



**ALGILANAN KİŞİ ODAKLI ANNELİK BAKIMININ
ERKEN VE GEÇ POSTPARTUM DÖNEMDE DEPRESYON
VE POSTTRAVMATİK GELİŞİME ETKİSİ: BİR İZLEM
ÇALIŞMASI**

Neslihan ERDEM

EBELİK ANABİLİM DALI

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Zeliha ÖZŞAHİN**

Yüksek Lisans Tezi-2023

TC.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ALGILANAN KİŞİ ODAKLI ANNELİK BAKIMININ ERKEN VE GEÇ
POSTPARTUM DÖNEMDE DEPRESYON VE POSTTRAUMATİK GELİŞİME
ETKİSİ: BİR İZLEM ÇALIŞMASI

Neslihan ERDEM

Ebelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Zeliha ÖZŞAHİN

MALATYA
2023

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

ETİK BEYANI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak “Dr. Öğr. Üyesi Zeliha ÖZŞAHİN” danışmanlığında hazırlayıp sunduğum “Algılanan Kişi Odaklı Annelik Bakımının Erken ve Geç Postpartum Dönemde Depresyon ve Posttravmatik Gelişime Etkisi: Bir İzlem Çalışması” başlıklı Yüksek Lisans tezi içinde elde ettiğim verileri, bilgileri, belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim. .../.../2023

Öğrencinin; Neslihan ERDEM
İmza

İTHAF

Tezimi eşim Osman ERDEM, çocuklarım Ayberk Selim ERDEM ve Mert Ali ERDEM' e ithaf ediyorum.



İÇİNDEKİLER

ÖZET	viii
ABSTRACT.....	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xii
TABLolar DİZİNİ.....	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kişi Odaklı Annelik Bakımı	3
2.2. Doğum Sonu Depresyon.....	5
2.2.1. Doğum Sonu Depresyonun Tanımı	5
2.2.2. Doğum Sonu Depresyonun Görülme Sıklığı.....	6
2.2.3. Doğum Sonu Depresyonun Klinik Belirtileri ve Tanı	6
2.2.4. Doğum Sonu Depresyonun Risk Faktörleri.....	8
2.2.5. Doğum Sonu Depresyonun Anne Üzerindeki Etkileri	11
2.2.6. Doğum Sonu Depresyonun Tedavisi	13
2.3. Travma Sonrası Büyüme	16
2.3.1. Travma	14
2.3.2. Travma Sonrası Büyüme	14
2.4. Kişi Odaklı Annelik Bakımında Ebelerin Rol ve Sorumlulukları	15
3. MATERYAL VE METOT	18
3.1. Araştırmanın Türü.....	18
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	18
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	18
3.4. Veri Toplama Araçları	19
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu.....	19
3.4.2. Kişi Odaklı Annelik Bakımı Ölçeği (Person-Centered Maternity Care Scale)	19
3.4.3. Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği (Edinburgh Postpartum Depression Scale)	19
3.4.4. Travma Sonrası Büyüme Envanteri (Post Traumatic Growth Inventory).....	20
3.5. Verilerin Toplanması	20
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	21
3.7. Verilerin Analizi	21

3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	21
4. BULGULAR.....	22
5. TARTIŞMA.....	30
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	33
KAYNAKLAR	35
EKLER.....	511
EK-1. Öz Geçmiş.....	511
EK-2. Kişisel Bilgi Formu	52
EK-3. Kişi Odaklı Annelik Bakım Ölçeği.....	55
EK-4. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği.....	58
EK-5. Travma Sonrası Büyüme Envanteri	622
EK-6. Gönüllü Bilgilendirilmiş Olur Formu	64
EK-7. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Belgesi.....	66
EK-8. Elazığ Özel Hayat Hastanesi Kurum İzni	667

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim boyunca ve tezimin tüm aşamalarında benden yardımını hiç esirgemeyen, bana vermiş olduğu sosyal destek ve motivasyonun yanı sıra beni bilimsel birikimi ve tecrübeleriyle sınırsız destekleyen, her konuda çözüm yolları sunan pozitifliğiyle akademik hayatımı güzelleştiren değerli danışman hocam sayın Dr. Öğr. Üyesi Zeliha ÖZŞAHİN'e,

Tez savunma sınavıma zaman ayırarak beni onure eden ve yol gösteren değerli hocalarım Doç. Dr. Yeşim AKSOY DERYA ve Dr. Öğr. Üyesi Zeynep BAL'a,

Yüksek Lisans döneminde tanıdığım bu süreçte beraber yol aldığım ve her konuda desteklerini esirgemeyen canım arkadaşlarım Zeliha Gülsüm AKSAKAL ve Bahar KOLDAŞ'a,

Tüm hayatım boyunca yaptığım herşeyde desteğini esirgemeyen, beni sonsuz sevgi, güven ve anlayışla sarıp sarmalayan, beni ben yapan canım annem Feride DAL ve canım babam Bekir DAL'a,

En büyük teşekkürüm ise hayat arkadaşım ve oğullarıma. Lisansüstü eğitimim boyunca benimle birlikte tüm zorlukları göğüsleyen, varlığıyla bana güç veren, gerek yoğun çalışma hayatım olsun gerek akademik hayatım olsun maddi ve manevi desteğini esirgemeyen sevgili eşim Osman ERDEM'e ve hayatımın en güzel iki detayı olan, varlıklarıyla beni dünyanın en şanslı annesi ve en mutlu insanı yapan, varlıklarına her daim şükrettiğim oğullarım Ayberk Selim ERDEM ve Mert Ali ERDEM'e,

Araştırmamı gerçekleştirmem için bana vakit ayırarak, araştırmaya katılmayı kabul eden tüm lohusalara,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Neslihan ERDEM

ÖZET

Algılanan Kişi Odaklı Annelik Bakımının Erken ve Geç Postpartum Dönemde Depresyon ve Posttravmatik Gelişime Etkisi: Bir İzlem Çalışması

Amaç: Araştırma, algılanan kişi odaklı annelik bakımının erken ve geç postpartum dönemde depresyon ve posttravmatik gelişime etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metot: Araştırmanın evrenini, Türkiye'nin doğusunda bulunan bir hastanede son bir yılda doğum yapan kadınlar oluşturdu. Verilerin toplanmasında, Kişisel Bilgi Formu, KOABÖ, EPDSÖ ve TSBEÖ kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra Cronbach's Alpha güvenirlik analizi, Pearson Korelasyon, Bağımlı gruplarda t-testi kullanıldı.

Bulgular: Araştırmada lohusaların erken postpartum dönemde KOABÖ toplam ve tüm alt boyutları (Değerli ve Saygılı Bakım, İletişim ve Özerklik, Destekleyici Bakım) ile EPDSÖ arasında negatif yönde, TSBEÖ toplam ve alt boyut (*başkalarıyla ilişkilerde değişim, benlik algısında değişim, yaşam felsefesinde değişim*) puan ortalamaları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı. Geç postpartum dönemde ise değerli ve saygılı bakım alt boyutu hariç KOABÖ toplam ve diğer alt boyut puan ortalamaları ile EPDSÖ arasında negatif, KOABÖ toplam ve alt boyutları ile TSBEÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı. Ayrıca KOABÖ toplam ve alt boyutları, EPDSÖ toplam, TSBEÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları erken ve geç postpartum döneme göre karşılaştırıldığında puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi.

Sonuç: Erken ve geç postpartum dönemde kişi odaklı annelik bakım algısı arttıkça postpartum depresyonun azaldığı, travma sonrası gelişimin arttığı belirlendi

Anahtar Kelimeler: Doğum Sonu Depresyon, Kişi Odaklı Annelik Bakımı, Posttravmatik Gelişim, Postpartum Dönem

ABSTRACT

The Effect of Perceived Person-Centered Maternity Care on Early and Late Postpartum Depression and Posttraumatic Development: A Follow-up Study

Aim: The research was carried out to determine the effect of perceived person-centered maternity care on depression and posttraumatic development in the early and late postpartum period.

Material and Method: The universe of the research consisted of women who gave birth in the last year in a hospital in eastern Turkey. The study was completed with 370 postpartum women. Personal Information Form, PCMCS, EPDS and PTGIS were used to collect data. In the evaluation of the data; In addition to descriptive statistics, Cronbach's Alpha reliability analysis, Pearson Correlation, t-test for dependent groups were used.

Results: In the study, PTGIS total and sub-dimension (change in self-perception, change in life philosophy, change in relationships with others) mean scores of puerperal puerperants in the early postpartum period were negative between total and all sub-dimensions of PCMCS (Valuable and Respectful Care, Communication and Autonomy, Supportive Care) and EPDS. It was found that there was a statistically significant positive relationship between In the late postpartum period, and excluding the valuable and respectful care sub-dimension, there was a negative correlation between the total and other sub-dimension mean scores of PCMCS and EPDS, and a positive statistically significant relationship between the total and sub-dimensions of PCMCS and PTGIS total and sub-dimension mean scores. In addition, when the total and sub-dimensions of PCMCS, total EPDS, total PTGIS and sub-dimension mean scores were compared according to the early and late postpartum periods, the difference between the mean scores was found to be statistically significant.

Conclusion: It was determined that as the perception of person-oriented maternity care increased in the early and late postpartum periods, postpartum depression decreased and post-traumatic development increased.

Keywords: Postpartum Depression, Person-Centered Maternity Care, Posttraumatic Development, Postpartum Period

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACOG	: American College of Obstetricians and Gynecologists
APA	: American Psychological Association
DSO	: Doğum Sonu Depresyon
DSM	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EPDSÖ	: Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği
KOAB	: Kişi Odaklı Annelik Bakımı
KOABÖ	: Kişi Odaklı Annelik Bakımı Ölçeği
TSBE	: Travma Sonrası Büyüme Envanteri
TSBEÖ	: Travma Sonrası Büyüme Envanteri Ölçeği
PCMCS	: Person-Centered Maternity Care Scale
EPDS	: Edinburgh Postpartum Depression Scale
PTGIS	: Post Traumatic Growth Inventory Scale

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 4.1. Lohusaların Bazı Sosyodemografik ve Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı...	22
Tablo 4.2. Lohusaların Erken ve Geç Postpartum Dönemde Ölçek Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları En Düşük – En Yüksek Puan ve Puan Ortalamalarının Dağılımı	25
Tablo 4.3. Ölçek Toplamlarının Erken ve Geç Postpartum Dönem Cronbach's Alpha Değerleri.....	26
Tablo 4.4. Kadınların Erken Postpartum Dönemde KOABÖ Toplam ve Alt Boyutları İle EPDSÖ ve TSBEÖ Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyon	27
Tablo 4.5. Kadınların Geç Postpartum Dönemde KOABÖ Toplam ve Alt Boyutları İle EPDSÖ ve TSBEÖ Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyon	28
Tablo 4.6. Lohusaların KOABÖ Toplam ve Alt Boyutları İle EPDSÖ ve TSBEÖ Toplam ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Erken ve Geç Postpartum Döneme Göre Karşılaştırılması.....	29

1. GİRİŞ

Kişi Odaklı Annelik Bakımı (KOAB), “kadınların tercihlerine, ihtiyaçlarına ve değerlerine saygılı ve bunlara duyarlı bakım” olarak tanımlanmaktadır (1-3). KOAB, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)' nün pozitif bir doğum deneyimi için tavsiyelerinde vurgulanan kaliteli doğum bakımının temel bir bileşenidir (4). KOAB (Kişi Odaklı Annelik Bakımı)'nın küresel olarak kabul edilen önemine rağmen, bu süreçte annelere verilen bakımın düşük kaliteli olduğu ve kadınlara kötü muamelenin söz konusu olduğu belirtilmektedir (5). Kenya'da yapılan bir çalışmada her 5 kadından birinin doğum sırasında aşağılanmış hissettiğini, %18'inin onursuz bakım aldığı, %8.5'inin mahremiyete dikkat edilmeyen bakım aldığı ve %4.2'sinin fiziksel istismara maruz kaldığı bildirilmiştir (6). KOAB, hak temelli bir perspektiften sağlık sonuçlarını nasıl etkilediğini değerlendirmeye ihtiyaç vardır (1, 2). Kişi odaklı annelik bakımının sadece içsel değeri nedeniyle değil, aynı zamanda doğum sonrası dönemde hem zihinsel hem de fiziksel sağlık sonuçları ile ilişkili olabileceğinin önemi vurgulanmaktadır (7). KOAB'de lohusaların ihtiyaçlarına, değerlerine ve mahremiyetine saygı duyulması, etikili iletişim kurulması ve destekleyici bakım verilmesi lohusanın verilen bakımdan memnuniyetini artırmaktadır (8, 9). Nitekim olumsuz annelik bakım algısı olan kadınlarda doğum sonu dönemde depresyon gibi problemler ortaya çıkabilir (10).

Doğumdan sonraki dönemde en sık rastlanan problem doğum sonu depresyondur (11). Doğum sonu depresyon (DSD), her yıl annelerin yaklaşık %10-15'ini etkileyen ve etkilenenlerin %25-50'sinde 6 aydan uzun süren depresif bulgularla görülen bir duygudurum bozukluğudur. Doğum sonrası depresyon genellikle doğumdan birkaç ay ile bir yıl sonra ortaya çıkmaktadır. DSD nedenleri fizyolojik (düşük benlik saygısı, depresyon öyküsü, istenmeyen gebelik, gebelik ve doğum komplikasyonları vb.), durumsal veya çok faktörlü (ailede ölüm, boşanma, iş kaybı vb.) olabilir (12). Bununla beraber “Son derece zorlu hayat şartlarıyla mücadele sonucunda yaşanan olumlu psikolojik değişim” travma sonrası büyüme olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım göz önünde bulundurulduğunda doğum bazı kadınlarda olumlu değişikliklere zemin hazırlayabilmektedir (13). Kadınların tercihlerine, ihtiyaçlarına ve değerlerine saygılı ve bunlara duyarlı bakım kadınların olumlu doğum deneyimini artırmaktadır. Olumlu ya da olumsuz olmasında KOAB önemli yer almaktadır. Kuruluşun verdiği bakımın önemi

olarak; lohusanın doğuma yönelik olumlu yönde bellek meydana getirdiği, pozitif bakım tecrübesini algılama seviyesini yükselttiği, kadının öz güvenini, bebeğine karşı sevgisini arttırdığı ve annelik rolüne daha kolay uyum sağladığı bildirilmektedir (8, 9). Ebenin gebeye karşı tutum ve davranışı travma sonrası büyümeyi etkilemektedir (14). Literatür incelendiğinde doğum sonu depresyon ve travma sonrası büyüme ile kişi odaklı annelik bakımı arasındaki ilişkinin birlikte incelendiği çalışmalara rastlanmamıştır.

Bu araştırmanın amacı, algılanan kişi odaklı annelik bakımının erken ve geç postpartum dönemde depresyon ve posttravmatik gelişime etkisini belirlemektir.

Araştırma soruları;

Soru 1: Kişi odaklı annelik bakımı erken postpartum dönemde doğum sonu depresyonu etkiler mi?

Soru 2: Kişi odaklı annelik bakımı erken postpartum dönemde travma sonrası büyümeyi etkiler mi?

Soru 3: Kişi odaklı annelik bakımı geç postpartum dönemde doğum sonu depresyonu etkiler mi?

Soru 4: Kişi odaklı annelik bakımı geç postpartum dönemde travma sonrası büyümeyi etkiler mi?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kişi Odaklı Annelik Bakımı

Her kadının doğum esnası da dahil olmak üzere onurlu, saygılı cinsel ve üreme sağlığı hizmeti alma hakkı vardır (5). Anne ve yenidoğan sağlığı konsensusunun 2009 yılında yayınladığı bildiride gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemdeki bakımın eksikliğini kabul ederek bu dönemlerdeki annelik bakımının geliştirilmesi ve hızlandırılması gerektiğini vurgulamıştır (15). Dünya genelinde pek çok ülke, doğum bakım hizmetlerinin kalitesini yükseltmek için kişi odaklı annelik bakımını önermektedir. Bu bakımın temel bileşeni, kadınların tercihlerini arttırmada önemli bir strateji olarak görülen ebe liderliğindeki bakım modelleri ve kişi odaklı bakımdır (16, 17).

Kişi odaklı annelik bakımı, hem düşük oranlarını azaltan hem de anne ölümünü etkileyen önemli bir faktördür. Kişi odaklı annelik bakımı, doğum sırasında kadınların tercihlerine, ihtiyaçları ile değerlerine saygılı ve duyarlı bakım anlamına gelir. Onurlu ve saygılı bakım; etkili iletişim, özerklik ve sosyal ve duygusal desteği içerir (1) Kadınlara ve ailelerinin tercihlerine, ihtiyaçlarına ve değerlerine saygılı, bunlara yanıt veren bakım olarak tanımlanan KOAB, üç temel bileşenden oluşur (1). İlk bileşen, kadınların saygılı ve onurlarına yakışır bakım alması gerektiğini ima eden saygılı ve onurlu bakımdır. İkincisi, iletişim ve özerklik, anneler ve aileleri ile bakım sağlayıcılar arasındaki etkili iletişimidir. Üçüncüsü destekleyici bakımdır; doğum bakımı sağlayıcılarının kadınlara duygusal destek sağlamak, rutin bakım sağlamak ve komplikasyonları yönetmek için iyi kaynaklara sahip olması gerektiğini belirtir. Bu yaklaşım doğum ve doğum sırasında gelişmiş bakım kalitesi elde etmek için kritik öneme sahiptir (18).

KOAB 'nin bilinen önemine rağmen, iletişim eksikliği, izinsiz bakım, destekleyici olmayan bakım, saygısız ve kötü niyetli bakımın belgelenmesiyle dünya çapında kötü KOAB'yi vurgulayan artan sayıda kanıt bulunmaktadır (6, 5, 19, 20). Bu sistem sağlık profesyonelinin duyarlılığını, birey ile sağlık profesyoneli arasındaki iletişimi, kişilerarası tedavi, birey katılımını ve ilgili yapıları içerir. Kadınlara doğum sırasında saygısız, ihmalkâr davranılması, hakaret edilmesi, kişi odaklı annelik bakımının çok zayıf olduğunu göstermektedir. Kadınlar kötü deneyimlerini topluma aktardığında doğum bakım hizmetlerine talep azalacaktır (5, 6, 21). Fiziksel istismar, rıza dışı bakım, mahremiyete önem verilmeyen bakım, onursuz bakım, ayrımcılık, terk ve sağlık

tesislerinde alıkoyma gibi saygısızlık ve istismar kategorileri (22) bu nedenle zayıf KOAB'yi temsil eder. Bakım kalitesinin düşük olması, anne ve yenidoğan sağlığında, kadınlar ve aileler üzerinde hem kısa hem de uzun süreli etkileri olan önemli bir faktördür (23, 24). Kenya'da kadınların doğum sırasındaki deneyimlerini nitel olarak inceleyen çalışmalarda saygısızlık ve istismarın oldukça yaygın olduğu belirtilmiştir (25, 26). Ayrıca kadınların doğumlarda mahremiyet ve özerklik eksikliği, hizmet sağlayıcılar tarafından kendi haline bırakılma ve kirli doğum bakımı ortamları ile ilgili hayal kırıklıkları yaşadıkları belirtilmiştir (27). Annelik bakımı sağlayıcıları geleneksel olarak doğumun sadece prosedür değil, bir süreç ve deneyim olduğunun farkındadır. Bu nedenle kişi odaklı bakımın nasıl olması gerektiğini tanımlamada bakım sağlayıcıların öncülük etmesi gerekir. (28, 29). Ayrıca, gebelik ile doğumun sosyal ve ailesel unsurları göz önüne alındığında, annelik bakımı aynı zamanda bireyin sosyal ve aile bağlamını da tanıyan sağlık bakımını ilerletmek için önemli bir ortam sağlar (30).

Doğum tecrübesi ve doğum memnuniyeti, çeşitli unsurlarla birlikte verilen hizmetin duygusal yönleri ile anlamlandırılmakta ve kadınların genel değerlendirmesini de etkilediği vurgulanmaktadır (31, 32). Doğum esnasındaki verilen hizmet ile ilgili uygulamalara katılma, sağlık çalışanları tarafından aktarılan pozitif davranışların ve destekleyici bakımın kadının pozitif bakım tecrübesini algılama seviyesini yükselttiği, doğuma yönelik olumlu yönde bellek meydana getirdiği, kadının öz güvenini, bebeğine karşı sevgisini arttırdığı ve annelik rolüne daha kolay uyum sağladığı bildirilmektedir (8, 9). Kadınların doğumdaki tecrübelerine yükledikleri anlamın verilen bakım hizmeti ile eş değer olduğu ifade edilmektedir. Bu sebeple kişiselleştirilmiş ve destekleyici olarak tasarlanmış bir bakım teklif edilmektedir (8, 9, 33). DSÖ kadınların şahsi, toplumsal inanç ve beklentilerini karşılayan pozitif bir doğum tecrübesi arzuladıklarını ifade etmektedir (17, 34). DSÖ doğum süreci boyunca bütün kadınlar için itibarlarını, gizliliklerini koruyacak biçimde düzenlenmiş, zarar ve kötü davranılmasını önleyen, doğum öncesi ve doğum esnasında bilinçli karar vermelerini ve devamlı yardım almalarını sağlayan itibarlı annelik bakımını önermektedir. Saygılı annelik bakımı; insan hakları esaslı bir yaklaşım ile bütün kadınların gizlilik ve itibarlarını koruyacak biçimde düzenlenen ve bu konuda verilen bakım hizmetini vurgulamaktadır. (5, 34, 35). Pozitif doğum tecrübesi için hizmet veren sağlık profesyonellerinin:

- Hizmet alacak kadına ve ailesine kendini tanıtp, kişiye adıyla seslenmesi,

- Kadına ve ailesine gereksinim duydukları bilgileri anlaşılır, kısa ve açık bir şekilde vermesi, tıbbi terimden uzak durması, ihtiyaç halinde görsel ve grafiksel malzemeleri kullanması,
- Kadının gereksinimlerine, sorularına ve isteklerine pozitif davranışla saygı duyması ve yanıtlaması,
- Kadının duygusal gereksinimlerini dile getirmesini yüreklendirmesi, övgü, şefkat gösterme, aktif dinleme ve güven verme ile yardım etmesi,
- Kadının istek ve gereksinimlerini dile getirmesini özendirme, herhangi bir isteğinin olması durumunda desteklemesi ve anlayış göstermesi,
- Uygulamaları kadın ve yakınlarına, pelvik muayene ve diğer uygulamaları anlatması, sözlü ya da uygun olduğunda yazılı bilgilendirilmiş rızasının alınmasının sağlanması (Standart bir bilgilendirilmiş onam formu olmalı),
- Mahremiyetin devamlı olarak sağlanması,
- Kadının doğum öncesi ve doğum esnasında ne şekilde desteklenebileceğine dair kesin açıklamalar yapması ve bu konuda fikir alış verişinde bulunması,
- Sağlık sistemleri yönünden doğum sürecinde hizmet veren sağlık çalışanlarının kişilerarası danışmanlık ve iletişim yeteneklerinde yetkinlik için ulusal kriterlere göre eğitim verilmesi gerektiği bildirilmektedir (34).

2.2. Doğum Sonu Depresyon

2.2.1. Doğum Sonu Depresyonun Tanımı

Doğumdan sonraki ilk 4 hafta içinde ortaya çıkan kişinin günlük aktivitelere ilgisini azaltarak hayatını tamamen etkileyen ve duygusal çöküntülere sebep olan duygudurum bozukluğuna doğum sonrası depresyon denilmektedir (36). Doğumdan sonraki bir yıl içinde meydana çıkabilmekte ve uzun yıllar devam edebilmektedir. DSD anne, bebek ve ailedeki diğer bireylerin sağlığını tehlikeye atan, ciddi sonuçları olan ve sonunda da psikoza dönüşebilen yaygın bir rahatsızlık (37, 38) olmakla beraber homojen olmayan psikolojik bir problemdir. Depresyonun şiddeti, çaresizlik, kişiler arası hassaslık, somatizasyon, düşmanlık, endişe, uyku bozukluğu seviyesi ile ölüm düşüncesi gibi diğer yineleyen depresyon durumlarına göre değişkenlik gösterebilmektedir (39). Doğumdan sonra oluşan depresyonun yarısının aslında gebelik sürecinde olduğu ifade edilmektedir. Gebelikte depresyon ve endişe seviyesi fazla olan kişilerin, doğumdan sonra da doğum sonu depresyon ve endişe seviyeleri de fazla olmaktadır (40).

McCallHosenfeld' in 2016' da doğum sonu depresyonun ilerleyişini tespit etmek için 3006 primipar kadın ile gerçekleştirdiği çalışmada, kadınlarla gebeliklerinin son üç aylık dönemlerinde, doğum sonu birinci, altıncı ve on ikinci aylarında iletişime geçilerek EPDSÖ (Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği) ile ölçülmüştür (41). Bu ölçüm sonucunda, gebeliği esnasında depresyon geçiren kadınların doğumdan sonraki bir yıl içinde depresyon geçirdikleri veya azda olsa iyileşme eğiliminde oldukları, fakat gebeliğinin üçüncü üç aylık döneminde ruhsal bozukluğu tespit edilmeyen kişilerden %1.7'sinin doğumdan sonraki ilk ayda depresif hale geldikleri ve senenin sonunda da belirtilerinin fazlaştığı tespit edilmiştir.

2.2.2. Doğum Sonu Depresyonun Görülme Sıklığı

Doğum sonu depresyon, gebelik döneminde ve doğumdan sonra fazla görülen istenmeyen durumlardan biridir (42). Doğumdan sonra depresyon ortalama olarak kadınlarda %10-15 oranında görülmektedir (11, 43-47). Çalışmalar, doğum sonrası depresyonun sık görülmesinin kişilerin doğumdan sonraki farklı zaman dilimlerinde değerlendirilmesi, popülasyon özellikleri, kesme puanlarının ve tanılama kriterlerinin, örneklem büyüklüklerinin farklı olmasından dolayı değişiklik gösterdiğini ortaya çıkarmaktadır (48).

Doğum sonu depresyon görülme sıklığı dünya genelinde %9.1 ile %36.0 arasında değişmektedir. DSD görülme oranları, Nepal'de %17.1, Nijerya'da %10.7- 27.2, Brezilya'da %15.9, Tayland'da %16.8- 11.0, Çin'de %17.3- 15.5, Moğolistan'da %9.1, Hindistan'da %23.0, doğum sonu ilk hafta %11.3, doğum sonu 6. hafta %15.8, doğum sonu 14. hafta %15.5, Endonezya'da %22.4, Malavi'de %29.9, Bangladeş'de %22.0, Qatar 'da %17.6, İran'da %25.3, Ürdün'de %22.0, Avustralya'da %16.1, Malezya'da 14.3, Pakistan'da %36.0, Suudi Arabistan'da %13.7'dir. Ülkemizde ise bu oran % 12.5 ile 51.3 arasında olduğu belirtilmektedir (43, 48-64,65-68).

2.2.3. Doğum Sonu Depresyonun Klinik Belirtileri ve Tanı

Doğumdan 2-3 hafta sonra doğum sonu depresyon belirtileri gözlemlenebilir, ancak başlangıcı doğumdan sonra bir hafta ile iki yıla kadar sürebilir. Doğum sonu depresyon yavaş bir şekilde gelişme gösterir, hatta haftalar ya da aylar boyu sürebilir. Dolayısıyla dikkatten kaçabilir ya da direkt doğumla bağdaştırılamayabilir. DSD sonradan belirli bir seviyeye ulaşır ya da kendi kendine iyileşir. DSD bulguları genellikle depresyon belirtileriyle benzer özellikler gösterir fakat doğum sonu depresyonun

tekrarlama riski fazla olduğu için özel öneme sahiptir (69). Ancak doğumdan sonra görülen bazı bulgular ile depresyonun bulguları arasındaki benzeşim olması genellikle DSD tanısını desteklemektedir. Özellikle doğum sonu kilo kaybı, kararsızlık, dikkatsizlik, uyku bozuklukları ve enerji kaybı gibi belirtilerin iyi sorgulanması gerekmektedir. Yeni doğmuş bir bebeği olan annenin uyku düzeni ile 4 aylık bir bebeği olan annenin uyku düzeni aynı değerlendirilmemelidir. Konsantrasyon kaybı ve enerji azlığı genellikle uykusuzluk sonucu görülmektedir. Bu sebeple anne sorgulanırken normal durumlar ve diğerk hastalıkların dışlanması, DSD tanısının daha doğru bir şekilde konmasına olanak sağlar (70).

Beck'in 1996 yılında yapmış olduğu araştırmada, doğum sonu depresyonu olan lohusaların duygu ve düşüncelerine hakim olamadıklarını, dönem dönem davranışlarını kontrol edemediklerini ifade etmektedir. Bu sebeple DSD'de esas problemin kontrolü yitirme olduğu fikrini savunmaktadır. Doğum sonrası kadınların bu durumunu "akıllılık ve delilik arasındaki gidip gelme" olarak tarif etmiştir (71).

APA, psikiyatrik hastalıklarının tanımlanması ve sınıflandırılması el kitabında (DSM-5) kişinin günlük yaşam aktivitelerine olan ilgisini azaltarak hayatını tamamen etkileyen ve duygusal bunalımlara neden olan bir duygudurum bozukluğu kriterlerini belirtmiştir. Buna göre, iki haftalık süreçte, aşağıdaki bulgulardan beş ya da daha fazlasının varlığı ve işlevsellik seviyesinde farklılığın, depresyon için yeterli bulgudur. Tanılamak için belirtilerden en az bir tanesinin zevk alamama, ilgisizlik ya da çökkün duygu durum olması gereklidir. Bu belirtilerin, hemen hemen her gün, kişinin kendisi tarafından ifade edilmesi, günün büyük bölümünde ortaya çıkması veya başkası tarafından gözlemlenmesi sonucu fark edilmesidir. Bunlar:

- Çökkün duygu durum: Bu durum kişi tarafından üzüntülü olmak, boşlukta olmak, çaresizlik gibi duygularla dile getirilir veya durum başkaları tarafından gözlemlenir. Örneğin bireyin ağlamaklı bir yüz ifadesinin olması
- Faaliyetlere karşı ilgisiz olmak ya da zevk alamama
- Diyet yapılmamasına rağmen aşırı kilo alınması ya da kilo kaybedilmesi ve yeme isteğinde azalma veya artma
- Aşırı uyuma ya da Uykusuzluk
- Yavaşlama ya da ajitasyon
- Enerji düşüklüğü ya da bitkinlik

- Aşırı suçluluk duygusu ya da değersizlik hissi
- Konsantrasyon kaybı ya da kararsızlık yaşama
- Yineleyen intihar gibi düşüncelerin oluşmasıdır (36).

Doğumdan sonraki süreçte depresyon açısından tehlikede olan annelerin ilk üç aylık süreçte çoğunlukla dile getirilen fiziki problemler arasında yorgunluk, meme problemleri, sırt ağrısı, perine ağrısı ve altına kaçırma şikâyetleri olduğu ifade edilmektedir (65). Bu şikâyetlere ilave olarak; umutsuzluk, ağlama, duygusal değişkenlik, bebek bakma konusunda yetersiz hissetme, suçluluk duyguları, sinirlilik, dikkatsizlik ve hafızada bozulma görülmektedir. Bazı anneler beslenme alışkanlıkları ile bebeğin sağlığı konusunda fazla endişe duyarlar. Bu sebeple kendilerini yetersiz, sevgisiz veya kötü anne olarak düşünüp, bebeğe zarar verebilmektedir (65).

Doğum sonu depresyonu olan kişilerde en sık rastlanan bulgular üzerine Şili’de yapılan bir çalışmaya göre, intihar düşünceleri, duygusal değişkenlik, güvensizlik, uyku ve yeme bozuklukları, kendine zarar verme düşünceleri, anksiyete, ruhsal bozulma, suçluluk/ utanma duyguları olduğu belirlenmiştir (72).

Doğumdan sonra depresyon bulgularının erken tespit edilmesi ve sorunun çözülmesi ciddi problemlerin önlenmesinde büyük önem arz etmektedir. Bu sebeple özellikle doğumdan sonraki ilk aylarda tüm anneler depresyon açısından taranmalıdır (72).

2.2.4. Doğum Sonu Depresyonun Risk Faktörleri

DSD’ nin altında yatan sebepler tam olarak açıklanamamaktadır. Munoz, Agruss, Sivertsen ve Haeger’ in 2006 yılında yapmış oldukları çalışmada; Ulusal Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği birbiri ile bağlantılı üç unsuru DSD sebebi olarak tanımlamıştır. Bunlar; hormonal dengesizlikler, yaşam stresleri ve durumsal risklerdir. Doğumdan sonraki süreçte östrojen ve serotonin seviyelerinde görülen ani ve hızlı düşüş hormonal dengesizlik olarak nitelendirilir. Gebelik dönemindeki yaşam stresleri; gebelik dönemiyle beraber değişmeye başlayan rol ve sorumluluklar, özgürlüğün kısıtlanacağı düşüncesi, eşler arası ilişki ve çözülmemiş problemler, kariyer planlarındaki farklılıklar olarak özetlenebilir. Durumsal riskler ise, boşanma, iş kaybı ve ailede ölüm gibi problemlerin yaşanmasıdır (73). DSÖ’nün doğumdan sonra oluşan depresyonla ilgili yayınında yer alan ve birçok çalışma sonuçlarındaki bilgilere göre, risk faktörleri;

- Sosyo-ekonomik durumun düşük olması

- Benlik saygısının düşük olması,
- Kötü aile ilişkilerinin olması,
- İstenmeyen gebelik,
- Gebeliğin devam edip etmemesi konusunda karar vereme,
- Gebelikte depresyon
- Gebelikte endişe,
- Geçmişte depresyon hikayesinin olması,
- İş kaybı
- Son dönemlerde stresli yaşama,
- Cinsel istismar öyküsü,
- Evlilikten memnuniyetsizlik,
- Gebelik ve doğum komplikasyonları,
- Bebek bakımıyla ilgili stres yaşama,
- Sosyal destek eksikliği,
- Duygusal dengesizlikler,
- Biberon kullanma,
- Bekâr olma,
- Bilişsel değişiklikler gibidir (74).

Beck'in 2001 yılında yaptığı bir meta analiz çalışmasında ise DSD risk faktörleri; benlik saygısında düşüklük, bebek bakımı ve yaşamla ilgili stresler, gebelikte depresyon ve anksiyete, evlilik ilişkileri olumsuzluğu, sosyal destek azlığı, geçmişte depresyon hikâyesinin olması, bekâr olma, düşük sosyo-ekonomik durumun olması ve plansız gebelikler olarak tanımlanmıştır (75).

Literatürde, DSD risk faktörlerini bulmak amacıyla yapılan araştırmaların yanı sıra, doğum sonu depresyon üzerinde spesifik etkileri araştıran çalışmalar da bulunmaktadır. Üç aydan küçük bebeği olan anneler üzerinde Erdoğan ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptıkları araştırmanın sonuçları, kolik bebeğe sahip olan annelerin olmayanlara kıyasla DSD görülme olasılığı daha yüksek bulunmuştur (76). Başka bir araştırmada kolikli olan ve günde 20 dakikadan fazla ağlayan bebeklerin annelerinde depresyon oluşma olasılığının yüksek olduğu belirtilmektedir (77).

Kuçer ve Keleş' in 2009 yılında gebelikteki bazı sorunlar ve sigara içmenin, doğum sonu birinci ve altmışıncı günlerdeki depresif bulgular gösterme üzerine etkisinin araştırılmış olup, zor doğum, gebelikte sigara kullanma ya da sezaryenle doğum

yapanlarda, doğum sonu birinci günde altmışıncı güne göre depresyon bulgularının daha fazla seviyede olduğu tespit edilmiştir (78).

Çinli kadınlar üzerinde Hong Kong’da yapılan araştırmada, doğum sonraki dönemde alışılmış uygulamaları yapmayan kadınların daha çok depresyon bulguları sergilediği belirtilmiştir (79). Japon kadınlar üzerinde 2008’ de Watanebe ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, annelik hüznünün doğumdan sonraki depresyonun ana bir belirleyicisi olarak bildirmişlerdir. Babanın, babalık izni ve çocuk bakımına katılımının annede ortaya çıkan DSD üzerindeki etkisini inceleyen araştırmada, annedeki doğumdan sonra görülen depresyon üzerinde babalık izninin koruyucu bir etkisi olmadığı görülmüştür. Fakat bebeğin bakımına aile katılımının eksikliği annede oluşan DSD varlığını artırmıştır (80). Miller, Gossett ve Peri’ nin 2016 yılında diyabet ile DSD arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada, gestasyonel diyabetin DSD sıklığını etkilemediğini fakat gebelikten önce görülen diyabetin doğum sonu depresyonun oluşması ile alakalı olduğu bulunmuştur (81).

Doğumdan sonra oluşan depresyon ve çevresel etkenler arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmada, kişilerin gelir düzeyi ve doğumdan duydukları memnuniyetin depresyonla ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (82).

Malezya’da yapılan araştırmada doğumdan sonra görülen depresif bulguların tam emzirme ile ters ilişkili olduğu bildirilmektedir (83). Dönmez ve Bükülmez’ in 2015’te yaptıkları benzer bir araştırmada, emzirme süreleri kısa olan annelerin doğum sonu depresyon açısından daha fazla risk altında oldukları bildirilmiştir. Pope ve arkadaşları 2016’ da Kanadalı annelerle yaptıkları çalışmalarında ise doğum sonu depresyon ile emzirme girişimi ve süresinin ilişkili olmadığını belirtmişlerdir. Aynı zamanda araştırmacılar doğumdan sonra görülen depresyon ile emzirme arasındaki ilişkinin farklı risk faktörlerine bağlı olabileceğini ifade etmişlerdir (84).

Balıkçı ve Balıbey’ in 2012’deki çalışmasında, anne sütünü arttırmak amacıyla doğumdan sonra metpamit kullanılmasının depresyona sebep olduğu ve ilacın bırakılmasından sonra hastanın lohusalık bittikten sonra düzeldiğini belirtmiştir (85).

Üreme tedavileri ve DSD üzerine etkisini araştıran çalışmalar, bunlar arasındaki bağlantının belirsiz olduğunu ortaya koymuştur. Bazı araştırmalar doğal yolla bebek sahibi olamayan annelerin doğumdan sonra görülen depresyon için tehlikeli grupta olduğunu belirtirken, bazı çalışmalar ise tehlikenin öteki anneler ile aynı olduğunu belirtmişlerdir (86). Başka bir çalışmada ise, on yıl tüp bebek tedavisi sonucunda gebe kalan bir kadının, doğumdan sonra görülen depresyon sebebiyle yeni doğmuş bebeğine

şiddet uyguladığı bulunmuştur (87). Bu sebeple bu yöntem ile gebe kalan kişilerin doğumdan sonra depresyon oluşma riskine karşı daha dikkatli takip edilmeleri gerekmektedir (87).

2.2.5. Doğum Sonu Depresyonun Anne Üzerindeki Etkileri

Yeni doğum yapmış kadınların bedensel sağlık durumları izlenmesine karşın, psikolojik açıdan sağlıklarının takibi yeteri kadar yapılmamaktadır (74, 88, 89). Takibin daha kolay yapılıyor olması ve fiziksel ihtiyaçların daha göz önüne alınması ebe, hemşire ve kadın doğum doktorlarının doğumdan sonraki süreçte psikolojik sorunlarla alakalı yeterli bilgi sahibi olmamaları veya kadınların problemlerini dile getiremiyor olmaları bu ihmalin sebepleri arasında sıralanabilir (90).

Epidemolojik çalışmalar doğumdan sonraki bir yılın depresyon oluşması açısından tehlikeli bir süreç olduğunu ve oluştuğunda ise, bulguların şiddetinin zaman içinde değişiklik gösterebileceğini saptamışlardır (91-96). Gholami, Bahadoran ve Mohammadirizi'nin 2017 yılında 110 lohusayla yaptıkları çalışmada, depresyon tanısı olmamasına karşın kadınların, doğumdan sonra kendilerini bitkin hissedebileceklerini ve bu davranışın kişinin yaşam kalitesi ile sağlığını negatif şekilde etkilediğini saptamışlardır. Doğum sonu dönemde hissedilen tükenmişlik yalnızca günlük aktiviteleri değil aynı zamanda cinselliği ve emzirmeyi de negatif yönde etkilediği belirtilmiştir (97). Maddi ve manevi olarak her açıdan zorlayan bu süreç, depresyondaki bir anne için daha sıkıntılı tablolar ortaya çıkarabilmektedir. Depresyondaki anne, esas ihtiyaçları ile sorumluluklarını karşılamakta ciddi sıkıntı yaşamaktadır (98). Bu durum annenin duyguları ve düşüncelerini etkilediği için dünyaya olan bakış açısını da değiştirmektedir (99).

Doğum sonu süreçteki kadınlarla yapılan çalışmalarda depresif annelerdeki “kayıp” düşüncesinin öne çıkan ortak sonuçlardan biri olduğu bulunmuştur (100-103). C. T. Beck'in 1999'da açıkladığı gibi, doğum sonu dönemdeki anneler bu süreçte ilişkilerin, kontrol, enerji, benlik ve sosyal rollerin kaybı gibi birçok kayıp deneyimlerler. Benzer bir şekilde, Nicolson'da 1990 yılında yaptığı çalışmada doğum sonu dönemdeki kişilerin kayıpları arasında cinsellikte azalma, erkeklerle olan iletişimin kaybı, kişisel alanda daralma/sınırlama, bedenlerine olan güvenin kaybı, arkadaşlarından kopma, hissedilen üstün yetenek ve zayıf bellek, ailedeki konumun ve mesleki rolün sınırlanması ve özgür kadından alışılmış kadın modeline geçişin bulunduğu saptanmıştır. Bebek sahibi olmak kayıptan ziyade kazanç gibi görülse de (103) özellikle depresif duyguları olan annelerde kayıp duygusu daha baskın görülmektedir (101).

Doğum Sonu Depresyon (DSD)'un yaygınlık oranlarının fazla olmasına karşın, vakaların sadece %50-60'nın tespit edilebildiği düşünülmektedir (94, 104-109). Bu tespitlerin düşük olmasının nedeni sosyal, şahsi ve sağlık hizmetindeki birtakım engellerden kaynaklanabileceği belirlenmiştir (110, 111). Şahsi yönüne bakıldığında, henüz doğum yapmış kadınların dönem dönem fonksiyonelliklerini aksatan depresif duygular yaşamalarına karşın, bundan ötürü annelikle birlikte oluşan bir durum gibi algıladıkları için yardıma ihtiyaç duymamaları karşımıza çıkmaktadır (106). Özellikle de henüz doğum yapan kadın, acemi annelerde çökkünlük bulgularının artmasına karşın, içinde bulundukları durumun önemini ayırt edemedikleri saptanmıştır (112-114). Bir sorunun olduğunu bilseler de genellikle bu durumun iyileştirilebilir olduğunu fark edemedikleri izlenmiştir (106). Erken dönemlerde saptanamayan depresyon bulgularının ilerleyen zamanlarda kuvvetli bir şekilde ortaya çıkması bu dönemin önemsenmesini gerektiren bir durumdur (48, 107, 115, 116). DSD erken dönemde müdahale edilmediği zaman, kadınlar yükümlülüklerin tesiriyle çocukları ve eşlerinden koptuklarına, yaşamlarının eskisi gibi olmayacağı endişesine kapıldıklarına rastlanmaktadır (117, 118). Erken dönemde yapılan psikolojik tedavi yeterli gelirken, sonraki zamanda etkisi de artmış olan depresyona uzun vadede psikolojik ve ilaç tedavisi uygulanması gereklidir (119). Bu durumda yeni doğum yapmış kadın ilaç kullanımından dolayı bebeğini emzirmeyeceğinden durum daha karmaşık bir hale dönüşebilmektedir (94).

Depresyon bulguları gösteren annelerin uzman bir destek alamamalarının diğer nedeni de yaşadıkları bu durumu kişisel bir zayıflık olarak algılamalarıdır (101, 106). Toplum tarafından kabul edilen ideal “süper anne” profili (120), doğum sonu dönemde sadece olumlu duygular yaşamaları gerektiğini, ayrıca bu dönemde kadınlar için negatif hislere yer verilmemektedir (91, 99). Kadınlar, bu dönemde her şeyin eskisi gibi olduğunu, bebek ve evin yükümlülükleriyle başa çıkabileceklerini düşünmektedirler (115, 121- 123). Şahsi beceriksizlik ve güçsüzlükleri sebebiyle ideal anne beklentisini karşılayamadıklarını düşündükleri için suçluluk yaşayan kadınlar, depresif duygularını bazen yakınlarına dahi anlatamayabilirler (48, 75, 88, 91, 123). Duygularından bahsettiklerinde ise yanlış anlaşılmaktan ve başkaları tarafından “kötü anne” olarak nitelendirilmekten çekinmektedirler (99, 101, 106, 115, 119). Kadınlar içinde bulundukları durumun çözülebilecek bir problem olduğunu fark edemediklerinden yardım isteyebileceklerini de akıl edememektedirler (100, 106, 108, 115).

Bu doğrultuda DSD, kadınların “anne” olarak mutlu olmayı düşündüğünde ortaya çıkıp yaşantılarını değişik açıdan etkileyen ruhsal bozukluktur. Buna ek olarak, DSD

kadınlar açısından sadece bir dönemi içine almayıp, etkisi uzun yıllar sürebilen psikolojik problemdir. DSD'den sonu depresyondan yakınan anneler üzerinde Cooper ve arkadaşının 1995 yılında yaptığı ve 40 kadının incelendiği çalışmada, ileriki dönemde depresyon görülme olasılığının daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir. (124). Yaşam standartlarını önemli derecede düşüren depresyon yalnızca kadını değil beraberinde bebeği ve eşi de negatif yönde etkilediği görülmektedir (75, 98, 104, 109).

2.2.6. Doğum Sonu Depresyonun Tedavisi

Doğumdan sonra görülen depresyonun tedavisinde bulguların kısa sürede tespit edilmesi büyük öneme sahiptir. Erken süreçte tanı konup tedavi edilmediği takdirde bulgular kalıcı olacağından, kişi iyileşmeye dirençli bir duruma gelebilir. DSD'nin iyileştirilmesinde ilk olarak Sheen sendromu, hipotroidizm gibi benzer belirtiler sergileyen hastalıklardan ayıran tespiti yapılmalıdır. Bu sebeple doğumdan sonra depresyon bulguları olan bütün kadınlardan detaylı öykü alınmalı, fiziki muayene ve kan tahlili sonuçları itinalı bir şekilde incelenmelidir (69). Gjerdingen, Rich ve Katon' un 2008 yılında yapmış oldukları çalışmada, aşamalı bakım tedavisi örneğini birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlar için önermiştir. Aşamalı bakım şekli, depresyonun iyileştirilmesinde ortak yöntem olup, DSD'nin tespiti ve semptomlarının düzeltilmesinde maddi yönden uygun bir yoldur. Bu bakım şeklinde kadınla beraber olan sağlık profesyonellerinin, doğumdan sonraki dönemde bulunan veya yaşayan çocuğunun kontrolleri yapılan gönüllü kadınların DSD yönünden, yerinde tespit, etkili iyileştirme ve ardından olduğu yerde kontrol edilmesi teklif edilmektedir. Modelde, kontrol edilen kişilerin sonuçları pozitif olanlarda, tanıyı desteklemek için DSM-V ölçütlerine göre kontrol edilmeleri önerilmektedir. Konuşmalardan sonra kişiye teşhis konulmadıysa, bulgular izlenmeye devam edilip ve kontroller tekrar edilir. Teşhis bırakıldıysa; kişinin iyileşme tercihleri göz önünde bulundurularak aşamalı bakım tedavisine geçilir.

Aşama 1: Sağlık profesyonelleri uygun ve güvenli yöntemle her safhada (tanı, tedavi, iyileşme sonrası takip) anneye eğitim vermeli ve sonrasında taramalar yapmalıdır. Bu verilen eğitim, kontrollerin yapıldığı duruma ve zamana göre hastalığın süresi, yapısı, etkili iyileştirme metotları ve istenmeyen sonuçları, alıştırma, istirahat etme, beslenme vb. yaşam tarzı değişiklikleri gibi konuları kapsamalıdır.

Aşama 2: Kişi bütün iyileştirme alternatiflerinin yarar ve tehlikeleri, psikolojik tedavinin etkisi ile antidepresan ilaçların nispi güvenliği ve istenmeyen sonuçları, iyileştirilmeyen depresyonun anne ile bebek üzerindeki etkileri konusunda

bilgilendirildikten sonra istekleri göz önünde bulundurularak tedavi planlanıp ve doğru tedavi yöntemi yapılmalıdır.

Aşama 3: Dayanıklı ve karmaşık depresyonun bulunması durumunda, mümkünse birinci basamakta gerekli uzmanının görüşü alınmalıdır.

Aşama 4: Fazlasıyla dayanıklı ve karmaşık durumlarda (şiddetli kişilik bozuklukları, psikotik bozukluk ya da bipolarlık, intihar riski, madde bağımlılığı vb.) devamlı zihinsel tedavi için ileri merkeze yönlendirilmelidir.

Bakım tedavileri aşamalı olarak yapılan kişiler muthakkak gözlenmelidir. Gözlemler ziyaret edilerek veya telefon görüşmeleri ile sağlanabilir. Takipler esnasında istenmeyen sonuçlar ve tedaviye uyum gözlenmeli, intihar düşüncesi sorgulanmalı, eğitim verilip hastaya her konuda yardım edilmelidir. Çoğunlukla psikoterapi uygulanan ya da antidepresan kullanan kişiler 6 veya 8 haftada tedaviye cevap vermektedir. Yine de antidepresan türevi ilaçların kullanımı 9-12 ay kadar devam ettirilmelidir (125).

2.3. Travma Sonrası Büyüme

2.3.1. Travma

Travma, ölüm ya da ölüm riskinin varlığı, ağır yaralanmanın, bedensel veya yaşamsal bütünlüğe yönelik bir tehlikenin olduğu ve kişinin bizzat yaşamış olduğu, sevdiği bir kişinin başına gelmesiyle ya da tanık olması ile öğrendiği gerçek olmayan olaylar olarak ifade edilmektedir (126). Travmatik olayı olağan dışı yapan ise onun sadece zamansız bir olay değilde beraberinde yaşam olaylarına da uyumu sağlayan baş etme yollarını sekteye uğratmasıdır (127).

DSM-5'te travmatik yaşantılar, bireyin gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ciddi yara alma ya da cinsel tacize maruz kalması gibi olaylara tanık olması veya bir akrabasının bunun gibi durumlara maruz kalması olarak ifade edilmektedir (36). DSM-5'te yapılan bu açıklama bazı araştırmacılar tarafından travmanın ölüm, ciddi yara alma ya da cinsel şiddet veya tehdide maruz kalmak gibi tanımlar ile kısıtlandırılması; pek çok durumun ölüm riski veya yaralanma içermese dahi travmatik olacağı sebebiyle eleştirilmiştir (128). Çalışmalar, çocuklarına ciddi bir yetersizlik tanısı konan aile bireylerinin de travmatik durumlara maruz kalan kişilerle aynı bilişsel dönemlerden geçebildiğini ortaya koymuştur (129).

2.3.2. Travma Sonrası Büyüme

Travma sonrası büyüme, zorlayıcı hayat olaylarından sonra kişinin psikolojik olarak yaşadığı pozitif değişimdir (130). Travmatik yaşantılar sonrasında oluşan bu pozitif değişimler travma sonrasında, stres kaynaklı gelişim, pozitif ruhsal değişimler gibi kavramlarla da tanımlanmaktadır (131). Travma sonrası büyüme kavramı literatürde ilk defa 1996 yılında Tedeschi ve Calhoun tarafından büyümeyi ölçmek için geliştirdikleri envanter makalesinde kullanılmıştır. Tedeschi ve Calhoun bu kavramı travma sonrasındaki olumlu değişimi daha iyi açıkladığını düşündüğü için tercih etmişlerdir. Travma sonrası büyüme, travmatik yaşantıdan sonra kişinin bazı alanlarda gösterdiği gelişmelere işaret eder ve travmadan önceki haline dönmek yerine kişinin kendini geliştirmesini ifade eder (130).

Travma sonrası büyüme yaşamı takdir etme, önceliklerin değişmesi, başkalarıyla daha sıcak ve yakın ilişkiler kurma, kişisel gücünü fark etme, hayatında yeni olasılıkları ve yolları görme ve ruhsal gelişim gibi alanlarda değişime sebep olmaktadır. Bireyin bir alanda olumlu değişim yaşarken diğer alanlarda bu değişimi yaşayamayabilecekleri belirtilmiştir. Travma sonrası büyüme kişinin kendilik algısında değişim, başkalarıyla iletişimde değişim ve yaşam felsefesinde değişim olmak üzere üç boyutta incelenmiştir. (132).

Kendilik algısında değişim: “Düşündüğümde daha kolay incinebilirim ama hayal edebileceğimden daha güçlüyüm” (132) cümlesiyle özetlenebilecek bu alanda bireyin travmanın kurbanı olmak yerine hayatta kalan olmayı başarmasıdır (133). Kişinin yaşamındaki yeni olasılıkları görmesi ve yeni ilgi alanları geliştirmesi gibi durumlar da gözlemlenebilir (132).

Başkalarıyla iletişimde değişim: Travmatik yaşantılarla baş etmek insan ilişkilerinde önemli değişiklikler yapabilir. Hayatın kırılğan olduğunu fark etmek kişide başkalarına yardım etme isteği, empati kurabilme gibi yetenekleri arttırabilmektedir. Bu alanda kişiler yaşadıkları trajediler ve kayıplardan sonra başkalarıyla daha yakın ve sıcak ilişkiler geliştirebilmektedir (133).

Yaşam felsefesinde değişim: Travmatik yaşantı sonrasında hayatta kalan kişi kendisine ikinci bir şans verildiğini hissedebilir. Hayatın anlamını ve değerini sorgulayabilir ve hayattaki önceliklerini değiştirebilir. Varoluşsal, manevi ve dini olarak birtakım değişiklikler yaşayabilir. Bu alanda yaşamı takdir etme ve küçük şeylerden daha çok zevk alma gibi durumlar gözlenmektedir (133).

2.2.7. Kişi Odaklı Annelik Bakımında Ebelerin Rol ve Sorumlulukları

KOAB'nin önemli olmasına rağmen, iletişimin kötü olması, izin alınmadan bakım yapılması, destekleyici olmayan bakım ile kötü niyetli ve saygısız bakımın ispatlanması dünya genelinde kötü KOAB verildiğini göstermektedir (5, 6, 19, 20). Bu nedenle ebelerin lohusalara verdikleri bakım büyük önem taşımaktadır. Ebeğin duyarlılığı, etkili iletişimi, mahremiyete dikkat etmesi, destekleyici olması lohusanın aldığı bakımdan memnuniyetini artırmaktadır. Özellikle doğum esnasında ebeler tarafından aktarılan pozitif davranışların ve destekleyici bakımın lohusanın pozitif bakım tecrübesini algılama düzeyini arttırdığı, doğuma yönelik olumlu düşünce oluşturduğu, özgüvenini, bebeğine olan sevgisini artırdığı ve anneliğe daha kolay uyum sağladığı görülmüştür (8, 9).

Doğumdan sonraki süreçte lohusaların izlemlerinin etkili bir biçimde sürdürülmesi ve ihtiyaç olan her alanda danışmanlık ve eğitim verilmesi sağlık profesyonellerinin esas görevlerindendir. Bu süreçte ebeler, kişiyi yalnızca fiziki yönden değil psikolojik açıdan da ele almalıdır. Sağlık Bakanlığı, her lohusanın taburcu edilmeden önce 3, taburcu edildikten sonra 3 olmak üzere en az 6 kez takip edilmesini, bu takiplerde ruhsal durumun da sorgulanmasını ve psikolojik rahatsızlık geçmişi, depresyon, psikotik bozukluk (bipolarlık, şizofreni vb.) ve ölüm düşüncesi olanlara EPDSÖ'nün uygulanmasını tavsiye etmektedir. Bu takiplerde, taburcu edilmeden önceki süreçte risk görülenler gerekirse diğer branşlara danışılmalı, taburcu edildikten sonra risk görülen lohusalar yönlendirilmeli ve doğumdan sonraki 8. haftada EPDSÖ ile tekrardan değerlendirilmelidir (134).

Sağlık profesyonellerinin DSD'de danışmanlık yapma, tanılama, yönlendirme hakkındaki eksik bilgileri, risk etmenleri ve bulgularını bilmemesi, konuyu yeterince önemsememeleri doğum sonu depresyonun farkına varılmamasına sebep olmaktadır (111, 135-137). Sağlık profesyonelleri gebe, lohusa ve çocuk takibi yapan sağlık profesyonellerinin doğum sonu depresyon risk etmenleri, bulguları ve tarama yöntemleri hakkında yeterli bilgi sahibi olmalıdır (90, 138, 139).

Yapılan çalışmalar ebeler ve diğer sağlık profesyonellerinin konuya gerekli özeni göstermediğini düşündürmektedir. Aynı zamanda değerlendirme yapamamalarında yeterli bilgiye sahip olmama, personel eksikliği, zamanın kısıtlı olması gibi konular öne çıkmaktadır (111, 140-144). Sağlık profesyonellerinin hizmet vermede “danışman” ve

“rol model” görevi üstlenmesi gerekirken, ruhsal problemi olan kişilerin “damgalayıcı” ve “dışlayıcı” tutumlar sebebiyle tedaviye başvurmamaktadır (145).

Sağlık sisteminde pek çok klinikte travmatik olaya maruz kalmış kişilerle karşılaşılabilir. Travmatik olayların birçok kişiyi etkilemesine karşın bazı kişilerde gelişim ile sonuçlanması, bu kişilerin özelliklerinin belirlenerek sağlık alanında travmaya maruz kalan bireylerin güçlenerek çıkabilmesine yardım edebilir. Bu nedenle ebelerin travma sonrası kavramını ve bunu etkileyen etmenleri bilmeleri gerekmektedir. Bu kapsamda ebeler ailelerin etkili baş etme yöntemlerini güçlendirerek ve sosyal destek vererek travma sonrası büyüme ihtimalini artırabilir. Böylece bütüncül yaklaşımın gerektirdiği gibi tüm ihtiyaçların karşılandığı nitelikli bir bakım verilmiş olur (127).

Ebelik alanında travma sonrası büyüme incelendiğinde, doğumdan sonra psikopatolojik (yeme bozuklukları, panik atak, depresyon vb.) sorunların üzerinde çoğunlukla durulurken doğum deneyiminin pozitif sonuçlarına bahsedilmemesi dikkat çekicidir. Doğum yapmış olmak kadınların yarısından çoğunun hayatına psikolojik stres ve fiziksel ağrının beraberinde mutluluk ve başarı duygusu da getirebilir (146).

Son yıllarda yapılan birçok çalışmada lohusaların yaklaşık yarısının travma sonrası büyüme yaşayabilecekleri belirtilmiştir. Bu çalışmalarda annelerin problem çözme yeteneğinin ve sosyal destek arayışlarının travma sonrası büyüme sürecini olumlu etkilediği belirlenmiştir. Ayrıca anne yaşının genç olması, gebeliğe ait genel stresin travma sonrası büyüme ile ilişkili olabileceği saptanmış olup, kadınların baş etme mekanizmaları ile dayanıklılıklarının güçlendirilerek doğum sonu travma sonrası büyüme ihtimalinin arttırılabileceği belirtilmiştir. Travma sonrası büyümenin değerlendirilmesindeki zorluklar ve ebeveynlerin doğumu genel olarak stresli bir tecrübe olarak açıklaması doğum sonu travma sonrası büyüme sürecinin anlaşılmasını zorlaştırmaktadır (146).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu çalışma, algılanan kişi odaklı annelik bakımının erken ve geç postpartum dönemde depresyon ve posttravmatik gelişime etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı-ilişkisel türde bir izlem çalışması olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Elazığ Özel Hayat Hastanesi'nde lohusa servisinde Aralık 2021 - Ağustos 2023 tarihleri arasında yürütüldü. İlgili hastanede 3 adet kadın doğum polikliniği vardır. Her poliklinikte bir doktor ile bir ebe görev yapmaktadır. Lohusa servisinde ise 4 hemşire ve 8 ebe görev yapmaktadır. Bu serviste doğumdan sonra yatışı yapılan kadınlar takip edilmekte ve izlemleri yapılmaktadır. Lohusalar serviste en az 24 saat kalmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Türkiye'nin doğusunda bulunan bir hastanede doğum yapan kadınlar oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü genel kullanıma açık bir istatistik yazılım programı olan OpenEpi, versiyon 3 ile hesaplanmıştır. Buna göre power analizi yapıldığında örneklem büyüklüğü; çift yönlü önem düzeyi, %5 yanlış payı, %95 güven aralığı ve %80 temsil gücüyle en az 367 kadın olarak belirlenmiştir (147). Olası kayıplar göz önünde bulundurularak araştırma kriterlerine uyan 382 lohusa kadın araştırmaya dahil edildi. Belirlenen örneklem grubuna erken postpartum dönemdeki lohusalar olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçildi. Geç postpartum dönemde 8 kadına ulaşamadığı, 4 kadın ise araştırmadan çekilmek istediği için çalışma 370 kadın ile tamamlandı.

Araştırmaya Alınma Kriterleri

Türkçe anlama ve konuşma

Tanılanmış Psikiyatrik rahatsızlığı olmama

Postpartum süreçte anne ve bebekte bir komplikasyon olmama

Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

Psikiyatrik rahatsızlık tanısı alma

Postpartum süreçte anne ve bebekte bir komplikasyon gelişme

3.4. Veri Toplama Araçları

Veriler, “Kişisel Bilgi Formu”, “Kişi Odaklı Annelik Bakımı Ölçeği”, “Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği”, “Travma Sonrası Büyüme Envanteri Ölçeği” kullanıldı.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu (EK 2)

Literatür taramaları sonucunda araştırmacılar tarafından hazırlanan kişisel bilgi formunda; kişilerin sosyo-demografik özelliklerini belirleyecek toplam 16 soru (yaş, mesleği, eğitim düzeyi, aile tipi, ekonomik durumu vb) bulunmaktadır (3, 148). (EK 2)

3.4.2. Kişi Odaklı Annelik Bakımı Ölçeği (KOABÖ) (EK 3)

Afulani, Smith, Golub ve Sudhinaraset tarafından Kenya’da 2017 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Özşahin ve ark. tarafından yapılmıştır. Ölçeğin orijinali 30 madde ve 3 alt boyuta sahiptir. Türkçe formu ise 21 madde 3 alt boyuttan oluşmaktadır. 6, 11 ve 13. maddeler (5 seçenek olup 0, 1, 2, 3, 4 olarak kodlanmaktadır) diğer maddeler 4 seçenek olup (“hayır, asla” 0, “evet, birkaç kez” 1, “evet, çoğu zaman” 2, “evet, her zaman” 3) şeklinde puanlanır. Ölçeğin toplamından alınabilecek en düşük puan 0 en yüksek puan 66 olup, “Değerli ve Saygılı Bakım” (2,3,4,5) alt boyutundan alınabilecek en düşük puan 0 en yüksek puan 12, “İletişim ve Özerklik” (1,6,7,8,9,10,11,14) alt boyutundan alınabilecek en düşük puan 0 en yüksek puan 26, “Destekleyici Bakım” (12,13,15,16,17,18,19,20,21) alt boyutundan alınabilecek en düşük puan 0 en yüksek puan 28’dir. Puan arttıkça kaliteli anne odaklı bakım artmaktadır. Cronbach alfa güvenirlik katsayısı ölçek toplamı için 0.82, “değerli ve saygılı bakım” alt boyutu için 0.61, “iletişim ve özerkliklik” alt boyutu için 0.77, “destekleyici bakım” alt boyutu için 0.74 olarak hesaplandı. (3) (EK 3). Bu araştırmada ise Cronbach alfa güvenirlik katsayısı ölçek toplamı erken postpartum dönem için 0.93, geç postpartum dönem için 0.82’dir.

3.4.3. Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği (EPDSÖ) (EK 4)

Cox ve ark. tarafından 1987’de geliştirilen bu ölçek doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon riskini belirlemeye yönelik, tarama amaçlı olarak hazırlanmış olup, depresyon tanısı koymaya yönelik değildir. Postpartum depresif belirtileri taramak

amacıyla kullanılan skalanın Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Engindeniz ve ark. tarafından 1996 yılında yapılmıştır. EPDSÖ her biri annenin geçen hafta süresince nasıl hissettiğini dört farklı seçenekten birini işaretleyerek bildirmesini isteyen toplam 10 sorudan oluşmaktadır. Her bir maddeye 0-3 arasında bir puan verilerek toplam puan hesaplanır. Skaladan alınabilecek en az puan 0 en yüksek puan 30'dur. Toplam puanın yüksek olması depresif belirtiler açısından riskin arttığını göstermektedir. Ölçekte; 3., 5., 6., 7., 8., 9., 10. Maddeler ters puanlanmaktadır (3, 2, 1, 0 şeklinde). Kesme değeri olan skalada 12 puan ve üstü depresif belirtiler açısından risk grubu olarak kabul edilmektedir (149). Skalanın Cronbach's alfa iç tutarlık güvenilirlik katsayısı 0.79'dur. Bu araştırmada ise Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı ölçek toplamı erken postpartum dönem için 0.69, geç postpartum dönemde için 0.79'dir.

3.4.4. Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE) (EK 5)

Travma Sonrası Büyüme Envanteri Tedeschi ve Calhoun tarafından 1996' da geliştirilmiş olup, Kağan ve arkadaşları tarafından 2012 yılında Türkçe'ye uyarlamıştır. 6'lı Likert tipindeki ölçek, 21 maddeden ve 5 faktörlü bir yapıdan oluşmakta ve 0-5 arası puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0-105 arasında değişmektedir. Ölçeğin alt boyutları başkalarıyla ilişkiler (6,8,9,15,16,20,21), yeni olanaklar (3,7,11,14,17), kişisel güçlülük (4,10,12,19), manevi değişim (5,18) ve yaşamı takdir etme (1,2,13) dir. Ölçekten alınan yüksek puanlar travma sonrası büyümenin fazla olduğunu ifade etmektedir. Ölçeğin Türkçe formunun güvenilirlik analizinde iç tutarlık katsayısı ölçek toplamı için 0.93, benlik algısında değişim alt boyutu için 0.88, yaşam felsefesinde değişim için 0.78, başkalarıyla ilişkilerde değişim 0.77 olarak belirlenmiştir (150). Bu araştırmada ise iç tutarlık katsayısı ölçek toplamı postpartum erken dönem için 0.93, postpartum geç dönem için 0.91'tir.

3.5. Verilerin Toplanması

İlgili hastanede doğum yapan ve alınma kriterlerine uygun olan lohusalar araştırmaya alındı. Kadınlara çalışmada izlenecek yol hakkında bilgi verilerek, çalışmaya katılanlara gönüllü bilgilendirme formu okundu, sözlü ve yazılı izinleri alındı. Veriler postpartum erken dönemde Kişisel Bilgi Formu, Kişi Odaklı Annelik Bakımı Ölçeği, Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği ve Travma Sonrası Büyüme Envanteri araçları ile yüz yüze görüşme yöntemiyle hastanede, postpartum geç dönemde

(doğumdan yaklaşık bir ay sonra) ise aynı formlar aracılığı ile telefonla aranarak araştırmacı tarafından toplandı.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın Bağımsız Değişkeni

Kişî odaklı annelik bakımı ölçeğinden alınan puan ortalamaları

Araştırmanın Bağımlı Değişkeni

Doğum sonu depresyon ve travma sonrası gelişim ölçeğinden alınan puan ortalamaları

3.7. Verilerin Analizi

Elde edilen araştırma verileri IBM SPSS 27.0 paket programı ile analiz edildi. Araştırmada tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra, Cronbach's Alpha güvenirlik analizi, Pearson Korelasyon, Bağımlı gruplarda t-testi kullanılmıştır. Parametrelerin normal dağılıma uygun olup olmadığı Kolmogorov-Smirnov testi ile kontrol edildi. Değişkenlerde Normal dağılım sağlandığı için ($p>0,05$) analize parametrik test yöntemleri ile devam edilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak alındı.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için; İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar ve Yayın Etik Kurulu'ndan etik onay (**Karar No:** 2022/3103) (Ek-7) ve araştırmanın yapıldığı hastaneden gerekli izinler alındı (Ek-8). Araştırmada yer alacak annelere çalışmanın adı, amacı, planı, süresi ve kendisinden ne beklendiği, elde edilen verilerin nasıl ve nerede kullanılacağı açıklandı. Araştırma yürütülürken 'İnsan onuruna saygı, Özerkliğe Saygı ile Gizlilik ve Gizliliğin Korunması' ilkesine uygun davranıldı. Ayrıca Gönüllü Bilgilendirilmiş Olur Formu ilkesine uyularak bilgi verilerek katılımcıların sözlü ve yazılı izinleri alındı (EK 6). Helsinki bildirgesi tüm araştırmacılar tarafından imzalandı ve bu doğrultuda araştırma tamamlandı.

4. BULGULAR

Araştırmaya katılan lohusaların bazı sosyodemografik ve obstetrik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1’de verilmiştir. Lohusaların yaş ortalaması 28.60 ± 5.23 , evlilik yılı ortalaması 6.36 ± 4.92 olduğu ve % 28.5’inin üniversite ve üzeri mezun olduğu, % 89.1’inin çalışmadığı, % 82.1’inin orta düzeyde gelire sahip olduğu, % 86.4’ünün çekirdek aile olduğu, % 77.8’inin planlı gebelik olduğu, %89.1’inin gebeliğinde sorun yaşamadığı, % 42.0’inin yaşayan bir çocuğunun olduğu, % 89.1’inin ailesinden sosyal destek aldığı saptanmıştır (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Lohusaların Bazı Sosyodemografik ve Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı (n= 370)

Değişken	n	%
Eğitim Durumu		
İlkokul	80	21.6
Ortaokul	88	23.7
Lise	97	26.2
Üniversite ve üzeri	105	28.5
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	40	10.9
Çalışmıyor	330	89.1
Ekonomik Durum		
Düşük	53	14.3
Orta	304	82.1
Yüksek	13	3.6
Aile tipi		
Çekirdek	320	86.4
Geniş	50	13.6
Planlı gebelik		
Evet	288	77.8
Hayır	82	22.2
Gebelikte Sorun Yaşanma Durumu		
Evet	40	10.9
Hayır	330	89.1
Yaşayan Çocuk		

1	155	42.0
2	102	27.5
3	80	21.6
4 ve Üzeri	33	8.9
Sosyal destek		
Aile	330	89.1
Akraba	40	10.9
Toplam	370	100
Yaş (Ort ± Ss)	28.60 ± 5.23	
Evlilik süresi (yıl)	6.36 ±4.92	

Ort: Aritmetik ortalama. **SS:** Standart sapma

Tablo 4.2’de lohusaların erken ve geç postpartum dönemde ölçek toplam ve alt boyutlarından aldıkları en düşük – en yüksek puan ve puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Araştırmaya katılan lohusaların erken postpartum dönemde KOAB toplam puanında en düşük 12, en yüksek 63; “Değerli ve Saygılı Bakım” alt boyutunda en düşük 1, en yüksek 12, “İletişim ve Özerklik” alt boyutunda en düşük 3, en yüksek 25, “Destekleyici Bakım” alt boyutunda en düşük 4, en yüksek 27, EPDSÖ toplam puanında en düşük 0, en yüksek 19, TSBE toplam puanında en düşük 8, en yüksek 105, “Benlik Algısında Değişim” alt boyutunda en düşük 5, en yüksek 50, “Yaşam Felsefesinde Değişim” alt boyutunda en düşük 0, en yüksek 30, “Başkalarıyla İlişkilerde Değişim” alt boyutunda en düşük 0, en yüksek 25 puan aldıkları bulundu.

Geç postpartum dönemde ise KOAB toplam puanının en düşük 29, en yüksek 63; “Değerli ve Saygılı Bakım” alt boyutunda en düşük 3, en yüksek 12, “İletişim ve Özerklik” alt boyutunda en düşük 5, en yüksek 25; “Destekleyici Bakım” alt boyutunda en düşük 10, en yüksek 27, EPDSÖ toplam puanının en düşük 0, en yüksek 14, TSBE toplam puanının en düşük 17, en yüksek 102, “Benlik Algısında Değişim” alt boyutunda en düşük 7, en yüksek 50, “Yaşam Felsefesinde Değişim” alt boyutunda en düşük 6, en yüksek 30, “Başkalarıyla İlişkilerde Değişim” alt boyutunda en düşük 4, en yüksek 25 puan aldıkları bulundu.

Araştırmaya katılan lohusaların erken postpartum dönemde KOAB toplam puan ortalamasının 48.79±11.30, “Değerli ve Saygılı Bakım” alt boyut puan ortalamasının 10.01±2.26, “İletişim ve Özerklik” alt boyut puan ortalamasının 18.85±4.58, “Destekleyici Bakım” alt boyut puan ortalamasının 19.92±5.53, EPDSÖ toplam puan ortalamasının 4.03±3.48, TSBE toplam puan ortalamasının 75.50±18.81, “Benlik Algısında Değişim” alt boyut puan ortalamasının 38.75±8.39, “Yaşam Felsefesinde

Değişim” alt boyut puan ortalamasının 20.88 ± 6.69 , “Başkalarıyla İlişkilerde Değişim” alt boyut puan ortalamasının 15.87 ± 5.82 olduğu bulundu.

Geç postpartum dönemde ise KOAB toplam puan ortalamasının 55.10 ± 5.11 , “Değerli ve Saygılı Bakım” alt boyut puan ortalamasının 10.98 ± 1.14 , “İletişim ve Özerklik” alt boyut puan ortalamasının 21.27 ± 2.37 , “Destekleyici Bakım” alt boyut puan ortalamasının 22.84 ± 2.63 , EPDSÖ toplam puan ortalamasının 2.29 ± 1.73 , TSBE toplam puan ortalamasının 88.28 ± 10.91 , “Benlik Algısında Değişim” alt boyut puan ortalamasının 44.38 ± 5.31 , “Yaşam Felsefesinde Değişim” alt boyut puan ortalamasının 26.26 ± 3.81 , “Başkalarıyla İlişkilerde Değişim” alt boyut puan ortalamasının 17.62 ± 3.30 olduğu bulundu.



Tablo 4.2. Lohusaların Erken ve Geç Postpartum Dönemde Ölçek Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları En Düşük – En Yüksek Puan ve Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=370)

Ölçekler	Ort±SS		Alınan En-Düşük-En Yüksek Puan	
	Erken Postpartum Dönem	Geç Postpartum Dönem	Erken Postpartum Dönem	Geç Postpartum Dönem
KOABÖ toplam (Alınabilecek Min-Max: 0-66)	48.79±11.30	55.10±5.11	12-63	29-63
Değerli ve saygılı bakım (Alınabilecek Min-Max: 0-13)	10.01±2.26	10.98±1.14	1-12	(3-12)
İletişim ve özerklik (Alınabilecek Min-Max: 0-26)	18.85±4.58	21.27±2.37	3-25	(5-25)
Destekleyici bakım (Alınabilecek Min-Max:0-27)	19.92±5.53	22.84±2.63	4-27	10-27
EPDSÖ Toplam (Alınabilecek Min-Max: 0-30)	4.03±3.48	2.29±1.73	0-19	0-14
TSBEÖ Toplam (Alınabilecek Min-Max: 0-105)	75.50±18.81	88.28±10.91	8-105	17-102
Benlik algısında değişim (Alınabilecek Min-Max: 0-50)	38.75±8.39	44.38±5.31	5-50	7-50
Yaşam felsefesinde değişim (Alınabilecek Min-Max: 0-30)	20.88±6.69	26.26±3.81	0-30	6-30
Başkalarıyla ilişkilerde değişim (Alınabilecek Min-Max: 0-25)	15.87±5.82	17.62±3.30	0-25	4-25

Ort : Aritmetik ortalama.

SS: Standart sapma

KOABÖ: Kişi Odaklı Annelik Bakımı Ölçeği

EPDSÖ: Doğum Sonu Depresyon Ölçeği

TSBEÖ: Travma Sonrası Büyüme Envanteri Ölçeği

Tablo 4.3’ de ölçek toplamalarının erken ve geç postpartum dönem cronbach’s alpha değerleri verilmiştir. Cronbach’s Alpha Değeri KOAB ölçek toplamı için erken postpartum dönem de 0.93, geç postpartum dönemde 0.82, EPDSÖ ölçek toplamı için erken postpartum dönem 0.69, geç postpartum dönemde 0.79, TSBE ölçek toplamı erken postpartum dönem de 0.93, geç postpartum dönemde 0.91 olarak hesaplandı. Ölçeklerin oldukça yüksek ve yüksek derecede güvenilir olduğu belirlendi.

Tablo 4.3. Ölçek Toplamlarının Erken ve Geç Postpartum Dönem Cronbach's Alpha Değerleri (n=370)

Ölçek ve Altboyutları	Erken Dönem Cronbach's Alpha	Geç Dönem Cronbach's Alpha
KOABÖ	0.93	0.82
EPDSÖ toplam	0.69	0.79
TSBEÖ toplam	0.93	0.91

KOABÖ: Kişi Odaklı Annelik Bakımı Ölçeği

EPDSÖ: Doğum Sonu Depresyon Ölçeği

TSBEÖ: Travma Sonrası Büyüme Envanteri Ölçeği

Tablo 4.4'te lohusaların erken postpartum dönemde KOABÖ toplam ve alt boyutları ile EPDSÖ ve TSBEÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasındaki korelasyon verildi. Lohusaların erken postpartum dönemde KOABÖ ile EPDSÖ puan ortalamaları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($r=-.322$; $p=.000$). KOABÖ ile TSBEÖ toplam ve benlik algısında değişim, yaşam felsefesinde değişim, başkalarıyla ilişkilerde değişim alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (sırası ile $r=.380$; $p=.000$, $r=.400$; $p=.000$, $r=.241$; $p=.000$, $r=.400$; $p=.000$,).

Değerli ve saygılı bakım alt boyutu ile EPDSÖ puan ortalamaları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($r=-.324$; $p=.000$). Değerli ve saygılı bakım alt boyutu ile TSBEÖ toplam ve benlik algısında değişim, yaşam felsefesinde değişim, başkalarıyla ilişkilerde değişim alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (sırası ile $r=.299$; $p=.000$, $r=.316$; $p=.000$, $r=.199$; $p=.000$, $r=.281$; $p=.000$).

İletişim ve özerklik alt boyutu ile EPDSÖ puan ortalamaları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($r=-.170$; $p=.000$). İletişim ve özerklik alt boyutu ile TSBEÖ toplam ve benlik algısında değişim, yaşam felsefesinde değişim, başkalarıyla ilişkilerde değişim alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (sırası ile $r=.344$; $p=.000$, $r=.354$; $p=.000$, $r=.220$; $p=.000$, $r=.348$; $p=.020$).

Destekleyici bakım alt boyutu ile EPDSÖ toplam puan ortalamaları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($r=-.270$; $p=.000$). Destekleyici bakım alt boyutu ile TSBEÖ toplam ve benlik algısında değişim, yaşam felsefesinde değişim, başkalarıyla ilişkilerde değişim alt boyut puan ortalamaları arasında

pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (sırası ile $r=.368$; $p=.000$, $r=.354$; $p=.000$, $r=.228$; $p=.000$, $r=.414$; $p=.000$).

Tablo 4.4. Lohusaların Erken Postpartum Dönemde KOABÖ Toplam ve Alt Boyutları İle EPDSÖ ve TSBEÖ Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyon (n=370)

Ölçekler	KOABÖ Toplam	Değerli ve saygılı bakım	İletişim ve özerklik	Destekleyici bakım	r^{β}
EPDSÖ	-.322** .000	-.324** .000	-.170** .000	-.270** .000	r p
TSBEÖ	.380** .000	.299** .000	.344** .000	.368** .000	r p
Benlik algısında değişim	.400** <.001	.316** .000	.354** .000	.354** .000	r p
Yaşam felsefesinde değişim	.241** .000	.199** .000	.220** .000	.228** .000	r p
Başkalarıyla ilişkilerde değişim	.400** <.001	.281** .000	.348* .020	.414** .000	r p

β : Pearson Korelasyon

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

KOABÖ: Kişi Odaklı Annelik Bakımı Ölçeği

EPDSÖ: Doğum Sonu Depresyon Ölçeği

TSBEÖ: Travma Sonrası Büyüme Envanteri Ölçeği

Tablo 4.5'te lohusaların geç postpartum dönemde KOABÖ toplam ve alt boyutları ile EPDSÖ ve TSBEÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasındaki korelasyon verildi. Lohusaların geç postpartum dönemde KOABÖ ile EPDSÖ toplam puan ortalamaları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($r=-.125$; $p=.000$). KOABÖ ile TSBEÖ toplam ve benlik algısında değişim, yaşam felsefesinde değişim, başkalarıyla ilişkilerde değişim alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (sırası ile $r=.348$; $p=.000$, $r=.345$; $p=.000$, $r=.327$; $p=.001$, $r=.216$; $p=.000$).

Değerli ve saygılı bakım alt boyutu ile EPDSÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı ($r=.000$; $p=.995$). Değerli ve saygılı bakım alt boyutu ile TSBEÖ toplam ve benlik algısında değişim, yaşam felsefesinde değişim, başkalarıyla ilişkilerde değişim alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (sırası ile $r=.240$; $p=.000$, $r=.274$; $p=.000$, $r=.194$; $p=.028$, $r=.129$; $p=.000$).

İletişim ve özerklik alt boyutu ile EPDSÖ toplam puan ortalamaları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($r=-.137$; $p=.007$). İletişim ve özerklik alt boyutu ile TSBEÖ toplam ve benlik algısında değişim, yaşam felsefesinde değişim, başkalarıyla ilişkilerde değişim alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (sırası ile $r=.295$; $p=.000$, $r=.297$; $p=.000$, $r=.306$; $p=.000$, $r=.143$; $p=.000$).

Destekleyici bakım alt boyutu ile EPDSÖ toplam puan ortalamaları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($r=-.118$; $p=.000$). Destekleyici bakım alt boyutu ile TSBEÖ toplam ve benlik algısında değişim, yaşam felsefesinde değişim, başkalarıyla ilişkilerde değişim alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (sırası ile $r=.306$; $p=.000$, $r=.284$; $p=.000$, $r=.275$; $p=.000$, $r=.235$; $p=.000$).

Tablo 4.5. Lohusaların Geç Postpartum Dönemde KOABÖ Toplam ve Alt Boyutları İle EPDSÖ ve TSBEÖ Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyon (n=370)

Ölçekler	KOABÖ Toplam	Değerli ve saygılı bakım	İletişim ve özerklik	Destekleyici bakım	r^{β}
EPDSÖ	-.125** .000	.000 .995	-.137* .007	-.118* .021	r p
TSBEÖ	.348** .000	.240** .000	.295** .000	.306** .000	r p
Benlik algısında değişim	.345** .000	.274** .000	.297** .000	.284** .000	r p
Yaşam felsefesinde değişim	.327** .001	.194* .028	.306** .000	.275** .000	r p
Başkalarıyla ilişkilerde değişim	.216** .000	.129** .000	.143** .000	.235** .000	r p

β : Pearson Korelasyon

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

KOABÖ: Kişi Odaklı Annelik Bakımı Ölçeği

EPDSÖ: Doğum Sonu Depresyon Ölçeği

TSBEÖ: Travma Sonrası Büyüme Envanteri Ölçeği

Tablo 4.6’da lohusaların KOABÖ toplam ve alt boyutları ile EPDSÖ ve TSBEÖ toplam ve altboyutları puan ortalamalarının erken ve geç postpartum döneme göre karşılaştırılması verilmiştir. Araştırmaya katılan lohusaların Kişi Odaklı Annelik Bakımı Ölçeği toplam ve tüm alt boyutlarından erken ve geç postpartum dönemde elde edilen

puan ortalamaları karşılaştırıldığında puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0.001$).

Araştırmaya katılan lohusaların Travma Sonrası Büyüme Envanteri Ölçeği toplam ve tüm alt boyutlarından erken ve geç postpartum dönemde elde edilen puan ortalamaları karşılaştırıldığında puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.001$). EPDSÖ toplam puanının geç postpartum dönemde azaldığı, KOABÖ ile TSBE ölçek toplam ve altboyutları puan ortalamalarının ise geç postpartum dönemde yükseldiği saptandı.

Tablo 4.6. Lohusaların KOABÖ Toplam ve Alt Boyutları İle EPDSÖ ve TSBEÖ Toplam ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Erken ve Geç Postpartum Döneme Göre Karşılaştırılması (n=370)

Ölçekler	Erken postpartum dönem (Ort±SS)	Geç postpartum dönem (Ort±SS)	t*	p
KOABÖ toplam	48.798±11.30	55.102±5.12	-12.05	.000
Değerli ve saygılı bakım	10.015±2.26	10.984±1.14	-9.45	.000
İletişim ve özerklik	18.858±4.58	21.269±2.37	-10.85	.000
Destekleyici bakım	19.929±5.53	22.848±2.63	-11.32	.000
EPDSÖ toplam	4.03±3.48	2.29±1.73	-8.32	.000
TSBEÖ toplam	75.501±18.81	88.252±10.93	-14.40	.000
Benlik algısında değişim	38.75±8.39	44.38±5.31	-14.004	.000
Yaşam felsefesinde değişim	20.88±6.69	26.26±3.81	-16.214	.000
Başkalarıyla ilişkilerde değişim	15.87±5.82	17.62±3.30	-6.771	.000

* Bağımlı gruplarda t-testi

KOABÖ: Kişi Odaklı Annelik Bakımı Ölçeği

EPDSÖ: Doğum Sonu Depresyon Ölçeği

TSBEÖ: Travma Sonrası Büyüme Envanteri Ölçeği

5. TARTIŞMA

Kişi odaklı annelik bakımı (KOAB), bakım deneyimi için kritik olan bakım kalitesinin kişiler arası boyutlarını temsil etmektedir. Kadınların ve ailelerinin ihtiyaçlarına saygılı ve duyarlı bakım anlamına gelmektedir (1). Kişi odaklı annelik bakımının sadece içsel değerinden kaynaklı olarak, aynı zamanda doğum sonu dönemde hem ruhsal hem de fiziksel sağlık sonuçları ile ilişkili olabileceğinin önemi vurgulanmaktadır (7). Bu araştırmada da algılanan kişi odaklı annelik bakımının erken ve geç postpartum dönemde depresyon ve posttravmatik gelişime etkisi incelenerek elde edilen bulgular ilgili literatür doğrultusunda tartışıldı.

Araştırmaya katılan lohusaların erken postpartum dönemde KOABÖ'den aldıkları puan ortalamalarının 48.79 ± 11.30 , geç postpartum dönemde 55.10 ± 5.11 olduğu belirlendi (Tablo 4.2). Alınabilecek en yüksek puana göre değerlendirme yapıldığında lohusaların büyük bir çoğunluğunun kişi odaklı annelik bakımını kaliteli olarak algıladıkları söylenebilir. Ülkemizde saygılı annelik bakımı hakkında yapılan nitel bir çalışmada doğum sürecinde kadınların saygılı annelik bakımını hem bakım desteği hem de iletişim konularında olumsuz deneyimleri olduğu belirlenmiştir (151). Yapılan nicel bir çalışmada lohusaların büyük bir çoğunluğunun doğum sırasında üstlerinde örtü olmasından dolayı memnun oldukları ancak sağlık çalışanlarından ilgili, güler yüzlü, bilgili, anlayış bekledikleri, uygulamalar öncesinde açıklama yapılmadığı ve orta düzeyde önemsendiklerini algıladıkları belirlenmiştir (152). Etiyopyada yapılan bir çalışmada kadınların aldıkları kişi odaklı bakımın kendi bölgelerinde zayıf olduğu ancak daha önce yapılan çalışmalara göre daha iyi olduğu belirlenmiştir (153). Hindistanda yapılan bir çalışmada lohusaların büyük bir bölümünün saygılı annelik bakımı aldığı belirlenmiştir (154). Bu açıdan değerlendirildiğinde; araştırma bulgusu literatürle benzerlik göstermektedir. DSÖ kültüre uygun basit ve sade bir dil kullanılarak doğum bakım sağlayıcıları ile kadınlar arasında etkili iletişim kurulmasını, haysiyet ve mahremiyeti korumayı, zarar ve kötü muameleden uzak durulmasını, travay ve doğum sırasında kadınlara açıklama yapmayı ve kadınların bakıma katılmasını önermektedir (34). Bu bağlamda istenilen düzeye ulaşmak için doğum bakım sağlayıcılarına kişi merkezli doğum bakımının önemi hasta ve sağlayıcı hakları konusunda eğitim verilmesi, politika yapıcıların bu konu hakkında rehberler geliştirmesi ve uygulanmasının takip edilmesi ve müfredat programlarının kişi odaklı annelik bakımı konularını içerecek şekilde

güncellenmesi önerilmektedir. Nitekim yüksek kaliteli kişi odaklı bakımı anne ve yenidoğan komplikasyonlarının azalmasına, doğum sonrası depresyonun azalmasına ve hasta memnuniyetinin artmasını sağlamaktadır. Ayrıca ilerleyen dönemde sağlık bakım davranışının artmasını sağlar (153).

Postpartum depresyon, genellikle doğum sonrası ilk 2-3. haftalarda karamsarlık, keyif alamama, yetersiz hissetme gibi tipik depresif belirtilerle ortaya çıkmaktadır (155). Araştırmada lohusaların erken postpartum dönemde EPDSÖ toplam puan ortalamasının 4.03 ± 3.48 , geç postpartum dönemde EPDSÖ toplam puan ortalamasının 2.29 ± 1.73 olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2). Ülkemizde postpartum erken dönemde yapılan benzer çalışmalarda EPDSÖ puan ortalamasının 6.31 ± 4.99 (156), 5.61 ± 4.51 (157), 7.10 (158) olduğu araştırma bulgumuzun literatürle benzerlik gösterdiği belirlenmiştir.

Araştırmada lohusaların erken postpartum dönemde TSBE toplam puan ortalamasının 75.50 ± 18.81 , geç postpartum dönemde toplam puan ortalamasının 88.28 ± 10.91 olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2). Alınabilecek en yüksek puan üzerinden değerlendirildiğinde lohusaların postpartum erken ve geç dönemde iyiye yakın düzeyde posttravmatik gelişim gösterdiği görülmektedir.

Yapılan çalışmalar doğum sonu depresyonu daha çok ekonomik, sosyal ve biyolojik faktörler, obstetrik öykü, yaşam tarzı ve bağlanma ile ilişkilendirilmiştir (160-162). Fakat kişi odaklı annelik bakımı ile ilgili az çalışmaya rastlanmaktadır (153, 159, 163). Lohusaların erken postpartum dönemde KOABÖ ve alt boyutları olan değerli ve saygılı bakım, iletişim ve özerklik ve destekleyici bakım alt boyutu ile EPDSÖ arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki (Tablo 4.4), geç postpartum dönemde ise erken dönemden farklı olarak değerli ve saygılı bakım alt boyutu ile depresyon arasında ilişki bulunmamasıdır. Bu bağlamda değerli ve saygılı bakımın erken dönemde lohusaları daha fazla etkilediği söylenebilir. Elde edilen sonuç kişi odaklı annelik bakımı algısı arttıkça DSD gelişme riskinin azaldığını göstermektedir. Yapılan çalışmalar kötü bir doğum deneyiminin kadınlarda kaygı, depresyon, korku gibi psikolojik sorunlara yol açtığını göstermektedir (162-164). Bu açıdan değerlendirildiğinde; çalışma bulgumuz literatürle benzerlik göstermektedir.

Doğumdan sonra psikolojik uyumu inceleyen araştırmaların çoğu, depresyon, anksiyete bozuklukları ve son zamanlarda travma sonrası stres bozukluğu gibi olumsuz sonuçlara odaklanmıştır (165). Son yıllarda doğumdan sonraki olumlu psikolojik sonuçlarda araştırılmaktadır. Doğum sonu dönemde post travmatik büyüme ile ilgili yapılan çalışmalarda gebelik sayısının, doğum şeklinin, gebeliğin planlı olma durumunun

post travmatik gelişim üzerinde etkili olduğunu göstermektedir (165,166). Bu araştırmada lohusaların erken ve geç postpartum dönemde KOABÖ alt boyutları olan değerli ve saygılı bakım, iletişim ve özerklik ve destekleyici bakım alt boyutu ile TSBEÖ toplam ve benlik algısında değişim, yaşam felsefesinde değişim, başkalarıyla ilişkilerde değişim alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur (Tablo 4.4- Tablo 4.5). Değerli ve saygılı bakım, iletişim ve özerklik ve destekleyici bakımı kapsayan kişi odaklı annelik bakım algısı yüksek olan lohusalarda travma sonrası büyümeninde olumlu yönde etkilendiği görülmüştür. Bu etkinin erken ve geç postpartum dönemde de görülmesi kişi odaklı annelik bakımının önemini göstermektedir.

Lohusaların KOABÖ, EPDSÖ ve TSBEÖ toplam ve tüm alt boyutlarından erken ve geç postpartum dönemde alınan puan ortalamaları karşılaştırıldığında puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 4.6). Geç postpartum dönemde kişi odaklı annelik bakım algısı ve travma sonrası gelişmenin arttığı; postpartum depresyonun ise azaldığı saptanmıştır. Lohusaların KOABÖ puan ortalamalarının geç postpartum dönemde daha yüksek olmasının nedeni lohusaların erken postpartum dönemde doğum eylemine bağlı ağrı, travma, yorgunluk ve anksiyete gibi duyguları daha yoğun yaşaması olabilir. Bu araştırmada erken postpartum dönemde lohusaların depresyon puanının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6). Beyca ve ark. yapmış olduğu çalışmada depresyon puanının doğumda, birinci ve ikinci aydan daha yüksek olduğu belirlenmiştir (155). Dennis'in yapmış olduğu çalışmada da EPDSÖ skorları 1. haftada 4. ve 8. haftadan daha yüksektir (167). Bu açıdan değerlendirildiğinde bulgumuz literatürle uyumludur. Ayrıca Dennis 1. haftada uygulanan EPDSÖ'nün, postpartum 4. ve 8. haftalarda annenin ruh halini yordadığını belirtmiştir (167). Bu çalışmada depresyon puanları toplam puan üzerinden değerlendirildiği için kişi bazında ilişki bakılmamıştır. Bu araştırmanın sonuçları depresyon taramasının doğumdan sonraki ilk hafta içinde ve daha sonra yapılmasının doğum sonu depresyon açısından yüksek riskli kadınların taranması ve erken tedavisi için önemli olduğunu göstermektedir. Geç postpartum dönemde travma sonrası gelişim puan ortalamalarının erken dönemden daha yüksek olması annenin doğum sonu sürece uyum sağlaması, bebeğiyle etkileşime geçmesi, erken dönemde yaşadığı yoğun duyguların azalması ile açıklanabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Algılanan kişi odaklı annelik bakımının erken ve geç postpartum dönemde depresyon ve posttravmatik gelişime etkisinin incelendiği çalışmada;

- Lohusaların erken postpartum dönemde KOAB toplam puan ortalamasının 48.79 ± 11.30 , EPDSÖ toplam puan ortalamasının 4.03 ± 3.48 , TSBE toplam puan ortalamasının 75.50 ± 18.81 , olduğu,
- Lohusaların geç postpartum dönemde ise KOAB toplam puan ortalamasının 55.10 ± 5.11 , EPDSÖ toplam puan ortalamasının 2.29 ± 1.73 , TSBE toplam puan ortalamasının 88.28 ± 10.91 olduğu,
- Lohusaların erken postpartum dönemde KOABÖ toplam ve alt boyutları ile EPDSÖ puan ortalamaları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu,
- Lohusaların erken postpartum dönemde KOABÖ toplam ve alt boyutları ile TSBE toplam ve alt boyutları puan ortalamaları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu,
- Lohusaların geç postpartum dönemde KOABÖ toplam ve alt boyutları (İletişim ve özerklik, Destekleyici bakım) ile EPDSÖ toplam puan ortalamaları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu,
- Lohusaların geç postpartum dönemde KOABÖ toplam ve alt boyutları ile TSBE toplam ve alt boyutları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu,
- Erken ve geç postpartum dönemde kişi odaklı annelik bakım algısı arttıkça postpartum depresyonun azaldığı, travma sonrası büyümenin geliştiği belirlendi.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

Kişi odaklı bakım kalitesini arttırmak yönetilebilir bir durum olduğu için doğum bakım sağlayıcılarına (hekim, ebe, hemşire, diğer görevliler (temizlik, güvenlik v.b) kişi merkezli doğum bakımının önemi ve hasta ve sağlayıcı hakları konusunda hizmet içi eğitim verilmesi, politika yapıcıların bu konu hakkında rehberler geliştirmesi ve uygulanmasının takip edilmesi ve müfredat programlarının kişi odaklı annelik bakımı konularını içerecek şekilde güncellenmesi önerilir. Ayrıca ülkemizde bu konudaki

Çalışmaların kısıtlı olması sebebiyle daha geniş rneklemli nicel araştırmalar ve nitel araştırmalar yapılması nerilir.



KAYNAKLAR

1. Afulani PA, Diamond-Smith N, Golub G, Sudhinaraset M. Development of a tool to measure person-centered maternity care in developing settings: validation in a rural and urban Kenyan population. *Reprod Health* 2017, 14(1): 1-18.
2. Sudhinaraset M, Afulani P, Diamond-Smith N, Bhattacharyya S, Donnay F, Montagu, D. Advancing a conceptual model to improve maternal health quality: the person-centered care framework for reproductive health equity. *Gates Open Res* 2017, 1.
3. Özşahin Z, Altıparmak S, Aksoy Derya Y, Kayhan Tetik B, Inceoğlu F. Turkish validity and reliability study for the person-centered maternity care scale. *J Obstet Gynaecol Res* 2021, 47(9): 3211-22.
4. Tunçalp Ö, Were WM, MacLennan C, Oladapo OT, Gülmezoglu AM, Bahl, R, B Daelmans B, Mathai M, Say L, Kristensen F, Temmerman M, Bustreo F. Quality of care for pregnant women and newborns the WHO vision. *Bjog* 2015, 122(8): 1045.
5. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, Aguiar C, Coneglian FS, Diniz ALA, Tunçalp Ö, Javadi D, Oladapo OT, Khosla R, Hindin MJ, Gülmezoglu AM. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS Med* 2015, 12(6): e1001847.
6. Abuya T, Warren C, Miller N, Njuki R, Ndwiga C, Maranga A, Bellows B. Exploring the prevalence of disrespect and abuse during childbirth in Kenya. *PloS one* 2015, 10(4): e0123606.
7. Attanasio, LB, Ranchoff, BL, Paterno, MT ve Kjerulff, KH. Kişi merkezli doğum bakımı ve doğum sonrası 1. ve 6. ayda sağlık sonuçları. *Kadın Sağlığı Dergisi* 2022, 31 (10): 1411-21.
8. Namujju J, Muhindo R, Mselle LT, Waiswa P, Nankumbi J, Muwanguzi P. Childbirth experiences and their derived meaning: a qualitative study among postnatal mothers in Mbale regional referral hospital, Uganda. *Reprod Health* 2018, 15: 1-11.

9. Downe S, Finlayson K, Oladapo O, Bonet M, Gülmezoglu AM. What matters to women during childbirth: a systematic qualitative review. *PloS one* 2018, 13(4): e0194906.
10. Bilgiç D, Demirel G, Dağlar G. Doğum Deneyiminin Erken Postpartum Dönem Depresyon Riski İle İlişkisi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi* 2021, 10 (2): 25-35.
11. Özdemir S, Marakoğlu K, Çivi S. Konya il merkezinde doğum sonrası depresyon riski ve etkileyen faktörler. *TAF Prev Med Bull* 2008, 7(5): 391-8.
12. Anokye R, Acheampong E, Budu-Ainooson A, Obeng EI, Akwasi AG. Prevalence of postpartum depression and interventions utilized for its management. *Ann Gen Psychiatry* 2018, 17: 1-8.
13. Beck CT, Watson S. Posttraumatic growth after birth trauma: “I was broken, now I am unbreakable”. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2016, 41(5): 264-71.
14. Wagner AC, Torbit L, Jenzer T, Landy MS, Pukay-Martin ND, Macdonald A, Fredman SJ, Monson CM. The role of posttraumatic growth in a randomized controlled trial of cognitive-behavioral conjoint therapy for PTSD. *J Trauma Stress* 2016, 29(4): 379-83.
15. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet* 2009, 374(9686): 315-23.
16. Petit-Steeghs V, Lips SR, Schuitmaker-Warnaar TJ, Broerse JEW. Client-centred maternity care from women's perspectives: Need for responsiveness. *Midwifery* 2019, 74 (7):76-83.
17. World Health Organization. WHO recommendations on newborn health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee. In WHO recommendations on newborn health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee, 2017: 18.
18. Ogbuabor DC, Nwankwor C. Perception of person-centred maternity care and its associated factors among post-partum women: Evidence from a cross-sectional study in Enugu State, Nigeria. *Int J Public Health* 2021, 66: 612894.

19. Kruk ME, Gage AD, Joseph NT, Danaei G, García-Saisó S, Salomon JA. Mortality from poor quality health systems in the age of universal health coverage: a systematic analysis of compensable deaths in 137 countries. *Lancet* 2018, 392: 2203–12.
20. Afulani PA, Phillips B, Aborigo RA, Moyer CA. Person-centred maternity care in low-income and middle-income countries: analysis of data from Kenya, Ghana, and India. *Lancet Glob Health* 2019, 7(1): e96-e109.
21. Afulani PA, Sayi TS, Montagu D. Predictors of person-centered maternity care: the role of socioeconomic status, empowerment, and facility type. *BMC Health Serv Res* 2018, 18: 1-16.
22. Hill K, Bowser D. Respectful care at birth 9-20-101 final. *Usaid* 2010, 2: 1–57.
23. Koblinsky M, Chowdhury ME, Moran A, Ronsmans C. Maternal morbidity and disability and their consequences: neglected agenda in maternal health. *J Health Popul Nutr* 2012, 30(2): 124.
24. Storeng KT, Baggaley RF, Ganaba R, Ouattara F, Akoum MS, Filippi V. Paying the price: the cost and consequences of emergency obstetric care in Burkina Faso. *Soc Sci Med* 2008, 66(3): 545-57.
25. Warren CE, Njue R, Ndwiga C, Abuya T. Manifestations and drivers of mistreatment of women during childbirth in Kenya: implications for measurement and developing interventions. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017, 17(1): 1-14.
26. Lusambili AM, Naanyu V, Wade TJ, Mossman L, Mantel M, Pell R, Temmerman M. Deliver on your own: disrespectful maternity care in rural Kenya. *PloS one* 2020, 15(1): e0214836.
27. Okwako JM, Symon AG. Women's expectations and experiences of childbirth in a Kenyan public hospital. *Afr J Midwifery Womens Health* 2014, 8(3): 115-21.
28. Committee on Obstetric Practice. Committee opinion no. 687: approaches to limit intervention during labor and birth. *Obstet Gynecol* 2017, 129(2): e20-8.
29. American College of Nurse-Midwives; Midwives Alliance of North America; National Association of Certified Professional Midwives. Supporting healthy and normal physiologic childbirth: a consensus statement by the American College of Nurse-Midwives, Midwives Alliance of North America, and the National

Association of Certified Professional Midwives. *J Midwifery Womens Health* 2012, 57(5): 529-32.

30. Jimenez V, Klein MC, Hivon M, Mason CA mirage of change: family-centered maternity care in practice. *Birth* 2010, 37(2): 160-7.
31. Karlström A, Nystedt A, Hildingsson I. The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015, 15(1): 1-8.
32. Perriman N, Davis D. Measuring maternal satisfaction with maternity care: a systematic integrative review: what is the most appropriate, reliable and valid tool that can be used to measure maternal satisfaction with continuity of maternity care?. *Women Birth* 2016, 29(3): 293-9.
33. Larkin P, Begley CM, Devane D. Women's preferences for childbirth experiences in the Republic of Ireland; a mixed methods study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017, 17: 1-10.
34. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018.
35. Oladapo OT, Tunçalp Ö, Bonet M, Lawrie TA, Portela A, Downe S, Gülmezoglu AM. WHO model of intrapartum care for a positive childbirth experience: transforming care of women and babies for improved health and wellbeing. *Bjog* 2018, 125(8): 918.
36. Köroğlu E. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-5). Köroğlu E, (Çeviri editörü). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), APA. 5. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2014: 129-41.
37. Çelikel AS. Doğum Sonrası Dönemde Fonksiyonel Durum İle Postpartum Depresyon İlişkisinin İncelenmesi. GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2012.
38. Bilgiç D, Dağlar G, Özkan SA, Kadioğlu M. Postpartum Depresyonda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi* 2016, 2(2): 13-35.

39. Kettunen P, Koistinen E, Hintikka J. Is postpartum depression a homogenous disorder: time of onset, severity, symptoms and hopelessness in relation to the course of depression. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014, 14(1): 1-9.
40. Erdem Ö, Bucaktepe P, Özen Ş, Kara İH. Prepartum ve Postpartum Donemde Annelerin Depresyon ve Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. *Duzce Medical J* 2010, 12(3): 24- 31.
41. McCall-Hosenfeld JS, Phiri K, Schaefer E, Zhu J, Kjerulff K. Trajectories of depressive symptoms throughout the peri-and postpartum period: results from the first baby study. *J Womens Health* 2016, 25(11): 1112-21.
42. Fathi-Ashtiani A, Ahmadi A, Ghobari-Bonab B, Azizi MP, Saheb-Alzamani SM. Randomized trial of psychological interventions to preventing postpartum depression among Iranian first-time mothers. *Int J Prev Med* 2015, 6: 109.
43. Patel V, Rodrigues M, DeSouza N. Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. *Am J Psychiatry* 2002, 159(1): 43-7.
44. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol* 2005, 106(5 Part 1): 1071-83.
45. Almond P. Postnatal depression: a global public health perspective. *Perspect Public Health* 2009, 129(5): 221-7.
46. Sylvén SM, Papadopoulos FC, Mpazakidis V, Ekselius L, Sundström-Poromaa I, Skalkidou A. Newborn gender as a predictor of postpartum mood disturbances in a sample of Swedish women. *Arch Womens Ment Health* 2011, 14: 195-201.
47. Brummelte S, Galea LA. Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Horm Behav* 2016, 77: 153-66.
48. Erdem Ö, Bucaktepe PE. The prevalence and screening methods of postpartum depression. *Dicle Medical J* 2012, 39(3): 458-61.
49. Bhusal BR, Bhandari N, Chapagai M, Gavidia T. Validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening tool for postpartum depression in Kathmandu, Nepal. *Int J Ment Health Syst* 2016, 10: 1-7.

50. Uwakwe R. Affective (depressive) morbidity in puerperal Nigerian women: validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 2003, 107(4): 251-9.
51. Ebeigbe PN, Akhigbe KO. Incidence and associated risk factors of postpartum depression in a tertiary hospital in Nigeria. *Niger Postgrad Med J* 2008, 15(1): 15-8.
52. Faisal-Cury A, Tedesco JJA, Kahhale S, Menezes PR, Zugaib M. Postpartum depression: in relation to life events and patterns of coping. *Arch Womens Ment Health* 2004, 7: 123-31.
53. Limlomwongse N, Liabsuetrakul T. Cohort study of depressive moods in Thai women during late pregnancy and 6–8 weeks of postpartum using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Arch Womens Ment Health* 2006, 9: 131-8.
54. Pitanupong J, Liabsuetrakul T, Vittayanont A. Validation of the Thai Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening postpartum depression. *Psychiatry Res* 2007, 149(1-3): 253-9.
55. Xie RH, He G, Liu A, Bradwejn J, Walker M, Wen SW. Fetal gender and postpartum depression in a cohort of Chinese women. *Soc Sci Med* 2007, 65(4): 680-4.
56. Wan EY, Moyer CA, Harlow SD, Fan Z, Jie Y, Yang H. Postpartum depression and traditional postpartum care in China: role of zuoyuezi. *Int J Gynaecol Obstet* 2009, 104(3): 209-13.
57. Pollock JI, Manaseki-Holland S, Patel V. Depression in Mongolian women over the first 2 months after childbirth: prevalence and risk factors. *J Affect Disord* 2009, 116(1-2): 126-33.
58. Hegde S, Latha KS, Bhat SM, Sharma PSVN, Kamath A, Shetty AK. Postpartum depression: Prevalence and associated factors among women in India. *J Women Health* 2012, 1(1): 1-7.
59. Edwards GD, Shinfuku N, Gittelman M, Ghazali EW, Haniman F, Wibisono S, Yamamoto K, Miyaji NT, Rappe P. Postnatal depression in Surabaya, Indonesia. *Int J Ment Health* 2006, 35(1): 62-74.
60. Stewart RC, Umar E, Kauye F, Bunn J, Vokhiwa M, Fitzgerald M, Tomenson, B, Rahman A, Creed F. Maternal common mental disorder and infant growth—a cross-sectional study from Malawi. *Matern Child Nutr* 2008, 4(3): 209-19.

61. Gausia K, Fisher C, Ali M, Oosthuizen J. Magnitude and contributory factors of postnatal depression: a community-based cohort study from a rural subdistrict of Bangladesh. *Psychol Med* 2009, 39(6): 999-1007.
62. Burgut FT, Bener A, Ghuloum S, Sheikh J. A study of postpartum depression and maternal risk factors in Qatar. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2013, 34(2): 90-7.
63. Veisani Y, Delpisheh A, Sayehmiri K, Rezaeian S. Trends of postpartum depression in Iran: a systematic review and meta-analysis. *Depress Res Treat* 2013.
64. Mohammad KI, Gamble J, Creedy DK. Prevalence and factors associated with the development of antenatal and postnatal depression among Jordanian women. *Midwifery* 2011, 27(6): e238-e245.
65. Woolhouse H, Gartland D, Perlen S, Donath S, Brown SJ. Physical health after childbirth and maternal depression in the first 12 months post partum: results of an Australian nulliparous pregnancy cohort study. *Midwifery* 2014, 30(3): 378-84.
66. Yusuff ASM, Tang L, Binns CW, Lee AH. Prevalence and risk factors for postnatal depression in Sabah, Malaysia: A cohort study. *Women Birth* 2015, 28(1): 25-29.
67. Husain N, Bevc I, Husain M, Chaudhry IB, Atif N, Rahman A. Prevalence and social correlates of postnatal depression in a low income country. *Arch Womens Ment Healt* 2006, 9: 197-202.
68. Al-Modayfer O, Alatiq Y, Khair O, Abdelkawi S. Postpartum depression and related risk factors among Saudi females. *Int J Cult Ment Health* 2015, 8(3): 316-24.
69. Marakoğlu K, Özdemir S, Çivi S. Postpartum depresyon. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2009, 29(1): 206-14.
70. Epperson CN. Postpartum major depression: detection and treatment. *Am Fam Physician* 1999, 59(8): 2247-54.
71. Beck CT. A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nurs Res* 1996, 45(5): 297-303.
72. Quelopana AM, Champion JD, Reyes-Rubilar T. Factors associated with postpartum depression in Chilean women. *Health Care Women Int* 2011, 32(10): 939-49.
73. Munoz C, Agruss J, Haeger A, Sivertsen L. Postpartum depression: Detection and treatment in the primary care setting. *J Nurse Pract* 2006, 2(4): 247-53.

74. World Health Organization. WHO Technical consultation on postpartum and postnatal care, 2010: No. WHO/MPS/10.03.
75. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res* 2001, 50(5): 275-85.
76. Erdoğan F, Kadak MT, Kartal V, Arıcı N, Eliaçık M, Demirel ÖF, İpek İÖ. İnfantil kolikli bebeklerin annelerinde postpartum depresyon. *In New/Yeni Symp J* 2014, 52(1): 7-11.
77. Radesky JS, Zuckerman B, Silverstein M, Rivara FP, Barr M, Taylor JA, Lengua LJ, Barr RG. Inconsolable infant crying and maternal postpartum depressive symptoms. *Pediatrics* 2013, 131(6): e1857-e1864.
78. Kurçer MA, Keleş E. Doğum sonrası depresif belirtilere sigaranın ve gebelikteki bazı sorunların ilk ve 60. günlerdeki etkisinin karşılaştırılması. *TAF Prev Med Bull* 2009, 8(4): 323-28.
79. Lee DT, Ngai IS, Ng MM, Lok IH, Yip AS, Chung TK. Antenatal taboos among Chinese women in Hong Kong. *Midwifery* 2009, 25(2): 104-13.
80. Sejourne N, Vaslot V, Beaumé M, Goutaudier N, Chabrol H. The impact of paternity leave and paternal involvement in child care on maternal postpartum depression. *J Reprod Infant Psychol* 2012, 30(2): 135-44.
81. Miller ES, Peri MR, Gossett DR. The association between diabetes and postpartum depression. *Arch Womens Ment Health* 2016, 19(1):183-6.
82. Benoit C, Westfall R, Treloar AE, Phillips R, Mikael Jansson S. Social factors linked to postpartum depression: A mixed-methods longitudinal study. *J Ment Health* 2007, 16(6): 719-30.
83. Mohamad Yusuff AS, Tang L, Binns CW, Lee AH. Breastfeeding and postnatal depression: a prospective cohort study in Sabah, Malaysia. *J Hum Lact* 2016, 32(2): 277-81.
84. Pope CJ, Mazmanian D. Breastfeeding and postpartum depression: an overview and methodological recommendations for future research. *Depress Res* 2016.
85. Balıkçı A, Balıbey H. Postpartum dönemde metoklopramid kullanımına bağlı depresyon: Olgu sunumu. *Anatol J Clin Investig* 2012, 6(1): 57-9.

86. Seven M, Akyüz A. Postpartum depresyon gelişiminde etkisi az bilinen bir faktör: İnfertilite. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2013, 10(3): 7-11.
87. Dallar Y, Tiras U, Yalaki Z, Ozkan I. A case of child abuse during neonatal period/Yenidogan doneminde cocuk istismari olgusu. *J Cur Ped* 2010, 81-6.
88. Corrigan CP, Kwasky AN, Groh CJ. Social support, postpartum depression, and professional assistance: A survey of mothers in the Midwestern United States. *J Perinat Educ* 2015, 24(1): 48-60.
89. Glover V. Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2014, 28(1): 25-35.
90. O'Hara MW, McCabe J. Postpartum depression: Current status and future directions. *Ann Rev Clin Psychol* 2013, 9: 379-407.
91. Beck CT. Symptoms of postpartum depression: Stopping the thief that steals motherhood. *AWHONN Lifelines* 1999, 3: 41-4.
92. Mayberry LJ, Horowitz JA, Declercq E. Depression symptom prevalence and demographic risk factors among US women during the first 2 years postpartum. *J Obs Gynecol Neonatal Nurs* 2007, 36(6): 542-9.
93. Norhayati MN, Hazlina NN, Asrenee AR, Emilin WW. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *J Affect Disord* 2015, 175: 34-52.
94. O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2014, 28(1): 3-12.
95. Sylvén SM, Thomopoulos TP, Kollia N, Jonsson M, Skalkidou A. Correlates of postpartum depression in first time mothers without previous psychiatric contact. *Eur Psychiatry* 2017, 40: 4-12.
96. White RK. Psychology and the prevention of nuclear war. *J Soc Act Counsel Psychol* 2015, 7(1): 122-42.
97. Gholami Z, Mohammadirizi S, Bahadoran P. Study of the impact of educational behavioral interventions on fatigue in mothers in the postpartum period in the groups of face-to-face and electronic training. *Iranian J Nurs Midwifery Res* 2017, 22(6): 465.

98. Karaçam Z, Kıtış Y. Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği: Türkçe'de Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2008, 19(2): 187- 96.
99. Mauthner NS. It's a woman's cry for help': A relational perspective on postnatal depression. *Fem Psychol* 1998, 8(3): 325-55.
100. Chan SWC, Levy V, Chung TK, Lee D. A qualitative study of the experiences of a group of Hong Kong Chinese women diagnosed with postnatal depression. *J Adv Nurs* 2002, 39(6): 571-9.
101. Edhborg M, Friberg M, Lundh W, Widström AM. ``Struggling with life": Narratives from women with signs of postpartum depression. *Scand J Public Health* 2005, 33(4): 261-7.
102. Laney EK, Hall MEL, Anderson TL, Willingham MM. Becoming a mother: The influence of motherhood on women's identity development. *Identity* 2015, 15(2): 126-45.
103. Nicolson P. The myth of the maternal instinct: Feminism, evolution and the case of postnatal depression. *Psychol Evol Gend* 1999, 1: 161-82.
104. Banker JE, LaCoursiere DY. Postpartum depression: risks, protective factors, and the couple's relationship. *Issues Ment Health Nurs* 2014, 35(7): 503-8.
105. Boyd RC, Le HN, Somberg R. Review of screening instruments for postpartum depression. *Arc Womens Ment Health* 2005, 8: 141-53.
106. Dennis CL, Chung-Lee L. Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: A qualitative systematic review. *Birth* 2006, 33(4):323-31.
107. Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *J Affect Disord* 2006, 91(2-3): 97-111.
108. Kara B, Çakmaklı P, Nacak E, Türeci F. Doğum sonrası depresyon. *Sted.* 2001, 10(9): 333-4.
109. Patel V, DeSouza N, Rodrigues M. Postnatal depression and infant growth and development in low income countries: a cohort study from Goa, India. *Arc Dis Child* 2003, 88(1): 34–7.

110. Callister LC, Beckstrand RL, Corbett C. Postpartum depression and help-seeking behaviors in immigrant Hispanic women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2011, 40(4): 440-9.
111. Logsdon MC, Tomasulo R, Eckert D, Beck C, Dennis CL. Identification of mothers at risk for postpartum depression by hospital-based perinatal nurses. *MCN: Am J Matern Child Nurs* 2012, 37(4): 218-25.
112. Leahy-Warren P, McCarthy G, Corcoran P. First-time mothers: social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. *J Clin Nurs* 2012, 21(3-4): 388-97.
113. Miller T. "Is this what motherhood is all about?" Weaving experiences and discourse through transition to first-time motherhood. *Gend Soc* 2007, 21(3): 337-58.
114. Sayil M, Güre A, Uçanok Z. First time mothers' anxiety and depressive symptoms across the transition to motherhood: associations with maternal and environmental characteristics. *Women Health* 2007, 44(3): 61-77.
115. Dalfen A. *When baby brings the blues: Solutions for postpartum depression*. 1th ed. Canada, John Wiley Sons, 2009: 49-72.
116. Ertürk N. Doğum Sonrası Destek Ölçeğinin Türk Toplumuna Uyarlanması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2007.
117. Kleiman K. *Therapy and the postpartum woman*. 1th ed. New York, Routledge 2009: 219-24
118. Seymen Tatar E. Doğum Sonu İlk Üç Ayda Annelerin Depresyon Yaşama Durumlarının Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2010.
119. Sit DK, Wisner KL. The identification of postpartum depression. *Clin Obstet Gynecol* 2009, 52(3): 456.
120. Choi P, Henshaw C, Baker S, Tree J. Supermum, superwife, supereverything: Performing femininity in the transition to motherhood. *J Reprod Infant Psychol* 2005, 23(2): 167-80.

121. Bennett HA, Boon HS, Romans SE, Grootendorst P. Becoming the best mom that I can: women's experiences of managing depression during pregnancy—a qualitative study. *BMC Womens Health* 2007, 7(1): 1-14.
122. Berggren-Clive KL. Out of the darkness and into the light: Women's experiences with depression after childbirth. The Faculty of Graduate Studies. Doctoral dissertation, Canada: University of British Columbia, 1996.
123. Staneva A, Wittkowski A. Exploring beliefs and expectations about motherhood in Bulgarian mothers: a qualitative study. *Midwifery* 2013, 29(3): 260-7.
124. Cooper PJ, Murray L. Course and recurrence of postnatal depression: evidence for the specificity of the diagnostic concept. *Br J Psychiatry* 1995, 166(2): 191-5.
125. Gjerdingen D, Katon W, Rich DE. Stepped care treatment of postpartum depression: a primary care-based management model. *Womens Health* 2008, 18(1): 44-52.
126. Dalenberg CJ, Straus E, Carlson EB. Defining trauma. In APA Handbook of Trauma Psychology: Foundations in Knowledge. APA 2017, 1: 15-33.
127. İnci F, Boztepe H. Travma sonrası büyüme: eğer öldürmeyen bir şey güçlenebilirse?/Travma sonrası büyüme: öldürmeyen acı güçlendirir mi?. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2013, 4(2): 80-5.
128. Genç BD. Travma Terapisinin İlkeleri: Belirtiler, Değerlendirme ve Tedavi İçin Bir Kılavuz; DSM-5 İçin Güncellenmiş. Genç BD (Çeviri editörü). Principles of Trauma Therapy: A Guide to Symptoms, Evaluation, and Treatment; Updated for DSM-5, Briere J, Scott C. 2. Baskı, İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, 2016: 5.
129. Symon JB. Parent education for autism: Issues in providing services at a distance. *J Posit Behav Interv* 2001, 3(3): 160-74.
130. Tedeschi RG, Calhoun LG. "Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence". *Psycholog Inq* 2004, 15(1): 1-18.
131. Duman N. Travma sonrası büyüme ve gelişim. *Uluslararası Afro-Avrasya Araştırmaları Dergisi* 2018, 4(7): 178-84.
132. Calhoun LG, Tedeschi RG. *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*, 1th ed. New York, Routledge, 2014: 1-402.

133. Tedeschi RG, Park CL, Calhoun LG. *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*, 1th ed. London, Routledge, 1998: 1-250.
134. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı, Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi, Ankara, 2014: 1-44.
135. Kurtcu A. Sağlık ocaklarında çalışan hemşire ve ebelerin postpartum depresyona yönelik bilgi ve tutumlarının incelenmesi. CÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 2010.
136. Ozmen E, Ogel K, Sagduyu A, Tamar D, Boratav C, Aker T. Psikiyatri disisi uzman hekimlerin ruhsal bozukluklar konusunda bilgi ve tutumları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2003, 4: 5-12.
137. Righetti-Veltima M, Conne-Perréard E, Bousquet A, Manzano J. Postpartum depression and mother–infant relationship at 3 months old. *J Affect Disord* 2002, 70(3): 291-306.
138. Senator J. Postpartum Depression: Who is Checking In with Supermom?. *J Prenat Perinat Psychol Health* 2015, 29(3): 196.
139. Thurgood S, Avery DM, Williamson L. Postpartum depression (PPD). *Am J Clin Med* 2009, 6(2): 17-22.
140. Jones CJ, Creedy DK, Gamble JA. Australian midwives' awareness and management of antenatal and postpartum depression. *Women Birth* 2012, 25(1): 23-8.
141. Sofronas M, Feeley N, Zelkowitz P, Sabbagh M. Obstetric and neonatology nurses' attitudes, beliefs, and practices related to the management of symptoms of maternal depression. *Issues Ment Health Nurs* 2011, 32(12): 735-44.
142. Işık SN, Bilgili N. Doğum sonrası depresyon: Ebe ve hemşirelerin bilgi ve uygulamaları. *Erciyes Tıp Dergisi* 2010, 32(4): 265-74.
143. Williams CJ, Turner KM, Burns A, Evans J, Bennert K. Midwives and women' s views on using UK recommended depression case finding questions in antenatal care. *Midwifery* 2016, 35: 39-46.
144. Skočir AP, Hundley V. Are Slovenian midwives and nurses ready to take on a greater role in caring for women with postnatal depression?. *Midwifery* 2006, 22(1): 40-55.

145. Arıkan B, Bademli K, Çetinkaya Duman Z. Sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumları: Son 10 yılda Türkiye’de yapılan çalışmalar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011, 3(2): 214-31.
146. Nishi D, Usuda K, Psychological Growth After Childbirth: An Exploratory Prospective Study, *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2017; 38(2): 87-92.
147. Schaeffer RL, Mendenhall W, Ott L. Elementary Survey Sampling, <https://www.openepi.com/SampleSize/SSPropor.html> Son Erişim Tarihi 29 Haziran 2023.
148. Derya YA, Taşhan ST, Duman M, Ozan, YD. Gebeliğe İlişkin Anksiyete Ölçeğinin Türkçe Uyarlaması-Gözden Geçirilmiş 2: Multipar ve Primipar Gebeliklerde Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Ebelik* 2018, 62: 61-8.
149. Engindeniz N, Küey L, Kültür S. Edinburg doğum sonrası depresyon ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenirlik çalışması. Bahar Sempozyumları 1. Kitabı. Ankara: Psikiyatri Derneği Yayınları, 1996: 51-2.
150. Kağan M, Güleç M, Boysan M, Çavuş H. Travma Sonrası Büyüme Envanteri'nin Türkçe Versiyonunun Normal Toplumda Hiyerarşik Faktör Yapısı. *TAF Prev Med Bull* 2012, 11(5): 617-24.
151. Reyhan FA, Dağlı E. Kadınların Saygılı Annelik Bakımı Doğrultusunda Doğum Deneyimlerinin Değerlendirilmesi: Nitel Bir Araştırma. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi* 2023, 6(1): 124-41.
152. Karakoç H, Özkan H, Koç Ö. Annelerin doğum eyleminde algıladıkları mahremiyetin değerlendirilmesi, *Turk Clin J Health Sci* 2016, 1(2):104-10.
153. Tarekegne AA, Giru BW, Mekonnen B. Person-centered maternity care during childbirth and associated factors at selected public hospitals in Addis Ababa, Ethiopia, 2021: a cross-sectional study. *Reprod Health* 2022, 19(1): 199.
154. Christie DM, Padmanaban S. Respectful maternity care initiative: a qualitative study. *J Obstet Gynecol India* 2022, 72(1): 32-7.
155. Beyca H, Mutlu H, Özdamar Ö. Postpartum Depresyon Açısından Riskli Annelerin Bebeklerinin Doğum Sonrası İlk İki Aylık Dönemde Boy ve Kilo Ölçümlerinin Değerlendirilmesi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2014, 45(3): 124-30.

156. Türkeli NN. Kadınlarda Doğum Memnuniyeti ile Doğum Sonu Depresyon Arasındaki İlişki. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ordu: Ordu Üniversitesi, 2022.
157. Özşahin Z, Akça E, Gökbulut N. Postpartum Depresyon Düzeyi İle Maternal Bağlanma Arasındaki İlişki. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi* 2020, 8(3): 715-24.
158. Kumcağız H, Avcı İ A, Caner Ş. Yaşam Doyumu, Postpartum Depresyon Ve Özkıyım Olasılığı Arasındaki İlişki. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2018, 21(1): 1-9.
159. Ketley R, Darwin Z, Masterson C, McGowan L. Women's experience of post-traumatic growth following a traumatic birth: an interpretive phenomenological analysis. *J Reprod Infant Psychol* 2022, 27(4):1-12.
160. Ghaedrahmati M, Kazemi A, Kheirabadi G, Ebrahimi A, Bahrami M. Postpartum depression risk factors: A narrative review. *J Educat Health Promot* 2017, 9(8): 6-60.
161. Hancıoğlu AS. Sosyal desteğin gebelik ve doğum sonu depresyona etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2017.
162. Demir M. Karabük ilinde doğum sonu depresyon görülme sıklığı ve ilişkili risk faktörleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Karabük: Karabük Üniversitesi, 2016.
163. Fares KK, Ahmed HM. Effect of respectful maternity care and effective communication during labor on postpartum depression: an interventional study. *Pakistan J Med Health Sci* 2021, 15(9): 1-7.
164. Sudhinaraset M, Giessler K, Golub G, Afulani P. Providers and women's perspectives on person-centered maternity care: a mixed methods study in Kenya. *Intl J Equity Health* 2019, 18(1): 1-15.
165. Sawyer A, Ayers S, Young D, Bradley R, Smith H. Posttraumatic growth after childbirth: A prospective study. *Psychol Health* 2012, 27(3): 362-77.

166. Derya YA, Akça E, Kamalak H, Gökbulut N. (Doğum Sayısı, doğum şekli ve gebeliğin planlı olma durumunun lohusalarda posttravmatik gelişim ve konfora etkisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2021, 14(3): 366-77.
167. Dennis CL. Can we identify mothers at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh Postnatal Depression Scale?. *J Affect Disord* 2004, 78(2): 163-9.



EKLER

EK-1. Öz Geçmiş



EK-2. Kişisel Bilgi Formu

Bu araştırma “Kişi Odaklı Annelik Bakımının Erken ve Geç Postpartum Dönemde Depresyon ve Posttravmatik Büyümeye Etkisi” incelemek amacıyla yapılmaktadır. Soruların doğru şekilde yanıtlanması, sonuçların güvenilirliği açısından önemlidir. Elde edilen veriler sadece bilimsel amaçlarla kullanılacak, başka bir amaç için kullanılmayacaktır. Katıldığınız için teşekkür ederiz.

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Zeliha ÖZŞAHİN
Araştırmacı: Neslihan ERDEM

1.Kaç yaşındasınız?.....

2. Bebeğinizin cinsiyeti nedir?

a. Erkek b. Kız

3. Eğitim durumunuz nedir?

a. İlkokul

b. Ortaokul

c. Lise

d. Üniversite ve üzeri

4. Eşinizin eğitim durumu nedir?

a. İlkokul

b. Ortaokul

c. Lise

d. Üniversite ve üzeri

5. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

- a. Gelir giderden az
- b. Gelir gidere denk
- c. Gelir giderden fazla

6. Hangi Aile Tipine sahipsiniz?

- a. Çekirdek Aile
- b. Geniş Aile

7. Mesleğiniz nedir?

- a. Ev hanımı
- b. Memur
- c. İşçi
- d. Diğer

8. Gelir Getiren Bir İşte Çalışıyor Musunuz?

- a. Evet
- b. Hayır

9. Kaç yıllık evlisiniz?.....

10. Yaşayan kaç çocuğunuz var?.....

11. Bu Bebek planlı/ istenilen bir gebelik sonucunda oluştu mu?

- a. Evet
- b. Hayır

12. Bu gebelik süresinde herhangi bir sorun yaşadınız mı?

- a. Evet
- b. Hayır

13. Cevabınız evet ise nasıl bir sorun yaşadınız?

a) Fiziksel (Sağlık problemleri) b) Psiko-sosyal (Ruhsal sorunlar) c) Diğer.....

14. Doğum sonrası dönemde herhangi bir sorun yaşadınız mı?

1. Evet

2. Hayır

15. Cevabınız evet ise ne yaşadınız:

16. Doğum sonrası dönemde kimlerden sosyal destek aldınız?

a) Aile b) Akrabalar c) Arkadaş/ Komşu d) Sağlık profesyonelleri (Doktor, hemşire, ebe...) e) Hiçkimse f) Diğer

EK-3. Kişi Odaklı Annelik Bakım Ölçeği

Bu ölçek, kişi odaklı annelik bakımına yönelik bazı ifadeler içermektedir. Lütfen size en uygun cevabı işaretleyiniz. Lütfen her soru için yalnızca bir kutuyu işaretleyiniz.

[0= hayır, asla, 1= evet, birkaç kez, 2= evet, çoğu zaman, 3=evet, her zaman, 4= hayır, herhangi bir karar vermek zorunda kalınmadı, endişelerim ve korkularım yoktu]

Ölçek maddeleri				
1. Sağlık kuruluşundaki hekimler ve diğer sağlık personelleri size isminizle hitap etti mi?				
Hayır, asla (0)	Evet, birkaç kez (1)	Evet, çoğu zaman (2)	Evet, her zaman (3)	
2. Sağlık kuruluşundaki hekimler ve diğer sağlık personelleri size saygılı davrandılar mı?				
Hayır, asla (0)	Evet, birkaç kez (1)	Evet, çoğu zaman (2)	Evet, her zaman (3)	
3. Sağlık kuruluşundaki hekimler ve diğer sağlık personeli size arkadaşça davrandılar mı?				
Hayır, asla (0)	Evet, birkaç kez (1)	Evet, çoğu zaman (2)	Evet, her zaman (3)	
4. Yapılan muayeneler sırasında kendinizi rahatsız hissetmemeniz için, üzeriniz (bir perdeyle, bir bezle ya da bir battaniyeyle) kapatıldı mı?				
Hayır, asla (0)	Evet, birkaç kez (1)	Evet, çoğu zaman (2)	Evet, her zaman (3)	
5. Bu sağlık kuruluşunda sağlık bilgilerinizin gizli tutulacağını veya güvenli bir şekilde saklanacağını düşünüyor musunuz?				
Hayır, asla (0)	Evet, birkaç kez (1)	Evet, çoğu zaman (2)	Evet, her zaman (3)	
6. Hekimlerin ve diğer sağlık personellerinin, bakımınız ile ilgili kararlara sizi dahil ettiğini hissettiniz mi?				
Hayır, asla (0)	Evet, birkaç kez (1)	Evet, çoğu zaman (2)	Evet, her zaman (3)	Herhangi bir karar vermek zorunda kalınmadı (4)
7. Hekimler ve diğer sağlık personelleri, sizinle ilgili işlem yapmadan önce izninizi/rızanızı aldılar mı?				
Hayır, asla (0)	Evet, birkaç kez (1)	Evet, çoğu zaman (2)	Evet, her zaman (3)	
8. Doğum süresince, kendi seçtiğiniz pozisyonda mıydınız?				
Hayır, asla (0)	Evet, birkaç kez (1)	Evet, çoğu zaman (2)	Evet, her zaman (3)	
9. Hekimler ve diğer sağlık personelleri sizin anlayabileceğiniz bir dilde konuştular mı?				

Hayır, asla (0)	Evet, birkaç kez (1)	Evet, çoğu zaman (2)	Evet, her zaman (3)	
10. Hekimler ve diğer sağlık personelleri, muayene ve işlemlerin neden yapıldığı hakkında size açıklama yaptılar mı?				
Hayır, asla (0)	Evet, birkaç kez (1)	Evet, çoğu zaman (2)	Evet, her zaman (3)	
11. Hekimler ve diğer sağlık personelleri ilaçların size ne amaçla verildiğini açıkladı mı?				
Hayır, asla (0)	Evet, birkaç kez (1)	Evet, çoğu zaman (2)	Evet, her zaman (3)	Hiç ilaç almadım (4)
12. Hekimler ve diğer sağlık personelleri sizinle neler hissettiğinizle ilgili konuştular mı?				
Hayır, asla (0)	Evet, birkaç kez (1)	Evet, çoğu zaman (2)	Evet, her zaman (3)	
13. Hekimler ve diğer sağlık personelleri endişelerinizi ve korkularınızı anlamaya çalıştılar mı?				
Hayır, asla (0)	Evet, birkaç kez (1) (Yes, a few times)	Evet, çoğu zaman (2)	Evet, her zaman (3)	Endişelerim ve korkularım yoktu (4)
14. Herhangi bir sorunuz olduğunda hekimlere ve diğer sağlık personellerine rahatlıkla sorabildiniz mi?				
Hayır, asla (0)	Evet, birkaç kez (1)	Evet, çoğu zaman (2)	Evet, her zaman (3)	
15. Yardıma ihtiyaç duyduğunuzda, hekimlerin ve diğer sağlık personellerinin bunu önemsedğini hissettiniz mi?				
Hayır, asla (0)	Evet, birkaç kez (1)	Evet, çoğu zaman (2)	Evet, her zaman (3)	
16. Hekimler ve diğer sağlık personelleri, ağrılarınızı kontrol altına almanız için ellerinden gelen her şeyi yaptılar mı?				
Hayır, asla (0)	Evet, birkaç kez (1)	Evet, çoğu zaman (2)	Evet, her zaman (3)	
17. Bakımınızın sağlanması için yeterli sayıda sağlık personeli olduğunu düşünüyor musunuz?				
Hayır, asla (0)	Evet, birkaç kez (1)	Evet, çoğu zaman (2)	Evet, her zaman (3)	
18. Sağlık kuruluşundaki hekimlerden ve diğer sağlık personellerinden verilebilecek en iyi bakımı aldığınızı hissettiniz mi?				
Hayır, asla (0)	Evet, birkaç kez (1)	Evet, çoğu zaman (2)	Evet, her zaman (3)	

19. Hekimlere ve diğ�er sağlık personellerine bakımınız konusunda tamamen g�venebileceğinizi hissettiniz mi?			
Hayır, asla (0)	Evet, birkaç kez (1)	Evet, �oėu zaman (2)	Evet, her zaman (3)
20. Banyolar, tuvaletler ve sağlık kuruluřunun genel �evresininin temizliėiyle ilgili ne d�ř�nd�n�z?			
�ok kirli (0)	Kirli (1)	Temiz (2)	�ok temiz (3)
21. Sağlık kuruluşunda genel olarak kendinizi g�vende hissettiniz mi?			
Hayır, asla (0)	Evet, birkaç kez (1)	Evet, �oėu zaman (2)	Evet, her zaman (3)



EK-4. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

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

Son 7 gündür;

1) Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- a. Her zaman olduğu kadar
- b. Artık pek okadar değil
- c. Artık kesinlikle okadar değil
- d. Artık hiç değil

Son 7 gündür;

2) Geleceğe hevesle bakıyorum.

- a. Her zaman olduğu kadar
- b. Her zamankinden biraz daha az
- c. Her zamankinden kesinlikle daha az
- d. Hemen hemen hiç

Son 7 gündür;

3) Birşeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

- a. Evet, çoğu zaman
- b. Evet, bazen
- c. Çok sık değil
- d. Hayır, hiç bir zaman

Son 7 gündür;

4) Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

- a. Hayır, hiç bir zaman
- b. Çok seyrek
- c. Evet, bazen
- d. Evet, çoğu zaman

Son 7 gündür;

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

- a. Evet, çoğu zaman
- b. Evet, bazen
- c. Hayır, çok sık değil
- d. Hayır, hiç bir zaman

Son 7 gündür;

6) Her şey giderek sırtıma yükleniyor.

- a. Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum
- b. Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum
- c. Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkamıyorum
- d. Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

Son 7 gündür;

7) Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.

- a. Evet, çoğu zaman
- b. Evet, bazen
- c. Çok sık değil
- d. Hayır, hiç bir zaman

Son 7 gündür

8) Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.

- a. Evet, çoğu zaman
- b. Evet, oldukça sık
- c. Çok sık değil
- d. Hayır, hiç bir zaman

Son 7 gündür

9) Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

- a. Evet, çoğu zaman
- b. Evet, oldukça sık
- c. Çok seyrek
- d. Hayır, asla

Son 7 gündür

10) Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

- a. Evet, oldukça sık
- b. Bazen
- c. Hemen hemen hiç
- d. Asla

EK-5. Travma Sonrası Büyüme Envanteri

Travma Sonrası Büyüme Envanteri Sizden öğrenmek istediğimiz, yaşamınızda önemli yer tutan travmatik yaşam olaylarının, hayatınızda ne ölçüde pozitif değişikliklere sebep olduğudur. Geçmişte yaşadığınız krizden/krizlerden sonra yaşamınızda ve düşüncelerinizde meydana gelen değişimleri lütfen aşağıda verilen puanlama ölçütlerine göre 0 ve 5 arasında değerlendiriniz.

[0= hiçbir zaman, 1= çok az, 2=bir miktar, 3= orta, 4=oldukça fazla, 5= çok fazla]

	0	1	2	3	4	5
1. Yaşamda önem verdiğim şeylerin öncelik sırası değişti.						
2. Kendi hayatıma verdiğim değerde büyük bir artış oldu.						
3. Yeni ilgi alanları keşfettim.						
4. Kendime güven hissinde artış oldu.						
5. Manevi konuları daha iyi anlamaya başladım.						
6. Başım sıkıştığında insanlara güvenilebileceğimi daha iyi anladım.						
7. Yaşamım için yeni bir yön belirledim.						
8. Kendimi diğer insanlarla çok daha yakın hissetmeye başladım.						
9. Duygularımı ifade etmeye daha çok istekliyim.						
10. Zorlukları göğüsleyebileceğimi daha iyi anladım.						
11. Yaşamımda daha iyi şeyler yapabiliyorum						
12. Her şeyi olduğu gibi, daha çok kabullenebiliyorum.						
13. Her günümü daha iyi değerlendirebiliyorum.						
14. Daha önce var olmayan yeni olanaklara kavuştum.						
15. Diğer insanlara karşı daha şefkatliyim.						

16. İlişkilerime daha çok emek sarf etmeye başladım.						
17. Değişmesi gereken şeyleri değiştirebilmek için daha çok çaba harcıyorum.						
18. Daha güçlü bir inanca sahibim.						
19. Düşündüğümde çok daha güçlü olduğumu keşfettim.						
20. İnsanların ne kadar mükemmel olabildiklerine dair çok şey öğrendim						
21. Başkalarına ihtiyaç duyuyor olmayı daha çok kabullendim						

EK-6. Gönüllü Bilgilendirilmiş Olur Formu

Sizi Dr.Öğr.Üyesi Zeliha ÖZŞAHİN danışmanlığında” Algılanan Kişi Odaklı Annelik Bakımının Erken Ve Geç Postpartum Dönemde Depresyon Ve Posttravmatik Gelişime Etkisi: Bir İzlem Çalışması” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **cıkma** hakkında sahipsiniz. 18 yaşının altındaki Katılımcı/Gönüllülerin, Velayet veya Vesayetindeki yasal temsilcilerine gerekli açıklamalar yapılarak bilgilendirildi. Çalışma için gerekli İzin/Onam alındı. **Çalışmaya katılmanız, soruları yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam/onay verdiğiniz anlamına gelmektedir.** Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen **Araştırma amacı** ile kullanılacaktır. **Araştırma yayınlansa bile isminiz ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli kalacak ve 3. bir şahısa verilmeyecektir.** Olası bir soruna karşı gerekli tedbirler tarafımızdan alınacaktır.

Araştırma nedeniyle bir zarar görmeniz söz konusu olursa gereken masraflar yardımcı araştırmacı Neslihan ERDEM tarafından karşılanacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana;çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarakta anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜ		İMZASI/TARİH
ADI-SOYADI		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

VELİ/ VASİ (Varsa)		İMZASI/TARİH
ADI-SOYADI		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

ARAŞTIRMACI		İMZASI/TARİH
ADI-SOYADI ve GÖREVİ	Neslihan ERDEM	
ADRES	İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı	
TELEFON		
TARİH		

**EK-7. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik
Araştırmalar Etik Kurulu Onay Belgesi**



EK-8. Elazığ Özel Hayat Hastanesi Kurum İzni

