

T.C.
ADYAMAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI

**GEBELİKTE DİSTRES DENEYİMLEYEN KADINLARIN DOĞUM
SONRASI EMZİRME ÖZ YETERLİLİĞİNİN VE BEBEK BAKIMINDA
OBSESİF KOMPÜLSİF DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ZEYNEP MARAŞ

DANIŞMAN

DOÇ. DR. SEMİHA AYDIN ÖZKAN

ADYAMAN, 2025

ÖZET

GEBELİKTE DİSTRES DENEYİMLEYEN KADINLARIN DOĞUM SONRASI EMZİRME ÖZ YETERLİLİĞİNİN VE BEBEK BAKIMINDA OBSESİF KOMPÜLSİF DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ

Zeynep MARAŞ

Ebelik Anabilim Dalı,

Adıyaman Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Temmuz/2024, Sayfa:73

Danışman: Doç. Dr. Semiha AYDIN ÖZKAN

Bu çalışma gebelikte distres deneyimleyen kadınların doğum sonrası emzirme öz yeterliliğinin ve bebek bakımında obsesif kompulsif davranışlarının incelenmesi amacıyla tanımlayıcı ve izlemsel tipte yapılmıştır. Çalışmanın örneklemini 20-49 yaş arası doğurganlığa sahip, en az ilkokul mezunu olan 290 katılımcı ile yürütülmüştür. Gebelik haftası en az 13 olan primer veya multipar 290 gebe kadınla doğum öncesi ve doğum sonrası postpartum 2-8 haftalığa sahip kadınlarla yapılmıştır. Araştırmanın verileri, gebeliğin ikinci ya da üçüncü trimesterinde olan gebelere Katılımcı Bilgi Formu, Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği (TGDÖ) uygulandıktan sonra aynı katılımcılara doğum sonrası 2-8. haftalar arası Emzirme Öz Yeterliliği Formu ve Postpartum Dönemde Annelerin Bebek Bakımı ile İlgili Obsesif ve Kompulsif Davranışlar Ölçeği (DSDABBOKDÖ) uygulanarak toplanmıştır. Çalışma verilerinin normal dağılım gösterdiği saptanmış, analizler için parametrik testler kullanılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 27,78±5.52'dir. Katılımcıların TGDÖ toplam puan ortalaması 18,06±4,93'dir. Postpartum dönem değerlendirmede annelerin emzirme öz yeterliliği ölçeği toplam puan ortalaması 52,92±6,58, DSDABBOKDÖ toplam puan ortalaması ise 32,66±6,35 olarak saptanmıştır. Katılımcıların TGDÖ toplam puanı ile DSDABBOKDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). TGDÖ toplam puanı arttıkça DSDABBOKDÖ toplam puanı da artmaktadır. Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği toplam puanı ile Emzirme Öz Yeterliliği Kısa Formu toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p>0.05$). Emzirme Öz Yeterliliği Kısa Formu toplam puanı ile DSDABBOKDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). Regresyon analizi sonucuna göre TGDÖ Toplam puanında 1 birimlik artış, DSDABBOKDÖ Puanının 0.106 birimlik artışa neden olmaktadır. Bu bulgular doğrultusunda, gebelik sürecinde psikolojik iyi oluşu destekleyici müdahalelere öncelik verilmesi önerilmektedir. Özellikle ebe liderliğinde yürütülen doğum öncesi eğitim programlarında distresi tanıma, baş etme becerilerinin geliştirilmesi ve ruhsal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi önem arz etmektedir. Postpartum dönemde ise bebek bakımına yönelik işlevsel olmayan davranışların fark edilmesi ve gerekli psikolojik destek hizmetlerinin sunulması, anne-bebek bağlanmasını güçlendirebilir. Elde edilen bulgular ışığında, hem gebelik hem de postpartum dönem boyunca bütüncül bir yaklaşım benimsenerek psikososyal değerlendirmelerin rutin sağlık hizmetlerine entegre edilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik; Distres; Doğum sonrası dönem; Emzirme özyeterlilik; Obesif- kompulsif davranışlar

ABSTRACT

EXAMINATION OF POSTPARTUM BREASTFEEDING SELF-EFFICACY AND OBSESSIVE COMPULSIVE BEHAVIORS IN BABY CARE OF WOMEN WHO EXPERIENCED DISTRESS DURING PREGNANCY

Zeynep MARAŞ

Department of Midwifery

Adıyaman University, Graduate Education Institute, July/2024, Page:73

Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Semiha AYDIN ÖZKAN

This descriptive and longitudinal study was conducted to examine the breastfeeding self-efficacy and obsessive-compulsive behaviors related to infant care in postpartum women who experienced distress during pregnancy. The study sample consisted of 290 pregnant women aged between 20 and 49 years, with at least primary school education and at a minimum of 13 weeks of gestation (primiparous or multiparous). Data were collected in two phases: during the second or third trimester using the Participant Information Form and the Tilburg Pregnancy Distress Scale (TPDS), and between the 2nd and 8th weeks postpartum using the Breastfeeding Self-Efficacy Scale–Short Form (BSES-SF) and the Maternal Obsessive-Compulsive Symptoms Questionnaire Related to Infant Care in the Postpartum Period. The data were found to be normally distributed, and parametric tests were used for analysis. The participants had a mean age of 27.78 ± 5.52 years. The mean TPDS score was 18.06 ± 4.93 , the mean BSES-SF score was 52.92 ± 6.58 , and the mean score for obsessive-compulsive behaviors related to infant care was 32.66 ± 6.35 . A statistically significant, positive, and low-level correlation was found between the TPDS score and the postpartum obsessive-compulsive behavior score ($p < 0.05$). As pregnancy distress increased, obsessive-compulsive behaviors in the postpartum period also increased. However, no statistically significant relationship was found between the TPDS and BSES-SF scores ($p > 0.05$). There was a statistically significant, positive, and low-level correlation between breastfeeding self-efficacy and obsessive-compulsive behaviors ($p < 0.05$). Regression analysis indicated that a one-unit increase in the TPDS score resulted in a 0.106-unit increase in the obsessive-compulsive behavior score. Based on these findings, it is recommended that psychological well-being during pregnancy be prioritized in maternal healthcare. Antenatal education programs led by midwives should incorporate content focused on recognizing and managing distress, as well as strengthening emotional resilience. In the postpartum period, early identification of dysfunctional maternal behaviors and the provision of appropriate psychosocial support may help enhance maternal mental health and strengthen mother-infant bonding. A holistic and continuous approach encompassing both pregnancy and the postpartum period should be adopted, with psychosocial assessments and support mechanisms integrated into routine healthcare services.

Keywords in English: Pregnancy; Distress; Postpartum period; Breastfeeding self-efficacy; Obsessive-compulsive behaviors

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim hayatımda bilgi ve deneyim bakımından destek ve yardımını her zaman gördüğüm, tezimin başarıyla sonlanması için katkıda bulunan, hoşgörülü, sabırlı, yol gösterici olan ve hayatımda değerli izleri olan sayın hocam Doç. Dr. Semiha AYDIN ÖZKAN'a,

Yüksek Lisans eğitimim boyunca bilgi ve desteklerini esirgemeyen değerli hocalarım Prof. Dr. Süleyman BAYRAM'a, Doç. Dr. Tuba KOÇ ÖZKAN'a, Dr. Öğr. Üyesi Türkan ŞAHİN'ne ve Dr. Öğr. Üyesi Saadet BOYBAY KOYUNCU'ya,

Araştırmaya katılmayı kabul eden değerli gebelere,

Hayatımın en güzel, en özel parçaları, her zaman iyiki dediklerim, beni bugünlere büyük emek ve sabırla getirip, her zaman anlayış ve sevgilerini eksik etmeyen canım ailem ilk öncelikle değerli annem Perihan MARAŞ, kıymetli babam Halil MARAŞ ve candan öte canım kardeşlerime ve hiçbir zaman desteğini benden eksik etmeyen canım teyzem Damla Fatma KILIÇ'a

Hayatımda var olan ve hep var olmasını istediğim değerli dostlarım Mediha ŞEKER ve Nejla ARSLAN'a

SONSUZ TEŞEKKÜRLERİMİ SUNARIM...

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu olmak üzere tüm aşamalarında bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; bu çalışmanın Adıyaman Üniversitesi tarafından kullanılan “bilimsel intihal tespit programı”yla tarandığını ve hiçbir şekilde “intihal içermediğini” beyan ederim. Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçları kabul ettiğimi bildiririm.

(İmza)

Zeynep MARAŞ

İÇİNDEKİLER

Sayfa

BAŞLIK SAYFASI	i
JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
TEŞEKKÜR.....	v
ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLolar DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Gebelik.....	5
2.1.1. Gebeliğin I. trimesterindeki psikolojik değişiklikler	5
2.1.2. Gebeliğin II. trimesterindeki psikolojik değişiklikler	6
2.1.3. Gebeliğin III. trimesterindeki psikolojik değişiklikler	6
2.2. Gebelikte Psikolojik Distres	7
2.3. Gebelikte Stres.....	9
2.4. Gebelikte Anksiyete.....	10
2.5. Gebelikte Depresyon	12
2.6. Postpartum Dönem	14
2.6.1. Postpartum dönemde görülen psikolojik değişiklikler	14
2.6.1.1 Postpartum annelik hüznü	14
2.6.1.2. Postpartum depresyon	15
2.6.1.3. Postpartum psikoz.....	15
2.7. Emzirme	16
2.7.1. Emzirme öz yeterliliği	17
2.8. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)	18
2.8.1. Postpartum dönem OKB ve özellikleri.....	20
2.9. Ebenin Gebelik Dönemindeki Distrese Yönelik Roller ve Postpartum Dönemde Emzirme ile Bebek Bakımına İlişkin OKB ile Mücadeledeki Roller	22

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	25
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	25
3.2. Araştırmanın Hipotezleri	25
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	25
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	25
3.4.1. Bağımlı değişkenler	25
3.4.2. Bağımsız değişkenler	25
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	25
3.5.1. Katılımcıların araştırmaya dahil edilme kriterleri	26
3.5.2. Katılımcıların araştırmadan dışlanma kriterleri	26
3.6. Veri Toplama Araçları.....	28
3.6.1. Formu Kişisel bilgi	28
3.6.2. Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği (TGDÖ)	28
3.6.3. Emzirme Öz yeterliliği kısa formu (EÖYÖ)	29
3.6.4. Postpartum Dönemde Annelerin Bebek Bakımı ile İlgili Obsesif ve Kompulsif Davranışları Ölçeği (DSDABBOKDÖ)	29
3.7. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	29
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	30
3.9. Araştırma İzni ve Etik Kurul.....	31
3.10. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri.....	31
4. BULGULAR	32
5. SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER	44
5.1. Sonuç	44
5.2. Tartışma	45
5.3. Öneriler	53
KAYNAKÇA	54
EKLER	
ÖZ GEÇMİŞ	

TABLolar DİZİNİ

Sayfa

Tablo 3.1.	Çalışmada Yer Alan Sürekli Değişkenlere Ait Normal Dağılım Tablosu.....	31
Tablo 4.1.	Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı.....	32
Tablo 4.2.	Katılımcıların doğum şekli ve bebeğe ilişkin soruların yüzde dağılımı.....	33
Tablo 4.3.	Katılımcıların bazı özelliklerinin ortalama dağılımı.....	34
Tablo 4.4.	Katılımcıların Ölçek puanlarının ortalama dağılımı.....	35
Tablo 4.5.	Demografik Özelliklere Göre Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlarının Karşılaştırılması.....	35
Tablo 4.6.	Demografik Özelliklere Göre Postpartum Dönemde Emzirme Öz Yeterliliği Kısa Formu ve Annelerin Bebek Bakımı ile İlgili Obsesif ve Kompulsif Davranışları Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	39
Tablo 4.7.	Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği ile Emzirme Öz Yeterliliği Kısa Formu ve Postpartum Dönemde Annelerin Bebek Bakımı ile İlgili Obsesif ve Kompulsif Davranışları Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	42
Tablo 4.8.	Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği Toplam Puanına, Postpartum Dönemde Annelerin Bebek Bakımı ile İlgili Obsesif ve Kompulsif Davranışları Ölçek Puanının Etkisini Gösterir Regresyon Analizi.....	43

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa

Şekil 3.1.	Araştırma Akış Şeması.....	27
------------	----------------------------	----



SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACOG	: Amerikan Kadın Hastalıkları ve Jinekologlar Koleji
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
TGDÖ	: Tilburg Gebelik Distres Ölçeği
EÖYÖ	: Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği
PDABBIİOKDÖ	: Postpartum Dönemde Annelerin Bebek Bakımı İle İlgili Obsesif ve Kompulsif Davranışlar Ölçeği
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
IUGR	: İntrauterin Gelişme Geriliği Rahatsızlığı
PRIME-MD	: Psikiyatrik Tanı Koydurucu Ölçeği
DSD	: Doğum Sonu Depresyon
DSM	: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı(The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
GSUÖ	: Göçmenler için Sosyal Uyum Ölçeği

1. GİRİŞ

Fertilizasyonla başlayıp fetüsün doğumuyla sonlanan gebelik süreci, kadın bedeninde hem fizyolojik hem de psikolojik pek çok değişimin meydana geldiği bir dönemdir (Özkan, 1993). Günümüzde gebelik, yalnızca fizyolojik bir süreç olarak değil, aynı zamanda anne ve baba adayları açısından önemli ölçüde uyum gerektiren, yoğun stresin yaşandığı bir dönem olarak da tanımlanmaktadır (Demiryay, 2006). Bu süreçte kadınlar; gebeliğe özgü fiziksel belirtiler, ebeveynlik rollerine ilişkin kaygılar, aile ve sosyal yaşamdaki değişiklikler, beden imajında bozulma, doğum korkusu ve fetüsün sağlığına dair endişeler gibi çok yönlü stres faktörlerine maruz kalabilmektedir (Yeşilçiçek ve Aktaş, 2011). Gebelikte ortaya çıkan bu stres, sıklıkla depresyon ve anksiyete ile birlikte görülmekte ve literatürde “distres” kavramı ile ifade edilmektedir (Hobel vd., 1999; Öztürk ve Şirin, 2000). Gebelerin ruhsal durumu ve yaşam koşulları distres gelişimine neden olabileceği gibi, gebelik sürecinde yaşanan biyopsikososyal değişimler de distresin ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilmektedir (Yıldız ve Köse, 2019: 15-24; Taşkın, 2016). Gebelikte kilo artışı, vücut kitle indeksinde yükselme, uyku ve yeme düzeninde meydana gelen değişiklikler, bulantı-kusma gibi fizyolojik belirtiler ile cilt rengindeki değişimler distresi tetikleyici faktörler arasında yer almaktadır (Efe, 2006). Bununla birlikte, kadının gebelik boyunca maruz kaldığı biyolojik, fizyolojik ve psikososyal değişimlerin yanı sıra annelik rolüne adaptasyon süreci, sahip olduğu dini ve kültürel değerler ile ev ve iş yaşamındaki sorumlulukları da distresin oluşumunda etkili olabilmektedir (Vırit ve vd., 2008: 9-13; Yalçın Gözüyeşil, Şirin ve Çetinkaya, 2003).

Kocabaşoğlu ve Başer'in (2008: 349–354) gerçekleştirdiği çalışmada, gebelik sürecinde distresin artmasına neden olan başlıca faktörler arasında düşük eğitim düzeyi, doğuma ve doğum sürecine ilişkin korkular, yetersiz eş desteği, yenidoğanın bakımına yönelik uygun koşulların bulunmaması, yaşam örüntüsündeki bozulmalar ve yetersiz aile desteği yer almaktadır. Gözüyeşil ve Çetinkaya'nın (2003) çalışmasında ise, gebelik döneminde psikolojik sağlığın bozulmasına neden olan faktörler; erken yaşta gebelik, herhangi bir alanda meslek sahibi olamama, ekonomik yetersizlik, erken yaşta evlilik ve aile içi çatışmalar olarak tanımlanmıştır. Aynı çalışmada, istenmeyen gebeliklerin de depresyon gelişiminde önemli bir rol oynadığı vurgulanmıştır. Benzer şekilde, Arslan (2010) tarafından yapılan araştırmalarda düşük sosyoekonomik düzeye sahip gebelerde depresyon prevalansının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Muzik ve diğerleri (2009: 771–788) ile Leung ve Kaplan (2009: 1566–1575) tarafından yürütülen çalışmalar, yetersiz gıda alımı, hormonal düzensizlikler, eş desteğinin eksikliği, evlilik problemleri, sosyal desteğin yetersizliği, sigara,

alkol ve madde kullanımı, geçmiş depresyon öyküsü ve gebeliğe yönelik olumsuz tutumların gebelik döneminde depresyonu artıran önemli risk faktörleri olduğunu ortaya koymuştur.

Literatürde gebelikte yaşanan distresin prenatal, natal, postnatal ve neonatal dönemlerde çeşitli olumsuz sonuçlara yol açtığı bildirilmektedir (Kalkan ve Varma, 2013: 276–287). Gebelik döneminde yaşanan bu distresin, maternal düzeyde preeklampsi, antepartum ve postpartum kanama, dolaşım ve gastrointestinal sistem bozuklukları ile doğum sırasında aşırı uterus kanaması gibi komplikasyonlara neden olabileceği belirtilmektedir (Altınçelep, 2011; Leung ve Kaplan, 2009: 1566–1575; Savrun, 2008). Ayrıca fetal düzeyde intrauterin gelişme geriliği (IUGR), kraniyal yapıların yetersiz gelişimi, artmış uterin vasküler rezistans (Fisk, Glover ve Texeira, 1999: 153–157; Marakoğlu ve Şahsıvar, 2008: 129–134) ve yetersiz fetal gelişim ile ilişkilendirildiği; neonatal dönemde ise preterm doğum (Paarlberg, 1995: 563–595), prematürite, düşük doğum ağırlığı, düşük APGAR skoru, yüksek kortizol düzeyi (Dorn, Petersen ve Susman, 1993: 219–239), yetersiz yutma refleksi, uyku problemleri ve motor becerilerde yetersizlik gibi olumsuz sonuçların görülme sıklığını artırdığı vurgulanmaktadır (Cheng, 2016; Kang, 2016; Yıldız, 2017). Bununla birlikte, gebelikte yaşanan distresin postpartum dönemde annede depresyon gelişimine, intihar riski artışına ve emzirme gibi yenidoğanın temel ihtiyaçlarının karşılanmasında yetersizliğe neden olabileceği de bildirilmektedir (Britton, 2007, 689–695; Leung ve Kaplan, 2009: 1566–1575; Tokat ve Okumuş, 2013, 21–29).

Gebelikte yaşanan distres, doğum sonrasında annenin depresif semptomlar geliştirmesine ve bunun sonucunda yenidoğanın temel gereksinimlerinden biri olan emzirmenin sürdürülememesine yol açabilmektedir (Britton, 2007, 689–695; Tokat ve Okumuş, 2013: 21–29). Anne sütü, yalnızca yenidoğanın fizyolojik gelişimini desteklemekle kalmayıp, anne-bebek bağının güçlenmesinde de kritik rol oynamaktadır (Ballard ve Morrow, 2013: 49–74; Dennis, 2003: 734–744). Emzirilen bebeklerde enfeksiyon, obezite, diyabet gibi hastalıkların daha az görüldüğü; ileri yaşlarda bazı kanser türlerine karşı koruyucu etkiler sağladığı; şizofreni ve alkol bağımlılığı riskini azalttığı ve zeka gelişimini desteklediği bildirilmiştir (Çaylan, 2019: 32–40).

Emzirmenin anneye yönelik faydaları arasında over ve meme kanseri riskinde azalma, uterus involusyonunun desteklenmesi, menstruasyonun baskılanması yoluyla doğum kontrolünün sağlanması, doğum sonrası kilo kontrolü, postpartum depresyon riskinin azaltılması, hipertansiyon ve Tip 2 Diabetes Mellitus’a karşı koruma gibi çeşitli fizyolojik ve psikolojik yararlar yer almaktadır. Ayrıca emzirmenin doğal bir antidepresan etkisi nedeniyle anne kaynaklı olası çocuk istismarı riskini azalttığı da belirtilmektedir (Labbok, 2001: 143–

158; Rollins, 2016: 491–504). Amerika’da yapılan bir çalışmada, gebelikte yüksek depresyon riski taşıyan kadınların emzirmeye isteksizlik gösterdiği ve önemli bir kısmının hiç emzirmediği tespit edilmiştir (Pippins, 2006). Emzirme sırasında bebeğe temas, kokusunun hissedilmesi ve vücut sıcaklığının algılanması gibi duyuşal girdilerin oksitosin salgısını artırarak annede rahatlama ve antidepresif etki sağladığı bildirilmiştir (Fairlie, 2009: 945–953). Tüm bu olumlu etkilerine rağmen, bazı annelerde özellikle doğum sonrası dönemde gözlenen psikiyatrik semptomlar, emzirme davranışını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu bağlamda, postpartum dönemde yaygın olarak karşılaşılan ve annelik sürecini zorlaştıran obsesif kompulsif bozukluk (OKB) da önemli bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (Akarsu vd., 2017: 275-279; Annagür ve Annagür, 2012: 467-476).

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) tanısı almış bireyler, günlük yaşamlarında yoğun stres ve baskı altında olup yaşam örüntüleri ciddi biçimde etkilenmektedir (Sharma ve Sommerdyk, 2015: 543–552). Gebelik ve doğum sonrası dönemler, bu bozukluğun başlangıcı veya alevlenmesi açısından kritik evrelerdir. Gebelikte veya postpartum dönemde başlayan OKB, annenin bebeğe uyum sürecini ve anne-bebek bağlanmasını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Arnold, 1999; Brandes, Soares ve Cohen, 2004, 99–110; Challacombe ve Salkovskis, 2011: 422–426). Postpartum OKB'nin prevalansına yönelik çalışmalarda, tanı ve değerlendirme araçlarının farklılığı nedeniyle %0.7 ile %9 arasında değişen oranlar bildirilmektedir (Andersson, 2006, 467–476; Navarro, 2008: 171–176; Wenzel, 2001: 5–12; Zambaldi, 2009: 503–509). Doğum sonrası OKB olgularının çoğunluğu (%75–100), ilk doğumdan sonra ve doğumdan sonraki ilk dört hafta içinde başlamaktadır (Arnold, 1999; Maine, 1999; Sichel, 1993; Uğuz, 2007).

Son araştırmalar, doğum sonrası OKB ile sosyodemografik özellikler, obstetrik öykü (doğum şekli, abortus geçmişi, zor doğum, çocuk sayısı, cinsiyet) arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını göstermektedir (Labad, 2005: 428–435; Uğuz, 2007: 132–138). OKB’si olan kadınlarda en sık görülen obsesyon türlerinin saldırganlık ve bulaşma obsesyonları olduğu belirtilmiş olup, Zambaldi ve diğerlerinin 400 postpartum kadınla yaptığı çalışmada bu oran %77.8 olarak rapor edilmiştir (Zambaldi, 2009, 503–509). Labad ve Uğuz’un yürüttüğü çalışmalarda en sık rastlanan obsesyon türü bulaşma obsesyonlarıdır (Labad, 2005: 428–435; Uğuz, 2007: 132–138). Kompulsiyonlar arasında ise en yaygın olanları yıkama/temizleme (%14–75) ve kontrol etme davranışlarıdır (%57–69) (Arnold, 1999: 103–108; Maina, 1999, 49–58; Uğuz, 2007: 558–561; Zambaldi, 2009: 503–509). Ayrıca, postpartum OKB tanısı alan kadınların çoğunluğunun iyi düzeyde içgörüyeye sahip oldukları ve psikotik belirtiler göstermedikleri belirtilmiştir (Sichel, 1993; Uğuz, 2007:132–138).

Gebelik döneminde psikolojik sorunlardan biri olan distres, anne adayları ve fetüs üzerinde olumsuz etkilere yol açabileceğinden dolayı dikkatle değerlendirilmelidir (Kalkan ve Varma, 2013: 276–287). Bu nedenle, gebelikte görülen psikolojik problemlerin tanımlanması, risk faktörlerinin belirlenmesi, bu süreçlerin izlenmesi ve uygun müdahalelerin planlanması büyük önem taşımaktadır (Leung ve Kaplan, 2009: 1566–1575). Gebelikte yapılan rutin izlem ve değerlendirmelerin yalnızca fizyolojik değil, aynı zamanda psikolojik boyutu da kapsayacak şekilde bütüncül biçimde ele alınması gerekmektedir (Kalkan ve Varma, 2013: 276–287). Bu bağlamda, ebeler gebelerin sosyal destek sistemlerini nasıl algıladıklarını değerlendirmeli, bu sistemlerin etkin kullanımı için danışmanlık sağlamalıdır (Çaylan, 2019: 32–40). Ayrıca, antepartum ve postpartum bakımın yanı sıra stres ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi, baş etme stratejilerinin kazandırılması ve sorun çözme becerilerinin desteklenmesi konularında da aktif bir rol üstlenmelidirler (Rollins, 2016: 491–504).

Gebelik süreci, kadının psikolojik durumunda önemli değişimlerin yaşandığı ve bu değişimlerin doğum sonrasına yansıdığı kritik bir dönemdir (Kalkan ve Varma, 2013: 276–287). Bu dönemde yaşanan psikolojik distresin, postpartum dönemde annenin emzirme öz yeterliliğini ve bebek bakımına yönelik davranışlarını, özellikle obsesif kompulsif eğilimlerini etkileyebileceği öne sürülmektedir. Ancak literatür incelendiğinde, gebelikte yaşanan distres ile doğum sonrası dönemde gözlenen emzirme öz yeterliliği ve obsesif kompulsif davranışlar arasındaki ilişkileri birlikte ele alan kapsamlı çalışmaların yetersiz olduğu görülmektedir. Bu çalışma, söz konusu değişkenler arasındaki ilişkileri bütüncül bir yaklaşımla inceleyerek literatüre katkı sağlamayı amaçlamaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelik

Normal gebelik, döllenme ile başlayan ve yaklaşık 40 hafta süren bir süreçtir. Bu dönemde anne adayının vücudunda çeşitli fizyolojik ve psikolojik değişiklikler meydana gelir. Sürecin sağlıklı ilerlemesi, herhangi bir patolojik durumun yaşanmamasıyla mümkün olur (Fenkçi, 2004; Kimya ve Cengiz, 1996: 239-250; Özkan, 1993). Bu dönemde ortaya çıkan fizyolojik ve psikolojik değişikliklere anne adaylarının bazıları adapte olurken, bazıları belirli adaptasyonda özellikle psikolojik anlamda problemler yaşayabilmektedir. Bu problemler gebeliğin farklı evrelerinde içe çökme, anksiyete, distres gibi psikolojik değişikliklere neden olmaktadır (Kaplan, Bahar ve Sertbaş, 2007: 113- 21). Her bir değişiklik yeni bir adaptasyon gerektirdiğinden gebe için zorlu bir dönem olabilmektedir (Tunç, 2005). Gebelik, her biri yaklaşık üç ay süren toplam üç döneme ayrılır. Bu dönemler, trimester olarak adlandırılır ve her trimester kendine özgü özellikler taşır. Gebelik sırasında yaşanan fizyolojik ve psikolojik değişiklikler, trimesterlere bağlı olarak farklılık gösterir (Demiryay, 2006; Taşkın, 2024).

2.1.1. Gebeliğin I. trimesterindeki psikolojik değişiklikler

Kadında menstrüasyon döngüsünün durması, ani mide bulantılarının başlaması kendini sürekli hasta hissetmesi ambivalan duyguların sürekli yaşanması gebeliğe karşı negatif duyguların gelişmesine neden olabilir (Taşkın, 2020). Gebeliğin bu döneminde uyku ve iştahta farklılaşmalar, duygu durumunda iniş-çıkışlar, yorgunluk hissi, cinsel haz kaybı, konsantrasyonda azalma gibi belirtiler görülebilir (Marakoğlu ve Şahsıvar, 2011: 525-532). Fiziksel değişimlerin yanında gebeliğin bu trimesteri genellikle duygusal dalgalanmalara sahiptir (Yıldız ve Köse, 2019: 15-24). Anne olma düşüncesi zaman zaman ilgi çekici gelirken, zaman zamanda böyle olmayabilir ve basit olaylarda da bile yoğun bir şekilde üzülüp aniden mutlu olma tablosu da çizebilir (Simkin vd., 2010). Kadınlar bu dönemde daha içe dönük ve pasif davranışlar sergiler, daha önce ilgilendiği etkinliklerle daha az ilgilenebilir ve yalnız kalma ihtiyacı duygusu artabilir (Demiryay, 2006). Yine aynı şekilde anne adayı, bir yandan gebelikteki olağan sağlık problemlerine adapte olmaya çalışırken; diğer yandan da eşi ve ailesinin gebeliğine ilişkin düşüncelerini sorgulayıp öğrenmeye çalışır (Taşkın, 2020).

2.1.2. Gebeliğin II. trimesterindeki psikolojik değişiklikler

İkinci trimester, I. trimestere oranla fizyolojik değişikliklere bağlı şikayetlerin azaldığı, ambivalan duyguların daha seyrek görüldüğü, gebenin kendini daha iyi hissetmeye başladığı ve gebelikle ilgili olumlu duygular geliştirmeye başladığı dönemdir (Taşkın, 2020). Bu trimesterde fetüsün kalp sesleri duyulur, cinsiyet görüntüsü belirginleşir ve fetal hareketleri anne adayları tarafından hissedilmeye başlanır (Taşkın, 2016; Yıldız ve Temiz, 2007;). Bu dönemde fetüs kendini annenin kontrolü dışında ayrı bir canlı olduğunu net bir şekilde hissettirir (Yıldız ve Temiz, 2007). Gebe kadın annelik rolüne uyum sağlamaya başlarken kendi annesi ile sahip olduğu bağ duygusunu hissetmeye başlar ve fetüsle olan biyolojik bağ daha güçlü ve sağlam hissedilir (Özkan, 1993). Gebeliğin bu dönemindeki değişimler anne adayının kendisini fiziksel olarak daha rahat hissetmesini sağlayabilmekle birlikte, yapılan bir çalışmada psikolojik problemlerin de görülebileceği belirtilmiştir (Ortaarık vd., 2012: 16-20). Ortaarık ve diğerlerinin Psikiyatrik Tanı Koydurucu Ölçeği (PRIME-MD) ölçeğini kullanarak yaptıkları çalışmada, ikinci trimesterdeki gebelerin %46'sında bir veya daha fazla psikiyatrik tanı belirlenmiştir. Bu tanıların arasında anksiyete bozukluğu %40.5, depresif bozukluk %26.2 ve her iki bozukluğun bir arada görülme oranı %20.6 olarak tespit edilmiştir (Ortaarık vd., 2012: 16-20). Benzer şekilde, Andersson ve diğerlerinin PRIME-MD ölçeğiyle gerçekleştirdiği bir çalışmada, ikinci trimesterdeki gebelerin %14.1'inde en az bir psikiyatrik tanı saptanmıştır. Bu çalışmada depresif bozukluk %11.6, major depresyon %3.2, minör depresyon %7.1 ve anksiyete bozukluğu %6.2 oranında görülmüştür (Andersson vd., 2004: 872-881).

2.1.3. Gebeliğin III. trimesterindeki psikolojik değişiklikler

Bu dönemde gebelerin doğuma ve bebek bakımına yönelik hazırlıkları hız kazanır. Gebe artık annelik rolünde adaptasyonu sağlamaya başlamıştır. Gebe daha duyarlı ve hassas bir ruh haline bürünür ve bebeğini kaybetme veya ona zarar verme ihtimaliyle ilgili endişeler yaşayabilir. Ayrıca, bu trimesterde gebe kadınlar fiziksel ve duygusal destek için çevresindeki kişilere, özellikle eşlerine, daha fazla ihtiyaç duyabilirler (Yıldız ve Köse, 2019: 15-24). Doğum yaklaştıkça, doğum süreci ve ağrılarla ilgili kaygılar ile hem kendisinin hem de bebeğinin sağlığına dair endişeler artabilir (Taşkın, 2016). Birçok kadın fiziksel rahatsızlıkların sona ermesini ve bebeğini kucağına almayı sabırsızlıkla bekler. Aynı zamanda daha içe dönük bir ruh hali benimseyerek derin düşüncelere dalma eğilimi gösterebilir (Simkin vd., 2010). Tekgöz ve diğerlerinin PRIME-MD ölçeğini kullanarak gerçekleştirdiği

bir çalışmada, gebeliğin son üç ayında kadınların %50,5'inin bir veya daha fazla psikiyatrik tanı aldığı tespit edilmiştir. Bu tanımlar arasında en yaygın olanı %40,2 ile anksiyete, ikinci sırada ise %38,3 ile depresyon yer almaktadır (Tekgöz vd., 2009: 132-136).

2.2. Gebelikte Psikolojik Distres

Gebelik toplumda dinlenme dönemi duygusal ferahlama zamanı olarak tanımlanır, ancak pek çok kadın için yaşamının stresli ve sıkıntılı bir süreci olarak deneyimlenir (Jomeen, 2004: 17-27). Psikolojik distres, kadınların doğurganlık yılları boyunca ortak sorunu olmuştur (ACOG, 1999). Psikolojik distres klinik olarak depresyon, anksiyete ve stres olarak tanımlanır (Furber vd., 2009: 669-77; NICE, 2006: Priest vd., 2008: 307-17; Woods vd., 2010: 61).

Gebelik sürecinde kadınlar fizyolojik, psikolojik ve sosyal birçok değişiklikle karşı karşıya kalmaktadır. Bu süreçte beden imajında yaşanan değişiklikler, adaptasyon zorlukları, ebeveyn olma kaygısı, ekonomik problemler ve sosyal destek eksikliği gibi faktörler psikolojik distresi artıran önemli unsurlar arasında yer almaktadır (Furber vd., 2009: 669-77; Lavender, 2007: 123-146; Yali ve Lobel, 2002: 289-309). Huizink ve diğerleri tarafından yapılan çalışmada, gebelik dönemindeki anksiyetenin genel anksiyeteden farklı olduğunu, hormonlardaki değişimlerle doğrudan ilişkili bulunduğunu ve doğum sonuçlarını etkileyebileceğini belirtmişlerdir (Huizink vd., 2004: 81-91). Lobel ve diğerlerinin çalışmasında ise gebelikte stresin altta yatan herhangi bir tıbbi durumdan bağımsız olarak yaygın olduğu ve psikolojik distres oranlarının oldukça yüksek seyrettiği vurgulanmıştır (Lobel vd., 2008: 604-615). Sanayileşmiş ülkelerde yapılan araştırmalar, gebelik döneminde anne adaylarının %8 ile %24'ünün psikolojik distres yaşadığını göstermektedir (Van Bussel, Spitz ve Demyttenaere, 2006: 297-302). Gelişmiş ülkelerde ise gebelikte klinik olarak anlamlı depresyon ve anksiyete bozukluklarının yaygınlığı %13 ile %25 arasında değişmektedir (Gavin vd., 2005: 1071-1083; Priest vd., 2003: 307-317). Diğer bir çalışmada, gebelikte psikolojik distres prevalansının %41.7 ile %51 arasında olduğu bildirilmiştir (Richter vd., 2012: 162-170).

Prenatal dönemde psikolojik distres yaşayan anne adaylarının yaklaşık %40'ının postpartum dönemde de distres yaşamaya devam ettiği belirlenmiştir (Matthey vd., 2004: 267-269). Gebelik sırasında uzun süreli stres, depresyon ve anksiyete hem anne adayı hem de yenidoğan üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır (Alder vd., 2007: 189-209). Araştırmalar, gebelikte stres, depresyon ve anksiyetenin preeklampsi riskinde artış, erken doğum, sezaryen doğum, zor doğum eylemi ve düşük doğum ağırlığı ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur

(Alderdice ve Lynn, 2009: 189-209; Bennett vd., 2004:157-159; Latendresse, 2009: 8-17; Lobel vd., 2008: 32-40; Schuurmans ve Kurrasch, 2013: 108-117).

Fetal ve yenidoğan dönemdeki etkiler arasında fetal kalp ritmindeki bozulmalar (Kinsella ve Monk, 2009: 425-440), gebelik yaşına göre düşük doğum ağırlığı (Bennett ve vd., 2004: 13-26) ve yenidoğan mizacında olumsuz reaktivite (Davis vd., 2007) yer almaktadır. Ayrıca, gebelikte yaşanan anksiyete ve depresyonun bebeğin davranışsal gelişimini olumsuz etkileyebileceği; ilerleyen yaşlarda düşük entelektüel zeka düzeyi, öğrenme ve algılama güçlükleri ile sosyal gelişimde zorluklara yol açabileceği bildirilmektedir (Deave vd., 2008: 1043-1051; Schuurmans ve Kurrasch, 2013: 108-117). Gebelik döneminde şiddetli psikolojik distres, özellikle organ gelişim sürecinde ortaya çıktığında, konjenital malformasyonlara neden olabilmektedir (Hansen, Lou ve Olsen, 2000: 875-880).

Gebelik döneminde yüksek düzeyde anksiyete, çocuklarda hiperaktivite ve dikkat eksikliği gibi uzun vadeli gelişimsel sorunlara yol açabilmektedir (O'Connor vd., 2002: 502-508). Prenatal dönemde yoğun stres, anksiyete ve depresyonun, anne adaylarında yüksek kortizol seviyeleri ile bağlantılı olduğu belirlenmiştir (Diego vd., 2006: 747-753; Field vd., 2004: 445-455; Rothenberger vd., 2011: 60-67; Van den Berg vd., 2008: 536-545). Kortizol seviyelerindeki bu artış ise erken doğum, düşük doğum ağırlığı ve düşük Apgar skorları gibi olumsuz doğum sonuçlarıyla ilişkilendirilmiştir (Bolten vd., 2011: 33-41; Diego vd., 2006: 747-753).

Prenatal dönemde depresyon ve anksiyete yaşayan kadınların postpartum depresyon riskinin de arttığı saptanmıştır (Kirpınar, Gözüm ve Pasinlioğlu, 2010: 422-431; NICE, 2006; Robertson vd., 2004: 289-295; Van Bussel vd., 2006: 536-545). Buna rağmen, anne adaylarının gebelikte yaşadığı psikolojik distres deneyimleri üzerine bilgi sınırlıdır. Depresyondaki gebe kadınlar, bu süreçte mantıksız ve akıldışı düşünceler, hiçbir şey yapmama isteği, intihar girişimi, yoğun anksiyete ve sosyal izolasyon gibi belirtiler yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Bennett vd., 2007: 13-26). Diğer çalışmalar ise ekonomik zorluklar (Jomeen ve Martin, 2005: 143-155; Ohman, Grunewald ve Waldenström, 2003: 148-152) ve yeni bir çocukla başa çıkma endişesi gibi gebelik ile ilişkili kaygılara odaklanmıştır (Jomeen ve Martin, 2005: 143-155).

Anne adayları, sağlık durumları, bebeğin sağlığı ve aldıkları annelik hizmetlerinin kalitesi konusundaki endişelerini de dile getirmektedir (Ohman, Grunewald ve Waldenström, 2003: 148-152). Geleneksel olarak sağlık hizmetleri daha çok doğum sonrası depresyona odaklanmıştır (Çapık ve Ejder, 2015: 196-203). Ancak son yıllarda yapılan çalışmalar, doğum

öncesi dönemde yaşanan psikolojik distresin risklerine yönelik artan bir farkındalık sağlamıştır (Furber vd., 2009: 669-77). Gebelik süresince psikolojik distresin değerlendirilmesi ise halen tartışmalı bir konudur. Bazı sanayileşmiş ülkelerde, doğum öncesi dönemde anksiyete ve depresyonu belirlemek için tarama anketleri ve psikososyal değişkenleri ölçen protokoller geliştirilmiştir (Austin, 2004: 1-6).

Kısa ve rutin psikososyal değerlendirmelerin, gebelik süresince ve doğum sonrası dönemde anksiyete, depresyon veya stres yaşayan ya da psikososyal baskılara maruz kalan kadınların tanımlanmasında etkili olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda “psikososyal” kavramı, bireyin sağlık ve refahını etkileyen psikolojik, sosyal, duygusal, kültürel ve manevi boyutları kapsamaktadır. Amaç, hem anne hem bebek için olumsuz sağlık sonuçlarını azaltmak ve bu kadınları önleme, erken müdahale veya tedavi programlarına yönlendirerek gerekli desteği sağlamaktır (Austin ve Priest, 2005: 97-104; Buist vd., 2007: 193-206).

2.3. Gebelikte Stres

Prenatal dönemde fizyolojik semptomlar, anne-baba olma kaygıları, aile ve sosyal yaşamda meydana gelen değişimler, beden algısındaki dönüşüm, doğum korkusu ve fetüs sağlığına ilişkin endişeler gibi birçok faktör anne adayları için stres kaynağı olabilmektedir (Alderdice ve Lynn, 2011: 553-559; Lobel vd., 2008: 604-615). Ayrıca ekonomik zorluklar, sosyal ilişkilerde yaşanan problemler, ailevi sorumluluklar ve gebeliğe bağlı diğer endişeler de potansiyel stresörler arasında yer almaktadır (Straub vd., 2014).

Literatür, gebelik döneminde yaşanan stresin düşük doğum ağırlığı, intrauterin gelişme geriliği, erken doğum, plasental anormallikler ve postpartum depresyon gibi birçok olumsuz sonuçla ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (Atasever ve Sis Çelik, 2018: 60-68; Ortanık vd., 2012: 16-20; Yali ve Lobel, 2002). Ayrıca geçmiş abortus öyküsü ve antenatal kanamalar gibi faktörler de bu riskleri artırmaktadır. Prenatal dönemde yoğun stres yaşayan kadınların çocuklarında ise düşük zeka düzeyi, motor gelişim sorunları, huzursuzluk ve dikkat problemleri gibi gelişimsel etkiler gözlenmiştir (Arch, 2012). Hirshfeld-Becker ve arkadaşlarının çalışmaları, prenatal dönemde stresin çocuklarda anksiyete bozukluğu riskini artırdığını göstermektedir (Hirshfeld-Becker vd., 2004: 152-162).

Anne adayının gebelik sürecine yönelik olumsuz tutumu, sosyal destek yetersizliği, kötü çalışma koşulları ve eş ile yaşanan sorunlar, sadece annenin ruhsal durumunu değil, bebeğin fiziksel ve psikolojik gelişimini de olumsuz etkileyebilir (Carter ve Kostaras, 2005: 96-99). Prenatal dönemdeki stresin anne ve bebek sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri göz önüne alındığında, bu durumun erken tanınması ve müdahale edilmesi büyük önem

taşımaktadır. Psikolojik sorunların gebelik sürecinde tespit edilip yönetilmesi, doğum sonrası dönemde de ruhsal sağlık sorunlarının önlenmesinde kritik bir rol oynar (Limlomwongse ve Liabsuetrakul, 2006; Orr vd., 2007: 131-138). Risk altındaki kadınların erken belirlenmesi, uygun önleyici girişimlerin ve müdahalelerin yapılmasına olanak sağlayarak stresin doğum ve doğum sonrası dönemdeki olumsuz etkilerini en aza indirebilir (Atasever ve Sis Çelik, 2018: 60-68; Woods vd., 2010).

2.4. Gebelikte Anksiyete

Anksiyete; yaşamı tehdit eden ya da tehdit edici olarak algılanan durumlar karşısında hissedilen rahatsızlık verici kaygı ve korku duygularını tanımlamak için, can sıkıntısı, endişe, daralma ve bunalma gibi ifadelerle açıklanmaktadır (Çapık ve Pasinlioğlu, 2013). Bireyin iç ya da dış çevresinde bir tehdit algısının oluşması durumunda ortaya çıkan bu duygu, kişinin tehlikeyi algılaması ve analiz etmesiyle şekillenen bir ruhsal durumdur (Işık, 2006). Anksiyete, bireyin kendisini koruma amacıyla geliştirdiği doğal bir savunma mekanizması olarak işlev görmektedir; ancak kontrol edilemediği durumlarda birey üzerinde olumsuz etkiler yaratabilmektedir (Esel vd., 2003: 78-87). Anksiyeteye eşlik eden gerginlik, endişe ve korku gibi duygular, yalnızca ruhsal düzeyde kalmayıp davranışsal ve fiziksel belirtilerle de kendini gösterebilmektedir (Esel vd., 2003: 78-87; Ito, 2000: 263-267).

Gebelik döneminde düşük eğitim düzeyi, mutsuz evlilik yaşamı, prenatal stres faktörleri, bebek için gerekli tıbbi imkanların eksikliği, olumsuz yaşam koşulları ve aile içi sorunlar, anksiyete bozukluklarının gelişme riskini artıran önemli etkenler arasında yer almaktadır (Tunçel ve Süt, 2019: 9-17). Yapılan araştırmalar, kadınlarda anksiyete bozukluklarının görülme oranının yaklaşık %30 olduğunu göstermektedir. Özellikle doğurganlık çağında bu bozuklukların sıklığının belirgin şekilde arttığı belirtilmektedir. (Altınçelep, 2011: Kocabaşoğlu ve Başer, 2008: 349-354).

Gebelik döneminde anksiyetenin görülme sıklığı %4-39 olduğu bildirilmiştir (Goodman vd., 2014; Marchesi vd., 2014: 134-138). Anksiyete bozuklukları, prenatal ve doğum sonrası dönemlerde nispeten daha az araştırılmış olmasına rağmen, gebelik sürecinde önemli bir psikolojik sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Fairbrother ve diğerleri tarafından yapılan çalışmada, prenatal dönemde anksiyete prevalansının %13 ila %21 arasında değiştiği saptanmıştır. (Fairbrother vd., 2015: 1-9). Geçmişte, gebelik döneminde anne adayını psikolojik olarak inceleyen çalışmalar daha çok gebelerin depresyon tecrübelerine odaklanmıştır (Demir ve Yazar, 2024:197-211) . Leach ve diğerleri (2017) tarafından da

yapılan çalışmada anksiyete belirtileri ve bozukluklarına daha çok olduğu belirtilmiştir (Leach ve Poyser vd., 2017:4-19).

Gebelik dönemindeki anksiyete ile ilişkili unsurlar arasında psikolojik rahatsızlık öyküsü, eş ile yetersiz ilişki, geçmiş perinatal kayıp ve zor doğum yaşama durumu bulunmaktadır (Giakoumaki vd., 2009: 21– 28). Literatür anksiyete tedavi edilmediği zaman, doğum sonrası depresyon riskinin arttığını ve anne adayında düşük özgüvenin oluştuğunu belirtmiştir (Prenoveau vd., 2013: 506-514; Zietlow vd., 2014: 1873-1880). Ayrıca ilerleyen dönemlerde, anne-bebek arasında bağ kurulamaması, davranışsal problemler, güçsüz iletişim gibi çocuk gelişimini etkileyen sonuçlarla ilişkilendirilmiştir (Glasheen vd., 2010: 61-74).

Doğum öncesi anksiyeteyi etkileyen diğer unsurları incelediğimizde sağlık ve yaşam tarzı unsurları arasında sigara içme, fazla kiloya sahip olma, kortizol ve epinefrin seviyelerinin doğum öncesi anksiyete riskini arttırdığı bildirilmiştir (Clavarino vd., 2010: 658 -667). Sosyal ve ilişkisel unsurların da doğum öncesi anksiyete için önemli bir risk unsuru olduğu gösterilmiştir. Doğum öncesi görülen anksiyetenin atmasında, fiziksel veya psikolojik şiddet şeklinde algılanan sosyal destek yetersizliği, yakın zamanda görülen yüksek kaygılı olaylar rol oynar (Giardinelli vd., 2012: 21–30; Karacam ve Ancel, 2009: 344–356; Yelland vd., 2010). Doğum öncesi dönemde anksiyeteyi etkileyen demografik ve sosyoekonomik unsurları araştırdığımızda genç anne yaşı, düşük eğitim düzeyi, düşük ekonomik düzey, evli olmama ile artan doğum öncesi kaygı düzeyi ile ilişkili oldukları belirtilmiştir (Bodecs vd., 2013:352–358; Leach ve Poyser, 2017: 4-19; Yelland vd., 2010).

Gebelikte ortaya çıkan birçok fizyolojik değişim, anksiyete belirtileriyle benzerlik gösterebildiğinden, gebelikteki anksiyete bozuklukları bazen fark edilmeyebilir veya maskelenebilir. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin gebelerde anksiyete belirtilerini dikkatle değerlendirmeleri büyük önem taşımaktadır (Cloitre vd., 2004: 1-16). Hedegord ve diğerlerinin (1996: 339-345) gerçekleştirdiği bir çalışmada, prenatal dönemde yaşanan stres ve kaygının olumsuz obstetrik sonuçlarla ilişkili olabileceği ortaya konmuştur. Bazı gebeler gebelik süreçlerinde yoğun panik ve korku yaşayarak, doğum sırasında sakatlanacakları ya da hayatlarını kaybedecekleri yönünde ciddi endişelere kapılabilmektedir. Annenin bu tür ruhsal durumları ve çocuğuna ilişkin duyduğu aşırı kaygılar, aynı zamanda gebelik komplikasyonlarının seyrini de olumsuz etkileyebilmektedir (Özkan vd., 1993). Lobel ve diğerleri (1992: 32-40) tarafından yapılan bir prospektif çalışmada, durumluk kaygının gebelik süresini anlamlı oranda kısalttığı bildirilmiştir. Yine yapılan benzer bir çalışmada; gebelik süresince yaşanan psikososyal durumların düşük doğum ağırlığı ile ilişkili olduğu ve gebeliğe bağlı anksiyetede bir birimlik artışın gebelik süresini üç gün kısalttığı sonucuna

varılmıştır (Wadhwa vd., 1993: 858-865). Bir başka çalışmanın sonuçlarına göre; prenatal dönemde yüksek düzeyde anksiyete yaşayan gebelerin, daha düşük düzeyde anksiyeteye sahip gebelere kıyasla erken doğum yapma olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermektedir (Runi vd., 1999: 333-345). Özmen ve diğerlerinin (1992: 435-440) yürüttükleri araştırmada ise anksiyetenin sıklıkla depresyonla birlikte görüldüğü ve somatik yakınmaların depresif sendromun temel belirtilerinden biri olduğu ifade edilmiştir. Anksiyete belirtileriyle birlikte majör depresyon semptomlarının da bulunması, klinik tablonun ağırlaşmasına ve iyileşme sürecinin olumsuz etkilenmesine yol açmaktadır. Ayrıca, bu durum intihar girişimi riskinin de artmasına neden olmaktadır (Altınay vd., 1999). Doğum süreciyle ilişkili anksiyete oluşturan faktörlerin anlaşılması oldukça önemlidir; çünkü doğum sırasında yaşanan yoğun anksiyete, gebelik sürecinde kadının ajite olmasına ve etkin olmayan uterus kasılmaları gibi doğum komplikasyonlarına zemin hazırlamaktadır (Kuğu ve Akyüz, 2001: 61-64). Bhagwanani ve Seagravesjk yürüttüğü bir çalışmada ise, gebelerde durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin oldukça yüksek olduğu ve kaygı düzeyi yüksek olan gebelerin doğuma ilişkin çeşitli güçlükler yaşadıkları rapor edilmiştir (Bhagwanani ve Seagravesjk, 1997: 93-98).

2.5. Gebelikte Depresyon

Depresyon, Latince "depressus" kelimesinden türeyip "aşağı çekilmiş, bastırılmış" anlamına gelir ve kişinin boşlukta olma hissi, sürekli üzüntü, yaşam aktivitelerinde belirgin azalma gibi belirtilerle karakterize edilen yaygın bir ruh sağlığı bozukluğudur (Lecrubier, 2001: 4-9). DSM-5'e (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition) göre, depresyon tanısı konulabilmesi için tanımlanan belirtilerden en az beşinin iki hafta veya daha uzun süreyle görülmesi gerekmektedir (Köroğlu, 2013). Tanımlanan belirtiler arasında çökkün duygu durumu, ilgi duyduğu çoğu etkinliğe duyarsız kalma, kilo alımında ciddi artış veya azalış olması, uykusuzluk ya da aşırı uyuma isteği, değersizlik ve suçluluk duyguları, hergün ya da günden güne enerji düşüklüğü, odaklanma problemi ve intihar düşünceleri görülür. Depresyonun tanınması, önlenmesi ve tedavisi ile tekrarlama risk faktörlerinin belirlenmesi, ruh sağlığı alanında önemli bir yer tutmaktadır. Depresyon, bir duygudurum bozukluğu olarak ortaya çıkabileceği gibi psikiyatrik ve fiziksel rahatsızlıklar şeklinde de gözlemlenebilir (Marakoğlu vd., 2006: 525-532).

Gebelik sürecinde depresyon prevalansı incelendiğinde, ikinci trimesterde depresyon görülme sıklığının birinci ve üçüncü trimesterlere göre daha düşük olduğu belirtilmiştir (Çalık ve Aktaş, 2011:142-162). Lee ve diğerlerinin yapmış oldukları çalışmada birinci ve üçüncü trimesterlerde daha yaygın olmak üzere gebe kadınların %54'ünde kaygı, %37,1'inde

depresyon olduğu belirlenmiştir (Lee vd., 2007: 1102-1112). Düşük ve orta gelirli 17 ülkeyi kapsayan bir sistematik derlemede gebelikte depresyon oranı %15,6 ile %19,8 arasında bulunmuştur (Fisher vd., 2011: 139-149). Ülkemizde ise yapılan çalışmalara göre %11,9-%36 arasında olduğu belirtilmiştir (Cebeci vd., 2002: 11-18; Çapık vd., 2015: 196-203; Yücel vd.,2013: 83-87).

Literatürde gebelikte depresyon için risk faktörleri arasında düşük sosyoekonomik düzey, yetersiz eğitim seviyesi, istenmeyen gebelik, genç yaşta gebelik, evli olmama, yetersiz sosyal destek, eş desteğinin bulunmaması, gebelik ile ilgili kararsızlık, akrabalarla zayıf iletişim, ailede depresyon öyküsü, gebelik öncesi dönemde anksiyete ve depresyon öyküsü, olumsuz yaşam deneyimleri, önceki düşük öyküsü, fazla sayıda çocuk sahibi olma ve fetüsle ilgili aşırı kaygı duyma yer almaktadır (Erbil vd., 2009; Fisher vd., 2011; Gözüyeşil, şirin ve Çetinkaya, 2003; Kılıçarslan, 2008). Köken ve diğelerinin (2008) 230 gebe ile yaptıkları bir çalışmada gebeliğın ilk trimesterında şiddetli bulantı ve kusmanın gebelikte yaşanılan anksiyete ve depresyonla ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Prenatal dönemde değışen hormonların depresyon üzerine etkisinin incelendiğı çalışmada östrojen ve progesteron seviyesindeki artışla maternal depresyon arasında ilişki bulunmadığı ancak yükselmiş TSH hormonu ile gebelik depresyonu arasında güçlü bir ilişki olduğu belirtilmiştir (Leung ve Kaplan, 2009: 1566-1575).

Psikolojik rahatsızlıkların anne adayının duyma durumunu etkileyerek, prenatal dönemle ilgili olumsuz sonuçlara neden olabileceğı ve tedavi almayanlarda maternal morbidite ve mortalite hızını (suisid riski de dahil) arttırdığı belirtilmektedir (Muzik vd., 2009; Sevindik, 2005; Brenda vd., 2009). Prenatal dönemde ultrason cihazı kullanılarak yapılan bir çalışmada depresyonda olan anne adaylarının fetüslerinin depresyonda olmayan anne adaylarının fetüslerine göre daha çok uyudukları ve daha az hareket ettikleri belirlenmiştir (Chung vd., 2001). Depresif anne adayların fetüslerinin, yenidoğan sürecinde düşük apgar puanları ile doğdukları ve daha fazla oranda yoğun bakım ünitelerine ihtiyacı olduğu belirtilmiştir (Field vd., 2006; Stewart, 2005.)

Literatürde depresyonun tıbbi tanı konulup tedavi edilmediğı sürece çeşitli obstetrik komplikasyonlara ve doğumsal patolojilere neden olabileceğı bildirilmiştir (Arck vd., 2001; Chung vd., 2001; Kurki vd., 2000). Depresyon tablolı gebelerde, sezaryen, forseps gibi müdahaleli doğumlar, doğum sancısının normalden daha yüksek olması ve bundan dolayı da daha çok epidural anesteziye ihtiyaç duyulması gibi problemlerle de de ilişkili bulunmuştur. Depresyon tablosu olan gebelerin sigara içme, alkol ve diğere bağımlılık yapan maddeleri kullanmaya daha yatkın olabilmekte ve bu tür olumsuz davranışlarda gebeliğın seyrinin

negatif etkilenmesine neden olabilmektedir (Bonari vd., 2004; Bowen ve Muhajarine, 2006; Marcus vd., 2003).

Literatürde prenatal depresyon deneyimleyen gebelerin, doğum sonrası süreçte depresif atak geçirebilme ve mevcut psikiyatrik tablosunun daha da kötüleşmesine neden olduğu belirtilmiştir (Evans vd., 2001). Prenatal dönemde yaşanan stres, çocukluk döneminde gelişimsel problemlere neden olmaktadır (kolay ağlama, aşırı fiziksel hareketler gösterme, kolay kırılma, asosyal davranışlar biçimleri, dikkat ve odaklanma problemleri yaşama, şizofreni) (Weinstock, 2001). Maki ve diğerlerinin 2003'te yaptığı bir araştırmada, tedavi edilmemiş gebelik dönemi depresyonu olan kadınların çocuklarında suç işleme oranının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (Maki vd., 2003). Ayrıca yapılan prospektif araştırmada ise depresyonu olmayan kadınların doğan çocuklarına oranla, depresyona sahip kadınlardan doğan çocuklarda depresyon gelişme riskinin 6 kat arttığı tespit edilmiştir (Hammen ve Brennan, 2003).

2.6. Postpartum Dönem

Postpartum dönem, fetüs, plasenta ve membranların doğumıyla başlayıp yaklaşık 6-8 hafta süren bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Karaçay Yıkar ve Nazik, 2022). Lohusalık olarak adlandırılan bu dönem, antenatal süreçte meydana gelen fizyolojik değişimlerin geriye dönüşü ile karakterizedir (Chauhan ve Tadi, 2022). Postpartum dönemde sunulan bakımın niteliği, bu süreçte ortaya çıkabilecek olumsuz fizyolojik ve psikolojik değişimlerin yönetiminde önemli bir rol oynamaktadır (Karaçay Yıkar ve Nazik, 2022).

2.6.1. Postpartum dönemde görülen psikolojik değişiklikler

Postpartum dönemde ortaya çıkan hafif düzeydeki psikolojik sorunlar, süreklilik, semptom yoğunluğu ve klinik tablo açısından daha ağır psikiyatrik bozukluklardan ayrılmaktadır. Bu tür belirtiler genellikle doğumdan sonraki ilk günlerde başlayıp daha sonraki birkaç hafta içinde kendiliğinden düzelebilen veya daha da ağırlaşabilmektedir (Razurel vd., 2011: 237-242).

2.6.1.1 Postpartum annelik hüznü

Postpartum dönemin ilk günlerinde; annenin fiziksel ve ruhsal olarak son derece yetersiz ve yorgun hissettiği, doğru kararlar almakta güçlük yaşadığı dönem annelik hüznü olarak tanımlanmaktadır. Doğum sonrası dönemde, hormonal değişiklikler, sosyokültürel faktörler ve ilişki problemleri gibi çeşitli faktörler, annelik hüznüyle ilişkilendirilmiştir

(Manjunath vd., 2011). Kadınların bu dönemde yaşadıkları duygu değişimleri, ağlama atakları, huzursuzluk, yorgunluk, kaygı, uykusuzluk ve dikkati toplamada güçlük gibi belirtiler yaygın görülür (Howard vd., 2014). Postpartum dönemde kadınların %50 veya daha fazlası annelik hüznü yaşamaktadır. Genellikle 2-3 gün içinde başlar ve 10-14 gün içinde kendiliğinden düzelir (O'Hara vd., 2014). Ancak belirtilerin şiddetlenmesi ve uzun süre devam etmesi durumunda postpartum depresyon veya daha ciddi bir duygudurum bozukluğuna dönüşme riski olduğu için profesyonel destek alınması önemlidir.

2.6.1.2. Postpartum depresyon

Doğum sonu depresyon (DSD), doğumdan sonraki ilk on iki hafta içinde ortaya çıkan, psikotik semptomların eşlik etmediği ve şiddeti bireyler arasında değişkenlik gösterebilen bir depresif bozukluk olarak tanımlanmaktadır (Erdoğan ve Hocaoglu, 2020; Demir, 2016). Doğum sonu depresyon, semptomların daha uzun süre devam etmesi ve hem anne hem de bebek üzerinde ciddi olumsuz etkiler yaratması nedeniyle diğer peripartum dönem ruhsal bozukluklarından ayrılmaktadır (Çağın, 2016).

DSM-5'te doğum sonu depresyonu "peripartum başlangıçlı" olarak sınıflandırılmakta olup, bu tanım gebelik sırasında veya doğumdan sonraki ilk dört hafta içinde belirtilerin ortaya çıkmasını kapsamaktadır. Öte yandan, Dünya Sağlık Örgütü'nün *Uluslararası Hastalık Sınıflandırması 10. Revizyonu* (ICD-10), depresyon tanısı için belirtilerin postpartum ilk altı haftası içinde başlaması gerektiği belirtmektedir (WHO, ICD-10).

2.6.1.3. Postpartum psikoz

Kadınlar doğum yaptıktan sonraki ilk bir ay 22 kat daha fazla manik ya da psikotik epizod yaşama ihtimaline sahiptir (Bergink ve Koorengel, 2010). Postpartum psikoz; postnatal dönemin ilk 4 haftasında manik yada psikotik tablo ile kendini gösteren psikiyatrik bir rahatsızlıktır. Postpartum psikozunun genel popülasyonda görülme oranı % 0.1-0.2 olarak görülmüştür (Spinelli, 2009). Postpartum psikoz, doğumdan sonraki dönemde çok ender görülen fakat en ağır formusudur (Bergink, 2011). Postpartum psikozunun en sık görülen semptomları zihin karışıklığı, gerçekliği ayırt etmede zorluk yaşama, tutarlı olmayan düşünce biçimleri ve garip davranışlar, uyku problemleri, hezeyanlar, her şeyden aşırı kuşku duyma, iştah problemleri, gündelik işlerde sürekli aksama, varsanılar, intihar veya cinayet fikirlerinin olmasıdır (Osborne, 2018).

2.7. Emzirme

Emzirme, bebeğin sağlıklı beslenmesi, büyümesi ve gelişimi için en ideal beslenme yöntemi olarak kabul edilmektedir (Gözükara, 2014). Aynı zamanda, bebek sağlığını koruma ve yaşam süresini destekleme açısından önemli bir rol oynamaktadır (Çintaş, 2023). Doğumdan sonraki ilk yarım saat, yenidoğanın emme refleksinin en yüksek düzeyde olduğu ve emzirme açısından en aktif olduğu kritik bir zaman dilimi olarak değerlendirilmektedir (Arslan, 2020). Emzirme süreci, anne ve yenidoğan arasındaki duygusal bağı güçlendirerek, bebeğin anneye olan güven duygusunu pekiştirmekte ve anne-bebek etkileşimini desteklemektedir (Işık, 2020).

Emzirme, annelerin öz güven duygusunu güçlendirerek daha doyurucu ve keyifli bir annelik deneyimi yaşanmasına katkı sağlamaktadır (Akdaş, 2024). Çocuğunun her geçen gün büyüdüğünü gözlemleyen anne, bu süreci derin bir duygusal deneyim olarak yaşamakta ve bu duygular, süt üretimi üzerinde de olumlu etkiler yaratmaktadır (Khan vd., 2015; Üstün, 2013). Yenidoğanın ilk altı ayında, ek besin verilmeden yalnızca anne sütü ile beslenmesi ve bebeğin her istediğinde aktif şekilde emzirilmesi, prolaktinin etkisiyle ovülasyonu inhibe ederek %98 oranında kontraseptif etki sağlamaktadır (Taşkın, 2020). Emzirme süresi ve durumu, anneye ait sosyal çevre, aile yapısı, emzirme konusundaki tutumlar, sosyoekonomik düzey ve kültürel faktörler gibi çeşitli unsurlar tarafından şekillenmektedir (Gau, 2004; Moore ve Coty, 2006; Samlı vd., 2006). Ayrıca, emzirmenin ani bebek ölümleri oranını %36 oranında azalttığı da literatürde belirtilmektedir (Konukoğlu ve Pasinlioğlu, 2021).

Anne sütü yararları özetle şu şekildedir;

- Anne sütü, bebekler için en taze, doğal ve besleyici gıda kaynağı olarak kabul edilmektedir.
- Anne sütü, hijyenik olup her zaman steril koşullarda sağlanabilir.
- Sürekli hazır ve ekonomik bir beslenme seçeneği sunmaktadır.
- Yenidoğanın sindirim sistemi, anne sütündeki besin öğelerini kolayca sindirir ve bu durum böbreklere olan yükü azaltır.
- Anne sütü, ishal, karın ağrısı ve kabızlık gibi gastrointestinal rahatsızlıkların görülme sıklığını düşürmektedir.
- Bağışıklık sistemini destekler ve enfeksiyonlara karşı koruyucu bir rol üstlenir.
- Anne sütü, bebeklerin bilişsel gelişimini olumlu yönde etkileyebilir.
- İçeriği sayesinde bebeklerin su ihtiyacını karşılar, bu nedenle ilaveten su verilmesine gerek yoktur.

- Kolostrum, bebeği hastalıklara karşı koruyarak bağışıklık sistemini güçlendirir.
- Emzirme, anne ve bebek arasında güçlü bir duygusal bağ oluşmasına katkı sağlar.
- Emzirme, annenin sağlığını koruyarak uterus ve meme kanseri risklerini azaltmaya yardımcı olabilir (UNICEF, 2019).

Dünya Sağlık rgt (DSÖ) verilerine göre, 2015-2022 yılları arasında dünya genelinde 0-6 aylık bebeklerin yalnızca yaklaşık %44' yalnızca anne sütü ile beslenmiştir (WHO, 2021). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) 2018 raporuna göre, annelerin %98'i doğumdan hemen sonra bebeklerini emzirmeye başlamaktadır. Ancak, bu oranın zamanla düştüğü gözlemlenmektedir; ilk 6 ayında sadece anne sütü ile beslenen bebeklerin oranı % 40,7 olarak tespit edilmiştir (TNSA, 2018). 3 yaş altı çocuklarda ise ortalama emzirme süresinin 17 ay olduğu görülmektedir (<https://www.tuik.gov.tr> Erişim Tarihi: 01.06.2025).

2.7.1. Emzirme z yeterliliği

Annenin bebeğini emzirmeye yönelik kendine duyduğu yeterlilik duygusu, "emzirme öz yeterliliği" olarak adlandırılmaktadır (Uludağ, 2017). Dennis'e (1999) göre, emzirme öz yeterliliği algısı, annenin bebeğini emzirmeye karar verme süreci, emzirme ile ilgili düşünceleri, emzirme sırasında ne kadar aktif rol alabileceği ve bu dönemde karşılaştığı duygusal zorluklarla baş etme becerisiyle ilişkilidir. Emzirmede karşılaşılan zorluklarla başa çıkabilen ve bu süreçte olumlu bir tutum sergileyen anneler, genellikle daha yüksek öz yeterlilik düzeyine sahip olan annelerdir (Erol, 2020; Dennis, 1999). Annenin emzirme konusunda eğitim almış olması ve ruhsal ve davranışsal açıdan öz yeterlilik algısına sahip olması, emzirmenin etkin bir şekilde başlatılması ve devam edilmesinde önemli bir faktördür. Emzirme z yeterliliği algısı ile emzirme süresi arasında pozitif bir ilişki bulunduğu çeşitli çalışmalarla doğrulanmıştır (Aluş, 2009; Ekşioğlu ve Ceber, 2007).

Emzirme z yeterliliği, annenin geçmiş doğum deneyimleri, ailesinde gözlemlediği emzirme örnekleri, çevresinden aldığı destek ve ruhsal durumu gibi çeşitli faktörlerden etkilenmektedir (Blyth vd., 2002; Dennis, 1999; Emmanuel, 2015). Literatürde, emzirme öz yeterliliği algısı ile emzirme başarısı arasında pozitif bir ilişki olduğu belirtilmektedir (Yenal vd., 2013). z yeterlilik algısı düşük olan annelerin emzirme süresinin daha kısa olduğu belirtilmiştir (Dennis vd., 1999).

Emzirme z yeterliliği üzerine yapılan araştırmalar, annelerin bebek bakım sürecinde yaşadığı stres, anksiyete ve depresyonun bu öz yeterliliği olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir (Yalçın-zsoylu, 2019). Ayrıca, annenin yaşının küçük olması, öz yeterlilik

algısının gelişimini negatif yönde etkileyerek emzirme süresinin kısılmasına ve emzirme başarısının azalmasına neden olmaktadır (Dennis, 2006; Henshaw vd., 2015; Mızrak ve Özerdoğan, 2014). Bunun yanı sıra, düşük sosyo-ekonomik düzey ve yetersiz eğitim seviyesinin de emzirme öz yeterliliğini olumsuz etkilediği bildirilmektedir (Demirel vd., 2001; Henshaw vd., 2015; McQueen vd., 2011; Mızrak ve Özerdoğan, 2014). Öte yandan, annenin emzirme sürecinde ailesinden ve sağlık profesyonellerinden aldığı desteğin, emzirme başarısını artırdığı ve emzirme öz yeterlilik algısını olumlu yönde etkilediği ortaya konmuştur (Henshaw vd., 2015; Hergüner vd., 2014; McQueen vd., 2011; Mızrak ve Özerdoğan, 2014).

Birçok ülkede annelerin emzirmenin sürekliliğini sağlayamadığı ve erken dönemde emzirmeyi sonlandırdığı bildirilmektedir. Bu durumun en önemli nedenleri arasında annelerin emzirmeye ilişkin öz yeterlilik algısının düşük olması ve postpartum dönemde karşılaştıkları sorunlarla baş etmede zorlanmaları yer almaktadır. Yapılan araştırmalarda, emzirmenin erken sonlandırılmasının en önemli sebebinin annelerin kendilerini yetersiz görmeleri olduğu belirlenmiştir (Aluş ve Okumuş, 2013).

Yenidoğanda herhangi bir sağlık sorununun bulunması, prematüre doğum, düşük doğum ağırlığı gibi faktörler, emzirmeye başlamayı ve emzirmenin devamlılığını olumsuz yönde etkilemektedir. Özellikle sezaryen doğum sonrasında sütün geç gelmesi ve yenidoğanın farklı nedenlerle sık ağlaması, annede bebeğin doymadığı düşüncesini oluşturmakta ve bu durum hazır mama kullanımına yönelme eğilimini artırmaktadır (Örün vd., 2010; Tarrant vd., 2011). Öte yandan, annenin emzirme sürecinde ailesinden ve sağlık profesyonellerinden aldığı destek, emzirme başarısını artırmakta ve emzirme öz yeterlilik algısını olumlu yönde etkilemektedir (Henshaw vd., 2015; Hergüner vd., 2014; McQueen vd., 2011; Mızrak ve Özerdoğan, 2014). Emzirme öz yeterliliğinin düşük olması, bebeğin biyolojik gelişimi üzerinde olumsuz etkiler yaratabilmektedir. Bu nedenle, birçok ülkede annelerin emzirme öz yeterliliğini artırmaya yönelik politikalar geliştirilmekte ve uygulanmaktadır (Arslan, 2020).

2.8. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), tekrarlayıcı obsesyon veya kompulsiyonların varlığı ile karakterize edilen, bireyde belirgin sıkıntıya yol açan, zaman kaybına neden olan ve işlevselliği olumsuz yönde etkileyen bir psikiyatrik bozukluktur (Üstüngör, 2022). Obsesyonlar, kişinin rahatsızlık duyduğu, bunaltıcı, sürekli tekrarlayan ve belirli bir zaman dilimini kapsayan düşünceler, zihinsel imgeler veya uyarıcı algılar olarak tanımlanmaktadır. Bu düşünceler sıklıkla endişe, gerginlik ve tiksinti duyguları ile ilişkilidir (Üstüngör, 2022).

Kompulsiyonlar ise obsesyonlara bağı olarak ortaya çıkan, anksiyeteyi azaltmayı veya ortadan kaldırmayı amaçlayan, tekrarlayıcı davranışlar ya da zihinsel eylemlerden oluşmaktadır (Sadock vd., 2017).

Latince "obsidere" (alıkonulmak, ele geçirilmek) kelimesinden türetilen “obsesyon” kavramı, kişinin belirli bir düşünce tarzını sürekli olarak tekrar ettiğini ifade etmektedir (Tükel ve Demet, 2017). Obsesyonlar, bireyin istem dışı zihnine gelen, sürekli olarak üzerinde düşündüğü ve huzursuzluk yaratan düşünceler, imgeler ya da uyarılar olarak tanımlanmakta olup, kişiye yabancı bir nitelik taşımaktadır. Birey, obsesyonlarını kendi iradesi dışında deneyimler, bu düşünceler tatmin edici değildir ve belirgin bir anksiyete yaratmaktadır. Genellikle mantık dışı olup, kişinin ahlaki değerleri, inançları ve düşünce yapısı ile çelişen, zorlayıcı içerikte olabilmektedir (Köroğlu, 2015). Kişi obsesyonlarının kaynağının kendisi olduğunun bilincindedir ve çoğunlukla bu düşüncelere direnç göstermeye, onları yok saymaya ya da farklı bir düşünce veya eylemle nötralize etmeye çalışmaktadır (Karamustafalıoğlu, 2018).

Kompulsiyon terimi, Latince kökenli “compellere” sözcüğünden türetilmiş olup, “köşeye sıkışmak” ve “zorlanmak” anlamlarını taşımaktadır. Kompulsiyonlar, bireyin obsesyonlarına karşı mantık dışı tepkiler verdiği, zorunluluk hissi ile tekrar eden davranış ya da zihinsel eylemler olarak tanımlanmaktadır. Bu eylemler, kişinin kaygısını azaltmaya yönelik olup, içsel sıkıntıyla başa çıkma veya korkulan bir durumdan kaçınma amacı taşımaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2015) OKB hastalarında yalnızca obsesyon ya da yalnızca kompulsiyon görülebileceği gibi, her iki semptomun bir arada bulunduğu tablolar da yaygın olarak gözlemlenmektedir (Sadock vd., 2016).

Obsesif Kompulsif Bozukluk, Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından yayımlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı’nda (DSM) yıllar içinde farklı kategorilerde sınıflandırılmıştır. İlk olarak 1952’de DSM-I’de “Obsesif Kompulsif Reaksiyon” olarak adlandırılan bozukluk, 1968’de yayımlanan DSM-II’de “Obsesif Kompulsif Nevroz” olarak tanımlanmıştır. 1980 yılında DSM-III ile birlikte günümüzde kullanılan “Obsesif Kompulsif Bozukluk” (OKB) terimi literatüre girmiştir (Tükel ve Demet, 2017). DSM-IV ile birlikte kompulsiyonların yalnızca davranışsal değil, aynı zamanda zihinsel eylemler de içerebileceği belirtilmiştir. DSM-5’te ise önceki tanımlamalar gözden geçirilmiş ve açıklığa kavuşturulmuştur (Sadock vd., 2017). Ayrıca DSM-5 ile birlikte OKB, anksiyete bozuklukları kategorisinden çıkarılarak, “Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar” başlığı altında yeniden sınıflandırılmıştır (APA, 2013).

Gebelikte yeni başlayan “OKB” prevalansının %2 ile %22 arasında değiştiği bildirilmektedir (Andersson vd., 2003; Fairbrother vd., 2021; McGuinness vd., 1994; Sutter vd., 2004; Uguz vd., 2007; Vulink vd., 2006; Zambaldi vd., 2009). Yapılan diğer çalışmalar, önceden OKB tanısı bulunan kadınların %8 ile %70'inin perinatal dönemde semptomlarında alevlenme yaşayabileceğini ortaya koymuştur (Burton, 2021; Chatterjee vd., 2021; Fairbrother vd., 2021; Guglielmi vd., 2014; Labad vd., 2005; Speisman vd., 2011). Yakın tarihli bir çalışmada, sıkı tanı kriterleri kullanılarak yapılan değerlendirmede, gebelik döneminde OKB'nin %7,8 ve doğum sonrası dönemde %16,9 oranında görüldüğü belirlenmiştir (Fairbrother vd., 2021).

Doğum sonrası dönemde ortaya çıkan ya da şiddetlenen OKB, postpartum anksiyete bozuklukları kapsamında değerlendirilmektedir (Challacombe vd., 2017; Miller vd., 2015). Çalışmalar, perinatal dönemin OKB için hem başlangıç hem de alevlenme açısından bir risk faktörü olduğunu göstermektedir. Gebelik ve doğum sonrası dönemlerde kadınların OKB yaşama olasılığının genel popülasyona kıyasla 1,5 ile 2 kat daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Russell vd., 2013). Bu risk, postpartum dönemde gebelik dönemine göre daha belirgindir. Yapılan araştırmalara göre, gebelikte OKB prevalansı %0,2 ile %3,5 arasında değişirken, doğum sonrası başlangıçlı OKB prevalansının %2,7 ile %9 arasında olduğu belirlenmiştir (McGuinness vd., 2011). Postpartum dönemde OKB'nin daha yaygın olduğu ve doğum sonrası kadınların %2 ile %11'inin OKB'den etkilendiği bildirilmiştir (Russell vd., 2013). Bununla birlikte, bazı çalışmalar OKB prevalansının gebelik ve doğum sonrası dönemde sırasıyla %7,8 ve %16,9 kadar yüksek olabileceğini öne sürmektedir (Fairbrother vd., 2021).

2.8.1. Postpartum dönem OKB ve özellikleri

Postpartum dönemde annelik hüznü, postpartum depresyon ve postpartum psikoz en sık karşılaşılan psikiyatrik sorunlar olmakla birlikte, bu dönemde farklı psikolojik problemlerin de görülebileceği belirtilmektedir (Chalise ve Bhandari, 2019; Sharma, 2019; Ulaş vd., 2017). Yapılan araştırmalar daha çok postpartum depresyona odaklanmış olsa da, gebelik ve postpartum dönemlerde kadınların önemli bir kısmının obsesif kompulsif davranışlar sergilediği ve bu davranışların bazı durumlarda tedavi gerektirecek düzeyde olduğu belirtilmektedir (Demirkol vd., 2018). Postpartum dönemde obsesif kompulsif davranışların yaygınlığının %14 ile %63,5 arasında değiştiği ve bu semptomların sıklıkla gözlemlendiği bildirilmiştir (Miller vd., 2015; Zambaldi vd., 2009).

Guglielmi ve diğerleri (2014) tarafından yapılan bir araştırmada, OKB'nin başlangıcı ve seyrinin üreme süreçleriyle (menstruasyon fazı, gebelik, doğum sonrası dönem vb.) ilişkili

hormonal değişimlerle bağlantılı olduğu belirtilmektedir. Doğum sonrası dönemde OKB semptomlarının şiddetlenmesine neden olan faktörleri inceleyen çalışmalar, doğum şeklinin (sezaryen doğum) ve doğum yaşının erken olmasının bu süreci etkileyen önemli unsurlar arasında yer aldığını ortaya koymuştur (House vd., 2016).

Obsesif eğilimleri olan kadınların, kendilerine özel zaman ayıramama, sık sık el yıkama, uyku problemleri, bebeğine zarar geleceği korkusu ve bebeğine temas etmekte zorlanma gibi obsesif kompulsif davranışlar sergiledikleri, bu durumun yalnızca anneleri değil, aynı zamanda çevresindeki bireylerin yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir (Challacombe vd., 2017). Doğum sonrası dönemde aileler genellikle geleneksel baskılarla karşılaşmakta ve OKB tanısı alan annelerin kaygı ve takıntıları çoğu zaman göz ardı edilmekte ya da aile bireyleri bu durumu kabullenmek ve uyum sağlamak zorunda kalmaktadır (Challacombe vd., 2017; Stewart vd., 2008). Bazı annelerde doğum sonrası dönemde ani ve beklenmedik bir şekilde OKB semptomları ortaya çıkabilirken, bazı annelerde ise gebelik süreci ve bebek bakımı, mevcut OKB semptomlarının şiddetinin artmasına neden olabilmektedir (Challacombe vd., 2017). Annelerin doğum sonrası dönemde travma yaşaması, korku ve anksiyete düzeylerinin yükselmesi, anne-bebek bağlanmasını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bununla birlikte, annelerin kontrol düzeyleri ve mükemmeliyetçilik eğilimleri arttıkça, maternal bağlanma düzeylerinin de yükseldiği saptanmıştır (Kurt ve elikay Söyler, 2022). OKB tanısı almamış postpartum dönemdeki annelerde obsesif ve kompulsif davranışların yaygınlığını ve belirtilerini değerlendiren bir çalışmada, artan anksiyete düzeyi ile obsesif kompulsif davranışlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Miller vd., 2015).

Postpartum dönemde görülen “OKB” tedavisinde en yaygın olarak tercih edilen yöntemlerden biri bilişsel davranışçı terapi (BDT) dir. Perinatal dönemde de güvenle uygulanabileceği düşünölen bu yöntemin, yapılan çalışmalar doğrultusunda farmakoterapi kadar etkili olduğu, bazı durumlarda ise farmakoterapiye kıyasla daha yüksek etki gösterebildiği belirtilmektedir. Hafıf ve orta şiddetteki postpartum OKB vakalarında, öncelikli tedavi seçeneği olarak BDT önerildiği bildirilmektedir (Foa ve Franklin, 2011: 229-243).

Postpartum başlangıçlı OKB açısından risk faktörlerine sahip olan annelerin (primiparite, depresyon, anksiyete bozukluğu ve OKB öyküsü) bu konuda bilgilendirilmesi, gebelik süreci ve doğum sonrası dönemde OKB açısından taranması önerilmektedir. Tarama sonucunda pozitif bulgu saptanan bireylerin, DSM-5 tanı ölçütleri temel alınarak detaylı bir değerlendirmeye tabi tutulması gerekmektedir.

2.9. Ebenin Gebelik Dönemindeki Distrese Yönelik Roller ve Postpartum Dönemde Emzirme ile Bebek Bakımına İlişkin OKB ile Mücadeledeki Roller

Gebelik süreci, yalnızca fizyolojik değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal boyutlarda da önemli değişikliklerin yaşandığı bir dönemdir. Bu dönemde, gebeliğe bağlı fizyolojik değişikliklerin yanı sıra, anne karnında gelişmekte olan fetüsün varlığı ve aile yaşamındaki rol değişiklikleri, bireyde çeşitli psikolojik değişimlerin ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır. Distres, gebelik sürecinde ortaya çıkan psikolojik değişimlerden biri olarak öne çıkmakta ve postpartum dönemde annenin psikolojik durumu üzerinde önemli etkiler yaratabilmektedir. Bu durum, anne ile bebeği arasındaki duygusal bağı olumsuz yönde etkileyerek, annenin bebeğe yönelik bakım davranışlarında yetersizlik veya zorluk yaşamasına neden olabilir. Söz konusu değişimlerin, annenin biyopsikososyal bütünlüğü üzerinde derin etkiler yaratabileceği göz önünde bulundurulduğunda, bu sürecin multidisipliner bir yaklaşımla ele alınması önem arz etmektedir (Gözüyeşil, Şirin ve Çetinkaya, 2008; 40-66). Gebelerle doğrudan temas halinde bulunan sağlık profesyonelleri, özellikle ebeler, gebelik takiplerinde yalnızca fiziksel değerlendirme yapmakla yetinmeyip, aynı zamanda psikolojik değerlendirmeyi de bütüncül bir yaklaşımla ele almalıdır. Bu yaklaşım, ebelik bakımının temel ilkeleri arasında yer almakta olup, annenin biyopsikososyal iyilik halinin korunması ve desteklenmesi açısından hayati bir öneme sahiptir. Gebelerin ihtiyaçlarının bütüncül bir perspektifle değerlendirilmesi, gebelik süreci boyunca oluşabilecek psikososyal sorunların erken dönemde tespit edilmesine ve bu sorunların yönetimine olanak tanımaktadır. Bu bağlamda, gebelik takiplerinde multidisipliner iş birliğinin ve sürekli eğitimin sağlanması, ebelik bakımının kalitesini artırarak anne ve bebek sağlığına olumlu katkılar sunacaktır (Üstüngör, 2022).

Bu bilgiler doğrultusunda:

- Gebede distrese yol açan stres kaynakları belirlenmeli, kendisinin ve ailesinin psikososyal ihtiyaçlarını belirlemeye yönelik bilgi toplanmalı ve tanı konularak tedavi planlanmalı,
- Gebeye stresle baş etme yöntemleri öğretilmeli,
- Gebe ile görüşülecek ortamdaki strese neden olacak etmenler azaltılmalı, sakin bir yaklaşım sergilenmeli,
- Gebeye bir girişim uygulanacağı zaman girişim ile ilgili bilgi verilip anksiyetesi giderilmeli,

- Antenatal bakım sürecinde gebelere; gebelik, doğum ve psikolojik değişiklikler hakkında bilgi verilmesi, olası risklerin açıklanması büyük önem taşır. Bu bilgilendirme, gebelerin yaşayabilecekleri sorunlara hazırlıklı olmalarını sağlayarak korku ve kaygı düzeylerini azaltabilir. Böylece, gebelik sürecine ruhsal olarak daha sağlıklı bir uyum geliştirmeleri desteklenmiş olur (Üstüngör, 2022),
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan sağlık profesyonellerinin ev ziyaretlerinin sayısı arttırılmalı veya bu imkana sahip olmayan yerlerde teleiletişim yolu ile gebe ile sürekli bir etkileşim halinde olmalı,
- Gebenin stresini azaltmaya yönelik yoga, müzik terapisi, solunum ve gevşeme egzersizleri gibi programlar planlanmalı (Kılıç, 2022),
- Doğum öncesi eğitim programlarının yaygınlaştırılarak, gebe ve eşlerin stresini azaltıp ebeveynlik rolüne hazırlanması sağlanmalı (Kışlak ve Köse Tuncer, 2018),
- Gebeye bilgi verilirken eşi veya sosyal destek aldığı aile bireyleri yanında bulundurulmalı (Kılıç, 2022),
- Postpartum dönemde annelerin emzirme öz yeterliliğini arttırmaya yönelik çalışmalarda bulunulmalı,
- Emzirme öz yeterliliğini olumlu yönde arttırmak için bebek ile anne arasındaki bağı daha fazla geliştirme yöntemlerinden olan rooming ortamı sağlanmalı,
- Emzirme öz-yeterlilik algısını güçlendirmek ve anneyi emzirmeye teşvik etmek için, emzirme tekniklerinin öğretilmesi ve bu konuda bilgilendirilmesi ve danışmanlık hizmetlerinin gebelik döneminden itibaren başlanması sağlanmalı (Mercan, 2024),
- Emzirmeyi arttırmak ve annenin emzirmeye karşı stresini azaltmak için non-farmalojik yöntemlerden olan Hipnoemmzirme tekniği ebeler tarafından anneye öğretilip uygulanmalı (Ekinci, 2024) ,
- Annelerin doğum sonrası dönemde emzirme öz-yeterliliklerini etkileyen unsurlar araştırılmalı ve bu unsurlara yönelik çözüm yoluna gidilmeli (Mercan, 2024),
- Doğum sonu dönemdeki annelerin bebek bakımında obsesif kompulsif davranışları ölçek kullanılarak değerlendirilmeli, bu dönemde gösterilen obsesif kompulsif davranışların azaltılması için sağlık profesyonelleri olan ebelerin annenin yeterli tedaviyi alması için gerekli birimlere yönlendirmesi sağlanmalı,
- Sosyal destek ile daha olumlu tablo gösteren kadınların bu dönemde eşi veya aile üyeleri tarafından destek olunması için bilgilendirme yapılmalı ve bebek bakımında anneye destek olunması yönünde aile ve eş teşvik edilmeli,

- Gebe ve lohusalarla doğrudan iletişim halinde olan ebelerin doğum öncesi ve doğum sonrası annelerdeki psikolojik değişikliklerle ilgili eğitim vermesi ve meslek grubuna bilginin güncelliği yönünde eğitim planları oluşturulmalıdır (Kabul ve Çınar, 2023).



3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, gebelikte distres deneyimleyen kadınların doğum sonrası emzirme öz yeterliliğinin ve bebek bakımında obsesif kompulsif davranışlarının incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı tipte, izlemsel bir araştırmadır. Araştırmanın raporlaması Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology (STROBE) (Ek-1) doğrultusunda gerçekleştirilmiştir (Babaoğlu vd., 2021; Von Elm vd., 2008).

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

H₁: Gebelikte deneyimlenen distresin doğum sonrası dönem emzirme öz yeterliliği üzerine etkisi vardır.

H₂: Gebelikte deneyimlenen distresin doğum sonrası dönem bebek bakımında obsesif kompulsif davranışlar üzerine etkisi vardır.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Gebe ve lohusa değerlendirmeleri, Şanlıurfa-Bozova Mehmet-Enver Yıldırım Devlet Hastanesi Kadın Doğum Polikliniği gebe bilgilendirme biriminde, 01.11.2023-31.03.2024 tarihleri arasında yapılmıştır. Şanlıurfa-Bozova Mehmet-Enver Yıldırım Devlet Hastanesi 65 yatak kapasitesine sahip olup Kadın Doğum, Çocuk, Dahiliye, Diş ve Aile Hekimliği birimlerinde hizmet vermektedir. Doğumhanesi yeterli koşullara sahip olup uzman doktorlar ve ebeler eşliğinde doğumlar gerçekleşmektedir.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

3.4.1. Bağımlı değişkenler

Emzirme Öz Yeterliliği Kısa Formu ve Postpartum Dönemde Annelerin Bebek Bakımı ile İlgili Obsesif ve Kompulsif Davranışları Ölçeği bağımlı değişkenlerdir.

3.4.2. Bağımsız değişkenler

Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği bağımsız değişkendir.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Şanlıurfa-Bozova Mehmet-Enver Yıldırım Devlet Hastanesi Kadın Doğum Polikliniğine gelen gebeler oluşturmaktadır.

Örneklemini ise bu hastanenin kadın doğum polikliniğine gelen ikinci ve üçüncü trimesterde olan ve araştırmanın dahil edilme kriterlerine uyan gebeler oluşturmuştur.

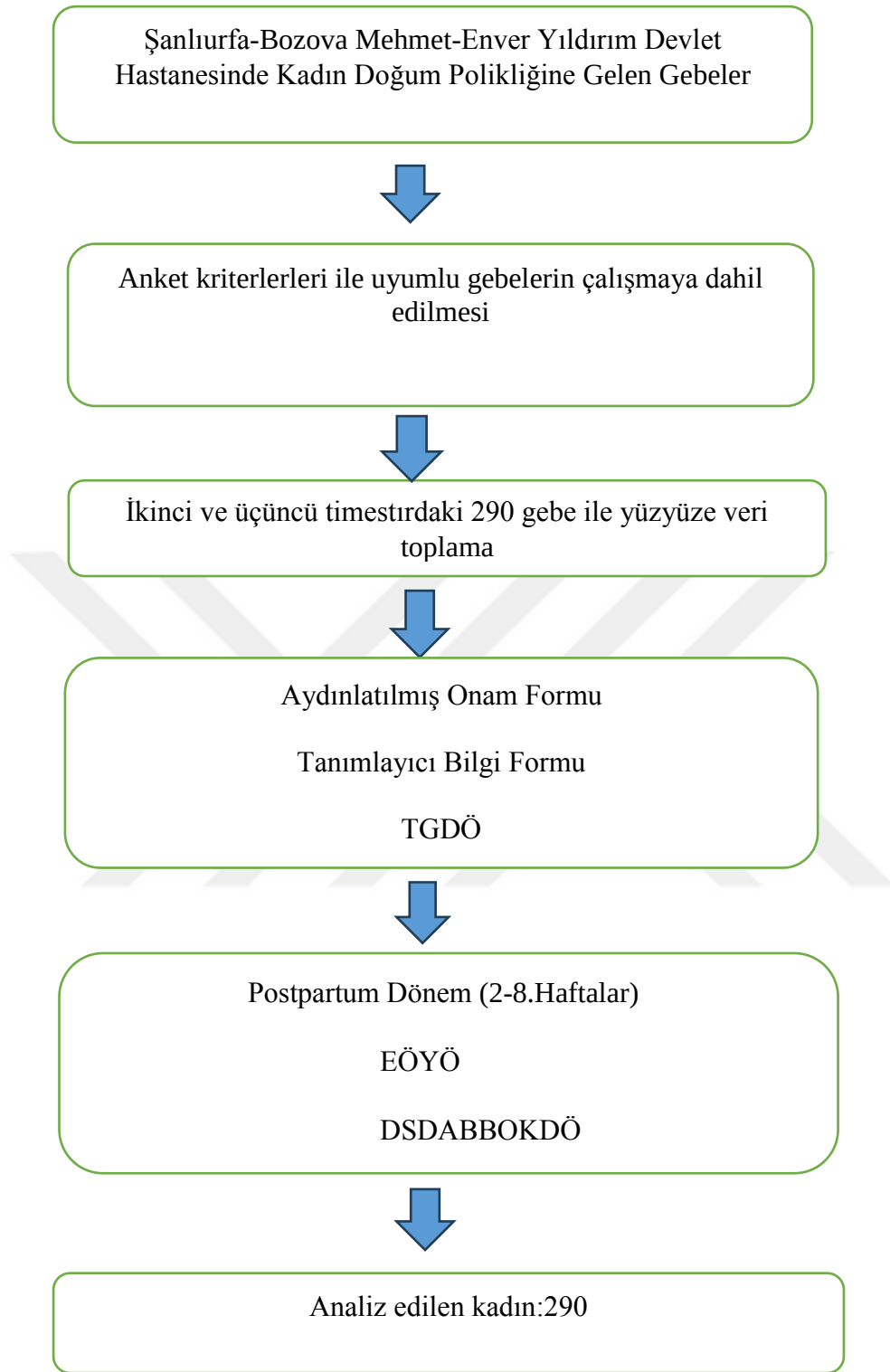
Araştırmanın örneklemini G*Power 3.1.9.4 programı ile hesaplanmıştır. Örneklem sayısı ise, güç analizi (G*Power) sonucuna göre etki büyüklüğü 0.20 (<https://www.socscistatistics.com/effectsize/default3.aspx> Erişim Tarihi: 08.08.2024) ve %5 hata payı, %95 güven aralığı ve %80 evreni temsil gücüne sahip 262 gebe oluşturmuştur. Ancak araştırmanın izlem çalışması olması ve postpartum dönemde yaşanabilecek kayıplar göz önüne alınarak örneklem sayısının %10 kadar ek katılımcı daha dahil edilerek araştırmanın 290 gebe ile yapılması planlanmıştır

3.5.1. Katılımcıların araştırmaya dahil edilme kriterleri

- 1) En az ilkokul mezunu olmak,
- 2) 12. gebelik haftasını doldurmuş olmak,
- 3) Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak
- 4) İletişim sağlayabilecek düzeyde olmak

3.5.2. Katılımcıların araştırmadan dışlanma kriterleri

- 1) 20 yaş altı adolesan gebe olmak
- 2) Riskli gebeliği olmak,
- 3) Gebelik öncesi, gebelik dönemi veya gebelik sonrası dönemde herhangi bir psikiyatrik tanı almış olmak,
- 4) Gebelik döneminde katılım sağlayan postpartum dönemde katılmayan kadınlar dışlanma kriterleri arasındadır.



Şekil 3.1. Araştırma akış şeması

3.6. Veri Toplama Araçları

Veri toplama araçları olarak; Kişisel bilgi formu (EK-2), Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği (EK-3), Emzirme Öz yeterliliği kısa formu (EK-4), Postpartum Dönemde Annelerin Bebek Bakımı ile İlgili Obsesif ve Kompulsif Davranışları Ölçeği (EK-5) kullanılmıştır.

3.6.1. Formu Kişisel bilgi

Bu form katılımcıların sosyodemografik ve obstetrik bilgileri içeren 18 sorudan oluşmaktadır. İlk kısım sosyodemografik ve gebeliğe yönelik gebenin yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, aile tipi, gelir durumu, gebelik sayısı, gebelik haftası, abortus sayısı, gebeliğin planlı olma durumu, düzenli gebe izlemi, sosyal destek varlığı gibi 12 sorudan oluşmaktadır. İkinci kısım ise postpartum dönemde sorulan doğum şekli, doğum sıklığı, bebeğin cinsiyeti, bebeğin doğum kilosuna boyu, bebek bakımında destek olan kişi varlığı gibi 6 sorudan oluşmaktadır.

3.6.2. Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği (TGDÖ)

Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği, Pop, Pommer, Pop-Purceanu, Wijnen, Bergink ve Pouwer (2011) tarafından, gebelik sürecinde yaşanan distresi (stres, anksiyete ve depresyon) değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek, gebeliğin 12. haftasından itibaren uygulanabilmekte olup, toplam 16 maddeden oluşmaktadır. Her madde 4'lü Likert tipi bir ölçekle derecelendirilmekte ve "çok sık" (0 puan), "oldukça sık" (1 puan), "ara sıra" (2 puan) ve "nadiren veya hiç" (3 puan) seçenekleriyle yanıtlanmaktadır. Ölçek maddelerinden 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14 ve 16. sorular ters puanlanmaktadır. Toplam puan, 0 ile 48 arasında değişmektedir. Ölçekte iki alt boyut yer almaktadır: "Olumsuz Duygulanım" ve "Eş Katılımı". Olumsuz Duygulanım alt boyutu 11 maddeyi (3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14 ve 16. maddeler) kapsamaktadır ve bu boyuttan alınabilecek puanlar 0 ile 33 arasında değişmektedir. Eş Katılımı alt boyutu ise 5 maddeyi (1, 2, 4, 8 ve 15. maddeler) içermekte olup, 0 ile 15 arasında puanlanmaktadır. Ölçekte belirlenen kesme puanı 28'dir; 28 ve üzerinde puan alan gebeler distres açısından riskli grup içerisinde değerlendirilmektedir (Çapık ve Pasinlioğlu, 2015). Ölçeğin Türkçe uyarlama ve geçerlilik-güvenirlilik çalışması Çapık ve Pasinlioğlu (2015) tarafından gerçekleştirilmiş ve Cronbach alfa katsayısı 0,83 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,703 olarak belirlenmiştir.

3.6.3. Emzirme Öz yeterliliği kısa formu (EÖYÖ)

Emzirme Öz yeterliliği ölçeği, 2003 yılında Dennis tarafından geliştirilmiştir. Ölçek emzirme öz-yeterliliğini değerlendirilen toplam 14 maddeden oluşmuştur. Ölçek 5'li Likert tipinde olup, ölçeğin maddeleri 1 = “hiç emin değilim”den 5= “herzaman eminim”e kadar derecelendirilerek değerlendirilmektedir. Ölçekten en düşük 14, en yüksek 70 puan alınmaktadır. Kesme noktası olmayan ölçekte, puanın artması yüksek emzirme-öz yeterliliği olduğunu ifade etmektedir. Tokat, Okumuş ve Dennis tarafından Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeğinin kısa şeklinin Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması yapılmış ve Cronbach alpha değeri 0,86 olarak belirtilmiştir (Tokat, Okumuş ve Dennis, 2013). Bu çalışmada ölçeğin cronbach alfa değeri 0,849 olarak saptanmıştır.

3.6.4. Postpartum Dönemde Annelerin Bebek Bakımı ile İlgili Obsesif ve Kompulsif Davranışları Ölçeği (DSDABBOKDÖ)

Postpartum Dönemde Annelerin Bebek Bakımı ile İlgili Obsesif ve Kompulsif Davranışları Ölçeği (DSDABBOKDÖ), Özdemir ve çalışma arkadaşları (2019) tarafından, postpartum süreçte annelerin bebek bakıma yönelik obsesif ve kompulsif davranışlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Tek boyuttan oluşan ölçek, toplam 9 madde içermektedir. Beşli Likert tipi bir derecelendirme sistemine sahip olan ölçek, her bir madde için "beni hiç tanımlamıyor" (1 puan) ile "beni çok tanımlıyor" (5 puan) arasında puanlama yapmaktadır. Ölçeğin toplam puanı üzerinden değerlendirme yapılmakta olup, alınabilecek en düşük puan 9, en yüksek puan ise 45'tir. Yüksek toplam puanlar, postpartum dönemde annelerin bebek bakımıyla ilgili obsesif ve kompulsif davranışlarının daha fazla olduğunu göstermektedir. Ölçeğin özgün çalışmasında Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0, 75 olarak raporlanmıştır (Özdemir, Menekşe ve Çınar, 2019). Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,911 olarak bulunmuştur.

3.7. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veriler, Kasım 2023- Mart 2024 tarihleri arasında Şanlıurfa- Bozova Mehmet-Enver Yıldırım Devlet hastanesi kadın doğum polikliniklerine gebe izlem için gelen ve araştırmanın dahil edilme kriterlerine uyan gebelerden, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Verilerin toplanması iki aşamalı olduğu için yukarıda belirtilen tarihler aralığında toplanmış ve anketler 31.03.2024 tarihinde sonlanmıştır. Veri çalışmasına başlamadan önce

gebelere “Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu” okunarak/ okutularak sözlü ve yazılı izinleri alınmıştır.

Bu çalışma izlemsel bir çalışma olduğu için veri toplama aşaması iki adımda yapılmıştır. Birinci adımda gebeliğinin ikinci veya üçüncü trimesterinde gebe izlem polikliniğine gelen gebelere kişisel bilgi formunun ilk 12 sorusu sorulmuş ve daha sonra Tilburg gebelikte distres ölçeği uygulanmıştır. Gebelerden çalışmanın ikinci adımının uygulanabilmesi için iletişim numaraları alınmış ve doğum sonrası 2-8. haftalar arasında telefon aracılığıyla iletişime geçilerek kişisel bilgi formunun son 6 sorusu ve Emzirme Öz yeterliliği kısa formu ve Postpartum Dönemde Annelerin Bebek Bakımı ile İlgili Obsesif ve Kompulsif Davranışları Ölçeği uygulanmıştır. Veri toplama aşamasının ilk adımı hastanenin gebe bilgilendirme biriminde uygulanmıştır. Veri toplama süresi ilk adım için 10-15 dakika ikinci adım içinde 13-18 dakika sürmüştür. İzlem sürecinde araştırmadan ayrılan katılımcı olmamıştır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi, SPSS for Windows 22 paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler kapsamında, sayı, yüzde, minimum ve maksimum değerler ile ortalama ve standart sapma hesaplanmıştır. Ayrıca, verilerin normal dağılım gösterip göstermediği, Skewness ve Kurtosis katsayıları ± 2 aralığında olup olmadığına bakılarak değerlendirilmiştir (Bkz. Tablo 3.1). İstatistiksel analizlerde; iki grup arasındaki karşılaştırmalar için Bağımsız Gruplarda t Testi, birden fazla grubun karşılaştırılması için ise Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way ANOVA) kullanılmıştır. ANOVA sonrasında ileri analizlerde varyansların homojen olması durumunda LSD testi, varyansların homojen olmadığı durumlarda ise Dunnett C testi tercih edilmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla Pearson Korelasyon Analizi, ölçeğin iç tutarlılığını değerlendirmek için ise Cronbach α katsayısı hesaplanmıştır. Ayrıca, ilişkisel tahminleri incelemek üzere Doğrusal Regresyon Analizleri uygulanmıştır. Çalışmada istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Tablo 3.1. Çalışmada Yer Alan Sürekli Değişkenlere Ait Normal Dağılım Tablosu

Sürekli Değişkenler	n	Skewness		Kurtosis	
		Kat Sayısı		Kat Sayısı	
		İstatistik	Standart Hata	İstatistik	Standart Hata
Olumsuz Duygulanım	290	0,866	0,143	0,850	0,285
Eş Katılımı	290	-0,139	0,143	-0,788	0,285
Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği	290	0,581	0,143	0,585	0,285
Emzirme Öz Yeterliliği Kısa Formu	290	-0,784	0,143	0,828	0,285
Postpartum Dönemde Annelerin Bebek Bakımı ile İlgili Obsesif ve Kompulsif Davranışları Ölçeği	290	-0,979	0,143	0,562	0,285

3.9. Araştırma İzni ve Etik Kurul

Araştırmaya başlamadan önce Şanlıurfa-Bozova Mehmet- Enver Yıldırım Devlet Hastanesi başhekimliğinden gerekli ön izin alınmıştır. Daha sonra kadın doğum polikliniğinde yapılabilmesi için idari yönetim tarafından evrak kayıt belgesi alınmıştır (EK-6a).

Araştırmanın etik kurul onayı (Adıyaman Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (24.10.2023, 2023/2-23) alınmıştır (EK-6b). Uygulamaya başlamadan önce araştırma kapsamına alınan kadınlara “Özerkliğe Saygı” ilkesi çerçevesinde araştırmanın neden yapıldığı, araştırmanın nasıl yapılacağı, araştırma sonucunda elde edilecek bilgilerin nerede ve nasıl kullanılacağına dair bilgi verilmiştir. “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” ilkesi gereği araştırmada elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı belirtilmiştir. “Bilgilendirilmiş Onam” ve “Gönüllülük” ilkeleri gereği bireysel hakların korunması gerektiğinden sözlü ve yazılı izin alınmıştır (EK-7). Çalışma Helsinki Bildirgesi'nde belirlenen etik standartlara uygun olarak yürütülmüştür.

3.10. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri

Güçlü Yönü:

-Tanımlayıcı izlemsel tasarımda olması,

Sınırlı Yönü:

-Çalışmanın tek merkezde yapılması,

-Bu konuda literatürün sınırlı olması

4. BULGULAR

Gebelikte distres deneyimleyen kadınların doğum sonrası emzirme öz yeterliliğinin ve bebek bakımında obsesif kompulsif davranışlarının incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmada ulaşılan bulgular verilmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=290)

Sosyodemografik özellikler	n	%
Yaş Grubu		
20-25 yaş grubu	119	41,0
26-30 yaş grubu	80	27,6
31-35 yaş grubu	58	20,0
36-41 yaş grubu	33	11,4
Eğitim Durumu		
İlkokul	117	40,3
Ortaokul	86	29,7
Lise	48	16,6
Üniversite ve üzeri	39	13,4
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	51	17,6
Çalışmıyor	239	82,4
Aile Tipi		
Çekirdek aile	140	48,3
Geniş aile	150	51,7
Gelir Durumu		
Gelirden az	112	38,6
Gelir gidere denk	163	56,2
Gelir giderden fazla	15	5,2
Gebelik Haftası		
2. Trimester (13-27. Gebelik haftası)	117	40,3
3. Trimester (28-40. Gebelik haftası)	173	59,7
Gebelik Sayısı		
1. gebelik	67	23,1
2-3. gebelik	111	38,3
4 ve üzeri gebelik	112	38,6
Düşük Sayısı		
Hiç düşük yapmamış	197	67,9
1 düşük yapmış		
2 ve üzeri düşük yapmış	72	24,8

Tablo 4.1. (Devamı) Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=290)

Gebeliğin Planlı Olma Durumu		
Evet	209	72,1
Hayır	81	27,9
Gebelik Kontrollerine Düzenli Gitme Durumu		
Evet	225	77,6
Hayır	65	22,4
Çocuk sayısı		
Hiç çocuğu yok	83	28,6
1 çocuğu var	60	20,7
2 ve üzeri çocuğu var	147	50,7

Katılımcıların Sosyodemografik özelliklerinin tanımlayıcı istatistikleri tabo 4.1’de verilmiştir.

Araştırmaya katılan katılımcıların %41,0’ı 20-25 yaş grubundadır, %40,3’ü ilkokul mezunudur, %82,4’ü çalışmamaktadır, %51,7’si geniş ailede yaşamaktadır ve %56.2’sinin geliri giderine denktir. Katılımcıların %59,7’si 2. trimesterdedir, %23.1’inin ilk gebeliğidir, %67.7’si hiç düşük yapmamıştır, %72.1’inin gebeliği planlıdır, %77.6’sının düzenli kontrolleri gittiğini belirtmiştir, %50.7’sinin 2 ve üzeri çocuğu vardır.

Tablo 4.2. Katılımcıların doğum şekli ve bebeğe ilişkin soruların yüzde dağılımı (n=290)

	n	%
Doğum Şekli		
Normal vajinal doğum	206	71,0
Sezaryen doğum	84	29,0
Sezaryen Nedeni		
Eski sezaryen	28	34,2
Kendi tercihi	25	30,5
Fetal kalp atımında düşüş	16	19,5
İlerlemeyen doğum eylemi	8	9,7
Makrozomik bebek	5	6,1
Bu Doğumda Bebeğin Cinsiyeti		
Kız	135	46,6
Erkek	155	53,4
Doğum yaptıktan sonra geçen gün sayısı		
16-27 arası gün	105	36,2
28-40 arası gün	112	38,2
41-53 arası gün	73	25,2

Tablo 4.2. (Devamı) Katılımcıların doğum şekli ve bebeğe ilişkin soruların yüzde dağılımı (n=290)

Bebek Bakımı Destek Alma Durumları		
Evet	165	56,9
Hayır	125	43,1
Doğum Sonrası Sosyal Destek Alma (n=260)		
Evet	208	80,0
Hayır	52	20,0
Sosyal Desteğin Alındığı Birey		
Aile	22	8,5
Eş	236	91,5

Araştırmaya katılan katılımcıların doğum şekli %71'i vajinal doğumdur. %34.2'sinin sezaryen nedeni eski sezaryen doğumdur. Katılımcıların %53.4'ünün bebeği erkektir, %46.6'sı kız bebeğe sahiptir ve %56.9'unun bebek bakımında destek aldığını belirtmektedir. Katılımcıların %80'inin doğum sonrası dönemde sosyal destek aldığını, %91.5'i sosyal desteği eşinden aldığını belirtmektedir.

Tablo 4.3. Katılımcıların bazı özelliklerinin ortalama dağılımı (n=290)

Sayısal Değişkenler	Min.	Max.	Ort±SS
Yaş	20,0	41,0	27,78±5,52
Gebelik haftası	13,0	40,0	28,12±6,85
Gebelik sayınız	1,0	13,0	3,13±1,93
Düşük sayısı	0,0	5,0	0,41±0,68
Çocuk sayısı	0	9,0	1,74±1,67
Lohusalık gününüz	16,0	53,0	32,50±9,17
Bebeğin doğum kilosu	2800,0	4300,0	3319,90±237,67
Bebeğin boyu	48,0	53,0	50,30±0,71

Katılımcıların yaş ortalaması 27.79±5.52, gebelik haftası ortalaması 28.12±6.85, gebelik sayısı ortalaması 3.13±1.93, düşük sayısı ortalaması 0.41±0.68, çocuk sayısı ortalaması 1.74±1.67, lohusalık gün ortalaması 32.50±9.17, bebek doğum kilo ortalaması 3319.90±237.67 ve bebeğin boy ortalaması 50.30±0.71'dir.

Çalışmada kullanılan ölçek ve alt boyutlarından alınan puanların dağılımı Tablo 4.4'te sunulmuştur.

Tablo 4.4. Katılımcıların Ölçek puanlarının ortalama dağılımı (n=290)

Ölçek ve Alt Boyutları	Min.	Max.	Ort.± SS.
Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği	7,0	37,00	18,06±4,93
Olumsuz Duygulanım	0,0	29,00	8,93±5,23
Eş Katılımı	1,0	15,00	9,13±3,31
Emzirme Öz Yeterliliği Kısa Formu	31,00	66,00	52,92±6,58
Postpartum Dönemde Annelerin Bebek Bakımı ile İlgili Obsesif ve Kompulsif Davranışları Ölçeği	13,00	44,00	32,66±6,35

Tablo 4.4'te görüldüğü gibi katılımcılar Olumsuz Duygulanım alt boyut puan ortalaması 8.93±5.23, Eş Katılımı alt boyut puan ortalaması 9.13±3.31 ve Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği toplam puan ortalaması 18.06±4.93'tür. Ölçek kesme noktalarına göre katılımcıların %96.2'si normaldir.

Emzirme Öz Yeterliliği Kısa Formu toplam puan ortalaması 52.92±6.58'dir.

Postpartum Dönemde Annelerin Bebek Bakımı ile İlgili Obsesif ve Kompulsif Davranışları Ölçeği toplam puan ortalaması 32.66±6.35'tir.

Tablo 4.5. Demografik Özelliklere Göre Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlarının Karşılaştırılması(n=290)

Katılımcıların özellikleri		Olumsuz Duygulanım	Eş Katılımı	TGDÖ
	n	Ort,± SS,	Ort,± SS,	Ort,± SS,
Yaş Grubu				
20-25 yaş grubu	119	9,76±5,20	8,60±3,35	18,36±4,74
26-30 yaş grubu	80	8,31±5,62	8,84±3,28	17,15±5,03
31-35 yaş grubu	58	8,02±4,94	9,76±3,13	17,78±5,10
36-41 yaş grubu	33	9,06±4,53	10,61±3,06	19,67±4,77
Test ve Önemlilik		F=1,980 p=0,330	F=4,222 p=0,006 4>3>2=1	F=2,318 p=0,076
Eğitim Durumu				
İlkokul mezunu	117	8,53±5,31	10,58±2,88 ¹	19,11±5,34 ¹

Tablo 4.5. (Devamı) Demografik Özelliklere Göre Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlarının Karşılaştırılması(n=290)

Ortaokul mezunu	86	9,01±5,51	8,58±3,54 ²	17,59±4,39 ²
Lise mezunu	48	8,67±3,85	8,67±2,32 ³	17,33±3,87 ³
Üniversite ve üzeri mezunu	39	10,28±5,77	6,54±3,02 ⁴	16,82±5,50 ⁴
Test ve Önemlilik		F=1,148 p=0,330	F=19,769 p=0,000 1>2=3>4	F=3,271* p=0,022 1>2=3>4
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	51	10,22±5,19	7,08±3,12	17,29±5,12
Çalışmıyor	239	8,66±5,20	9,56±3,19	18,22±4,89
Test ve Önemlilik		t=1,943 p=0,053	t=-5,071 p=0,000	t=-1,220 p=0,223
Aile Tipi				
Çekirdek Aile	140	9,25±45,50	8,55±3,37	17,80±5,26
Geniş Aile	150	8,63±4,96	9,67±3,17	18,30±4,61
Test ve Önemlilik		t= 1,004 p=0,316	t=2,906 p=0,004	t=0,862 p=0,389
Gelir Durumu				
Gelirden Az	112	8,94±5,27	10,27±3,03 ¹	19,21±4,84 ¹
Gelir Gidere Denk	163	8,96±5,30	8,49±3,35 ²	17,45±4,86 ²
Gelir Giderden Fazla	15	8,60±4,36	7,53±2,45 ³	16,13±4,94 ³
Test ve Önemlilik		F=0,032 p=0,969	F=12,277 p=0,000 1>2>3	F=5,591 p=0,004 1>2>3
Gebelik Haftası				
2. Trimester (13-27. Gebelik haftası)	117	8,89±5,13	9,03±3,31	17,92±4,49
3. Trimester (28-40. Gebelik haftası)	173	8,96±5,30	9,19±3,32	18,15±5,21
Test ve Önemlilik		t=-0,113 p=0,910	t=0,394 p=0,693	t=-0,384 p=0,701
Gebelik Sayısı				
1. gebelik	67	11,40±5,53 ¹	6,91±3,08 ¹	18,31±5,48
2-3. gebelik	111	8,13±5,02 ²	9,23±3,18 ²	17,36±4,70
4 ve üzeri gebelik	112	8,25±4,82 ³	10,34±2,91 ³	18,59±4,77
Test ve Önemlilik		F=10,393 p=0,000 1>2=3	F=26,710 p=0,000 3>2>1	F=1,883 p=0,154
Düşük Sayısı				

Tablo 4.5. (Devamı) Demografik Özelliklere Göre Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlarının Karşılaştırılması(n=290)

Hiç düşük yapmamış	197	9,16±5,24	8,77±3,38	17,93±5,07
1 düşük yapmış	72	8,72±5,31	9,76±3,05	18,49±4,66
2 ve üzeri düşük yapmış	21	7,48±4,77	10,33±2,98	17,81±4,70
Test ve Önemlilik		F=1,064 p=0,346	F=3,971 p=0,020	F=0,364 p=0,695
1>2>3				
Çocuk sayısı				
Hiç çocuğu yok	83	11,02±5,55	7,16±3,04	18,18±5,30
1 çocuğu var	60	8,47±4,56	8,78±3,27	17,25±4,27
2 ve üzeri çocuğu var	147	7,93±4,98	10,38±2,89	18,31±4,97
Test ve Önemlilik		F=10,143 p=0,000 1>2>3	F=30,817 p=0,000 1>2>3	F=1,038 p=0,356
Gebeliğin Planlı Olma Durumları				
Evet	209	9,36±5,21	8,40±3,18	17,76±4,93
Hayır	81	7,83±5,14	11,00±2,91	18,83±4,88
Test ve Önemlilik		t=2,255 p=0,025	t=6,393 p=0,000	t=-1,657 p=0,099
Düzenli Doğum Öncesi Bakım Alma Durumları				
Evet	225	9,25±5,14	8,64±3,24	17,89±5,01
Hayır	65	7,83±5,42	10,82±3,03	18,65±4,64
Test ve Önemlilik		t=1,936 p=0,054	t=-4,842 p=0,000	t=-1,091 p=0,276
Bu Gebelikte Sosyal Destek Alma Durumları				
Evet	208	9,56±5,10	8,13±3,02	17,69±5,01
Hayır	52	6,83±5,09	11,77±2,57	18,60±4,56
Test ve Önemlilik		t=3,460 p=0,001	t=-7,998 p=0,000	t=-1,190 p=0,235
Mevcut Gebeliğin Doğum Şekli				
Normal	206	8,84±5,04	9,47±3,26	18,32±4,73
Sezaryen	84	9,14±5,68	8,29±3,30	17,43±5,37
Test ve Önemlilik		t=-0,440 p=0,660	t=2,797 p=0,006	t=1,391 p=0,165

Tablo 4.5. (Devamı) Demografik Özelliklere Göre Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlarının Karşılaştırılması(n=290)

Bu Doğumda Bebeğin Cinsiyeti				
Kız	135	8,79±5,04	9,15±3,12	17,93±4,65
Erkek	155	9,06±5,40	9,11±3,48	18,17±5,18
Test ve Önemlilik		t=-0,0443 p=0,658	t=0,098 p=0,922	t=-0,403 p=0,687
Bebek Bakımında Destek Alma Durumları				
Evet	165	9,34±5,22	8,45±3,11	17,79±5,16
Hayır	125	8,39±5,21	10,02±3,37	18,42±4,62
Test ve Önemlilik		t=1,532 p=0,127	t=-4,121 p=0,000	t=-1,091 p=0,276
*Dunnet C İleri Analiz Testi		*LSD İleri Analiz Testi		

Tablo 4.5’de Katılımcıların demografik özelliklerine göre Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği ve alt boyutlarından alınan puanlarının karşılaştırılması verilmiştir.

Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği Olumsuz Duygulanım alt boyut puan ortalamasının, 1. gebeliği olan katılımcılarda (p=0.000), hiç çocuğu olmayan katılımcılarda (p=0.000), gebeliğinin planlı olduğunu belirten katılımcılarda (p=0,025), gebeliğinde sosyal destek aldığını belirten katılımcılarında (p=0,001) istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği Eş Katılımı alt boyutu puan ortalamasının, ilkokul mezunu olan (Dunnet C ileri analiz testine göre) (p=0,000), herhangi bir işte çalışmayan (p=0,000), geniş aile tipine sahip (p=0,004), geliri giderinden az olan (LSD ileri analiz testine göre) (p=0,000), 4 ve üzeri gebeliği olan (p=0.000), 2 ve üzeri düşük yapan (p=0.020), 2 ve üzeri çocuğu olan (p=0,000), gebeliği planlı olmayan (p=0,000), düzenli gebe izlem kontrollerine gitmeyen (p=0,000), sosyal desteği olmayan (p=0,000), normal doğum yapan (p=0,006), bebek bakımında destek almadığını belirten (p=0,000), katılımcılarda istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı.

Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği toplam puan ortalamasının ilkokul mezunu olan (Dunnet C ileri analiz testine göre) (p=0,000), geliri giderinden az olan (LSD ileri analiz testine göre) (p=0,004), katılımcılarda istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı.

Tablo 4.6. Demografik Özelliklere Göre Postpartum Dönemde Emzirme Öz Yeterliliği Kısa Formu ve Annelerin Bebek Bakımı ile İlgili Obsesif ve Kompulsif Davranışları Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması(n=290)

Katılımcının Özellikleri		Emzirme Öz Yeterliliği Kısa Formu	PDABBIÖKD
	n	Ort+SS	Ort+SS
Yaş Grubu			
20-25 yaş grubu	119	51,18±7,01 ¹	31,27±6,80 ¹
26-30 yaş grubu	80	53,09±6,67 ²	33,00±6,45 ²
31-35 yaş grubu	58	55,74±4,75 ³	34,22±5,66 ³
36-41 yaş grubu	33	53,85±5,71 ⁴	34,09±4,45 ⁴
Test ve Önemlilik		F=6,991 p=0,001 3>4=2>1	F=3,823 p=0,010 3=4>2>1
Eğitim Durumu			
İlkokul	117	54,44±5,40 ¹	34,32±5,23 ¹
Ortaokul	86	52,19±7,05 ²	32,10±6,68 ²
Lise	48	52,06±7,38 ³	30,17±6,98 ³
Üniversite ve Üzeri	39	51,05±6,97 ⁴	31,95±6,74 ⁴
Test ve Önemlilik		F=3,862 p=0,010 1>2=3>4	F=5,810 p=0,001 1>2>3=4
Çalışma Durumu			
Çalışıyor	51	51,14±6,57	31,67±7,59
Çalışmıyor	239	53,30±6,53	32,87±6,05
Test ve Önemlilik		t=-1,063 p=0,292	t=-1,063 p=0,292
Aile Tipi			
Çekirdek Aile	140	52,01±7,14	32,44±6,33
Geniş Aile	150	53,77±5,91	32,87±6,37
Test ve Önemlilik		t=-2,284 p=0,023	t=-0,537 p=0,564
Gelir Durumu			
Gelir Giderden Az	112	53,39±6,51	33,50±5,77 ¹
Gelir Gidere Denk	163	52,45±6,43	31,86±6,72 ²
Gelir Giderden Fazla	16	54,47±8,48	35,07±5,11 ³
Test ve Önemlilik		F=1,114 p=0,330	F=3,413 p=0,034 3>1>2
Gebelik Sayısı			
1. gebelik	67	48,19±7,05 ¹	29,87±6,53 ¹
2-3. gebelik	111	53,23±6,10 ²	32,51±6,67 ²
4 ve üzeri gebelik	112	55,45±5,11 ³	34,47±5,23 ³

Tablo 4.6. (Devamı) Demografik Özelliklere Göre Postpartum Dönemde Emzirme Öz Yeterliliği Kısa Formu ve Annelerin Bebek Bakımı ile İlgili Obsesif ve Kompulsif Davranışları Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması(n=290)

Test ve Önemlilik		F=31,014 p=0,000 3>2>1	F=11,929 p=0,000 3>2>1
Çocuk sayısı			
Hiç çocuğu yok	83	49,13±7,37 ¹	30,14±7,06 ¹
1 çocuğu var	60	51,77±4,97 ²	31,45±7,11 ²
2 ve üzeri çocuğu var	147	55,53±5,43 ³	34,57±4,83 ³
Test ve Önemlilik		F=31,878 p=0,000 3>2>1	F=15,725 p=0,000 3>2>1
Gebeliğin Planlı Olma Durumu			
Evet	209	51,96±6,63	32,25±6,67
Hayır	81	55,40±5,78	33,72±5,32
Test ve Önemlilik		t=-4,096 p=0,000	t=-1,956 p=0,052
Düzenli Doğum Öncesi Bakım Alma Durumları			
Evet	225	52,33±6,62	32,24±6,54
Hayır	65	54,97±6,03	34,11±5,44
Test ve Önemlilik		t=-2,880 p=0,004	t=-2,102 p=0,036
Bu Gebelikte Sosyal Destek Alma Durumları			
Evet	208	52,03±6,85	31,99±6,59
Hayır	52	55,21±5,41	35,08±4,21
Test ve Önemlilik		t=-3,110 p=0,002	t=-4,165 p=0,000
Mevcut Gebeliğin Doğum Şekli			
Normal	206	52,97±6,84	33,31±6,10
Sezaryen	84	52,81±5,92	31,06±6,68
Test ve Önemlilik		t=0,183 p=0,855	t=2,668 p=0,009
Bu Doğumda Bebeğin Cinsiyeti			
Kız	135	53,01±7,20	33,16±5,87
Erkek	155	52,84±6,00	32,12±6,72
Test ve Önemlilik		t=1,124 p=0,823	t=1,264 p=0,207
Bebeği Emzirme			
Evet	285	52,98±6,56	32,73±6,37
Hayır	5	49,40±7,06	28,60±2,88

Tablo 4.6. (Devamı) Demografik Özelliklere Göre Postpartum Dönemde Emzirme Öz Yeterliliği Kısa Formu ve Annelerin Bebek Bakımı ile İlgili Obsesif ve Kompulsif Davranışları Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması(n=290)

Test ve Önemlilik		t=1,208 p=0,228	t=1,445 p=0,150
Bebek Bakımında Destek			
Alma Durumları			
Evet	165	52,90±3,38	31,83±7,16
Hayır	125	52,95±6,85	33,75±4,90
Test ve Önemlilik		t=0,070 p=0,944	t=-2,711 p=0,007
Doğum yaptıktan sonra			
geçen gün sayısı			
16-27 arası gün	105	53,82±5,91	32,58±6,68
28-40 arası gün	112	52,05±6,94	32,24±6,00
41-53 arası gün	73	52,96±6,83	33,41±6,39
Test ve Önemlilik		F=1,967 p=0,142	F=31,878 p=0,000
*Dunnet C İleri Analiz Testi		*LSD İleri Analiz Testi	

Demografik özelliklere göre postpartum dönemde emzirme öz yeterliliği kısa formu ve annelerin bebek bakımı ile ilgili obsesif ve kompulsif davranışları ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.6’de sunulmuştur.

Emzirme Öz Yeterliliği Kısa Formu puan ortalamasının diğer katılımcılara göre ilkokul mezunu olan (Dunnet C ileri analiz testine göre) (p=0,000), geniş aile tipine sahip (p=0,004), 4 ve üzeri gebeliği olan (p=0,000), 2 ve üzeri çocuğu olan (p=0,000), gebeliği planlı olmayan (p=0,000), düzenli gebe izlem kontrollerine gitmeyen (p=0,000), sosyal desteği olmayan (p=0,000) katılımcılarda istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı.

Postpartum Dönemde Annelerin Bebek Bakımı ile İlgili Obsesif ve Kompulsif Davranışları Ölçek puan ortalamasının, ilkokul mezunu olan (Dunnet C ileri analiz testine göre) (p=0,001), geliri giderinden fazla olan (LSD ileri analiz testine göre) (p=0,000), 4 ve üzeri gebeliği olan (p=0,000), 2 ve üzeri çocuğu olan (p=0,000), düzenli gebe izlem kontrollerine gitmeyen (p=0,036), sosyal desteği olmayan (p=0,000), normal doğum yapan (p=0,009), bebek bakımında destek almadığını belirten (p=0,007), katılımcılarda istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı.

Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği ile Emzirme Öz Yeterliliği Kısa Formu ve Postpartum Dönemde Annelerin Bebek Bakımı ile İlgili Obsesif ve Kompulsif Davranışları Ölçeği arasındaki ilişkinin incelenmesi Tablo 4.7’de sunulmuştur.

Tablo 4.7. Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği ile Emzirme Öz Yeterliliği Kısa Formu ve Postpartum Dönemde Annelerin Bebek Bakımı ile İlgili Obsesif ve Kompulsif Davranışları Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (n=290)

Ölçekler		Olumsuz Duygulanı m	Eş Katılımı	Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği
Emzirme Öz Yeterliliği Kısa Formu	r	-,179**	,159**	-,083
	p	,002	,007	,156
Postpartum Dönemde Annelerin Bebek Bakımı ile İlgili Obsesif ve Kompulsif Davranışları Ölçeği	r	,038	,143*	,137*
	p	,517	,015	,020

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği Olumsuz Duygulanım alt boyut puanı ile Emzirme Öz Yeterliliği Kısa Formu toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). Olumsuz Duygulanım alt boyut puanı arttıkça Emzirme Öz Yeterliliği Kısa Formu toplam puanı düşmektedir. Olumsuz Duygulanım alt boyut puanı ile Postpartum Dönemde Annelerin Bebek Bakımı ile İlgili Obsesif ve Kompulsif Davranışları Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği Eş Katılımı alt boyut puanı ile Emzirme Öz Yeterliliği Kısa Formu toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). Eş Katılımı alt boyut puanı arttıkça Emzirme Öz Yeterliliği Kısa Formu toplam puanları da artmaktadır. Eş Katılımı alt boyut puanı ile Postpartum Dönemde Annelerin Bebek Bakımı ile İlgili Obsesif ve Kompulsif Davranışları Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği toplam puanı ile Postpartum Dönemde Annelerin Bebek Bakımı ile İlgili Obsesif ve Kompulsif Davranışları Ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği toplam puanı arttıkça Postpartum Dönemde Annelerin Bebek Bakımı ile İlgili Obsesif ve Kompulsif Davranışları Ölçeği toplam puanı da artmaktadır. Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği toplam puanı ile Emzirme Öz

Yeterliliği Kısa Formu toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği toplam puanına göre Postpartum Dönemde Annelerin Bebek Bakımı ile İlgili Obsesif ve Kompulsif Davranışları Ölçek puanının etkisini gösterir regresyon analizi Tablo 4.7’de sunulmuştur.

Tablo 4.8. Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği Toplam Puanına, Postpartum Dönemde Annelerin Bebek Bakımı ile İlgili Obsesif ve Kompulsif Davranışları Ölçek Puanının Etkisini Gösterir Regresyon Analizi

	Beta	Standart Hata	Standart Beta	t	p	%95 Güven Aralığı	
Sabit katsayı	14,590	1,509		9,668	0,000	11,620	17,560
Postpartum Dönemde Annelerin Bebek Bakımı ile İlgili Obsesif ve Kompulsif Davranışları	0,106	0,045	0,137	2,341	0,020	0,017	0,195

Tablo 4.8’de görüldüğü gibi, regresyon analizi, Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği Toplam Puanına, Postpartum Dönemde Annelerin Bebek Bakımı ile İlgili Obsesif ve Kompulsif Davranışları Ölçek Puanının Etkisini Göstermek için uygulanmıştır. Bu analiz sonucunda, Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği Toplam Puanı ile Postpartum Dönemde Annelerin Bebek Bakımı ile İlgili Obsesif ve Kompulsif Davranışları Ölçek Puanı arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($R=0.137$, $R^2_{\text{adjusted}}=0.015$, $F_{(1,288)}=5.482$; $p=0.000$). Postpartum Dönemde Annelerin Bebek Bakımı ile İlgili Obsesif ve Kompulsif Davranışları Ölçek Puanı, Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği Toplam Puanındaki değişimin %1,5’ini açıklamaktadır.

Regresyon analizinin sonucuna göre Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği Toplam Puanını yordayan regresyon denklemi ise şu şekildedir; Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği Toplam Puanı = $(0.106 \times \text{Postpartum Dönemde Annelerin Bebek Bakımı ile İlgili Obsesif ve Kompulsif Davranışları Ölçek Puanı}) + (14.590)$. Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği Toplam puanında 1 birimlik artış, Postpartum Dönemde Annelerin Bebek Bakımı ile İlgili Obsesif ve Kompulsif Davranışları Ölçek Puanının 0.106 birimlik artışa neden olmaktadır.

5. SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER

5.1. Sonuç

Gebelikte distres deneyimleyen kadınların doğum sonrası emzirme öz yeterliliğinin ve bebek bakımında obsesif kompulsif davranışlarının incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada, aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- Araştırmaya katılan katılımcıların;
 - Yaş ortalaması $27,79 \pm 5,53$
 - Gebelik haftası ortalaması $28,12 \pm 6,85$
 - Gebelik sayısı ortalaması $3,13 \pm 1,93$
 - Çocuk sayısı ortalaması $1,74 \pm 1,67$
 - Lohusalık süresi ortalaması $32,50 \pm 9,17$ gün olduğu (Tablo 4.3).
- Katılımcıların Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği'nden aldıkları puanlara bakıldığında;
 - Olumsuz Duygulanım alt boyutu ortalaması $8,93 \pm 5,23$
 - Eş Katılımı alt boyutu ortalaması $9,13 \pm 3,31$
 - Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği toplam puan ortalaması $18,06 \pm 4,93$ olduğu,
- Emzirme Öz-Yeterliliği Kısa Formu puan ortalaması $52,92 \pm 6,58$ olduğu
- Postpartum Dönemde Annelerin Bebek Bakımı ile İlgili Obsesif ve Kompulsif Davranışları Ölçeği puan ortalaması ise $32,66 \pm 6,35$ olduğu (Tablo 4.4)
- Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği toplam puan ortalamasının ilkökul mezunu olan, geliri giderinden az olan, katılımcılarda istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($p < 0.05$) (Tablo 4.5)
- Emzirme Öz Yeterliliği Kısa Formu puan ortalamasının diğer katılımcılara göre ilkökul mezunu olan, geniş aile tipine sahip, 4 ve üzeri gebeliği olan, 2 ve üzeri çocuğu olan, gebeliği planlı olmayan, düzenli gebe izlem kontrollerine gitmeyen, sosyal desteği olmayan katılımcılarda istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($p < 0.05$) (Tablo 4.6)
- Postpartum Dönemde Annelerin Bebek Bakımı ile İlgili Obsesif ve Kompulsif Davranışları Ölçek puan ortalamasının, ilkökul mezunu olan, geliri giderinden fazla olan, 4 ve üzeri gebeliği olan, 2 ve üzeri çocuğu olan, düzenli gebe izlem kontrollerine gitmeyen, sosyal desteği olmayan, normal doğum yapan, bebek bakımında destek almadığını belirten, katılımcılarda istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($p < 0.05$) (Tablo 4.6)
- Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği toplam puanı ile Postpartum Dönemde Annelerin Bebek Bakımı ile İlgili Obsesif ve Kompulsif Davranışları Ölçeği toplam puanı

arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki olduğu ($p<0.05$) (Tablo 4.7), Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği Toplam puanında 1 birimlik artış, Postpartum Dönemde Annelerin Bebek Bakımı ile İlgili Obsesif ve Kompulsif Davranışları Ölçek Puanının 0.106 birimlik artışa neden olduğu (Tablo4.8)

- Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği toplam puanı ile Emzirme Öz Yeterliliği Kısa Formu toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı saptandı ($p>0.05$) (Tablo 4.7)

5.2. Tartışma

Gebelik süreci, annenin ve fetüsün sağlığının sürdürülebilmesi için maternal fizyolojide önemli değişimlerin meydana geldiği bir dönemdir. Bu süreç, yalnızca biyolojik adaptasyonları değil, aynı zamanda psikososyal dinamikleri de içermekte olup, gebelerde stres, endişe, anksiyete ve depresyon gibi duygusal tepkilerin yoğun şekilde deneyimlenmesine neden olabilmektedir. Bu faktörler, gebelikte konfor düzeyini olumsuz yönde etkileyerek maternal iyilik halini ve dolayısıyla perinatal sonuçları riske atabilmektedir (Çalık ve Aktaş 2011: 142-162; Marakoğlu ve Şahsıvar 2008: 525-532).

İki aşamalı yapılan bu çalışmada birinci aşamada, gebeliğinin ikinci ve üçüncü trimesterinde olan katılımcıların distres düzeyi Tilburg gebelikte distres ölçeği ile değerlendirilmiş, ikinci aşamada ise katılımcıların doğum yaptıktan sonraki 2.ve 8. haftalar arasındaki postpartum dönemde emzirme öz yeterliliğinin ve bebek bakımında obsesif kompulsif davranışları incelenmiştir. Literatürde, gebelikte distres yaşayan kadınların postpartum dönemde emzirme öz yeterliliği ve bebek bakımında obsesif kompulsif davranışları arasındaki ilişkiyi doğrudan ele alan çalışmalara rastlanmamıştır. Bu nedenle, gebelik sürecinde distres, stres, anksiyete ve depresyon yaşayan kadınların postpartum dönemde obsesif-kompulsif bozukluklar ve emzirme süreçlerine dair incelenmiş olan araştırma bulguları tartışılmıştır.

Gebelik dönemi, fiziksel değişimlerin yanı sıra önemli psikolojik değişikliklerin de yaşandığı bir süreçtir. Bu değişiklikler; bireyin geçmiş deneyimleri, sosyal destek sistemleri ve obstetrik özellikleri gibi çeşitli faktörlerin etkisiyle olumlu ya da olumsuz bir yönde şekillenebilir. Bu süreçte kadınlar; stres, depresyon ve anksiyete belirtilerinin bir arada görüldüğü distresi deneyimleyebilmektedir (Hobel vd., 1999: 257-263). Bu çalışmada Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği (TGDÖ) toplam puan ortalaması $18,06\pm4,93$ olarak saptanmıştır. Literatürde, üçüncü trimesterdeki gebelerle yapılan bir çalışmada TGDÖ puan ortalaması $24,94\pm4,36$ olarak bildirilmiş (Maraş, Aydın Özkan ve Kaya Şenol, 2024), başka bir

çalışmada ise bu ortalama $18,86 \pm 7,37$ olarak bulunmuştur (Çapık, Ejder Apay ve Sakar, 2015: 196-203).

Bu çalışmada TGDÖ puan ortalaması ile katılımcıların eğitim ve gelir düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Elde edilen bulgulara göre, eğitim düzeyi arttıkça gebelikte yaşanan distres düzeyinin azaldığı belirlenmiştir. Benzer şekilde, Çakır ve Can (2012: 142-162) ile Gözüyeşil, Şirin ve Çetinkaya'nın (2003) yaptıkları çalışmalarda da üniversite mezunu gebelerin daha düşük depresyon puanlarına sahip oldukları raporlanmıştır. Sertbaş'ın (2010) çalışmasında ise eğitim düzeyi yükseldikçe anksiyete düzeyinin azaldığı bildirilmiştir. Kapan ve Yanikkerem (2016: 431-439), eğitim seviyesi düşük gebelerde depresyon puanlarının daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Gözüyeşil, Şirin ve Çetinkaya'nın (2008: 39-66) araştırmasında da üniversite mezunu kadınların depresyon puan ortalamalarının daha düşük olduğu görülmüştür. Bununla birlikte Çapık, Apay ve Sakar'ın (2015: 196-203) çalışmasında eğitim düzeyinin distresi etkilemediği belirtilmiştir. Ancak genel olarak, eğitim düzeyi yüksek bireylerin stresle başa çıkmada daha etkili stratejiler geliştirdikleri ve bu bireylerde stres düzeylerinin daha düşük olduğu ifade edilmektedir (Vırit vd., 2008: 9-13). Çalışmamızda katılımcıların çoğunluğunun ilkökul mezunu ($n=117$) olması, distres düzeylerinin yüksek çıkmasında etkili olabilir. Bu nedenle, sağlık profesyonellerinin bu konuda gerekli kurumlarla iş birliği yaparak toplumsal sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik politikaların geliştirilmesi ve uygulanması önem arz etmektedir.

Bu çalışmada ayrıca, gelir getiren bir işte çalışmayan ve geliri giderinden az olan gebelerin TGDÖ puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürde de benzer şekilde, çalışmayan gebelerde distres düzeyinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Bodecs vd., 2009; Çapık vd., 2015: 196-203; Erbil vd., 2009; Karaçam ve Ançel, 2009: 20-25; Şahin ve Kılıçarslan, 2010: 51-58). Öte yandan, bazı çalışmalarda gebelerin çalışma durumuna göre distres düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı ifade edilmektedir (Kaya Zaman vd., 2018; Kışlak, 2019; Tekgöz vd., 2009). Kanbur'un (2010) çalışmasında ise çalışan gebelerin GSUÖ puan ortalamalarının çalışmayan gebelerden daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir. Bodecs ve diğerleri (2009: 1888-1893), gelir getiren bir işte çalışmayan gebelerde depresyonun daha yaygın olduğunu saptamışlardır. Tüm bu bulgular doğrultusunda, gebelik döneminde distresi azaltmak amacıyla kadınlara uygun iş olanaklarının sunulması, ekonomik olarak güçlendirilmesi ve sosyal destek sistemlerinin geliştirilmesi önerilmektedir. Bu yaklaşım, gebelik sürecinde psikolojik iyilik halinin desteklenmesine katkı sağlayacaktır.

Çalışmamızda Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği'nin Olumsuz Duygulanım alt boyutu puan ortalaması $8,93 \pm 5,23$ olarak bulunmuştur. Benzer şekilde, Çapık ve diğerleri (2015) üçüncü trimesterdeki gebelerle yürüttüğü çalışmada bu alt boyutun puan ortalaması $10,31 \pm 7,59$ olarak bildirilmiştir. Bilgin'in (2022) ikinci ve üçüncü trimester gebeleriyle gerçekleştirdiği çalışmada ise ortalama puan $12,04 \pm 6,56$ olarak saptanmıştır. Bulgular, çalışmamızda elde edilen ortalamanın önceki araştırmalara kıyasla daha düşük olduğunu göstermektedir.

Araştırmamızda dikkat çeken önemli bir bulgu, Olumsuz Duygulanım alt boyutu puanı üzerinde gebelerin sosyal destek düzeyleri ile gebeliğin planlı olup olmamasının anlamlı bir etkisinin bulunmasıdır ($p < 0.05$). Bu bulgu, sosyal desteğin yetersizliğinin ve gebeliğin plansız oluşunun gebelik dönemindeki olumsuz duygulanımı artırabileceğini göstermektedir. Literatürde de benzer şekilde, yeterli sosyal desteğin gebelikte yaşanan stres ve duygusal zorlukları azaltmada koruyucu bir rol oynadığı vurgulanmaktadır (Çoşkun vd., 2020: 1-8; Çiçek ve Mete, 2015: 263-268). Ayrıca, planlı gebeliklerin kadınların psikolojik uyum süreçlerini olumlu etkilediği bildirilmektedir (Çapık vd., 2015: 196-203; Dündar vd., 2019:17-24). Bu doğrultuda, sağlık profesyonellerinin gebelik sürecinde kadınlara ve ailelerine sosyal desteğin önemi ile ilgili farkındalık kazandırmaları ve aile planlaması hizmetlerine yönelik bilgilendirici eğitimler sunmaları önerilmektedir. Böylelikle, gebelik sürecinde karşılaşılabilecek psikolojik zorlukların azaltılması ve anne adaylarının ruhsal iyilik halinin desteklenmesi mümkün olacaktır.

Çalışmamızda Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği'nin Eş Katılım alt boyutu puan ortalaması $9,13 \pm 3,31$ olarak belirlenmiştir. Literatüre bakıldığında, Maraş ve diğerlerinin (2024: 165-173) üçüncü trimesterdeki gebelerle yürüttükleri çalışmada bu ortalamanın $14,46 \pm 2,80$ olduğu, Akpınar ve diğerleri (2020: 550-561) çalışmasında ise $4,27 \pm 3,81$ olarak saptandığı görülmektedir. Farklı çalışmalar arasında gözlenen bu değişkenlik, örneklem özellikleri ve çalışma kapsamındaki demografik ve obstetrik değişkenlerin çeşitliliği ile açıklanabilir.

Araştırmamızda Eş Katılım alt boyutu puanı ile gebelerin eğitim durumu, çalışma durumu, aile yapısı, gelir seviyesi, gebelik sayısı, abortus öyküsü, çocuk sayısı, gebeliğin planlı olup olmaması, bebek bakımında destek alma durumu, düzenli doğum öncesi kontrollerin yapılması ve sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Bu sonuçlar, gebelikte psikolojik distressi etkileyen çok boyutlu faktörlerin varlığına işaret etmektedir. Gebelik sürecinde kadınların yalnızca fiziksel değil, aynı zamanda

duygusal olarak da desteklenmeleri gerektiği gerçeği, bu dönemin biyopsikososyal bütünlük içinde ele alınmasını zorunlu kılmaktadır.

Emzirme öz-yeterliliği, annenin emzirmeye ilişkin kendi yeterliliğine olan inancını ifade eder. Literatürde, öz-yeterlilik düzeyinin yüksek olmasının, emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesi süreçlerinin daha sağlıklı bir şekilde ilerlemesine katkı sağladığı belirtilmektedir (Başer, 2018; 276-285, Aluş ve Okumuş, 2013; 21-29). Öz-yeterliliğin yüksek olması, annenin emzirme sürecine dair güvenini artırarak, emzirme süresini ve başarısını olumlu yönde etkilemektedir. Ayrıca annenin yaşı, gebelik ve çocuk sayısı, eğitim düzeyi, aile yapısı ve önceki emzirme deneyimi gibi çeşitli bireysel ve sosyodemografik faktörlerin emzirme öz-yeterliliği üzerinde anlamlı etkileri olabileceği ifade edilmektedir (Cantürk vd., 2020: 382-394). Çalışmamızda annelerin Emzirme Öz Yeterliliği Kısa Formu toplam puan ortalaması $52,92 \pm 6,58$ olarak saptanmıştır. Emzirme öz-yeterliliği puanlarının; ileri yaşta olan annelerde, ilköğretim mezunu katılımcılarda, geniş aile yapısına sahip olanlarda, dördüncü ve üzeri gebeliğini yaşayanlarda, ikiden fazla çocuğu bulunanlarda, gebeliği planlamayanlarda, düzenli doğum öncesi kontrollerine katılmayanlarda ve sosyal destek sistemi bulunmayanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Bu bulgular, emzirme öz-yeterliliğinin yalnızca bireysel demografik özelliklerle değil; aynı zamanda sosyal destek düzeyi, gebeliğin planlı olup olmaması ve sağlık hizmetlerine erişim gibi çok boyutlu etkenlerle yakından ilişkili olduğunu göstermektedir. Katılımcıların büyük bir kısmının ilköğretim mezunu olması, yaşanan kültürel yapının etkisiyle yüksek çocuk sayısına ve geniş aile tipine sahip olunması, düzenli izlem kontrollerine katılımın düşük olması ve gebeliklerin çoğunlukla plansız gerçekleşmesi gibi faktörler, çalışmanın sonuçlarını etkileyen temel etkenler arasında yer almaktadır. Bu bağlamda, emzirme öz-yeterliliğinin artırılmasında sadece bireysel değil, aynı zamanda sosyo-kültürel yapıyı da hedefleyen bütüncül yaklaşımlara ihtiyaç duyulmaktadır.

Postpartum dönem, doğumdan sonraki ilk 6–8 haftalık süreci kapsamakta olup, literatürde “dördüncü trimester” olarak da adlandırılmaktadır (Lowdermilk vd., 2016: 473-600; Paladine vd., 2019: 485-491). Bu dönem, kadınların fiziksel ve psikolojik olarak yeniden yapılanma sürecine girdikleri kritik bir evredir. Annelik hüznü, doğum sonrası depresyon ve psikoz gibi ruh sağlığı sorunları bu dönemde sıkça karşılaşılan problemler arasında yer almakla birlikte, doğum sonrası dönemde obsesif kompulsif belirtiler gibi daha az fark edilen psikolojik sorunların da ortaya çıkabileceği bildirilmektedir (Chalise ve Bhandari, 2019: 200-205; Sharma, 2019: 543-552; Ulaş vd., 2017). Her ne kadar literatürde doğum sonrası depresyon daha çok öne çıkmış olsa da, kadınların bir kısmında klinik düzeye ulaşmayan veya

tedavi gerektiren obsesif kompulsif davranışların da gözlemlendiği belirtilmektedir (Demirkol ve vd., 2018:118-129).

Çalışmamızda, Postpartum Dönemde Annelerin Bebek Bakımı ile İlgili Obsesif ve Kompulsif Davranışları Ölçeği (PDABBİİOKDÖ) alt boyut puan ortalaması $32,66 \pm 6,35$ olarak saptanmıştır. Literatürde, benzer bir ölçek kullanılarak yapılan çalışmalardan birinde puan ortalaması $17,77 \pm 5,28$ (Üstüngör, 2022), bir diğer çalışmada ise $29,01 \pm 8,65$ olarak bildirilmiştir (Kabul, 2022). Bu sonuçlar çalışmamızın bulguları ile kısmen örtüşmektedir. Çalışmamızda PDABBİİOKDÖ puanları; ilkökul mezunu olan, geliri giderinden fazla olan, dördüncü veya daha fazla gebeliği bulunan, ikiden fazla çocuğu olan, düzenli doğum öncesi kontrollerine katılmayan, sosyal destek sistemi bulunmayan, normal doğum yapan ve bebek bakımında destek almayan annelerde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Bu bulgular, doğum sonrası obsesif kompulsif davranışların yalnızca bireysel ve doğumla ilgili özelliklerle değil, aynı zamanda sosyal destek düzeyi ve sağlık hizmetlerinden yararlanma gibi faktörlerle de ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu doğrultuda, gebelik ve doğum sonrası süreçte kadınların ruhsal durumlarının yakından izlenmesi, obsesif kompulsif belirtilerin erken tanınarak uygun yönlendirmelerin yapılması büyük önem taşımaktadır. Ebeler başta olmak üzere anne-çocuk sağlığında görevli tüm sağlık profesyonellerinin, postpartum dönemde kadınların ruhsal sağlığını destekleyici ve güçlendirici hizmetler sunmaları önerilmektedir.

Güncel literatürde, anne sütü ve emzirmenin önemi kadar, annenin ruh sağlığı da önemli bir konu haline gelip çalışmalarda daha fazla yer edinmeye başlamıştır. Özellikle gebelik sürecinde yaşanan duygudurum değişimleri ve psikolojik distres, postpartum dönemde annenin genel sağlık durumunu ve anne-bebek etkileşimini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Annagür ve Annagür, 2012: 279-292). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada, gebelik döneminde yüksek düzeyde distres yaşayan kadınların emzirmeye başlama konusunda isteksizlik gösterdikleri ve önemli bir kısmının emzirmeye hiç başlamadığı belirlenmiştir (Pippins vd., 2006: 754-762). Benzer şekilde, gebeliğin tüm trimesterlerinde ve doğum sonrası dönemde takip edilen kadınları kapsayan çalışmalarda da, gebelikte distres yaşayan bireylerin emzirmeye başlama ve emzirmeyi sürdürme oranlarının daha düşük olduğu gösterilmiştir (Sockol, 2008; Sockol vd., 2014: 199-212). Bu bağlamda çalışmamızda elde edilen bulgular da literatürle paralellik göstermektedir.

Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği Olumsuz Duygulanım alt boyutu ile Emzirme Öz-Yeterliliği Kısa Formu toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$). Bu sonuç, gebelikte yaşanan olumsuz

duygulanım düzeyinin emzirme öz-yeterliliğini olumsuz etkileyebileceğini göstermektedir. Bu doğrultuda, özellikle gebelik ve doğum sonrası dönemlerde kadınlarla birebir temas halinde olan sağlık profesyonellerinin, özellikle ebelerin, gebelik sürecinde distresi azaltmaya yönelik müdahaleler planlaması ve uygulaması; postpartum dönemde ise anneleri emzirmeye teşvik ederek bu süreçte aktif destek sağlaması önemlidir.

Bu çalışmada, Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği toplam puanı ile Postpartum Dönemde Annelerin Bebek Bakımı ile İlgili Obsesif ve Kompulsif Davranışları Ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Bu bulgu, gebelik sürecinde yaşanan psikolojik distresin, postpartum dönemde annelerde obsesif-kompulsif davranışların ortaya çıkma olasılığını artırabileceğini göstermektedir. Literatür incelendiğinde, gebelikte yaşanan distres ile doğum sonrası dönemde gelişen obsesif-kompulsif belirtiler arasındaki ilişkiyi doğrudan inceleyen çalışmalara sınırlı sayıda rastlanmaktadır. Bu nedenle çalışmamızda, benzer değişkenleri konu alan dolaylı çalışmalar dikkate alınmış ve elde edilen bulgular bu çerçevede değerlendirilmiştir. Çalışmamızda, gebelik döneminde distrese neden olan faktörlerin - örneğin, eğitim düzeyi, ekonomik durum, doğum şekli ve bebek bakımında destek alma durumu- postpartum dönemde gözlemlenen obsesif-kompulsif davranışlarla benzer belirleyicilere sahip olduğu görülmüştür.

Katılımcıların eğitim durumu ile Postpartum Dönemde Annelerin Bebek Bakımı ile İlgili Obsesif ve Kompulsif Davranışları Ölçeği (PDABBİİOKDÖ) toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Özellikle ilköğretim mezunu olan katılımcıların ölçek puan ortalamaları, ortaokul, lise ve üniversite mezunlarına kıyasla belirgin şekilde daha yüksek olup, eğitim düzeyi azaldıkça obsesif-kompulsif davranışların arttığı gözlemlenmiştir. Literatürde ise bu bulguyu desteklemeyen çalışmalara da rastlanmaktadır. Örneğin, Zambaldi vd. (2009) ile House vd. (2016) tarafından yapılan araştırmalarda, eğitim düzeyinin doğum sonrası obsesif-kompulsif belirtiler üzerinde belirleyici bir etkisi olmadığı bildirilmiştir. Bu durum, çalışmamızın gerçekleştirildiği bölgenin sosyodemografik özellikleriyle açıklanabilir; zira örnekleme oluşturan grubun büyük çoğunluğunu düşük eğitim düzeyine sahip bireyler oluşturmuştur. Düşük eğitim seviyesinin, annenin bilgiye erişimini ve sağlık okuryazarlığını sınırlayarak, doğum sonrası süreçte karşılaşılan psikolojik zorlukları artırabileceği ve bebek bakımında zorlanmaya neden olabileceği düşünülmektedir. Bu bağlamda elde edilen bulgular, gebelikteki psikososyal koşulların ve bireysel özelliklerin doğum sonrası dönemdeki ruh sağlığı üzerindeki etkilerini vurgulamakta; eğitim, psikososyal destek ve sağlık hizmetlerine

erişimin bütüncül olarak değerlendirilmesinin önemini ortaya koymaktadır. Bu doğrultuda, toplum temelli eğitim politikalarının geliştirilmesi ve özellikle düşük eğitim düzeyine sahip bireylere yönelik farkındalık ve bilgilendirme çalışmalarının artırılması önerilmektedir. Ayrıca gebelik ve doğum sonrası bakım süreçlerinde aktif rol alan ebelerin, kadınlara düzenli bilgilendirme ve psikososyal destek sağlamaları büyük önem taşımaktadır.

Katılımcıların doğum şekli ile Postpartum Dönemde Annelerin Bebek Bakımı ile İlgili Obsesif ve Kompulsif Davranışları Ölçeği (PDABBİİOKDÖ) toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, vajinal doğum yapanlar ile sezaryen doğum yapanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Çalışmamızda, sezaryen ile doğum yapan katılımcıların PDABBİİOKDÖ puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Labad vd. (2005), doğum şeklinin obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) semptomlarının başlamasında ya da şiddetinde belirleyici olmadığını ifade etmiştir. Ancak, House vd. (2016) tarafından yapılan çalışmada sezaryen doğumun, vajinal doğuma kıyasla postpartum dönemde artmış obsesif-kompulsif belirtilerle ilişkili olduğu bildirilmiştir. Benzer şekilde, Abramowitz vd. (2006) da doğum şekli ile postpartum dönemde gözlenen OKB semptomları arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmiştir. Maina ve diğerlerinin (1999) yürüttüğü araştırmada ise sezaryen doğum, erken doğum ve gecikmiş doğum gibi doğumla ilişkili faktörlerin perinatal dönemde OKB gelişimiyle bağlantılı olabileceği rapor edilmiştir. Bu bulgular ışığında, çalışmamızda sezaryen doğum yapan kadınlarda obsesif-kompulsif davranış puanlarının daha yüksek çıkmasının; cerrahi girişim olması nedeniyle yaşanan fiziksel iyileşme sürecinin zorluğu, doğum sonrası ağrı ve kısıtlı hareket kabiliyeti, olumsuz doğum deneyimi ve travmatik doğum öyküsü gibi faktörlerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu doğrultuda, doğum öncesi bakım sürecinde sağlık profesyonelleri, özellikle de ebeler, gebeleri doğum konusunda doğru ve bilimsel temelli bilgilerle bilgilendirerek, mümkün olduğunca vajinal doğuma teşvik etmeli ve doğum şekli ne olursa olsun, doğum sonrası dönemde annelere fiziksel ve psikolojik destek sağlamalıdır.

Çalışmamızda, ekonomik durumu düşük olan annelerin doğum sonrası dönemde bebek bakımıyla ilişkili obsesif ve kompulsif davranış puanlarının, ekonomik seviyesi iyi ya da orta düzeyde olduğunu belirten annelere göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, literatürle tam olarak örtüşmemektedir. Yakut'un (2018) doğum sürecinde obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) belirtilerinin demografik ve klinik özelliklerle ilişkisini incelediği çalışmasında, doğum sonrası dönemde OKB belirtileri azalan ve azalmayan anneler karşılaştırıldığında; ekonomik durum, annenin yaşı, eğitim düzeyi, medeni durumu, doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, çalışma durumu, abortus öyküsü ve preterm doğum gibi

değişkenler açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA, 2018) verilerine göre ise, ekonomik düzeyi yüksek olan ailelerin bebeklerinin doğum sonrası ilk iki gün içerisinde sağlık hizmetlerinden yararlanma oranı daha yüksekken, ekonomik refah düzeyi düştükçe bu oranın azaldığı bildirilmiştir. Bu veri, ekonomik durumun anne ve bebek sağlığına yönelik hizmetlerden yararlanmayı etkileyebileceğini göstermektedir. Çalışmamızın literatürden farklı sonuçlar ortaya koyması, araştırmanın yürütüldüğü evrende ekonomik refah düzeyinin genel olarak düşük ve orta seviyede olması, multiparite oranının yüksekliği ve annelerin eğitim düzeylerinin düşüklüğü ile ilişkilendirilebilir. Bu durum, ekonomik güçlüklerle birlikte bilgiye erişimin sınırlı olmasının, obsesif-kompulsif davranışların tanınması ve ifade edilmesi üzerinde etkili olabileceğini düşündürmektedir. Dolayısıyla, sosyoekonomik düzeyi düşük topluluklarda annelere yönelik psikososyal destek hizmetlerinin artırılması ve ebe temelli bilgilendirme çalışmalarının yaygınlaştırılması önem arz etmektedir.

Çalışmamızda, annelerin %56, 9'unun bebek bakımı konusunda destek aldığı, %43,1'inin ise destek almadığı belirlenmiştir. Alan (2011) tarafından yapılan bir çalışmada, gebelik döneminde postpartum bakıma yönelik bilgi alan annelerin oranı %54,8 olarak bildirilmiş ve bu bilginin %48,9'unun sağlık profesyonelleri tarafından sağlandığı belirtilmiştir. Benzer şekilde, Ertürk'ün (2007) Türk toplumuna uyarladığı Postpartum Destek Ölçeği çalışmasında, gebelikte postpartum bakım hakkında bilgi alan annelerin oranı %29,4, bu bilgiyi sağlık profesyonellerinden alma oranı ise %18,9 olarak saptanmıştır. TNSA 2018 verilerine göre, doğum sonrası ilk iki gün içerisinde annelerin %79'u ve bebeklerin %68'i sağlık hizmetlerinden yararlanmıştır. Ancak, postpartum dönemde bakım alma oranlarının, ilk doğum sonrası süreçte belirgin biçimde azaldığı da rapor edilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 2017), doğum sonrası ilk 24 saat içinde anne ve bebeğin sağlık kontrollerinden geçirilmesini önermektedir. Sevimli Güler ve Çınar (2022) tarafından yapılan bir çalışmada, annelerin %36,4'ünün bebek bakımı ile ilgili destek aldığı, bu desteğin %45,3'ünün anneden, %10,3'ünün ise eşten geldiği belirtilmiştir. Çalışır'ın (2003) çalışmasında ise annelerin %93,3'ünün eşlerinden destek aldığı, Cronenwett (1985) tarafından yapılan çalışmada ise bu oranın %76 olduğu bildirilmiştir. Ayrıca, Ertürk'ün (2007) araştırmasında annelerin %68,2'sinin bebek bakımına yönelik destek aldığı, bu desteğin %41,2'sinin öz anneden, %7,6'sının ise eşten geldiği belirtilmiştir. Annelik sürecinde eş desteğinin annenin bebek bakım yeterliliği ve ruhsal durumu üzerinde olumlu etkiler yarattığı görülmektedir. Şahin ve Soypak'ın (2010) çalışmasında, eş desteği alan kadınların gebelik ve postpartum dönemi daha sağlıklı ve huzurlu geçirdiği, annenin algıladığı sosyal destek ile psikolojik iyilik hâli arasında

anlamli bir iliski olduğu ortaya konmuştur. Çalışmamızda, postpartum dönemde obsesif-kompulsif davranış belirtileri gösteren annelerin, bebek bakımı konusunda destek aldıklarında OKDÖ puanlarının daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Bu bulgu, literatürde doğrudan karşılaştırılabilir çalışmalar bulunmamakla birlikte, sosyal destek ile annenin ruh sağlığı arasındaki olumlu ilişkiyi destekler niteliktedir. Bu doğrultuda, özellikle eş ve aile desteğinin, postpartum dönemde annelerin duygusal ve davranışsal tepkileri üzerinde belirleyici olduğu söylenebilir.

Sonuç olarak, sağlık profesyonelleri, özellikle de gebelik ve doğum sonrası süreçte annelerle doğrudan etkileşimde bulunan ebeler, hem gebelik döneminde hem de postpartum süreçte annelerin sosyal destek düzeylerini artırmaya yönelik girişimlerde bulunmalı, annelere psikososyal destek sağlanması konusunda aktif rol almalıdır.

Bu araştırmada belirlenen hipotezler yukarıdaki sonuçlar doğrultusunda sınanmıştır.

- H1: Gebelikte deneyimlenen distresin doğum sonrası dönem emzirme öz yeterliliği üzerine etkisi vardır (H1 hipotezi doğrulanmamıştır).
- H2: Gebelikte deneyimlenen distresin doğum sonrası dönem bebek bakımında obsesif kompulsif davranışlar üzerine etkisi vardır (H2 hipotezi doğrulanmıştır).

5.3. Öneriler

Çalışma sonuçları doğrultusunda;

- Farklı kültürel özelliklere ve toplumsal değerlere sahip olan kadınlara; gebe kalınmadan önce, gebelik dönemi ve gebelik sonrası postpartum döneme yönelik eğitimlerle farkındalık düzeylerinin artırılmasının sağlanması,
- Ebeler, gebelik dönemi izlemlerini takip ederken kadının gebelik döneminde görülebilecek distresi azaltmaya yönelik planlamalar yapması ve OKB annelerinde doğum sonu dönemde OKBsini olumsuz problemleri saptaması ve bunlara yönelik çalışmalar yapması,
- Postpartum dönemde olumlu değişimler sağlamak için epidemiyolojik çalışmaların ve kanıta dayalı kılavuzların takip edilmesi,
- Gebelik, doğum ve doğum sonrası üzerine odaklı ülkelerin sağlık politikalarının kadının tüm sağlık koşullarını ele alan sağlık politikalarının geliştirilmesine ve uygulanmasına öncelik verilmesi önerilir.

KAYNAKÇA

- Abramowitz, J. S., Khandker, M., Nelson, C. A., Deacon, B. J. ve Rygwall, R. (2006). "The role of cognitive factors in the pathogenesis of obsessive-compulsive symptoms: A prospective study". Behaviour research and therapy, 44(9), 1361-1374.
- ACOG., (1999). Psychosocial risk factors: perinatal screening and intervention ACOG Educational Bulletin Number 255.
- Akdaş, Ç. N. Y. (2024). "Doğum Korkusunun Prenatal Emzirme öz Yeterliliği ile İlişkisi". Yüksek Lisans Tezi, Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Akpınar, F. ve Ejder Apay, S. (2020). "Gebelikte Yaşanan Distres ile Gebelikteki Yakınmalar ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki". Jinekoloji- Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi; 17(4), 550-61.
- Akarsu, RH., Tuncay, B. ve Alsaç, SY. (2017) "Anne-bebek bağlanmasında kanıta dayalı uygulamalar". Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(4), 275-279.
- Alan, H. (2011). "Doğum Sonrası Dönemde Sosyal Desteğin Anne Bebek Bağlılığına Etkisi". Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Alder, J., Fink., N, Bitzer, J., Hösl I. ve Holzgreve, W. (2007). "Depression and Anxiety During Pregnancy: A Risk Factor For Obstetric, Fetal and Neonatal Outcome? A Critical Review of The Literature". The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, 20, 189-209.
- Alderdice, F. ve Lynn, F. (2011). "Factor structure of the prenatal distress questionnaire". Midwifery, 27(4), 553-9.
- Alderdice, F. ve Lynn, F. (2009) "Stress in pregnancy: identifying and supporting women". British Journal of Midwifery, 17, 552-578.
- Altınay, S. (1999). "Gebelikte Depresyon Prevelansı, Sosyodemografik Özellikler, Obstetrik Risk Faktörleri, Kaygı Düzeyi ve Sosyal Destek ile İlişkisi". Uzmanlık Tezi. T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Hastanesi, Aile Hekimliği, Ankara
- Altınçelep, F. (2011). "Gebelerdeki Prenatal Distres Düzeyinin Belirlenmesi". Yüksek Lisans Tezi: İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Aluş Tokat, M. (2009). "Antenatal dönemde verilen eğitimin annelerin emzirme öz-yeterlilik algısına ve emzirme başarısına etkisi". Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Aluş Tokat, M. ve Okumuş, H. (2013). "Emzirme Öz-Yeterlilik Algısını Güçlendirmeye Temelli Antenatal Eğitimin Emzirme Öz-Yeterlilik Algısına ve Emzirme Başarısına Etkisi". Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 10, 21-29.
- Amerikan Psikiyatri Birliği ve DS. (2013). "Ruhsal bozuklukların tanısı ve istatistiksel el kitabı: DSM-5 (Cilt 5)". Washington, DC, Amerikan psikiyatri derneği.

Andersson, L., Sundstrom-Poromaa, I., Bixo, M., Wulff, M., Bondestam, K. ve Astrom, M. (2003). "Gebeliğin ikinci üç aylık döneminde psikiyatrik bozuklukların nokta yaygınlığı". popülasyona dayalı bir çalışma, *Am J Obstet Gynecol*, 189 (1), 148–54.

Andersson, L., Sundstrom-Poromaa, I., Wulff M, Astrom, M. ve Bixo, M. (2004). "Neonatal outcome following maternal antenatal depression and anxiety". A population-based study, *American Journal of Epidemiology*, 159, 872-881.

Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Wulff M., Åström, M. ve Bixo M. (2006). "Depression and anxiety disorder during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study". *Acta Obstet Gynecol*, 85, 937–44.

Andersson, L., Poromaa S. I., Wulff M., Astrom M. ve Bixo M. (2004). "Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome". *American College of Obstetricians and Gynecologists*. 104(3), 467-476.

Annagür, BB. ve Annagür, A. (2012). "Doğum Sonrası Ruhsal Durumun Emzirme ile İlişkisi". *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(3), 279-292. doi:10.5455/cap.20120417

Arch, JJ. (2012). "Pregnancy-specific anxiety: Which women are highest and what are the alcohol-related risks?". *Comprehensive Psychiatry*, 54(3), 217-228.

Arck, PC. (2001). Stress and pregnancy loss: "Role of immune mediators, hormones and neurotransmitters". *American Journal of Reproductive Immunology*, 46, 117-123.

Arnold, LM. (1999). "A case series of women with postpartum-onset obsessive compulsive disorder". *Prim Care Companion J*, 1,103-8.

Arslan B, Arslan A, Kara S, Öngel K. ve Munhan MT. (2011). "Gebelik anksiyete ve depresyonunda risk faktörleri: 452 olguda değerlendirme". *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 21(2), 79-84.

Arslan, B. (2010). "Gebelerde anksiyete ve depresyonla ilişkili sosyodemografik özellikler". Uzmanlık tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.

Arslan, H. (2020). "Simülasyon Temelli Emzirme Eğitiminin Kadınların Emzirme Başarısına, Emzirme Özyeterliliğine, Emzirmeye İlişkin Tutum ve Bilgi Düzeyine Etkisinin Değerlendirilmesi". Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Sakarya Üniversitesi, Sakarya.

Atasever, İ. ve Sis Çelik, A. (2018). "Prenatal Stresin Ana Çocuk Sağlığı Üzerine Etkisi". *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(1), 60-8.

Austin, MP. ve Priest, SR. (2005). "Clinical issues in perinatal mental health: New developments in the detection and treatment of perinatal mood and anxiety disorders". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 97-104.

Austin, MP. (2004). "Antenatal screening and early intervention for "perinatal" distress, depression and anxiety". *Archives of Women's Mental Health*, 7, 1-6.

Ayhan Başer, D. (2018). "Postpartum depresyon ile emzirme arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi". Ankara Med J. 18(3), 276-85.

Ballard, O. ve Morrow, AL. (2013). "Human milk composition: nutrients and bioactive factors". *Pediatr Clin North Am.*, 60(1), 49-74.

Bennett, HA., Boon, HS., Romans, SE., ve Grootendorst, P. (2007) "Becoming the best mom that I can: Women's experiences of managing depression during pregnancy"--a qualitative study. *BMC Womens Health*, 7:13-26.

Bennett, HA., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G. ve Einarson, TR. (2004). "Depression during pregnancy : Overview of clinical factors". *Clinical Drug Investigation*, 24, 157 179.

Bergink., V. (2011). "First-onset psychosis occurring in the postpartum period: a prospective cohort study". *J Clin Psychiatry*, 72(11), 1531-7.

Bergink, V. ve Koorengel, KM. (2010). "Postpartum depression with psychotic features". *Am J Psychiatry*, Apr, 167(4), 476-7.

Bhagwanani, SG. ve Seagravesjk, K. (1997). "Relationship between prenatal anxiety and perinatal out come in nulliparous women". *Journal of the National Medical Association*, 89, 93-98.

Bilgin, M. (2022). "Gebelerin distresle baş etmelerinde eş desteğinin etkisinin incelenmesi". *Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi*.

Blyth, R., Creedy, DK., Dennis, CL., Moyle, W., Pratt, J. ve De Vries, SM. (2002). "Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: An application of breastfeeding self-efficacy theory". *Birth* 29 (4), 278-284.

Bodecs, T., Horvath, B., Kovacs, L., Diffellne, NM., ve Sandor, J., (2009). "Prevalence of depression and anxiety in early pregnancy on a population based hungarian sample". *Orvosi Hetilap* 150, 1888-1893.

Bodecs, T., Szilagyi, E., Chohnoky, P., Sandor, J., Gonda, X., ve Rihmer, Z. et al. (2013). "Prevalence and psychosocial background of anxiety and depression emerging during the trimester of pregnancy: data from a hungarian population□based sample" . *Psychiatria Danubina*, 25 (4), 352–358.

Bolten, MI., Wurmser, H., Buske-Kirschbaum, A., Papousek, M., Pirke, KM., ve Hellhammer, D., (2011). "Cortisol levels in pregnancy as a psychobiological predictor for birth weight". *Archives of Women's Mental Health*, 14, 33-41.

Bonari, L., Pinto, N., Ahn, E., Einarson, A., Steiner, M., ve Koren, G., (2004) "Perinatal risks of untreated depression during pregnancy". *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 726 735.

Bowen, A. ve Muhajarine, N. (2006). "Antenatal depression". *Canadian Nurse Journal*, 102, 26 30.

Brandes, M., Soares, CN. Ve Cohen, LS. (2004). "Postpartum onset obsessive compulsive disorder: diagnosis and management". Arch Womens Ment Health, 7, 99-110.

Brenda, M., Leung, Y., Bonnie, ND. ve Kaplan, J. (2009). "Perinatal depression: prevalence, risks and the nutrition link-a review of the literature". J Am Diet Assoc, 109, 1566-1577.

Britton, J.R.(2007). "Postpartum anxiety and breast feeding". J Reprod Med, 52, 689-95.

Buist, A., Ellwood, D., Brooks, J., Milgrom, J., Hayes, BA., Sved-Williams, A., Barnett, B., Karatas, J. ve Bilszta, J. (2007). "National program for depression associated with childbirth: The Australian experience". Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, 21, 193-206.

Burton, HAL.(2021). "Yerleşik obsesif kompulsif bozukluğu olan kadınların hamilelik ve doğum sonrası nasıl deneyimlediği: yorumlayıcı bir fenomenolojik analiz ". J Reprod Infant Psychol, 39 (3), 313–25.

Cantürk, D. ve Akgün Kostak, M. (2020). "Vajinal doğum yapan ve sezaryen operasyonu geçiren an nelerin ilk emzirme davranışları, emzirme özyeterlilik düzeyleri ve etkileyen faktörler". Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi, (13), 382-94.

Carter, D. ve Kostaras, X. (2005). "Psychiatric disorders in pregnancy". BC Medical Journal, 47(2), 96-99.

Cebeci, SA., Aydemir, Ç., Göka, E., (2002). "Puerperal dönemde depresyon semptom prevalansı: Obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi". Kriz Dergisi 10, 11-18.

Chalise, A. ve Bhandari, TR. (2019). "Postpartum depression and its associated factors: a community-based study in Nepal". Journal of Nepal Health Research Council, 17(2), 200-205.

Challacombe, FL., Salkovskis, PM., Woolgar, M., Wilkinson, EL, Read, J. ve Acheson, R. (2017). "A pilot randomized controlled trial of time-intensive cognitive-behaviour therapy for postpartum obsessive-compulsive disorder: Effects on maternal symptoms, mother infant interactions and attachment". Psychol Med, 47(8), 1478-1488.

Challacombe, FL. ve Salkovskis, PM. (2011). "Intensive cognitive-behavioural treatment for women with postnatal obsessive-compulsive disorder: a consecutive case series". Behav Res Ther, 49, 422-6.

Chatterjee, A., Zumpf, K., Sprague, J., Ciolino, J., Wisner, KL. ve Clark C. (2021). diğerleri. "Peripartum dönemin obsesif-kompulsif bozukluğun uzunlamasına seyri üzerindeki etkisi". Arch Womens Ment Health, 1–7.

Chauhan, G. ve Tadi, P. (2022). "Physiology, postpartum changes. In StatPearls. StatPearls Publishing". ErişimAdresi:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32310364/Erişim>

[Tarihi:10.08.2024](#)

Cheng, ER., Rifas-Shiman, SL., Perkins, ME., Rich-Edwards, JW., Gillman, MW. ve Wright, R. (2016). “The influence of antenatal partner support on pregnancy outcomes”. J Womens Health (Larchmt), 25(7), 672-679.

Chung, TK., Lau, TK., Yip, AS., Chiu, HF. ve Lee, DT. (2001). “Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes”. Psychosomatic Medicine, 63, 830-834.

Clavarino, A.M., Mamun, A. M., Aird, R., Bor, W. ve Callaghan, F. (2010). “Maternal anxiety and attention problems in children at 5 and 14 years”. Journal of Attention Disorders, 13(6), 658 – 667.

Cloitre, M., Yonkers, KA. ve Pearlstein, T. (2004). “Women and anxiety disorder: Implications for diagnosis and treatment”. CNS Spectrums, 9, 1-16.

Cronenwett, LR. (1985). “Parental network structure and perceived support after birth of first child”. Nursing Research, 34(6), 347-352.

Çağın, Ö. (2005). “Doğum sonrası depresyonun etiyolojisinin biyopsikososyal bakış açısı üzerinden değerlendirilmesi”. Türk Psikolojileri Yazıları, 8, 55-71.

Çakır, L. ve Can, H.(2012). “Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin anksiyete ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi”. The Journal of Turkish Family Physician, 3(2), 35–42.

Çalık, KY. ve Aktaş S. (2011). “Gebelikte depresyon: sıklık, risk faktörleri ve tedavisi”. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 3(1), 142-162.

Çalışır, H. (2003). “İlk kez anne olan kadınların annelik rolü başarımlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi”. Doktora Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir. (Tez Danışmanı Doç.Dr. Zümrüt Başbakkal).

Çapık, A., Apay, SE. ve Sakar, T. (2015). “Gebelerde Distres Düzeyinin Belirlenmesi.” Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 18(3),196-203.

Çaylan, N., Kılıç, M., Kayhan Tetik, B., Armut, C. ve Tezel, B. (2019). “Breastfeeding Promotion and Baby-Friendly Health Facilities in Turkey: A Systematic Approach to Scale up the Program”. Ankara Med J, 19(1), 32-40.

Coşkun, A., Arslan, S. ve Okcu, G. (2020). “Gebe kadınlarda gebelik algısının stres, demografik ve obstetrik özellikler açısından incelenmesi”. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 17(1), 1-8.

Çiçek, Ö. ve Mete, S. (2015). “Sık karşılaşılan bir sorun: Doğum korkusu”. DEUHFED, 8(4), 263-8.

Çintaş, Y. N. (2023). “Yetersiz Süt Algısı Olan Annelere Telesaglık Uygulaması ile Verilen Emzirme Desteğinin Annelerin Bebeklerine İlk 6 Ay Sadece Anne Sütü Vermesine Etkisi.” Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi.

David, EP., Glynn, LM., Schetter, CD., Hobel, C., Chicz-Demet. A. ve Sandman, CA. (2007). "Prenatal exposure to maternal depression and cortisol influences infant temperament". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 737-746.

Deave, T., Heron, J., Evans, J. ve Emond, A. (2008). "The impact of maternal depression in pregnancy on early child development." *BJOG: An International Journal Of Obstetrics And Gynaecology*, 115, 1043-1051.

Demir, M. (2016). "Karabük ilinde doğum sonu depresyon görülme sıklığı ve ilişkili risk faktörleri". *Sağlık Bilimleri Enstitüsü*.

Demir, A., ve Yazar, M. (2024). "Prenatal Dönemde Stres, Anksiyete Ve Depresyonun İncelenmesi: Geleneksel Derleme". *Kto Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 197-211.

Demirel, N., Taşpınar, A. ve Özbaşaran, F. (2001). "Manisa il merkezindeki hastanelerde doğum yapan annelerin emzirme tutumunun değerlendirilmesi". *Hemşirelik Forumu* 4 (6), 62-66.

Demirkol, ME., Şimşek, L., Yılmaz, H. ve Tamam, L. (2018). "Gebelik ve Postpartum Dönemde Obsesif Kompulsif Bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*". 10(1), 118-129.

Demiryay, A. (2006). "Gebe kadınların algıladıkları fiziksel ve emosyonel yakınmalar". *Yüksek lisans tezi, Kocatepe Üniversitesi, Afyon*.

Dennis, C. (1999). "Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: A self-efficacy framework". *Journal of Human Lactation* 15 (3), 195-201.

Dennis, CE. (2006). "Identifying predictors of breastfeeding self-efficacy in the immediate postpartum period". *Researchin Nursing and Health* 9, 256-268.

Dennis, CL. (2002). "Breastfeeding initiation and duration: A 1990-2000 literature review". *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 31 (1), 12-32.

Dennis, CL. (2003). "The breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form". *J Obstet Gynecol Neonatal Nursing*, 32(6), 734-44.

Diego, MA., Jones, NA., Field, T., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C. ve Gonzalez Garcia, A. (2006). "Maternal psychological distress, prenatal cortisol, and fetal weight". *Psychosomatic Medicine*, 68, 747-753.

Dorn, LD., Susman, EJ. ve Petersen, AC. (1993). "Cortisol reactivity and anxiety and depression in pregnant adolescents: Psychoneuroendocrinology". 18(3), 219-239. a longitudinal perspective.

Dünder, T., Özsoy, S., Aksu, H. Ve Toptaş, B. (2019). "Obstetrik Özelliklerin Gebelikte Distres Üzerine Etkisi". *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(1), 17-24.

Efe, H. (2006). “Gebeliğin kadın cinselliği üzerindeki etkileri”. Uzmanlık tezi, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul.

Ekinci, D. (2024). “Planlı ve Plansız Gebeliklerde Emzirme Öz Yeterliliğinin Değerlendirilmesi”. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

Ekşioğlu, A. ve Çeber, E. (2007). “Akran Eğitimi Yolu İle Anneden Anneye Emzirme Yeterlilik Eğitiminin Etkisinin Belirlenmesi”. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Emmanuel, A. (2015). “A literature review of the factors that influence breastfeeding: An application of the health belief of model”. International Journal of Nursing and Health Science 2 (3), 28-36.

England National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2006). “Antenatal and Postnatal Mental Health Clinical Management and Service Guidance Draft for Consultation”. London, National Institute for Health and Clinical Excellence.

Erbil, N., Oruç, H. ve Karabulut, A. (2009). “Gebelikte Depresyon ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi”. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst, 19(2), 67-74.

Erdoğan, A. ve Hocaoglu, Ç. (2020). “Doğum Sonrası Depresyonun Tanı ve Tedavisi: Bir Gözden Geçirme”. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi, 11(39), 31-37.

Erol, DD. (2020). “Annelerin emzirme öz yeterlilik düzeyinin bebeği emzirme devamlılığına etkisi”. Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Ertürk, N. (2007). “Doğum sonrası destek ölçeğinin Türk toplumuna uyarlanması”. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir. (Tez Danışmanı Yard.DoçDr. Birsen Karaca Saydam).

Esel, E. (2003). “Genelleşmiş anksiyete bozukluğunun nörobiyolojisi.” Klinik Psikofarmakoloji Bülteni,13, 78-87.

Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S. ve Golding, J. (2001). “Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth”. British Medical Journal, 323, 257-260.

Fairbrother, N., Collardeau, F., Albert, AY., Challacombe, FL., Thordarson, DS., Woody, SR. ve Janssen, PA. (2021). “Kadınlarda gebelik boyunca ve doğum sonrası dönemde obsesif-kompulsif bozukluğun yüksek yaygınlığı ve insidansı”. J Clin Psychiatry, 82 (2). 10.4088/JCP.20m13398.

Fairbrother, N., Young, A.H., Janssen, P., Antony, M.M. ve Tucker, E. (2015). “Depression and anxiety during the perinatal period”. BMC Psychiatry, 15(1), 1-9. doi: 10.1186/s12888-015- 0526-6.

Fairlie, T.G., Gillman, M.W. ve Rich-Edwards, J.(2009). “High pregnancy-related anxiety and prenatal depressive symptoms as predictors of intention to breastfeed and breastfeeding initiation”. J Womens Health, 18, 945-53.

Fenkçi, İ.V. (2004). Maternal Fizyoloji. İçinde: Haberal A., Çelik Ç., Akyürek C., Çiçek MN. (Editörler). Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Ankara, Öncü Basımevi.

Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Vera, Y., Gil, K., Schanberg, S., Kuhn. C. ve Gonzalez Garcia, A. (2004). "Prenatal maternal biochemistry predicts neonatal biochemistry." International Journal of Neuroscience, 114, 933-945.

Field, T., Diego, M. ve Hernandez-Reif M. (2006). "Prenatal depression effects on the fetus and newborn: A review." Infant Behavior and Development, 29, 445-455.

Fisher, J., Cabral de Mello, M., Patel, V., Rahman, A., Tran, T., Holton, S. ve Holmes, W. (2011). "Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review". Bulletin of the World Health Organisation, 90, 139-149.

Foa, EB. ve Franklin, ME. (2011). "Treatment of obsessive-compulsive disorder." Ann Rev Clin Psychol, 7, 229-243.

Furber, CM., Garrod, D., Maloney, E., Lovell, K. ve McGowan, L. (2009). "A qualitative study of mild to moderate psychological distress during pregnancy". International Journal of Nursing Studies, 46, 669-77.

Gau, ML. (2004). "Evaluation of a lactation intervention program to encourage breastfeeding: A longitudinal study". International Journal of Nursing Studies 41, 425-435.

Gavin, NI., Gaynes, BN., Lohr, KN., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G. ve Swinson T. (2005). "Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence". Obstetrics and amp; Gynecology, 106(5-1), 1071-83.

Giardinelli, L., Innocenti, A., Benni, L., Stefanini, M., Lino, G., Lunardi, C. ve Faravelli, C. (2012). "Depression and anxiety in perinatal period: prevalence and risk factors in an italian sample". Archives of Women Mental Health, 15(1), 21-30. doi:<https://doi.org/10.1007/s00737-011-0249-8>.

Glasheen, C., Richardson, G.A. ve Fabio, A. A. (2010). "A Systematic review of the effects of postnatal maternal anxiety on children". Archives of Women Mental Health, 13: 61-74. doi: 10.1007/s00737-009-0109-y

Goodman, J.H., Chenausky, K. L. ve Freeman, M.P. (2014). "Anxiety disorders during pregnancy: a systematic review". The Journal Of Clinical Psychiatry, 75(10), 1177. doi: 10.4088/JCP.14r09035.

Gözükara, F. (2014). "Emzirmenin başarılmasında anahtar faktör: baba desteğinin sağlanması ve hemşirenin rolleri". Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 11(3), 289-296.

Gözüyeşil, E., Şirin, A. ve Çetinkaya, Ş. (2003). "Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi". [Poster]. 3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Ankara.

Gözüyeşil, EY., Şirin, A. ve Çetinkaya, Ş. (2008). “Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi”. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 3, 39-66.

Guglielmi, V., Vulink, NC., Denys, D., Wang, Y., Samuels, JF. ve Nestadt, G. (2014). “Obsessive compulsive disorder and female reproductive cycle events: results from the OCD and reproduction collaborative study”. *Depress Anxiety*, 31, 979-987.

Hammen, C. ve Brennan, PA. (2003). “Severity, chronicity, and timing of maternal depression and risk for adolescent offspring diagnoses in a community sample”. *Archives of General Psychiatry*, 60, 253-258.

Hansen, D., Lou, HC. ve Olsen, J. (2000). “Serious life events and congenital malformations: A national study with complete follow-up”. *Lancet*, 2000, 356, 875-880.

Hedegaard, M., Henriksen, TB., Secher, NJ., Hatch, M. ve Sabroe, S. (1996). “Do stressful life events affect duration of gestation and risk of preterm delivery?” *American Journal of Epidemiology*, 7, 339-345.

Henshaw, EJ., Fried, R., Siskind, E., Newhouse, L. ve Cooper, M. (2015). “Breastfeeding self-efficacy, mood, and breastfeeding outcomes among primiparous women”. *J Hum Lact* 31 (3), 511-8.

Hergüner, S., Çiçek, E., Annagür, A., Hergüner, A. ve Örs, R. (2014). “Doğum şeklinin doğum sonu depresyon, algılanan sosyal destek ve maternal bağlanma ile ilişkisi”. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 27 (1), 15-20.

Hirsfeld-Becker, DR., Biederman, J., Saraone, SV., Robin, JA., Friedman, D., Rosenthal, JM. ve Rosenbaum JF. (2004). “Pregnancy complications associated with childhood anxiety disorders”. *Depression and Anxiety*, 19, 152-162.

Hobel, CJ., Dunkel-Schetter, C., Roesch, SC., Castro, LC. ve Arora, CP. (1999). “Maternal plasma corticotropin-releasing hormone associated with stress at 20 weeks’ gestation in pregnancies ending in preterm delivery”. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 180(1), 257-263.

House, SJ., Tripathi, SP., Knight, BT., Morris, N., Newport, DJ. ve Stowe, ZN. (2016). “Obsessive compulsive disorder in pregnancy and the postpartum period: course of illness and obstetrical outcome”. *Arch Womens Ment Health*, 19(1), 3-10.

Howard, LM., Molyneaux, E., Dennis, CL., Rochat, T., Stein, A. ve Milgrom, J. (2014). “Non psychotic mental disorders in the perinatal period”. *Lancet*, 15, 384 (9956), 1775-88

Huizink, AC., Mulder, EJ., Robles de Medina, PG., Visser, GH. ve Buitelaar, JK. (2004). “Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome?” *Early Human Development*, 79, 81-91.

Işık, E. (2006). *Anksiyete Etiyolojisi. İçinde: Işık E, Taner YI (editörler). “Çocuk Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları”. İstanbul, Golden Print.*

Işık, Ü. (2020). “Anneler öz yeterlilikleri üzerine etkisinin doğum sonu dönem de destek ihtiyaçlarının ve alınan destek düzeylerinin emzirme üzerine etkisi”. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.

Ito, C. (2000). “The role of brain histamine in acute and cronic stress”. Biomedicine and Phamacothreapy, 54, 263-267.

Jomeen, J. ve Martin, CR. (2005). “A mixed-methods approach to understanding women’s worries during early pregnancy”. Health Psychology Update, 14, 17-27.

Jomeen, J. (2004). “The importance of assessing psychological status during pregnancy, childbirth and the postnatal period as amultidimensional construct: A literature review.” Clinical Effectiveness in Nursing, 8, 143-155.

Kalkan Oğuzhanoğlu, N. ve Varma Sözeri, G. (2013). “Gebelik sırasında ruhsal hastalıkların gidişi”. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 3(4), 276-287.

Kanbur, A. (2010). “Gebeliğin İstenme Durumunun Gebelerin Yaptığı Sağlık Uygulamalarına Etkisinin İncelenmesi”. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.

Kang, Y., Yao, Y., Dou, J., Guo, X., Li, S. ve Zhao, C. (2016). “Prevalence and risk factors of maternal anxiety in late pregnancy in China”. Int J Environ Res Public Health, 13(5), 468.

Kapan, M. ve Yanikkerem, E. (2016). “Kırsal ve Kentsel Alanda Yaşayan Gebelerin Depresyon, Yalnızlık ve Şiddete Maruz Kalma Durumları”.TAF Preventive Medicine Bulletin,15(5),431-9

Kaplan, S., Bahar, A. ve Sertbaş, G. (2007). “Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk kaygısı düzeylerinin incelenmesi”. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10(1), 113- 21.

Karacam, Z. ve Ancel, G. (2009). “Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a turkish population”. Midwifery, 25(4), 344–356. doi: 10.1016/j.midw.2007.03.006.

Karaçay Yıkar, S. ve Nazik, E. (2022). “Doğum sonu fiziksel semptomlar ve hemşirelik/ebelik bakımı”. Ebelik ve Sağlık DOI:10.5152/JMHS.2022.986069 Bilimleri Dergisi, 5(2), 78 - 82.

Karamustafalıoğlu OK.(2018). Temel ve Klinik Psikiyatri. Ankara, Güneş Tıp Kitabevi.

Kaya Zaman, F., Özkan, N. ve Toprak, D. (2018). “Gebelikte depresyon ve anksiyete”. Konuralp Tıp Dergisi, 10(1), 20-25.

Khan, J., Vesel, L., Bahl, R. ve Martines, J. C. (2015). “Timing Of Breastfeeding Initiation and Exclusivity Of Breastfeeding During The First Month Of Life: Effects On Neonatal Mortality and Morbidity A Systematic Review And Metaanalysis”. Maternal and child helath jornal, 19(3), 468-479.

Kılıçarslan, S. (2008). “Edirne şehir merkezinde’ki son trimester gebelerin sosyodemografik özellikleri, yaşam kaliteleri, kaygı düzeyleri”. Uzmanlık tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne.

Kılıç, E. (2022). “Gebelerde doğum öncesi algılanan stres ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin incelenmesi”. Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Kışlak, D., ve Köse, S. (2022). “Investigation of the effects of distress on health practices in pregnant women”. *Erzincan University Journal of Science and Technology*, 15(3), 987-995. <https://doi.org/10.18185/erzifbed.1201964> Erişim Tarihi:15.09.2024

Kimya, Y. ve Cengiz, C. (1996). Maternal Fizyoloji. In: Kışnişci, H.A.(Ed.), Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Güven Kitabevi, Ankara, pp. 239-250

Kinsella, MT. ve Monk, C. (2009). “Impact of maternal stress, depression and anxiety on fetal neurobehavioral development”. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 52, 425-440.

Kirpinar, I., Gozum, S. ve Pasinlioglu T. (2010). “Prospective study of postpartum depression in eastern Turkey prevalence, socio-demographic and obstetric correlates, prenatal anxiety and early awareness”. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 422-431.

Kocabaşoğlu, N. ve Başer, SZ. (2008). “Gebelik ve doğumla tetiklenen psikiyatrik hastalıklar”. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No:62, 349-354.

Konukoğlu, T. ve Pasinlioglu, T. (2021). “Gebelerde Emzirme Öz Yeterliliği ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi”. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 12-22.

Köken, G., Yılmaz, M., Coşar, E., Kır Şahin, F., Çevrioğlu, S. ve Geçici, Ö. (2008). “Nausea and vomiting in early pregnancy: relationship with anxiety and depression”. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 29(2), 91-95.

Köroğlu, E. (2013). Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı DSM V TR. Ankara, Hekimler Yayın Birliği.

Köroğlu, E. (2015). Klinik Psikiyatri. 2. Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, s.250-61.

Kuşu, N. ve Akyüz, G. (2001) “Gebelikte ruhsal durum”. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 23,61-64.

Kurki, T., Hiilesmaa, V., Raitasalo, R., Mattila, H. ve Ylikorkala, O. (2000). “Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia”. *Obstetrics and Gynecology*, 95:487-490.

Kurt, A., ve Çelikay Söyler, H. (2022). Covid-19 “Döneminde Doğum Yapan Kadınlarda Maternal Bağlanma, Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Perinatal Anksiyete İlişkisi”. *Sosyal, Beşeri Ve İdari Bilimler Dergisi*, 5(3), 225–235.

Labad, J., Menchon, JM., Alonso, P., Segalas, C., Jimenez, S. ve Vallejo J. (2005). “Female reproductive cycle and obsessive–compulsive disorder.” *J Clin Psychiatry* 66, 428– 435.

- Labbok, MH. (2001). "Effects of breastfeeding on the mother". *Pediatr Clin North Am.* 48(1), 143-58.
- Latendresse, G. (2009). "The interaction between chronic stress and pregnancy: Preterm birth from a biobehavioral perspective". *Journal Midwifery Womens Health*, 54:8-17.
- Lavender V. (2007). "Body image: change, dissatisfaction and disturbance". In: Price S (ed). *Mental Health in Pregnancy and Childbirth*. Edinburgh, Churchill Livingstone, 123-146.
- Leach, L.S. ve Poyser, C. (2017). "Fairweather□Schmidt K. Maternal perinatal anxiety: A review of prevalence and correlates". *Clinical Psychologist*, 21, 4-19. <https://doi.org/10.1111/cp.12058>, Erişim Tarihi:15.09.2024
- Lecrubier, Y. (2001). "The burden of depression and anxiety in general medicine". *J Clin Psychiatry*, 62(Suppl 8), 4-9.
- Lee, A.M., Lam, S.K., Sze Mun Lau, S.M., Chong, C.S., Chui, H.W.ve Fong D.Y. (2007). "Prevalence, Course, And Risk Factors For Antenatal Anxiety And Depression". *Obstet Gynecol* 110, 110212
- Leigh, B. ve Milgrom, J., (2008). "Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress". *BMC Psychiatry* 8, 24-34.
- Leung, MYB. ve Kaplan, BJ. (2009). "Perinatal depression: prevalence, risks, and the nutrition link-a review of the literature". *American Tetic Association*, 109, 1566-1575.
- Limlomwongse, N. ve Liabsuetrakul, T. (2006). "Cohort Study of Depressive Moods in Thai Women During Late Pregnancy And 6–8 Weeks of Postpartum Using The Edinburgh Postnatal Depression Scale (Epds)". *Archives of Women's Mental Health*, 9: 131 8.
- Lobel, M., Cannella, DL., Graham, JE., DeVincent, C., Schneider, J. ve Meyer, BA. (2008). "Pregnancy specific stress, prenatal health behaviors, and birth outcomes. *Health Psychology*". 27, 604-615.
- Lobel, M., Dunkel-Schetter, C. ve Scrimshaw, SCM. (1992). "Prenatal maternal stres and prematurity: Aprospective study of socioeconomically disadvantaged women". *Health Psychology*, 11, 32-40.
- Lowdermilk, D., Perry, S., Cashion, C., Alden, K. ve Olshansky, E. (2016). *Maternatiy and Women's Health Care* (12. Baskı), Unit 5-6, 473-600.
- Maina, G., Albert, U. Ve Bogetto, F. (1999). "Recent life events and obsessive-compulsive disorder (OCD): the role of pregnancy delivery". *Psychiatry Res*, 89, 49–58.
- Maki, P., Veijola, J., Rasanen, P., Joukamaa, M., Valonen, P., Jokelainen, J. ve Isohanni, M. (2003). "Criminality in the offspring of antenatally depressed mothers: A 33-year follow-up of the Northern Finland 1966 Birth Cohort". *Journal of Affective Disorders*, 74, 273 278.

Manjunath, N.G., Venkatesh, G. ve Rajanna. (2011). "Postpartum blues is common in socially and economically insecure mothers". Indian Journal of Community Medicine, 36(3), 231-233.

Marakoğlu, K. ve Şahsivar, MŞ. (2008). "Gebelikte depresyon". Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 28, 525-532.

Marakoğlu K., Çivi S., Şahsivar Ş. ve Özdemir S. (2006). "Tıp fakültesi birinci ve ikinci sınıf öğrencilerinde sigara içme durumu ve depresyon yaygınlığı arasındaki ilişki". Bağımlılık Dergisi, 7(3), 129-134.

Maraş, Z., Aydın Özkan, S. ve Kaya Şenol, D. (2024). "Üçüncü Trimester Gebelerde Prenatal Distresin Gebelikte Konfor Düzeyine Etkisinin İncelenmesi". Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 10(3), 165-175.

Marchesi, C., Ampollini, P., Paraggio, C., Giaracuni, G., Ossola, P. ve De Panfilis, C.(2014). "Risk factors for panic disorder in pregnancy: a cohort study". Journal of Affective Disorders, 156, 134-138. doi: 10.1016/j.jad.2013.12.006

Marcus, SM., Flynn, HA., Blow, FC. ve Barry KL. (2003). "Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings". Journal of Women's Health(Larchmt), 12, 373-380.

Matthey, S., Phillips, J., White, T., Glossop, P., Hopper, U., Panasetis, P., Petridis, A., Larkin, M. ve Barnett, B.(2004). "Routine psychosocial assessment of women in the antenatal period: frequency of risk factors and implications for clinical services." Archives of Women's Mental Health, 7-223-9.

Mercan, E. A. (2024). "Annelerde psikolojik iyi oluş ile emzirme öz yeterliliği arasındaki ilişki/The relationship between psychological wellness and breastfeeding self-efficiency in mothers". Yüksek Lisans Tezi, Avrasya Üniversitesi, İstanbul.

McGuinness, M., Blissett, J. ve Jones, C. (2011). "OCD in the perinatal period: is postpartum OCD (ppOCD) a distinct subtype?" A review of the literature. Behav Cogn Psychother. 2011; 39(3):285-310.

McQueen, KA., Dennis, CL., Stremler, R. ve Norman, CD. (2011). "A pilot randomized controlled trial of a breastfeeding self-efficacy intervention with primiparous mothers". JOGNN 40 (1), 35-46.

Mızrak Şahin, B. ve Özerdoğan, N. (2014). "Başarılı emzirme için sosyal bilişsel ve emzirme öz-yeterlilik kuramına dayalı hemşirelik bakımı". Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 11 (3), 11-15.

Miller, ES., Hoxha, D., Wisner, KL. ve Gossett, DR. (2015). "Obsessions and Compulsions in Postpartum Women Without Obsessive Compulsive Disorder". J Womens Health, 24, 825-830.

Moore, ER. ve Coty, MB. (2006). “Prenatal and postpartum focus groups with primiparas: breastfeeding attitudes, support, barriers, self-efficacy and intention”. *Journal of Pediatric Health Care* 20 (1), 35-46

Muzik, M., Marcus, SM., Heringhausen, JE. ve Flynn, HA. (2009). “When depression complicates childbearing: Guidelines for screening and treatment during antenatal and postpartum obstetric care”. *Obstetrics & Gynecology Clinics of North America*, 36-771–788.

Navarro, P., Garcia-Esteve, L., Ascaso, C., Aguado, J., Gelabert, E. ve Martin-Santos, R. (2008). “Non-psychotic psychiatric disorders after childbirth: Prevalence and comorbidity in a community sample”. *J Affect Disord*, 109, 171–6.

O’Hara, MW. ve Wisner, KL. (2014). “Perinatal mental illness: definition, description and aetiology”. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 28(1), 3- 12.

O'Connor, TG., Heron, J., Golding, J., Beveridge, M. ve Glover V. “Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years”. (2002). Report from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *The British Journal of Psychiatry* 180, 502-508.

Ohman, SG., Grunewald, C. ve Waldenstrom U. (2003). “Women's worries during pregnancy: testing the Cambridge Worry Scale on 200 Swedish women”. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 17, 148-152.

Organization WH.(2016) International Classification of Diseases (ICD). ICD-10. <http://www.who.int/classifications/icd/en/> Erişim Tarihi: 20.10.2024.

Orr, ST., Blazer, DG., James, SA. ve Reiter, JP. (2007). “Depressive Symptoms and Indicators of Maternal Health Status During Pregnancy.” *Journal of Women’s Health*, 16, 535-42.

Ortaarık, E., Tekgöz, İ., Ak, M. ve Kaya, E. (2012). “İkinci Trimestir Gebelerde Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu İle İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi”. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1- 16-20.

Osborne, LM. (2018). “Recognizing and Managing Postpartum Psychosis: A Clinical Guide for Obstetric Providers.”. 45(3), 455-468.

Örün, E., Yalçın, SS., Madendağ, Y., Üstünyurt, Z., Kutluk, İ. ve Yurdakök, K. (2010). “Factors associated with breastfeeding initiation time in a Baby-Friendly Hospital”. *The Turkish Journal of Pediatrics*, 52(1), 10-16.

Özdemir, K., Menekşe, D. ve Çınar, N. (2019). “Development of Obsessive and Compulsive Behaviors Scale of Mothers in Postpartum Period Regarding Baby Care: Validity and reliability”. *Perspectives in Psychiatric Care*, 1-7.

Özkan, S. (1993). *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi Kitabı*. İstanbul: İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı.

Özmen, E., Demet, MM., Küey, L. ve Kültür, S. (1992). “Depresif bozuklukta belirti sıklığı”. İzmir Devlet Hastanesi Tıp Dergisi, 3, 435-440.

Öztürk, H. ve Şirin, A. (2000). “Doğum yapan annelerde algılanan sosyal destek faktörlerinin ve bunlara etki eden faktörlerin incelenmesi”. Ege üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 16, 31-40.

Öztürk, MO. ve Uluşahin, A. (2015). “Saplantı-Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluklar”, Ed. Ruh sağlığı ve bozuklukları, Nobel Tıp Kitapları.11.Baskı, Ankara, 365.

Paarlberg, KM., Wingerhoets JJM., Passchier J., Dekker GA. ve Geijn HPV. (1995). “Psychosocial factors and pregnancy outcome: A review with emphasis on methodological issues”. journal of psychosomatic research, 39(5), 563-595.

Paladine, HL., Blenning, CE. ve Strangas, Y. (2019). “Postpartum care: an approach to the fourth trimester. American Family Physician”.100(8), 485-491.

Pippins, J.R., Brawarsky, P., Jackson, R.A., Fuentes-Afflick, E. ve Haas, J.S.(2006). “Association of breastfeeding with maternal depressive symptoms”. J Women’s Health, 15, 754-62.

Prenoveau, J., Craske, M., Counsell, N., West, V., Davies, B. ve Cooper, P. (2013). “Postpartum GAD is a risk factor for postpartum MDD: the course and longitudinal relationships of postpartum GAD and MDD”. Depression and Anxiety, 30(6), 506-514. doi: 10.1002/da.22040

Priest, SR., Austin, MP., Barnett, BB. ve Buist, A. (2008). “A psychosocial risk assessment model (PRAM) for use with pregnant and postpartum women in primary care settings”. Archives of Women’s Mental Health, 11, 307-17.

Priest, SR., Henderson, J., Evans, SF. ve Hagan, R. (2003). “Stress debriefing after childbirth: A randomised controlled trial”. Medical Journal of Australia, 178:542-545.

Razurel, C., Bruchon-Schweitzer, M., Dupanloup, A. Irion, O. ve Epiney, M. (2011). “Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: a qualitative study”. Midwifery, 27, 237-242

Richter, J., Bittner, A., Petrowski, K., Junge-Hoffmeister, J., Bergmann, S., Joraschky, P. ve Weidner, K. (2012). “Effects of an early intervention on perceived stress and diurnal cortisol in pregnant women with elevated stress, anxiety, and depressive symptomatology”. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 33, 162-170.

Robertson, E., Grace, S., Wallington, T. ve Stewart, DE. (2004). “Antenatal risk factors for postpartum depression: A synthesis of recent literature”. General Hospital Psychiatry, 26, 289-295.

Rollins, NC., Bhandari, N. ve Hajeerhoy, N. (2016). Lancet Breastfeeding Series Group. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? Lancet, 387(10017), 491-504.

Rothenberger, SE., Moehler, E., Reck, C. ve Resch, F. (2011). Prenatal stress: "Course and interrelation of emotional and physiological stress measures." *Psychopathology*, 44, 60-67.

Runi, Ck., Dunkel-Schetter, C., Wodhwa, PD. ve Sandman, CA. (1999). "Psychological adaption and birth outcomes: The role of personel resources, stres and sociocultural context in pregnancy". *Health Psychology*, 18, 333-345.

Russell, EJ., Fawcett, JM. ve Mazmanian, D. (2013). "Gebe ve doğum sonrası kadınlarda obsesif-kompulsif bozukluk riski: Bir meta-analiz". *J Klinik Psikiyatri*, 74(4), 377–385.

Sadock, BJ., Sadock, VA. ve Ruiz, P. (2017). *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 10. baskı. Lippincott Williams and Wilkins.

Sadock BJ. "Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar". *Kaplan Sadock Synopsis of Psychiatry Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri*. Çeviri Editörü. Prof. Dr. Ali Bozkurt. 2016; 418.

Samli G, Kara B, Ünal PC, Samli B, Sarper N, Gökalp AŞ (2006). "Annelerin emzirme ve süt çocuğu beslenmesi konusundaki bilgi, inanış ve uygulamaları: niteliksel bir araştırma". *Marmara Medical Journal* 19 (1):13-20.

Savrun, M. (2008). "Gebelik ve depresyon". *Gebelik Özel Sayısı Klinik Gelişim*, 21, 165-166.

Schuermans, C. ve Kurrasch, DM. (2013). "Neurodevelopmental consequences of maternal distress: what do we really know?" *Clinical Genetics*, 83, 108-117.

Sertbaş, G. (2010). "Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluluk sürekli kaygı düzeylerinin incelenmesi ". *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 26 (ek)-66.

Sevindik, F. (2005). "Elazığ ilinde gebelikte depresyon prevalansı ve etkileyen faktörler". *Yüksek lisans tezi, Fırat Üniversitesi, Elazığ*.

Sevimli Güler, D. ve Çınar, N. (2022). "Annelerin Algıladıkları Sosyal Destek ile Annelik Deneyimleri Arasındaki İlişki". *Klinik ve Deneysel Sağlık Bilimleri*, 12 (1), 1-10. <https://doi.org/10.33808/clinexphealthsci.707258>, Erişim Tarihi: 25.09.2024

Sharma, V. ve Sommerdyk, C.(2015). "Doğum sonrası dönemde obsesif-kompulsif bozukluk: tanı, ayırıcı tanı ve yönetim". *Kadın Sağlığı, London*, 11(4) 543-52. doi: 10.2217/whe.15.20. Epub 2015 Ağustos 6. PMID: 26246310.

Sharma, V. (2019). "Role of sleep deprivation in the causation of postpartum obsessive compulsive disorder". *Medical Hypotheses*, 122, 58-61.

Sichel, DA., Cohen, LS., Dimmock, JA. ve Rosenbaum, JF. (1993) "Postpartum obsessive compulsive disorder: a case series". *J Clin Psychiatry*, 54, 156–9

Simkin, P., Whalley J., Keppler A., Durham J. ve Bolding A. (2010). "Hamilelik doğum ve bebek". (Yeniçeri S., Çev.). İstanbul: Yakamoz Kitap.

Sockol, L. E., Epperson, C. N., ve Barber, J. P. (2014). "The relationship between maternal attitudes and symptoms of depression and anxiety among pregnant and postpartum first-time mothers". *Arch Womens Ment Health*, 17(3), 199-212. doi: 10.1007/s00737-014-0424-9

Speisman, BB., Storch, EA. ve Abramowitz, JS. (2011). "Doğum sonrası obsesif-kompulsif bozukluk". *J Obstet Gynecol Neonatal Nursing*, 40 (6), 680-90.

Spinelli, MG. (2009). "Postpartum psychosis: detection of risk and management". *Am J Psychiatry*, 166(4), 405-8.

Stewart, D. (2005). "Depression during pregnancy". *Canadian Family Physician*, 51, 1061-1067.

Stewart, S. E., Beresin, C., Haddad, S., Egan Stack, D., Fama, J., ve Jenike, M. (2008). "Predictors of family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Annals of Clinical Psychiatry*," 20(2), 65-70.

Sutter-Dallay, AL., Giaccone-Marcasche, V., Glatigny-Dallay, E. ve Verdoux, H. (2004). "Hamilelik sırasında anksiyete bozukluğu olan kadınlarda yoğun doğum sonrası depresif semptomlar riski artmıştır: MATQUID kohortunun prospektif bir araştırması". *Eur Psychiatry*, 19 (8), 459-63.

Şahin, EM. ve Kılıçarslan, S. (2010). "Son trimester gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler". *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(1), 51-58.

Şahin, H. N., ve Soypak, F. (2010). "Erken loğusalık süresinde kadınların algıladıkları eş desteği". *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 41(4), 187-193.

Tarrant, R., Younger, K., Pereira, MS. ve Kearney, J. (2011) "Factors Associated with Duration of Breastfeeding in Ireland: Potential Areas for Improvement". *Journal of Human Lactation*, 27(3), 262-271.

Taşkın, L. (2020). *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği*. Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık.

Taşkın, L. (2016). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 13. Baskı. Ankara, Özyurt Matbaacılık.

Taşkın, L. (2024). "Yenidoğanın Beslenmesi". *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 9. Baskı. Ankara.

Teixeira, JM., Fisk, NM. ve Glover V. (1999). "Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: cohort based study". *British Medical Journal*. 318, 153-157.

Tekgöz, İ., Sunay, D., Çaylan, A. ve Kısa, C. (2009). "Gebeliğin son 3 ayında anksiyete bozukluğu ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi". *Türk Aile Hekimleri Dergisi*, 13(3), 132-136.

Tokat, M.A. ve Okumuş, H.(2013). “Emzirme öz-yeterlilik algısını güçlendirmeye temelli antenatal eğitimin emzirme öz-yeterlilik algısına ve emzirme başarısına etkisi”. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 10, 1, 21-9.

Tunç, S. (2005). “Gebelik ve cinsel doyum”. Yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.

Tunçel, NT. ve Süt, HK. (2019). “Gebelikte Yaşanan Anksiyete, Depresyon ve Prenatal Distres Düzeyinin Doğum Öncesi Bebeğe Bağlanmaya Etkisi”. JGON, 16(1), 9-17.

Tükel, R. ve Demet, MM. (2017). “Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar”. TPD yayıncılık ed. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 246 p.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2018) Ankara. http://www.sck.gov.tr/wpcontent/uploads/2020/08/TNSA2018_ana_Rapor.pdf (Erişim Tarihi: 25/10/2024).

Uguz, F., Gezginc, K., Zeytinci, IE., Karatayli, S., Askin, R. ve Guler, O. (2007) “Erken postpartum dönemde obsesif-kompulsif bozukluğun seyri: 16 vakanın prospektif analizi.”. Compr Psychiatry . 2007, 48 (6), 558–61.

Uguz, F., Akman, C., Kaya N. ve Çilli, AS. (2007). “Postpartum-onset obsessive-compulsive disorder: Incidence, clinical features, and related factors”. J Clin Psychiatry, 68, 132 8.

Ulaş, SC., Köken, S. ve Tayhan, E. (2017). “Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin annelik hüznünü önlemedeki rolü” Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 19.

Uludağ, E. (2017). “Erken lohusalık döneminde eş desteğinin emzirme öz yeterliliğine etkisi”. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

UNICEF Infant and young child feeding (IYCF) data. <https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/> (Erişim Tarihi:28.08.2024).

Üstün, G. (2013). “Gestasyonel diyabeti olan/olmayan kadınların emzirme durumlarının incelenmesi”Tez No: 353854, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi.

Üstüngör, N. (2022). “Doğum Sonu Obsesif Kompulsif Davranışların Anne-Bebek Bağlanmasına Etkisi”. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Türkiye.

Van Bussel, JC., Spitz, B. ve Demyttenaere, K. (2006). “Women's mental health before, during, and after pregnancy: A population-based controlled cohort study”. Birth, 33, 297-302.

Van den Bergh, BR., Van Calster, B., Smits, T., Van Huffel, S. ve Lagae, L. (2008). “Antenatal maternal anxiety is related to HPA-axis dysregulation and self-reported depressive symptoms in adolescence: A prospective study on the fetal origins of depressed mood”. Neuropsychopharmacology, 33, 536-545.

Vırıt O., Akbaş E., Savaş HA., Sertbaş G. ve Kandemir H. (2008). “Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi”. Nöropsikiyatri arşivi, 45, 9-13.

Von Elm, E., Altman, DG., Egger, M., Pocock, SJ., Gøtzsche, PC. ve Vandenbroucke, JP. (2008). "The strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: Guidelines for reporting observational studies". J Clin Epidemiol, 61(4), 344-349.

Vulink, NC., Denys, D., Bus, L. ve Westenberg HG. (2006). "Kadın hormonları obsesif-kompulsif bozuklukta semptom şiddetini etkiler". Int Clin Psychopharmacol. 21 (3), 171-5.

Wadhwa, PD., Sandman, CA., Porto, M., Dunkel-Schetter, C. ve Gaite, TJ. (1993) "The association between prenatal stress and infant birth weight and gestational age at birth: Aprospective investigation. American Journal of Obstetrics and Gynecology". 169, 858-865.

Weinstock, M. (2001). "Alterations induced by gestational stress in brain morphology and behaviour of the offspring". Progress in Neurobiology, 65, 427-451.

Wenzel, A., Gorman, LL., O'Hara, MW. ve Stuart S. (2001). "The occurrence of panic and obsessive-compulsive symptoms in women with postpartum dysphoria: a prospective study". Arch Womens Ment Health, 4, 5-12.

Woods, SM., Melville, JL., Guo, Y., Fan, MY. ve Gavin, A. (2010). "Psychosocial stress during pregnancy. American Journal of Obstetrics and Gynecology". 202, 61-67.

World Health Organization. (2021). Infant and young child feeding. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>.

Yakut, E. (2018). "Postpartum Dönemde Obsesif Kompulsif Bozukluk Seyrinin Demografik ve Klinik Özellikler ile İlişkisi". Uzmanlık Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya. (Tez Danışmanı Prof. Dr. Faruk Uğuz).

Yalçın Gözüyeşil, E., Şirin, A. ve Çetinkaya, Ş. (2003). "Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi". [Poster]. 3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Ankara.

Yalçın-Özsoylu, D., 2019. "Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde Bebeği Yatan Annelerin Emzirme Öz-yeterlilik ve Anksiyete Düzeylerinin Emzirme Başarısına Etkisi.". Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İstanbul: İstinye Üniversitesi.

Yali, AM., Lobel M. "Stress-resistance resources and coping in pregnancy. Anxiety, Stress and Coping," 2002, 15:289-309.

Yelland, J., Sutherland, G., Brown, S. J. (2010). "Postpartum anxiety, depression and social health: findings from a population-based survey of australian women." BMC Public Health, 10, 771. doi: 10.1186/1471-2458-10-771

Yenal, K., Tokat, MA., Ozan, YD., Çeçe, Ö. ve Abalı, FB. (2013). "Annelerin emzirme öz yeterlilik algıları ile emzirme başarıları arasındaki ilişkinin incelenmesi". Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 10 (2), 14-19.

Yeşilçiçek Çalık, K. ve Aktaş, S. (2011). “Gebelikte depresyon: sıklık, risk faktörleri ve tedavisi”. Psikiyatride güncel yaklaşımlar, 3(1), 142-162.

Yıldız Çiltaş, N. ve Köse Tuncer, S. (2019). “Gebelikte Distresin Tanımlanması:Erzincan Örneği”. Mehmet Akif Ersoy University Journal of Health Sciences Institute, 7 (1) 15-24. doi:10.24998/maeusabed.518546

Yıldız, F. Ü. ve Temiz G. (2007).” Doğum öncesi gelişim”. Konya: Atlas Kitapevi.

Yildiz, PD., Ayers, S. ve Phillips, L. (2017). “Depression, anxiety, PTSD and comorbidity in perinatal women in Turkey: A longitudinal population-based study”. Midwifery 2017, 55, 29–37.

Yücel, P., Çayır, Y. ve Yücel, M., (2013). “Birinci trimester gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğu.” Klinik Psikiyatri 16, 83-87.

Zambaldi, CF., Cantilino, A., Montenegro, AC., Paes, JA., Albuquerque, TL. ve Sougey EB.(2009). “Postpartum obsessive-compulsive disorder: prevalence and clinical characteristics”. Compr Psychiatry, 50, 503–509.

Zietlow, A. L., Schlüter, M. K., Nonnenmacher, N., Müller, M. ve Reck, C. (2014). “Maternal self- confidence postpartum and at pre-school age: the role of depression, anxiety disorders, maternal attachment insecurity”. Maternal and Child Health Journal, 18, 1873-1880. doi: 10.1007/s10995-014-1431-1

EKLER

EK-1. Epidemiyolojide gözlemsel çalışmaların raporlanmasının güçlendirilmesi (strobe) kontrol listesi (strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (strobe) checklist)

Madde No	Madde	Öneri	Raporlanan Sayfa Numarası
1	Başlık ve Özet	(a) Çalışmanın tasarımını başlık veya özette yaygın/genel kullanılan bir kelime/ terim ile belirtin	Başlıkta yer verilmiştir.
		(b) Özet için, çalışmada ne yapıldığına-ne bulunduğuna ilişkin bilgilendirici bir kısa metin oluşturun	iii-ix
2	Bilimsel Çerçeve/ Gerekçe	Raporlanan çalışmanın bilimsel arka planını/çerçevesini ve gerekçesini açıklayın	1-4 5-23
3	Amaçlar	Daha önce belirlenmiş hipotezler de dâhil olmak üzere, özgün amaçları belirtin	1-4
4	Çalışma Tasarımı	Çalışma tasarımına ait temel unsurları makalenin başlarında sunun.	iii-ix 1-4
5	Çalışma Düzeni/planı/akışı	Çalışmaya araştırma tasarımı, dâhil etme kriterleri, maruziyet durumları, takip durumu, veri toplama dönemleri belirtmek/detaylandırılmak üzere çalışmanın yapıldığı ortamları/yerleri ve tarihleri açıklayın.	24-30
6	Katılımcılar	(a) Kohort Çalışması- Katılımcıların çalışmaya alınma kriterlerini, seçim yöntemini, kaynaklarını açıklayın. Takip durumunu tarif edin. Vaka-kontrol çalışması- Vaka ve kontrol gruplarının seçim yöntemlerini, kaynaklarını ve uygunluk kriterlerini açıklayın. Vaka ve kontrol gruplarının seçilme gerekçelerini belirtin. Kesitsel çalışma- Katılımcıların çalışmaya alınma kriterlerini, seçim yöntemini, kaynaklarını ve takip durumunu açıklayın.	24-25
		(b) Kohort çalışması - Eşleşmiş (Bağımlı) çalışmalarda eşleşme kriterleri, maruziyet olan ve olmayanların sayısını belirtin. Vaka kontrol çalışması - Eşleşmiş (Bağımlı) çalışmalar için, eşleşme kriterleri ile vaka başına düşen kontrol sayılarını verin.	

EK-1. (Devam) Epidemiyolojide gözlemsel çalışmaların raporlanmasının güçlendirilmesi (strobe) kontrol listesi (strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (strobe) checklist)

7	Değişkenler	Tüm sonuçları, maruziyetleri, önsel tahmin edilen değişkenleri, potansiyel etki karıştırıcı ve etki değiştirici değişkenleri, açık olarak tanımlayın. Varsa tanı kriterlerini belirtin.	28-29
8	Veri Kaynakları / Ölçümler	İlgili her değişken için, veri kaynaklarını ve değerlendirme yöntemlerinin ayrıntılarını belirtin. Eğer birden fazla grup varsa, yöntemlerin karşılaştırılabilir olup olmadığını açıklayın.	24-30
9	Yanlılık/Taraf Tutma	Potansiyel yanlılıkları ve yanlılık kaynaklarını çözmeye yönelik çabaları tanımlayın	28-29
10	Örneklem Büyüklüğü	Örneklem büyüklüğüne nasıl ulaşıldığını açıklayın	24-25
11	Nicel/ Kantitatif Değişkenler	Nicel/Kantitatif değişkenlerin çalışmada nasıl ele alındığını açıklayın. Varsa hangi gruplandırmaların nasıl ve neden yapıldığını açıklayın	24-30
12	İstatistik Yöntemler	(a) Karıştırıcı faktörlerin kontrolü için kullanılan yöntemler de dahil olmak üzere, kullanılan tüm istatistik yöntemleri açıklayın. (b) Alt grupları ve grupların etkileşim etkisine yönelik kullanılan tüm yöntemleri tanımlayın (c) Eksik verilerin nasıl ele alındığını açıklayın (d) Kohort çalışma—Eğer varsa takipler sırasındaki veri kayıplarının nasıl ele alındığını açıklayın Vaka kontrol çalışması—Eğer varsa vaka kontrol eşleşmelerinin nasıl ele alındığını açıklayın Kesitsel çalışma—Eğer varsa örnekleme yöntemini dikkate alan, istatistik yöntemleri açıklayın.	31-42

EK-1. (Devam) Epidemiyolojide gözlemsel çalışmaların raporlanmasının güçlendirilmesi (strobe) kontrol listesi (strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (strobe) checklist)

13	Katılımcılar	(a) Çalışmanın her aşamasındaki kişi sayısını belirtin - örn. potansiyel olarak uygun kişi sayısı, uygunluk için değerlendirilen kişi sayısı, uygunluğu doğrulanan kişi sayısı, çalışmaya dâhil edilen kişi sayısı, takibi tamamlanan ve analiz edilen kişi sayısı	28-29
		(b) Çalışmanın her aşaması için katılamama sebeplerini belirtin	25
		(c) Bir akış şeması (diyagramı) kullanmayı düşünün	26
14	Tanımlayıcı Veriler	(a) Çalışmaya dâhil olan katılımcıların özellikleri (demografik, klinik, sosyolojik), maruziyetleri ve olası karıştırıcı değişkenleri hakkında bilgi verin	24-25 28-29
		(b) İlgili her değişken için eksik verisi olan katılımcıların sayısını belirtin	
		c) Kohort çalışma—Takip süresini özetleyin (ör. Ortalama ve toplam süre)	
15	Sonuç Verileri	Kohort çalışma— Elde edilen sonuç sayısını veya zaman içindeki ölçüm sonuçlarını belirtin	31-42 42-44
		Vaka-kontrol çalışması—Her bir maruziyet kategorisindeki sayıları ve maruziyet ölçümlerini belirtin	
		Kesitsel çalışma—Çalışmanın sonuçları ve özet ölçümleri raporlayın	
16	Başlıca Bulgular	(a) Düzeltilmemiş ve varsa karıştırıcıya göre düzeltilmiş tahminler ve bunların doğruluk derecelerini verin (ör, 95% güven aralığı). Hangi karıştırıcıların düzeltildiğini ve neden dâhil edildiklerini açıkça belirtin	31-42
		(b) Sürekli değişkenlerin kategorilere ayrılması halinde, kategorilerin sınır değerlerini belirtin	

EK-1. (Devam) Epidemiyolojide gözlemsel çalışmaların raporlanmasının güçlendirilmesi (strobe) kontrol listesi (strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (strobe) checklist)

		(c) Eğer uygunsa, göreceli risk tahminlerini anlamlı bir zaman diliminde mutlak riske dönüştürmeyi düşünün	
17	Diğer Analizler	Yapılan diğer analizleri- örneğin alt grup analizlerini, etkileşim etkilerini ve duyarlılık analizlerini bildirin	-
18	Temel/ Anahtar Bulgular	Çalışmanın amaçlarına gönderme yaparak anahtar bulguları özetleyin	42-44, 52
19	Sınırlılıklar/ Kısıtlılıklar	Çalışmanın sınırlılıklarını, potansiyel yanlılık veya hata kaynaklarını dikkate alarak tartışın. Herhangi bir olası yanlılığın hem yönü hem de boyutunu tartışın	30
20	Yorumlama	Amaçlar, kısıtlılıklar, analizlerin çeşitliliği, benzer çalışmalardan elde edilen sonuçlar ve diğer ilgili kanıtları dikkate alarak sonuçları genel olarak dikkatli bir şekilde yorumlayın	44-52
21	Genellenebilirlik	Çalışma sonuçlarının genellenebilirliğini (harici geçerliliğini) tartışın	42-52
22	Bütçe/ Finansman/ Çalışma Fonu	Çalışmanın fon kaynağını ve yatırımcıların çalışmadaki rollerini açıklayın. Eğer çalışmanın dayanak aldığı orjinal çalışma için fon kaynağı varsa bu yatırımcıların çalışmadaki rollerini belirtin	-

EK-2. Katılımcı bilgi formu

KATILIMCI BİLGİ FORMU

Bu araştırma, “Gebelikte Distres Deneyimleyen Kadınların Doğum Sonrası Emzirme Öz Yeterliliğinin ve Bebek Bakımında Obsesif Kompulsif Davranışlarının İncelenmesi”ni değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır. Çalışmamıza katıldığınız ve soruları eksiksiz olarak cevapladığınız için teşekkür ederiz.

Doç. Dr. Semiha AYDIN ÖZKAN- Ebe Zeynep MARAŞ

1-Yaşınız:..... Tel:

2-Eğitim durumunuz:

1) İlkokul 2) Ortaokul 3) Lise 4) Üniversite ve üzeri

3-Çalışma durumunuz:

1) Çalışıyorum 2) Çalışmıyorum

4-Aile tipiniz:

1) Çekirdek aile 2) Geniş aile

5-Gelir durumunuz:

1) Gelir giderden az 2) Gelir gidere denk 3) Gelir giderden fazla

6- Gebelik haftanız:.....

7- Gebelik sayınız:.....

8- Abortus (Düşük) Sayınız.....

9- Çocuk sayınız:

10-Planlı gebelik mi?

1) Evet 2) Hayır**11-Gebelikte düzenli olarak kontrollere gidiyor musunuz?**

EK-2. (Devam) Katılımcı bilgi formu

1) Evet 2) Hayır

12-Gebeliğinizde sosyal desteğiniz kim(Eş, aile arkadaş)..... ve yeterli mi?

1) Evet 2)Hayır

Buradan sonraki sorular doğumdan sonra doldurulacaktır.

13-Doğum şekliniz?.....

Eğer sezaryen ile doğum yaptı ise neden sezaryen olduğu...

14-Lohusalık gününüz:.....

15-Bebeğinizin cinsiyeti nedir?

1) Kız 2) Erkek

16-Bebeğinizin doğum kilosu ve boyu: Kg..... Boy:.....

17-Bebeğinizi emziriyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

18-Bebek bakımında destek olan birileri var mı?

1)Evet

2)Hayır

EK-3. Tilburg gebelikte distres ölçeği**TİLBURG GEBELİKTE DİSTRES ÖLÇEĞİ**

Aşağıda gebeliğiniz ile ilgili sorular bulunmaktadır. Son 7 gün boyunca kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden kutucuğu işaretleysin. Lütfen her bir soru için sadece bir cevap işaretleysin.

İFADELER	Çok sık	Oldukça Sık	Ara Sıra	Nadiren veya Hiç
1.Gebeliğimden keyif alıyorum.	0	1	2	3
2.Eşimle birlikte, gebelik sürecinden keyif aldığımızı hissediyorum.	0	1	2	3
3.Gebelikle ilgili endişelerim var.	0	1	2	3
4.Gebelik eşimle beni daha da yakınlaştırdı.	0	1	2	3
5.Doğum eylemi ile ilgili endişelerim var.	0	1	2	3
6.Bebeğimin sağlığı konusunda endişelerim var.	0	1	2	3
7.Doğumdan sonra eşimle ilgili sorunlar yaşayabileceğim konusunda endişelerim var.	0	1	2	3
8.Eşim tarafından desteklendiğimi hissediyorum	0	1	2	3
9.Doğumdan sonraki dönemle ilgili ekonomik durumumuza yönelik endişelerim var	0	1	2	3
10.Doğum esnasında kontrolümü kaybedeceğimden korkuyorum.	0	1	2	3
11.Doğum eylemi ile ilgili seçenekler (normal doğum, sezeryan, ağrısız doğum, evde doğum vb.) üzerinde sıklıkla düşünüyorum.	0	1	2	3
12.Doğum eylemi beni korkutuyor.	0	1	2	3
13.Doğum eylemi ile ilgili anlatılan hikayeler beni çok geriyor.	0	1	2	3
14.Gebeliğin getirdiği fiziksel rahatsızlıkların doğumdan sonra da devam edebileceği endişesini yaşıyorum.	0	1	2	3
15.Duygu ve düşüncelerimi eşimle gerçekten paylaşabiliyorum.	0	1	2	3
16.Gebelikte çok fazla kilo alacağım diye endişeleniyorum.	0	1	2	3

EK-4. Emzirme öz-yeterlilik ölçeği- kısa şekli**EMZİRME ÖZ-YETERLİLİK ÖLÇEĞİ- KISA ŞEKLİ**

Emzirme ile ilgili kendinize ne kadar güvendiğinizi en iyi açıklayan ifadeyi bu cümlelerin her birini seçiniz. Sizin hislerinize en yakın olan numarayı yuvarlak içine alarak cevaplayınız.

Doğru veya yanlış cevap yoktur.

Ölçek Maddeleri	Hiç emin değilim	Çok emin değilim	Bazen eminim	Eminim	Çok eminim
1.Bebeğimin yeterli süt alıp almadığını her zaman anlayabilirim	1	2	3	4	5
2.Diğer işlerde olduğu gibi emzirmede de her zaman başarılı olabilirim	1	2	3	4	5
3.Bebeğimi ek olarak mama vermeden her zaman emzirebilirim	1	2	3	4	5
4.Emzirme boyunca bebeğimin memeyi uygun bir şekilde kavramasını her zaman sağlayabilirim.	1	2	3	4	5
5. Emzirmeyi her zaman beni memnun edecek şekilde yürütebilirim.	1	2	3	4	5
6. Ağlasa bile bebeğimi her zaman emzirebilirim.	1	2	3	4	5
7. Emzirmek konusunda her zaman istekliyim.	1	2	3	4	5
8. Ailemin yanında her zaman bebeğimi rahatlıkla emzirebilirim	1	2	3	4	5
9. Emzirmekten her zaman memnuniyet duyuyorum	1	2	3	4	5
10. Emzirmenin zaman alıcı olması benim açımdan hiçbir zaman sorun olmaz.	1	2	3	4	5
11. Diğer memeye geçmeden önce bebeğimi ilk verdiğim memeden ayırabilirim.	1	2	3	4	5
12. Her öğünde bebeğimi anne sütüyle besleyebilirim	1	2	3	4	5
13. Bebeğimin emme isteğini her zaman anlayabilirim	1	2	3	4	5
14. Bebeğimin emmeyi bitirmek istediğini her zaman anlayabilirim	1	2	3	4	5

EK-5. Postpartum dönemde annelerin bebek bakımı ile ilgili obsesif ve kompulsif davranışlar ölçeği

POSTPARTUM DÖNEMDE ANNELERİN BEBEK BAKIMI İLE İLGİLİ OBSESİF VE KOMPULSİF DAVRANIŞLAR ÖLÇEĞİ

MADDELER	Beni çok tanımlıyor	Beni genellikle tanımlıyor	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok az tanımlıyor	Beni hiç tanımlamıyor
1. Gece bebeğim boğulur korkusuyla uyuyamam.					
2. Bebeğimin mikrop kapmaması için onu gün içerisinde defalarca temizlerim.					
3. Bebeğimin mikrop kapacağı endişesi ile ona dokunmaktan çekinirim.					
4. Bebeğimin boğulmasından korktuğum için onu emzirirken nefes alıp almadığını devamlı kontrol ederim.					
5. Bebeğimin hastalanmasından korktuğum için evden çıkarmam					
6. Bebeğim benim bulunmadığım bir ortamda olduğunda tedirgin olurum.					
7. Başka birinin bebeğime dokunmasına izin vermem.					
8. Sürekli bebeğimin başına bir şey geleceği endişesi yaşarım					
9. Her an tüm dikkatimin bebeğimin üzerinde olması gerektiğini düşünüyorum.					

EK-7. Anket araştırmaları için aydınlatılmış onam formu

Sevgili Katılımcılar,

Gebelikte Distres Deneyimleyen Kadınların Doğum Sonrası Emzirme Öz Yeterliliğinin Ve Bebek Bakımında Obsesif Kompulsif Davranışlarının İncelenmesi başlıklı bu araştırma, Adıyaman Üniversitesi Ebelik AD tarafından yapılmaktadır. Araştırma 13 haftalık ve üzeri gebelik haftası olan kadınların gebelikte deneyimlediğı distresin postpartum dönemde emzirme öz yeterliliğı ve bebek bakımında obsesif kompulsif davranışları incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla sağlık profesyonellerinin kadınlara gebelikte yaşanan distres ve distres sonucunda doğum sonrası emzirme öz yeterliliğı ve obsesif kompulsif davranışlar gösteren annenin bebek bakımında daha iyi bilgilendirmeleri için doğum öncesi ve doğum sonrası sağlık profesyonelleri olan ebeler tarafından gerekli eğitimler verilmesi yönünde olup bu alanda eksiklik saptanırsa yeni düzenlemeler yapılabilmesi öngörülmektedir. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır. Araştırmaya katılmanız gönüllölük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya “bilimsel amaçlar için”) kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Anketimiz 4 bölümden oluşmakta olup 2 anket gebelik döneminde kalan 2 ankette doğumdan sonra lohusalık 2-8. Haftalar arasında araştırma ekibi tarafından katılımcı bilgi formunda belirttiğiniz iletişim adresinden sizlere ulaşıp gerekli veriler alınacaktır. İlk 2 anket toplamda 28 sorudan oluşup 10-15 dk süren çalışmada, yanıtlarınızı soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı daire içine alarak ya da açık uçlu sorularda sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebileceğiniz sorularda, size uygun gelen bütün seçenekleri işaretleyiniz. Eğer sorunun yanıtları arasında “diğer” seçeneğı mevcutsa ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi(ler) ile iletişim kurabilirsiniz:

Sorumlu: Doç. Dr. Semiha AYDIN ÖZKAN
Adıyaman Üniversitesi Ebelik Anabilim Dalı
Araştırma ekibi: Zeynep MARAş

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

☐

Kabul ediyorum