

T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KADINLARDA DOĞUM MEMNUNİYETİ İLE
DOĞUM SONU DEPRESYON ARASINDAKİ
İLİŐKI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Nuran Nur TÜRKELİ

Hemşirelik Anabilim Dalı

TEZ DANIŐMANI

Prof. Dr. Nülüfer ERBİL

ORDU-2022

ONAY

TEZ BİLDİRİMİ

Tez yazım kurallarına uyularak hazırlanan bu tezin yazılması aşamasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başka eserlerden yararlanılması halinde bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, hazırlanan tezin herhangi bir kısmının bu üniversite ya da başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Nuran Nur TÜRKELİ

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca birçok konuda uzman görüşü, bilgisi, ilgisi, sabrı ve motivasyonu ile bana her zaman yol gösteren, tez çalışmamın her aşamasında beni destekleyen ve etik ilkeler çerçevesinde geleceğe dair yön veren danışmanım Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Prof. Dr. Nülüfer ERBİL'e,

Yüksek lisans eğitimim boyunca emeği geçen ve tez savunma sınavımda verdiği önerilerle katkı sağlayan Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Dr. Öğr. Üyesi Ebru ŞAHİN'e,

Yüksek lisans tezime verdiği önerilerle katkı sağlayan Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Doç. Dr. Aslı SİS ÇELİK'e,

Tezimin düzenlenmesinde desteklerini esirgemeyen Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdür Yardımcısı Sayın Doç. Dr. Erdal ARI'ya

Yüksek lisans eğitimime katkıları ve desteği bulunan Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğretim üyelerine,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilimsel çalışmalarımın ilerlememi destekleyen ve manevi olarak yanımda olan aileme ve arkadaşlarıma,

Tüm kalbimle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Nuran Nur TÜRKELİ

ÖZET

KADINLARDA DOĞUM MEMNUNİYETİ İLE DOĞUM SONU DEPRESYON ARASINDAKİ İLİŞKİ

Amaç: Bu araştırma, kadınlarda doğum memnuniyeti ile doğum sonu depresyon arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte olan çalışmanın örnekleme, Türkiye'nin Karadeniz Bölgesindeki bir üniversite hastanesinin kadın doğum ve çocuk hastalıkları polikliniklerine 10.07.2020-31.12.2020 tarihleri arasında başvuran, en fazla bir yıl önce doğum yapmış olan, alınma kriterlerini karşılayan ve araştırmayı katılmayı kabul eden 300 kadın alınmıştır. Araştırmanın verileri, Kişisel Bilgi Formu, Doğum Memnuniyeti Ölçeği (DMÖ-R) ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon (EPDÖ) Ölçeği ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, Kurtosis ve Skewness katsayıları, t testi ve One way ANOVA testi, Sheffe testi ve LSD, Pearson korelasyon analiz testi kullanılmıştır. Ayrıca çoklu regresyon analiz testi ile değişkenler arasındaki ilişkiler analiz edilmiştir. Ölçeklerin iç geçerliliği Cronbach alfa katsayısı ile değerlendirilmiştir. Önemlilik düzeyi $p < 0.05$ alınmıştır.

Bulgular: DMÖ-R puan ortalaması 23.35 ± 4.47 , DMÖ-R'nin alt boyutları olan "bakım hizmetlerinin kalitesi" için 10.23 ± 2.76 , "travayda yaşanan stres" için 28 ± 2.16 , "kadının kişisel özellikleri" için 4.83 ± 1.26 olduğu bulunmuştur. EPDÖ puan ortalaması 6.31 ± 4.99 bulunmuştur. EPDÖ'nün kesme puanı olan 13 ve üzerinde alan kadınların oranı %10.3 bulunmuştur. Kadınların EPDÖ puan ortalamaları ile toplam DMÖ-R ($r = -.392$) ve alt boyutları olan "Travayda yaşanan stres" ($r = -.337$), "kadının kişisel özellikleri" ($r = -.393$) puan ortalamaları ile arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişkiler, "bakım hizmetlerinin kalitesi" alt boyutu arasında negatif yönde düşük düzeyde anlamlı ilişki ($r = -.195$) saptanmıştır ($p < 0.01$). Çoklu regresyon katsayılarının analizinde, doğum sayısı ($p = 0.013$), çocuk sayısı ($p = 0.014$), gelir düzeyi ($p = 0.011$), doğumdan sonra geçen süre ($p = 0.030$) DMÖ-R'ün alt boyutları olan "Kadının kişisel özellikleri" ($p = 0.000$), "Bakım hizmetlerinin kalitesi" ($p = 0.001$), "Travayda yaşanan stres" ($p = 0.038$) değişkenlerinin doğum sonrası depresyon üzerinde önemli belirleyiciler olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Çalışmanın sonucunda, kadınlarda doğum memnuniyeti arttıkça doğum sonu depresyonun azaldığı, çoklu regresyon analizinde, doğum memnuniyetinin depresyonun önemli belirleyicileri olduğu bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Doğum, doğum memnuniyeti, doğum deneyimi, doğum sonu depresyon, hemşirelik

ABSTRACT

RELATIONSHIP BETWEEN BIRTH SATISFACTION AND POSTPARTUM DEPRESSION OF WOMEN

Aim: This research was conducted to investigate the relationship between birth satisfaction and postpartum depression in women.

Material and Method: The sample of this descriptive and correlational study included 300 women who applied to the obstetrics and pediatrics polyclinics of a university hospital in the Black Sea Region of Turkey between 10.07.2020-31.12.2020, gave birth at most one year ago, met the inclusion criteria and agreed to participate in the study. The data of the study were collected with Personal Information Form, Birth Satisfaction Scale (BSS-R) and Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS). Descriptive statistical methods, Kurtosis and Skewness coefficients, t test and One way ANOVA test, Sheffe test and LSD, Pearson correlation analysis test were used in the evaluation of the data. In addition, the relationships between the variables were analyzed with the multiple regression analysis test. The internal validity of the scales was evaluated with the Cronbach's alpha coefficient. The significance level was taken as $p < 0.05$.

Result: The BSS-R mean score was found to be 23.35 ± 4.47 , 10.23 ± 2.76 for "quality of care services", which are the sub-dimensions of BSS-R, 28 ± 2.16 for "stress experienced in labor", and 4.83 ± 1.26 for "woman's personal characteristics". The mean EPDS score was 6.31 ± 4.99 . The rate of women who received the cut-off point of EPDS 13 and above was found to be 10.3%. There is a negative correlation between the mean EPDS scores of the women and the total BSS-R ($r = -.392$) and the sub-dimensions of "stress experienced in labor" ($r = -.337$) and "personal characteristics of the woman" ($r = -.393$). A moderately significant relationship was found in the direction, and a low significant relationship in the negative direction ($r = -.195$) between the "quality of care services" sub-dimension ($p < 0.01$). In the analysis of multiple regression coefficients, the number of births ($p = 0.013$), the number of children ($p = 0.014$), income level ($p = 0.011$), and time after birth ($p = 0.030$) were the sub-dimensions of the DME-R "Personal characteristics of women" ($p = 0.000$), "Quality of care services" ($p = 0.001$), "Stress experienced in labor" ($p = 0.038$) variables were found to be important determinants of postpartum depression.

Conclusion: As a result of the study, it was found that postpartum depression decreased as women's birth satisfaction increased, and in multiple regression analysis, birth satisfaction was found to be an important determinant of depression.

Keywords: Birth, birth satisfaction, birth experience, postpartum depression, nursing

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

İÇ KAPAK SAYFASI.....	
ONAY	
TEZ BİLDİRİMİ.....	I
TEŞEKKÜR.....	II
ÖZET.....	III
ABSTRACT	III
İÇİNDEKİLER	V
TABLolar DİZİNİ	VIII
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	IX
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	2
1.3. Araştırma Soruları.....	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Memnuniyet	3
2.2. Hasta Memnuniyeti	3
2.3. Doğum Memnuniyeti	4
2.4. Doğumda Memnuniyeti Etkileyen Faktörler	4
2.5. Doğum Sonu Dönem.....	8
2.6. Doğum Sonu Depresyon	9
2.7. Doğum Memnuniyetinin Doğum Sonu Depresyon İle İlişkisi	11
2.8. Hemşirelik Yaklaşımı	13
3. GEREÇ VE YÖNTEM	15

3.1. Araştırmanın Türü.....	15
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	15
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	15
3.3.1. Araştırmanın Evreni	15
3.3.2. Araştırmanın Örneklem Seçimi.....	15
3.3.2.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri	16
3.3.2.2. Araştırmadan Dışlama Kriterleri.....	16
3.4. Veri Toplama Araçları	16
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu	17
3.4.2. Doğum Memnuniyet Ölçeği	17
3.4.3. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği	18
3.5. Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması	18
3.6. Verilerin Toplanması	18
3.7. Değişkenler	18
3.7.1. Bağımlı Değişkenler	18
3.7.2. Bağımsız Değişkenler.....	19
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu	19
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	19
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	20
3.11. Araştırmanın Uygulanması Sırasında Karşılaşılan Güçlükler	20
4. BULGULAR.....	21
5. TARTIŞMA	34
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	42
6.1. Sonuçlar	42
6.2. Öneriler	44

KAYNAKLAR	46
EKLER	56
Ek 1. Kişisel Bilgi Formu	56
Ek 2. Doğum Memnuniyeti Ölçeği	57
Ek 3. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği	58
Ek 4. Doğum Memnuniyeti Ölçeği Kullanım İzni.....	59
Ek 5. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Kullanım İzni.....	60
Ek 6. Kurum İzni.....	61
Ek 7. Etik Kurul İzni	62
Ek 8. Bilgilendirilmiş Onam Formu	63
ÖZGEÇMİŞ	64

TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 4.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	21
Tablo 4.2. Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	22
Tablo 4.3. Kadınların Doğumla İlişkili Özelliklerine Göre Dağılımı.....	23
Tablo 4.4. DMÖ-R ve Alt Boyutları ile EPDÖ Ortalama Puanları, Standart Sapma Puanları ve Cronbach Alfa Değerleri.....	24
Tablo 4.5. Kadınların EPDÖ Kesme Puanına Göre Depresyon Düzeylerinin Dağılımı ve DMÖ-R ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	25
Tablo 4.6. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre EPDÖ ve DMÖ-R Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	26
Tablo 4.7. Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre EPDÖ ve DMÖ-R Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	28
Tablo 4.8. Kadınların Doğumla İlişkili Özelliklerine Göre EPDS ve DMÖ-R Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	30
Tablo 4.9 Kadınların EPDÖ ile DMÖ-R ve Alt Boyutlarının Puanları Arasındaki İlişkiler.....	31
Tablo 4.10 Kadınların Doğum Sonu Depresyon Düzeyi Belirleyicileri Çoklu Regresyon Analizi Bulguları.....	33

SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACOG	:	Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği
Ark	:	Arkadaşları
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
DMÖ-R	:	Doğum Memnuniyeti Ölçeği Revize Formu
EPDÖ	:	Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği
WHO	:	World Health Organization

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kadınların doğumda hissettiği duygular, rutinleşmiş müdahaleler, sağlık profesyonelleriyle karşılıklı iletişim, ortamın fiziksel şartları kadının doğum deneyimi olarak ifade edilir (Uysal, 2017). Doğum deneyimi kadınların kişisel beklentileri, doğum ortamı, doğum bakım politikaları ve doğum sırasındaki bakım desteğinin miktarı ve niteliğinden etkilenir (Bell ve Andersson, 2016).

Doğum eylemi, bilimsel ve teknolojik gelişmelerle birlikte anne ve bebek için daha güvenli bir hale gelmiştir ve doğum sürecinin amaçları değişmiştir. Bu amaçlar, güvenli bir doğum gerçekleştirmekle birlikte, annenin doğumdan memnuniyetini sağlamak ve anneye olumlu bir doğum deneyimi yaşatmaktır. Bu nedenle, son zamanlarda kadınların doğumda aldıkları bakımdan memnuniyetleri ve doğum deneyimleriyle ilgili yapılan çalışmaların önemi artmaktadır (Aktaş, 2016).

Kadınların doğum deneyimleri önemli ölçüde değişmiştir. Doğumda indüksiyon kullanılması, elektronik fetal izlem gibi teknolojiye bağlı değişiklikler hemşirelik bakımının niteliğini değiştirdiği gibi hastanede kalış süresini de kısaltmıştır. Bu değişiklikler kadınların doğum bakımı deneyimlerini ve memnuniyetlerini etkilemektedir (Shaban ve ark., 2016). Ürdün’de yapılan bir çalışmada annelerin doğumda aldıkları bakımdan %75.6’sının memnun olmadığı, sağlık çalışanlarının doğum ağrısı yönetimindeki yetersizlikleri, doğumun ağrılı geçmesi ve doğuma tanımadıkları kişilerin katılımının memnuniyetsizliğe neden olduğunu belirtmişlerdir (Shaban ve ark., 2016). Kadınların doğum deneyimlerinin psikolojik sağlıkları üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır (İşbir ve İnci, 2014).

Gebelik ve doğum nedeniyle gelişen değişikliklere kadınların çoğu kolaylıkla adapte olurken, kadınların bazılarında ise değişimler hafif, orta ve şiddetli seviyelerde psikiyatrik sorunlara neden olabilmektedir. Ülkemizde doğumdan sonraki hafta ile 18. ay arasında yapılmış çalışmalar doğum sonu depresyon oranının %12.5-42.7 arasında değişiklik gösterdiğini belirtmektedir (Özkan ve ark., 2014; Demir ve ark., 2016). “Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ)” kullanılan bir çalışmada doğum sonu depresyon %35.5 oranında bulunmuştur. Kadınların yaklaşık olarak %13’ünde ilk doğum sonrası 3 ay içinde depresyon görülmektedir ve

ilk doğumdan sonraki bir yıl içinde bu oran %19.2 gibi yüksek değerlere ulaşabilmektedir (Özkan ve ark., 2014). McCall-Hosenfeld ve arkadaşlarının (2016) doğum sonu depresyon seyrini belirlemek için 3006 primipar kadınla yaptığı çalışmada; gebeliğinde depresyonda olan kadınlar doğum sonrası birinci yılda depresyonda kalmış veya hafif iyileşme göstermiş, ancak gebeliğinde depresyon görülmeyen kadınların bazıları (%1.7) doğum sonrası 6. ayda depresyon belirtileri göstermiş ve ilk yılın sonunda bu belirtilerin arttığı gözlenmiştir.

Doğum memnuniyeti, anne, yenidoğan ve aile sağlığı için önemli bir konudur (Serhatlıoğlu ve Karahan, 2018). Doğumlarda mortalite ve morbidite oranlarını düşürmek kadar doğum memnuniyetinin artırılması da önemlidir. Bir yandan hastane hizmetlerinde iyileştirmeler yapılırken diğer yandan da sağlık çalışanlarının sürekli desteği öne çıkmaktadır (Çoker ve ark., 2015). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) anne ölümlerini azaltmak için her doğumda profesyonel bakımı teşvik etmekte ve sağlık hizmetlerinin kalitesini ve etkinliğini artırmak için kadınların memnuniyetinin değerlendirilmesini önermektedir (WHO, 2019).

Doğum memnuniyeti ve doğum sonu depresyon ile ilgili ülkemizde ve dünyada yapılmış çalışmalar bulunmaktadır, ancak kadınlarda doğum memnuniyeti ile doğum sonu depresyon arasındaki ilişkinin geçerli ve güvenilir ölçme araçlarıyla incelendiği çalışmalar sınırlıdır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, kadınlarda doğum memnuniyeti ile doğum sonu depresyon arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

1.3. Araştırma Soruları

1. Kadınlarda doğum memnuniyeti ne düzeydedir?
2. Kadınlarda doğum sonu depresyon riski nedir?
3. Kadınlarda doğum memnuniyeti ile doğum sonu depresyon arasında ilişkili var mıdır?
4. Kadınlarda doğum memnuniyeti ve doğum sonu depresyonu etkileyen faktörler nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Memnuniyet

Memnuniyet kavramının, kökeni Latince olup “yeterli” anlamına gelmektedir. Memnuniyet, “memnun olma, sevinç duyma, sevinme” şeklinde tanımlanmaktadır (TDK, 2022).

Kurumların memnuniyet oluşturmak temel hedeflerindedir ve bir süreci içerisinde barındırır. Memnuniyet düzeyinin belirlenmesi ve artırılması için, memnuniyet sağlanacak kişiler, beklentiler, ihtiyaçlar, beklenti ve ihtiyaçlarını etkileyen algıların neler olduğunun belirlenmesi gerekir. Algı doğru şekilde çözümlendiğinde memnuniyet düzeyini arttıracak hareket planının oluşturulabileceği ifade edilmektedir (Çelebi, 2015). Sağlık hizmetini kaliteli bir şekilde sunabilmek kurumların rekabet unsurlarından en önemlisidir. Memnuniyet kavramı, sağlık hizmetlerinin kalitesinin nicelik ve niteliğinin değerlendirilmesinde karşımıza çıkmaktadır (Koç, 2016).

2.2. Hasta Memnuniyeti

Hasta memnuniyeti, sağlık kuruluşlarının temel çıktılarındandır. “Hastanın istek, beklenti ve değer yargılarının karşılanma düzeyi konusunda bilgi veren, bakımın kalitesini gösteren ve karar verme otoritesinin hastaya ait olduğu temel ölçüt” şeklinde tanımlanır. Hasta, bekledikleri ve algıladıkları arasında kalite kıyaslaması yapar ve memnuniyet durumuna karar verir. Yani hasta memnuniyeti, beklenen ve algılanan kalitenin bir işlevidir (Hekimoğlu ve ark, 2015).

Sağlık hizmetlerinde kalitenin göstergelerinden olan hasta memnuniyetiyle ilgili çalışmalar zaman içinde artmıştır ve sağlık hizmetlerine kalitenin değerlendirilmesinde önemli veriler sunmuştur. Yaşam memnuniyeti araştırmasında, sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranları özel muayenehanelerden %87.1, aile sağlığı merkezlerinden %70.1, devlet hastanelerinden %69.1, şehir hastanelerinden %72.7, üniversite hastanelerinden %65 bulunmuştur (Türkiye İstatistik Kurumu, 2022). Memnuniyet verileri; hizmetin ihtiyaç ve beklentiyi karşılayacak şekilde planlanması, kontrol edilmesi, örgütlenmesi ve yönlendirilmesini sağlayacaktır. Bu

sebeple kaliteli hizmet sunmayı amaçlayan sağlık işletmeleri düzenli aralıklarla hastanın memnuniyet düzeyini ölçmelidir (Koç, 2016).

2.3. Doğum Memnuniyeti

Doğum memnuniyeti, gebenin doğuma hazır olması ve saygı görmesi, etkin bir iletişim kurması, ağrıyla başetme yöntemlerinin kullanılması, kesintisiz destek, doğumu uygun pozisyonda minimum obstetrik müdahale ile gerçekleştirmesi şeklinde tanımlanmaktadır (Koç, 2016; Yılmaz ve Başer, 2017; Serhatlıoğlu ve Karahan, 2018).

Doğum deneyiminin olumlu olması, potansiyel olarak annenin özgüvenini güçlendirerek ve anne ile çocuk arasındaki bağı geliştirerek uzun süreli yararlar sağlayabilir. Doğum deneyimi, bir kadının başka bir çocuğa sahip olma isteğini ve sonraki doğum için doğum tercihini etkileyebilir. Buna karşın, doğum deneyimi olumsuz olan kadınların genel doğurganlık oranları düşüktür, sonraki gebeliği bekleme süreleri daha uzundur ve sezaryen doğumu tercih etme olasılığı daha yüksektir (Elvander ve Ark., 2013).

Doğum sırasında yaşanan deneyimlerin olumsuz olması doğum korkusu oluşturabilmekte; uzun seneler anlatılan doğum hikayeleri içinde yer alabilmektedir. Kadınlar arasında bu olumsuz deneyimlerin dilden dile yayılması, ayrıca görsel medyada izlenen ağırlı doğum sahneleri, kadınlarda olumsuz doğum algısı oluşturmaktadır (Ergöl ve Kürtüncü, 2014).

2.4. Doğumda Memnuniyeti Etkileyen Faktörler

Çoğu anne doğumu olumlu bir deneyim olarak tarif ederken, bazı anneler ise doğumu acı verici bir olay olarak tanımlamaktadır (Taşkın, 2016; Henriksen ve ark., 2017). Doğuma yönelik memnuniyetin, fiziksel ve psikososyal faktörler tarafından etkilendiği bilinmektedir (Akın ve Turfan, 2016). Whitburn ve arkadaşları (2017) doğum sırasında yaşanan ağrı algısının kadınların doğum memnuniyetini etkileyen belirleyici faktör olduğunu, kadının acıya gösterdiği tepkinin ağrı algısından etkilendiğini ve acıyı hafifletmede desteğe ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir.

Doğum algısı, kişiden kişiye göre farklılık göstermektedir. Doğumun farklı algılanmasında birçok neden bulunmaktadır. Bu nedenlerden bazıları şu şekildedir (Kapısız ve Ark., 2017);

- Sağlık personeline güvenip güvenmeme
- Anne adayının doğumun nasıl gerçekleşeceği konusundaki bilgi düzeyi
- Anne adayının doğum yapabilme gücüyle ilgili düşüncesi
- Ağrı
- Doğumda çaresiz kalma
- Doğumda panik yaşama
- Doğum sırasında kontrol kaybı ve kontrolsüz çılgılık atma
- Acil sezaryen olma durumu
- Anne ve bebeğin doğum sırasında ölmesi ya da zarar görmesi
- Bebeğin konjenital anomaliye sahip olması
- Cinselliğe ilişkin korkular

Ebe ile kurulan empatik iletişim, gebelerin çoğunlukla belirttiği bir beklenti ve memnuniyet göstergesidir (Aktaş, 2016). Ebelerle iletişimin doğum eylemine etkisinin incelendiği bir çalışmada, kadınların maruz kalmak istemedikleri olumsuz iletişim davranışlarının ilk beş sırasında; eleştirme, tersleme, bağırma, gereksiz yere akıl verme ve sıradan sözlerle sakinleştirmeye çalışma yer almaktadır. Normal doğum yapan kadınların çoğunun doğum deneyiminin olumsuz olduğu saptanmıştır. Ebelerle iletişim ile doğum deneyimi arasında anlamlı bir ilişkinin bulunması, ebeğin kurduğu iletişimin ve verdiği bakımın ne kadar önemli olduğunun kanıtıdır (Kaya, 2018).

Ebe ve hekim tarafından verilen bakım ve yönetilen doğumun sonuçlarının karşılaştırıldığı, toplam 17.674 anne ve bebeği içeren 15 çalışmanın Cochrane sistematik incelemesinde, kadınların ebelerden aldıkları hizmet ve bakımdan daha memnun kaldıkları, doğumda epizyotomi, lokal anestezi ve müdahaleli doğumların daha az olduğu tespit edilmiştir (Sandall ve ark., 2016). Yapılan farklı bir çalışmada, doğumda erken dönemde uygulanan oksitosinin, sezaryen doğum oranlarında azalmaya neden olduğu ve doğum süresini kısalttığı belirlenmiştir (Wei ve ark., 2012). Doğumda oksitosin uygulamasına aktif fazdan sonra devam edilen ve

edilmeyen grupların karşılaştırıldığı çalışmada, oksitosin uygulamasına devam edilen grupta sezaryen riskinin arttığı belirlenmiştir (Saccone ve ark., 2017).

Doğum öncesi bakım, gebenin düzenli aralıklarla, gerekli muayeneleri yapıp gerekli tavsiyelerde bulunarak ebe, hemşire ve hekim tarafından izlenmesidir (Altıparmak, 2016). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA, 2018)'nın verilerine göre, araştırma öncesi son 5 yıl esas alındığında, 15-49 yaş aralığında olup canlı doğumu olan kadınların çoğu (%96), son doğumlarında bir sağlık personelinin doğum öncesi bakım almıştır. Düzenli ve nitelikli olarak alınan doğum öncesi bakım, kadınların gebeliklerini güvenli bir şekilde sürdürmeleri ve sağlıklı bebeklere sahip olabilmeleri açısından önemli bir hizmettir (Yılmaz ve ark., 2018). Türkiye'nin Kahramanmaraş ilinde yapılan bir çalışmada, kadınların doğum öncesi bakım hizmetlerinden yeterince faydalandığı ve verilen eğitimlerin bebek sağlığına yönelik önemli ve olumlu etkileri olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yine aynı çalışmada, gebelikte doğum öncesi eğitim alan kadınların %41.5'inin bebeğini doğumdan sonra kısa sürede emzirdikleri saptanmıştır. Bu bulgu, anne ve bebek bağlanması ve bebeğin anne sütünden en üst seviyede yararlanması açısından önemlidir (Taş ve ark., 2019).

Yapılan çalışmalarda yaş, eğitim ve çalışma durumu, sosyal güvence, gebeliğin planlı olması ve gebelik sayısı gibi özelliklerin doğuma yönelik memnuniyeti ve konforu etkilediği görülmektedir (Jafari ve ark., 2017; Smarandache ve ark., 2016). Bir sistematik derlemede memnuniyeti etkileyen faktörlerin, bireysel beklentiler, verilen destek, karar verme sürecine dahil olma ve gebe ve destekçisi ile arasındaki iletişim olarak belirtilmiştir (Hodnett, 2002). Bilgin ve arkadaşları (2018)'nin çalışmasında, vajinal doğum yapan kadınların doğum memnuniyetinin sezaryen ile doğum yapanlara kıyasla daha yüksek olduğu, doğuma yönelik müdahaleler (vakum-forseps) ve doğumda yenidoğan ile ilgili gelişen komplikasyonların doğum memnuniyetini azalttığı belirtilmiştir (Oveysi, 2021). Doğum sürecinde yapılan müdahale ve girişimler çoğu zaman anne ve bebek için hayat kurtarıcı olmasının yanında, eyleme yapılan her türlü müdahale aynı zamanda doğumu doğallığından uzaklaştırmaktadır (Erenel ve Çiçek, 2018).

Kurt Can (2020), kadınların vajinal doğum sürecini sezaryen doğum sürecine kıyasla daha konforlu ve yüksek memnuniyet oranı ile geçirdiklerini belirlemiştir. Normal doğuma yönelik bu olumlu bakış kadınların sonraki doğumlarında da normal doğuma yönelmesini sağlamakta, hatta çevresindeki kadınları da olumlu yönde etkilemektedir.

Ülkemizde yapılan, doğuma ait özellikler ve girişimlerin memnuniyet seviyesine etkisinin değerlendirildiği bir çalışmaya göre, doğum yöntemi, doğuma karar veren kişi, uygulanan müdahaleler ve doğuma yönelik algının doğum memnuniyetini etkilediği görülmüştür. Yine aynı çalışmada, kadınların memnuniyetleriyle doğum sonrası yaşadıkları ağrı negatif ilişkili, erken mobilizasyon ve bebeğiyle doğum sonu erken temas pozitif ilişkili bulunmuştur (Bilgin ve ark., 2018).

Gebelik ve doğum, sağlık hizmetlerinde yaşanan gelişmelerle birlikte oldukça az yan etkiyle sonuçlanmasına rağmen, kadınların çoğu bu döneme dair korku duymaktadır. Kabul edilebilir düzeyde olan korkunun kadının doğuma hazırlanmasında yardımcı olabileceği belirtilmektedir. Ancak doğum korkusu gebelik öncesi dönemde oluşur ya da korku şiddetli düzeylere ulaşırsa “tokofobi” olarak adlandırılmaktadır. Bu terimini ilk kez Brockington ve Hofberg kullanılmış ve “gebeliğe özgü özellikli bir anksiyete çeşidi ve doğum sırasında ölme korkusu” olarak tanımlamışlardır. Tokofobi, “patolojik doğum korkusu” olarak günümüz literatüründe yerini almıştır (Uçar ve Gölbaşı, 2015).

Gebelik boyunca kadın trimesterlere göre psikolojik değişiklikler göstermektedir. Gebeliğin ilk trimesterinde kadının gebe olmaya ilişkin yaşadığı çelişik duygular, psikolojik değişikliklerden en baskın olanıdır. İkinci trimesterde azalan bu çelişik duygular, son trimesterde tekrar artış gösterir. Son trimesterde anne adayı yakında gerçekleşecek olan doğum için diğer trimesterlere kıyasla daha kaygılıdır, gebelikten sıkıntı duyar ve korkar (Güleç ve Ark. 2013). Güleç ve ark. (2013)’nın yaptığı çalışmada anne adaylarının yaşadığı doğum korkusuyla algıladığı sosyal desteğin ilişki olduğu bulunmuştur.

2.5. Doğum Sonu Dönem

Doğum sonu dönem, plasentanın doğumunun bir saat sonrasında başlayıp altı hafta sürmekle birlikte yaşanan problemler nedeniyle bir yıl ve hatta daha da uzun sürebilmektedir. Bu dönem, anne ölümlerinin çoğunun doğum sonu dönemde gerçekleşmiş olması, aile düzeninde meydana gelen değişiklikler ve fizyolojik olarak yaşanan değişiklikler nedeniyle önemlidir. Ayrıca, doğum sonu dönemdeki anneler genital sistem ve diğer sistemlerde meydana gelen değişikliklerin etkisi ile birçok fiziksel ve psikolojik sorunu birlikte yaşamaktadır (Can, 2015).

Doğum sonrası 3 döneme ayrılır;

Birinci dönem: “Akut faz” olarak da bilinen doğum sonu 6-12 saatlik dönemi kapsar. Bu dönemde hızlı bir değişim ve involüsyon gerçekleşmektedir. Bu hızlı değişim sırasında doğum sonu kanama, laserasyonlar, uterin inversiyon, uterin atoni, amniyon sıvı embolisi, eklemsi ve acil müdahale edilmesini gerektiren sorunların yaşanabildiği bir süreçtir (Aydın ve Kukulcu, 2018).

İkinci dönem: “Subakut faz” olarak da bilinen doğum sonrası 2- 6 haftalık dönemi kapsar. Bu dönemde anne genitoüriner ve hemodinamik iyileşme, metabolizma ve duygusal durumda değişimler yaşamaktadır ve birinci dönemde yaşanan değişimlere kıyasla yavaş gelişmektedir. Bu dönemde ise perine bölgesinde rahatsızlıklar, enfeksiyonlar, epizyotomi, kardiyomiyopati, kanama, loşianın renginde ve miktarında beklenen değişimin olmaması ve ağır doğum sonu depresyon gibi istenmeyen durumlar görülebilmektedir (Barkin ve ark., 2014).

Üçüncü dönem: “Gecikmiş doğum sonu dönem” olarak da bilinen doğum sonrası 6. aya kadar bazen 12. aya kadar süren dönemi kapsar. Anne bu dönemde, fiziksel değişimlerini tamamlamasıyla anneliğe uyum sürecine girmekte, duygusal değişimlerin yanı sıra eş ve sosyal çevreyle doğum öncesi döneme geçmekte ve anneliğe alışmaya çalışmaktadır (Barkin ve ark., 2014; Yurtsever-Kılıçgün ve Kılıçkaya, 2016).

Doğum sonu dönem yeni rollerin ve sorumlulukların üstlenildiği, ebeveynliğe geçişin yaşandığı kritik bir dönemdir. Anneler bebeğin bakımını ve güvenliğini sağlamak, annelik rolünü öğrenmek, bebeğiyle iletişim kurmak, yeni sorumluluklar almak, bebeğiyle ve kendisiyle ilgili sıkıntılarla başa çıkmak zorundadır. Postpartum

dönem bu açıdan, ailede kriz ortamı yaratabilmektedir (Türkmen ve Özbaşaran, 2017). Doğum sonrası kadınların eşleriyle ilişkilerinin sağlıklı olması bu dönem için önemlidir. Kadının cinsel işlevlerinin sağlıklı şekilde sürmesi, eşleriyle sağlıklı ilişki kurmalarında etkilidir (Çetinkaya, 2016). Doğum sonu dönemde cinsel sorunların ilk aylarda %80'e kadar yükselme sebebi; yırtılmalar, epizyotomi, postpartum dönemde görülen psikolojik problemler olarak bildirilmektedir (Çetinkaya, 2016).

Gebelikle birlikte gelişen değişiklikler anne adayında yük, endişe, stres oluşturabilmekte ve gebeliğin depresyon ile sonuçlanmasına neden olabilmektedir. Anne adayının psikososyal sağlığını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörlerden bazıları şu şekildedir (Körükçü ve Ark., 2017);

- Gebeliğin planlı olup olmaması
- Eğitim düzeyi
- Gebelik konusundaki bilgisinin doğru ve yeterli olmaması
- Sosyoekonomik durumu
- Çocuk sayısı
- Daha önceki gebeliği ve doğum deneyimleri
- Çevredeki olumlu olumsuz rol modelleri
- Geçmişte yaşadığı ruhsal hastalıkları
- Öz saygısının düşük olması
- Sosyal izolasyon
- Ailedeki bireylerin gebeye karşı tutumları ve destekleri
- Algıladığı sosyal destek
- Eş ile ilişkisi

2.6. Doğum Sonu Depresyon

Doğum sonrası dönemde görülen, normal kabul edilen bir hüznülden psikotik depresyona kadar olan ruhsal sorunlar, annelik hüznü, depresyon ve psikoz olmak üzere üçe ayrılmaktadır ve aralarında en sık görülen depresyondur (Bulut, 2016).

Doğum sonu depresyonda umutsuzluk, karamsarlık, kontrol dışı ağlama, bebekle ilgili endişe duyma, anksiyete ve bazen panik ataklar, yetersizlik hissi, sosyal izolasyon, kendini değersiz hissetme duygusu, cinsel istekte azalma, uyku

düzenindeki değişiklikler, kararsızlık, dikkat eksikliği, intihar düşüncesi, suçluluk duygusu, kiloda yaşanan değişiklikleri, konuşma ve hareket etmede yavaşlama, düşünce karışıklığı ve unutkanlığın artması, öfkeli, ajitasyon ya da hiperaktivite, karar verme ve konsantrasyonda azalma gibi belirtiler görülmektedir (Bilgiç ve ark., 2015).

Kadının gebeliği kabullenip kabullenemediği durumlar doğum sonrası depresyon açısından değerlendirilmeli ve sağlık profesyonelleri bu durumu belirleyebilmelidir. Kadının gebeliğini kabullendiğini gösteren belirtiler (Özorhan ve ark., 2014);

- Fiziksel rahatsızlıkları iyi idare etme
- Mutluluk duyma ve gebelikten hoşlanma
- Kendisi ve ailesinin gebelik ve doğumla başa çıkabileceği, umut ve özgüven duygusudur.

Kadının gebeliğini kabullenemediği ya da bu konuda zorlandığını gösteren belirtiler ise;

- Gebe olmayla ilgili sürekli duyulan pişmanlık
- Mutsuzluk ve üzüntü
- Sürekli rahatsız hissetme
- Gebelikte oluşan değişimlerden bunalmış olma duygusu
- Gebeliğe bağlı dünyasının daha kötüye gideceği düşüncesidir.

Doğum sonu depresyon görülme oranı yapılan araştırmanın türüne, yapıldığı topluma, toplumun yapısal ve kültürel özelliklerine göre değişiklik göstermektedir. Son yapılan metaanaliz sonuçlarına göre gelişmekte olan ülkelerde doğum sonu depresyon oranı %20 olduğu bulunmuştur. Çeşitli ülkelerdeki bazı çalışmalarda doğum sonu depresyon oranı %6.7 ile 32.7 arasında değişiklik gösterdiği raporlandırılmıştır (Matsumura ve ark, 2019; Roumieh ve ark, 2019). Norhayati ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada doğum sonu depresyon sıklığı için gelişmiş ülkelerde en düşük oran %1.9 ile Almanya, en yüksek oran %82.1 ile ABD’de iken, gelişmekte olan ülkelerde ise en düşük %5.2 oran Pakistan, en yüksek %74 oran Türkiye’dedir.

Doğum sonu depresyon açısından ulusal çalışmalardaki oranlar geniş bir perspektifte yer almaktadır. Türkiye’de yapılan bir metaanaliz sonucunda doğum sonu depresyon sıklığı %23.8 saptanmış, gelişmekte olan illerde %25, gelişmiş illerde %21.2 olarak belirlenmiştir (Özcan ve ark., 2017). Türkiye’de yapılan çalışmalarda, doğum sonu dönemdeki kadınlarda doğum sonu depresyon sıklığı, Diyarbakır’da 8. haftada % 20.4 (Tahaoğlu ve ark., 2015), Batman’da 6. haftada %34.8 (Demir ve ark., 2016), Elazığ’da %61.8 bulunmuştur (Küçüköğlü ve ark., 2014).

Postpartum depresyon bebek ve anneye birlikte babayı da etkileyebilmektedir. Paulson ve Bazemore (2010)’un, 43 çalışmayı inceleyerek 28004 kişiyle yaptıkları metaanalizde, babalarda doğum sonu depresyon görülme sıklığı %10 olarak bildirilmiştir. Babalarda 3. ve 6. aylar arasında doğum sonu depresyon daha sık görülmektedir. Babalarla, annelerin doğum sonu depresyonu orta derecede pozitif korelasyon göstermektedir. Başka bir araştırmada, babalardaki depresyon görülme sıklığı, doğum sonrası 3. gün %21.1, 2 hafta sonrası %20.4 ve 6 hafta sonrası %13.6 olarak bulunmuştur (Zhang ve ark., 2016).

Postpartum depresyon görüldüğü üzere sadece anneyi etkilemekle kalmayıp aile bireylerini de olumsuz şekilde etkileyen önemli bir toplum sağlığı sorunudur (Bilgiç ve ark., 2015). Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği (ACOG) (2015), gebelik süresince en az bir kere doğum sonu ilk bir yıl içinde annelerin depresyon için rutin taranmasını önermektedir. Taramanın daha ileri değerlendirme ve tedaviye ihtiyacı olan gebe ve anneleri belirleyebileceğini, kadınlarda depresyon belirtilerini ve depresyon görülme oranını azaltabileceğini gösteren dolaylı ve doğrudan kanıtların olduğu bildirilmiştir (O’Connor ve ark., 2016).

Postpartum depresyonu belirlemede kullanılan basit tarama araçları bulunmaktadır. Bu araçlar; “Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği (DDTÖ)”dir (Karaçam ve Kitiş, 2008; Hisli, 1988; Engindeniz ve ark., 1996).

2.7. Doğum Memnuniyetinin Doğum Sonu Depresyon İle İlişkisi

Doğum deneyimi, kadın yaşamındaki en özel ve unutulmaz anlardandır ve kadınların bu deneyimden memnuniyetini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır

(Amanak ve ark., 2020). Doğum memnuniyetinin, verilen hizmetteki kalitenin artırılmasının dışında, anne, yenidoğan ve aile sağlığına etkileri bulunmaktadır (Olgun, 2019). Doğum memnuniyetinin incelendiği bir araştırmaya göre, kadınların doğum sonu dönemde memnuniyet seviyelerinin iyi olduğu, normal doğum yapan kadınların doğum şeklinden daha memnun olduğu ve planlanan doğum şekli arasında pozitif ilişki olduğu saptanmıştır (Çıtak Bilgin ve ark, 2018).

Anne-bebek iletişiminin temelini, doğumda kurulan bağın niteliği oluşturmaktadır (Olgun, 2019). Doğum memnuniyetinin kadınların sağlığı ve çocuklarıyla ilişkilerinin kalitesi üzerinde uzun vadeli etkileri vardır. Bu yüzden doğum sonu erken dönemde ten tene temas ortamının sağlanması, bebeğin durumu iyiye bakımlarının anne göğsünde yapılması anne-bebek bağlanmasında son derece önemlidir (Yazgan, 2014). Karabulut'un (2014) yaptığı bir çalışmaya göre; postpartum depresyon anneyi etkilediği gibi bebeğini de etkileyerek anne-bebek ilişkisinde bozulmaya sebep olabilmektedir. Depresif olmayan anneler olan annelere kıyasla bebeklerine daha çok şefkat göstermektedir. Buna bağlı olarak depresif olan annelerin bebekleri uyku sorunu yaşayan, az konuşan, jest ve mimiklerini az kullanan, çekingen, sinirli bebekler olduğu bildirilmektedir (Karabulut, 2014).

Doğum memnuniyetinin doğum sonu dönem emzirme öz-yeterliliğine etkisini incelemek amacıyla yapılan bir araştırmada, kadınların emzirme öz-yeterlilik düzeyleri ile doğum memnuniyet düzeyleri arasında olumlu yönde bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir. Buna göre, kadınların normal doğum sırasındaki memnuniyet düzeylerinin artırılmasının doğum sonu erken dönem emzirme öz-yeterlilik düzeylerini artırılabilceği söylenebilir (Amanak ve ark., 2020). Annelerin normal doğumda memnuniyet düzeyleri arttıkça, annelik rollerine daha kolay adapte oldukları, memnuniyeti yüksek olan annelerin annelik rollerini gerçekleştirirken bebeklerine karşı kendilerini daha yeterli hissettikleri belirlenmiştir (Koç, 2016).

Beklentilerin karşılanmadığı bir doğum süreci sonrasında kadının, doğum sonu dönemde kendini daha öfkeli, olumsuz duygu ve düşüncelere sahip ve yetersiz hissettiği belirtilmiştir (İşbir ve İnci, 2014). Tedbir alınmayıp travmatik olarak algılanan her doğum sonrası, aile ilişkilerinde bozulmaya bağlı parçalanmış aile ve dolayısıyla tüm toplumu ilgilendirecek bir sorun haline dönüşebilir (İşbir ve İnci,

2014). Doğum hizmetlerinde kalite ile artan memnuniyet oranları, beraberinde “sağlıklı anne, sağlıklı yenidoğan ve sağlıklı toplum” oluşumunu getirecektir (Aktaş, 2016).

2.8. Hemşirelik Yaklaşımı

Doğum süreci, anne adaylarının fiziksel ve duygusal açıdan desteğe en ihtiyaç duyduğu zamanlardan birisi olmaktadır. Eylem boyunca yanlarında kendilerine duygusal ve pratik anlamda yardımcı olacak bir refakatçi buldurmak istemektedirler (Bohren ve ark., 2017). Doğum sonu dönemde, sosyal desteğin annenin duygu durumu üzerine olumlu etkilerinin olduğu belirtilmektedir (Demir ve ark., 2016). Sağlık profesyonelleri, doğum sürecinde kadınlara güven veren, mahremiyete dikkat eden ve karar vermede paylaşımı artıran bakım hizmeti sağlayarak doğum sonrası depresyon riskini azaltabilir (Bell ve Andersson, 2016). Sağlık profesyonelleri tarafından gebe kadınlara ve ailelerine danışmanlık yapılması, doğru şekilde bilgilendirilmesi ile gebelerin doğumda daha az stresli ve uyumlu oldukları belirlenmiştir. Bu süreçte hemşirelerin verdiği bakım ve sosyal desteğin doğum deneyimiyle ilgili olumlu duyguları ve kadının baş etme çabalarını arttırdığı belirlenmiştir (Kapısız ve ark., 2017).

Hemşire ve ebeler risk grubundaki anne ve aileleri üyelerini değerlendirmeli ve izlem sırasında doğum sonu depresyonu göz önünde bulundurulmalıdır. Bu nedenle doğum sonu depresyon konusu, gebe ve aile üyelerine ulaşma fırsatı sunan doğuma hazırlık ve gebe eğitim sınıfları gibi tüm eğitim ve danışmanlık faaliyetlerinde ele alınmalıdır (Seven ve Akyüz, 2013). Ayrıca doğum sonu depresyon oranının yüksek olduğu bölgelerde sağlık profesyonelleri hastalığın belirti ve risk faktörleriyle ilgili duyarlı olmalıdır. Anneyi etkileyen fiziksel ve psikolojik faktörler hakkında bilgi sahibi olunmalı ve uygun bakım planlanmalıdır. Kadın kendi bakımına dahil edilmeli, bakımın tüm yönleri ve sonuçlarıyla ilgili bilgilendirilmeli, duygu ve düşüncelerini ifade etmeye cesaretlendirilmelidir. Doğum sonu depresyon gelişimini önlemek için, anne ve baba açısından doğum öncesi süreçten başlayarak ihtiyaçlar belirlenmeli ve karşılanması için girişimde bulunulmalıdır (Durmazoğlu ve ark., 2016)

Ngai ve Ngu' nin (2015) aktardığına göre; kadınların sosyal desteğe ihtiyaçları erkeklere oranla daha fazla olduğundan aynı doğrultuda takip edilmemeli ve bu durum göz önünde bulundurularak bakım planlanmalıdır. Annelerin doğum sonu dönemdeki bakım ihtiyaç ve beklentileri değerlendirilmeli, anne ve yenidoğan için uygun ortam sağlanmalı, gerekli destek ve bakım sağlanarak annelik rolüne uyum kolaylaştırılmalı ve doğum sonu dönemdeki problemlerin azalmasına yardımcı olunarak doğum sonu depresyon engellenmelidir (Özorhan ve ark., 2014).

Postpartum erken dönem depresyon belirtilerine sahip ya da risk grubunda olduğu belirlenen annelere gerekli danışmanlık sağlanarak doğum sonu depresyon erken tanı ve tedavisi için uygun sağlık kurumlarına yönlendirilmelidir. Anneler, mutlu olması gerektiğini düşündüğü bir dönemde, kendindeki psikososyal değişimin farkına varmayabilir ya da bunu ifade etmekte zorlanabilir. Bu nedenle diğer aile bireylerinin de bu konuda bilgi sahibi olması önemlidir (Seven ve Akyüz, 2013).

Hemşireler/ebeler emzirmeyen anneleri, doğum sonu depresyon açısından değerlendirmeli, uygun izlem ve takibini yapmalıdır. Yetersiz beslenme, sinir hücrelerindeki iletişimi olumsuz şekilde etkileyebilir. Bu nedenle riskli gruptaki annelerin beslenmesi önemlidir. Bu konuda kadına eğitimler verilmelidir (Kaner ve Samur 2012). Stresörler azaltılarak baş etme mekanizmalarının artırılması da hemşireler ve ebelerin görevlerindedir. Kişiye uygun savunma mekanizması desteklenmeli, sosyal destek almaya teşvik edilmeli, anneye derin nefes egzersizleri gibi rahatlatıcı teknikler önerilmelidir. Bu uygulamalarda annenin kişilik özellikleri ve yaşam biçimi mutlaka dikkate alınmalı, bireye özgü yöntemler kullanılmalıdır. Doğum sonu kliniklerde görev yapan hemşire ve ebelerin özellikle ilk doğumu olan annelere yenidoğan bakımını konusunda doğum sonrası eğitim vermeleri önemlidir. Böylece annenin çocuk bakımı konusundaki endişeleri azaltılabilir. Ayrıca annelere doğum sonu depresyonun utanılması gereken bir durum olmadığı da açıklanmalıdır. Hastaneden ayrılırken de annelere doğum sonu depresyon ile ilgili yazılı eğitim materyali ve yardıma ihtiyacı olduğunda ulaşabileceği telefon numaraları verilmelidir (Durmazoğlu ve ark., 2016).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu çalışma, Ordu ili Sağlık Bakanlığı-Ordu Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Ünitesi polikliniklerinde gerçekleştirilmiştir. Kurumun kadrosunda 19 doktor vardır. Gün içerisinde aktif olarak çalışan 16 poliklinik ve her poliklinikte bir hemşire çalışmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Çalışmanın evrenini, Ordu ili Sağlık Bakanlığı-Ordu Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Ünitesi polikliniklerine başvuran, en fazla bir yıl önce doğum yapmış olan doğum sonu dönemdeki kadınlar oluşturmuştur.

3.3.2. Araştırmanın Örneklem Seçimi

Araştırmanın örnekleme, belirtilen evrenden olasılıksız örnekleme yöntemi ile seçilen, araştırmaya alınma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden doğum sonu dönemdeki kadınlar alınmıştır. Örneklem büyüklüğünü belirlemek için bilinmeyen evren formülü kullanılarak aşağıdaki formül ile örneklem büyüklüğü belirlenmiştir. Yücesoy ve Erbil (2022)'in çalışmasında doğum sonu depresyon oranı %23.3 bulunmuştur. Bu oran örneklem sayısının hesaplanmasında kullanılmıştır.

Formül:

$$n: t^2pq / d^2$$

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (0.23)

q: İncelenen olayın görülmemiş sıklığı (0.77)

d: Olayın görölüş sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapma (0.05)

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

n: 272 kadının örnekleme alınması gerektiği bulunmuş, araştırma süresince kayıplar olabileceği dikkate alınarak %10 fazlası **300 kadın** çalışmanın örnekleme alınmıştır.

3.3.2.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- 18 yaşın üzerinde olan,
- En az ilkokul mezunu olan,
- Sözel iletişim kurabilen,
- Mental engeli olmayan,
- Son bir yılda normal doğum yapmış olan,
- Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul edenler araştırma kapsamına alınmıştır.

3.3.2.2. Araştırmadan Dışlama Kriterleri

- Sezaryen ile doğum yapan,
- Sözel iletişim kuramayan,
- Kendisinde ya da bebeğinde doğum sonu sorunu olan,
- Tanılanmış psikiyatrik sorunu olan,
- Psikiyatrik ilaç kullananlar araştırmadan dışlanmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, Kişisel Bilgi Formu (Ek 1), “Doğum Memnuniyeti Ölçeği (Ek 2) ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği” ile toplanmıştır (Ek 3).

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu, sosyo-demografik özellikler, gebelik ve doğuma ilişkin özellikleri içeren 20 sorudan oluşmaktadır. Kişisel bilgi formunda yer alan sorular, kadının yaşı, eğitim durumu, mesleği, eşinin eğitim durumu, eşinin mesleği, aile tipi, sosyal güvence durumu, ekonomik durumu, doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebeliğin planlanmış olup olmadığı, son doğumdan bu yana ne kadar zaman geçtiği, doğum öncesi eğitim alma durumu, önceki doğumu nerede yaptığı, doğum korkusunun olup olmadığı, yapılan uygulamalar, hastanede doğum için hastaneye gelinen süre ile doğumun gerçekleşmesi arasında geçen süre (st), doğum eyleminin süresi, doğum sonu dönemde destek kişi ve sonraki doğum şekli tercihinin ait sorular sorulmuştur (Yazgan, 2014; Aktaş, 2016).

3.4.2. Doğum Memnuniyeti Ölçeği

Doğum Memnuniyeti Ölçeği Revize formu (DMÖ-R), doğum memnuniyetini ölçmek amacıyla, Hollins Martin ve Martin (2014) tarafından geliştirilmiş, Gökmen ve ark. (2018) tarafından Türk kültürüne uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. DMÖ-R normal doğum yapan kadınlara doğum sonu dönemde uygulanan, 10 maddeden oluşan ve 3 alt boyutu olan bir ölçme aracıdır. DMÖ-R'nin alt boyutları; “*Bakım Hizmetlerinin Kalitesi*” alt boyutu 3., 5., 6., 10. maddeler, “*Travayda Yaşanan Stres*” alt boyutu 1., 2., 7., 9., maddeler, “*Kadının Kişisel Özellikleri*” alt boyutu 4., ve 8. maddelerdeki ifadeler ile ölçülmektedir. Ölçek 5’li likert tiptedir. Kesinlikle katılmıyorum “0 puan”, katılmıyorum “1 puan”, kararsızım “2 puan”, katılıyorum “3 puan”, kesinlikle katılıyorum “4 puan” şeklinde puanlanır. Ölçekteki 6 ifade olumlu, 4 ifade olumsuzdur ve 4 madde ters puanlanmaktadır. Ters puanlanan maddeler 2., 4., 7., 8. dir. Ölçeğin toplam puanı bu madde puanlarının toplanması ile elde edilir ve alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 40’tır. Ölçekten alınan puan yükseldikçe kadının doğum memnuniyetinin arttığı şeklinde yorumlanmaktadır. Özgün çalışmada ölçeğe ait Cronbach alfa katsayısının 0.72 olduğu saptanmıştır (Gökmen ve ark., 2018). Bu çalışmada DMÖ-R Cronbach alfa katsayısı 0.75 bulunmuştur.

3.4.3. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPDÖ), Cox ve ark. (1987) tarafından kadınlarda doğum sonrası depresyon riskini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek tarama amaçlı hazırlanmış olup, depresyon tanısı koymak için kullanılmamaktadır. 10 sorudan oluşan dörtlü likert biçimindeki ölçekte dört seçenekten oluşan yanıtlar 0-3 arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 30'dur. Değerlendirmede 1., 2., ve 4. maddeler "0, 1, 2, 3" olarak puanlanırken 3., 5., 6., 7., 8., 9., ve 10. maddeler "3, 2, 1, 0" şeklinde puanlanmaktadır (Cox ve ark., 1987). Türkçe'ye uyarlaması Engindeniz ve ark. (1996) tarafından yapılan ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında iç tutarlılık kat sayısı 0.79 olarak bulunmuştur. Ölçeğin kesme puanı ise 12/13 olarak hesaplanmıştır. Ölçek puanı 13 ve üzerinde olan kadınlar depresyon açısından risk grubunda olarak kabul edilmiştir (Engindeniz ve ark., 1996). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.85 bulunmuştur.

3.5. Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması

Veri toplama formunun anlaşılabilirliğini ve kullanılabilirliğini ölçmek için Kişisel Bilgi Formu, Doğum Memnuniyeti Ölçeği ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ön uygulaması 27 kadına yapılmıştır. Anlaşılmayan herhangi bir soru olmadığı görülmüş ve uygulanan soru formları araştırmaya dahil edilmiştir.

3.6. Verilerin Toplanması

Veriler, yüz yüze görüşme yöntemi ile 10.07.2020-31.12.2020 tarihleri arasında toplanmış, kadınlara kişisel soru formu ve ölçeklerin doldurulması ile ilgili açıklama yapılmış, form ve ölçekler kadınların kendisi tarafından doldurulmuştur.

3.7. Değişkenler

3.7.1. Bağımlı Değişkenler

- Doğum Memnuniyeti Ölçeği Puanı
- Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Puanı

3.7.2. Bağımsız Değişkenler

- Kadınların sosyodemografik özellikleri
- Kadınların obstetrik özellikleri
- Kadınların doğuma ilişkin özellikleri

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmada kullanılması planlanan, “Doğum Memnuniyeti Ölçeği” için Öğr. Gör. Öznur Gökmen’den e-posta ile ölçek kullanım izni alınmıştır (Ek 4). Engindeniz ve arkadaşları (1996) tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan “Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği” için Dr. Nur Engindeniz’den e-posta ile ölçeğin kullanımı için izin alınmıştır (Ek 5). Araştırmaya başlamadan önce, Ordu Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi’nde araştırmanın yürütülmesi için Ordu İl Sağlık Müdürlüğü’nden araştırma izni (Yazının tarihi: 03.06.2020, Sayısı: 35766460-799) ve Ordu Üniversitesi İnvaziv Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu’ndan Etik Kurul Onayı (Onay tarihi: 09.07.2020, Sayısı: 148) alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlara çalışmanın amacı, yararları anlatılmış ve gönüllü onam formu aracılığı ile yazılı onamları alınmıştır (Ek 6).

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi, “SPSS 22.0 istatistik paket programı” ile yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde “tanımlayıcı istatistiksel yöntemler olarak sayı, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler” kullanılmıştır. Verilerin normallik dağılımının kontrolünde “Kurtosis ve Skewness katsayıları” kullanılmıştır. Analiz sonucunda ölçeklerin çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) katsayıları -3 ve +3 arasında değiştiği bulunmuştur. DMÖ-R için; skewness -.770, kurtosis .832 ; EPDÖ için; skewness katsayısı 1.193, kurtosis katsayısı 2.028 bulunmuştur. Ölçeklerden elde edilen basıklık ve çarpıklık katsayılarının -3 ve +3 arasında değişmesi normal dağılım için yeterli görünmektedir (Hopkins ve Weeks, 1990; De Carlo, 1997). Bu sonuca göre çalışmada parametrik testlerin kullanılmasına karar verilmiştir. Parametrik verilerde gruplar arası farklılıkların analizinde t testi ve tek yönlü ANOVA testi kullanılmıştır. İki den fazla

grupta farkın hangi gruptan kaynaklandığı Sheffe testi ve LSD ile analiz edilmiştir. Ölçek puanları arasındaki ilişkinin analizinde Pearson korelasyon analiz testi kullanılmıştır. Ayrıca çoklu regresyon analiz testi ile değişkenler arasındaki ilişkiler analiz edilmiştir. Korelasyon katsayısının mutlak değeri olarak, 0.70-1.00 arasında olması “yüksek” 0.30-0.70 arasında olması “orta” 0.00-0.30 arasında olması ise “düşük” düzeyde bir ilişki şeklinde tanımlanmıştır (Büyüköztürk, 2018). Ölçeklerin iç geçerliliği Cronbach alfa katsayısı ile değerlendirilmiştir. İstatistik önem düzeyi $p < 0.05$ alınmıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın sınırlılıkları, sadece il merkezindeki bir eğitim araştırma hastanesinde yürütülmesidir. Bu nedenle sonuçlar, çalışmanın yapıldığı kadınlara genellenebilir, tüm topluma genellenemez.

3.11. Araştırmanın Uygulanması Sırasında Karşılaşılan Güçlükler

Araştırmanın COVID-19 pandemisi döneminde yürütülmesi nedeniyle başvuru sayısının sınırlı olması ve katılımcıların hastanedeki işlemleri kısa sürede bitirmek istemeleri nedeniyle çalışmaya katılmaya isteksiz olmaları araştırmanın uygulanması esnasında karşılaşılan güçlüklerdir.

4. BULGULAR

Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları Tablo 4.1’de sunulmuştur. Araştırmaya katılan kadınların %37.7’sinin 24-28 yaş aralığında, %55.3’ünün lise mezunu, %86’sının ev hanımı, %68.7’sinin çekirdek aile, %71.3’inin “orta” düzeyde geliri olduğu, %96’sının sosyal güvencesinin olduğu, %67’sinin eşinin eğitimi lise mezunu, %30.7’sinin eşinin kendi işine sahip olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=300)

Kadınların Sosyo-demografik özellikleri	n	%
Yaş		
19-23 yaş	57	18.9
24-28 yaş	113	37.7
29-33 yaş	72	24.1
34 yaş ve üzeri	58	19.3
Eğitim durumu		
İlköğretim	9	3.0
Ortaöğretim	48	16.0
Lise	166	55.3
Üniversite ve üzeri	77	25.7
Çalışma durumu		
Ev hanımı	258	86.0
Memur	23	7.7
Serbest meslek	11	3.7
İşçi	8	2.6
Aile tipi		
Çekirdek aile	206	68.7
Geniş aile	94	31.3
Sosyal güvence		
Var	288	96.0
Yok	12	4.0
Ekonomik durumu		
İyi	64	21.3
Orta	214	71.3
Kötü	22	7.4
Eş eğitimi Durumu		
İlköğretim	6	2.0
Ortaöğretim	45	15.0
Lise	201	67.0
Üniversite ve üzeri	48	16.0
Eşin mesleği		
Memur	21	7.0
İşveren	92	30.7
Serbest meslek	87	29.0
İşçi	75	25.0
Çiftçi	25	8.3
Toplam	300	100.0

Tablo 4.2’de araştırmaya katılan kadınların obstetrik özelliklerine göre dağılımları sunulmuştur. Kadınların %55’inin bir doğum yaptığı, %55.3’ünün bir çocuğu olduğu, %76’sının son gebeliğinin planlanmış gebelik olduğu, %48.3’ünün son doğumundan bu yana geçen sürenin 4-6 ay olduğu, %95.3’ünün gebeliği süresince doğum öncesi eğitim almadığı, %28’inin bir önceki doğumunu üniversite hastanesinde yaptığı belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=300)

Obstetrik özellikleri	n	%
Doğum sayısı		
1 doğum	165	55.3
2 doğum	68	22.7
3 ve üzeri doğum	67	22.3
Çocuk sayısı		
1 çocuk	165	55.3
2 çocuk	68	22.7
3 ve üzeri çocuk	67	22.3
Gebeliğin planlanma durumu		
Evet	228	76.0
Hayır	72	24.0
Son doğumdan bu yana geçen süre		
1-3 ay	106	35.3
4-6 ay	145	48.3
7 ay ve üzeri	49	16.4
Doğum öncesi eğitim alma durumu		
Evet	14	4.7
Hayır	286	95.3
Bir önceki doğumun olduğu yer		
Üniversite hastanesi	84	28.0
Devlet hastanesi	62	20.7
Toplam	300	100.0

Tablo 4.3’de araştırma kapsamına alınan kadınların doğum ile ilişkili özelliklerine göre dağılımı sunulmuştur. Kadınların %70.3’ünün doğum korkusu yaşadığı, %10.3’ünün doğumda oksitosin aldığı, %4’ünün anestezi aldığı, %45.7’sinin 4-6 saat içinde doğum yaptığı, %97.7’sinin doğum sonu dönemde

yanında destek olan birinin olduğu, %94.7'sinin bir sonraki doğum şeklinin normal doğum olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Kadınların Doğumla İlişkili Özelliklerine Göre Dağılımı (n=300)

Doğumla İlişkili Özellikleri	n	%
Doğum korkusu		
Evet	211	70.3
Hayır	89	29.7
Doğumda oksitosin infüzyonu		
Evet	31	10.3
Hayır	269	89.7
Doğumda anestezi		
Evet	12	4.0
Hayır	288	96.0
Doğum için geçen süre		
1-3 saat	113	37.7
4-6 saat	145	48.3
7 saat ve üzeri	42	14.0
Doğum sonu dönemde destek olan birinin olma durumu		
Evet	293	97.7
Hayır	7	2.3
Sonraki doğum şekli tercihiniz		
Normal doğum	284	94.7
Sezaryen ile doğum	16	5.3
Toplam	300	100.0

Tablo 4.4'te kadınların DMÖ-R ve Alt Boyutları ile EPDÖ puan ortalamaları ve Cronbach Alfa Değerleri sunulmuştur. DMÖ-R'den alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar 0-40 iken; işaretlenenin 6-34 ve ölçek puan ortalamasının 23.35 ± 4.47 olduğu belirlenmiştir. DMÖ-R'nin alt boyut puan ortalamalarının; bakım hizmetlerinin kalitesi için 10.23 ± 2.76 , travayda yaşanan stres için 8.28 ± 2.16 , kadının kişisel özellikleri için 4.83 ± 1.26 bulunmuş, Cronbach alfa değeri 0.759 saptanmıştır. EPDÖ'den alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar 0-30 iken; işaretlenenin 0-28 ve ölçek puan ortalamasının 6.31 ± 4.99 olduğu belirlenmiş, Cronbach alfa değeri 0.856 bulunmuştur (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. DMÖ-R ve Alt Boyutları ile EPDÖ Ortalama Puanları, Standart Sapma Puanları ve Cronbach Alfa Değerleri

Ölçekler ve alt boyutları		Alınabilecek alt ve üst değerler	İşaretlenen alt ve üst değerler	Ort±SS	Cronbach Alfa
DMÖ-R Alt boyutları	Bakım hizmetlerinin kalitesi	0-16	1-16	10.23±2.76	0.919
	Travayda yaşanan stres	0-16	0-13	8.28±2.16	0.554
	Kadının kişisel özellikleri	0-8	0-8	4.83±1.26	0.476
DMÖ-R Toplam		0-40	6-34	23.35±4.47	0.759
EPDÖ Toplam		0-30	0-28	6.31±4.99	0.856

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma

Kadınların EPDÖ kesme puanına göre depresyon düzeylerinin dağılımı ve DMÖ-R ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması ve Tablo 4.5'te sunulmuştur. Çalışmada, EPDÖ'den 13 puan ve üzerinde alan kadınların oranı %10.3 bulunmuştur. EPDÖ'den 13 ve daha yüksek puan alan kadınların DMÖ-R ve onun alt boyutları olan "Bakım hizmetlerinin kalitesi" , "Travayda yaşanan stres" ve "Kadının kişisel özellikleri" puan ortalamalarının, EPDÖ'den 12 ve daha düşük puan alan kadınlardan daha düşük olduğu ve farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Kadınların EPDÖ Kesme Puanına Göre Depresyon Düzeyleri ve DMÖ-R ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçekler ve alt boyutları		EPDÖ		Test ve p değeri
		13 puan ve üzeri Depresyon var (n=32) %10.3	12 puan ve altı Depresyon yok (n=268) %89.7	
DMÖ-R Alt boyutları	Bakım hizmetlerinin kalitesi	9.06±3.50	10.36±2.63	t=2.044, p=0.048
	Travayda yaşanan stres	7.09±2.65	8.42±2.06	t=2.747, p=0.009
	Kadının kişisel özellikleri	3.93±1.770	4.94±1.16	t=3.242 p=0.003
DMÖ-R Toplam		20.09±5.88	23.73±4.12	t=3.404 p=0.002

Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre EPDÖ ve DMÖ-R puan ortalamalarının karşılaştırmaları Tablo 4.6’da sunulmuştur. Çalışmaya katılan kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre EPDÖ puan ortalamaları incelendiğinde; 19-23 yaş grubunda olan (7.56±5.96), ilköğretim mezunu olan (8.11±4.83), işçi olan (8.00±9.81), eşi ilköğretim mezunu olan (8.16±14.38), eşi çiftçi olan (8.48±5.12), çekirdek ailede yaşayan (6.51±5.28), sosyal güvencesi olmayan (9.83±6.67), gelir düzeyi “ kötü” olan (11.18±7.22) kadınların EPDÖ puan ortalamalarının diğer kadınların EPDÖ puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kadınların eşlerinin mesleği (p=0.007), sosyal güvence durumu (p=0.013) ve gelir düzeyine göre (p=0.000) gruplar arası EPDÖ puan ortalamaları farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu, diğer sosyodemografik özelliklere göre ise farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p>0.05), (Tablo 4.6). Çalışmaya katılan kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre DMÖ-R puan ortalamaları incelendiğinde; 34 yaş ve üzerinde olan (23.79±4.41), ilköğretim mezunu olan (25.88±3.05), memur olan (24.78±5.06), eşi ilköğretim mezunu olan (25.00±2.68), eşi memur olan (25.66±4.95), çekirdek ailede yaşayan (23.43±4.69), sosyal güvencesi olan (23.40±4.47), gelir düzeyi “iyi” olan (24.54±4.16) kadınların, diğer kadınların DMÖ-R puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kadınların eğitim düzeyi (p=0.029), eşlerinin eğitim düzeyi (p=0.006), eşlerinin mesleği (p=0.003) ve gelir düzeyine (p=0.024) göre gruplar arası DMÖ-R puan

ortalamları farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu, diğerlerine göre ise farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre EPDÖ ve DMÖ-R Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sosyo-demografik özellikler	n	EPDÖ Ort±SS	DMÖ-R Ort±SS
Yaş			
19-23 yaş	57	7.56±5.96	22.75±5.04
24-28 yaş	113	6.02±4.61	23.20±4.57
29-33 yaş	72	6.25±5.18	23.69±3.89
34 yaş ve üzeri	58	5.74±4.31	23.79±4.41
<i>Test ve p değeri</i>		F=1.575 p=0.195	F=0.705 p=0.550
Eğitim durumu			
İlköğretim ^a	9	8.11±4.83	25.88±3.05
Ortaöğretim ^b	48	6.45±4.19	22.72±4.91
Lise ^c	166	6.35±5.03	22.93±4.41
Üniversite ve üzeri ^d	77	5.93±5.42	24.33±4.29
<i>Test ve p değeri</i>		F=0.550 p=0.648	F=3.058 p=0.029 Fark b-d, c-d arasındadır*
Çalışma durumu			
Ev hanımı	258	6.50±4.89	23.35±4.38
Memur	23	4.13±3.65	24.78±5.06
Serbest meslek	11	5.18±4.37	22.36±3.77
İşçi	8	8.00±9.81	20.50±5.75
<i>Test ve p değeri</i>		F=2.108 p=0.099	F=2.063 p=0.105
Eş eğitim durumu			
İlköğretim ^a	6	8.16±1.60	25.00±2.68
Ortaöğretim ^b	45	7.37±6.02	21.51±5.44
Lise ^c	201	6.07±4.69	23.40±4.04
Üniversite ve üzeri ^d	48	6.10±5.39	24.62±4.91
<i>Test ve p değeri</i>		F=1.138 p=0.334	F=4.240 p=0.006 Fark b-d arasındadır**
Eş çalışma durumu			
Memur ^a	21	5.52±5.07	25.66±4.95
İşveren ^b	92	5.36±4.57	24.34±3.97
Serbest meslek ^c	87	5.83±3.91	22.78±4.23
İşçi ^d	75	7.53±6.10	22.58±4.47
Çiftçi ^e	25	8.48±5.12	22.00±5.48
<i>Test ve p değeri</i>		F=3.557 p=0.007 Fark a-e, b-c, b-d, b-e, c-d, c-e arasındadır*	F=4.178 p=0.003 Fark a-b, a-c, a-d, a-e, c-d arasındadır*
Aile tipi			
Çekirdek aile	206	6.51±5.28	23.43±4.69
Geniş aile	94	5.87±4.29	23.17±3.98
<i>Test ve p değeri</i>		t=1.040 p=0.299	t=0.469 p=0.639
Sosyal güvence			
Var	288	6.17±4.87	23.40±4.47
Yok	12	9.83±6.67	22.00±4.53
<i>Test ve p değeri</i>		t=-2.510 p=0.013	t=1.066 p=0.287
Ekonomik durumu			
İyi ^a	64	5.04±4.52	24.54±4.16
Orta ^b	214	6.19±4.57	23.14±4.30
Kötü ^c	22	11.18±7.22	21.86±6.24
<i>Test ve p değeri</i>		F= 13.613 p=0.000 Fark a-b ve b-c arasındadır**	F=3.789 p=0.024 Fark a-c, b-c arasındadır*

Farkın hangi gruptan kaynaklandığı *LSD testi veya ** Sheffe testi ile analiz edilmiştir.

Kadınların obstetrik özelliklerine göre EPDÖ ve DMÖ-R puan ortalamalarının karşılaştırmaları Tablo 4.7’te sunulmuştur. Çalışmaya katılan kadınların obstetrik özelliklerine göre EPDÖ puan ortalamaları incelendiğinde; iki doğum yapmış olan (6.60 ± 4.90), iki çocuğu olan (6.43 ± 4.73), gebeliği planlı olmayan (7.50 ± 5.11), son doğumundan bu yana 4-6 ay geçen (6.50 ± 4.75), doğum öncesi eğitim almış olan (6.42 ± 5.16), bir önceki doğumunu üniversite hastanesinde yapmış olan (7.92 ± 5.06) kadınların EPDÖ puan ortalamalarının diğer kadınların EPDÖ puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kadınların gebeliğinin planlanma durumu ($p=0.021$) ve bir önceki doğumunun nerede olduğuna göre ($p=0.000$) gruplar arası EPDÖ puan ortalamaları farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu, diğer obstetrik özelliklere göre ise farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.7).

Çalışmaya katılan kadınların obstetrik özelliklerine göre DMÖ-R puan ortalamaları incelendiğinde; 2 doğum yapmış olan (23.60 ± 4.39), 2 çocuğu olan (23.64 ± 4.42), gebeliği planlı olan (23.59 ± 4.32), son doğumundan bu yana 1-3 ay geçen (23.54 ± 4.37), doğum öncesi eğitim almış olan (24.28 ± 3.95), bir önceki doğumunu devlet hastanesinde yapmış olan (23.33 ± 3.98) kadınların DMÖ-R puan ortalamalarının diğer kadınların DMÖ-R puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kadınların obstetrik özelliklere göre farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre EPDÖ ve DMÖ-R Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Obstetrik Özellikleri	n	EPDÖ Ort±SS	DMÖ-R Ort±SS
Doğum sayısı			
1 doğum	166	6.24±5.17	23.21±4.64
2 doğum	67	6.60±4.90	23.60±4.39
3 ve üzeri doğum	67	6.19±4.69	23.43±4.18
<i>Test ve p değeri</i>		F=0.146 p=0.864	F=0.197 p=0.821
Çocuk sayısı			
1 çocuk	166	6.31±5.23	23.19±4.63
2 çocuk	67	6.43±4.73	23.64±4.42
3 ve üzeri çocuk	67	6.19±4.69	23.43±4.18
<i>Test ve p değeri</i>		F=0.038 p=0.963	F=0.247 p=0.781
Gebeliğin planlanma durumu			
Evet	228	5.94±4.91	23.59±4.32
Hayır	72	7.50±5.11	22.56±4.88
<i>Test ve p değeri</i>		t=-2.322 p=0.021	t=1.701 p=0.090
Son doğumdan bu yana geçen süre			
1-3 ay	106	6.37±5.60	23.54±4.37
4-6 ay	145	6.50±4.75	23.10±4.30
7 ay ve üzeri	49	5.65±4.26	23.48±5.23
<i>Test ve p değeri</i>		F=0.534 p=0.587	F=0.251 p=0.778
Doğum öncesi eğitim alma durumu			
Evet	14	6.42±5.16	24.28±3.95
Hayır	286	6.31±4.99	23.30±4.50
<i>Test ve p değeri</i>		t=0.086 p=0.932	t=0.800 p=0.424
Bir önceki doğumun yeri			
Üniversite hastanesi	84	7.92±5.06	23.28±4.76
Devlet hastanesi	62	3.95±2.97	23.33±3.98
<i>Test ve p değeri</i>		t=30.423 p=0.000	t=0.005 p=0.923

Kadınların Doğumla İlişkili Özelliklerine Göre EPDÖ ve DMÖ-R Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması Tablo 4.8'de sunulmuştur. Çalışmaya katılan kadınların doğumla ilişkili özelliklerine göre EPDÖ puan ortalamaları incelendiğinde; doğum korkusu olan (6.63 ± 5.10), oksitosin uygulanan (9.58 ± 6.86), anestezi uygulanmayan (6.41 ± 5.04), doğum için 7 saat ve üzeri süre geçen (7.50 ± 7.23), doğum sonu destek biri olmayan (12.14 ± 7.15), sonraki doğum şekli tercihi sezaryen ile doğum olan (8.62 ± 8.07) kadınların EPDÖ puan ortalamalarının diğer kadınların EPDÖ puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kadınların oksitosin uygulanma durumu ($p=0.000$) ve doğum sonu destek birinin olma durumuna göre ($p=0.002$) gruplar arası EPDÖ puan ortalamaları farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu, diğer doğumla ilişkili özelliklere göre ise farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.8).

Çalışmaya katılan kadınların doğumla ilişkili özelliklerine göre DMÖ-R puan ortalamaları incelendiğinde; doğum korkusu olmayan (24.16 ± 4.77), oksitosin uygulanmayan (23.53 ± 4.34), anestezi uygulanmayan (23.46 ± 4.45), doğum için 4-6 saat arası süre geçen (23.78 ± 4.25), doğum sonu destek biri olan (23.37 ± 4.47), sonraki doğum şekli tercihi normal doğum olan (23.64 ± 4.16) kadınların DMÖ-R puan ortalamalarının diğer kadınların DMÖ-R puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kadınların doğum korkusu ($p=0.040$), oksitosin uygulanma durumu ($p=0.038$), anestezi uygulanma durumu ($p=0.024$), doğum için geçen süre ($p=0.012$) ve sonraki doğum şekli tercihine göre ($p=0.003$) gruplar arası DMÖ-R puan ortalamaları farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu, diğer doğumla ilişkili özelliklere göre ise farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Kadınların Doğumla İlişkili Özelliklerine Göre EPDS ve DMÖ-R Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Doğumla İlişkili Özellikleri	n	EPDÖ Ort±SS	DMÖ-R Ort±SS
Doğum korkusu			
Evet	211	6.63±5.10	23.00±4.31
Hayır	89	5.55±4.66	24.16±4.77
<i>Test ve p değeri</i>		t=1.730 p=0.081	t=-2.067 p=0.040
Oksitosin uygulanma durumu			
Evet	31	9.58±6.86	21.77±5.32
Hayır	269	5.94±4.60	23.53±4.34
<i>Test ve p değeri</i>		t=3.932 p=0.000	t=-2.080 p=0.038
Anestezi uygulanma durumu			
Anestezi uygulandı	12	4.00±3.13	20.50±4.42
Anestezi uygulanmadı	288	6.41±5.04	23.46±4.45
<i>Test ve p değeri</i>		t=-1.644 p=0.101	t=-2.265 p=0.024
Doğum için geçen süre			
1-3 saat ^a	113	6.90±4.38	23.48±4.51
4-6 saat ^b	145	5.51±4.54	23.78±4.25
7 saat ve üzeri ^c	42	7.50±7.23	21.47±4.77
<i>Test ve p değeri</i>		F=3.883 p=0.012 Fark a-b arasındadır*	F=4.518 p=0.012 Fark a-b, b-c arasındadır*
Doğum sonu dönemde destek olan birinin olma durumu			
Evet	293	6.17±4.86	23.37±4.47
Hayır	7	12.14±7.15	22.28±5.02
<i>Test ve p değeri</i>		t=-3.168 p=0.002	t=0.635 p=0.526
Sonraki doğum şekli tercihi			
Normal doğum	284	6.18±4.75	23.64±4.16
Sezaryen ile doğum	16	8.62±8.07	18.06±6.42
<i>Test ve p değeri</i>		t=-1.907 p=0.249	t=5.047 p=0.003

*Farkın hangi gruptan kaynaklandığı Sheffe testi ile analiz edildi

Kadınların EPDÖ ile DMÖ-R ve Alt Boyutlarının Puanları Arasındaki İlişkiler tablo 4.9’de sunulmuştur. Kadınların EPDÖ puan ortalamaları ile toplam DMÖ-R ($r=-.392$) ve alt boyutları olan “Travayda yaşanan stres” ($r=-.337$), “kadının kişisel özellikleri” ($r=-.393$) puan ortalamaları ile arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişkiler, “bakım hizmetlerinin kalitesi” alt boyutu arasında negatif yönde düşük düzeyde anlamlı ilişki ($r=-.195$) saptanmıştır ($p<0.01$), (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Kadınların EPDÖ ile DMÖ-R ve Alt Boyutlarının Puanları Arasındaki İlişkiler

Ölçekler ve Alt boyutları	DMÖ-R	Bakım Hizmetlerinin Kalitesi Alt Boyutu	Travayda Yaşanan Stres Alt Boyutu	Kadının Kişisel Özellikleri Alt Boyutu	EPDÖ
DMÖ-R	1				
Bakım Hizmetlerinin Kalitesi Alt Boyutu	.740**	1			
Travayda Yaşanan Stres Alt Boyutu	.767**	.202**	1		
Kadının Kişisel Özellikleri Alt Boyutu	.607**	.087	.557**	1	
EPDÖ	-.392**	-.195**	-.337**	-.393**	1

* $p<0.05$ düzeyinde anlamlı, ** $p<0.01$ düzeyinde anlamlı

Kadınların Doğum Sonu Depresyon Düzeyi Belirleyicileri Çoklu Regresyon Analizi Bulguları Tablo 4.10’da sunulmuştur. Yapılan çoklu regresyon analizi sonucunda, DMÖ-R’nin “bakım hizmetlerinin kalitesi”, “Travayda yaşanan stres” ve “kadının kişisel özellikleri” alt boyutları, doğum sayısı, çocuk sayısı, doğumdan sonra geçen süre, gelir düzeyinin depresyon puanı ile anlamlı ilişkiler verdiği görülmüştür [$R=0.541$, $R^2=0.293$, $F=5.928$, $p=0.000$]. DMÖ-R’nin alt boyutları, doğum sayısı, çocuk sayısı, doğumdan sonra geçen süre, gelir düzeyi ile birlikte doğum sonu depresyona ait varyansın %29’unu açıklamaktadır. Standardize edilmiş regresyon katsayısına göre (β), belirleyici değişkenlerin postpartum depresyon

üzerinde görelî önem sırası değerlendirildiğinde, doğum sayısı ($\beta=2.602$), çocuk sayısı ($\beta=-2.582$), DMÖ-R Kadının kişisel özellikleri ($\beta=-.239$), DMÖ-R Bakım hizmetlerinin kalitesi ($\beta=-.184$), gelir düzeyi ($\beta=.182$), DMÖ-R Travayda yaşanan stres ($\beta=-.140$), doğumdan sonra geçen süre ($\beta=-.122$) şeklindedir. Çoklu regresyon katsayılarının analizine ilişkin t testi sonuçları incelendiğinde ise doğum sayısı ($p=0.013$), çocuk sayısı ($p=0.014$), DMÖ-R Kadının kişisel özellikleri ($p=0.000$), DMÖ-R Bakım hizmetlerinin kalitesi ($p=0.001$), gelir düzeyi ($p=0.011$), DMÖ-R Travayda yaşanan stres ($p=0.038$), doğumdan sonra geçen süre ($p=0.030$) değişkenlerinin doğum sonrası depresyon üzerinde önemli belirleyiciler olduğu, diğer değişkenlerin önemli bir etkisi olmadığı görülmüştür ($p>0.05$), (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Kadınların Doğum Sonu Depresyon Düzeyi Belirleyicileri Çoklu Regresyon Analizi Bulguları

Kadınların Doğum Sonu Depresyon Düzeyi Belirleyicileri	B	SE	Beta	t	P
(Constant)	18.453	2.892		6.381	0.000
DMÖ-R Bakım Hizmetlerinin Kalitesi Alt Boyutu	-.331	.102	-.184	-3.261	0.001
DMÖ-R Travayda Yaşanan Stres Alt Boyutu	-.316	.151	-.140	-2.089	0.038
DMÖ-R Kadının Kişisel Özellikleri Alt Boyutu	-.944	.266	-.239	-3.546	0.000
Kadının Yaşı	-.089	.075	-.093	-1.195	0.233
Eğitim düzeyi (İlköğretim 1)	-1.280	2.072	-.042	-.618	0.537
Aile tipi (Geniş aile 1)	.745	.934	.070	.798	0.426
Sosyal güvence (Yok 1)	-.694	1.473	-.027	-.471	0.638
Meslek (Ev hanımı 1)	1.339	.752	.095	1.780	0.076
Eş eğitim düzeyi (İlköğretim 1)	.439	2.253	.013	.195	0.846
Doğum sayısı	13.270	5.309	2.602	2.499	0.013
Çocuk sayısı	-13.153	5.303	-2.582	-2.480	0.014
Son doğumdan sonra geçen süre (ay)	-.254	.116	-.122	-2.179	0.030
Doğum için geçen süre (st)	-.181	.093	-.132	-1.958	0.051
Gebelik planlı olma durumu (Plansız 1)	.322	.707	.028	.456	0.649
Doğum öncesi eğitim (Yok 1)	.779	.646	.072	1.204	0.229
Doğum sonu destek biri (Yok 1)	.147	2.084	.004	.071	0.944
Gelir düzeyi (Kötü 1)	3.481	1.355	.182	2.569	0.011

[R=0.541, R²=0.293, F=5.928, p=0.000]

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, kadınlarda doğum memnuniyeti ile doğum sonu depresyon arasındaki ilişki değerlendirilmiş ve literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Doğum, kadın hayatını psikolojik, fiziksel ve sosyal anlamda etkileyen özel bir deneyimdir (Jafari ve ark., 2017). Doğum memnuniyeti, doğum deneyimini değerlendirmede önemli bir ölçüttür. Doğuma ilişkin memnuniyetin belirlenmesi yenidoğan ve annenin dolayısıyla da toplum sağlığının iyilik halinin belirlenmesi açısından son derece önemlidir (Ferrer ve ark., 2016; Çıtak Bilgin ve ark., 2018).

Kadınların %70.3'ünün doğum korkusu yaşadığı, %10.3'ünün doğumda oksitosin aldığı, %4'ünün anestezi aldığı, %45.7'sinin 4-6 saat içinde doğum yaptığı, %97.7'sinin doğum sonu dönemde yanında destek olan birinin olduğu, %94.7'sinin bir sonraki doğum şeklinin normal doğum olduğu belirlenmiştir. Gebelikle birlikte başlayan doğum korkusu hem doğum deneyiminin olumsuz olması hem de doğum sonu depresyon ile ilişkilidir (Bergström ve ark., 2013; Uçar ve Gölbasi, 2015). Bilgiç ve arkadaşlarının (2021) araştırma sonuçlarına göre, doğum sonu dönemdeki kadınların %78.2'sinin klinik derecede doğum korkusu yaşadıkları, çoğu lohusanın (%87.7) erken doğum sonu dönemde depresyon açısından riskli grupta olmadığı saptanmıştır. Buna karşın doğum korkusu arttıkça doğum sonu depresyon gelişme riskinde artış olduğu saptanmıştır. Doğum korkusuna yapılacak planlı müdahaleler ile kadınların yenidoğan komplikasyonları, doğum komplikasyonları, sezaryen doğum tercihleri ve doğum sonu psikolojik sorunlarının azalması mümkün olabileceği düşünülmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü, sadece uzun süren ve yetersiz kasılmalar olduğunda oksitosin kullanımını önermekte, gereksiz oksitosin kullanımından kaçınılmasını tavsiye etmektedir (WHO, 2014). Çıtak Bilgin ve arkadaşlarının (2018) çalışmalarında oksitosin uygulanma oranı %69.7 bulunmuştur. Saccone ve arkadaşlarının (2017), 1538 gebeyi aldığı çalışmada kadınların %50.3'üne doğumda oksitosin indüksiyonu uygulanmıştır. Uzel ve Yanikkerem (2018)'in çalışmasında oksitosin uygulanma oranı %37.8 bulunmuştur. Çoker ve arkadaşlarının (2015) "Keşkesiz Doğum Modeli" çalışmasına göre, doğumda anestezi kullanma durumunun %4.1 olduğu belirlenmiştir. Literatür Türkiye'de doğumda anestezinin

yaygın olarak kullanılmadığını göstermektedir. Bu çalışmanın doğumda anestezi uygulaması ile ilgili bulguları literatüre benzerdir.

Kadınların doğum yöntemine ilişkin memnuniyetlerinin araştırıldığı bir çalışmada katılımcıların %59.6'sının sonraki doğumda normal doğumu planladığı belirlenmiştir (Aktaş ve Gökgöz, 2015). Bir sonraki doğumunda, normal doğum yapmayı düşünenlerin oranının bazı çalışmalardan farklı olduğu saptanmıştır. Sonraki doğumunda normal doğumu düşünenlerin oranı Bolu'da yapılan çalışmada %89.2 (Çıtak Bilgin ve ark., 2018), Erzurum'da yapılan çalışmaya göre ise %96.4 bulunmuştur (Karabulutlu, 2012). Aktaş ve Gökgöz'ün çalışmasına göre (2015) katılımcıların %89.1'inin, Arak'ın çalışmasına göre (2020) ise kadınların %94.1'inin normal doğumu önerdiği belirlenmiştir. Bu çalışmanın bulguları literatüre benzerdir.

Doğum memnuniyeti, sunulan hizmeti nasıl algıladığı ya da hizmetin kadının istek ve beklentilerini karşılamasıyla ilgilidir ve etkilendiği pek çok faktör bulunmaktadır (Olgun, 2019). Bu çalışmada DMÖ-R puan ortalaması 23.35 ± 4.47 olduğu ve doğum memnuniyetinin orta düzeyin üzerinde olduğu belirlenmiştir. DMÖ-R puan ortalamasını; Gökmen (2018) 19.37 ± 5.90 , Amanak ve ark. (2020) 30.61 ± 0.63 bulmuştur. DMÖ-R'nin alt boyut puan ortalamalarının; bakım hizmetlerinin kalitesi için 10.23 ± 2.76 , travayda yaşanan stres için 8.28 ± 2.16 , kadının kişisel özellikleri için 4.83 ± 1.26 olduğu bulunmuştur. Bu çalışmanın bulguları Araştırmalarda bulunan sonuçlar birbirine yakındır ve memnuniyet düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada, EPDÖ'den alınan puana göre kadınların %10.3'ünün depresyon semptom şiddeti tanılanması gereken düzeydedir. Gülnar ve arkadaşlarının (2010) EPDÖ ile yaptıkları çalışmada, doğum sonu depresyon oranı %35.4 bildirmiştir. Yıldırım ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında ise aynı ölçek ile doğum sonrası depresyon oranı %51.3 bulunmuştur. Durukan ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında, aynı ölçek kullanılarak oran %15 bulunmuştur. EPDÖ ile yapılan bir başka araştırmada oran %30.6 bildirilmiştir (Battaloğlu ve ark., 2012). Demir ve arkadaşları (2016), EPDÖ ile oranı %34.8 bulmuşlardır. Diğer kaynaklara kıyasla çalışma bulgumuz en düşük oranı göstermektedir. Doğum sonu depresyon oranları

literatürde farklılıklar göstermektedir. Bu farklılık, ölçüm yapılan zaman, kişisel ve kültürel faktörlerden kaynaklandığı şeklinde yorumlanmıştır.

EPDÖ'den 13 ve daha yüksek puan alan kadınların, 12 ve altı puan alan kadınlara göre DMÖ-R ve onun alt boyutları olan “Bakım hizmetlerinin kalitesi”, “Travayda yaşanan stres” ve “Kadının kişisel özellikleri” puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur. Başka bir ifadeyle doğumdan memnuniyet düzeyi azaldıkça, postpartum depresyon düzeyi artmaktadır ($p<0.05$). Bu çalışmanın bulgusuna benzer şekilde; Handelzalts ve arkadaşları (2017), olumsuz doğum deneyiminin, sonraki doğuma karşı korku ve buna bağlı olarak sezaryen doğum ile doğum yapma isteği ve doğum sonrası depresyonla ilgili olduğunu, doğum sürecinin ilerlememesi ve acil sezaryen durumlarında kişisel refaha dikkat gösterilmesi gerektiğini bildirmektedir.

Çalışmaya katılan kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre EPDÖ puan ortalamalarının, eşi çiftçi olan, sosyal güvencesi olmayan, düşük gelir düzeyine sahip olanlarda daha yüksek olduğu ve eşlerin mesleği ($p=0.007$), sosyal güvence durumu ($p=0.013$) ve gelir düzeyine göre ($p=0.000$) farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Eşi çalışmayan kadınların doğum sonu depresyon sıklığı eşi çalışanlara göre daha yüksektir (sırasıyla %23.5 ve %7.1). Hanenin aylık gelir düzeyi yükseldikçe doğum sonu depresyon sıklığı azalmaktadır (Durukan ve ark., 2011). Özkan ve arkadaşlarının çalışmasında, demografik özelliklere göre EPDÖ puan ortalamalarının, sadece gelir düzeyi az olanlarda daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak farkın anlamlı olduğu bildirilmiştir (Özkan ve ark., 2014). Çeber ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada da, EPDÖ puan ortalamalarıyla yaş, aile tipi, çalışma ve sosyal güvence durumu arasında anlamlı bir fark olmadığı, gebeliği planlı olmayan kadınların, planlı olan kadınlara kıyasla 5 kat, geniş ailede yaşayanların çekirdek ailede yaşayanlara kıyasla 2.87 kat fazla depresyon oranına sahip olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmanın bulguları literatüre benzerdir.

Çalışma kapsamına alınan kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre ilköğretim mezunu olan, eşi ilköğretim mezunu ve memur olan, iyi düzeyde geliri olanlarda doğum memnuniyetinin daha yüksek düzeyde olduğu, kadınların eğitim düzeyi ($p=0.029$), eşlerinin eğitim düzeyi ($p=0.006$), eşlerinin mesleği ($p=0.003$), gelir düzeyine ($p=0.024$) göre gruplar arası DMÖ-R puan ortalamaları farklarının

istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Mısır, Lübnan ve Suriye’de yapılan çok merkezli bir doğum memnuniyeti araştırmasına göre, kadınların eğitim durumu ile doğum memnuniyeti arasında ilişki olduğu, eğitim düzeyi arttıkça doğum memnuniyetinin de arttığı bulunmuştur (Kabakian-Khasholian ve ark., 2017). Norveç’te yapılan bir çalışmaya göre, maddi anlamda zorluk yaşayan kadınlarda olumsuz doğum deneyiminin yaygın olduğu bildirilmiştir (Henriksen ve ark., 2017). Uysal (2017), gelir durumu iyi olan kadınların doğum memnuniyetini daha yüksek bulunmuştur. Olgun (2019), kadınların doğum memnuniyetinin gelir düzeyi açısından farklılık göstermediğini belirlenmiştir. Çalışmalar arasındaki bu farklılığın kültürel özellikler, eğitim, yaş gibi kişisel özelliklerden kaynaklandığı şeklinde yorumlanmıştır.

Bu çalışmaya alınan kadınların obstetrik özelliklerine göre doğum sonu depresyon düzeylerinin, gebeliği planlı olmayan, bir önceki doğumunu üniversite hastanesinde yapmış olanlarda daha yüksek olduğu ve farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (sırasıyla, $p=0.021$, $p=0.000$). Planlı ve planlı olmayan gebeliklerde annenin depresyon riskini araştıran bir çalışmada, planlı olmayan gebeliklerin, gebelik ve doğum sırasında planlı gebeliklere göre 2,5 kat daha fazla depresyon riski olduğu bildirilmiştir (Faisal-Cury ve ark., 2017). Türkiyede yapılan başka bir çalışmada, gebeliği planlı olmayan kadınların depresyon riski yüksek bulunmuştur (Özkan ve ark., 2014). Ülkemizde ve yurtdışında yürütülen çalışmalarda da planlanmamış gebeliklerin doğum sonu depresyon gelişmesinde önemli bir risk faktörü olduğu bildirilmektedir (Battaloğlu ve ark., 2012; Gaillard ve ark., 2014; Chi ve ark., 2016). Bu çalışmada bulunan planlı olmayan gebeliği olan kadınlarda doğum sonu depresyon oranının yüksek olması ile ilgili bulgu, literatüre benzer bulunmuştur.

Bu çalışmada, iki doğum yapmış olan, iki çocuğu olan, gebeliği planlı olan, son doğumundan bu yana 1-3 ay geçen, doğum öncesi eğitim almış olan, bir önceki doğumunu devlet hastanesinde yapmış olan kadınların doğum memnuniyet puanlarının diğer kadınlardan daha yüksek olduğu, ancak farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). İskoçya’da yapılan bir çalışmaya göre, ilk gebeliğini yaşayan kadınların doğum memnuniyetinin iki ve daha fazla gebelik yaşamış kadınlara göre düşük olduğu saptanmıştır (Hollins Martin ve Martin, 2014).

Olgun (2019)'un çalışmasında, primipar kadınların doğum memnuniyeti multipar kadınlara göre düşük bulunmuştur. Uysal (2017), multipar ve primipar kadınların doğum memnuniyetlerinin farklı olmadığını belirlemiştir ($p>0.05$). Başka bir araştırmada, doğum memnuniyet puanı ile doğum , yaşayan çocuk ve ölü doğum sayısı arasında ilişki bulunmamıştır (Gökmen ve ark., 2018). Primipar kadınlarda, doğum ve doğum sonu dönemle ilgili bilgi/deneyim eksikliği, doğum korkusu, sürece bağlı kaygı yaşamasına bağlı olabilir. Bu durumun primiparlarda doğum memnuniyetini azalttığı şeklinde yorumlanabilir. Gökmen ve arkadaşlarının (2018) doğum memnuniyet puanının gebeliğin istenme durumuna göre farklı olmadığını, gebeliği planlı olanların doğumdan memnuniyetinin yüksek olduğunu saptamıştır. Planlayarak gebe kalan kadınların sürece fiziksel ve zihinsel olarak hazır olması, doğum sürecine aktif katılmasını, daha uyumlu olmasını ve doğumla iyi başedebilmesini sağlayabilir. Doğumuyla baş etmede başarılı gebeler daha az girişime maruz kalacağından doğum memnuniyeti artabilir.

Olgun'a göre (2019) doğuma hazırlık eğitimi alma durum değişkenine göre ölçek toplamı ve alt boyutlarında anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir. Doğuma hazırlık eğitimi almayan gebelerin eğitim alan gebelere göre doğum memnuniyet puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Gökmen, 2018). Boz ve arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışmaya göre, doğum öncesi eğitimi alan kadınların doğum sürecine bağlı deneyimlerini daha olumlu algıladıkları saptanmıştır. Yapılan farklı çalışmalar, doğuma hazırlık eğitim alan gebelerin doğuma uyumlarının daha iyi ve doğum algısının daha olumlu olduğu, aldıkları eğitimin doğum belirtilerini tanımada ve konforlu bir doğum deneyimi yaşamada etkili olduğu, gebelerin bilgi düzeyini artırdığını göstermiştir (Altıparmak 2016; Coşar ve Demirci 2012). Sonuçların farklı olması, eğitimin kim tarafından, nerede, ne kadar sürede, nasıl ve hangi metod/materyalle verildiği çalışmalardan alınan ilişkilendirilebilir.

Çalışmaya katılan kadınların doğumla ilişkili özelliklerine göre EPDÖ puan ortalamaları incelendiğinde; doğum korkusu olan, oksitosin uygulanan, anestezi uygulanmayan, doğum için yedi saat ve üzeri süre geçen, doğum sonu destek biri olmayan, sonraki doğumda sezaryen ile doğumu tercih edeceğini bildiren kadınların EPDÖ puan ortalamalarının diğer kadınların EPDÖ puan ortalamalarından daha yüksek olduğu, oksitosin uygulanma durumu ($p=0.000$) ve doğum sonu destek

birinin olma durumuna göre ($p=0.002$) gruplar arası EPDÖ puan ortalamaları farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Aile içi ilişkiler, eş/aile desteği ve sosyal destek doğum sonu depresyonu etkilemektedir. Aydın, Erzurum ve Konya’da yapılan çalışmalarda geniş ailede yaşama, aile ilişkilerinin kötü olması ve sosyal destek eksikliği doğum sonu depresyon oranını artırmakta; bebek bakımına desteğin olması doğum sonu depresyon oranını azaltmaktadır. Geniş aile içinde geleneksel yapının müdahaleci tavrı, desteğe ihtiyaç duyulan doğum sonrası dönemde aile içindeki krizler bu sonucu doğurmuş olabilir. (Kolukırık ve ark., 2019)

Çalışmaya katılan kadınların doğumla ilişkili özelliklerine göre DMÖ-R puan ortalamaları incelendiğinde; doğum korkusu olmayan, oksitosin uygulanmayan, anestezi uygulanmayan, doğum için 4-6 saat arası süre geçen, doğum sonu destek biri olan, sonraki doğum şekli tercihi normal doğum olan kadınların DMÖ-R puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, doğum korkusu ($p=0.040$), oksitosin uygulanma durumu ($p=0.038$), anestezi uygulanma durumu ($p=0.024$), doğum için geçen süre ($p=0.012$) ve sonraki doğum şekli tercihinin göre ($p=0.003$) gruplar arası DMÖ-R puan ortalamaları farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Gökmen (2018), oksitosin uygulanmayanların doğum memnuniyet puan ortalamalarının diğer kadınlara kıyasla yüksek olduğu belirlenmiştir. Yurtdışında yapılan prospektif bir çalışmaya göre, travayda oksitosin indüksiyonu uygulaması ile doğum memnuniyetinin azalması ilişkili bulunmuştur (Hamm ve ark., 2019). Uysal’ın (2017) yaptığı çalışmaya göre, katılımcılara oksitosin uygulanma ve uygulanmama durumlarına göre doğum memnuniyet puanları arasında fark bulunamamıştır. Yapılan bir çalışmada, anestezi ile vajinal doğum yapanlar ile anestezi uygulanmayanların doğum memnuniyetleri arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (Olgun, 2019). Özcan ve Aslan’a (2015) göre, ağrı kontrolünün farmakolojik yöntemlerle sağlandığı kadınların memnuniyetlerinin anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir. Farklılığın çalışma yapılan bölgelerdeki farklılıktan ve hastane politikalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Gökmen’e (2018) göre, DMÖR puanı ile hastaneye yatışıyla doğuma kadar geçen süre arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı olup, süre arttıkça memnuniyet puanı azalmaktadır. Benzer şekilde yurtdışında yapılan bir çalışmaya göre de, doğum süresinin uzaması, azalan doğum memnuniyetiyle ilişkilendirilmiştir

(Hamm ve ark., 2019). Doğumhaneye doğum yaklaştığında kabul edilen gebeler, bu ağrılı ve kaygılı süreçte fiziksel olarak yakınlarından daha az süre uzak kalacağından, daha az müdahaleye maruz kalacağından ve hastanede kalış süresi kısılacığından doğum memnuniyetlerinin artacağı düşünülmektedir. Ülkemizde yapılan bir araştırmaya göre, sonraki doğum şeklinin normal doğum olmasını isteyenlerin doğum memnuniyet puan ortalamalarının diğer kadınlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Gökmen, 2018). Karabulutlu'nun (2012) araştırmasına göre, katılımcılardan normal doğum yapmış olan grubun bir sonraki doğum tercihinin %96.4 oranı ile yine normal doğum olduğu belirlenmiş, önceki doğum şekli ile doğum tercihleri karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Smarandache ve arkadaşlarının (2016) Kanada'da yaptığı çalışmaya göre, sezaryenla doğum yapanların doğum memnuniyeti daha düşük bulunmuştur. Yurtdışında yapılan başka çalışmalarda da kadınların normal doğum deneyiminden memnun kaldıkları belirlenmiştir (Fleming ve ark., 2016; Mukamurigo ve ark., 2017; Oikawa ve ark., 2014). Uysal (2017)'in doğum memnuniyeti ile ilgili çalışması, önceki-şimdiki gebeliği sezaryen ile sonuçlananların ve doğum şeklinden memnun olmadığını ifade edenlerin doğum memnuniyet ölçeğinden aldıkları puanın düşük olduğu belirlenmiştir. Çıtak Bilgin ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada, kadınların bir sonraki doğum için normal doğum yöntemini daha çok tercih ettikleri ve bu tercihin normal doğumdan memnuniyetinin daha yüksek olması ile ilişkili olabileceği belirlenmiştir. Gökmen (2018)'nin araştırmasına göre, normal doğumu önerenlerin doğum memnuniyet puanlarının, normal doğumu önermeyenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Arak (2020), annelerin çoğunluğunun doğum şeklinden memnun kaldığını ve normal doğumu çevresindekilere önereceğini bildirmiştir. Kadınlarda normal doğumu önermenin doğumdan ve uygulanan bakımdan duydukları memnuniyetle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Normal doğum oranlarının artırılması bakımından bu sonuç oldukça önemlidir. Bu çalışmanın bulguları literatüre benzerdir.

Kadınların EPDÖ puan ortalamaları ile toplam DMÖ-R ($r=-.392$) ve alt boyutları olan “Travayda yaşanan stres” ($r=-.337$), “kadının kişisel özellikleri” ($r=-.393$) puan ortalamaları ile arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişkiler, “bakım hizmetlerinin kalitesi” alt boyutu arasında negatif yönde düşük düzeyde

anlamli iliŒki ($r=-.195$) saptanmiŒtır ($p<0.01$). Yapılan oklu regresyon analizinde, doğum sayısı ($p=0.013$), ocuk sayısı ($p=0.014$), DMÖ-R “Kadının kiŒisel özellikleri” ($p=0.000$), DMÖ-R “Bakım hizmetlerinin kalitesi” ($p=0.001$), gelir düzeyi ($p=0.011$), DMÖ-R “Travayda yaŒanan stres” ($p=0.038$), doğumdan sonra geçen süre ($p=0.030$) deęiŒkenlerinin doğum sonrası depresyonun önemli belirleyicileri olduğu saptanmiŒtır. TaŒteknė'nin alıŒmasında (2019), EPDÖ'den aldıkları puan ile DMÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında negatif yönde iliŒkilerin olduğu ($p<.001$), baŒka bir ifadeyle kadınların doğum memnuniyeti arttıķa, doğum sonu depresyonun azaldığı saptanmiŒtır. Iwata ve arkadaŒları (2015) doğum memnuniyeti dŒk olan annelerin, yüksek olan annelere göre 2.07 oranında daha fazla depresyon belirtileri gösterdikleri saptanmiŒtır. Kadınların psikolojik sağlığı ile ilgili yapılan araŒtırmalarda, doğum memnuniyetinin de göz önünde bulundurulması gerekmektedir (Hollins Martin ve Martin, 2014; ıtak Bilgin ve ark., 2018).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Kadınlarda doğum memnuniyeti ile doğum sonu depresyon arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan çalışmamızda aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- DMÖ-R'den alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar 0-40 iken; işaretlenenin 6-34 ve ölçek puan ortalamasının 23.35 ± 4.47 olduğu belirlenmiştir. DMÖ-R'nin alt boyut puan ortalamalarının; bakım hizmetlerinin kalitesi için 10.23 ± 2.76 , travayda yaşanan stres için 8.28 ± 2.16 , kadının kişisel özellikleri için 4.83 ± 1.26 olduğu bulunmuştur.

- EPDÖ puan ortalamasının 6.31 ± 4.99 olduğu belirlenmiştir.

- EPDÖ'den 13 puan ve üzerinde alan kadınların oranı %10.3 bulunmuştur.

- EPDÖ'den 13 ve daha yüksek puan alan kadınların, EPDÖ'den 12 ve daha düşük puan alan kadınlardan; DMÖ-R ve alt boyutları olan “Bakım hizmetlerinin kalitesi”, “Travayda yaşanan stres” ve “Kadının kişisel özellikleri” puan ortalamalarının daha düşük olduğu ve farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$).

- Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre EPDÖ puan ortalamaları incelendiğinde; 19-23 yaş grubunda olan, ilköğretim mezunu olan, işçi olan, eşi ilköğretim mezunu olan, eşi çiftçi olan, çekirdek ailede yaşayan, sosyal güvencesi olmayan, gelir düzeyi “kötü” olan kadınların EPDÖ puan ortalamalarının diğer kadınların EPDÖ puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulunmuştur.

- Kadınların eşlerinin mesleği ($p=0.007$), sosyal güvence durumu ($p=0.013$) ve gelir düzeyine göre ($p=0.000$) gruplar arası EPDÖ puan ortalamaları farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu, diğer sosyodemografik özelliklere göre ise farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

- Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre DMÖ-R puan ortalamaları incelendiğinde; 34 yaş ve üzerinde olan, ilköğretim mezunu olan, memur olan, eşi ilköğretim mezunu olan, eşi memur olan, çekirdek ailede yaşayan, sosyal güvencesi olan, gelir düzeyi “iyi” olan kadınların DMÖ-R puan ortalamalarının, diğer gruplardaki kadınların DMÖ-R puan ortalamalarından daha yüksek olduğu, diğer bir ifade ile doğum memnuniyetlerinin daha fazla olduğu bulunmuştur.

- Kadınların eğitim düzeyi ($p=0.029$), eşlerinin eğitim düzeyi ($p=0.006$), eşlerinin mesleği ($p=0.003$), gelir düzeyine ($p=0.024$) göre gruplar arası DMÖ-R puan ortalamaları farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu, diğer sosyodemografik özelliklere göre ise farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

- Kadınların obstetrik özelliklerine göre; 2 doğum yapmış olan, 2 çocuğu olan, gebeliği planlı olmayan, son doğumundan bu yana 4-6 ay geçen, doğum öncesi eğitim almış olan, bir önceki doğumunu üniversite hastanesinde yapmış olan kadınların EPDÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

- Kadınların gebeliğinin planlanma durumu ($p=0.021$) ve bir önceki doğumunun nerede olduğuna göre ($p=0.000$) gruplar arası EPDÖ puan ortalamaları farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu, diğer obstetrik özelliklere göre ise farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

- Kadınların obstetrik özelliklerine göre; 2 doğum yapmış olan, 2 çocuğu olan, gebeliği planlı olan, son doğumundan bu yana 1-3 ay geçen, doğum öncesi eğitim almış olan, bir önceki doğumunu devlet hastanesinde yapmış olan kadınların DMÖ-R puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuş, ancak farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

- Kadınların doğumla ilişkili özelliklerine göre; doğum korkusu olan, oksitosin uygulanan, anestezi uygulanmayan, doğum için 7 saat ve üzeri süre geçen, doğum sonu destek biri olmayan, sonraki doğum şekli tercihi sezaryen ile doğum olan kadınların EPDÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

- Kadınların oksitosin uygulanma durumu ($p=0.000$) ve doğum sonu destek birinin olma durumuna göre ($p=0.002$) gruplar arası EPDÖ puan ortalamaları farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu, diğer doğumla ilişkili özelliklere göre ise farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

- Çalışmaya katılan kadınların doğumla ilişkili özelliklerine göre; doğum korkusu olmayan, oksitosin uygulanmayan, anestezi uygulanmayan, doğum için 4-6 saat arası süre geçen, doğum sonu destek biri olan, sonraki doğum şekli tercihi normal doğum olan kadınların DMÖ-R puan ortalamalarının diğer kadınların DMÖ-R puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulunmuştur.

- Kadınların doğum korkusu ($p=0.040$), oksitosin uygulanma durumu ($p=0.038$), anestezi uygulanma durumu ($p=0.024$), doğum için geçen süre ($p=0.012$) ve sonraki doğum şekli tercihinine göre ($p=0.003$) gruplar arası DMÖ-R puan ortalamaları farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu, diğer doğumla ilişkili özelliklere göre ise farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

- Kadınların EPDÖ puan ortalamaları ile toplam DMÖ-R ($r=-.392$) ve alt boyutları olan “Travayda yaşanan stres” ($r=-.337$), “kadının kişisel özellikleri” ($r=-.393$) puan ortalamaları ile arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişkiler, “bakım hizmetlerinin kalitesi” alt boyutu arasında negatif yönde düşük düzeyde anlamlı ilişki ($r=-.195$) saptanmıştır ($p<0.01$).

- Çoklu regresyon katsayılarının analizine ilişkin t testi sonuçları incelendiğinde ise doğum sayısı ($p=0.013$), çocuk sayısı ($p=0.014$), DMÖ-R Kadının kişisel özellikleri ($p=0.000$), DMÖ-R Bakım hizmetlerinin kalitesi ($p=0.001$), gelir düzeyi ($p=0.011$), DMÖ-R Travayda yaşanan stres ($p=0.038$), doğumdan sonra geçen süre ($p=0.030$) değişkenlerinin doğum sonrası depresyon üzerinde önemli belirleyiciler olduğu, diğer değişkenlerin önemli bir etkisi olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

6.2. Öneriler

Bu çalışmada bulunan sonuçlar doğrultusunda;

- Normal doğumunda iletişimin olumlu ve devamlı olması, gebenin doğumu olumlu algılamasına aynı zamanda duyduğu memnuniyetin artmasına neden olacaktır.

- Sağlık profesyonellerinin doğumda kadınların ihtiyacına yönelik destekleyici bakım vermesi, psikolojik ve fizyolojik ihtiyaçlarını gözlemleyip gidermesi önemlidir.

- Doğum eylemi boyunca rutin uygulamalardan ve gereksiz müdahalelerden uzaklaşarak, sürece kanıta dayalı uygulamalar eşliğinde yaklaşım sağlanmalı ve gebenin karar alma sürecine aktif katılımı teşvik edilmelidir.

- Düşük doğum memnuniyetine ve doğum sonrası depresyona neden olan faktörler araştırılarak iyileştirilmeli, gerekli hizmet içi eğitim programları

düzenlenmeli, hastane prosedürleri ve sağlık politikaları güncel bilimsel veriler ışığında güncellenmelidir.

- Mevcut çalışmanın farklı örneklem gruplarıyla daha kapsamlı şekilde yapılması ve sonuçların sağlık profesyonelleriyle paylaşılması önerilir.

KAYNAKLAR

- Akın B, Turfan EÇ. (2016). Doğuma hazırlık eğitimi alan ve almayan gebelerin doğumdan memnuniyetlerinin değerlendirilmesi. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, (8), 1-16.
- Aktaş D, Gökgöz N. (2015). Kadınların doğum yöntemlerine ilişkin düşünce ve memnuniyetlerinin belirlenmesi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 65-82.
- Aktaş S, Pasinlioğlu T, Yeşilçiçek Çalık K. (2016). The effect of empathy training given to midwives on mothers' birth perceptions and their satisfaction with midwives. *Life Sciences*, 11(4), 1-10.
- Altıparmak S, Coşkun AM.(2016). Doğum öncesi verilen eğitimin gebenin bilgi düzeyi ile memnuniyet durumuna etkisi. *Journal of Human Sciences*, 13(2), 2610-2624.
- Amanak K, Demirkol İ, Ünay V. (2020). Doğum memnuniyetinin postpartum erken dönem emzirme öz-yeterliliğine etkisi. *Turkish Journal of Science and Health*, 1(2), 50-57.
- Aydın R, Kukulcu K. (2018). Adaptation of the Barkin scale of maternal functioning and examination of the psychometric properties. *Health Care For Women International*, 39(1), 50-64.
- Barkin JL, Bloch JR, Hawkins KC, Thomas TS. (2014). Barriers to optimal social support in the postpartum period. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 43(4), 445-54.
- Battaloğlu B, Aydemir N, Hatipoğlu S. (2012). Depression screening and risk factors for depression in mothers with 0-1 year old babies who admitted to the healthy baby outpatient clinic. *Medical Journal of Bakirkoy*, 8(1), 12-21.
- Bell AF, Andersson E. (2016). The birth experience and women's postnatal depression. A systematic review. *Midwifery*, 39,112-123.
- Bergström M, Rudman A, Waldenström U, Kieler H. (2013). Fear of childbirth in expectant fathers, subsequent childbirth experience and impact of antenatal

- education: subanalysis of results from a randomized controlled trial. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 92(8), 967-973.
- Bilgiç D, Dağlar G, Özkan SA, Kadioğlu M. (2015). Postpartum depresyonda tamamlayıcı ve alternatif tedaviler. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 2(2), 13- 35.
- Bilgiç D, Demirel G, Dağlar G. (2021). Doğum deneyiminin erken postpartum dönem depresyon riski ile ilişkisi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 25- 35.
- Bilgin NÇ, Bedriye AK, Potur DC, Ayhan F. (2018). Doğum yapan kadınların doğumdan memnuniyeti ve etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(3), 342-352.
- Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Systematic Review*, 6, 7(7).
- Boz İ, Akgün M, Duman F, Uçan H, Göksu M, Coşkun G, Hayta G. (2019). Gebelerin doğum eyleminde algıladıkları destekleyici bakım ile doğum algıları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 16(4), 187-190.
- Bulut P. (2016). Doğumdan Önce Anne-Baba Adaylarıyla Yapılan Yeni Duruma Alıştırma Görüşmelerinin Anne-baba Adaylarının Doğum Sonrası Depresyon Düzeylerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun.
- Can EK, Apay SE. (2020). Doğum şekli: Doğum sonu konfor ve doğumdan memnuniyet düzeylerini etkiler mi?. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 8(3), 547-565.
- Can HÖ. (2015). Doğum sonrası bakım rehberlerinin kanıt temelli çalışmalarla gözden geçirilmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(2), 40-47.
- Chi X, Zhang P, Wu H, Wang J. (2016). Screening for postpartum depression and associated factors among women in china: a cross-sectional study, *Frontiers in Psychology*, 7, 1-8.

- Coşar F, Demirci N. (2012). Lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık eğitiminin doğum algısı ve doğuma uyum sürecine etkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3(1),18-30.
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R (1987). Detection of postnatal depression. development of the 10-item Edinburg Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782-786.
- Çeber E, Bilge A, Mermer G, Yücel U. (2010). İzmir'in bornova ilçesinde gebelik ve doğum sonrası depresyon riski. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics*, 20(1), 1-9.
- Çoker H, Karabekir N, Varlık S. (2015). Keşkesiz doğum modeli ve ekibi. *Türkiye Klinikleri Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Özel Konular*, 1(3), 27-34.
- De Carlo LT. (1997). On the meaning and use of kurtosis. *Psychological Methods*, (2), 292-307.
- Demir S, Şentürk MB, Çakmak Y, Altay M. (2016). Kliniğimizde doğum yapan kişilerde postpartum depresyon oranı ve ilişkili faktörler. *Haseki Tıp Bülteni*, 54, 83-89.
- Durmazoğlu G, Oktay AK, Toksoy S, Serttaş M, Göçmen F, Bezirgan S ve ark. (2016). Postpartum depresyonun hemşire ve ebeler tarafından öngörülebilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19, 33-37.
- Durukan E, İlhan MN, Bumin MA, Aycan S. (2011). 2 hafta-18 aylık bebeği olan annelerde postpartum depresyon sıklığı ve yaşam kalitesi. *Balkan Medical Journal*, 28(4), 385-393.
- Elvander C, Cnattingius S, Kjerulff KH. (2013). Birth experience in women with low, intermediate or high levels of fear: Findings from the first baby study. *Birth. Issues in Perinatal Care*, 40(4), 289- 296.
- Engindeniz AN, Kuzey L, Kültür S. (1996). Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Türkçe Formu Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Bahar Sempozyumları 1. Kitabı. Ankara: Psikiyatri Derneği Yayınları. S: 51-52.

- Erenel AŞ, Çiçek S. (2018). Doğum eylemine yapılan müdahalelerin anne ve çocuk sağlığına etkileri. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 9(2), 123-129.
- Ergöl Ş, Kürtüncü M. (2014). Bir üniversite hastanesinde kadınların sezaryen doğum tercihlerini etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 26-34.
- Faisal-Cury A, Menezes PR, Quayle J, Matijasevich A. (2017). Unplanned pregnancy and risk of maternal depression: secondary data analysis from a prospective pregnancy cohort. *Psychology. Health and Medicine*, 22(1), 65-74.
- Ferrer MB, Jordana MC, Meseguer CB, Garcia CC, Roche ME. (2016). Comparative study analysing women's childbirth satisfaction and obstetric outcomes across two different models of maternity care. *BMJ Open*, 26(8), e011362.
- Fleming SE, Donovan-Batson C, Burduli E, Barbosa-Leiker C, Martin CJH, Martin CR. (2016). Birth satisfaction scale/birth satisfaction scale-revised (bss/bss-r): a large scale united states planned home birth and birth centre survey. *Midwifery*, 41, 9-15.
- Gaillard A, Lestrat Y, Mandelbrot L, Keita H, Dubertret C. (2014). Predictors of postpartum depression: prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry Research*, 215(2), 341-346.
- Gökmen Ö, Erbil N, Demirbağ BC. (2018). Doğum memnuniyet ölçeğini revize formunun Türk toplumuna uyarlanması. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 1(Özel Sayı), 238-239.
- Güleç D, Öztürk R, Sevil Ü, Kazandı M. (2013). Gebelerin yaşadıkları doğum korkusu ile algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics*, 24(1), 36-41.
- Gülınar D, Sunay D, Çaylına A. (2010). Postpartum depresyon ile ilişkili risk faktörleri. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik*, 20(3), 141-148.
- Hamm RF, Srinivas SK, Levine LD. (2019). Risk factors and racial disparities related to low maternal birth satisfaction with labor induction: A prospective, cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 1-9.

- Handelzalts JE, Waldman Peyser A, Krissi H, Levy S, Wiznitzer A, Peled Y. (2017). Indications for emergency intervention, mode of delivery, and the childbirth experience. *Plos One*, 12(1), e0169132.
- Hekimoğlu L, Tekiner AS, Peker GC. (2015). Kamuya ait bir eğitim ve araştırma hastanesinde ayakta ve yatan hasta memnuniyeti. *Konuralp Tıp Dergisi*, 7(1), 1-5.
- Henriksen L, Grimsrud E, Schei B, Lukasse M, Bidens Study Group. (2017). Factors related to a negative birth experience—a mixed methods study. *Midwifery*, 51, 33-39.
- Hisli N. (1988). Beck depresyon envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi*, 6(22), 118-126.
- Hodnett E. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186, 160-72.
- Hollins Martin C, Martin CR. (2014). Development and psychometric properties of the birth satisfaction scale- revised (BSS-R). *Midwifery*, 30, 610-619.
- Hopkins KD, Weeks DL. (1990). Tests for normality and measures of skewness and kurtosis: Their place in research reporting, *Educational and Psychological Measurement*, (50),717-729.
- Iwata H, Mori E, Tsuchiya M, Sakajo A, Maehara K., Ozawa H et al. (2015). Predicting early post-partum depressive symptoms among older primiparous Japanese mothers. *Japan Journal of Nursing Science*, 12(4), 297- 308.
- İşbir GG, İnci F. (2014). Travmatik doğum ve hemirelik yaklaşımları. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 1(1), 29-40.
- Jafari E, Mohebbi P, Mazloomzadeh S. (2017). Factors related to women's childbirth satisfaction in physiologic and routine childbirth groups. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 22(3), 219- 224.
- Kabakian-Khasholian T, Bashour H, El-Nemer A, Kharouf M, Sheikha S, El Lakany N et al. (2017). Women's satisfaction and perception of control in childbirth in three Arab countries. *Reproductive Health Matters*, 25(sup1), 16-26.

- Kaner G, Samur G. (2012). Postpartum depresyonda beslenmenin rolü. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 40(1), 51-58.
- Kapısız Ö, Karaca A, Özkan FS, Savaş HG. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin doğum algısı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(3), 156-160.
- Karabulutlu Ö. (2012). Kadınların doğum ekli tercihlerini etkileyen faktörler. *Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 20(3), 210- 218.
- Karaçam Z, Kitiş Y. (2008). Doğum sonrası depresyon tarama ölçeği: Türkçede geçerlik güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(2), 187-196.
- Kaya T. (2018). Doğum Eyleminde Ebelerle İletişimin Doğum Deneyimine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Celal Bayar Üniversitesi, Manisa.
- Koç Ö. (2016). Doğumda Anne Memnuniyeti ile Annelik Rolü Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Kolukırık Ü, Şimşek H, Ergör A. (2019). Doğum sonrası dönemdeki annelerde depresif belirtilerle ilişkili etmenler: Toplum tabanlı kesitsel bir çalışma. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 33(1), 1-8.
- Körükçü Ö, Deliktaş A, Aydın R, Kabukcuoğlu K. (2017). Gebelikte psikososyal sağlık durumu ile doğum korkusu arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 7, 152-158.
- Küçüköğlü S, Çelebioğlu A, Coşkun D. (2014). Yenidoğan kliniğinde bebeği yatan annelerin postpartum depresyon belirtileri ve emzirme özyeterlilik düzeylerinin belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 921-932.
- Matsumura K, Hamazaki K, Tsuchida A, Kasamatsu H, Inadera H. (2019). Japan Environment and Children's Study (JECS) Group Education level and risk of postpartum depression: Results from the Japan Environment and Children's Study (JECS), *BMC Psychiatry*, 19(1), 419.
- McCall-Hosenfeld JS, Phiri K, Schaefer E, Zhu J, Kjerulff K. (2016). Trajectories of depressive symptoms throughout the peri- and postpartum period: Results from the first baby study. *Journal of Women's Health*, 25(11), 1112-1121.

- Mukamurigo JU, Berg M, Ntaganira J, Nyirazinyoye L, Dencker A. (2017). Associations between perceptions of care and women's childbirth experience: a population-based cross-sectional study in Rwanda. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 181.
- Ngai FW, Ngu SF. (2015). Predictors of maternal and paternal depressive symptoms at postpartum. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(2), 156- 161.
- Norhayati MN, Hazlina NH, Asrenee AR, Emilin WM. (2015). Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review. *Journal of Affective Disorders*, 175, 34-52.
- Oikawa M, Sonke A, Faye EO, Ndiaye P, Diadhiou M, Kondo M. (2014). Assessment of maternal satisfaction with facility-based childbirth care in the rural region of Tambacouda, Senegal. *African journal of Reproductive Health*, 18(4), 95-104.
- Olgun EG. (2019). Vajinal Doğum Yapmış Kadınların Doğum Memnuniyeti ile İlişkili Faktörler: Hastane Tabanlı Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Karabük Üniversitesi, Karabük.
- Oveysi M, Apay SE. (2021). Doğumda algılanan destekleyici bakım ve memnuniyet düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 31(3), 232-238.
- Özcan NK, Boyacıoğlu NE, Dinç H. (2017). Postpartum depression prevalence and risk factors in Turkey: A systematic review and metaanalysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(4), 420-428.
- Özcan Ş, Aslan E. (2015). Normal doğumda ve sezaryen doğumda anne memnuniyetinin belirlenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(1), 41-48.
- Özkan H, Üst ZD, Gündoğdu G, Çapık A, Şahin SA. (2014). Erken postpartum dönemde emzirme ve depresyon arasındaki ilişki. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 48(2), 124-132.
- Özorhan EY, Ejder Apay S, Şahin Altun Ö. (2014). Gebelikte ruh sağlığı. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi*, 3(2), 33-42.

- Paulson JF, Bazemore SD. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: A meta-analysis. *JAMA*, 303(19), 1961-1969.
- Roumieh M, Bashour H, Kharouf M, Chaikha S. (2019). Prevalence and risk factors for postpartum depression among women seen at Primary Health Care Centres in Damascus. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 519.
- Saccone G, Ciardulli A, Baxter JK, Quiñones JN, Diven LC, Pinar B ve ark. (2017). Discontinuing oxytocin infusion in the active phase of labor: A systematic review and meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology*, 130(5), 1090-1096.
- Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(4), CD004667.
- Serhatlıoğlu SG, Karahan N. (2018). Doğum memnuniyeti ve etkileyen faktörler. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, 5(12), 75-91.
- Seven M, Akyüz A. (2013). Postpartum depresyon gelişiminde etkisi az bilinen bir faktör: infertilite. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10(3), 7-11.
- Shaban I, Mohammad K, Homer C. (2016). Development and validation of women's satisfaction with hospital-based intrapartum care scale in Jordan. *Journal of Transcultural Nursing*, 27(3), 256-261.
- Smarandache A, Kim TH, Bohr Y, Tamim H. (2016). Predictors of a negative labour and birth experience based on a national survey of Canadian women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 1-9.
- Tahaoğlu AE, Tođrul C, Kùlahçiođlu İ, Öztürk BA, Balsak D, Bademkıran H ve ark. (2015). Factors affecting postpartum depression in Diyarbakır. *Perinatal Journal*, 23(1), 26-29.
- Taş F, Gülpak M, Oktay AA, Demir N. (2019). Kadın doğum ve çocuk hastanesinde doğum yapan kadınların doğum öncesi bakım alma durumları. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 14(1), 24-30.

- Taşkın L. (2016). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Taştekne F. (2019). Postpartum Depresyonun Gelişimindeki Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, İbn Haldun Üniversitesi, İstanbul.
- Türk Dil Kurumu (TDK). Türk Dil Kurumu Sözlükleri. Erişim: 01.06.2022, <https://sozluk.gov.tr/>
- Türkiye İstatistik Kurumu (2022). Yaşam Memnuniyeti Araştırması. Erişim: 27.09.2022, <http://www.tuik.gov.tr>
- Türkmen H, Özbaşaran F. (2017). Vajinal doğum yapan lohusalarda taburculuğa hazır olma durumlarının değerlendirilmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 24-29.
- Uçar T, Gölbası Z. (2015). Nedenleri ve sonuçlarıyla doğum korkusu derleme nedenleri ve sonuçlarıyla doğum korkusu. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 54–58.
- Uysal B. (2017). Kadınların Doğum Deneyimi ve Doğum Sonrası Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir.
- Uzel HG, Yanıkkerem E. (2018). İntrapartum dönemde kanıta dayalı uygulamalar: Doğum yapan kadınların tercihleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(1), 26-34.
- Wei S, Wo BL, Qi HP, Xu H, Luo ZC, Roy C. (2012). Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9), 1-78.
- Whitburn LY, Jones LE, Davey MA, Small R. (2017). The meaning of labour pain: How the social environment and other contextual factors shape women's experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(157), 1-10
- WHO (2019). Maternal Mortality. Erişim: 25 Mayıs 2022, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.

- Yazgan E. (2014). Doğumhane Ortamı ve Koşullarının Doğum Ağrısı, Doğumdan Memnuniyet ve Anne-Bebek Bağlanması Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R, Karakurt, P. (2011). Postpartum depresyon ile sosyal destek arasındaki ilişki social support and affecting factors. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 8(1), 31–46.
- Yılmaz FA, Başer M. (2017). Normal doğumda öğrenci hemşireler ve klinik hemşireler tarafından verilen bakımın anne memnuniyetine etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (1), 24-28.
- Yılmaz L, Koruk F, Koruk İ. (2018). Şanlıurfa’da bir devlet hastanesinde doğum yapmış kadınların doğum öncesi bakım hizmetlerini alma durumu, bu hizmetlerin niteliği ve etkileyen faktörler. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2), 209- 218.
- Yurtsever Kılıçgün M, Kılıçkaya A. (2016). Geleneksel Annelik Ölçeği'nin psikometrik özellikleri: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Itobiad: Journal of the Human & Social Science Researches*, 5(8), 2867-2881.
- Yücesoy H, Erbil N. (2022). Relationship of premenstrual syndrome with postpartum depression and mother–infant bonding. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(3), 1112-1120.
- Zhang YP, Zhang LL, Wei HH, Zhang Y, Zhang CL, Porr C. (2016). Post partum depression and the psychosocial predictors in first-time fathers from Northwestern China. *Midwifery*, 35, 47-52.

Ek 1. Kişisel Bilgi Formu

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Sayın Katılımcı,

Form No:

Bu çalışmada “Kadınlarda Doğum Memnuniyeti ile Doğum Sonu Depresyon Arasındaki İlişki”nin incelenmesi amaçlanmıştır. Soru formu ve ilgili ölçeklerin doldurulması 15 dakikanızı alacaktır. Tüm soruların eksiksiz ve içtenlikle cevaplanması bilimsel değeri nedeniyle oldukça önemlidir. Çalışma bulguları bilimsel amaç dışında hiçbir yerde kullanılmayacaktır.

Katılımınız ve desteğiniz için şimdiden teşekkür ederiz.

Nuran Nur TÜRKELİ

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Yüksek Lisans Programı

1- Kaç yaşındasınız?

2- Eğitim durumunuz:

1. İlkokul 2. Ortaöğretim 3. Lise 4. Üniversite ve üzeri

3- Mesleğiniz?

1. Ev hanımı 2. Memur 3. Serbest meslek 4. İşçi 5. Diğer

4- Eşinizin eğitim durumu:

1. İlköğretim 2. Ortaöğretim 3. Lise 4. Üniversite ve üzeri

5- Eşinizin mesleği

1. Memur 2. İşveren 3. Serbest meslek 4. İşçi 5. Çiftçi 6. Diğer

6- Aile tipiniz:

1. Çekirdek aile 2. Geniş aile

7- Sosyal güvence durumunuz:

1. Var 2. Yok

8- Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

1. İyi 2. Orta 3. Kötü

9- Kaç doğum yaptınız?

10- Kaç yaşayan çocuğunuz var?

11- Son gebeliğiniz planlanmış bir gebelik miydi?

1. Evet 2. Hayır

12- Son doğumunuzdan bu yana ne kadar zaman geçti?

13- Gebeliğiniz süresince doğum öncesi eğitim aldınız mı?

1. Evet 2. Hayır

14- Bir önceki doğumunuzu nerede yaptınız?

1. Ev 2. Üniversite hastanesi 3. Devlet hastanesi 4. Diğer

15- Doğuma gelmeden önce doğum korkunuz var mıydı?

1. Evet 2. Hayır

16- Doğum ağrılarını başlatmak ya da artırmak için (suni sancı) oksitosin indüksiyonu yapıldı mı?

1. Evet 2. Hayır

17- Doğumda ağrıyı azaltmak için anestezi uygulandı mı?

1. Belden aşağısı için anestezi uygulandı

2. Genel anestezi uygulandı

3. Anestezi uygulanmadı

18- Sancularla hastaneye yatışınızdan doğum yapmanıza kadar geçen süre kaç saattir?

19- Doğum sonu dönemde destek olan biri var mı?

1. Evet 2. Hayır

20- Bir sonraki doğum şekli tercihiniz nedir?

1. Normal doğum 2. Sezaryen ile doğum

Ek 2. Doğum Memnuniyeti Ölçeği

DOĞUM MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ REVİZE FORMU (DMÖ-R)						
Yönerge: Aşağıda doğum memnuniyetiniz hakkında ifadeler yer almaktadır. “Doğum deneyiminizde yaşadıklarınızı düşünerek”, her bir ifade için “tamamen katılıyorum”, “katılıyorum”, “kararsızım”, “katılmıyorum”, “kesinlikle katılmıyorum” şeklinde beş seçenektan birini işaretleyiniz. Lütfen her ifade için sadece bir kutucuğu işaretleyiniz. Tüm maddeleri cevaplayınız.						
1	Tamamen sorunsuz ve sağlıklı normal bir doğum süreci yaşadım.	Kesinlikle Katılıyorum ○	Katılıyorum ○	Kararsızım ○	Katılmıyorum ○	Kesinlikle Katılmıyorum ○
2	Doğum sancılarımın aşırı derecede uzun sürdüğünü düşündüm.	Kesinlikle Katılıyorum ○	Katılıyorum ○	Kararsızım ○	Katılmıyorum ○	Kesinlikle Katılmıyorum ○
3	Doğumhane personeli doğum sürecimi nasıl geçirmek istediğimle ilgili karar vermemde beni cesaretlendirdi.	Kesinlikle Katılıyorum ○	Katılıyorum ○	Kararsızım ○	Katılmıyorum ○	Kesinlikle Katılmıyorum ○
4	Doğum sancılarım ve doğum sırasında çok kaygılandım.	Kesinlikle Katılıyorum ○	Katılıyorum ○	Kararsızım ○	Katılmıyorum ○	Kesinlikle Katılmıyorum ○
5	Doğum sancılarım ve doğum sırasında doğumhane personelinin beni çok iyi desteklediğini hissettim.	Kesinlikle Katılıyorum ○	Katılıyorum ○	Kararsızım ○	Katılmıyorum ○	Kesinlikle Katılmıyorum ○
6	Doğum sancılarım sırasında doğumhane personeli benimle çok iyi iletişim kurdu.	Kesinlikle Katılıyorum ○	Katılıyorum ○	Kararsızım ○	Katılmıyorum ○	Kesinlikle Katılmıyorum ○
7	Doğum yapmanın stresli ve zor bir deneyim olduğunu anladım.	Kesinlikle Katılıyorum ○	Katılıyorum ○	Kararsızım ○	Katılmıyorum ○	Kesinlikle Katılmıyorum ○
8	Doğum sırasında kontrolümü kaybettiğimi hissettim.	Kesinlikle Katılıyorum ○	Katılıyorum ○	Kararsızım ○	Katılmıyorum ○	Kesinlikle Katılmıyorum ○
9	Doğum sancılarım sırasında hiç endişelenmedim.	Kesinlikle Katılıyorum ○	Katılıyorum ○	Kararsızım ○	Katılmıyorum ○	Kesinlikle Katılmıyorum ○
10	Doğumhane temiz ve hijyenikti.	Kesinlikle Katılıyorum ○	Katılıyorum ○	Kararsızım ○	Katılmıyorum ○	Kesinlikle Katılmıyorum ○

Ek 3. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

EDINBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Yönerge: EDSÖ doğum sonrası dönemde depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla kullanılır. Kendini değerlendirme ölçeğidir. Doğum sonrası dönemdeki kadınlara uygulanır. Toplam 10 soru içermekte ve depresyonu ölçmektedir. Lütfen, yalnızca bugün değil son 7 gün içinde, kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz.

1) Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

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

2) Geleceğe hevesle bakıyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Her zamankinden biraz daha az
- Her zamankinden kesinlikle daha az
- Hemen hemen hiç

3) Birşeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Çok sık değil
- Hayır, hiç bir zaman

4) Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

- Hayır, hiç bir zaman
- Çok seyrek
- Evet, bazen
- Evet, çoğu zaman

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

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Hayır, çok sık değil
- Hayır, hiç bir zaman

6) Her şey giderek sırtıma yükleniyor.

- Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum
- Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum
- Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkamıyorum
- Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

7) Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Çok sık değil
- Hayır, hiç bir zaman

8) Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, oldukça sık
- Çok sık değil
- Hayır, hiç bir zaman

9) Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

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

10) Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

- Evet, oldukça sık
- Bazen
- Hemen hemen hiç
- Asla

Ek 4. Doğum Memnuniyeti Ölçeği Kullanım İzni

18.02.2020

Zimbra

Zimbra

nurannurakcara@odu.edu.tr

Fwd: DOĞUM MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ REVİZE FORMU

Kimden : öznur özdemir <oznurr.ozdemir@gmail.com> 12 Oca 2020 Paz 15:52
Konu : Fwd: DOĞUM MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ REVİZE FORMU 2 ek
Kime : Nuran Nur Akçara <nurannurakcara@odu.edu.tr>

Sayın Nuran Nur AKÇARA , geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığımız Doğum Memnuniyet Ölçeği Revize Formunu yapacağınız çalışmada kullanmanızdan memnuniyet duyarım.

Ekte ölçek ile ilgili gerekli dökümanları gönderiyorum. İyi çalışmalar dilerim.

bir sorun ya da sorunuz olursa telefon İle de ulaşabilirsiniz

Ölçeğin kongre sunumunun kaynak gösterimini de ayrıca göndermek istedim.
Gökmen Ö, Erbil N, Demirbağ BC. Doğum Memnuniyet Ölçeğini Revize Formunun Türk Toplumuna Uyarlanması , Sözel Bildiri, 1. Uluslar arası II. Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi, 23-24 Mart 2018, Marriott Otel, Şişli, İstanbul, Turkey.

Ek 5. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Kullanım İzni

18.02.2020

Zimbra

Zimbra

nurannurakcara@odu.edu.tr

Re: Ölçek kullanım izni

Kimden : Nur Engindeniz <nengindeniz@hotmail.com> 12 Oca 2020 Paz 13:52

Konu : Re: Ölçek kullanım izni

Kime : Nuran Nur AKÇARA <nurannurakcara@odu.edu.tr>

Merhaba,
Ölçeği kullanmanızda sakınca yoktur.
Ne yazıkki çalışma elektronik ortamda yok.
Kolaylıklar dilerim
Saygılarımla
Dr. Nur Engindeniz

iPhone'umdan gönderildi

Nuran Nur AKÇARA <nurannurakcara@odu.edu.tr> şunları yazdı (11 Oca 2020 15:44):

> Sayın
> Dr. Nur ENGİNDENİZ hocam
> Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisiyim. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz "Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği"ni, hocam Prof. Dr. Nülüfer ERBİL ile yapmayı planladığımız tez çalışmasında izniniz olursa kullanmak istiyoruz. Ölçeğinizi kullanmamıza izin vermeniz halinde özgün formunu ve yönergesini e-posta ile gönderebilir misiniz?
> İlginiz için şimdiden teşekkür ederim.
> Saygılarımla...

Kimden : Nuran Nur AKÇARA <nurannurakcara@odu.edu.tr> 11 Oca 2020 Cmt 15:44

Konu : Ölçek kullanım izni

Kime : nengindeniz@hotmail.com

Sayın
Dr. Nur ENGİNDENİZ hocam
Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisiyim. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz "Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği"ni, hocam Prof. Dr. Nülüfer ERBİL ile yapmayı planladığımız tez çalışmasında izniniz olursa kullanmak istiyoruz. Ölçeğinizi kullanmamıza izin vermeniz halinde özgün formunu ve yönergesini e-posta ile gönderebilir misiniz?
İlginiz için şimdiden teşekkür ederim.
Saygılarımla...

Ek 6. Kurum İzni



T.C.
ORDU VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Ordu Üniversitesi - Ordu Üniversitesi
Rektörlüğü - Genel Sekreterlik

03.06.2020

Seri: 799-E.00000494737



0000494737

Sayı : 35766460-799
Konu : Araştırma İzni (Nuran Nur
TÜRKELİ)

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : Ordu Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nün
19/03/2020 tarih ve 36910495-663.08-E.00000482488 sayılı yazısı.

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr.Nülüfer ERBİL danışmanlığında; 18540200010 nolu öğrencisi Nuran Nur TÜRKELİ'nin "*Kadınlarda Doğum Memnuniyeti ile Doğum Sonu Depresyon Arasındaki İlişki*" konulu çalışmalarının sağlık tesisinizde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, kişisel veri ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, yapılacak çalışma sonucunun Müdürlüğümüz bilgisi dışında ilan edilmemesi ve etik kurulu raporu alındıktan sonra çalışmaya başlanması şartıyla uygun görülmüş olup, alınan komisyon kararı adı geçene teslim edilmek üzere yazımız ekinde gönderilmiştir. Yapılacak çalışmaya gerekli desteğin verilerek kolaylık sağlanması hususunda;

Gereğini arz/rica ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Mustafa KASAPOĞLU
İl Sağlık Müdürü

Ek :
1-Komisyon Kararı (1 Sayfa)
2- İş Birliği Protokolü (1 Sayfa)

Dağıtım:
Ordu Üniversitesi Rektörlüğü
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)
Ordu Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği

Ek 7. Etik Kurul İzni



Ordu Üniversitesi - Ordu Üniversitesi
Rektörlüğü - Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Müdürlüğü
27.07.2020 19:37
Ser: 91120269.400.E.00000513598
0000513598

T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI

Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Toplantı Saati	Karar Sayısı
09.07.2020	14	15.00	148

Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu, "Klinik Araştırmalar ve Biyoyararlanım/Biyoesdeğerlik Çalışmaları Etik Kurullarının Standart Çalışma Yöntemi Esasları" 11.2.1 maddesi uyarınca Etik Kurul Başkanı Doç. Dr. Ahmet KARATAŞ başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

KARAR NO: 2020/ 148

Sorumlu yürütücü Prof. Dr. Nülüfer ERBİL'in, KA EK 137 Nolu başvurusunun değerlendirilmesi sonucu "*Kadınlarda Doğum Memnuniyeti ile Doğum Sonu Depresyon Arasındaki İlişki*" başlıklı araştırmasının etik ilke ve kurallara uygunluk açısından yapılabilirliğine ve konunun ilgili öğretim üyesine tebliğine toplantıya katılanların oy birliği ile karar verildi.

e-imzalıdır
Dr. Öğr. Üyesi Ali YILMAZ
Ordu Üniversitesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkan V.

Ek 8. Bilgilendirilmiş Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Değerli Katılımcı,

Katıldığınız bu çalışma, “Kadınlarda Doğum Memnuniyeti ile Doğum Sonu Depresyon Arasındaki İlişki” inceleyen bilimsel bir araştırmadır. Bu çalışma, Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Nülüfer ERBİL danışmanlığında, Ordu Üniversitesi Yüksek Lisans Öğrencisi Nuran Nur TÜRKELİ tarafından yürütülmektedir.

Araştırma için Ordu İl Sağlık Müdürlüğü’nden gerekli izinler alınmıştır. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmadaki işlemlerin size hiçbir zararı olmayacaktır. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır, katılmanız için hiçbir zorunluluk yoktur.

Araştırmadaki formları doldurmanız yaklaşık 15 dakikanızı alacaktır. Soru formlarına isim yazmanız gerekmekte olup, formları doldurmanız çalışmaya katılmayı kabul ettiğinizi göstermektedir. Çalışmadan istediğiniz zaman çekilebilirsiniz ve çekilmeniz halinde hiçbir şekilde olumsuz etkilenmeyeceksiniz. Sorulara yanıtlarınız gizli tutulacak ve kimseyle paylaşılmayacaktır. Bu araştırmayla ilgili her türlü soruyu istediğiniz zaman aşağıda bulunan telefon numarasını arayarak yöneltebilirsiniz.

Zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.

Saygılarımla...

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait bilgilerin araştırmada kullanılması konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve araştırmaya hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Katılımcının Adı Soyadı:

Tarih ve İmzası:

Araştırmacının Adı Soyadı:

İş Adresi:

Telefonu:

E-Posta:

Tarih ve İmzası:

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Nuran Nur TÜRKELİ
Doğum Yeri : Ordu
Doğum Tarihi : 05.04.1996
Yabancı Dili : İngilizce
E-posta : nnurturkeli@icloud.com

Öğrenim Durumu :

Derece	Bölüm/ Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Sağlık Bilimleri Fakültesi/Hemşirelik	Ordu Üniversitesi	2014-2018
Yüksek Lisans	Hemşirelik	Ordu Üniversitesi	2019-2022

İş Deneyimi:

Görev	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	Sağlık Bakanlığı Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2020 -

Çalışmalar:

1. Erbil N, Nefes HN, Varlık N, Türkeli NN. Investigation of the relationship between premenstrual syndrome and type D personality among university students. The Third International Clinical Nursing Research Congress, İstanbul, Turkey, Abstract Book, 2020.