



T.C.

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

EBELİK ANABİLİM DALI

**POSTPARTUM DÖNEMİNDEKİ KADINLARIN
KULLANDIKLARI GELENEKSEL UYGULAMALAR VE BU
UYGULAMALARIN DOĞUM SONU YAŞAM KALİTESİ
DEPRESYON RİSKİNE ETKİSİ: TÜRKİYE VE UGANDA
ARASINDA KÜLTÜRLERARASI BİR KARŞILAŞTIRMA
ÖRNEĞİ**

ZAINAB NNALUBEGA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. NEŞE ÇELİK

Eskişehir, 2023



T. C.

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

EBELİK ANABİLİM DALI

**POSTPARTUM DÖNEMİNDEKİ KADINLARIN
KULLANDIKLARI GELENEKSEL UYGULAMALAR VE BU
UYGULAMALARIN DOĞUM SONU YAŞAM KALİTESİ
DEPRESYON RİSKİNE ETKİSİ: TÜRKİYE VE UGANDA
ARASINDA KÜLTÜRLERARASI BİR KARŞILAŞTIRMA
ÖRNEĞİ**

ZAINAB NNALUBEGA

YÜKSEK LİSANS

DANIŞMAN

Doç. Dr. Neşe ÇELİK

Eskişehir, 2023

ÖZET

Başlık: Postpartum Dönemindeki Kadınların Kullandıkları Geleneksel Uygulamalar ve Bu Uygulamaların Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Depresyon Riskine Etkisi: Türkiye ve Uganda Arasında Kültürlerarası Bir Karşılaştırma Örneği.

Amaç: Bu çalışmada postpartum döneminde anneliğe uyum sürecinde kadınların kullandıkları geleneksel uygulamalar ve bu uygulamaların doğum sonu döneminde yaşam kalitesi ve depresyon riskine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırmanın evreni Türkiye ve Uganda'da son bir ay içinde doğum yapmış kadınlardan oluşmaktadır. En küçük örneklem büyüklüğü %90 güven aralığında minimum katılımcı sayısı 386 olarak hesaplanmıştır. Türkiye'de 386 ve Uganda'da 401 çalışma kriterleri uyan katılımcılar araştırmayı katıldı. Veriler Google anketi ile online self report yöntemi kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular: Geleneksel kullanım oranı Türkiye'den Uganda'da daha yüksek olduğunu bulunmuştur. İki ülkede geleneksel yöntem kullananların sağlık yaşam kalitesi düzeyi geleneksel yöntem kullanmayanlardan anlamlı derecede daha yüksek olduğunu bulundu. Geleneksel yöntem kullanma durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($p=0,05$). Türkiye ve Uganda'da doğum sonu depresyon düzeyi geleneksel yöntem kullanma durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ($p=0,05$).

Sonuç : Postpartum dönemde kullanılan geleneksel uygulamalar yaşam kalitesi üzerine olumlu bir etkisi olduğunu bulundu. Fakat bu uygulamalar postpartum depresyona ile bir ilişki olmadığını saptanmıştır. Ayrıca postpartum yaşam kalitesi ve depresyon arasında ters korelasyon bir ilişki olduğunu bulunmuştur. Ancak bu çalışma konusu ile ilgili yapılan araştırmalar azdır. Daha geniş ve kapsamlı araştırmalar yapılmasını önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Geleneksel uygulamalar, Postpartum, yaşam kalitesi, depresyon, Türkiye, Uganda.

ABSTRACT

Title: Traditional Practices Used by Postpartum Women and the Effect of These Practices on Postpartum Quality of Life Depression Risk: An Example of Decultural Comparison Between Turkey and Uganda

Purpose:. In this study, the traditional practices used by women in the process of adapting to motherhood during the postpartum period and the effect of these practices on the quality of life and the risk of depression during the postpartum period will be investigated.

Method: The research consists of women who have given birth in the last month in Turkey and Uganda. The minimum sample size was calculated as 386 participants with a 90 confidence interval. Participants who met the study criteria of 386 in Turkey and 401 in Uganda participated in the research. The data were collected by Google survey using an online self report method.

Results:. It has been found that the rate of traditional use is higher in Uganda than in Turkey. It was found that the level of health and quality of life of those who used the traditional method in two countries was significantly higher than those who did not use the traditional method. It differs significantly according to the state of using the traditional method ($p=0.05$). The level of postpartum depression in Turkey and Uganda does not differ significantly according to the status of using the traditional method ($p=0.05$).

Conclusion: It was found that the traditional practices used in the postpartum period have a positive effect on the quality of life. However, it has been found that these practices do not have an association with postpartum depression. It has also been found that there is a reverse Discoloration relationship between postpartum quality of life and depression. However, there are few studies conducted on this subject of study. It is recommended to conduct more extensive and comprehensive research.

Keywords: Traditional practices, Postpartum, quality of life, depression, Turkey, Uganda.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	
ETİK BEYAN.....	
TEŞEKKÜR.....	
ÖZET.....	I
ABSTRACT.....	II
TABLolar DİZİNİ.....	V
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	VI
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1 Postpartum dönem ve özellikler.....	3
2.1.1 Postpartum dönemde annede meydana gelen değişimler.....	3
2.1.1.1. Postpartum dönemde meydana gelen fizyolojik değişiklikler.....	3
2.1.1.2. Postpartum dönemde meydana gelen psikolojik faktörler.....	4
2.1.2 Postpartum dönemde bakım.....	4
2.1.3 Postpartum dönemde ebe.....	6
2.2. Postpartum dönemde kullanılan geleneksel uygulamalar.....	6
2.2.1.Türkiye’de kullanılan geleneksel uygulamalar.....	7
2.2.2 Uganada’da kullanılan geleneksel uygulamalar.....	8
2.3 Postpartum dönemde yaşam kalitesi.....	11
2.3.1.Yaşam kalitesi.....	11
2.3.2. Postpartum dönemde anne yaşam kalitesini etkileyen faktörler.....	12
2.4 Postpartum depresyon	13
2.4.1. Depresyon.....	13
2.4.1.1. Depresyon belirtiler.....	13
2.4.1.1.1 Duygusal belirtiler.....	13
2.4.1.1.2. Bilişsel belirtiler.....	13
2.4.1.1.3. Davranışsal belirtiler.....	14
2.4.1.1.4 Fiziksel belirtiler.....	14
2.5 Postpartum depresyon.....	14
2.5.1 Postpartum depresyon tanımı.....	14
2.5.2. Postpartum depresyon etiyolojisi.....	15
2.5.3. Postpartum depresyon epidemiyolojisi.....	15
2.5.4. Postpartum depresyon klinik özellikleri.....	16
2.5.5. Postpartum depresyon tanısı.....	16
2.6. Postpartum depresyon tedavi yöntemler.....	16

İÇİNDEKİLER (Devam Ediyor)

2.6.1.Önleyici psikoterapiler.....	17
2.6.2.Bilişsel davranışçı terapi (Cognitive behavioral therapy (CBT).....	17
2.6.3.Antidepresan tedavisi... ..	17
2.6.4..Hormonal tedavisi.....	18
2.7.Postpartum depresyon ve bebek üzerine etkisi.....	18
2.8.Postpartum depresyon ve emzirme.....	19
2.9.Postpartum depresyon ve anne yaşam kalitesi ilişkisi.....	20
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	21
3.1 Araştırmanı Tipi ve Amacı.....	21
3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi.....	21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Öneklem.....	21
3.4. Araştırmaya Dahil Kriterleri.....	22
3.5. Dışlanma Kriterleri.....	22
3.6. Araştırma Varsayımlar	22
3.7. Araştırma Sınırlılıkları	22
3.8. Araştırmanın Soruları	22
3.9. Araştırmanın Veri Toplama Ve Araçları.....	23
3.10. Araştırmanın Verilerin Toplanması	24
3.11. Araştırmanın Verilerin Analizi	25
4. BULGULAR.....	26
5.TARTIŞMA.....	41
6. SONUÇ	45
6.1. Öneriler.....	55
7. KAYNAKLAR DİZİNİ.....	46
8. EKLER DİZİNİ.....	57
EK-1 ETİK KURULU ONAYI	
EK-2 KİŞİSEL BİLGİ FORMU	
EK-3 DOĞUM SONRASI YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ	
EK-4 EDİNBURGH POSTPARTUM DEPRESYON ÖLÇEĞİ	
EK-5 TURNİTİN RAPORU	
9. ÖZGEÇMİŞ.....	83
10. YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI.....	84

TABLÖLER DİZİNİ

Tablo 4.1. Postpartum dönemde kadınların ülkelere göre demografik bilgileri dağılımı.....	26
Tablo 4.2. Postpartum dönemde kadınların ülkelere göre obstetrik bilgilerinin dağılımı.....	28
Tablo 4.3. Postpartum dönemdeki kadınların doğum sonrası yaşam kalitesi ölçeği'nin demografik bilgiler dağılımı	31
Tablo 4.4. Postpartum dönemdeki kadınların doğum sonu yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamasının ülkelere göre dağılımı.....	34
Tablo 4.5. Postpartum dönemdeki kadınların doğum sonrası toplam memnuniyet düzeyinin ülkelere göre karşılaştırması	35
Tablo 4.6. Postpartum dönemindeki kadınlar doğum sonrası depresyon düzeyinin ülkelere göre karşılaştırması	35
Tablo 4.7. Postpartum dönemdeki kadınların toplam yaşam kalitesi geleneksel yöntemler kullanma durumuna göre değişimi	36
Tablo 4.8. Postpartum dönemdeki kadınların doğum sonu yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamasının ve geleneksel yöntem kullanım durumuna ülkelere göre değişimi.....	37
Tablo 4.9. Postpartum dönemdeki kadınların depresyon düzeyinin geleneksel yöntem kullanma oranı ülkelere göre değişimi.....	38
Tablo 4.10. Postpartum dönemdeki kadınların depresyon düzeyinin geleneksel yöntem kullanma oranı değişimi.....	38
Tablo 4.11. Postpartum dönemdeki kadınların DSYKÖ ve EPDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki.....	39
Tablo 4.12. Postpartum dönemdeki kadınların DSYKÖ ve EPDÖ puan ortalamaları arasındaki etki analizi	39
Tablo 4.13. Türkiye'de ve Uganda'da postpartum dönemde kadınlar kullandıkları geleneksel uygulamaları öğrenim yöntem bilgilerinin dağılımı.....	40

SİMGİ VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACOG	: Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Koleji
DSD	: Doğum Sonrası Depresyon
DSYKÖ	: Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği
EPD	: Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği
TMP	: Geleneksel Tıp Doktoru
TBA	: Geleneksel Ebe
PPD	: Postpartum Depresyonu
SİYK	: Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları



1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsan yaşamında meydana gelen her yeni olayın, dönemin bireyler açısından önemli etkileri bulunduğu gibi; gebelik de kadın yaşamında oldukça önemli etkilere sahip bir geçiş dönemidir (Al, 2010).

Gebelik süreci, doğum ve doğumdan sonrası dönem bireylerin yaşamında önemli değişiklikleri getirmektedir. Kadınların yaşadığı bu değişiklikler yalnızca fiziksel değişikliklerle sınırlı kalmamakta aynı zamanda ruhsal ve sosyal değişiklikler de meydana gelmektedir. Bir çocuğun dünyaya gelmesi sürecinden birinci derece etkilenen annenin sağlığının hem gebelik sürecinde hem de doğumdan sonraki süreçte korunması önemlidir (Finlayson vd., 2020). Gebelik, doğum ve doğum sonrası süreç birer fizyolojik olgu olarak kabul edilse de anne bu süreçte hem duygusal hem de psikolojik sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır (Chen vd., 2004). Her bireyin sorunlarla baş etme yöntemi ve süresi farklı olduğu gibi, bu süreçte de oluşan biyolojik, fizyolojik ve psikolojik sorunları bazı anneler daha kolay atlatırken bazıları ise zor atlatırlar ve kalıcı ruhsal sorunlar yaşayabilmektedir.

Bebeğin dünyaya gelmesi ile başlayıp sonraki 6-12 haftalık süreyi içeren dönem lohusalık dönemi, postpartum dönem olarak da adlandırılmaktadır (Şimşek & Esencan, 2017). Postpartum dönemin süresine ilişkin olarak 6 ay, 12 aylık süreci kapsadığına ilişkin tanımlamalar bulunmakta ve bu sürece ilişkin literatürde kültürel farklılıklar bulunduğu görülmektedir. Bu dönem içerisinde annenin gebelik öncesinde sahip olduğu fiziksel ve psikolojik özelliklerine geri dönmesi beklenmektedir. Ancak aileye yeni bir bireyin katılması, yeni roller ve beraberindeki sorumluluklar gebelik öncesindeki özelliklere dönmesini zorlaştırmaktadır. Yeni bir bireyin dünyaya gelmesi ve aileye katılması olumlu olarak nitelendirilip aile bireylerini mutlu etse de özgürlüklerin kısıtlanması, yeni sorumluluklar, yalnızlık gibi durumlar özellikle anne açısından krize neden olabilmektedir (Özcan vd., 2017).

Postpartum dönem annenin yanında diğer aile bireyleri açısından da oldukça hassas bir dönemdir. Bu süreçte özellikle ebe ve hemşire gibi sağlık çalışanlar annenin fiziksel ve psikososyal ihtiyaçları karşılama ve gereken yardım sağlamaları anne ve aile sağlığının korunabilmesi açısından kritik öneme sahiptir (Aksakal, 2008). Postpartum dönem annelerin psikolojik açıdan en yoğun sorunlara sahip olduğu,

dolayısıyla psikolojik rahatsızlıklara yakalanma riskinin en fazla olduğu dönem olarak nitelendirilmektedir (Marakoğlu vd., 2009)

Psikolojik açıdan da savunmasız bir dönem olarak nitelendirilen postpartum dönemde yaşanan psikolojik sorunlar, annenin bu süreçteki uyumunu olumsuz etkilemektedir (Menekşe, 2018). Literatürde bu süreçte görülen psikolojik rahatsızlıklardan en yaygın olanının postpartum depresyonu olduğu görülmüştür.

Depresyon temel anlamıyla mutsuz, neşesiz, karamsar, hüzünlü ve isteksiz bir ruh hali olarak tanımlanmaktadır (Mete, 2008). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından depresyon, “Süreğen bir üzüntü ve günlük işlevlerinizi en az iki hafta boyunca yerine getirememeye ile beraber normalde yapmaktan keyif aldığınız etkinliklere olan ilginin kaybolması” şeklinde tanımlanmıştır (2022). Doğum sonrasında meydana gelen postpartum depresyon da annelerin özellikle yaşamdan keyif almalarını engellemektedir. Postpartum depresyon, fiziksel, psikolojik veya sosyo kültürel nedenlerle oluşan, uzun süre devam eden, annenin ve diğer aile bireylerinin sağlığını olumsuz yönde etkileyen, sürecin atlatılabilmesi için tedavi gereken ve çoğunlukla fark edilmesi zor olan ruhsal bir rahatsızlıktır (Dennis & Rose, 2006; Da Costa vd., 2006). Doğumdan sonraki süreçte annenin yaşamış olduğu duygusal ve psikolojik problemler, bebek ile anne arasındaki etkileşimin ve kadınların yaşam kalitelerinin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır.

Postpartum dönemde kadınlar tarafından bu döneme ilişkin bazı geleneksel yöntemler uygulanmaktadır. Doğum sonrasında kadınların en hassas olduğu dönemde uygulanan bu yöntemlerin kadınların yaşam kalitesini, depresyon riski üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Literatür incelendiğinde postpartum dönemde geleneksel uygulamaların kullanıldığı (Bakır vd., 2011; Kahrman vd., 2007; Özsoy & Katabi, 2008; Peler, 2013) görülmüştür. Bu uygulamaların annelerin yaşam kalitelerine ve depresyon düzeylerine etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla bu araştırma yapılmıştır. Ayrıca literatür incelendiğinde kullanılan uygulamaların kültüre göre değişkenlik gösterdiği tespit etmek için bu çalışmada Türkiye ile Uganda’da uygulanan geleneksel yöntemler karşılaştırılarak incelenmiştir. Araştırma sonuçları doğrultusunda elde edilen bulguların literatüre katkı sağlayacağı, kullanılan yöntemlerden olumlu sonuç verenlerin postpartum dönemde kullanılabileceği, olumsuz sonuç veren yöntemlerin ise uygulanmaması doğrultusunda farkındalığı sağlayacağını düşünülmektedir.

GENEL BİLGİLER

2.1 Postpartum Dönem Ve Özellikleri

Postpartum dönem; doğumdan 6 ile 8 haftalık zaman dilimi olarak kabul edilmektedir, hatta 4. Trimester olarak da adlandırılmaktadır. (Lowdermilk ve ark., 2016; Paladine ve ark., 2019). Bu süreç uterusun involüsyonu ve yeni doğum yapmış anneler hamilelik öncesi halı yeniden kazanmak için gereken süre olarak kabul edilebilmektedir.. Özellikle nullipar annelerde doğumla birlikte yeni üstülen role adapte sağlamak için annelere zaman gereksinim duymaktadırlar. Bu süreç genellikle 6 ila 8 haftadan uzun sürmektedir (Adhikari ve ark., 2016; Fahey & Shenassa, 2013).

Postpartum dönem; fizyolojik açıdan önemli olmanın yanında sosyolojik ve psikolojik açıdan da önemlidir ve böylelikle bu döneme geniş bir çerçeveden bakmak gerekmektedir (Yonemoto ve ark., 2014; Zare ve ark., 2014; Yeşilçınar ve ark., 2017). Postpartum dönemi 3 başlık altında toplamak mümkündür;

1. Doğumdan hemen sonrası; ilk 24 saati içine almaktadır.
2. Erken postpartum dönem; doğum sonrası ilk bir haftayı kapsamaktadır.
3. Geç postpartum dönem; doğum sonrası ikinci hafta ile başlayan altı haftaya kadar süren bir dönem olarak bilinmektedir (Romano ve ark., 2010).

2.1.1. Postpartum dönemde annede meydana gelen değişimler

Gebe kadınlarda, bebeğin gelişim ile beraber birçok değişiklikler gözlemlenmektedir.

Doğumdan sonra da anneler vücudunda; olumlu veya olumsuz çeşitli değişiklik olmaktadır (Yücel, 2018).

2.1.1.1. Postpartum Dönemde Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler

Gebelikte kadınların birçok organ ve sisteminde belirli değişiklikler meydana gelmektedir, bu organ ve sistemler postpartum dönemde gebelikten önceki boyut ve fonksiyonlarına geri dönmeye çalışmaktadır (Beydağ, 2007; Karabulutlu & Yavuz, 2019). Kardiyovasküler, üriner, gastrointestinal, endokrin, kas iskelet, solunum vb. sistemlerde görülen değişikliklerin yanında perine, vulva, vajen, uterus ve memelerde de bir takım değişiklikler görülmektedir (Yücel, 2018). Prolaktin sayesinde emzirme için memelerdeki süt üretimi postpartum dönemdeki progresif değişikliğe bir

örnektir (Kosova ve ark., 2016). Uterus involüsyonu, vajinal mukoza atrofisi, böbrek ve bağırsak fonksiyonlarının normale dönüşü ise postpartum dönemin fizyolojik açıdan sağlıklı ilerlediğini gösteren retrogresif değişikliklerdendir (Carlin & Alfırevic, 2008; Cho ve ark., 2011). Ayrıca annelerde fizyolojik değişikliklere bağlı ya da bağlı olmaksızın psikolojik bir takım değişiklikler de görülebilir (Yücel, 2018; Koç, 2018).

2.1.1.2. Postpartum Dönemde Meydana Gelen Psikolojik Değişiklikler.

Doğum sonrası süreçte kadınlarda oluşan psikolojik değişiklikler birçok sebepten meydana gelmektedir. Bunlar hem fiziksel hem de biyolojiktir. Bununla birlikte sosyo-ekonomik düzeyi de çok büyük rol oynar (Taşkın, 2016, Çevik & Alan, 2021).

Postpartum dönemde postpartum depresyon, annelik hüznü ve psikoz en çok görülen ruhsal problemlerdendir (Doucet ve ark., 2011; Cambaz ve ark., 2017; Chalise & Bhandari 2019; Sharma, 2019). Postpartum dönem; annelerin yaşadığı psikolojik değişikliklerin doğru tespiti ve gerekliyse tedavisi için en önemli zaman dilimidir (Bener ve ark., 2012). Bu dönemde anne; içinde bulunduğu durum ile kendi başına mücadele edebilir. Aynı zamanda annenin gerektiğinde profesyonel bir yardım alabileceği de gözden kaçırılmamalıdır (Yıldırım, 2018). Kadınlara doğum sonrası psikolojik değişikliklere bağlı konulabilecek tanılar içerisinde annelik hüznü yer almaktadır (Rai ve ark., 2015).

2.1.2. Postpartum dönemde bakım

Dünyada Kadın ve Üreme Sağlığı ile ilgili kavramlara ilk kez 1994'te Kahire'de yapılan Birleşmiş Milletler (BM) Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda "Üreme Hakları" başlığı altında yer verilmiştir (Uğurlu ve ark., 2020).

Postpartum dönem bakım ve izlemine ilişkin uluslararası tarihsel süreç değerlendirildiğinde ise; 1990'lı yıllarda kadınların %35'inin postpartum bakım ve izleminin yapıldığı belirlenmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Maternal ve fetal ölümlerinin en çok postpartum sürecinde ilk ayda olduğu doğumdan sonra anne ölümlerinin yaklaşık olarak yarısı ilk 24 saat içinde gerçekleştiği ve %66'sının ilk hafta boyunca ortaya çıktığını bildirmiştir (WHO, 2015).

WHO aynı zamanda; üreme sağlığı, prenatal, perinatal sağlık hizmetlerine erişimin artırılması ve anne-bebek ölümlerinin azaltılması amacıyla Bin Yıl Kalkınma Hedefleri içerisinde bu konulara da yer vermektedir (UNDP- TR, 2015). BM

Sürdürülebilir Kalkınma Konferansı'nda oluşturulan Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri ise; bugün ‘‘Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları’’ olarak ifade edilen ve BM tarafından Türkiye’ye sunulan 17 amaca (sağlıklı ve kaliteli yaşam, toplumsal cinsiyet eşitliği vb.) 2030 yılına kadar erişilmesi için desteğini devam ettirmektedir (Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019). Ülkemizde ise ilk kez 1985 yılında Pekin’de yayınlanan BM’nin Kadınlara Karşı Her Türü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi’nin onaylanmasının ardından geniş bir çerçeve çizilerek planlamalar yapılmıştır fakat o yıllarda postpartum bakım ve izlemlere dair bir veri olmadığı belirtilmiştir (Gül & Altındal 2015; Demiray, 2015).

Postpartum döneme ilişkin veri kaydı 2000’li yıllarda Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) kapsamında yapılmaya başlanmıştır Öncesinde postpartum döneme yönelik sağlık hizmetinin sağlık ocakları tarafından sunulduğu bilinirken ‘Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı’’ çerçevesinde birinci basamak şeklinde ifade edilen aile hekimliği uygulamasına 2005 yılında başlanmış olduğu ve artık aile hekimliklerince sunulmasının amaçlandığı görülmektedir (Seçtim, 2019). Birinci basamağın aile hekimliği sistemine geçişi ile hekimler ve aile sağlığı elamanları; sistemlerine kayıtlı kadınların ilgili kılavuz ve rehberlere göre doğum öncesi-sonrası bakım ve izlemlerini sürdürmektedirler (Topakkaya, 2020).

Doğum Sonrası Bakım Yönetim Rehberi sağlıkta kalite standartlarını sağlayabilmek ve nitelikli bakımı sürdürebilmek adına Sağlık Bakanlığı tarafından 2008/80 sayılı genelge ile oluşturulmuş, beraberinde yayınlanmıştır (Doğum Sonu Bakım Yönetimi Rehberi, 2014).

Rehberlerde belirtilen doğum sonrası izlem sayısı ve içeriği şöyledir;

- 1. İzlem: Doğum sonrası ilk 1 saat içerisinde
- 2. İzlem: Doğumdan sonra ilk 1 saat ve 6 saat arasında,
- 3. İzlem: Doğumu takiben ilk 6 saat ile 24 saat içerisinde,
- 4. İzlem: Doğum sonrası 2. gün ve 5. gün arasında,
- 5. İzlem: Doğum sonrası 13 - 17. günler arasında,
- 6. İzlem: Doğum sonrası 30. gün ile 42. gün arasında gerçekleştirilmelidir.

İlk 3 izlem hastanede, sonraki 3 izlem ise evde veya sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmelidir, şeklinde belirtilmektedir (Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi, 2018). Aşağıda ebelerin postpartum dönemde ebeğin önemine yer verilmiştir.

2.1.3. Postpartum dönemde ebe

Doğumu takip eden ilk aylar kadınlar için bir geçiş dönemi olarak bilinmektedir. Kadın annelik rolüne geçiş ile bebeğinin fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarını karşılamaya çalışmaktadır, bu durum belirli psikososyal değişiklikleri de beraberinde getirmektedir. Ailelerin süreci ile başa çıkamaması ile kadının kendi sağlığının tehlikeye girmesi söz konusudur. Dolayısı ile postpartum dönemdeki profesyonel bakımdan söz etmek gerekmektedir (Fahey & Shenassa, 2013).

Postpartum dönemdeki ebelik bakımı ile hastalık ve ölümler önlenmekte, böylece anne bebek sağlığı korunmaktadır (Adhikari ve ark., 2016). Kadınların postpartum dönemde başvurabileceği sağlık profesyoneli olarak ebeler; görev tanımında da belirtildiği üzere bakım ile izlemiden sorumludur ve postpartum döneme de bütüncül bir gözle bakmalı, hassasiyetle yaklaşmalıdır (Resmi Gazete, 2008). Özetle ebeler yaptığı tüm izlemlerde kadında oluşan değişiklikleri gözlemlemeli, kaydetmeli bu doğrultuda sunacağı ebelik bakımını şekillendirilmelidir.

2.2. Postpartum Dönemde Kullanılan Geleneksel Uygulamalar

Dünyadaki farklı kültürde, ilerleyen yaşlarda oluşabilecek sağlık sorunlardan korunmak için belirli doğum sonrası ritüelleri uygulamaktadır. Postpartum dönem kadınların iyileşme ve yeni roller üstlenmeleri bir süreçtir. Birçok kültürde, yeni anneyi hastalığa karşı savunmasız hale getiren güvencesiz bir dönem olarak da görülür ve sonraki yaşamda iyileşmeyi sağlamak ve sağlığı korumak için özel geleneksel uygulamalar benimsemektedir.

Her kültürde kendi özel uygulamalar yapılsa da kültürler arası uygulamalarda ortak noktalar vardır. Örnek olarak, diğerleri arasında anneye verilen destek, dinlenme süreleri, yenmesi veya yasaklanması öngörülen yiyecekler, hijyen uygulamaları, bebek bakımı ve emzirme ile ilgili konuları içeriyordu. Dolayısıyla geleneksel uygulamalar doğumdan sonra bir annelik rolüne geçişi kolaylaştırmanın yanı sıra sağlığa yararlı etkileri de olabilir.

Günümüzde toplumunda modernleşme, göç ve küreselleşme nedeni ile anneler eski çağa kadar geleneksel uygulamaları başvurmamakta veya tersine artık inanmadıkları faaliyetleri yürütmeleri için baskı altında hissedebilirler. Doğum sonrası geleneksel uygulamaların doğru uygulanması, kültürel açıdan yetkin perinatal hizmetlerin sağlanmasını büyük önem taşır.

2.2.1 Türkiye’de kullanılan geleneksel uygulamalar

Türkiyede postpartum dönemde özellikle lohusalara yönelik farklı geleneksel uygulamalar yapılmaktadır. Sağlığı korumak ve zarar önlemek için uygulanmaktadır. Türkiye kültüründe lohusa bir kadın yalnız bırakmamak ve doğumdan 40 gün boyunca istirahat etmesini çok büyük bir önem taşımaktadır. Doğum yapıp taburcu olan bir kadının ilk yapması gereken yatak hazırlamaktır. Bu yatak kırmızıdır ve zengin bir şekilde dekore edilmiştir.

Doğum yaptıktan sonra kadın hazırlanan bu yatakta en az üç gün istirahat eder. Doğum sonrası dönemde beslenme toplumda önemli bir yer tutar. Türk kültüründe yeni doğum yapmış bir kadın için bol proteinli, kalorili ve sulu bir diyet tercih edilmektedir. Bu dönemde lohusaya Enerji veren ve süt miktarını artıran besinler verilir. Doğumdan sonra kadının sıcak kalması için önlemler alınır. Yeni doğum yapmış bir kadın, hayatın her kesiminden ilgi ve saygı görür. Kültürel uygulamalar da bu durumu desteklemektedir (Çevik ve Alan, 2020).

Türkiye’de en çok görülen gelenekler al basma, kırk basma ve nazar değmesi inançlardır. Al basmasına yönelik lohusaya yapılan geleneksel uygulamalar, bu inançlar anne ve bebeği etkileyen peri, cin ve şeytan düşünülen ruhun varlığına olan inançtır.

Al karısı, Al basma ve kırk basma inancı Anadolu bölgelerinde çok yaygındır. Al’ın karısının doğum sırasında kadınların karşısına çıktığına ve onları korkuttuğuna, hasta ettiğine, öldürdüğüne ve çocuklarına zarar verdiğine inanılıyor. Doğum sonrası kızarıklık için yapılan uygulamalar iki bölümde ele alınmıştır. Bu kızarıklık gelişimini engellemeye yönelik uygulamalar ve kızarıklık yaşadığı düşünülen kadınlara yönelik uygulamalar şeklindedir. Bu uygulamalar Türkiye’nin tüm bölgelerinde aynıdır (Çevik ve Alan, 2020).

Al karısı ve al basma korumak için uygulanan bazı geleneksel yöntemlerin örnekleri

- Lohusa bir kadın yalnız bırakılmamalı

- Lohusayı yeni gelin ziyaret edemez
- Lohusaya soğuk yiyecek ve içecekler verilmemeli
- Lohusa karanlık bir odada kalamaz
- İki lohusa ayın odada bulunmamalı
- Lohusa 40 gün boyunca dışarıya çıkmamalı ve bu süreçte bol dinlenmeli
- Plasenta akarsuya atılır ya da temiz beze sarıp gömülür.
- Bebeği nazardan korumak için mavi boncuk takılması, yabancılara göstermemek ve dua okumak
- Lohusaya adet gören ziyaretçiler kabul edilmemeli
- Lohusanın yastığı altında makas ya da bıçak koyulmalı,
- Lohusa yatağın yanında soğan ve ya sarımsak asıp bulundurulmalıdır.
- Lohusaya yemek istediği her şey verilmemelidir
- Lohusanın evine hayvan girmemeli ya da getirilmemeli
- Evde bir erkek bulunmalıdır.

2.2.2. Ugandada kullanılan geleneksel uygulamalar

Uganda'da her 20.000 kişiye bir doktor ve 1.000 kişiye 1,3 ebe ve hemşire düşerken, kişi başına 200-400 geleneksel tıp doktoru (TMP) düşmektedir. Buna karşılık, dünya sağlık örgütü 10.000 kişi başına en az 23 doktor, hemşire ve ebe önermektedir. Ek olarak, Uganda'nın anne ölüm oranı 100.000 canlı doğumda 343'tür. Gelişmekte olan ülkelerde, nüfusun yaklaşık %80'i sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için geleneksel tıp kullanmaktadır. Uganda'nın kırsal bölgelerinde, nüfusun yaklaşık %90'ının günlük sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için geleneksel tıba güvendiği bildirilmiştir. Bitkisel ilaçlara güvenen insanların büyük bölümünü kadınlar ve çocuklar oluşturmaktadır. Geleneksel tıbbın geniş kullanımı, genellikle erişilebilirliğine ve satın alınabilirliğine atfedilir.

Geleneksel ebeler (TBA'lar), hamile kadınlar tarafından gebelik süreci boyunca rutin olarak danışılan önemli topluluk kaynakları kişilerdir. TBA'lar gelişmekte olan ülkelerde ağırlıklı olarak kırsal alanlarda faaliyet gösterse de kentsel alanlarda da faaliyet göstermektedir ve özellikle yoksullar arasında doğum bakımında önemli bir

kaynak olabilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerdeki birçok kadının doğum yapmasına yardımcı olmaktadır, ancak şu anda sayıları hakkında herhangi bir istatistik mevcut değildir. Örneğin Kenya'da, her kadın TBA, uygulamaları sırasında iki yüzden fazla hamile kadına bakmaktadır. Düşük ve orta gelirli ülkelerdeki çocukların büyük bir kısmı, geleneksel sağlık tesislerinin dışında, çoğunlukla vasıfsız toplum temelli doğum görevlileri tarafından doğmaktadır. Bununla birlikte, TBA konusu pek çok tartışma yaratmıştır. Uganda ve Malavi'de olduğu gibi bazı ülkelerde hizmetleri yasaklanmıştır.

Uganda'da 2010 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından TBA'ların yasaklanmasına rağmen, kırsal kesimdeki kadınların %80'inin hizmetlerini tercih ettiği bildirilmektedir. Batı Uganda'daki hamile kadınların %58-80'i TBA'ların yardımıyla bir sağlık kuruluşunun dışında doğum yapmaktadır, TBA'lar, hamile kadınların diğerlerinin yanı sıra baş dönmesi, mide bulantısı ve kusma gibi hastalıkları yönetmelerine yardımcı olmak için bitki ilaçları kullanmaktadır. Tıbbi bitkiler, dünyanın birçok kırsal bölgesinde hamilelik, doğum ve doğum sonrası bakım sırasında önemli bir rol oynamaktadır. Gebeliğin iyi gelişmesini sağlamak ve doğumu kolaylaştırmak için bitkilerin kullanımı Afrika'da köklü bir uygulamadır. Hamilelik sırasında kullanılan doğal besin takviyelerinin çoğu, sentetik batılı ilaçlarla değiştirilmiş olsa da, birçok hamile kadın, temel beslenmeyi sağlamak ve bazı yaygın rahatsızlıkların giderilmesine yardımcı olmak için hala doğal bitkilere yönelmektedir (Nalumansi vd., 2017).

Uganda, son 5 yılda neonatal ve çocuk ölüm oranında anlamlı bir düşüş gözlemlenirken anne ölüm oranında hiç bir düşüş görülmemektedir. Ülkenin bir çok bölgelerde doğumlar evde ve geleneksel yöntemler ile gerçekleşmektedir. Bu durum en çok kırsal bölgelerde görülmektedir. Doğum yapan anneler sadece komplikasyonlar oluşuktan sonra hastaneye götürülür. Bu uygulamaların bazıları yaralı bazıları ise zararlı.

Uganda'da kullandığı geleneksel uygulamaların örnekleri

- Otlar, doğmamış bebeği temizlediğine inanıldığı için hamilelik boyunca ağızdan alınır ve vajinal olarak sokulur.
- Anne / bebek sağlığı için hamile bir kadının ölü bir insanı veya hayvanı görmekten veya gömmekten, boğulan birini görmekten, yanan bir evi görmekten veya

intihar eden birini veya intihar etmek için kullanılan ipi görmekten kaçınması gerektiğine inanılmaktadır.

- Kocanın başka eşi olsa bile hamilelik sırasında başka bir kadınla cinsel ilişkiye girmemesi gerekir.
- Lohusa doğumdan sonraki bir ay boyunca cinsel aktivitenin bulunmamalı.
- Geleneksel doğum görevlilerine ve geleneksel uygulamalara ve çok büyük güvendiği için genç ergen anneler için bile eve doğum tercih edilir.
- Doğum, kocanın normalde uyuduğu taraftaki yatak odasında sırtüstü değil diz çökmüş pozisyonda gerçekleşir. Kocasını, karısını doğum sırasında tutması için çağrılabilir uğur getireceği ve doğumu kolaylaştıracağı inanılır.
- Plasenta, başka bir bebek olarak kabul edildiği için resmi gömülme ile gereken özen gösterilir.
- Doğum sonrası anneler bebekle içerde dört gün geçirmelidir

Doğum öncesi ve sonrası dönemde kullanılan bazı geleneksel uygulamalar Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği uygulamalara aykırıdır. Bunları bitkilerin vajene koymak profesyonel doğum yardımcı olmadan evde doğum gerçekleştirmek ve ciddi komplikasyonlar ortaya çıkana kadar hastaneye başvuru geciktirme içermektedir. Bazı ritüeller ise zararsızdır ve faydalıdır. Örneğin, doğum sonrası dinlenme, anne ve bebek arasındaki bağ kurma önemini vurgulaması ve emzirmek. Hamilelik sırasında ise doğum öncesi egzersizi teşvik edilmek. Gebenin eşi başka bir kadınla cinsel aktiviteden kaçınma cinsel yolla bulaşan enfeksiyon riskini azaltır ve babalar doğuma katılıma ve annelere desteklemek.

Özellikle Afrika'da, gelişmekte olan ülkelerde kadın sağlığı, yaşam kalitesi ve bakımının kalitesini halen düşük düzeydedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, sağlık profesyoneller doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası hizmetleri sağlamak ile olumsuz anne sağlığı sonuçları azaltılabileceğini düşünülmektedir. Günümüzde çoğu ülkelerde anne sağlığı ve bakımında olumlu gelişmeler izlenirken Afrikada, özellikle Sahra altı bölgelerde ayınsı söyleyemeyiz birçok kadın, hala geleneksel anne bakım uygulamalar kullanmakta, köy ebeler tercih etmekte ya da kendi evlerinde kendilerine bakım vermektedirler. Afrikada yüksek anne ölüm oranları, kadınlar zararlı olsa da geleneksel uygulamaları tercih etmeleri ile ilişkili olduğunu düşünülmektedir.

Günümüzde Afrika'da yaşayan kadınlarda doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım ve hizmetler alma ve kullanma farkındalığı önemli oranlarında farklılıklar göstermektedir. Bu oranlarda en düşükleri kırsal bölgelerinde yaşayan kadınlarda görülmektedir. (Nalumansi vd., 2017).

2.3 Postpartum Dönemde Yaşam Kalitesi

2.3.1 Yaşam kalitesi

Biyolojik, fiziksel, psikolojik ve sosyal ekonomik olmak üzere birçok faktör yaşam kalitesi etkilemektedir. Mukherjee'ye (1989) göre yaşam kalitesi göstergelerinin içeriği iki temel yaklaşım belirlenir. Bunlardan ilki istek ve ihtiyaçları çerçevesinde oluşan ve daha çok kişisel deneyimler, algılar ve tutumlar tarafından şekillenen öznel yaklaşımdır. Diğer yaklaşımda bireylerin ve toplumların sahip olduğu somut, ölçülebilir ve genellikle mali ya da fiziki unsurları ön plana çıkaran nesnel yaklaşımdır. Öznellik bireyin hayat standartlarını değerlendirilmesinde belirleyici konumda bulunan yaşam deneyimlerinin yansımasıdır.

Bu deneyimler öznel yaklaşımın çerçevesini belirlemede önemli kriterlerdir ve anlık gelişmelere oldukça duyarlı biçimde değişim gösterebilmektedir. İş kaybı, yakınların ölümü, hastalık ve toplumsal karışıklıklar gibi anlık gerçekleşebilecek olumsuz etkiler, bireyin yaşam kalitesi algısını hızlı ve dramatik değişimlere uğrayabilir. Buna zıt olarak mesleki başarı, gelir düzeyinde artış ve müspet insani ilişkiler gibi göstergeler, pozitif eğimli bir yaşam kalitesi algısını destekleyebilir. Öte yandan kimi araştırmacılar (Bowling ve Windsor, 2001; Evans ve Huxley, 2002) öznel ve nesnel göstergelerin karşılıklı etkileşimine temkinli yaklaşmaktadır.

Bu araştırmalara göre yaşam kalitesinin nesnel boyutunu ihtiva eden gelişmeler, öznel değerlendirmeler üzerinde sınırlı bir etkiye sahiptir. Yaşam kalitesi göstergelerinin belirlenmesinde öznel ve nesnel boyutları göz önünde bulundurmak tek başına yeterli görülmeyebilir. Bu göstergelerin içeriği her ne kadar zaman, mekân ve kişi bağlamında dinamik bir değişim süreciyle şekillense de üçüncü bir boyut olarak davranışsal göstergeler, son yıllarda bu içeriğe ayrıca dâhil edilmektedir (Marans ve Stimson, 2011:3).

Davranış, dışarıdan görülebilecek tepkilerinin toplamı olarak tanımlanır. Bu kavramın, 1900'lerin ilk çeyreğinden itibaren sosyal bilimler alanında çeşitli araştırma bir çerçeve edildiği görülmektedir. Bu dönem etkisiyle davranışsal kuram veya

davranışçılık adıyla bilinen bir yaklaşım ortaya çıkmıştır. Davranışsal yaklaşım kavramı ilk kez John Watson tarafından kullanılmıştır. Davranışçılık isimli eserinde Watson (1925) insan davranışlarını, bir uyaran neticesinde eyleme dönüşen tepkiler olarak değerlendirilmektedir. Ona göre bu tepkinin içeriği, çeşitli uyarıcıların özelliklerine göre farklılık gösterilir. Watson'ın bu yaklaşımı üç farklı kurama ilham vererek davranışçı yaklaşımın teorik temellerini oluşturmuştur. Bu kuramlardan ilki Pavlov'un Klasik Koşullanma Teorisidir. Teoriye göre canlılarda eyleme yol açmayan uyarıcılar, klasik koşullanma yardımıyla eyleme dönüşebilir. Klasik koşullanmanın temel araçları ise ödül ve ceza mekanizmalarıdır. Bir eylemin ödül veya cezayla pekiştirilmesi, bu eylemin süre gelmesi veya son bulması üzerinde etkilidir (Todes, 2008). Buna benzer olarak (Skinner 1938), Organizmaların Davranışı Teorisi'yle insan davranışlarının sonuçları tarafından kontrol edildiğine inanmaktadır. Buna göre ödül verilen davranışlar tekrarlanırken ceza verilen davranışlar genellikle tekrarlanmamaktadır.

2.3.2. Postpartum dönemde anne yaşam kalitesini etkileyen faktörler

Gebelik, doğum ve doğum sonrasında birçok sağlık sıkıntıları yaşanmaktadır. (Sis Çelik 2014). Annenin yaşadığı kaygı durum bozukluğu, stres, iç kontrol kaybı, performans yetersizliği vb. duygular annenin fiziksel ve psikolojik yönden yaşam kalitesini negatif olarak etkilemektedir. Vücudundaki fiziksel değişiklikler ile ailedeki yeni düzene uyum sağlamak zorunda olan anne doğum sonu dönemde rahatsızlıklarına ve bebeğine alışmak zorunda kalmaktadır. Doğum sonu döneme uyum sağladıktan sonra annenin ilgisi ve endişeleri bebeğe yönelir.

Doğum sonu dönemde annenin yaşam kalitesini etkileyen sorunlar; anemi, puerperal sepsis, inkontinans, hemoraji, mastit gibi emzirme sorunları, perinede yaşanan sorunlar, doğum yönteminde yaşanan ağrı problemleri, zor ve uzamış doğum eyleminden kaynaklı bazı komplikasyonlar dır. Bu gibi komplikasyonlar kadınların günlük hayattaki işlerini yapmalarına engel olmakta ve yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir (Akşit 2018).

İtalya ve Fransa'da Saurel, Romito, Lolones ve Ancel (2000) yılında yaptığı çalışmada postpartum dönemde bel ve baş ağrısı, seksüel problemler, hemoroid, anksiyete, yorgunluk ve depresyon gibi sıkıntıların yaşam kalitesini ve annelik rolünü de olumsuz olarak etkilemektedir. Yaşanan sağlık problemlerinin başında yorgunluk %86,6 ve sonrasında da %71,4 meme problemleri, uyku bozuklukları %80,4,

epizyotomi ağrısı %30,4 ve kabızlık %61,6 olarak saptanmıştır. Kadınların beden imgeleri, annelik rolleri, ailevi ve toplumsal ilişkileri postpartum dönemde yaşanan fiziksel ve emosyonel problemlerle olumsuz etkilenebilir (Sis Çelik 2014).

2.4. Postpartum Depresyon

2.4.1. Depresyon

Depresyon; ruhsal ve fiziksel belirtilerin bir arada görülebildiği heterojen bir sendromdur. Depresyonun ve farklı tiplerinin tanı ölçütleri belirlenmiş olmasına karşın belirtileri her kişide farklı şekilde ortaya çıkabilmektedir. DSM-5’ de belirtilen dokuz belirtiden en az birinin iki hafta boyunca devam etmesi olarak açıklanır. Belirtilerin neden olduğu işlev kaybı başka hastalıkların varlığı, kullanılan ilaçlar, depresif dönemin uzunluğu gibi birçok değişkenden etkilenir.

2.4.1.1 Depresyon belirtileri

2.4.1.1.1. Duygusal belirtiler

Sürekli bir çökkünlük, kaderlilik durumu vardır. Kimi olgular, duygularının sabitleştiğini, acıdan ve üzüntüden başka duygu hissetmediklerini tanımlar. Yanı sıra, alışık olmadığı şekilde sinirlilik, huzursuzluk hali de izlenebilmektedir. Eskiden keyif aldığı durumlardan, etkinliklerden artık keyif almadıklarını, yaşama karşı genel bir ilgisizlik durumu oluştuğunu bildirebilirler.

2.4.1.1.2. Bilişsel belirtiler

Depresif olgular, kendilerini, çevrelerini ve geleceklerini olumsuz bir algıyla değerlendirmektedir. Kendisine güveni azalan, her koşulda kendisini suçlayan düşünceler geliştiren depresif olgular, sorumluluklarını yerine getirmekte genellikle zorlanırlar. Dikkatini odaklama güçlüğü, bellek zayıflığı gibi yakınmalar oldukça sıktır. Genellikle algı bozuklukları gözlenmemekle birlikte, ağır olgularda depersonalizasyon ve derealizasyon gibi belirtiler olabilir (Öztürk 2015). Düşünce akış ve hızı genellikle yavaşlamış olup olgular çevrelerindeki anlamadıklarından yakınırırlar. Hem geçmiş hem de gelecekle ilgili karamsar düşünce içeriği bulunmaktadır. Hastanın özsaygısı azalmış olup ağır olgularda referans ve persekütif sanrılar gözlenebilir. Genellikle karar vermekte güçlük çekerler.

2.4.1.1.3. Davranışsal belirtiler

Genellikle psikomotor yavaşlama izlenmekte olup hastanın yürüyüşünde, yemek yemesinde, konuşmasında, günlük işlerini yerine getirmesinde yavaşlama ve zorlanma ortaya çıkmaktadır. Bilişsel işlevlerdeki bozulma ile birlikte psikomotor yavaşlama, hastanın günlük işlevselliğini anlamlı oranda azaltır. Hastalar, yorgunluktan, enerji düşüklüğünden, zamanın yavaş geçmesinden yaşanabilmektedir. Kişisel bakımını azaltabilirler. Daha nadir görünmekle birlikte, kimi olgularda huzursuzluk, sürekli hareket etme, ellerini ovuşturma ve hızlı konuşma gibi belirtilerle karakterize psikomotor ajitasyon ortaya çıkmaktadır. Kimi olgularda, mevcut yakınmalarının azalması amacıyla alkol ve keyif verici madde kullanımı gözlenmektedir.

2.4.1.1.4. Fiziksel belirtileri

Depresif olguların iştahlarında, uyku düzenlerinde, cinselliklerinde de değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Genellikle iştah azalması ve gözlenebilir kilo kaybı ortaya çıkmakla birlikte aşırı iştah artışı, kilo alma bazı olgular da gözlenmektedir. Uykuya dalma güçlüğü, sık uyanma, aşırı uyku hali, sabahları uyanmakta güçlük çekme gibi uyku bozuklukları da gözlenebilir. Cinsel istekte azalma sıklıkla gözlenmekte olup kimileyin depresif bireylerin başka uzmanlık dallarına başvurmasına yol açmaktadır. Uzun süren, tedaviye yanıt vermeyen vücut ağrıları, kabızlık gibi sindirim sisteminde değişiklikler ayrıca izlenebilmektedir (Öztürk ve Uluşahin 2008).

2.5. Postpartum Depresyon

2.5.1 Postpartum depresyon tanımı

Tarihsel olarak melankoli olarak adlandırılan depresyon, 1800'lerde sınıflandırılmaya başlanmış bir hastalıktır. 1952 yılında Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabında (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) majör depresyon bir hastalık olarak gitmiş olsa da Postpartum Depresyona ait ayrı bir başlık bulunmamaktadır (Payne ve Maguire, 2019). DSM-4, PPD yi 'Majör Depresif Doğum Sonrası Başlangıçlı Bozukluk' olarak majör depresyonun bir alt tipi şeklinde tanımlar. DSM-4'e göre PPD semptomları doğumdan sonraki ilk 4 hafta içerisinde başlar. DSM- 5 ise doğum sonrası depresif belirtiler gösteren hastaların üçte

birinin semptomları gebelikte başladığı için ‘Peripartum Başlangıçlı Majör Depresif Bozukluk’ olarak tanımlar (Uher, vd., 2014).

Postpartum Depresyon oldukça yaygın görülen bir halk sağlık problemidir. Sadece anne ve yenidoğanı değil, aynı zamanda ailenin diğer üyelerinin hayatlarını da çeşitli şekillerde etkileyebilir. Postpartum dönem gerek fizyolojik değişiklikler gerekse yeni edinilen sosyal görevler nedeniyle yeterince zorlu bir süreçtir. Bu dönemde kadınların psikiyatrik bir hastalığa yakalanma oranı, hayatlarının geri kalan zamanlarına oranla 2 kat artış göstermektedir.

Tanı alamayan veya geç tanı alan PPD, yüksek oranda mortalite ve morbiditeye sahiptir. Yapılan araştırmalar ve hipotezler, önleyici tedbirler alınmazsa 2030 yılına kadar depresyonun dünyada en sık üç ölüm nedeninden birisi olacağını göstermektedir.

2.5.2. Postpartum depresyon etiyolojisi

Postpartum Depresyon, annelik hüznünün daha ağır klinik formu olarak kabul edilir. Annelik hüznü ile benzer etiyolojilere sahiptir. PPD nin en güçlü nedenleri arasında gebelik sırasında görülen depresyon ve anksiyete, stresli yaşam, sosyal çevrenin yetersiz desteği, düşük eğitim seviyesi ve hastanın psikiyatrik özgeçmişinin bulunması yer almaktadır. PPD ye görece daha az etki eden nedenler; gebelikte ve doğumda komplikasyon görülmesi, olumsuz bilişsel yüklemeler, bekar annelik, evlilikte yaşanan problemler ve düşük sosyoekonomik düzey bulunmaktadır.

2.5.3. Postpartum depresyon epidemiyolojisi

Postpartum Depresyon doğum sonrası kadınlarda en sık görülen komplikasyonlardan biri olması sebebiyle Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Koleji (ACOG), doğum sonrası kadınların en az bir kez taranmasını önermektedir. Bunun için standartlaştırılmış ve onaylanmış Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ), Beck Depresyon Envanteri gibi ölçekler kullanılabilir. Yapılan bir araştırmada, Postpartum Depresyon oranının gelişmiş ülkelerde %6,9 ila %12,9 arasında, gelişmekte olan ülkelerde ise %20’den daha yüksek oranda görüldüğünü göstermektedir Türkiye’de yakın tarihli yapılan bir meta-analiz çalışmasında PPD görülme sıklığı %23,8 olarak bildirilmiştir (Stewart ve Vigod, 2019).

2.5.4. Postpartum depresyon klinik özellikleri

PPD, majör depresyonun doğum sonrası dönemde görülen formudur. Bu nedenle majör depresyon semptomları ile eşdeğer semptomlar görülmektedir. Düşük ruh hali, anhedonia, unutkanlık, sinirlilik, anksiyete, uyku bozukluğu ve işlevsellikte düşme bu semptomlar arasındadır. Ayrıca hastalarda değersizlik hissi, artmış suçluluk duygusu gibi semptomlar da görülmektedir. Kendine ve bebeğe zarar verme düşüncesinin olduğu bazı vakalar bildirilmiştir. 2005 yılında yapılan prevalans çalışmasında intiharın postpartum ölümlerin %20'sini oluşturduğu, bu oranla da postpartum ölümlerin en sık 2. nedeni olduğunu göstermektedir.

Bu tür semptomların varlığı kişinin yaşamını etkilediği gibi partnerin ve ailenin diğer üyelerinin de etkilenmesine neden olmaktadır.

2.5.5. Postpartum depresyon tanısı

PPD tespit etmenin en iyi yöntemi doğum sonrası kadınlardan duygudurumla ilgili ayrıntılı anamnez almaktır. Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (American College of Obstetricians and Gynecologists) ve Amerika Pediatri Akademisi (American Academy of Pediatrics) doğum sonrası olası depresyonu saptamak için 10 soruluk Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS)'ni önermektedir (Stewart ve Vigod, 2016).

Birleşik Krallık Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü (The United Kingdom's National Institute for Health and Care Excellence) postpartum dönemdeki bütün kadınlara 2 adet soru sorulmasını öneriyor. 'Geçtiğimiz ay sık sık depresif, çökkün ve umutsuz hissettiniz mi?', 'Geçtiğimiz ay boyunca yaptığınız işlerden keyif aldınız mı?' soruları PPD için yüksek sensitive gösteren (0.95, %95 güven aralığı [CI], 88 ila 0.99) tarama sorusu olarak kabul edilebilir (Stewart ve Vigod, 2016).

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği uygulamasında önerilen periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testlerinde postpartum dönemdeki kadınların ilk bir yıl boyunca yakından izlenmesini önermektedir.

2.6. Postpartum Depresyon Tedavi Yöntemler

Postpartum Depresyon, majör depresyonun alt tipi olduğu için, hastalara majör depresyon tedavi protokolü uygulanır. Bunlar psikoterapi ve medikal tedavi

şeklinde. Ancak medikal tedavi tercih ederken hastaların emzirme durumları göz önünde bulundurulmalıdır.

Birçok hasta medikal tedavinin anne sütüne geçeceği konusunda endişe yaşasa da yapılan çalışmalar medikal tedavi altında emzirmenin güvenli olduğunu göstermektedir. Amerikan Pediatri Akademisi (APA) antidepresanların çoğunu ‘emzirilen bebekler üzerinde etkisi bilinmeyen ancak endişe oluşturabilecek ilaçlar’ sınıfına katmaktadır. Bu sebeplerden dolayı postpartum depresyonu olan ve emzirmeye devam eden hastalarda psikoterapiye ağırlık vermek büyük önem taşır. Hastalara uygulanan psikoterapiler önleyici tedaviler ve tanı aldıktan sonra tedavi edici özelliği olan Bilişsel Davranış Terapisi (CBT) ve Kişiler Arası Psikoterapi (IPT) gibi terapi modelleridir (Stuart, vd., 2003).

2.6.1. Önleyici psikoterapiler

Önleyici tedaviler PPD için yüksek risk altında olduğu düşünülen hastalara uygulanmaktadır.

Önleyici tedavi, birebir veya grup terapisi, uzman psikologlar tarafından uygulanan psikoterapi veya psikoeğitim şeklindedir. Amaç risk altında olan hastaları korumak ve PPD açısından bu hastalara farkındalık kazandırmaktır (Stuart, vd., 2003).

R. E. Gordon ve K.K. Gordon’ın 1960 yılında yaptığı bir çalışmada gebelik okulundan randomize seçilen bir grup kadına ve eşlerine önleyici psikoterapi verilmiştir. Bu kadınların sadece %15’i doğum sonrası hüznün ile tekrar başvurmuştur.

2.6.2. Bilişsel davranış terapisi (Cognitive behavioral therapy, CBT)

Bilişsel Davranış Terapisi insan davranışlarını ve duygularını inceleyen bir psikoterapi modelidir. CBT’nin amacı hastaların tanımlanması, işlevsel olmayan düşüncelerin sorgulanması ve değiştirilmesine yardımcı olmaktır. CBT, Beck modeline dayanır ve psikoeğitim, bilişsel yeniden yapılandırma ve davranışsal aktivasyon/modifikasyona odaklanır. CBT çeşitli şekillerde olabilmektedir. (Tezel ve Gözümlü, 2006).

2.6.3. Antidepresan tedavi

Yapılan sayısız çalışma depresyon tedavisinde antidepresan ilaçların etkinliğini ortaya koymuştur. Antidepresanlardan Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI), daha iyi tolere edilebilir olması, overdose açısından daha güvenli aralığa sahip

olması ve Trisiklik Antidepresanlar (TAD) kadar etkili olması nedeniyle tedavide ilk tercih edilen ilaçlardan biridir (Ables ve Baughman, 2003). 87 gönüllüyle yapılan 4 gruplu randomize çalışmada fluoksetin ve placebo ilaç kullanılmış olup, çalışma sonucunda fluoksetin placebodan daha etkin olduğu tespit edilmiştir (Gkerjdingen, 2003).

2.6.4. Hormon tedavi

Gebelikte plazmada yükselen endojen glukokortikoid ve östrojen, doğumla birlikte ani bir düşüş gösterir. Doğum sonrası hipotalamo-hipofizer aksta hipoaktivasyon gözlenir. Bu baskılanmış aktivasyon doğum sonrası hüznün uzamasına, PPD gelişmesine neden olabilmektedir. Postpartum depresyonu olan 23 kadınla yapılan çalışmada, 16 kadında gonadal yetmezlik eşiği altında estradiol tespit edilmiştir. Yapılan 2 prospektif gözlemsel çalışmada, 2 haftalık dil altı östrojen tedavisinin PPD kliniğini olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. (Wisner, vd., 2002).

Perinatal dolaşımında dramatik düzeyde değişen allopregnanolon, Nöroaktif steroid (NAS), GABAa repestörü (GABAaR), Pozitif Allosterik Mediatör (PAM)'ün de PPD gelişimi üzerine etkisi görülmüştür. Zuranolone da araştırma amaçlı kullanılan bir NAS'tır ve günde tek doz oral kullanım ile yeterli farmakokinetik etki göstermektedir (Kanes vd., 2017).

2.7. Postpartum Depresyon Bebek Üzerine Etkisi

Doğan bir bebeğin bakımının sorumluluğunu en çok üstlenen kişi annedir. PPD gibi işlevselliğin yitirildiği bir hastalıkta, anneden sonra en çok etkilenen kişi bebettir. PPD, genellikle doğumdan sonraki 4 hafta içerisinde başlayıp, 1 yıla kadar uzayan bir klinik tablosu izlemektedir. Bu süreç bebeğin gelişimi için oldukça kritiktir.

Mental sağlığı yeterli olmayan annelerin bebeklerinde klinik olarak görülmüş malnütrisyonlar, büyüme ve gelişme geriliği mevcuttur. Çocukların maternal depresyon ilişkili davranışsal güçlükleri 4-8 yaşa kadar devam edebilir (Gjerdningen ve Yawn, 2007).

Yapılan birçok çalışmanın derlemesinden elde edilen bilgiye göre tedavi edilmemiş PPD annelerinin çocuklarında sosyal ve duygusal davranışlarda bozulma, dil gelişiminin etkilendiği gösterilmiştir. Maternal depresyonu olan anne çocuklarında

özgüven düşüklüğü ve bağlanma sorunları gözlenmektedir. Çocuklarıyla duygusal bağını kesmiş, hissiz ve negatif davranış sergileyen anne bebeklerinde sıklıkla derdini anlatamayan ve daha az yüz ifadesi gösteren bebekler görülmektedir.

Anne karnında SSRI maruziyeti olan çocuklarda da bozulmuş motor ve dil gelişimi tespit edilmiştir (Suri, vd., 2014).

İlaç dışı tedaviler (IPT, CBT vs) postpartum dönemde anne bebek arasındaki ilişkiyi ve çocuk gelişimini belli bir seviyede kuvvetlendirilir. İlaç tedavisi alan PPD annelerin çocuklarında ilacın yapısal ve davranışsal gelişim üzerindeki etkileri, uzun vadede yararları ve zararlarıyla ilgili yeterli çalışmalar bulunmamaktadır (Brummelte ve Galea, 2016).

2.8. Postpartum Depresyon ve Emzirme

Emzirme anne bebek arasındaki bağın oluşmasına yardımcı olur. Yapılan birçok çalışma PPD ile emzirme arasında ilişki olduğunu göstermektedir. İngiltere’de postpartum 6. haftasında olan 2375 kadınla yapılan çalışmada, PPD’si olan kadınların %73’ünün emzirmediği görülmüştür. Abou-Saleh’in Birleşik Arap Emirlikleri’nde 70 kadınla yaptığı çalışmada, postpartum 8. haftada emziren kadınların Edinburgh Depresyon Skoru’nun emzirmeyen kadınlara oranla daha düşük geldiğini tespit etmiştir. Ferguson ve arkadaşlarının 72 kadınla yaptığı çalışmada emzirmeyi erken sonlandıran kadınların EDS puanının 10’un üzerinde olduğunu bulmuşlardır (Ferguson, Jamieson ve Lindsay, 2002).

Lucas ve arkadaşları (2001) yaptıkları çalışmada emziren ve emzirmeyen kadınlar arasında Beck Depresyon Skorunda bir fark tespit etmemiştir. Doğum sonrası 12 aylık süreç değerlendirilmiş, 2 aydan daha uzun süre emziren anneler katılmıştır. Yapılan başka bir çalışma emziren kadınlarda daha kötü ruh hali olduğunu tespit etmiştir. Alder ve Bancroft’un yaptığı çalışmada 87 İskoç kadından emzirenlerde daha depresif bir ruh hali ve cinsel istekte azalma görülmüştür. (Alder ve Bancroft 2009)

Mevcut çalışmaların çoğu emzirme ve PPD arasında klinik olarak olumlu ilişki tespit etmiştir.

2.9. Postpartum Depresyon ve Anne Yaşam Kalitesi ilişkisi

Yaşam kalitesi ölçeği sağlık alanında uzun süredir değerlendirme amacıyla kullanılmaktadır. Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (DSYKÖ) Hill ve arkadaşları tarafından 2006 yılında geliştirilmiştir. Annelerin hastaneden taburcu olduktan sonraki postpartum dönemde kendilerini ne derece memnun ve önemli hissettikleri ölçülmektedir (Hill vd., 2006).

Geliştirilen ölçeklerin temel amacı sağlık profesyonellerinin; gebelik, doğum ve lohusalık sürecinde kadındaki duygusal değişimlerin farkına varması ve ihtiyaçları doğrultusunda kadına danışmanlık hizmetlerini kaliteli bir şekilde verilmesidir (Kitapçıoğlu vd., 2008).

Doğum sonu yaşam kalitesi, birçok faktörden etkilenmektedir. Bunlar arasında hem anne hem de yenidoğan ile ilişkili durumlar yer almaktadır. Bir çalışmada doğum sonrası ruh sağlığı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde vajinal doğum yapan kadınların sezaryen doğum yapan kadınlara göre ruh sağlığı puanları daha yüksek saptanmıştır. Aynı çalışmada fiziksel aktiviteler incelendiğinde vajinal doğum yapan kadınların doğum sonu aktivitesi de daha yüksek bulunmuştur (Torkan vd., 2009).

Postpartum dönemde kadına verilen bakımın kalitesi arttıkça, kadının doğuma ilişkin memnuniyet düzeyi artmaktadır. Bu durum doğum sonu yaşam kalitesini de olumlu yönde etkilemektedir (Çapık vd., 2014). Gebenin hastaneye yatışının gerçekleştiği andan itibaren beklentilerinin saptanması, bilgi eksikliklerinin belirlenmesi ve karşılanması süreçten memnuniyetini arttırmaktadır. Kaliteli obstetrik bakım postpartum dönemde kadının doğum deneyiminden memnun kalmasını sağlamaktadır (Güngör ve Beji, 2012).

Doğum sonrası dönemde fiziksel sağlık sorunları sık görülür ve annelerin yaklaşık % 70'i doğum nedeniyle fiziksel sorunlardan en az bir sorun yaşarlar. Bu sorunlar işlevsel kısıtlamalara sebep olmakta. Doğum sonrası yaşam kalitesi; annenin sosyal ve demografik özellikleri, doğum faktörleri, doğum şekli ve sosyal deste ile ilişkilidir.

Mevcut çalışmalar doğum sonrası depresyon en çok düşük yaşam kalitesi sahip kadınlarda görülmektedir. Üstelik bu kadınlarda depresyon oluşumu yaşamın ilerleyen dönemlerinde daha yüksektir olduğunu göstermektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı

Bu çalışma kesitsel ve tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırma Türkiye ve Ugandada postpartum dönemindeki kadınların kullandıkları geleneksel uygulamalar ve bu uygulamaların doğum sonrası dönemde yaşam kalitesi ve depresyon riskine etkisi incelemek amacıyla yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi

Araştırma Türkiye ve Uganda iki ülkede yapılmıştır. Türkiye Asya ve Avrupa kıtalar arasında, Uganda ise Afrika kıtası doğu bölgesinde bulunmaktadır.

Araştırmacılar tarafından anketleri hazırladıktan sonra araştırma verileri Google online anket, self rapor yöntemi ile Eylül 2022 - Ocak 2023 tarihler arasında toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Araştırmanın evreni 2020 yılında Türkiye'de ve Uganda'da son bir ay içinde doğum yapmış kadınlardan oluşmaktadır. Çalışmanın örneklem büyüklüğünü hesaplamak için evreni bilinen örneklem belirleme formülü kullanılmıştır. 2020 yılın verilerine göre Türkiye'deki 1.23 milyon ve Uganda'da 4.26 milyon doğum gerçekleşmiştir. Ülkelerin doğum sayıları göz önüne alınarak evreni bilinen örneklem formülü ile belirlenmiştir. Örneklem büyüklüğü hesaplamak kartopu örnekleme hesaplama yöntemi kullanılarak en küçük örneklem büyüklüğü %90 güven aralığında minimum 386 olarak hesaplanmıştır. Çalışma süresince kayıp ve geçersiz katılımlar olabileceği öngörülerek her iki ülkeden 500'er kişi olmak üzere toplam 1000 lohusa kadının çalışma grubunu oluşturması planlanmıştır. Katılımcılar amaçlı örnekleme yöntemlerinden; sanal kartopu zincirleme örnekleme yöntemi ile belirlenecektir.

Katılımcılara görsel, tanıdıklar ile telekonferans ve sosyal medya platform araçlar ile ulaşıldı, yapılan çalışma hakkında bilgi verildi ve sözel onam alınmıştır. Onam alınan katılımcılardan çalışmaya dahil edildi ve anket linkini paylaşıldı. Kartopu yöntemi kullanılarak araştırma linkini ile paylaşılmış katılımcılar toplumda diğer katılımcılara da dağıtmıştı.

3.4. Araştırmaya Dahil Kriterleri

- Doğumdan sonra 30. ve 40. günler arasında olan (geç postpartum döneminde olan),
- Okur yazar olan
- Görme-İşitme problemi olmayan,
- Türkçe konuşup anlayabilen (Türkiye'deki katılımcılar için),
- İngilizce konuşup anlayabilen (Uganda'daki Katılımcılar için)
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan kadınlar çalışmaya dahil edildi

3.5. Dışlanma Kriterleri

- Postpartum döneminde olmayan,
- Okuryazar olmayan
- Görme-İşitme problemi olan,
- Türkçe veya İngilizce konuşup anlama da problemi olanlar
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmayan kadınlar çalışmaya dahil edilmedi.

3.6. Araştırmanın Varsayımlar

Tüm katılımcılar anketleri doldururken doğru ve samimi yanıtlar verdiklerini varsayıldı.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırma sadece geç postpartum döneminde olan lohusa kadınlar ile sınırlıdır.
- Araştırmanın yapıldığı örneklem ile sınırlıdır.

3.8. Araştırma Soruları

Postpartum dönemde kadınların kullandığı geleneksel uygulamalar ve postpartum yaşam kalitesi ile ilişki var mı?

Postpartum dönemde kadınların kullandıkları geleneksel uygulamalar ve postpartum depresyon ile bir ilişki var mı?

Türkiye ve Uganda iki ülke arasında postpartum dönemde kadınların kullandıkları geleneksel uygulamalar ve postpartum yaşam kalitesi ve depresyon riskine etkisi ülkelerarası benzerlik yada farklılık var mı?

3.9. Araştırmanın Veri Toplama Araçlar

Bu çalışmada, veriler online anket yöntemi ile toplandı. Anketler, araştırmacılar tarafından Türkçe ve İngilizce olmak üzere iki farklı dilde hazırlandı ve online uygulandı. Türkçe dilinde olan anketler Türkiye'deki kadınlara ve İngilizce dilinde olan anketler ise Uganda'daki kadınlar tarafından dolduruldu (Uganda'nın resmi dili İngilizcedir).

Bu çalışmada kullanılan veri toplama araçları, Kişisel bilgi formu (EK 2) Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (DSYKÖ) (EK 3) ve Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeğidir (EPDÖ) (EK 4).

Kişisel Bilgi Formu; Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda türkçe ve ingilizce dilinde hazırlanan tanımlayıcı bir formdur. Katılımcıların sosyal ve obstetrik özellikleri bireyin yaşı, eğitim durumu, sosyo-ekonomik durumu ve doğurganlık gibi kişisel bilgileri içeren 34 sorudan oluşmaktadır.

Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği; Hill, Aldag, Hekel, Riner and Bloomfield (2006) tarafından geliştirilmiştir. Ülkemizde Kamile Altuntuğ tarafından 2012 yılında geçerlilik ve güvenilirliği alınmıştır. Postpartum 4-6 haftalar arası lohusalara uygulanabileceğini önermiştir. Doğum sonu yaşam kalitesi, annenin algılamasına göre değerlendirilen bir ölçek olup toplam 40 maddeden ve akrabalık-aile-arkadaş (9 madde), sosyo ekonomik (9 madde), eş (5 madde), sağlık (8 madde), ve psikolojik (9 madde) olmak üzere toplam 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek, taburculuğu takip eden doğum sonu 4-6. haftasında olan annelerin kendilerini ne derece memnun ve önemli hissettiklerini değerlendirmektedir. Ölçek iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde her bir madde ile ilgili memnuniyet, ikinci bölümde ise önemlilik sorgulanmaktadır. Tüm maddeler 6'lı likert skalasına göre değerlendirilmektedir. Ölçeğin Memnuniyet ve Önemlilik bölümleri 1'den 6'ya kadar numaralandırılmıştır. 1: hiç memnun değil, 6: çok memnun olarak tanımlanmaktadır.

Aynı tanımlamalar önemlilik bölümü için de geçerlidir. Sorularda sorulan alanla ilgili olarak ne kadar memnun olduğunu ya da o alanın onun için ne kadar önemli olduğunu tanımlayan en doğru şıkkın seçilmesi istenmiştir. Yaşam kalitesi ölçeği

puanlarını hesaplamak için; 1'den 6'ya kadar olan memnuniyet maddelerin her birinden 3.5 çıkarılmakta (böylece rakamlar -2.5,-1.5, -0.5, 0.5, 1.5, 2.5 olmaktadır), ölçeği önemlilik boyutundaki aynı maddelerle memnuniyet boyutundan alınan puanlar çarpılmaktadır.

İşlem sonrası elde edilen puanlar toplanarak ölçek soru sayısına (40 madde) bölünerek, negatif sonuçlar oluşmaması için bölümden elde edilen rakama sabit bir değer (15) eklenip sonuç bulunmaktadır. Böylece Yaşam Kalitesi Skoru 0-30 aralığında çıkmaktadır. Ölçekten alınan puan yükseldikçe kişinin doğum sonu yaşam kalitesinin yüksek olduğunu, düşük puanlar doğum sonu yaşam kalitesinin düşük olduğunu göstermektedir. Ölçeğin cronbach α güvenirlik katsayısı 0.95'dir.

Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği; Cox ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek postpartum dönemde depresyon yönünden riski belirlemek, düzey ve şiddet değişimini ölçmek için kullanılmaktadır. EPDÖ 10 maddeden oluşan, dörtlü likert biçiminde kendini değerlendirme ölçeğidir. Dört seçenekten oluşan yanıtlar 0-3 arasında puanlanmakta, ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 30'dur. Değerlendirmede 1, 2 ve 4. maddeler 0, 1, 2, 3 şeklinde puanlanırken, 3, 5, 6, 7, 8, 9 ve 10. maddeler 3, 2, 1, 0 şeklinde ters olarak planlanmaktadır. EPDÖ'nün Türkçe uyarlaması Engin Deniz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. EPDÖ'nün kesme noktası 12/13 olarak hesaplanmış olup, toplam ölçek puanı kesme noktasından fazla olan kadınlar risk grubu olarak kabul edilmektedir. Bu çalışmada kesme noktası 12 olarak alınmıştır. Ölçeğin geçerlilik-güvenirlik analizinde cronbach alfa değeri 0.79 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.823 olarak bulunmuştur.

3.10. Araştırmanın Verilerinin Toplanması

Bu araştırma yürütülebilmesi için Etik kurul izin (EK 1) Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 16.03.2021 tarihinde Karar No: 25 onay alınmıştır.

Araştırma kriterlere sahip gönüllü ve istekli olan katılımcılar çalışmaya dahil edildi. Ankette eklenmiş olan aydınlatılmış onam maddesini katılımcılar tarafından doldurarak katılım onamı alınmıştır. Araştırmanın amacı ve içeriği hakkında katılımcılara bilgi verilerek, araştırmaya katılmanın gönüllülük esasına dayandığı,

verdikleri bilgilerin araştırma dışında herhangi bir yerde kullanılmayacağı belirtilmiştir.

3.11. Verilerin Analizi

Verilerin değerlendirilmesinde Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows 21.00 istatistik programı kullanılmıştır. Demografik bilgilerin ülkelere göre karşılaştırması ki kare analizi ile yapılmıştır. Ölçek yönergelerine göre ölçeklerin skorları hesaplanmış ve skorların normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile incelenmiş ve verilerin normal dağılıma uygun olduğu görülmüştür. Ölçek skorlarının gruplara göre karşılaştırılması bağımsız gruplarda t testi ile incelenmiştir. Yaşam kalitesi ve depresyon arasındaki ilişki korelasyon analizi ve regresyon analizi ile incelenmiştir.

Ölçeklerin güvenirlik düzeylerinin belirlenmesi amacıyla güvenirlik analizi yapılmış ve cronbach alfa katsayısı elde edilmiştir. Çalışmada kullanılan ölçeklerin güvenirlik düzeylerinin belirlenmesi amacıyla güvenirlik analizi yapılmış ve cronbach alfa katsayıları elde edilmiştir.

Doğum sonu yaşam kalitesi ölçeğinin Türkiye uygulamasında elde edilen cronbach alfa katsayısı 0,815, Uganda için 0,786 olarak elde edilmiştir. Edinburgh postpartum depresyon ölçeği için ise Türkiye uygulamasında 0,768, Uganda uygulamasında ise 0,818 olarak hesaplanmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Postpartum Dönemdeki Kadınların Ülkelere Göre Sosyal Demografik Ve Obstetrik Bilgilerin Karşılaştırması

Tablo 4.1. Postpartum dönemdeki kadın ülkelere göre demografik bilgilerin dağılımı.

		Türkiye		Uganda		Toplam		Ki Kare	p
		n= (386)	%	n= (401)	%	n= (787)	%		
Yaşadığınız yer?	Köy	2	,5%	94	23,4%	96	12,2%	107,443	0,000*
	İlçe	68	17,6%	87	21,7%	155	19,7%		
	İl	316	81,9%	220	54,9%	536	68,1%		
Eğitim Durumu	Lise ve altı	129	33,4%	130	32,4%	225	28,6%	0,477	0,788
	Üniversite	219	56,7%	236	58,9%	455	57,8%		
	Y.Lisans ve Doktora	38	9,8%	35	8,7%	73	9,3%		
Çalışma durumu	Çalışmıyor	175	45,3%	60	15,0%	235	29,9%	86,638	0,000*
	Çalışıyor	211	54,7%	341	85,0%	552	70,1%		
Aile ekonomik düzeyi	Kötü	0	0,0%	49	12,2%	49	6,2%	59,940	0,000*
	Orta	136	35,2%	87	21,7%	223	28,3%		
	İyi	250	64,8%	265	66,1%	515	65,4%		
Eş eğitim Durumu	Lise ve altı	59	15,3%	110	27,4%	136	17,3%	21,960	0,000*
	Üniversite	259	67,1%	250	62,3%	509	64,7%		
	Lisansüstü	68	17,6%	41	10,2%	109	13,9%		
Aile tipi	Çekirdek Aile	368	95,3%	318	79,3%	686	87,2%	45,244	0,000*
	Geniş Aile	17	4,4%	77	19,2%	94	11,9%		
	Diğer (Tek ebeveyn)	1	,3%	6	1,5%	7	,9%		

*p=0,000; ki kare testi

Ülke ile yaşanan yer dağılımı incelendiğinde; Türkiye’de köyde yaşayanların oranı %0,5, ilçede yaşayanların oranı %17,6, ilde yaşayanların oranı %81,9’dur. Uganda’da köyde yaşayanların oranı %23,4, ilçede yaşayanların oranı %21,7, ilde yaşayanların oranı %54,9’dur. Ülke ile yaşanan yer arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmaktadır (p=0,000)

Ülke ile eğitim durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; Türkiye’de ilköğretim ve lise mezun oranı %33,4, üniversite mezun olanların oranı %56,7, lisansüstü eğitim düzeyine sahip olanların oranı %9,8’dir. Uganda’da İlköğretim ve lise mezun oranı %32,4, üniversite mezunu olanların oranı %58,9, lisansüstü eğitim düzeyine sahip olanların oranı %8,7’dir. Ülke ile eğitim durumu arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmaktadır ($p=0,788$)

Çalışma durumu ile ülke arasındaki ilişki incelendiğinde; Türkiye’de çalışmayanların oranı %45,3, çalışanların oranı %54,7’dir. Uganda’da çalışmayanların oranı %15, çalışanların oranı %85’tir. Çalışma durumu ile ülke arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmaktadır ($p=0,000$).

Aile ekonomik düzeyi ile ülke arasındaki ilişki incelendiğinde; Türkiye’de geliri kötü olanların oranı %0, geliri orta düzeyde olanların oranı %35,2, iyi düzeyde geliri olanların oranı %64,8’dir. Uganda’da geliri kötü olanların oranı %12,2, geliri orta düzeyde olanların oranı %21,7, iyi düzeyde geliri olanların oranı %66,1’dir. Aile ekonomik düzeyi ile ülke arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmaktadır ($p=0,00$),

Eş eğitim durumu ile ülke arasındaki ilişki incelendiğinde; Türkiye’de eş ilköğretim ve lise mezun oranı %15,3, üniversite mezunu olanların oranı %67,1 olup, eş lisansüstü eğitim düzeyine sahip olanların oranı %17,6’dır. Uganda’da İlköğretim ve lise mezun oranı % 27,4 üniversite mezunu olanların oranı %62,3 olup, eş lisansüstü eğitim düzeyine sahip olanların oranı %10,2’dir. Eş eğitim durumu ile ülke arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmaktadır ($p=0,00$).

Aile tipi ile ülke arasındaki ilişkisi incelendiğinde; Türkiye’de çekirdek ailesi olanların oranı %95,3, geniş aileye sahip olanların oranı %4,4 olup diğer aile türüne (tek ebeveyn) sahip olanların oranı %0,3’tür. Uganda’da çekirdek ailesi olanların oranı %79,3, geniş aileye sahip olanların oranı %19,2 olup diğer aile türüne (tek ebeveyn) sahip olanların oranı %1,5’tir. Aile tipi ile ülke arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmaktadır ($p=0,00$).

Tablo 4.2 Postpartum dönemdeki kadınların ülkelere göre obstetrik bilgilerin dağılımı

		Türkiye (n=386)		Uganda (n=401)		Toplam n=(787)		Ki kare	p
		n	%	n	%	n	%		
Gebeliğin planlı olma durumu	Planlıydı	318	82,4%	365	91,0%	683	86,8%	12,799	0,000*
	Plansızdı	68	17,6%	36	9,0%	104	13,2%		
Doğum öncesi sağlık hizmeti alma	Aldım	386	100,0%	387	96,5%	773	98,2%	13,720	0,000*
	Almadım	0	0,0%	14	3,5%	14	1,8%		
Gebe izlemini yapan kişi	Ebe	35	9,1%	313	78,1%	348	44,2%	599,588	0,000*
	Hemşire	5	1,3%	77	19,2%	82	10,4%		
	Hekim	346	89,6%	11	2,7%	346	44,0%		
Gebe izlemi yapılan yer	Aile Hekimi	37	9,6%	34	8,9%	71	9,3%	15,974	0,000*
	Hastane	285	73,8%	318	83,7%	603	78,7%		
	Özel Muayenehane	64	16,6%	28	7,4%	89	11,6%		
Doğum şekli	Sezeryan	203	52,6%	27	6,7%	230	29,2%	199,961	0,000*
	Normal	183	47,4%	374	93,3%	557	70,8%		
Doğum yeri	Hastane	383	99,2%	344	85,8%	727	92,4%	50,425	0,000*
	Ev	3	,8%	57	14,2%	52	6,6%		
Doğumu yaptıran kişi	Ebe	80	20,7%	338	84,3%	418	53,1%	340,972	0,000*
	Diğer (TBA)	1	,3%	9	2,2%	10	1,3%		
	Hekim	305	79,0%	54	13,5%	305	38,8%		
Doğum sürecinde ebeden yardım alma durumu	Evet	354	91,7%	389	97,0%	743	94,4%	10,458	0,001
	Hayır	32	8,3%	12	3,0%	44	5,6%		
Ebeden alınan bakımdan memnun kalma durumu	Evet	340	88,1%	390	97,3%	730	92,8%	24,639	0,000*
	Hayır	46	11,9%	11	2,7%	57	7,2%		
Doğum sonrası bakım hizmeti alma	Evet	383	99,2%	394	98,3%	777	98,7%	1,470	0,186
	Hayır	3	,8%	7	1,7%	10	1,3%		
Doğum sonrası bakım sağlık hizmet yapan kişi	Hemşire	4	1,0%	71	17,7%	75	9,5%	626,318	0,000*
	Ebe	41	10,6%	322	80,3%	363	46,1%		
	Hekim	341	88,3%	8	2,0%	341	43,3%		
Gebelikte, doğumda veya sonrasında geleneksel yöntem kullanma	Evet	214	55,4%	384	95,8%	598	76,0%	175,222	0,000*
	Hayır	172	44,6%	17	4,2%	189	24,0%		
Geleneksel uygulamaların etkili olduğuna inanma	Evet	265	68,7%	385	96,0%	650	82,6%	102,380	0,000*
	Hayır	121	31,3%	16	4,0%	137	17,4%		
Kullanılan geleneksel yöntemlerin etkili olma durumu	Evet	212	54,9%	382	95,3%	594	75,5%	172,912	0,000*
	Hayır	174	45,1%	19	4,7%	193	24,5%		
Kullanılan geleneksel uygulamalar Etki düzeyi	Hiç etkili değil	178	46,1%	15	3,7%	193	24,5%	192,197	0,000*
	Biraz etkili	26	6,7%	63	15,7%	89	11,3%		
	Çok etkili	182	47,2%	323	80,5%	505	64,2%		

*p=0,001; ki kare testi

Gebeliğin planlı olması durumu ile ülke arasındaki ilişki incelendiğinde; Türkiye’de planlı olanların oranı %82,4, plansız olanların oranı %17,6’dır. Uganda’da

planlı olanların oranı %91, plansız olanların oranı %9'dur. Gebeliğin planlı olması durumu ile ülke arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmaktadır ($p=0,00$).

Doğum öncesi sağlık hizmeti alma durumu ile ülke arasındaki ilişki incelendiğinde Türkiye'de tamamı almışken, Uganda'da alanların oranı %96,5'tir. Doğum öncesi sağlık hizmeti alma durumu ile ülke arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmaktadır ($p=0,00$).

Gebe izlemi yapan kişi ile ülke arasındaki ilişki incelendiğinde Türkiye'de gebe izlenimini ebelerin oranı %9,1, hemşirelerin oranı %1,3, hekimlerin oranı %89,6'dır. Uganda'da gebe izlenimini ebelerin oranı %78,1, hemşirelerin oranı %19,2, hekimlerin oranı %2,7'dir. Gebe izlemi yapan kişi ile ülke arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmaktadır ($p=0,00$).

Gebe izleniminin yapıldığı yer ile ülke arasındaki ilişki incelendiğinde; Türkiye'de aile hekimi yapanların oranı %9,6, hastanede yaptıranların oranı %73,8, özel muayenehanede yapanların oranı %16,6'dır. Uganda'da aile hekimi yapanların oranı %8,9, hastanede yaptıranların oranı %83,7, özel muayenehanede yapanların oranı %6,6, diğer yerlerde yaptıranların oranı %0,8'dir. Gebe izleniminin yapıldığı yer ile ülke arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmaktadır ($p=0,00$).

Doğum şekli ile ülke arasındaki ilişki incelendiğinde; Türkiye'de sezeryan doğumu yapanların oranı %52,6, normal doğum yapanların oranı %47,7'tir. Uganda'da sezeryan doğum yapanların oranı %6,7, normal doğum yapanların oranı %93,3'tür. Doğum şekli ile ülke arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmaktadır.

Doğumu yaptıran kişi ile ülke arasındaki ilişki incelendiğinde; Türkiye'de doğumu ebe oranı %20,7, hekim oranı %79, diğer personel (TBA) oranı %0,3'tür. Uganda'da % 13,5 ebe oranı %84,3, diğer personel (TBA) oranı %2,2'dir. Doğumu yaptıran kişi ile ülke arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmaktadır ($p=0,00$).

Doğum sürecinde bir ebeden bakım hizmeti alma durumu ile ülke arasındaki ilişki incelendiğinde; Türkiye'de ebeden bakım hizmeti alanların oranı %91,7, Uganda'da %97'dir. Doğum sürecinde bir ebeden bakım hizmeti alma durumu ile ülke arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmaktadır ($p=0,00$).

Doğum sürecinde bir ebeden bakım hizmeti alanlarda alınan bakımdan memnuniyet ile ülke arasındaki ilişki incelendiğinde Türkiye'de memnun olanların oranı %88,1, Uganda'da memnun olanların oranı %3'tür. Doğum sürecinde bir ebeden

bakım hizmeti alanlarda alınan bakımdan memnuniyet ile ülke arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmaktadır ($p=0,00$).

Doğum sonrası bakım hizmeti alma ile ülke arasındaki ilişki incelendiğinde; Türkiye’de alanların oranı %99,2, Uganda’da alanların oranı %98,3’tür. Doğum sonrası bakım hizmeti alma ile ülke arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmamaktadır ($p=0,186$).

Doğum sonrası bakım hizmeti yapan kişi ile ülke arasındaki ilişki incelendiğinde Türkiye’de hemşire tarafından bakım hizmet alanların oranı %1, ebe tarafından alanların oranı %10,6, hekim tarafından alanların oranı %88,3’tür. Uganda’da hemşire tarafından bakım hizmet alanların oranı %17,7, ebe tarafından alanların oranı %80,3, hekim tarafından alanların oranı %2 dir. Doğum sonrası bakım hizmeti yapan kişi ile ülke arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmaktadır ($p=0,00$).

Gebelik boyunca, doğum sırasında ve lohusalık döneminde geleneksel uygulama kullanma durumu ile ülke arasındaki ilişki incelendiğinde; Türkiye’de kullananların oranı %55,4, Uganda’da kullananların oranı %95,8’dir. Gebelik boyunca, doğum sırasında ve lohusalık döneminde geleneksel uygulama kullanma durumu ile ülke arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmaktadır ($p=0,00$).

Geleneksel uygulamaların etkili olması durumu ile ülke arasındaki ilişki incelendiğinde; Türkiye’de etkili olduğuna inananların oranı %68,7, Uganda’da etkili olduğuna inananların oranı %96’dır. Geleneksel uygulamaların etkili olması durumu ile ülke arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmaktadır ($p=0,00$).

Kullanılan geleneksel yöntemlerin etkili olma düzeyi ile ülke arasındaki ilişki incelendiğinde; Türkiye’de hiç etkili olmadığını belirtenlerin oranı %46,1, biraz etkili olduğunu belirtenlerin oranı %6,7, çok etkili olduğunu belirtenlerin oranı %47,2’dir. Uganda’da hiç etkili olmadığını belirtenlerin oranı %3,7, biraz etkili olduğunu belirtenlerin oranı %15,7, çok etkili olduğunu belirtenlerin oranı %80,5’dir. ($p=0,00$)

4.2. Postpartum Dönemdeki Kadınların Doğum Sonu Yaşam Kalitesi

Bilgilerin Dağılımı.

Doğum sonu yaşam kalitesi ölçeğinin ülkelere göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığı bağımsız gruplarda t testi ile incelenmiştir.

Tablo 4.3. Postpartum dönemdeki kadınların doğum sonrası yaşam kalitesi ölçeği nin demografik bilgilerin dağılımı

		Türkiye		Uganda	
		Ort ± ss	Test ve p değeri	Ort ± ss	Test ve p değeri
Yaşadığınız yer?	Köy	15,26 ± 1,07	KW= 28,573; p=0,001	15,39 ± 1,19	KW= 12,841; p=,001
	İlçe	16,54 ± 0,46		15,87 ± 1,06	
	İl	16,73 ± 0,29		16,1 ± 1,14	
Öğrenim durumunuz?	Lise ve altı	16,71 ± 0,40	KW= 5,440; p=0,001	15,52 ± 1,06	KW= 11,992; p=0,001
	Üniversite	16,74 ± 0,29		15,94 ± 1,18	
	Lisansüstü	16,66 ± 0,44		16,93 ± 1,01	
Çalışma durumunuz?	Çalışmıyor	16,63 ± 0,41	t= 8,950; p=0,05	15,38 ± 1,03	t= 13,288; p=0,001
	Çalışıyor	16,73 ± 0,28		15,97 ± 1,17	
Ailenizin ekonomik düzeyini değerlendiriniz?	Kötü	-	t= 45,509; p=0,001	15,2 ± 0,9	KW= 9,803; p=0,001
	Orta	16,53 ± 0,44		15,99 ± 1,03	
	İyi	16,77 ± 0,26		15,97 ± 1,22	
Eşinizin eğitim durumu nedir?	Lise ve altı	16,51 ± 0,54	KW= 9,228; p=0,001	15,58 ± 1,03	KW= 13,475; p=0,00
	Üniversite	16,72 ± 0,29		15,87 ± 1,17	
	Lisansüstü	16,7 ± 0,29		16,95 ± 0,98	
Yaşayan Çocuk Sayısı	Yok	15,2 ± 0,63	KW= 11,126; p=0,001	-	KW= 0,207; p=0,05
	1	16,66 ± 0,43		16,02 ± 1,06	
	2	16,74 ± 0,25		15,87 ± 1,06	
	3	16,67 ± 0,3		15,88 ± 1,3	
	4 ve daha fazla	16,69 ± 0,24		15,86 ± 1,18	
Doğum öncesi sağlık hizmeti aldınız mı?	Aldım	16,69 ± 0,35	-	15,9 ± 1,18	t= 3,157; p>0,05
	Almadım	-		15,34 ± 0,79	

Tablo 4.3. Postpartum dönemdeki kadınların doğum sonrası yaşam kalitesi ölçeği
nin demografik bilgilerin dağılımı (Devam ediyor)

Gebe izleminiz kim tarafından yapıldı?	Ebe	16,29 ± 0,64	KW= 28,426; p=0,001	15,89 ± 1,21	KW= 3,134; p=0,05
	Hemşire	16,64 ± 0,34		15,95 ± 0,92	
	Hekim	16,73 ± 0,28		0 ± 0	
Doğum şekliniz nedir?	Sezeryan	16,67 ± 0,28	t= 1,441; p=0,05	15,95 ± 1,18	t= 0,089; p=0,05
	Normal	16,71 ± 0,41		15,88 ± 1,17	
Doğum nerede gerçekleşti?	Hastane	16,69 ± 0,35	1,239; p=0,05	15,93 ± 1,22	KW= 2,429; p=0,089
	Ev	-		15,6 ± 0,73	
	Diğer	16,46 ± 0,36		15,33 ± 0,4	
Doğumunuzu kim yaptırdı?	Ebe	16,51 ± 0,5	KW= 14,380; p=0,001	15,93 ± 1,22	KW= 2,312; p=0,05
	Diğer (TBA)	16,3 ± 0		15,85 ± 1,01	
	Hekim	16,73 ± 0,28		0 ± 0	
Doğum sürecinde bir ebeden bakım aldınız mı?	Evet	16,69 ± 0,35	t= 1,049; p=0,05	15,89 ± 1,18	t= 0,343; p=0,558
	Hayır	16,63 ± 0,34		15,69 ± 0,93	
Doğum sonrası sağlık bakım hizmeti aldınız mı?	Evet	16,68 ± 0,35	t= 0,613; p=0,05	15,88 ± 1,17	t= 0,062; p=0,05
	Hayır	16,84 ± 0,14		15,99 ± 0,89	
Doğum sonrası sağlık bakım hizmeti kim tarafından yapıldı?	Hemşire	16,78 ± 0,25	KW= 24,338; p=0,001	16,06 ± 0,96	KW= 1,107; p=0,332
	Ebe	16,35 ± 0,61		15,84 ± 1,21	
	Hekim	16,73 ± 0,28		0 ± 0	
Gebeliğiniz boyunca, Doğumunuz sırasında, ve lohusalık döneminde geleneksel uygulamalar kullandınız mı?	Evet	16,73 ± 0,37	t= 7,613; p=0,05	15,89 ± 1,17	t= 0,166; p=0,05
	Hayır	16,63 ± 0,32		15,77 ± 1,22	
Geleneksel uygulamaların etkili olduğuna inanıyor musunuz?	Evet	16,71 ± 0,36	t= 3,947; p=0,05	15,87 ± 1,17	t= 0,436; p=0,05
	Hayır	16,63 ± 0,33		16,07 ± 1,14	
Kullandığınız geleneksel uygulamalar etkili oldu mu?	Evet	16,73 ± 0,36	t= 8,425; p=0,05	15,88 ± 1,17	t= 0,001; p=0,05
	Hayır	16,63 ± 0,32		15,89 ± 1,19	
Yukarıdaki cevabınız evet ise geleneksel uygulamalar ne düzeyde etkili oldu?	Hiç	16,63 ± 0,32	KW= 18,825; p=0,001	15,75 ± 1,09	KW= 2,347; p=0,05
	Biraz	16,4 ± 0,76		15,6 ± 0,88	
	Çok	16,78 ± 0,24		15,94 ± 1,21	

Türkiye ve Uganda’da doğum sonrası yaşam kalitesi ölçeğinin çeşitli bilgilere göre değişimi incelenmiştir.

Türkiye’de doğum sonu yaşam kalitesi ölçeği yaşanan yer, öğrenim durumu, çalışma durumu, ekonomik düzey, eş eğitimi, yaşayan çocuk sayısı, gebe izlemi yapan kişi, doğumu yaptıran kişi, doğum sonrası bakım hizmeti yapan kişi, geleneksel yöntem kullanma durumu, geleneksel yöntemin etkili olduğuna inanma, geleneksel yöntemin etkili olma durumu ve etkili olma düzeyine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir.

Yaşanılan yere göre değişim incelendiğinde ilde yaşayanların memnuniyet düzeyi köy ve ilçede yaşayanlardan anlamlı derecede daha yüksektir.

Öğrenim durumuna göre değişim incelendiğinde; üniversite ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip kişilerin memnuniyet düzeyi lise ve altı olanlardan anlamlı derecede daha yüksektir. Çalışanların memnuniyet düzeyi de çalışmayanlardan anlamlı derecede daha yüksektir. Gelir durumu iyi olanların memnuniyet düzeyi orta düzeyde olanlardan, eş üniversite ve lisansüstü mezunu olanların memnuniyet düzeyi eş lise ve altı olanlardan, daha yüksek. Farklı sayıda çocuğu olanların memnuniyet düzeyi hiç çocuğu olmayanlardan anlamlı derecede daha yüksektir.

Uganda’da doğum sonrası yaşam memnuniyeti düzeyi yaşanan yer, öğrenim durumu, çalışma durumu, gelir ve eş eğitim durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($p=0,05$).

İl ve ilçede yaşayanların doğum sonrası memnuniyet düzeyi köyde yaşayanlardan, diğer ve üniversite mezunlarının memnuniyet düzeyi okur yazar olan, ilkokul mezunu olan ve lise mezunu olanlardan anlamlı derecede daha yüksektir. Çalışanların memnuniyet düzeyi çalışmayanlardan, gelir durumu orta ve iyi olanların memnuniyet düzeyi geliri kötü olanlardan anlamlı derecede daha yüksektir. Eğitim durumuna göre değişim incelendiğinde lisansüstü eğitim düzeyine sahip olanların memnuniyet düzeyi lise ve altı olanlardan daha yüksektir. Eş üniversite mezunu olanların memnuniyet düzeyleri lise ve altı mezunu olanlardan anlamlı derecede daha yüksektir.

Tablo 4.4. Postpartum dönemdeki kadınların doğum sonu yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamasının ülkelere göre dağılımı.

	Türkiye					Uganda					t	p
	Ort	ss	Median	Min	Max	Ort	ss	Median	Min	Max		
Yaşam Kalitesi	16,69	,35	16,79	14,44	17,16	15,88	1,17	16,47	13,01	17,50	12,99	0,000
Akrabalık	16,50	,38	16,61	14,61	17,17	15,91	1,21	16,50	12,94	17,50	9,05	0,000
Sosyoekonomik	17,19	,54	17,50	13,75	17,50	15,68	1,56	16,50	12,50	17,50	18,11	1,576
Eş	17,28	,34	17,50	15,30	17,50	15,86	1,32	16,50	12,50	17,50	20,40	1,565
Sağlık	15,99	,53	16,07	13,79	17,36	15,96	1,19	16,50	12,50	17,50	0,34	0,731
Psikolojik	16,90	,45	17,00	14,13	17,38	15,95	1,19	16,50	13,13	17,50	14,76	1,038

Bağımsız gruplarda t testi sonuçlarına göre, yaşam kalitesi ölçeği geneli ile akrabalık, sosyoekonomik, eş, sağlık ve psikolojik alt boyutları ülkelere göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir. Türkiye katılımcılarının doğum sonu yaşam kalitesi ölçeği geneli ile alt boyutları Uganda katılımcılarından anlamlı derecede daha yüksektir.

4.2.1. Postpartum dönemdeki kadınların doğum sonrası toplam memnuniyet düzeyinin ülkelere göre karşılaştırması

Doğum sonrası depresyon ölçeğinin ülkelere göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığı bağımsız gruplarda t testi ile incelenmiştir.

Tablo 4.5. Postpartum dönemdeki kadınların doğum sonrası toplam memnuniyet düzeyinin ülkelere göre karşılaştırması

Grup		N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
DSY KÖ	Türkiye	386	16,69	0,35	12,987	0,000*
	Uganda	401	15,88	1,17		

*p=0,000; Bağımsız gruplarda t testi

Bağımsız gruplarda t testi sonuçlarına göre doğum sonrası memnuniyet ölçeğinin ülkelere göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği görülmüştür (p=0,000). Türkiye’de doğum sonrası toplam memnuniyet düzeyi Uganda’dan anlamlı derecede daha yüksektir.

4.3 Postpartum Dönemdeki Kadınlar Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği Bulguları.

Edinburg doğum sonrası depresyon ölçeğinin ülkelere göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığı bağımsız gruplarda t testi ile incelenmiştir.

Tablo 4.6. Postpartum dönemindeki kadınlar doğum sonrası depresyon düzeyinin ülkelere göre karşılaştırması

Grup		N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Edinburgh postpartum depresyon ölçeği	Türkiye	386	5,22	4,92	-25,078	0,000*
	Uganda	401	13,67	4,53		

*p=0,000; bağımsız gruplarda t testi

Bağımsız gruplarda t testi sonuçlarına göre; Türkiye ve Uganda arasında doğum sonu depresyon ölçeği açısından anlamlı düzeyde farklılık bulunmaktadır (p=0,05). Uganda katılımcılarının doğum sonu depresyon düzeyi Türkiye katılımcılarından anlamlı derecede daha yüksektir.

4.4. Postpartum Dönemdeki Kadınların Kullandığı Geleneksel Uygulamaların Dağılımı

4.4.1 Postpartum dönemdeki kadınların doğum sonrası toplam yaşam kalitesinin geleneksel yöntem kullanma durumuna göre karşılaştırılması

Türkiye ve Uganda’da doğum sonrası toplam yaşam kalitesi düzeyinin geleneksel yöntem kullanma durumuna göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığı bağımsız gruplarda t testi ile incelenmiştir.

Tablo 4.7. Postpartum dönemdeki kadınların toplam yaşam kalitesi geleneksel yöntemler kullanma durumuna göre değişimi

Geleneksel yöntem kullanma durumu		N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Türkiye	Evet	214	16,73	0,37	2,759	0,006*
	Hayır	172	16,63	0,32		
Uganda	Evet	384	15,89	1,17	0,408	0,684
	Hayır	17	15,77	1,21		

*p=0,05; bağımsız gruplarda t testi

Bağımsız gruplarda t testi sonuçlarına göre Uganda’da yaşam kalitesi düzeyi geleneksel yöntem kullanma durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık gösterirken (p=0,05), Türkiye’de anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir. Uganda’da geleneksel yöntem kullananların toplam yaşam kalitesi düzeyi geleneksel yöntem kullanmayanların dan anlamlı derecede daha yüksektir.

Tablo 4.8 Postpartum dönemdeki kadınların doğum sonu yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamasının ve geleneksel yöntem kullanma durumuna ülkelere göre göre değişimi

		N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Yaşam Kalitesi	Evet	598	16,19	1,04	-4,642	0,000
	Hayır	189	16,55	0,53		
Akrabalık	Evet	598	16,16	1,04	-2,047	0,040
	Hayır	189	16,32	0,56		
Sosyoekonomik	Evet	598	16,19	1,48	-8,460	0,000
	Hayır	189	17,14	0,76		
Eş	Evet	598	16,36	1,27	-8,388	0,000
	Hayır	189	17,17	0,64		
Sağlık	Evet	598	16,02	1,01	2,541	0,011
	Hayır	189	15,83	0,59		
Psikolojik	Evet	598	16,30	1,09	-5,433	0,000
	Hayır	189	16,76	0,67		

*p=0,05; bağımsız gruplarda t testi

Bağımsız gruplarda t testi sonuçlarına göre yaşam kalitesi ölçeği ve alt boyutları geleneksel yöntem kullanma durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir (p=0,05). Geleneksel yöntem kullananların sağlık yaşam kalitesi düzeyi geleneksel yöntem kullanmayanlardan anlamlı derecede daha yüksek iken, geleneksel yöntem kullanmayanların toplam yaşam kalitesi ile akrabalık, sosyoekonomik, eş ve psikolojik yaşam kalitesi düzeyi geleneksel yöntem kullananlardan anlamlı derecede daha yüksektir.

4.4.2. Postpartum dönemdeki kadınların doğum sonrası depresyon düzeyinin geleneksel yöntem kullanma durumuna göre karşılaştırılması

Türkiye ve Uganda’da doğum sonrası depresyon düzeyinin geleneksel yöntem kullanma durumuna göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığı bağımsız gruplarda t testi ile incelenmiştir.

Tablo 4.9. Postpartum dönemdeki kadınların depresyon düzeyinin geleneksel yöntem kullanma oranı ülkelere göre değişimi

Geleneksel uygulama kullanma durumu		N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Türkiye	Evet	214	4,97	4,37	-1,094	0,275
	Hayır	172	5,52	5,53		
Uganda	Evet	384	13,71	4,47	0,897	0,370
	Hayır	17	12,71	5,83		

Bağımsız gruplarda t testi

Buna göre Türkiye ve Uganda’da doğum sonu depresyon düzeyi geleneksel yöntem kullanma durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ($p=0,05$). Diğer bir ifade ile Türkiye ve Uganda’da geleneksel uygulamalar kullananların ve kullanmayanların doğum sonu depresyon düzeyleri aynı seviyededir

Tablo 4.10. Postpartum dönemdeki kadınların depresyon düzeyinin geleneksel yöntem kullanım oranı değişimi

		N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Doğum Sonu depresyon	Evet	598	10,59	6,10	8,738	0,000
	Hayır	189	6,17	5,91		

Bağımsız gruplarda t testi

Buna göre doğum sonu depresyon düzeyi geleneksel yöntem kullanma durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($p=0.000$). Geleneksel yöntem kullananların doğum sonu depresyon düzeyi geleneksel yöntem kullanmayanlardan anlamlı derecede daha yüksektir.

4.4.3. Postpartum dönemdeki kadınların Depresyon, Yaşam Kalitesi Ölçeği ve geleneksel uygulamaların kullanım ilişkisi

Depresyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla korelasyon analizi yapılmıştır.

Tablo 4.11. Postpartum dönemdeki kadınların DSYKÖ ve EPDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki

	Türkiye	uganda
r	-,697	-,335
p	=0.001	=0.001

Depresyon ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki Türkiye’de %69,7 düzeyinde, Uganda’da %33,5 düzeyinde negatif yönlü anlamlı ilişki bulunmaktadır

Tablo 12. Postpartum dönemdeki kadınların DSYKÖ ve EPDÖ puan ortalamaları arasındaki etki analizi

			Standart Katsayılar	Olmayan Std. Hata	Standart Katsayılar	t	p
			B		Beta		
Türkiye	Yaşam Kalitesi	Sabit	190,523	0,652		292,283	0,000*
	F=362,302 ; p=0,001 R2=0,485	Depresyon	-1,731	0,091	0,697	-19,034	0,000*
Uganda	Yaşam Kalitesi	Sabit	194,685	6,130		31,758	0,000*
	F=50,529 ; p=0,001 R2=0,112	Depresyon	-3,026	0,426	-0,335	-7,108	0,000*

*p=0,000 ; doğrusal regresyon analizi

Türkiye ve Uganda için depresyonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin belirlenmesi amacıyla doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Depresyon düzeyinin bağımsız, yaşam kalitesinin ise bağımlı değişken olarak alındığı regresyon modeli Her iki ülke için de anlamlı bulunmuştur. (Türkiye F=362,302; p=0,000 ; Uganda F=50,529 ; p=0,000). Bağımsız değişkenin bağımlı değişkeni açıklama oranı Türkiye için %48,5, Uganda için %11,2’dir. Depresyon düzeyi yaşam kalitesini Uganda’da

zayıf düzeyde negatif yönlü, Türkiye’de ise güçlü düzeyde negatif yönlü etkilemektedir. Uganda’da depresyon düzeyinde 1 birimlik artış yaşam kalitesinde 0,335 birimlik düşüşe, Türkiye’de yaşam düzeyinde 1 birimlik artış yaşam kalitesinde 0,697 birimlik düşüşe neden olmaktadır.

Tablo 13.Türkiye’de ve Uganda’da postpartum dönemde kadınlar kullandıkları geleneksel uygulamaları öğrenim yöntem bilgilerin dağılımı.

		Türkiye		Uganda	
			%		%
Kullanılan geleneksel yöntemleri kimden duyduunuz	Ailemden	186	86,9	125	32,6
	Toplumdan	205	95,8	90	23,4
	Yakın arkadaşlarımdan	202	94,4	185	48,2
	İnternette/sosyal medyadan	67	31,3	21	5,5
	Diğer	15	7,0	18	4,7
	Total	214	100,0	384	100,0

Birden fazla seçenek seçilebildiği için toplamlar %100’ü geçmektedir.

Kullanılan geleneksel yöntemlerin duyulduğu kişilerin ülkelere göre dağılımı incelendiğinde Türkiye’de aileden duyanların oranı %86,9, toplumdan duyanların oranı %95,8, yakın arkadaşlardan duyanların oranı %94,4, internette/sosyal medyadan duyanların oranı %31,3, diğer kişilerden duyanların oranı %7’dir. Uganda’da aileden duyanların oranı %32,6, toplumdan duyanların oranı %23,4, yakın arkadaşlardan duyanların oranı %48,2, internette/sosyal medyadan duyanların oranı %5,5, diğer kişilerden duyanların oranı %4,7’dir.

5. TARTIŞMA

Birçok toplumda geleneksel uygulamalar postpartum bakımda kritik ve temel bir rol oynamaktadır. Bu süreçte, bir dizi postpartum geleneksel uygulamanın, anne ve bebeğin sağlığı korumak amacıyla kullanılmakta. Doğum sonrası bakımın kritik yönlerinden birisi, çoğu toplumun anne ve yenidoğanı her bakımdan savunmasız görmesidir, bu durum da birçok geleneksel uygulama kullanımı şekillenir. Doğum sonrası bakım yetersiz geldiğinde; anne ve bebek için komplikasyonlara neden olabileceğini düşünülmektedir. Geleneksel doğum sonrası uygulamaların zararlı, tarafsız ve faydalı etkileri olabilir.

Bu çalışmada Türkiye ve Uganda'da postpartum dönemde geleneksel uygulamaların kullanım oranında farklılık gösterdi. Türkiye ile kıyasladığımızda Uganda'da geleneksel uygulamaların kullanım oranı daha yüksektir. Doğum, birçok toplumda kültürel sorumlulukların ayarlandığına işaret eden bir geçiş ve sosyal kutlama zamanıdır. Kadınların doğumdan çocuk yetiştirmeye günden güne yükselen ekonomi, din, akrabalık sistemi, iletişim ve tıbbi teknolojinin artan karmaşıklığından etkilenir. Bazı toplumlarda, geleneksel ve modern bakım arasında bir süreklilik vardır, bazı haneler geleneksel uçta, diğerleri modern uçta, çoğunluğu arada bir yerde faaliyet gösterir. Bu bağlamda Türkiye, Uganda dan daha gelişmiş bir ülke olduğu için geleneksel yöntemler kullanım oranı daha düşüktür. Bununla birlikte Uganda nasipten hala gelişmekte olan bir ülkede geleneksel yöntemler kullanım oranı daha yüksek.

Doğum sonrası dönemde, annenin ve yenidoğanın sağlığı açısından kritik bir yaşam dönemidir. Bu süreçte kadınlar, kendi ve çocuklarının sağlığını etkileyebilecek belirli fiziksel sağlık sorunları yaşarlar. 2013 yılında yapılan bir araştırmada, yeni doğum yapmış kadınların ve eşlerin yaşam kalitesindeki değişiklikleri incelendi. Araştırma sonuçlar kadınların hamilelik ve doğum sonrası yaşam kalitelerinin de önemli değişiklikler yaşadıklarını fakat eşlerinin yaşam kalitesindeki değişikliklerin ise daha az olduğunu gösterdi. Kadınlar doğum sonrası erken dönemde eşlerinden daha düşük bir yaşam kalitesine sahipti. Kadınların yaşam kalitesinin ruh sağlığı bileşeni, perinatal dönem boyunca eşleriyle yakından ilişkiliydi. Bu çalışmanın bulguları, ebeveynliğe geçiş sırasında bir çiftin yaşam kalitesine daha fazla dikkat edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Her iki ebeveynde ebeveynliğin yeni zorlukları ve sorumlulukları başa çıkmalarına ve böylece daha iyi bir yaşam kalitesi elde etmelerine yardımcı olmak

için çifte dayalı ve kültürel açıdan ilgili müdahaleler geliştirilmelidir. (Fei ve siew , 2013)

Yapılan bir araştırmada, Doğum sonrası yaşam kalitesi etkileyen faktörleri incelenmiştir. Geleneksel doğum sonrası iyileşme kavramları, kadınların doğum sonrası beslenme ve sağlık davranışlarını, özellikle kırsal bölgelerde yaşayan veya daha az eğitilmiş olanları büyük ölçüde etkilediğini gösterdi. Yüksek öğrenim düzeyi, iyi beslenme, fiziksel egzersiz yapma, geleneksel davranış tabularına ve olumsuz ritüellere uymama ile pozitif ilişkiliydi. Daha iyi eğitilmiş kadınların daha iyi bir anlayışa ve kaynaklara sahip olmaları, dolayısıyla güncellenmiş Sağlık eğitimi, kişinin beslenme, sağlık hizmet bilgisini, davranışını ve doğum sonrası uygulamalara yönelik tutumunu etkiler. Bu nedenle, çağdaş doğum sonrası uygulamaları teşvik ederken, sağlık eğitimi kursları da teşvik edilmelidir. (Nian vd.,2006). Çalışmamızda da benzer sonuçları gözlemlendi. Uganda'da doğum sonrası yaşam memnuniyeti düzeyi yaşanan yer, öğrenim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi ve eş eğitim durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir. Öğrenim düzeyi yükselmek ile beraber postpartum yaşam kalitesi ve memnuniyeti de arttığını gözlemlenmektedir.

Yaptığımız çalışmada Postpartum yaşam kalitesi ile postpartum depresyon ilişkisi incelendiğinde, yaşam kalitesi yükseldikçe postpartum depresyon düzeyi düşmektedir. Benzer bir çalışma sonuçlarında; yeni doğum yapmış kadınların, bebeklerine uygun bakım ve gelişimi sağlamak için iyi bir yaşam kalitesine sahip olmaları gerektiğini savunmaktadır. Çalışmanın sonucunda doğum sonrası depresyon ile yaşam kalitesi puanları arasında ters bir korelasyon olduğunu gösterdi. Özellikle annelerde depresyon tedavisi, yaşam kalitelerinin artması ve bunun sonucunda yeni doğan bebeklerin gelişimi için uygun ortamın yaratılması açısından çok önemli olduğunu savundu (Almuqbil vd., 2022).

Çalışma sonuçlarımız geleneksel uygulamalar postpartum depresyon üzerine bir etkisi olmadığını göstermektedir. Dolayısıyla postpartum depresyon tanısı olan kadınlar tıbbi ve yönelik tedavi almaları desteklemektedir. 2018 yılında yapılan bir araştırma doğum sonrası ruhsal hastalığı tedavi etmenin amacı, annelerin semptomlarını azaltmak, anne-çocuk ve aile işlevselliğini desteklemektir. Kadınlar ve aileleri, her tedavi seçeneğinin riskleri ve yararları hakkında kanıta dayalı tartışmalar da dahil olmak üzere, ruhsal sorunlar hakkında psikoeğitim almaları gerekmektedir. Farklı klinik fenotipleri ve PPD şiddetleri olan kadınlara hedefe yönelik tedavilerin

uygulanmasına olanak tanıyan küresel ortamlarda etkili stratejiler geliştirilmesi gerektiğini belirtmektedirler. (Meltzer-Brody vd., 2018).

Bununla birlikte doğum sonrası depresyonun hem annenin fiziksel, zihinsel sağlığı hem de çocuğunun büyümesi ve duygusal gelişimi üzerinde zararlı etkileri olabilir. Carter ve ark. 2019 yılında gerçekleştirdikleri bu çalışma postpartum depresif semptomları doğum sonrası 52. haftaya kadar postnatal dönemin sonuna kadar önleme ve tedavi etmede egzersiz/fiziksel aktiviteye dayalı müdahalelerin etkinliğini değerlendirme amaçlamaktadır. Yükselmiş depresif semptomlar yaşayan kadınlarda majör depresyonu önlemek için alternatif bir terapötik yaklaşım olduğunu bulmuştur. (Carter ve ark.2019).

Birçok kültürde, öngörülen doğum sonrası ritüellerin bir parçası olarak araçsal desteği içerir. İyi sosyal desteğin eksikliğinin postpartum depresyon için ciddi bir risk faktörü ve belirleyicisi olduğunu kabul edilmektedir. Literatürlere göre postpartum dönemdeki kadınlara sosyal destek ve diyet gibi koruyucu geleneksel uygulamalar olumlu etkisine dair kanıtlar mevcuttur. Ancak uygulamaların olumsuz etkileri de bulunmuştur, çalışmalarda koruyucu unsurun, belirli uygulamalar ziyade anne için iyi bir desteğin varlığı olabileceğini öne sürüyor.(Grigoriadis vd., 2009)

Postpartum yaşam kalitesi ile depresyon arasında ilişki incelendiğinde ters bir korelasyon ilişkisi bulundu. Postpartum yaşam kalitesi arttığında depresyon oranı düştüğünü gözlemlendi. Ayrıca bu çalışma geleneksel uygulamalar kullanımı postpartum yaşam kalitesine olumlu etkisi saptanmıştır. Fakat Uganda'da geleneksel uygulamaların kullanımı oranı yüksek olmasına rağmen post partum depresyon oranı da yüksek olduğunu görmekteyiz. Bu durumda Uganda hala gelişmekte olan bir ülke olduğunu ve yaşam kalitesi düşük olmasından kaynaklanabileceğini düşünülmektedir.

Yaptığımız çalışmamızdan farklı olarak, geleneksel uygulamaların kullanımı birçok çalışmada, öngörülen sosyal desteğin kadınları doğum sonrası depresyondan koruyup koruyamadığını araştırarak bu tür uygulamaların yararlı olduğunu bulunmuştur. Doğum sonrası dönemde kadınların ruh sağlığı ile doğum sonrası ritüeller ile arasındaki ilişkiyi desteklemek için hala daha güçlü kanıtlara ihtiyaç duymaktadır.(Dennis vd., 2007).

Bununla birlikte 2006 yılında yapılan bir araştırmada; Çin'de kullanılan bazı Postpartum geleneksel yöntemler faydalı veya zararlı olduğuna dair net bir kanıt

olmadığını gösteriyor. Çalışmada kadınların bazı doğum sonrası geleneksel uygulamalardan; doğumdan sonra uzun bir süre banyo yapmamaları, saçlarını yıkamamaları veya dişlerini fırçalamamaları nedeniyle son derecede rahatsız olduklarını bulunmuştur. Böylece bazı geleneksel uygulamaların postpartum yaşam kalitesi olumsuz etkilediğini görülmüştür. Kadınların yarısından fazlası doğumdan sonra günlerce yatakta kaldıklarının, doğum sonrası ilk ayda, günün çoğunda yatakta kaldıklarını neredeyse üçte biri hiç açık havada, hiçbir aktivite yapmadıklarını gözlemlendi. Bu tür doğum sonrası geleneksel uygulamalar, konstipasyon, aşırı kilo alımı gibi bir dizi sağlık sorununa neden olmuştur. Böylelikle postpartum dönemde bazı geleneksel uygulamalar kadınların sağlığı ve yaşam kalite olumsuz bir şekilde etkilediği görmekteyiz. (Nian vd.,2006).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Postpartum dönemde kadınların kullandıkları geleneksel uygulamalar ve bu uygulamalar, postpartum yaşam kalitesi ve depresyon ilişkisi araştırmak; Türkiye ve Uganda iki ülke arasında karşılaştırma amacıyla yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Postpartum dönemde geleneksel uygulamalar kullanan kadınların kullanmayanlardan yaşam kalitesi daha yüksek olduğunu saptanmıştır. Türkiye çok anlamlı fark göstermemekte Uganda daha anlamlı bir fark gösterdi. Geleneksel uygulamalar postpartum yaşam kalitesi üzerine olumlu etkisi olduğunu bulunmuştur.

Postpartum dönemde geleneksel uygulamaları kullanan kadınlarda kullanmayanlardan postpartum depresyon düzeylerinde hiç bir fark bulunmamıştır. Türkiye ve Ugandaki katılımcılar aynı sonuçlar gösterdi. Bu çalışmada postpartum dönemde kullanılan geleneksel uygulamalar postpartum depresyon etkisi olmadığını saptanmıştır.

Postpartum yaşam kalitesi ile depresyon arasında ilişki incelendiğinde anlamlı bir ilişki bulundu. Postpartum yaşam kalitesi arttığında depresyon oranı düşmektedir. Bununla birlikte kadınların yüksek yaşam kalitesi ile fiziksel ve ruhsal sağlık sorunlardan korunmak mümkündür dolayısıyla bu tür sağlık sorunlardan oluşabilecek depresyon görülme oranı azaltılmış olur.

6.1 Öneriler

Yapılan çalışmalar ve kendi çalışmalarımız göstermektedir ki başta biyolojik ve psikolojik faktörler olmak üzere çevresel faktörler de postpartum yaşam kalitesi ve depresyon düzeyine büyük etkiye sahiptir. Postpartum depresyon etiolojisinde sosyo kültürel durumlar coğrafi farklılıklar gösterir. Çoğu kültürde postpartum döneme büyük önem verilir. Anne ve bebeğin sağlığını korumak için çeşitli geleneksel uygulamalar yapılmaktadır. Geleneksel uygulamaların sağlık üzerindeki etkisi olumlu olabildiği gibi, zaman zaman yaşamı tehdit edici nitelikte olumsuz boyutlara da ulaşabilir. Bunun için doğum yapan kadın ve ailesine bakım veren sağlık çalışanlarının kadını yaşadığı kültürel çevre içinde değerlendirmeleri önemlidir. Sağlık profesyonellerinin geleneksel yöntemler ile ilgili inanışları ve uygulamaları bilme leri ve toplumu genel olarak postpartum dönemi sorunları, özel olarak geleneksel

yaklaşımlardan kaynaklanabilecek riskler hakkında aydınlatması önem taşımaktadır. Gerektiğinde kadınlara, ailelere ve topluma eğitim vermelerini önerilmektedir.

Zararlı geleneksel uygulamalar; sağlık profesyoneller, hastaneye veya sağlık kuruluşuna sevk edilme güvenli olmadığını düşünceler ile kaynakladığını düşünülmektedir. Dolayısı ile zararlı uygulamalar anne ve yenidoğan ölümleri arasında gözlenen önemli bir ilişki olduğunu düşünülmektedir. Sağlık profesyoneller; daha iyi doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakımı vermek için kadınlar kullandıkları bu ritüelleri tam olarak anlamaları gerekir.

Özellikle köylerde sağlık ekiplerinin doğum öncesi bakımın önemine ilişkin anlayışının geliştirilmesi, daha erken sevkleri desteklemek için doğum öncesi ve peripartum risklerin sağlık profesyoneller tarafından daha erken tanınması, önlenmesi ve iyileştirmesi için düzenli antenatal bakım sağlamak ile birlikte ele iyi sonuçlar alınacağını düşünülmektedir.

Ayrıca araştırmacılar, doğum sonrası uygulamalarla ilişkili fayda ve riskleri araştıran, aynı zamanda doğumdan sonra bu tür doğum sonrası uygulamaları takip eden kadınların ihtiyaçlarını karşılamak için kurumsal politikaları ve eğitim programlarını daha kapsamlı çalışmalar yapılmasını önermektedir.

Geleneksel uygulamaların özellikle modern tıbbi ortamlarda hekim-hasta ilişkisinde rol oynamaya devam etmektedir. Dolayısıyla sağlık profesyoneller geleneksel uygulamalar ve tutumlar hakkında bilgi sahip olmaları büyük önem taşır.

Coğrafi ve kültürel olarak farklılık gösteren çalışmaların da benzer sonuçlara ulaşması bu durumun uluslararası alanda daha fazla önemsenmesi gerektiğini göstermektedir. Bireylerin bu hassas dönemde yaşadıkları durumların aktarımı nesil için ve kişinin hayat akışının devamı için büyük önem arz etmektedir. Daha kapsamlı ve özümçül çalışmaların yapılması tavsiye etmekteyiz.

Postpartum dönemde kullanılan geleneksel uygulamaların ve kadın sağlığı ile arasındaki ilişkiyi araştırmak için daha geniş ve kapsamlı araştırmalar yapılmasına önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ

- Adhikari, C., Yadav, R. K., Timilshina, P., Ojha, R., Gaire, D., & Ghimire, A. (2016). Proportion and factors affecting for post-natal care utilization in developing countries: a systematic review. *Journal of Manmohan Memorial Institute of Health Sciences*, 2, 14-19.
- Aksakal, T. & Bilgili, N. (2008). Hemşirelik hizmetlerinden memnuniyetin değerlendirilmesi: jinekoloji servisi örneği. *Erciyes Tıp Dergisi*, 30(4), 242-249.
- Akşit E. (2018). *Postpartum Dönemdeki Annelerin Ruhsal Durumlarının Anne Bebek Bağlanmasına Etkisinin İncelenmesi* [Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü]. YÖK Ulusal Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Al, M. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company, 250-257.
- Almuqbil, M., Kraidie, N., Alshaimri, H., Kaabi, A. A., Almutiri, A., Alanazi, A., Hjeij, A., Alamri, A. S., Alsanie, W. F., Alhomrani, M., & Asdaq, S. M. B. (2022). Postpartum depression and health-related quality of life: a Saudi Arabian perspective. *PeerJ*, 10, e14240. <https://doi.org/10.7717/peerj.14240>
- Aristoteles (çev. 2020). *Nikomakhos'a Etik*, (çev. Saffet Babür), Kocaeli: Bilgesu Yayıncılık
- Aşık S, & Şahin S. (2021). Menopozal dönemde görülen üriner inkontinansın yaşam kalitesine etkisi. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*; 4(1), 90-100.
- Avrupa Komisyonu (2016). *Quality of Life in European Cities, Luxembourg: Publications Office of the European Union*
- Balçık Çolak M, Bihter, Akın B, & Çeber Turfan E. (2019). İlk kez doğum yapan kadınlarda doğum şeklinin postpartum yorgunluk ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi. *Life Sciences*; 14(2), 30-40.
- Baldock, J. C. (2014). *Social Policy, Social Welfare, and the Welfare State*, Baldock, J., C., Manning, N., Vickerstaff, S. (ed.), Social Policy, United Kingdom: Oxford University Press, ss.8–26

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Bandura, A. (1976). *Social Learning Theory*, London: Pearson
- Baldwin, S., Godfrey, C., & Propper, C. (1990). *Introduction: Quality of Life Perspectives and Policies*, Baldwin, S. (ed.), London: Routledge, ss.1–6
- Bakır, E., İnci, H., Alan, S., Gökyıldız, Ş. & Elmas, E. (2011). Belief about puerperal fever and traditional practices in Adana. *Adana Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 1(1), 13-18.
- Bekmezci, H., Hamlacı, Y., & Özerdoğan, N. (2016). Meleis'in geçiş kuramına dayalı postpartum dönemde bakım. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*; 5(4), 101-106.
- Bener, A., Gerber, L.M. & Sheikh, J. (2012). Prevalence of psychiatric disorders and associated risk factors in women during their postpartum period: a major public health problem and global comparison. *International Journal Women's Health*, 4, 191-200.
- Bentham, J. (1789, çev. 2017). *Ahlak ve Yasama İlkeleri*, (çev. Ömer Saruhanlıoğlu, Uğur Kaşif Boyacı), İstanbul: Litera Yayıncılık
- Berger, R., Schmitt, R., & Noll, H. H. (2000). *Systems of Social Indicators and Social Reporting: The State of the Art*, Mannheim: Centre for Survey Research and Methodology (ZUMA)
- Beydağ, K. D. (2007). Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6), 479-484.
- Bochel, C. (2012). *State Welfare*, Alcock, P., Haux, T., May, M., Wright, S. (ed.), The Students Companion to Social Policy, London: Wiley-Blackwell, ss.243–248
- Bowling, A., & Windsor, J. (2001). Towards the Good Life: A Population Survey of Dimensions of Quality of Life, *Journal of Happiness Studies*, 2, 55–81.
- Brundson, E., & May, M. (2012). *Accupational Welfare*, Alcock, P., Haux, T., May, M., Wright, S. (ed.), The Students Companion to Social Policy, London: WileyBlackwell, ss.255–262

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Cambaz Ulaş, S., Köken, S., & Tayhan, E. (2017). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebe Ve Hemşirelerin Annelik Hüznünü Önlemedeki Rolü. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19.
- Campell, A., Converse, R., & Rodgers, W. (1976). *The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations and Satisfaction*, New York: Russell Sage Foundation
- Carlin, A., & Alfievic, Z. (2008). Physiological Changes of Pregnancy And Monitoring. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 22(5), 801-823.
- Carter, T., Bastounis, A., Guo, B., & Morrell, C. J. (2019). The effectiveness of exercise-based interventions for preventing or treating postpartum depression: a systematic review and metaanalysis. *Archives of Women's Mental Health*, 22(1), 37–53. <https://doi.org/10.1007/s00737018-0869-3>
- Chalise, A., & Bhandari, T. R. (2019). Postpartum depression and its associated factors: a community-based study in Nepal. *Journal of Nepal Health Research Council*, 17(2), 200-205.
- Chen, H., Chan Y. H., Tan, K. H. & Lee, T. (2004). Depressive symptomatology in pregnancy. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 975-979.
- Cho, G. J., Yoon, H. J., Kim, E. J., Oh, M. J., Seo, H. S., & Kim, H. J. (2011). Postpartum changes in body composition. *Obesity*, 19(12), 2425-2428.
- Crane, M., Rissel, C., Standen, C., & Greaves, S. (2014). Associations between the Frequency of Cycling and Domains of Quality of Life, *Health Promotion Journal of Australia*, 25(3), 182– 185
- Cummins, R. A., Eckersley, R., Van Vugt, J., & Misajon, R. (2003). Developing a National Index of Subjective Well-being: The Australian Well-being Unity Index, *Social Indicators Research*, 63,159–190
- Çapık, A., Özkan, H., & Ejder Apay, S. (2014). Loğusaların doğum sonu konfor düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 186-192.
- Çevik, A. & Alan, S. (2021). The relationship between oxytocin level and postpartum depression. *TJFMPC*,15(1), 164-169.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Da Costa, D., Dritsa, M., Rippen, N., Lowensteyn, I. & Khalife', S. (2006). Health-related quality of life in postpartum depressed women. *Archives of Women's Mental Health*, 9, 95–102
- Demir, R., & Taşpınar A. (2021). Doğum öncesi eğitimin doğum sonu yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*; 10(2), 155-165.
- Demiray, E. (2015). Problems in women's education in Turkey. Implementations and suggested solutions. *International Journal on New Trends in Education and Their Implications*, 6(1), 112.
- Dennis, C. L. & Ross, L. E. (2006). The clinical utility of maternal self-reported personal and familial psychiatric history in identifying women at risk for postpartum depression. *Acta Obstetrica et Gynecologica*. 85, 1179-1185.
- Doucet, S., Jones, I., Letourneau, N., Dennis, C. L., & Blackmore, E. R. (2011). Interventions for the prevention and treatment of postpartum psychosis: a systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, 14(2), 89- 98.
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). Depresyon bilgilendirme broşürü. <https://psikiyatri.org.tr/uploadFiles/842017213359-depresyonbilgilendirme.pdf>. Erişim Tarihi 30 Haziran 2022.
- Easterlin, R. A., O'Connor, K. J. (2020). *The Easterlin Paradox, Bonn: Institute of Labour Economics (IZA) Publishing*
- Edwards, D. J., Edwards, S. D., & Basson, C. J. (2004). Psychological Well-being and Physical Selfesteem in Sport and Exercise, *International Mental Health Promotion*, 6(1), 25–32.
- El-Ibiary, S. Y., Hamilton, S. P., Abel, R. J., Erdman, C. A., Robertson, P. L., & Finley, P. D. (2013). A pilot study evaluating genetic and environmental factors for postpartum depression. *Innovations in Clinical Neuroscience*.
- Evans, S., & Huxley, P. (2002). Studies of Quality of Life in the General Population, *International Review of Psychiatry*, 14(3), 203–211.
- Fahey, J. O. & Shenassa, E. (2013). Understanding and meeting the needs of women in the postpartum period: the Perinatal Maternal Health Promotion Model. *Journal of Midwifery&Womens Health*, 58(6), 613-21.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Finlayson, K., Crossland, N., Bonet, M., & Downe, S. (2020). What matters to women in the postnatal period: A meta-synthesis of qualitative studies. *Plos One*, 15(4), 1-23.
- Gözütok Konuk T, & Su S. (2020). Meleis'i anlamak: geçiş kuramı. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*; 2(2), 61-76.
- Gross, B. M. (1966). *The State of Nation: Social System Accounting*, London: Tavistock Publications.
- Gül, S. S., & Altındal, Y. (2015). Medyada kadın cinayeti haberlerindeki cinsiyetçi izler: Radikal Gazetesi. *Akdeniz Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*, (24), 168-188.
- Gümüş, H., & Işık, Ö. (2018). The Relationship of Physical Activity Level, Leisure Motivation and Quality of Life in Candidate Teachers, *International Journal of Progressive Education*, 14(5), 22-32.
- Güngör, İ., & Kızılkaya Beji, N. (2012). Development and psychometric testing of the scales for measuring maternal satisfaction in normal and caesarean birth. *Midwifery*, 28(3), 348-357.
- Hancock, T. (2001). People, Partnership and Human Progress: Building Community Capital, *Health Promotion International*, 16(3), 275-280.
- Hill, P. D., Aldag, J. C., Hekel, B., Riner, G., & Bloomfield, P. (2006). Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire. *Journal of Nursing Measurement*.
- Holden, C. (2012). *Commercial Welfare*, Alcock, P., Haux, T., May, M., Wright, S. (ed.), The Students Companion to Social Policy, London: Wiley-Blackwell, ss.215-220
- Jeong, YJ., Nho, J.H., Kim, H.Y., & Kim, J.Y. (2021). Factors influencing quality of life in early postpartum women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*; 18(6), 56-61.
- Kahrıman, İ., Topbaş, M., Çam, G., Yavuz Yılmaz, A., Çam, E. & Özgü, Ş. (2007). Trabzon il merkezinde 6-12 aylık çocuğu olan annelerin bebek bakımıyla ilgili geleneksel uygulamalar. 11. *Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*, 26 Ekim 2007, Denizli.
- Kitapçıoğlu, G., Yanıkkerem, E., Sevil, Ü., & Yüksel, D. (2008). Gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişeler; bir ölçek geliştirme ve validasyon çalışması. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 47-54.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Koç, Ş. (2018). *Doğum Sonrası Dönemde Psikososyal Adaptasyon*. Yeşilçiçek Çalık, K., Çetin Coşar F. (Ed) Ebeler Ve Ebelik Öğrencileri İçin Normal Doğum Ve Sonrası Dönem İçinde (Ss. 258268) İstanbul: İstanbul Tıp Kitap Evleri.
- Kołomańska-Bogucka, D., & Mazur-Bialy, A. I. (2019). Physical Activity And The Occurrence Of Postnatal Depression—A Systematic Review. *Medicina-Lithuania*, 55(9), 560.
<https://doi.org/10.3390/Medicina55090560>
- Kosova, F.K., Zeybek, Ö., Göker, A., Çalim, S. İ. & Demirtaş, Z. (2016). Postpartum Erken Dönemde Uygulanan Refleksolojinin Laktasyon Hormonları Üzerine Etkisi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3(4).
- Lane, R. E. (1994). Quality of Life and Quality of Persons: A New Role for Government?, *Political Theory*, 22, 219–252.
- Lowdermilk, D., Perry, S., Cashion, C., Alden, K. & Olshansky, E. (2016). *Maternity & Women's Health Care* (12. Baskı). Unit 5-6, 473-600
- Madakam, S., Ramaswamy, R., & Date, H. (2017). *Quality of Life @ Palava Smart City: A Case Study*, *Global Business Review*, 20(3), 708–742.
- Manning, N. (2012). *Social Needs, Social Problems, Social Welfare and Wellbeing*, Alcock, P., Haux, T., May, M., Wright, S. (ed.), *The Students Companion to Social Policy*, London: WileyBlackwell, ss.19–25
- Marakoğlu, K., Özdemir, S. & Çivi, S. (2009). Postpartum depresyon. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 29(1), 206-214.
- Marans, R. W., & Stimson, R. (2011). *An Overview of Quality of Urban Life*, Marans, R. W., Stimson, R. (ed.), *Investigating Quality of Urban Life: Theory, Methods, and Empirical Research*, New York: Springer, ss.1–29.
- Meleis AI. (2019). Facilitating and managing transitions: an imperative for quality care. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*; 21(1), 41-47.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Meltzer-Brody, S., Howard, L. M., Bergink, V., Vigod, S. N., Jones, I., Munk-Olsen, T., Honikman, S., & Milgrom, J. (2018). Postpartum psychiatric disorders. *Nature Reviews Disease Primers*, 4(1). <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.22>
- Menekşe, D. (2018). *İkiz bebek bekleyen gebelere verilen emzirme eğitiminin emzirme niyetlerine etkisi* [Doktora Tezi, Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü]. Sakarya Üniversitesi Açık Akademik Arşiv Sistemi.
- Meng, J., Du, J., Diao, X., & Zou, Y. (2021). Effects of an evidence-based nursing intervention on prevention of anxiety and depression in the postpartum period. *Stress and Health*, 38(3), 435– 442. <https://doi.org/10.1002/smi.3104>
- Mete, H.E. (2008). Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 11, 3-18.
- Mill, J. S. (1863, çev. 2017). *Faydacılık*, (çev. Selin Aktuyun), İstanbul: Alfa Yayınlar
- Mori, E., Tsuchiya, M., Maehara, K., Iwata, H., Sakajo, A., & Tamakoshi, K. (2017). Fatigue, depression, maternal confidence, and maternal satisfaction during the first month postpartum: a comparison of Japanese mothers by age and parity. *International Journal of Nursing Practice*; 23(1), 85-91.
- Mukherjee, R. (1989). *Quality of Life Valuation in Social Research*, New Delhi: SAGE Publications
- Nalumansi, P. A., Magisha, M. K. & Anywar, G. (2017). Medicinal Plants used during Antenatal Care by Pregnant Women in Eastern Uganda, *African Journal of Reproductive Health December*; 21 (4), 33-44.
- Nikan, F., Jafarabadi, M.A., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., & Mirghafourvand, M. (2018). Designation and psychometric properties of the Short Form Postpartum Quality of Life Questionnaire (SF-PQOL): an application of multidimensional item response theory and genetic algorithm. *Health Promotion Perspectives*; 8(3), 215-219.
- Okun, M. L., Mancuso, R., Hobel, C. J., Schetter, C. D., & Coussons-Read, M. E. (2018). Poor sleep quality increases symptoms of depression and anxiety in postpartum women. *Journal of Behavioral Medicine*, 41(5), 703–710. <https://doi.org/10.1007/s10865-018-9950-7>

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Özcan, N. K., Boyacıoğlu, N. E. & Dinç, H. (2017). Postpartum depression prevalence and risk factors in Turkey: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(4), 420-428.
- Öztürk, A.S., & Özkan, H. (2017). Annelerin doğum sonu dönemde yaşam kalitesi ve desteklerinin değerlendirilmesi. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi (JACSD)*; 11, 79-83.
- Öztürk, M.O. & Uluşahin, A. (2008). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 11. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti: Ankara; s:496-498.
- Özsoy, S. A. & Katabi, V. A. (2008). Comparison of traditional practice used in pregnancy, labour and the postpartum period among women in Turkey an İran. *Midwifery*, 24(3), 291-300.
- Paladine, H. L., Blenning, C. E., & Strangas, Y. (2019). Postpartum care: an approach to the fourth trimester. *American Family Physician*, 100(8), 485-491.
- Paloutzian, R. F., Bufford, R. K., & Wildman, A. J. (2012). *Spiritual Well-being Scale: Mental and Physical Health Relationships*, Cobb, M., Puchalski, C. M., Rumbold, B. (ed.), Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare, United Kingdom: Oxford University Press, ss.353–358.
- Peler, G.Y.A. (2013). Doğumla ilgili bazı adetler bağlamında Kıbrıs Türklerinin etnik kökeni üzerine düşünceler. *Electronic Turkish Studies*, 8(8), 2041-2052.
- Pickard, L. (2012). *Informal Welfare*, Alcock, P., Haux, T., May, M., Wright, S. (ed.), The Students Companion to Social Policy, London: Wiley-Blackwell, ss.269– 276
- Phillips, D. (2006). *Quality of Life: Concept, Policy and Practice*, London: Routledge
- Phillips, D., & Berman, Y. (2008). Social Cohesion and the Sustainable Welfare Society, *Journal of Social Work*, 16, 1–44.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Prelog, P. R., Simic, M., Premru-Srsen, T., & Makovec, M. R. (2019). Contextual-relationship and stress-related factors of postpartum depression symptoms in nulliparas: a prospective study from Ljubljana, *Slovenia. Reproductive Health*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12978-0190810-x>
- Rai, S., Pathak, A. & Sharma, I. (2015). Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. *Indian Journal of Psychiatry*, 57(Suppl. 2), 216– 221. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.161481>
- Romano, M., Cacciatore, A., Giordano, R. & La Rosa, B. (2010). Postpartum period: three distinct but continuous phases. *Journal of Prenatal Medicine*, 4(2), 22.
- Skinner, B. F. (1938). *The Behavior of Organisms*, Boston: D. Appleton&Company
- Sharma, V. (2019). Role of sleep deprivation in the causation of postpartum obsessive-compulsive disorder. *Medical Hypotheses*, 122, 58-61.
- Sis Çelik, A., Türkoğlu, N., & Pasinlioğlu, T. (2014). Araştırma Annelerin Doğum Sonu Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17, 3.
- Stewart, D. E. & Vigod, S. (2016). Postpartum depression. *New England Journal of Medicine*, 375(22), 2177-2186.
- Stover, M. E., & Leven, C. L. (1992). Methodological Issues in the Determination of the Quality of Life in Urban Area, *Urban Studies*, 29(5), 737–754.
- Şener N. (2019). *Sezaryen Olan Lohusalara Verilen Eğitimin Doğum Sonu Yaşam Kalitesine Etkisi*, [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü].
- Şimşek, Ç. & Esencan, T. (2017). Postpartum dönemde hemşirelik bakımı. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 48(4), 183-189.
- Taşkın, L. (2016). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, Akademisyen Tıp Kitabevi.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Tebeka, S., Strat, Y. L., De Premorel Higgons, A., Benachi, A., Dommergues, M., Kayem, G., Lepercq, J., Luton, D., Mandelbrot, L., Ville, Y., Ramoz, N., Du Montcel, S. T., Groups, I., Mullaert, J., & Dubertret, C. (2021). Prevalence and incidence of postpartum depression and environmental factors: The IGEDEPP cohort. *Journal of Psychiatric Research*, 138, 366–374. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.04.004>
- Thul, T. A., Corwin, E. J., Carlson, N. S., Brennan, P. F., & Young, L. J. (2020). Oxytocin and postpartum depression: A systematic review. *Psychoneuroendocrinology*, 120, 104793. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2020.104793>
- Toprak, O. (2012). *Refah Devleti ve Kapitalizm: 2000’li Yıllarda Türkiye’de Refah Devleti*, İstanbul: İletişim Yayınları
- Todes, D. (2008). *Hayvan Makinesini Araştırırken*, (çev. Ebru Kılıç), Ankara: Tübitak Yayınları.
- Torkan, B., Parsay, S., Lamyian, M., Kazennejad, A., & Montazeri, A. (2009). *Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and caesarean section*. BMC Pregnancy and Childbirth.
- Uğurlu, M., Öztaş, B. & Kurt, G. (2020). Üreme çağındaki evli kadınların kullandıkları kontraseptif yöntemlerin değerlendirilmesi. *TJFMPC*, 14(4), 666- 675.
- UNDP Türkiye. 2015 Sonrası Bin Yıl Kalkınma Hedefleri 5: Anne sağlığını iyileştirmek. <https://www.tr.undp.org/content/turkey/tr/home/mdgoverview/overview/mdg5.html>
- Wahl, A. (2015). *Refah Devletinin Yükselişi ve Düşüşü*, (çev. Haldun Ünal, Baran Öztürk), İstanbul: H2o Yayıncılık.
- Wang, R., Chen, F., Chen, Z., Li, T., & Harari, G. (2014). *Student Life: Assessing Mental Health, Academic Performance and Behavioural Trends of College Students Using Smartphones*, ACM UbiComp’14 Proceedings, ss.3–14
- Watson, D., & Clark, L. A. (1999). *The PANAS-X Manual for the Positive and Negative Affect Schedule-Expanded Form*, Ames: The University of Iowa Publishing

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Watson, J. B. (1925). *Behaviorism*, New York: W.W. Norton&Company
- Van Niel, M. S., & Payne, J. L. (2020). Perinatal depression: A review. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 87(5), 273–277. <https://doi.org/10.3949/ccjm.87a.19054>
- Yeşilçınar, I., Yavan, T., Karaşahin, K. E. & Yenen, M. C. (2017). The identification of the relationship between the perceived social support, fatigue levels and maternal attachment during the postpartum period. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 30(10), 1213-1220.
- Yıldırım, F. (2018). Kanıta dayalı bilgiler ışığında postpartum emosyonel sorunlara yönelik yaklaşımlar. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 11, 755-764.
- Yonemoto, N., Dowswell, T., Nagai, S. & Mori, R. (2014). Schedules for home visits in the early postpartum period. *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, 9(1), 5-99.
- Yücel, U. (2018). *Doğum sonrası dönem ve bakımı*. Yeşilçiçek Çalık, K., Çetin Coşar F.(Ed). Ebeler ve Ebelik Öğrencileri İçin Normal Doğum ve Doğum Sonrası Dönem içinde (ss 223-238) İstanbul Tıp Kitabevleri.
- Zare, Z., Golmakani, N., Shareh, H. & Khadem, N. (2014). Factors related to marital satisfaction in primiparous women during postpartum period. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 2(2)