



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

FARKLI İKİ KÜLTÜRDEN KADINLARDA DOĞUM SONU DÖNEME UYUM VE DEPRESYON DÜZEYLERİ

PALIZAITI AIERKEN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİMDALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. HATİCE YILDIZ

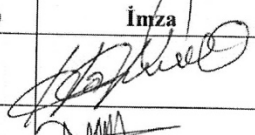
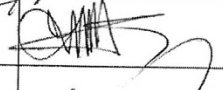
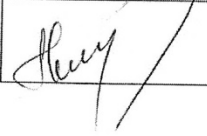
İSTANBUL – 2020

TEZ ONAYI

TEZ ONAY FORMU

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Program türü : Yüksek Lisans
Anabilim Dalı : Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Tez Sahibi : Palizaiti Aierken
Sınav Tarihi ve Saati : 31/ 08/ 2020 - saat 10:30
Tez Başlığı : Farklı iki kültürden kadınlarda doğum sonu döneme uyum ve depresyon düzeyleri

Bu çalışma, içerik ve kalite bakımından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Ünvan, Adı-Soyadı (Kurum adı)	İmza
Danışman	Prof. Dr. Hatice YILDIZ (M.Ü)	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi. Zübeyde EKŞİ GÜLOĞLU (M.Ü)	
Üye	Prof. Dr. Hediye ARSLAN ÖZKAN (Yeditepe Üniversitesi SBF)	

ONAY

Bu tez, yukarıda isimleri bulunan jüri üyeleri tarafından "Marmara Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliği" nin ilgili maddeleri uyarınca kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun03.09.2020.....tarih ve36.....sayılı kararı ile onaylanmıştır.


Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmemiş bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Palizaiti AİERKEN

Teşekkür

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince daima yanımda olan, tecrübesi, bilgisi ve önerileriyle bana yol gösteren, araştırmamın her aşamasında profesyonel yardımlarıyla beni destekleyen, değerli zamanını, deneyimlerini, görüşlerini paylaşan, sabır gösteren ve bana bu işi sevdiren çok değerli danışmanım Sayın Prof. Dr. Hatice YILDIZ' a,

Uzmanlık eğitimim süresince eğitimime katkıda bulunan Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD öğretim üyeleri hocalarıma,

Tüm yaşamım boyunca ve eğitimim süresince beni destekleyen, hep yanımda olan her zaman sevgilerini hissettiğim aileme,

Maddi, manevi her türlü desteklerini benden esirgemeyen hep yanımda olan ve hayatımın en değerli varlıklarından olan eşim Saidiahmet' e

Çalışmaya katılan tüm anneler'e

Teşekkürlerimi sunarım

Palizaiti AİERKEN

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
KISALYMALAR VE SİMGELER	vi
TABLO LİSTESİ	vii
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	7
4.1. Doğum Sonu Dönem ve önemi	7
4.2.1 Doğum sonu olası fizyolojik problemler ve uyum	7
4.2.2 Doğum sonu döneme psiko-sosyal uyum ve etkileyen faktörler.	8
4.3. Doğum Sonu Depresyon	8
4.2.1 Doğum sonu olası fizyolojik problemler ve uyum	7
4.2.2 Doğum sonu döneme psiko-sosyal uyum ve etkileyen faktörler.	8
4.3. Doğum Sonu Depresyon	8
4.3.1 Doğum sonu depresyon tanımı, önemi ve epidemiyolojisi	9
4.3.2 Doğum Sonu Depresyonu Hazırlayıcı Faktörler ve Sonuçları	13
4.3.2.1 Biyolojik, hormonal, fiziksel ve obstetrik faktörler	14
4.3.2.2 Sosyal faktörler ve yaşam tarzı	14
4.3.2.3 Psikolojik faktörler	16
4.3.3 Doğum Sonu Depresyon Belirtiler	17
4.3.4 Doğum Sonu Depresyon Değerlendirmesi, İzlemi ve Yönetim	18
4.3.4.1 DSD değerlendirme	18
4.3.4.1 DSD izlemi, değerlendirme ve yönetimi	18
4.4. Kültür ve Etkileri	20
4.4.1. Kültürün tanımı ve önemi	20
4.4.2. Kültürün anne - bebek sağlığına etkisi	21
4.4.3. Kültürün doğum sonu depresyona etkisi	22
4.5. Doğum Sonu Döneme Uyum ve Depresyonda Kadın Doğum Hemşiresinin Rolü.	23
4.5.1. DS uyumda kadın doğum hemşiresinin rolü.....	24
5. GEREÇ VE YÖNTEM	27
5.1. Araştırmanın Türü.....	27
5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	27

5.3. Araştırmanın Evren Örnekleme	27
5.4. Araştırmaya Alınma ve Dışlanma Ölçütleri	29
5.5. Araştırmanın Değişkenleri	29
5.6. Veri Toplama Araçları	30
5.7. Araştırmanın Etik Yönü	31
5.8 .Verilerin toplanması	32
5.9 Araştırma Soruları	32
5.10 Verilerin Analizi	32
5.11 Araştırmanın Zorlukları ve Sınırlılıkları	33
6. BULGULAR	34
6.1 Türk ve Türkiye’de Yaşayan Uygur Türkü Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Ait Veriler	34
6.2. Doğum Sonu Uyum ve Depresyon Düzeyi Sonuçlarına Ait Veriler	40
7.TARTIŞMA VE SONUÇ	53
7.1.1 Türk ve Türkiye’de yaşayan Uygur Türkü kadınların tanımlayıcı özelliklerin tartışılması	53
7.1.2 Doğum sonu uyum ve depresyon düzeyi sonuçlarına ait verilerin tartışması	56
7.2.1 Tanımlayıcı özelliklere ait sonuçlar	60
7.2.2 Doğum sonu uyum ve depresyon düzeyi sonuçlarına ait sonuçlar	61
7.2.3 Araştırma sorularına göre sonuçların değerlendirilmesi	63
7.3 Öneriler	64
8. KAYNAKLAR	66
9. EKLER	79
10. ÖZGEÇMİŞ	93

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

5-HT: Serotonin

DS : Doğum sonu

DSD: Doğum Sonu Depresyon

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EDDÖ: Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği

NE: Norepinefrin

PKDÖ: Postpartum Kendini Değerlendirme Ölçeği

TK:Türk kadınlar

TSH: Tiroid Stimüle Hormon

UTK:Uygur Türkü kadınlar

TABLÖLER LİSTESİ

Tablolar	Sayfa
Tablo 6.1.1 Türk ve Uygur Türkü kadınların tanıtıcı özellikler	35
Tablo 6.1.2 Türk ve Uygur Türkü kadınların aile tipi ve evlilik ilişkileri ait özellikler	36
Tablo 6.1.3 Türk ve Uygur Türkü kadınların obstetrik özellikleri	37
Tablo 6.1.4 Türk ve Uygur Türkü kadınların doğum sonrasına ilişkin özellikleri	39
Tablo 6.2.1 Türk ve Uygur Türkü kadınların PKDÖ alt boyut ve total puan ortalamaları	40
Tablo 6.2.2 Türk ve Uygur Türkü kadınların EDDÖ total puan ortalamaları, EDDÖ alınan puanlara göre depresyon düzeyi riski ve cut-off değerine göre dağılım	41
Tablo 6.2.3 Türk ve Uygur Türkü kadınların EDDÖ puanları kapsamında depresyon riski düzeylerine göre PKDÖ alt grup ve total puan ortalamalarının dağılımı	42
Tablo 6.2.4 Türk ve Uygur Türk'ü kadınların eğitim, gebelik ve doğum sonu bazı değişkenlere göre PKDÖ alt grup ve total puan ortalamaları	43
Tablo 6.2.5 Türk ve Uygur Türk'ü kadınların eğitim, gebelik ve doğum sonu bazı değişkenlere göre PKDÖ alt grup ve total puan ortalamaları	45
Tablo 6.2.6 Türk ve Uygur Türk'ü kadınların yaş ortalamaları, eğitim düzeyi ve DS süreçle başa çıkmada hissettiklerine göre PKDÖ ve EDSDÖ puan ortalamaları	47
Tablo 6.2.7 Türk ve Uygur Türkü Kadınların bazı değişkenlere göre EDSDÖ total puan ortalamaları	48
Tablo 6.2.8 Türk ve Uygur Türkü kadınların bazı değişkenlere göre EDSDÖ alınan puanlar kapsamında depresyon düzeyleri	50
Tablo 6.2.9 Türk ve Uygur Türkü Kadınlarda yaş, eğitim düzeyi, PKDÖ ve EDSDÖ puanlarının korelasyonu	51

1. ÖZET

Farklı iki kültürden kadınlarda doğum sonu döneme uyum ve depresyon düzeyleri

Öğrenci Adı: Palizaiti AİERKEN

Danışman Adı: Prof. Dr. Hatice YILDIZ

Amaç: Çalışmada, Türk ve Uygur Türkü kadınların doğum sonu döneme uyumları ve depresyon durumlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Çalışma tanımlayıcı bir araştırma olup, İstanbul ilinin bir ilçesindeki 1 ve 2 No'lu Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı ve son 6 ay içinde doğum yapmış olan Türk ve Uygur Türkü kadınlarda gerçekleştirildi. Araştırmanın örneğini 50 Türk ve 50 Uygur Türkü kadın olmak üzere toplam 100 kadın oluşturdu. Verilerin toplanmasında Tanıtıcı Form, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) ve Postpartum Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) kullanıldı. Veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versiyon 22 kullanılarak analiz edildi.

Bulgular: Çalışma kapsamına alınan Türk ve Uygur Türkü kadınların çoğunluğu (Türk kadınlar-TK: %36; Uygur Türkü kadınlar-UTK: %38) üniversite mezunuydu. Yaş ortalamaları TK da $31,38 \pm 5,53$, UTK da $29,98 \pm 5,85$ di ve fark anlamlı değildi ($p > 0,05$). TK'nın %28,0'ı, UTK %14,0 mevcut doğum sonu süreçlerini “*sorunlu, problemli, sıkıntılı*” olarak tanımladı ve TK'nın %36,0'ı kendi, %14,0'da bebeğinin bakımı ile ilgili sıkıntı yaşadığını belirtti ve bu oranlar UTK da %32,0 ile %20,0 dı. PKDÖ totale göre iki gruptaki kadınların doğum sonu uyumları iyiydi ve fark yoktu ($p > 0,05$), PKDÖ alt boyutları açısından UTK rın “*Partnerler arasındaki ilişkinin kalitesi*”, “*Partnerlerin bebek bakımına katılıma bakışları*”, “*Doğum deneyiminden memnuniyet*” ve “*Hayatın devamından hoşnut olma*” alt boyut puan ortalamaları, TK da da “*Annelik görevleriyle başa çıkmada güce güvenme*” ve “*Aile ve arkadaşların annelik için desteği*” alt boyut puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksekti ($p < 0,001$). TK da EDSDÖ total puan ortalaması UTK'dan (TK: $9,42 \pm 6,30$; UTK: $6,72 \pm 3,67$) anlamlı olarak yüksekti ($p < 0,05$). EDSDÖ puanlarına göre depresyon riski düzeyi oranı da TK da anlamlı olarak fazlaydı ($p < 0,05$). Hem Türk hem de UTK da PKDÖ ile EDSDÖ total puan ortalamaları arasında negatif yönde bir ilişki vardı, ancak bu ilişki anlamlı düzeyde değildi ($p > 0,05$).

Sonuç: Farklı iki kültürdeki kadınların doğum sonu uyumlarının benzer ve iyi düzeyde olduğu, ancak TK depresyon düzeylerinin yüksek olduğu ve DS süreçte bu bağlamda kadınların desteklenmesi gerektiği söylenebilir.

Anahtar kelimeler: Doğum sonu dönem, uyum, depresyon, kültür

2. ABSTRACT

Adaptation to Postpartum Period and depression in women from two different cultures

Student name: Palizaiti AIERKEN

Name of Supervisor: Prof. Dr. Hatice YILDIZ

Objective: In this study, it was aimed to evaluate the compliance of Turkish and Uyghur Turkish women to postpartum period and their depression status.

Material and methods: The study is a descriptive study and was carried out on Turkish and Uyghur Turkish women who were registered in the No. 1 and No. 2 Family Health Center in a district of Istanbul and gave birth in the last 6 months. The sample of the study was 100 women, 50 of whom were Turkish and 50 were Uyghur Turkish women. Descriptive Form, Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and Postpartum Self Evaluation Questionnaire (PSEQ) were used to collect data. Data were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 22.

Results: The majority of Turkish and Uyghur Turkish women included in the study (Turkish women-TK: 36%; Uyghur Turkish women-UTK: 38%) were university graduates. The mean age was 31.38 ± 5.53 in TK and 29.98 ± 5.85 in UTK and the difference was not significant ($p > 0.05$). 28.0% of TK and 14.0% of UTK defined the current postpartum processes as *"problematic, troubled, and distressing"* and 36.0% of TK stated that they had difficulties with their own care and 14.0% of their babies. These rates were 32.0% and 20.0% in UTK. The postpartum adjustment of the women in the two groups according to the PSEQ total was good and there was no difference ($p > 0.05$), in terms of the PSEQ sub-dimensions, the *"quality of the relationship between partners"*, *"partners' views on participation in baby care"*, *"Satisfaction with the birth experience"* and *"Life's Satisfaction with the continuation"* of the sub-dimension mean scores, and TC in the *"confidence in the power to cope with maternal duties"* and *"Support from family and friends for motherhood"* sub-dimension mean scores were significantly higher ($p < 0.001$). In TK, the mean EPDS total score was significantly higher than the UTK (TK: 9.42 ± 6.30 ; UTK: 6.72 ± 3.67) ($p < 0.05$). The rate of depression risk level according to EPDS scores was also significantly higher in TK ($p < 0.05$). There was a negative correlation between PSEQ and EPDS total score averages in both Turkish and UTK, but this relationship was not significant ($p > 0.05$).

Conclusion: It can be said that postpartum adjustment of women from different cultures is similar and at a good level, but their TK depression levels are high and women should be supported in this context in the DS process.

Key words: Post partum period, adaptation, depression, culture

3. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsan soyunun devamlılığının sağlanmasında, her şekilde yaşadığı topluma uyum sağlayabilen bireylerin yetiştirilmesinde, kültürün kuşaktan kuşağa devam etmesinde, ailenin evrensel büyük bir görev ve sorumluluğu olmaktadır. Bu evrensel rol, kadınların doğurganlık fonksiyonu ile yerine getirilmektedir (Beydağ, 2007). Ailenin sağlığının korunması ve geliştirilmesinde ve ailedeki bireylerin yaşamında önemli dönüm noktası olan doğum sonu dönem; ailede fiziksel, sosyal ve duygusal değişikliklerin ortaya çıktığı, altı haftalık süreyi içeren bir geçiş dönemidir (Burroughs 2001, Taşkın 2012). Bu dönemde; anne- babaların bebek bakımı verebilmesi, bebeği için güvenli çevre oluşturabilmesi, bebeği ile iletişim kurabilmesi, yeni rollerini üstlenmesi ve bebeği ile ilgili problemlerle başa çıkabilmesi gerekir. Anne, doğum eyleminden sonra ve laktasyon döneminin başlaması ile önemli anatomik, fizyolojik ve hormonal değişimler yaşamaktadır (Koyuncu, 2019). Bu dönemde anne bedeninde ortaya çıkan fizyolojik değişimler 6-8 haftada tamamlanırken, psikolojik sağlığının iyileşmesi, yeni rol ve sorumluluklarını üstlenmesi 12. aya kadar sürebilmektedir (Oruç, 2018). Bu dönem, aile için çok olumlu, mutluluğu sağlayan, aile bağlarının güçlenebildiği bir dönem olabileceği gibi, kriz yaşanan bir dönem olarak da yaşanabilmekte ve yeterli derecede profesyonel danışmanlık, bakım ve sosyal destek alamayan anne ve ailesi için önemli derecede komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir (Beydağ, 2007). Anne ölümlerin çoğu da bu dönemde yaşanmaktadır. Özellikle anne ölümlerinin %60'ından fazlası doğum sonu dönemde yaşanabilmektedir (Deller, 2011).

Doğum sonu dönem ailede fiziksel, sosyal ve duygusal değişimlerin meydana geldiği. önemli bir gelişimsel geçiş süreci olması ve bu süreçte aileye yeni bir üyenin katılımı nedeniyle anne ve babanın yeni rol ve sorumluluklara hazırlanması, üstlenmesi ve uyumu gerekir (Burroughs 2001; Doğan Merih, 2017; Taşkın 2012). Lederman ve Lederman (1989), kadının yeni rolüne hazırlığının, doğum sonu uyumu ve annelik rolünden memnuniyetini etkilediğini ortaya koymuştur. Farklı bir çalışmada prenatal uyumları yüksek olan kadınların doğum sonu yeni rollerine uyumlarının da yüksek olduğu ve aynı zamanda gebelikte annelik rolüne kendini hazır hisseden kadınlarda doğum sonu dönemde annelik sorumluluklarını üstlenmenin, kendine olan güvenin daha fazla, annelik rolünden memnuniyetin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Kiehl and White, 2003)

Doğum sonu dönemde annenin uyumu kendi sağlığını etkilediği kadar çocuk ve aile sağlığını da etkilemektedir. Aile sağlığı, aile üyelerinin fiziksel, piskososyal ihtiyaçlarının karşılanabilmesine, sosyal yaşamlarını sürdürebilmesine ve aile üyelerinin rol ve sorumluluklarını kendisi ve ailesi için üstülenebilmesine bağlıdır. Aile içindeki bu bağ sebebiyle aile üyelerinden birinin sağlığında problem olduğunda, aile içindeki denge bozulur. Sağlığında problem olan kişi özellikle kadın olduğunda bu dengenin bozulması daha da artar. Tüm bu özellikler bağlamında kadının ve ailenin doğum sonu süreçte uyumunda; fiziksel ve psikolojik faktörlere ek olarak kadın/ailenin yaşadığı sosyal ve çevresel faktörler, gelenek ve görenekler, kültür, kültürel normlar, mitler, dini inanç, sosyal, ekonomik, politik ve entellektüel koşullar gibi faktörler etkili olabilmektedir (Cihad, 2017)

Doğum sonu süreçte uyumu etkileyen faktörlerden biri olan kültür, insanın yaşadığı bir toplumun üyesi olarak kazandığı bilgileri, inançları, sanat, ahlak, hukuk, gelenek vb. yaygın alışkanlıkları kapsayan karmaşık bir bütündür (Tylor, 1958). Başka bir tanımla kültür: toplum, insan, eğitim süreci ve kültürel inançlar gibi değişkenlerin ve bunlar arasındaki her türlü ilişkilerin bir işlevidir. İnsanın kültürünü bilmek anlamak demek, aynı zamanda o toplumda yaşayan insanın sağlık durumları, inançları ve davranışlarını öğrenebilmenin temelini oluşturur (Arif, 2006). O nedenle, toplumun sağlık ve hastalık hakkındaki görüşleri, inanç ve davranışları kültürün de karakterini oluşturur (Aksayan, 1983). Toplumun kültürel özellikleri o toplumda yaşayan insanların özellikle de anne ve çocukların sağlık ve hastalık durumlarını önemli derecede etkileyebilmektedir. Anne-bebek ölümlerinde biyo-fizyolojik faktörler ve sağlık hizmetleri direkt etkili olurken, kültür, inanç, ekonomik durum, ekolojik ortam ve sosyal faktörler de dolaylı olarak etkili olmaktadır. Çünkü, annelerin anne-bebek bakımında bilgi becerilerin yetersizliği veya çevresinden etkilendiği yanlış bilgi ve kültürel uygulamalar onların sağlığında problem çıkmasına, anne ve bebeğin iyileşme sürecinin geçikmesine, sağlığına zarar vermesine ve hatta ölümlerine yol açabilmektedir (Bilgen,2015).

Diğer yandan, doğum sonu dönemde hızlı fizyolojik ve endokrin değişimlerin yanında birçok faktörler doğum sonu depresyonun ortaya çıkmasına yol açabilmektedir. Doğum sonu depresyon, doğumdan sonra gelişebilen ve çeşitli klinik belirtilerle seyreden esas depresyon atağı olarak tanımlanmaktadır (Nur ve ark, 2004) Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından geliştirilen Mental Bozuklukların Tanısal ve istatistiksel El Kitabı (Diagnostic

and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV), depresyon bulgularının doğum sonu ilk bir ay içinde görülmesinin “doğum sonu depresyon” olarak değerlendirmeye alınabileceğini belirtilmektedir (Daniel L Segal, 2010). Kennedy ve Suddenfield (2006) araştırmalarında, doğum sonu depresyon bulgularının görülme zamanının daha çok doğumu takiben 6-12. haftalardan başlayarak doğumdan sonraki bir yılın herhangi bir zamanında da görülebileceğini ortaya koymuştur. Doğum sonu depresyon, laktasyon dönemindeki kadınlarda, metabolizim bozuklukları, uyku bozukluğu, yorgunluk gibi durumların ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Aynı zamanda, kadınlarda anksiyete atakları, yoğun üzüntü ve kendini çaresiz hissetme, içe kapanma, kendini yalnız hissetme, değersizlik hissi, öz güvenini kaybetme, konsantrasyon düşüklüğü ve sebebsiz ağlama gibi durumlara da neden olabilmektedir. Annelerde bebeğine karşı ilgisizlik ya da aşırı endişelenme, bebeğine karşı bunalma, hayata olan ümidünü kaybetme, öz kıyım düşünceleri gibi durumların görülmesine de neden olabilmektedir (Arslan, 2012). Doğum sonu depresyonun ortaya çıkmasına etkileyen hazırlayıcı faktörleri tam olarak bilinmemekle birlikte biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörler ile açıklanmaktadır (Uyar, 2005). Bu faktörlerden kültürel faktörlerin etkisi de giderek önem taşımaktadır (Ariff and Beng, 2006; Kaewsarn, 2003). Birçok kültüre göre, gebelik ve annelik rollerini üstlenme, kadınların yerine getirmesi gereken bir görev olarak kabul edildiğinden bu durum kadın için baskı ve yük oluşturabilmektedir. Kadınlar gebelik, doğum ve doğum sonrası süreçte bir taraftan yeni rollerini üstlenmeye dair değişik duygularla yaşarken, diğer taraftan da toplumsal beklentilerin baskısı altında kalmaktadır (Sayin, 2016). Tüm sosyal, kültürel değerlerin yanında kadına yüklenen ve beklenti konulan bu sorumluluklar doğum sonu depresyonda da önemli rol oynamaktadır. Bu nedenlerden dolayı da aile ve toplumun sürekliliği için, annelerin sadece fiziksel değil psikolojik sağlıklarının da korunması ve geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır (Bilgen, 2015).

Hemşirelerin doğumdan sonraki bu özel dönemde, etkili ve gereksinime uygun bakım verebilmeleri için anneleri içinde yaşadığı toplum ve bu toplumun özellikleri ile bir bütün olarak ele alınması önemlidir. Çünkü bireylerin kültürü yaşamının dolayısıyla hemşirelik bakımının bütünleyici bir parçasıdır (Andrews, 2002; Tortumluoğlu G. 2004). Kültürel değerler ile ele alınan ve geniş kapsamlı olarak değerlendirilen bireylere verilen sağlık bakımının kalitesi de yüksek olacaktır (Gölbaşı, 2010). Çünkü insanların sağlıkla ilgili inanç ve uygulamaları, içinde yaşadığı toplumun kültürünün bir parçasını oluşturmaktadır.

Literatür bağlamında elde edilen veriler kadınların yaşam döneminde önemli bir süreç olan doğum sonu döneme uyumlarının, uyumda yaşanan sorunların ya da sorun yaşama düzeylerinin, kültürel farklılıkların etkisinin, kültür ve doğum sonu uyumla ilgili durumun doğum sonu depresyon ile bağlantısının belirlenmesinin önemli olduğunu göstermektedir. Sağlık hizmetlerinde, hizmet verilen toplumun kültürel özelliklerinin, kültürel farklılıklarının bilinmesi ve bu bağlamda bakım gereksinimlerinin karşılanması, bireye özgü kaliteli bakımın verilmesinde önemli bir unsurdur ve bu bağlamda da hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Bu nedenle araştırmamızda, iki farklı kültürden olan kadınların (*Türk kadınları ile Türkiye’de yaşayan Uygur Türkü kadınlar*) doğum sonu döneme uyumları ve depresyon durumlarının değerlendirilmesi ve doğum sonu uyum düzeyi ile doğum sonu depresyon arasındaki ilişkinin incelemek **amaçlanmıştır**.

4. GENEL BİLGİLER

4.1 Doğum Sonu Dönem ve Önemi

Doğum sonu (DS) dönem, bebeğin doğumu ile başlayan, kadınlarda genital-ekstragenital organ ve endokrin sistem değişim olan, hem kadının hem de ailenin psikososyal uyumunu içeren önemli bir süreçtir (Yıldız, 2009). Bu dönemde annenin bedenindeki fizyolojik değişimler 6-8 haftada tamamlanırken, psikolojik sağlığının iyileşmesi, yeni rol ve sorumluluklarına uyum sağlaması 12. aya kadar sürebilmektedir (Oruç, 2018). Bu dönem, kadın ve ailesi için olumlu, aile üyeleri arasındaki bağların güçlendiği bir dönem olabileceği gibi, aile için bir kriz dönemi de olabilir (Beydağ, 2007). Kadınlar doğum sonu dönemde, perineal ve insizyonel bölgede ağrı, meme problemleri, enfeksiyon, yorgunluk, uykusuzluk, kabızlık, emzirme, cinsel yaşam, kendisi ve bebeğinin bakımı, psikosoyale vb. yönelik birçok sorun yaşayabilmektedir (Bağcı, 2014). Bu dönemde aile basit olarak sayılabilen sorunların çözümünde bile yardıma ihtiyaç duyabilir. Bu yüzden doğum sonu dönemde hemşirelik bakımı hem kadın hem yenidoğanın hem de ailenin ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde planlanmalıdır (Şimşek ve Yılmaz, 2017).

4.2 Doğum sonu Döneme Fizyolojik ve Psikolojik Uyum

Doğum sonu dönemde kadınların yaşadığı fizyolojik ve psikolojik değişikliklere uyum sağlaması, kendi ve bebeğinin kişisel bakımlarını yapabilmesi, bebeğini kabullenmesi, bebeğini beslemesi, bebeği ile iletişim kurabilmesi vb. beklenmektedir (Zengin, 2019).

4.2.1 Doğum sonu olası fizyolojik problemler ve uyum

Doğum sonu dönemde kadınlarda sıklıkla doğum sonu kanama, epizyotomi ya da insizyon bölgesinde ağrı, meme dolgunluğu, meme başı çatlakları, mastit, sezeryan bağlı ağrı, enfeksiyon, kabızlık, yorgunluk, uykusuzluk gibi pek çok fizyolojik sorunlar yaşamaktadır. Doğum eyleminde çekilen ağrı ve güç gerektiren yorucu bir doğum sonrasında anneler yorgun düşer (Nelson A 2003; Williams 2007). Doğum sonu uykusuzluk, yorgunluk, doğum eyleminin gerçekleşme süresi, doğum şekli, endokrin sistem değişikliği, epizyotominin varlığı, emzirme, bebek bakımı gibi fiziksel faktörler ile yeterince sosyal destek alamama, daha önce doğum sonu depresyon yaşama öyküsü, hastanede kaldığı süresi, evde başka bakıma muhtaç olan çocukların varlığı gibi durumlar annenin fizyolojik ve aynı zamanda psikolojik değişikliklere uyumunu etkileyebilmektedir (Beydağ, 2007).

4.2.2 Doğum sonu döneme psiko-sosyal uyum ve etkileyen faktörler

Doğum sonu dönemde kadın, yeni doğan gereksinimlerini karşılama, aile üyeleri ile ilişkilerini sürdürme ve mesleki rollerini devam ettirmeye çalışmaktadır (Oruç, 2018). Aileye yeni bir üyenin katılımıyla beraber eşlerin sosyal yaşamlarında değişiklikler yaşanmaya başlar. Anne çalışıyorsa bir sürelik iş yaşamını ikinci plana koymak zorunda kalabilir. Annenin evde geçirdiği süre artmıştır ve bunun sonucunda sosyal ve iş yaşamında oluşan kısıtlamalar annede stres yaratabilmektedir. Diğer yandan kadının ilgisinin ve sevgisinin tamamen bebeğe yönelmesi birçok baba için stres kaynağı olabilmektedir. Eşlerin ilişkilerindeki eski düzen bozulabilmekte, eşlerin birbirinden beklentileri değişebilmekte, rol ve sorumluluklarında artış görülebilmektedir (Başer, 2005). Doğum sonu süreçte kadının yeni rolüne uyumu ve karşılaştığı sorunlarla baş edebilmesinde eşinden, yakınlarından ve çevreden aldığı destek ile eşler arasındaki uyum da önemlidir (Taşkın, 2012). Tüm bu nedenlerle doğum sonu süreçte annenin uyumu kendi sağlığını etkilediği kadar, çocuk sağlığı ve aile sağlığını da etkileyen önemli bir durumdur. Çünkü aile sağlığı, aile üyelerinin fiziksel, ruhsal ve sosyal ihtiyaçlarını karşılayabilmesine, sosyal yaşama katılabilmesine ve aile üyelerinin rollerini, kendisi ve ailesi için sorumluluklarını yerine getirebilmesine bağlıdır (Bağcı, 2014). Diğer yandan doğum sonu psiko-sosyal uyumda sosyal ve çevresel faktörler olarak aile, kültür, din, sosyal, ekonomik, politik ve entellektüel koşullar da önemli rol oynamaktadır (Cihad, 2017). Doğum sonu süreçte fiziksel ve psikososyal uyumda sorun yaşandığında, bunlara uyum sağlanamadığında sonuç olarak karşımıza doğum sonu depresyon çıkabilmektedir.

4.3. Doğum Sonu Depresyon

Yeni anne olmuş bireyler olumlu hisler içerisinde olması gerekirken, DS yaşadıkları duygulara ek olarak ya da olumlu duyguların aksine anksiyete ve depresif yönde duygu durumlarını da deneyimleyebilmektedir (Yim, 2015). Doğum sonu süreçte hızlı fizyolojik ve hormonal değişimler başta olmak üzere multifaktöriyel birçok nedenler doğum sonu depresyonun (DSD) gelişiminde etkili olabilmektedir. Kadınlar doğum sonu dönemde ortaya çıkan fizyolojik ve psiko-sosyal değişimlere uyum sağlama, kendi ve bebek bakımı ve gereksinimlerini karşılama çabası kadınlarda stres faktörü olarak etki etmektedir. Stresin artmış olduğu bu dönemde, kadınlara yeterli desteğin sağlanması, bu konuda ailelerin bilgilendirilmesi ve doğum sonu izlem çok önemlidir (Nur ve ark., 2004; Cheng, 2006; Maley, 2002).

4.3.1 Doğum sonu depresyon tanımı, önemi ve epidemiyolojisi

Psikiyatrik tanı sistemlerinden olan DSM-V’de doğum sonrası depresyon (DSD) doğrudan, yalnız başına bir tanı olarak değerlendirilmemektedir. DSD DSM-V’de “Duygu Durum Bozuklukları” tanısı altında “Majör Depresyon” başlığında “Peripartum Başlangıçlı” grubu içerisinde yer almaktadır. Burada DSD; doğum sonrasında ilk dört haftada oluşan majör depresyon ataklarında peripartum başlangıçlı majör depresyon olarak ele alınmaktadır (APA, 2013). DSM-IV’de de depresyon bulgularının doğum sonu ilk bir ay içinde görülmesinin “doğum sonu depresyon” olarak değerlendirmeye alınabileceğini belirtilmektedir (Daniel L Segal, 2010). Doğum sonrası depresyon doğumdan sonraki ilk 4-6 hafta içinde kadınlarda görülen, ancak genellikle tanısı koyulmayan önemli bir halk sağlığı problemidir (Desai ve ark., 2012). Kennedy ve Suddenfield (2006) araştırmalarında, doğum sonu depresyon bulgularının görülme zamanının daha çok doğumu takiben 6-12. haftalardan başlayarak doğumdan sonraki bir yılın herhangi bir zamanında da görülebileceğini ortaya koymuştur.

Doğum sonrası depresyonda genellikle istenmeyen gebelik, gebelik kaybı öyküsü, yakın partner şiddeti ve yoksulluk gibi değişkenlerin rol oynadığı vurgulanmaktadır (Azale ve ark., 2018). DSD ile diğer depresyon bozuklukları arasındaki en önemli fark, DSD’nun belirgin anksiyete bileşenlerine sahip olmasıdır (Leigh ve Milgrom, 2008). Doğum sonrası depresyon yalnızca anne, bebeği ve ailesi üzerinde kısa süreli olumsuz etkiler bırakmamakta, uzun süreli kronik ya da tekrarlayan depresyon morbiditesine de yol açabilmektedir (DSÖ, 2010).

Özellikle gelişmiş ülkelerde güncel doğum sonrası bakım modelleri, önemli ölçüde günümüzde yüksek anne ve yeni doğan ölüm oranlarına yanıt olarak geliştirilmiştir (Stewart ve ark., 2003). Buna rağmen tanısı koyulamayan ve tedavi edilemeyen doğum sonrası depresyonun uzun süreli olumsuz uzun vadeli etkileri olabilmektedir. DSD da yalnızca annede uzun süreli kronik ve depresyon riski bulunmamakta, annelerinin depresyonu ile bebekler de bilişsel, davranışsal, duygusal anlamda olumsuz gelişim gösterebilmektedir (Iranfar ve ark., 2005). Doğum sonrası dönemde kısa vadede görülen olumsuz etkiler genellikle; annenin güvenlik tedbirlerinde dikkatsiz olması ve bu tedbirleri almada isteksiz olması, bebeğin rutin sağlık kontrollerinin aksaması, anne -bebek bağlanmasının gerçekleşmemesi, annenin emzirme isteğinin olmaması şeklinde sayılabilmektedir (Annagür, 2012). Anneler doğum sonrası depresyon yaşadıklarında bebeklerde solunum disfonksiyonu, mide-bağırsak sorunları, gelişme-büyüme geriliği, beslenme bozuklukları ve gıda intoleransı görülme ihtimali de yükselmektedir (Blackmore ve ark., 2006).

DSD epidemiyolojine bakıldığında; Dünyada yılda dört milyon kadar doğumun gerçekleştiği, yeni annelerin yaklaşık %40'nın gebelik öncesi, sonrası ya da sonrasında depresyon da dahil olmak üzere farklı doğum sonrası duygu durum bozukluklarından etkilendiği belirtilmektedir (Norhayati ve ark., 2015). DSÖ 2020 verilerine göre dünyada hamile kadınların yaklaşık %10'u ve yeni doğum yapmış olan kadınların yaklaşık %13'ü başta depresyon olmak üzere birçok ruhsal bozukluk yaşamaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde ise gebelikte %15,6, doğumdan sonra ise yaklaşık %20 olarak depresyon da dahil ruhsal bozukluk sorunları daha yüksek yaşanmaktadır. Ağır depresyon vakalarında anneler çektikleri şiddetli acı nedeniyle intihara dahi kalkışabilmektedir. DSÖ yalnızca doğum sonrası depresyon prevalansı ele alındığında oranın özellikle gelişmekte olan ülkelerde %1.9 ile %82.1 arasında değiştiğini belirtmektedir. Küresel çaptaki çalışmalar farklı prevalans oranları gösterebilmektedir. Örneğin Kanada'da yapılan bir çalışmada doğum sonrası depresyon oranı %40 iken, Jamaika'da bu oranın %34 olduğu, Sudan da %9,2, Etiyopya'da da %19 şeklinde değişiklik gösterdiği vurgulanmaktadır (Asaye ve ark., 2020). Türkiye'de yapılan çalışmalarda da DSD oranı farklılık göstermektedir. DSM-IV Eksen I Bozuklukları Yapılandırılmış Klinik Görüşme- Structured Clinical Interview (SCID-I) temelli olarak yapılan çalışmalarda DSD oranı %6,3 ile %26,1 oranında değişirken, bir çalışmada %74'lere kadar yükseldiği bildirilmiştir. Genel olarak ülkemizde DSD oranının %6,3 ile %74 arasında değişen oranlarda olduğu bildirilmektedir (Sayın, 2016).

Çin'de genel duruma bakıldığında ülke çapında yapılan çalışmalar depresyon ve anskiyete gibi bozuklukların arttığını göstermektedir. 2013-2015 yılı arasında yapılan 31 il düzeyinde 32.552 kişiyle görüşülen ve Çin Ulusal Sağlık Komisyonu ve Bilim ve Teknoloji Bakanlığı tarafından finanse edilen Çin Akıl Sağlığı Araştırması'na göre; Çinli yetişkinlerin %16,6'sı hayatlarının bir noktasında zihinsel hastalık yaşamakta ve bunlar içerisinde en sık anksiyete bozuklukları yer almaktadır. Ankete katılanların %6,9'u yaşamları boyunca en az bir kez bu sorunlarla baş etmiş; son 12 ayda depresyon yaşayanları oranı %3,6 olarak bildirilmiştir (Dammeng ve Quiyi, 2019). Gu ve diğerleri (2013), Çin'de majör depresif bozukluğun epidemiyolojisi ile ilgili gerçekleştirdikleri sistematik derlemelerinde, PubMed, Embase, Çin Biyolojik Tıbbi Edebiyat veritabanı (CBM), Çin Ulusal Bilgi Altyapısı veritabanı (CNKI) ve Çin Wanfang ve Chongqing VIP veritabanlarını kullanarak yaptıkları meta analize 17 çalışmayı dahil etmişlerdir. Yaptıkları analiz sonucunda majör depresif bozukluğun 12 aylık ve yaşam boyu yaygınlık oranının genel olarak sırasıyla % ,6, 2,3, 3,3 olduğunu

belirlemişlerdir. Mevcut yaygınlık kırsal ve kentsel alanlarda sırasıyla % 2.0 ve % 1.7 iken; kadın ve erkek arasında sırasıyla % 2.1 ve 1.3 olarak bulunmuş; kadınlarda daha yaygın olduğu sonucuna varılmıştır. Zeng ve diğerleri (2019), Doğum sonrası depresyonla ilgili Çin'deki çalışmalara bakıldığında ise; zouyuezi adı verilen ritüel devreye gitmektedir. Doğum sonrası uygulamalar kültürler arasında farklılık göstermekte; ancak çoğu anne için belirli bir ekstra bakım dönemi içermektedir. Çin'de bu uygulamaya zouyuezi adı verilmektedir. Bu ritüelde yeni anne doğumdan sonra bir ay boyunca evde kalmaktadır. Zouyuezi ritüeline göre bu süreç vücuttaki enerji dengesini sağlamak ve eğer kırılırsa talihini ve sağlık durumunu sağladığına inanılan tabuları gözlemlemek için bir dizi katı kurallar içermektedir (Pilssbury, 1978). Araştırmacılar zouyuezi için 4 temel bileşen öne sürmektedir. Bunlar (Cheung ve ark., 2006) :

1. Kadının annesi, kayınvalidesi, ücretli bir hemşire ve/veya partnerinin doğum yapan kadının iyileşmesine, anneliğe uyum sağlamasına yardımcı olunması ve ev içi görevleri yapmadan muaf tutulması.
2. Soğuk herhangi bir şeyle fiziksel temasın önlenmesi, bunun için (örn. hava akımı, soğuk rüzgar, soğuk su, buz, soğuk yiyecekler vb.) korumaya alınması.
3. Dişlerini fırçalaması, kaynatılmış ılıtılmış su ile yıkanmasının sağlanması.
4. Sıcak ve soğuk yiyecek alımı arasında bir denge sağlanması için yardım edilmesi

Yapılan bir çalışmada Hong Kong ve Tayvan'daki Çinli kadınlarda zouyuezi ve DSD arasındaki ilişki incelenmiş ve Tayvan'da, doğum sonrası annelerinden zouyuezi bağlamında destek alan kadınların daha az depresif belirti gösterdikleri belirtilmiştir (Heh ve ark., 2004). Artan sosyal destek, azalan stres seviyeleri ve daha iyi sağlık durumu ile ilişkilendirilmiştir (Hung ve Chung, 2001). Bir çalışmada, Hong Kong'da zouyuezi daha iyi sosyal destek ve düşük DSD riski ile ilişkili bulunmuş ve kayınvalide ile çatışma DSD neden olan faktörler arasında belirtilmiştir (Lee ve ark., 2004). Wan ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada, geleneksel Çin doğum sonrası bakım pratiği (zouyuezi) ve DSD arasındaki ilişkiyi belirlemek için doğumdan 6-8 hafta sonra 342 Çinli kadını incelemiş ve çalışma sonucunda DSD prevalansını %15,5 olarak bildirmiştir. Bu çalışmada, Çinli kadınlarda DSD'nin düşük gelir düzeyi, zor gebelik deneyimi, kötü bebek sağlığı durumu, doğum derslerine katılmama ve doğumdan önce ve sonra düşük eş desteği ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Zouyuezi açısından da bu ritüeli uygulayan kadınların %96'sında destekleyen kişinin kayınvalide olduğu ve bu kadınlarda ya da zouyuezi'yi yararsız olarak algılayan kadınlarda DSD riskinin iki katına

çıktığı bildirilmiştir(Wan ve ark., 2009). Çin’de Guangzhou, Tangxia Topluluğunda kadınlarda doğum sonrası depresyon sıklığını incelemişlerdir. 1.823 kadında inceleme yapan araştırmacılar Guangzhou, Tangxia Topluluğu'nda DSD prevalansını %27.37 olarak belirlemişlerdir. Çalışmada, araştırmanın yapıldığı bölgede DSD insidansının Çin’in diğer bölgelerine göre biraz daha yüksek olduğunu belirten araştırmacılar, bunun bölge kültüründen kaynaklandığını belirtmişlerdir(Deng ve diğerleri, 2014).

Annede doğum sonrası depresyonun tanımlanması ve tedavi edilmesi oldukça önemlidir. Çünkü tedavisi yapılmayan doğum sonrası depresyon hem anne, hem bebek hem de aile için ciddi mortalite ve morbidite ile ilişkilendirilmektedir. DSD, kadının sosyal ve kişisel hayatında uyumsuzluklara, bebek bakımında yetersiz olmasına, annelik rolünü gerçekleştirmede zorluk çekmesine ve yorgun hissetmesine neden olmaktadır (O’Hara, 2009). DSD annenin sosyal, iş ve aile hayatını gözle görülür biçimde etkilemekte ve hayat kalitesini düşürmektedir. Genellikle umutsuzluk, mutsuzluk, suçluluk ve pekişmiş izolasyon ile karakterize DSD yaşayan kadınlarda alkol, sigara gibi madde kullanımı riski daha fazladır (Lindahl ve ark., 2005). DSD davranışsal süreçlerle beraber bilme, öğrenme, anlama ve ağlama gibi mental süreçleri de olumsuz etkilemektedir. Ayrıca yoğun ümitsizlik ve anksiyete sebebiyle annede intihar hissini de oluşabilmektedir (Bilgiç vd., 2015). Gebelik ve doğum sonu süreçte kadınlardaki intihar oranları genel dünya nüfusu kapsamında oldukça az olsa da, intihar anne ölümlerinde oldukça önemli bir nedeni oluşturmakta, doğum sonrası ilk yılda meydana gelen ölümlerde kendini yaralama da ön plana çıkan sebeplerden birisi olarak görülmektedir (Oates, 2003).

Depresyonda olan kadınlar, bebeğinin gereksinimlerine karşı zayıf reaksiyonlara ve daha düşmanca ve olumsuz olan ebeveynlik davranışlarına eğilimlidir. Anne-bebek ilişkisindeki bu olumsuzluklar çocuklarda olumsuz duygusal gelişime ve bilişsel işlevlerin yerine getirilmesinde sorunlara yol açmaktadır (Fitelson ve ark., 2011). Annelerde DSD’nun kronik bir hal alması ile çocuklar da psikopatolojik açıdan risk altına girmekte ve davranışsal sorunlar yaşamaktadır. Annelerdeki DSD durumunun azalması ya da artması ile çocuklarda ruhsal problemlerin görülmesi arasında doğru orantı olduğu belirtilmektedir (Weissman ve ark., 2006). DSD emzirmeye de olumsuz etki etmektedir. Genel olarak DSD olan annelerin daha az emzirdikleri, bebeklerin diğer bebeklere göre daha az kilo aldıkları ve daha kısa süre beslendikleri bildirilmektedir (Dönmez ve Bükülmez, 2015).

4.3.2 Doğum Sonu Depresyonu Hazırlayıcı Faktörler ve Sonuçları

Doğum sonrası depresyon dünya çapında %5 ile %60,8 arasında prevalansı olan, güçten düşürücü bir ruhsal bozukluktur. Acı çeken annelerde yetersizlik hissi o kadar yoğundur ki; doğum sonrası depresyon bazı anneler için “ölüm bataklığı” şeklinde yorumlanmaktadır (Beck ve ark., 2006). Yapılan çalışmalar doğum sonu depresyonu hazırlayıcı olan faktörleri psikolojik, obstetrik, biyolojik/ hormonal ve fiziksel, sosyal ve yaşam tarzı risk faktörleri şeklinde beş farklı başlık altında ele almaktadır:

4.3.2.1 Biyolojik, hormonal, fiziksel ve obstetrik faktörler: Bu bağlamdaki faktörler gebelik sırasında genç yaş depresyon riskini artırmaktadır. En yüksek depresyon seviyesi 13–19 yaş arası annelerde bildirilmiştir (Silva ve ark., 2012), en düşük oran ise 31-35 yaş arası kadınlarda görülmektedir (Milgrom ve ark., 2008). Abdollahi ve arkadaşlarının çalışmasında, artan anne yaşı ve anne öz-yeterliliğinin doğumdan 2-12 hafta sonraki DSD riskinde azalma ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Abdollahi ve ark., 2014). Çalışmalar, gebelik sırasında glikoz metabolizması bozukluklarının, doğum sonrası depresyon için hazırlayıcı faktörler arasında olduğunu göstermektedir. Glikoz yükleme testini yaptıktan bir saat sonra daha yüksek kan şekeri seviyelerine (ortalama 120 ila 114 mg / dl) sahip kadınlarda, doğum sonrası depresyon riskinin daha fazla olduğu belirtilmektedir (Huang ve ark., 2015).

Kandaki serotonin ve triptofan (serotoninin öncüsü) seviyeleri de DSD üzerinde etkili olduğu bilinen faktörlerdir. Bir çalışma, farklı serotonin taşıyıcı gen alelleri ile duygudurum bozuklukları ve depresyonu olan kişilerdeki serotonin reseptörleri arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir (Aishwarya ve ark., 2013). Serotonin, amino asit triptofandan enzimatik yol sırasında sentezlenen bir monoamin nörotransmitterdir. Serotonin miktarı doğrudan bireysel diyetle bağlıdır. Protein açısından zengin gıdaların tüketimi beyindeki triptofan ve serotonin miktarını azaltırken, karbonhidratlı atıştırmalıkların ters etkileri bulunmaktadır (Sholehvar ve ark., 2013). Beslenme eksikliklerinde, beyin triptofanının %15'e kadar azalmasının, doğum sonrası depresyonun artmasına neden olduğu bildirilmektedir (Sanjuan ve ark., 2008).

Doğum sayısı ile doğum sonrası depresyon arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi çelişkili sonuçlarla ilişkilendirilmektedir. Mathisen tarafından 2013 yılında yapılan bir çalışmada, doğumdan sonraki 6 hafta içinde DSD'nun ortaya çıkma olasılığının, iki veya daha fazla çocuğa sahip olmanın getirdiği yüksek psikolojik yük nedeniyle daha yüksek olduğu bulunmuştur (Mathisen ve ark., 2013). Diğer yandan DSD'nun tek çocuklu kadınlarda daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur. Riskli gebelik yaşama da doğum sonrası

depresyon riskinin artmasıyla ilişkilendirilmektedir. Bu riskler, acil sezaryen yapılmasına veya gebelik sırasında hastaneye yatmaya neden olan koşulları içeriyorsa riskin artmasını tetiklediği gösterilmiştir (Gaedrahmati ve ark., 2017). Doğum ve doğum sonu komplikasyonlardan mekonyum aspirasyonu, kordon prolapsusu ve obstetrik kanamalar gibi doğum komplikasyonlarının da DSD insidansında etkili olduğu bildirilmektedir (Leigh ve Milgrom, 2008; Gaillard ve ark., 2014). Doğum ağırlığı 1500 gr'dan az olan bir bebek dünyaya getiren annelerde, doğum sonrası depresyon riskinin 4-18 kat daha fazla olduğu düşünülmektedir (Helle ve ark., 2015).

Annenin beklentileri ile hamilelik olayları arasındaki uyumsuzluk, depresyonun oluşumunu etkileyen obstetrik faktörlerden bir diğeri olarak görülmektedir. Doğumu sezaryen olan ve perinatal dönemde normal doğum yapma arzusu güçlü olan kadınların doğum sonrası depresyon riskinin diğerlerine göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Houston ve ark., 2015). Gebelik seyrini, gebelik sırasındaki komplikasyonlardan ve doğum için hazırlıktan kaynaklanan heyecanlardan uzak geçirmenin, doğum sonrası depresyonun önlenmesinde etkili olduğu belirtilmektedir. Ayrıca, doğum sırasında epidural anestezi kullanımının, gebelik sırasında doğum hazırlık sınıflarına katılmanın ve doğumdan sonra emzirmenin devam etmesinin doğum sonrası depresyon riskinde azalma ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Ding ve ark., 2014).

Gebelik sırasında uykusuzluk, daha önce hastalık/depresyon öyküsünün ise kadınlarda tekrarlayan doğum sonrası depresyon riskine yol açabildiği belirtilmektedir (Dorheim ve ark., 2014).

4.3.2.2 Sosyal faktörler ve yaşam tarzı: Sosyal faktörler duygusal destek, finansal destek, iletişim desteği ve empati ilişkilerini kapsamaktadır (Feng ve ark., 2015). Doğum sonrası depresyonun azaltılmasında sosyal faktörlerin etkili olduğu görülmektedir (Escribà-Agüir ve Artazcoz, 2011). Sosyal desteği azaltmak, depresyon ve anksiyete bozukluklarının başlangıcında en önemli çevresel faktör kabul edilmektedir (Landman-Peters ve ark., 2005). Gebelik sırasındaki aile içi şiddet biçimleri de doğum sonrası depresyon insidansına katkıda bulunan faktörler olarak görülmektedir (Ludermir ve ark., 2010).

Kadınların aile üyeleri ve toplumla ilişkilerine ek olarak, doğum öncesi dönemde sigara içmek gibi davranışlar, doğum sonrası depresyon insidansının 1.7 kat artmasıyla ilişkili sosyal faktörler arasındadır (Jansen ve ark., 2010). Sigara içme ile sosyoekonomik düzey arasındaki ilişki ve sosyoekonomik düzey ile depresyon arasındaki ilişki, sigara içme ile DSD arasındaki

ilişkiyi karmaşıktırmaktadır. Bununla birlikte, hamileliğin fizyolojik değışiklikleri bazı anneler için stresli bir olay gibi görünebilmekte ve depresyon belirtilerinin başlamasına ve sigara içilmesine neden olabilmektedir (Gurber ve ark., 2017).

Başka bir sosyal faktör ise, doğum sonrası depresyon riskinin azalmasıyla ilişkili olan mesleki faktörlerdir. Bunlar içerisinde profesyonel kariyere sahip olma DSD riskini azaltmakta en etkili sosyal faktörü oluşturmaktadır (Miyake ve ark., 2011). Bununla birlikte, eğitim ve düşük gelir düzeyi de doğum sonrası depresyon riski ile ilişkilendirilmektedir (Chien ve ark., 2012; Huang ve ark., 2015).

Yaşam tarzı

Yaşam tarzı ile ilgili faktörler arasında; tüketilen gıdalarla ilgili farklılıklar, uyku durumu, egzersiz ve fiziksel aktiviteler doğum sonrası depresyonu etkileyebilmektedir. Yeterli sebze, meyve, baklagil, deniz ürünleri, süt ve süt ürünleri, zeytinyağı gibi çeşitli besin öğeleri tüketiminin doğum sonrası depresyonu %50 oranında azaltabileceği bildirilmektedir (Chatzi ve ark., 2011). B6 vitamini, bir ko-faktör olarak triptofandan serotonin üretiminde etkilidir. Bu nedenle, B6 vitamini azlığı DSD sürecinde rol oynayabilmektedir (Hvas ve ark., 2004). Bir çalışmada, gebeliğin 21. haftasında B2 vitamini emilim düzeyi ile DSD arasında pozitif ilişki bildirilmiştir (Aishwarya ve ark., 2013). Başka bir çalışmada, mikro besinler arasında daha az çinko ve selenyum alımının doğum sonrası depresyon insidansı ile bağlantılı olduğu belirtilmiştir (Ellsworth-Bowers ve Corwin, 2012). Farklı bir çalışmada ise çinkonun serotoninin geri emilimini etkileyerek antidepresan etki uyguladığı bildirilmiştir (Levenson, 2006). Selenyum eksikliğinin de tiroid fonksiyon bozukluğu geliştirerek doğum sonrası depresyonu etkilemesi muhtemeldir denmektedir (Sher, 2001).

Beslenme durumuna ek olarak, uyku durumu da DSD riskini etkileyen faktörler arasındadır. Kanıtlar, daha az uyku ile doğum sonrası depresyon arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir (Zinga ve ark., 2000; Ross ve ark., 2005). Ayrıca doğumdan sonraki günlerde yorgunluk oranı ve depresyon düzeyleri arasında etkili bir ilişki gözlemlenmiştir. Doğumdan sonra depresif kadınlarda şiddetli uyku yoksunluğu dönemleri bildirilmiştir (Zinga ve ark., 2000). Kronik uyku yoksunluğu glikoz metabolizmasını, inflamatuvar süreçleri, sosyal iletişimi, akıl sağlığını ve yaşam kalitesini etkilemektedir (Chang ve ark., 2010) ve dolaylı olarak da DSD'ye etki etmektedir.

Egzersiz ve fiziksel aktivitenin ise depresyon semptomlarını azaltmada önemli yararları olduğunu gösteren bazı kanıtlar vardır (Dinas ve ark., 2011). Gebeliğin son 3 ayındaki ılımlı

fiziksel aktivitenin doğumdan sonraki 6. Hafta da doğum sonrası depresyon oluşma riskini azalttığı gösterilmiştir (Nordhagen ve ark., 2002). Egzersiz aynı zamanda özgüvenini arttırmakta ve depresyonun neden olduğu olumsuz kişisel değerlendirmeleri ortadan kaldırmaktadır. Bu da kadınların çevreye odaklanmalarına ve sorunlarını çözmelerine yardımcı olarak dolaylı yoldan DSD oluşmamasını desteklemektedir (Daley ve ark., 2007).

4.3.2.3 Psikolojik faktörler: Bireydeki depresyon ve anksiyete öyküsü, doğum sonrası depresyon riski ile ilişkili faktörler arasındadır. Daha önce depresyon öyküsü varlığı, doğum sonrası depresyona ortam hazırlayan güçlü bir faktör olarak pek çok çalışmada bildirilmiştir (Lee ve ark., 2000; McCoy ve ark., 2006; Kheirabadi ve ark., 2009; Davey ve ark., 2011). Gebelik sırasında depresyon gibi ruh sağlığı bozukluklarının ortaya çıkması, doğum sonrası depresyonu öngörmede güçlü bir faktördür (Lancaster ve ark., 2010).

Daha önceki depresyon öyküsü ile doğum sonrası depresyon arasındaki bağlantı genellikle hormonal değişikliklere daha duyarlı olma üzerinden açıklanmaktadır (Bloch ve ark., 2003). Orta ila şiddetli premenstrual sendrom (PMS) öyküsünün doğum sonrası depresyonun oluşmasında önemli bir risk olduğu vurgulanmaktadır (Buttner ve ark., 2003). Şiddetli PMS geçiren kadınlarda serotonin taşıyıcı polimorfizm alanı majör depresyonla ilişkilendirilmekte, bu durumun serotonin taşıma sistemini değiştirdiği görülmektedir (Zinga ve ark., 2005). Yüksek serotonin polimorfizmi sonucunda da triptofan yüklenmesi ve doğum sonra majör depresyon indüklenmesi görülebilmektedir (Sanjuan ve ark., 2008).

Önceki depresyon öyküsüne ek olarak, son gebeliğe karşı olumsuz tutum, geçmişte travmatik yaşam olaylarının varlığı (Bloch ve ark., 2003) ve geçmişte cinsel istismar öyküsü de (Leigh ve Milgrom, 2008) doğum sonrası depresyonun predispozan risk faktörleri arasında yer almaktadır. Ayrıca, bebek cinsiyetinin istediğinin aksine olması (Lee ve ark., 2000) ve ebeveynlik stresi üzerindeki etkisi ile özgüveninin düşük olması da (Leigh ve Milgrom, 2008) doğum sonrası depresyonun oluşumuna katkıda bulunan psikolojik faktörler arasında sayılmaktadır.

Literatürde DSD ile anksiyete (Guintivano ve ark., 2017), diğer duygu durum bozuklukları (Viguera ve ark., 2011), kişilik bozukluğu ve herhangi diğer psikiyatrik bozukluk geçmişinin ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (Ahmed ve ark., 2011; Gosh ve Goswami, 2011; Bayram ve ark., 2016). Ailede bipolar bozukluk öyküsünün bulunmasının da DSD'na neden olabileceği düşünülmektedir (Bauer ve ark., 2018). Bir psikiyatrik bozukluk öyküsü varlığının DSD oluşumunda önemli risk faktörlerinden biri olduğu gibi, olumsuz yaşam

olaylarının varlığının da DSD oluşumunda oldukça önemli bir faktördür denmektedir (Guintivano ve ark., 2017). Diğer yandan birçok çalışma fiziksel, psikolojik ve cinsel istismarın bir kadında DSD riskini önemli ölçüde artırdığına dair kanıtlar sunmaktadır (Ahmed ve ark., 2011; Gosh ve Goswami, 2011; Bayram ve ark., 2016). Partnerlerin perinatal dönemde oynadığı kritik rol düşünüldüğünde, partner şiddetinin DSD'nu ciddi oranda tetikleyeceği düşünülmektedir (Gaillard ve ark., 2014).

Oldukça az kanıt olsa da ayrımcılık (Dennis ve ark., 2017) ve göç (Gaillard ve ark., 2014) gibi faktörlerin de DSD'nu artırdığına dair bulgular mevcuttur. Göç ve ayrımcılık sorunları özellikle göçmenler ve ayrımcılık yaşayan diğer gruplar arasında ve büyük bir çekişmezliğin olduğu bölgelerdeki DSD yaygınlığını açıklayabilmektedir. Ayrıca çocukluk travması ve askeri konuşlandırma gibi spesifik yaşam olayları da DSD riskini artırabilmektedir. Bunun yanı sıra finansal zorluklar, sevilen birinin ölümü, doğal afetler ve kitle çatışması gibi birçok olumsuz yaşam olayları da özellikle kümülatif şekilde gerçekleştiğinde DSD riskini artırmaktadır (Guintivano ve ark., 2018).

4.3.3 Doğum Sonu Depresyon Belirtileri

Doğum sonrası depresyon belirtileri, doğum dışı depresyondan farklı olabilmektedir (Kammerer ve ark., 2009). Genel olarak DSD belirtileri; uyku, yeme ve aktivite modellerinde ciddi değişiklikler içermektedir. DSD olan birçok kadının psikiyatrik öyküsü bulunmamakta ve yardım istemeye isteksiz olduğu görülmektedir. Obsesif düşünceler ve intihar düşüncesi gibi belirtileri bu kadınlarda izlemek ve gözlemlemek oldukça önemlidir. DSD'li kadınların %60'ında bebeğe yönelik saldırganlığa odaklanan obsesif düşünceler görülebilmektedir (Wisner ve ark., 1995).

Doğum sonu depresyonun bazı yaygın/ önemli belirti ve bulguları (Wisner ve ark., 2002):

- Bebek uyanırken bile çok uyumak veya uyumamak,
- Ruh hali dalgalanmaları,
- İştah değişikliği
- Bebeğe zarar verme hakkında aşırı endişe ve korku
- Üzüntü veya aşırı ağlama
- Şüphe, suçluluk ve çaresizlik hissi
- Konsantre olma ve hatırlama güçlüğü
- Hobilere ve olağan etkinliklere ilgi kaybı

- İntiharı düşünmeyi ve hatta planlamayı da içerebilecek tekrarlayan ölüm düşünceleri şeklinde sıralanabilmektedir.

4.3.4 Doğum Sonu Depresyon Değerlendirmesi, İzlemi ve Yönetimi

4.3.4.1 DSD değerlendirilmesi

DSD hastalarında, normal depresyondakilere benzer belirtiler olarak ortaya çıkabilecek bir takım fizyolojik ve patolojik problemler bulunmaktadır. DSD olan tüm kadınlarda dikkatli öykü alma ve fiziksel muayene gereklidir. DSD, yeni annelerin çoğunda meydana gelen postpartum blues'den ayırt edilmelidir. Postpartum blues, doğumdan sonra kadınların %50-%85'inde görülmektedir. Doğumu takip eden dördüncü gün zirveye ulaşmakta ve 10. güne kadar düzelmektedir. Semptomlar kısa ağlama krizleri, kaygı, üzüntü, uykusuzluk, karışıklık ve sinirliliktir. İntihar düşüncesi bulunmamaktadır. Postpartum blues, önemli bir işlev bozukluğu ile ilişkilendirilemediğinden ve kısa süreli olduğundan, özel bir tedaviye gerek yoktur (Wisner ve ark., 1995; Cohen ve ark., 2010).

Doğum sonrası depresyon ile ayırt edilmesi gereken diğer bir durum ise doğum sonrası psikozdur. Doğum sonrası psikoz, 1000 canlı doğumda bir ila iki vakada ortaya çıkan bir psikiyatrik acil durumdur. Bebek intiharı ve intihar riski nedeniyle acil müdahale gerektirmektedir. Doğumdan sonraki ilk iki hafta içinde zirve yapmakta ve 35 yaş ve üstü ilk kez annelerde yaygın görülmektedir. Doğum sonrası psikoz, huzursuzluk, ajitasyon, uyku bozukluğu, paranoya, düzensiz düşünceler, dürtüsellik, halüsinasyonlar ve sanrıları içerebilmektedir (Wisner ve ark., 1995; Cohen ve ark., 2010). Doğum sonrası psikoz genellikle bipolar bozukluğun bir belirtisidir ve tedavi gerektirmektedir (Wisner ve ark., 2002).

4.3.4.1 DSD izlemi, değerlendirilmesi ve yönetimi

Gebelik sırası ya da sonrasında depresyonun erken ve doğru saptanması ve tedavisinin önemi üzerinde giderek daha fazla odaklanılmaktadır (Wisner ve ark., 2008). Taramanın doğum sonrası 4 ila 6 haftalık ziyarette ya da en geç 2 aylık çocuk ziyaretinde yapılması önerilmektedir. DSD tanısı kapsamında kadınları taramak için birçok yöntem denenmiş ve test edilmiştir. Bu bağlamda kullanılan birçok ölçek bulunmaktadır. DSD için en sık kullanılan tarama aracı Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğidir (Sheder ve ark., 2009 Cox ve ark., 1987). 1987 yılında Cox ve arkadaşları tarafından önerilen intihar düşüncesi izleme ölçeği de doğum sonrası depresyonda kullanılabilmektedir. Her soru sıfırdan üçe kadar

bir ölçekte puanlanmaktadır. Doğum sonrası majör depresyon öyküsü olmayan kadınlarda, 12'nin üzerinde bir skor DSD için %86 duyarlılığa ve %78 özgüllüğe işaret etmektedir (Cox ve ark., 1987). Hasta Sağlığı Anketi-9 [*Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9)], dokuz maddelik depresyon ölçeğidir ve bu ölçekte DSD izleminde kullanılabilir. Bu ölçek geçici bir depresyon tanısı koymak için semptomların ve fonksiyonel bozukluğun değerlendirilmesine ve tedavinin seçilmesine ve izlenmesine yardımcı olmak için bir şiddet skoru elde edilmesine yardımcı olmaktadır. PHQ-9'un toplam skor yorumlanması 1 ila 27 arasındadır ve hafif ila şiddetli depresyon olarak sınıflandırılmaktadır (Kroenke ve Spitzer, 2002).

Çok sayıda bilimsel çalışma, doğum sonrası depresyonun çeşitli yöntemler kullanılarak tedavi edilebileceği fikrini desteklemektedir. DSD'nin nedeni tanımlanabilmişse, tedavi sorunun temel nedenini azaltmayı amaçlayacak şekilde planlanmalıdır denmektedir. Temel tedavi, farmakolojik ya da non-farmakolojik şekilde yapılabilir. Doğum sonrası depresyonu olan annelerde, anne sütüne geçmesi ve bebeğin ilaca maruziyeti nedeniyle anti depresan alan anneler hakkında endişeler bulunmaktadır (Dennis ve Chung-Lee, 2007). Bu nedenle psikoterapi birinci basamak tedavi olarak kabul edilmekte ve birçok anne psikolojik tedaviyi tercih etmektedir (Pearlstein ve ark., 2006).

En yaygın kullanılan iki psikoterapi kişilerarası terapi ve bilişsel davranışçı terapidir (Nonacs ve Cohen, 1998). Hafif ve orta düzey doğum sonrası depresyon için bireysel veya grup psikoterapisi etkili bir tedavidir. Orta ila şiddetli düzeydeki doğum sonrası depresyonda psikoterapi, ilaçla ek tedavi olarak da kullanılabilir. DSD için psikososyal ve psikolojik tedavilerle ilgili 10 randomize kontrollü çalışmanın Cochrane meta-analizi sonucunda, hem psikososyal hem de psikolojik müdahalelerin depresyonun azaltılmasında etkili olduğu ve doğum sonrası depresyon için uygulanabilir tedavi seçenekleri olduğu sonucuna varılmıştır (Dennis ve Hodnett, 2007).

İkinci basamak tedavi ise farmakoterapidir. Selektif bir serotonin geri alım inhibitörü başlangıçta ilk ajan olarak denenmelidir denmektedir. Bir çalışmada fluoksetin, plasebo ve bilişsel davranışçı terapiden birisi uygulanan DSD'li 87 kadın ile randomize kontrol denemeleri yapılmıştır. Denekler, fluoksetin ya da plasebo ya da altı bilişsel davranışçı terapi seansı alan/almayan olarak dört gruba ayrılmıştır. Çalışma sonucunda fluoksetinin depresif semptomların şiddetini azaltmada plaseboya göre önemli ölçüde daha üstün olduğu ve ek

olarak danışma seansı alanların daha fazla iyileşme gösterdiği belirlenmiştir (Turner ve ark., 2008).

Ayrıca alınan ilaçların anne sütündeki etkisinde setralin, paroksetin ve nortriptilinin üstündeki çeşitli incelemelerde bu maddelerin bebek serum düzeylerinde tespit edilmesinin oldukça düşük olduğu ve bebeklerde nadir görülen olumsuz etkilerle ilişkilendirildiği görülmektedir. Bazı çalışmalarda ise bebek kan serumunda saptanabilir düzeylerde fluoksetin ve sitalopram olduğu görüldüğü bildirilmiştir. Bu nedenle her hekimin yeni bir ilaç reçete etmeden önce hastanın antidepresanlarla olan deneyimini, olumlu/olumsuz yanıt durumunu sorgulaması gerektiği belirtilmektedir (Weismann ve ark., 2004; Payne, 2007; Fortinguerra ve ark., 2009).

4.4. Kültür ve Etkileri

Doğum sonuna ilişkin davranışlar da diğer insan davranışlarına benzer şekilde kültürel inançlardan etkilenir. Bu nedenle yenidoğan bakımının kültürel inançlarının ve uygulamalarının araştırılması çok önemlidir (Dorland's, 2007).

4.4.1. Kültürün tanımı ve önemi

DS döneme uyumu etkileyen faktörlerden biri olan kültür, insanın yaşadığı toplumun üyesi olarak öğrendiği bilgi, sanat, ahlak, hukuk, din, inanç, gelenek, görenek ve alışkanlıklarını kapsayan karmaşık bir bütündür (Tylor, 1958). Bir başka ifadeyle kültür: toplum, insan, eğitim süreci ve kültürel içerik gibi değişkenlerin ve bu değişiklikler arasındaki ilişkilerin bir işlevi, bir bütünüdür. Kültür; bir grup insan tarafından öğrenilen, paylaşılan, nesilden nesile aktarılan değerler, inançlar, tutum ve davranışlar, örf ve adetler olarak tanımlanmaktadır (Güvenç, 1999). Bir toplumun kültürü bilme, o toplumda yaşayan bireylerin sağlık değerleri, inançları, davranışlarını anlayabilmenin temelini oluşturur (Arif, 2006). Bu nedenle, toplumun hastalık ve sağlık konusundaki değer sistemi, tutum, inanç ve davranışları da kültürün karakterini oluşturur (Aksayan, 1983).

Kültür toplumu ve yaşam biçimini ifade etmektedir. Belirli bir toplumda diğer insanlarla paylaşılan ve bireye kimlik duygusu veren bir dizi değer ve inanç ya da öğrenilmiş davranışlardan oluşan bir olgudur (Lee, 2006). Özetle kültür, bir sosyal grubun eşsiz özelliğidir. Sosyal gruptaki üyelerin paylaştığı değerler ve normlar onu diğer sosyal gruplardan ayırmakta ve bilinçli inançlardan etkilenmektedir. Kültür kendisi bireylerden etkilendiği gibi pek çok bağlamda bireyleri etkilediği için hayati önem taşımaktadır (İstenirse Lee, 2006 yazılabilir).

4.4.2. Kültürün anne - bebek sağlığına etkisi

 ocuk, bir ailenin ve toplumun yanı sıra belirli bir kültürün  yesi olarak doğmaktadır. Bu nedenle çocuklar yağadıkları çevrenin kültürel, sosyal ve manevi yönlerinden etkilenmektedir (Kyle ve Carman, 2013). Sağlıklı toplumlara sahip olmanın anahtarı sağlıklı ailelere, anne-babalara ve bebeklere sahip olmaktır. Anne ve bebek sağlığı hem uzun hem de kısa vadede toplumun sağlığını etkilemekte ve toplumun geleiim düzeyini belirlemede önemli bir rol oynamaktadır (Shin, 2007; Toruner ve Büyükgönenç, 2017). Genetik faktörler, kültür, aile yapısı, eğitim, bireysel özellikler, beslenme, intra uterin faktörler, yoksulluk, g  , din, inanç ve küreselleşme anne-bebek sağlığını ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler arasındadır. Anne ve bebeğin sağlığı ve yaşam kalitesi, ait oldukları kültürün özelliklerinden etkilenmektedir (Melendez, 2005; Toruner ve Büyükgönenç, 2017).

Bebekler/ ocuklar inançlarını, değerlerini, yeteneklerini, bilgi ve becerilerini ailelerinden ve kültürlerinden öğrenmektedir. Ayrıca kültür, çocukların sosyalle mesinde ve geleiiminde önemli bir rol oynamaktadır (Hockenberry ve Wilson, 2005). Kültürel arka plan, çocukların sosyal ve duygusal geleiimlerinin yanı sıra motor ve bilişsel becerilerinin geleiştirilmesinde önemli bir yere sahiptir (Kakai ve ark., 2003). Gelenekler, kültürel değerler, tutumlar ve davranışlar çocukların toplumda yetişmesine yardımcı olmakta ve aile yapısını nesilden nesile aktarmaktadır (Ojua ve ark., 2013). Bu nedenle kültür, çocukların sağlık, hastalık ve esenlik durumlarını içeren kapsamlı bir kavramdır. Ayrıca, anne-babaların kültürel uygulamaları doğrudan çocukların sağlığı ile ilgili olmaktadır. Kültürel uygulamalar, çocukların ve anne-babalarının sağlık anlayışlarının yanı sıra çocukların sosyal geleiimlerini, yağadıkları sağlık sorunlarına karşı tutumları, hastalık anlayışını, hastalığa tepki ve terapiyi de etkilemektedir (Barnes ve ark., 2000).

Kültürel değerlerin oluşumunda rol oynayan faktörlerden olan din ve maneviyat kavramları da bireyin ve toplumun yaşamında önemli bir yere sahiptir. Din, toplumun yaşam tarzını, sağlık ve hastalık anlayışını etkileyen bir faktördür. Bebeğin ve anne-babasının dinsel inancı, sağlık ve hastalık kavramlarıyla ilişkili olabilmekte ve tedavide dini uygulamalar kullanılabilmektedir. Ayrıca, bu tür kavramlar çocukların değişen sağlık, hastalık, acı, başa çıkma ve iyileşme kavramlarını da etkileyebilmektedir (Berry ve Donka, 2010; Pektekin, 2013).

Kültürün anne-bebek sağlığına etkisi sağlık sistemi üzerinden de olabilmektedir. Çoğu toplumda, sağlık sistemi gibi sosyal kurumlar aracılığıyla ifade edilen baskın kültür, sağlık

sorunlarının nasıl algılandığını ve ele alındığını düzenlemektedir. Sağlık hizmetleri kültürleri ile hizmet kullanıcıları arasındaki farklılıklar hizmet sunumunda önemli bir sorun olarak kabul edilmektedir. Algılanan veya gerçek kültürel duyarsızlık veya profesyonellerin yetersizliği, kullanıcılar tarafından düşük kaliteli bakım algısına veya belirli kullanıcıların sağlayıcılar tarafından ayrımcılığına yol açarak servislere ve servis sağlayıcılara güven eksikliği ile de sonuçlanabilmektedir (Glei ve ark., 2003; Gabrysch ve Campbell, 2009; Gabrysch ve ark., 2009).

Birçok araştırmacı, anne ve yenidoğan ölümlerini azaltmada önemli bir adım olarak hizmet alımını etkin bir şekilde teşvik etmek için hizmetlerin planlanması ve sunumunda kültürel faktörlerin dikkate alınması gerektiğini önermektedir (Miller, 1995; Glei ve ark., 2003; Mackian ve ark., 2004; Simwaka ve ark., 2005; Camacho ve ark., 2009). Kültüre uygun “culturally appropriate” sağlık tesislerine duyulan ihtiyaç, DSÖ tarafında 2007 yılındaki “herkes için sağlık” geliştirme stratejisi kapsamında zorunlu kabul edilmiştir (DSÖ, 2007).

4.4.3. Kültürün doğum sonu depresyona etkisi

Kültür birçok sosyal destek ritüeli içermektedir ve bunlar içerisinde DSD aracılık edebilecek ve etmeyecek ritüeller de mevcuttur (Bina, 2008; Callister, 2010). Gebelik, doğum ve doğum sonrası döneme dair geleneksel ritüellerin kadınlara psikososyal destek sağladığına inanılmaktadır ve bu nedenle riski azalttığı için koruyucu olarak kabul edilmektedir. Örneğin Hong Kong’da aileler tarafından uygulanan, kayınvalidenin anne ya da bebeğin ve evin bakımının sorumluluğunu almasını içeren “peiyue ritüeli” ile algılanan desteğin arttığı ve DSD üzerinde olumlu yönde aracı etki gösterdiği düşünülmektedir (Lau ve Wong, 2008). Bununla birlikte kayınvalide tarafından sunulan duygusal desteğin yeni annelerin ihtiyaçlarını karşılamadığı durumlarda, sosyal destek ile DSD arasında olumsuz ilişki olduğu bildirilmektedir (Heh ve ark., 2004). Pakistan da DSD oranı geleneksel uygulamaların olmadığı yerlerde olan yerlere göre daha yüksek olarak bildirilmiştir (Lee, 2000).

Ancak, kültürün DSD üstündeki etkisini inceleyen literatür kesin sonuçlar vermemekle birlikte sosyal destek kapsamında bakılmadığında, genel olarak kültürün DSD olumsuz etkilediği düşünülmektedir (Bina, 2008). Kadınlar tarafından kabul gören kültürel inançlar (Amankwaa, 2000) veya desteği şekillendiren kültürel gelenekler (Leung, 2001; Danacı ve ark., 2002) her zaman DSD karşı koruyucu olmayabilmektedir. Anneler sosyal normları, aile içindeki kadınlar arasındaki çeşitli etkileşimler, gözlemler ve iletişimler yoluyla öğrenmektedir (Amankwaa, 2005). Afrika-Amerikalı kadınlar arasında DSD’nun nitel temelli

teori çalışması yapılmış ve çalışmada kadınların kültürel olarak oluşturulmuş bir norm olan “güçlü siyah kadın” olmak için çabaladıkları belirlenmiştir. Yine bu çalışmada, kadınlarda DSD’nun sadece “beyaz kadınlar” üstünde etkili olabileceğine dair inancın utandıkları için yardım istemelerini önlediği ve DSD’nun üstesinden gelmek için yalnız dua ve inanca güvendikleri, sonucunda kültürel inançlar nedeniyle yardım istedikleri saptanmıştır. Sonuç olarak çalışmada, bu kadınlarda kültürün DSD üzerinde olumsuz etkisi olduğu bildirilmiştir (Amankwaa, 2000). Hint kültüründe cinsiyet yanlılığının etkisini inceleyen bir başka çalışma da da kültürün DSD üstündeki olumsuz sonuçları bildirilmiştir. Çalışmada Hindistan Mapisa’da yaşayan Hindu kadınların, kız çocukları doğurduklarında cesaretlerinin kırıldığı ve bu durumun da DSD için önemli bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir. Hatta kız çocuğu doğuran bu annelerde şiddet ve yoksulluk gibi faktörlerin bu etkiyi daha da güçlendirdiği vurgulanmıştır (Patel ve ark., 2000). Türkiye de doğum yapan bir annenin genellikle 40 gün desteklenmesi gerekir inancı ve yaklaşımı vardır. Danacı ve arkadaşlarının (2002) Manisa’da yaşayan Türk kadınlarda DSD’nun epidemiyolojik ve kültürel faktörleri üzerine yaptıkları çalışmada, annenin ortalama depresyon skoru ile bebeğin yaşı arasında bir ilişki olduğu bildirilmiştir. Bu ilişkinin doğum sonrası yakın dönemde destek arayan ve alan annelerde zaman içerisinde azaldığı belirtilmiştir. Ayrıca bu çalışmada kayınvalide, kayınpeder ve eşler ile zayıf ilişkilerin bu duruma olumsuz etki ettiğini de belirtmiştir. Leung (2001) Hong Kong da Çin’li kadınlarda sosyal destek ile stres ve DSD arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında, ilk aylarında kadınların bazılarının kayınvalidelerinden destek görmediğini ve bunun strese neden olarak dolaylı yoldan DSD riskini arttığını saptamıştır.

Yapılan çalışmalar kültürün DSD üzerindeki etkisini incelese de bu çalışmalar oldukça azdır ve sonuçları olumlu ya da olumsuz olabilmektedir (Bina, 2008). Sonuç olarak, kültürel uygulamaların DSD üzerinde iki yönlü etkisi olabilmekte, riski azaltabilmekte ya da artırabilmektedir.

4.5. Doğum Sonu Döneme Uyum ve depresyonda Kadın Doğum Hemşiresinin Rolü

Gebelik sürecinde kadının bireysel, psikolojik ve sosyal durumunu ve genel olarak yaşam şeklini etkileyen birçok biyolojik, fiziksel, psikolojik ve sosyal değişiklikler meydana gelmektedir. Bu annelik ve anne-bebek ilişkisi üzerine yoğun bir yansımayla sonuçlanabilmektedir (Şimşek ve Esencan, 2017).

4.5.1 DS uyumda kadın doğum hemşiresinin rolü

Doğumdan sonra da kadınlar doğum sonrası dönemi yaşamaya başlamaktadır. Bu dönemde kadının bedeninde gebeliğin bitmesinden kaynaklanan değişimlerinin olduğu gibi, hormonlar nedeniyle ruhsal değişiklikler de olmaktadır. Bu değişiklikler, kadınların biyolojik ve fiziksel durumlarının yanı sıra kişilerarası ve aile ilişkilerine de etki etmektedir. Bu durum doğum sonrası uyum üzerinde oldukça önemlidir ve kadınların yaşamlarını güçlü bir şekilde etkilemektedir. DS süreç, fizyolojik ve psiko-sosyal yönden anne, bebek ve aileyi içeren bütüncül bakım gerektirmektedir. Doğumdan sonra kadınlar kendi bakımlarının yanı sıra çocuğuna da bakım vermek zorunda kalmaktadır. Sağlık profesyonelleri olarak bu alanda çalışan hemşireler, bu dönemde kadınların uyumuna katkıda bulunabilme açısından için en üst düzeyde öneme sahiptir (Şimşek ve Esencan, 2017). Doğum sonrası uyum ve hemşirelerin rolü genel olarak şu başlıklarda ele alınabilmektedir:

Yeni doğanın bakımına uyum ve hemşirelerin rolü

Doğum sonrası dönem, kadınların yaşamında, bakımın yenidoğana odaklandığı ve yeni yaşam beklentilerin olduğu son derece değerli bir zamandır. Çocuğun ihtiyaçlarıyla ilgilenen annede uyku ihtiyacı, yorgunluk ve ajitasyon ile sonuçlanabilecek birçok durum bulunmaktadır. Yenidoğanın bakımı; göbek bakımı, banyo, emzirme, yenidoğan kontrolleri, aşılar vb. birçok bakımını içermektedir. Tüm bu bakım girişimleri özellikle de yeni anne olmuş bir kadın için endişe kaynağıdır. Ayrıca, deneyimli bir anne olsa da evde başka bakım gereksinimi olan çocukların varlığı da DS işlevlerle başa çıkmayı, bu süreçte uyumu, adaptasyonu güçleştirmekte ve desteğe gereksinimi artırmaktadır. Çocuğun temel ihtiyacı olan beslenmede ve anne-bebek etkileşiminde önemli olan emzirme bile anneden zaman ve özveri gerektirdiğinden, tek başına DS süreçte etkili olabilmekte, kadınların kendilerini bazen fiziksel veya duygusal olarak zor olabilen bu yeni eyleme ve DS süreçte adapte olmalarını etkileyebilmektedir (Hammes ve ark., 2014). Bu nedenle hemşirelerin anneleri kendi ve bebelerinin bakımına, çocuklarını sağlıklı bir emzirmeye hazırlaması önemlidir. Emzirmede doğru teknikler öğretmesi ve soruları cevaplamak için rehberlik etmesi, bu eylemi engelleyebilecek ve böylece uyuma yardımcı olabilecek olası mitleri ve tabuları açıklığa kavuşturması gerekmektedir (Beydağ, 2007).

Fizyolojik uyum ve hemşirelerin rolü

Doğum sonrası süreçte annenin çok yönlü olarak ele alınması ve bu doğrultuda bakım planlarını geliştirmek için süreci takip ederek üreme organı ve diğer temel sistemlerinin

fizyolojik süreçlerinin de değerlendirilmesi gerekmektedir. Gebelik döneminde meydana gelen çok sayıda değişiklik doğumdan sonra gebelik öncesine gerileme sürecindedir. Memelerdeki gelişim, laktasyon ise ilerleme sürecindedir. Bunların yanı sıra doğum sonrası dönemde; ebeveynlerin bebekle ilgili problemlerle başa çıkması, aile duyarlılığını geliştirmesi, yeni rolleri öğrenmesi, bebekle iletişim kurması, bebek için güvenli çevre oluşturması ve bebek bakımı vermesi gerekir. Bu dönemde krizler olabileceği gibi oldukça sağlıklı da geçebilmektedir. Annelerde bebekle ilgili sorunlarla baş etmek ve yeni rollerini öğrenmek gibi değişimlere uyum da zorluklar olabilmekte ve duygusal problemler görülebilmektedir (Balcombe, 1996, Şimşek ve Esencan, 2017).

Ayrıca anneler doğum sonrası dönemde genellikle yorgunluk, konstipasyon, meme dolgunluğu, epizyotomi gibi fizyolojik problemler de yaşayabilmektedir (Beydağ, 2007). Hemşirelik bakımı ile bu problemlerin ele alınması ve annenin sürece uyumunun sağlanması gerekmektedir. Kapsamlı bakım sayesinde hem annenin, hem bebeğin hem de ailenin gereksinimleri, olası/mevcut riskler belirlenebilmekte, böylece komplikasyonların önüne geçilebilmektedir (Şimşek ve Esencan, 2017).

Doğum sonrası dönemde meydana gelen fizyolojik sorunlardan biri ağrıdır. Ağrının azaltılması herkes için temel bir hak olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle ağrı, sadece klinik bir mesele değil, aynı zamanda doğum sonrası kadınlarla ilgilenen tüm sağlık profesyonellerinin de dahil olduğu etik bir durumdur. Ağrı, kadınların kişisel bakım ve emzirme gibi günlük aktivitelerini etkileyerek annelik rolünü sağlıklı bir şekilde yerine getirmede zorluklara yol açabilmektedir. Ağrı ayrıca doğum sonrası annenin uyku, istirahat, hareket, idrara çıkma, bağırsak hareketi ve iştahına da etkilemektedir (Hammes ve ark., 2014). Kadınlar tarafından büyük bir şikayet olmasına rağmen, ağrı genellikle sağlık profesyonelleri, aile üyeleri ve hatta bazen annenin kendisi tarafından önemsiz gibi kabul edilebilir. Çünkü bu dönemde maalesef çoğu anneler kendi sıkıntı ve sorunlarından çok yenidoğana öncelik vermektedir. Bu nedenle hemşirelerin kadınların ağrı seviyesini değerlendirmesi ve rahatsızlığı azaltmak için uygun girişimlerde bulunması gerekir. Ağrının azaltılmasında, banyo, sıcak/soğuk uygulama, yatakta rahatlığı sağlama/pozisyon, masaj vb. rahatlatıcı, konforu artırıcı bakım uygulamalarının sağlanması ve annenin cesaretlendirilmesi oldukça önemlidir (Beydağ, 2007).

Aile uyumu ve hemşirelerin rolü

Bir çocuk dünyaya getiren kadınlar, DS zamanlarının çoğunu çocuk bakma görevine adanmakta, bunu ilk sorumluluk haline getirmektedir. Bu bağlamda, aile organizasyonu ve diğer sorumlulukların yeni yaşam koşullarına uyum sağlayabilecek şekilde değiştirilmesi gerekmektedir. Kadınlar gebelikten-anne olmaya kademeli olarak uyum sağlamak ve bu uyum kadından kadına değişmektedir. Bu noktada kadının kaç çocuğu olduğu, çocukluğu, ebeveynleri ile olan ilişkisi, hamilelik deneyimi, eş ilişkisi, sosyal destek durumu vb. faktörler hemşire tarafından değerlendirilmeli ve anneye gereken destek sağlanmalıdır (Hammes ve ark., 2014).

Profesyonel uyum ve hemşirelerin rolü

DS aileye yeni bir üyenin katılması, ideal mesleği, hatta aileyi desteklemek ve sürdürmek için gerekli olan işi, rutinleri veya geleceğe ilişkin profesyonel bağlamdaki hayalleri değiştirmektedir. Kadınlar kariyerlerine ayırdıkları zamanı azaltarak yeni aile üyesine daha fazla zaman ayırmak ve belki de kariyerine geçici olarak ara vermek ya da kariyer planlarından vazgeçmek durumunda kalabilmektedir. Eğer kişi yerine getirmekte olduğu rolle ilgili problemler yaşıyorsa, bu etkiler iyileşmeye ve sağlığa müdahale edebilmektedir. Bu nedenle hemşirelerin uyumu teşvik etmek ve zorluklara yardımcı olmak için mevcut durumu değerlendirmesi, sonuca göre uygun girişimlerde bulunması, çözümüne kişiyi/aileyi de katması gerekmektedir (Hammes ve ark., 2014).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1 Araştırmanın Türü

Çalışma, tanımlayıcı ve gruplararası karşılaştırmalı bir araştırma olarak tasarlanmıştır

5.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma, İstanbul Zeytinburnu ilçesindeki 1 ve 2. Nolu Aile Sağlığı Merkezine (ASM) kayıtlı olan Türk ve Uygur Türkü kadınlarda gerçekleştirilmiştir. Bölgenin tercih edilme nedeni; Türkiye'de yaşayan Uygur Türklerinin sayısal olarak bu bölgede daha fazla ikamet etmesi ve özellikle 1 No'lu ASM ile sözel görüşme de aile hekiminin sözel olarak onay vermesidir. Araştırma Kasım 2019- Ocak 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Evren

Çalışmanın evrenini, İstanbul Zeytinburnu 1 ve 2 Nolu Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı olan doğum yapmış olup doğumdan sonraki 15. gün ile 6 ay arasında olan kadınların tümü oluşturmıştır.

Örneklem

Örneklem sayısı: Örneklem sayısını belirlemek için çalışmanın yürütüleceği iki. ASM'den Ocak-Haziran 2019 tarihleri arası bir yılın ilk yarısındaki doğum yapan kadınların sayısı alınmıştır. Kurumların istatistik verilerine göre bu sayı toplamda 235 olarak belirtilmiştir. Bu toplamın içinde Uygur Türkü kadınların sayısı 99, Türk kadınların sayısı 136' dır. Örneklem alınacak kadın sayısını belirlemek için evrendeki birey sayısı bilinen örneklem formülünden yararlanılmıştır. Formülde q için Türkiye'de doğum sonu depresyon görülme sıklığı sonucundan yola çıkılmıştır. Doğum sonu depresyon oranları ile ilgili yurt dışında ve ülkemizde yapılan çalışmalarda farklı sonuçların olduğu ve bu sonuçların dünyada %3,5- %40, ülkemizde de %6,3 ile %50,7 oranlarında olduğu ve görülme oranları arasında geniş bir aralığın söz konusu olduğu bildirilmiştir (Durkan, 2007; Aydemir, 2007) yurtdışında bir çalışmada doğum sonu depresyon oranı, doğumdan sonraki 6-12. haftalarda %11 olarak belirtilmiştir (Chandran, 2002). Bir çalışmada Türkiye'de doğum sonu depresyon görülme oranı % 9,1 olarak bildirilmiştir (Arslan, 2012) ve bu sonuç baz alınarak çalışmada q =%10 olarak alınmıştır.

Sonuçta Evreni Bilinen Örneklem Formülüne göre:

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$$

N : Evrendeki birey sayısı

n : Örneklem alınacak birey sayısı p : İncelenen olayın görünüş sıklığı

q : incelenen olayın görülme sıklığı

t : Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan.
bulunan teorik değer (1.96)

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen ±sapma (0.05)

$$(235)(1.96)(1.96)(0.1)(0.9)$$

$$n = \frac{(0.05)(0.05)(235-1) + (1.96)(1.96)(0.1)(0.9)}{(0.05)(0.05)(235-1) + (1.96)(1.96)(0.1)(0.9)}$$

n= 88 çalışmaya toplamda en az alınması gereken kadın sayısı

Formüle göre yapılan hesaplama sonrası, çalışmaya alınması gereken kadın sayısının **en az 88** olması gerektiği belirlenmiştir. Çalışmada 2 grup arasında karşılaştırma yapılacağından iki gruba en az kaç kişinin alınması gerektiği tabakalı örneklem ile hesaplanmıştır. Yapılan hesaplama sonucuna göre:

Türk kadınlar için (TK): 136/235 = 0.57

$$0.56 \times 88 = 50.1 = 50 \text{ kadın}$$

Uygur Türkü kadınlar için (UTK): 99/ 235= 0.42

$$0.41 \times 88 = 36.9 = 37 \text{ kadın}$$

TK grubu için en az 50 kadın, UTK grubu için en az 37 kadının alınması gerektiği bulunmuştur. Ancak çalışmada UTK grubu sayısı da 50' ye tamamlanmıştır. Sonuçta doğum sonu ilk 6 ay içinde olan **toplam 100 kadın** da çalışma yürütülmüştür.

Gruplar;

Örneklem alınan kadınlar iki gruba ayrılmıştır.

1. Grup: Türk kadınlar (n=50)

2. Grup: Türkiye’de yaşayan Uygur Türkü kadınlardır (n=50).

Örneklem yöntemi: Örneklem alınacak kadın sayısı belirlendikten sonra örneklem alma kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan kadınlar olasılıksız örneklem

yöntemlerinden gelişi güzel örnekleme yöntemi ile örnekleme alınmasına karar verilmiş ve etik kurul onayıda bu şekilde alınmıştır. İstanbul İl Sağlık müdürlüğünden çalışma izin yazısına çok geç bir sürede red yanıtının gelmesi, diğer taraftan araştırmayı yapan öğrencinin Yüksek Lisans süresinin dolmasına çok az süre kalması nedeniyle çalışma, 1 ve 2 nolu ASM hekimlerinin sözel onayı ve desteği alınarak gerçekleştirilmiştir. Bu ASM'lere kayıtlı ve son 6 ay içinde doğum yapan, mesai saatlerinde kendi ya da çocuğu ile ilgili ASM'ye kontrole gelen kadınlar ASM hekimleri tarafından araştırmacıya yönlendirilmiştir. Bu kadınlar içinde araştırmanın örneklem kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul edenler çalışma kapsamına alınmıştır.

5.4 Araştırmaya Alınma ve Dışlanma Ölçütleri:

Örnekleme alma kriterleri:

- İstanbul Zeytinburnu bölgesindeki 1 ve 2 nolu ASM kayıtlı olan
- Son 6 ay içinde doğum yapmış olan (DS 2. Hafta ile 6. Ay da olan)
- Türk olan
- Türkiyede yaşayan Uygur Türkü olan
- İletişim problemi olmayan, soruları algılayıp yanıtlayabilen
- Türkçe bilen
- Kadın ya da bebeğinde majör tıbbi problem/rahatsızlık olmayan
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan kadınlar örneklem kapsamına alınmıştır

Örneklemden çıkarılma kriterleri;

- Örnekleme alma kriterlerine uymayan
- Çalışmaya katılmak istemeyen,
- Çalışmanın herhangi bir aşamasında kendi isteğiyle çıkmak isteyen/ çalışma sırasında sorulan sorulardan rahatsızlık hisseden, yarıda bırakan kadınlar çalışma kapsamı dışında tutulmuştur.

5.5 Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişken: doğum sonu döneme uyum, doğum sonu depresyon düzeyleri

Bağımsız değişkenler: Türk kadınları, Türkiye'de yaşayan Uygur Türk'ü kadınlar

Diğer bağımsız değişkenler: Sosyo-demografik, obstetrik, kültürel özellikler vb.

5.6 Veri Toplama Araçları

Çalışma verilerinin toplanmasında 3 form kullanılmıştır.

1. Anket Formu (EK-3): Kadınların tanıtıcı özelliklerinin sorgulandığı çoktan seçmeli ve açık uçlu sorulardan oluşan anket formunda, sosyo-demografik, obstetrik ve doğum sonuna ait özellikler ile doğum sonu depresyonu ve uyumu etkileyen faktörler vb. değerlendirmeyi içeren 27 sorudan oluşan formdur.

2. Postpartum Kendini Değerlendirme Ölçeği-PKDÖ (Postpartum Self Evaluation Questionnaire) **(EK-4):** Lederman ve Weingarten tarafından 1981 yılında doğum sonu dönemdeki kadınların anneliğe uyumlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilen bu ölçek toplam 82 maddeden oluşan 4'lü likert tipi bir ölçektir (4: "Çok Fazla Tanımlıyor", 3:"Kısmen Tanımlıyor", 2:"Biraz tanımlıyor", 1:"Hiç tanımlamıyor"). Ölçek içerisinde toplam 7 alt boyut yer alır. Bu boyutlar, "partnerler arasındaki ilişkinin kalitesi, partnerlerin bebek bakımına katılma bakışları, doğum deneyiminden memnuniyet, hayatın devamından hoşnut olma, annelik görevleriyle başa çıkmada güce güvenmek, annelik ve yenidoğan bakımından memnurluk, aile ve arkadaşların annelik için desteğidir. Ölçeğin tamamından alınabilecek minimum puan 82 iken maksimum puan 328'dir. Alınan puanın yüksek olması doğum sonu uyumun yüksek olduğunu gösterir. Alt ölçeklere ait alınabilecek minimum ve maksimum değerleri ise aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 5.1. Postpartum Kendini Değerlendirme Ölçeği- PKDÖ Alt Boyutlarının Minimum ve Maksimum Değerleri

PKDÖ Alt Ölçekler	Maddeler	Minimum ve Maksimum Puan
Partnerler Arasındaki İlişkinin Kalitesi	4,10,24,31,37,38,39,43,45,49,55,56	12-48
Partnerlerin Bebek Bakımına Katılma Bakışları	2,7,13,16,21,32,54,57,65,71,74	11-44
Doğum Deneyiminden Memnuniyet	6,9,28,47,48,58,67,68,73,79	10-40
Hayatın Devamından Hoşnut Olma	5,8,18,30,35,41,51,60,70,81	10-40
Annelik Görevleriyle Başa Çıkmada Güce Güvenmek	1,12,14,17,26,27,36,50,52,59,61,63,76,82	14-56
Annelik ve Yenidoğan Bakımından Memnurluk	3,11,20,22,23,25,33,34,42,44,53,64,75	13-52
Aile ve Arkadaşların Annelik İçin Desteği	15,19,29,40,46,62,66,69,72,77,78,80	12-48

Türkçe uyarlama çalışmasında ölçeğin genelinin güvenilirlik düzeyinin 0,92 olduğu tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda bu oran Uygur Türklerinde 0,91 olarak; Türkiye Türklerinde ise aynı şekilde 0,91 olarak tespit edilmiştir.

3. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği-EDDÖ=(Edinburgh Postnatal Depression Scale-EPDS) (EK-5): Cox ve ark tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir (Cox, Holden, and Sagovsky, 1987). Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Engindeniz tarafından yapılmıştır. Doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon riskini belirleme düzeyini ve şiddet değişimini ölçmeye yönelik tarama amaçlı olarak geliştirilmiş bir ölçektir. 10 maddeden oluşan EDDÖ 4'lü likert tipi olup ölçeğin değerlendirilmesinde tüm sorular 0-3 arasında puanlandırılmaktadır. Bu maddelerden 1, 2, ve 4. maddeler ters bir şekilde kodlanır. Ölçekten alınabilecek minimum puan 0 iken maksimum 30 puan alınabilmektedir. Alınan puanın 0-9 arasında olması depresyon riskinin olmadığını, 10-12 arasında alınması az da olsa depresyon riskinin olduğunu ve son olarak 13'ün üstünde puanın alınması ise depresyon olma ihtimalinin yüksek olduğunu gösterir. Kesim noktasının 13 olduğu ölçeğin Türkçe uyarlamasında iç tutarlılık katsayısı 0,79 olarak tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda bu oran Türkiye özelinde 0,80; Uygur Türkleri özelinde ise 0,73 olarak tespit edilmiştir.

5.7 Araştırmanın Etik Yönü:

Çalışmanın yapılabilmesi için öncelikle Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi “Girişimsel Olmayan Klinik Çalışmalar Etik Kurulundan” etik onay alınmıştır (No: 14.11.2019_141)(EK-1). Ardından İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne çalışmanın belirtilen kurumlarda yapılabilmesi için izin yazısı yazılmış ancak red yanıtı alınmıştır. Çalışmanın yapıldığı 1 ve 2 No'lu ASM hekimlerinin sözel kabulü ve desteği ile çalışma yürütülebilmiştir. Çalışmada kullanılan “Doğum sonu kendini değerlendirme ölçeği”(EK-6) ve “Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği”(EK-7) için ilgili yazarlardan izin alınmıştır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmıştır. Kadınlara araştırmacının kimliği, hangi kurumda çalıştığı, ne amaçla geldiği, bu araştırmanın amacı, kadınlardan alınan bilgilerin nerede ve nasıl kullanılacağı ve herhangi bir aşamada çalışmadan ayrılabilceği bilgisi ayrıntılı olarak verildikten sonra çalışmaya katılmayı kabul edenlerden yazılı “Aydınlatılmış Gönüllü Onam Formu”(EK-2) alınmıştır.

5.8 Verilerin toplanması (Çalışmanın uygulanması)

Veriler, İstanbul Zeytinburnu ilçesindeki 1 ve 2 No'lu ASM kayıtlı, son 6 ay içinde doğum yapmış olan kadınlardan elde edilmiştir. Çalışmanın gerçekleştirilmesinde ASM hekimlerinden destek alınmıştır. Çalışma verileri hafta içi toplanmıştır. Hafta içi her gün mesai saatlerinde kendisi ya da çocuğunun sağlam çocuk/aşı kontrolü için gelen ve son 6 ay içinde doğum yapmış (doğumdan sonraki 2. Hafta ile 6 ay içinde olan) kadınlar hekim tarafından araştırmacıya yönlendirilmiştir. Araştırmacıya yönlendirilen kadınlara önce çalışma hakkında kısa bir açıklama yapılmış, örneklem kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlardan yazılı onam alınmış, ardından her 3 form verilmiş ve araştırmacının önderliğinde doldurmaları sağlanmıştır. Veriler duruma göre yüz yüze görüşme tekniği ya da öz bildirime dayalı anket uygulama tekniği ile toplanmıştır. Formların doldurulması uygulanması yaklaşık 20-30 dakika sürmüştür. Araştırmacı Uygur Türkü olduğundan Uygur Türkü olan kadınlarla iletişimde sorun yaşanmamıştır. Gerekğinde Uygur Türkü kadınların formlardaki Türkçe soruları daha iyi anlamaları için Türçeden Uygurcaya detaylı açıklama yapılmıştır. ASM de formları doldurmak istemeyen bazı Uygur Türkü kadınlar kendi ev adresini araştırmacıya vermiş ve evde formları doldurmak istediğini belirtmiştir (n=11). Bu kadınların evine giderek formların doldurulması sağlanmıştır.

5.9 Araştırma Soruları

1. Türk kadınları ile Türkiyede yaşayan Uygur Türk'ü kadınların doğum sonu döneme uyumları arasında fark var mıdır?
2. Türk kadınları ile Türkiyede yaşayan Uygur Türk'ü kadınların doğum sonu dönemde depresyon düzeyleri farklılık gösteriyor mu?
3. Kadınların DS uyumları ile depresyon düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

5.10 Verilerin Analizi

Araştırmada anket uygulaması sonucu elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences-SPSS programı 22 versiyonunda analiz edilmiştir. Çalışmada kullanılan her iki ölçeğin iç tutarlılığı için (ölçeklerdeki maddelere verilen yanıtların tutarlılığı için) Cronbach's Alpha değerlerine bakılmıştır. Katılımcıların sosyo-demografik, obstetrik ve DS ilişkin özelliklerine ait verilerde, tanımlayıcı istatistiklerden frekans dağılımları, ortalama ve standart sapma değerleri kullanılmıştır. Katılımcıların bazı özellikleri ile doğum sonrası uyum ve

depresyon düzeyi arasındaki karşılaştırmalarda ki- kare, t -test ve ANOVA kullanılmıştır. Verilerin analizinde istatistik anlamlılık düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

5.11 Araştırmanın Zorlukları ve Sınırlılıkları

- Doğum yapmış ve doğumdan sonraki 15. gün ile 6 ay arasında olan ve yalnızca İstanbul Zeytinburnu ilçesi 1 ve 2 no'lu ASM kayıtlı olan kadınlarla sınırlıdır.
- İstanbuldaki yaşayan, Uygur Türkü olan ve Doğum yapmış (doğumdan sonraki 15. gün ile 6 ay arasında) kadınlara ulaşma da çalışmanın zorluğu olmuştur.



6. BULGULAR

Çalışmadan elde edilen veriler Türk ve Türkiye’de yaşayan Uygur Türkü kadınların;

6.1 Tanıtıcı özelliklerine,

6.2 Doğum Sonu Uyum ve Depresyon düzeyi sonuçlarına göre olmak üzere 2 başlık altında verilmiştir.

6.1 Türk ve Türkiye’de Yaşayan Uygur Türkü Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Ait Veriler

Bu bölümde Türk ve Türkiye’de Yaşayan Uygur Türkü Kadınların sosyo-demografik, obstetrik özelliklerine ait veriler yer almıştır.

- 1. Grup:** Türk kadınlar (n=50)
- 2. Grup:** Türkiye’de Yaşayan Uygur Türkü Kadınlar dır (n=50).

Tablo 6.1.1 Türk ve Uygur Türkü kadınların tanıtıcı özellikleri

Tanıtıcı özellikler	N=100				İstatistiksel anlamlılık
	1. Grup (Türk Kadınlar) (n=50)		2. Grup (Uygur Türkü Kadınlar) (n=50)		
	n(%)		n(%)		
Eğitim düzeyi					$\chi^2=2,70$ p=0,60
İlkokul	6 (12,0)		6 (12,0)		
Ortaokul	9 (18,0)		8 (16,0)		
Lise	15 (30,0)		11 (22,0)		
Üniversite	18 (36,0)		19 (38,0)		
Lisansüstü	2 (4,0)		6 (12,0)		
Eşin eğitim düzeyi					$\chi^2=7,69$ p=0,10
İlkokul	4 (8,0)		3 (6,0)		
Ortaokul	4 (8,0)		9 (18,0)		
Lise	14 (28,0)		12 (24,0)		
Üniversite	17 (34,0)		23 (46,0)		
Lisansüstü	11 (22,0)		3 (6,0)		
Çalışma durumu					$\chi^2=3,18$ p=0,07
Çalışan	13 (26,0)		6 (12,0)		
Çalışmayan	37 (74,0)		44 (88,0)		
Eşin çalışma durumu					$\chi^2=0,21$ p=0,64
Çalışan	47 (94,0)		48 (96,0)		
Çalışmayan	3 (6,0)		2 (4,0)		
Gelir düzeyi					$\chi^2=19,05$ P= 0,000
Gelir giderden fazla	7 (14,0)		4 (8,0)		
Gelir gidere denk	38 (76,0)		21 (42,0)		
Gelir giderden az	5 (10,0)		25 (50,0)		
Sosyal güvence					$\chi^2=51,49$ P= 0,000
Var	48 (96,0)		13 (26,0)		
Yok	2 (4,0)		37 (74,0)		
Yaş ortalamaları	Min.- Max.	Ort±SD	Min.- Max.	Ort±SD	
Kadının yaş ortalaması	21-40	31,38±5,53	19-40	29,98±5,85	t=1,22 p=0,22
Eşin yaş ortalaması	25-55	35,20±6,22	21-44	32,86±6,31	t=1,86 p=0,06

K-kare ve t-test kullanıldı

Türk ve Uygur Türkü kadınların çoğunluğunun (Türk kadınlar-TK: %36; Uygur Türkü kadınlar-UTK: %38) üniversite mezunu olduğu bulundu. Her 2 gruptaki kadınların çoğunluğunun (TK: %74,0; UTK:%88,0) gelir getiren bir işte çalışmadığı, TK %76,0 gelirlerini giderlerine denk olarak belirtirken UTK %50,0'nın gelirlerini giderlerinden az olarak belirttiği, TK'nın %96,0'ı sosyal güvencelerinin olduğunu belirtirken UTK bu

oran %26.0 dı ve bu özellikler açısından gruplararası fark bulundu ($p<0,01$). Yaş ortalamaları açısından da (TK: $31,38\pm5,53$; UTK: $29,98\pm5,85$) her iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı($p>0,05$) (Tablo 6.1.1).

Tablo 6.1.2 Türk ve Uygur Türkü kadınların aile tipi ve evlilik ilişkileri ait özellikler

Aile tipi ve evlilik ilişkisi	N=100		İstatiksel anlamlılık
	1.Grup (n=50)	2.Grup (n=50)	
	n(%)	n(%)	
Aile tipi			
Çekirdek aile	47 (94,0)	46 (92,0)	$\chi^2=0,15$ $p=0,69$
Geniş aile	3 (6,0)	4 (8,0)	
Evlilik ilişkisi			
Çok iyi	22 (44,0)	25 (50,0)	$\chi^2=3,20$ $p=0,52$
İyi	22 (44,0)	15 (30,0)	
Fena değil idare eder	5 (10,0)	8 (16,0)	
Kötü/çok kötü	1 (2,0)	2 (4,0)	
Doğum sonrası evlilik ilişkisinde farklılık durumu			
Evet, olumlu yönde	27 (54,0)	33 (66,0)	$\chi^2=5,08$ $p=0,07$
Evet, olumsuz yönde	9 (18,0)	2 (4,0)	
Hayır, bir farklılık olmayan	14 (28,0)	15 (30,0)	

K-kare testi kullanıldı

Türk ve Uygur Türk'ü kadınların tamama yakınının çekirdek aile tipine sahip olduğu, evlilik ilişkilerini her iki grupta da genel toplam olarak “çok iyi” ve “iyi” olarak yorumladıkları (TK: %88,0; UTK: %80,0) ve TK %54,0'ı UTK da %66,0'ı doğumdan sonra evlilik ilişkilerinin olumlu yönde değiştiğini belirtti. Bu özellikler açısından gruplar arası anlamlı fark yoktu ($p>0,05$) (Tablo 6.1.2).

Tablo 6.1.3 Türk ve Uygur Türkü kadınların obstetrik özellikleri

Obstetrik özellikler	N=100				İstatistiksel anlamlılık
	1.Grup (n=50)		2.Grup (n=50)		
	n(%)		n(%)		
Gebeliğin planlı olma durumu İsteyerek, planlı İstemededen, plansız	46 (92,0) 4 (8,0)		34 (68,0) 16 (32,0)		$\chi^2=9,56$ p=0,008
Gebelikte düzenli kontrole gitme Giden Gitmeyen	45 (90,0) 5 (5,0)		50 (100,0) 0 (0,0)		$\chi^2=5,26$ p=0,02
Gebelikte sorun/risk yaşama Yaşayan Yaşamayan	11 (22,0) 39 (78,0)		10 (20,0) 40 (80,0)		$\chi^2=0,06$ p=0,80
Yaşanan riskli durumlar Düşük tehlikesi Hipertansiyon Şiddetli anemi Hiperamezis Oligohidroamnios Enfeksiyon Prematür eylem Preeklampsi Kanama Diğer (Miyom dejenerasyonu, ikislerden birini kaybetme vb.)	2 (4,0) 0 (0,0) 0 (0,0) 0 (0,0) 1 (2,0) 1 (2,0) 2 (4,0) 1 (2,0) 1 (2,0) 3 (6,0)		3 (6,0) 2 (4,0) 4 (8,0) 1 (2,0) 0 (0,0) 0 (0,0) 0 (0,0) 0 (0,0) 0 (0,0)		
Son doğum şekli ●Normal vajinal doğum (Epizyotomisiz) ●Normal vajinal doğum (Epizyotomili) ●Sezaryen doğum	23 (46,0) 6 (12,0) 21 (42,0)		25 (50,0) 5 (10,0) 20 (40,0)		$\chi^2=0,19$ p=0,90
Parite durumu Primipar Multipar	27(54,0) 23(46,0)		22(44,0) 28(56,0)		$\chi^2=1,00$ p=0,31
Ortalamalar	Min.-Max.	Ort±SD	Min.-Max.	Ort±SD	
Gebelik sayısı ort.	1-5	1,86±1,03	1-10	2,42±1,72	t=1,96 p=0,05
Doğum sayısı ort.	1-4	1,66±1,85	1-7	2,10±1,35	t=1,94 p=0,05
Gebelikte izlem sayısı ortalaması	1-15	8,64-4,98	3-15	8,36±3,07	t=0,33 p=0,73

Ki-kare ve t-test kullanıldı

Türk kadınlarının %92,0'si gebeliğinin planlı olduğunu belirtirken Uygur Türkü kadınlarda bu oran %68,0 dı. TK %90,0'ı gebelikte düzenli kontrole giderken UTK tamamı gebelikte düzenli kontrole gittiğini belirtti ve bu özellikler açısından gruplar arası fark anlamlıydı ($p<0,01$ - $p<0,05$). TK %22,0'si, UTK da %20,0 gebelikte sorun yaşadıklarını belirtti, bu açıdan gruplar arası fark yoktu ($p>0,05$) (*TK'da düşük tehlikesi ve prematür eylem sayısı, UTK' da şiddetli anemi ve düşük tehlikesi geçirenlerin sayısı fazlaydı*). TK ve UTK yakın oranlarda normal ve sezaryen doğum yaptığını belirlendi. TK yarısından fazlası (%54.0), UTK yarıya yakını (%44.0) primipardı ancak gruplar arası bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$). Gebelik ve doğum sayısı ortalaması UTK da anlamlı olarak yüksekti ($P<0,05$). Gebelikte izleme gitme sayısı her iki grupta 8 di ve bu açısından gruplar arası fark yoktu ($p>0.05$) (Tablo 6.1.3).

Tablo 6.1.4 Türk ve Uygur Türkü kadınların doğum sonrasına ilişkin özellikleri

Doğum sonuna (DS) ait özellikler	N=100		İstatistiksel anlamlılık
	1. Grup (Türk Kadınlar) (n=50)	2. Grup (Uygur Türkü Kadınlar) (n=50)	
	n(%)	n(%)	
Mevcut doğum sonu sürecini tanımlaması Sorunsuz, keyifli, mutlu Sorunlu, problemlili, sıkıntılı	36 (72,0) 14 (28,0)	43 (86,0) 7 (14,0)	$\chi^2=2,95$ P=0,08
DS kişisel bakımla ilgili sorun yaşama Yaşayan Yaşamayan	18 (36,0) 32 (64,0)	16 (32,0) 34 (68,8)	$\chi^2=0,17$ p=0,67
DS bebeğin bakımı ile ilgili sorun yaş. Yaşayan Yaşamayan	7 (14,0) 43 (86,0)	10 (20,0) 40 (80,0)	$\chi^2=0,63$ p=0,42
DS süreçle başa çıkmada hissedilenler •Gayet yeterli, iyi •Sorunsuz, rahat, mutlu •Sorun yaşasa da üstesinden gelebilme •Sorunlu, sıkıntılı	6 (14,0) 3 (6,0) 29 (58,0) 12 (22,0)	5 (10,0) 11 (26,0) 20 (40,0) 14 (24,0)	$\chi^2=6,46$ p=0,09
Önceki doğumlardan sonra ruhsal sorun yaşama Yaşayan Yaşamayan Primipar olan	3 (6,0) 20 (40,0) 27 (54,0)	2 (4,0) 26 (52,0) 22 (44,0)	$\chi^2=0,47$ p=1,49
Ailede ruhsal problem yaşayan biri varlığı Var Yok	9 (18,0) 41 (82,0)	3 (6,0) 47 (94,0)	$\chi^2=3,40$ p=0,06

K-kare testi kullanıldı

TK'nın %72,0'ı, UTK ise %86,0'nın mevcut doğum sonu dönemlerini "Sorunsuz, keyifli" bir süreç olarak tanımladığı görüldü. TK'nın %36,0'ı kendi, %14,0'da bebeğin bakımı ile ilgili sıkıntı yaşadıklarını belirtti, bu oranlar UTK da %32,0 ile %20,0 dı. Gruplar arasında bu özellikler açısından fark yoktu ($p>0,05$). TK'nın %58,0'ı "sorun yaşasa da üstesinden gelebildiğini" hissettiğini belirtirken, bu oran UTK da %40,0 dı. İki grup arasındaki oranlarda bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$). Daha önce doğum yapmış TK'da önceki doğumlarından sonra ruhsal sorun yaşadığını belirtenlerin oranı %6,0 (n=3), UTK da %4,0

(n=2) di ve bu açıdan gruplar arası anlamlı fark yoktu ($p>0.05$). Ailelerinde de ruhsal problem yaşayan biri olmadığını (TK=%82,0; UTK=%94,0) belirtti ve bu özellikler açısından da gruplar arasında anlamlı fark yoktu ($p>0,05$)(Tablo 6.1.4).

Doğum sonrası süreçlerinde kendileri ile ilgili yaşadıkları sorun olarak; TK “kendine zaman ayıramama” ve “uyku problemini” dile getirirken, UTK ise “ağrı” sorununu ifade etti. Bebek bakımı ile ilgili olarak da; TK “bebeğin uyku problemi”ni sorun olarak belirtirken, UTK ise “bebeğinin ne istediğini anlamama” yı sorun olarak belirtti.

6.2. Doğum Sonu Uyum ve Depresyon Düzeyi Sonuçlarına Ait Veriler

Bu bölümde Türk ve Türkiye’de yaşayan Uygur Türkü kadınların Postpartum Kendini Değerlendirme Ölçeği- PKDÖ ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği- EDSDÖ’ ne ait veriler yer almıştır.

Tablo 6.2.1 Türk ve Uygur Türkü kadınların PKDÖ alt boyut ve total puan ortalamaları

PKDÖ	N=100		İstatistiksel anlamlılık
	1. Grup (n=50)	2. Grup (n=50)	
	Ort±SD	Ort±SD	
Partnerler arasındaki ilişkinin kalitesi (1.Alt boyut)	34,50±6,73	39,06±5,23	t=-3,78 p=0,000
Partnerlerin bebek bakımına katılıma bakışları (2.Alt boyut)	32,14±5,39	36,38±4,91	t=-4,11 p=0,000
Doğum deneyiminden memnuniyet (3.Alt boyut)	20,88±3,78	32,10±3,93	t=-14,54 p=0,000
Hayatın devamından hoşnut olma (4.Alt boyut)	22,32±3,51	25,32±5,60	t=-3,20 p=0,002
Annelik görevleriyle başa çıkmada güce güvenme (5.Alt boyut)	49,16±6,18	40,46±6,20	t=7,02 p=0,000
Annelik ve yenidoğan bakımından memnurluk (6.Alt boyut)	43,92±5,03	44,74±4,54	t=-0,85 p=0,39
Aile ve arkadaşların annelik için desteği (7.Alt boyut)	38,86±6,07	35,14±4,54	t=3,47 p=0,001
PKDÖ Total	261,40±25,02	253,20±25,55	t=1,62 p=0,10

t-test kullanıldı

Uygur Türkü kadınların PKDÖ “partnerler arasındaki ilişkinin kalitesi”, “partnerlerin bebek bakımına katılıma bakışları”, “doğum deneyiminden memnuniyet” ve “hayatın devamından hoşnut olma” alt boyut puan ortalamaları Türk kadınlarından anlamlı olarak daha yüksekti

($p<0,01$ - $p<0.001$). Türk kadınlarının da “Annelik görevleriyle başa çıkmada güce güvenme” ve “Aile ve arkadaşların annelik için desteği” alt boyut puan ortalamaları Uygur Türkü kadınlardan anlamlı olarak daha yüksekti (($p<0,01$ - $p<0.001$) (Tablo 6.2.1).

Tablo 6.2.2 Türk ve Uygur Türkü kadınların EDSDÖ total puan ortalamaları, EDSDÖ alınan puanlara göre depresyon düzeyi riski ve cut-off değerine göre dağılım

EDSDÖ total ve depresyon düzeyi	N=100		İstatistiksel anlamlılık
	1. Grup (n=50)	2. Grup (n=50)	
	Ort±SD	Ort±SD	
EDSDÖ Total puan ort.	9,42±6,30	6,72±3,67	t=2,61 p=0,01
EDSDÖ göre depresyon riski	n(%)	n(%)	
EDSDÖ alınan puana göre depresyon risk düzeyi			
●0-9 puan (depresyon riski yok)	32 (64,0)	39 (78,0)	$\chi^2=6,37$ p=0,04
●10-12 puan (az da olsa depresyon riski var)	6 (12,0)	8(16,0)	
●≥ 13 puan (depresyon riski yüksek)	12 (24,0)	3 (6,0)	
EDSDÖ cut-off değerine göre dağılım			
<13 puan(depresyon ihtimali düşük)	38 (76,0)	47(94,0)	$\chi^2=6,35$ p=0,01
≥13 puan(depresyon ihtimali yüksek)	12 (24,0)	3 (6,0)	

K-kare ve t-test kullanıldı

NOT: EDSDÖ cut-off değeri 13 tür. ≥13 ve üzeri depresyon olma ihtimalinin yüksek , <13 depresyon olma ihtimalinin düşük olduğunu göstermektedir. EDSDÖ puanlara göre derecelendirmesinde; 0-9 puan depresyon riskinin olmadığını, 10-12 arasında puan az da olsa depresyon riskinin olduğunu ve ≥13 puanın alınması ise depresyon olma ihtimalinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Türk kadınlarında EDSDÖ total puan ortalaması Uygur Türk’ü kadınlarından anlamlı olarak daha yüksekti (TK:9,42±6,30; UTK: 6,72±3,67)($p<0,01$). EDSDÖ alınan puana göre depresyon risk düzeyi yüksek olanların oranı (TK:%24,0, UTK:6.0) ve EDSDÖ cut-off değerine göre ≥13 üzerinde puanı olanların oranı (%24,0) Türk kadınlarında anlamlı olarak daha yüksek bulundu (Tablo 6.2.2).

Tablo 6.2.3 Türk ve Uygur Türkü kadınların EDSDÖ puanları kapsamında depresyon riski düzeylerine göre PKDÖ alt grup ve total puan ortalamalarının dağılımı

PKDÖ	EDSDÖ göre depresyon riski düzeyi	Grupların depresyon düzeyine göre PKDÖ puan ortalamaları	
		1.Grup n=50	2.Grup n=50
		Ort±SD	Ort±SD
1.Alt grup- Partnerler arasındaki ilişkinin kalitesi	● Risk yok ● Az da olsa risk var ● Risk yüksek	34,66±6,96 38,50±4,88 32,08±6,24	39,05±5,18 38,00± 6,32 42,00±2,00
F, p		F=1,90 ,p=0,15	F=0,62 p=0,53
2.Alt grup- Partnerlerin bebek bakımına katılıma bakışları	● Risk yok ● Az da olsa risk var ● Risk yüksek	32,69±5,76 33,83±4,40 29,83±4,34	36,74±4,22 34,75±8,20 36,00±1,00
F, p		F=1,59, p=0,21	F=0,54, p=0,58
3.Alt grup- Doğum deneyiminden memnuniyet	● Risk yok ● Az da olsa risk var ● Risk yüksek	21,00±3,41 19,67±5,20 21,17±4,17	31,69±4,07 32,88±3,39 35,33±1,52
F, p		F=0,35, p=0,70	F=1,40, p=0,25
4.Alt grup- Hayatın devamından hoşnut olma	● Risk yok ● Az da olsa risk var ● Risk yüksek	21,66±23,58 26,00±1,09 22,25±3,07	25,54±5,80 24,00±5,12 26,00±5,19
F, p		F=4,40, p=0,01	F=0,26, p=0,76
5.Alt grup- Annelik görevleriyle başa çıkmada güce güvenme	● Risk yok ● Az da olsa risk var ● Risk yüksek	49,06±6,67 51,17±4,79 48,42±5,51	40,59±6,45 38,75±4,36 43,33±7,76
F, p		F=0,39 ,p=0,67	F=0,62, ,p=0,54
6.Alt grup- Annelik ve yenidoğan bakımından memnunluk	● Risk yok ● Az da olsa risk var ● Risk yüksek	44,41±5,07 45,67±2,73 41,75±5,37	44,90±4,59 43,38±5,02 46,33±2,08
F, p		F=1,67, p=0,19	F=0,55, p=0,57
7.Alt grup- Aile ve arkadaşların annelik için desteği	● Risk yok ● Az da olsa risk var ● Risk yüksek	38,69±6,99 38,50±3,50 39,05±4,46	35,23±4,39 33,75±5,75 37,67±2,51
F, p		F=0,08, p=0,91	F=0,84 ,p=0,43
PKDÖ Total	● Risk yok ● Az da olsa risk var ● Risk yüksek	261,69±27,52 274,33±19,41 254,17±18,25	253,74±25,60 245,50 28,56 266,67±13,05
F, p		F=1,32, p=0,27	F=0,78, p=0,46

ANOVA testi kullanıldı.

Türk kadınlarında PKDÖ alt boyutlarından “Hayatın devamından hoşnut olma” puan ortalamasının EDSDÖ göre az da olsa depresyon riski olalarda anlamlı olarak daha yüksek olduğu (26,00±1,09) görüldü (p<0,01). Her iki gruptaki kadınların EDSDÖ puanlarına göre depresyon riski düzeyleri ile PKDÖ deki belirtilen alt boyut hariç diğer alt boyutları ve total puan ortalaması arasında anlamlı fark yoktu (p>0,05) (Tablo 6.2.3).

Tablo 6.2.4 Türk ve Uygur Türkü kadınların EDSDÖ cut-off değerine göre PKDÖ alt grup ve total puan ortalamaları

PKDÖ	EDSDÖ cut-off değerine göre dağılım	Grupların depresyon düzeyine göre PKDÖ puan ortalamaları	
		1.Grup (n=50)	2.Grup (n=50)
		Ort±SD	Ort±SD
1.Alt grup- Partnerler arasındaki ilişkinin kalitesi	●<13 puan (depresyon ihtimali düşük) ●≥13 puan (depresyon ihtimali yüksek)	35,26 ± 6,77 32,08 ± 6,24	38,87± 5,33 42,00± 2,00
t, p		t=1,50, p=0,14	t=-2,42, p=0,08
2.Alt grup- Partnerlerin bebek bakımına katılıma bakışları	●<13 puan (depresyon ihtimali düşük) ●≥13 puan (depresyon ihtimali yüksek)	32,87± 5,53 29,83 ± 4,34	36,40± 5,05 36,00± 1,00
t, p		t=1,96 p=0,06	t=0,43, p=0,67
3.Alt grup- Doğum deneyiminden memnuniyet	●<13 puan (depresyon ihtimali düşük) ●≥13 puan (depresyon ihtimali yüksek)	20,79 ±3,69 21,17± 4,17	31,89 ± 3,95 35,33 ± 1,52
t, p		t=-0,28, p=0,78	t=-1,48 p=0,14
4.Alt grup- Hayatın devamından hoşnut olma	●<13 puan (depresyon ihtimali düşük) ●≥13 puan (depresyon ihtimali yüksek)	22,34 ±3,67 22,25 ± 3,07	25,28 ± 5,67 26,00± 5,19
t, p		t=0,86, p=0,93	t=-0,23 p=0,83
5.Alt grup- Annelik görevleriyle başa çıkmada güce güvenme	●<13 puan (depresyon ihtimali düşük) ●≥13 puan (depresyon ihtimali yüksek)	49,39± 6,42 48,42 ± 5,51	40,28 ± 6,14 43,33 ± 7,76
t, p		t=0,51, p=0,61	t=-0,66, p=0,56
6.Alt grup- Annelik ve yenidoğan bakımından memnunluk	●<13 puan (depresyon ihtimali düşük) ●≥13 puan (depresyon ihtimali yüksek)	44,61± 4,77 41,75± 5,37	44,64 ± 4,65 46,33± 2,08
t, p		t=1,75, p=0,11	t=-1,22, p=0,29
7.Alt grup- Aile ve arkadaşların annelik için desteği	●<13 puan (depresyon ihtimali düşük) ●≥13 puan (depresyon ihtimali yüksek)	38,66± 6,53 39,50± 4,46	34,98 ± 4,61 37,67 ± 2,51
t, p		t=-0,50, p=0,61	t=-1,67, p=0,19
PKDÖ Total	●<13 puan (depresyon ihtimali düşük) ●≥13 puan (depresyon ihtimali yüksek)	263,68± 26,59 254,17 ±18,25	252,34 ± 25,98 266,67±13,05
t, p		t=1,39, p=0,17	t=-1,69, p=0,18

t-test kullanıldı.

EDSDÖ cut off değerine göre her iki gruptaki kadınlarda depresyon ihtimali yüksek olan ve olmayanlar açısından PKDÖ alt grup ve total puan ortalamalarında anlamlı fark yoktu ($p>0,05$) (Tablo 6.2.4).



Tablo 6.2.5 Türk ve Uygur Türk'ü kadınların eğitim, gebelik ve doğum sonu bazı değişkenlere göre PKDÖ alt grup ve total puan ortalamaları

Değişkenler	Türk ve Uygur Türk'ü kadınların PKDÖ alt grup ve total puan ortalamaları															
	1. Grup (Türk kadınlar) n=50								2. Grup (Uygur Türk'ü kadınlar) n=50							
	1.Alt boyut	2.Alt boyut	3.Alt boyut	4.Alt boyut	5.Alt boyut	6.Alt boyut	7.Alt boyut	PKDÖ Total	1.Alt boyut	2.Alt boyut	3.Alt boyut	4.Alt boyut	5.Alt boyut	6.Alt boyut	7.Alt boyut	PKDÖ Total
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Eğitim düzeyi																
İlkokul	38,6±4,2	33,7±6,7	21,6±3,6	22,8±2,5	53,8±5,1	45,3±6,3	38,8±1,1	274,1±19,8	37,3±4,5	37,3±3,5	28,8±3,5	21,5±5,6	38,8±4,2	45,3±4,3	31,5±3,2	240,6±20,2
Ortaokul	34,1±9,0	28,5±7,3	18,6±4,3	21,5±4,9	46,0±5,5	44,5±4,2	36,4±6,7	247,8±26,0	42,0±5,4	37,5±4,3	35,3±2,2	28,8±3,9	40,2±5,8	45,8±4,3	38,3±4,0	268,2±22,2
Lise	33,0±7,8	34,2±4,3	21,2±3,9	23,0±3,9	51,1±4,8	44,7±4,4	39,7±6,9	267,4±27,2	40,9±3,3	37,2±4,2	32,5±4,5	23,5±6,7	42,7±6,7	45,7±2,8	36,5±4,3	259,2±20,8
Üniversite	34,5±4,8	31,2±3,6	21,3±3,5	21,7±2,8	46,9±6,5	41,8±5,2	38,3±5,5	255,5±20,6	37,2±6,1	34,5±6,0	31,6±3,7	26,3±5,1	40,1±7,0	43,1±5,6	34,2±4,7	247,3±30,8
Lisansüstü	34,5±9,1	38,0±2,8	22,0±2,8	24,0±1,4	54,5±0,7	49,0±0,0	48,0±0,0	291,5±7,7	39,1±3,1	38,1±2,3	31,5±3,2	24,5±4,2	39,3±4,9	45,8±3,4	34,6±3,2	253,1±15,5
P	p=0,56	p=0,47	p=0,43	p=0,71	p=0,01	p=0,19	p=0,19	p=0,05	p=0,14	p=0,34	p=0,03	p=0,09	p=0,72	p=0,45	P=0,03	p=0,21
Gebeliğin planlı olma durumu																
Planlı	16,4±3,6	32,3±4,7	20,6±3,8	22,4±3,2	49,0±6,2	43,7±5,0	38,6±6,1	260,9±24,0	18,0±3,3	36,0±5,4	32,1±3,9	25,6±5,3	40,5±6,5	44,5±4,9	35,2±4,5	253,±26,9
Plansız	17,7±2,7	30,2±11,3	23,5±1,7	20,5±6,1	50,5±5,2	46,2±4,9	41,2±4,7	266,2±38,5	17,9±2,5	37,0±3,7	32,0±4,0	24,5±6,1	40,3±5,5	45,1±3,7	34,8±4,7	252,8±23,2
P	p=0,06	p=0,10	p=0,81	p=0,07	p=0,49	p=0,71	p=0,73	p=0,22	p=0,41	p=0,41	p=0,35	p=0,75	p=0,13	p=0,42	p=0,26	p=0,65
Mevcut doğum sonu sürecini tanımlaması																
Sorunsuz,mutlu	36,6±5,1	33,0±4,3	21,3±3,2	22,9±3,0	49,2±6,4	44,0±5,0	39,2±4,7	267,2±21,9	39,5±5,3	36,2±5,2	32,4±3,9	25,6±5,5	40,7±6,6	44,7±4,6	35,4±4,6	254,7±26,4
Sorunlu,sıkıntılı	28,9±7,2	29,7±7,0	19,7±4,8	20,7±4,2	48,8±5,5	43,5±5,2	37,9±8,7	246,3±26,9	36,2±4,0	37,4±1,9	29,8±3,3	23,5±5,8	38,7±2,0	44,4±4,4	33,5±3,8	243,8±17,6
P	p=,000	p=0,46	p=0,17	p=0,05	p=0,83	p=0,76	p=0,50	p=,007	p=0,13	p=0,54	p=0,10	p=0,37	p=0,42	p=0,84	p=0,33	p=0,30
DS kişisel bakımla ilgili sorun yaşama																
Yaşayan	31,9±7,6	30,0±6,5	19,1±4,1	20,1±3,9	47,5±6,6	41,7±5,5	37,2±7,2	245,8±26,8	38,6±4,5	36,3±3,9	32,0±3,7	24,5±6,9	41,0±6,4	44,2±5,2	35,0±5,3	252,0±29,6
Yaşamayan	35,9±5,7	33,3±4,3	21,8±3,1	23,5±2,6	50,0±5,7	45,1±4,3	39,7±5,1	270,1±19,4	39,2±5,5	36,3±5,3	32,1±4,0	25,6±4,9	40,2±6,1	44,9±4,2	35,1±4,2	253,7±23,8
P	p=0,50	p=0,25	p=0,06	p=0,12	p=0,34	p=0,22	p=0,20	p=0,08	p=0,30	p=0,27	p=0,56	p=0,15	p=0,73	p=0,17	p=0,72	p=0,12
DS bebeğin bakımı ile ilgili sorun yaşama																
Yaşayan	30,2±4,9	30,2±5,7	19,5±3,5	20,4±1,7	43,7±6,4	42,8±5,9	35,7±7,8	241,8±27,1	39,9±6,2	35,6±4,4	33,9±3,6	25,2±6,4	42,4±5,6	45,6±4,9	36,3±5,8	258,9±28,5
Yaşamayan	35,1±6,7	32,4±5,3	21,0±3,8	22,6±3,6	50,0±5,7	44,0±4,9	39,3±5,6	264,5±23,4	38,8±5,0	36,5±5,0	31,6±3,9	25,3±5,4	39,9±6,3	44,5±4,4	34,8±4,1	251,7±24,9
P	p=0,29	p=0,93	p=0,93	p=0,60	p=0,88	p=0,58	p=0,22	p=0,58	p=0,26	p=0,77	p=0,97	p=0,52	p=0,98	p=0,61	p=0,31	p=0,58

ANOVA ve t-test kullanıldı.

Türk kadınlarda eğitim düzeyine göre PKDÖ 5. Alt boyutu olan “*Annelik görevleriyle başa çıkmada güce güvenme*” puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0,05$). Uygur Türkü kadınlarda ise 3. “*Aile ve arkadaşların annelik için desteği*” ve 7. “*Doğum deneyiminden memnuniyet*” alt boyut puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0,05$). Türk kadınlarda mevcut doğum sonu sürecini tanımlaması durumuna göre PKDÖ 1. “*Partnerler arasındaki ilişkinin kalitesi*” alt boyut puan ortalaması ve total puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,001$). Türk kadınlar ve Uygur Türkü kadınlarda gebeliğin planlı olup olmama, doğum sonu kişisel bakımla ilgili sorun yaşıyıp yaşamama ve doğum sonu bebek bakımıyla sorun yaşıyıp yaşamama durumuna göre PKDÖ alt boyut ve total puan ortalamaları arasında istatistik olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 6.2.5).

Tablo 6.2.6 Türk ve Uygur Türk’ü kadınların eğitim düzeyi ve DS süreçle başa çıkmada hissettiklerine göre PKDÖ ve EDSDÖ puan ortalamaları

Değişkenler	N=100			
	1.Grup (n=50)		2.Grup (n=50)	
	PKDÖ total puan ort. Ort±SD	EDSDÖ total puan ort. Ort±SD	PKDÖ total puan ort. Ort±SD	EDSDÖ total puan ort. Ort±SD
Eğitim düzeyi				
İlkokul	27,67±3,83	9,50±3,78	23,67±3,44	6,83±3,76
Ortaokul	22,78±6,68	6,33±3,08	24,33±4,92	6,62±4,17
Lise	24,20±6,47	11,13±8,09	24,45±5,98	6,00±2,40
Üniversite	25,11±5,54	10,00±6,40	25,47±7,01	7,31±4,28
Lisansüstü	30,00±2,82	5,00±2,82	25,63±5,90	6,16±3,65
F,p	F=1,06, p=0,38	F=1,11, p=0,36	F=0,15, p=0,95	F=0,25, p=0,90
DS süreçle başa çıkma hissedilenler				
•Gayet yeterli, iyi	31,33±2,80	6,50±3,88	27,20±3,27	4,20±1,78
•Sorunsuz, rahat, mutlu	27,67±3,05	11,00±7,00	24,55±7,52	8,00±3,09
•Sorun yaşasa da üstesinden gelebilme	25,17±4,98	9,55±6,23	24,50±6,76	6,05±4,18
•Sorunlu, sıkıntılı	20,42±6,21	10,16±7,49	25,00±3,76	7,57±3,41
F,p	F=6,69, p=0,001	F=0,53, p=0,65	F=0,28, p=0,83	F=1,78, p=0,16
Parite durumu				
Primipar	260,22±28,18	10,22±6,60	260,18±22,90	6,50±3,44
Multipar	262,78±21,25	8,47±5,95	247,71±26,56	6,89±3,90
F,P	F=2,81 P=0,72	F=1,33 P=0,33	F=0,62 P=0,06	F=0,00 P=0,71

ANOVA testi kullanıldı.

Türk kadınlarında PKDÖ total puan ortalaması eğitim düzeyi ortaokul olanlarda en düşük olup (22,78±6,68) eğitim arttıkça yükseldiği görüldü (lisansüstü olanlarda: 30,00±2,82) ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p>0.05). UTK da ise eğitim düzeyi ne olursa olsun PKDÖ total puan ortalamaları benzerdi (p>0.05). TK’da eğitim düzeyi lisansüstü olanlarda EDSDÖ puan ortalaması düşük (5,00±2,82) olmakla birlikte fark anlamlı bulunmadı (p>0.05). UTK da ise eğitim düzeyi ne olursa olsun EDSDÖ total puan ortalamaları benzerdi (p>0.05). TK’da DS süreçle başa çıkmada kendilerini gayet yeterli, iyi olarak ifade edenlerin PKDÖ puan ortalaması (31,33±2,80) yani doğum sonrası uyumları daha yüksekti ve fark anlamlıydı (p<0.001). Ancak UTK’ın DS süreçle başa çıkmada hissettikleri ile PKDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark yoktu (p>0.05). Her iki gruptaki kadınlarda DS süreçle başa çıkmada kendini yeterli ve iyi hissedenlerin EDSDÖ puan ortalaması daha düşüktü, ancak fark anlamlı değildi (p>0.05). TK ve UTK primipar kadınlarda PKDÖ total puan ortalaması benzerdi (260,22). TK da multiparlarda PKDÖ puan ortalaması biraz daha yüksek iken, UTK da bu

puan daha düşüktü, ancak her iki grupta fark anlamlı değildi ($p>0.05$). EDSDÖ total puan ortalamaları TK da primiparlarda multiparlara göre yüksek iken, UTK'da primipar ya da multipar açısından EDSDÖ puan ortalaması benzerdi, her iki grupta bu bağlamda anlamlı fark yoktu ($P>0.05$)(Tablo 6.2.6).

Tablo 6.2.7 Türk ve Uygur Türkü Kadınların bazı değişkenlere göre EDSDÖ total puan ortalamaları

Değişkenler	N=100	
	1. Grup (n=50)	2. Grup (n=50)
	Ort±SD	Ort±SD
Gebeliğin planlı olma durumu		
İsteyerek, planlı	9,39±6,31	6,44±4,06
İstemededen, plansız	9,75±7,04	7,31±2,70
t,p	t=-0,10, p=0,99	t=-0,77, p=0,10
Mevcut doğum sonu sürecini tanımlaması		
Sorunsuz,keyifli,mutlu	9,38±5,74	6,41±3,72
Sorunlu,problemlı,sıkıntılı	9,50±7,79	8,57± 2,93
t,p	t=-0,04, p=0,96	t=-1,72, p=0,11
Doğum sonrası evlilik ilişkisinde farklılık durumu		
Evet, olumlu yönde	9,11±6,47	6,96±3,62
Evet, olumsuz yönde	12,00±8,57	9,00±2,82
Hayır, bir farklılık olmayan	8,35±3,81	5,86 ±3,87
F,p	F=0,98, p=0,38	F=0,86, p=0,43
Önceki doğumlarından sonra ruhsal sorun yaşama		
Yaşayan	13,33±11,93	13,00±1,41
Yaşamayan	7,75±4,64	6,44±3,62
Primipar olan	10,22±6,60	6,65±3,44
F,p	F=0,53, p=0,22	F=3,33, p=0,04
Ailede ruhsal problem yaşayan biri varlığı		
Var	10,77±8,92	9,33±2,51
Yok	9,12±5,67	6,55±3,69
t,p	t=0,71, p=0,03	t=1,27, p=0,36

t-test ve ANOVA kullanıldı.

Türk kadınların EDSDÖ puan ortalaması gebeliği planlı olan ve olmayanlarda benzerdi, UTK ise istemededen/ plansız olduğunu ifade eden kadınlarda planlı olanlara göre biraz yüksekti ancak fark anlamlı değildi ($p>0,05$). Doğum sonu sürecini sorunsuz ya da sorunlu olarak tanımlayan TK da EDSDÖ puan ortalaması benzerken, UTK da sorunlu olduğunu belirtenlerde puan ortalaması yüksekti (sorunsuz: 6,41±3,72; sorunlu: 8,57± 2,93), ancak her iki grupta bu bağlamda anlamlı farklılık yoktu ($p>0.05$). Her iki gruptaki kadınlarda doğum sonrası evlilik ilişkisinde olumsuz yönde değişim olduğunu ifade edenlerin EDSDÖ puan ortalaması olumlu yönde değişim yaşayanlar ya da fark olmadı diyenlerden daha yüksek

bulundu (TK: $12,00 \pm 8,57$; UTK: $9,00 \pm 2,82$), ancak gruplarda doğum sonu evlilik ilişkisine göre EDSDÖ puan ortalamaları açısından fark saptanmadı ($p > 0.05$). Her iki grupta da önceki doğumlarından sonra ruhsal sorun yaşadığını ifade edenlerin EDSDÖ total puan ortalaması benzer şekilde yüksekti (TK: $13,33 \pm 11,93$; UTK: $13,00 \pm 1,41$). TK da daha önce doğumlarından sonra ruhsal sorun yaşayanlar ile primipar olanlarda da puan ortalaması daha önce doğumlarından sonra ruhsal sorun yaşamayan kadınlara göre daha yüksekti ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p > 0.05$). UTK ise daha önceki doğumlarından sonra ruhsal sorun yaşamayan ve primipar olan kadınların EDSDÖ puan ortalaması benzerken, daha önce doğumlarından sonra ruhsal sorun yaşadığını ifade eden kadınların EDSDÖ puan ortalaması anlamlı olarak yüksek bulundu ($p < 0.05$). Her iki gruptaki kadınlarda ailede ruhsal problem olduğunu belirtenlerde EDSDÖ total puan ortalaması daha yüksekti ve bu fark Türk kadınlarda anlamlıydı ($p < 0,05$) (Tablo 6.2.7).

Tablo 6.2.8 Türk ve Uygur Türkü kadınların bazı değişkenlere göre EDSDÖ alınan puanlar kapsamında depresyon düzeyleri

Değişkenler	N=100					
	EDSDÖ göre depresyon düzeyi					
	1. Grup (n=50)			2. Grup (n=50)		
	D.risk yok	Az D. riski var	D. riski yüksek	D.risk yok	Az D. riski var	D. riski yüksek
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Gebeliğin planlı olma durumu						
İsteyerek, planlı	30(65,2)	5(10,9)	11(23,9)	26(76,5)	5(14,7)	3(8,8)
İstemededen, plansız	2(50,0)	1(25,0)	1(25,0)	13(81,3)	3(18,8)	0(0,0)
χ^2, p	$\chi^2=0,74, p=0,68$			$\chi^2=1,55, p=0,46$		
Mevcut doğum sonu sürecini tanımlaması						
Sorunsuz, keyifli, mutlu	23(63,9)	5(13,9)	8(22,2)	35(81,4)	5(11,6)	3(7,0)
Sorunlu, problemlili, sıkıntılı	9(64,3)	1(7,1)	4(28,6)	4(57,1)	3(42,9)	0(0,0)
χ^2, p	$\chi^2=0,55, p=0,75$			$\chi^2=4,61, p=0,10$		
Doğum Sonrası evlilik ilişkisinde farklılık durumu						
Evet, olumlu yönde	19(70,4)	3(11,1)	5(18,5)	24(72,7)	7(21,2)	2(6,1)
Evet, olumsuz yönde	4(44,4)	0(0,0)	5(55,6)	1(50,0)	1(50,0)	0(0,0)
Hayır, bir farklılık olmayan	9(64,3)	3(21,4)	2(14,3)	14(93,3)	0(0,0)	1(6,7)
χ^2, p	$\chi^2=7,46, p=0,11$			$\chi^2=5,30, p=0,25$		
Önceki doğumlarından sonra ruhsal sorun yaşama						
Yaşayan	2(66,7)	0(0,0)	1(33,3)	0(0,0)	1(50,0)	1(50,0)
Yaşamayan	17(85,0)	1(5,0)	2(10,0)	22(84,6)	2(7,7)	2(7,7)
Primipar olan	13(48,1)	5(18,5)	9(33,3)	17(77,3)	5(22,7)	0(0,0)
χ^2, p	$\chi^2=7,29, p=1,12$			$\chi^2=12,79, p=0,01$		
Ailede ruhsal problem yaşayan biri varlığı						
Var	5(55,6)	0(0,0)	4(44,4)	2(66,7)	1(33,3)	0(0,0)
Yok	27(65,9)	6(14,6)	8(19,5)	37(78,7)	7(14,9)	3(6,4)
χ^2, p	$\chi^2=3,35, p=0,18$			$\chi^2=0,84, p=0,65$		

Ki-kare test kullanıldı.

***: Bu tabloda her iki grupta analiz edilen değişkenlere göre DS depresyon düzeyini gösterebilmek için satur yüzdesi kullanılmıştır.**

NOT: D.risk yok=Depresyon riski yok; Az D. risk var: Az da olsa depresyon riski var; D.risk.yüksek: Depresyon riski yüksek.

Her iki grupta gebelikleri “isteyerek, planlı” olanlarda EDSDÖ alınan puanlara göre depresyon riski olmama oranı daha yüksek bulunsa da ((TK:%65.2; UTK:%76.5), “istemededen, plansız” olduğunu ifade eden kadınlarda da depresyon riski olmama oranı daha yüksekti ve gruplarda gebeliğin planlı olup olmama durumuna göre depresyon riski arasında anlamlı

farklılık yoktu ($p>0,05$). Her iki grupta da doğum sonrası süreçlerini “sorunsuz, keyifli, mutlu” olarak ifade eden kadınlarla, “sorunlu, problemli, sıkıntılı” olarak ifade edenler arasında DS depresyon risk düzeyi açısından anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). DS evlilik ilişkisinde farklılık durumu açısından; TK da olumsuz yönde değişiklik olduğunu ifade edenlerde EDSDÖ alınan puanlara göre depresyon riski yüksek olanların oranı %55.6 olarak, UTK da da azda olsa depresyon riski var olanların oranı %50.0 olarak yüksek oranda bulunsa da, her iki grupta DS evlilik ilişkisinde olumlu/olumsuz yönde ya da farklılık olmamasının DS depresyon düzeyi açısından farklılık göstermediği saptandı ($p>0,05$). TK da önceki doğumlarından sonra ruhsal sorun yaşayanlarda EDSDÖ alınan puanlara göre depresyon riski olmayanların oranı %66.7, depresyon risk düzeyi yüksek olanların oranı da %33.3 bulundu ve depresyon riski yüksek olanların oranı primipar olan kadınlarda da aynıydı (%33.3), TK da bu bağlamda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). UTK ise daha önceki doğumlarından sonra ruhsal sorun yaşayanların az da olsa (%50.0) ve de yüksek düzeyde (%50.0) depresyon riski oldukları belirlendi. Daha önceki doğumlarından sonra ruhsal sorun yaşamayanlarda depresyon riski düzeyi yüksek olanların oranı %7.7 di ve primiparlarda ise bu oran % 0.0 dı ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($p<0.01$). Her iki grupta da ailelerinde ruhsal problem yaşayan birinin var olup olmaması ile EDSDÖ alınan puanlara göre depresyon riski düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 6.2.8).

Tablo 6.2.9 Türk ve Uygur Türkü Kadınlarda yaş, eğitim düzeyi, PKDÖ ve EDSDÖ puanlarının korelasyonu

Değişkenler	Uyruk	Yaş	Eğitim	PKDÖ	EDSDÖ
		r/p	r/p	r/p	r/p
Yaş	TK	1	-.06/65	.30/.03*	-.09/.52
	UTK	1	.11/.42	.09/.52	-.04/.73
Eğitim	TK		1	-.01/.92	.05/.69
	UTK		1	-.05/.71	.01/.89
PKDÖ	TK			1	-.06/.67
	UTK			1	-.18/.20
EDSDÖ	TK				1
	UTK				1

*: $p<0.05$

Pearson korelasyon testi kullanıldı.

Türk kadınlarında yaş ile PKDÖ total puan ortalaması arasında pozitif yönde, zayıf bir ilişki olduğu yani kadınların eğitim düzeyi arttıkça doğum sonu uyumlarının da arttığı bulundu ($r=.30$, $p<0,05$). TK da yaş ile EDSDÖ total puan ortalaması arasında, eğitim düzeyleri ile de PKDÖ ve EDSDÖ arasında anlamlı bir ilişki yoktu ($p>0,05$). UTK da ise ne yaş ne de eğitim düzeyleri ile PKDÖ ve EDSDÖ total puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0.05$). Hem Türk hem de UTK da PKDÖ ile EDSDÖ total puan ortalamaları arasında negatif yönde bir ilişki vardı, ancak bu ilişki anlamlı düzeyde değildi ($p>0.05$) (Tablo 6.2.9).



7. TARTIŞMA VE SONUÇ

İki farklı kültürden olan kadınların (*Türk kadınları ile Türkiye’de yaşayan Uygur Türkü kadınlar*) doğum sonu döneme uyumları ve depresyon durumlarının değerlendirilmesi ve doğum sonu uyum düzeyi ile doğum sonu depresyon arasındaki ilişkinin incelemek amacıyla tanımlayıcı ve gruplar arası karşılaştırmalı olarak yapılmış olup; örneklem grubunu 100 kadın oluşturmuştur. Bu grup içerisinde türk olan 50 kadın ve uygur türkü olan 50 kadın oluşturmuştur. Elde edilen sonuçlar literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

7.1.1 Türk Ve Türkiye’de Yaşayan Uygur Türkü Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerin Tartışması

Türk Kadınların yaş ortalaması: $31,38 \pm 5,53$; Uygur Türk’ü kadınların yaş ortalamasının $29,98 \pm 5,85$ olarak bulunmuştur (Tablo 6.1.1). Yalçın ve arkadaşlarının Türk annelerinde doğum sonrası bağlanma ölçekleri hakkında yaptıkları çalışmada annelerin yaş ortalamasının 25,10 olduğu ve yaş aralığının 16-41 olduğu tespit edilmiştir (Yalçın SS,2014).

Türk Kadınlar öğrenim durumlarına ait veriler incelendiğinde %36 Üniversite mezunu,%30 lise mezunu,%18 orta okul,%12 ilkokul oldukları tespit edilmiştir. Uygur Türk’ü kadınlar ise %38 Üniversite mezunu, %22 lise mezunu,%16 orta okul,%12 ilkokul oldukları tespit edilmiştir(Tablo 6.1.1).

2018 TNSA eğitim durumu verileri incelendiğinde, %26 lise ve üzeri, %15 orta okul, %34 ilköğretim mezunu oldukları belirlenmiştir(TNSA,2018). Çalışmaya paralel olarak yapılan bir çalışmada, çalışmaya katılan kadınların % 52.20’in üniversite mezunu olduğu belirtilmiştir(Beşer, 2018).

Her 2 gruptaki kadınların çoğunluğunun (TK: %74.0; UTK:%88.0) gelir getiren bir işte çalışmadığı, Türk Kadınlar %76.0 gelirlerini giderlerine denk olarak belirtirken UTK %50,0’nın gelirlerini giderlerinden az olarak bulunmuştur. Türk kadınlar’nın %96.0’ı sosyal güvencelerinin olduğunu belirtirken Uygur Türk’ü kadınlar bu oran %26.0’ı olarak bulunmuştur(Tablo 6.1.1). 2018 TNSA sonuçlarına göre kadınların %28 inin çalışmakta olduğu belirlenmiştir(TNSA,2018). Özkan ve arkadaşlarının Postpartum Birinci Ayda Depresyon ve Emzirme hakkındaki çalışmasında, katılımcıların %61,9’unun

çalışmadığı, %38,1'ininise çalıştığı ortaya çıkmıştır(Özkan,2019). Yıldırım ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, katılımcıların gelir düzeylerinin daha çok orta (%57,9) olduğu tespit edilmiştir(Yıldırım,2011).

Türk ve Uygur Türk'ü kadınların tamama yakınının çekirdek aile tipine sahip olduğu bulunmuştur. Evlilik ilişkilerini her iki grupta da genel toplam olarak “çok iyi” ve “iyi” olarak yorumladıkları (TK: %88.0; UTK: %80.0) ve Türk Kadınlar %54,0'ı Uygur Türk'ü kadınlar da %%66,0'ı doğumdan sonra evlilik ilişkilerinin olumlu yönde olduğu bulunmuştur (Tablo 6.1.2). çalışmamıza paralel olarak Özkan ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada katılımcıların %85,8'inin çekirdek aile, %14,2'sinin geniş ailede yaşadığı ortaya çıkmıştır(Özkan,2019).

Türk kadınlarının %92,0'si gebeliğinin planlı olduğunu belirtirken Uygur Türkü kadınlarda bu oran %68,0 dı. Türk Kadınlar %90,0'ı gebelikte düzenli kontrole giderken UTK tamamı gebelikte düzenli kontrole gittiğini belirtti ve bu özellikler açısından gruplar arası anlamlı farkın olduğu belirlenmiştir(Tablo 6.1.3). Durukan ve ark.yaptığı çalışmada katılımcıların %90,1'inin son gebeliklerinin istekli olduğu tespit edilmiştir (Durukan ve ark., 2011). Yapılan değer bir çalışmada ise çalışmaya katılan annelerin %78,80'in son gebeliğinin planlı olduğu saptanmıştır(Beşer, 2018).

Türk Kadınlar %22,0'si, Uygur Türk'ü kadınlar da %20,0 gebelikte sorun yaşadıkları, yaşanan sorunlarda TK'da düşük tehlikesi ve prematür eylem sayısı, UTK' da şiddetli anemi ve düşük tehlikesi geçirenlerin sayısı fazla olduğu bulunmuştur. Türk Kadınlar VE Uygur Türk'ü kadınlar yakın oranlarda normal ve sezaryen doğum yaptığını belirlendi ve bu özellikler açısından gruplararası anlamlı farkın olmadığı belirlenmiştir($p>0,05$). 2018 TNSA sonuçlarına göre sezeryan oranı %52 olarak belirlenmiştir(TNSA,2018). Parite durumuna göre, TK'da primiparların oranı % 54, multiparların oranı %46 olarak bulundu. UTK'da ise bu oranlar %44 ve %56'dı ancak gruplar arası anlamlı fark yoktu($p>0,05$)(Tablo 6.1.3).

Gebelik ve doğum sayısı ortalaması Türk Kadınlar: $1,86\pm1,03$, $1,66\pm1,85$; Uygur Türkü kadınlar ise $2,42\pm1,72$, $2,10\pm1,35$ olarak bulunmuştur(Tablo 6.1.3). Yalçın ve arkadaşları yaptıkları çalışmada annelerin gebe sayısını 1,90 olarak tespit etmiştir(Yalçın,2014). Özkan ve arkadaşlarının çalışmasında ise katılımcıların daha çok 2 kez gebe kaldığı (%51,4'ü) ortaya çıkmıştır(Özkan,2019). Yılmaz'ın gebelerde algılanan sosyal destek ile gebeliğe ve

anneliğe uyum arasındaki ilişkinin incelenmesi hakkındaki çalışmada gebelik Sayısı ile annelik rol kabulü arasında ilişki olmadığını dile getirmiştir(Yılmaz F, 2012).

Türk kadınlarının %28,0'inin doğumdan sonraki süreci sıkıntılı iken Uygur Türkü kadınların %14,0'sının doğumdan sonraki sürecinin sıkıntılı olduğu, ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$)(Tablo 6.1.4)..

Doğum sonrasında kişisel bakımla ilgili yaşanan sorunların dağılımlarda Türk kadınların %36'sının (daha çok kendine zaman ayıramama); Uygur Türkü kadınların ise %32'sinin (daha çok ağrı çekmek) sorun yaşadığı bulunmuştur. Gerekli olduğu ve arkadaşları yaptığı çalışma ile Beck yaptıkları çalışmada kadınlarda doğum sonrasında sık ağlama, uykusuzluk, dikkat eksikliği gibi problemlerin gün yüzüne çıktığını dile getirmişlerdir(Gerekli olduğu,2007; Beck, 2001).Doğum sonrasında bebeğin bakımıyla ilgili yaşanan sorunlar hakkında Türk kadınların %14'sinin; Uygur Türkü kadınların ise %20'sinin sorun yaşadığı, yaşanan bu sorunlardan Türk kadınlarda daha çok uyku problemi, bebeğin ne istediğini anlayamama olduğu; Uygur Türkü kadınlarda daha çok bebeğin ne istediğini anlayamama olduğu bulunmuştur(Tablo 6.1.4).

Önceki doğumlarından sonra ruhsal problem yaşama durumlarında Türk kadınlarda %40'sinin; Uygur Türkü kadınların ise %52'sinin herhangi bir sorun yaşamadığı bulunmuştur(Tablo 6.1.4). Gümüş ve arkadaşların yaptığı bir çalışmada, çalışmaya katılan kadınların %11.3'ünün daha önce depresyon depresyon öyküsünün olduğunu belirtmiştir(Gümüş, 2012). Karaçam ve Kitiş çalışmasında katılımcıların %79,8'ı bu gebeliklerinden önce depresyon öyküsü yaşamadıklarını dile getirmiştir(Karaçam, Z. Kitiş,. 2008). Beşer'in yaptığı çalışmada ise , çalışmaya katılan Annelerin %44,60'ı ($n=223$) son doğumundan sonra depresyon tanısı aldığını ya da depresyona girdiğini düşündüğünü belirtmiştir(Beşer, 2018).

Ailesinde ruhsal problem olan kişi/kişilerin olup olmadığına yönelik durumlarda Türk kadınların %82'si; Uygur Türklerinin ise %94'ünün ailesinde ruhsal problem yaşayan kişi/kişilerin olmadığı bulunmuştur ve bu özellikler açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır($p>0,05$)(Tablo 6.1.4). Başka bir çalışmada ise katılımcıların %91,7'sinin ailesinde ruhsal problem olduğu tespit edilmiştir (Durukan ve ark., 2011).

7.1.2 Doğum Sonu Uyum Ve Depresyon Düzeyi Sonuçlarına Ait Verilerin Tartışması

Türk kadınların PKDÖ total puan ortalaması $261,40 \pm 25,02$; Uygur Türkü kadınların ise $253,20 \pm 25,55$ olarak bulunmuştur ve istatistiksel olarak gruplar arası anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$). Uygur Türkü kadınlarda PKDÖ “partnerle arası ilişkinin kalitesi “ nin Türk kadınlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bununla beraber, “Partnerlerin Bebek Bakımına Katılma Bakışları” , “Doğum Deneyiminden Memnuniyet”, “Hayatın Devamından Hoşnut Olma” alt boyutlarından alınan puanın Türk kadınlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur ve istatistiksel olarakta anlamlı bulunmuştur ($p < 0,01$ - $p < 0,001$). Türk kadınlarda “Annelik görevleriyle başa çıkmada güce güvenme” ve “Aile ve arkadaşların annelik için desteği” alt boyut puan ortalamaları Uygur Türkü kadınlardan anlamlı olarak daha yüksekti ($p < 0,01$ - $p < 0,001$)(Tablo 6.2.1). Evrenol Öçal’ın çalışmasında PKDÖ toplam puanı $152,93 \pm 28,784$ olarak tespit edilmiştir (Evrenol, 2011). Yeliz ve arkadaşların yaptığı anne bebek okulunun postpartum uyum süreci hakkındaki bir çalışmada, eğitime katılan annelerin PKDÖ toplam puan ortalaması $295,68 \pm 29,3$ olarak daha yüksek çıktığı bulunmuştur (Yeliz, 2017). DS süreçte kadın yeni rollerine uyumu ve karşılaştığı sorunlarla baş edebilmesinde Türk kadınların partnerlerin bebek bakımına katılmasını destekleme konusunda eğitimlere katılmasının sağlanması önemlidir.

Türk kadınların EDDÖ total puan ortalaması $9,42 \pm 6,30$; Uygur Türkü kadınların ise $6,72 \pm 3,67$ olarak bulunmuştur ve Türk kadınların anlamlı olarak Uygur Türkü kadınlardan yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Türk kadınlarda % 64’ü 0-9 puan aralığında (*depresyon riski yok*), %12’i 10-12 puan aralığında (*az da olsa depresyon riski var*), %24’ü ≥ 13 (*depresyon riski yüksek*) olarak bulunurken Uygur Türkü kadınlarda %78’i 0-9 puan aralığında (*depresyon riski yok*), %16’ı 10-12 puan aralığında (*az da olsa depresyon riski var*), %6’ı 0-9 puan aralığında (*depresyon riski yok*) olarak bulunmuştur. EDDÖ cut-off değerine göre Türk kadınlardan puanı ≥ 13 üzerinde olanların oranı %24 iken Uygur Türkü kadınlarda ise %6 olarak bulunmuştur ve her iki grupta istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 6.2.2).

Kanada’da yapılan bir araştırmada doğum sonrası depresyon oranı %40 iken, Jamaika’da bu oranın %34 olduğu, Sudan da %9,2, Etiyopya’da da %19 şeklinde değişiklik gösterdiği vurgulanmaktadır (Asaye ve ark., 2020). Türkiye’de yapılan çalışmalarda da DSD oranı

farklılık göstermektedir.Özkan ve arkadaşlarının çalışmasında Katılımcıların doğum sonrası depresyon düzeyi ortalamasının 14,94 (yüksek depresyon) olduğu tespit edilmiştir(Özkan, 2019). Duygu Ayhan Başer'in Postpartum Depresyon ile Emzirme Arasındaki İlişkinin incelendiği bir çalışmada EDSDÖ puan ortalaması $11,68 \pm 5,75$ olarak saptanmıştır(Duygu Ayhan Başer, 2018). Genel olarak ülkemizde DSD oranının %6,3 ile %74 arasında değişen oranlarda olduğu bildirilmektedir (Sayın, 2016).

Türk ve Uygur Türkü kadınların EDSDÖ puanlarına göre depresyon riski düzeyleri ile PKDÖ alt grup ve total puan ortalamaların dağılım durumu, Türk kadınların “*Annelik görevleriyle başa çıkmada güce güvenme*” ve “*Aile ve arkadaşların annelik için desteği*” alt alt boyut puan ortalamaları Uygur Türkü kadınlardan daha yüksek bulundu ancak istatistik olarak anlamlı değildi($p > 0,05$). Uygur Türkü kadınların “*Partnerler arasındaki ilişkinin kalitesi*”, “*Partnerlerin bebek bakımına katılıma bakışları*”, “*Doğum deneyiminden memnuniyet*” ve “*Hayatın devamından hoşnut olma*” alt boyutlarından alınan puanın Türk kadınlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır($p > 0,05$). Türk kadınlarında PKDÖ alt boyutlarından “*Hayatın devamından hoşnut olma*” puan ortalamasının EDSDÖ göre az da olsa depresyon riski olarlarda anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($26,00 \pm 1,09$) bulunmuştur($p < 0,01$) (Tablo 6.2.3).

Sönmezer ve ark yapmış olduğu gebelerin anneliğe psikososyal uyumlarını etkileyen faktörler hakkındaki çalışmada PKDÖ ile EDSDÖ Toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ve Evrenol Öçal yapmış olduğu çalışmada aynı sonucu ortaya koymuştur (Sönmezer ve ark, 2015; Evrenol Öçal, 2011).

Türk ve Uygur Türkü kadınların *EDSDÖ cut-off değerine göre* PKDÖ alt grup ve total puan ortalamalarının dağılım durumu, her iki gruptaki kadınlarda depresyon ihtimali yüksek olan ve olmayanlar açısından PKDÖ alt grup ve total puan ortalamalarında anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 6.2.4).

Eğitim düzeyi ile doğum sonrası depresyon ve uyum düzeyi arasındaki farklılığın tespitine yönelik sonuçlarda Türk kadınlarda PKDÖ “*Annelik görevleriyle başa çıkmada güce güvenme*” alt boyut puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksek bulundu($p < 0,05$). Uygur Türkü kadınlarda ise “*Aile ve arkadaşların annelik için desteği*” ve “*Doğum deneyiminden memnuniyet*” alt boyut puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksek bulundu($p < 0,05$).

Mevcut doğum sonu süreci nasıl tanımlandığı ile doğum sonrası depresyon ve uyum düzeyi arasındaki farklılığın tespitine yönelik sonuçlarda Türk kadınlarda PKDÖ “*Partnerler arasındaki ilişkinin kalitesi*” alt boyut puan ortalamaları ve total puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksek bulundu($p<0,001$). Türk kadınlar ve Uygur Türkü kadınlarda gebeliği planlama durumu, doğum sonu kişisel bakımla ilgili sorun yaşama, doğum sonu bebek bakımıyla sorun yaşama durumuna göre PKDÖ alt boyut puan ortalamaları istatistik olarak anlamlı bulunmadı($p>0,01$)(Tablo 6.2.5).

Yapılan bir çalışmada DSD annelerin uykusuzluk , uykuya geçişte zorlanma, kısa sürelerle uyuma nedeniyle halsizlik, yorgunluk yaşadıkları ve depresyon belirtilerin daha yoğun olduğu belirlenmiştir(Serhan, 2010). Abave arkadaşları 70 gebe üzerinde yaptığı çalışmada, kişisel bakımla ilgili problem yaşanıp yaşanmadığı ile depresyon düzeyi ve uyum düzeyi arasında anlamlı fark bulunmuştur(Abave,2017).

Türk kadınlarında PKDÖ total puan ortalaması lisansüstü olanlarda en yüksek($30,00\pm2,82$), ortaokul olanlarda en düşük($22,78\pm6,68$); Uygur Türkü kadınlarda da lisansüstü olanlarda en yüksek ($25,63\pm5,90$), ilkokul olanlarda en düşük($23,67\pm3,44$) olarak görüldü. TK da PKDÖ total puan ortalaması eğitim arttıkça yükseldiği bulundu ancak anlamlı değildi, Uygur Türkü kadınlarda ise eğitim düzeyine göre benzerlik gösterdi($p>0,05$). TK’da eğitim düzeyi lisansüstü olanlarda EDSDÖ puan ortalaması en düşük ($5,00\pm2,82$) olarak bulundu ancak fark anlamlı bulunmadı ($p>0,05$). UTK da ise eğitim düzeyine göre EDSDÖ total puan ortalamaları benzerlik gösterdi ($p>0,05$). Ulusoy’un yaptığı çalışmada, katılımcıların eğitim düzeyi arttıkça EDSDÖ risk düzeyi daha düşük olduğu görülmüştür(Ulusoy, 2010). TK’da DS süreçle başa çıkmada kendilerini gayet yeterli, iyi olarak ifade edenlerin PKDÖ puan ortalaması ($31,33\pm2,80$) yani doğum sonrası uyumları daha yüksekti ve fark ileri düzeyde anlamlılık gösteriyor ($p<0,001$). Ancak UTK’ın DS süreçle başa çıkmada hissettikleri ile PKDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark yoktu ($p>0,05$). Her iki gruptaki kadınlarda DS süreçle başa çıkmada kendini yeterli ve iyi hissedenlerin EDSDÖ puan ortalaması daha düşüktü, ancak fark anlamlı değildi ($p>0,05$). TK da multiparlarda PKDÖ puan ortalaması yani doğum sonu uyum biraz daha yüksek iken, UTK da doğum sonu uyum daha düşüktü, ancak her iki grupta fark anlamlı değildi ($p>0,05$). EDSDÖ total puan ortalamaları yani depresyon riski TK da primiparlarda multiparlara göre yüksek iken, UTK’da primipar ya da multipar açısından depresyon risk düzeyi benzerdi, her iki grupta bu bağlamda anlamlı fark yoktu ($P>0,05$)(Tablo 6.2.6). literatürde bu konuda benzeri çalışmalar bulunmadı ancak Türk

primipar kadınların gebelik ve doğum sonu gebe eğitimlere katılması desteklenmesi , Uygur Türkü kadınlarda ise multipar kadınların aile ve çevreden destek alabilme açısından desteklenmesi önemlidir.

Türk kadınların EDSDÖ puan ortalaması gebeliği planlı olup olmama durumuna göre Uygur Türkü kadınlardan daha yüksekti ancak fark anlamlı değildi (TK: $9,39 \pm 6,31$; UTK: $6,44 \pm 4,06$)($p > 0,05$). postpartum depresyon ile emzirme arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi hakkındaki yapılan bir çalışmada, son gebeliği plansız olanlarda DSD daha sık görüldüğü bulunmuştur(Beşer, 2018).

Her iki gruptaki kadınlarda mevcut doğum sonu sürecini “*sorunlu, problemli*” olarak ifade edenlerin, doğum sonrası evlilik ilişkisinde “*olumsuz yönde*” değişim olanların daha yüksekti, ancak bu özellikler açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktu ($p > 0,05$). TK da daha önce doğumlarından sonra ruhsal sorun yaşayanlar ile primipar olanlarda da puan ortalaması daha önce doğumlarından sonra ruhsal sorun yaşamayan kadınlara göre daha yüksekti ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p > 0,05$). UTK ise daha önceki doğumlarından sonra ruhsal sorun yaşamayan ve primipar olan kadınların EDSDÖ puan ortalaması benzerken, daha önce doğumlarından sonra ruhsal sorun yaşadığını ifade eden kadınların EDSDÖ puan ortalaması anlamlı olarak yüksek bulundu ($p < 0,05$).daha önce gebelik ve doğum sonu dönemde ruhsal bozukluk yaşayan kadınların sonraki DS dönemde tekrarlama ihtimali yüksek olduğundan, önceki gebelik ve DS süreçte ruhsal bozukluk yaşayan kadınların bu konuda eğitimlere katılması, gebelik ve DS süreçte rutin olarak izlem ve kontrol edilmesi önemlidir.

Her iki gruptaki kadınlarda ailede ruhsal problem olduğunu belirtenlerde EDSDÖ total puan ortalaması daha yüksekti ve bu fark Türk kadınlarda anlamlıydı ($p < 0,05$) (Tablo 6.2.7). Arslantaş ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, depresyon düzeyi ile gebelikte ruhsal problem yaşama arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir(Arslantaş, 2009).DSD ile ilgili yapılan bir çalışmada, DSD yaşayan kadınların eşlerine göre daha çok psikolojik problem ve eşlerinden memnuniyetsizlik yaşadıkları bulunmuştur(Arslan D, 2012; Nur, 2004).

Türk ve Uygur Türkü kadınlarda EDSDÖ alınan puanlara göre gebeliğini “*isteyerek, planlı*” olanlarda ve mevcut doğum sonu sürecini “*sorunsuz, keyifli, mutlu*” olarak ifade edenlerin depresyon riski daha az olduğu, gebeliği “*istemeden, plansız*” olanlarda ve doğum sonu sürecini “*sorunlu, problemli, sıkıntılı*” olarak ifade edenlerin ise az olsada depresyon riski

daha yüksek olduğu ancak bu fark anlamlı olmadığı bulundu ($p>0,05$). Her iki gruptaki kadınlarda EDSÖ alınan puanlara göre doğum sonrası evlilik ilişkisinde “olumlu yönde” değişiklik olanların depresyon riski daha az olduğu görüldü, fark anlamlı değildi ($p>0,05$). Çalışmamızın sonucuna paralel olarak Gaillard ve ark yaptığı bir çalışmada, partnerlerin perinatal dönemde oynadığı kritik rol düşünüldüğünde, partner şiddetinin DSD’nu ciddi oranda tetikleyeceği düşünülmektedir (Gaillard ve ark., 2014). Bauer ve ark yaptığı bir çalışmada, ailede bipolar bozukluk öyküsünün bulunmasının da DSD’na neden olabileceği düşünülmektedir (Bauer ve ark., 2018). DSD ile ilgili yapılan değer bir çalışmada ise bir psikiyatrik bozukluk öyküsü varlığının DSD oluşumunda önemli risk faktörlerinden biri olduğu gibi, olumsuz yaşam olaylarının varlığının da DSD oluşumunda oldukça önemli bir faktördür denmektedir (Guintivano ve ark., 2017).

Türk kadınlarında yaş ile PKDÖ total puan ortalaması arasında pozitif yönde, zayıf bir ilişki olduğu yani kadınların eğitim düzeyi arttıkça doğum sonu uyumlarının da arttığı bulundu ($r=.30$, $p<0,05$). TK da yaş ile EDSÖ total puan ortalaması arasında, eğitim düzeyleri ile de PKDÖ ve EDSÖ arasında anlamlı bir ilişki yoktu ($p>0,05$). UTK da ise yaş ve eğitim düzeyleri ile PKDÖ ve EDSÖ total puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Her iki gruptaki kadınlarda PKDÖ ile EDSÖ total puan ortalamaları arasında negatif yönde bir ilişki bulundu ancak bu ilişki anlamlı düzeyde değildi. ($p>0,05$) (Tablo 6.2.9). yapılan bir çalışmada, yaş ortalamaları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte DSD olan annelerin yaşları olmayanlardan daha büyük olduğu belirlenmiştir (Derya, 2010). Çalışmamıza paralel olarak yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi arttıkça DSD oranı anlamlı olarak düşük olduğu belirtilmiştir ($p<0,01$) (Duygu, 2018).

7.2 Sonuç

7.2.1 Tanımlayıcı özelliklere ait sonuçlar

- Türk kadınlarda yaş ortalaması $31,38\pm5,53$; Uygur Türkü kadınlarda ise $29,98\pm5,85$ ’ti. Her iki gruptaki kadınların çoğunluğunun (Türk kadınlar-TK: %36; Uygur Türkü kadınlar-UTK: %38) üniversite mezunuydu. Türk kadınlarda %26’ı , Uygur Türkü kadınlarda ise %12’i çalışıyordu.
- Türk kadınlarda %76’ı gelirin gidere denk olduğu; Uygur Türkü kadınlarda ise %50’i gelirin giderden az-orta olarak görüldü. Türk kadınlarda %4’ün; Uygur

Türk kadınlar da ise %74'ün sosyal güvencelerinin olmadığı ve gruplar arası fark ileri düzeyde anlamlıydı($p<0,01$).

- Türk ve Uygur Türk'ü kadınların tamama yakınının çekirdek aile tipine sahipti. evlilik ilişkilerini her iki grupta da genel olarak “çok iyi” ve “iyi” olarak yorumladı ve Türk kadınlar %54,0'ı Uygur Türkü kadınlar da %%66,0'ı doğumdan sonra evlilik ilişkilerinin olumlu yönde olduğu bulundu.
- Türk kadınlarının %92,0'si, Uygur Türkü kadınlar %68,0'i gebeliğinin planlı olduğu, Türk kadınlar %90,0'ı gebelikte düzenli kontrole giderken Uygur Türkü kadınlar tamamı gebelikte düzenli kontrole gittiğini belirtti ve bu özellikler açısından gruplar arası anlamlı fark bulundu($p<0,01$ - $p<0,05$).Türk kadınlar %22,0'si, Uygur Türkü kadınlar da %20,0 gebelikte sorun yaşadıklarını belirtti.
- TK'da primiparların oranı % 54, multiparların oranı %46 olarak; UTK'da ise bu oranlar %44 ve %56'dı ancak gruplar arası anlamlı fark yoktu($p>0,05$).
- Türk kadınların %72,0'ı, Uygur Türkü kadınlar ise %86.0'nın mevcut doğum sonu dönemlerini “Sorunsuz,keyifli” bir süreç olarak tanımladığı görüldü.Türk kadınlarda %36.0'ı kendi, %14.0'da bebeğin bakımı ile ilgili sıkıntı yaşadıkları, bu oranlar Uygur Türkü kadınlar da %32.0 ile %20,0 dı. Her iki gruptaki kadınların büyük çoğunluğu önceki doğumlarından sonra ruhsal sorun yaşamadığı (TK=%40,0; UTK=%52,0) ve ailelerinde de ruhsal problem yaşayan biri olmadığı (TK=%82,0; UTK=%94,0) görüldü.

7.2.2 Doğum sonu uyum ve depresyon düzeyi sonuçlarına ait sonuçlar

- Türk ve Uygur Türkü kadınların PKDÖ alt boyut puan ortalamalarında anlamlı fark bulundu ($p<0,01$ - $p<0.001$).
- Türk kadınların EDSDÖ total puan ortalaması $9,42\pm6,30$, Uygur Türkü kadınların ise $6,72\pm3,67$ dı ve gruplar arası fark anlamlıydı ($p<0,01$). EDSDÖ cut-off değerine göre ≥ 13 üzerinde puanı olanların oranı Türk kadınlarında (%24,0) anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0,01$).

- EDSDÖ cut off değerine göre her iki gruptaki kadınlarda depresyon ihtimali yüksek olan ve olmayanlar açısından PKDÖ alt grup ve total puan ortalamalarında anlamlı fark yoktu ($p>0,05$).
- Türk kadınlar ve Uygur Türkü kadınlarda gebeliğin planlı olup olmama, doğum sonu kişisel bakımla ilgili sorun yaşayıp yaşamama ve doğum sonu bebek bakımıyla sorun yaşayıp yaşamama durumuna göre PKDÖ alt boyut ve total puan ortalamaları arasında istatistik olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$).
- Türk kadınlarında eğitim arttıkça PKDÖ total puan ortalamasının yükseldiği görüldü (lisansüstü olanlarda: $30,00\pm2,82$) ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$). Uygur Türkü kadınlarda ise PKDÖ total puan ortalaması eğitim düzeyine göre benzerlik gösteriyordu.
- Türk kadınlarda doğum sonu süreçle başa çıkmada kendilerini gayet yeterli, iyi olarak ifade edenlerin doğum sonrası uyumları daha yüksekti ve fark ileri düzeyde anlamlıydı ($p<0,001$). Ancak Uygur Türkü kadınlarda doğum sonu süreçle başa çıkmada hissettikleri ile PKDÖ total puan ortalamaları arasında anlamlı fark yoktu ($p>0,05$). Her iki gruptaki kadınlarda DS süreçle başa çıkmada kendini yeterli ve iyi hissedenlerin EDSDÖ puan ortalaması daha düşüktü.
- TK ve UTK primipar kadınlarda PKDÖ total puan ortalaması benzerdi (260,22). TK da multiparlarda PKDÖ puan ortalaması biraz daha yüksek iken, UTK da bu puan daha düşüktü (TK: $262,78\pm21,25$; UTK: $247,71\pm26,56$), ancak her iki grupta fark anlamlı değildi ($p>0,05$). EDSDÖ total puan ortalamaları TK da primiparlarda multiparlara göre yüksek iken, UTK'da primipar ya da multipar açısından EDSDÖ puan ortalaması benzerdi, her iki grupta bu bağlamda anlamlı fark yoktu ($P>0,05$).
- Her iki gruptaki kadınlarda mevcut doğum sonu sürecini sorunlu problemli olarak ifade edenlerde, doğum sonrası evlilik ilişkisinde olumsuz yönde değişiklik olduğunu belirtenlerde ($p>0,05$).
- Türk ve Uygur Türkü kadınlarda EDSDÖ alınan puanlara göre gebeliğini isteyerek, planlı olanlarda ve mevcut doğum sonu sürecini sorunsuz, keyifli, mutlu olarak ifade edenlerde depresyon riski oranının daha az olduğu belirlendi. Her iki gruptaki kadınlarda doğum sonrası evlilik ilişkisinde olumlu yönde değişiklik olanların EDSDÖ alınan puanlara göre depresyon riski daha azdı. EDSDÖ alınan puanlara

göre TK'da önceki doğumlarından sonra ruhsal sorun yaşayanların ve primiparların depresyon riski daha yüksekti($p>0,05$). UTK ise daha önceki doğumlarından sonra ruhsal sorun yaşamayan ve primipar olan kadınların EDSDÖ puan ortalaması benzerken, daha önce doğumlarından sonra ruhsal sorun yaşadığını ifade eden kadınların EDSDÖ puan ortalaması anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0,05$). Her iki gruptaki kadınlarda ailede ruhsal problem olduğunu belirtenlerde EDSDÖ total puan ortalaması daha yüksekti ve bu fark Türk kadınlarda anlamlıydı ($p<0,05$).

- EDSDÖ alınan puanlara göre depresyon riski olmama oranı her iki grupta da gebeliğini “*isteyerek, planlı*” olanlarda, mevcut doğum sonu sürecini “*sorunsuz, keyifli, mutlu*” olarak tanımlayanlarda ve doğum sonrası evlilik ilişkisinde olumlu yönde değişim olduğunu ifade edenlerin daha yüksekti ancak bu açıdan farklılık yoktu ($p>0,05$). EDSDÖ alınan puanlara göre depresyon riski olmama oranı her iki gruptaki kadınlarda önceki doğumlarından sonra ruhsal sorun yaşayanların ve primiparların daha yüksek bulundu ve UTK da fark anlamlı bulundu($p<0,05$). Her iki gruptaki kadınlarda ailede ruhsal problem olmadığını belirtenlerde ise EDSDÖ alınan puanlara göre depresyon riski olmama oranı daha yüksek olduğu görüldü ancak anlamlı değildi($p<0,05$).
- Türk kadınlarında yaş ile PKDÖ total puan ortalaması arasında kadınların eğitim düzeyi arttıkça doğum sonu uyumlarının da arttığı bulundu ($r=.30$, $p<0,05$). Uygur Türkü kadınlarda ise anlamlı bir ilişki yoktu. Her iki gruptaki kadınlarda PKDÖ ile EDSDÖ total puan ortalamaları arasında negatif yönde bir ilişki bulundu ancak bu ilişki anlamlı düzeyde değildi.

7.2.3 Araştırma sorularına göre sonuçların değerlendirilmesi:

Soru 1. Türk kadınları ile Türkiyede yaşayan Uygur Türk'ü kadınların doğum sonu döneme uyumları arasında fark var mıdır?

- Uygur Türkü kadınların PKDÖ “*partnerler arasındaki ilişkinin kalitesi*”, “*partnerlerin bebek bakımına katılıma bakışları*”, “*doğum deneyiminden memnuniyet*” ve “*hayatın devamından hoşnut olma*” alt boyut puan ortalamaları Türk kadınlarından anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,01$ - $p<0,001$). Türk kadınlarının da “*Annelik görevleriyle başa çıkmada güce güvenme*” ve “*Aile ve arkadaşların annelik için desteği*” alt boyut

puan ortalamaları Uygur Türkü kadınlardan anlamlı olarak daha yüksekti (($p<0,01$ - $p<0.001$). **Sonuç:** Evet, Türk kadınları ile Türkiyede yaşayan Uygur Türk'ü kadınların doğum sonu döneme uyumları arasında fark vardır.

Soru 2. Türk kadınları ile Türkiyede yaşayan Uygur Türk'ü kadınların doğum sonu dönemde depresyon düzeyleri farklılık gösteriyor mu?

- EDSDÖ total puan ortalaması Türk kadınlarında Uygur Türk'ü kadınlarından (TK:9,42±6,30; UTK: 6,72±3,67) anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,01$). EDSDÖ cut-off değerine göre ≥ 13 üzerinde puanı olanların oranı (%24,0) Türk kadınlarında anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0,01$). **Sonuç:** Evet, Türk kadınları ile Türkiyede yaşayan Uygur Türk'ü kadınların doğum sonu dönemde depresyon düzeyleri farklılık göstermektedir.

Soru 3. Kadınların DS uyumları ile depresyon düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

- Hem Türk hem de Uygur Türkü kadınlar da PKDÖ ile EDSDÖ total puan ortalamaları arasında ilişki vardı, Bu ilişki negatif yöneydi ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi.

7.3 Öneriler

Bu özel dönemde hemşirelerin annelere verdiği bakımın etkili ve gereksinime uygun olabilmesi için DS yapılacak değerlendirme ve bakım uygulamalarında, annenin içinde yaşadığı toplum ve bu toplumun özelliklerinin kültürel yapısı ile bir bütün olarak ele alınması yararlıdır.

- Bütüncül bakım olarak görülen bu bakım felsefesinde kültürel faktörlerin bilinmesi, öğrenilmesi ve kullanılması,
- Doğum sonu dönemde anneye, sosyal desteğinin sağlanması açısından aile üyelerini de kapsayan eğitimlerin planlanması ve onların katılımının sağlanması,
- DS değerlendirmenin etkinliği ve uygulanırlığının artırılması, bunun için uygun değerlendirme materyallerinin kullanılması.

- Kadınların doğum sonu döneme uyumlarının, uyumda yaşanan sorunların ya da sorun yaşama düzeylerinin, kültürel farklılıkların etkisinin, kültür ve doğum sonu uyumla ilgili durumun doğum sonu depresyon ile bağlantısının yapılacak değerlendirmelerle belirlenmesi.
- DS uyumda hangi yönde sorun yaşandığı belirlendiyse ya da DS depresyon düzeyi ve etkenlerine göre kadına ve aileye bu bağlamda ve de annelik görevleriyle başa çıkmada güce güvenmeyi artırıcı ve desteğe/güvene olan ihtiyacı karşılar yönde destekleyici bakım girişimlerinin sağlanması. Bu bağlamda ev ziyaretlerinin daha sık ve efektif hale getirilmesi önerilebilir.



8. KAYNAKLAR

1. Aba Y.A., Kömürcü N. (2017). Antenatal education on pregnant adolescents in turkey: prenatal adaptation, postpartum adaptation, and newborn perceptions, *asian nursing research*. 11:42-49
2. Abdollahi F, Sazlina SG, Zain AM, Zarghami M, Asghari Jafarabadi M, Lye MS. Postpartum depression and psycho-socio-demographic predictors. *Asia Pac Psychiatry*. 2014;6:425–34.
3. Ahmed HM, Alalaf SK, Al-Tawil NG. Screening for postpartum depression using Kurdish version of Edinburgh postnatal depression scale. *Arch Gynecol Obstet*. 2012;285:1249–1255.
4. Aishwarya S, Rajendiren S, Kattimani S, Dhiman P, Haritha S, Ananthanarayanan PH. Homocysteine and serotonin: Association with postpartum depression. *Asian J Psychiatr*. 2013;6:473–7.
5. Amankwaa LC. Maternal postpartum role collapse as a theory of postpartum depression. *Qual Rep*. 2005;10(1):21–38.
6. Amankwaa LCC. Enduring: a grounded theory investigation of postpartum depression among African-American women (doctoral dissertation, Georgia State University, 2000). *Dissertation Abstr Int*. 2000;61(3-B):1317.
7. Annagür BB, Annagür A. Doğum sonrası ruhsal durumun emzirme ile ilişkisi. *Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2012;4(3):279-292.
8. APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V), Washington, DC, 2013.
9. Arslantaş, H. Ergin, F. Akdolun Balkaya, N. (2009). Aydın İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı ve İlişkili Risk Etmenleri, *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 10(3): 13 – 22.
10. Asaye MM, Muche HA, Zelalem ED. Prevalence and Predictors of Postpartum Depression: Northwest Ethiopia. *Psychiatry Journal*. 2020.
11. Azale T, Fekadu A, Medhin G, Hanlon C. Coping strategies of women with postpartum depression symptoms in rural Ethiopia: a cross-sectional community study. *BMC psychiatry*. 2018;18(1):41.
12. Barnes LL, Plotnikoff AG, Fox K. Subject reviews: Spirituality and foster care. *Pediatr*. 2000;104:899.

13. Barry RC, Donka MM. Religion and Child Health. 2010.
14. Bauer A, Maegbaek M, Wray N. Familiality of psychiatric disorders and risk of postpartum psychiatric episodes: a population-based cohort study. *Am J Psychiatry*. 2018
15. Bayrampour H, Tomfohr L, Tough S. Trajectories of perinatal depressive and anxiety symptoms in a community cohort. *J Clin Psychiatry*. 2016;77: e1467–e1473.
16. Beck CT, Records K, Rice M. Further development of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006;35:735–45
17. Beck, C.T., 2001. Predictors of postpartum depression. *Nursing Research*, 50, 275-285.
18. Beydağ KD. Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2007;6(6):479-484.
19. Bilgiç D, Dağlar G, Özkan SA, Kadioğlu M. Postpartum depresyonda tamamlayıcı ve alternatif tedaviler. *KASHED*. 2015;2(2):13-35.
20. Bina R. The impact of cultural factors upon postpartum depression: a literature review. *Health Care Women Int*. 2008;29:568–592.
21. Blackmore ER, Carroll J, Reid A. The use of the Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA) tool in the detection of psychosocial risk factors for postpartum depression: a randomized controlled trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2006;28(10):873-878.
22. Bloch M, Daly RC, Rubinow DR. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Compr Psychiatry*. 2003;44:234–46
23. Bodley JH. *Cultural Anthropology: Tribes, States, and the Global Systems*. USA: Mayfield Publishing Company, 1996.
24. Buttner MM, Mott SL, Pearlstein T, Stuart S, Zlotnick C, O'Hara MW. Examination of premenstrual symptoms as a risk factor for depression in postpartum women. *Arch Womens Ment Health*. 2013;16:219–25
25. Callister LC, Beckstrand RL, Corbett C. Postpartum depression and culture: Pesado Corazon. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2010;35:254–261.
26. Camacho AV, Castro MD, Kaufman R. Cultural aspects related to the health of Andean women in Latin America: A key issue for progress toward the attainment of the Millennium Development Goals. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 2006; 94: 357–363
27. Chang JJ, Pien GW, Duntley SP, Macones GA. Sleep deprivation during pregnancy and

- maternal and fetal outcomes: Is there a relationship? *Sleep Med Rev.* 2010;14:107–14.
28. Chatzi L, Melaki V, Sarri K, Apostolaki I, Roumeliotaki T, Georgiou V. Dietary patterns during pregnancy and the risk of postpartum depression: The mother-child 'Rhea' cohort in Crete, Greece. *Public Health Nutr.* 2011;14:1663–70.
 29. Chien LY, Tai CJ, Yeh MC. Domestic decision-making power, social support, and postpartum depression symptoms among immigrant and native women in Taiwan. *Nurs Res.* 2012;61:103–10.
 30. Cohen LS, Wang B, Nonacs R. Treatment of mood disorders during pregnancy and postpartum. *Psychiatry Clin North Am.* 2010 Jun;33(2):273–93.
 31. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *Br J Psychiatry.* 1987 Jun;150:782–6
 32. Daley AJ, Macarthur C, Winter H. The role of exercise in treating postpartum depression: A review of the literature. *J Midwifery Womens Health.* 2007;52:56–62.
 33. Dr. Derya GÜLNAR,^a Dr. Didem SUNAY,^a Dr. Ayşe ÇAYLAN Postpartum Depresyon ile İlişkili Risk Faktörleri Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2010;20(3)
 34. Duygu Ayhan Başer. Postpartum Depresyon ile Emzirme Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi Ankara Med J, 2018;(3):276-85
 35. Danacı A, Dinç G, Deveci A, Şen F, İçelli I. Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural aspects. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002;37(3):125–129.
 36. Davey HL, Tough SC, Adair CE, Benzies KM. Risk factors for sub-clinical and major postpartum depression among a community cohort of Canadian women. *Matern Child Health J.* 2011;15:866–75.
 37. Dennis CL, Brown HK, Wanigaratne S. Determinants of comorbid depression and anxiety postnatally: a longitudinal cohort study of Chinese-Canadian women. *J Affect Disord.* 2017;227: 24–30.
 38. Dennis CL, Chung-Lee L. Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: a qualitative systemic review. *Birth.* 2006 Dec;33(4):323–31.
 39. Dennis CL, Hodnett E. Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Oct 17;(4):CD00611
 40. Desai N, Mehta RY, Ganjiwale J. Study of prevalence and risk factors of postpartum

- depression. *Natl J Med Res.* 2012;2(2):194-8.
41. Dinas PC, Koutedakis Y, Flouris AD. Effects of exercise and physical activity on depression. *Ir J Med Sci.* 2011;180:319–25.
 42. Ding T, Wang DX, Qu Y, Chen Q, Zhu SN. Epidural labor analgesia is associated with a decreased risk of postpartum depression: A prospective cohort study. *Anesth Analg.* 2014;119:383–92
 43. Dørheim SK, Bjorvatn B, Eberhard-Gran M. Can insomnia in pregnancy predict postpartum depression? A longitudinal, population-based study. *PLoS One.* 2014;9:e94674.
 44. Douma SL, Husband C, O'Donnell ME, Barwin BN, Woodend AK. Estrogen-related mood disorders: Reproductive life cycle factors. *ANS Adv Nurs Sci.* 2005;28:364–75.
 45. Dönmez H, Bükülmez A. Postpartum depresyonun, annelerin bebeklerini emzirme süreleri ve bebek büyümesi üzerine etkisi. *Selçuk Tıp Dergisi.* 2015;31(4):358-62.
 46. DSÖ. Maternal mortality in 2005: estimates developed by WHO UNICEF, UNFPA, and the World Bank. Geneva: WHO, 2007.
 47. Durukan, E. İlhan, M. N. Bumin, M. A. Aycan, S. (2011). 2 Hafta-18 Aylık Bebeği Olan Annelerde Postpartum Depresyon Sıklığı ve Yaşam Kalitesi, *Balkan Med J*, 28: 385-393.
 48. Dünya Sağlık Örgütü. Maternal mental health https://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/ Erişim: 09.05.2020
 49. Derya ARSLAN doğum sonu depresyon riski ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi yüksek lisans tezi danışman yrd. doç. dr. mine yurdakul t. c. mersin üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü ebelik anabilim dali
 50. Ellsworth-Bowers ER, Corwin EJ. Nutrition and the psychoneuroimmunology of postpartum depression. *Nutr Res Rev.* 2012;25:180–92.
 51. Engindeniz AN, Küey L, Kültür S (1996) Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Türkçe Formu Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması Türkiye Psikiyatri Derneği Bahar Sempozyumları-1 Kitabı, Ankara: Psikiyatri Derneği Yayınları, 51-52.
 52. Escribà-Agüir V, Artazcoz L. Gender differences in postpartum depression: A longitudinal cohort study. *J Epidemiol Community Health.* 2011;65:320–6.
 53. Evrenol Öçal, S. (2011). Adölesan gebelerin gebelik, doğum ve anneliğe uyumları ve etki eden faktörler. Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı. İzmir.

54. Feng Z, Jones K, Wang WW. An exploratory discrete-time multilevel analysis of the effect of social support on the survival of elderly people in China. *Soc Sci Med*. 2015;130:181–9.
55. Fitelson E, Kim S, Baker AS, Leight K. Treatment of postpartum depression: clinical, psychological and pharmacological options. *International journal of women's health*. 2011;3:1.
56. Fortinguerra F, Clavenna A, Bonati M. Psychotropic drug use during breast feeding: a review of the evidence. *Pediatrics*. 2009 Oct;124(4):e547–56.
57. Gabrysch S, Campbell OM. Still too far to walk: literature review of the determinants of delivery service use. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2009;9:34
58. Gabrysch S, Lema C, Bedrinana E, Bautista MA, Malca R. Cultural adaptation of birthing services in rural Ayacucho, Peru. *Bull World Health Organ*. 2009;87:724–729.
59. Gaillard A, Le Strat Y, Mandelbrot L, Keïta H, Dubertret C. Predictors of postpartum depression: Prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry Res*. 2014;215:341–6.
60. Gaillard A, Le Strat Y, Mandelbrot L. Predictors of postpartum depression: prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry Res*. 2014;215:341–346
61. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics & Gynecology*. 2015;106(5):1071-83.
62. Gereklioğlu, Ç., Poçan, A.G., Başhan, İ., 2007. Annelerin doğum sonrası psikiyatrik sorunları. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 17, 126-133.
63. Ghosh A, Goswami S. Evaluation of post partum depression in a tertiary hospital. *J Obstet Gynecol India*. 2011;61:528–530
64. Gleit DA, Goldman N, Rodriguez G. Utilization of care during pregnancy in rural Guatemala: does obstetrical need matter? *Social Science and Medicine*. 2003;57: 2447–2463.
65. Guintivano J, Manuck T, Meltzer-Brody S. Predictors of postpartum depression: a comprehensive review of the last decade of evidence. *Clinical obstetrics and gynecology*. 2018;61(3):591.

66. Guintivano J, Sullivan PF, Stuebe AM. Adverse life events, psychiatric history, and biological predictors of postpartum depression in an ethnically diverse sample of postpartum women. *Psychol Med*. 2017;1–14.
67. Gurber S, Baumeler L, Grob A, Surbek D, Stadlmayr W. Antenatal depressive symptoms and subjective birth experience in association with postpartum depressive symptoms and acute stress reaction in mothers and fathers: A longitudinal path analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2017;215:68–74.
68. Gurung A, Prater E. A Research Framework for the Impact of Cultural Differences on IT Outsourcing. *J. Glo. Info. Technol. Manage*. 2006;9(1):24–43.
69. Halbreich U, Karkun S. Cross cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *J Affect Disord*. 2006;91:97–111.
70. Hamdan A, Tamim H. Psychosocial risk and protective factors for postpartum depression in the United Arab Emirates. *Arch Womens Ment Health*. 2011;14:125–33.
71. Hammes T, Sebold LF, Kempfer SS, Girondi JBR. Nursing care in postpartum adaptation: perceptions of Brazilian mothers. *Journal of Nursing Education and Practice*. 2014; 4(12): 125.
72. Heh SS, Coombes L, Bartlett H. The association between depressive symptoms and social support in Taiwanese women during the month. *Int J Nurs Stud*. 2004;41:573–579.
73. Helle N, Barkmann C, Bartz-Seel J, Diehl T, Ehrhardt S, Hendel A. Very low birth-weight as a risk factor for postpartum depression four to six weeks postbirth in mothers and fathers: Cross-sectional results from a controlled multicentre cohort study. *J Affect Disord*. 2015;180:154–61.
74. Hockenberry MJ, Wilson D. Nursing care of infants and children, 10th Edn, Mosby Publishing House. 2011.
75. Houston KA, Kaimal AJ, Nakagawa S, Gregorich SE, Yee LM, Kuppermann M. Mode of delivery and postpartum depression: The role of patient preferences. *Am J Obstet Gynecol*. 2015;212:229.e1–7.
76. Huang T, Rifas-Shiman SL, Ertel KA, Rich-Edwards J, Kleinman K, Gillman MW. Pregnancy hyperglycaemia and risk of prenatal and postpartum depressive symptoms. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2015;29:281–9.
77. Hvas AM, Juul S, Bech P, Nexø E. Vitamin B6 level is associated with symptoms of depression. *Psychother Psychosom*. 2004;73:340–3.

78. Hatice Y, Doğum Sonu Değerlendirme: Bir Kontrol Çizgelesi Örneği Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2009; 6 (1): 20-26
79. Iranfar S, Shakeri J, Ranjbar M, Nazhad Jafar P, Razaier M. Is unintended pregnancy a risk factor for depression in Iranian women?. East Mediterr Health Journal. 2015;11(4):618–624.
80. Jansen K, Curra AR, Souza LD, Pinheiro RT, Moraes IG, Cunha MS. Tobacco smoking and depression during pregnancy. Rev Psiquiatr Rio Gd Sul. 2010;32:44–7.
81. Kakai H, Maskarinec G, Shumay DM. Ethnic differences in choices of health information by cancer patients using complementary and alternative medicine: an exploratory study with correspondence analysis. Soc Sci Med. 2003;56:851-62.
82. Kammerer M, Marks MN, Pinard C. Symptoms associated with the DSM IV diagnosis of depression in pregnancy and post partum. Arch Womens Ment Health. 2009 Jun;12(3):135–41
83. Kammerer M, Taylor A, Glover V. The HPA axis and perinatal depression: A hypothesis. Arch Womens Ment Health. 2006;9:187–96.
84. Karaçam, Z. Kitiş, Y. (2008). Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği: Türkçe'de Geçerlik ve Güvenirliği, Türk Psikiyatri Dergisi, 19(2):187-196
85. Kheirabadi GR, Maracy MR, Barekatin M, Salehi M, Sadri GH, Kelishadi M. Risk factors of postpartum depression in rural areas of Isfahan Province, Iran. Arch Iran Med. 2009;12:461–7
86. Kiernan K, Pickett KE. Marital status disparities in maternal smoking during pregnancy, breastfeeding and maternal depression. Soc Sci Med. 2006;63:335–46.
87. Kluckhohn C. The study of culture. In Lerner and H.D. Lasswell (eds). The Policy Sciences, p. 86-101. Stanford, CA: Stanford University Press, 1951.
88. Kroenke K, Spitzer RL. The PHQ-9: a new depression and diagnostic severity measure. Psychiatric Annals. 2002;32:509–21.
89. Kuijpers JL, Vader HL, Drexhage HA, Wiersinga WM, van Son MJ, Pop VJ. Thyroid peroxidase antibodies during gestation are a marker for subsequent depression postpartum. Eur J Endocrinol. 2001;145:579–84.
90. Kyle T, Carman S. Essentials of Pediatric Nursing. 2nd Edn: China Wolters Kluwer Health. 2013.
91. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for

- depressive symptoms during pregnancy: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;202:5–14.
92. Landman-Peeters KM, Hartman CA, van der Pompe G, den Boer JA, Minderaa RB, Ormel J. Gender differences in the relation between social support, problems in parent-offspring communication, and depression and anxiety. *Soc Sci Med*. 2005;60:2549–59.
 93. Lau Y, Wong DF. The role of social support in helping Chinese women with perinatal depressive symptoms cope with family conflict. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2008;37:556–571.
 94. Lee DT, Yip AS, Leung TY, Chung TK. Identifying women at risk of postnatal depression: Prospective longitudinal study. *Hong Kong Med J*. 2000;6:349–54.
 95. Lee DT, Yip AS, Leung TY, Chung TK. Identifying women at risk of postnatal depression: Prospective longitudinal study. *Hong Kong Med J*. 2000;6:349–54.
 96. Lee DTS. Postnatal depression in Hong Kong Chinese (doctoral dissertation, Chinese University of Hong Kong, 2000). *Dissertation Abstr Int*. 2000;61(08-B):4076.
 97. Lee HW. International human resource management can be achieved through cultural studies and relevant training. *The Business Review*. 2006;5(2):95.
 98. Leigh B, Milgrom J. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC psychiatry*. 2008;8(1): 24.
 99. Leigh B, Milgrom J. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry*. 2008;8:24.
 100. Leung SS. Postpartum Depression: Perceived Social Support and Stress Among Hong Kong Chinese Women (doctoral dissertation). The Hong Kong Polytechnic University; 2001.
 101. Levenson CW. Zinc: The new antidepressant? *Nutr Rev*. 2006;64:39–42.
 102. Lindahl V, Pearson JL, Colpe L. Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Archives of Women's Mental Health*. 2015;8(2): 77-87.
 103. Ludermir AB, Lewis G, Valongueiro SA, de Araújo TV, Araya R. Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: A prospective cohort study. *Lancet*. 2010;376:903–10.
 104. Mackian S, Bedri N, Lovel H. Up the garden path and over the edge: where might health-seeking behaviour take us? *Health Policy and Planning*. 2004; 19: 137–146.
 105. Mathisen SE, Glavin K, Lien L, Lagerlöv P. Prevalence and risk factors for

- postpartum depressive symptoms in Argentina: A cross-sectional study. *Int J Womens Health*. 2013;5:787–93.
106. Menekşe nazlı ulusoy doğum sonrası altı aylık dönemde postpartum depresyon sıklığının bebeklerin beslenme ve büyümesi ile ilişkisinin longitudinal incelenmesi yüksek lisans tezd kony a-2010.
107. Mayberry LJ, Horowitz JA, Declercq E. Depression symptom prevalence and demographic risk factors among U.S. women during the first 2 years postpartum. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2007;36:542–9.
108. McCoy SJ, Beal JM, Shipman SB, Payton ME, Watson GH. Risk factors for postpartum depression: A retrospective investigation at 4-weeks postnatal and a review of the literature. *J Am Osteopath Assoc*. 2006;106:193–8.
109. Melendez L. Parental beliefs and practices around early self-regulation: The impact of culture and immigration. *Infants Young Child*. 2005;18:136-46.
110. Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL, Hayes B, Barnett B, Brooks J. Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. *J Affect Disord*. 2008;108:147–57.
111. Miller T. Shifting boundaries: Exploring the influence of cultural traditions and religious beliefs of Bangladeshi women on prenatal interactions. *Women's Studies International Forum*. 1995; 18: 299–309.
112. Menekşe Nazlı ulusoy, doğum sonrası altı aylık dönemde postpartum depresyon sıklığının bebeklerdn beslenme ve büyümesi ile ilişkisinin longitudinal incelenmesi yüksek lisans tezi konya-2010
113. Miyake Y, Tanaka K, Sasaki S, Hirota Y. Employment, income, and education and risk of postpartum depression: The Osaka Maternal and Child Health Study. *J Affect Disord*. 2011;130:133–7.
114. Neumann ID, Landgraf R. Balance of brain oxytocin and vasopressin: Implications for anxiety, depression, and social behaviors. *Trends Neurosci*. 2012;35:649–59.
115. Nonacs R, Cohen LS. Postpartum mood disorders: diagnosis and treatment guidelines. *J Clin Psychiatry*. 1998;59(Suppl 2):34–40.
116. Nordhagen IH, Sundgot-Borgen J. Physical activity among pregnant women in relation to pregnancy-related complaints and symptoms of depression. *Tidsskr Nor*

- Laegeforen. 2002;122:470–4.
117. Norhayati MN, Hazlina NN, Asrenee AR, Emilin WW. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *Journal of affective Disorders*. 2015;175:34-52.
 118. O'Hara MW. Postpartum depression: what we know. *Journal of clinical psychology*. 2009;65(12):1258-1269.
 119. Oates M. Suicide: the leading cause of maternal death. *The British Journal of Psychiatry*. 2003;183(4):279-281.
 120. Ojua TA, Ishor DG, Ndom PJ. African cultural practices and health implications for Nigeria rural development. *International Review of Management and Business Research*. 2013;1;176-83.
 121. Osterlund MK, Witt MR, Gustafsson JA. Estrogen action in mood and neurodegenerative disorders: Estrogenic compounds with selective properties-the next generation of therapeutics. *Endocrine*. 2005;28:235–42.
 122. Özkan, S. A. Bozkurt, A. M. Korkmaz, B. Yılmaz, G. Küçükkelepçe, D. Ş. (2019). Postpartum Birinci Ayda Depresyon ve Emzirme Özyeterliliği Arasındaki İlişki, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 6(1), 28-35.
 123. Patel V, Rodrigues M, De Souza N. Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. *Am J Psychiatry*. 2000;159:43–47.
 124. Payne JL. Antidepressant use in the postpartum period: practical consideration. *Am J Psychiatry*. 2007 Sep;164(9):1329–32.
 125. Pearlstein TB, Zlotnick C, Battle CL. Patient choice of treatment for postpartum depression: a pilot study. *Arch Women's Ment Health*. 2006 Nov;9(6):303–8.
 126. Pedersen CA, Johnson JL, Silva S, Bunevicius R, Meltzer-Brody S, Hamer RM. Antenatal thyroid correlates of postpartum depression. *Psychoneuroendocrinology*. 2007;32:235–45.
 127. Pektekin C. *Nursing Philosophy Theories-Care Models and Political Approaches.*, Istanbul: Istanbul Tıp Kitapevi, 2013.
 128. Ross LE, Murray BJ, Steiner M. Sleep and perinatal mood disorders: A critical review. *J Psychiatry Neurosci*. 2005;30:247–56.
 129. Sanjuan J, Martin-Santos R, Garcia-Esteve L, Carot JM, Guillamat R, Gutierrez-Zotes A. Mood changes after delivery: Role of the serotonin transporter gene. *Br J*

- Psychiatry. 2008;193:383–8.
130. Sayın AA. Doğum Sonrası Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Faktörler, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Tezi, 2016, Konya (Danışman: Prof. Dr. Ö Güler).
 131. Schein EH. Organizational Culture. American Psychologist. 1990;45:109-119.
 132. Sheeder J, Kabir K, Stafford B. Screening for postpartum depression at well-child visits: is once enough during the first 6 months of life Pediatrics. 2009 Jun;123(6):e982–8.
 133. Sher L. Role of thyroid hormones in the effects of selenium on mood, behavior, and cognitive function. Med Hypotheses. 2001;57:480–3.
 134. Shin H. Child health in peru: Importance of regional variation and community effects on children's height and weight. J Health Soc Behav. 2007;48:418-33.
 135. Sholehvar F, Takhshid MA, Rafiei M. Review of metabolism, transport and role of serotonin in the body and the relation between serotonin and diseases. J Fasa Univ Med Sci. 2013;3:9–17.
 136. Silva R, Jansen K, Souza L, Quevedo L, Barbosa L, Moraes I. Sociodemographic risk factors of perinatal depression: A cohort study in the public health care system. Rev Bras Psiquiatr. 2012;34:143–8.
 137. Simwaka BN, Theobald S, Amekudzi YP, Tolhurst Rç Meeting millennium development goals 3 and 5. British Medical Journal. 2005; 331: 708–709.
 138. Skrundz M, Bolten M, Nast I, Hellhammer DH, Meinschmidt G. Plasma oxytocin concentration during pregnancy is associated with development of postpartum depression. Neuropsychopharmacology. 2011;36:1886–93.
 139. Sömezer E., Yosmaoğlu H.B., Daşkapan A., Anaforoğlu B. (2015). Gebelerin Anneliğe Psikososyal Uyumlarını Etkileyen Faktörler, Sağlık Ve Toplum Dergisi. 25(2):46-53
 140. Spitzer RL, Endicott J, Robins E. Research diagnostic criteria: rationale and reliability. Archives of General Psychiatry. 1978;35:773-782
 141. Stewart DE, Robertson E, Dennis CL, Grace SL, Wallington T. Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions. Toronto: University Health Network Women's Health Program for Toronto Public Health, 2003.
 142. Toruner EK, Büyükgönenç L. Growth and Development of Child: Child Health Basic Nursing Approaches, Ankara: Nobel Tıp Yayınevi, 2017.

143. Tsigos C, Chrousos GP. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis, neuroendocrine factors and stress. *J Psychosom Res.* 2002;53:865–71.
144. Turner KM, Sharp D, Folkes L. Women’s views and experiences of antidepressants as a treatment for postnatal depression: a qualitative study. *Fam Pract.* 2008 Dec;25(6):450–5.
145. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), 2018, Ankara
146. Viguera AC, Tondo L, Koukopoulos AE. Episodes of mood disorders in 2,252 pregnancies and postpartum periods. *Am J Psychiatry.* 2011;168: 1179–1185.
147. Walsham G. Cross-cultural software production and use: A structurational approach. *MIS Quarterly.* 2002;26(4):359-380.
148. Weissman A, Levy BT, Hartz AJ, et al. Pooled analysis of antidepressant levels in lactating mothers, breast milk, and nursing infants. *Am J Psychiatry.* 2004 Jun; 161(16):1066–78.
149. Weissman MM, Pilowsky DJ, Wickramaratne PJ, Talati A, Wisniewski SR, Fava M. Remissions in maternal depression and child psychopathology: a STAR*D-child report. *JAMA.* 2006;295(12):1389-98.
150. Wisner K, Parry BL, Piontek CM. Postpartum depression. *New England Journal of Medicine.* 2002;347:194–9.
151. Wisner KL, Scholle SH, Stein B. Perinatal disorders: advancing public health opportunities. *J Clin Psychiatry.* 2008 Oct;69(10):1602–5.
152. World health organization, WHO Technical Consultation on Postpartum and Postnatal Care, WHO Press, Switzerland, 2010
153. Yeliz DOĞAN-MERİH , Özlem KARABULUT, Çiğdem GÜLŞEN “Anne Bebek Okulunun Postpartum Uyum Süreci ve Anne Memnuniyeti Üzerine Etkisi” *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2017; 19(3): 21-33
154. Yalçın SS, Örün E, Özdemir P, Mutlu B, Dursun A. (Department of Pediatrics, Hacettepe University Faculty of Medicine, Ankara, Turkey). Reliability of the postpartum bonding scales in Turkish mothers. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2014; 57: 246-251.
155. Yıldırım, A. Hacıhasanoğlu, R. Karakurt, P. (2011). Postpartum depresyon ile sosyal destek arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, Cilt:8

Sayı:1.

156. Yılmaz F. (2012). Gebelerde algılanan sosyal destek ile gebeliğe ve anneliğe uyum arasındaki ilişkinin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Erzurum.
157. Yim IS, Stapleton LRT, Guardino CM, Hahn-Holbrook J, Schetter CD. Biological and psychosocial predictors of postpartum depression: systematic review and call for integration. Annual review of clinical psychology. 2015;11.
158. Zinga D, Phillips SD, Born L. Postpartum depression: We know the risks, can it be prevented? Rev Bras Psiquiatr. 2005;27(Suppl 2):S56–64.



9. EKLER

EK1.



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Girişimsel Olmayan Klinik Çalışmalar Etik Kurulu

PROJENİN ADI : "Farklı İki Kültürden Kadınlarda Doğum Sonu Döneme Uyum
Ve Depresyon Düzeyleri"
PROJENİN YÜRÜTÜCÜSÜ : Prof. Dr. Hatice YILDIZ
PROJEDEKİ ARAŞTIRICILAR : Palizaiti. AİERKEN
ONAY TARİHİ VE SAYISI : 14.11.2019/141

Sayın: Prof. Dr. Hatice YILDIZ

"141" protokol numaralı "Farklı İki Kültürden Kadınlarda Doğum sonu Döneme Uyum Ve Depresyon Düzeyleri" isimli projeniz Fakültemiz Etik Kurulu tarafından incelenmiş oy birliği ile etik yönden uygun olduğuna karar verilmiştir.

Prof. Dr. M. Gülden POLAT
Etik Kurul Başkanı

Prof. Dr. Mehveş TARIM

Prof. Dr. Ayşen GARGILI
KELES

Doç. Dr. M. Emin ALŞAHİN

Prof. Dr. S. Burak
BEKAROĞLU

Doç. Dr. Zübeyir SARI

Doç. Dr. Hasibe KADIOĞLU

Doç. Dr. Meltem BAL

Doç. Dr. Saime EROL

Doç. Dr. Aysel YILDIZ
ÖZER

Dr. Öğr. Üyesi Murat D.
ÇEKİN

Dr. Öğr. Üyesi K. Burcu ÇALIK

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe KARAKOÇ

Dr. Öğr. Üyesi Sule
AKTAŞ

Dr. Öğr. Üyesi S. Kumral ÖZÇELİK

EK 2.

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Araştırmanın Adı:

Sayın Katılımcı,

Yukarıda adı yazılı araştırmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu araştırmada yer almayı kabul etmeden önce, araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve bu bilgilendirme sonucunda kararınızı vermeniz gerekmektedir. Aşağıdaki bilgileri lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınız olursa sorunuz ve açık yanıtlar isteyiniz.

Bu araştırma ile kültürlere göre Türk kadınları ile Türkiye'ye göç etmiş Uygur Türkü kadınların doğum sonu döneme uyumları ve depresyon durumlarının değerlendirilmesi ve doğum sonu uyum düzeyi ile doğum sonu depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu araştırma, çalışmadan elde edilecek sonuçların, bu alanda hizmet veren hemşirelere, perinatolojide kültürlerarası hemşirelik değerleri doğrultusundan farklı kültürlerde olan kadınlara verecekleri bakımın planlanması ve uygulanmasında yarar sağlayacaktır. Araştırma için, T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan izin alınmıştır. Araştırmaya sizin dışınızdakilerde katılacaktır. Sizden bu çalışmada, Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz öncelikle sosyo-demografik özelliklerinizin değerlendirildiği bir formu doldurmanız, ardından da bazı anket formlarını değerlendirme yapmanız istenecektir. Bu işlem 20-30 dakikanızı alacaktır. Bunun size ve yakınlarınıza hiçbir zararı olmayacaktır. Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılıp katılmamakta tümüyle özgürsünüz. Gerek duyduğunuz tüm bilgileri istemeye ve doğru, açık, anlaşılır bilgi almaya hakkınız vardır. Araştırmaya katılmayı istemezseniz burada size verilen hizmet olumlu veya olumsuz şekilde etkilenmeyecektir.

Gerekli gördüğü takdirde araştırmanın herhangi bir kısmında katılımcı araştırmadan çıkabilir, araştırmacı çalışmayı sonlandırabilir. Araştırmanın tüm aşamalarında kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Araştırma kapsamında elde edilen bilgiler bilimsel amaçlarla kullanılabilir gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulabilir ve yayınlanabilir.

Araştırma ile ilgili daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya parizat828@gmail.com e-posta adresi veya 0537-850-93-00 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce katılımcılara verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum (ya da sözlü olarak dinledim). Araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla

sunulmasını ve yayınlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim

İmza/Tarih

Katılımcının adı soyadı

İmza/Tarih

Sorumlu Araştırmacının adı soyadı :

Palizaiti. AİERKEN



EK 3.

ANKET FORMU

Sayın Katılımcı;

Bu anket formu yüksek lisans tezi kapsamında, annelerin doğum sonu döneme uyumları ve depresyon düzeyleri hakkında bilgi toplamak amaçlıdır . Elde edilecek bilgiler tamamen bilimsel amaçlı kullanılacak olup, ankette isim belirtme gerekliliği bulunmamaktadır. Ankette yer alan sorulara içtenlikle ve HİÇBİR SORUYU ATLAMADAN yanıt vermeniz, araştırmanın bilimsel geçerliliği ve güvenilirliği açısından büyük önem taşımaktadır. Zaman ayırarak çalışmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.

1.	Yaşınız?
2.	Eşinizin yaşı?
3.	Eğitim durumunuz nedir? () 1. Okuryazar değil/ Okur yazar () 2. İlkokul () 3. Ortaokul () 4. Lise () 5. Üniversite () 6.lisansüstü
4.	Eşinizin Eğitim durumu nedir? () 1. Okuryazar değil/ Okur yazar () 2. İlkokul () 3. Ortaokul () 4. Lise () 5. Üniversite () 6.lisansüstü
5.	Çalışıyor musunuz? 1.Evet (ne iş yapıyorsunuz? (.....)) 2.Hayır
6.	Eşiniz Çalışıyor mu? 1.Evet (ne iş yapıyor?.....) 2. Hayır
7.	Ailenizin gelir durumunu nasıl tanımlarsınız? () 1. Gelir giderden fazla

	☐ 2. Gelir gidere denk ☐ 3. Gelir giderden azOrta
8.	Sosyal güvenceniz var mı? 1. Evet 2. Hayır
9.	Şu andaki evlilik ilişkinizi nasıl tanımlarsınız? ☐ 1. Çok iyi ☐ 2. İyi ☐ 3. fena değil, idare eder ☐ 4. Kötü ☐ 5. Çok kötü
10.	Doğumdan sonra evlilik ilişkinizde farklılık oldu mu? ☐ 1. Evet, olumlu yönde ☐ 2. Evet, olumsuz yönde ☐ 3. Hayır bir farklılık olmadı
11.	Aile tipiniz? ☐ 1. Çekirdek aile ☐ 2. Geniş aile (Anne -baba vb. büyüklerle birlikte)

Obstetrik Özellikler

12.	Kaç kez gebe kaldınız.....
13.	Kaç kez doğum yaptınız.....
14.	Bu gebeliğiniz isyterek, planlı bir gebelikmiydi? ☐ 1. Evet ☐ 2. Hayır ☐ 3. Diğer (Belirtiniz.....)
15.	İstemediğiniz halde eş,iniz ya da ailesi tarafından gebe kalma/doğurma konusunda baskı yaşadınız mı?/ zorlandınız mı? ☐ 1. Evet ☐ 2. Hayır
16.	Bu son gebeliğinizi nasıl tanımlarsınız? ☐ 1. Çok iyi, sorunsuz geçen bir gebelik ☐ 2. Sorunlu, sıkıntılı geçen bir gebelik ☐ 3. Diğer (Belirtiniz.....)
17.	Gebeliğinizde düzenli kontrollere gittiniz mi? ☐ 1. Evet (kaç kez.....)

	() 2. hayır
18.	Gebeliğinizde riskli bir durum yaşadınız mı? () 1. Evet (Neydi belirtiniz.....) () 2. Hayır
19.	Bu son doğum şekliniz neydi? () 1. Normal vajinal doğum () 2. Normal vajinal+Epizyotomili doğum () 3. Sezaryen doğum
20.	Son doğumunuzu nasıl tanımlarsınız? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz () Çok zor/zor () Kolay, () Sorunsuz () Çok sorunlu, sıkıntılı () Keyifli () 5. Diğer (Tanımlayınız.....)
21.	Doğum sonrası bu güne kadar geçen sürecinizi nasıl tanımlarsınız? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz. () Sorunsuz () Keyifli () Mutlu () Sorunlu, problemli () Sıkıntılı () Diğer (Belirtiniz.....)
22.	Doğumunuzdan sonra kendi bakımınızla ilgili konularda sorun yaşadınız mı? () 1. Evet (Neydi belirtiniz.....) () 2. Hayır yaşamadım
23.	Doğumdan sonra bebeğinizin bakımıyla ilgili herhangi bir sorun yaşadınız mı? () 1. Evet (nelerdi belirtiniz.....) () 2. hayır yaşamadım
24.	Doğum sonrası süreçle başa çıkmada kendinizi nasıl hissettiniz/hissediyorsunuz? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz. () Gayet yeterli, iyi () Sorunsuz , rahat () Sorun yaşasa da üstesinden gelebilen () sorunlu () sıkıntılı () Bunalma

	☐ Mutlu ☐ Mutsuz
25.	Daha önceki gebeliklerinizden sonra herhangi ruhsal sorun yaşadınız mı? ☐ 1. Evet. ☐ 2.Hayır
26.	Ailenizde ruhsal problem yaşayan var mı? ☐ 1. Evet. ☐ 2.Hayır
27.	Tanısı konulan herhangi bir sağlık probleminiz/hastalığınız var mı? ☐ 1. Evet (Belirtiniz.....) ☐ 2. Hayır



EK4.

Postpartum Kendini Değerlendirme Ölçeği

Aşağıdaki ifadeler yeni doğan bebeklerin anneleri tarafından oluşturulmuştur. Her ifadeyi okuyarak hangi yanıtın sizin duygularınızı en iyi şekilde tanımladığına karar verin. Daha sonra her ifadeye uygun gelen seçeneği işaretleyin.

	Çok fazla tanımlıyor	Kısmen tanımlıyor	Biraz tanımlıyor	Hiç tanımlamıyor
1.Bebeğimin neden hoşlanıp neden hoşlanmadığını bilirim.				
2.Eşim bebeğin bakımına katılır.				
3.Geceleri bebek için kalkmak beni rahatsız ediyor.				
4. Üzüldüğümde eşim beni anlar, sakinleştirir.				
5.Bu bebek bizim için şu anda ekonomik bir yük.				
6.Bebek doğurmak bana bir tür başarı hissi verdi.				
7.Eşim çocuk bakımının kendi sorumluluğu olmadığını düşünüyor.				
8.Satın alabildiklerimizden daha fazla şeye ihtiyacımız var.				
9.Bu doğum kendimle gurur duymamı sağladı.				
10. Şimdi kendimi eşime daha yakın hissediyorum.				
11.Bebeğe bakmak ve aynı şeyleri tekrar tekrar yapmak bana sıkıcı geliyor.				
12.Bebeğim için doğru kararları verebileceğimden emin değilim.				
13.Eşim çocuğun bakımına çok az yardım eder.				
14.Bebeğim ağladığında ne istediğini anlayabilirim.				
15.Arkadaş ve akrabalarım benim anneliğime güvenirler.				
16.Eşim bebeğe zaman ayırıyor.				
17.Bebeğe karşı her zaman sabırlı değilim.				
18.Yaşadığımız bölgenin çocuk yetiştirmeye uygun olup olmadığı konusunda endişelerim var.				
19.Annem ve babam, anneliğim konusunda beni eleştiriyorlar.				
20.Çocuk bakımı nedeniyle diğer işlerime ayırdığım zamanın azlığı beni mutsuz ediyor.				
21.Çocuğun bakımı için yardım istediğimde eşim rahatsız oluyor.				
22.Bebekle ilgilenirken mutlu oluyorum.				
23.Bir anne olarak çok fazla sorumluluğa sahip olmak beni mutsuz ediyor.				
24.Eşimle sorunlarım hakkında konuşmakta zorlanırım.				
25.Bebeğimin altını temizlemekten hoşlanmıyorum.				

	Çok fazla tanımlıyor	Kısmen tanımlıyor	Biraz tanımlıyor	Hiç tanımlamıyor
26.İyi bir anne olup olmadığım konusunda şüphelerim var.				
27.Şimdi olduğumdan daha iyi bir anne olmak isterim.				
28.Doğum ağrılarını kötü ve korkutucu olarak hatırlıyorum.				
29.Annelikle ilgili sorularım hakkında konuşabileceğim arkadaş ya da akrabalarım var.				
30.Bütçemiz ev giderleri ve diğer masrafları karşılamamıza yetiyor.				
31.Eşim beni bir eş olarak eleştirir.				
32.Eşim bebek bakımını paylaşmayı istiyor.				
33.Bu bebeğe sahip olmaktan memnunum.				
34.Eğer bebek işlerimi sık sık kesintiye uğratırsa rahatsız olurum.				
35.Ailemin belirli/sabit bir gelirinin olması beni kaygılandırıyor.				
36.Bebeğimi tanıdığımı ve onun için ne yapmam gerektiğini bildiğimi düşünüyorum.				
37.Eşim, işiyle ya da hobileriyle/ hoşlandığı şeylerle uğraşmayı benimle olmaya tercih eder.				
38.Eşim hislerime önem verir.				
39.Eşim onun için bir yük olduğumu hissettiriyor.				
40.Bebeğe kendi bildiğim şekilde bakmam konusunda beni cesaretlendiren arkadaş ya da akrabalarım var.				
41.İhtiyaç duyduğumda bir bebek bakıcısına ücret ödeyebilecek gücüm var.				
42.Anne olmaktan hoşlanıyorum.				
43 Kendimi üzgün ya da kötü hissettiğimde eşim beni rahatlatır.				
44.Bebeği beslemek bana bir tatmin/ haz duygusu veriyor.				
45.Eşim ve benim evliliğimizle ilgili sorunlarımız var.				
46.Annem ve babam bebekle ilgileniyorlar.				
47.Bebeğin doğumunu hatırladığımda kendimi mutlu hissediyorum.				
48.Doğum ağrısına kötü tepki verdiğimi düşünüyorum.				
49.Duygu ve düşünlerimi eşimle paylaşabilirim.				
50.Bebeğimin ihtiyaçlarını yeterince karşılayıp karşılayamadığım konusunda endişelerim var.				
51.Ailemin tüm temel ihtiyaçlarını karşılamak için yeterli paramız var.				
52.Bebeğe şuan baktığımdan daha iyi nasıl bakabileceğimi bilmiyorum.				

	Çok fazla tanımıyor	Kısmen tanımıyor	Biraz tanımıyor	Hiç tanımlamıyo
53.Emzirme aralarında, bebeğim uyanık ve sakinken onunla oynarım.				
54.Eşim bebeğe ilgi gösteriyor.				
55.Eşimle olan tartışmalarımız kavgayla sonuçlanır.				
56.Eşim ihtiyaç duyduğumda beni yüzüstü bırakır.				
57.Bebek ağladığında eşim aldırmaz.				
58.Doğum sırasında yaptıklarımın pişmanlık duyuyorum.				
59.Bebek bakımı konusundaki kararlarımın güveniyorum.				
60.Evimiz bizim için çok küçük.				
61.Bebeğimin ne istediğini çoğu zaman bilirim.				
62.İhtiyaç olduğu anlarda bebeğin bakımı için arkadaş ya da akrabalarımın güvenebilirim.				
63.Bebeğe yeterince özen gösterdiğimden emin değilim.				
64.Bir anne olarak yapmam gerekenler ve benden beklenenler bana büyük yük geliyor.				
65.Eşim bebeğe bakmaktan hoşlanmaz.				
66.Ailem çok az şeyi doğru yapabildiğimi hissetmeme neden oluyor.				
67.Her şeye rağmen doğum güzel bir tecrübeydi.				
68.Yaptığım doğumda hayal kırıklığı yaşadım.				
69.Bebekle ilgilenen arkadaş ve akrabalarım var.				
70.Mevcut gelirimizle nasıl geçineceğimiz konusunda endişeliyim.				
71.Eşim bebeği kucağına almaktan hoşlanıyor.				
72.Annem ve babam, bebeğe daha iyi bakmam gerektiğini düşünüyorlar.				
73.Doğum yapmak benim için memnuniyet vericiydi.				
74.Eşimi, bebek bakımında bana yardım etmekten kaçınıyor.				
75.Bebeğe bakmaktansa okula ya da işe gitmeyi tercih ederim.				
76.Bebek ağladığında ne yapacağımı bilemiyorum.				
77.Ailem bebek bakımında izlediğim yolu beğeniyor gibi görünüyor.				
78.Benim iyi bir anne olduğumu düşünen arkadaş ya da akrabalarım var.				
79.Doğumla nasıl başa çıktığımı düşündükçe kendimi iyi hissediyorum.				
80.Ailem bebeğe az ilgi gösteriyor.				
81.Gelecekteki mali durumum hakkında kendimi güvende hissediyorum.				
82.Bebek bakımı konusundaki yeteneğime güveniyorum.				

EK 5.

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

Bebegin yaşı:

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.

Örnek:

Kendimi mutlu hissediyorum

☐Evet, her zaman ☒Evet, çoğu zaman ☐Hayır, çok sık değil ☐Hayır, hiçbir zaman

Bu, son hafta boyunca "Çoğu zaman kendimi mutlu hissediyorum" anlamına gelmektedir.

Lütfen aşağıdaki soruları örnekte gösterildiği biçimde yanıtlayınız.

Son 7 gündür;

1. Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

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

Son 7 gündür;

2. Geleceğe hevesle bakıyorum.

☐Her zaman olduğu kadar

☐Her zamankinden biraz daha az ☐Her zamankinden kesinlikle daha az ☐Hemen hemen hiç

Son 7 gündür;

3. Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

☐Evet, çoğu zaman ☐Evet, bazen

☐Çok sık değil ☐Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

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

sıy

Son 7 gündür;

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

☐Evet, çoğu zaman ☐Evet, bazen ☐Hayır, çok değil ☐Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

6. Herşey giderek sırtıma yükleniyor.

☐Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum ☐Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum

☐Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkıyorum ☐Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

Son 7 gündür;

7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorluk çekiyorum.

☐Evet, çoğu zaman ☐Evet, bazen

☐Çok sık değil ☐Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

8. Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.

☐Evet, çoğu zaman ☐Evet, oldukça sık ☐Çok sık değil ☐Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

9. Öyle mutsuzum ki ağlıyorum.

☐Evet, çoğu zaman ☐Evet, oldukça sık ☐Çok seyrek ☐Hayır, asla

Son 7 gündür;

10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

☐Evet, oldukça sık ☐Bazen

☐Hemen hemen hiç ☐Asla



EK 6.

" Doğum sonu kendini değerlendirme ölçeği " kullanma izni

Kimden: Kerime Derya Beydağ <derya.beydag@okan.edu.tr>

Tarih: 19 Eylül 2019 ÖS 2:15:21 GMT+3

Kime: 'pari aierken' <parizat828@gmail.com>

Konu: postpartum kendini değerlendirme ölçeği

Merhaba,

Ölçeği çalışmanızda kullanmanızdan memnuniyet duyarım.

Ölçekle ilgili istemiş olduğunuz bilgiler ekte yer almaktadır. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Sevgilerimle

pari aierken <parizat828@gmail.com>

pari aierken <parizat828@gmail.com>, 19 Eyl 2019 Per, 12:21 tarihinde şunu yazdı:

t

Sayın Kerime Derya Beydağ Hocam,

Ben Marmara üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Hastalıkları ve Doğum AD. da Yüksek Lisans

öğrencisiyim. Hocam Prof. Dr. Hatice Yıldız danışmanlığında gerçekleştireceğim tez çalışmamda

izniniz doğrultusunda geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz "Doğum sonrası kendini değerlendirme

ni kullanmak istiyorum. Ölçeği ve değerlendirmesini bizimle paylaşabilirseniz mutlu olurum.

Saygılarımla,

Palizaiti AİERKEN

r YanıtlaYönlendir

EK 7. ‘Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği’ kullanım izni

ari aierken <parizat828@gmail.com>

Alıcı: levent.kuey

Sayın Doç.Dr.Levent KÜEY Hocam

Ben Marmara üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Hastalıkları ve Doğum AD. da Yüksek Lisans öğrencisiyim. Hocam Prof. Dr. Hatice Yıldız danışmanlığında gerçekleştireceğim tez çalışmamda izniniz doğrultusunda geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz "Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği " ni kullanmak istiyorum. Ölçeği ve değerlendirmesini bizimle paylaşabilirseniz mutlu olurum.

Saygılarımla,

Palizaiti AİERKEN

kueyl@superonline.com>

Alıcı: ben

merhaba, mesajınız ve ilginiz için teşekkür ederim. ekte size, hem ölçeğin yayını hem de ilgili iki yayını/çalışmamızı gönderiyorum. konuyla ilgili soru/sorunlarınız olursa bana çekinmeden yazabilirsiniz; çalışmanız tamamlanınca da gönderirseniz sevinirim.

iyi çalışmalar dilerim.

esenlik dileklerle,

levent Levent Küey,

Associate Professor of Psychiatry,
Istanbul Bilgi University, Istanbul, Turkey
European Psychiatric Association Board Member (2015-2019)
World Psychiatric Association former Secretary General (2008-2014)

10.ÖZGEÇMİŞ

Adı	Palizaiti	Soyadı	AİERKEN
Doğum Yeri	ÇİN	Doğum Tarihi	28.08.1988
Uyruğu	ÇİN	Tel	5378509300
E-mail	Parizat828@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans	Marmara Üniversiteis Sağlık Bilimler Enistitüsü	devam
Lisans	XinJiang Tıp Üniversitesi	2013

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1 Sıtaj	Cerrah Paşa Tıp FakÜltesi Hastanesi	6 ay(09.2018-03.2019)
2		
3		

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
Türkçe	Çok iyi	Çok iyi	iyi
ingilizce	iyi	orta	orta
Çince	Çok iyi	Çok iyi	Çok iyi

Yabancı Dil Sınav Notu

YDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
47								

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	56		
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Word, Excel, Power Point	Çok iyi

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendiriniz.