak örneklemin 70 gebeden oluşmasına karar verilmiştir. Toplam 70 katılımcı 1:1 oranında 35 normal doğum ve 35 sezaryen doğum şeklinde çalışmaya dahil edilmiştir. Örnekleme alınacak anneler, olasılıksız örnekleme yöntemlerinden gelişigüzel örnekleme yöntemine göre belirlenmiştir. İzlem aşamasında 5 normal doğum ve 5 sezaryen doğum yapan katılımcı çalışmayı yarım bırakarak ayrılmış, bu nedenle örneklemi 30 normal doğum ve 30 sezaryen doğum yapan kadın oluşturmuştur.

Araştırmaya dâhil edilme kriterleri şunlardır:

1. 18-49 yaş grubunda olma
2. En az ilkokul mezunu olma
3. Türkçe konuşma
4. Emziriyor olma
5. Termde (38-42 hafta), canlı, tekil, sağlıklı ve normal kiloda (2500-4000gr) bebeğe sahip olma
6. Çalışmaya katılmaya gönüllü olma

Araştırmadan dışlama kriterleri şunlardır:

1. Tedavi gördüğü herhangi bir kronik hastalık varlığı (kalp-damar, diyabet, hipertansiyon, akciğer, karaciğer ve psikiyatrik hastalık)
2. Doğumdan sonra herhangi bir nedenle bebeğinden ayrı olma
3. Gebelik, doğum ve postpartum dönemde anne ve bebekte komplikasyon varlığı
4. Araştırmanın herhangi bir aşamasında ayrılma ve il dışına göç etme
5. Araştırmaya katılmaya gönüllü olmama

3.3. Veri Toplama Araçları

Veriler Tanıtıcı Bilgi Formu (TBF), Doğum Sonrası Bilgi Formu (DSBF), Günlük Deneyimler Anketi (Daily Experiences Questionnaire: Turkish DEQ) ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPDÖ) ile toplanmıştır.

3.3.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (TBF)

Tanıtıcı Bilgi Formu, araştırmacı tarafından literatüre göre geliştirilmiştir (Al Nasr vd., 2020; Dekel vd., 2019; Faisal-Cury ve Menezes, 2019; Gerli vd., 2021; Guglielminotti vd., 2022; Ilska vd., 2020; Li vd., 2020; Shishido vd., 2021; Yokoyama vd., 2021; Zareba vd., 2020; Zhao ve Zhang, 2020). Formda annelerin sosyo-demografik (17 soru) ve obstetrik (31 soru) özelliklerini belirleyen 48 soru bulunmaktadır. Soruların 34'ü kapalı uçlu, 14'ü açık uçludur.

3.3.2. Doğum Sonrası Bilgi Formu (DSBF)

Doğum Sonrası Bilgi Formu, araştırmacı tarafından literatüre göre geliştirilmiştir (Al Nasr vd., 2020; Dekel vd., 2019; Faisal-Cury ve Menezes, 2019; Gerli vd., 2021; Guglielminotti vd., 2022; Ilska vd., 2020; Li vd., 2020; Shishido vd., 2021; Yokoyama vd., 2021; Zareba vd., 2020; Zhao ve Zhang, 2020). DSBF, açık uçlu 16 soru ve kapalı uçlu 5 soru olmak üzere toplam 21 sorudan oluşmaktadır. Formda doğum öncesi/sonrası eğitim alma durumu ve eğitim istenen konular, emzirme özellikleri ve bebekleri besleme durumu, bebeklerin ağırlığı ve bebekleri tanımlama durumu, kadınların uyku özellikleri, doğum sonrası eş ve sosyal destek sistemleri, kadınların kendileri ve bebekleri ile ilgili sorun yaşama ve sorunlarla baş etme özellikleri, doğum sonrası eş ilişkisi, şiddet görme ve sigara kullanma durumu ile ruhsal destek ihtiyacı ve destek alma durumuna ilişkin sorular yer almaktadır.

3.3.3. Günlük Deneyimler Anketi (Daily Experiences Questionnaire: Turkish DEQ)

Günlük Deneyimler Anketi, postpartum dönemde annelik hüznünü değerlendirmek amacıyla Buttner vd., (2012, 2015) tarafından geliştirilen 38 maddelik bir ölçektir. Ölçek, KBQ'dan uyarlanmıştır. Ölçeğin 28 maddesi orijinal Kennerly ölçeğinden, 10 maddesi Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) ölçeğinden alınmış olup, son sorusu iştah durumunu belirlemek amacıyla sorulmuştur. DEQ, erken postpartum dönemde annelik hüznünü günlük olarak değerlendirmeye uygun, kapsamlı bir ölçektir. Ölçeğin negatif duygulanım (Negative Affect: NA) ve pozitif duygulanım (Positive Affect: PA) olmak üzere iki alt ölçeği bulunmaktadır. Ölçeğin her bir maddesi bir kadının o gün ki ruh halini yansıtan, birden beşe kadar değişen Likert tipi ölçeğe göre puanlanır (1= Hiç ya da çok az, 2= Biraz, 3= Normal, 4= Oldukça, 5= Fazlasıyla). Toplam puan, madde sayısına bölünüp 1-5 arasında denk gelen yere göre yorumlanır. Ölçeğin kesme noktası yoktur. Ölçekten alınan toplam puan madde sayısına bölünerek değerlendirme yapılır. Yüksek puan, postpartum annelik hüznünde artma ile ilişkilidir. Orijinal DEQ Cronbach alfa değerinin PA ($\alpha = 0.88-0.92$) ve NA ($\alpha = 0.91-0.94$) için yüksek olduğu bildirilmiştir.

DEQ Türkçe geçerlik ve güvenirliği Akdolun Balkaya vd., tarafından 2018 yılında yapılmıştır. Türkçe formda yorgunluk maddesi, faktör yükünün 0.30'un ve madde-alt ölçek toplam puan korelasyonunun 0.20'nin altında olması nedeniyle ölçekten çıkartılmıştır. İştah maddesi de kontrol maddesi olması nedeniyle Türkçe formun puanlaması 37 madde üzerinden yapılmaktadır. Ölçeğin negatif duygulanım alt boyutu 1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 15, 16, 18, 20, 21, 22, 24, 26, 27, 28, 29, 31, 33, 35 ve 37. maddelerden alınan puanlar toplanarak, pozitif duygulanım alt boyutu ise 3, 5, 10, 12, 14, 17, 19, 23, 25, 30, 32, 34 ve 36. maddelerden alınan puanlar toplanarak elde edilmektedir. Ölçeğin negatif duygulanım alt boyutu faktör yükleri 0.34-0.72, pozitif duygulanım alt boyutu faktör yükleri 0.39-0.71 arasında bulunmuştur. Sadece negatif alt boyutundaki yorgunluk maddesinin faktör yükü 0.16 olarak bulunmuştur. Orijinal ölçeğin yapısının korunması ve DFA uyum indekslerini bozmaması nedeniyle bu madde de ölçekte bırakılmıştır. Ölçeğin kapsam geçerlik indeksi madde bazında 0.86-0.99 ve ölçek bazında 0.93'tür. İki boyutlu ölçek toplam varyansın %35.5'ini açıklamaktadır. Doğrulamalı faktör analizine göre GFI= 0.76, CFI= 0.92, IFI= 0.92 ve RMSE=0.068 bulunmuştur. Postpartum 1., 3., 5. ve 10. günlerde Cronbach alfa değeri, ölçeğin bütünü için 0.85 ile

0.88, negatif duygulanım alt boyutu için 0.91-0.94 ve pozitif duygulanım alt boyutu için 0.81 ile 0.86 arasında bulunmuştur. Türkçe formda kesme noktasının daha net belirlenmesi için toplam puan likert kat sayısına bölünmemiş, hesaplama toplam puan (ham puan) üzerinden yapılmıştır. NA alt ölçeği için kesme noktası 42.5 puan (0.76 ile 0.95 arasında bir duyarlılık ve 0.51 ile 0.54 arasında özgüllük), PA alt ölçeği için 38.5 puan (0.72 ile 0.78 arasında duyarlılık, 0.38 ile 0.68 arasında özgüllük) saptanmıştır. Bu çalışmada kesme noktası kullanılmakla birlikte, istenirse orijinal ölçekte olduğu gibi alt boyut toplamaları alınıp, madde sayısına bölünerek puan hesaplanabilir. Buradan 1 ile 5 puan arasında puan hesaplanmakta, negatif alt boyutta puanın artması negatif duygulanımın ve pozitif alt boyutta puanın artması pozitif duygulanımın arttığını göstermektedir. Negatif alt boyutta puan arttıkça ve pozitif alt boyutta puan düştükçe postpartum depresyon riski artmaktadır. Ölçek ve alt boyutları Tablo 3.1’de verilmiştir.

Tablo 3.1. Günlük deneyimler anketindeki maddelerin alt boyutlara göre dağılımı

Negatif Duygulanım (NA)	Pozitif Duygulanım (PA)
1. Durmadan ağlama	
2. Zihinsel olarak gergin	
	3. Dikkatini toplayabilir
4. Neşesiz	
	5. Sevinçli (oldukça mutlu ve heyecanlı)
6. Çaresiz	
7. Tetikte	
8. Duyguları göstermede zorluk çekme	
9. Unutkan, kafası karışık	
	10. Zihnen sakin (rahat)
11. Yalnız olmayı isteme	
	12. Gururlu
13. Duygusal olarak boşlukta olma, hissiz olma	
	14. Heyecanlı
15. Aşırı hassas	
16. Kendisi için üzülme	
	17. Aktif (hareketli)
18. Aşırı duygusal	

Tablo 3.1.(Devam) Günlük deneyimler anketindeki maddelerin alt boyutlara göre dağılımı

Negatif Duygulanım (NA)	Pozitif Duygulanım (PA)
20. Değişken ruh hali (ruhsal gelgitlerin olması)	
21. Endişeli	
22. Yorgun	
	23. Kendinden emin
24. Sinirli	
	25. Canlı
26. Bir şeyler hakkında kara kara düşünme (sizi üzen, endişelendiren, kızdıran şeyler hakkında uzun süre düşünme)	
27. Ağlamaklı	
28. Duygusal olarak inişli çıkışlı	
29. Huzursuz	
	30. Sakin, huzurlu
31. Suçlu	
	32. İlgili
33. Düşmanca	
	34. Kararlı
35. Utangaç	
	36. Coşkulu
37. Korkmuş	
38. İştahsızlık (Kontrol Maddesi)	

Araştırmada kullanılan Turkish DEQ'nun güvenirlik analizi sonuçları Tablo 3.2'de verilmiştir. Cronbach Alfa değerlerinin 0.60'tan büyük olması, Turkish DEQ ölçeğinin güvenilir, bir başka deyişle ölçeğin iç tutarlılığının kabul edilebilir düzeyde olduğunu göstermektedir.

Tablo 3.2. Günlük deneyimler anketi (Turkish DEQ) cronbach alfa değerleri

DEQ Cronbach alfa değeri	1.	3.	5.	Günler 7.	10.	14.	28.
NA	0.854	0.708	0.866	0.873	0.801	0.848	0.847
PA	0.839	0.833	0.868	0.875	0.845	0.867	0.908

3.3.4. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ)

Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği, Cox vd. tarafından 1987 yılında geliştirilen bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Postpartum dönemde görülen depresyon riskini belirlemeyi amaçlar. Ölçek, bireyin 10 madde ile son yedi gün içindeki psikolojik durumunun değerlendirilmesini sağlar. Ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı (Cronbach's alfa) 0.87, kesme puanı 12/13 alındığında duyarlılık 0.85, özgüllüğü 0.77, pozitif prediktif

değeri 0.83, negatif prediktif değeri 0.78 olarak bulunmuştur. Ölçek, depresyon tanısı koymaya yönelik değildir (Cox vd., 1987). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği, Engindeniz vd. (1996) tarafından yapılmıştır. EPDÖ'nün iç tutarlılık katsayısı (Cronbach's alfa) 0.79, kesme puanı 12/13 alındığında duyarlılık 0.84, özgüllüğü 0.88, pozitif prediktif değeri 0.69, negatif prediktif değeri 0.94 ve cronbach alfa değeri 0.79. olarak ölçülmüştür (Engindeniz vd., 1996).

EPDÖ 10 sorudan oluşmakta olup, görüşmede hastanın ölçeği cevaplaması 5 dakikadan daha az sürmektedir (Cox vd., 1987). Ölçek dörtlü likert tipte değerlendirilmekte (Evet her zaman, Evet çoğu zaman, Hayır çok sık değil, Hayır hiçbir zaman) ve 0-3 arasında puanlanmaktadır. Ölçekteki 1., 2. ve 4. maddeler 0-1-2-3 olarak puanlanırken; 3., 5., 6., 7., 8., 9. ve 10. maddeler ise 3-2-1-0 şeklinde puanlanmaktadır. Ölçeğin toplam puanı, bu madde puanlarının toplanması ile elde edilir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 30'dur. Türkiye'de yapılan iki çalışma sonucunda ölçeğin kesme puanı 12/13 olarak hesaplanmıştır, 12-13 ve üzerindeki değerleri alan kişiler olası majör ve minör depresyon açısından risk grubu olarak kabul edilir ve sevk edilmeleri gerekir (Aydın vd., 2004; Engindeniz vd., 1996). Araştırmada kullanılan EPDÖ'nün güvenirlik analizi sonuçları Tablo 3.3'te verilmiştir. Cronbach Alfa değerlerinin 0.60'tan büyük olması ölçeğin güvenilir olduğunu, yani ölçeğin iç tutarlılığının kabul edilebilir düzeyde olduğunu göstermektedir.

Tablo 3.3. Edinburgh postpartum depresyon ölçeği (EPDÖ) cronbach alfa değerleri

EPDÖ	Günler		
	1.	14.	28.
Cronbach Alfa	0.833	0.822	0.815

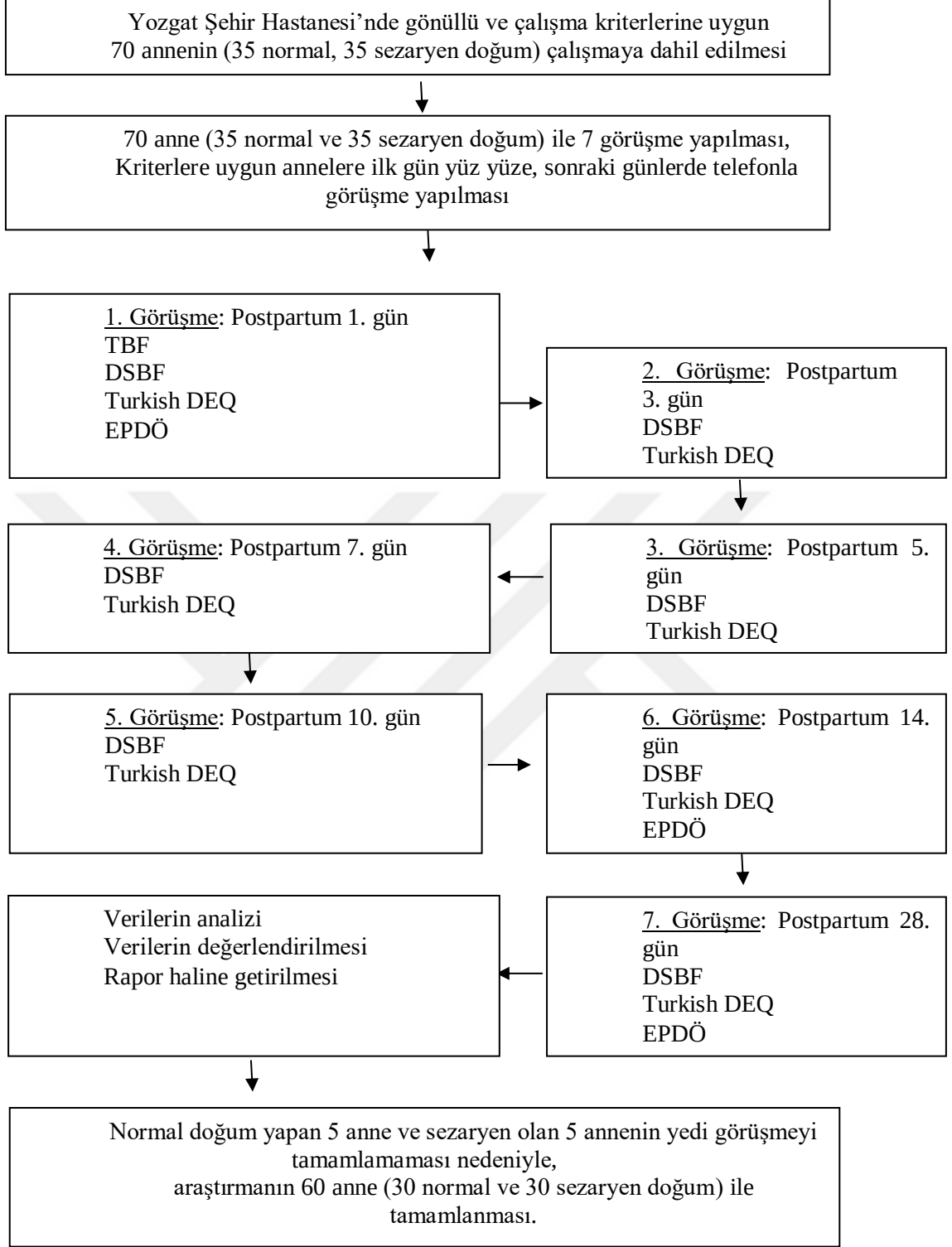
3.4. Veri Toplama Süreci

Veriler araştırmacı tarafından, 01.06.2021- 01.09.2022 tarihleri arasında Yozgat İl Sağlık Müdürlüğü ile Yozgat Şehir Hastanesi'nden resmi izin, etik kurul izni ve annelerden bilgilendirilmiş onam alındıktan sonra ilk gün hastanede yüz yüze, sonraki günlerde telefonla toplanmıştır.

Yozgat Şehir Hastanesi'ndeki normal ve sezaryen doğum gerçekleştiren kadınlara postpartum 1. günde kadın hastalıkları ve LDRP (Leave Delivery Room Patient) servisinde ulaşılmıştır. Katılımcılara araştırmanın amacı açıklanarak katılımın gönüllü

olduğu, istediklerinde araştırmadan çıkabilecekleri, formları doldurmanın katılmaya onay verdiği anlamına geldiği, verilerin isim kullanılmadan sadece bilimsel amaçlı kullanılacağı ve gizliliğin sağlandığına ilişkin bilgilerin yer aldığı bilgilendirilmiş onam formu ve veri toplama formları verilmiştir.

Postpartum hüznün doğum sonrası 3-5. günlerde pik yaptığı, 7. günde azalmaya başladığı ve 10-14. günde geçtiği (Buttner vd., 2012, 2015), postpartum depresyon 2-6. haftalarda başladığı ve yoğun yaşandığı (Doğan ve Kızıltan, 2019; Koçak ve Duman, 2016), ICD-10’a göre postpartum depresyonu tanılamak için en kritik dönemin doğum sonrası 6 hafta içinde olduğu (Özkan vd., 2019), postpartum depresyonun DSM-V’te “Duygudurum Bozuklukları” içinde yer aldığı ve “Postpartum Başlangıç Belirleyicisi” başlığı altında dört hafta içinde epizodun başlaması şeklinde belirtildiği (Köroğlu, 2014) için veriler doğum sonrası 1., 3., 5., 7., 10., 14. ve 28. günlerde toplanmıştır. Veriler, 1. gün doğumdan en az 12 saat geçtikten sonra yüz yüze, 3., 5., 7., 10., 14. ve 28. günlerde ise pandemi sürecinden dolayı telefonla toplanmıştır. Doğum sonrası 1. günde TBF, DSBF, Turkish DEQ ve EPDÖ, 3., 5., 7. ve 10. günlerde DSBF, Turkish DEQ, 14. ve 28. günlerde ise DSBF, Turkish DEQ ve EPDÖ kullanılarak toplanmıştır. Günün farklı saatlerinde ruh hali değerlendirmesi farklı sonuçlar verebileceğinden, o gün ki ruh halini yansıtması açısından tüm formların gün içinde saat 16.⁰⁰-20.⁰⁰ saatleri arasında doldurulması sağlanmıştır. Etik sorun oluşturmaması için, veriler toplandıktan sonra annelere postpartum hüznün ve depresyon hakkında bilgi verilmiş ve soruları yanıtlanmıştır. Tüm veriler Şekil 3.1’de gösterildiği akışta toplanmıştır.



Şekil 3.1. Çalışma Akış Süreci

3.5. Deneysel Kurgu

Bu çalışma, deneysel düzende kurgulanmış bir çalışma değildir.

3.6. İstatistiksel Analiz

Annelerin TBF ve DSBF’de bulunan sosyo-demografik ve obstetrik özellikler, doğum öncesi/sonrası eğitim alma durumu, emzirme özellikleri ve bebekleri besleme durumu, bebeklerin ağırlığı ve bebekleri tanımlama durumu, kadınların uyku durumu, doğum sonrası eş ve sosyal destek sistemleri, kadınların kendileri ve bebekleri ile ilgili sorun yaşama ve sorunlarla baş etme özellikleri, doğum sonrası eş ilişkisi, şiddet görme ve sigara kullanma durumu ile ruhsal destek ihtiyacı ve destek alma durumu araştırmanın bağımsız değişkenleridir. Turkish DEQ ve EPDÖ’den alınan puanlar araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirirken tanımlayıcı istatistiksel metotlara (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) başvurulmuştur. Verilerin normal dağılıp dağılmadığı normallik testlerinin yanı sıra histogram, Q-Q grafiği ve kutu-çizgi (box-plot) grafikleri, çarpıklık, basıklık ve varyasyon katsayısı gibi dağılım ölçüleriyle değerlendirilebilir (Hayran ve Hayran, 2011). Normalliğin sağlanması için verilerin saçılma diyagramında değerlerin 45 derecelik doğruya yakın gözlenmesi ve kutu çizgi grafiğinde kutunun ortanca çizgisini ortalayarak konumlanması gerekir (Büyüköztürk, 2011). Normal dağılıma uygunluk basıklık ve çarpıklık değerleri ile kontrol edilmiş ve ölçek puanlarının normal dağılım varsayımını sağlamadığı görülmüştür. Bu durumda niceliksel verilerin karşılaştırılması için normal dağılım sağlandığı durumda iki bağımsız grup karşılaştırmasında bağımsız örneklem t testi, normal dağılım göstermediği durumda Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Ölçek puanlarının zaman içindeki değişimlerini incelemek için tekrarlı ölçümlerde, normal dağılım sağlandığı durumda tekrarlı ölçümlerde ANOVA testi ve bu testte anlamlı bulunan sonuçların ileri analizinde Bonferroni testi kullanılmıştır. Normal dağılımın sağlanmadığı durumlarda ise Friedman testi ve post hoc analizi olarak Wilcoxon Sıralı İşaretler Testi Bonferroni düzeltmesi kullanılmıştır. Ayrıca, kategorik değişkenlerin zaman içindeki değişimini incelemek için dikotom olan verilerde tekrarlı ölçümler için Cochran Q testi yapılmış, anlamlı bulunan sonuçlarda farkın hangi günler arasında olduğunu saptamak için de Bonferroni düzeltmeli Dunn testi kullanılmıştır. Bağımsız

kategorik değişkenlerin analizi için ki-kare testi ve Fisher exact ki-kare testi kullanılmıştır. Beklenen değeri beşten küçük hücre sayısı için oran yüzde 20 üzerinde ise Fisher's exact ki-kare, altındaysa Pearson ki-kare kullanılmış, 2x2'lik tabloların karşılaştırmalarda da Yates düzeltmeli Ki-Kare testi yapılmıştır. Değerlendirmelerde $p < 0.05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Turkish DEQ ve EPDÖ arasındaki ilişki, normal dağılım sağlandığı durumda Pearson, normal dağılım göstermediği durumda ise Spearman korelasyon analizi ile incelenmiştir.

Güvenirlilik analizi, ölçeklerde yer alan ifadelerin kendi aralarında tutarlılık gösterip göstermediğini ve ifadelerin tümünün aynı konuyu ölçüp ölçmediğini test etmek amacıyla yapılmaktadır (Ural ve Kılıç, 2005). Yapılan testlerin ve sonuçların güvenilir olabilmesi için ölçümlerin güvenilir olması gerekmektedir. Bu bağlamda ölçeğe ilişkin güvenilirlikler Cronbach Alpha ile incelenmiştir. Turkish DEQ ve EPDÖ'nün Cronbach Alfa değerlerinin 0.60'tan büyük olduğu, kullanılan ölçeklerin güvenilir olduğu görülmüştür.

3.7. Etik Onay

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan 18.08.2021 tarihinde etik onay (Protokol No: 210140) alınmıştır. Veri toplanmadan önce Yozgat İl Sağlık Müdürlüğü (Tarih: 29.04.2021, Sayı: E-92119857-000-2865) ile Yozgat Şehir Hastanesi'nden (Tarih: 25.05.2021, Sayı: E-78535428-000-5941) resmi izin ve annelerden yazılı ve sözlü bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Araştırmada kullanılan Turkish DEQ ve EPDÖ için ölçek sahiplerinden e-posta yoluyla izin alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, Covid-19 kısıtlamaları ve alınan önlemler nedeniyle yalnızca Yozgat Şehir Hastanesi'nde araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlarla sınırlandırılmıştır. Bu nedenle araştırma sonuçları, sadece bu örneklem grubuna genellenebilir. Çalışma pandemi sürecinde yapıldığı için, veriler postpartum 1. gün hastanede yüz yüze, 3., 5., 7., 10., 14. ve 28. günlerde ise telefonla toplanmıştır. Veriler ilk gün yüz yüze soru cevap yöntemi ile toplanırken bazı hasta odalarının tek kişilik olmaması ve odada başka bir hastanın da bulunması, genellikle yakın akraba

(kayınvalide, anne vb.) refakatçilerinin olması nedeniyle sorulara rahat yanıt verilemediği görülmüştür. Veriler telefonla soru- cevap yöntemi ile toplanırken bazı kadınların kendine ait telefonlarının olmaması nedeniyle direkt olarak ulaşılmakta zorluk yaşanmıştır. Uygulanacak anketlerin çoğunun gün aşırı olması ve 28 gün boyunca anne ile iletişimi gerektirdiğinden, bazı annelere bir süreden sonra ulaşılammış, bu nedenle izlem aşamasında beş normal doğum ve beş sezaryen doğum anne araştırmadan çıkarılmıştır. Ulaşılan annelerin ise görüşmeyi olabildiğince kısa tuttuğu görülmüştür. Elde edilen sonuçlar, annelerin verdiği yanıtlar ile sınırlıdır. Çalışma için istenen izinler pandemi dönemine denk geldiği için izin alma süreci de uzamıştır. Bu gibi nedenlerden dolayı veri toplamada gecikme ve zorluklar yaşanmıştır. Bu nedenle çalışma verileri örneklem ile sınırlıdır, genellenemez.



4. BULGULAR

Normal doğum ve sezaryen doğum gerçekleştiren kadınlarda annelik hüznü ve postpartum depresyon yaşama durumunu incelemek amacıyla yapılan çalışmada bulgular; kadınların sosyodemografik, gebelik, doğum ve doğum sonrası döneme ilişkin özellikleri, annelik hüznü ve postpartum depresyon yaşama durumu ve doğum şeklinin annelik hüznü ve postpartum depresyona etkisi başlıkları altında incelenmiştir.

4.1. Annelerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri incelenmiş ve gruplara göre dağılımları Tablo 4.1’de verilmiştir. Sonuçlara göre normal doğum gerçekleştiren kadınların yaş ortalaması 26.63 ± 5.54 , eşlerinin yaş ortalaması 30.33 ± 6.88 iken, sezaryen doğum gerçekleştiren kadınların yaş ortalaması 28.63 ± 5.22 , eşlerinin ise 33.13 ± 6.31 ’dir. Doğum şekline göre kadınların ve eşlerinin yaş ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p > 0.05$). Bu da grupların yaş olarak homojen olduğunu göstermektedir. Ayrıca kadınların ve eşlerinin eğitim ve çalışma durumu, gelir durumu, sağlık güvencesinin olması ve en uzun süre yaşadığı yere göre de homojen bir yapıda olduğu görülmüştür ($p > 0.05$). Normal doğum gerçekleştiren kadınların %70’inin lise ve üzeri bir okuldan mezun olduğu, %63.3’ünün ev hanımı olduğu, tamamının eşinin çalıştığı, %63.3’ünün gelirinin giderine denk olduğu, %100’ünün sağlık güvencesinin olduğu ve %56.7’sinin en uzun süre yaşadığı yerin il veya büyükşehir olduğu görülmüştür. Sezaryen doğum gerçekleştiren kadınların ise %70’inin lise ve üzeri bir okuldan mezun olduğu, %46.7’sinin ev hanımı, tamamının eşinin çalıştığı, %56.7’sinin gelirinin giderine denk olduğu, tamamının sağlık güvencesinin olduğu ve %53.3’ünün en uzun süre il veya büyükşehirde yaşadığı belirlenmiştir.

Normal ve sezaryen doğum gerçekleştiren kadınların evlilik yaşı, evde birlikte yaşadığı kişiler, şiddet görme, adet döneminde problem yaşama, yakın geçmişte sarsıcı bir olay yaşama ve ailede psikolojik hastalık öyküsü olma durumlarına göre de homojen olduğu görülmüştür ($p < 0.05$). Evlilik yaşı incelendiğinde, normal doğum grubundaki kişilerin yaş ortalaması 21.67 ± 3.18 , sezaryen doğum yapanların ise 22.97 ± 4.42 olarak hesaplanmıştır. Normal doğum gerçekleştiren katılımcıların %66.7’sinin adet döneminde sorun yaşadığı, %6.7’sinin yakın geçmişte sarsıcı bir olay yaşadığı ve %20’sinin ailesinde

psikolojik bir hastalık öyküsünün olduğu, sezaryen doğum gerçekleştiren katılımcıların ise %56.7'sinin adet döneminde sorun yaşadığı, %13.3'ünün yakın geçmişte sarsıcı bir olay yaşadığı ve %13.3'ünün ailesinde psikolojik bir hastalık öyküsünün bulunduğu görülmüştür. Normal ve sezaryen doğum gerçekleştiren kadınların eş ilişkilerinin istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği ($p= 0.045$), normal doğum gerçekleştiren kadınların %60'ının, sezaryen doğum yapan kadınların ise %83.3'ünün eş ilişkilerinin iyi veya çok iyi olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.1. Annelerin sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik Özellikler	Normal Doğum (n= 30)		Sezaryen (n= 30)		Test	p
	n	%	n	%		
Yaş		$\bar{X} \pm Ss = 26.63 \pm 5.54$		$\bar{X} \pm Ss = 28.63 \pm 5.22$		
18-29	22	73.3	16	53.3	2.584 ^P	0.108
≥ 30	8	26.7	14	46.7		
Eş Yaşı		$\bar{X} \pm Ss = 30.33 \pm 6.88$		$\bar{X} \pm Ss = 33.13 \pm 6.31$		
18-29	21	70.0	18	60.0	0.659 ^P	0.417
≥ 30	9	30.0	12	40.0		
Eğitim Durumu						
İlköğrenim	9	30.0	9	30.0	0.000 ^P	1.000
≥ Lise	21	70.0	21	70.0		
Eş Eğitim Durumu						
İlköğrenim	6	20.0	4	13.3	0.480 ^P	0.488
≥ Lise	24	80.0	26	86.7		
Çalışma Durumu						
Ev hanımı	19	63.3	14	46.7	1.684 ^P	0.194
Çalışıyor	11	36.7	16	53.3		
Eş Çalışma Durumu						
İşsiz	0	0.0	2	6.7	0.517 ^{YD}	0.472
Çalışıyor	30	100.0	28	93.3		
Gelir Gider Durumu						
Gelir giderden az	7	23.3	7	23.3	0.511 ^P	0.774
Gelir gidere denk	19	63.3	17	56.7		
Gelir giderden fazla	4	13.3	6	20.0		
Sağlık Güvencesi	30	100.0	30	100.0	----	----
En Uzun Süre Yaşanan Yer						
Köy, ilçe	13	43.3	14	46.7	0.000 ^P	1.000
İl, büyükşehir	17	56.7	16	53.3		
Evde Birlikte Yaşadığı Kişiler						
Eşi ve çocukları	27	90.0	25	83.3	0.144 ^{YD}	0.706
Kendisi/eşinin annesi, babası	3	10.0	5	16.7		
Şiddet Görme Durumu						
Hayır	28	93.3	30	100.0	0.517 ^{YD}	0.472
Evet	2	6.7	0	0.0		
Şiddet Gördüğü Kişi (n=2)						
Eş	1	50.0	0	0.0		
Baba	1	50.0	0	0.0		
Adet Döneminde Problem Yaşama Durumu						
Hayır	10	33.3	13	43.3	0.635 ^P	0.426
Evet	20	66.7	17	56.7		
Yakın Geçmişte Sarsıcı Bir Olay Yaşama						
Hayır	28	93.3	26	86.7	0.185 ^{YD}	0.667
Evet	2	6.7	4	13.3		
Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü						
Hayır	24	80.0	26	86.7	0.480 ^P	0.488
Evet	6	20.0	4	13.3		

***YD:** Yates süreklilik düzeltmesi (Continuity correction), **P:** Pearson Ki-Kare.

4.2. Annelerin Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Normal ve sezaryen doğum gerçekleştiren kadınların gebeliğe ilişkin özellikleri Tablo 4.2’de verilmiştir. Sonuçlara göre normal ve sezaryen doğum yapan kadınların gebeliğe ilişkin özellikleri bakımından homojen bir dağılım gösterdiği anlaşılmıştır ($p<0.05$). Gebelik sayısı ortalaması normal doğum gerçekleştiren kadınlarda 2.33 ± 1.44 , sezaryen doğum yapanlarda 2.37 ± 1.49 ’dur. Normal doğum grubundaki katılımcıların düşük ortalaması 1.30 ± 0.48 , küretaj sayısı ortalaması 1.67 ± 0.57 olarak bulunmuştur. Sezaryen doğum yapan katılımcıların düşük sayısı ortalaması 1.64 ± 1.20 , küretaj sayısı ortalaması 1.00 ± 0.00 olarak bulunmuştur. Normal doğum grubundaki kadınlar ortalama 1.73 ± 0.96 , sezaryen grubundaki kadınlar ortalama 1.53 ± 0.51 yaşayan çocuğa sahiptir.

Normal ve sezaryen doğum gerçekleştiren kadınların %65’inin gebelik arası süreleri iki yıl ve üzerindedir (normal doğum: 32.85 ± 23.08 , sezaryen: 43.40 ± 34.05 hafta). Her iki gruptaki kadınların büyük bir kısmı gebeliklerini istemiş/planlamışlardır (normal doğum: %93.3, sezaryen: %96.6). Normal doğum gerçekleştiren kadınların %16.7’si, sezaryen olan kadınların da %20’si gebelikte sigara kullanmışlardır. Normal doğum gerçekleştiren kadınlar gebeliklerinde ortalama 14.63 ± 4.02 , sezaryen olanlar ise 15.43 ± 2.59 kilo almışlardır. Normal doğum gerçekleştiren kadınların 10.62 ± 2.13 , sezaryen olanların ise 11.83 ± 2.69 kez sağlık kontrolüne gittikleri belirlenmiştir ($p<0.05$).

Normal doğum gerçekleştiren kadınların %20’sinin, sezaryen doğum gerçekleştiren kadınların ise %23.3’ünün gebelikte sağlık sorunu veya stresli bir durum yaşadığı bulunmuştur. Normal doğum gerçekleştiren kadınların %23.3’ünün, sezaryen olanların %33.3’ünün gebelikte depresif duygu yaşadığı, ancak her iki gruptaki kadınların hiçbirinin gebelikte psikolojik destek almadığı fark edilmiştir. Ayrıca normal doğum gerçekleştiren kadınların %16.7’sinin, sezaryen doğum yapanların da %26.7’sinin doğuma hazırlık veya doğum şekli hakkında eğitim aldığı görülmüştür ($p<0.05$).

Tablo 4.2. Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların gebeliğe ilişkin özellikleri

Gebeliğe İlişkin Özellikler	Normal Doğum		Sezaryen		Test	p
	n	%	n	%		
Toplam Gebelik Sayısı	$\bar{X} \pm Ss = 2.33 \pm 1.44$		$\bar{X} \pm Ss = 2.37 \pm 1.49$			
1	10	33.3	10	33.3	0.000 ^P	1.000
≥ 2	20	66.7	20	66.7		
Düşük Sayısı	$\bar{X} \pm Ss = 1.30 \pm 0.48$		$\bar{X} \pm Ss = 1.64 \pm 1.20$			
1	7	70.0	7	70.0	----	----
≥ 2	3	30.0	4	40.0		
Küretaj Sayısı	$\bar{X} \pm Ss = 1.67 \pm 0.57$		$\bar{X} \pm Ss = 1.00 \pm 0.00$			
1	2	50.0	5		----	----
≥ 2	2	50.0	0	100.0		
Ölü Doğum Sayısı	$\bar{X} \pm Ss = 1.00 \pm 0.0$					
1	1	100.0	0	0.0	----	-----
≥ 2	0	0.0	0	0.0		
Yaşayan Çocuk Sayısı	$\bar{X} \pm Ss = 1.73 \pm 0.96$		$\bar{X} \pm Ss = 1.53 \pm 0.51$			
1	9	60.0	7	46.7	0.536 ^P	0.464
≥ 2	6	40.0	8	53.3		
Gebelik Arası Süre	$\bar{X} \pm Ss = 32.85 \pm 23.08$		$\bar{X} \pm Ss = 43.40 \pm 34.05$			
< 2 yıl	7	35.0	7	35.0	0.000 ^P	1.000
≥ 2 yıl	13	65.0	13	65.0		
Gebeliği İsteme/Planlama						
Hayır	2	6.7	1	3.4	1.301 ^{FE}	0.622
Evet, istedim	24	80.0	22	73.3		
Evet, planladım	4	13.3	7	23.3		
Gebelikte Sigara Kullanma						
Hayır	25	83.3	24	80.0	0.111 ^P	0.739
Evet	5	16.7	6	20.0		
Gebelikte Alınan Kilo	$\bar{X} \pm Ss = 14.63 \pm 4.02$		$\bar{X} \pm Ss = 15.43 \pm 2.59$			
≤ 12 kilo	9	30.0	4	13.3	2.455 ^P	0.117
≥ 13 kilo	21	70.0	26	86.7		
Düzenli Sağlık Kontrolü Yaptırma						
Hayır	9	30.0	7	23.3	0.341 ^P	0.559
Evet	21	70.0	23	76.7		
Sağlık Kontrolüne Gitme Sayısı	$\bar{X} \pm Ss = 10.62 \pm 2.13$ (n=21)		$\bar{X} \pm Ss = 11.83 \pm 2.69$ (n=23)			
6-10 kez	11	52.4	8	34.8	1.386 ^P	0.239
≥ 11	10	47.6	15	65.2		
Gebelikte Sağlık Sorunu/Stresli Durum Yaşama*						
Hayır	26	80.0	23	76.7	1.002 ^P	0.317
Evet	4	20.0	7	23.3		
Gebelikte Depresif Duygu Yaşama						
Hayır	23	76.6	20	66.7	0.739 ^P	0.390
Evet	7	23.3	10	33.3		
Gebelikte Psikolojik Destek Alma						
Hayır	30	100.0	30	100.0		
Doğuma Hazırlık, Doğum Şekli Hakkında Eğitim Alma						
Hayır	25	83.3	22	73.3	0.884 ^P	0.347
Evet	5	16.7	8	26.7		

* Psikolojik (gebelik boyunca stres, sinirlilik, eş ile tartışma, babasının vefatı, maddi kaygılar) ve fiziksel sorunlar (mide bulantısı, kaşıntı, ev taşıma). ***P**: Pearson Ki-Kare, **FE**: Fisher Kesin Ki-Kare.

Normal ve sezaryen doğum gerçekleştiren kadınların doğumlarına ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 4.3'te verilmiştir. Sonuçlar incelendiğinde, gruplar arasında kadınların doğum ile ilgili kaygı/korku yaşama durumu ve yaşadıkları kaygı/korkular bakımından anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur. Normal doğum yapanların %46.7'sinin, sezaryen doğum yapanların %50'sinin doğumla ilgili kaygı/korku yaşadığı, yaşanan kaygı/korkuların en fazla doğum (Normal doğum: %57.1, Sezaryen: %80) ve bebekle (Normal doğum: %35.7, Sezaryen: %20) ilgili kaygılar olduğu görülmüştür ($p>0.05$). Normal doğum gerçekleştiren kadınların 1., 2. ve 3. doğum şeklinin normal doğum olduğu, sezaryen doğum gerçekleştiren kadınların %16.7'sinin 1. doğum şeklinin normal, 2. ve 3. doğum şeklinin ise sezaryen olduğu görülmüştür.

Normal ve sezaryen doğum gerçekleştiren kadınların istedikleri doğum şekli, şimdiki doğum şekli, doğum süresi ve doğum şekline karar veren kişi bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunduğu görülmüştür ($p= 0.000$). Normal doğum gerçekleştiren kadınların %86.7'sinin şimdiki doğum şeklini normal olarak istediği, tamamının doğumunu normal doğum eylemi olarak gerçekleştirdiği, %66.7'sinin doğum süresinin 6-11 saat arasında olduğu (ortalama 6.43 ± 2.54 saat), %43.3'ünün doğum şekline doktoru ile, %40'nın da kendisi ve/veya eşi ile birlikte karar verdiği bulunmuştur. Normal doğum yapanlar en fazla çabuk iyileşip bebekle ilgilenme (%76.7), doğal ve daha kolay olması (%73.3), kendi ve bebeğinin sağlığı için daha iyi olması (%63.3) ve hekimin bilgilendirmesi ve teşviki (%46.) nedeniyle normal doğumu istemişlerdir. Sezaryen doğum gerçekleştiren kadınların ise %63.3'ünün yine sezaryen doğum yapmak istediği, %70'inin planlı, %30'unun acil sezaryenle doğum yaptığı, %96.7'sinin doğum sürelerinin 1-5 saat sürdüğü (ortama 1.33 ± 1.06 saat), %80'inin doğumuna sadece doktorunun karar verdiği, %13.3'ünün de doktoruyla birlikte karar verdiği saptanmıştır. Sezaryen doğum yapanlar bu doğum şeklini en fazla önceki doğumun sezaryen olması (%40) ve bebekte sıkıntı olması (%30) nedeniyle istemişlerdir.

Normal doğum grubundaki kadınların %51.6'sı doğum sürecinin çok zor ve kötü, %46.7'si biraz zor, %46.2'si çok rahat ve kolay olarak değerlendirmekte ve %47.6'sı doğum sürecinde problem yaşadıklarını belirtmişlerdir. Sezaryen doğum grubundaki kadınlar ise doğum sürecini çok rahat ve kolay (%53.8), biraz zor (%53.3) ve çok zor ve kötü (%48.4) olarak değerlendirmiş ve %52.4'ü doğum sürecinde problem yaşadıklarını bildirmişlerdir. Her iki gruptaki kadınlar en fazla doğum ağrısını problem olarak

bildirmişlerdir (normal doğum: 8 kadın, sezaryen: 7 kadın). Normal ve sezaryen doğum gerçekleştiren kadınların doğum süreci algıları ile doğum sürecinde problem yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Normal doğum yapan kadınların %76.7'si 40-41. haftada (ortalama 39.90 ± 0.88), sezaryen doğum yapanların %76.7'si 38-39. haftada (ortalama 38.77 ± 0.89 hafta) doğum yapmışlardır. Her iki grubun bebeklerinin doğum ağırlıkları normal değerlerdedir (Normal doğum: 3218 ± 249.61 gr, Sezaryen: 3199 ± 278.15 gr). Normal doğum gerçekleştiren kadınların %51.9'unun bebeklerinin cinsiyeti erkek, sezaryen doğum yapanların %51.5'inin bebeklerinin cinsiyeti ise kızdır. Normal doğum grubundaki annelerin %96.7'si, sezaryen olan kadınların tamamı bebeklerinin cinsiyetinden memnundur. Normal ve sezaryen doğum gerçekleştiren kadınların bebeklerinin doğum haftası, doğum ağırlığı, cinsiyeti ve cinsiyetinden memnun olma durumları bakımından anlamlı bir farklılık bulunmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.3. Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların doğuma ilişkin özellikleri

Doğuma İlişkin Özellikler	Normal Doğum (n=30)		Sezaryen (n=30)		Test	p
	n	%	n	%		
Doğumla İlgili Kaygı/Korku Yaşama						
Hayır	16	53.3	15	50.0	0.067 ^P	0.796
Evet	14	46.7	15	50.0		
Doğumla İlgili Yaşanan Kaygı/Korkular	(n= 4)		(n=15)			
Bebekle ilgili kaygılar	5	35.7	3	20.0	2.186 ^{FE}	0.396
Doğumla ilgili kaygılar	8	57.1	12	80.0		
Diğer (eşinden uzak olma)	1	7.1	0	0.0		
1. Doğum Şekli						
Normal Doğum	30	100.0	5	16.7		
Planlı Sezaryen	0	0.0	13	43.3		
Acil Sezaryen	0	0.0	12	40.0		
2. Doğum Şekli						
Normal Doğum	14	100.0	0	0.0		
Planlı Sezaryen	0	0.0	9	60.0		
Acil Sezaryen	0	0.0	6	40.0		
3. Doğum Şekli						
Normal Doğum	7	100.0	0	0.0		
Planlı Sezaryen	0	0.0	5	71.4		
Acil Sezaryen	0	0.0	2	28.6		
Bu Doğum Şeklini Nasıl İsteddiği						
Normal Doğum	26	86.7	11	36.7	15.864 ^P	0.000
Planlı Sezaryen	4	13.3	19	63.3		
Bu Doğum Şeklini Nasıl Yaptığı						
Normal Doğum	30	100.0	0	0.0	73.172 ^{FE}	0.000
Planlı Sezaryen	0	0.0	21	70.0		
Acil Sezaryen	0	0.0	9	30.0		
Doğum Süresi (saat)	$\bar{X}\pm Ss=6.43\pm2.54$		$\bar{X}\pm Ss=1.33\pm1.0$			
1-5 saat	10	33.3	29	96.7	26.447 ^P	0.000
6-11 saat	20	66.7	1	3.3		

Tablo 4.3. (Devam) Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların doğuma ilişkin özellikleri

Doğuma İlişkin Özellikler	Normal Doğum (n=30)		Sezaryen (n=30)		Test	p
	n	%	n	%		
Doğum Şekline Karar Veren						
Kendisi ve/veya eşi	12	40.0	2	6.7	24.356 ^P	0.000
Doktor	5	16.7	24	80.0		
Doktor ile birlikte	13	43.3	4	13.3		
Normal Doğum İsteme Nedeni*						
Çabuk iyileşip bebekle ilgilenme	23	76.7	-	-		
Doğal ve daha kolay	22	73.3	-	-		
Kendi ve bebeğinin sağlığı için daha iyi	19	53.3	-	-		
Hekimin bilgilendirmesi ve teşviki	14	46.7	-	-		
Anestezi, ameliyat korkusu	6	20.0	-	-		
Annelik hissini artırması	6	20.0	-	-		
Hemşire, ebeğin yönlendirmesi	2	6.7	-	-		
Sezaryen Doğum İsteme Nedeni*						
Önceki doğumun sezaryen olması	-	-	12	40.0		
Bebekte sıkıntı olması	-	-	9	30.0		
Normal doğumdan korkma	-	-	5	16.7		
Bebegin makat geliş olması	-	-	5	16.7		
Ağrı çekmek istememe	-	-	4	13.3		
Daha güvenli	-	-	3	10.0		
Doğumun ilerlememesi, bebeğin aşağı inmemesi	-	-	1	3.3		
Doğum zamanını belirlemek için	-	-	1	3.3		
Doğum Süreci Algısı						
Çok zor ve kötü	16	51.6	15	48.4	0.159 ^P	0.924
Biraz zor	7	46.7	8	53.3		
Çok rahat ve kolay	6	46.2	7	53.8		
Doğum Sürecinde Problem Yaşama						
Hayır	20	51.3	19	48.7	0.073 ^P	0.787
Evet	10	47.6	11	52.4		
Yaşanan Problemler	(n=10)		(n=11)			
Doğumla ilgili problemler (şiddetli ve dayanılmaz doğum ağrısı, vakumla müdahale)	8	80.0	7	63.7		
Bebekle ilgili problemler (bebeğini kaybedeceğini düşünme, bebek kalp atımının düşmesi)	0	0	3	27.2		
Diğer (sigara nedeniyle sezaryenin ertelenmesi, ebelerin sert, kaba tavrı)	2	20.0	1	9.1		
Bebegin Doğum Haftası	$\bar{X} \pm Ss = 39.90 \pm 0.88$		$\bar{X} \pm Ss = 38.77 \pm 0.89$			
38-39 hafta	7	23.3	23	76.7	17.067 ^P	0.000
40-41 hafta	23	76.7	7	23.3		
Bebegin Doğum Kilosu (gr)	$\bar{X} \pm Ss = 3218 \pm 249.61$		$\bar{X} \pm Ss = 3199 \pm 278.15$			
< 2500 gr	0	0.0	0	0.0		
2500-3800 gr	30	50.0	30	50.0		
Bebegin Cinsiyeti						
Kız	16	48.5	17	51.5	0.067 ^P	0.795
Erkek	14	51.9	13	48.1		
Bebegin Cinsiyetinden Memnuniyet						
Hayır	1	100.0	0	0.0	0.000 ^{YD}	1.000
Evet	29	49.2	30	50.8		

* Birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır. *YD: Yates süreklilik düzeltmesi (Continuity correction), P: Pearson Ki-Kare, FE: Fisher Kesin Ki-Kare.

4.3. Annelerin Doğum Öncesi/Sonrası Eğitim Alma Durumuna İlişkin Bulgular

Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların doğum öncesi ve sonrasında eğitim alma durumlarına ilişkin özellikleri Tablo 4.4'te verilmiştir. Sonuçlar, annenin doğum yöntemleri ile doğum öncesi ve sonrası eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını göstermiştir ($p > 0.05$). Normal doğum grubundaki kadınların

%13.3'ü (6 kadın), sezaryen doğum grubundaki kadınların %23.3'ü (7 kadın) doğum öncesi ve sonrası eğitim almıştır. Bu eğitimi, normal doğum yapan kadınların ikisi doktordan, ikisi gebe okulundan, biri internetten, biri ise lisans eğitimi sırasında ve altısı emzirme, dördü annelik hüznü ve üçü postpartum depresyon konusunda eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. Sezaryen olanların ise ikisi doktordan, üçü gebe okulundan, biri internetten, biri de lisans eğitimi sırasında ve yedisi emzirme ve bebek bakımı, altısı lohusalık bakımı, dördü annelik hüznü ve beşi postpartum depresyon konusunda eğitim aldıklarını bildirmişlerdir. Normal doğum grubunda eğitim alan 6 kadının dördü (%66.7), sezaryen grubunda ise eğitim alan 7 kadının 6'sı (%85.7) aldıkları eğitimi yeterli bulmuşlardır.

Tablo 4.4. Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların doğum öncesi/sonrası eğitim alma durumuna ilişkin özellikleri

Özellikler	Normal Doğum(n=30)		Sezaryen (n=30)		Test	p
	n	%	n	%		
Doğum Öncesi/Sonrası Eğitim Alma						
Hayır	24	86.7	23	76.7	0.098	0.754 ^P
Evet	6	13.3	7	23.3		
Doğum Öncesi/Sonrası Eğitim Aldığı Kişi, Yer	(n=6)		(n=7)			
Doktor	2	33.3	2	29.0		
İnternet	1	16.7	1	14.0		
Gebe okulu	2	33.3	3	43.0		
Lisans eğitimi	1	16.7	1	14.0		
Doğum Öncesi/Sonrası Alınan Eğitimler*	(n=6)		(n=7)			
Emzirme	6	100.0	7	100.0		
Annelik hüznü	4	66.7	4	57.1		
Postpartum depresyon	3	50.0	5	71.4		
Beslenme	4	66.7	3	42.9		
Lohusalık bakımı	4	66.7	6	85.7		
Bebek bakımı	5	83.3	7	100.0		
Doğum Öncesi/Sonrası Alınan Eğitimleri Yeterli Bulma	(n=6)		(n=7)			
Hayır	2	33.3	1	14.3		
Evet	4	66.7	6	85.7		

* Birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır. *P: Pearson Ki-Kare.

4.4. Annelerin Emzirme Özellikleri ve Bebeklerini Besleme Durumuna İlişkin Bulgular

Normal ve sezaryen doğum gerçekleştiren kadınların bebeklerini emzirme ve besleme durumuna ilişkin özellikleri Tablo 4.5'te verilmiştir. Sonuçlar incelendiğinde, normal doğum yapan kadınların sezaryen olanlara göre gündüz emzirme sayılarının daha fazla olduğu, ancak aradaki farkın sadece 3. gün ($9.03 \pm 2.96 - 7.30 \pm 3.10$, $p = 0.031$) ve 10. gün ($7.90 \pm 2.6 - 6.20 \pm 2.51$, $p = 0.013$) için anlamlı olduğu bulunmuştur. Normal doğum yapan kadınların 1., 3., 5., 7., 10., 14. ve 28. gün gündüz emzirme sayıları arasındaki fark da istatistiksel olarak anlamlı olup ($p = 0.000$), 5. gün gündüz emzirme sayıları 7., 14. ve 28. günlerden, 1., 5., 7., 10. ve 14. gün gündüz emzirme sayıları ise 28. günden daha

fazladır. Emzirme sayısı bakımından günlere göre farklılık sezaryen olan anneler için de geçerlidir ($p= 0.000$). Sezaryen grubunda gündüz emzirme sayıları 1. günde 7., 14. ve 28. günlere ve 1., 5., 7., 10. ve 14. günlerde 28. güne göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak, gruplar arasında sadece 14. günde ($22.17 \pm 7.50 - 17.77 \pm 7.40$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p= 0.026$). Grupların kendi içinde günlere göre gündüz emzirme süreleri bakımından önemli farklılıklar olduğu fark görülmüştür. Yapılan post hoc analizine göre normal doğum grubundaki kadınların 5., 7., 10., 14. ve 28. gün gündüz emzirme sürelerinin 3. güne göre ($p=0.000$), sezaryen doğum grubundakilerin ise 5., 7., 14. ve 28. gün gündüz emzirme sürelerinin 3. güne göre ($p=0.004$) daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Kadınların gece emzirme sayılarının 3. günden itibaren azalmaya başladığı, doğum şekline göre 1., 3., 5., 7., 10. ve 28. gündeki gece emzirme sayılarının değişmediği ($p>0.05$), ancak 14. günde normal doğum yapanların sezaryen olanlara göre gece daha az emzirdikleri saptanmıştır ($3.03 \pm 1.24 - 3.30 \pm 1.60$, $p= 0.017$). Her iki grupta da gece emzirme sayılarının günlere göre değişiklik gösterdiği bulunmuştur ($p= 0.000$, $p=0.004$). İleri analiz sonucuna göre gece emzirme sayıları, normal doğum gerçekleştiren kadınlarda 1., 3., 5. ve 7. günlerde 14. güne göre ve 1. ve 3. günlerde 10. güne göre daha yüksektir. Sezaryen doğum gerçekleştiren kadınların gece emzirme sayıları ise 1. ve 3. günlerde 10., 14. ve 28. günlere göre, 5. günde 10. ve 14. günlere göre ve 7. günde 10. güne göre daha yüksektir. Ancak, her iki grupta da gece emzirme sayıları, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Bununla birlikte grupların kendi içinde günlere göre anlamlı farklılıklar saptanmıştır ($p= 0.000$, $p= 0.018$). İleri analiz sonucuna göre, gece emzirme süreleri normal doğum grubundaki kadınlarda 1., 5., 7., 14., ve 28. günlerde 3. güne göre, sezaryen doğum grubundaki kadınlarda ise 5., 10. ve 28. günlerde 3. güne göre daha yüksektir.

Normal doğum grubundaki kadınların sezaryen olanlara göre bebeklerini düzenli olarak emzirdikleri, ancak aradaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Her iki grubun düzenli emzirme durumunun günlere göre değişimi de istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Aynı zamanda 1. günde orta olan emzirme başarılarının 3. günden itibaren iyi-çok iyi olduğu saptanmıştır ($p>0.05$).

Normal doğum yapan kadınların %83.3'ü bebeklerini ilk yarım saatte, sezaryen olanların %80'i de ilk 1-2 saat içinde emzirmişlerdir ($p= 0.000$). Normal doğum grubundaki kadınların %96.7'si, sezaryen olanların %90'ı bebeklerini ilk olarak anne sütü ile beslemişlerdir ($p>0.05$). Buna karşın 1. günde normal doğum yapanların %80'i bebeklerini sadece anne sütü ile, sezaryen doğum yapanların ise %56.7'si anne sütü ve mama ile beslemişlerdir ($p= 0.003$). Diğer günlerde normal doğum grubunda sadece anne sütü ile besleme oranı %53.3-60 ve 3. günden itibaren anne sütü ve mama ile besleme oranı %40-46.7 arasında iken, sezaryen grubunda anne sütü ve mama ile besleme oranı %60-63.3 arasında olduğu bulunmuştur ($p>0.05$). İleri analiz sonucuna göre normal doğum grubunda anne sütü ve mama ile beslediğini ifade edenlerin oranları 1. günde 3., 5., 7., 10., 14. ve 28. günlere göre daha düşüktür ($p=0.000$). Sezaryen grubunda bebekleri besleme şekli günlere göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.5. Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların bebeklerini emzirme ve besleme durumuna ilişkin özellikleri

Özellikler	Günler													
	1.		3.		5.		7.		10.		14.		28.	
	$\bar{X} \pm Ss$		$\bar{X} \pm Ss$		$\bar{X} \pm Ss$		$\bar{X} \pm Ss$		$\bar{X} \pm Ss$		$\bar{X} \pm Ss$		$\bar{X} \pm Ss$	
	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S
Gündüz Emzirme Sayısı	8.53±2.27	8.17±2.30	9.03±2.96	7.30±3.10	8.27±2.16	7.50±2.37	7.50±2.83	6.20±2.64	7.90±2.6	6.20±2.51	7.43±2.54	6.30±2.78	6.40±2.07	5.53±2.33
t testi	0.621 [†]		2.210 [†]		1.307 [†]		1.836 [†]		2.574 [†]		1.648 [†]		1.520 [†]	
p	0.537		0.031		0.196		0.072		0.013		0.105		0.134	
ND→ F=11.129, p: 0.000, Eta kare=0.277, Post-hoc=5>7,14,28; 1,3,5,7,14>28; SD→ F=11.398, p:0.000, Eta kare=0.281, Post-hoc=1>7.14,28; 1,5,7,10,14>28														
Gündüz Emzirme Süresi (dak.)	18.33±8.13	17.00±7.83	14.17±6.85	13.77±5.64	20.67±6.12	18.17±4.25	21.00±7.58	18.33±7.69	22.00±6.51	19.83±8.25	22.17±7.50	17.77±7.40	21.33±7.42	19.00±7.92
t testi	0.647 [†]		0.247 [†]		1.837 [†]		1.352 [†]		1.129 [†]		2.286 [†]		1.177 [†]	
p	0.520		0.806		0.071		0.182		0.264		0.026		0.244	
ND→ F=10.200, p: 0.000, Eta kare=0.260, Post-hoc=3<5,7,10,14,28; SD→ F=3.987 ; p: 0.004; Eta kare=0.121, Post-hoc=3<5,7,10,28														
Gece Emzirme Sayısı	5.77±1.85	4.97±2.09	4.73±2.01	4.77±2.88	4.47±1.63	4.33±1.42	4.27±1.72	3.73±1.38	3.63±1.21	3.13±1.52	3.03±1.24	3.30±1.60	3.83±1.66	3.50±1.79
t/z testi	1.568 [†]		-0.052 [†]		0.337 [†]		1.321 [†]		-1.572 ^z		-2.378 ^z		-0.455 ^z	
p	0.122		0.959		0.737		0.192		0.116		0.017		0.649	
ND→ X ²⁽⁶⁾ =70.310, p:0.000, Post-hoc=14<1,3,5,7 ; 10<1,3; SD→ F=9.523, p:0.004, Eta kare=0.247, Post-hoc=1,3>10,14,28; 5>10,14; 7>10														
Gece Emzirme Süresi (dak.)	18.00±8.052	16.33±7.98	12.10±7.46	12.17±5.67	18.83±6.78	16.17±5.97	17.67±7.51	16.33±8.19	17.00±5.66	16.83±6.88	18.00±7.49	15.10±6.34	18.83±6.78	17.83±8.37
t/z testi	0.805 [†]		-0.039 [†]		1.616 [†]		-0.366 ^z		0.102 [†]		1.617 [†]		0.508 [†]	
p	0.424		0.969		0.111		0.714		0.919		0.111		0.613	
ND→ X ²⁽⁶⁾ = 30.081, p:0.000, Post-hoc=3<1,5,7,14,28; SD→ F=3.168, p:0.018, Eta kare=0.098, Post-hoc=3<5,10,28														
Düzenli Emzirme	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Hayır	3(10.0)	4(13.3)	2(6.7)	6(20.0)	2(6.7)	6(20.0)	3(10.0)	6(20.0)	3(10.0)	6(20.0)	2(6.7)	6(20.0)	2(6.7)	7(23.3)
Evet	27(90.0)	26(86.7)	28(93.3)	24(80.0)	28(93.3)	24(80.0)	27(90.0)	24(80.0)	27(90.0)	24(80.0)	28(93.3)	24(80.0)	28(93.3)	3(76.6)
X ² testi	0.000 ^{YD}		1.298 ^{YD}		1.298 ^{YD}		0.523 ^{YD}		0.523 ^{YD}		1.298 ^{YD}		2.092 ^{YD}	
p	0.688		0.255		0.255		0.470		0.470		0.255		0.148	
ND→Cochran'Q : 4.000 p=0.677; SD→ Cochran'Q : 11.333; p=0.079														

Özellikler	Günler														
	1. $\bar{X} \pm Ss$		3. $\bar{X} \pm Ss$		5. $\bar{X} \pm Ss$		7. $\bar{X} \pm Ss$		10. $\bar{X} \pm Ss$		14. $\bar{X} \pm Ss$		28. $\bar{X} \pm Ss$		
	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	
Emzirme Başarısı	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
Çok iyi-iyi	9(30.0)	12(40.0)	15(50.0)	12 (40.0)	17(56.7)	16(53.4)	19(63.3)	14(46.7)	21(70.0)	15(50.0)	23(76.7)	17(56.7)	22(73.3)	19(63.3)	
Orta	14(46.7)	10(33.3)	11(36.7)	11(36.7)	10(33.3)	10(33.3)	8(26.7)	11(36.7)	6(20.0)	11(36.7)	4(13.3)	9(30.0)	5(16.7)	6(20.0)	
Çok kötü-kötü	7(23.3)	8(26.7)	4(13.3)	7(23.3)	3(10.0)	4(13.3)	3(10.0)	5(16.7)	3(10.0)	4(13.3)	3(10.0)	4(13.3)	3(10.0)	5(16.7)	
X ² testi	0.000 ^{YD}		1.298 ^{YD}		1.298 ^{YD}		0.523 ^{YD}		0.470		1.298 ^{YD}		2.092 ^{YD}		
P	0.688		0.255		0.255		0.523 ^{YD}		0.470		0.255		0.148		
Bebği Emzirme Zamanı (dak.)															
15-30 dak.	25(83.3)		6(20.0)												
60-180 dak.	5(16.7)		24(80.0)												
X ² testi	24.093P														
P	0.000														

Tablo 4.5. (Devam) Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların bebeklerini emzirme ve besleme durumuna ilişkin özellikleri

Özellikler	Günler													
	1. $\bar{X} \pm Ss$		3. $\bar{X} \pm Ss$		5. $\bar{X} \pm Ss$		7. $\bar{X} \pm Ss$		10. $\bar{X} \pm Ss$		14. $\bar{X} \pm Ss$		28. $\bar{X} \pm Ss$	
	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S
Bebegi İlk Besleme Şekli														
Anne sütü	29(96.7)	27(90.0)												
Mama	1(3.3)	3(10.0)												
t/z testi	1.071 ^{FE}													
p	0.301													
Besleme Şekli	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Sadece Anne Sütü	24(80.0)	13(43.3)	18(60.0)	11(36.7)	16(53.3)	12(40.0)	16(53.3)	12(40.0)	17(56.7)	12(40.0)	17(56.7)	12(40.0)	16(53.3)	12(40.0)
Anne Sütü+Mama	6(20.0)	17(56.7)	12(40.0)	19(63.3)	14(46.7)	18(60.0)	14(46.7)	18(60.0)	13(43.3)	18(60.0)	13(43.3)	18(60.0)	14(46.7)	18(60.0)
X² testi	8.531 ^P		3.270 ^P		1.071 ^P		1.071 ^P		1.669 ^P		1.071 ^P		1.071 ^P	
p	0.003		0.071		0.301		0.301		0.196		0.301		0.301	

ND→ Cochran'Q : 30.529 p=0.000, Post-hoc: 1>3,5,7,10,14,28; SD→ Cochran'Q : 1.556; p=0.956

*ND: Normal Doğum, SD: Sezaryen Doğum, YD: Yates süreklilik düzeltmesi (Continuity correction), P: Pearson Ki-Kare, FE: Fisher Kesin Ki-Kare, Cochran'Q: Cochran'Q testi, X²: Friedman testi, F: Tekrarlı Ölçümlerde ANOVA testi, t: Bağımsız grup t testi, z: Mann Whitney U z değeri.

4.5. Annelerin Bebeklerinin Ağırlığı ve Bebeklerini Tanımlamasına İlişkin Bulgular

Normal ve sezaryen doğum gerçekleştiren kadınların bebeklerinin ağırlığı ve bebeklerini tanımlama durumları Tablo 4.6'da verilmiştir. Sonuçlar incelendiğinde doğum şekline göre bebek ağırlıklarının 1-28. günlerde değişmediği ($p>0.05$), ancak grupların kendi içinde günlere göre ileri düzeyde farklılık gösterdiği ($p=0.000$) bulunmuştur. İleri analize göre normal doğum grubundaki kadınların bebek ağırlıkları 5. günde 7., 10., 14. ve 28. güne göre, 10. günde 14. ve 28. güne göre, 1. günde 14. ve 28. güne göre ve 14. günde 28. güne göre daha düşüktür. Sezaryen grubunda ise 5. günde 7., 10., 14. ve 28. güne göre, 10. günde 14. ve 28. güne göre, 1. günde 14. ve 28. güne göre ve 14. günde 28. güne göre bebek ağırlıkları daha düşüktür.

Annelerin doğum şekli ile bebeklerini tanımlama durumları arasında sadece 7. günde anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0.048$). Yedinci günde normal doğum grubundaki kadınların %66.7'si bebeklerini sakin/uykulu, sezaryen grubundaki kadınların %60'ı ise bebeklerini huzursuz, ağlayan ve uykusuz olarak tanımlamışlardır. Normal ve sezaryen doğum grubunun kendi içinde günlere göre bebeklerini tanımlama durumları değişiklik göstermektedir (normal doğum: $p=0.000$, sezaryen doğum: $p=0.038$). Normal doğum yapan kadınlar arasında bebeğini huzursuz, ağlayan ve uykusuz bir bebek gibi tanımlayanların oranı 1. günde 7., 10. ve 14. günlere göre ve 3. günde 28. güne göre daha yüksek iken, sezaryen doğum yapan kadınlar arasında bebeğini huzursuz, ağlayan ve uykusuz bir bebek gibi tanımlayanların oranı 3. günde 28. güne göre daha yüksektir.

Tablo 4.6. Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların bebeklerinin ağırlığı ve bebeklerini tanımlama durumu

Özellikler	Günler													
	1. $\bar{X} \pm Ss$		3. $\bar{X} \pm Ss$		5. $\bar{X} \pm Ss$		7. $\bar{X} \pm Ss$		10. $\bar{X} \pm Ss$		14. $\bar{X} \pm Ss$		28. $\bar{X} \pm Ss$	
	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S
Bebğin Doğum Ağırlığı	3223.0±253. 47	3204.0±282. 27	3146.33±252. 56	3130.33±269. 65	3150.50±248. 54	3196.67±267. 07	3202.67±22 8.	3239.83±264. 43	3280.50±205. 41	3317.33±246. 93	3363.33±186. 80	3367.67±213 .29	3498.67±194. 30	3543.83±213 .49
t/z testi	0.274 ^t		0.237 ^t		-0.693 ^t		-0.583 ^t		-1,186 ^z		-,481 ^z		-1,148 ^z	
p	0.785		0.813		0.491		0.562		0,236		0,630		0,251	
ND→ $X^{2(6)}=132.185$; p:0.000, Post-hoc=5<7,10,14,28 ;7<10,14,28; 10<14,28; 1<14,28; 14<28 SD→ $X^{2(6)}=126.712$; p:0.000; Post-hoc=5<7,10,14,28 ;7<10,14,29; 10<14,28; 1<614,28; 14<28														
Bebği Tanımlama	n(%)		n(%)		n(%)		n(%)		n(%)		n(%)		n(%)	
Sakin/Uykulu	10(33.3)	13(43.3)	13(43.3)	11(36.7)	17(56.7)	14(46.7)	20(66.7)	12(40.0)	20(66.7)	20(66.7)	22(73.3)	16(53.3)	24(80.0)	18(60.0)
Huzursuz/Ağla yan /Uykusuz	20(66.7)	17(56.7)	17(56.7)	19(63.3)	13(43.3)	16(53.3)	10(33.3)	18(60.0)	10(33.3)	10(33.3)	8(26.7)	14(46.7)	6(20.0)	12(40.0)
X ² testi	0.635 ^P		0.278 ^P		0.601 ^P		4.286 ^P		0.000 ^P		2.584 ^P		2.857 ^P	
p	0.426		0.598		0.438		0.038		1.000		0.108		0.091	
ND→ Cochran'Q : 30.288; p=0.000, Post-hoc: 1-7, 1-10, 1-14; 3-28; SD→ Cochran'Q : 13.485; p=0.018, Post-hoc: 3-28														

***ND**: Normal Doğum, **SD**: Sezaryen Doğum, **P**: Pearson Ki-Kare, **Cochran'Q**: Cochran'Q testi, **X²**: Friedman testi, **F**=Tekrarlı Ölçümlerde ANOVA, **t**: Bağımsız grup t testi, **z**: Mann Whitney U z değeri.

4.6. Annelerin Doğum Sonrası Uyku Özelliklerine İlişkin Bulgular

Normal ve sezaryen doğum gerçekleştiren kadınların doğum sonrası uyku özellikleri Tablo 4.7’de verilmiştir. Normal doğum grubundaki kadınların sezaryen olan kadınlara gece uyku süreleri daha az olmakla birlikte, farklılığın sadece 1. günde bulunduğu, normal doğum gerçekleştiren kadınların 182.0 ± 75.12 dakika (3 saat) sezaryen olan kadınların ise 230.0 ± 97.35 dakika (3.8 saat) uyuduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Ayrıca, her iki grubun kendi içindeki gece uyku sürelerinin de günlere göre farklı olduğu, 1. ve 3. günlerde 3-4 saat, 5. günde 4.5-5 saat ve 7. günden itibaren 5-6 saat arasında uyudukları bulunmuştur ($p = 0.000$). Normal doğum yapan kadınların 1. gündeki gece uyku süreleri 3., 5., 7., 10., 14. ve 28. günlere göre, 3. gündeki gece uyku süreleri 5., 7., 10., 14. ve 28. günlere göre ve 5. gündeki gece uyku süreleri 7., 10., 14. ve 28. günlere göre daha düşüktür. Sezaryen grubunda da benzer şekilde 1. gün gece uyku süreleri 3., 5., 7., 10., 14. ve 28. günlere, 3. gün gece uyku süreleri 5., 7., 10., 14. ve 28. günlere, 5. gün gece uyku süreleri 7., 10., 14. ve 28. günlere ve 7. gün gece uyku süreleri 28. güne göre daha düşük bulunmuştur.

Kadınların doğum şekli ile gece beslenmesi için uyanma sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı, 1. günde 6 kez, 3. günde 5 kez, 5 ve 7. günde 4 kez ve 10. günden itibaren yaklaşık 3 kez uyandıkları görülmüştür ($p > 0.05$). Grupların her birinin gece beslenmesi için uyanma sayıları günlere göre farklılık göstermektedir ($p = 0.000$). Normal doğum grubundaki kadınların gece beslenmesi için uyanma sayıları 1. gün 3., 5., 7., 10., 14. ve 28. günlere ve 3. gün 5., 7., 10., 14. ve 28. günlere göre daha yüksektir. Sezaryen grubundaki kadınların gece beslenmesi için uyanma sayıları ise 1. günde 3., 5., 7., 10., 14. ve 28. günlere, 3. günde 5., 7., 10., 14. ve 28. günlere, 5. günde 10., 14. ve 28. günlere ve 7. günde 28. güne göre daha yüksektir.

Kadınların doğum sonrası ilk 10 güne kadar uyku kalitelerini kötü-idare eder, 10. günden itibaren ise iyi-çok iyi şeklinde değerlendirdikleri, özellikle 28. günde normal doğum yapan kadınların %66.7’sinin, sezaryen olan kadınların ise %90’ının uyku kalitelerini iyi-çok iyi olarak değerlendirdikleri bulunmuştur ($p > 0.05$). Her iki grubun uyku kaliteleri günlere göre değişiklik göstermektedir ($p = 0.000$). Normal doğum grubundaki kadınlarda uyku kalitesini iyi ve çok iyi olarak tanımlayanların oranı 1 ve 3. günde 10., 14. ve 28. günlere ve 5. günde 10. güne göre daha yüksektir. Sezaryen doğum

grubundaki kadınlarda ise 28. günde uyku kalitesini kötü olarak tanımlayanların oranı 1., 3., 5. ve 7. günlere göre, 14. günde 1. ve 3. güne göre ve 10. günde 1. ve 3. güne göre daha düşüktür.

Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların kestirme süreleri tüm ölçüm zamanlarında benzerdir ($p>0.05$).



Tablo 4.7. Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların doğum sonrası uyku özellikleri

Özellikler	Günler													
	1.		3.		5.		7.		10.		14.		28.	
	$\bar{X} \pm Ss$		$\bar{X} \pm Ss$		$\bar{X} \pm Ss$		$\bar{X} \pm Ss$		$\bar{X} \pm Ss$		$\bar{X} \pm Ss$		$\bar{X} \pm Ss$	
	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S
Uyku Süresi (dak.)	182.0±75.12	230.0±97.35	230.0±66.54	263.67±67.03	274.0±62.40	296.0±63.38	309.0±54.09	314.50±61.84	338.33±67.52	340.83±70.19	346.0±72.09	352.67±67.31	343.67±71.22	359.0±58.21
t testi	-2.138		-1.952		-1.355		-0.367		-0.141		-0.370		-0.913	
p	0.037		0.056		0.181		0.715		0.889		0.713		0.365	
ND→ F=35.816; p:0.000; Eta kare=0.553, Post-hoc=1<3,5,7,10,14,28; 3<5,7,10,14,28														
SD→ F=30.820, p:0.000; Eta kare=0.515, Post-hoc=1<5,7,10,14,28; 3<7,10,14,28; 5<10,14,28; 7<28														
Kestirme Süresi (dak.)	57.95±34.11	67.50±28.99	57.35±41.53	54.76±25.02	56.36±46.10	58.50±31.12	51.54±18.1	57.86±21.90	47.22±32.51	48.75±26.42	56.25±33.78	51.82±19.40	40.0±15.81	46.67±16.69
t/z testi	-0.972 ^t		-0,389 ^z		-0,802 ^z		-0.612 ^t		0,352 ^z		0.363 ^t		0.926 ^t	
p	0.337		0,698		0,423		0.424		0,724		0.721		0.366	
Gece beslenmesi için uyanma sayısı	6.27±1.76	6.20±2.36	5.20±1.34	5.27±1.31	4.43±1.45	4.83±1.46	4.10±1.06	4.33±1.39	3.373±1.01	3.87±1.35	3.63±1.03	3.73±1.23	3.57±0.97	3.40±1.35
t testi	0.124		-0.194		-1.062		-0.728		-0.431		-0.341		0.548	
p	0.902		0.847		0.293		0.470		0.668		0.734		0.586	
ND→ F=28.157; p:0.000; Eta kare=0.493, Post-hoc=1>3,5,7,10,14,28; 3>5,7,10,14,28														
SD→ F=25.085 ; p:0.000; Eta kare=0.464, Post-hoc=1>5,7,10,14,28; 3>7,10,14,28; 5>10,14,28; 7>28														
Uyku Kalitesi														
Kötü, İdare eder	30(100.0)	26(86.7)	28(93.3)	27(76.7)	21(70.0)	23(76.6)	20(66.7)	17(56.7)	11(33.7)	13(43.3)	9(30.0)	13(43.3)	10(33.3)	3(10.0)
İyi-çok iyi	0.0	4(13.3.)	2(6.7.0)	3(23.3)	9(30.0)	7(23.3)	10(33.3)	13(43.3)	19(63.3)	17(56.7)	21(70.0)	17(56.7)	20(66.7)	27(90.0)
Ki-Kare testi	2.411 ^{YD}		0,000 ^P		0.341 ^F		0.635		0.278 ^P		1.148 ^P		4.812 ^P	
p	0.121		1.000		0.559		0.426		0.598		0.284		0.028	
ND→ Cochran'Q: 67.457; p=0.000, Post-hoc: 1,3 – 10,14,28 ; 5-10														
SD→ Cochran'Q : 65.829; p=0.000, Post-hoc: 28-1,3,5,7; 14-1,3; 10-1,3														

*ND: Normal Doğum, SD: Sezaryen Doğum, YD: Yates düzeltmesi, P: Pearson ki-kare, Cochran'Q: Cochran'Q testi, X2: Friedman testi, F: Tekrarlı Ölçümlerde ANOVA; t: Bağımsız grup t testi.

4.7. Annelerin Doğum Sonu Eğitim Almak İstedikleri Konulara İlişkin Bulgular

Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların doğum sonu eğitim almak istediği konular Tablo 4.8’de verilmiştir. Kadınlar en fazla emzirme teknikleri, ek gıda ve meme bakımı konusunda eğitim almak istemektedirler. Normal ve sezaryen doğum grubundaki kadınların doğum sonrası eğitim almak istedikleri konuların 1., 3. ve 5. günlerde doğum gruplarına göre farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.8. Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların doğum sonu eğitim almak istediği konular

Eğitim İstenen Konular	Günler													
	1.		3.		5.		7.		10.		14.		28.	
	$\bar{X} \pm Ss$		$\bar{X} \pm Ss$		$\bar{X} \pm Ss$		$\bar{X} \pm Ss$		$\bar{X} \pm Ss$		$\bar{X} \pm Ss$		$\bar{X} \pm Ss$	
	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S
Emzirme teknikleri, ek gıda, meme bakımı	16(76.1)	13(54.1)	6(54.5)	7(43.7)	3(50.0)	2(22.2)	3(50.0)	2(28.5)	2(40.0)	1(25.0)	1(25.0)	1(33.3)	2(66.6)	1(33.3)
Sezaryen, dikişlerin bakımı	0.0	2(8.3)	0.0	0.0	0.0	1(11.1)	0.0	1(14.2)	0.0	1(25.0)	0.0	0.0	0.0	0.0
Doğum kontrol yöntemleri ve cinsellik	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2(66.6)
Ağrılı süreçlere ilişkin bilgilendirme	0.0	1(4.1)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Ki kare değeri	3.372 ^{FE}		0.304 ^P		1.649 ^{FE}									
p	0.174		0.581		0.748									

*ND: Normal Doğum, SD: Sezaryen Doğum, FE: Fisher Exact ki kare değeri; P: Pearson ki kare analizi.

4.8. Annelerin Doğum Sonrası Eş ve Sosyal Destek Sistemlerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.9’da normal ve sezaryen doğum yapan kadınların doğum sonrası eş ve sosyal destek sistemlerine ilişkin özellikleri görülmektedir. Normal doğum grubundaki kadınların %86.7’sinin, sezaryen doğum grubundaki kadınların da %80’inin doğum sonu döneme hazır hissettikleri bulunmuştur ($p>0.05$). Doğum sonu dönemde anne ve bebek bakımına destek olan kişiler doğum şekline göre farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Normal ve sezaryen doğum yapan kadınlara doğum sonu dönemde anne ve bebek bakımı konusunda destek olan kişilerin sırasıyla eşleri (%80-73.3), anneleri (%40-53.3), kayınvalideleri (%43.3-16.6) ve diğer kişiler (kardeş/görümce, arkadaş/komşu, teyze, bakıcı) (%20-26.6) olduğu görülmüştür.

Normal doğum grubundaki kadınların sezaryen grubundaki kadınlara göre eş desteği alma oranları daha düşük olmakla birlikte, aradaki farkın günlere göre anlamlı

olmadığı ($p>0.05$), ancak grupların kendi içinde günlere göre anlamlı farklılıklar olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Normal doğum grubundaki kadınların 1. gündeki eş desteği (%83.3) sonraki zamanlara göre daha fazladır (3. gün %56.6, 5. gün %56.6, 7. gün %53.3, 10. gün %60, 14.gün %56.6, 28. gün %55.1, $p=0.001$). Sezaryen doğum grubunda ise 1. gün (%93.1) eş desteği alma oranı 14. (%65.5) ve 28. (%64.3) güne göre daha fazladır ($p=0.002$). Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların aldıkları eş desteğini %60-80 oranında çok iyi, iyi olarak değerlendirdikleri ($p>0.05$), ayrıca her iki grubun kendi içinde günlere göre yapılan karşılaştırmalarında da anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Normal ve sezaryen doğum yapan kadınlarda anne desteği alma oranları 1., 3., 5., 7. ve 15. günlerde benzer, ($p>0.05$), 10. ($p= 0.049$) ve 28. ($p= 0.022$) günlerde ise farklıdır. Onuncu günde normal doğum yapan kadınların %26.6'sı, sezaryen doğum yapanların %51.7'si, 28. günde ise normal doğum yapanların %24.1'i, sezaryen olanların %53.5'i anne desteği almışlardır. Grupların kendi içinde anne desteği alma oranı günlere göre farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Normal ve sezaryen doğum yapan kadınlar arasında kayınvalide desteği alma oranı 1., 3., 7., 10., 14. ve 28. günlerde benzer ($p>0.05$), 5. günde ise farklılık göstermekte olup, normal doğum yapan kadınların (%46.6) sezaryen doğum yapanlara (%17.2) göre daha fazla kayınvalide desteği aldığı belirlenmiştir. Her iki grubun kendi içinde kayınvalide desteği alma oranı günlere göre benzerlik göstermektedir($p>0.05$).

Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların doğum sonrası diğer kişilerden destek alma durumu bakımından hem gruplar arası hem de grupların kendi içlerinde günlere göre değişmediği görülmüştür ($p>0.05$).

Destek zamanı ile gruplar arasında tüm ölçüm zamanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0.05$), her iki gruptaki kadınların %66.6-73.7 arasında sürekli destek aldığı bulunmuştur.

Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların doğum sonrası emzirme desteği alma oranları benzerdir ($p>0.05$). Buna karşın her iki grubun kendi içlerinde günlere göre emzirme desteği alma oranı farklılık göstermektedir ($p=0.000$). Normal doğum

grubundaki kadınların 1. günde emzirme desteği alma oranı (%56.6), diğer günlere göre daha yüksektir (3. gün %36.6, 5. gün %26.6, 7. gün %23.3, 10. gün %32.0, 14. gün %23.3, 28. gün %10.3). Sezaryen grubunun 1., 3. ve 5. günlerde emzirme desteği alma oranı (sırayla %62.1, %60, %37.) 7., 10., 14. ve 28. günlere göre daha yüksektir (sırayla %27.6, %6.9, %10.3, %7.1).

Normal ve sezaryen doğum grubunun doğum sonrası %82.1 ile %93.3 arasında bebek bakımı konusunda destek aldığı, günlere göre gruplar arası ve grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı saptanmıştır ($p>0.05$)

Benzer şekilde normal ve sezaryen doğum grubundaki kadınların doğum sonrası %82.1 ile %100 arasında fiziksel destek (ev işi, çocuk bakımı, alışveriş vb.) aldığı, günlere göre gruplar arası ve grup içinde anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmüştür ($p>0.05$)

Doğum sonrası ilk günlerde daha fazla olmakla birlikte, normal doğum grubu %46.6-30, sezaryen grubu %62.1-42.3 arasında duygusal-psikolojik destek almışlardır. Ancak, gruplar arası ve grup içinde günlere göre duygusal-psikolojik destek alma durumu bakımından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Doğum sonrası kişisel ve perine hijyeni desteği alma durumu incelendiğinde, normal doğum yapan kadınların üçü 1. ve 3. günlerde, biri 5. ve 14. günlerde, sezaryen doğum yapan kadınların ise yedisi 1. ve 3. günlerde, dördü de 5. günde destek almıştır ($p>0.05$).

Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların doğum sonrası beslenme desteği alma durumları 1., 5., 7., 10. ve 14. günlerde benzer iken ($p>0.05$), 3. ve 28. günlerde farklılık göstermektedir (sırayla $p=0.047$, $p=0.035$). Normal doğuma göre sezaryen doğumda beslenme konusunda destek alma oranı 3. günde (%43.3-68.9) ve 28. günde (%17.2-42.8) daha fazladır. Hem normal doğum hem de sezaryen doğum yapan kadınların grup içi beslenme desteği alma oranları günlere göre farklılık göstermektedir ($p=0.000$). Buna göre normal doğum grubundaki kadınlarda beslenme konusunda destek alma oranı 1. ve 3. günlerde (%73.3, 43.3) 10. ve 28. günlere (%30-17.2) göre daha

fazladır. Benzer şekilde sezaryen doğum grubunda 1. ve 3. günlerde (%68.9-68.9) beslenme konusunda destek alma oranı 28. günlere (%42.8) göre daha fazladır.

Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların ayağa kalkma, yürüme, tuvalet ihtiyacına yardım etme konusunda destek alma oranları 1., 3., 7., 10., 14. ve 28. günlerde benzer iken ($p>0.05$), 5. günde farklıdır ($p=0.020$). Beşinci gün normal doğum yapanların %3.3'ü, sezaryen doğum yapanların ise %24.1'i bu konuda destek aldığını bildirmiştir. Grup içi yapılan değerlendirmelerde günlere göre anlamlı farklılıklar bulunmaktadır ($p=0.000$). Yapılan ileri analiz sonucuna göre her iki grupta da ilk gün destek alanların oranları diğer günlere göre daha yüksektir.

Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların doğum sonrası aldıkları destekten memnuniyetleri incelendiğinde, gruplar arasında ve grupların kendi içinde günlere göre farklılık göstermediği, her iki grubun %66.6-76.6 oranında aldıkları destekten oldukça ve çok memnun oldukları belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.9. Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların doğum sonrası eş ve sosyal destek sistemlerine ilişkin özellikler

Özellikler	Günler													
	1.		3.		5.		7.		10.		14.		28.	
	$\bar{X} \pm Ss$		$\bar{X} \pm Ss$		$\bar{X} \pm Ss$		$\bar{X} \pm Ss$		$\bar{X} \pm Ss$		$\bar{X} \pm Ss$		$\bar{X} \pm Ss$	
	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S
Doğum Sonu Döneme Hazır Hissetme														
Hayır	4 (13.3)	6 (20.0)												
Evet	26(86.7)	24(80.0)												
Ki kare testi	0.480													
p	0.488													
Anne-Bebek Bakımına Destek Olan Kişiler**														
Eş	24(80.0)	22(73.3)												
Ki kare testi	0.480													
p	0.488													
Anne	12(40.0)	16(53.3)												
Ki kare testi	0.373													
p	0.542													
Kayınvalide	13(43.3)	5(16.6)												
Ki kare testi	0.072													
p	0.302													
Diğer*	6(20.0)	8(26.6)												
Ki kare testi	0.373													
p	0.542													
Destek Zamanı	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Sadece gündüz/gece	8(26.7)	9(30.0)	8(26.7)	7(23.3)	8(26.7)	10(33.3)	9(30.0)	8(26.7)	9(30.0)	8(26.7)	10(33.3)	8(26.7)	8(26.7)	8(26.7)
Sürekli	22(73.3)	20(66.6)	22(73.3)	22(73.3)	22(73.7)	19(63.3)	21(70.0)	21(70.0)	21(70.0)	21(70.0)	20(66.6)	21(70.0)	21(70.0)	20(66.6)
Yok	0.0	1(3.3)	0.0	1(3.3)	0.0	1(3.3)	0.0	1(3.3)	0.0	1(3.3)	0.0	1(3.3)	1(3.3)	2(6.6)
Ki kare testi	1.116 ^{FE}		1.034 ^{FE}		1.391 ^{FE}		1.023 ^{FE}		1.023 ^{FE}		1.202 ^{FE}		0.470 ^{FE}	
p	0.779		1.000		0.580		1.000		1.000		0.779		1.000	

Tablo 4.9. (Devam) Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların doğum sonrası eş ve sosyal destek sistemlerine ilişkin özellikleri

[illegible]

Tablo 4.9. (Devam) Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların doğum sonrası eş ve sosyal destek sistemlerine ilişkin özellikleri

Özellikler	Günler													
	1.		3.		5.		7.		10.		14.		28.	
	$\bar{X} \pm Ss$		$\bar{X} \pm Ss$		$\bar{X} \pm Ss$		$\bar{X} \pm Ss$		$\bar{X} \pm Ss$		$\bar{X} \pm Ss$		$\bar{X} \pm Ss$	
	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S
Bebek bakımı	27(90.0)	27(93.1)	28(93.3)	27(93.1)	27(90.0)	25(86.2)	27(90.0)	24(82.7)	27(90.0)	24(82.7)	26(86.6)	25(86.2)	26(89.6)	23(82.1)
Ki kare testi	0.000 ^{YD}		0.000 ^{YD}		0.000 ^{YD}		0.189 ^{YD}		0.187 ^{YD}		0.187 ^{YD}		0.000 ^{YD}	
p	1.000		1.000		0.962		0.664		0.666		0.666		1.000	
	ND→ Cochran'Q:1.429 p=0.964; SD→ Cochran'Q:11.571 p=0.072													
Fiziksel destek (ev işi, çocuk bakımı alışveriş vb.)	29(96.6)	24(82.7)	29(96.6)	27(93.1)	28(93.3)	28(93.3)	28(93.3)	28(93.3)	27(90.0)	29(100.0)	26(86.6)	26(86.6)	25(86.2)	23(82.1)
Ki kare testi	1.785 ^{YD}		0.001 ^{YD}		0.000 ^{YD}		0.000 ^{YD}		1.335 ^{YD}		0.000 ^{YD}		0.003 ^{YD}	
p	0.077		0.976		1.000		1.000		0.248		1.000		0.954	
	ND→ Cochran'Q:3.892, p=0.691; SD→ Cochran'Q:12.450 p=0.053													
Duygusal-Psikolojik Destek	14(46.6)	13(44.8)	12(40.0)	18(62.1)	9(30.0)	15(51.7)	8(26.6)	13(44.8)	10(33.3)	14(48.2)	9(30.0)	12(41.3)	11(37.9)	13(46.4)
Ki kare testi	0.020 ^P		2.058 ^P		2.054 ^P		1.403 ^P		0.815 ^P		0.833 ^P		0.422 ^P	
p	0.887		0.151		0.152		0.236		0.243		0.361		0.516	
	ND→ Cochran'Q:6.835, p=0.336; SD→ Cochran'Q:6.679 p=0.352													
Kişisel-Perine Hijyeni	3(10.0)	7(24.1)	3(10.0)	7(24.1)	1(3.3)	4(13.8)	0	0	0	0	1(3.3)	0	0	0
Ki kare testi	1.210 ^{YD}		1.210 ^{YD}		0.950 ^{YD}						0.000 ^{YD}			
p	0.271		0.271		0.330						1.000			
	ND→ Cochran'Q:3.000, p=0.809; SD→ Cochran'Q:10.000; p=0.125													
Beslenme	22(73.3)	20(68.9)	13(43.3)	20(68.9)	15(50.0)	14(48.2)	13(43.3)	15(51.7)	9(30.0)	13(44.8)	12(40.2)	14(48.2)	5(17.2)	12(42.8)
Ki kare testi	0.137		3.931		0.018		0.416		1.386		0.410		4.466	
p	0.711		0.047		0.895		0.519		0.289		0.522		0.035	
	ND→ Cochran'Q:29,948, p=0.000, post-hoc: 1,3 – 10,28; SD→ Cochran'Q:12,805, p=0.046, post-hoc: 1,3 – 28													

Tablo 4.9. (Devam) Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların doğum sonrası eş ve sosyal destek sistemlerine ilişkin özellikleri

Özellikler	Günler													
	1.		3.		5.		7.		10.		14.		28.	
	$\bar{X} \pm Ss$		$\bar{X} \pm Ss$		$\bar{X} \pm Ss$		$\bar{X} \pm Ss$		$\bar{X} \pm Ss$		$\bar{X} \pm Ss$		$\bar{X} \pm Ss$	
	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S
Ayağa kalkma, yürüme, tuvalet ihtiyacına yardım etme	13(43.3)	19(65.57)	4(13.3)	10(34.4)	1(3.3)	7(24.1)	1(3.3)	2(6.9)	0	1(3.4)	1(3.3)	1(3.4)	0	0
Ki kare testi	2.924 ^P		3.644 ^P		5.445 ^P		0.001 ^{YD}		0.001 ^{YD}		0.000 ^{YD}			
p	0.087		0.056		0.020		0.976		0.976		1.000			
ND → Cochran'Q: 53.882, p=0.000, post-hoc: 1 – 3,5 7,10,14,28; SD → Cochran'Q:70.462, p=0.000, post-hoc: 1 – 3,5 7,10,14														
Destekten Memnuniyet														
Oldukça ve çok memnun	23(76.6)	20(68.9)	20(68.9)	20(68.9)	20(68.9)	22(75.8)	21(70.0)	21(70.0)	23(76.6)	20(68.9)	21(70.0)	22(75.8)	20(68.9)	19(67.8)
Kararsız, biraz memnun ve hiç memnun değil	7(23.3)	9(31.1)	10(33.3)	9(31.1)	10(33.3)	7(24.1)	9(30.0)	8(27.6)	7(23.3)	9(31.1)	9(30.0)	7(24.1)	9(31.1)	9(32.1)
Ki kare testi	0.442 ^P		0.036 ^P		0.698 ^P		0.042 ^P		0.442 ^P		0.256 ^P		0.008 ^P	
p	0.506		0.850		0.436		0.838		0.506		0.613		0.928	
ND → Cochran'Q: 5.352, p=0.500; SD → Cochran'Q: 7.800, p=0.253														
Eş Desteği														
Çok iyi, iyi	19(63.3)	24(80.0)	18(60.0)	24(80.0)	20(66.6)	24(80.0)	19(63.3)	23(76.6)	21(70.0)	23(76.6)	20(66.6)	22(73.3)	19(63.3)	22(73.3)
Orta, kötü, çok kötü	11(36.6)	6(20.0)	12(40.0)	6(20.0)	10(33.3)	6(20.0)	11(36.6)	7(23.3)	9(30.0)	7(23.3)	10(33.3)	8(26.6)	11(36.6)	8(26.6)
Ki kare testi	2.052 ^P		2.857 ^P		1.364 ^P		1.270 ^P		0.342 ^P		0.317 ^P		0.693 ^P	
p	0.152		0.091		0.243		0.260		0.559		0.573		0.405	
ND → Cochran'Q: 4.138, p=0.658; SD → Cochran'Q: 2.684, p=0.847														

* Diğer: kardeş/görümce, arkadaş/komşu, teyze, bakıcı.** Birden fazla yanıt verilmiştir. **ND:** Normal Doğum, **SD:** Sezaryen Doğum, **YD:** Yates düzeltmesi, **P:** Pearson Ki-Kare, **Cochran'Q:** Cochran'Q testi.

4.9. Annelerin Postpartum Dönemde Kendileri ve Bebekleri ile İlgili Sorun Yaşama ve Sorunlarla Baş Etme Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.10'da kadınların doğum sonrası kendileri ve bebekleri ile ilgili sorun yaşama ve baş etme durumlarına ilişkin özellikleri verilmiştir. Normal ve sezaryen doğum yapan grubun 1., 10., 14. ve 28. günlerde kendileri ile ilgili sorun yaşama durumları benzer iken ($p>0.05$), 3., 5. ve 7. günlerde farklıdır ($p<0.05$). Her iki gruptaki kadınların tamamı 1. günde sorun yaşamışlardır ($p>0.05$). Normal doğum grubundaki kadınlar sezaryen olan gruba göre 3. günde (%70-100, $p=0.001$), 5. günde (%70-100, $p=0.001$) ve 7. günde (%60-90, $p=0.007$) daha az sorun yaşamışlardır. Sorun yaşayanların oranı 10. gün (%50-73.3) ve 14. günde (%43.3-63.3) sezaryen olanlarda fazla iken, 28. günde normal doğum grubunda biraz artmıştır (%60-50). Normal doğum grubunun 1., 3., 5., 7., 10. ve 14. günlere göre 28. günde daha az sorun yaşadığı bulunmuştur. Sezaryen doğum grubunda ise günlere göre sorun yaşama durumundaki değişimin anlamlı olduğu ($p=0.000$), sorun yaşayanların oranının 28. günde 1., 3., 5., 7. günlere, 14. günde 1., 5. ve 10. günlere göre daha az olduğu bulunmuştur.

Kadınların doğum sonrası epizyo/sezaryen bölgesinde ağrı ve enfeksiyon yaşama durumları incelendiğinde, normal ve sezaryen doğum yapan kadınların 1. gün tamamının, 3. gün %85.7-93.3'ünün, 5. gün %61.9-90'ının, 7. gün %27.8-77.8'inin, 10. gün %20-50'sinin ve 14. günde sadece sezaryen olan üç kadının bu sorunu yaşadığı görülmüştür.

Sütün yetersiz gelmesi ve erken kesilmesi sorununu yaşama durumu bakımından normal ve sezaryen doğum grubu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu sorunun normal doğum grubunda, 1. (%41.4) ve 3. güne göre (%47.6) 7, 10, 14 ve 28. günlerde (%50-69.9) artış gösterdiği, ancak aradaki farkın önemli olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Sezaryen grubunda ise sütün yetersiz gelmesi ve erken kesilmesi sorununu yaşama durumu günlere göre farklılık gösterdiği ($p=0.006$), bu sorunun 1. günde (%50) 7. (%62.7), 10. (%77.3), 14. (%84.2) ve 28. (%93.3) günlere göre daha az olduğu bulunmuştur.

Normal doğum grubundaki kadınların %13.3-22.2'si, sezaryen grubundaki kadınların %22.2-26.7'si meme sorunu yaşamış, ancak gruplar arası ve grup içi farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$) bulunmuştur.

Doğum sonu kendi bakımına zaman ayıramama bakımından normal ve sezaryen grubu arasında diğer günlere göre 1. günde anlamlı bir farklılık olduğu, normal doğum yapanların %44.8'inin, sezaryen doğum yapanların ise %73.3'ünün kendi bakımlarına zaman ayıramadıkları bulunmuştur ($p=0.026$). Grupların kendi içinde günlere göre değişim anlamlıdır ($p=0.000$). İleri analiz sonucuna göre normal doğum grubunda kendi bakımına zaman ayıramayanların oranı 1. gün (%44.8) ve 3. günde (%66.6) 7., 10., 14. ve 28. günlere göre (%23.1-33.3) daha yüksektir. Benzer şekilde sezaryen grubundaki kadınlar da 1. gün (%73.3) ve 3. günde (%56.6) 7., 10., 14. ve 28. günlere göre (%26.3-46.6) daha yüksek oranda kendi bakımlarına zaman ayıramamışlardır.

Normal ve sezaryen doğum grubu arasında kendi bakımını yapamayan ve zorlanan kadınların oranı 1., 3., 10., 14. ve 28. günlerde farklılık göstermemekte ($p>0.05$), 3. ve 5. günlerde ise göstermektedir. Beşinci günde normal doğum yapanların %9.5'inin, sezaryen doğum yapanların %46.6'sının ($p=0.005$), 7 günde ise normal doğum yapanların %5.5'inin, sezaryen doğum yapanların %33.3'ünün ($p=0.028$) sorun yaşadığı bulunmuştur. Her iki grubun günlere göre kendi içindeki değişimleri incelendiğinde anlamlı farklılıklar olduğu görülmüştür ($p=0.000$). Normal doğum grubunun 1. (%65.5) ve 3. (%42.8) günlerde 7. (%5.5), 10. (%6.6), 14. (%0.0) ve 28. (%0.0) günlere göre ve sezaryen olan kadınların 1. (%70) ve 3. (%66.6) günlerde 7. (%33.3), 10. (%18.1), 14. (%26.3) ve 28. (%13.3) günlere göre daha fazla sorun yaşadığı saptanmıştır.

Normal ve sezaryen doğum grubu arasında annelik rolüne alışma durumu bakımından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Ancak normal doğum ($p=0.019$) ve sezaryen doğum ($p=0.005$) grubunun kendi içinde yapılan karşılaştırmalarında 1. ve 3. güne göre 14. ve 28. günler arasında önemli farklılıklar olduğu görülmüştür. Normal doğum grubunun 1. günde %24.1, 3. günde %14.3 oranında annelik rolüne alışamadıkları görülürken, 14 ve 28. günlerde annelik rolüne alışmayan annenin hiç olmadığı dikkati çekmiştir. Sezaryen doğum grubunun ise 1. günde %36.6 ve 3. günde %100 oranında annelik rolüne alışamadıkları ve bu oranların 14. (%15.8) ve 28. günde (%16.7) azaldığı görülmüştür.

Kadınların bebekleri ile ilgili sorun yaşama durumu ile doğum şekli arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Birinci günde her iki gruptaki kadınların %96.7'sinin bebeği ile ilgili sorun yaşadığı, izleyen günlerde normal doğum grubunun

sezaryen grubuna göre biraz daha düşük oranda, 28. günde ise normal doğum grubunun %10 daha fazla oranda sorun yaşadığı görülmüştür ($p>0.05$). Grupların kendi içinde günlere göre bebekle ilgili sorun yaşama durumu farklılık göstermektedir ($p=0.000$). Normal doğum grubunda 1. (%96.7), 3. (%86.7), 5. (%76.7), 7. (%70), 10. (%63.3), 14. (%56.7) günlere göre 28. günde (%60) ve 1. güne (%96.7) göre 10. (%63.3) ve 14. (%56.7) günlerde bebekle ilgili sorun yaşayan kadın oranı daha azdır Sezaryen grubunda ise 1. (%96.7), 3. (%90), 5. (%96.7) ve 7. (%80) güne göre 28. günde (%53.3) ve 1. (%96.7) ve 10. (%80) güne göre 14. günde (%66.7) bebekle ilgili sorun yaşayanların oranı daha azdır.

Normal ve sezaryen doğum grubu arasında ve grupların kendi içinde bebekle ilgili olarak düzensiz, az uyku ve sık uyanma sorununu yaşama durumu anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Normal doğum yapan kadınlar 1. ve 3. günde %65.5, 5. günde %52.1 oranında bebeklerinin düzensiz, az uyuduğunu ve sık uyandığını belirtirken, bu oranların sonraki günlerde azalarak %38.1-27.2'ye düştüğü görülmüştür. Sezaryen olan kadınlarda bebekleriyle ilgili uyku sorununu yaşayanların oranı ise 1. günde %65.5, 3. günde %51.8, 5. günde %48.3 ve sonraki günlerde %48.3-35 oranlarında saptanmıştır.

Normal ve sezaryen doğum grubu arasında yetersiz emme, bebeğin doymaması sorununu yaşama bakımından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Normal doğum ($p=0.027$) ve sezaryen doğum ($p=0.000$) grubu içinde günlere göre yetersiz emme, bebeğin doymaması sorunu yaşama durumu farklılık göstermektedir. Post hoc analizine göre bu sorun normal doğum yapan kadınlarda 1. günde (%51.7) 14. gün (%29.4) ve 28. güne (%27.2) göre daha yüksektir. Benzer şekilde sezaryen olan kadınlarda da sorun yaşayanların oranı 1. gün (%65.5) 14. gün (%35) ve 28. güne (%37.5) göre daha yüksektir.

Normal ve sezaryen doğum grubu arasında bebeğin emerken huzursuz olması, ağlaması sorunu ile karşılaşan kadın oranı benzerdir ($p>0.05$). Ancak, grup içi değerlendirmelerde günlere göre anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. Bu sorun, normal doğum grubunda 1. günde (%44.8) 28. güne (%18.1) göre ($p=0.045$), sezaryen grubunda da 1. gün (%58.6), 7. (%14.8) 10. (%12.5) 14. (%20) ve 28. (%25) güne göre ($p=0.000$) daha yüksektir.

Doğum sonrası bebek bakımında güçlük, zorlanma sorunu ile karşılaşan kadın oranı normal ve sezaryen doğum grubu arasında benzerlik göstermektedir ($p>0.05$). Grup içi değerlendirmelerde günlere göre anlamlı farklılıklar olduğu, normal doğum grubunun 1. günde (%44.8) 28. güne (%18.1) göre ($p=0.028$), sezaryen grubunun da 1. günde (%62.1), 28. güne (%25) göre daha fazla oranda bebek bakımında güçlük, zorlanma yaşadığı saptanmıştır ($p=0.000$).

Normal ve sezaryen doğum grubu arasında bebekte kolik ağrısı ve gaz sancısı görülme durumu benzerdir ($p>0.05$). Grup içinde günlere göre yapılan karşılaştırmalarda sadece sezaryen grubunda anlamlı bir farklılık olduğu ($p=0.017$), bu sorunun 1. günde (%20.7) 7. güne (%62.7) ve 14. güne (%55) göre daha düşük oranda görüldüğü bulunmuştur.

Normal ve sezaryen doğum grubundaki kadınların bebeklerinde pişik sorunu görülme durumu bakımından sadece 7. gündeki farklılığın anlamlı olduğu ($p= 0.472$). bu günde normal doğum grubunun (%28.6) sezaryen grubuna göre (%14.8) daha fazla sorun yaşadığı bulunmuştur. Grup içi günlere göre yapılan değerlendirmelerde de anlamlılığın sadece normal doğum grubunda olduğu ($p= 0.026$), 14. günde pişik sorunu ile karşılaşan kadın oranının (%35.3) 1. gün (%6.9), 3. gün (%7.7) ve 5. gün (%4.3) yaşayanlardan daha fazla olduğu görülmüştür.

Kadınların doğum şekline göre kendileri ve bebekleriyle ilgili sorunlarla baş etme durumu arasında 1., 3., 7., 10. ve 14. günlerde anlamlı bir farklılık bulunmazken ($p>0.05$), 5. gündeki farklılığın anlamlı olduğu ($p<0.05$), 5. günde normal doğum grubunun %66.7'sinin, sezaryen grubunun %90'ının sorunları ile baş etme konusunda birine danıştığı bulunmuştur ($p=0.028$). Normal ve sezaryen doğum grubunun günlere göre sorunlarla baş etme durumundaki değişim anlamlıdır ($p=0.000$). İleri analiz sonucuna göre sorunları için birine danıştığını belirtenlerin oranı normal doğum grubunda 1. ve 3. güne göre 28. günde, sezaryen grubunda ise 1., 3., 5., ve 7. günlere göre 28. günde ve 1. ve 10. günlere göre 14. günde daha azdır.

Doğum sonrası ilk 28 günde yaşanan sorunlarla baş etme yöntemleri açısından gruplar arası ve grup içi yapılan değerlendirmelerde, her iki grupta da anlamlı farklılıklar

olmadığı, her iki gruptaki kadınların büyük oranda eş ya da ailesiyle paylaşmayı seçerek baş ettiği saptanmıştır ($p>0.05$).



Tablo 4.10. Kadınların doğum sonrası kendileri ve bebekleri ile ilgili sorun yaşama ve baş etme durumları

							Günler							
Özellikler	1.		3.		5.		7.		10.		14.		28.	
	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Kendisi ile İlgili Sorun Yaşama	1(3.3)	0	9(30.0)	0	9(30.0)	0	12(40.0)	3(10.0)	15(50.0)	8(26.7)	17(56.7)	11(36.7)	12(40.0)	15(50.0)
Hayır														
Evet	29(96.7)	30(100.0)	21(70.0)	30(100.0)	21(70.0)	30(100.0)	18(60.0)	27(90.0)	15(50.0)	22(73.3)	13(43.3)	19(63.)	18(60.0)	15(50.0)
Kİ kare testi	1.017 ^{FE}		10.588 ^{FE}		10.588 ^{FE}		7.200 ^P		3.455 ^P		2.411		0606	
p	0.313		0.001		0.001		0.007		0.063		0.121		0.436	
ND→ Cochran'Q: 48.467; p=0.000, post-hoc: 28-1,3,5,7,10,14; SD→ Cochran'Q :60.935; p=0.000, post-hoc: 28-1,3,5,7; 14-1,5,10														
Yaşadığı Sorunlar*														
Epizyo/sezaryen bölgesinde ağrı ve enfeksiyon	29(100.0)	30(100.0)	18(85.7)	28(93.3)	13(61.9)	27(90.0)	5(27.8)	21(77.8)	3(20.0)	11(50.0)	00	3(15.8)	00	00
Sütün yetersiz gelmesi ve erken kesilmesi	12(41.4)	15(50.0)	10(47.6)	18(60.0)	12(57.1)	16(53.3)	9(50.0)	17(62.7)	9(60.0)	17(77.3)	9(69.2)	16(84.2)	8(66.7)	14(93.3)
Kİ kare testi	0.422 ^P		0.765 ^P		0.072 ^P		0.744 ^P		0.581 ^{YD}		0.326 ^{YD}		1.623 ^{YD}	
p	0.506		0.385		0.788		0.388		0.446		0.568		0.203	
ND→ Cochran'Q: 4.588; p=0.598; SD→ Cochran'Q: 18.000, p=0.006, post-hoc: 1- 7, 10, 14,28														
Meme sorunları	4(13.8)	7(23.3)	4(19.0)	8(26.6)	4(19.0)	8(26.6)	4(22.2)	6(22.2)	2(13.3)	5(22.7)	2(15.4)	5(26.3)	2(16.7)	4(26.7)
Kİ kare testi	0.885 ^P		0.088 ^{YD}		0.088 ^{YD}		0.000 ^{YD}		0.083 ^{YD}		0.090 ^{YD}		0.024 ^{YD}	
p	0.347		0.767		0.767		1.000		0.773		0.765		0.877	
ND→ Cochran'Q: 0.0000, p=1.000; SD→ Cochran'Q: 0.0000, p=1.000														

Tablo 4.10. (Devam) Kadınların doğum sonrası kendileri ve bebekleri ile ilgili sorun yaşama ve baş etme durumları

Özellikler	Günler													
	1.		3.		5.		7.		10.		14.		28.	
	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S
Kendi bakımına zaman ayıramama	13(44.8)	22(73.3)	14(66.6)	17(56.6)	7(33.3)	14(46.6)	5(27.8)	9(33.3)	4(26.6)	7(31.8)	3(23.1)	5(26.3)	3(25.0)	6(40.0)
Ki kare testi	4.965 ^P		0.518 ^P		0.907 ^P		0.156 ^P		0.000 ^{YD}		0.000 ^{YD}		0.169 ^{YD}	
p	0.026		0.472		0.341		0.693		1.000		1.000		0.681	
ND→ Cochran'Q: 29.850, p=0.000, post-hoc: 1,3 – 7,10,14,28; SD→ Cochran'Q: 25.463, p=0.000, post-hoc: 1,3 – 7,10,14,28														
Kendi bakımını yapamama, zorlanma	19(65.5)	21(70.0)	9(42.8)	20(66.6)	2(9.5)	14(46.6)	1(5.5)	9(33.3)	1(6.6)	4(18.1)	00	5(26.3)	00	2(13.3)
Ki kare testi	0.136 ^P		2.855 ^P		7.915 ^P		4.821 ^P		0.266 ^{YD}		2.304 ^{YD}		0.331 ^{YD}	
p	0.713		0.091		0.005		0.028		0.606		0.129		0.565	
ND→ Cochran'Q: 28,545; p=0.000, post-hoc: 1,3 – 7,10,14,28; SD→ Cochran'Q: 35,78, p=0.000, post-hoc: 1,3 – 7,10,14,28														
Annelik rolüne alışamama	7(24.1)	11(36.6)	3(14.3)	30(100.0)	3(14.3)	6(20.0)	1(5.5)	5(18.5)	00	5(22.7)	00	3(15.8)	00	1(6.7)
Ki kare testi	1.092 ^P		0.507 ^{YD}		0.006 ^{YD}		0.649 ^{YD}		2.237 ^{YD}		0.788 ^{YD}		0.000 ^{YD}	
p	0.296		0.476		0.940		0.420		0.135		0.375		1.000	
ND→ Cochran'Q: 15,231, p=0.019, post-hoc: 1,3 – 14,28; SD→ Cochran'Q: 18,353, p=0.005, post-hoc: 1,3 – 14,28														
Bebekle ilgili Sorun Yaşama														
Hayır	1(3.3)	1(3.3)	4(13.3)	3(10)	7(23.3)	1(3.3)	9(30.0)	3(10)	11(36.7)	6(20.0)	13(43.3)	10(33.3)	11(36.7)	14(46.7)
Evet	29(96.7)	29(96.7)	26(86.7)	27(90.0)	23(76.7)	29(96.7)	21(70.0)	27(90.0)	19(63.3)	24(80.0)	17(56.7)	20(66.7)	19(63.3)	16(53.3)
Ki kare testi	0.000 ^{YD}		0.000 ^{YD}		3.606 ^{YD}		3.750 ^P		2.052		0.635		1.684	
p	1.000		1.000		0.085		0.053		0.152		0.426		0.194	
ND→ Cochran'Q :39.558; p=0.000, Post-hoc: 28-1,3,5,7,10,14; 10,14-1; SD→ Cochran'Q :38.250 ; p=0.000, post-hoc: 28-1,3,5,7; 14-1,10														
Bebekle İlgili Sorunlar*														
Düzensiz, az uyku, sık uyanma	19(65.5)	19(65.5)	17(65.4)	14(51.8)	12(52.1)	14(48.3)	8(38.1)	11(40.7)	6(31.6)	9(37.5)	4(23.5)	7(35.0)	3(27.2)	7(43.7)
Ki kare testi	0.000 ^{YD}		0.999 ^P		0.197 ^P		0.0987 ^P		0.164 ^P		0.579 ^P		1.050 ^P	
p	1.000		0.318		0.657		0.754		0.686		0.447		0.306	
ND→ Cochran'Q: 7,5000, p=0.277; SD→ Cochran'Q: 6.000277, p=0.423														
Yetersiz emme, bebeğin doymaması	15(51.7)	19(65.5)	13(50.0)	17(62.7)	11(47.8)	12(41.4)	10(47.6)	9(33.3)	6(31.6)	7(29.2)	5(29.4)	7(35.0)	3(27.2)	6(37.5)
Ki kare testi	1.137 ^P		0.906 ^P		0.216 ^P		0.750 ^P		0.029 ^P		0.131 ^P		0.491 ^P	
p	0.286		0.341		0.647		0.386		0.864		0.717		0.483	
ND→ Cochran'Q: 14,250, p=0.027, post-hoc: 1, – 14,28; SD→ Cochran'Q: 24,194, p=0.000, post-hoc: 1 – 14,28														

Tablo 4.10. (Devam) Kadınların doğum sonrası kendileri ve bebekleri ile ilgili sorun yaşama ve baş etme durumları

Özellikler	Günler													
	1.		3.		5.		7.		10.		14.		28.	
	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S
Bebegin emerken huzursuz olması, ağlaması	13(44.8)	17(58.6)	11(42.3)	12(44.4)	6(26.1)	11(38.0)	5(23.8)	4(14.8)	4(21.1)	3(12.5)	2(11.7)	4(20.0)	2(18.1)	4(25.0)
Ki kare testi	0.621 ^P		0.025 ^P		0.639 ^P		0.116 ^{YD}		0.115 ^{YD}		0.053 ^{YD}		0.004 ^{YD}	
p	0.431		0.875		0.424		0.733		0.735		0.498		0.947	
ND→ Cochran'Q: 12.85, p=0.045, post-hoc: 1 – 28; SD→ Cochran'Q: 29.870, p=0.000, post-hoc: 1 – 7,10,14,28														
Bebek bakımında güçlük, zorlanma	13(44.8)	18(62.1)	9(34.6)	14(51.8)	6(26.1)	11(38.0)	4(19.1)	9(33.3)	3(15.8)	5(20.8)	2(11.7)	5(25.0)	2(18.1)	4(25.0)
Ki kare testi	1.732 ^P		1.602 ^P		0.639 ^P		1.428 ^P		0.001 ^{YD}		0.364 ^{YD}		0.004 ^{YD}	
p	0.188		0.206		0.424		0.232		0.978		0.546		0.947	
ND→ Cochran'Q: 14.118, p=0.028, post-hoc: 1 – 28; SD→ Cochran'Q: 20.800; p=0.000, post-hoc: 1 – 28														
Kolik ağrıları ve gaz sancısı	4(13.8)	6(20.7)	13(50.0)	13(48.1)	10(43.5)	16(55.1)	13(61.9)	17(62.7)	11(57.9)	13(54.1)	10(58.8)	11(55.0)	5(45.4)	6(37.5)
Ki kare testi	0.483 ^P		0.018 ^P		0.473 ^P		0.077 ^P		0.060 ^P		0.055 ^P		0.000 ^{YD}	
p	0.487		0.893		0.492		0.782		0.807		0.815		1.000	
ND→ Cochran'Q: 5.455, p=0.489; SD→ Cochran'Q: 15.474, p=0.017 Post-hoc 1 – 7,14														
Pişik	2(6.9)	2(6.9)	2(7.7)	2(7.4)	1(4.3)	1(3.4)	6(28.6)	4(14.8)	7(36.8)	4(16.7)	6(35.3)	2(10.0)	2(18.1)	00
Ki kare testi	0.000 ^{YD}		0.000 ^{YD}		0.000 ^{YD}		0.518 ^{YD}		1.331 ^{YD}		2.137 ^{YD}		0.909 ^{YD}	
p	1.000		1.000		1.000		0.472		0.249		0.144		0.340	
ND→ Cochran'Q: 14.308, p=0.026 post-hoc : 14—1,3,5; SD→ Cochran'Q:5.250, p=0.512														
Sarılık	00	1(3.4)	00	8(29.6)	2(8.7)	11(38.0)	2(9.5)	8(29.6)	0	7(29.2)	00	3(15.0)	00	1(6.2)
Bebegi kabullenememe	00	2(6.9)	1(3.8)	1(3.7)	00	00	1(4.7)	00	00	00	00	00	00	00
Sorunlarla Baş Etme Durumu														
Hiçbir şey yapmıyorum	5(16.7)	2(6.7)	5(16.7)	1(3.3)	10(33.3)	3(10.0)	10(33.3)	4(13.3)	10(33.3)	4(13.3)	12(40.0)	9(30.0)	18(60.01)	11(36.7)
Birine danışıyorum	25(83.3)	28(93.3)	25(83.3)	29(96.7)	20(66.7)	27(90.0)	20(66.7)	26(86.7)	20(66.7)	26(86.7)	18(60.0)	21(70.0)	12(40.0)	19(63.3)
Ki kare testi	0.647 ^{YD}		1.667 ^{YD}		4.812 ^P		3.354 ^P		3.354 ^P		0.659 ^P		3.270 ^P	
p	0.228		0.085		0.028		0.067		0.067		0.417		0.071	
ND→ Cochran'Q: 26.084, p=0.000, Post-hoc: 28-1,3; SD→ Cochran'Q: 27.619, p=0.000, Post-hoc: 28-1,3,5,7; 14-1,10														
Sorunlarla Baş Etme Yöntemleri**														
Eş/ailemle paylaşıyorum	18(72.0)	14(50.0)	21(84.0)	21(72.4)	18(90.0)	25(92.6)	16(80.0)	21(80.7)	17(85.0)	19(73.1)	17(94.4)	19(90.5)	12(100.0)	14(73.7)
Doktor/ebe/ hemşireye danıştım	7(28.0)	14(50.0)	4(16.0)	8(27.6)	2(10.0)	2(7.4)	4(20.0)	5(19.3)	3(15.0)	7(26.9)	1(5.6)	2(9.5)	00	5(26.3)
Ki kare testi	2.672 ^P		1.043 ^P		0.000 ^{YD}		0.000 ^{YD}		0.374 ^{YD}		0.000 ^{YD}		2.765 ^{YD}	
p	0.102		0.307		1.000		1.000		0.541		1.000		0.052	
ND→ Cochran'Q: 5.143, p=0.526; SD→ Cochran'Q: 10.154, p=0.118.														

* Birden fazla yanıt verildiğinden “n” katlanmıştır. ND: Normal Doğum, SD: Sezaryen Doğum, YD: Yates düzeltmesi, P: Pearson Ki-Kare, Cochran'Q: Cochran'Q testi, X2: Friedman testi.

4.10. Annelerin Doğum Sonrası Eş İlişkisi, Şiddet Görme ve Sigara Kullanma Durumu ile Ruhsal Destek İhtiyacı ve Ruhsal Destek Alma Durumuna İlişkin Bulgular

Kadınların doğum şekline göre doğum sonrası eş ilişkisi, şiddet görme ve sigara kullanma durumu Tablo 4.11’de verilmiştir. Doğum sonrası eş ilişkilerinin sezaryen grubunda daha fazla oranda olmak üzere olumlu etkilendiği, ancak aradaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Tüm anneler doğum sonrasında şiddet görmediğini belirtmiştir. Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların sigara kullanma bakımından benzerlik gösterdiği, büyük oranda sigara kullanmadıkları bulunmuştur ($p>0.05$). Ayrıca, normal ve sezaryen doğum yapan kadınların grup içinde günlere göre sigara kullanma durumlarında bir değişim olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.11. Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların doğum sonrası eş ilişkisi, şiddet görme ve sigara kullanma durumu

Özellikler	Günler													
	1.		3.		5.		7.		10.		14.		28.	
	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S
Eş İlişkisi	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Etkilenmedi	13(43.3)	10(33.3)	13(43.3)	11(36.7)	14(46.7)	12(40.0)	12(40.0)	10(33.3)	14(46.7)	8(26.7)	13(43.3)	10(33.3)	12(40.0)	11(36.7)
Olumlu	15(50.0)	19(63.3)	16(53.3)	18(60.0)	14(46.7)	17(56.7)	16(53.3)	19(63.3)	13(43.3)	20(66.7)	15(50.0)	19(63.3)	14(46.7)	18(60.0)
Olumsuz	2(6.7)	1(3.3)	1(3.3)	1(3.3)	2(6.7)	1(3.3)	2(6.7)	1(3.3)	3(60.0)	2(6.7)	2(6.7)	1(3.3)	4(13.3)	1(3.3)
Ki kare testi	1.273 ^{FE}		0.543 ^{FE}		0.868 ^{FE}		0.864 ^{FE}		3.328 ^{FE}		2.502 ^{FE}		2.208 ^{FE}	
p	0.550		0.893		0.694		0.689		0.200		0.379		0.345	
Şiddet Görme Durumu														
Hayır	30.0(100.0)	30.0(100.0)	30.0(100.0)	30.0(100.0)	30.0(100.0)	30.0(100.0)	30.0(100.0)	30.0(100.0)	30.0(100.0)	30.0(100.0)	30.0(100.0)	30.0(100.0)	30.0(100.0)	30.0(100.0)
Evet	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Sigara Kullanma Durumu														
Hayır	30.0(100.0)	30.0(100.0)	28(93.3)	29(96.7)	28(93.3)	27(90.0)	28(93.3)	27(90.0)	28(93.3)	28(93.3)	28(93.3)	28(93.3)	28(93.3)	29(96.7)
Evet	0.0	0.0	2(6.7)	1(3.3)	2(6.7)	3(10.0)	2(6.7)	3(10.0)	2(6.7)	2(6.7)	2(6.7)	2(6.7)	2(6.7)	1(3.3)
Ki kare testi	-----		0.000 ^{YD}		0.000 ^{YD}		0.000 ^{YD}		0.000 ^{YD}		0.000 ^{YD}		0.000 ^{YD}	
p	-----		1.000		1.000		1.000		1.000		1.000		1.000	
ND → Cochran's Q= 3.789, p=0.705; SD→ Cochran's Q= 10.400, p=0.109														

ND: Normal Doğum, **SD:** Sezaryen Doğum, **YD:** Yates düzeltmesi, **P:** Pearson Ki-Kare, **Cochran'Q:** Cochran'Q testi.

Normal ve sezaryen doğum gerçekleştiren kadınların doğum sonrası ruhsal destek ihtiyacı ve ruhsal destek alma durumu incelendiğinde, tüm kadınların ruhsal destek ihtiyacı olmadığı ve destek almadığı görülmüştür (Tablo 4.12).



4.11. Annelik Hüznüne İlişkin Bulgular

Normal ve sezaryen doğum grubundaki kadınların Turkish DEQ ölçeği puan ortalamaları ve eşik değere göre değerlendirilmesi Tablo 4.13'te verilmiştir. Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların negatif duygulanım toplam puan ortalamaları 1. günde (48.36 ± 12.97 - 45.85 ± 11.12) ve 3. günde (43.86 ± 9.42 - 44.81 ± 14.22) eşik değer üzerinde, 5. günde (41.59 ± 8.51 - 41.13 ± 12.91), 7. günde (40.48 ± 10.69 - 38.62 ± 9.10), 10. günde (37.55 ± 6.87 - 38.19 ± 8.46) ve 14. günde (38.04 ± 9.64 - 36.28 ± 8.02) eşik değer altında saptanmış olup, tüm ölçüm zamanlarında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$). Ancak, grup içi değişimler incelendiğinde her iki grubun günlere göre puanlarının değiştiği görülmüştür ($p = 0.000$). Negatif duygulanım puan ortalamaları normal doğum grubunda 5. gün (41.59 ± 8.51) ve 14. gün (38.04 ± 9.64) 1. gün 48.36 ± 12.97), 3. gün (43.86 ± 9.42) ve 5. güne (41.59 ± 8.51) göre daha düşük bulunmuştur. Sezaryen doğum grubunda da negatif duygulanım puan ortalamaları 1. günde (45.85 ± 11.12) 5. gün (41.13 ± 12.91), 7. gün (38.62 ± 9.10), 10. gün (38.19 ± 8.46) ve 14. güne (36.28 ± 8.02) göre ve 3. günde (44.81 ± 14.22) 10. güne (38.19 ± 8.46) göre daha yüksektir.

Pozitif duygulanım puan ortalamaları ise normal doğum grubunda 1. günde (36.99 ± 9.26 - 38.93 ± 9.04) ve 3. günde (38.32 ± 9.01 - 39.23 ± 8.10) sezaryen grubuna göre eşik değer altında, buna karşın 5. günde (39.20 ± 9.61 - 40.46 ± 8.47), 7. günde (39.81 ± 10.41 - 40.14 ± 7.88), 10. günde (42.33 ± 8.49 - 40.66 ± 8.24) ve 14. günde (42.02 ± 9.62 - 40.33 ± 8.04) her iki grupta da eşik değer üzerindedir. Özellikle 10. ve 14. günde sezaryen grubuna göre normal doğum grubunda artış gösterdiği, ancak tüm günler için iki grup arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$). Grup içi değerlendirmelerde normal doğum grubundaki kadınların pozitif duygulanım puan ortalamalarının günlere göre değişim gösterdiği ($p = 0.000$), puanların 1. günde (38.32 ± 9.01) 10. güne göre (42.33 ± 8.49) daha düşük olduğu bulunmuştur. Sezaryen grubunda ise pozitif duygulanım puan ortalamaları günlere göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p > 0.05$).

Annelik hüznü riski açısından negatif duygulanımı olan kadınların oranı, normal doğum grubunda sezaryen olan gruba göre 1. gün (%66.7-50), 3. gün (%60-43.3), 5. gün (%40-33.3), 7. gün (%40-30) ve 14. günde (%20-16.7) yüksek, 10. günde ise aynı

düzydedir (%30-30) ($p>0.05$). Bununla birlikte her iki grubun kendi içindeki değışimi günlere göre farklılık göstermektedir (Normal doğum: $p=0.000$, sezaryen: $p=0.006$). Farklılığın hangi günlerden kaynaklandığını bulabilmek için yapılan çoklu karşılaştırma testine göre, normal doğum grubundaki kadınlarda negatif duygulanım oranı 1. gün (%66.7) ve 3. günde (%60) 10. gün (%30) ve 14. güne (%20) göre ve ayrıca 1. günde (%66.7) 5. gün (%40) ve 7. güne (%40) göre daha yüksektir. Sezaryen doğum gerçekleştiren kadınların negatif duygulanım oranları ise 1. gün (%59) ve 3. günde (%43.3) 14. güne (%16.7) göre daha yüksektir.

Pozitif duygulanım oranları açısından yapılan değerlendirme sonucunda, normal ve sezaryen doğum grubundaki kadınların 1. gün (%53.3-53.3), 3. gün (%53.3-50), 5. gün (%46.7-63.3), 7. gün (%60-60), 10. gün (%73.3-66.7), 14. gün (%73.3-60) pozitif duygulanım oranlarının yüksek olduğu bulunmuştur ($p>0.05$). Ancak her iki grubun kendi içindeki değışimi incelendiğinde, sezaryen grubundaki kadınların pozitif duygulanımlarının günlere göre değışmediği ($p>0.05$), normal doğum grubundaki kadınların ise günlere göre değışim gösterdiği bulunmuştur ($p<0.003$). Normal doğum grubundaki kadınların 5. gündeki (%46.7) pozitif duygulanım oranlarının 10. gün (%73.3) ve 14. gündeki (%73.3) pozitif duygulanım oranlarından oldukça düşük olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.13. Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların Turkish DEQ ölçeği puan ortalamaları ve eşik değere göre değerlendirilmesi

Turkish DEQ	Günler											
	1.		3.		5.		7.		10.		14.	
	$\bar{X} \pm Ss$		$\bar{X} \pm Ss$		$\bar{X} \pm Ss$		$\bar{X} \pm Ss$		$\bar{X} \pm Ss$		$\bar{X} \pm Ss$	
	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S
Negatif Duygulanım (NA)	48.36±12.97	45.85±11.12	43.86±9.42	44.81±14.22	41.59±8.51	41.13±12.91	40.48±10.69	38.62±9.10	37.55±6.87	38.19±8.46	38.04±9.64	36.28±8.02
t/z testi	0.803 ^t		-0,451 ^z		-01,028 ^z		-0,363 ^z		-0.320 ^t		0.771 ^t	
p	0.425		0,652		0,304		0,717		0.750		0.444	
ND→ X ²⁽⁵⁾ =44.669, p=0.000, Post-hoc:5<1,3,5; 14<1,3,5; SD → F=8.546; p=0.000, Eta kare:0.228, Post-hoc: 1>5,7,10,14; 3>14												
Pozitif Duygulanım (PA)	36.99±9.26	38.93±9.04	38.32±9.01	39.23±8.10	39.20±9.61	40.46±8.47	39.81±10.41	40.14±7.88	42.33±8.49	40.66±8.24	42.02±9.62	40.33±8.04
t testi	-0.818 ^t		0.254		-1.294		-0.140 ^t		0.772 ^t		0.735 ^t	
p	0.417		0.800		0.201		0.889		0.443		0.465	
ND→ F=6.079, p=0.000, Eta kare=0.173, Post-hoc: 1<10; SD→ X ²⁽²⁾ =3.890, p=0.565												
NA (>42.5)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Olan	20 (66.7)	15 (50.0)	18 (60.0)	13 (43.3)	12 (40.0)	10 (33.3)	12 (40.0)	9 (30.0))	8 (30.0)	9 (30.0)	6 (20.0)	5 (16.7)
Olmayan	10 (33.3)	15 (50.0)	12 (40.0)	17 (56.7)	18 (60.0)	20 (66.7)	18 (60.0)	21 (70.0)	22 (73.3)	21 (70.0)	24 (80.0)	25 (83.3)
Ki kare testi	1.714 ^P		1.669 ^P		0.287 ^P		0.659 ^P		0.082 ^P		0.111 ^P	
p	0.190		0.196		0.592		0.417		0.774		0.739	
ND→ Cochran's Q= 41.481, p=0.000, Post-hoc=14-1,3; 10-1,3; 1-5,7; SD→ Cochran's Q= 16.441, p=0.006, Post-hoc=14-1,3												
PA (> 38.5)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n(%)
Olan	16 (53.3)	16 (53.3)	16 (53.3)	15 (50.0)	14 (46.7)	19 (63.3)	18 (60.0)	18 (60.0)	22 (73.3)	20 (66.7	22 (73.3)	18 (60.0)
Olmayan	14 (46.7)	14 (46.7)	14 (46.7)	15 (50.0)	16 (5.33)	11(36.7)	12 (40.0)	12 (40.0)	8 (26.7)	10 (33.3)	8 (26.7)	12(40.0)
Ki kare testi	0.000 ^P		0.067 ^P		1.684 ^P		0.000 ^P		0.317 ^P		1.200 ^P	
p	1.000		0.796		0.194		1.000		0.573		0.273	
ND→ Cochran's Q=18.261, p=0.003, Post-hoc=5-10,14; SD→ Cochran's Q= 6.842, p=0.233												

4.12. Postpartum Depresyona İlişkin Bulgular

Tablo 4.14. normal ve sezaryen doğum grubu arasındaki EPDÖ puan ortalamalarını ve eşik değere göre değerlendirmesini göstermektedir. Buna göre normal ve sezaryen doğum grubundaki kadınların EPDÖ puan ortalamalarının 1. gün ($6.27 \pm 4.90 - 4.94 \pm 4.63$) ve 28. günde ($5.57 \pm 4.98 - 4.94 \pm 3.53$), sezaryen olan kadınlarda ise 14. günde ($5.98 \pm 4.90 - 6.54 \pm 4.35$) biraz yüksek olduğu, ancak gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$). Grupların kendi içinde yapılan değerlendirmelerinde ise normal doğum grubundaki kadınların EPDÖ puan ortalamalarının günlere göre farklılık göstermediği ($p > 0.05$), sezaryen grubundaki kadınların EPDÖ puan ortalamalarının günlere göre değişim gösterdiği bulunmuştur ($p = 0.022$). Sezaryen grubunda farklılığı yaratan günleri tespit edebilmek için yapılan çoklu karşılaştırma testine göre 14. gündeki EPDÖ puan ortalamasının (6.54 ± 4.35) 1. gün (4.94 ± 4.63) ve 28. gündeki (4.94 ± 3.53) EPDÖ puan ortalamalarından daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Normal ve sezaryen doğum grubundaki kadınlar arasında postpartum depresyon riski olan kadın oranı 1. gün (%13-10) 14. gün (%13-10) ve 28. günde (%10-10) düşük ve benzer düzeylerde bulunmuştur ($p > 0.05$). Grup içi yapılan değerlendirmelerde ise hem normal doğum hem de sezaryen olan kadınların postpartum depresyon risk oranlarının günlere göre anlamlı bir değişim göstermediği bulunmuştur ($p > 0.05$).

Tablo 4.14. Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların EPDÖ puan ortalamaları ve eşik değere göre değerlendirilmesi

EPDÖ	Günler					
	1.		14.		28.	
	$\bar{X} \pm Ss$		$\bar{X} \pm Ss$		$\bar{X} \pm Ss$	
	ND	C/S	ND	C/S	ND	C/S
EPDÖ	6.27±4.90	4.94±4.63	5.98±4.90	6.54±4.35	5.57±4.98	4.94±3.53
t/z testi	1.076 ^t		-0,892 ^z		-0,156 ^z	
p	0.286		0,372		0,876	
ND→ $X^{2(2)}=0.698$, p=0.705; SD→ $X^{2(2)}= 7.673$; p=0.022, Post-hoc: 14>1,28						
PPD Riski	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Olan (≥12 puan)	4(13.3)	3(10.0)	4(13.3)	3(10.0)	3(10.0)	3(10.0)
Olmayan (≤ 11 puan)	26(86.7)	27(90.0)	26(86.7)	27(90.0)	27(90.0)	27(90.0)
Ki kare testi	0.000 ^{YD}		0.000 ^{YD}		0.000 ^{YD}	
p	1.000		1.000		1.000	
ND→ Cochran's Q=0.667, p=0.717; SD→ Cochran's Q=0.000, p=1.000						

*YD: Yates düzeltmesi, Cochran's Q: Cochran's Q testi; X^2 : Tekrarlı ölçümlerde Friedman, t: Bağımsız örneklem t testi, z: Mann Whitney U testi z değeri.

4.13. Annelerin DEQ ve EPDÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Tablo 4.15'te normal doğum grubunun DEQ ve EPDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki verilmiştir. Normal doğum grubunun 1. gün negatif duygulanım ile 1. gün EPDÖ puanı ($r= 0.531$, $p= 0.003$), 3. gün negatif duygulanım ile 1. gün ($r= 0.461$, $p= 0.001$) ve 14. gün ($r= 0.422$, $p= 0.020$) EPDÖ puanı, 5. gün negatif duygulanım ile 1. gün ($r= 0.536$, $p= 0.001$) ve 14. gün ($r= 0.538$, $p= 0.002$) EPDÖ puanı, 7. gün negatif duygulanım ile 1. gün ($r= 0.529$, $p= 0.003$) ve 14. gün ($r= 0.554$, $p= 0.001$) EPDÖ puanı, 10. gün negatif duygulanım ile 1. gün ($r= 0.391$, $p= 0.032$) ve 14. gün ($r= 0.533$, $p= 0.002$) EPDÖ puanı ve 14. gün negatif duygulanım ile 1. gün ($r= 0.580$, $p= 0.001$), 14. gün ($r= 0.499$, $p= 0.005$) ve 28. gün ($r= 0.407$, $p= 0.026$) EPDÖ puanı arasında pozitif bir ilişki vardır.

Normal doğum grubunun 1. gün pozitif duygulanım ile 1. gün ($r= -0.652$, $p= 0.000$) ve 14. gün ($r= -0.463$, $p= 0.010$) EPDÖ puanı, 3. gün pozitif duygulanım ile 1. gün ($r= -0.728$, $p= 0.000$) ve 14. gün ($r= -0.478$, $p= 0.008$) EPDÖ puanı, 5. gün pozitif duygulanım ile 1. gün ($r= -0.662$, $p= 0.000$) ve 14. gün ($r= -0.383$, $p= 0.037$) EPDÖ puanı, 7. gün pozitif duygulanım ile 1. gün ($r= -0.740$, $p= 0.000$) ve 14. gün ($r= -0.518$, $p= 0.003$) EPDÖ puanı, 10. gün pozitif duygulanım ile 1. gün EPDÖ puanı ($r= -0.541$, $p= 0.000$) ve 14. gün pozitif duygulanım ile 1. gün EPDÖ puanı ($r= -0.615$, $p= 0.000$) arasında negatif bir ilişki bulunmaktadır.

Tablo 4.15. Normal doğum yapan kadınların DEQ ve EPDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki

DEQ/Gün	Günler		
	1.	14.	28.
Negatif Duygulanım(NA)	r/p	r/p	r/p
1.	0.531^a /0.003**	0.232 ^b /0.218	0.138 ^b /0.466
3.	0.561^a /0.001**	0.422^b /0.020*	0.275 ^b /0.141
5.	0.536^a /0.001**	0.538^b /0.002**	0.258 ^b /0.169
7.	0.529^b /0.003**	0.554^b /0.001**	0.297 ^b /0.111
10.	0.391^a /0.032**	0.533^b /0.002**	0.327 ^b /0.078
14.	0.580^a /0.001**	0.499^b /0.005**	0.407^b /0.026*
Pozitif Duygulanım (PA)			
1.	-0.652^a /0.000**	-0.463^b /0.010*	-0.115 ^b /0.545
3.	-0.728^a /0.000**	-0.478^b /0.008**	-0.160 ^b /0.400
5.	-0.662^a /0.000**	-0.383^b /0.037*	-0.126 ^b /0.507
7.	-0.740^a /0.000**	-0.518^b /0.003**	-0.287 ^b /0.124
10.	-0.541^a /0.000**	-0.204 ^b /0.280	-0.050 ^b /0.792
14.	-0.615^a /0.000**	-0.225/0.231	-0.178 ^b /0.348

^a Pearson Korelasyon analizi, ^b Spearman Korelasyon analizi, *p<0.05, ** p<0.01.

Tablo 4.16. sezaryen doğum grubunun DEQ ve EPDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi göstermektedir. Sezaryen doğum grubunun 1. gün negatif duygulanım ile 1. gün ($r=0.500$, $p=0.005$) ve 14. gün ($r=0.551$, $p=0.002$) EPDÖ puanı, 3. gün negatif duygulanım ile 1. gün ($r=0.384$, $p=0.036$) ve 14. gün ($r=0.602$, $p=0.000$) EPDÖ puanı, 5. gün negatif duygulanım ile 14. gün ($r=0.729$, $p=0.000$) ve 28. gün ($r=0.459$, $p=0.011$) EPDÖ puanı, 7. gün negatif duygulanım ile 14. gün ($r=0.559$, $p=0.001$) ve 28. gün ($r=0.374$, $p=0.042$) EPDÖ puanı, 10. gün negatif duygulanım ile 14. gün ($r=0.491$, $p=0.006$) ve 28. gün ($r=0.452$, $p=0.012$) EPDÖ puanı ve 14. gün negatif duygulanım ile 14. gün ($r=0.443$, $p=0.014$) ve 28. gün ($r=0.535$, $p=0.002$) EPDÖ puanı arasında pozitif bir ilişki vardır.

Sezaryen doğum grubunun 1. gün pozitif duygulanım ile 1. gün ($r=-0.526$, $p=0.003$), 14. gün ($r=-0.495$, $p=0.005$) ve 28. gün ($r=-0.429$, $p=0.018$) EPDÖ puanı, 3. gün pozitif duygulanım ile 1. gün ($r=-0.411$, $p=0.024$) ve 14. gün ($r=-0.469$, $p=0.009$) EPDÖ puanı, 5. gün pozitif duygulanım ile 1. gün ($r=-0.488$, $p=0.006$), 14. gün ($r=-0.595$, $p=0.001$) ve 28. gün ($r=-0.481$, $p=0.007$) EPDÖ puanı, 7. gün pozitif duygulanım ile 1. gün ($r=-0.391$, $p=0.032$), 14. gün ($r=-0.457$, $p=0.011$) ve 28. gün ($r=-0.367$, $p=0.046$) EPDÖ puanı, 10. gün pozitif duygulanım ile 1. gün ($r=-0.494$, $p=0.006$), 14. gün ($r=-0.552$, $p=0.002$) ve 28. gün ($r=-0.442$, $p=0.014$) EPDÖ puanı ve 14. gün pozitif duygulanım ile 1. gün ($r=-0.510$, $p=0.004$), 14. gün ($r=-0.421$, $p=0.021$) ve 28. gün ($r=-0.469$, $p=0.009$) EPDÖ puanı arasında negatif bir ilişki bulunmaktadır.

Tablo 4.16. Sezaryen doğum yapan kadınların DEQ ve EPDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki

DEQ/Gün	EPDÖ/Gün		
	1.	14.	28.
Negatif Duygulanım (NA)	r/p	r/p	r/p
1.	0.500^a/0.005^{**}	0.551^a/0.002^{**}	0.135 ^a /0.478
3.	0.384^b/0.036[*]	0.602^b/0.000^{**}	0.261 ^b /0.163
5.	0.304 ^b /0.103	0.729^b/0.000^{**}	0.459^b/0.011[*]
7.	0.325 ^a /0.080	0.559^a/0.001^{**}	0.374^a/0.042[*]
10.	0.195 ^a /0.301	0.491^a/0.006^{**}	0.452^a/0.012[*]
14.	0.080/0.676	0.443^a/0.014[*]	0.535^a/0.002^{**}
Pozitif Duygulanım (PA)			
1.	-0.526/0.003^{**}	-0.495^a/0.005^{**}	-0.429^a/0.018[*]
3.	-0.411^a/0.024^{**}	-0.469^a/0.009^{**}	-0.299 ^a /0.108
5.	-0.488^a/0.006^{**}	-0.595^a/0.001^{**}	-0.481^a/0.007^{**}
7.	-0.391^a/0.032[*]	-0.457^a/0.011[*]	-0.367^a/0.046[*]
10.	-0.494^a/0.006^{**}	-0.552^a/0.002^{**}	-0.442^a/0.014[*]
14.	-0.510^a/0.004^{**}	-0.421/0.021[*]	-0.469^a/0.009^{**}

^a Pearson Korelasyon analizi, ^b Spearman Korelasyon analizi, *p<0.05, ** p<0.01.

5. TARTIŞMA

5.1. Normal ve Sezaryen Doğum Yapan Kadınların Bebeklerini Emzirme ve Besleme Durumuna İlişkin Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada 1. araştırma sorusuyla ilgili olarak (normal ve sezaryen doğum yapan kadınların postpartum özellikleri bakımından bir fark var mıdır?), normal doğum gerçekleştiren kadınların sezaryen doğum gerçekleştiren kadınlara göre bebeklerini ilk yarım saat içinde emzirdikleri ve ilk olarak anne sütü ile besleme oranlarının da daha fazla olduğu görülmüştür. Ülkemizde anneler bebeklerini %31-87 arasında değişen oranlarda ilk 30-60 dakika içinde emzirmeye başlamakta (Akın vd., 2021; Cömert ve Bingöl, 2021; Çakmak ve Dengi, 2019; HÜNEE, 2019; İnce vd., 2017; Yeşilçiçek Çalık vd., 2017; Yılmaz Esencan vd., 2018; Yılmaz vd., 2017) ve ilk besin olarak %50-76 oranında sadece anne sütü vermekte (Cömert ve Bingöl, 2021; Yeşilçiçek Çalık vd., 2017; Yılmaz Esencan vd., 2018), ancak %14-42 arasında emzirme öncesi ek gıda vermektedir (Cömert ve Bingöl, 2021; HÜNEE; 2019; İnce vd., 2017; Yeşilçiçek Çalık vd., 2017). Çalışma bulgularına paralel olarak Güler ve Yanikkerem (2018), vajinal doğum sonrasında annelerin %85.9'unun daha erken emzirmeye başladığını saptamışlardır. Bilgin Şahin ve Cengiz Özyurt (2017), ilk bir saatte emzirme oranlarının vajinal doğumda %88.1, sezaryen doğumda %72.8 olduğunu bildirmişlerdir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada bebeğin ilk emzirilme zamanı ortalaması çalışma grubunda 83.13 dakika, kontrol grubunda ise 126.52 dakika bulunmuştur (Erenel ve Eroğlu, 2005). Benzer şekilde Brubaker vd. (2018), vajinal doğum gerçekleştiren kadınların sezaryen doğum yapanlara göre bebeklerini daha erken beslediklerini bulmuşlardır. Albokhary ve James (2014), doğumdan sonra 24 saat içinde vajinal doğum gerçekleştiren kadınların emzirmeye başlama, sezaryen doğum gerçekleştiren kadınların ise formül mama vermeye başlama olasılıklarının daha fazla olduğunu ortaya koymuşlardır. Mekonen vd. (2018), vajinal doğum gerçekleştiren kadınların sezaryen doğum gerçekleştiren kadınlara göre emzirmeye başlama olasılıklarının 4.1 kat daha fazla olduğunu saptamışlardır. Exavery vd. (2015), sezaryen doğum yapanların vajinal doğum yapanlara göre doğumdan sonraki bir saat içerisinde emzirmeye başlama oranının %78 daha az olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmadan elde edilen bulgular literatürle benzerlik göstermekte olup, annelerin bebeklerini ilk olarak sadece anne sütü ile besleme eğiliminde olduklarını, ancak sezaryen sonrası ilk bir saat içerisinde emzirmeyi başlatabilmeleri için desteklenmeleri gerektiğini

ortaya koymaktadır. Her ne kadar araştırmanın yapıldığı hastanede hemşire ve ebeler tarafından emzirme eğitimi verilse de bulgular sezaryen olan annelere verilecek desteğin artırılmasına olan gereksinimi göstermektedir.

Bu çalışma sonucunda normal doğum yapanların sezaryen doğum yapanlara göre doğum sonrası ilk 28 günde sadece anne sütü ile besleme oranlarının daha fazla olduğu, 1. günde anlamlı olmak üzere diğer tüm günlerde sezaryen olan annelerin anne sütü yanında mama verdiği, bununla birlikte normal doğum gerçekleştiren kadınların 1. güne göre 3-28. günlerde ek gıda verme oranlarının arttığı saptanmıştır. Türkiye’de ilk 6 ayda sadece anne sütü verilmesi ile ilgili olarak ilerleme kaydedilmesine rağmen, 2025 hedefinin gerisinde olduğu görülmektedir Ülkemizde yenidoğanların %41.7’sine yaşamın ilk üç gününde anne sütü dışında sıvılar veya yiyecekler verildiği ve annelerin %42’sinin emzirme öncesi anne sütü dışında ek gıda verdiği belirtilmektedir. TNSA 2018’e göre 0-1 aylık çocukların sadece anne sütü ile besleme oranı %59, anne sütü ve ek gıda verme oranı ise %1.7’dir (HÜNEE, 2019). Turan ve Bozkurt (2020), vajinal doğum gerçekleştiren annelerin sezaryen doğum yapanlara göre doğumdan hemen sonra kucağına aldıklarını ve bebeklerini daha erken emzirdiklerini saptamışlardır. Akın ve Erbil (2020), doğum şeklinin erken dönemde yenidoğan beslenmesi konusunda etkili olduğunu, vajinal doğum gerçekleştiren kadınların sezaryen doğum gerçekleştiren kadınlara oranla daha erken ve etkin emzirmeye başladığını, sezaryen sonrası insizyon bölgesindeki ağrı nedeniyle annelerin kendileri daha yorgun hissettiğini ve emzirmeyi istemediklerini, vajinal doğumda ise yorgunluk ve epizyotomi kaynaklı ağrı nedeniyle emzirme sorunları yaşadıklarını belirtmişlerdir. Çitil Canbay (2018), sezaryen sonrası bebeklerin %38.8’inin ilk 2 saat içinde ve sadece %16.4’ünün ilk yarım saat içinde emzirilmeye başlandığını, %66.4’ünün bebeklerini ilk altı ayda biberon ve %47.4’ünün kaşık ile beslediklerini, ilk 6 ayda bebeklerin %78.9’una su, %55.9’una hazır mama ve %25.7’sine yemek suyu verildiğini, %47.4’ünün de sütü yetmediği için ek gıda verdiğini saptamışlardır. Cantürk ve Akgün Kostak (2020), vajinal doğum gerçekleştiren annelerin %73.3’ünün ilk 30 dakika içinde, %13.6’sının ilk 1 saatte, %13.1’inin bir saatten daha uzun sürede bebeğini emzirdiğini, %90.5’inin bebeğine ilk besin olarak anne sütü verdiğini, %5’inin hazır mama ve %4.5’inin şekerli su verdiğini, sezaryen olan kadınların ise %1.4’ünün ilk 30 dakika içinde, %8.1’inin ilk bir saat içinde, %90’ının bir saatten daha uzun sürede emzirdiğini, %81.9’unun bebeğine ilk besin olarak anne sütü verdiğini, %12.2’sinin hazır mama ve %5.9’unun şekerli su verdiğini saptamışlardır. Yakar vd.

(2020), ilk 6 ayda sadece anne sütüyle besleme oranını %33.3 bulmuş ve sezaryenin önemli bir risk faktörü olduğunu belirtmişlerdir. Ketan Edis (2021), sezaryen sonrası yenidoğanın bakımı, annenin kendine gelmesi, rahatlığının sağlanması gibi nedenlerle anne ve bebeğin ayrıldığını ve sezaryen sonrası yaşanan sorunların annenin emzirme konusunda daha stresli hissetmesine ve emzirme başarısının düşmesine yol açtığını, bu nedenle sezaryen sonrası anne ve yenidoğanın tensel temasının sağlanarak emzirmenin desteklenmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Sezaryen doğumlarda ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslememe riski 1.98 kat daha fazladır (Aslantekin Özçoban, Karaman ve Çevik, 2021). Yisma vd. (2019), sezaryenin vajinal doğuma göre %46 oranda emzirmeye geç başlamaya neden olduğunu ve küçük bir oranda olsa ilk 6 ayda sadece anne sütü ile besleme oranını azalttığını saptamışlardır. Sezaryen, emzirmeyi bırakma riskini 1.6 kat artırmaktadır (Hobbs vd., 2016). Li vd. (2021), sezaryenin emzirmeye erken başlamama ve ilk 6 ayda erken sonlandırmanın önemli bir nedeni olduğunu vurgulamaktadır. Literatürle benzer şekilde bu çalışmada sezaryen doğum yapanların emzirmeye geç başlamaları ve 1. günden itibaren anne sütüne ek olarak mama vermeleri, normal doğum yapanların 3. günden sonra ek gıda oranlarını artırmaları, ülkemizde annelerin doğum sonrası ek gıdaya bir ay içinde veya daha erken sürede başladığını ve emzirmeyle ilgili geleneksel uygulamaların devam ettiğini belirten çalışmaları desteklemektedir. Literatürde belirtildiği gibi sezaryen grubunda ek gıdaya başlama oranının daha fazla olması, sezaryen nedeniyle oluşan ağrı ve anestezi etkileri ve ilk günlerde annelerin sütlerinin yetersiz olduğu düşüncesi ile açıklanabilir. Çalışma sonuçları, annelerin emzirme eğitimlerinde mama ile beslemenin sakıncalarının vurgulanmasına ve anne sütünü artırıcı uygulamalar açısından desteklenmelerine olan gereksinime işaret etmektedir. Sonuçlar gerek normal doğum gerekse sezaryen olan kadınların anne sütü yanında mama ile besleme davranışının ilk günlerden itibaren kültürel olarak yaygın bir davranış olduğunu desteklemekte ve doğum sonrası emzirme ve sadece anne sütü ile besleme oranlarının artırılması ve anne sütünü artırıcı uygulamalar için sürekli desteğin sağlanması gerektiğine dikkat çekmektedir.

Bu çalışmada normal doğum yapan kadınların sezaryen doğum olanlara göre bebeklerini daha düzenli emzirdikleri, ancak aradaki farkın anlamlı olmadığı ve her iki gruptaki kadınların 1. günde orta olan emzirme başarılarını 3. günden itibaren iyi-çok iyi olarak değerlendirdikleri bulunmuştur. Bu çalışma sonuçlarını destekler şekilde Turan ve Bozkurt (2020), vajinal doğum yapan annelerin bebeklerini (10.14 ± 6.02), sezaryen

doğum gerçekleştiren annelere (8.46 ± 4.33) göre daha fazla emzirdiklerini saptamışlardır. Sezaryen, annelerin ilk emzirmeye başlamaları kadar emzirme düzenlerini de etkileyebilmektedir (Rabiepoor vd. 2017). Sezaryen doğumlarda (9.21) emzirme sıklığı normal doğum (9.33) yapanlara göre daha az (Mokhtari Sorkhani vd., 2021) ve emzirme başarıları düşük (Akkuş ve Çoban, 2023) bulunmuştur. Kılıcı ve Çoban (2016) tarafından yapılan çalışmada erken postpartum dönemde emzirme başarısı yüksek olan annelerin vajinal yolla doğum yaptığı bildirilmiştir. Evcil ve Zoroğlu (2020), LATCH ölçeği puan ortalamasının 6.64 ± 1.9 olduğunu ve normal doğumun emzirme başarısını artırdığını saptamışlardır. Sezaryen sonrası annenin yaşadığı sorunlar emzirme konusunda daha stresli hissetmesine ve emzirme başarısının düşmesine neden olabilmektedir (Keten Edis, 2021). Yurt dışında %80.4'ünün vajinal doğum yaptığı deneysel bir çalışmada; emzirme öz-yeterlilik müdahale grubunda sadece bir kadının 6 haftada, kontrol grubunda ise iki kadının 1 haftada, bir kadının da 2 haftada emzirmeyi bıraktığı görülmüştür (Lucas vd., 2019). Li vd. (2021), sezaryenin ilk 6 ayda emzirmeyi erken sonlandırmada önemli rol oynadığını belirlemişlerdir. Yisma vd. (2019), sezaryenin ilk 6 ayda sadece anne sütü ile besleme oranında küçük bir etki yarattığını bildirmişlerdir. Buna karşın Ergezen vd. (2021), 102 annenin emzirme başarısı puan ortalamasının 8.38 ± 1.53 olduğunu ve doğum şekli ile emzirme öz yeterliliği ve LATCH puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirlemişlerdir. Aydın ve Aba (2021) da emzirme başarısı puan ortalamasının 8.38 ± 1.53 olduğunu ve doğum şekli ile emzirme öz yeterliliği arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bildirmişlerdir. Bu çalışmada literatürde bildirildiği gibi normal doğum yapan kadınların daha fazla emzirdiği ve doğum şeklinin emzirme sıklığı ve başarısını etkilemediği bulunmuştur. Bulgular, her iki gruptaki kadınların kültürel olarak düzenli emzirme davranışında bulunduklarını ve annelerin emzirme deneyimi kazandıkça emzirme başarılarını iyi olarak algıladıklarını göstermektedir. Bu çalışmada emzirme başarısı annelerin değerlendirmesine dayandığından, LATCH kullanılarak yapılacak çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilebilir. Bununla birlikte, çalışma sonuçları annelerin ilk üç gündeki emzirme başarısı algılarını artırmak için verilecek emzirme desteğinin önemine de dikkat çekmektedir.

Bu çalışma sonucunda normal doğum yapan kadınların sezaryen olan kadınlara göre gündüz emzirme sayı ve sürelerinin daha fazla olduğu, gruplar arası farkın gündüz emzirme sayısı için 3. ve 10. günlerde, gündüz emzirme süresi için de 14. günde anlamlı olduğu görülmüştür. Gündüz emzirme sayılarının, normal doğum yapan kadınlarda 5.

günde sonraki günlere ve ilk 14 günde 28. güne göre, sezaryen olanlarda ise 1. günde 7-28. güne ve 1-14. günlerde de 28. güne göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Gündüz emzirme sürelerinin ise her iki grupta da 3. güne göre sonraki günlerde daha fazla olduğu bulunmuştur. Çalışmada normal doğum yapanların sezaryen olanlara göre 14. gün geceleri daha az sayıda emzirdiği, bununla birlikte normal doğum grubunun ilk haftada 10. ve 14. güne göre, sezaryen olanların ise ilk haftada 10-28. günlere göre daha fazla sayıda emzirdiği, her iki grubun gece emzirme sürelerinin benzer olduğu ve 3. günden sonra gece emzirme sürelerinin arttığı görülmüştür. Ülkemizde Erenel ve Eroğlu (2005)'nin yaptıkları çalışmada, gündüz emzirme sayısı ortalaması çalışma grubunda 7.7, kontrol grubunda 7.8, gece emzirme sayısı ortalaması ise çalışma grubunda 4.7, kontrol grubunda 3.3 olarak bulunmuştur. Gündüz emzirme süresi ortalaması çalışma grubunda 130 dakika, kontrol grubunda 75 dakika, gece emzirme süre ortalaması çalışma grubunda 75.3 dakika, kontrol grubunda 32.1 dakika bulunmuştur (Erenel ve Eroğlu, 2005). Başka bir çalışmada 6. ayını tamamlayan deney grubu annelerinin %50'sinin bebeklerini her istediğinde, %40.5'inin günde 5-8 kez emzirdiği, 6 aydan küçük bebeklerin oluşturduğu kontrol grubu annelerinin %42.3'ünün de bebeklerini her istediğinde ve %40.4'ünün günde 5-8 kez emzirdiği saptanmıştır. Deney grubu annelerinin çoğunluğu (%59.5) her emzirmedi 10 dakika ve üzerinde emzirirken, kontrol grubu annelerinin çoğu (%65.3) 10 dakikadan az emzirmişlerdir (Şahin vd., 2012). Turan ve Bozkurt (2020), vajinal doğum yapan annelerin bebeklerini ortalama 10.14 ± 6.02 kez, sezaryen doğum yapan annelerin ise 8.46 ± 4.33 kez emzirdiklerini, Mokhtari Sorkhani vd. (2021), sezaryen doğumda emzirme sıklığının 9.21, normal doğumda 9.33 olduğunu ve Rabiepoor vd. (2017), sezaryenin emzirme düzeninde etkili olabileceğini belirtmektedirler. Etkin bir emzirme için annelerin bebeklerini günde 8-12 kez aralığında emzirmeleri (Çökelek, 2017) ve emzirme sürelerinin de 10-30 dakika arasında olması gerekmektedir (Çökelek, 2017; Gür, 2019). Bu araştırmada da annelerin gündüz ve gece emzirme sürelerinin istendik şekilde olduğu, literatürde belirtildiği gibi özellikle normal doğum gerçekleştiren kadınların sezaryen olan kadınlara göre gündüz ve gece emzirme sayısı ve sürelerinin daha iyi olduğu, ancak sezaryen olan annelerde daha fazla olmak üzere ilk iki haftada, özellikle ilk günlerde gündüz ve gece emzirmeleri açısından destek gereksinimi olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada doğum sonrası 28 günlük dönemde normal ve sezaryen doğum yapan kadınların bebek ağırlıklarının benzer olduğu, normal doğum yapan kadınların

bebek ağırlıklarının 1. günde 14. ve 28. güne, 5. günde 7-28. güne, 10. günde 14. ve 28. güne ve 14. günde 28. güne göre, sezaryen doğum yapanların ise 5. günde 7-28. güne, 10. günde 14. ve 28. güne, 1. günde 14. ve 28. güne ve 14. günde 28. güne göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu çalışmanın sonuçlarıyla benzer şekilde İnce vd. (2017)'nin yaptığı araştırmada bebeklerin ortalama doğum ağırlığı 3351.59 ± 456.97 gr bulunmuştur. Ülkemizde PPD görülme durumuna göre bebeklerin vücut ağırlıklarının karşılaştırıldığı çalışmada, 3. ayda PPD açısından riskli grupta olan annelerin bebeklerinin ağırlıkları ile doğumda ve izleyen tüm aylarda emzirme oranlarının daha düşük olduğu bulunmuştur (Dönmez ve Bükülmez, 2015). Bu çalışmada bebek ağırlıklarının ilk beş günde hafif düzeyde azalıp, 7. günden itibaren arttığı görülmüştür. Bu durum literatürde vurgulandığı gibi yenidoğanların ilk zamanlarda olağan ağırlık kaybından ve zaman içinde emzirme deneyimini kazanmalarından kaynaklanmaktadır. Her iki grupta da ilk iki haftada sonraki günlere göre daha az ağırlık kazanmaları, annelerin ilk zamanlarda etkin emzirme yapamadıklarını düşündürmektedir. Yılmaz vd. (2018), doğum sonu ilk hafta içinde annelerin emzirme desteğine, bebeğin alt bakımına ve bebeğe ait tehlike belirtilerini anlamaya yönelik gereksinimleri olabileceğini belirtmişlerdir.

Bu araştırmada doğum sonrası 7. günde normal doğum yapan kadınların sezaryen olan kadınlara göre bebeklerini daha fazla oranda sakin/uykulu olarak tanımladıkları, ancak bebeklerini huzursuz/ağlayan/uykusuz olarak tanımlama oranının normal doğum grubunda 1. günde 7-14. günlere, 3. günde 28. güne göre ve sezaryen doğum grubunda 3. günde 28. güne göre daha fazla saptanmıştır. Sezaryen sonrası postoperatif dönemde ağrı-acı ve emzirme ile öz aktiviteleri yerine getirmede sorun yaşanmakta ve sağlık profesyonellerinin desteğine ihtiyaç artmaktadır (Kaya Odabaş ve Taşpınar, 2021). Amanak ve Karaçam (2018) da sezaryen doğum yapan kadınların sezaryen sonrasında hareket etme güçlüğü nedeni ile bebeğini beslemede (%89.4), alt (%44.3) ve vücut (%41.3) temizliği yapmada, giydirmede (%40.9), gazını çıkarma ve uygun pozisyonda tutmada (%29.4), göbek bakımı yapmada (%31.9) ve uyutmada (%25.1) sorun yaşadıklarını saptamışlardır. Sezaryenin etkisi ve yaşanan bu sorunlara bağlı sezaryen sonrası bebeklerin huzursuz olarak tanımlanması beklenebilir. Yıldız ve Boyacı (2019), taburculuk öncesi kadınların %20'sinin emzirme, %6'sının banyo yaptırma ve %5'inin kolik ağrısıyla baş etme konusunda bilgi alma isteğinin olduğunu bildirmişlerdir. Başka bir çalışmada da %65 oranında bebek bakımı ve beslenmesi konusunda destek bekledikleri saptanmıştır (Gülşen ve Merih, 2018). Bulgular, sezaryen doğumlarda daha

fazla olmak üzere her iki gruptaki kadınların doğum sonrası ilk 3-7 günde bebeklerini sakin/uykulu ya da huzursuz/ağlayan/uykusuz olarak tanımlama nedenleri ile anne-bebek etkileşimlerinin değerlendirilmesi ve emzirme ve anne sütü ile besleme açısından desteklenmesi gerektiğine işaret etmektedir. Anneler için anne-bebek bağlanmasına yönelik girişimler taburculuk sonrası postpartum dönemde de desteklenmeli ve etkili emzirmenin devamlılığı sağlanmalıdır. Ayrıca, doğum öncesi eğitimlerle bebek bakımına yönelik eğitimler verilerek annelerin bilgilendirilmesi sağlanabilir.

5.2. Normal ve Sezaryen Doğum Yapan Kadınların Doğum Sonrası Uyku Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu araştırma sonucunda normal doğum grubundaki kadınların ilk beş gündeki, sezaryen doğum grubundaki kadınların ise ilk yedi gündeki uyku sürelerinin daha az, uyku kalitelerinin daha kötü olduğu, özellikle 1. günde normal doğum grubunun (182.0 ± 75.12 dakika: 3 saat), sezaryen grubuna göre daha az uyuduğu (230.0 ± 97.35 dakika: 3.8 saat), 28. günde sezaryen grubunun (%90) normal doğum grubuna (%66.7) göre daha kaliteli uyudukları, her iki grubun 7. günden itibaren gece uykularının ve uyku kalitelerinin arttığı ve kestirme sürelerinin azaldığı bulunmuştur. Ayrıca her iki gruptaki kadınların 1. günde 6 kez, 3. günde 5 kez, 5. ve 7. günde 4 kez ve 10. günden itibaren yaklaşık 3 kez uyandıkları, bununla birlikte normal doğum grubunun ilk üç günde, sezaryen grubunun ise ilk 7 günde sonraki günlere göre bebeklerini beslemek için gece daha sık uyandıkları bulunmuştur. Çalışma bulguları ile benzer şekilde literatürde de doğum sonrası annelerin uyku gereksinimlerine dikkat çekilmektedir. Bu konuda ülkemizde 104 anne ile yapılan bir çalışmada %38.4'ünün uyku ve dinlenme ihtiyaçlarının varlığından söz edilmiştir (Gülşen ve Merih, 2018). Başka bir çalışmada da 158 annenin (%33.2) uyku sorunu yaşadığı belirtilmiştir (Bayri Bingöl ve Demirci Bal, 2021). Özen vd. (2018)'nin 240 kadın ile yaptıkları çalışmada, 80 postpartum dönemdeki kadının %82.5'inin kötü uyku kalitesine sahip olduğu ve %26.2'sinin gündüz saatlerinde aşırı uykulu olduğu bulunmuştur. İzmir'de postpartum 42. günde olan 122 anne ile yapılan çalışmada, 0-21 puan alınan ölçek kullanılmış ve annelerin ölçek puan ortalaması 7.46 ± 3.13 bulunmuştur. Bu puan annelerin kötü uyku kalitesine sahip olduğunu göstermektedir. Çalışmada alınan sosyal desteğin annelerin uyku kalitesini etkilemediği belirtilmektedir (Bay ve Soğukpınar, 2019). Yurtdışında ilk kez anne olacak 30 anne ile yapılan bir çalışmada annelerin uyku düzenleri, toplam uyku süreleri, uyanık olma nedenleri ve yorgunluk düzeyleri incelenmiştir. Annelerin ilk 48 saat hastanedeyken

toplam uyku süresi ortalaması 9.7 saat bulunmuştur. Toplam uyku süresinde sadece emzirmenin etkili olduğu bulunmuştur. Çalışmadaki emziren anneler, biberon ile besleyen annelere göre 2.6 saat daha uzun süre uyumuşlardır (Hughes vd., 2018). Yurtdışında 30 kadının dört farklı zamanda (gebeliğin 33. haftası ve postpartum 2., 6. ve 16. haftalar) değerlendirildiği çalışmada, annelerin toplam uyku süresi, uyku etkinliği, kestirme sayısı ve kestirme süresine bakılmıştır. Toplam uyku süresi ortalaması gebeliğin 33. haftasında 6.8 ± 1.3 saat, postpartum 2. haftada 6.2 ± 0.8 saat, 6. haftada 6.3 ± 0.9 saat ve 16. haftada 6.5 ± 1.0 saattir. Uyku etkinliği ortalaması gebeliğin 33. haftasında $\%82.9 \pm 8.5$ iken, postpartum 2. haftada $\%72.4 \pm 6.9$, 6. haftada $\%74.8 \pm 6.5$ ve 16. haftada $\%82.7 \pm 5.4$ olarak bulunmuştur. Doğumla birlikte gebelikteki uyku süresi ve uyku etkinliği azalmış, postpartum dönemde zamanla artmış, ancak gebelikteki seviyesine ulaşamamıştır. Kestirme sayısı ortalaması gebeliğin 33. haftasında 2.3 ± 2.0 , postpartum 2. haftada 2.5 ± 1.7 , 6. haftada 2.1 ± 1.6 , 16. haftada 1.8 ± 2.4 , kestirme süresi de gebeliğin 33. haftasında 51.3 ± 35.5 dakika, postpartum 2. haftada 49.8 ± 31.1 dakika, 6. haftada 49.0 ± 36.7 dakika, 16. haftada 57.1 ± 63.4 dakika bulunmuştur (Sharkey vd., 2016). Bu çalışmada kadınların 1. ve 3. gün uyku süreleri Hughes vd. (2018)'nin ilk 48 saatteki sonucuna göre çok daha düşük bulunmuştur. Uludağ vd. (2022), bebek bakımıyla ilgili uyku problemleri, fiziksel semptomlar ile iyi uyku kalitesinin kadının fiziksel ve mental yorgunluğunu yordayan önemli değişkenler olduğunu bildirmişlerdir. Normal doğum grubunun sezaryen grubuna göre 1. günde daha az uyumaları ve 28. günde uyku kalitelerini daha az oranda iyi bulmaları, kadınların epizyotomi gibi girişimlere bağlı olarak yaşadıkları rahatsızlıkları ve buna bağlı etkin emziremediklerini akla getirmektedir. Uyku süresi ve kalitesinin bir haftadan sonra artması, ilerleyen günlerde annelerin kendileri ve bebek sorunlarının azalması ile eş ve aile desteğine bağlı olabilir. Normal doğum grubunun ilk beş günde, sezaryen grubunun da ilk 7 günde ilerleyen günlere göre uyku ile ilgili sorunlar yaşamaları ve gece beslemelerinin artması, özellikle bu günlerde olmak üzere postpartum ilk bir ayda annelere ve destek olan kişilere sağlık profesyonelleri tarafından hastanede ve taburculuk sonrası evde telefon, ev ziyareti vb. yollarla sürekli emzirme eğitimi ve desteği verilmesi ve uyku-dinlenmeleri için aile ve eş desteğinin artırılmasının önemini göstermektedir.

5.3. Normal ve Sezaryen Doğum Yapan Kadınların Doğum Sonu Eğitim Almak İsteddiği Konulara İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu araştırmada normal ve sezaryen doğum yapan kadınların en fazla emzirme teknikleri, ek gıda ve meme bakımı konusunda eğitim almak istedikleri görülmüştür. Yıldız ve Boyacı (2019) çalışmasında en çok yenidoğan beslenmesi konusunda bilgi ihtiyacı olduğunu ve taburcu olmadan önce annelerin en çok emzirme konusunda bilgi almak istediklerini belirlemişlerdir. Aynı şekilde Altuntuğ ve Acar (2011), annelerin doğum sonu eğitim ihtiyacı olarak belirttiği ilk iki konunun yenidoğan hastalıkları ve yenidoğan beslenmesi olduğunu saptamışlardır. Yıldız ve Boyacı (2019), taburculuk öncesi kadınların en çok (%20) emzirme konusundaki bilgi alma isteğine ve bebek beslenmesi konusundaki bilgi açıklarına dikkat çekmişlerdir. Gülşen ve Merih (2018), annelerin %65 oranında bebek bakımı ve beslenmesi konusunda destek beklediklerini bildirmişlerdir. Bununla birlikte Türkmen ve Özbaşaran (2017), doğum sonu dönemde annelerin %75.6'sının emzirme, %61'inin anne beslenmesi, %64.2'sinin bebek beslenmesi, %60.2'sinin bebeğin gazını çıkarma, %55.3'ünün meme bakımı, %32.5'inin doğum sonrası egzersiz ve %47.2'sinin sağlık merkezine gelmesi gereken acil durumlar hakkında bilgi aldıklarını belirtmişlerdir. Dağ vd. (2013) vajinal doğum yapmış 110 kadına taburcu olmadan önce en fazla bebeğin gazının çıkarma (%47.3), bebeğin alt temizliği (%46.4) ve göbek bakımı (%40.9), en az da lohusalık egzersizleri (%87.3) konusunda bilgi verildiğini belirlemişlerdir. Bu çalışmada da her iki gruptaki kadınların emzirme ve meme bakımı konusunda eğitim isteklerinin olması önemlidir ve hastanede ve taburculuk sonrası evde eğitimlerin sürekliliğinin sağlanması gerektiğine dikkat çekmektedir. Annelerin bebeklerinin ağırlıkları, emzirme sayı ve süreleri, annede yaşanan meme sorunları da göz önüne alındığında bu konularda desteklenmeye gereksinimleri olduğu söylenebilir.

5.4. Normal ve Sezaryen Doğum Yapan Kadınların Doğum Sonrası Eş ve Sosyal Destek Sistemlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların büyük oranda doğum sonu döneme hazır hissettikleri, doğum sonu dönemde anne ve bebek bakımına normal doğum ve sezaryen doğum olarak sırayla en fazla eş (%80-73.3), anne (%40-53.3) ve kayınvalide (%43.3-16.6) desteği alındığı görülmüştür. Postpartum dönemde 1. sırada alınan eş desteğinin normal doğum grubunda daha az, 1. gündeki eş desteğinin sonraki günlere göre daha fazla olduğu, sezaryen doğum grubunda ise 1. gündeki eş desteğinin 14. ve 28.

güne göre daha fazla sağlandığı bulunmuştur. Her iki gruptaki kadınlar eş desteğini %60-80 oranında iyi/çok iyi olarak değerlendirmişlerdir. İkinci sırada alınan anne desteğinin sezaryen doğum grubunda daha fazla ve 10., 28. günlerde aradaki farkın anlamlı olduğu, üçüncü sırada alınan kayınvalide desteğinin ise normal doğum grubunda daha fazla ve 5. günde anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. Kadınların destek aldıkları konular değerlendirildiğinde, normal ve sezaryen doğum yapan kadınların büyük çoğunluğunun doğum sonrası bebek bakımı, fiziksel destek (ev işi, çocuk bakımı, alışveriş vb.) ve beslenme, yarıdan daha azının ise emzirme, duygusal-psikolojik destek, ayağa kalkma, yürüme, tuvalet ihtiyacına yardım etme ve kişisel-perine hijyeni konularında destek aldıkları görülmüş ve 3. ve 28. günde beslenme, 5. günde de ayağa kalkma, yürüme, tuvalet ihtiyacına yardım etme konusunda destek alma oranında sezaryen grubun lehine anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Her iki grup için de beslenme konusunda destek alma oranının 1. ve 3. günlerde 10. ve 28. günlere göre ve ayağa kalkma, yürüme, tuvalet ihtiyacına yardım etme konusunda ise 1. günde destek alma oranının diğer günlere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bunun dışında normal doğum grubunun 1. günde, sezaryen grubunun ise ilk beş günde sonraki günlere göre daha fazla oranda emzirme desteği aldıkları saptanmıştır. Alınan desteklerin her iki grupta da 24 saat olduğu (%66.6-73.7) ve alınan desteklerden oldukça ve çok memnun oldukları (%66.6-76.6) görülmüştür. Çalışma bulgularını destekleyecek şekilde Gülşen ve Merih (2018), 104 anne ile yaptıkları çalışmada %82.6 oranında vajinal doğum yapan annelerin %70.2 oranında eşinden, %22 oranında annesinden, %5.8 oranında kayınvalidesinden destek beklentisi içinde olduklarını, %65.4 oranında bebek bakımı ve beslenmesi ve %26.9 oranında ev işleri konusunda destek beklediklerini saptamışlardır. Ülkemizde 257 kadın (%72.8 normal doğum, %27.2 sezaryen doğum) ile yapılan bir çalışmada %75.1'inin postpartum bir ayda destek aldıkları, annelerin %43.5'inin anne, %24.9'unun abla, %20.2'sinin kayınvalide ve %11.4'ünün eşinden destek aldıkları bildirilmiştir (Arıkan ve Gözüyeşil, 2021). Yılmaz Esencan vd. (2018) kadınların en çok eş (%30.6) ve anne desteği (%2.2) aldıklarını belirlemişlerdir. Dağ vd. (2013), vajinal doğum yapmış annelerin %41.8'inin bebek bakımı konusunda kendilerine en çok yardım eden kişinin kayınvalideleri olduğunu belirtmişlerdir. Postpartum 5. haftada olan 245 annenin katıldığı retrospektif bir çalışmada, annelerin 4 hafta boyunca %66.1 oranında aileden, %18 oranında aile veya aile dışı bir kişiden sürekli destek-yardım aldıkları ve bu desteğe 8.1 ± 1.9 puan vererek değerlendirdikleri bulunmuştur (Elmas ve Tokat, 2016). İnce vd. (2017), kadınların %87.9'unun ev işlerine yardımcı olan bir yakınının olduğunu

belirlemişlerdir. Moshki ve Cheravi (2016), diğer destek sağlayıcılarından ziyade ailedeki bireylerin sağladığı desteği daha yüksek bulmuşlardır. Aksakallı vd. (2012), lohusaların %35.9'unun daha önceki doğumlarında bebek bakımı konusunda destek aldıklarını ve %65.9'unun şimdiki doğumlarında bebek bakımı konusunda destek alacaklarını ve bu desteği akrabalarından (anne, kayınvalide, eş, kız kardeş, görümce) sağlayacaklarını, ancak doğum sonu dönemde yeterli düzeyde destek göremediklerini bildirmişlerdir. Aydın vd. (2021) annelerin algıladığı eş desteğinin postpartum stres düzeyini azaltmada etkili olduğunu, Durmazoğlu vd. (2021) eş desteğinin emzirme oranlarını artırdığını, Uçar vd. (2022), sosyal destek, aile desteği ve arkadaş desteği ile özellikle eşin fiziksel, duygusal ve sosyal desteği arttıkça hastaneden taburculuğa hazır oluşluğun arttığını ve Ahmadpour vd. (2023) eş ve aile desteğinin maternal fonksiyonun güçlü prediktörleri olduğunu, Amanak ve Karaçam (2018) ise sezaryen doğum olan kadınların sorunlarına ilişkin özel bakımın planlanması gerektiğini bildirmişlerdir. Buna karşın Hergüner vd. (2014), vajinal doğum yapan 40 kadın ve sezaryen doğum olan 40 kadında yaptıkları çalışmada annelerin algıladıkları sosyal desteğin farklı olmadığını saptamışlardır. Çalışma sonuçları postpartum dönemde kadınların destek aldıkları kişiler, konular ve memnuniyet durumu bakımından benzerlik gösterdiğini ortaya koyan literatürü destekler yöndedir. Bulgular, kültürel olarak postpartum dönemde kadınlara sağlanan desteğin devam ettiğini ve bu desteğin olumlu algılandığını göstermesi açısından önemlidir. Bununla birlikte her iki gruptaki kadınların ve özellikle normal doğum grubunun 1. gün dışında aldıkları sosyal destek ile eş desteğinin sonraki günlerde azalması, primer destek olarak görülen eş, anne ve kayınvalide gibi destek sistemlerinin güçlendirilmesine ve kalitesinin artırılmasına olan ihtiyacı göstermesi bakımından anlamlıdır. Ayrıca doğum sonrası duygusal-psikolojik desteğin normal doğum yapan kadınların %46.6-30'u, sezaryen doğum yapan kadınların %62.1-42.3'ü tarafından alınması, bu konudaki yetersiz desteğe dikkat çekmektedir. Emzirme konusunda normal doğum grubunun ilk gün, sezaryen grubunun ise beş güne kadar destek almaları, özellikle sezaryen grubunun artan destek ihtiyacı nedeniyle doğum öncesi ve sonrası dönemde sürekli emzirme desteği sağlanması, bunun yanında mobilizasyon, tuvalet ihtiyacı ve kişisel-perine hijyeni konusunda destek verilmesi önemli olacaktır.

5.5. Normal ve Sezaryen Doğum Yapan Kadınların Postpartum Dönemde Kendileri ve Bebekleri ile İlgili Sorun Yaşama ve Sorunlarla Baş Etme Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu araştırmanın sonucunda normal doğum grubunun ilk 14 günde ve sezaryen grubunun ilk 10 günde diğer günlere göre daha fazla sorun yaşadıkları ve özellikle sezaryen grubunun 3., 5. ve 7. günlerde normal doğum grubuna göre daha fazla sorun yaşadıkları bulunmuştur. Epizyo/sezaryen bölgesinde ağrı ve enfeksiyon sorununu normal doğum grubunun ilk beş günde, sezaryen olanların ise ilk 10 günde çok fazla yaşadığı, her iki grubun da sütün yetersiz gelmesi ve erken kesilmesi sorunu ile karşılaştığı, bu sorunun normal doğum grubunda ilk üç günden sonra biraz artış gösterdiği, sezaryen grubunda ise 1. günden sonra belirgin bir artış gösterdiği görülmüştür. Her iki gruptaki kadınlar meme sorununu nispeten az yaşamışlardır. Doğum sonu 1. günde sezaryen olan kadınların normal doğum yapan kadınlara göre kendi bakımına zaman ayıramadıkları (%73.3-44.8), bu konuda her iki grubun da ilk üç günde diğer günlere göre daha fazla oranda sorun yaşadığı görülmüştür. Kendi bakımını yapamama ve zorlanma konusunda sezaryen olanların normal doğum yapanlara göre 5. gün (%9.5-46.6) ve 7. gün (%5.5-%33.3) daha fazla sorun yaşadığı, her iki grubun da ilk üç günde diğer günlere göre bu sorunu daha fazla yaşadıkları saptanmıştır. Diğer bir sorun olan annelik rolüne alışamama bakımından gruplar arasında fark olmadığı, her iki grubunda ilk üç günde 14. ve 28. günlere göre bu sorunu daha fazla yaşadıkları görülmüştür. Bu konuyla ilgili olarak ülkemizde ASM'lere başvuran 176 anne ile yapılan çalışmada da annelerin postpartum dönemde kendileriyle ilgili yaşadıkları sorunlar incelenmiş ve %79.5'i uyku ve dinlenmede, %52.3'ü meme bakımında, %50.6'sı duygusal baş etmede, %48.3'ü emzirmede, %45.5'i perine bölge bakımında, %41.5'i kabızlık, %39.8'i banyo yapmada, %30.1'i beslenmede ve %28.4'ü diğer çocukların bakımında sorun bildirmişlerdir (Bağcı ve Altuntuğ, 2016). Uğurlu vd. (2021), potpartum 1., 4-6. haftalar arasında annelerin en fazla sezaryen bölgesi veya perinede ağrı (%88.6-47.2), yetersiz uyku kalitesi/uykusuzluk (%87.1-64.3), sırt ağrısı (%49.2-45.0) ve kabızlık (%38.6-33.6) sorunu yaşadıklarını, sezaryen sonrası 1. günde ve bebeğine anne sütü dışında formül mama verenlerin 4-6. haftada fiziksel semptomları daha şiddetli deneyimlediklerini saptamışlardır. Sezaryen olan anneler postpartum erken dönemde kendilerine yönelik olarak ağrı (%54.9), hareket etmede zorlanma (%52,3), meme, besleme, gaz çıkışı (%42.1) ve dışkılama (%37) ile ilgili sorunlar yaşadıkları, hareket etme güçlüğü nedeni ile bebeği besleme (%89.4), alt (%44.3) ve vücut (%41.3) temizliği

yapma, giydirmeye (%40,9), gazını çıkarma ve uygun pozisyonda tutma (%29,4), göbek bakımı yapma (%31,9) ve uyutma (%25,1) konusunda sorun yaşamaktadırlar (Amanak ve Karaçam, 2018). Gülşen ve Merih (2018), annelerin doğum sonrası %38,4 oranında uyku ve dinlenmeye ihtiyaç duyduklarını, %17'sinde kabızlık ve distansiyon, %12,7'sinde perine bölgesi bakımında sorun, %11,5'inde banyo yapmada sıkıntı yaşadıklarını saptamışlardır. Kujawa Myles vd. (2015) vajinal doğum yapan annelerin en çok meme bakımı ve emzirmede sorun yaşadığını belirtmişlerdir. Shafaei vd. (2020)'nin yaptıkları çalışmada annelerin postpartum 15. günde en fazla meme başı çatlağı ve ağrısı sorunu yaşadıkları, ancak doğum öncesi 4 kez danışmanlık alan annelerin kontrol grubuna göre bu sorunu daha az yaşadıkları (müdahale grubu %46,3, kontrol %29,6), süt miktarlarının daha fazla olduğu (müdahale %85,2, kontrol %38,9) ve bebeklerinin uykusunun yeterli emzirmeyi etkilediği (müdahale %27,8, kontrol %22,2) bildirilmiştir. Çin'de yapılan bir çalışmada sezaryen doğum yapanların %63'ü emzirme, %38,9'u beslenme, %59,3'ü bağırsak, %57,4'ü idrar, %51,9'u aktivite, %77,8'i uyku sorunu yaşarken, vajinal doğum yapanların %32,1'i emzirme, %13,2'si beslenme, %54,7'si bağırsak, %60,4'ü idrar, %49,1'i aktivite ve %77,4'ü uyku sorunu yaşadıkları bildirilmiştir. Özellikle emzirme, beslenme, aile içi ilişkiler ve ağrı sorunlarının sezaryenle doğum yapanlarda vajinal yolla doğum yapanlara göre daha fazla görüldüğü elirltilmiştir (Qui vd., 2022). Bay ve Özerdoğan (2021), doğum sonrası sağlık personeli tarafından yapılan ev ziyaretleri ile emzirme, ten tene temas, vücut hijyeni, göbek kordonu, cilt bakımı, temel anne ve yenidoğan bakımıyla ilgili uygulamaların iyileştirilebildiği belirtilmektedir. Çalışma sonuçları literatürle benzerlik göstermekte olup, annelerin ilk iki haftada, özellikle taburculuk sonrası günlerde ve sezaryen grubunda, normal doğum grubunda da göz ardı edilemeyecek oranlarda kendileri ile ilgili önemli sorunlar yaşadıkları görülmüştür. Bulgular, taburculuk sonrası annelerin doğum şeklini de dikkate alarak kendileri ile ilgili sorunları açısından bugünlerde izlenmelerinin önemine işaret etmektedir.

Bu çalışmada normal ve sezaryen olan kadınların bebekleriyle ilgili sorun yaşama durumu açısından önemli bir farklılık olmadığı, normal doğum grubunun ilk 10 günde, sezaryen grubunun ise ilk 14 günde bu sorunu daha fazla yaşadığı görülmüştür. Bebekle ilgili olarak yaşanan sorunlar değerlendirildiğinde, düzensiz, az uyku, sık uyanma sorununun her iki grupta da ilk beş günde daha fazla olduğu, ancak gruplar arasında ve grup içinde günlere göre farklılığın anlamlı olmadığı saptanmıştır. Bebeğin yetersiz

emmesi, doymaması ve emerken huzursuz olması, ağlaması sorununun her iki grupta da benzer oranlarda yaşandığı, özellikle 1. günde diğer günlere göre daha yüksek oranda görüldüğü saptanmıştır. Bebeklerinde kolik ağrısı ve gaz sancısı görülme durumu da gruplara göre farklılık göstermemekte, ancak sezaryen grubunda 7. ve 14. günde 1. güne göre daha çok olduğu dikkati çekmektedir. Çalışmada normal doğum grubunun 7. günde bebeklerinde pişik sorunu yaşama oranının (%28.6) sezaryen grubundan (%14.8) fazla olduğu ve normal doğum grubunda ilk beş güne göre 14. günde pişik sorununun daha fazla olduğu görülmüştür. Bebek bakımında güçlük, zorlanma sorunu ile karşılaşan kadın oranı normal ve sezaryen grubunda anlamlı bir farklılık göstermemekle birlikte, sezaryende daha fazla olmak üzere her iki grupta da 1. günde 28. güne göre daha fazla oranda yaşandığı dikkati çekmiştir. Bağcı ve Altuntuğ (2016)'un yaptığı çalışmada da annelerin bebekleriyle ilgili olarak bakımlarında yaşadıkları sorunların şunlar olduğu bildirilmiştir; %30.7 emme sorunu, %53.4 uyku sorunu, %30.7 göbek bakımında sorun, %66.5 gaz sancısı, %23.3 cilt bakımı ve giydirmede sorun, %19.9 bebek aşılarının takibinde sorun. İstanbul'da 12 ilçede yapılan çalışmada, annelerin postpartum dönemde bebekle ilgili yaşadığı sorunlar araştırılmıştır. Annelerin sırasıyla “tek başıma bakarken kendime güvenemiyorum” ve “evden ayrılmam gerektiğinde bebeğe bakacak kimse yok” (%22.3), “bebeğime en iyi şekilde bakamam kaygısı yaşıyorum” (%19.7) ile “bebeğime bakarken güçlük yaşamıyorum” (%19.4) yanıtlarını verdikleri tespit edilmiştir (Karahan vd., 2017). Anneler en fazla yenidoğanın beslenmesi konusunda bilgiye ihtiyaç duymaktadır (Yıldız ve Boyacı, 2019). Lohusaların orta düzeyde öz bakım gücüne sahip olduğu, kendilerinin ve bebeklerinin bakımı ve beslenmesi konusunda sağlık davranışında yetersizlikler ve bilgi eksikliklerinin olduğu bildirilmiştir (Öztaş ve Sohbet, 2023). Normal doğumlara göre sezaryen doğumlar anne için olduğu kadar bebekler içinde önemli bir risk faktörüdür (Lupu vd., 2023). Sezaryen olan annelere ağrı yönetimi ve emzirme desteğinin sağlanması, anne-bebek iletişiminin sağlanması açısından son derece önemlidir (Jikijela vd., 2018). Literatürle benzer şekilde bu çalışmadaki kadınların da bebekleri ile ilgili önemli sorunlar yaşadıkları ve bu sorunları özellikle ilk günlerde ve ilk iki haftada daha fazla oranda yaşadıkları görülmüştür. Bu durumun önemli bir nedeni sezaryen ve normal doğuma bağlı ağrı, pandemi nedeniyle annelerin postpartum dönemde kendilerini toplumdan izole etmek durumunda kalmaları ve destek alma durumunun da bundan olumsuz etkilenmesi ile açıklanabilir. Bir diğer neden de özellikle ilk 1-2 haftada annelerin lohusalığa uyum süreci, yaşadıkları fiziksel sorunlar, etkin emzirememe ve ek gıda vermeye bağlı sorunlar olabilir. Elde edilen bulgular, pandemi dışında doğum şeklini

de dikkate alarak yoğun olarak bebekle ilgili sorun yaşanan günlerde, özellikle postpartum ilk 1-2 haftada bu sorunlar açısından izlenmeleri ve desteklenmeleri gerektiğini göstermektedir.

Bu çalışmada kadınların kendileri ve bebekleriyle ilgili sorunlarla baş etme durumu 5. gün dışında benzerlik göstermekte olup, 5. günde sezaryen doğum yapan kadınların normal doğum yapan kadınlara göre daha fazla birine danıştığı, sezaryen olanların ilk 10 günde ve normal doğum yapanların ilk üç günde birilerine daha fazla danıştığı görülmüştür. Her iki örneklem grubundaki kadınların doğum sonrası ilk 28 günde yaşanan sorunlarla baş etme yöntemlerinin benzer olduğu, daha çok eş ya da ailesiyle paylaşmayı seçerek baş ettikleri görülmüştür. Ülkemizde bu konuda yapılan bir çalışmada annelerin postpartum 4-8. haftada yaşadıkları sorun/zorluklarda destek aldıkları kişilerin aile (24.27 ± 4.57), arkadaş (22.04 ± 7.04) ve özel bir insan (21.43 ± 6.41) olduğu ve doğum sonrası yetersiz sosyal destek algılarının bulunduğu saptanmıştır (Mermer vd. 2010). Aksakallı vd., (2012) de annelerin yeterli destek göremediklerini bildirmişlerdir. Başka bir çalışmada annelerin %22.5'inin bebekleriyle ilgili sorun yaşadığı ve annelerin tamamının bu sorunlarla gebe okulunda aldığı bilgilerle baş ettiği belirlenmiştir. Annelerin %80'ninin bebek bakımı, %60'nını bebek beslenmesi, %37.5'inin çocuklarda ev kazaları ve ilk yardım, %7.5'inin yenidoğan hastalıkları ve gelişim aşamaları, %15'inin bebekle iletişim kurma, doğum sonu bakım ve aile planlaması, %12.5'inin bilgilerini pekiştirme, %7.5'inin cesareti artırma ve korkularını azaltmada gebe okulunun etkili olduğunu belirtmişlerdir (Gönenç ve Çakırer Çalbayram, 2017). Bu çalışmada Mermer vd.'nin çalışmasıyla benzer olarak sezaryen olanların ilk 10 günde, normal doğum yapanların ilk üç günde birilerine danışması ve her iki grubun sorunlarını ile eş ve aileyle paylaşmayı seçmeleri, çalışmanın pandemi döneminde yapılmasından kaynaklanabilir. Ayrıca, eş ve aile desteğinin sorunlarla baş etmede önemini ortaya koymaktadır. Bulgular, doğum sonrası dönemde kadınların, özellikle sezaryen grubunun kendileri ve bebekleri ile ilgili sorunlarla baş etme konusunda sağlık profesyonellerinden yeterli destek alamadıklarını düşündürmekte ve bu konudaki desteğin artırılmasına olan ihtiyaca dikkat çekmektedir. Ayrıca, en önemli destek kaynağı olan eş ve ailenin güçlendirilmesine yönelik planlamaların yapılması önemli olabilir.

5.6. Normal ve Sezaryen Doğum Yapan Kadınların Doğum Sonrası Eş İlişkisi, Şiddet Görme ve Sigara Kullanma Durumu ile Ruhsal Destek İhtiyacı ve Ruhsal Destek Alma Durumuna İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada tüm annelerin şiddet görmediği ve büyük oranda sigara kullanmadıkları görülmüştür. Doğum sonrası eş ilişkilerinin, aradaki fark önemli olmamakla birlikte sezaryen olan kadınlarda daha olumlu olduğu saptanmıştır. Ayrıca, normal ve sezaryen doğum yapan tüm kadınların doğum sonrası 28 günde ruhsal destek ihtiyacı olmadığı ve destek almadıkları bulunmuştur. Bu çalışmadan farklı olarak Taşpınar vd. (2021), kadınların %14.8'inin gebeliklerinde şiddet türlerinden en az birine maruz kaldıklarını saptamışlardır. Arslantaş vd. (2009), doğum sonrası kadınların %21.4'ünün aile içinde stres yaratan olaylar ve %4.4'ünün evliliklerinde problemler yaşadığını, %5.2'sinin eşleri tarafından şiddet gördüğünü ve bu durumların doğum sonrası depresyon riski yaşama olasılığını artırdığını bulmuşlardır.

Ülkemizde kadınların %15.7'si sigara kullanmaktadır (Özer vd., 2018). Sigara kullanımının gebelik, doğum ve doğum sonu sürece olumsuz etkileri bilinen bir gerçektir (Míguez ve Pereira, 2021). Bu çalışmadan farklı olarak gebelikleri boyunca sigarayı bırakan kadınların %43-79.4'ünün postpartum ilk altı ay içinde sigaraya tekrar başladıkları belirtilmektedir (Ergin vd., 2020; Jones vd., 2016).

Ülkemizde peripartum depresyon (%16-40), Avrupa ve Amerika'ya (%9-10) göre daha yüksek ve Orta Doğu (%26)'ya göre benzer oranlarda görülmektedir (Sarıkaya, 2019; Shorey vd., 2018). Covid-19 döneminde 517 primipar ile yapılan çalışmada postpartum depresyon oranının %15.7, riskin vajinal doğumda yüksek (Karaca Kurtulmuş vd., 2022) ve vajinal doğum yapan kadınların (9.17 ± 8.3) sezaryen olanlardan (15.87 ± 9.5) daha düşük depresyon puanlarına sahip olduğu (Pekcan ve Yılmaz, 2021), sezaryenin PPD riskini 1.26 kat artırdığı (Zhao ve Zhang, 2020), bununla birlikte doğum şeklinin depresyon gelişimini etkilemediği (Hergüner vd., 2014; Pekcan ve Yılmaz, 2021) de bildirilmektedir. Postpartum depresyonu ve ruhsal sorunları önlemede eş, aile ve profesyonel desteğin rolü yadsınamaz (Sarıkaya, 2019). Pandemi döneminde 744 anneyle yürütülen bir çalışmada, annelerin ruhsal süreçlerini etkileyen en önemli etmenin sosyal destek olduğu belirlenmiştir (Zabcı ve Karadeniz, 2021). Annelerin postpartum dönem destek ihtiyaçlarının, aldıkları destekten daha fazla olduğu ve alınan desteğin ihtiyaç duyulan desteği karşılamadığı belirtilmektedir (Türkoğlu vd. 2014). Kadınlar,

profesyonel destek aramalarını ve bunu almayı kabul etmelerini engelleyen çeşitli engeller nedeniyle yardım arama sürecini zor bulmaktadırlar. Bu nedenle kadınların ruh sağlığı hizmetlerine erişiminde karşılaştıkları engellerin ele alınması ve her kadının kişisel durumuna uygun olarak desteklenmeleri oldukça önemlidir (Hadfield ve Wittkowski, 2017). Bu çalışmada literatürün aksine postpartum dönemde büyük oranda sigara kullanılmaması, şiddet yaşanmaması, eş ilişkilerinin iyi olması ve ruhsal destek ihtiyacının hissedilmemesi olumlu olarak değerlendirilebilir. Buna karşın literatürle uyumlu olarak ruhsal destek alınmaması önemli bir bulgudur. Çalışmanın pandemi döneminde ve telefonla yapılması ve doğum sonrası 24 saat eş ve aileden destek alınması, kadınların rahat bir ortamda yanıt vermelerini engellemiş olabilir. Ayrıca, ruhsal sorunlara karşı toplumda var olan önyargı ile ilişkili olabilir ve pandemiden dolayı ruhsal destek gereksiniminin ötelendiği düşünülebilir. Kadınlarla yalnız olarak yapılacak yüz yüze görüşmelerde sonuçların farklı çıkma olasılığı olabilir. Elde edilen bulgular, annelerin postpartum dönemde sigara kullanımı, şiddet görme durumu, yaşadıkları sorunların ruh sağlıklarına etkisi ve ruhsal destek gereksinimi bakımından evde izlenmeleri ve ruh sağlıklarını etkileyen faktörler açısından değerlendirilmesi gerektiğine işaret etmektedir. Annelerin doğum sonrası yaşadıkları sorunlar ve düşük orandaki psikolojik-duygusal destek aldıkları dikkate alındığında, fizyolojik gereksinimlerin yanında ruhsal destek sağlanmasının önemi de ortaya çıkmaktadır. Bundan dolayı annelerle yakın ilişki içinde olan hemşirelerin bu konulara duyarlı olmaları ve postpartum ev ziyaretlerinde ruhsal destek sağlamaları önemli olacaktır.

5.7. Normal ve Sezaryen Doğum Yapan Kadınlarda Annelik Hüznü Görülme Durumuna İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada 2. araştırma sorusuyla (normal ve sezaryen doğum yapan kadınlarda postpartum hüznün görülme durumu bakımından bir fark var mıdır?) ilişkili olarak Günlük Deneyimler Anketi kullanarak yapılan değerlendirmeler sonucunda, normal ve sezaryen doğum yapan kadınların negatif duygulanım toplam puan ortalamaları (ve oranları) 1. günde 48.36 ± 12.97 - 45.85 ± 11.12 (%66.7-%50), 3. günde 43.86 ± 9.42 - 44.81 ± 14.22 (%60-%43.3), 5. günde 41.59 ± 8.51 - 41.13 ± 12.91 (%40-%33.3), 7. günde 40.48 ± 10.69 - 38.62 ± 9.10 (%40-%30), 10. günde 37.55 ± 6.87 - 38.19 ± 8.46 (%30-%30) ve 14. günde 38.04 ± 9.64 - 36.28 ± 8.02 (%20-%16.7) olarak saptanmıştır. Pozitif duygulanım toplam puan ortalamaları (ve oranları) değerlendirildiğinde, normal doğum grubunda 1. günde 36.99 ± 9.26 - 38.93 ± 9.04 (%53.3-%53.3), 3. günde 38.32 ± 9.01 - 39.23 ± 8.10 (%46.7-%50),

5. günde 39.20 ± 9.61 - 40.46 ± 8.47 (%46.7-%63.3), 7. günde 39.81 ± 10.41 - 40.14 ± 7.88 (%60-%60), 10. günde 42.33 ± 8.49 - 40.66 ± 8.24 (%73.3-%66.7) ve 14. günde 42.02 ± 9.62 - 40.33 ± 8.04 (%73.3-%60) olarak saptanmıştır. Günlere göre annelerin negatif ve pozitif duygulanım puan ortalamaları ve oranları için doğum şeklinin annelik hüznü görülmesinde önemli bir farklılığa neden olmadığı, hem normal hem de sezaryen olan kadınların özellikle 1. ve 3. günlerde hüzne yatkın oldukları bulunmuştur. Bununla birlikte normal doğum yapan kadınların ilk 7 gündeki negatif duygulanım puanlarının 10. ve 14. günlere göre daha yüksek, 1. gündeki pozitif duygulanım puanlarının 10. güne göre daha düşük olduğu, sezaryen doğum yapan kadınların ise 1. gündeki negatif duygulanım puanlarının 5-14. günlere ve 3. gündeki negatif duygulanım puanlarının 10. güne göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak, normal doğum grubundaki kadınların ilk bir haftada ve sezaryen olan kadınların ilk üç günde hüzne yatkın oldukları görülmektedir.

Literatürde doğum şekli ve annelik hüznünü inceleyen çalışmaların yurt dışında ve ülkemizde sınırlı olduğu dikkati çekmektedir. Yapılan çalışmalarda hüznün farklı ölçme araçları ile değerlendirildiği, bu nedenle farklı sonuçların elde edildiği görülmektedir. Bu çalışma bulgularına benzer olarak, Séjourné vd., 2008 yılındaki çalışmasında doğum şeklinin annelik hüznü ile ilişkili olmadığını bulmuşlardır. Hollanda'da 949 kadınla yapılan çalışmada da doğum şeklinin annelik hüznünün görülmesiyle ilişkili olmadığı belirtilmiştir (Pop vd., 2015). Japonya'da sezaryen doğumun dışlanıp sadece operatif veya spontan vajinal doğumun dahil edildiği bir çalışmada, doğum şeklinin annelik hüznünde anlamlı bir farklılığa neden olmadığı bulunmuştur (Hau ve Levy, 2003). Almanya'da yapılan bir çalışmada annelik hüznü prevalansı %55.2 bulunurken, doğum şekli ile annelik hüznü görülme durumu arasında hiçbir bağlantı bulunamamıştır (Reck vd., 2009). Slovenya'da Kennerly-Garth Blues ölçeği ile yapılan çalışmada hüznün oranı %58 olarak saptanmıştır (Golež ve Mivšek, 2021). Türkiye'de yapılan bir çalışmada da annelik hüznü prevalansının %62 olduğu ve doğum şekli ile annelik hüznü ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur (Çakıl ve Bayraktar, 2018). Bu çalışma sonuçlarından farklı olarak Yunanistan'da 402 anne ile Kennerly's Blues anketi ile yapılan çalışmada, kadınların %44.5'inin annelik hüznü yaşadığı ve sezaryen doğumun annelik hüznü ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır (Gonidakis vd., 2007). Buttner vd. (2015)'nin 216 kadınla Günlük Deneyimler Anketi'ni kullanarak yaptıkları çalışmada, doğum şeklinin pozitif duygulanım ile ilişkili olduğu ve sezaryen doğumun daha düşük pozitif duygulanım

oranlarına yol açtığı, bu durumun da PPD için risk oluşturabileceği bulunmuştur. Gerli vd., (2021)'nin 194 annede yaptıkları çalışmada prevalans %29.4 iken, sezaryen doğumda annelik hüznünün daha sık görüldüğü, spontan vajinal doğumun ise koruyucu bir faktör olduğu bulunmuştur. Çek Cumhuriyeti'nde yapılan başka bir çalışmada doğum şeklinin önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (Takács vd., 2016). Hırvatistan'da Stein's Maternity Blues Ölçeği ile yapılan çalışmada annelik hüznü prevalansı %19.9 (Mikuš vd., 2021) ve Türkiye'de Stein Hüzün Ölçeği kullanılarak yapılan bir çalışmada şiddetli annelik hüznü oranı %10 (Çakıl ve Bayraktar, 2018) saptanmıştır. Akdolun Balkaya vd. (2018)'nin normal doğum yapan kadınlarda yaptıkları çalışmada negatif duygulanım puan ortalamaları 1. gün 45.34 ± 14.19 , 3. gün 46.58 ± 14.02 , 5. gün 46.05 ± 15.37 , 10. gün 45.61 ± 14.55 ve pozitif duygulanım puan ortalamaları 1. gün 42.20 ± 7.10 , 3. gün 41.91 ± 6.59 , 5. gün 42.21 ± 6.85 , 10. gün 41.92 ± 6.71 bulunmuştur. Bu çalışmada Akdolun Balkaya vd. (2018)'ye göre normal doğum grubundaki kadınlarda 1. gün dışında negatif duygulanım puanları ve pozitif duygulanım puanları daha düşük bulunmuş, hüznün puanları ve oranlarının ilk bir haftada yüksek olduğu dikkati çekmiştir.

Literatürle karşılaştırıldığında bu çalışmadan elde edilen bulgular, doğum şeklinin annelik hüznü görülmesinde etkili olmadığını, ister normal doğum ister sezaryen doğum yapsın tüm kadınların 1. ve 3. günlerde hüzne yatkın olduklarını, negatif duygulanımlarının yüksek, pozitif duygulanımlarının ise düşük olduğunu ve yüksek hüznün oranlarını ortaya koyan çalışma sonuçlarını destekler özelliktedir. Annelik hüznünün normal ve sezaryen doğum yapan kadınlarda benzer ve yüksek oranlarda görülmesi, her iki grubu oluşturan annelerin sosyodemografik ve obstetrik özelliklerinin benzer özellikte olmaları ile ilişkili olabilir. Farklı özellikteki kadınların karşılaştırıldığı çalışmalarda sonuçların farklı çıkması olasıdır. Özellikle negatif duygulanımın sezaryen olan kadınlarda ilk üç gün ve normal doğum yapan kadınlarda ilk bir haftada fazla olması dikkate alınması gereken önemli bir bulgudur. Bu durum sezaryen olan kadınların eş ilişkilerinin daha olumlu olması ve doğum sonrası daha fazla destek almaları nedeniyle algıladıkları desteğin daha fazla olabileceğini düşündürmektedir. Yozgat'ın kültürel yapısı itibarıyla aile bağlarının daha iç içe olması, anne, kayınvalide ve yakın akraba gibi destek sistemlerinin bulunmasına rağmen, çalışmanın pandemi döneminde yapılması, kadınların sosyal ilişki kurmalarını ve profesyonel destek almalarını kısıtlamış olabilir, bu da özellikle normal doğum grubundaki kadınların ilk bir haftada negatif duygulanımlarının fazla olması ve annelik hüznü açısından desteğe gereksinimleri

olduğunu ortaya koyması açısından önemlidir. Çalışma sonuçları, postpartum ilk günlerde ve ilk haftada annelik hüznü riskinin değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu çalışma, normal ve sezaryen doğum yapan kadınların postpartum 1., 3., 5., 7., 10. ve 14. günlerde annelik hüznü açısından karşılaştırmanın yapıldığı ilk çalışmadır ve negatif duygulanımın yüksek olduğunu göstermesi nedeniyle önemlidir. Bu nedenle annelik hüznü fizyolojik bir olgu olsa da kadınların doğum sonu süreci sağlıklı ve mutlu bir dönem olarak geçirmesi, ruhsal sağlıklarının korunması ve postpartum sürece uyumlarının sağlanması için artan ruhsal destek gereksiniminin karşılanması önemli olacaktır.

5.8. Normal ve Sezaryen Doğum Yapan Kadınlarda Postpartum Depresyon Görülme Durumuna İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmadaki 3. araştırma sorusu (normal ve sezaryen doğum gerçekleştiren kadınlarda postpartum depresyon görülme durumu bakımından bir fark var mıdır?) için yapılan analizler sonucunda, EPDÖ puan ortalamalarının normal doğum grubundaki kadınlarda 1. gün (6.27 ± 4.90 - 4.94 ± 4.63) ve 28. günde (5.57 ± 4.98 - 4.94 ± 3.53), sezaryen olan kadınlarda ise 14. günde (5.98 ± 4.90 - 6.54 ± 4.35) biraz yüksek olduğu, ancak gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmüştür. Çalışmada her iki grup için de EPDÖ puanlarının 12 puanın altında olması nedeniyle depresyon riskinin düşük olduğu, normal doğum grubunda EPDÖ puanlarının günlere göre değişim göstermediği, sezaryen grubunda ise günlere göre değişimin anlamlı olduğu ve EPDÖ puanlarının 1. gün ve 28. güne göre 14. günde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte kategorik değerlendirmede postpartum depresyon riski (≥ 12 puan) normal ve sezaryen olan grupta 1. günde %13-10, 14. günde %13-10 ve 28. günde %10-10 olarak saptanmış, gruplar arasında ve grup içinde günlere göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Postpartum depresyon dünyada %17.22, düşük ve orta gelirli ülkelerde %18.6, Türkiye’de %24 prevelans ile önemli bir sağlık sorunudur (Karaçam vd., 2018; Wang vd., 2021). Postpartum depresyon riski saptanırken farklı ölçeklerin kullanılması, farklı kültürlerde çalışmaların yapılması ve multifaktöriyel nedenler prevelansın farklı çıkmasına neden olmakla birlikte (Hahn-Holbrook vd., 2018; Wang vd., 2021), prevelansın pandemi döneminde Asya’da olmak üzere gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde arttığı bildirilmektedir (Zhang vd., 2023). Doğum şeklinin postpartum depresyon üzerine etkisine ilişkin bulgular tartışma konusu olmaya devam etmektedir. Bu

araştırmanın sonuçlarından farklı olarak Sun vd. (2021), sezaryen doğumdaki PPD riskinin vajinal doğuma göre 1.34 kat olduğunu, en yüksek risk grubunun sırasıyla acil sezaryen, elektif sezaryen, operatif vajinal doğum, en düşük riskin ise spontan vajinal doğum olduğunu belirlemişlerdir. Aynı şekilde başka bir çalışmada primer sezaryen olanlarda EPDÖ skorlarının spontan vajinal doğum yapanlara göre daha fazla olduğu bulunmuştur (Rauh vd., 2012). Yang vd. (2011)'nin çalışmasında da acil sezaryen ile doğum yapanların normal/operatif vajinal doğum yapanlara göre daha fazla PPD riski altında olduğu sonucuna varılmıştır. Elektif sezaryende normal vajinal doğum yapanlara göre PPD riski daha fazla belirtilmiştir (Liu vd. 2022). Meky vd. (2020)'nin çalışmasında acil ve elektif sezaryen doğum yapanların EPDÖ skorları, normal doğum yapanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Japonya'da 89.954 annede yapılan bir çalışmada antenatal dönemde psikolojik rahatsızlığı olan kadınlarda sezaryen doğumda PPD riskinin spontan vajinal doğuma göre daha fazla olduğu, ancak antenatal dönemde herhangi bir ruhsal bozukluğu bulunmayan kadınlarda doğum şeklinin PPD görülmesini etkilemediği görülmüştür (Baba vd., 2021). Nam vd., (2021), Kore'de yaptıkları çalışmada sezaryen doğum yapan ve üriner inkontinansı bulunan kadınların normal vajinal doğum yapan ve üriner inkontinansı olmayanlara göre PPD riskinin 3 kat fazla olduğu, her iki grupta üriner inkontinans bulunmadığı durumda sezaryen doğum yapanların normal doğum yapanlara göre daha yüksek oranda PPD riski altında oldukları bulunmuştur. Çin'de yapılan başka bir çalışmada sezaryen doğumun PPD için risk oluşturduğu bildirilmiştir (Shen vd., 2022). Yapılan başka iki çalışmada ise PPD riskinin sezaryen doğum yapan, özellikle 25 yaş altı olan kadınlarda, vajinal doğum yapanlara göre daha fazla risk teşkil ettiği belirtilmiştir (Doke vd., 2021; Petrosyan vd., 2011). Diğer bir araştırmada sezaryen doğum, kayınvalide ile yaşama, eşinden destek alamama ve anne sütü yetersizliğinin PPD semptomları için risk faktörleri olduğu bildirilmiştir (Li vd., 2020). İtalya'da yapılan çalışmada da sezaryen doğum yapanların vajinal doğum yapanlara göre EPDÖ puanı daha yüksek çıkmıştır (Zanardo vd., 2017). Ülkemizde Ankara'da yapılan bir çalışmada ise EPDÖ puanı daha düşük (vajinal doğumda 7.8, sezaryen doğumda 8.9) bulunmuştur (Kokanalı vd., 2018). Güneydoğu bölgesinde yapılan bir çalışmada EPDÖ puan ortalaması 14.94 ± 3.31 bulunmuştur (Özkan vd., 2019). Bir aile sağlığı merkezinde yapılan çalışmada EPDÖ puan ortalaması 8.48 ± 5.74 olup, %18.8'inde postpartum depresyon riski saptanmıştır (Aygör ve Metin, 2021). Yapılan çalışmalarda EPDÖ puanlarının postpartum 1. gün-2. haftada Ankara'da 11.68 ± 5.75 (Başer, 2018), İstanbul'da 9.29 ± 5.51 (Cömert ve Bingöl, 2021), ve İç Anadolu'da 6.23 ± 5.06 (Bilgiç,

Demirel ve Dağlar, 2021) olduğu bulunmuştur. Doğuma hazırlık sınıfında eğitim alan ve almayan kadınların postpartum dönem depresyon riskinin incelendiği bir çalışmada, eğitim alan kadınların EPDÖ puan ortalamasının 6.16+4.8, eğitim almayan kadınların puan ortalamasının 12.47+9.5 olduğu ve doğuma hazırlık sınıfının EPDÖ puanlarını azalttığı bulunmuştur (Pekcan ve Yılmaz, 2021).

Bu çalışmadan elde edilen bulgulara paralel olarak Adam vd. (2012), doğum şeklinin postpartum duygu durum bozukluklarını etkilemediğini ve gebelikte var olan emosyonel sorunların başlıca etkileyen faktör olduğunu belirtmişlerdir. Sword vd. (2011)'nin Kanada'da toplam 2560 kadınla yaptıkları çalışmada doğum şekli ile PPD arasında bir ilişki bulunamamış olup, en fazla etkileyen etmenlerin anne yaşının 25'ten küçük olması ve anne için hastane yatışının tekrar gerekmesi olarak belirtilmiştir. Patel vd. (2005)'nin 14.663 kadında yaptığı çalışmada doğum şeklinin PPD üzerine etkisinin olmadığı bulunmuştur. Brezilya'da Self-Report Questionnaire (SRQ-20) anketi kullanılarak yapılan çalışmada, doğum şeklinin PPD üzerine etkisinin olmadığı saptanmıştır (Faisal-Cury ve Menezes, 2019). İsveç'te yapılan çalışmada da doğum şeklinin PPD ile ilgisi bulunamamış, ancak acil sezaryen veya vakumla doğum yapan kadınların olumsuz doğum deneyimi yaşadıkları, bu durumun PPD için risk oluşturabileceği belirtilmiştir (Eckerdal vd., 2018). Hindistan'daki çalışmada doğum şekli açısından postpartum 1. ve 6. haftada EPDÖ puanlarında anlamlı bir fark bulunamamış, ancak geçmişte depresyon öyküsü olan annelerin doğumdan hemen sonra doğum sonrası depresyon geçirme olasılığının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Muruganandam vd., 2020). Danimarka'da yapılan çalışmada postpartum ruhsal sağlığın normal ve sezaryen doğum için postpartum 6. aya kadar iyi olduğu, ancak bu iyileşmenin acil sezaryen olanlarda daha az olduğu bulunmuştur (Skov vd., 2022). Lantigua-Martinez vd. (2022)'nin 738 anneyi dahil ettikleri çalışmada doğum şekline göre PPD yaygınlığında bir fark görülememiştir. Ancak, güven vermeyen fetal kalp atım hızı nedeniyle acil sezaryene alınan kadınlarda diğer endikasyonlara göre PPD yaygınlığı daha fazla çıkmıştır. Çalışma bulgularına uygun olarak Türkiye'de yapılan bir çalışmada doğum şekli ile PPD riski arasında bir ilişki bulunamamıştır (Göker vd., 2012). Yine Batman ilindeki çalışmada doğum şeklinin PPD görülmesini etkilemediği, ancak eğitim düzeyi yükseldikçe PPD riskinin azaldığı saptanmıştır (Kaya ve Çiğdem, 2019). Türkiye'de 200 kadında yapılan bir diğer çalışmada da EPDÖ puanı iki doğum şekli için benzer çıkmıştır (Topbaş Selçuki vd., 2022). Can vd. (2020)'nin yaptığı çalışmada PPD

sıklığı %27.7 iken, normal vajinal doğum ve sezaryen doğum yapan kadınların PPD risk puanları arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür. Ankara’da yapılan bir çalışmada postpartum depresyon gelişimi için riskli olabilecek puanlara (EPDÖ puanı >12 olanlar) sahip kadın sıklığı da benzer olarak bulunmuş (vajinal doğumda 7.8, sezaryen doğumda 8.9) ve doğum şekli PPD için risk faktörü olarak saptanmamıştır (Kokanalı vd., 2018).

Literatüre göre bu çalışmadaki EPDÖ puanlarının her iki grup için de benzer ve düşük olduğu, bununla birlikte sezaryen olan kadınlarda EPDÖ puanlarının 1. ve 28. güne göre 14. günde daha yüksek olduğu görülmüştür. Kategorik olarak yapılan değerlendirme sonucunda ise normal doğum grubundaki kadınların 1. ve 3. günde %3 daha fazla PPD riski taşıdığı, sonuç olarak postpartum depresyon riski altında olan kadın oranlarının literatüre göre düşük olduğu bulunmuştur. Zhang vd. (2023)’nin aksine, pandemi döneminde yapılan bu çalışmada her iki gruptaki kadınlarda PPD riskinin düşük çıkması olumludur. Bunun nedeni çalışmanın yapıldığı hastanede kişiye özel doğum ünitesinin bulunması, anne-bebek ve doğum destekçisinin aynı ortamda bulunması, normal ve sezaryen olan kadınlara doğum sonu verilen hemşirelik/ebelik bakımı ile örneklemdaki kadınların algıladığı olumlu eş ve aile desteğine bağlı olabilir. Bununla birlikte, sezaryen olanlarda PPD puanlarının 14. günde artması, sezaryen olan kadınların kendileri ve bebekleri ile ilgili yaşadıkları sorunlar ile ilişkili olabilir. Bu durum, kadınların postpartum 14. günde postpartum depresyon yönünden değerlendirilmesi gerektiğine ve sezaryenin bir risk oluşturabileceğine işaret etmektedir. Bulgular, kadınların doğumun PPD üzerine etkileri bakımından izlenmeleri ve değerlendirilmeleri gerektiğine dikkat çekmektedir.

5.9. Normal ve Sezaryen Doğum Yapan Kadınlarda Turkish DEQ ve EPDÖ Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyona İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada 4. araştırma sorusuyla (normal doğum gerçekleştiren kadınlarda postpartum hüznün ve depresyon görülme durumu arasında bir ilişki var mıdır?) ilişkili olarak yapılan korelasyon analizi sonucunda, normal doğum yapan kadınların 1. gün negatif duygulanım ile 1. gün EPDÖ puanı, 3-10. gün negatif duygulanım ile 1. ve 14. gün EPDÖ puanı ve 14. gün negatif duygulanım ile 1., 14. ve 28. gün EPDÖ puanı arasında pozitif, 1-7. gün pozitif duygulanım ile 1. ve 14. gün EPDÖ puanı ve 10. ve 14. gün pozitif duygulanım ile 1. gün EPDÖ puanı arasında ise negatif bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Bu çalışmada 5. araştırma sorusuyla (sezaryen doğum gerçekleştiren kadınlarda postpartum hüznün ve depresyon görülme durumu arasında bir ilişki var mıdır?) sezaryen doğum yapan kadınlarda ise 1-3. gün negatif duygulanım ile 1. ve 14. gün EPDÖ puanı, 5-14. gün negatif duygulanım ile 14. ve 28. gün EPDÖ puanı arasında pozitif, 1. gün pozitif duygulanım ile 1., 14. ve 28. gün EPDÖ puanı, 3. gün pozitif duygulanım ile 1. ve 14. gün EPDÖ puanı, 5.-14. gün pozitif duygulanım ile 1., 14. ve 28. gün EPDÖ puanı arasında da negatif bir ilişki olduğu görülmüştür.

Literatürde hüznün ile PPD arasındaki ilişkiye dikkat çekilmektedir. Yurt dışında yapılan çalışmalarda annelik hüznünün daha sık görüldüğü ve ilerleyerek postpartum depresyona dönüşebildiği (Mughal vd., 2022; Zivoder vd., 2019), hüznün PPD'nin önemli bir prediktörü olduğu ve PPD riskini artırdığı belirtilmektedir (Mughal vd., 2022; Nayak vd., 2021). Kamsu Moyo ve Djoda (2020), annelik hüznünün postpartum depresyonun bağımsız prediktörlerinden biri olduğunu ve daha önce hüznün yaşayan kadınların %62'sinde (risk oranı 3.52 kat) depresyon geliştiğini saptamışlardır. Buttner vd. (2015) doğum şekline bakılmaksızın 216 yeni doğum yapmış annede yaptıkları çalışmada, negatif duygulanımın doğum sonrası 5. güne kadar arttığını ve 10. günde azaldığını, ayrıca PPD teşhisi konan kadınların doğum sonrası 2. haftada yüksek negatif duygulanıma ve daha düşük pozitif duygulanıma sahip olduklarını bulmuşlardır. Özellikle doğum sonrası pozitif duygulanımdaki azalma depresif duygulanımı açıklamaya yardımcı olmaktadır (Pop vd., 2015). Miller vd. (2017)'nin Amerika'da yaptıkları çalışmada, doğumdan sonra 2. ve 12. haftada düşük pozitif duygulanım ve yüksek negatif duygulanımın depresif belirtilerin yordayıcıları olduğu bulunmuştur. Ancak, pozitif ve negatif duygulanımın kesin etkisine ilişkin çalışmalara gereksinim olduğu da belirtilmektedir (Buttner vd., 2015; Pop vd., 2015).

Ülkemizde hüznün ile PPD ilişkisini araştıran çalışmalar oldukça sınırlıdır. Postpartum depresyon görülmesini etkileyen faktörlerin yazıldığı bir derleme makalede, annelik hüznü de bir risk faktörü olarak belirtilmiştir (Aktaş vd., 2017). Başka bir derlemede de annelik hüznü postpartum depresyon için risk faktörü olarak belirtilmiş ve 2 haftalık süreyi aşan annelik hüznü olgularının postpartum depresyonla ilişkili olduğu ve değerlendirilmesi gerektiği belirtilmiştir (Yavuz ve Bilge, 2022). Çakıl ve Bayraktar (2018)'in belirttiğine göre annelik hüznü yaygın görülen ve postpartum depresyonu tetikleyen bir olgudur. Kendiliğinden geçmesi beklenen annelik hüznünde yetersiz sosyal

destek ve yüksek stres PPD riskini artırmaktadır. Bu yüzden annelik hüznü ve PPD birbiri ile ilişkilidir (Öztürk ve Aydın, 2017). Bu çalışmada da normal ve sezaryen doğum yapan kadınlarda negatif duygulanımın depresyon riskini artırması, pozitif duygulanımın ise azaltması literatür bilgilerini destekleyen ilk ve önemli bir bulgu olmuştur. Özellikle normal doğum grubunda ilk 10 gündeki negatif duygulanımın 14. gündeki ve 14. gündeki negatif duygulanımın 14 ve 28. gündeki depresyon riskini artırması, buna karşın ilk 7 gündeki pozitif duygulanımın ilk 14 gündeki depresyon riskini azaltması, sezaryen grubunda da ilk üç gündeki negatif duygulanımın 14. gündeki ve 5-14. gündeki negatif duygulanımın 14. ve 28. gündeki depresyon riskini artırması, buna karşın ilk 2 haftadaki pozitif duygulanımın ilk 28 gündeki depresyon riskini azaltması, ilk günlerden başlayarak özellikle hüznün pik yaptığı 3-10. günler arasında ve devam ettiği 14. güne kadar tüm annelerin hüznün yönünden değerlendirilmesinin ve PPD'ye dönüştüğü 2. hafta ve 28. günde PPD açısından her izlemde değerlendirilmesinin önemine dikkat çekmektedir. Araştırmadan elde edilen sonuçlar, normal doğum grubuna ilk haftada, sezaryen doğum grubuna ise 2. haftaya kadar pozitif duygulanımlarının artırılmasına olan ihtiyacı ortaya koymakta ve hüzne yönelik girişimlerin ve desteğin artırılarak depresyona dönüşümünün engellenmesine işaret etmektedir.

6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Normal ve sezaryen doğum yapan kadınlarda postpartum hüüzün ve depresyon görölme durumunu belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar ve bu sonuçlara yönelik öneriler aşağıda verilmiştir.

6.1.1. Normal ve Sezaryen Doğum Yapan Kadınların Bebeklerini Emzirme ve Besleme Durumuna İlişkin Özelliklerine Yönelik Sonuçlar

Normal doğum yapan kadınlar ilk yarım saatte (%83.3), sezaryen doğum yapan kadınlar ilk 1-2 saat (%80) içinde ilk emzirmelerini gerçekleştirmişlerdir ($p= 0.000$). Normal doğum grubundaki kadınların %96.7'si, sezaryen olanların %90'ı bebeklerini ilk olarak anne sütü ile beslemişlerdir ($p>0.05$).

Doğum sonrası 1. günde normal doğum yapanların %80'i bebeklerini sadece anne sütü ile, sezaryen doğum olanların %56.7'si anne sütü ve mama ile beslemişlerdir ($p= 0.003$). Sonraki günlerde normal doğum yapanlarda sadece anne sütü ile besleme oranı %53.3-60, anne sütü ve mama ile besleme oranı %40-46.7 arasında iken, sezaryen olanlarda anne sütü ve mama ile besleme oranı %60-63.3 arasındadır ($p>0.05$). Normal doğum yapan kadınlarda anne sütü ve mama ile besleme oranları 3-28.günlere göre 1. günde daha düşüktür ($p=0.000$). Sezaryen olanlarda günlere göre bebekleri besleme şekli benzerdir ($p>0.05$).

Normal doğum grubundaki kadınlar sezaryen olanlara göre bebeklerini düzenli olarak emzirmekle birlikte, gruplar arası ve günlere göre anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Her iki grupta da 1. günde orta olan emzirme başarıları 3. günden itibaren iyi-çok iyi olarak değerlendirilmiştir ($p>0.05$).

Normal doğum yapan kadınların sezaryen olanlara göre gündüz emzirme sayı ve süreleri daha fazladır, ancak aradaki fark gündüz emzirme sayısı için 3. gün ($9.03\pm2.96-7.30\pm3.10$, $p= 0.031$) ve 10. gün ($7.90\pm2.6-6.20\pm2.51$, $p= 0.013$), gündüz emzirme süresi için de 14. günde ($22.17\pm7.50- 17.77\pm7.40$, $p= 0.026$) anlamlı bulunmuştur. Gündüz emzirme sayıları normal doğum yapan kadınlarda 5. günde 7-28. günlere ve 1., 5-14.

günlerde 28. güne göre ($p= 0.000$), sezaryen olanlarda ise 1. günde 7-28. günlere ve 1., 5-14. günlerde 28. güne göre daha fazladır ($p= 0.004$). Gündüz emzirme süreleri de normal doğum grubundaki kadınlarda 3. güne göre 5-28. günlerde ($p=0.000$), sezaryen olanlarda ise 3. güne göre 5-7. ve 14-28. günlerde ($p=0.004$) daha fazladır.

Normal ve sezaryen doğum yapan kadınlarda gece emzirme sayılarının 3. günden itibaren azalmaya başladığı, normal doğum yapanların sezaryen olanlara göre 14. gün geceleri daha az sayıda emzirdiği ($3.03\pm1.24- 3.30\pm1.60$, $p= 0.017$) ve 1. ve 3. günlerde 10. güne ve ilk haftada 10. ve 14. günlere göre ($p= 0.004$), sezaryen olanların da ilk haftada 10-28. günlere göre daha fazla sayıda emzirdiği ($p= 0.004$) bulunmuştur. Gece emzirme sürelerinin her iki grupta da benzer olduğu ($p>0.05$), normal doğum grubunda 3. güne göre 1., 5-7., 14-28. günlerde ($p= 0.000$) ve sezaryen olanlarda 3. güne göre 5., 10. ve 28. günlerde ($p= 0.018$) daha yüksektir.

Normal ve sezaryen olan kadınların doğum sonrası bebek ağırlıkları benzerdir ($p>0.05$). Normal doğum grubunda 1. günde 14 ve 28. güne, 5. günde 7-28. güne, 10. günde 14-28. güne ve 14. günde 28. güne göre ve sezaryen grubunda ise 1. günde 14-28. güne, 5. günde 7-28. güne, 10. günde 14-28. güne ve 14. günde 28. güne göre daha düşük bulunmuştur.

Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların bebeklerini tanımlamaları 7. gün dışında benzerdir ($p>0.05$). Yedinci günde normal doğum grubundaki kadınların %66.7'si bebeklerini sakin/uykulu, sezaryen grubundaki kadınların %60'ı ise bebeklerini huzursuz, ağlayan ve uykusuz olarak tanımlamışlardır ($p=0.038$). Bebeklerinin huzursuz, ağlayan ve uykusuz olarak tanımlayanların oranı normal doğum grubundaki kadınlarda 1. günde 7- 14. günlere ($p=0.000$) ve 3. günde 28. güne ($p=0.018$) göre daha yüksek bulunmuştur.

6.1.2. Normal ve Sezaryen Doğum Yapan Kadınların Doğum Sonrası Uyku Özelliklerine İlişkin Sonuçlar

Normal doğum yapan kadınlar (182.0 ± 75.12 dakika: 3 saat) sezaryen doğum yapan kadınlara (230.0 ± 97.35 dakika: 3.8 saat) göre 1. günde daha az uyumuşlardır ($p= 0.037$). İlerleyen günlerde sezaryen grubunda daha fazla olmak üzere gece uyku süreleri artmış, 3. günde 3-4 saat, 5. günde 4.5-5 saat ve 7. günden itibaren 5-6 saat uyumuşlardır

($p>0.05$). Normal doğum yapan kadınların gece uyku süreleri 1. günde 3-28. güne, 3. günde 5-28. günlere ve 5. günde 7-28. günlere göre daha azdır ($p= 0.000$). Sezaryen doğum yapan kadınların da benzer şekilde 1. günde 3-28. güne, 3. günde 5-28. güne, 5. günde 7- 28. güne ve 7. günde 28. güne göre gece uykuları daha azdır ($p= 0.000$). Her iki grubun kestirme süreleri 7. günden itibaren azalmıştır ($p>0.05$).

Her iki gruptaki kadınlar 1. günde 6 kez, 3. günde 5 kez, 5. ve 7. günde 4 kez ve 10. günden itibaren yaklaşık 3 kez uyanmışlardır ($p>0.05$). Gece beslenmesi için uyanma sayıları normal doğum grubunda 1. günde 3-28. günlere ve 3. günde 5-28. günlere göre, sezaryen grubunda ise 1. günde 3-28. güne, 3. günde 5-28. güne, 5. günde 10-28. güne ve 7. günde 28. güne göre siktir.

Her iki gruptaki kadınların doğum sonrası ilk 10 gündeki uyku kaliteleri kötü, 10. günden itibaren iyi iken ($p>0.05$), 28. günde sezaryen olan kadınların (%90) normal doğum yapan kadınlara (%66.7) göre uyku kaliteleri daha iyi bulunmuştur ($p= 0.028$). Uyku kalitesini iyi ve çok iyi olarak tanımlayanların oranı normal doğum grubunda 1. ve 3. günde 10-28. güne ve 5. günde 10. güne göre daha yüksektir. Sezaryen grubunda uyku kalitesini kötü olarak tanımlayanların oranı 28. günde 1-7. güne, 14. günde 1-3. güne ve 10. günde 1-3. güne göre daha düşüktür.

6.1.3. Normal ve Sezaryen Doğum Yapan Kadınların Doğum Sonu Eğitim Almak İsteddiği Konulara İlişkin Sonuçlar

Her iki gruptaki kadınlar en fazla emzirme teknikleri, ek gıda ve meme bakımı konusunda eğitim almayı istemekte ve 1-5. günlerde farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

6.1.4. Normal ve Sezaryen Doğum Yapan Kadınların Doğum Sonrası Eş ve Sosyal Destek Sistemlerine İlişkin Sonuçlar

Normal doğum yapan kadınların %86.7'si, sezaryen doğum yapan kadınların %80'i doğum sonu döneme hazır hissetmektedirler ($p>0.05$).

Her iki gruptaki kadınların anne ve bebek bakımı konusunda eş (%80-73.3), anne (%40-53.3), kayınvalide (%43.3-16.6) ve diğer kişilerin (kardeş/görümce, arkadaş/komşu, teyze, bakıcı) (%20-26.6) desteğini almışlardır ($p>0.05$).

Normal doğum grubundaki kadınlar sezaryen doğum grubundaki kadınlara göre daha düşük oranda eş desteği almışlardır. Normal doğum yapan kadınların 1. gündeki eş desteği (%83.3) sonraki günlere göre daha fazladır (3. gün %56.6, 5. gün %56.6, 7. gün %53.3, 10. gün %60, 14.gün %56.6, 28. gün %55.1, $p=0.001$). Sezaryen doğum yapan kadınlarda ise 1. gün (%93.1) eş desteği 14. (%65.5) ve 28. (%64.3) güne göre daha fazladır ($p=0.002$). Her iki grup kadınlar aldıkları eş desteğini %60-80 oranında iyi/çok iyi olarak değerlendirmişlerdir ($p>0.05$).

Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların doğum sonu dönemde anne desteği alma oranları 10. ve 28. gün dışında benzerdir ($p>0.05$). Onuncu günde normal doğum grubunun %26.6'sı, sezaryen grubunun %51.7'si ($p= 0.049$) ve 28. günde normal doğum grubunun %24.1'i, sezaryen doğum grubunun %53.5'i anne desteği almıştır ($p= 0.022$).

Normal ve sezaryen doğum grubunda yer alan kadınlar arasında kayınvalide desteği alma oranları 5. gün dışında benzerdir ($p>0,05$). Beşinci günde normal doğum grubundaki kadınlar (%46.6) sezaryen grubundaki kadınlara (%17.2) göre daha fazla kayınvalide desteği almışlardır ($p0 0.016$).

Sezaryen doğum grubundaki kadınlar normal doğum grubundaki kadınlara göre daha fazla bebek bakımı (%82.1-93.3) ve fiziksel destek (ev işi, çocuk bakımı, alışveriş vb.) (%82.1-100) konusunda destek almakla birlikte, aradaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Normal doğum yapanlara göre sezaryen doğum yapanlarda beslenme konusunda destek alanların oranı 3. günde (%43.3-68.9, $p= 0.047$) ve 28. günde (%17.2-42.8, $p= 0.035$) daha fazladır. Beslenme desteği normal doğum grubundaki kadınlarda 1. ve 3. günlerde (%73.3-43.3) 10. ve 28. günlere (%30.0-17.2), sezaryen doğum grubunda ise 1. ve 3. günlerde (%68.9-68.9) 28. güne (%42.8) göre daha fazladır ($p= 0.000$).

Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların doğum sonrası emzirme desteği alma oranları benzerdir ($p>0.05$). Normal doğum grubunda emzirme desteği alma oranı 1. günde (%56.6) diğer günlere göre daha yüksektir (3. gün %36.6, 5. gün %26.6, 7. gün %23.3, 10. gün %320, 14. gün %23.3, 28. gün %10.3). Sezaryen doğum grubunda ise 1-

5. günlerde (sırayla %62.1, %60, %37.) 7-28. günlere göre daha yüksektir (sırayla %27.6, %6.9, % 10.3, %7.1).

İlk günlerde daha fazla olmakla birlikte, normal doğum yapan kadınlar %46.6-30, sezaryen olan kadınlar %62.1-42.3 arasında duygusal-psikolojik destek almışlardır ($p>0.05$).

Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların 5. gün dışında ayağa kalkma, yürüme, tuvalet ihtiyacına yardım etme konusunda destek alma durumu benzerdir ($p>0.05$). Beşinci gün normal doğum yapanların %3.3'ü, sezaryen doğum yapanların ise %24.1'i bu konuda destek almışlardır ($p=0.020$). Her iki grupta da ilk gün destek alanların oranı diğer günlere göre daha yüksektir ($p=0.000$).

Normal doğum grubundaki kadınlarda 1. ve 3. günlerde üç kişi, 5. ve 14. günlerde bir kişi, sezaryen grubundaki kadınlarda 1. ve 3. günlerde yedi kişi, 5. günde ise dört kişi kişisel ve perine hijyeni desteği almıştır ($p>0.05$).

Her iki gruptaki kadınlar %66.6-73.7 oranları arasında 24 saat sürekli destek almışlar ve aldıkları destekten oldukça ve çok memnundurlar (%66.6-76.6) ($p>0.05$).

6.1.5. Normal ve Sezaryen Doğum Yapan Kadınların Postpartum Dönemde Kendileri ve Bebekleri ile İlgili Sorun Yaşama ve Sorunlarla Baş Etme Özelliklerine İlişkin Sonuçlar

Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların tamamı 1.günde kendileri ile ilgili sorun yaşamışlardır. Normal doğum yapan kadınlar sezaryen doğum yapan kadınlara göre 3. günde (%70-100, $p= 0.001$), 5. günde (%70-100, $p=0.001$) ve 7. günde (%60-90, $p=0.007$) daha az sorun yaşamışlardır. Normal doğum grubu ilk 14 günde 28. güne göre, sezaryen grubu ise 1-7. günlerde 28. güne ve 1, 5 ve 10. günlerde 14. güne göre daha fazla sorun yaşamışlardır ($p= 0.000$).

Epizyo/sezaryen bölgesinde ağrı ve enfeksiyon sorununu normal doğum yapan kadınlar ilk beş günde (1. gün %100, 3. gün %85.7, 5. gün %61.9), sezaryen olanlar ise ilk 10 günde (1. gün %100, 3. gün %93.3, 5. gün %90ı, 7. gün %77.8, 10. gün %50) yaşamışlardır.

Sütün yetersiz gelmesi ve erken kesilmesi sorununu yaşama durumu normal ve sezaryen doğum grubunda benzerdir ($p>0.05$). Bu sorunun normal doğum grubundaki kadınlarda 1. (%41.4) ve 3. güne göre (%47.6) 7-28. günlerde (%50-69.9) biraz artış gösterdiği ($p>0.05$), sezaryen grubundaki kadınlarda ise 1. günde (%50) 7. (%62.7), 10. (%77.3), 14. (%84.2) ve 28. (%93.3) günlere göre daha az görüldüğü saptanmıştır ($p=0.006$)

Normal doğum grubundaki kadınların %13.3-22.2'si, sezaryen grubundaki kadınların ise %22.2-26.7'si meme sorunu yaşamışlardır ($p>0.05$).

Doğum sonu 1. Günde, sezaryen olanlar (%73.3) normal doğum yapanlara (%44.8) göre daha fazla oranda kendi bakımlarına zaman ayıramamışlardır ($p=0.026$). Her iki grupta da 1. (%44.8-73.3) ve 3. (%66.6-56.6) günlerde 7-28. günlere göre (normal doğum: %23.1-33.3; sezaryen doğum: %26.3-46.6) kendi bakımlarına zaman ayıramayanların oranı daha fazladır ($p=0.000$).

Kendi bakımını yapamama ve zorlanma konusunda sezaryen olanların normal doğum yapanlara göre 5. gün (%9.5-46.6, $p=0.005$) ve 7. gün (%5.5-33.3, $p=0.028$) daha fazla sorun yaşadığı bulunmuştur. Bu sorunun normal doğum yapan kadınlarda 1. gün (%44.8) ve 3. günde (%66.6) 7-28. güne göre (%23.1-33.3), sezaryen grubundaki kadınlarda da 1. gün (%73.3) ve 3. günde (%56.6) 7-28. güne göre (%26.3-46.6) daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Normal ve sezaryen doğum yapan kadınlar arasında annelik rolüne alışamama durumu benzerlik göstermektedir ($p>0.05$). Bu role alışamayanların oranı normal doğum grubunda 14. (%0) ve 28. güne (%0) göre 1. günde (%24.1) ve 3. günde (%14.3) ($p=0.019$), sezaryen grubunda ise 14. (%15.8) ve 28. güne (%16.7) göre 1. günde (%36.6) ve 3. günde (%100) daha fazladır ($p=0.005$).

Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların bebekleriyle ilgili sorun yaşama durumu benzerdir. Her iki grubun 1. gün %96.7'sinin, izleyen günlerde normal doğum grubunun sezaryen grubuna göre biraz daha düşük oranda, 28. günde ise normal doğum grubunun %10 daha fazla sorun yaşadığı görülmüştür ($p>0.05$). Normal doğum grubu 1. (%96.7), 3. (%86.7), 5. (%76.7), 7. (%70), 10. (%63.3), 14. (%56.7) günlere göre 28.

günde (%60) ve 1. güne (%96.7) göre 10. (%63.3) ve 14. (%56.7) günlerde, sezaryen grubu ise 1. (%96.7), 3. (%90), 5. (%96.7) ve 7. (%80) güne göre 28. günde (%53.3) ve 1. (%96.7) ve 10. (%80) güne göre 14. günde (%66.7) bebekle ilgili daha az sorun yaşamıştır ($p=0.000$).

Normal doğum yapan kadınların bebeklerinin 1. ve 3. günde %65.5, 5. günde %52.1 oranında düzensiz, az uyuduğu ve sık uyandığı, bu oranların sonraki günlerde azalarak %38.1-27.2'ye düştüğü, sezaryen olan kadınlarda ise bu sorunu yaşayan anne oranının 1. günde %65.5, 3. günde %51.8, 5. günde %48.3 ve sonraki günlerde %48.3-35 oranlarında olduğu görülmüştür ($p>0.05$).

Bebeğin yetersiz emmesi, bebeğin doymaması ve bebeğin emerken huzursuz olması, ağlaması sorununu yaşama bakımından normal ve sezaryen olan kadınlarda farklılık yoktur ($p>0.05$). Yetersiz emme, bebeğin doymaması sorunu normal ve sezaryen doğum grubunda 1. günde (%51.7-61.5) 14. gün (%29.4-35) ve 28. güne (%27.2-37.5) göre daha yüksektir ($p=0.027$ - $p=0.000$). Bebeğin emerken huzursuz olması sorunu normal doğum grubunda 1. günde (%44.8) 28. güne göre (%18.1) ($p=0.045$) ve sezaryen doğum grubunda 1. günde (%58.6), 7. (%14.8) 10. (%12.5) 14. (%20) ve 28. (%25) günlere göre daha yüksektir ($p=0.000$).

Doğum sonrası bebek bakımında güçlük, zorlanma sorunu ile karşılaşan kadın oranı normal ve sezaryen doğum grubunda benzerdir ($p>0.06$). Normal doğum grubunun 1. günde (%44.8) 28. güne (%18.1) göre ($p=0.028$) ve sezaryen doğum grubunun da 1. günde (%62.1), 28. güne (%25) göre daha fazla bebek bakımında güçlük, zorlanma yaşandığı saptanmıştır ($p=0.000$).

Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların bebeklerinde kolik ağrısı ve gaz sancısı görülme durumu farklılık göstermemekle birlikte ($p>0.05$), sezaryen grubunda 1. günde (%20.7) 7. (%62.7) ve 14. güne (%55) göre daha düşük bulunmuştur ($p=0.017$).

Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların bebeklerinde pişik sorunu yaşama durumu 7. gün dışında benzerdir. Yedinci günde normal doğum yapan kadınlar (%28.6) sezaryen olan kadınlardan (%14.8) daha fazla pişik sorunu yaşamışlardır ($p=0.0472$).

Sadece normal doğum grubundaki kadınlar ilk beş güne göre (1. gün %6.9, 3. gün %7.7, 5. gün %4.3) 14. günde (%35.3) daha fazla pişik sorunu ile karşılaşmışlardır ($p= 0.026$).

Normal doğum yapan kadınlar sezaryen olan kadınlara göre sorunları ile baş etmek için daha düşük oranda birine danışmakta olup ($p>0.05$), 5. gündeki farklılık anlamlı bulunmuştur (normal doğum %66.7, sezaryen %90, $p=0.028$). Sorunları için birine danışanların oranı normal doğum grubunda 1. ve 3. güne göre 28. günde, sezaryen doğum grubunda ise 1., 3., 5., ve 7. güne göre 28. günde ve 1. ve 10. güne göre 14. günde daha azdır.

Her iki gruptaki kadınların doğum sonu yaşadıkları sorunlarla baş etme yöntemleri benzerdir ve büyük oranda eş ya da ailesiyle paylaşmayı seçerek baş etmektedirler ($p>0.05$).

6.1.6. Normal ve Sezaryen Doğum Yapan Kadınların Doğum Sonrası Eş İlişkisi, Şiddet Görme ve Sigara Kullanma Durumu ile Ruhsal Destek İhtiyacı ve Ruhsal Destek Alma Durumuna İlişkin Sonuçlar

Doğum sonrası eş ilişkilerinin, sezaryen olan kadınlarda daha olumlu etkilendiği ($p>0.05$), her iki gruptaki kadınların doğum sonrası şiddet görmediği ve büyük oranda sigara kullanmadıkları bulunmuştur ($p>0.05$). Tüm kadınların ruhsal destek ihtiyacı olmadığı ve destek almadığı saptanmıştır.

6.1.7. Normal ve Sezaryen Doğum Yapan Kadınlarda Annelik Hüznü Görülme Durumuna İlişkin Sonuçlar

Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların negatif duygulanım puanları 1. gün (48.36 ± 12.97 - 45.85 ± 11.12) ve 3. gün (43.86 ± 9.42 - 44.81 ± 14.22) yüksek, 5. gün (41.59 ± 8.51 - 41.13 ± 12.91), 7. gün (40.48 ± 10.69 - 38.62 ± 9.10), 10. gün (37.55 ± 6.87 - 38.19 ± 8.46) ve 14. gün (38.04 ± 9.64 - 36.28 ± 8.02) düşük bulunmuştur ($p>0.05$). Normal doğum grubunda 5. gün (41.59 ± 8.51) ve 14. gün (38.04 ± 9.64) negatif duygulanım puan ortalamaları 1. gün 48.36 ± 12.97), 3. gün (43.86 ± 9.42) ve 5. güne (41.59 ± 8.51) göre daha düşüktür. Sezaryen doğum grubunda da 1. gün (45.85 ± 11.12) negatif duygulanım 5. gün (41.13 ± 12.91), 7. gün (38.62 ± 9.10), 10. gün (38.19 ± 8.46) ve 14. güne (36.28 ± 8.02) ve 3. gün (44.81 ± 14.22) 10. güne (38.19 ± 8.46) göre daha yüksektir ($p= 0.000$).

Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların pozitif duygulanım puanları, 1. gün (36.99 ± 9.26 - 38.93 ± 9.04), 3. gün (38.32 ± 9.01 - 39.23 ± 8.10) düşük, 5. gün (39.20 ± 9.61 - 40.46 ± 8.47), 7. gün (39.81 ± 10.41 - 40.14 ± 7.88), 10. gün (42.33 ± 8.49 - 40.66 ± 8.24) ve 14. gün (42.02 ± 9.62 - 40.33 ± 8.04) yüksek bulunmuştur ($p > 0.05$). Normal doğum grubunda 1. gün pozitif duygulanım puan ortalaması (38.32 ± 9.01) 10. güne göre (42.33 ± 8.49) daha düşük ($p = 0.000$), sezaryen doğum grubunda ise pozitif duygulanım puanlarının günlere göre değişmediği görülmüştür ($p > 0.05$).

Negatif duygulanım oranları normal doğum grubundaki kadınlarda sezaryen olan kadınlara göre 1. gün (%66.7-50), 3. gün (%60-43.3), 5. gün (%40-33.3), 7. gün (%40-30) ve 14. günde (%20-16.7) yüksek, 10. günde ise aynı düzeydedir (%30-30) ($p > 0.05$). Normal doğum grubunda negatif duygulanım oranı 1. gün (%66.7) ve 3. günde (%60) 10. gün (%30) ve 14. güne (%20) göre, 1. günde (%66.7) 5. gün (%40) ve 7. güne (%40) göre daha yüksektir ($p = 0.000$). Sezaryen grubunda ise 1. gün (%59) ve 3. günde (%43.3) 14. güne (%16.7) göre daha yüksektir ($p = 0.006$).

Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların pozitif duygulanım oranları yüksektir ve aralarında farklılık yoktur (1. gün %53.3-53.3, 3. gün %53.3-50, 5. gün %46.7-63.3, 7. gün %60-60, 10. gün %73.3-66.7, 14. gün %73.3-60) ($p > 0.05$). Pozitif duygulanımın sezaryen grubundaki kadınlarda günlere göre değişmediği ($p > 0.05$), normal doğum grubundaki kadınlarda ise günlere göre değişim gösterdiği ($p < 0.003$) ve 5. günde (%46.7) 10. gün (%73.3) ve 14. güne (%73.3) göre daha düşük olduğu bulunmuştur.

6.1.8. Normal ve Sezaryen Doğum Yapan Kadınlarda Postpartum Depresyon Görülme Durumuna İlişkin Sonuçlar

EPDÖ puanları, normal ve sezaryen doğum yapan kadınlarda 1. gün (6.27 ± 4.90 - 4.94 ± 4.63) 14. gün (5.98 ± 4.90 - 6.54 ± 4.35) ve 28. gün (5.57 ± 4.98 - 4.94 ± 3.53) düşük ve benzer bulunmuştur ($p > 0.05$). Normal doğum grubunda EPDÖ puanlarının günlere göre farklılık göstermediği ($p > 0.05$), sezaryen grubunda ise 14. gündeki EPDÖ puanlarının (6.54 ± 4.35) 1. gün (4.94 ± 4.63) ve 28. güne göre (4.94 ± 3.53) daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p = 0.022$).

Normal ve sezaryen doğum yapan kadınlar arasında postpartum depresyon riski (≥ 12 puan) 1. gün (%13-10) 14. gün (%13-10) ve 28. günde (%10-10) düşük ve benzer düzeylerde bulunmuştur ($p>0.05$).

6.1.9. Normal ve Sezaryen Doğum Yapan Kadınların Turkish DEQ ve EPDÖ Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyona İlişkin Sonuçlar

Normal doğum yapan kadınların negatif duygulanımları ile EPDÖ puanları arasında orta düzeyde ve pozitif bir korelasyon bulunmaktadır. Birinci gün negatif duygulanım ile 1. gün EPDÖ puanı ($r= 0.531$, $p= 0.003$), 3. gün negatif duygulanım ile 1. gün ($r= 0.461$, $p= 0.001$) ve 14. gün ($r= 0.422$, $p= 0.020$) EPDÖ puanı, 5. gün negatif duygulanım ile 1. gün ($r= 0.536$, $p= 0.001$) ve 14. gün ($r= 0.538$, $p= 0.002$) EPDÖ puanı, 7. gün negatif duygulanım ile 1. gün ($r= 0.529$, $p= 0.003$) ve 14. gün ($r= 0.554$, $p= 0.001$) EPDÖ puanı, 10. gün negatif duygulanım ile 1. gün ($r= 0.391$, $p= 0.032$) ve 14. gün ($r= 0.533$, $p= 0.002$) EPDÖ puanı ve 14. gün negatif duygulanım ile 1. gün ($r= 0.580$, $p= 0.001$), 14. gün ($r= 0.499$, $p= 0.005$) ve 28. gün ($r= 0.407$, $p= 0.026$) EPDÖ puanı arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır.

Normal doğum yapan kadınların pozitif duygulanımları ile EPDÖ puanları arasında orta düzeyde ve negatif bir korelasyon vardır. Birinci gün pozitif duygulanım ile 1. gün ($r= -0.652$, $p= 0.000$) ve 14. gün ($r= -0.463$, $p= 0.010$) EPDÖ puanı, 3. gün pozitif duygulanım ile 1. gün ($r= -0.728$, $p= 0.000$) ve 14. gün ($r= -0.478$, $p= 0.008$) EPDÖ puanı, 5. gün pozitif duygulanım ile 1. gün ($r= -0.662$, $p= 0.000$) ve 14. gün ($r= -0.383$, $p= 0.037$) EPDÖ puanı, 7. gün pozitif duygulanım ile 1. gün ($r= -0.740$, $p= 0.000$) ve 14. gün ($r= -0.518$, $p= 0.003$) EPDÖ puanı, 10. gün pozitif duygulanım ile 1. gün EPDÖ puanı ($r= -0.541$, $p= 0.000$) ve 14. gün pozitif duygulanım ile 1. gün EPDÖ puanı ($r= -0.615$, $p= 0.000$) arasında negatif bir ilişki bulunmaktadır.

Sezaryen doğum yapan kadınların negatif duygulanımları ile EPDÖ puanları arasında pozitif ve orta düzeyde bir ilişki vardır. Birinci gün negatif duygulanım ile 1. gün ($r= 0.500$, $p= 0.005$) ve 14. gün ($r= 0.551$, $p= 0.002$) EPDÖ puanı, 3. gün negatif duygulanım ile 1. gün ($r= 0.384$, $p= 0.036$) ve 14. gün ($r= 0.602$, $p= 0.000$) EPDÖ puanı, 5. gün negatif duygulanım ile 14. gün ($r= 0.729$, $p= 0.000$) ve 28. gün ($r= 0.459$, $p= 0.011$) EPDÖ puanı, 7. gün negatif duygulanım ile 14. gün ($r= 0.559$, $p= 0.001$) ve 28. gün ($r= 0.374$, $p= 0.042$) EPDÖ puanı, 10. gün negatif duygulanım ile 14. gün ($r= 0.491$, $p= 0.006$)

ve 28. gün ($r= 0.452$, $p= 0.012$) EPDÖ puanı ve 14. gün negatif duygulanım ile 14. gün ($r= 0.443$, $p= 0.014$) ve 28. gün ($r= 0.535$, $p= 0.002$) EPDÖ puanı arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır.

Sezaryen doğum yapan kadınların pozitif duygulanım ile EPDÖ puanları arasında da negatif ve orta düzeyde bir korelasyon vardır. Birinci gün pozitif duygulanım ile 1. gün ($r= -0.526$, $p= 0.003$), 14. gün ($r= -0.495$, $p= 0.005$) ve 28. gün ($r= -0.429$, $p= 0.018$) EPDÖ puanı, 3. gün pozitif duygulanım ile 1. gün ($r= -0.411$, $p= 0.024$) ve 14. gün ($r= -0.469$, $p= 0.009$) EPDÖ puanı, 5. gün pozitif duygulanım ile 1. gün ($r= -0.488$, $p= 0.006$), 14. gün ($r= -0.595$, $p= 0.001$) ve 28. gün ($r= -0.481$, $p= 0.007$) EPDÖ puanı, 7. gün pozitif duygulanım ile 1. gün ($r= -0.391$, $p=0.032$), 14. gün ($r= -0.457$, $p= 0.011$) ve 28. gün ($r= -0.367$, $p= 0.046$) EPDÖ puanı, 10. gün pozitif duygulanım ile 1. gün ($r= -0.494$, $p= 0.006$), 14. gün ($r= -0.552$, $p= 0.002$) ve 28. gün ($r= -0.442$, $p= 0.014$) EPDÖ puanı ve 14. gün pozitif duygulanım ile 1. gün ($r= -0.510$, $p=0.004$), 14. gün ($r= -0.421$, $p=0.021$) ve 28. gün ($r= -0.469$, $p= 0.009$) EPDÖ puanı arasında negatif bir ilişki bulunmaktadır.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlara yönelik sağlık personeline, araştırmacılara ve yöneticilere yönelik aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

6.2.1. Sağlık Personeline Yönelik Öneriler

Annelere prenatal dönemden başlayarak doğum şekillerinin postpartum dönemde anne ve bebeğe etkileri, yaşanabilecek sağlık sorunları ve bunları önlemeye yönelik kapsamlı eğitimler verilmesi,

Sezaryen doğum yapan kadınlara doğum öncesi dönemden başlayarak, özellikle doğumdan sonraki ilk 30-60 dakika içinde etkin emzirmenin başlatılması ve taburculuğa kadar sürdürülmesi, ayrıca ilk iki haftadaki emzirme başarılarının artırılması ve ilk günden itibaren ek gıda ile beslemenin önlenmesi için yenidoğan/emzirme hemşiresi tarafından hastanede ve evde sürekli ve kapsamlı emzirme eğitimi ve danışmanlığı yapılması ve profesyonel destek sağlanması,

Normal doğum yapan kadınların ilk üç gündeki ve ilk iki haftadaki emzirme başarılarını artırmaya ve özellikle 3. günden itibaren 28 güne kadar olan süreçte ek gıdaya

başlama oranlarını azaltmaya yönelik yenidoğan/emzirme hemşiresi tarafından hastanede ve evde sürekli ve kapsamlı emzirme eğitimi ve danışmanlığı verilmesi,

Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların ilk üç günde hastanede ve evde bebeklerini tanımlama durumlarının değerlendirilmesi ve huzursuz/ağlayan/uykusuz bebeği olan kadınlara yönelik destekleyici girişimlerin sağlanması, özellikle sezaryen olan kadınların bebek ile etkileşimlerini artırmaya yönelik önlemler alınması,

Normal doğum yapan kadınların ilk 3-5. günde, sezaryen olanların ilk yedi günde gündüz ve gece uyku süre ve kalitesi ile gece emzirmelerinin değerlendirilmesi, ilk günlerden başlayarak 28 gün boyunca kaliteli uyku ve dinlenmenin sağlanabilmesi için sağlık çalışanlarının destek sağlaması, ayrıca kadınlara ve destek veren kişilere emzirme teknikleri, sadece anne sütü ile besleme, ek gıda, meme bakımı, uyku ve dinleme gibi konularda doğum öncesi ve sonrası eğitimler verilerek annelere daha fazla yardımcı olunması ve gece beslemelerinin etkinliğinin artırılması,

Doğum sonrası ilk günlerde, özellikle sonraki 28. güne kadar olan süreçte eş desteği başta olmak üzere anne, kayınvalide ve diğer desteklerin belli aralıklarla değerlendirilmesi, sosyal destek sistemlerinin kalitesini artırmaya ve sürekliliğini sağlamaya yönelik önlemler alınması, destek sağlayan kişilere normal ve sezaryen doğum sonrası sağlanacak desteğin önemi, ilk haftalarda anne ve bebek bakımı, ilk 1-2 haftada yaşanacak sorunlar, emzirme teknikleri, emzirme ile ilgili sorunlar ve özellikle duygusal-psikolojik destek konularında eğitim verilerek farkındalık kazandırılması,

Normal ve sezaryen doğum yapan kadınlara, özellikle sezaryende daha fazla olmak üzere doğum şekline bağlı olarak ilk 1-2 haftada kendileri ve bebeklerinin yaşayabileceği sağlık sorunları ve baş etme yöntemleri, kendilerinin ve bebeklerinin bakımı, emzirme ve annelik rolü vb. konularda doğum öncesi ve sonrası sürekli eğitim ve destek sağlanması,

Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların doğum sonrası yaşadıkları sorunlarla baş etmede kullandıkları eş ve aile desteğinin kalitesini artırmaya yönelik eğitimler verilmesi, normal doğum grubunu göz ardı etmeyecek şekilde doğum şekline uygun

olarak kadınlara yaşadıkları sorunlar için ilk 2 haftada sürekli ve profesyonel destek sağlanması,

Normal doğum yapan kadınlarda daha fazla olmak üzere eş ilişkilerini artırmaya yönelik girişimlerde bulunulması ve doğum öncesi sınıflara eş katılımının artırılması,

Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların doğum sonrası 28 günlük süreçte ruhsal destek ihtiyaçlarının değerlendirilmesi ve ruhsal destek almaları için kadına ve ailesine farkındalık kazandırılması,

Annelere, doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde postpartum ruhsal sorunlara yönelik farkındalıklarını artırmaya ve ruh sağlığını korumaya yönelik bilgilendirme yapılması ve ruhsal destek sağlanması,

Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların 1. ve 3. günlerden başlayarak 5., 7., 10. ve 14. günlerde Turkish DEQ ölçeği gibi ölçekler ile annelik hüznü yönünden değerlendirilmeleri, annelik hüznü için riskli olan 1-7. günlerde daha fazla olmak üzere negatif duygulanımlarını azaltmaya ve pozitif duygulanımlarını artırmaya yönelik olarak hastanede ve taburculuk sonrası evde annelik hüznüne yönelik destekleyici hemşirelik girişimlerinin sağlanması,

Normal ve sezaryen doğum yapan kadınların 1.günden başlayarak 14. gün ve 28. günde postpartum depresyon riski yönünden EPDÖ gibi ölçekler kullanılarak değerlendirilmeleri, sezaryen doğumda riskin arttığı 14. günde, normal doğumda ise 28. günde hemşireler tarafından profesyonel destek sağlanması, gerektiğinde psikiyatriste yönlendirilmesi önerilir.

Normal ve sezaryen doğum sonrası yüksek negatif duygulanım ve düşük pozitif duygulanımı olan kadınların postpartum depresyon riski açısından izlenmesi ve negatif duygulanımı azaltıcı, pozitif duygulanımı artırıcı destekleyici hemşirelik girişimlerinin sağlanması ve psikoeğitim yapılması, ayrıca hem kadınlara hem de eş ve ailesine annelik hüznü ve postpartum depresyona yönelik bilgilendirme yapılması önerilir.

6.2.2. Araştırmacılara Yönelik Öneriler

Doğum şekli ile annelik hüznü ve depresyon ilişkisinin günlere göre daha büyük örneklem gruplarında, farklı kültür ve popülasyonlarda incelenmesi,

Normal ve sezaryen doğumlarda annelik hüznü ve postpartum depresyon görülmesini etkileyen faktörlerin araştırılması,

Normal ve sezaryen doğumlarda negatif duygulanımı azaltmaya ve pozitif duygulanımını artırarak postpartum depresyon gelişimini önlemeye yönelik hemşirelik destek ve izlem programlarının geliştirilmesi ve hemşirelik girişimlerinin etkinliğini karşılaştıran progresif özellikte karşılaştırmalı deneysel çalışmaların yapılması,

Pandemi sürecinde annelerin ruhsal sorunlara yönelik eğitim almama nedenlerinin incelenmesi,

Annelik hüznü ve postpartum depresyon gibi konularda daha objektif sonuçlar elde edilmesi için anketlerin yüz yüze ve öz bildirimle dayalı olarak yapılması önerilir.

6.2.3. Yöneticilere Yönelik Öneriler

Postnatal dönemde normal ve sezaryen doğum yapan kadınların ruh sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik destekleyici bakımın verilebilmesi ve bunun sürekliliğinin sağlanması için hemşirelik ve ebelik hizmetlerinin geliştirilmesi ve postpartum ruhsal sorunlara yönelik farkındalık eğitimlerinin düzenlenmesi,

Doğum sonu bakım yönetim rehberine annelik hüznünü değerlendirmeye yönelik DEQ gibi geçerlik ve güvenilirliği yapılmış bir ölçme aracının eklenmesi ve annelerin hastanede ve evde değerlendirilerek PPD riski taşıyan annelerin erkenden saptanması ve PPD gelişimini önlemeye yönelik önlemlerin alınması önerilir.

KAYNAKLAR

- Adams SS, Eberhard-Gran M, Sandvik ÅR, Eskild A (2012). Mode of delivery and postpartum emotional distress: a cohort study of 55,814 women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 119(3): 298–305. DOI:10.1111/j.1471-0528.2011.03188.x.
- Adewuya AO (2005). The maternity blues in western Nigerian women: Prevalence and risk factors. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 193(4): 1522–1525. DOI:10.1016/j.ajog.2005.02.085.
- Ahmadpour P, Curry C, Jahanfar S, Nikanfar R, Mirghafourvand M (2023). Family and spousal support are associated with higher levels of maternal functioning in a study of Iranian postpartum women. *Journal of Clinical Medicine*, 12(7): 2718. DOI:10.3390/jcm12072718.
- Akdolun Balkaya N, Bektaş M, Cayan A (2018). Reliability and validity of the Turkish version of the daily experiences questionnaire Turkish DEQ. *Psychiatry and Behavioral Sciences*, 8(1): 7-17. DOI:10.5455/jmood.20171229065411.
- Akın B, Demir E, Gürdal A, Yılmaz S (2021). 0-6 aylık bebeği olan annelerin bebek beslenmesine ilişkin tutumları ve tamamlayıcı besine geçiş süreleri. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2): 472-478. DOI:10.31067/acusaglik.849205.
- Akın Ö, Erbil N (2020). Doğum şekli ve emzirme: sistematik derleme. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 3(3): 302- 318. DOI:10.38108/ouhcd.799949.
- Akkuş H, Çoban A (2023). Sezaryen doğum sonrası emzirmenin başlatılmasında yaşanan sorunlar. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(2): 380-392. DOI:10.46237/amusbfd.1241863.
- Aksakallı M, Çapık A, Ejder Apay S, Pasinlioğlu T, Bayram S (2012). Loğusaların destek ihtiyaçlarının ve doğum sonu dönemde alınan destek düzeylerinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(3): 129-135. DOI:10.5505/phd.2012.57441.
- Aktaş MC, Şimşek C, Aktaş S (2017). Postpartum depresyonun etiyolojisi: Kültür etkisi. *Journal of Academic Research in Nursing*, 3 (ek sayı): 10-13. DOI:10.5222/jaren.2017.1003.
- Aktaş S, Yılar EZ (2018). Annelerin vajinal doğumu tercih etme nedenlerinin incelenmesi: Bir nitel araştırma örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri*, 7(1): 111–124. Erişim Adresi: dergipark.org.tr/en/download/articlefile/446898
- Akyüz Çim E (2017). Postpartum psikoz. *Van Tıp Dergisi*, 24(2): 131- 134. Erişim Adresi: search.trdizin.gov.tr/tr/yayin/detay/243667/postpartum-psikoz

- Al Nasr RS, Altharwi K, Derbah MS, Gharibo SO, Fallatah SA, Alotaibi SG, Almutairi KA, Asdaq SMB (2020). Prevalence and predictors of postpartum depression in Riyadh, Saudi Arabia: A cross sectional study. *PloS One*, 15(2), e0228666. DOI:10.1371/journal.pone.0228666.
- Albokhary AA, James JP (2014). Does cesarean section have an impact on the successful initiation of breastfeeding in Saudi Arabia? *Saudi Medical Journal*, 35(11): 1400-1403. Erişim Adresi: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4362139/
- Alshikh Ahmad H, Alkhatib A, Luo J (2021). Prevalence and risk factors of postpartum depression in the Middle East: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*, 21(1): 542. DOI:10.1186/s12884-021-04016-9.
- Altuntuğ K, Acar A (2011). Doğum sonu dönemde primipar anne ve ebe/hemşirelerin eğitim önceliklerinin karşılaştırılması. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 20(4): 163-169. DOI:10.26559/mersinsbd.396373.
- Amanak K, Karaçam Z (2018). Sezaryen ile doğum yapan kadınların postpartum erken dönemde öz bakım ve bebek bakımı konularında yaşadıkları sorunların belirlenmesi. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 28(1): 17-22. DOI:10.5222/terh.2018.017.
- American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG] (2010). Committee Opinion, No. 453: Screening for Depression During and After Pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 115: 394–395. DOI:10.1097/AOG.0b013e3181d035aa.
- American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG] (2015). Practice Bulletin No. 154: Operative Vaginal Delivery. *Obstetrics & Gynecology*, 126(5), e56–e65. DOI:10.1097/AOG.0000000000001142.
- American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG] (2018a). Committee Opinion No. 736: Optimizing Postpartum Care. *Obstetrics & Gynecology*, 131(5), e140–e150. DOI:10.1097/AOG.0000000000002633.
- American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG] (2018b). ACOG Committee Opinion No. 736: Optimizing Postpartum Care. *Obstetrics & Gynecology*, 131(5): e140–e150. DOI:10.1097/AOG.0000000000002633.
- Annagür BB, Annagür A (2012). Doğum sonrası ruhsal durumun emzirme ile ilişkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(3): 279-292. Erişim Adresi: dergipark.org.tr/tr/pub/pgy/issue/11153/133367#article_cite
- Arıkan B, Gözüyeşil E (2021). Doğum sonu dönemde kadınların destek düzeyleri uyku kaliteleri bebeklerini algılama durumları ile etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 15(3): 461-471. DOI:10.21763/tjfmprc.872076.

- Arslandaş H, Ergin F, Akdolun Balkaya N (2009). Postpartum depression prevalence and related risk factors in Aydin province. *Meandros Medical And Dental Journal*, 10(3): 13-22. Erişim Adresi: dergipark.org.tr/en/pub/meandrosmdj/issue/44139/544400
- Aslantekin Özçoban F, Karaman E, Çevik E (2021). Breastfeeding experiences of Turkish mothers; Exclusive breastfeeding in first six months, continuing two years and using traditional methods for weaning. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(3):356-366. DOI:10.53424/balikesirsbd.1004258.
- Ateşer G, Öz İS, Sardarli S, Sivri Aydın D, Boran BA (2017). Doğumun yöntemi anne postpartum duygu durumunu etkiliyor mu? Postpartum SCL-90R. *İstanbul Medical Journal*, 18: 62-67. DOI:10.5152/imj.2017.15013.
- Aydın D, Aba YA (2019). Annelerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile emzirme öz-yeterlilik algıları arasındaki ilişki. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 12(1): 31-39. Erişim Adresi: dergipark.org.tr/tr/pub/deuhfed/issue/53195/705940
- Aydın R, Palancı Ay Ö, Yazıcı Topçu T, Aktaş S (2021). Annelerin erken postpartum dönemdeki eş desteği algısının postpartum stres üzerine etkisi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 31(2): 126-133. DOI:10.17942/sted.1027517.
- Aydın N, Inandi T, Yigit A, Hodoglugil Sahin NN (2004). Validation of the Turkish version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale among women within their first postpartum year. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(6): 483-486. DOI:10.1007/s00127-004-0770-4.
- Aygör H, Metin R (2021). Annelerin bebeklerini besleme uygulamalarının postpartum depresyona etkisi. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(2): 169-175. DOI:10.30569/adiyamansaglik.885669.
- Baba S, Ikehara S, Eshak ES, Ueda K, Kimura T, Iso H, Japan Environment and Children's Study Group (2021). Association between mode of delivery and postpartum depression: The Japan Environment and Children's Study (JECS). *Journal of Epidemiology*, 33(5): 209-216. DOI:10.2188/jea.JE20210117.
- Bağcı S, Altuntug K (2016). Annelerin doğum sonunda yaşadıkları sorunlar ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Journal of Human Sciences*, 13(2): 3266-3279. Erişim Adresi: www.j-humansciences.com/ojs/index.php/IJHS/article/view/3884
- Balaram K, Marwaha R (2023). Postpartum Blues. In StatPearls. StatPearls Publishing. Erişim Adresi: www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554546/
- Başar F, Yeşildere Sağlam H (2018). Women's choice of delivery methods and the factors that affect them. *Journal of Current Researches on Health Sector*, 8(1): 60-74. Erişim Adresi:

avesis.ksbu.edu.tr/yayin/7fdbdbcd-2ca6-4df4-900a-cf345c802cb1/womens-choice-of-delivery-methods-and-the-factors-that-affect-them.

- Başer DA (2018). Postpartum depresyon ile emzirme arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal*, 18(3): 276-85. DOI:10.17098/amj.461652.
- Bay F, Özerdoğan N (2021). Doğum sonrası bakım ve ev ziyaretlerinin önemi. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1):77-90. Erişim Adresi: dergipark.org.tr/tr/pub/esbder/issue/62134/797838
- Bay H, Soğukpınar N (2019). Doğum sonu dönemde algılanan sosyal destek ve maternal uyku kalitesi arasındaki ilişki. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3): 242-250. DOI:10.5336/Healthsci.2019-64906.
- Bayrı Bingöl F, Demirgöz Bal M (2021). Doğum sonrası maternal anksiyete ve bağlanmayı etkileyen faktörler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 30(1): 60-68. DOI:10.17942/sted.887220.
- Begum T, Rahman A, Nababan H, Hoque DME, Khan AF, Ali T, Anwar I (2017). Indications and determinants of caesarean section delivery: Evidence from a population-based study in Matlab, Bangladesh. *PloS One*, 12(11): e0188074. DOI:10.1371/journal.pone.0188074.
- Bergink V, Laursen TM, Johannsen BM, Kushner SA, Meltzer-Brody S, Munk-Olsen, T (2015). Pre-eclampsia and first-onset postpartum psychiatric episodes: A Danish population-based cohort study. *Psychological Medicine*, 45(16): 3481–3489. DOI:10.1017/S0033291715001385.
- Bhingardive SS, Priyanka S (2022). Assessment of knowledge regarding postpartum psychiatric disorders among the relatives of primigravida in selected hospitals of the city. *Acta Scientific Women's Health*, 4(3): 24-29. DOI:10.31080/ASWH.2022.04.0340.
- Bilgiç D, Demirel G, Dağlar G (2021). Doğum deneyiminin erken postpartum dönem depresyon riski ile ilişkisi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2): 25-35. Erişim Adresi: dergipark.org.tr/tr/pub/ausbid/issue/67542/878929
- Bilgin Şahin B, Cengiz Özyurt B. (2017). Manisa’da yarı kentsel bir bölgede 0-24 ay çocuklarda anne sütü alma durumu ve beslenme alışkanlıkları. *Turkish Journal Public Health*, 15(3):164-175: Erişim Adresi: tjph.org/ojs/index.php/
- Brubaker LH, Paul IM, Repke JT, Kjerulff KH (2019). Early maternal-newborn contact and positive birth experience. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 46(1): 42–50. DOI:10.1111/birt.12378.

- Bulut A, Ceyhan V (2022). Cesarean rate and indications at a tertiary center. *Erciyes Medical Journal*, 44(1): 39-43. DOI:10.14744/etd.2021.64022.
- Bulut A, Yiğitbaş Ç, Bulut A, Tuncay S (2016). Postpartum süreçte kadının kendi sağlığını etkileyen durumlara ilişkin bilgi ve tutumları. *İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Tıp Dergisi*, 2(2): 90-99. Erişim Adresi: dergipark.org.tr/tr/pub/ibufntd/issue/22932/245578
- Buttner MM, Brock RL, O'Hara MW (2015). Patterns of women's mood after delivery: A growth curve analysis. *Journal of Affective Disorders*, 174: 201-208. DOI:10.1016/j.jad.2014.11.022.
- Buttner MM, O'Hara MW, Watson D (2012). The structure of women's mood in the early postpartum. *Assessment*, 19(2): 247-256. DOI:10.1177/1073191111429388.
- Büyüköztürk Ş (2011). Veri Analizi El Kitabı. Ankara. Pegem Akademi.
- Can R, Sayiner FD, Ünsal A, Ayrancı Ü (2020). Postpartum dönemdeki kadınların depresyon ve yorgunluk düzeylerinin incelenmesi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 2(2): 73-80. Erişim Adresi: dergipark.org.tr/tr/pub/sbuhemsirelik/issue/56609/708875
- Canda MT (2019). ACOG Diyor ki! Travay ve doğum sırasında müdahalenin sınırlandırılmasına yönelik yaklaşımlar. *Maternal-Fetal Tıp Perinatoloji Derneği*. Erişim Adresi: www.tmfpt.org/files/acog-diyor-ki/travay-ve-dogumsirasinda-mudahalenin-sinirlendirilmesine-yonelik-yaklasimlar-04022019.pdf
- Cansever İH (2021). Sürdürülebilir kalkınma ve sağlık: Türkiye'nin 2023 hedefleri ile karşılaştırılmalı bir değerlendirme. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 24(3): 633-650. Erişim Adresi: dergipark.org.tr/tr/pub/hacettepesid/issue/65158/892844
- Cantürk D, Akgün Kostak M (2020). Vajinal doğum yapan ve sezaryen operasyonu geçiren annelerin ilk emzirme davranışları, emzirme öz-yeterlilik düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(3):382-394. DOI:10.26559/mersinsbd.718662.
- Chamgurdani FK, Barkin JL, Esmaeilpour K, Malakouti J, Buoli M, Mirghafourvand M (2020). The effect of counseling with a skills training approach on maternal functioning: a randomized controlled clinical trial. *BMC Women's Health*, 20: 51. DOI:10.1186/s12905-020-00914-w.
- Chapman V, Charles C (2018). Ebelerin travay ve doğum el kitabı. (H. Öztürk Can, U. Yücel & A. Hadımlı çev. ed.) 3. Baskı. Ankara. Nobel Tıp Kitabevleri.

- Coşan B (2022). Türkiye’de doğurganlığın değişimi: Sosyal politika açısından riskler ve fırsatlar. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 22(56): 597-617. DOI:10.21560/spcd.vi.963155.
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 150: 782–786. DOI:10.1192/bjp.150.6.782.
- Cömert D, Bingöl FB (2021). Postpartum akut stresin sosyal destek ve depresif belirti düzeyi ile ilişkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2): 502-509. DOI:10.31067/acusaglik.850905.
- Çakıl NA, Bayraktar E (2018, Kasım). Kırşehir’deki Kadınların Annelik Hüznü Yaşama Durumları. 3. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi: Tam Metin Sözel Bildiri. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara.
- Çakmak S, Dengi AS (2019). Postpartum dönemdeki annelerin emzirme ve anne sütünün önemi hakkındaki bilgilerinin değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 23(1): 9-19. DOI:10.15511/tahd.19.00009.
- Çankaya S, Yılmaz SD, Can R, Kodaz ND (2017). Postpartum depresyonun maternal bağlanma üzerine etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (4): 232-240. Erişim Adresi: journal.acibadem.edu.tr/tr/pub/issue/61318/914521
- Çevik A, Avcıbay B (2022). Ebe liderliğinde postpartum bakım. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1): 37-45. Erişim Adresi: dergipark.org.tr/en/pub/esbder/issue/70454/848149
- Çıtak Bilgin N (2020). Hemşirelik öğrencilerinin doğuma ilişkin algıları: Nitel bir çalışma. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 10(3): 348-356. DOI:10.33631/duzcesbed.718115.
- Çitil Canbay F (2018). Sezaryen ile doğan bebeklerin ilk altı ay beslenme şekillerinin incelenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(1): 1-6. Erişim Adresi: dergipark.org.tr/en/pub/duzcesbed/issue/34701/394342
- Çökelek F (2017). Emzirme sıklığı ve süresi ne olmalı? *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Yenidoğan Dergisi*, 2(2): 375-384. Erişim Adresi: dergipark.org.tr/tr/pub/estudamyenidogan/issue/46692/586289
- Çuhadaroğlu F, Kaplan İ, Özgen G, Öztürk MO, Rezaki M (1993). Dünya Sağlık Örgütü ICD-10: Ruhsal ve davranışsal bozukluklar sınıflandırması (B. Uluğ, Çev.). Ankara: Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını. 184-187.

- Dağ H, Dönmez S, Şen E, Şirin A (2013). Vajinal doğum yapan kadınların hastane taburculuğuna hazır oluşluk durumu. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 19(2): 65-70. DOI:10.5455/GMJ-30-2012-115.
- Dani Paul D, Jencey A, John SA, Sebastian J (2022). Nursing management of patient with post partum psychosis, *IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)*, 11(2): 48-51. DOI:10.9790/1959- 1102074851.
- Davidson MR, Samspon MC, Davidson NS (2017). Identifying prodromal symptomology in women who experienced postpartum psychosis: a grounded research study. *International Journal of Pregnancy & Child Birth*, 2(6):159-165. DOI:10.15406/ipcb.2017.02.00041.
- Davidson JR (1972). Post-partum mood change in Jamaican women: a description and discussion on its significance. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 121(565): 659–663. DOI:10.1192/bjp.121.6.659.
- Dazzan P, Fusté M, Davies W (2018). Do defective immune system-mediated myelination processes increase postpartum psychosis risk? *Trends in Molecular Medicine*, 24(11): 942–949. DOI:10.1016/j.molmed.2018.09.002.
- de Paula Eduardo JAF, de Rezende MG, Menezes PR, Del-Ben CM (2019). Preterm birth as a risk factor for postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 259: 392-403. DOI:10.1016/j.jad.2019.08.069.
- Dekel S, Ein-Dor T, Berman Z, Barsoumian IS, Agarwal S, Pitman RK (2019). Delivery mode is associated with maternal mental health following childbirth. *Archives of Women's Mental Health*, 22(6): 817-824. DOI:10.1007/s00737-019-00968-2.
- Demir R (2022). Anne ve bebek dostu sezaryen. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1): 53-60. Erişim Adresi: dergipark.org.tr/tr/pub/ahievransaglik/issue/69519/1016910
- Demirkol ME, Kızıltoprak A, Şenbayram Ş (2018). Postpartum psikoz. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 27(2): 206-222. DOI:10.17827/aktd.368474.
- Desai NM, Tsukerman A (2022). Vaginal delivery. In StatPearls. StatPearls Publishing. Erişim Adresi: pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32644623/
- Dişli D, Mecdi Kaydırak M (2021). Kanıt temelli yaklaşım perspektifinde postpartum bakımın optimizasyonu. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(2): 143-151. Erişim Adresi: dergipark.org.tr/tr/pub/ikcusbfd/issue/62599/868339

- Dixon L, Skinner J, Foureur M (2013). The emotional and hormonal pathways of labour and birth: integrating mind, body and behaviour. *New Zealand College of Midwives Journal*, 48: 15-23. DOI:10.12784/nzcomjnl48.2013.3.15-23.
- Doğan G, Kızıltan G (2019). Annelerin postpartum depresyon risk faktörlerinin değerlendirilmesi. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(2): 105-121. Erişim Adresi: busbid.baskent.edu.tr/index.php/busbid/article/view/130/93
- Doke PP, Vaidya VM, Narula APS, Datar MC, Patil AV, Panchanadikar TM, Wagh GN (2021). Assessment of difference in postpartum depression among caesarean and vaginally delivered women at 6-week follow-up in hospitals in Pune district, India: An observational cohort study. *BMJ Open*, 11(9): e052008. DOI:10.1136/bmjopen-2021-052008.
- Dönmez H, Bükülmez A (2015). Postpartum depresyonun, annelerin bebeklerini emzirme süreleri ve bebek büyümesi üzerine etkisi. *Selçuk Tıp Dergisi*, 31(4): 358-362. Erişim Adresi: www.selcukmedj.org/uploads/publications/SUTD-803..pdf
- Durmazoğlu G, Çiçek Ö, Okumuş H (2021). The effect of spousal support perceived by mothers on breastfeeding in the postpartum period. *Turkish Archives of Pediatrics*, 56(1):57-61. DOI:10.14744/TurkPediatriArs.2020.09076.
- Eckerdal P, Georgakis MK, Kollia N, Wikström AK, Högberg U, Skalkidou A (2018). Delineating the association between mode of delivery and postpartum depression symptoms: a longitudinal study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 97(3): 301-311. DOI:10.1111/aogs.13275.
- Elmalı Şimşek H, Ecevit Alpar Ş (2020). Sezaryen sonrası ağrı ve hemşirelik bakımı. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11: 267-278. DOI:10.38079/igusabder.681325.
- Elmas S, Tokat MA (2016). Yenidoğanın beslenme şeklinin anne uyku ve yorgunluğuna etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(2): 45-51. Erişim Adresi: dergipark.org.tr/tr/pub/deuhfed/issue/46795/586792#article_cite
- Eman WI, Ragaa AA, Amal AO, Afaf ME. (2018). Nursing care of the third and fourth stages of labor: Protocol of care. *Egyptian Journal of Health Care*, 9(1): 16-24. DOI:10.21608/ejhc.2018.11899.
- Engindeniz AN, Küey L, Kültür S (1996). Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Bahar Sempozyumları*, (ss. 51-52). Erişim Adresi: toad.halileksi.net/olcek/edinburgh-dogum-sonrasi-depresyon-olcegi
- Erenel AŞ, Eroğlu K (2005). Doğum sonrası ilk altı ayda ev ziyareti yoluyla desteklenen emzirme eğitimi modelinin etkili emzirme davranışı üzerine etkisi. *Hacettepe Üniversitesi*

Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 12(2): 43-54. Erişim Adresi: dergipark.org.tr/tr/pub/hunhemsire/issue/7850/103341

Ergezen Y, Efe E, Özdöl FÇ, Dikmen Ş (2021). Doğum sonu dönemde annelerin emzirme öz-yeterlilik algıları ile emzirme başarıları arasındaki ilişki. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 14(3): 217-223. DOI:10.46483/deuhfed.675733.

Ergin A, Reha Erken RR, Til A, Kasal H (2020). Yarı kırsal bölgede annelerin gebelik ve doğum sonrası sigara içme davranışı. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 24 (1): 23-31. DOI:10.15511/tahd.20.00123.

Esti Handayani T, Joko Santosa B, Suparji S, Anastasia Setyasih P (2021). Determinants of postpartum blues for postpartum mothers survey study at the madiun city general hospital. *Macedonian Journal of Medical Sciences*, 9(G): 288–292. DOI:10.3889/oamjms.2021.7348.

Evcil FY, Zoroğlu G (2020). Bir üniversite hastanesinde doğum yapan annelerin anne sütü ve emzirmeye ilişkin bilgi ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*, 10(3): 221-227. Erişim Adresi: dergipark.org.tr/tr/pub/kaftbd/issue/58222/840269

Exavery A, Kanté AM, Hingora A, Phillips JF (2015). Determinants of early initiation of breastfeeding in rural Tanzania. *International Breastfeeding Journal*, 10(1): 27. DOI:10.1186/s13006-015-0052-7.

Faisal-Cury A, Menezes PR (2019). Type of delivery is not associated with maternal depression. *Archives of Women's Mental Health*, 22(5): 631–635. DOI:10.1007/s00737-018-0923-1.

Farisoğlu N, Pirimoğlu ZM, Anğın AD, Sakin Ö, Çıkman MS, Denizli R (2019). Vajinal doğum sonrası plasentanın kendiliğinden ayrılma zamanının ve bu süreyi etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Zeynep Kâmil Tıp Bülteni*, 50(1): 42-45. DOI:10.16948/zktpb.413370.

Fışkın G, Sarı A, Kocaman B (2023). Postpartum maternal psikolojik dayanıklılığın travmatik strese etkisi. *Journal of Health Sciences and Management*, 3(1): 16-22. Erişim Adresi: dergipark.org.tr/tr/pub/johesam/issue/75552/1188473

Forde R, Peters S, Wittkowski A (2020). Recovery from postpartum psychosis: a systematic review and metanalysis of women's and families' experiences. *Archives of Women's Mental Health*, 23(5): 597–612. DOI:10.1007/s00737-020-01025-z.

Funai EF, Norwitz ER, Lockwood CJ, Barss VA (2017). Management of normal labor and delivery-UpToDate. Erişim Adresi: www.uptodate.com/contents/labor-and-delivery-management-of-the-normal-first-stage

- Gedefaw G, Demis A, Alemnew B, Wondmienenh A, Getie A, Waltengus F (2020). Prevalence, indications, and outcomes of caesarean section deliveries in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *Patient Safety in Surgery*, 14,11. DOI:10.1186/s13037-020-00236-8.
- Gerli S, Fraternale F, Lucarini E, Chiaraluce S, Tortorella A, Bini V, Giardina I, Moretti P, Favilli A (2021). Obstetric and psychosocial risk factors associated with maternity blues. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine: The Official Journal of The European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 34(8): 1227–1232. DOI:10.1080/14767058.2019.1630818.
- Ghodrati F, Moghtariyan T, Akbarzadeh M (2016). Islamic-based Preventive Strategies for Postpartum Blues. *Scholars Journal of Applied Medical Sciences*, 4(3E): 954-958. DOI:10.36347/sjams.2016.v04i03.063.
- Golež M, Mivšek PA (2021). Pilot study to test the slovenian version of the kennerley-gath blues questionnaire. *European Journal of Midwifery*, 18(5): 47. DOI:10.18332/ejm/142107.
- Gonidakis F, Rabavilas AD, Varsou E, Kreatsas G, Christodoulou GN (2007). Maternity blues in Athens, Greece: a study during the first 3 days after delivery. *Journal of Affective Disorders*, 99(1-3): 107–115. DOI:10.1016/j.jad.2006.08.028.
- Göker A, Yanikkerem E, Demet MM, Dikayak S, Yıldırım Y, Koyuncu FM (2012). Postpartum depression: is mode of delivery a risk factor? *ISRN Obstetrics and Gynecology*, 616759. DOI:10.5402/2012/616759.
- Gönenç İM, Çakırer Çalbayram N (2017). Gebelerin, gebe okulu programı hakkındaki görüşleri ve eğitim sonrası deneyimleri. *Journal of Human Sciences*, 14(2): 1609-1620. Erişim Adresi: www.j-humansciences.com/ojs/index.php/IJHS/article/view/4424
- Guglielminotti J, Landau R, Daw J, Friedman AM, Chihuri S, Li G (2022). Use of labor neuraxial analgesia for vaginal delivery and severe maternal morbidity. *JAMA network open*, 5(2): e220137. DOI:10.1001/jamanetworkopen.2022.0137.
- Gupta S (2019). Maternal mental health and role of nurse. *Indian Journal Psychiatric Nursing*, 16: 49-51. Erişim Adresi: www.ijpn.in/text.asp?2019/16/1/49/269159
- Güler ES, Yanikkerem E (2018). Kadınların doğum yöntemleri ve sezaryen sonrası vajinal doğum hakkında düşünceleri. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 27(1): 27-36. Erişim Adresi: search.trdizin.gov.tr/tr/yayin/detay/272494/kadinlarin-dogum-yontemleri-ve-sezaryen-sonrasi-vajinal-dogum-hakkinda-dusunceleri
- Gülseren L (2013). Lohusalık ve ruh sağlığı. Ş. Yüksel, L. Gülseren ve AD. Başterzi (Editörler), Kadınların yaşamı ve kadın ruh sağlığı. Ankara. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, s. 287-297.

- Gülşen Ç, Merih YD (2018). Doğum sonu dönemde anneler kimden hangi desteği bekliyor? *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 4(1): 20-34. Erişim Adresi: dergipark.org.tr/tr/pub/kashed/issue/37442/322051
- Gür E (2019). Bebek beslenmesinde anne sütünün önemi ve emzirme tekniği. *Klinik Tıp Pediatri Dergisi*, 11(5): 225-232. Erişim Adresi: dergipark.org.tr/tr/pub/ktpd/issue/59770/862025
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü [HÜNEE] (2019). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA). Ankara: T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK. Erişim Adresi: www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/handle/11655/23356
- Hadfield H, Wittkowski A (2017). Women's experiences of seeking and receiving psychological and psychosocial interventions for postpartum depression: A systematic review and thematic synthesis of the qualitative literature. *J Midwifery Womens Health*, 62(6): 723-736. DOI:10.1111/jmwh.12669.
- Hahn-Holbrook J, Cornwell-Hinrichs T, Anaya I (2018). Economic and health predictors of national postpartum depression prevalence: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression of 291 studies from 56 countries. *Frontiers in Psychiatry*, 8: 248. DOI:10.3389/fpsyt.2017.00248.
- Hau FW, Levy VA (2003). The maternity blues and Hong Kong Chinese women: an exploratory study. *Journal of Affective Disorders*, 75(2): 197-203. DOI:10.1016/s0165-0327(02)00039-3.
- Hayran M, Hayran M (2011). Sağlık araştırmaları için temel istatistik. Üçüncü Baskı. Ankara. Omega Araştırma.
- Hergüner S, Çiçek E, Annagür A, Hergüner A, Örs R (2014). Doğum şeklinin doğum sonrası depresyon, algılanan sosyal destek ve maternal bağlanma ile ilişkisi. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 27: 15-20 DOI:10.5350/DAJPN2014270102.
- Hobbs AJ, Mannion CA, McDonald SW, Brockway M, Tough SC (2016). The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16: 90. DOI:10.1186/s12884-016-0876-1.
- Hoque M. (2011). Incidence of obstetric and foetal complications during labor and delivery at a community health centre, midwives obstetric unit of Durban, South Africa. *ISRN Obstetrics and Gynecology*, 2011: 259308. DOI:10.5402/2011/259308.

- Howard LM, Molyneaux Ei Dennis CL, Rochat T, Stein A, Milgrom J (2014). Non- psychotic mental disorders şn the perinatal period. *Lancet*, 384(9956): 1775-1788. DOI:10.1016/S0140-6736(14)61276-9.
- Hughes O, Mohamad MM, Doyle P, Burke G. (2018). The significance of breastfeeding on sleep patterns during the first 48 hours postpartum for first time mothers. *Journal of Obstetrics and Gynaecology: The Journal of The Institute of Obstetrics and Gynaecology*, 38(3): 316-320. DOI:10.1080/01443615.2017.1353594.
- İlska M, Banaś E, Gregor K, Brandt-Salmeri A, İlski A, Cnota W (2020). Vaginal delivery or caesarean section - Severity of early symptoms of postpartum depression and assessment of pain in Polish women in the early puerperium. *Midwifery*, 87: 102731. DOI:10.1016/j.midw.2020.102731.
- Inthorn N, Mongkolnaowarat W, Kongsomboon K, Phasipol P (2023). Postpartum blues and late postpartum depressive symptoms at her royal highness princess mahachakri sirindhorn medical center. *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 31(2): 136-144. DOI:10.14456/tjog.2023.16.
- İşık M (2018). Postpartum psychosis. *Eastern Journal of Medicine*, 23(1): 60-63. Erişim Adresi: search.trdizin.gov.tr/tr/yayin/detay/269922/postpartum-psychosis
- İşık Koç G, Ergöl Ş (2018). Postpartum depression risk in husbands of women who had caesarean section deliveries in Turkey. *Issues in Mental Health Nursing*, 39(12): 1017-1022. DOI:10.1080/01612840.2018.1466941.
- İnce T, Aktaş G, Aktepe N, Aydın A (2017). Annelerin emzirme özyeterlilikleri ve emzirme başarılarını etkileyen özelliklerin değerlendirilmesi. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 7(3): 183-190. DOI:10.5222/buchd.2017.183.
- Jikijela TP, James S, Sonti BSI (2018). Caesarean section deliveries: Experiences of mothers of midwifery care at a public hospital in Nelson Mandela Bay. *Curationis*, 41(1): e1-e9. DOI:10.4102/curationis.v41i1.1804.
- Jones M, Lewis S, Parrott S, Wormall S, Coleman T (2016). Re-starting smoking in the postpartum period after receiving a smoking cessation intervention: a systematic review. *Addiction*, 111(6): 981-90. DOI:10.1111/add.13309.
- Kamsu Moyo GP, Djoda N (2020). Relationship between the baby blues and postpartum depression: A study among Cameroonian women. *American Journal of Psychiatry and Neuroscience*. 8(1): 22-25. DOI:10.11648/j.ajpn.20200801.16.
- Karabel MP, Demirbaş M, İnci MB (2017). Türkiye’de ve Dünya’da değişen sezaryen sıklığı ve olası nedenleri. *Sakarya Tıp Dergisi*, 7(4): 158-163. DOI:10.31832/smj.368600.

- Karaca Kurtulmuş S, Öztekin D, Adıyaman D, Şahin Z, Şahin Güleç E (2022). Kovid-19 pandemisi sırasında Türkiye'nin batısında bir üniversite hastanesinde doğum sonrası depresyonun risk faktörleri ve yaygınlığı: Kesitsel bir çalışma. *İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 26(4): 405-412. Erişim Adresi: search.trdizin.gov.tr/yayin/detay/1138271/risk-factors-and-prevalance-of-postpartum-depression-during-the-covid-19-pandemic-in-a-university-hospital-in-western-turkey-a-crosssectional-study
- Karaçam Z, Çoban A, Akbaş B, Karabulut E (2018). Status of postpartum depression in Turkey: A meta-analysis. *Health Care for Women International*, 39(7): 821-841. DOI:10.1080/07399332.2018.1466144.
- Karahan N, Gençalp NS, Bingöl F, Aydın R, Benli AR (2017). Postpartum depresyonun bebekle ilişkili risk faktörleri. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 19(3): 204-213. DOI:10.24938/Kutfd.331954.
- Karakaya N, Koç E (2022). Doğumun başlaması ve doğum süreci. A. Dinç (Editör). Sağlık & Bilim 2022: Ebelik-1.İstanbul. Efen Akademik Yayıncılık, s. 67-80.
- Kartika S, Krianto T (2019). Effectiveness of psycho education treatment for reduction of postpartum depression: a systematic review. The 6th International Conference on Public Health, Solo, Indonesia, October 23-24: 200-207. DOI:10.26911/the6thicph-FP.03.04.
- Kaya L, Çiğdem Z (2019). The relationship between mode of delivery and postpartum depression. *Journal of Education and Health Promotion*, 8: 5. DOI:10.4103/jehp.jehp_97_18.
- Kaya Odabaş R, Taşpınar A (2021). Kadınların sezaryen deneyimleri ve doğum sonrası dönemde bakım gereksinimleri: Nitel Bir Çalışma. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(1): 1-9. DOI:10.34087/cbusbed.640948.
- Kennerley H, Gath D (1989). Maternity blues. I. Detection and measurement by questionnaire. *Br J Psychiatry*, 155(3): 356-362. DOI:10.1192/bjp.155.3.356.
- Keten Edis, E (2021). Sezaryen sonrası tensel temas ve emzirme. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 3(2): 103-108. DOI:10.48071/sbuhemsirelik.878291.
- Khooshideh M, Mirzarahimi T. (2017). The comparison of maternal and neonatal outcomes of normal vaginal delivery versus unplanned cesarean section delivery. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences*, 17(1): 122-132. Erişim Adresi: jarums.arums.ac.ir/article-1-1330-en.html
- Kılıcı H, Çoban A (2016). The correlation between breastfeeding success in the early postpartum period and the perception of self-efficacy in breastfeeding and breast problems in the late postpartum. *Breastfeeding Medicine: The Official Journal of The Academy of Breastfeeding Medicine*, 11: 188-195. DOI:10.1089/bfm.2015.0046.

- Kılıç M (2016). Evlilik uyumunun doğum sonrası depresyon belirtilerine etkisi: Çok değişkenli bir analiz. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 25(3): 106-113 Erişim Adresi: dergipark.org.tr/tr/pub/eujhs/issue/44563/552884
- Kırılmaz H, Ulusinan E (2021). Tıp etiği çerçevesinde sezaryen. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 8(2): 114-125. Erişim Adresi: dergipark.org.tr/en/pub/turbietderg/issue/75996/1259114#article_cite
- Koç E, Karakaya N (2022). Doğum desteği ve normal doğumun yönetimi. A. Dinç (Editör). *Sağlık & Bilim 2022: Ebelik-1*. İstanbul. Efen Akademik Yayıncılık, s. 81-94.
- Koçak DY, Duman NB (2016). Postpartum depresyon ve hemşirelik yaklaşımı. *Literatür Sempozyum Dergisi*, 9: 21-26. Erişim Adresi: www.literatursesmpozyum.com/pdf/m_1458135075.pdf
- Kokanalı D, Ayhan S, Devran A, Kokanalı MK, Taşçı Y (2018). Sezaryen doğumun postpartum depresyona ve maternal bağlanmaya etkisi. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 8(2): 148-152. DOI:10.16899/gopctd.366181.
- Kolukırık Ü, Şimşek H, Ergör A (2018). Doğum sonrası dönemdeki annelerde depresif belirtilerle ilişkili etmenler: Toplum tabanlı kesitsel bir çalışma. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 33(1): 1- 8. DOI:10.5505/deutfd.2019.30092.
- Köroğlu E (2014). Ruhsal bozuklukların tanısı ve sayımsal el kitabı V (DSM-5), Tanı ölçütleri el kitabı (Amerikan Psikiyatri Birliği). Ankara. Hekimler Yayın Birliği.
- Kujawa Myles S, Noel-Weiss J, Dunn S, Peterson WE, Cotterman KJ (2015). Maternal intravenous fluids and postpartum breast changes: a pilot observational study. *International Breastfeeding Journal*, 10: 18. DOI:10.1186/s13006-015-0043-8.
- Lantigua-Martinez M, Silverstein JS, Trostle ME, Melendez Torres A, Rajeev P, Dennis A, Talib M (2022). Postpartum depression, mode of delivery, and indication for unscheduled cesarean delivery: a retrospective cohort study. *Journal of Perinatal Medicine*, 50(5): 630–633. DOI:10.1515/jpm-2021-0575.
- Lee SM (2010). The effects of music therapy on postpartum blues and maternal attachment of puerperal women. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 40: 60–68. DOI:10.4040/jkan.2010.40.1.60.
- Levy V (1987). The maternity blues in post-partum and post-operative women. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 151: 368–372. DOI:10.1192/bjp.151.3.368.

- Li L, Wan W, Zhu C (2021). Breastfeeding after a cesarean section: A literature review. *Midwifery*, 103: 103117. DOI:10.1016/j.midw.2021.103117.
- Li Q, Yang S, Xie M, Wu X, Huang L, Ruan W, Liu, Y (2020). Impact of some social and clinical factors on the development of postpartum depression in Chinese women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1): 226. DOI:10.1186/s12884-020-02906-y.
- Liu H, Yang Y (2021). Effects of a psychological nursing intervention on prevention of anxiety and depression in the postpartum period: a randomized controlled trial. *Annals of General Psychiatry*, 20(1): 2. DOI:10.1186/s12991-020-00320-4.
- Liu TC, Peng HC, Chen C, Chen CS (2022). Mode of delivery is associated with postpartum depression: Do women with and without depression history exhibit a difference? *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 10(7): 1308. DOI:10.3390/healthcare10071308.
- Lucas R, Zhang Y, Walsh SJ, Evans H, Young E, Starkweather A (2019). Efficacy of a breastfeeding pain self-management intervention: A pilot randomized controlled trial. *Nursing Research*, 68(2): E1–E10. DOI:10.1097/NNR.0000000000000336.
- Lupu VV, Miron IC, Raileanu AA, Starcea IM, Lupu A, Tarca E, Mocanu A, Buga AML, Lupu V, Fotea S (2023). Difficulties in adaptation of the mother and newborn via cesarean section versus natural birth-a narrative review. *Life (Basel)*, 13(2): 300. DOI:10.3390/life13020300.
- Manjunath NG, Venkatesh G (2011). Postpartum blue Is common in socially and economically insecure mothers. *Indian Journal of. Community Medicine: Official Publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*, 36(3): 231–233. DOI:10.4103/0970-0218.86527.
- Mekonen L, Seifu W, Shiferaw Z. (2018). Timely initiation of breastfeeding and associated factors among mothers of infants under 12 months in South Gondar zone, Amhara regional state, Ethiopia; 2013. *International Breastfeeding Journal*, 13(17): 2-8. DOI:10.1186/s13006-018-0160-2.
- Meky HK, Shaaban MM, Ahmed MR, Mohammed TY (2020). Prevalence of postpartum depression regarding mode of delivery: a cross-sectional study. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine: the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 33(19): 3300–3307. DOI:10.1080/14767058.2019.1571572.
- Mermer G, Bilge A, Yücel U, Çeber E (2010). Gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı düzeylerinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(2): 71-76. Erişim Adresi: jag.journalagent.com/phd/pdfs/PHD_1_2_71_76.pdf

- Míguez MC, Pereira B (2021). Effects of active and/or passive smoking during pregnancy and the postpartum period. *Anales de Pediatría (English Edition)*. 95(4): 222-232. DOI:10.1016/j.anpede.2020.07.021.
- Mikuš M, Škegro B, Sokol Karadjole V, Lešin J, Banović V, Herman M, Goluža T, Puževski T, Elvedi-Gašparović V, Vujić G (2021). Maternity blues among croatian mothers: A single-center study. *Psychiatria Danubina*, 33(3): 342–346. DOI:10.24869/PSYD.2021.342.
- Miller ML, Kroska EB, Grekin R (2017). Immediate postpartum mood assessment and postpartum depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 207: 69-75. DOI:10.1016/j.jad.2016.09.023.
- Moameri H, Ostadghaderi M, Khatooni E, Doosti-Irani A (2019). Association of postpartum depression and cesarean section: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 7(3): 471-480. DOI:10.1016/j.cegh.2019.02.009.
- Mokhtari Sorkhani T, Namazian E, Komsari S, Arab S (2021). Investigating the relationship between childbirth type and breastfeeding pattern based on the LATCH scoring system in breastfeeding mothers. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia: Revista da Federacao Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetricia*, 43(10): 728-735. DOI:10.1055/s-0041-1735985.
- Molina G, Weiser TG, Lipsitz SR, Esquivel MM, Uribeleitz T, Azad T (2015). “Relationship between cesarean delivery rate and maternal and neonatal mortality”. *JAMA*, 314: 2263-2270.
- Monks DT, Ankalagi B, Singh PM, Carter E, Doering M, Guard M, Lenze S (2022). Interventions to treat and prevent postpartum depression: a protocol for systematic review of the literature and parallel network meta-analyses. *Systematic Reviews* 11(1): 282. DOI:10.1186/s13643-022-02157-2.
- Morsy Salim H, Eldin SAN, Gonied AS, Ali, HH (2016). Postpartum Depression Predictors, Help-Seeking Barriers and Nursing Implications, *Zagazig Nursing Journal*, 12(2): 49-67. DOI:10.21608/znj.2016.38989.
- Moshki, M., Cheravi, K. (2016). Relationships among depression during pregnancy, social support and health locus of control among Iranian pregnant women. *International Journal of Social Psychiatry*, 62(2): 148-155. DOI:10.1177/0020764015612119. Epub 2015 Nov 18. PMID: 26582784.
- Mughal S, Azhar Y, Siddiqui W (2022). Postpartum depression. In StatPearls. StatPearls Publishing. Erişim Adresi: pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30085612/
- Muruganandam P, Shanmugam D, Ramachandran N (2020). Does the mode of conception influence early postpartum depression? A prospective comparative study from South

- India. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 42(6): 525–529. DOI:10.1177/0253717620928439.
- Nam JY, Park EC, Cho E (2021). Does urinary incontinence and mode of delivery affect postpartum depression? A nationwide population-based cohort study in Korea. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2): 437. DOI:10.3390/ijerph18020437.
- Nayak SB, Jaggernauth S, Jaggernauth A, Jadoo P, Jagmohansingh N, Jaggernauth V, Hosein R, Issarie B, Jaikaran J (2021). An assessment of the risk factors and concerns of postpartum depression among mothers seeking health care in North Central Trinidad. *Indian Journal of Community Medicine: Official Publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*, 46(2): 263-267. DOI:10.4103/ijcm.IJCM_628_20.
- Nguyen Ngo C, Lappas M (2020). Mechanisms of normal labour. *Current Opinion in Physiology*, 13: 27-32. DOI:10.1016/j.cophys.2019.09.008.
- Ntaouti E, Gonidakis F, Nikaina E, Varelas D, Creatsas G, Chrousos G, Siahianidou T (2020). Maternity blues: risk factors in Greek population and validity of the Greek version of Kennerley and Gath's blues questionnaire. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine: the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 33(13): 2253-2262. DOI:10.1080/14767058.2018.1548594.
- O'Hara MW, McCabe JE (2013). Postpartum depression: current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9: 379-407. DOI:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612.
- Omona K (2021). Vaginal delivery. IntechOpen. DOI:10.5772/intechopen.96097.
- Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD] (2023). Caesarean sections (indicator). DOI:10.1787/adc3c39f-en.
- Osborne LM (2018). Recognizing and managing postpartum psychosis: A clinical guide for obstetric providers. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 45(3): 455-468. DOI:10.1016/j.ogc.2018.04.005.
- Özen ME, Örüm MH, Kalenderoğlu A, Karaçor T, Bucak İH, Atmaca M (2018). Lohusalık dönemindeki kadınlarda uyku kalitesi ve gündüz aşırı uykululuk halinin incelenmesi. *İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Tıp Dergisi*, 4(3): 111-114. Erişim Adresi: dergipark.org.tr/tr/pub/ibufntd/issue/39718/470391
- Özer N, Kılıçkap M, Tokgözoğlu L, Göksülük H, Karaaslan D, Kayıkçıoğlu M, Yılmaz, MB, Barçın C, Abacı A, Şahin M (2018). Türkiye’de sigara tüketimi verileri: Kardiyovasküler risk faktörlerine yönelik epidemiyolojik çalışmaların sistematik derleme, meta-analiz ve

meta-regresyonu. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 46(7): 602-612
DOI:10.5543/tkda.2018.85349.

Özkan H, Uzun Özer B, Arı Ö (2021). Sezaryen ile doğuma güncel bir bakış: modern sezaryen teorisi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 30(4): 226-235. DOI: 10.17827/aktd.957483.

Özkan SA, Bozkurt AM, Korkmaz B, Yılmaz G, Küçükkelepçe DŞ (2019). Postpartum birinci ayda depresyon ve emzirme özyeterliliği arasındaki ilişki. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 6(1): 28-35. DOI:10.31125/hunhemsire.544119.

Öztaş HG, Sohbət R (2023). Lohusaların doğum sonu dönemdeki sağlıkla ilgili davranışlarının ve öz bakım gücü düzeylerinin incelenmesi. *Gevher Nesibe Journal of Medical & Health Sciences*, 8(1): 97-105. DOI:10.5281/zenodo.7604015.

Öztürk N, Aydın N (2017). Anne ruh sağlığının önemi. *Marmara Üniversitesi Kadın ve Toplumsal Cinsiyet Araştırmaları Dergisi*, 1(2): 29-36. DOI:10.26695/mukatcad.2018.9.

Parry BL, Sorenson DL, Meliska CJ, Basavaraj N, Zirpoli GG, Gamst A, Hauger R (2003). Hormonal basis of mood and postpartum disorders. *Current Women's Health Reports*, 3(3): 230–235. Erişim Adresi: pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12734034/

Patel RR, Murphy DJ, Peters TJ (2005). Operative delivery and postnatal depression: a cohort study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 330(7496): 879. DOI:10.1136/bmj.38376.603426.D3.

Payne JL, Maguire J (2019). Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression, *Front Neuroendocrinol*, 52: 165-180. DOI:10.1016/j.yfrne.2018.12.001.

Pekcan N, Yılmaz E (2021). Doğuma hazırlık sınıfında eğitim alan ve almayan kadınların doğum sonu depresyon riskinin incelenmesi. *Fenerbahçe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3): 226-240. Erişim Adresi: dergipark.org.tr/tr/pub/fbujohs/issue/67478/1021075

Perry A, Gordon-Smith K, Jones L, Jones I (2021). Phenomenology, epidemiology and aetiology of postpartum psychosis: A review. *Brain Sciences*. 11(1): 47. DOI:10.3390/brainsci11010047.

Petersen RW (2018). Vaginal delivery: An argument against requiring consent. *The Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 58(6): 704-706. DOI:10.1111/ajo.12919.

Petrosyan D, Armenian HK, Arzoumanian K (2011). Interaction of maternal age and mode of delivery in the development of postpartum depression in Yerevan, Armenia. *Journal of Affective Disorders*, 135(1-3): 77–81. DOI:10.1016/j.jad.2011.06.061.

- Pitt B (1973). 'Maternity blues'. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 122(569): 431–433. DOI:10.1192/bjp.122.4.431.
- Pop VJ, Truijens SE, Spek V, Wijnen HA, van Son MJ, Bergink V (2015). A new concept of maternity blues: Is there a subgroup of women with rapid cycling mood symptoms? *Journal of Affective Disorders*, 177: 74–79. DOI: 10.1016/j.jad.2015.02.015.
- Prosser SJ, Barnett AG, Miller YD (2018). Factors promoting or inhibiting normal birth. *BMC Pregnancy Childbirth*, 18: 241. DOI:10.1186/s12884-018-18715.
- Qui W, Liu Y, Lv H, Ge J, Meng Y, Zhao N, Zhao F, Guo Q, Hu J (2022). Effects of family relationship and social support on the mental health of Chinese postpartum women. *BMC Pregnancy Childbirth*, 22(1): 65. DOI:10.1186/s12884-022-04392-w.
- Rabiepoor S, Hamidiazar P, Sadeghi E (2017). The relationship between type of delivery and successful breastfeeding. *International Journal of Pediatrics*, 5(5): 489-4907. DOI:10.22038/ijp.2017.22299.1865.
- Rafiei M, Saei Ghare M, Akbari M, Kiani F, Sayehmiri F, Sayehmiri K, Vafaei R (2018). Prevalence, causes, and complications of cesarean delivery in Iran: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Reproductive Biomedicine*, 16(4): 221–234. Erişim Adresi: pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29942930/
- Rai S, Pathak A, Sharma I (2015). Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. *Indian Journal of Psychiatry*, 57(2): 216–221. DOI:10.4103/0019-5545.161481.
- Rathfisch G (2019). Doğum eylemi. N. Kızılkaya Beji (Editör). Hemşire ve ebelerle yönelik kadın sağlığı ve hastalıkları. 2. Baskı. İstanbul. Nobel Tıp Kitabevleri.
- Rauh C, Beetz A, Burger P, Engel A, Häberle L, Fasching PA, Kornhuber J, Beckmann MW, Goecke TW, Faschingbauer F (2012). Delivery mode and the course of pre- and postpartum depression. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 286(6): 1407–1412. DOI:10.1007/s00404-012-2470-8.
- Reck C, Stehle E, Reinig K, Mundt C (2009). Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *Journal of Affective Disorders*, 113(1-2): 77-87. DOI:10.1016/j.jad.2008.05.003.
- Rezaie-Keikhaie K, Arbabshastan ME, Rafiemanesh H, Amirshahi M, Ostadkelayeh SM, Arbabisarjou A (2020). Systematic review and meta-analysis of the prevalence of the maternity blues in the postpartum period. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing JOGNN*, 49(2): 127-136. DOI:10.1016/j.jogn.2020.01.001.

- Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry* 26(4): 289–295. DOI:10.1016/j.genhosppsych.2004.02.006.
- Rommel AS, Molenaar NM, Gilden J, Kushner SA, Westerbeek NJ, Kamperman AM, Bergink V (2021). Long-term outcome of postpartum psychosis: a prospective clinical cohort study in 106 women. *International Journal of Bipolar Disorders*, 9(1): 31. DOI:10.1186/s40345-021-00236-2.
- Roozbahani S, Dolatian M, Mahmoodi Z, Zandifar A, Alavi Majd H (2021). Postpartum mental health and its relationship with social-structural determinants of health in Iran with the approach of the World Health Organization model: A systematic review. *International Journal of Pediatrics*, 9(6): 13703-13729. DOI:10.22038/ijp.2021.54669.4317.
- Sakumoto K, Masamoto H; Kanazawa K (2002). Post-partum maternity “blues” as a reflection of newborn nursing care in Japan. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of The International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 78(1): 25-30. DOI:10.1016/s0020-7292(02)00091-7.
- Sandall J, Tribe RM, Avery L, Mola G, Visser GH, Homer CS, Gibbons D, Kelly NM, Kennedy HP, Kidanto H, Taylor P, Temmerman M (2018). Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *Lancet (London, England)*, 392(10155): 1349–1357. DOI:10.1016/S0140-6736(18)31930-5.
- Sanil R (2022). Postpartum (puerperal) psychosis-pathophysiology diagnosis management. Yayınlanma tarihi: 23 Ağustos 2022. Erişim Adresi: psychscenehub.com/psychinsights/postpartum-psychosis-review/
- Sarıkaya E (2019). Anne ruh sağlığı ve peripartum depresyon çalıştayı. Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü. İstanbul.
- Séjourné N, Denis A, Theux G, Chabrol H (2008). Influence de certaines variables psychologiques, psychosociales et obstétricales sur l'intensité du baby blues [The role of some psychological, psychosocial and obstetrical factors in the intensity of postpartum blues]. *L'Encephale*, 34(2): 179–182. DOI:10.1016/j.encep.2007.07.010.
- Shafaei FS, Mirghafourvand M, Havizari S (2020). The effect of prenatal counseling on breastfeeding self-efficacy and frequency of breastfeeding problems in mothers with previous unsuccessful breastfeeding: A randomized controlled clinical trial. *BMC Women's Health*, 20(1): 94. DOI:10.1186/s12905-020-00947-1.
- Sharkey KM, Iko IN, Machan JT, Thompson-Westra J, Pearlstein TB (2016). Infant sleep and feeding patterns are associated with maternal sleep, stress, and depressed mood in women with a history of major depressive disorder (MDD). *Archives of Women's Mental Health*, 19(2): 209–218. DOI:10.1007/s00737-015-0557-5.

- Sharma R (2019). Stages of labor and nursing care. In book: Obstetric nursing: 1-39. Erişim Adresi: www.researchgate.net/publication/335518026_Stages_of_Labor_and_Nursing_Care
- Sharma V, Mazmanian D, Palagini L, Bramante A. (2022). Postpartum psychosis: Revisiting the phenomenology, nosology, and treatment, *Journal of Affective Disorders Reports*, 10: 100378. DOI:10.1016/j.jadr.2022.100378.
- Shen X, Lin S, Li H, Amaerjiang N, Shu W, Li M, Xiao H, Segura-Pérez S, Pérez-Escamilla R, Fan X, Hu Y (2022). Timing of breastfeeding initiation mediates the association between delivery mode, source of breastfeeding education, and postpartum depression symptoms. *Nutrients*, 14(14): 2959. DOI:10.3390/nu14142959.
- Shishido E, Shuo T, Shinohara K, Horiuchi S (2021). Effects of epidural anesthesia on postpartum maternity blues and fatigue and its relation to changes in oxytocin. *Japan Journal of Nursing Science: JJNS*, 19: e12406. DOI:10.1111/jjns.12406.
- Shorey S, Chee CYI, Ng ED, Chan YH, Tam WWS, Chong YS (2018). Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 104: 235-248. DOI:10.1016/j.jpsychires.
- Singh N, Pradeep Y, Jauhari S (2020). Indications and determinants of cesarean section: A cross-sectional study. *International journal of Applied & Basic Medical Research*, 10(4): 280–285. DOI:10.4103/ijabmr.IJABMR_3_20.
- Skov SK, Hjorth S, Kirkegaard H, Olsen J, Nohr EA (2022). Mode of delivery and short-term maternal mental health: A follow-up study in the Danish National Birth Cohort. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of The International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 159(2): 457–465. DOI:10.1002/ijgo.14155.
- Słabuszewska-Józwiak A, Szymański JK, Ciebiera M, Sarecka-Hujar B, Jakiel G (2020). Pediatrics consequences of caesarean section-A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21): 8031. DOI:10.3390/ijerph17218031.
- Sönmez Cİ, Sivashioğlu AA (2019). Gebe kadınların doğum şekli tercihi ve bunları etkileyen faktörler. *Konuralp Medical Journal*, 11(3): 369-376. DOI:10.18521/ktd.629706.
- Stein GS (1980). The pattern of mental change and body weight change in the first post-partum week. *Journal of Psychosomatic Research*, 24: 165-171. DOI:10.1016/0022-3999(80)90038-0.
- Stewart DE, Vigod S (2016). Postpartum depression. *The New England Journal of Medicine*, 375(22): 2177– 2186. DOI:10.1056/NEJMc1607649.

- Sun L, Wang S, Li XQ (2021). Association between mode of delivery and postpartum depression: A systematic review and network meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 55(6): 588-601. DOI:10.1177/0004867420954284.
- Susheelkumar VR, Santosh SU, Chetan SP, Shridhar HG, Kirankumar TC, Pankaja TC, Ranjendra B (2018). Role of nurse in postpartum psychiatric disorders. *Global Journal of Otolaryngology*, 12(4): 555844. DOI: 10.19080/GJO.2018.12.555844.
- Sword W, Landy CK, Thabane L, Watt S, Krueger P, Farine D, Foster G (2011). Is mode of delivery associated with postpartum depression at 6 weeks: a prospective cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 118(8): 966-977. DOI:10.1111/j.1471-0528.2011.02950.x.
- Şahin M, Erbil N (2019). Doğum ve medikalizasyon. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 2(2): 120-130. Erişim Adresi: dergipark.org.tr/tr/pub/ouhcd/issue/49155/572283
- Şahin T, Tunçdemir A, Geçkil E (2012). Aile sağlığı elemanları tarafından uygulanan emzirmeyi destekleme ve izleme programının doğum sonrası ilk altı ayda annelerin etkili emzirme davranışları üzerine etkisi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 11(3): 273- 280. Erişim Adresi: search.trdizin.gov.tr/yayin/detay/261567
- Şen N (2020). Postpartum psikoz belirtilerinin kültürel boyutu ile ele alınması: albasması inancı. *ISPEC International Journal of Social Sciences & Humanities*, 4(4): 296-308. DOI:10.46291/ISPECIJSSHvol4iss4pp296-308.
- Şenoğlu A, Öztürk M, Karaçam Z (2021). Cesarean section rates and Indications in Turkey: A systematic review and meta-analysis. *Asian Journal of Research in Nursing and Health*, 4(4): 31–57. Erişim Adresi: journalajrnh.com/index.php/AJRNH/article/view/57
- Şimşek Ç, Yılmaz Esencan T (2017). Doğum sonu dönemde hemşirelik bakımı. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 48(4): 183-189. DOI:10.16948/zktipb.267263.
- T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı (2019). Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları Değerlendirme Raporları. Ankara. Erişim Adresi: www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2020/03/Surdurulebilir-Kalkinma-Amaclari-Degerlendirme-Raporu_13_12_2019-WEB.pdf
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2021). ICD 10 kodları. Erişim Adresi: www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/bisi/verigiris/icd.asp
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı (2018). Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi, Ankara. Erişim Adresi: sivasism.saglik.gov.tr/Eklenti/87174/0/dogum-sonu-bakim-yonetim-rehberi-2018pdf.pdf

- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü (2023). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1260, Ankara. Erişim Adresi: www.saglik.gov.tr/TR,84930/saglik-istatistikleri-yilliklari.html
- Takács L, Smolík F, Mlíková Seidlerová J, Čepický P, Hoskovcová S (2016). Postpartum blues - a Czech adaptation of the Maternity Blues Questionnaire. *Ceska Gynekologie*, 81(5): 355–368.
- Taşpınar A, Sarıkaya Karabudak S, Çoban A, Adana F (2021). Gebelikte aile içi şiddete maruz kalmanın postpartum depresyon ve maternal bağlanmaya etkisi. *ADYÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1): 94-102. DOI:10.30569.adiyamansaglik.806662.
- Thomas L, Gandhi S, Parel JT (2018). Interventions for mothers with postpartum depression: A systematic review. *International Journal of Depression and Anxiety*, 1: 002. DOI:10.23937/IJDA-2017/1710002.
- Thombs BD, Saadat N, Riehm KE, Karter, JM, Vaswani A, Andrews BK, Simons P, Cosgrove L (2017). Consistency and sources of divergence in recommendations on screening with questionnaires for presently experienced health problems or 191 symptoms: a comparison of recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care, UK National Screening Committee, and US Preventive Services Task Force. *BMC Medicine*, 15(1): 150. DOI:10.1186/s12916-017-0903-8.
- Thornton JM, Browne B, Ramphul M (2020). Mechanisms and management of normal labour. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*. 30(3): 84-90. DOI:10.1016/j.ogrm.2019.12.002.
- Tiznobaik A, Geranmayeh M, Khakbazan Z, Taghizadeh Z (2019). Factors affecting maternal satisfaction with vaginal delivery: a qualitative study. *Revista Latinoamericana de Hipertension*, 14(3): 277-283. Erişim Adresi: www.researchgate.net/publication/348549896_Factors_affecting_maternal_satisfaction_with_vaginal_delivery_a_qualitative_study
- Topbaş Selçuki NF, Yalçın Bahat P, Turan G, Aksoy U, Bağcı K, Özdemir İ (2022). Postpartum evaluation of the role of maternal characteristics and mode of delivery on maternal attachment, anxiety and depression; a study conducted in Turkey'. *Acta Bio-Medica: Atenei Parmensis*, 93(1): e2022011. DOI:10.23750/abm.v93i1.12137.
- Toptaş Bıyıklı E, Yıldırım H (2018). Postpartum depresyon ve beslenme. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 27(2): 136-142. Erişim Adresi: dergipark.org.tr/tr/pub/sted/issue/37605/424944
- Tosto V, Ceccobelli M, Lucarini E, Tortorella A, Gerli S, Parazzini F, Favilli A (2023). Maternity blues: A narrative review. *Journal of Personalized Medicine*, 13(1): 154. DOI:10.3390/jpm13010154.

- Tsukasaki M, Ohta Y, Oishi K, Miyaichi K, Kato N (1991). Types and characteristics of short-term course of depression after delivery: using Zung's Self-Rating Depression Scale. *The Japanese Journal of Psychiatry and Neurology*, 45(3): 565–576. DOI:10.1111/j.1440-1819.1991.tb01178.x.
- Turan A, Bozkurt G (2020). Effects of delivery method on breastfeeding success in primiparous mothers. *Archives of Health Science Research*, 7(1): 60-5. DOI:10.5152/ArcHealthSciRes.2020.540476.
- Türk Perinatoloji Derneği (2019). Doğum Eylem Planı 2019-2023. Erişim Adresi: www.perinatoloji.org.tr/wpcontent/uploads/sites/6/2020/04/sezeryan_TPD-gorusu_2019.pdf
- Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK] (2022b). Doğum İstatistikleri, 2021 (sayı 45547). Erişim Adresi: data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Birth-Statistics-2021-45547
- Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK] (2022a). Dünya Nüfus Günü, 2022 (sayı 45552). Erişim Adresi: data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dunya-Nufus-Gunu-2022-45552
- Türkmen H, Özbaşaran F (2017). Vaginal doğum yapan lohusalarda taburculuğa hazır olma durumlarının değerlendirilmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1): 24-29. Erişim Adresi: dergipark.org.tr/tr/pub/duzcesbed/issue/31210/339572
- Türkoğlu N, Sis Çelik A, Pasinlioğlu T (2014). Annelerin doğum sonrası sosyal destek ihtiyaçlarının ve alınan desteğin belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 11 (1): 18-24. Erişim Adresi: avesis.atauni.edu.tr/yayin/230d70a6-6a21-4dcb-9ee5-b02c925ee13e/annelerin-dogum-sonrasi-sosyal-destek- ihtiyaclarinin-ve-alinan-destegin-belirlenmesi
- Uçar T, Bal Z, Gökbulut N, Kantar EC, Güney E (2022). The relationship between social support and spousal support perceived by women in the postpartum period and readiness for discharge. *Genel Tıp Dergisi*, 32(2): 190-197. Erişim Adresi: dergipark.org.tr/tr/pub/geneltip/issue/69698/1004287#article_cite
- Uğurlu M, Acavut G, Yeşilçınar İ, Karaşahin KE (2021). Physical symptom severity of women in the early postpartum period. *Bezmialem Science*, 9(4): 415-23. DOI:10.14235/bas.galenos.2020.5144.
- Uludağ E, Yıldırım DF, Özkan S (2022). Emziren kadınlarda fiziksel ve mental yorgunluğu yordayıcı faktör olarak postpartum uyku kalitesi. *Journal of Turkish Sleep Medicine*, 9: 294-300. DOI:10.4274/jtsm.galenos.2022.38278.
- Ural A, Kılıç İ (2005). Bilimsel araştırma süreci ve spss ile veri analizi. Ankara. Detay Yayıncılık.

- Utami P, Nurfita D (2022). Postpartum blues reviewed by the risk factors in Indonesia Fitriana. *Journal of Ideas in Health*, 5(4): 766-775. DOI:10.47108/JIDHEALTH.VOL5.ISS4.258.
- Uzun B, Dağ EN (2019). Kadınların doğum şekli tercihlerinde ebeğin rolü. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 6(2): 87-90. Erişim Adresi: dergipark.org.tr/tr/pub/sagakaderg/issue/46295/522819
- VanderKruik R, Barreix M, Chou D, Allen T, Say L, Cohen LS, Maternal Morbidity Working Group (2017). The global prevalence of postpartum psychosis: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 17(1): 272. DOI:10.1186/s12888-017-1427-7.
- Wang Z, Liu J, Shuai H, Cai Z, Fu X, Liu Y, Xiao X, Zhang W, Krabbendam E, Liu S, Liu Z, Li Z, Yang BX (2021). Correction: Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Translational Psychiatry*, 11(1): 640. DOI:10.1038/s41398-021-01692-1.
- Wells T (2023). Postpartum depression: Screening and collaborative management. *Primary Care*, 50(1):127-142. DOI:10.1016/j.pop.2022.10.011.
- World Health Organization [WHO] (1998). Care in normal birth: a practical guide. Erişim Adresi: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331262/WH-1998-Jan-Feb-p31-eng.pdf>
- World Health Organization[WHO] (2015). Sezaryen Doğum Hızları ile ilgili DSÖ Açıklaması. Erişim Adresi: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_tur.pdf?sequence=11
- World Health Organization [WHO] (2018a). WHO Recommendations: Intrapartum Care For A Positive Childbirth Experience. Geneva. Erişim Adresi: www.who.int/publications/i/item/9789241550215
- World Health Organization [WHO] (2018b). Recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections. Erişim Adresi: www.who.int/publications/i/item/9789241550338
- World Health Organization [WHO] (2018c). Recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Erişim Adresi: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/352658/9789240045989-eng.pdf
- World Health Organization [WHO] (2022). Recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Erişim Adresi: www.who.int/publications/i/item/9789240045989

- World Health Organization [WHO] (2023a). Maternal health. Erişim Adresi: www.who.int/health-topics/maternal-health#tab=tab_1
- World Health Organization [WHO] (2023b). Mental mental health. Erişim Adresi: www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/promotion-prevention/maternal-mental-health
- Wright A, Nassar AH, Visser G, Ramasauskaite D, Theron G, FIGO Safe Motherhood and Newborn Health Committee (2021). FIGO good clinical practice paper: management of the second stage of labor. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 152(2): 172–181. DOI:10.1002/ijgo.13552.
- Yakar B, Azakoğlu Karaca A, Tanrıöver Ö (2020). Emziren annelerin ilk 6 ay sadece anne sütü verme oranları ve etkileyen faktörlerin araştırılması. *Fırat Tıp Dergisi*, 25(4): 195-202. Erişim Adresi: search.trdizin.gov.tr/tr/yayin/detay/423327/
- Yang M, Yue W, Han X, Hu C, Sun X, Luo J (2022). Postpartum care indications and methodological quality: a systematic review of guidelines. *Journal of Public Health*, 30: 2261–2275. DOI:10.1007/s10389-021-01629-4.
- Yang SN, Shen LJ, Ping T, Wang YC, Chien CW (2011). The delivery mode and seasonal variation are associated with the development of postpartum depression. *Journal of Affective Disorders*, 132(1-2): 158–164. DOI:10.1016/j.jad.2011.02.009.
- Yang XJ, Sun Y (2019). Comparison of caesarean section and vaginal delivery for pelvic floor function of parturients: a meta-analysis. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 235: 42-48. DOI:10.1016/j.ejogrb.2019.02.003.
- Yar D, Yılmaz M (2020). Gebelik ve postpartum dönemde kadın ruh sağlığı: Derleme çalışması. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(1): 93-100. DOI:10.46237/amusbfd.693233.
- Yavuz MY, Bilge C (2022). Annelik hüznünden postpartum depresyon ve psikoza. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1): 1-10. DOI:10.48124/husagbilder.845299.
- Yeşilçiçek Çalık K, Coşar Çetin F, Erkaya R. (2017). Annelerin emzirme konusunda uygulamaları ve etkileyen faktörler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3): 80-91. Erişim Adresi: dergipark.org.tr/tr/pub/gumussagbil/issue/31206/361842
- Yıldız H, Boyacı B (2019). Postpartum dönemde annelerin taburculuk öncesi yenidoğan bakımına ilişkin bilgi düzeyleri, gereksinimleri ve ilişkili faktörler. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12 (1): 1-10. DOI:10.26559/mersinsbd.396373.

- Yılmaz A, Baya A, Işık Esenay F (2018). Annelerin doğum sonrası bebek bakım gereksinimlerinin belirlenmesi: Nitel bir çalışma. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2): 147-156. DOI:10.26559/mersinsbd.351511.
- Yılmaz E, Doğa Öcal F, Vural Yılmaz Z, Ceyhan M, Kara OF, Küçüközkan T (2017). Early initiation and exclusive breastfeeding: Factors influencing the attitudes of mothers who gave birth in a baby-friendly hospital. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology*, 14(1): 1–9. DOI:10.4274/tjod.90018.
- Yılmaz Esencan T, Karabulut Ö, Demir Yıldırım A, Ertuğrul Abbasoğlu D, Külek H, Küreşir Ünal, Şimşek Ç, Küçükoğlu S, Ceylan Ş, Yavrutürk S, Kılıççı Ç (2018). Doğuma hazırlık eğitimi alan gebelerin doğum şekli, ilk emzirme zamanı ve ten tene temas tercihleri. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26(1): 31-43. Erişim Adresi: dergipark.org.tr/tr/pub/fnjd/issue/35751/387192
- Yılmaz M, Yar D (2021). Gebelik ve postpartum dönemde kadın ruh sağlığı: Derleme çalışması. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(1): 93-100. DOI:10.46237/7amusbfd.693233.
- Yisma E, Mol BW, Lynch JW, Smithers LG (2019). Impact of caesarean section on breastfeeding indicators: within-country and meta-analyses of nationally representative data from 33 countries in sub-Saharan Africa. *BMJ Open*, 9(9): e027497. DOI:10.1136/bmjopen-2018-027497.
- Yokoyama M, Tanaka K, Sugiyama T, Arakawa M, Miyake Y (2021). Cesarean section is associated with increased risk of postpartum depressive symptoms in Japan: The Kyushu Okinawa Maternal and Child Health Study. *Journal of Affective Disorders*, 278: 497–501. DOI:10.1016/j.jad.2020.09.106.
- Zabcı N, Karadeniz G (2021). Koronavirüs pandemisinde annenin ruhsal süreçlerinin çocuklarda görülen belirtilere yansımaları. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 13(Suppl 1): 12-26. DOI:10.18863/pgy.852022.
- Zanardo V, Giliberti L, Volpe F, Parotto M, de Luca F, Straface G (2017). Cohort study of the depression, anxiety, and anhedonia components of the Edinburgh Postnatal Depression Scale after delivery. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 137(3): 277–281. DOI:10.1002/ijgo.12138.
- Zareba K, Banasiewicz J, Rozenek H, Wójtowicz S, Jakiel G (2020). Peripartum predictors of the risk of postpartum depressive disorder: Results of a case-control study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23): 8726. DOI:10.3390/ijerph17238726.

- Zeren F, Gürsoy E (2018). Anne ve yenidoğan için Dünya Sağlık Örgütü postpartum bakım önerileri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(4): 95-102. Erişim Adresi: dergipark.org.tr/tr/pub/gumussagbil/issue/41325/400393
- Zhang X, Wang C, Zuo X, Aertgeerts B, Buntinx F, Li T, Vermandere M (2023). Study characteristic and regional influences on postpartum depression before vs. during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Front Public Health*. 15; 11: 1102618. DOI:10.3389/fpubh.2023.1102618.
- Zhao L, Chen J, Lan L, Deng N, Liao Y, Yue L, Chen I, Wen SW, Xie RH (2021). Effectiveness of telehealth interventions for women with postpartum depression: Systematic review and meta-analysis. *JMIR mHealth and uHealth*, 9(10): e32544. DOI:10.2196/32544.
- Zhao XH, Zhang ZH (2020). Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Asian Journal of Psychiatry*. 53: 102353. DOI:10.1016/j.ajp.2020.102353.
- Zivoder I, Martić-Biocina S, Veronek J, Ursulin-Trstenjak N, Sajko M, Pauković M (2019). Mental disorders/difficulties in the postpartum period. *Psychiatria Danubina*, 31(3): 338-344. Erişim Adresi: pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31488750/

EKLER

Ek 1: ETİK KURUL ONAYI

MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL KARARI

Protokol No : 210140

Karar No : 177

Araştırma Yürütücüsü	Yüksek Lisans Öğrencisi Gökçe Nur TUNA
Kurumu / Birimi	MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ / HEMŞİRELİK
Araştırmanın Başlığı	Normal ve Sezaryen Doğum Yapan Kadınlarda Postpartum Hüzün ve Depresyon Görülme Durumu
Başvuru Formunun Etik Kurula Geldiği Tarih	05.06.2021
Başvuru Formunun Etik Kurulda İncelendiği Tarih	İlk İnceleme Tarihi : 21.06.2021 1. Düzeltme Tarihi : 06.07.2021
Karar Tarihi	18.08.2021

KARAR : UYGUNDUR

AÇIKLAMA :Beyan edilen veri formlarının dışına çıkılmaması şartıyla araştırmanın uygulanabilirliği konusunda bilimsel araştırmalar etiği açısından bir sakınca yoktur.

Prof.Dr. Haşim OLGUN
BaşkanProf.Dr. Kılıçhan BAYAR
ÜyeProf.Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA
Üye
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik
Kurulları Yönergesinin Madde-8/6-b bendine göre
değerlendirmede yer almamıştır.Prof.Dr. Özcan SAYGIN
ÜyeDoç.Dr. Ahmet Salih SÖNMEZDAĞ
ÜyeDoç.Dr. Cem ŞAHİN
ÜyeProf.Dr. Süleyman Cüneyt KARAKUŞ
Üye

Ek 2: KURUM İZİN ONAYI

T.C.
YOZGAT VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-92198657-772.02
Konu : Çalışma İzni

Sayın: Gökçe Nur TUNA

İlgi : 29.04.2021 tarihli ve E-92119857-000-2865 sayılı dilekçe yazısı.

İlgi tarihli ve sayılı dilekçenize istinaden; Yozgat Şehir Hastanesi'nde yapmayı planladığınız **"Normal ve Sezaryen Doğum Yapan Kadınlarda Postpartum Hüzn ve Depresyon Görülme Durumu"** konulu bilimsel çalışmanızı **01.06.2021- 01.09.2022** tarihleri arasında yapmanız kaydıyla, yapılacak çalışmanın sağlık tesisinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımlarının gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, katılacak kişilerin rızalarının alınması, yapılacak çalışmanın sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla Müdürlüğümüz tarafından Yozgat Şehir Hastanesinde yapılması uygun görülmüş olup, Bilimsel Araştırma Talepleri Değerlendirme Formları ve Makam Olurumuz yazımız ekinde gönderilmiştir.

Bilgilerinize sunulur.

e-imzalıdır.
Dr. Fatih ŞAHİN
İl Sağlık Müdürü

EKLER:

- Makam Oluru
- Komisyon Kararı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

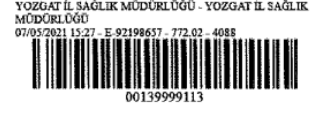
Belge Doğrulama Kodu: ade95077-7665-46ed-81aa-3ad8c92c30fc Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Bilgi için: Pınar DURGUT
SÜREKLİ İŞÇİ





T.C.
YOZGAT VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-92198657-772.02
Konu : Bilimsel Araştırma Talepleri
Değerlendirme Formu

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

İlgi : 29.04.2021 tarihli ve E-92198657-000-2865 sayılı dilekçe yazısı.

İlgi tarih ve sayılı dilekçe yazısı doğrultusunda; Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi olan Gökçe Nur TUNA' nın **01.06.2021- 01.09.2022** tarihleri arasında Yozgat Şehir Hastanesi' nde yapmayı planladığı "**Normal ve Sezeryan Doğum Yapan Kadınlarda Postpartum Hüzün ve Depresyon Görülme Durumu**" konulu telefonla görüşme şeklinde olacak olan bilimsel çalışmasını gerçekleştirmek için (Bilimsel Araştırma Talepleri Değerlendirme Formu) Müdürlüğümüz izin isteği bildirilmiş olup, gerekli iznin verilmesi hususunun;

Gereğini ve olurlarınızı arz ederim

e-imzalıdır.
Dr. Mustafa ŞAHİN
Sağlık Hizmetleri Başkanı

e-imzalıdır.
....../.../2021
O L U R
Dr. Fatih ŞAHİN
İl Sağlık Müdürü

EKLER:

- Başvuru Formları
- Komisyon Kararı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu: 507bc583-c145-4f79-8866-2a8e9f5cee45 Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Bilgi için: Pınar DURGUT
SÜREKLİ İŞÇİ



 T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu	YOZGAT İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ BİLİMSEL ARAŞTIRMA TALEPLERİ DEĞERLENDİRME FORMU	Doküman No	EGT. FR. 18
		Yayın Tarihi	02.05.2014
		Revizyon Tarihi	-
		Revizyon No	0
		Sayfa No/Sayfa Sayısı	1/1

ARAŞTIRMA SAHİBİNİN	
Adı Soyadı	Gökçe Nur TUNA
Kurumu / Üniversitesi	Yozgat Şehir Hastanesi / Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
Araştırma Yapılacak İller	Yozgat
Araştırma Yapılacak Sağlık Tesisleri	Yozgat Şehir Hastanesi LDRP ve Kadın Hastalıkları Servisi
Araştırmanın Konusu	Normal ve sezaryen doğum yapan kadınlarda postpartum hüznün ve depresyon görülme durumu
Araştırmanın Statüsü	Yüksek Lisans Tezi
Ön İzin Formu	()Var / (X) Yok
Başvuru Belgeleri	Başvuru Formu (X) Var / () Yok Üniversite / Kurum Talebi/ ()Var / (X) Yok Araştırma Detay Formu (X) Var / () Yok Etik Kurul Raporu () Var / (X) Yok / () Karar Aşamasında
Veri Toplama Araçları	Tanıtıcı Bilgi Formu, Doğum Sonrası Bilgi Formu, Günlük Deneyimler Anketi ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği
Araştırmanın Yapılacağı Tarih Aralığı	01/06/2021 – 01/09/2022
Görüş İstenilecek Birimler	
KOMİSYON GÖRÜŞÜ	
Araştırma başvuru formu, Araştırma detay formu, belgelerinin teslimi halinde, Yozgat İl Sağlık Müdürlüğü tarafından Etik Kurul İzni (Bilimsel Araştırma Talepleri Değerlendirme Formu) verilmesine müsaade edilmiştir.	
Komisyon Kararı	Oybirliği / Oyçokluğu ile alınmıştır.
Muhalef Üyenin Adı ve Soyadı:	Gerekçesi

/.../2021

KOMİSYON

Üye
Uzman
Yusuf YİĞİT SOY

Üye
Başkan Yardımcısı
Dr. Zafet AKDENİZ

Üye
Başkan
Uz. Dr. Cahit Bekir KAYHAN

Üye
Başkan
Dr. Mustafa ŞAHİN

Komisyon Başkanı
İl Sağlık Müdürü
Dr. Fatih ŞAHİN

Ek 3: FORMLAR (VERİ / KAYIT FORMLARI / ANKET FORMLARI/ vb.)

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

“Normal ve Sezaryen Doğum Yapan Kadınlarda Postpartum Hüzün ve Depresyon Görülme Durumu” adlı çalışma Gökçe Nur TUNA tarafından gerçekleştirilecektir. Bu çalışma Yozgat Şehir Hastanesi’nde normal ve sezaryen doğum yapan kadınlarda annelik hüznü ve postpartum depresyon görülme durumunu belirlemek amacıyla planlanmıştır. Bu araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmayı kabul ettikten sonra veri toplama formunu doldurmaya başlamış olsanız bile istemediğiniz takdirde çalışmaya katılmaktan vazgeçebilirsiniz. Formu eksiksiz doldurup araştırmacıya vermiş olmanız/göndermeniz çalışmaya katılma konusunda gönüllü olduğunuz anlamına gelmektedir.

Sizden elde edilen tüm bu bilgiler bilimsel bir araştırmada kullanılacaktır. Araştırma sonuçları kimlik belirtecek herhangi bir isim ya da işaret içermeyecektir. Bu araştırmada sizinle ilgili tutulan tüm kayıtlar gizli kalacaktır.

Bu nedenle soruların tümüne doğru ve eksiksiz yanıt vermeniz büyük önem taşımaktadır. Anketi tamamlamak yaklaşık 30 dk. zamanınızı alacaktır. Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıda iletişim bilgileri yer alan sorumlu araştırmacı Gökçe Nur TUNA ile çekinmeden iletişime geçebilirsiniz.

Çalışmamız için zaman ayırarak bilim dünyasına verdiğiniz katkı için teşekkürler...

Sorumlu Araştırmacının

Unvanı, Adı Soyadı: Hemşire, Gökçe Nur TUNA

Katılımınız için teşekkür ederiz.

TANITICI BİLGİ FORMU

A. Sosyodemografik Özellikler

1. Yaşınız:
2. Eşinizin yaşı?
3. Eğitim durumunuz?
 1. İlkokul
 2. Ortaokul
 3. Lise
 4. Lisans
 5. Lisansüstü
4. Eşinizin eğitim durumu?
 1. İlkokul
 2. Ortaokul
 3. Lise
 4. Lisans
 5. Lisansüstü
5. Çalışma durumunuz?
 1. Ev hanımı
 2.
6. Eşinizin çalışma durumu?
 1. İşsiz
 2.
7. Gelir durumunuzu giderinizle karşılaştırdığınızda nasıl değerlendirirsiniz?
 1. Gelir giderden az
 2. Gelir gidere denk
 3. Gelir giderden fazla
8. Sağlık güvenceniz var mı?
 1. Hayır
 2. Evet
9. En uzun süre yaşadığınız yerleşim birimi?
 1. Köy veya bucak
 2. İlçe merkezi
 3. İl merkezi/büyükşehir
 4. Yurt dışı
10. Evde birlikte yaşadığınız kişiler kimlerdir?
 1. Eşim ve çocuklarım
 2. Benim annem, babam
 3. Eşimin anne-babası
 4. Diğer (Belirtiniz:)
11. Kaç yaşında evlendiniz?
12. Eşinizle ilişkinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?
 1. Çok kötü
 2. Kötü
 3. Orta
 4. İyi
 5. Çok iyi
13. Şu ana kadar şiddet gördünüz mü?
 1. Hayır
 2. Evet, şiddet türü.....?
14. Kimden şiddet gördünüz?
 1. Eşim
 2. Babam
 3. Erkek kardeşim
 4. Kayınpederim
 5. Diğer (Belirtiniz:.....)
15. Adet dönemlerinde ne tür problemler yaşarsınız?
 - 1 Ağrılı adet (Dismenore)
 2. Adet öncesi gerginlik (PMS)
 3. Diğer.....
16. Yakın geçmişte sizi kötü etkileyen önemli/sarsıcı bir olay yaşadınız mı?
 1. Hayır
 2. Evet

17. Ailenizde psikolojik rahatsızlığı olan var mı?

1. Hayır 2. Evet

B. Obstetrik Özellikler

1. Toplam gebelik sayınız?

2. Düşük ya da küretaj sayınız? Düşük....., Küretaj.....

3. Ölü doğum sayınız?

4. Yaşayan çocuk sayınız?

5. Önceki gebeliğiniz ile bu gebeliğiniz arasındaki süre ne kadar?.....

6. Bu gebeliğinizi istemiş ya da planlamış mıydınız?

1. Hayır 2. Evet, istedim 3. Evet, planladım

7. Gebeliğinizde sigara, alkol, madde kullandınız mı?

1. Hayır 2. Evet, ne kullandınız.....?

8. Bu gebeliğinizde kaç kilo aldınız?.....

9. Bu gebeliğinizde düzenli olarak sağlık kontrolü yaptırdınız mı?

1. Hayır 2. Evet (kaç kez?.....)

10. Bu gebeliğinizde fiziksel ya da ruhsal herhangi bir sağlık sorunu ya da stresli bir durum yaşadınız mı?

1. Hayır 2. Evet, ne yaşadınız?.....

11. Bu gebeliğinizde depresif duygu durumu yaşadınız mı?

1. Hayır 2. Evet

12. Bu doğumunuzla ilgili kaygı, korku yaşadınız mı?

1. Hayır 2. Evet, ne yaşadınız?.....

13. Gebeliğinizdeki depresif semptom ya da doğuma yönelik kaygı, korkunuz için psikolojik destek aldınız mı?

1. Hayır 2. Evet, kimden?.....

14. Bu gebeliğinizde, doğuma hazırlık ve doğum şekli/yöntemi hakkında herhangi bir eğitim aldınız mı, nereden/kimden?

1. Almadım 2. Doktor 3. Hemşire/ebe 4. TV 5. İnternet

6. Doğuma hazırlık sınıfları 7. Diğer.....

15. Doğumlarınız ne şekilde gerçekleşti?

<u>Doğumlar</u>	<u>Normal doğum</u>	<u>Müdahaleli doğum (epizyo, vakum, amniyotomi)</u>	<u>Isteğe bağlı sezaryen</u>	<u>Planlı sezaryen</u>	<u>Acil sezaryen</u>
1. doğum					
2. doğum					
3. doğum					
Bu doğum şeklini nasıl istiyordunuz, Nasıl gerçekleşti?					

16. Bu doğumunuz kaç saat sürdü?.....

17. Bu doğum şekline kim karar verdi?

- Kendim 2. Eşim 3. Eşimle birlikte 4. Eşim ve ailemle birlikte 5. Doktor
6. Doktorumla birlikte 7. Diğer.....

18. Bu doğumunuzu neden normal vajinal yolla yaptınız?

1. Doğal yoldan ve daha kolay
2. Hekimin açıklayıcı bilgilendirmesi ve teşviki
3. Hemşire, ebenin yönlendirmesi
4. Benim ve bebeğimin sağlığı için daha iyi
5. Çabuk iyileşip bebekle ilgilenmek için
6. Anestezi, ameliyat korkusu
7. Annelik hissini artırması
8. Diğer.....

19. Bu doğumunuz neden sezaryen ile yaptınız?

1. Bebekte sıkıntı olması
2. Açıklığa rağmen doğumun ilerlememesi, bebeğin aşağı inmemesi
3. Önceki doğumun sezaryen olması
4. Ağrı çekmek istemedim
5. Normal doğumdan korktum
6. Doğum zamanını belirlemek için
7. Daha güvenli
8. Diğer.....

20. Doğum sürecinizi nasıl tanımlarsınız?

1. Çok zor ve kötüydü
2. Oldukça zor ve kötüydü
3. Biraz zordu
4. Rahat ve kolaydı
5. Çok rahat ve çok kolaydı
6. Diğer.....

21. Doğum sürecinde herhangi bir problem ya da olumsuz bir durum yaşadınız mı?

1. Hayır
2. Evet, ne yaşadınız?.....

22. Bu bebeğinizin doğum haftası ve doğum kilosunu nedir? Doğum haftası....., Doğum kilosunu.....

23. Bebeğinizin cinsiyeti nedir? 1. Kız 2. Erkek

24. Bebeğinizin cinsiyetinden memnun musunuz? 1. Hayır 2. Evet

25. Doğum sonrası sizin ve bebeğinizin bakımına kim yardımcı/destek oluyor?

1. Eş
2. Anne
3. Kayınvalide
4. Kardeş/görümce
5. Arkadaş/komşu
6. Diğer.....

26. Kendinizi doğum sonu döneme hazır hissediyor musunuz? (emzirme, bebek bakımı, kendi bakımınız gibi)?

1. Hayır
2. Evet

27. Doğum öncesi veya sonrası lohusalık, bebek bakımı ya da ruhsal sorunlar konusunda herhangi bir eğitim aldınız mı?

1. Hayır
2. Evet, kimden?.....

28. Hangi konularda eğitim aldınız?

1. Emzirme
2. Annelik hüznü
3. Postpartum depresyon
4. Beslenme
5. Lohusalık bakımı
6. Bebek bakımı
7. Diğer.....

29. Aldığınız bu eğitim yeterli mi?

1. Hayır 2. Evet

30. Bebeğinizi doğumdan ne kadar süre sonra emzirdiniz?.....

31. Doğumdan sonra bebeğinizi ne ile beslediniz?

1. Anne sütü 2. Mama 3. Şekerli su 4. Zembem suyu 5. Diğer.....



DOĞUM SONRASI BİLGİ FORMU

_____. Gün

1. Bebeğinizin kilosu ne kadar?..... Persentil (araştırmacı hesaplayacak)
2. Bebeğinizi ne ile besliyorsunuz?
 - 1.Sadece anne sütü
 2. Sadece mama
 3. Anne sütü ve mama
 4. Diğer (Belirtiniz:)
3. Bebeğinize ek gıda verme nedeniniz?
.....
4. Bebeğinizi düzenli aralıklarla emziriyor musunuz?
 1. Hayır
 2. Evet
5. Bebeğinizi gündüz ve gece ne sıklıkta ve bir kerede ne kadar süre emziriyorsunuz?
Gündüz :.....kez, ... dakika, Gece: kez, ... dakika
6. Emzirme başarınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?
 1. Çok iyi
 2. İyi
 3. Orta
 4. Kötü
 5. Çok kötü
7. Bebeğinizi nasıl tanımlarsınız?
 1. Sakin
 2. Huzursuz
 3. Ağlayan
 4. Uykusuz
 5. Diğer.....
8. Doğum sonrası size destek olan, yanınızda kalan birileri var mı?
 1. Hayır (12. Soruya geçiniz)
 2. Evet, sadece gündüz
 3. Evet, sadece gece
 4. Evet, sürekli
9. (Cevabınız evet ise) Kim/kimler destek oluyor?
 1. Eşim
 2. Annem
 3. Kayınvalidem
 4. Kardeşim/ablam
 5. Bakıcı
 6. Diğer.....
10. Hangi konularda destek alıyorsunuz?
 1. Emzirme
 2. Bebek bakımı
 3. Fiziksel destek (ev işi, alışveriş, çocukların bakımı)
 4. Duygusal- psikolojik destek
 5. Kişisel hijyen, perine hijyeni
 6. Beslenme
 7. Ayağa kalkma, yürüme, tuvalet ihtiyacına yardım etme
 8. Diğer.....
11. Aldığınız destekten memnun musunuz?
 1. Çok memnunum
 2. Oldukça memnunum
 3. Ne memnun ne değil
 4. Biraz memnunum
 5. Hiç memnun değilim

12. Doğum sonrası kendinizle ilgili herhangi bir sorun yaşadınız mı?

<u>Sorun</u>	<u>Günü</u>
1. Hayır	
2. Epizyo/ sezaryen kesi bölgesinde ağrı	
3. Epizyo/ sezaryen kesi bölgesinde iltihap	
4. Sütün yetersiz gelmesi ve erken kesilmesi	
5. Meme sorunları (düz/küçük meme ucu, süt kanalında tıkanıklık, memede dolgunluk, abse, mastit, memede ağrı)	
6. Kendi bakımına zaman ayıramama	
7. Kendi bakımını yapamama, güçlük çekme	
8. Annelik rolüne alışamama	
9. Diğer:	

13. Doğum sonrası bebeğinizle ilgili herhangi bir sorun yaşadınız mı?

<u>Sorun</u>	<u>Günü</u>
1. Hayır	
2. Yetersiz emme/doymama	
3. Emerken huzursuz olması/ağlaması	
4. Kolik ağrıları, gaz sancısı	
5. Sarılık	
6. Pişik	
7. Düzensiz az uyku, sık uyanma	
8. Bebek bakımında güçlük, zorlanma	
9. Bebeği kabullenememe	
10. Diğer:.....	

14. Kendiniz ve bebeğinizle ilgili sorunlarla baş etmek için neler yapıyorsunuz?

- | | |
|---------------------------|-----------------------|
| 1. Hiçbir şey yapmıyorum | 2. Eşimle konuşuyorum |
| 3. Ailemle paylaşıyorum | 4. Doktora gittim |
| 5. Ebe/hemşireye danıştım | 6. Diğer:..... |

15. Doğum sonrası en çok hangi konularda bilgi/egitim almak istersiniz?.....

16. Doğum sonrası eşinizin desteğini nasıl değerlendirirsiniz?

- | | | | | |
|------------|--------|---------|---------|-------------|
| 1. Çok iyi | 2. İyi | 3. Orta | 4. Kötü | 5. Çok kötü |
|------------|--------|---------|---------|-------------|

17. Doğum sonrası eşinizle ilişkiniz nasıl etkilendi?

- | | | | |
|----------------|-----------|------------|----------------|
| 1. Etkilenmedi | 2. Olumlu | 3. Olumsuz | 4. Diğer:..... |
|----------------|-----------|------------|----------------|

18. Doğum sonrası şiddet gördünüz mü?

- | | |
|----------|---------|
| 1. Hayır | 2. Evet |
|----------|---------|

19. Doğum sonrası sigara, alkol, madde kullanıyor musunuz?

1. Hayır 2. Evet, sigara 3. Evet, alkol 4. Evet, madde

20. Doğum sonrası ruhsal durumunuza yönelik profesyonel yardım/destek alma gereksinimi duydunuz mu?

1. Hayır 2. Evet (kaçıncı gün.....)

21. Ruhsal durumunuza yönelik profesyonel yardım/destek aldınız mı?

1. Hayır 2. Evet, (kimden destek aldınız.....)



GÜNLÜK DENEYİMLER ANKETİ
TURKISH DEQ (DAILY EXPERIENCES QUESTIONNAIRE)

_____. Gün

1. Dün gece ne kadar uyudunuz (örn., 8 saat, 15 dakika)? _____ saat _____ dakika
2. Uykunuzun kalitesini 1-4 arası ölçek üzerinden değerlendirin:
 1- Kötü 2- İdare eder 3- İyi 4- Çok iyi
3. Eğer olduysa, bugün kestirerek ne kadar zaman harcadı? 1. Hiç 2. ____ (dakika bazında)
4. Dün gece, bebeğinizin karnını doyurmak için kaç kere uyandınız? _____ kez

Aşağıda farklı duygu ve hisleri tanımlayan kelimelerin listesi bulunmaktadır. Lütfen aşağıdaki ölçeği kullanarak bugün nasıl hissettiğinizi belirtiniz.

1 Hiç ya da çok az	2 Biraz	3 Normal	4 Oldukça	5 Fazlasıyla
___ 1. Durmadan ağlama		___ 14. Heyecanlı		___ 27. Ağlamaklı
___ 2. Zihinsel olarak gergin		___ 15. Aşırı hassas		___ 28. Duygusal olarak inişli çıkışlı
___ 3. Dikkatini toplayabilir		___ 16. Kendisi için üzülme		___ 29. Huzursuz
___ 4. Neşesiz		___ 17. Aktif (hareketli)		___ 30. Sakin, huzurlu
___ 5. Sevinçli (oldukça mutlu ve heyecanlı)		___ 18. Aşırı duygusal		___ 31. Suçlu
___ 6. Çaresiz		___ 19. Mutlu		___ 32. İlgili
___ 7. Tetikte		___ 20. Değişken ruh hali (ruhsal gerginliklerin olması)		___ 33. Düşmanca
___ 8. Duyguları göstermede zorluk çekme		___ 21. Endişeli		___ 34. Kararlı
___ 9. Unutkan, kafası karışık		___ 22. Yorgun		___ 35. Utangaç
___ 10. Zihnen sakin (rahat)		___ 23. Kendinden emin		___ 36. Coşkulu
___ 11. Yalnız olmayı isteme		___ 24. Sinirli		___ 37. Korkmuş
___ 12. Gururlu		___ 25. Canlı		___ 38. İştahsızlık
___ 13. Duygusal olarak boşlukta olma, hissiz olma		___ 26. Bir şeyler hakkında kara kara düşünme (sizi üzen, endişelendiren, kızdıran şeyler hakkında uzun süre düşünme)		

Bugün bilhassa ruh halinizi etkileyen bir şey oldu mu? Eğer olduysa, lütfen açıklayınız:

EDINBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ (EPDÖ)

_____. Gün

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

Son 7 gündür;

1. Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum

- 0. Her zaman olduğu kadar
- 1. Artık pek o kadar değil
- 2. Artık kesinlikle o kadar değil
- 3. Artık hiç değil

2. Geleceğe hevesle bakıyorum

- 0. Her zaman olduğu kadar
- 1. Her zamankinden biraz daha az
- 2. Her zamankinden kesinlikle daha az
- 3. Hemen hemen hiç

3. Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum

- 3. Evet, çoğu zaman
- 2. Evet, bazen
- 1. Çok sık değil
- 0. Hayır hiçbir zaman

4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum

- 0. Hayır, hiçbir zaman
- 1. Çok seyrek
- 2. Evet, bazen
- 3. Evet, çoğu zaman

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

- 3. Evet, çoğu zaman
- 2. Evet, bazen
- 1. Hayır, çok sık değil
- 0. Hayır, hiçbir zaman

6. Her şey giderek sırtıma yükleniyor

- 3. Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum
- 2. Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum
- 1. Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkabiliyorum
- 0. Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum

- 3. Evet, çoğu zaman
- 2. Evet, bazen
- 1. Hayır, çok sık değil
- 0. Hayır, hiçbir zaman

8. Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum

- 3. Evet, çoğu zaman
- 2. Evet, oldukça sık
- 1. Hayır, çok sık değil
- 0. Hayır, hiçbir zaman

9. Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum

- 3. Evet, çoğu zaman
- 2. Evet, oldukça sık
- 1. Çok seyrek
- 0. Hayır, hiçbir zaman

10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu

- 3. Evet, oldukça sık
- 2. Bazen
- 1. Hemen hemen hiç
- 0. Asla

26.05.2021

Gmail - Re: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

**Re: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği**

1 mesaj

Nur Engindeniz

8 Aralık 2020 21:03

Alıcı: gökçe nur tuna

Merhaba,
Ölçeği kullanmanızda sakınca yoktur.
Ne yazık ki tez digital ortamda yok.
Çalışmanızda kolaylıklar dilerim.
Saygılarımla
Dr Nur Engindeniz

iPhone'umdan gönderildi

> gökçe nur tuna < > şunları yazdı (8 Ara 2020 20:54):
>

12.07.2021

Gmail - Daily Experiences Questionnaire: Turkish DEQ



gökçe nur tuna

Daily Experiences Questionnaire: Turkish DEQ**Nevin AKDOLUN BALKAYA**

11 Temmuz 2021 22:55

Alıcı: gökçe nur tuna

Merhaba,

Yüksek lisans tez çalışmada "Daily Experiences Questionnaire: Turkish DEQ (Günlük Deneyimler Anketi) ölçeğini kullanabilirsin. Danışmanın olarak çalışmada başarılar dilerim.

İyi günler.

Prof. Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA

Gönderen: gökçe nur tuna**Gönderildi:** 11 Temmuz 2021 Pazar 16:02:03**Kime:** Nevin AKDOLUN BALKAYA**Konu:** Daily Experiences Questionnaire: Turkish DEQ

[Alıntılanan metin gizlendi]

Ek 4: ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Gökçe Nur TUNA

Yabancı Dili : İngilizce

Eğitim : Lisans (Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi-2019)

Durumu
(Kurum ve Yıl)

Lise : Bandırma Ayyıldız Anadolu Lisesi (2015)

Lisans : Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi/Hemşirelik (2019)

Yüksek Lisans : Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi/ Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği (YL) (Tezli)

Çalıştığı : Yozgat Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları Servisi (2020-)

Kurum /
Kurumlar ve
Yıl

Yayınları (SCI : Tuna, GN, Karataş A, Bilge Ç, Çelik D (2021). Gebe Eğitim ve diğer) Sınıfının Doğum ve Doğum Sonrası Sürece Etkisi: Olgu Sunumu. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 10 (1): 85-90.

Erişim Adresi:
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/balikesirsbd/issue/62040/752568>

Diğer Konular :