

**T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI**

**COVID-19 PANDEMİSİNİN PANDEMİ SÜRECİNDE DOĞUM  
YAPAN KADINLARIN BEBEK BAKIMI İLE İLGİLİ OBSESİF  
KOMPULSİF DAVRANIŞLARI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ**

**Dr. Zehra Nur ÇAĞIL**

**UZMANLIK TEZİ  
Olarak Hazırlanmıştır**

**ANKARA**

**2022**

**T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**COVID-19 PANDEMİSİNİN PANDEMİ SÜRECİNDE DOĞUM  
YAPAN KADINLARIN BEBEK BAKIMI İLE İLGİLİ OBSESİF  
KOMPULSİF DAVRANIŞLARI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ**

**Dr. Zehra Nur ÇAĞIL  
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI  
Doç. Dr. Duygu AYHAN BAŞER**

**ANKARA  
2022**

## TEŞEKKÜR

*Eğitimimde ve tez sürecimde kendilerinden çok şey öğrendiğim, tezimin her aşamasında yanımda olup ilmek ilmek sabırla emek veren, meslek sevgisiyle bizlere ışık olan, öğrencisi olmaktan her zaman gurur duyacağım kıymetli tez danışmanım Hacettepe Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Doç. Dr. Duygu Ayhan Başer'e,*

*Asistanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübeleriyle her zaman yol gösterici olan ve desteklerini hiçbir zaman bizlerden esirgemeyen çok kıymetli hocalarım Doç. Dr. Hilal Aksoy'a ve Doç. Dr. İzzet Fidancı'ya,*

*Eğitimim boyunca birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum değerli meslektaşlarıma ve her zaman yanımda olan değerli arkadaşlarıma,*

*Tezin yürütülmesi sürecinde desteklerinden ötürü Mamak Gülveren Aile Sağlığı Merkezi çalışanlarına,*

*Bugünlere gelmemi sağlayan, hayatımın her anında bana destek olan, varlıklarına her daim şükrettiğim kıymetli aileme,*

*Benimle gecelerce uykusuz kalarak, zaman zaman masamda zaman zaman kucığımda uyuyarak desteğini gösteren canım kedim Telve'ye,*

*Hayatımda olduğu için minnettar olduğum, her zaman bir eli omzumda olan, bu süreci kolaylaştırmak için elinden geleni yapan, değerli eşim Mehmet Fatih Çağıl'a ve sayesinde kazandığım ikinci aileme teşekkür ederim.*

*Dr. Zehra Nur Çağıl*

## ÖZET

**Çağl Z.N., Covid-19 Pandemisinin Pandemi Sürecinde Doğum Yapan Kadınların Bebek Bakımı ile İlgili Obsesif Kompulsif Davranışları Üzerindeki Etkileri, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara, 2022.** Dünya Sağlık Örgütü'nün pandemi olarak ilan ettiği Covid-19 enfeksiyonu iki yılı aşkın süredir tüm dünyada etkisini göstermektedir. Hızlı bulaşması, yüksek ölüm oranları, etkili tedavilerin olmaması ve büyük karantina önlemleri insanlarda korku, anksiyete, depresyon gibi psikolojik bozukluklara yol açmıştır. Özellikle doğum sonrası dönemdeki dinamik sürece uyum sağlamak zor iken, pandemiye bağlı yaşam koşullarının değişmesi postpartum süreçteki annelerin psikolojisini de olumsuz etkilemiştir. Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) da bu sorunlar arasındadır. Pandemiden bağımsız olarak da perinatal dönem, OKB'nin başlangıcı ve alevlenmesi için risk faktörü olduğundan; Covid-19 pandemisinin pandemi sürecinde doğum yapan annelerin bebek bakımı ile ilgili obsesif kompulsif davranışları üzerindeki etkisinin araştırılması amaçlanmıştır. Çalışmamıza Gülveren Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı, 11 Mart 2020 tarihinden sonra çocuk sahibi olan 103 kadın dahil edilmiştir. Veriler araştırmacının hazırladığı kişisel bilgi formu, postpartum bebek bakımına yönelik obsesif kompulsif davranış ölçeği, koronavirüs anksiyete ölçeği ve postpartum depresyon ölçeği kullanılarak yüz yüze toplanmıştır. Araştırmada annelerin çoğunluğunun el yıkama sıklığını, süresini ve dezenfektan kullanımını artırdığı saptandı. Birden çok çocuğu olan katılımcıların çoğunluğunun pandemide doğan çocuğuna daha titiz veya aynı titizlikte davrandığı saptandı. Katılımcıların sosyodemografik-klinik özelliklerinin ve Covid-19 enfeksiyonu geçirme durumlarının postpartum dönemde bebek bakımına yönelik obsesif kompulsif davranış üzerinde etkili olmadığı saptandı. Sadece çocuğunun kronik hastalığı bulunmayan annelerin obsesif kompulsif ölçek puanları istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Koronavirüs anksiyetesinin ve postpartum depresyonun bebek bakımına yönelik obsesif kompulsif davranışları etkilemediği tespit edildi. Bulgularımız literatür ile desteklenerek tartışılmış olup salgın döneminde OKB yaşama riski yüksek olan annelerin tespiti ve bu belirtilerin bebek bakımı üzerindeki etkisi konusunda klinisyenlere ışık tutmaktadır. Araştırmanın kısıtlılıkları göz önünde bulundurularak daha yüksek katılımcı sayısı ile yapılacak çalışmalara ve pandeminin etkisini kıyaslayabilmek için pandemi dışındaki çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar kelimeler:** Covid-19, postpartum dönem, obsesif kompulsif bozukluk

## ABSTRACT

**Çağl Z.N., The Effects of the Covid-19 Pandemic on Obsessive Compulsive Behaviors Related to Babysitting in Women Who Gave Birth During the Pandemic Process, Hacettepe University Faculty of Medicine, Department of Family Medicine, Thesis, Ankara, 2022.** The Covid-19 infection, declared as a pandemic by the World Health Organization, has been affecting the whole world for more than two years. Its rapid transmission, high death rates, lack of effective treatments and large quarantine measures have led to psychological disorders such as fear, anxiety and depression in humans. While it is difficult to adapt to the dynamic process especially in the postpartum period, the change in living conditions due to the pandemic has also negatively affected the psychology of mothers in the postpartum period. Obsessive compulsive disorder (OCD) is among these problems. Regardless of the pandemic, the perinatal period is a risk factor for the onset and exacerbation of OCD; It was aimed to investigate the effect of the Covid-19 pandemic on the obsessive-compulsive behaviors of mothers who gave birth during the pandemic process. 103 women registered to Gülveren Family Health Center and had children after March 11, 2020 were included in our study. The data were collected face-to-face using the personal information form prepared by the researcher, the obsessive-compulsive behavior scale for postpartum baby care, the coronavirus anxiety scale and the postpartum depression scale. In the study, it was determined that the majority of mothers increased the frequency and duration of hand washing and the use of disinfectants. It was determined that the majority of the participants who had more than one child treated their children born in the pandemic more carefully or with the same care. It was determined that the sociodemographic-clinical characteristics of the participants and their Covid-19 infection status were not effective on obsessive-compulsive behavior towards baby care in the postpartum period. Obsessive-compulsive scale scores were found to be statistically significantly higher only in mothers whose children did not have a chronic disease. It was determined that coronavirus anxiety and postpartum depression did not affect obsessive-compulsive behaviors towards infant care. Our findings were discussed with the support of the literature and shed light on clinicians about the detection of mothers at high risk of experiencing OCD during the epidemic and the effect of these symptoms on infant care. Considering the limitations of the research, studies with a higher number of participants and studies outside the pandemic are needed to compare the effects of the pandemic.

**Keywords:** Covid-19, postpartum period, obsessive compulsive disorder

## İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR .....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT .....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	viii
TABLOLAR DİZİNİ.....	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	xii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	3
2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk .....	3
2.1.1. OKB Tanım .....	3
2.1.2. OKB Tarihçe .....	4
2.1.3. OKB Epidemiyoloji .....	5
2.1.4. OKB Etiyoloji.....	7
2.1.5. OKB Tanı Kriterleri.....	8
2.1.6. OKB Klinik Özellikleri .....	10
2.1.7. OKB Tedavisi.....	12
2.1.8. OKB ve Gebelik .....	14
2.2. Postpartum Başlangıçlı Obsesif Kompulsif Bozukluk.....	15
2.2.1. Tanım .....	15
2.2.2. Epidemiyoloji.....	16
2.2.3. Etiyoloji .....	17
2.2.4. Tanı Kriterleri .....	18
2.2.5. Ayırıcı Tanı .....	19
2.2.6. Klinik Özellikleri.....	20
2.2.7. Tedavi.....	20
2.3. Covid-19 Pandemisi ve Pandeminin OKB Üzerine Etkileri.....	21
2.4. Birinci Basamakta Postpartum Başlangıçlı OKB'nin Önemi .....	23
2.5. Amaç.....	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	25
3.1. Araştırmanın Dizaynı .....	25
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	25

3.4. Araştırmanın Yöntemi ve Veri Toplama Araçları .....	26
3.4.1. Doğum Sonrası Dönemde Annelerin Bebek Bakımına Yönelik Obsesif ve Kompulsif Davranışları Ölçeği (POKD) .....	26
3.4.2. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ).....	27
3.4.3. Koronavirüs Anksiyete Ölçeği (KAÖ) .....	27
3.4.4. Araştırmanın Parametreleri ve Değişkenleri .....	27
3.5. Verilerin Toplanması .....	28
3.6. Verilerin Analizi .....	29
3.6.1. Veri Analizi Öncesi Kategorizasyon .....	29
3.6.2 Verilerin İstatistiksel Analizi.....	30
3.7. Araştırma İzinleri .....	31
4. BULGULAR .....	32
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	32
4.2. Katılımcıların Klinik ve Obstetrik Özellikleri.....	33
4.3. Katılımcıların Çocuklarının Klinik Özellikleri.....	35
4.4. Katılımcıların Pandemideki Hijyenik Tutumları.....	37
4.5. Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Hijyenik Tutum Üzerine Etkisi .....	37
4.6. Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Dezenfektan Kullanımı Üzerine Etkisi .....	42
4.7. Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Bebek Bakımındaki Tıztılık Farkı Üzerine Etkisi .....	44
4.8. Katılımcıların KAÖ, EDSDÖ, POKD Ölçek Değerlendirmeleri.....	48
4.8.1. Katılımcıların Sosyodemografik-Klinik Özellikleri ve Hijyenik Tutumlarının KAÖ Üzerine Etkisi .....	48
4.8.2. Katılımcıların Sosyodemografik-Klinik Özellikleri ve Hijyenik Tutumlarının EDSDÖ Üzerine Etkisi .....	53
4.8.3. Katılımcıların Sosyodemografik-Klinik Özellikleri ve Hijyenik Tutumlarının POKD Ölçeği Üzerine Etkisi.....	58
4.9. Ölçek Toplam Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Analizi.....	65
5. TARTIŞMA .....	66
6. SONUÇLAR.....	88
7. ÖNERİLER .....	90
8. KAYNAKLAR .....	92
9. EKLER.....	105

**SİMGELER VE KISALTMALAR**

<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>AIDS</b>	: Kazanılmış Bağışıklık Yetersizliği Sendromu
<b>APA</b>	: Amerikan Psikiyatri Birliği
<b>ASM</b>	: Aile Sağlığı Merkezi
<b>BDT</b>	: Bilişsel Davranışçı Terapi
<b>Covid-19</b>	: Koronavirüs Hastalığı
<b>DSM</b>	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>ECA</b>	: Epidemiologic Catchment Area
<b>EDSDÖ</b>	: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği
<b>EKT</b>	: Elektrokonvulsif Terapi
<b>GABA</b>	: Gaba Amino Bütirik Asit
<b>ICD-10</b>	: International Classification of Disease 10 (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması 10)
<b>KAÖ</b>	: Koronavirüs Anksiyete Ölçeği
<b>OKB</b>	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
<b>POKD</b>	: Doğum Sonrası Dönemde Annelerin Bebek Bakımına Yönelik Obsesif ve Kompulsif Davranışları Ölçeği
<b>SARS-CoV-1</b>	: Şiddetli Akut Solunum Sendromu Koronavirüs 1
<b>SARS-CoV-2</b>	: Şiddetli Akut Solunum Sendromu Koronavirüs 2
<b>SSRI</b>	: Selective Serotonin Reuptake Inhibitor



## TABLOLAR DİZİNİ

<b>Tablo</b>	<b>Sayfa</b>
<b>Tablo 1:</b> Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	33
<b>Tablo 2:</b> Çalışmaya katılan kadınların klinik ve obstetrik özellikleri	34
<b>Tablo 3:</b> Katılımcıların çocuklarının klinik özellikleri	36
<b>Tablo 4:</b> Katılımcıların pandemideki hijyenik tutumları	37
<b>Tablo 5:</b> Annelerin sosyodemografik özelliklerinin el yıkama sıklığı ve süresi üzerindeki etkisi	39
<b>Tablo 6:</b> Annelerin klinik özelliklerinin el yıkama sıklığı ve süresi üzerindeki etkisi	40
<b>Tablo 7:</b> Çocukların klinik özelliklerinin, annelerin el yıkama sıklığı ve süresi üzerindeki etkisi	41
<b>Tablo 8:</b> Annelerin sosyodemografik özelliklerinin dezenfektan kullanımı üzerindeki etkisi	42
<b>Tablo 9:</b> Annelerin klinik özelliklerinin dezenfektan kullanımı üzerindeki etkisi	43
<b>Tablo 10:</b> Çocukların klinik özelliklerinin, annelerin dezenfektan kullanımı üzerindeki etkisi	44
<b>Tablo 11:</b> Annelerin sosyodemografik özelliklerinin bebek bakımındaki titizlik farkı üzerindeki etkisi	45
<b>Tablo 12:</b> Annelerin klinik özelliklerinin bebek bakımındaki titizlik farkı üzerindeki etkisi	46
<b>Tablo 13:</b> Çocukların klinik özelliklerinin, annelerin bebek bakımındaki titizlik farkı üzerindeki etkisi	47
<b>Tablo 14:</b> Katılımcıların KAÖ, EDSDÖ ve POKD ölçeklerinden aldıkları puanlar	48
<b>Tablo 15:</b> Annelerin postpartum 8. haftaya kadar ve postpartum sonrası dönemde (>8 hafta) KAÖ, EDSDÖ ve POKD ölçeklerinden aldıkları puanların karşılaştırılması	48

<b>Tablo 16:</b> Annelerin postpartum 8. haftaya kadar ve postpartum sonrası dönemde (>8 hafta) sosyodemografik özelliklerine göre KAÖ'den aldıkları puanların karşılaştırılması	49
<b>Tablo 17:</b> Annelerin postpartum 8. haftaya kadar ve postpartum sonrası dönemde (>8 hafta) klinik özelliklerine göre KAÖ'den aldıkları puanların karşılaştırılması	50
<b>Tablo 18:</b> Annelerin postpartum 8. haftaya kadar ve postpartum sonrası dönemde (>8 hafta) çocuklarının klinik özelliklerine göre KAÖ'den aldıkları puanların karşılaştırılması	52
<b>Tablo 19:</b> Annelerin postpartum 8. haftaya kadar ve postpartum sonrası dönemde (>8 hafta) pandemideki hijyenik tutumlarına göre KAÖ'den aldıkları puanların karşılaştırılması	53
<b>Tablo 20:</b> Annelerin postpartum 8. haftaya kadar ve postpartum sonrası dönemde (>8 hafta) sosyodemografik özelliklerine göre EDSÖ'den aldıkları puanların karşılaştırılması	54
<b>Tablo 21:</b> Annelerin postpartum 8. haftaya kadar ve postpartum sonrası dönemde (>8 hafta) klinik özelliklerine göre EDSÖ'den aldıkları puanların karşılaştırılması	55
<b>Tablo 22:</b> Annelerin postpartum 8. haftaya kadar ve postpartum sonrası dönemde (>8 hafta) çocuklarının klinik özelliklerine göre EDSÖ'den aldıkları puanların karşılaştırılması	57
<b>Tablo 23:</b> Annelerin postpartum 8. haftaya kadar ve postpartum sonrası dönemde (>8 hafta) pandemideki hijyenik tutumlarına göre EDSÖ'den aldıkları puanların karşılaştırılması	58
<b>Tablo 24:</b> Annelerin total, postpartum 8. haftaya kadar ve postpartum sonrası dönemde (>8 hafta) sosyodemografik özelliklerine göre POKD ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması	60
<b>Tablo 25:</b> Annelerin total, postpartum 8. haftaya kadar ve postpartum sonrası dönemde (>8 hafta) klinik özelliklerine göre POKD ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması	61

<b>Tablo 26:</b> Annelerin total, postpartum 8. haftaya kadar ve postpartum sonrası dönemde (>8 hafta) çocuklarının klinik özelliklerine göre POKD ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması	62
<b>Tablo 27:</b> Annelerin total, postpartum 8. haftaya kadar ve postpartum sonrası dönemde (>8 hafta) pandemideki hijyenik tutumlarına göre POKD ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması	64
<b>Tablo 28:</b> Postpartum dönemdeki ( $\leq 8h$ ) annelerin ölçek toplam puanları arasındaki ilişkiye ait korelasyon analizi sonuçları	65
<b>Tablo 29:</b> Postpartum sonrası dönemdeki (>8h) annelerin ölçek toplam puanları arasındaki ilişkiye ait korelasyon analizi sonuçları	65

**ŞEKİLLER DİZİNİ**

<b>Şekil</b>	<b>Sayfa</b>
<b>Şekil 1:</b> OKB etiyolojisinde yer alan psikososyal ve nörobiyolojik faktörler	7
<b>Şekil 2:</b> ICD-10'a göre OKB tanı ölçütleri	8
<b>Şekil 3:</b> DSM-5'e göre OKB tanı ölçütleri	9
<b>Şekil 4:</b> Postpartum başlangıçlı OKB'nin klinik bir tanımı	16

## 1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'nün pandemi olarak ilan ettiği Covid-19 enfeksiyonu iki yılı aşkın süredir tüm dünyada etkisini göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün Ekim 2022 verilerine göre 622.389.418 onaylanmış Covid-19 vakası ve Covid-19'a bağlı 6.548.492 ölüm bildirilmektedir (1). Pandeminin bu boyutlara ulaşması dünyanın birçok yerinde bireylerin günlük işleyişinde ve standart davranış kalıplarında değişikliğe neden olmuştur. Covid-19'un hızlı bulaşması, riskli gruplarda yüksek ölüm oranları, etkili tedavilerin olmaması ve büyük karantina önlemleri insanlarda korku, anksiyete, depresyon ve uyku sorunlarına yol açmıştır (2). Özellikle doğum sonrası dönemdeki dinamik sürece uyum sağlamak zor iken, pandemiye bağlı yaşam koşullarının değişmesi postpartum süreçteki annelerin psikolojisini de olumsuz etkileyebilmektedir (2).

Pandemiden bağımsız olarak gebelikte mevcut biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin karmaşık etkileşimi, kadınları perinatal dönemde ruhsal bozuklukların başlangıcına veya şiddetlenmesine karşı savunmasız bırakabilir. Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) da bu bozukluklar arasındadır. OKB, obsesyonların (istenmeyen ve hoş olmayan düşünceler, imgeler veya dürtüler) ve/veya kompulsiyonların (obsesyonların neden olduğu sıkıntıyı azaltmayı amaçlayan tekrarlayan davranışlar veya zihinsel ritüeller) varlığı ile karakterizedir (3). Çalışmalar, perinatal dönemin OKB'nin başlangıcı veya alevlenmesi için bir risk faktörü olduğunu, hamile ve doğum sonrası kadınların OKB yaşama olasılığının genel popülasyona kıyasla 1,5-2 kat daha fazla olduğunu göstermektedir (4). Bu risk postpartum dönemde hamilelik dönemine göre daha yüksektir. Sonuç olarak, gebelerde OKB prevalansı %0,2 ile %3,5 arasında değişirken, postpartum başlangıçlı OKB prevalansı %2,7 ile %9 arasında değişmektedir (5).

Pandemiler sırasında ruhsal bozuklukların sıklığının artması beklenmektedir. Covid-19 pandemisinde de uygulanan sıkı enfeksiyon kontrol önlemlerinin ve artan vaka sayıları nedeniyle uygulanan yasakların kişilerin birçok ruhsal bozukluğun yanı sıra obsesif kompulsif bozukluğun klinik seyrini doğrudan etkileyebileceği öngörülmüştür.

OKB hastaları için endişe konusu olan temizlik, kontaminasyon ve bir hastalığa yakalanma korkusu artık haberlerin ve sosyal medyanın ana teması haline gelmiştir. Daha önce aşırı olduğu düşünülen ve OKB'nin en yaygın semptomlarından biri olan sık el yıkama bu süreçte normalleştirilmiştir. Şu anda, zaman alan temizlik ritüellerini tek bir belirti olarak düşünmek OKB'yi teşhis etmek için yetersiz görünmektedir. Bu nedenle, Covid-19 salgınının OKB hakkında hem tanı hem de klinik karar verme açısından bazı olası etkilerinin daha detaylı araştırılması gerekmektedir. Daha hassas bir grup olan pandemi sürecinde doğum yapan annelerin postpartum başlangıçlı OKB'ye yatkınlıkları, bebek bakımına yönelik görülen obsesif kompulsif davranışlarının araştırılması anne ve bebek/çocuk sağlığı için önem arz etmektedir.

Bu konuda yapılan literatür taramasında postpartum başlangıçlı OKB'nin; risk faktörleri, klinik seyri, ayırıcı tanıları olan postpartum depresyon ve psikozla ilişkisinin araştırıldığı çalışmalar mevcuttur (6). Yine postpartum başlangıçlı OKB'nin demografik ve klinik özelliklere göre seyri araştırılmıştır (7). Covid-19 pandemi sürecinde yapılan çalışmalara baktığımızda pandeminin OKB semptomları üzerine olan etkisinin araştırıldığı çalışmalar mevcuttur (8). Ancak pandemi sürecinde postpartum kadınlar üzerinde yapılan çalışmalar yetersizdir.

Bu çalışma ile Covid-19 pandemisinin, pandemi sürecinde doğum yapan annelerin bebek bakımı ile ilgili obsesif kompulsif davranışları üzerindeki etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk

#### 2.1.1. OKB Tanım

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB); obsesyonların (istenmeyen ve hoş olmayan düşünceler, imajlar veya dürtüler) ve/veya kompulsiyonların (obsesyonların neden olduğu sıkıntıyı azaltmayı amaçlayan, tekrarlayan davranışlar veya zihinsel ritüeller) varlığı ile karakterize edilen bir bozukluktur (9).

Latince “obsidere” (kuşatılmak, ele geçirilmek) sözcüğünden türeyen “obsesyon” terimi, kişinin kendisini belli bir zihin içeriğinden kurtaramamasına işaret eder (10). Obsesyonlar, tekrarlayıcı ve istem dışı akla gelen, üzerinde sürekli olarak düşünülen, kişiye rahatsızlık veren düşünce, dürtü ya da imgeler olarak tanımlanır. Obsesyonlar benliğe yabancı (ego-distonik) nitelikte olup, kişi bunları irade dışı yaşar, zevk almaz ve kişide belirgin bir kaygıya sebep olur. Genellikle mantıksız, kişinin ahlaki anlayışına, görüşlerine ve inancına ters olup zorlayıcı (intrusive) niteliktedir (11). Kişi, obsesyonların kaynağının kendisi olduğunu bilir, çoğu zaman direnmeye, görmezden gelmeye çalışır ya da obsesyonlar; başka bir düşünce ya da eylem ile yüksüzleştirilmeye çalışılır (12). Obsesyonlar hastalar tarafından takıntı, saplantı, evham ya da vesvese gibi terimlerle tanımlanmaktadır.

“Kompulsiyon” terimi ise, zorlanmış, köşeye sıkışmış anlamlarına gelen Latince “compellere” sözcüğünden türemiştir (10). Kompulsiyonlar, çoğunlukla obsesyonlara cevap niteliğinde olup, kişinin belirli kurallara göre yapmak zorunda hissettiği, tekrarlayıcı davranış ya da zihinsel eylemlerdir. Haz alma ya da doyum sağlama amacı yoktur. Amaç, obsesyonun neden olduğu kaygıyı gidermek, korkulan durumu önlemek ya da etkisizleştirmektir. Başlangıçta obsesyonu yüksüzleştirmek için yapılan davranış ya da zihinsel eylemler, giderek artar. Obsesyon ile gerçekçi şekilde ilişkili olmayıp, kişinin işlevselliğini olumsuz etkileyecek düzeyde zamanını almaya başlar. Denetlenmesi zor olan kompulsiyonların engellenmesi bireyde belirgin anksiyeteye neden olur. Kompulsiyonlar da obsesyonlar gibi benliğe yabancı niteliktedir (13). OKB tanılı bireylerde hem obsesyon hem kompulsiyon belirtileri

birlikte görülebildiği gibi, sadece obsesyon veya sadece kompulsiyonların görüldüğü hastalar da vardır.

### 2.1.2. OKB Tarihçe

Obsesyon ve kompulsiyonlar insanlığın varoluşundan bu yana olan kavramlardır. Obsesif kompulsif bozukluk yüzyıllar öncesine dayanmakta olup, psikiyatride tanımlanan ilk hastalıklardandır. Orta çağda, OKB de diğer psikiyatrik hastalıklar gibi büyü ve din kavramlarıyla açıklanmaya çalışılmıştır. Shakespeare'in eserindeki Macbeth karakterinde, suçluluk duygusunun neden olduğu obsesyon ve el yıkama kompulsiyonlarına değinilmiştir (14).

OKB, psikiyatri literatüründe ilk kez 1838'de Esquiral isimli klinisyen tarafından tanımlanmıştır (15). Obsesyon 1866 yılında Belçikalı psikiyatrist Morel tarafından ilk kez ayrı bir terim olarak kullanılmıştır (16). Pierre Janet 20. Yüzyıl başlarında irade zayıflaması sonucu ortaya çıktığını savunduğu fobi, tik, obsesyon ve kompulsiyonları "psikasteni" adı altında toplamıştır. Tamamını şüphe hastalığı (folie de doute) olarak tanımlamıştır. Sonraki dönemlerde Freud, fobi ve obsesif kompulsif nevrozdaki ruhsal neden ve psikodinamik düzeneklerin farklı olduğunu ileri sürerek fobik nevrozla obsesif kompulsif nevrozu ayrı rahatsızlıklar olarak incelemiştir (17).

1952'de Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (American Psychiatric Association, APA) yayınladığı Ruh Hastalıkları I. Tanı ve İstatistik Kılavuzunda (DSM-I) Obsesif Kompulsif Reaksiyon; 1968'de DSM II'de Obsesif Kompulsif Nevroz ve 1978'de DSM-III'te Obsesif Kompulsif Bozukluk olarak ele alınmıştır. Güncel bakış açımıza yakın tanımlama ise ilk kez DSM-III ile yapılmıştır.

DSM-III ile DSM-IV-TR arasındaki temel farklılık kompulsiyonların kavramsallaştırılmasıdır (18). DSM-III'te kompulsiyonlar davranış olarak değerlendirilirken DSM-IV'te kompulsiyon içeriğinin hem davranış hem de zihinsel aktivite olabileceği eklenmiştir. Daha sonra DSM-IV ve DSM-IV-TR'de "Obsesif Kompulsif Bozukluk" terimi "Anksiyete Bozuklukları" başlığında sınıflandırılmıştır (19). Son olarak 2013'te yayınlanan DSM-V'te ise Obsesif Kompulsif Bozukluk, Obsesif Kompulsif Bozukluk ve ilişkili Bozukluklar başlığı ile Anksiyete Bozukluklarından ayrılıp ayrı bir sınıflandırma yapılmıştır (20).



### 2.1.3. OKB Epidemiyoloji

Daha önceleri OKB tanısı; hastaların hekim başvurularının kısıtlı olması, semptomların yeterince sorgulanmaması, objektif tanı kriterlerinin olmaması, belirtilerin benimsenmesi ya da gizlenmesi gibi sebeplerden dolayı oldukça zor konmaktaydı. Bu da OKB sıklığını saptamada zorluklar oluşturmuştur.

OKB 1980'li yıllara kadar nadir görülen bir hastalık olarak kabul edilmekteydi. Fakat 1980-1988 yılları arasında Amerika'da Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafından yapılan epidemiyolojik alan çalışmasında (Epidemiologic Catchment Area, ECA) OKB; majör depresyon, sosyal fobi ve alkol ve madde ile ilişkili bozukluklardan sonra en sık görülen dördüncü psikiyatrik bozukluk olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada OKB'nin bir yıllık yaygınlığı %1,6, yaşam boyu yaygınlığı ise %2,5 bulunmuştur (21). Bunun dışında çeşitli çalışmalarda OKB'nin yaşam boyu yaygınlık oranının %1-%2,7 olduğu bildirilmiştir (22-24). Amerika Birleşik Devletleri (ABD), Kanada, Tayvan, Almanya, Kore, Yeni Zelanda ve Porto Riko'yu kapsayan bir çalışmada, tüm psikiyatrik bozukluklarda en düşük yaygınlık oranına sahip olan Tayvan çıkarıldığında (Tayvan OKB yaşam boyu yaygınlık oranı %0,7), OKB'nin yaşam boyu yaygınlık oranının %1,9-%2,5 oranında olduğu görülmüştür. Bu çalışmada OKB oranı kadınlarda %0,9-%3,4 iken, erkeklerde %0,5-%2,5 arasında saptanmıştır (25).

OKB dünyada nüfusun %1'inden fazlasını etkiler (24, 26), genel popülasyonda yaşam boyu prevalansı %2-3'tür (27). Ülkemizde Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması'na göre 12 aylık bir sürede toplumda OKB oranı %0,5 bulunmuştur. Kadınlarda (%0,6) erkeklere (%0,2) göre 3 kat yüksek bir oran bulunmuştur (17). OKB toplumda kadınlarda erkeklere göre daha sık görülürken, klinik örneklerde kadın erkek dağılımının eşit olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (28, 29). Çocukluk ve ergenlik dönemi başlangıçlı OKB hastalarında ise erkeklerin oranı, kadınlardan 1,5-2,5 kat fazladır (30).

OKB'nin başlangıç yaşı iki modludur. İlk tepe noktası geç çocukluk veya erken ergenlik, ikinci tepe noktası erken yetişkinliktir. Çoğunlukla 18-25 yaş arasında başlangıç gösteren bir hastalık olmakla birlikte nadiren 35-40 yaşlarından sonra da başlangıç görülebilmektedir (31, 32). Erkek hastalarda başlangıç yaşı ortalama 19,

kadın hastalarda ise ortalama 22'dir. OKB tanısı olan erişkinlerde yapılan bir çalışmada yaklaşık %60 oranında vakanın başlangıcının 15 yaşından önce olduğu bildirilmiştir (33).

Önemli oranda kadın hastada (%13-%36) OKB başlangıcının hamilelik ya da postpartum dönemde olduğuna dair birçok vaka serisi bildirilmiştir (34, 35). Elli yaş sonrası görülen vakalarda ise yapısal beyin hasarıyla ilişkili organik nedenler sorumlu tutulmaktadır (36). OKB siyah ırkta beyaz ırka göre daha az saptanmıştır fakat bu farklılığın sağlık hizmetlerine ulaşım kısıtlılığından kaynaklanabileceği düşünülmüştür (13).

### 2.1.4. OKB Etiyoloji

Günümüzde OKB etyolojisinde tek bir neden yerine birçok faktörün etkisinin olduğuna inanılmaktadır. OKB patogenezinde yer alan psikososyal ve nörobiyolojik faktörler şunlardır (Şekil 1) (12, 37-41):



Şekil 1. OKB etyolojisinde yer alan psikososyal ve nörobiyolojik faktörler (12,37-41)

### 2.1.5. OKB Tanı Kriterleri

Günümüzde psikiyatrik hastalıkların tanı ve sınıflandırılmasında DSÖ tarafından yayımlanan ICD-10 (Şekil 2) ve Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayımlanan DSM-V-TR (Şekil 3) tanı kriterleri kullanılmaktadır (20). Birkaç istisna dışında her iki sınıflandırma sistemi de OKB'yi benzer şekilde tanımlamaktadır.

Kesin tanı koyabilmek için, obsesyonel belirtiler ya da kompulsif hareketler, en az iki hafta (üst üste iki hafta) süre ile çoğu günler bulunmalı, sıkıntı verici ve gündelik etkinlikleri önleyici nitelikte olmalıdır. Obsesyonel belirtiler aşağıda belirtilen niteliklere sahip olmalıdır:			
<b>A.</b> Bunlar kişinin kendi düşünceleri ya da dürtüleri olarak algılanırlar.	<b>B.</b> Bu düşünceler veya hareketlerden en az birine karşı kişi direnç gösteriyor olmalıdır. Hastanın artık karşı koyamadığı başka düşünceler ve hareketler bulunabilir.	<b>C.</b> Bu hareketi yerine getirme düşüncesi haz verici olmamalıdır (yalnızca gerginlik ya da bunaltının giderilmesi söz konusudur).	<b>D.</b> Düşünceler, imgeler ve dürtüler rahatsızlık verici biçimde yineleyici olmalıdır.
<p>ICD-10'da OKB'nin başlıca beş tipi tanımlanmıştır:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-F42.0 Obsesyonel düşünceler veya kurlmaların (ruminasyonların) baskın olduğu tip</li> <li>-F42.1 Kompulsif hareketlerin (obsesyonel törenlerin) baskın olduğu tip</li> <li>-F42.2 Obsesyonel düşüncelerin ve hareketlerin birlikte olduğu, karışık tip</li> <li>-F42.8 Başka obsesif-kompulsif bozukluklar</li> <li>-F42.9 Obsesif kompulsif bozukluk, belirlenmemiş</li> </ul>			

**Şekil 2.** ICD-10'a göre OKB tanı ölçütleri

<p><b>A. Obsesyonların, kompulsiyonların ya da her ikisinin birlikte varlığı</b></p> <p>-Obsesyonlar (1) ve (2) ile tanımlanır:</p> <p>(1). Kimi zaman zorla ve istenmeden geliyor gibi yaşanan, çoğu kişide belirgin bir kaygı ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler zorlantı ya da imgeler.</p> <p>(2). Kişi bu düşüncelere, zorlantı ya da imgelere aldırılmamaya ya da bunları baskılamaya çalışır ya da bunları başka bir düşünce ya da eylemle nötralize etmeye (bir kompulsiyonu yerine getirerek) çalışır.</p> <p>-Kompulsiyonlar (1) ve (2) ile tanımlanır:</p> <p>(1) Kişinin obsesyonuna tepki olarak ya da katı bir biçimde uyulması gereken kurallara göre yapmaya zorlanmış gibi hissettiği tekrarlayan davranışlar (örneğin; el yıkama, düzene koyma, kontrol etme) ya da zihinsel eylemler (örneğin; dua etme, sayı sayma, birtakım sözcükleri sessiz bir biçimde söyleyip durma).</p> <p>(2) Davranışlar ya da zihinsel eylemler, yaşanan kaygı ya da sıkıntıdan korunma ya da bunları azaltma ya da korkulan bir olay ya da durumdan sakınma amacıyla yapılır; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, nötralize edeceği ya da korunulacağı tasarlanan durumlarla gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça aşırı düzeydedir. Not: Küçük çocuklar bu davranışlarının ya da zihinsel eylemlerinin amaçlarını dile getiremeyebilir.</p>	<p><b>B. Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar kişinin zamanını alır (örn. günde 1 saatten çok zamanını alırlar) ya da klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellik düşmeye neden olur.</b></p>	<p><b>C. Obsesif kompulsif belirtileri, bir maddenin (kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir tıbbi durumun fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz.</b></p>	<p><b>D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz (örn. Yaygın kaygı bozukluğunda olduğu gibi aşırı endişeler; beden dismorfik bozukluğunda olduğu gibi dış görünümle aşırı uğraşma; istifleme bozukluğunda olduğu gibi sahip olduklarını elden çıkartmakta ya da onlarla ilişkisini kesmekte güçlük çekme; trikotillomanide (saç yolma bozukluğu) olduğu gibi saç yolma; deri yolma bozukluğunda olduğu gibi derisini yolma, basmakalıp davranış bozukluğunda olduğu gibi basmakalıp davranışlar; yeme bozukluğunda olduğu gibi törensel yeme davranışı; madde ile ilişkili ve bağımlılık bozukluklarında olduğu gibi maddeleri ya da kumar oynamayı düşünüp durma; hastalık kaygısı bozukluğunda olduğu gibi hastalığın olduğunu düşünüp durma; cinsel sapkınlık bozukluklarında olduğu gibi cinsel dürtüler ya da düşlemler; yıkıcı bozukluklarda, dürtü denetimi ve davranım bozukluklarında olduğu gibi dürtüler; majör depresyon bozukluklarında olduğu gibi suçlulukla ilgili düşümsel uğraşlar, şizofreni spektrumu ve psikozla giden diğer bozukluklarda olduğu gibi düşünce sokulması ya da sanrısız uğraşlar ya da otizm spektrumu bozukluklarda olduğu gibi yinelemeli davranış örüntüleri).</b></p>
--	--	--	--

Varsa belirtiniz:

-İç görüşü iyi ya da oldukça iyi: Kişi, obsesif kompulsif bozukluğu inanışlarının kesinlikle ya da olasılıkla gerçek olmadığını ya da gerçek olabileceğinin ya da olmayabileceğinin ayırımındadır.

-İç görüşü kötü: Kişi, obsesif kompulsif bozukluğu inanışlarının olasılıkla gerçek olduğunu düşünür.

-İç görüşü yok/sanrısız inanışlar: Kişi, obsesif kompulsif bozukluğu inanışlarının gerçek olduğuna kesin olarak inanmaktadır.

-Tikle ilişkili: Kişinin o sırada ya da geçmişte bir tik bozukluğu öyküsü vardır.

**Şekil 3. DSM-5'e göre OKB tanı ölçütleri (20)**

### 2.1.6. OKB Klinik Özellikleri

OKB genellikle süreğen, bazen dönemsel alevlenmelerle gider ve kişinin işlevselliğini belirgin düzeyde etkiler (17). Epidemiyolojik çalışmalarda, OKB hastalarının %40'ında sadece obsesyonlar, %30'unda sadece kompulsiyonlar görülürken, her iki belirtinin görüldüğü hastaların oranı %30 olarak saptanmıştır. Klinik çalışmalarda ise obsesyon ve kompulsiyonların birlikte bulunma oranı %75'ten fazladır (42).

OKB'li erişkin hastalar tarafından en sık tanımlanan obsesyonlar sıklıklarına göre; kirlenme (%37,8), kuşku (%23,6), simetri (%10), somatik (%7,2), dinsel (%5,9) ve cinsel (%5,5) obsesyonlardır. En sık rastlanan kompulsiyonlar ise sıklık sırasına göre; kontrol etme (%28,8), temizleme (%26,5), tekrarlama davranışları (%11,1), düzenleme (%5,9) kompulsiyonlarıdır (43).

Ülkemizde 15 merkezin katılımı ile yapılan en geniş ölçekli çalışmanın sonuçlarına göre ise obsesyon ve kompulsiyonların oranı şu şekildedir; kontaminasyon %75,8, simetri %67,8, saldırganlık %44,4, dini %26,8, istifleme %22,8, bedensel %17,4, cinsel %16,2 ve diğer %34,2 (44).

- **Bulaşma Obsesyonları ve Temizlik Kompulsiyonları**

Çalışmaların neredeyse tamamında en yaygın belirti grubudur. Kişi, kirli olarak düşündüğü alanlardan mikrop, ter, balgam, idrar, feçes, meni vb. bulaşacağı düşüncesi ile endişe duyar. Bu alanlarla temas etmese de düşündüğünde de anksiyetesi oluşabilmektedir. Bu obsesyonlar sonucunda ortaya çıkan anksiyeteyi baskılamak için temizleme kompulsiyonları geliştirir. Kirlenmeye neden olacak kaynaklar ile temas önleyen davranışlar, onları ortadan kaldıracak önlemleri alma, insanlarla yakın temas kurmaktan kaçınma davranışları olabilir (45). Tekrarlayan ve uzun süreli el yıkama, sık kıyafet yıkama-değiştirme, banyo tuvalette uzun süreli kalma gibi kompulsiyonlar görülür.

- **Patolojik Kuşku ve Kontrol Kompulsiyonları**

Kuşku obsesyonları ikinci sıklıkta görülen gruptur. Hasta genellikle kapı, pencere, musluk, doğalgaz, elektrikli aletleri açık bırakmış olma gibi eylemleri yapır

yapmadığından emin olamaz. Gerçek olma olasılığının düşük olduğunu bilirler fakat oluşan kaygıyı gidermek için kontrol etme kompulsiyonlarını geliştirirler (14, 15, 42). En sık görülen kompulsiyon olan kontrol etme, kuşku obsesyonu olan hastaların %82'sinde görülür.

- **Dini-Cinsel Obsesyonlar ve İlişkili Kompulsiyonlar**

Dini içerikli obsesyonlarda kutsal görülen değerlere saygısızlık, karşı gelme, küfretme, günah işleme, dinden çıkma gibi kişiyi rahatsız eden düşünceler mevcuttur. Kişi bu düşüncelerinden dolayı cezalandırılacağını düşünür ve yoğun anksiyete yaşar. Bu hastalarda kaygıyı azaltmak için dua etme, tövbe etme gibi kompulsiyonlar gelişebilir (45, 46).

Cinsel obsesyonlar, kişi için utanç verici olan, ensest, eşcinsellik, çocuklar hakkında cinsel içerikli olabilen, uygun olmayan düşünce imge ve dürtülerdir (14). Bu obsesyonlarda kaygılanılan durumun olmadığı konusunda emin olmak için anlatma ve sorma kompulsiyonları görülür. Bu tür obsesyonları olan hastalarda anksiyete ve suçluluk duyguları ön plandadır.

- **Saldırganlık Obsesyonları ve İlişkili Kompulsiyonlar**

Saldırganlık obsesyonları olan kişiler isteyerek ya da istemeyerek kendine, yakınlarına ya da diğer insanlara zarar verebileceği, korkunç bir şeyin olmasından sorumlu olabileceği, müstehcen, hakaret edici sözleri ağzından kaçırabileceği, saldırgan davranışlar sergileyebileceği endişesi taşırlar. Bu hastalar makas, bıçak gibi sivri nesnelere, sevdikleri kişilerle yalnız kalmaktan kaçınırlar, kendilerine zarar vermekten korkarlar; arabaların önüne atlama, kendini pencereden aşağı atma gibi düşünceleri olabilir. Saldırganlık obsesyonu olan kişilerin %68'inde cinsel obsesyonlar da eş zamanlı bulunmaktadır (14).

- **Simetri, Sıralama/Düzenleme, Sayma Obsesyon ve Kompulsiyonları**

Simetri ve düzen obsesyonları yapılan işlerin mükemmel, kesin, sırasıyla, belli sayıda ya da tam ayarında olması, eşyaların ya da nesnelere simetrik ya da doğru şekilde sıralanmış olması davranışlarını içerir. Bu hastalar istenilen düzen

sağlanamadığında anksiyeteden ziyade hoşnutsuzluk ve gerginlik yaşarlar. Bazı davranışların belirli bir sayıda yinlendiği tekrarlama kompulsiyonları, apartman katlarını sayma, araç plakalarını okuma ya da belirli bir sayıya kadar sayma tarzında ortaya çıkan sayma kompulsiyonları da OKB'nin klinik görünümüleri arasındadır.

- **Bedensel (Somatik) Obsesyonlar ve İlişkili Kompulsiyonlar**

Somatik obsesyonu olan hastalarda ölümcül bir hastalığı olduğu veya olacağı yönünde düşünceler vardır. Somatik uğraşlar genellikle kanser, AIDS gibi güncel hastalıklar ile ilgilidir. Kişiler sürekli olarak bu hastalıklara yakalanma ihtimali içindedirler ve korunmak için çeşitli önlemlere başvururlar. Sık sık sağlık kurumlarına giderek güvence arama ve kontrol ritüellerini gerçekleştirmiş olurlar (42).

### 2.1.7. OKB Tedavisi

OKB'de tedavi yaklaşımlarında ilk basamak ilaç ve bilişsel davranışçı terapidir. Kontrollü çalışmalarda farmakoterapi, bilişsel davranışçı terapi ya da her ikisinin kombinasyonunun OKB tanılı hastaların belirtilerini ciddi oranda azalttığı tespit edilmiştir. Hangi terapinin kullanılacağı, bu konuda tecrübeli klinisyenin kararına ve hastanın farklı seçeneklerden kendisine en uygununu kabulüne bağlıdır (47).

- **Farmakoterapi**

OKB tedavisinde selektif seratonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ve klomipraminin belirti şiddetinin ve yaşam kalitesinin iyileşmesinde etkili olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (48). Meta-analizlerde etkinlik açısından klomipraminin SSRI'lardan daha üstün olduğu (49, 50) fakat tolere edilebilirlik açısından SSRI'ların daha üstün olduğu ortaya konmuştur (51).

Tedavide tam terapötik etkinin görüldüğü doz optimal dozdur. OKB için diğer anksiyete bozuklukları veya majör depresyondan daha yüksek dozlarda SSRI kullanılır. Tedaviye yanıt için, SSRI / Klomipramin tedavisi o ilaç için kabul edilen en yüksek doza çıkılarak en az 12 hafta sürdürülmüş olmalıdır. İlaç tedavisi ile iyileşme görüldükten sonra, ilaç kesiminde nükslerin yüksek oranda görülmesi sebebiyle, tedavinin optimal dozda ortalama 2 yıl sürdürülmesi gerekmektedir (12). Tedaviye



direnç var ise en sık kullanılan yöntem antipsikotik ile güçlendirme yapmaktır. Bloch ve ark.'nın yaptığı meta-analizde antipsikotiklerden özellikle risperidonun tedaviye dirençli OKB'de yararlı olabileceği sonucuna varılmıştır (52).

- **Psikoterapi**

Bilişsel davranışçı terapi (BDT), psikodinamik psikoterapi, destekleyici psikoterapi tedavi yöntemleri arasındadır.

BDT için yapılan randomize kontrollü çalışmaların meta-analizleri, BDT'nin hem yetişkinlerde hem de çocuklarda OKB semptomlarını önemli ölçüde iyileştirdiğini göstermiştir (53, 54). Temel davranışçı yaklaşım maruziyet ve tepki önlemedir. Tekrarlanan maruziyet ve tepki önleme çalışmaları ile obsesyonları tetikleyen uyaranlar ile ilişkili sıkıntıda ve bununla bağlantılı tepkilere duyulan gereksinimde azalma sağlanır (55). Maruziyet ve tepki önlemenin yanı sıra bilişsel terapi de hastaların tedavisinde uygulanabilir. Bilişsel terapi sırasında ise OKB hastalarında var olan hatalı inançların değiştirilmesine çalışılır.

Psikodinamik psikoterapi, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin "OKB için Tedavi Rehberi"ne göre, hastaları neden değişimi istemedikleri yönünde aydınlatarak tedaviyi kabul etmeme şeklinde direncin aşılmasında ve OKB belirtilerinin kişiler arası ilişkiler üzerindeki etkilerinin ele alınmasında yardımcı olabileceği düşünülmektedir (56).

Empati, güçlü yönlerin desteklenmesi, patofizyolojiye dair açıklamalar ve düzelme konusunda iyimserlik gibi bileşenleri içeren destekleyici psikoterapinin diğer yöntemlerin yanında tüm OKB hastaları için uygun olduğu bildirilmiştir (57).

- **İlaç Dışı Biyolojik Tedavi Yaklaşımları**

Elektrokonvulsif terapi (EKT), şiddetli depresyonu veya intihar riski olan OKB hastalarında depresif belirtilere yönelik uygulanabilir (12).

Transkraniyal manyetik uyarımın, dorsolateral prefrontal korteks dışındaki bölgeler (orbitofrontal korteks, suplementer motor alan) hedeflenerek yapılmasının, OKB belirtilerinin azaltılmasında etkili olduğu görülmüştür (58).

Derin beyin uyarımı, özgül beyin bölgelerine stereotaktik yöntemle uyarıcı elektrotlar yerleştirilmesi ve akım üreteçleri ile uyarı sağlanması şeklinde uygulanır. OKB hastalarına derin beyin uyarımı uygulaması üzerine yapılan bir derlemede, tedaviye yanıt oranı %54 bulunmuştur (59).

Psikocerrahi, OKB patofizyolojisi ile ilişkili olduğu gösterilen bölgelere yönelik girişimleri içerir (anterior singulotomi, anterior kapsülötomisi, subkaudat traktotomi ve limbik lökotomi) (60).

### **2.1.8. OKB ve Gebelik**

Kadınlarda hormonal değişikliklerin eşlik ettiği adölesan dönem, menstrual siklus dönemleri, gebelik dönemlerinde östrojen düzeyindeki değişikliklerin; anksiyete bozuklukları ve depresyon görülme sıklığında yaşamın belli dönemlerinde erkeklere göre fazla olmasına neden olabileceği öne sürülmüştür (61). Bunda da östrojenin serotonerjik sistem üzerinde önemli etkilere sahip olmasının rol oynayabileceği düşünülmüştür (62). Örneğin, kadınlarda premenstrüel dönemde, OKB belirtilerinin hastaların %20-42'sinde alevlendiği gösterilmiştir (63, 64).

OKB başlamasında veya alevlenmesinde rol oynadığı düşünülen diğer bir hormon ise oksitosindir. Gebeliğin üçüncü trimesterinde ve erken puerperiumda oksitosinin beyin omurilik sıvısı seviyeleri yükselmektedir (65). Aynı çalışmada tik bozukluğunun eşlik etmediği OKB hastalarında oksitosin beyin omurilik sıvısı seviyesinin artmış olduğu saptanmıştır. Ülkemizde Uğuz ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da gebelik başlangıçlı OKB'nin belirtilerinin genellikle ikinci veya üçüncü trimester döneminde ortaya çıktığı bildirilmiştir (66).

Gebelik döneminde OKB prevalansı %0,2 ile %3,5 arasında değişmektedir (5). Bir metaanalizde gebelikte OKB riskinin 1,45 kat artmış olduğu bildirilmiştir (4). Gebelikte en sık kontaminasyon obsesyonları ve yıkama-temizleme kompulsiyonları görülmektedir (66,67).

## **2.2. Postpartum Başlangıçlı Obsesif Kompulsif Bozukluk**

### **2.2.1. Tanım**

Literatürde psikiyatrik hastalıkların seyrinde üreme olaylarının rolü hakkında genellikle postpartum depresyon ve postpartum psikoz üzerine yoğunlaşmıştır. Fakat son zamanlarda hormonal değişim dönemlerinin OKB'nin gelişimi veya tetiklenmesi ile ilişkili olduğu konusunda artan bir farkındalık vardır. Bu dönemlerden en çok üzerinde durulanları gebelik ve postpartum dönemdir.

Birçok çalışma ve rapor, gebelik ve lohusalığın bazı kadınlarda OKB'yi hızlandırabileceğini veya alevlendirebileceğini öne sürmektedir (68). Lohusalık döneminde kadınların %80-%90'ında intruziv düşüncelerin olduğu ve bunların ilerleyen dönemde OKB gelişmesine neden olabileceğinin öne sürüldüğü çalışmalar mevcuttur (69, 70). Postpartum başlangıçlı OKB'nin semptom başlangıcı, içeriği ve seyri, postpartum başlangıçlı olmayan OKB'den farklıdır. Çalışmalarda postpartum başlangıçlı OKB'nin hastaların %75 ila %100'ünde ilk doğum sonrası ve çoğunluğunda doğum sonrası ilk dört haftada ortaya çıktığı bildirilmiştir (63, 71). Yapılan bir çalışmada postpartum 6.haftada yeni başlangıçlı OKB teşhisi konan 12 kadın 1 yıl tedavisiz takip edilmiştir ve 1 yıl sonunda %88,9'unun OKB kriterlerini karşıladığı ve OKB'lerinin kronik bir seyir izlediği görülmüştür (72). Tedavi edilmeyen postpartum başlangıçlı OKB, annenin yaşayabileceği sıkıntı ve fonksiyonel bozukluk nedeniyle çocuk için önemli riskler oluşturabilmektedir.

Postpartum başlangıçlı OKB'nin klinik bir tanımı aşağıdaki belirti ve semptomları içermektedir (Şekil 4) (73):

- 1- Hamilelik sırasında veya doğum sonrasında başlangıç (genellikle hızlı) veya kötüleşme
- 2- Bulaşma (özellikle hamilelik sırasında), hastalık, şiddet, zarar, kaza veya kayıp içeren obsesif içerik
- 3- Bazen yenidoğandan uzaklaşmayı da içeren obsesyonlardan kaçınma
- 4- Açık (yıkama, kontrol etme) veya gizli (zihinsel ritüeller, etkisizleştirme) olabilen kompulsif ritüeller
- 5- Genellikle depresif belirtilerle ilişkili
- 6- Doğum sonrası psikoz ile ilişkili değildir

**Şekil 4.** Postpartum başlangıçlı OKB'nin klinik bir tanımı (73)

OKB semptomları, ebeveynlerin çocuklarının güvenliği konusundaki endişelerinden ayırt edilmelidir. Bu endişeler normal düşüncelerdir, genellikle geçicidir, günlük işleyişte ve çocuk bakımı üzerinde olumsuz müdahalelere sebep olmaz. Fakat; postpartum başlangıçlı OKB'de görülen obsesyon ve kompulsiyonlar açıkça uyumsuzdur, zaman alıcıdır, ebeveynlerde sıkıntıya ve günlük yaşamda işlev bozukluğuna yol açar (20).

### 2.2.2. Epidemiyoloji

Postpartum dönemde OKB prevalansı ile ilgili yapılan çalışmalarda %0,7-%9 arasında değişen bir oran saptanmıştır (4, 74). Russell ve arkadaşlarının yapmış olduğu yedi OKB çalışmasının meta-analizinde postpartum başlangıçlı OKB için %2,4 oranında bir prevalans bildirilmiştir (4). Aynı çalışmada postpartum dönemde OKB riskinin 2,38 kat arttığı bildirilmiştir. Zambaldi ve arkadaşları tarafından Brezilya'da yapılan bir çalışmada örneklemin %9'unun postpartum dönemde OKB açısından DSM-IV kriterlerini karşıladığı saptanmıştır (74). 461 kadından oluşan prospektif bir kohort çalışmasında, obsesif-kompulsif semptom prevalansı postpartum 2. haftada %11 iken, kadınların yaklaşık yarısında postpartum 6. ayda semptomların kalıcılaştığı saptanmıştır (75).

Türkiye prospektif çalışmasında ise postpartum 6. haftada OKB için değerlendirilen 302 yeni doğum yapmış kadından oluşan örnekleme 12 kadın (%4) OKB kriterlerini karşılamıştır. Bu oran primipar kadınlarda %6,5 ve multipar kadınlarda %1,8 olarak saptanmıştır (76). Öncesinde OKB öyküsü olan kadınlarda postpartum dönemde OKB'nin %25-%75 nüksetme riski olduğu bildirilmektedir (77).

### **2.2.3. Etiyoloji**

Gebelik ve postpartum başlangıçlı OKB etyolojisi için çeşitli teoriler öne sürülmektedir.

- **Postpartum Başlangıçlı OKB'nin Bilişsel Davranışçı Kuramı**

Bu kurama göre yeni çocuk sahibi olan ebeveynlerde ani sorumluluk artışının, bebeğin zarar görmesi ile ilgili normal müdahaleci düşüncelerin yanlış ve abartılı yorumlanması sonucu ortaya çıkan obsesyonların ve bu obsesyonlardan kaynaklanan sıkıntıyı azaltmaya yönelik geliştirilen davranışların postpartum başlangıçlı OKB etiyojisine katkıda bulunabileceği öne sürülmüştür (69).

- **Postpartum Başlangıçlı OKB'nin Biyolojik Teorisi**

Postpartum başlangıçlı OKB'nin biyolojik teorisi, gebelikte ve doğum sonrası dönemde düzeylerinde ciddi değişiklik gözlenen östrojen, progesteron, oksitosin ve serotonin hormonlarına bağlanmaktadır. Östrojen ve progesteron hormonları, serotonin işleviyle ilişkilendirilmiştir. Postpartum süreçte östrojen ve progesterondaki ani düşüş ve oksitosin seviyelerindeki artışla OKB semptomlarının ani başlangıcı ve şiddeti arasında bağlantı kurulmuştur (65, 78). Herhangi bir hormonal değişim olmamasına rağmen yeni babalarda da obsesif kompulsif semptomlar geliştirebileceğine dair kanıtlar göz önünde bulundurulduğunda biyolojik teori, postpartum başlangıçlı OKB'nin etiyojisini tam olarak açıklayamamaktadır.

- **Postpartum Başlangıçlı OKB'nin Sosyobiyolojik ve Evrimsel Teorisi**

Sosyobiyolojik teori kapsamında stres ve kaygıya yatkınlık gibi faktörler araştırılmıştır. OKB'si olan kadınların annelerinin gebeliklerinde aşırı kilo alımı,

hiperemezis gravidarum ve uzun süreli doğum olasılıkları anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır (79). OKB'si olan kadınların, OKB'si olmayanlara göre erken doğma veya yenidoğan sarılığı geçirme olasılıkları da daha yüksek saptanmıştır (79). Ayrıca OKB'si olan kadınlarda kortizol düzeylerinin arttığı gözlemlenmiştir, bu da postpartum başlangıçlı OKB'si olan kadınların strese karşı daha duyarlı olduğunu düşündürmektedir (80).

#### 2.2.4. Tanı Kriterleri

Postpartum başlangıçlı OKB'nin tanınması ve diğer doğum sonrası ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklardan farklılaşması zor olabilir. OKB semptomları kadınlar tarafından anormal olarak tanınmayabilir. Utanç ve suçluluk duyguları, çocuğun bakımından çıkarılma korkusu kadınların semptomları ailelerine veya sağlık çalışanına açıklamasını engelleyebilir.

Yenidoğana zarar verme konusundaki saplantılı düşünceler, mutlaka postpartum başlangıçlı OKB tanısını göstermez. Birçok yeni ebeveynde görülebilir. Yeni anne ve babaların %65'inde ve doğum sonrası depresyonu olan kadınların %40'ından fazlasında yenidoğanların zarar görmesi ve güvenliği ile ilgili saplantılı düşünceler bildirilmiştir (68, 81, 82). Bu bulgular, subklinik seviyelerde bebeğin güvenliğine ilişkin düşüncelerin yeni ebeveynliğin normal yönleri olabileceğini düşündürmüştür (83). Önemli olan bu düşüncelerin ne zaman sorunlu kabul edilebileceğine dair bir farkındalık yaratmak ve bu bilginin yeni ebeveynlere iletilmesidir. Bu semptomlar annenin iş, sosyal ve aile alanlarındaki ilişkilerini olumsuz etkiliyorsa ve/veya işlevsel bozulmaya sebep oluyorsa postpartum başlangıçlı OKB'ye yönelinmelidir. Örneğin obsesif-kompulsif belirtiler yaşayan anneler, zarar verme ya da taciz etme korkusuyla bebeğini kucağına almaktan ya da bezini değiştirmekten kaçınabilirler (68, 82).

Postpartum başlangıçlı OKB açısından risk faktörü (primiparite, depresyon, anksiyete bozukluğu, OKB öyküsü) bulunduran anneler bilgilendirilmeli ve gebelik sürecinde/sonrasında OKB açısından taranmalıdır. Pozitif taraması olanlar, DSM-V tanı ölçütleri kullanılarak OKB açısından değerlendirilmelidir.

### 2.2.5. Ayırıcı Tanı

#### ➤ Postpartum Depresyon

Postpartum depresyonun yaygınlık oranları; yüksek gelirli ülkelerde %6,9-%12,9 iken, düşük veya orta gelirli ülkelerde %20'den fazla olmak üzere ülkeler arasında farklılık göstermektedir (84). Postpartum başlangıçlı OKB'de görülen bebeğin zarar görmesi konusundaki saplantılı düşüncelerin OKB'ye özgü olmadığı ve postpartum depresyonu olan kadınların %57'sinden fazlasında görülebileceği bildirilmiştir (81). Bu sebeple semptomlar iyi sorgulanmalı ve iki hastalık birbirinden doğru bir şekilde ayırt edilmelidir.

Postpartum başlangıçlı OKB'de düşünceler bebeği şiddete, ölüme maruz bırakmak gibi temaları içerirken; postpartum depresif ruminasyonlar yetememe, değersizlik gibi daha melankolik olma eğilimindedir. Obsesyonlar genellikle odaklanmış ve istikrarlıdır fakat depresif ruminasyonlar farklı konulara kayma eğilimindedir. Postpartum depresyonda davranışlar duygudurum uyumludur, postpartum başlangıçlı OKB'de olduğu gibi müdahaleci değildir (68). Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği gibi postpartum depresyon için tarama ölçeğinin kullanılması bu bozuklukları ayırt etmede yardımcı olabilir.

#### ➤ Postpartum Psikoz

Postpartum psikoz doğum sonrası psikiyatrik bozukluklar arasında daha şiddetli ve acil olanıdır. 1000 doğumda 0,08-2,6 arasında tahmin edilen düşük prevalans oranına sahip bir hastalıktır ancak tespit edilip tedavi edilmediği takdirde suisid ve filisid riski taşımaktadır (85). Postpartum psikoz düşünce içeriği olarak bebek için tehlike oluşturabilecek halüsinasyonları içerirken, postpartum başlangıçlı OKB'de halüsinasyon görülmez. Psikozda görülen bu tehlikeli düşünce içeriği hasta için rahatsız edici değildir; fakat postpartum obsesyonlar anne için rahatsız edicidir ve bebeğe zarar vermemek için geniş önlemler alırlar. Postpartum psikoza tuhaf davranma, anlamsız konuşma, ajitasyon, azalan uyku gereksinimi gibi diğer psikotik semptomlar eşlik ederken, postpartum başlangıçlı OKB'de bu belirtiler görülmez (68). Postpartum psikoz hem annenin hem yenidoğanın güvenliğini tehdit ettiği için yatarak takibi ve tedavisi yapılması gereken psikiyatrik bir acil durumdur.

### 2.2.6. Klinik Özellikleri

Postpartum başlangıçlı OKB, ani başlangıç göstermesi ile diğer dönemlerde kademeli bir başlangıç ile seyreden OKB'den farklılık gösterir (68). Postpartum başlangıçlı OKB hastalarının çoğunluğunda obsesyonlar ve kompulsiyonlar birlikte görülür (74). Belirtilerin içeriği genellikle bebeğe zarar vermeye odaklıdır. Maina ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada en sık görülen obsesyonun bulaş (%67-%78) ve saldırganlık (%21-%78) olduğu bildirilmiştir (71). Yine Uğuz ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada en sık saptanan obsesyon bulaş (%81,3) obsesyonu olarak saptanmıştır (86). Bu dönemde görülen kompulsiyonlar arasında en sık olanları yıkama/temizleme (%58-%72) ve kontrol etme (%50-%69)'dir (66).

Postpartum başlangıçlı OKB'nin çocuğun nörogelişimine etkisi bilinmezken annenin yaşam kalitesini ciddi düzeyde etkilediği bilinmektedir. Anneler obsesyon ve kompulsiyonlarla başa çıkmak için çok fazla zaman harcarlar bu da kaygı ve suçluluk duygusu oluşturur. Sonuç olarak çocukları için hem fiziksel hem duygusal olarak daha az ulaşılabilir olabilmektedirler (87). Postpartum başlangıçlı OKB'si olan kadınların birçoğunda psikiyatrik komorbidite görülmektedir. Yapılan bir çalışmada postpartum başlangıçlı OKB tanılı kadınların %27,5'inde anksiyete bozukluğu ve %70,6'sında eş tanılı depresif bozukluk saptanmıştır (75).

### 2.2.7. Tedavi

Postpartum başlangıçlı OKB tedavisi, yaşamın diğer zamanlarında ortaya çıkan OKB tedavisi ile benzer yaklaşımları içermektedir. Tedavi seçiminde semptomların şiddeti, ani başlangıç, varsa komorbid psikiyatrik hastalık, hasta tercihi ve emzirmeye uygunluk gibi faktörler göz önünde bulundurulmalıdır.

- **Farmakoterapi**

Postpartum başlangıçlı olmayan OKB'nin tedavisine benzer şekilde, postpartum başlangıçlı OKB'de çoğu hasta için selektif serotonin geri alım inhibitörleri (fluoksetin, fluvoksamin) tercih edilen farmakolojik tedavilerdir (88). Bununla beraber tedaviye dirençli olgularda SSRI yanına ketiapin eklenmesinin tedavi yanıtına katkı sağladığı gösterilmiştir (89).



- **Psikoterapi**

Bilişsel davranış terapisi ve psikoeğitim tedavi yöntemleri arasındadır.

Bilişsel davranışçı terapi temel olarak maruziyet ve tepki önlemeyi içermektedir. Postpartum başlangıçlı OKB için tedavi seanslarının sayısı, sıklığı, süresi belirlenmemiştir; ancak genel olarak 13-20 haftalık seanslar önerilmektedir (90). Başarılı bir terapi sonrası iyileşmeyi sürdürmek için 3-6 ay boyunca aylık destek seansları önerilmektedir (88).

Psikoeğitim de tedavi planının bir parçası olmalıdır. Psikoeğitimin odak noktası, bozukluk ve psikiyatrik komorbiditeler hakkında bilgi vermek, suçluluk duygularını azaltmak, tedaviye uyumu teşvik etmek olmalıdır (91). Aile üyeleri de bozukluk ve aile işleyişine etkisi hakkında eğitimden yararlanabilir.

### **2.3. Covid-19 Pandemisi ve Pandeminin OKB Üzerine Etkileri**

Aralık 2019'da Çin'in Wuhan şehrinde benzer semptomlara sahip birkaç akut pnömoni vakası bildirilmiştir. Bu vakaların yeni şiddetli akut solunum sendromu koronavirüs (SARS-CoV-2) nedeniyle ortaya çıktığı tespit edilmiştir (92). Sonrasında kısa bir süre içinde SARS-CoV-2 dünya çapında hızla yayıldı ve Mart 2020'de DSÖ tarafından Covid-19 salgını pandemi ilan edilmiştir. Covid-19 nedeniyle enfekte olmuş vakaların ve ölümlerin sayısı hala artmaktadır. Ekim 2022 itibarıyla 622.389.418 onaylanmış Covid-19 vakası ve Covid-19'a bağlı 6.548.492 ölüm bildirilmektedir (1).

Virüsün bulaş yolu kişiden kişiye olup, enfekte kişinin burun, ağız, göz mukoza salgıları ile temas yolunun yanında enfekte kişinin damlacıklarını doğrudan soluma yoluyla da bulaşabilmektedir (93,94). Hastalık küresel bir sağlık sorununa neden olmakla beraber dünyanın hemen her yerinde uygulanan karantina önlemleri, sokağa çıkma yasakları ve kişisel önlemler (maske takma, sosyal izolasyon) tüm insanların hayatını önemli ölçüde etkilemiştir. Enfekte olma endişesi, yaşam tarzı değişiklikleri, kötüleşen yaşam koşulları nedeniyle insanların anksiyete seviyesinde artma, uyku bozuklukları, depresyon ve strese bağlı diğer ruh sağlığı sorunlarında artış beklenmektedir. Birleşmiş Milletler, Covid-19 pandemisinin yalnızca fiziksel sağlığı

tehlikeye atmakla kalmayıp aynı zamanda psikolojik sağlığı da etkilediğini bildirmiştir. Bu nedenle, pandemi sırasında popülasyonların ruh sağlığı durumu büyük önem taşımaktadır.

Covid-19 pandemisinden etkilenebilecek popülasyon arasında önemli bir grup da OKB hastaları ve OKB yatkınlığı olan kişilerdir. Salgın hastalık, sağlıkla ilgili tehlikeler, bulaş korkusu OKB'nin klinik vakalarına hızla yansır (95). OKB'nin ana semptom kümelerinden biri olan kontaminasyon korkusu pandemi sürecinde birçok insanın korkusu haline gelmiştir. Yine OKB'nin en yaygın semptomlarından olan uzun süreli ve sık el yıkama, zaman alıcı temizlik ritüelleri sağlık kurumlarının önerilerince günlük rutin haline dönüşmüştür. Bu durum hem OKB hastalarının semptomlarının alevlenmesine hem de yeni OKB tanısı alan hasta sayısında artışa neden olabilir.

Ruh sağlığı sorunlarına karşı savunmasız olan grup içerisinde bulunan gebelerin, pandeminin ikincil psikolojik etkilerinden daha fazla etkileneceği düşünülmektedir (96). Gebe kadınlarda genel nüfusa göre daha sık görülen obsesif kompulsif semptomların günümüzde ihmal edildiği, pandemi sırasında ve sonrasında sıklık ve şiddetinin artacağı konusunda da endişeler dile getirilmiştir (4, 97). Enfekte olma endişesinin yanında sağlık kurumlarına sınırlı erişim, izolasyon nedeniyle doğum öncesi ve sonrasında yetersiz sosyal destek yeni annelerde stres kaynağı oluştururken bunun bebek bakımı üzerine de etkileri olabilir.

OKB tedavisinde etkin bir yöntem olan psikoterapinin Covid-19 pandemisinden etkilenmesi muhtemeldir. Pandemi kontrolü için sağlık kurumlarınca önerilen sık el yıkama, sık dokunulan yüzeyleri temizleme-dezenfekte etme önlemlerinin OKB hastaları üzerinde büyük bir etkisi olabilir. Zayıf içgörüsü olan hastaların mantıksız inançlarını güçlendirebilir. Bu da OKB'nin uzun vadeli prognozunu etkileyebilir. Tedavide etkin bir yöntem olan maruziyet ve tepki önleme bu dönemde dikkatle uygulanmalıdır. Uluslararası Obsesif-Kompulsif Spektrum Bozuklukları Koleji'nin makalesinde güvenlik nedeniyle, maruziyet ve tepki önleme terapisinin hayali maruziyet ile değiştirilebileceği ve kontaminasyon korkuları-yıkama kompulsiyonları olan OKB hastaları için ilk seçenek olarak farmakoterapinin önerilebileceği bildirilmiştir (98).

#### 2.4. Birinci Basamakta Postpartum Başlangıçlı OKB'nin Önemi

Postpartum dönem OKB başlangıcı açısından oldukça riskli bir dönemdir. Bu dönemde hastaların tanı almaması, tedavi edilmemesi anne sağlığı üzerinde sorunlar oluşturduğu gibi aile içi fonksiyon bozukluğuna, annenin bebeğiyle olan ilişkisinin olumsuz etkilenmesine ve bebek gelişiminde ciddi sıkıntılara yol açabilir. Genellikle yeni annelerin çocuğun doğumundan mutlu olması, her zaman olumlu duygular yaşaması gerektiği beklendiğinden anneler semptomlarını aile yakınlarından ve sağlık çalışanından gizleyebilmektedir. Yahut rutin perinatal değerlendirmede hastaların psikiyatrik semptomları sorgulanmayabilir. Bu da postpartum başlangıçlı OKB'nin klinik ortamlarda yetersiz tanı almasına, geç tedavisine sebep olabilir. Bu nedenle postpartum başlangıçlı OKB'nin yaygınlığı ve semptomları konusunda anne adayları ve sağlık uzmanları eğitilmelidir.

Semptomların en yoğun başlangıç zamanının postpartum 2-4. hafta olduğu göz önünde bulundurulduğunda, yeni annelerin bu süreçte en sık başvurduğu sağlık kurumu olan aile sağlığı merkezlerinde OKB semptomları aktif olarak taranmalıdır. Lohusa izlemlerinde anneye sorulacak birkaç basit soruyla tarama yapılabilir. Örneğin; "Yeni annelerin bebeklerine zarar verebilecekleri konusunda istenmeyen düşünceler yaşaması sık görülen bir durumdur. Aklınıza böyle bir düşünce geldi mi?", "Belirli davranışları veya zihinsel eylemleri defalarca gerçekleştirme dürtüsü hissediyor musunuz?". Pozitif taraması olan anneler DSM-V tanı ölçütleri kullanılarak OKB açısından değerlendirilip psikiyatri uzmanına sevk edilmelidir.

#### 2.5. Amaç

Covid-19 salgınının OKB hakkında hem tanı hem de klinik karar verme açısından bazı olası etkilerinin daha detaylı araştırılması gerekmektedir. Daha hassas bir grup olan pandemi sürecinde doğum yapan annelerin postpartum başlangıçlı OKB'ye yatkınlıkları, bebek bakımına yönelik görülen obsesif kompulsif davranışlarının araştırılması anne ve bebek/çocuk sağlığı için önem arz etmektedir.

Bu konuda yapılan literatür taramasında postpartum başlangıçlı OKB'nin; risk faktörleri, klinik seyri, ayırıcı tanıları olan postpartum depresyon ve psikozla ilişkisinin araştırıldığı çalışmalar mevcuttur (6). Yine postpartum başlangıçlı OKB'nin

demografik ve klinik özelliklere göre seyri araştırılmıştır (7). Covid-19 pandemi sürecinde yapılan çalışmalara baktığımızda pandeminin OKB semptomları üzerine olan etkisinin araştırıldığı çalışmalar mevcuttur (8). Ancak pandemi sürecinde postpartum kadınlar üzerinde yapılan çalışmalar yetersizdir.

Bu çalışma ile Covid-19 pandemisinin, pandemi sürecinde doğum yapan annelerin bebek bakımı ile ilgili obsesif kompulsif davranışları üzerindeki etkisinin araştırılması amaçlanmaktadır.

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Dizaynı

Tanımlayıcı kesitsel tipte bir araştırmadır.

#### 3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı:

Ankara Mamak Gülveren Aile Sağlığı Merkezi (ASM)'nde yapılmıştır. Araştırmaya 13.10.2021 tarihinde etik onam ve il sağlık müdürlüğü onayı sonrası başlanmıştır. Veriler Ekim 2021-Şubat 2022 tarihleri arasında toplanmıştır.

#### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Gülveren ASM polikliniğine başvuran ve pandemi döneminde (11 Mart 2020 itibari ile) bebek sahibi olan kadınlar oluşturmaktadır. Gülveren ASM 6 birimden oluşan ve yaklaşık 20000 nüfusa hizmet veren bir merkezdir. Belirtilen araştırmanın yapılmasının planlandığı süre aralığında doğum yapmış ve merkeze kayıtlı olan 106 kadın bulunmaktadır. Olası red oranı %10 olarak hesaplandığında ve dahil etme kriterlerinin de değerlendirmeye katılması ile dışlanacak kişiler hesaba katıldığında, örneklem için minimum 75 kadına ulaşılması planlanmıştır. Belirtilen tarih aralığında kayıtlı postpartum kadın nüfusundaki artış ile 118 kadına ulaşılmış olup; 15 kişi (%4,3) zaman problemi nedeniyle araştırmaya katılmayı reddetmiştir; toplamda 103 kişi (%95,7) çalışmaya katılmıştır.

#### Dahil etme kriterleri:

- Pandemi döneminde (11 Mart 2020 itibari ile) bebek sahibi olmak
- Pandemi öncesi tanı almış psikolojik rahatsızlığı bulunmamak
- Koordinasyon problem olmamak
- Anket sorularının hepsini yanıtlamak

#### Dışlama kriterleri:

- Pandemi öncesi tanı almış psikolojik rahatsızlığı bulunmak
- Koordinasyon problem olmak

### **3.4. Araştırmanın Yöntemi ve Veri Toplama Araçları**

Çalışmamız, Gülveren ASM polikliniklerine başvuran ve pandemi döneminde (11 Mart 2020 itibari ile) bebek sahibi olan kadınlara Covid-19 önlemleri sağlandıktan sonra yüz yüze anket soruları ve “Doğum Sonrası Dönemde Annelerin Bebek Bakımına Yönelik Obsesif ve Kompulsif Davranışları Ölçeği” sorularak yapılmıştır. Anket soruları konu ile ilgili literatür taraması yapılarak araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur. Katılımcılara annenin sosyodemografik ve obstetrik bilgileri; çocuğuna ait ve çocuk bakımına ait bilgileri içeren toplamda 37 tane anket sorusu ve Doğum Sonrası Dönemde Annelerin Bebek Bakımına Yönelik Obsesif ve Kompulsif Davranışları (POKD) Ölçeği, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) ve Koronavirüs Anksiyete Ölçeği (KAÖ) uygulanmıştır (EK-1 Anket Formu).

#### **3.4.1. Doğum Sonrası Dönemde Annelerin Bebek Bakımına Yönelik Obsesif ve Kompulsif Davranışları Ölçeği (POKD)**

Doğum sonrası dönemde obsesif kompulsif semptomların ortaya çıkması kötü prognozla ilişkili olabilir. Hastaların obsesyonlarının nedenleri, obsesyonlar nedeniyle bebeklerinden kaçmaları anne-bebek ilişkisini bozmaktadır. Anne ile çocuk arasındaki bağın kopması bebeğin bilişsel davranışsal gelişim geriliğine yol açabilmektedir. Bu nedenle doğum sonrası dönemde anksiyete veya depresyon olan herhangi bir hastayı değerlendirirken obsesyon ve/veya kompulsiyonların varlığını değerlendirmek önemlidir. Postpartum dönemde annelerin bebek bakımı ile ilgili obsesif ve kompulsif davranışlarını belirlemeye yönelik 2019’da Özdemir ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu ölçek tek boyut olup, 9 maddeden oluşmaktadır. Beşli likert tipi ölçekte her bir madde 1’den 5’e kadar puanlanmaktadır. Puanlama; Beni hiç tanımlamıyor [1], Beni çok az tanımlıyor [2], Beni biraz tanımlıyor [3], Beni genellikle tanımlıyor [4] ve Beni çok tanımlıyor [5] şeklindedir. Postpartum Dönemde Annelerin Bebek Bakımı ile ilgili Obsesif ve Kompulsif Davranışları Ölçeği toplam puan üzerinden değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 9, en yüksek puan ise 45’tir. Ölçekten alınan toplam puanın yüksek olması postpartum dönemdeki annelerin bebek bakımları ile ilgili obsesif ve kompulsif davranışlarının fazla olduğunu

göstermektedir. Ölçek 2-8 haftalık postpartum annelere uygulanmıştır. Ölçeğin cronbach alfa değeri 0,75 olarak bulunmuştur.

### **3.4.2. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ)**

Cox ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek doğum sonrası dönemde depresyon yönünden riski belirlemek, düzey ve şiddet değişimini ölçmek için kullanılmaktadır. EDSDÖ 10 maddeden oluşan, dörtlü likert biçiminde kendini değerlendirme ölçeğidir. Dört seçenekten oluşan yanıtlar 0-3 arasında puanlanmakta, ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 30'dur. Değerlendirmede 1, 2 ve 4. maddeler 0, 1, 2, 3 şeklinde puanlanırken, 3, 5, 6, 7, 8, 9 ve 10. maddeler 3, 2, 1, 0 şeklinde ters olarak puanlanmaktadır. EDSDÖ'nün Türkçe uyarlaması Engindeniz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. EDSDÖ'nün kesme noktası 12 olarak hesaplanmış olup, toplam ölçek puanı kesme noktasından fazla olan kadınlar risk grubu olarak kabul edilmektedir. Ölçeğin geçerlilik-güvenirlilik analizinde cronbach alfa değeri 0,79 olarak bulunmuştur.

### **3.4.3. Koronavirüs Anksiyete Ölçeği (KAÖ)**

2020'de Lee tarafından Covid-19 kriziyle ilişkili olası disfonksiyonel anksiyete vakalarını tanımlamak amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin Cronbach alfa güvenirlilik katsayısı 0,93 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin Türkçe güvenirlilik ve geçerliği 2020'de Biçer ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçeğin geçerlilik-güvenirlilik analizinde cronbach alfa değeri 0,83 olarak bulunmuştur. Beş sorudan oluşan ve 0-4 arası puanlanan likert tipinde tek boyutlu ölçektir. Ölçekten alınabilecek en düşük değer 0 puan, en yüksek değer ise 20 puandır. Ölçek puan değerinin 9 ve üzerinde olması bireylerdeki anksiyete düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Ölçekler için izin alınmıştır (EK-2 Ölçek izinleri).

### **3.4.4. Araştırmanın Parametreleri ve Değişkenleri**

#### **-Bağımlı Değişkenler**

- Doğum Sonrası Dönemde Annelerin Bebek Bakımına Yönelik Obsesif ve Kompulsif Davranışları (POKD) Ölçeği puanı,
- Annelerin pandemideki hijyenik tutumları

- Annelerin pandemide bebek bakımındaki titizlik durumları
- Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ)
- Koronavirüs Anksiyete Ölçeği (KAÖ)

#### **-Bağımsız Değişkenler**

- Yaş
- Medeni durum
- Eğitim durumu
- Meslek/ Eş mesleği
- Çalışma durumu/ Aylık gelir durumu
- Aynı evde beraber yaşadığı kişi sayısı
- Kendisine ait yatak odası varlığı
- Kronik hastalık varlığı
- Kendisinin ve yakın çevresinin Covid-19 enfeksiyonu geçirme durumu
- Evlenme yaşı
- Gebelik sayıları/ Düşük öyküsü/ Çocuk Sayısı
- Gebelikte sigara-alkol kullanımı
- Gebelik türü
- Çocuğun doğum haftası/ doğum şekli
- Çocuk cinsiyeti/ yaşı (ay)/ doğum ağırlığı/ doğum komplikasyonu durumu
- Çocuğun kronik hastalığı
- Çocuğun gelişimi (kilo/boy/baş çevresi persentilleri)
- Çocuğun beslenme durumu (anne sütü alma durumu/ süresi/ mama alma durumu/ süresi/ ek gıda başlama zamanı)
- Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ)
- Koronavirüs Anksiyete Ölçeği (KAÖ)

### **3.5. Verilerin Toplanması**

Anket formları katılımcılara bilgilendirilmiş onam formlarını okuyup, çalışmaya katılmayı onaylayanlara uygulanmıştır. Anket formu postpartum dönemdeki annelere tıbbi uygulamalar ve hizmetler sunulduktan sonra onam alınarak araştırmacı tarafından yüz yüze uygulanmıştır. Bebeklerin persentil değerleri aile hekimliği izlem



formlarından alınmıştır. Anket formlarının uygulanması ortalama 7-8 dakika sürmüştür.

### **3.6. Verilerin Analizi**

#### **3.6.1. Veri Analizi Öncesi Kategorizasyon**

- Annelerin postpartum dönemi 8 hafta öncesi (postpartum dönem) ve 8 hafta sonrası (postpartum sonrası dönem) olarak kategorize edilmiştir. (POKD ölçeği 8 hafta öncesi anneleri postpartum dönem olarak tanımlamıştır.)
- Araştırmada annelerin eğitim durumu “okuryazar değil”, “okuryazar”, “ilköğretim”, “ortaöğretim”, “lise”, “üniversite ve üzeri” şeklinde sorulmuş olup, “okuryazar değil” ve “okuryazar” kategorisinde katılımcı bulunmadığı için analiz kısmında “ilköğretim”, “ortaöğretim”, “lise”, “üniversite ve üzeri” şeklinde gruplandırılmıştır.
- Araştırmada annelerin mesleği açık uçlu soru şeklinde sorulmuş olup, analiz kısmında “ev hanımı”, “memur”, “işçi”, “özel sektör” ve “öğrenci” şeklinde kategorize edilmiştir.
- Araştırmada annelere eş mesleği açık uçlu soru şeklinde sorulmuş olup, analiz kısmında “özel sektör”, “işçi”, “asker”, “memur” ve “çalışmıyor” şeklinde kategorize edilmiştir.
- Araştırmada annelerin Covid-19 enfeksiyonu geçirme durumu “hayır, geçirmediğim”, “evet, gebelikten önce geçirdim”, “evet, gebelikte geçirdim” ve “evet, doğum sonrasında geçirdim” şeklinde sorulmuş olup, analiz kısmında “geçirmemiş”, “gebelikten önce geçirmiş” ve “gebelikte veya doğum sonrası geçirmiş” şeklinde kategorize edilmiştir.
- Araştırmada annelere gebelikte sigara-alkol kullanımı sorusu “evet, ikisini de kullandım”, “evet, sigara kullandım”, “evet, alkol kullandım” ve “hayır, ikisini de kullanmadım” şeklinde sorulmuş olup; analiz kısmında “sigara-alkol kullanmayan” ve “sigara ve/veya alkol kullanan” şeklinde kategorize edilmiştir.

- Araştırmada annelere gebelik türü “planlı gebelik”, “beklenmedik gebelik”, “istenmeyen gebelik” ve “tüp bebek vb tedavi yöntemleri ile gebelik” şeklinde sorulmuş olup; analiz kısmında “istenmeyen gebelik”, “beklenmedik gebelik” kategorisine dahil edilmiştir.
- Araştırmada annelere doğum haftası “<37 hafta”, “37-42 hafta” ve “>42 hafta” şeklinde sorulmuş olup, analiz kısmında “<37 hafta” ve “≥37 hafta” şeklinde kategorize edilmiştir.
- Araştırmada annelere doğum ağırlığı “<2500 gr”, “2500-4000 gr” ve “>4000 gr” şeklinde sorulmuş olup, analiz kısmında “<2500 gr” ve “≥2500 gr” şeklinde kategorize edilmiştir.
- Araştırmada baş çevresi, kilo ve boy persentilleri aile hekimliği izlem formlarından alınmış olup analiz kısmında “<3”, “3-10”, “10-25”, “25-75”, “75-97” ve “>97” persentil şeklinde kategorize edilmiştir.
- Annelere pandemi sürecinde el yıkama sıklığı ve el yıkama süresi soruları “pandemi öncesi döneme göre daha az sıklıkta yıkıyorum”, “pandemi öncesi dönem ile aynı sıklıkta yıkıyorum” ve “pandemi öncesi döneme göre daha fazla sıklıkta yıkıyorum” şeklinde sorulmuş olup, analiz kısmında “daha az sıklıkta/aynı sıklıkta yıkıyorum” ve “daha fazla sıklıkta yıkıyorum” şeklinde kategorize edilmiştir.
- Annelere pandemi sürecinde dezenfektan kullanım sıklığı sorusu “pandemi öncesi döneme göre daha az sıklıkta kullanıyorum”, “pandemi öncesi dönem ile aynı sıklıkta kullanıyorum” ve “pandemi öncesi döneme göre daha fazla sıklıkta kullanıyorum” şeklinde sorulmuş olup, analiz kısmında “daha az sıklıkta/aynı sıklıkta kullanıyorum” ve “daha fazla sıklıkta kullanıyorum” şeklinde kategorize edilmiştir.

### 3.6.2 Verilerin İstatistiksel Analizi

Veriler, IBM SPSS.23 (IBM Inc., Chicago, IL, ABD) programına aktarılarak istatistiksel analizlerle değerlendirildi. İstatistiksel analizlere geçmeden önce veri giriş

hatasının olmaması ve parametrelerin beklenen aralıkta olup olmadığı ile ilgili kontroller yapıldı. Sürekli değişkenlerin tanımlayıcı istatistiklerin de ortalama ve standart sapma, kategorik değişkenlerin tanımlanmasında ise kişi sayısı (n) ve yüzde (%) değerleri verildi.

Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler Ki kare test analizi ile incelenip, olasılık oran değeri verildi. Sürekli değişkenlerin normal dağılım gösterip göstermediği Shapiro Wilk's normallik testi ile, varyans homojenliği ise Levene's testi ile kontrol edildi. İki düzeyli karşılaştırmalar normal dağılım görülmeyen durumlarda Mann Whitney-U testi ile yapıldı. Üç düzeyli karşılaştırmalar normal dağılım görülmeyen durumlarda Kruskal Wallis-H testi ile incelendi. İlişki görülmedi halinde Bonferroni düzeltme testi kullanıldı. Sürekli değişkenlerin korelasyonu için Spearman's rho testi kullanıldı. Kişi sayısı, frekans (n), p değeri (p), aritmetik ortalama (ort.), standart sapma (SS) ve etki büyüklüğü (r) ile gösterildi.  $p < 0,05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

### **3.7. Araştırma İzinleri**

T.C. Sağlık Bakanlığı Bilimsel Araştırma Platformu'na yapılan Covid-19 araştırmalarına yönelik Bilimsel Araştırma Başvuru izni, Sağlık Bakanlığı tarafından 23.04.2021 tarihinde onaylanmıştır (EK-3).

Araştırmanın etik kurul onayı Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 04.05.2021 tarihli ve 2021/10-33 sayılı kararı ile alınmıştır (Proje no: GO 21/618).

Araştırmanın T.C. Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü onayı AHS HB Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Talepleri Değerlendirme Komisyonu tarafından değerlendirilip 12.10.2021 tarihli ve E.51381736 sayılı yazı ile alınmıştır (EK-4).

## 4. BULGULAR

Araştırma Ekim 2021 ile Şubat 2022 tarihleri arasında Ankara Mamak Gülveren Aile Sağlığı Merkezi'nde yürütüldü. Pandemi döneminde (11 Mart 2020 itibari ile) doğum yapan ve araştırma kriterlerini karşılayan 103 kadın çalışmaya dahil edildi.

### 4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo-1'de özetlenmiştir. Araştırmaya dahil edilen 103 yeni doğum yapmış kadının yaş ortalaması  $28,83 \pm 5,59$  (min=19, maks=48) idi. Katılımcıların %99'u (n=102) evli olup %1'i (n=1) eşinden boşanmıştı. Ortalama evlilik yaşı  $22,64 \pm 3,89$  (min=16, maks=43) idi. Kişilerin eğitim durumlarına bakıldığında %10,7'si (n=11) ilköğretim, %14,6'sı (n=15) ortaöğretim, %33'ü (n=34) lise ve %41,7'si (n=43) üniversite mezunu idi. Katılımcıların %8,7'si (n=9) aktif olarak çalışmakta, %15,5'i (n=16) doğum izninde olup, %75,7'si (n=78) ise çalışmamaktadır. Meslek gruplarına bakıldığında çoğunluğu memur (n=15) olup daha az oranda işçi (n=8) ve özel sektör çalışanı (n=5) bulunmaktadır. Katılımcıların eşlerinin meslek gruplarında ise %26,2 (n=27) oranında özel sektör çalışanı, %22,3 (n=23) oranında işçi, %21,4 (n=22) oranında asker, %20,4 (n=21) oranında memur ve %5,8 (n=6) oranında esnaf bulunurken; %3,9 (n=4) oranında kişi ise çalışmamaktadır. Aylık gelir durumu katılımcıların %24,3'ünün (n=25) 0-3000 tl arasında, %22,3'ünün (n=23) 3000-5000 tl arasında, %34'ünün (n=35) 5000-7000 tl arasında ve %19,4'ünün (n=20) de 7000 tl ve üzerindedir. Katılımcıların aynı evde yaşadığı kişi sayısı ortalama  $3,82 \pm 0,97$  (min=2, maks=8) idi. Katılımcıların %93,2'sinin (n=96) evinde yatak odası bulunurken, %6,8'inin (n=7) evinde yatak odası mevcut değildi.

**Tablo-1:** Katılımcıların sosyodemografik özellikleri (n=103)

		Sayı (n)	Yüzde (%)	
<b>Medeni durum</b>	Evli	102	99,0	
	Boşanmış	1	1,0	
<b>Eğitim durumu</b>	İlköğretim	11	10,7	
	Ortaöğretim	15	14,6	
	Lise	34	33,0	
	Üniversite ve üzeri	43	41,7	
<b>Çalışma durumu</b>	Çalışmıyor	78	75,7	
	Çalışıyor	9	8,7	
	Doğum izni	16	15,5	
<b>Meslek</b>	Ev hanımı	74	71,8	
	Memur	15	14,6	
	İşçi	8	7,7	
	Özel sektör	5	4,9	
	Öğrenci	1	1	
<b>Eş mesleği</b>	Özel sektör	32	31,1	
	İşçi	23	22,3	
	Asker	22	21,4	
	Memur	22	21,4	
	Çalışmıyor	4	3,9	
<b>Aylık gelir durumu</b>	0-3000 tl	25	24,3	
	3000-5000 tl	23	22,3	
	5000-7000 tl	35	34,0	
	7000 tl ve üzeri	20	19,4	
<b>Evde yatak odası varlığı</b>	Yok	7	6,8	
	Var	96	93,2	
	<b>Ortalama</b>	<b>SS</b>	<b>Min</b>	<b>Maks</b>
<b>Yaş</b>	28,83	5,59	19	48
<b>Evlilik yaşı</b>	22,64	3,89	16	43
<b>Birlikte yaşadığı kişi sayısı</b>	3,82	0,97	2	8

#### 4.2. Katılımcıların Klinik ve Obstetrik Özellikleri

Çalışmaya katılan kadınların klinik ve obstetrik özellikleri Tablo-2’de özetlenmiştir. Katılımcıların çoğunluğu sağlıklı iken %13,6’sının (n=14) kronik hastalığı (hipotiroidi, astım, hipertansiyon, aort yetmezliği, vitiligo) vardı. Psikiyatrik hastalığı olan katılımcı bulunmamaktaydı. Gebelikte Covid-19 enfeksiyonu geçirme durumlarına bakıldığında; katılımcıların %73,8’i (n=76) Covid-19 enfeksiyonunu hiç

geçirmezken, %15,5'i (n=16) gebelikte olmak üzere 27 kişi Covid-19 enfeksiyonunu atlatmıştır. %20,4 (n=21) katılımcının ise gebe iken kendileri Covid-19 enfeksiyonu geçirmezken evde Covid-19 enfeksiyonu geçiren yakını bulunmaktaydı.

Obstetrik öz geçmişleri değerlendirildiğinde; katılımcıların %36,9'unun (n=38) ilk gebeliği olup, %63,1'i (n=65) multigravid idi. Ortalama çocuk sayısı  $1,75 \pm 0,81$  (min=1, maks=4) idi. Katılımcıların %23,3'ünün (n=24) geçmiş doğumlarda düşük öyküsü mevcuttu. Gebelikte sigara kullanma oranı %9,7 (n=10) iken, alkol kullanma oranı %1 (n=1) idi. Son gebeliğin %68,9'u (n=71) planlı gebelikken; %27,2'si (n=28) beklenmedik gebelik, %2,9'u (n=3) tıbbi yollarla olan gebelik ve %1'i (n=1) istenmeyen gebelikti. Sezaryen ile doğum oranı %53,4 (n=55) idi.

**Tablo-2:** Çalışmaya katılan kadınların klinik ve obstetrik özellikleri (n=103)

		Sayı (n)	Yüzde (%)		
<b>Kronik hastalık varlığı</b>	Yok	89	86,4		
	Var	14	13,6		
<b>Psikiyatrik hastalık varlığı</b>	Yok	103	100		
	Var	0	0		
<b>Covid-19 enfeksiyonu gecirme durumu</b>	Geçirmemiş	76	73,8		
	Geçirmiş	27	26,2		
	Gebelikten önce geçirmiş	5	4,9		
	Gebelikte geçirmiş	16	15,5		
	Doğum sonrası geçirmiş	6	5,8		
<b>Gebelikte evde Covid-19 enfeksiyonu geçiren</b>	Yok	82	79,6		
	Var	21	20,4		
<b>Geçirilen gebelik sayısı</b>	İlk gebelik	38	36,9		
	Birden fazla gebelik	65	63,1		
<b>Düşük öyküsü</b>	Yok	79	76,7		
	Var	24	23,3		
<b>Gebelikte sigara-alkol kullanımı</b>	Sigara kullanan	10	9,7		
	Alkol kullanan	1	1		
	Kullanmayan	92	89,3		
<b>Gebelik türü</b>	Planlı gebelik	71	68,9		
	Beklenmedik gebelik	28	27,2		
	Tüp bebek ile gebelik	3	2,9		
	İstenmeyen gebelik	1	1		
<b>Doğum şekli</b>	Normal doğum	48	46,6		
	Sezaryen doğum	55	53,4		
		<b>Ortalama</b>	<b>SS</b>	<b>Min</b>	<b>Maks</b>
<b>Çocuk sayısı</b>		1,75	0,81	1	4

### 4.3. Katılımcıların Çocuklarının Klinik Özellikleri

Katılımcıların çocuklarının klinik özellikleri Tablo-3'te özetlenmiştir. Çocukların %55,3'ü (n=57) kız, %44,7'si (n=46) erkek cinsiyette idi. Doğumların %79,6'sı (n=82) term doğum iken; %19,4'ü (n=20) preterm, %1'i (n=1) ise postterm idi. Doğum ağırlığına bakıldığında bebeklerin %93,2'si (n=96) normal doğum ağırlığında iken, %5,8'i (n=6) düşük doğum ağırlığına sahip idi. Çocukların ortalama yaşı  $4,19 \pm 4,06$  ay (min=1 hafta, maks=18 ay) idi. Yenidoğan komplikasyonu (mekonyum aspirasyonu, solunum sıkıntısı, kuvöz bakımı, sarılık, enfeksiyon) olan %11,7 (n=12) çocuk var iken geri kalanında doğum sonrası herhangi bir komplikasyon görülmemiştir. Çocukların %1,9'unun (n=2) kronik hastalığı (hipotiroidi, akondroplazi) vardı. Çocukların ortalama anne sütü alma süresi  $3,6 \pm 3,6$  ay (min=1 hafta, maks=18 ay) idi. Mama kullanan 33 çocuk bulunurken, mama kullanmayan 70 çocuk bulunmaktaydı. Ortalama mama kullanma süresi  $2,31 \pm 1,5$  ay (min=1 hafta, maks=6 ay) idi. Ek gıdaya geçen 27 çocuk bulunurken, 76 çocuk henüz ek gıdaya başlamamıştı. Çocuklar ortalama  $5,39 \pm 1,17$ 'nci (min=2, maks=6) ayda ek gıdaya geçmişlerdi.

Çocukların kilo persentillerine bakıldığında %3,9'u (n=4) 3 persentilin altında, %6,8'i (n=7) 3-10 persentil arasında, %15,5'i (n=16) 10-25 persentil arasında, %48,5'i (n=50) 25-75 persentil arasında, %23,3'ü (n=24) 75-97 persentil arasında, %1,9'u (n=2) ise 97 persentilin üzerinde idi. Boy persentil değerlerine baktığımızda %5,8'i (n=6) 3 persentilin altında, %6,8'i (n=7) 3-10 persentil arasında, %6,8'i (n=7) 10-25 persentil arasında, %41,7'si (n=43) 25-75 persentil arasında, %36,9'u (n=38) 75-97 persentil arasında, %1,9'u (n=2) ise 97 persentilin üzerinde idi. Baş çevresi persentillerinde ise %3,9'u (n=4) 3 persentilin altında, %7,8'i (n=8) 3-10 persentil arasında, %15,5'i (n=16) 10-25 persentil arasında, %52,4'ü (n=54) 25-75 persentil arasında, %20,4'ü (n=21) 75-97 persentil arasında idi ve 97 persentilin üzerinde çocuk bulunmamakta idi.

**Tablo-3:** Katılımcıların çocuklarının klinik özellikleri (n=103)

		Sayı (n)	Yüzde (%)	
<b>Çocuk cinsiyeti</b>	Kız	57	55,3	
	Erkek	46	44,7	
<b>Doğum haftası</b>	<37 hafta	20	19,4	
	38-42 hafta	82	79,6	
	>42 hafta	1	1,0	
<b>Çocuk doğum ağırlığı</b>	<2500 gr	6	5,8	
	2500-4000 gr	96	93,2	
	>4000 gr	1	1,0	
<b>Doğum sonrası komplikasyon</b>	Yok	91	88,3	
	Var	12	11,7	
<b>Çocukta kronik hastalık</b>	Yok	101	98,1	
	Var	2	1,9	
<b>Mama kullanma durumu</b>	Yok	70	68,0	
	Var	33	32,0	
<b>Ek gıda alma durumu</b>	Yok	76	73,8	
	Var	27	26,2	
<b>Çocuk kilo persentil</b>	<3	4	3,9	
	3-10	7	6,8	
	10-25	16	15,5	
	25-75	50	48,5	
	75-97	24	23,4	
	>97	2	1,9	
<b>Çocuk boy persentil</b>	<3	6	5,8	
	3-10	7	6,8	
	10-25	7	6,8	
	25-75	43	41,8	
	75-97	38	36,9	
	>97	2	1,9	
<b>Çocuk baş çevresi persentil</b>	<3	4	3,9	
	3-10	8	7,8	
	10-25	16	15,5	
	25-75	54	52,4	
	75-97	21	20,4	
	<b>Ortalama</b>	<b>SS</b>	<b>Min</b>	<b>Maks</b>
<b>Çocuk yaşı (ay)</b>	4,19	4,06	0,25	18
<b>Anne sütü alma süresi (ay)</b>	3,6	3,6	0,25	18
<b>Mama alma süresi (ay)</b>	2,31	1,5	0,25	6
<b>Ek gıdaya geçiş zamanı (ay)</b>	5,39	1,17	2	6



#### 4.4. Katılımcıların Pandemideki Hijyenik Tutumları

Katılımcıların pandemideki hijyenik tutumları Tablo-4'te özetlenmiştir. Katılımcıların %96,1'inin (n=99) pandemide el yıkama sıklığı artmıştır. %94,2 (n=97) katılımcının el yıkama süresi artarken, %1'inin (n=1) el yıkama süresi azalmıştır. Katılımcıların %95,1'inin (n=98) bu süreçte dezenfektan kullanım sıklığı artarken; %1,9 (n=2) katılımcının dezenfektan kullanımı azalmıştır. Pandemi sürecinde doğum yapan ve birden fazla çocuğu olan 56 anneden %42,8'i (n=24) bu çocuğunun bakımında diğer çocuklarına göre daha titiz davranırken; %14,3'ü (n=8) daha az titiz davranmış ve %42,8'i (n=24) diğer çocukları ile aynı titizlikte davranmıştır.

**Tablo-4:** Katılımcıların pandemideki hijyenik tutumları

		Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Pandemide el yıkama sıklığı</b>	Azalmış	0	0
	Değişmemiş	4	3,9
	Artmış	99	96,1
<b>Pandemide el yıkama süresi</b>	Azalmış	1	1,0
	Değişmemiş	5	4,9
	Artmış	97	94,1
<b>Dezenfektan kullanım sıklığı</b>	Azalmış	2	1,9
	Değişmemiş	3	2,9
	Artmış	98	95,2
<b>Bebek bakımındaki titizlik (n=56)</b>	Daha titiz davranan	24	42,8
	Daha az titiz davranan	8	14,4
	Aynı titizlikte davranan	24	42,8

#### 4.5. Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Hijyenik Tutum Üzerine Etkisi

Tablo-5'te annelerin sosyodemografik özelliklerinin el yıkama sıklığı ve süresi üzerindeki etkisi değerlendirilmiştir. Pandemide evli kadınlar el yıkama sıklığını daha fazla artırırken; boşanmış olan kadınların el yıkama sıklığı azalmıştır ve bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (p=0,03). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte; evli kadınlar el yıkama süresini boşanmış kadınlara göre daha fazla artırmıştır (p=0,05). Yine istatistiksel olarak anlamlı olmamakla beraber çalışmayan ve doğum izninde olan kadınlar, çalışan kadınlara göre el yıkama süresini daha fazla artırmıştır (p=0,08).

Tablo-6’da annelerin klinik özelliklerinin el yıkama sıklığı ve süresi üzerindeki etkisi değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılan kadınların klinik özelliklerinin el yıkama sıklığı ve süresi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Tablo-7’de çocukların klinik özelliklerinin, annelerin el yıkama sıklığı ve süresi üzerindeki etkisi değerlendirilmiştir. Çocukların klinik özelliklerinin, kadınların el yıkama sıklığı ve süresi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo-5:** Annelerin sosyodemografik özelliklerinin pandemi sürecindeki el yıkama sıklığı ve süresi üzerindeki etkisi

		El yıkama sıklığı					El yıkama süresi				
		Daha az/Aynı		Daha fazla		p	Daha az/Aynı		Daha fazla		p
		%	n	%	n		%	n	%	n	
<b>Medeni durum</b>	Evli	2,90	3	97,1	99	<b>0,03</b>	4,90	5	95,1	97	0,05
	Boşanmış	100	1	0,00	0		100	1	0,00	0	
<b>Eğitim durumu</b>	İlköğretim	0,00	0	100	11	0,31	0,00	0	100	11	0,51
	Ortaöğretim	0,00	0	100	15		0,00	0	100	15	
	Lise	8,80	3	91,20	31		8,80	3	91,20	31	
	Üniversite ve üzeri	2,30	1	97,70	42		7	3	93	40	
<b>Çalışma durumu</b>	Çalışmıyor	2,60	2	97,40	76	0,39	3,80	3	96,20	75	0,08
	Çalışıyor	11,10	1	88,90	8		22,20	2	77,80	7	
	Doğum izni	6,30	1	93,80	15		6,30	1	93,80	15	
<b>Meslek</b>	Ev hanımı	2,70	2	97,30	72	0,61	4,10	3	95,90	71	0,36
	Memur	6,70	1	93,30	14		13,30	2	86,70	13	
	Diğer	7,10	1	92,90	13		7,10	1	92,90	13	
<b>Eş mesleği</b>	Çalışmıyor	25	1	75	3	0,13	25	1	75	3	0,29
	Özel sektör	6,30	2	93,80	30		9,40	3	90,60	29	
	İşçi	0,00	0	100	23		4,30	1	95,70	22	
	Asker	0,00	0	100	22		0,00	0	100	22	
	Memur	4,50	1	95,50	21		4,50	1	95,50	21	
<b>Aylık gelir</b>	0-3000 tl	8	2	92	23	0,56	12	3	88	22	0,38
	3000-5000 tl	4,30	1	95,70	22		4,30	1	95,70	22	
	5000-7000 tl	2,90	1	97,10	34		5,70	2	94,30	33	
	7000 tl ve üzeri	0,00	0	100	20		0,00	0	100	20	
<b>Evde yatak odası varlığı</b>	Yok	0,00	0	100	7	0,75	0,00	0	100	7	0,64
	Var	4,20	4	95,80	92		6,30	6	93,80	90	

**Tablo-6:** Annelerin klinik özelliklerinin el yıkama sıklığı ve süresi üzerindeki etkisi

		El yıkama sıklığı					El yıkama süresi				
		Daha az/Aynı		Daha fazla		p	Daha az/Aynı		Daha fazla		p
		%	n	%	n		%	n	%	n	
<b>Kronik hastalık</b>	Yok	4,50	4	95,50	85	0,55	6,70	6	93,30	83	0,40
	Var	0,00	0	100	14		0,00	0	100	14	
<b>Postpartum depresyon</b>	Yok	3,30	3	96,70	87	0,42	5,60	5	94,40	85	0,56
	Var	7,70	1	92,30	12		7,70	1	92,30	12	
<b>Covid-19 enfeksiyonu geçirme durumu</b>	Geçirmemiş	5,30	4	94,70	72	0,68	7,90	6	92,10	70	0,52
	Gebelikten önce geçirmiş	0,00	0	100	0		0,00	0	100	5	
	Gebelikte geçirmiş	0,00	0	100	16		0,00	0	100	16	
	Doğum sonrası geçirmiş	0,00	0	100	6		0,00	0	100	6	
<b>Gebelikte evde Covid-19 enfeksiyonu geçiren</b>	Yok	3,70	3	96,30	79	0,60	6,10	5	93,90	77	0,64
	Var	4,80	1	95,20	20		4,80	1	95,20	20	
<b>Düşük öyküsü</b>	Yok	2,50	2	97,50	77	0,23	5,10	4	94,90	75	0,42
	Var	8,30	2	91,70	22		8,30	2	91,70	22	
<b>Gebelikte sigara-alkol kullanımı</b>	Kullanmayan	3,30	3	96,70	89	0,36	4,30	4	95,70	88	0,12
	Sigara/alkol kullanan	9,10	1	90,90	10		18,20	2	81,80	9	
<b>Gebelik türü</b>	Planlı gebelik	2,80	2	97,20	69	0,59	5,60	4	94,40	67	0,88
	Beklenmedik gebelik	6,90	2	93,10	27		6,90	2	93,10	27	
	Tüp bebek ile gebelik	0,00	0	100	3		0,00	0	100	3	
<b>Doğum şekli</b>	Normal doğum	4,20	2	95,80	46	0,63	6,30	3	93,80	45	0,59
	Sezaryen doğum	3,60	2	96,40	53		5,50	3	94,50	52	

**Tablo-7:** Çocukların klinik özelliklerinin, annelerin el yıkama sıklığı ve süresi üzerindeki etkisi

		El yıkama sıklığı					El yıkama süresi				
		Daha az/Aynı		Daha fazla		p	Daha az/Aynı		Daha fazla		p
		%	n	%	n		%	n	%	n	
<b>Çocuk cinsiyeti</b>	Kız	5,30	3	94,70	54	0,39	5,30	3	94,70	54	0,55
	Erkek	2,20	1	97,80	45		6,50	3	93,50	43	
<b>Doğum haftası</b>	<37 hafta	5	1	95	19	0,58	5	1	95	19	0,67
	≥37 hafta	3,60	3	96,40	80		6	5	94	78	
<b>Çocuk doğum ağırlığı</b>	<2500 gr	0,00	0	100	6	0,78	0,00	0	100	6	0,69
	≥2500 gr	4,10	4	95,90	93		6,20	6	93,80	91	
<b>Doğum sonrası komplikasyon</b>	Yok	4,40	4	95,60	87	0,60	6,60	6	93,40	85	0,46
	Var	0,00	0	100	12		0,00	0	100	12	
<b>Çocukta kronik hastalık</b>	Yok	4	4	96	97	0,92	5,90	6	94,10	95	0,88
	Var	0,00	0	100	2		0,00	0	100	2	

#### 4.6. Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Dezenfektan Kullanımı Üzerine Etkisi

Tablo-8’de annelerin sosyodemografik özelliklerinin dezenfektan kullanım sıklığı üzerindeki etkisi değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılan annelerin sosyodemografik özelliklerinin, dezenfektan kullanım sıklığı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo-8:** Annelerin sosyodemografik özelliklerinin dezenfektan kullanımı üzerindeki etkisi

		Dezenfektan kullanım sıklığı				
		Daha az/Aynı		Daha fazla		p
		%	n	%	n	
Medeni durum	Evli	4,90	5	95,10	97	0,95
	Boşanmış	0,00	0	100	1	
Eğitim durumu	İlköğretim	0,00	0	100	11	0,48
	Ortaöğretim	6,70	1	93,30	14	
	Lise	8,80	3	91,20	31	
	Üniversite ve üzeri	2,30	1	97,70	42	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	3,80	3	96,20	75	0,26
	Çalışıyor	0,00	0	100	9	
	Doğum izni	12,50	2	87,50	14	
Meslek	Ev hanımı	2,70	2	97,30	72	0,17
	Memur	6,70	1	93,30	14	
	Diğer	14,30	2	85,70	12	
Eş mesleği	Çalışmıyor	0,00	0	100	4	0,17
	Özel sektör	6,30	2	93,80	30	
	İşçi	0,00	0	100	23	
	Asker	0,00	0	100	22	
	Memur	13,60	3	86,40	19	
Aylık gelir durumu	0-3000 tl	0,00	0	100	25	0,32
	3000-5000 tl	8,70	2	91,30	21	
	5000-7000 tl	2,90	1	97,10	34	
	7000 tl ve üzeri	10	2	90	18	
Evde yatak odası varlığı	Yok	0,00	0	100	7	0,69
	Var	5,20	5	94,80	91	

Tablo-9’da annelerin klinik özelliklerinin dezenfektan kullanım sıklığı üzerindeki etkisi değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılan annelerin klinik özelliklerinin,

dezenfektan kullanım sıklığı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo-9:** Annelerin klinik özelliklerinin dezenfektan kullanımını üzerindeki etkisi

		Dezenfektan kullanım sıklığı				p
		Daha az/Aynı		Daha fazla		
		%	n	%	n	
<b>Kronik hastalık</b>	Yok	5,60	5	94,40	84	0,47
	Var	0,00	0	100	14	
<b>Postpartum depresyon</b>	Yok	5,60	5	94,40	85	0,50
	Var	0,00	0	100	13	
<b>Covid-19 enfeksiyonu gecirme durumu</b>	Geçirmemiş	6,60	5	93,40	71	0,60
	Gebelikten önce geçirmiş	0,00	0	100	5	
	Gebelikte geçirmiş	0,00	0	100	16	
	Doğum sonrası geçirmiş	0,00	0	100	6	
<b>Gebelikte evde Covid-19 enfeksiyonu geçiren</b>	Yok	6,10	5	93,90	77	0,31
	Var	0,00	0	100	21	
<b>Düşük öyküsü</b>	Yok	5,10	4	94,90	75	0,66
	Var	4,20	1	95,80	23	
<b>Gebelikte sigara-alkol kullanımı</b>	Kullanmayan	5,40	5	94,60	87	0,56
	Sigara ve/veya alkol kullanan	0,00	0	100	11	
<b>Gebelik türü</b>	Planlı gebelik	2,80	2	97,20	69	0,26
	Beklenmedik gebelik	10,30	3	89,70	26	
	Tüp bebek ile gebelik	0,00	0	100	3	
<b>Doğum şekli</b>	Normal doğum	6,30	3	93,80	45	0,43
	Sezaryen doğum	3,60	2	96,40	53	

Tablo-10'da çocukların klinik özelliklerinin, annelerin dezenfektan kullanım sıklığı üzerindeki etkisi değerlendirilmiştir. Aynı şekilde çocukların klinik özelliklerinin, annelerin dezenfektan kullanım sıklığı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo-10:** Çocukların klinik özelliklerinin, annelerin dezenfektan kullanımı üzerindeki etkisi

		Dezenfektan kullanım sıklığı				
		Daha az/Aynı		Daha fazla		p
		%	n	%	n	
Çocuk cinsiyeti	Kız	5,30	3	94,70	54	0,60
	Erkek	4,30	2	95,70	44	
Doğum haftası	<37 hafta	10	2	90	18	0,24
	≥37 hafta	3,60	3	96,40	80	
Çocuk doğum ağırlığı	<2500 gr	16,70	1	83,30	5	0,26
	≥2500 gr	4,10	4	95,90	93	
Doğum sonrası komplikasyon	Yok	5,50	5	94,50	86	0,53
	Var	0,00	0	100	12	
Çocukta kronik hastalık	Yok	5	5	95	96	0,90
	Var	0,00	0	100	2	

#### 4.7. Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Bebek Bakımındaki Titizlik Farkı Üzerine Etkisi

Tablo-11’de annelerin sosyodemografik özelliklerinin bebek bakımındaki titizlik farkı üzerindeki etkisi değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılan ve birden fazla çocuk sahibi olan annelerin sosyodemografik özelliklerinin; önceki çocuklarıyla bebek bakımındaki titizlik farkı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Tablo-12’de annelerin klinik özelliklerinin bebek bakımındaki titizlik farkı üzerindeki etkisi değerlendirilmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla beraber tüp bebek ile çocuk sahibi olan kadınlar, planlı gebelik ve beklenmedik gebeliği olan kadınlara göre bu bebeğinin bakımında daha yüksek oranda titiz davranmışlardır ( $p=0,08$ ).

Tablo-13’te çocukların klinik özelliklerinin, annelerin bebek bakımındaki titizlik farkı üzerindeki etkisi değerlendirilmiştir. Birden fazla çocuk sahibi olan annelerin, çocuklarının klinik özelliklerinin önceki çocuklarıyla bebek bakımındaki titizlik farkı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).



**Tablo-11:** Annelerin sosyodemografik özelliklerinin bebek bakımındaki titizlik farkı üzerindeki etkisi

		Bebek bakımındaki titizlik farkı						p
		Daha titiz		Aynı		Daha az titiz		
		%	n	%	n	%	n	
<b>Medeni durum</b>	Evli	41,80	23	43,60	24	14,50	8	0,50
	Boşanmış	100	1	0,00	0	0,00	0	
<b>Eğitim durumu</b>	İlköğretim	45,50	5	54,50	6	0,00	0	0,73
	Ortaöğretim	45,50	5	45,50	5	9,10	1	
	Lise	41,20	7	35,30	6	23,50	4	
	Üniversite ve üzeri	41,20	7	41,20	7	17,60	3	
<b>Çalışma durumu</b>	Çalışmıyor	44,20	19	44,20	19	11,60	5	0,73
	Çalışıyor	42,90	3	42,90	3	14,30	1	
	Doğum izni	33,30	2	33,30	2	33,30	2	
<b>Meslek</b>	Ev hanımı	48,70	19	41	16	10,30	4	0,56
	Memur	33,30	2	50	3	16,70	1	
	Diğer	27,30	3	45,50	5	27,30	3	
<b>Eş mesleği</b>	Çalışmıyor	50	2	50	2	0,00	0	0,79
	Özel sektör	42,90	9	42,90	9	14,30	3	
	İşçi	33,30	4	58,30	7	8,30	1	
	Asker	60	6	20	2	20	2	
	Memur	33,30	3	44,40	4	22,20	2	
<b>Aylık gelir</b>	0-3000 tl	62,50	10	37,50	6	0,00	0	0,26
	3000-5000 tl	28,60	4	57,10	8	14,30	2	
	5000-7000 tl	44,40	8	33,30	6	22,20	4	
	7000 tl ve üzeri	25	2	50	4	25	2	
<b>Evde yatak odası varlığı</b>	Yok	66,70	2	0,00	0	33,30	1	0,27
	Var	41,50	22	45,30	24	13,20	7	

**Tablo-12:** Annelerin klinik özelliklerinin bebek bakımındaki titizlik farkı üzerindeki etkisi

		Bebek bakımındaki titizlik						p
		Daha titiz		Aynı		Daha az titiz		
		%	n	%	n	%	n	
<b>Kronik hastalık</b>	Yok	46,70	21	37,80	17	15,60	7	0,29
	Var	27,30	3	63,60	7	9,10	1	
<b>Postpartum depresyon</b>	Yok	38,30	18	46,80	22	14,90	7	0,27
	Var	66,70	6	22,20	2	11,10	1	
<b>Covid-19 enfeksiyonu gecirme durumu</b>	Geçirmemiş	45,20	19	42,90	18	11,90	5	0,55
	Gebelikten önce geçirmiş	0,00	0	100	2	0,00	0	
	Gebelikte geçirmiş	50	4	25	2	25	2	
	Doğum sonrası geçirmiş	25	1	50	2	25	1	
<b>Gebelikte evde Covid-19 enfeksiyonu geçiren</b>	Yok	43,50	20	41,30	19	15,20	7	0,85
	Var	40	4	50	5	10	1	
<b>Düşük öyküsü</b>	Yok	41	16	41	16	17,90	7	0,49
	Var	47,10	8	47,10	8	5,90	1	
<b>Gebelikte sigara-alkol kullanımı</b>	Kullanmayan	44,90	22	40,80	20	14,30	7	0,68
	Sigara ve/veya alkol kullanan	28,60	2	57,10	4	14,30	1	
<b>Gebelik türü</b>	Planlı gebelik	33,30	11	42,40	14	24,20	8	0,08
	Beklenmedik gebelik	54,50	12	45,50	10	0,00	0	
	Tüp bebek ile gebelik	100	1	0,0	0	0,00	0	
<b>Doğum şekli</b>	Normal doğum	46,70	14	36,70	11	16,70	5	0,59
	Sezaryen doğum	38,50	10	50	13	11,50	3	

**Tablo-13:** Çocukların klinik özelliklerinin, annelerin bebek bakımındaki titizlik farkı üzerindeki etkisi

		Bebek bakımındaki titizlik						
		Daha titiz		Aynı		Daha az titiz		p
		%	n	%	n	%	n	
<b>Çocuk cinsiyeti</b>	Kız	46,90	15	46,90	15	6,30	2	0,14
	Erkek	37,50	9	37,50	9	25	6	
<b>Doğum haftası</b>	<37 hafta	36,40	4	63,60	7	0,00	0	0,17
	≥37 hafta	44,40	20	37,80	17	17,80	8	
<b>Çocuk doğum ağırlığı</b>	<2500 gr	0,00	0	100	2	0,00	0	0,25
	≥2500 gr	44,40	24	40,70	22	14,80	8	
<b>Doğum sonrası komplikasyon</b>	Yok	42,90	21	42,90	21	14,30	7	1,00
	Var	42,90	3	42,90	3	14,30	1	
<b>Çocukta kronik hastalık</b>	Yok	42,60	23	42,60	23	14,80	8	0,84
	Var	50	1	50	1	0,00	0	

#### 4.8. Katılımcıların KAÖ, EDSDÖ, POKD Ölçek Değerlendirmeleri

Tablo-14'te çalışmaya katılan annelerin Koronavirüs Anksiyete Ölçeği (KAÖ), Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) ve Postpartum Dönemde Annelerin Bebek Bakımı ile ilgili Obsesif ve Kompulsif Davranışları Ölçeğinden (POKD ölçeği) aldıkları puanlar verilmiştir. Katılımcıların Koronavirüs Anksiyete Ölçeğinden aldıkları puan ortalamasının  $0,21 \pm 0,77$  olduğu ve en düşük 0 puan ve en yüksek 6 puan aldıkları görülmüştür. Katılımcıların koronavirüs anksiyete oranı %0 bulunmuştur. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinden aldıkları puan ortalamasının  $5,21 \pm 5,08$  olduğu ve en düşük 0 puan ve en yüksek 24 puan aldıkları görülmüştür. Katılımcıların %12,6'sında depresyon riski saptanmıştır. Postpartum Dönemde Annelerin Bebek Bakımı ile İlgili Obsesif ve Kompulsif Davranışları Ölçeğinden aldıkları puan ortalamasının  $25,26 \pm 8,30$  olduğu, en düşük 11 puan, en yüksek 44 puan aldıkları ve medyan değerinin 24 olduğu bulunmuştur.

**Tablo-14:** Katılımcıların KAÖ, EDSDÖ ve POKD ölçeklerinden aldıkları puanlar (n=103)

	Sayı (n)	Ortalama puan	SS	Min	Maks
KAÖ	103	0,21	0,77	0	6
EDSDÖ	103	5,21	5,08	0	24
POKD ölçeği	103	25,26	8,30	11	44

**Tablo-15:** Annelerin postpartum 8. haftaya kadar ve postpartum sonrası dönemde (>8 hafta) KAÖ, EDSDÖ ve POKD ölçeklerinden aldıkları puanların karşılaştırılması

	Postpartum dönem ( $\leq 8$ hf)			Postpartum sonrası dönem ( $> 8$ hf)			p
	Ort	SS	Median	Ort	SS	Median	
KAÖ	0,25	1,00	0,00	0,18	,512	0,00	0,29
EDSDÖ	4,81	4,97	3,00	5,56	5,19	4,00	0,53
POKD ölçeği	26,38	8,98	26,50	24,29	7,60	24,00	0,41

##### 4.8.1. Katılımcıların Sosyodemografik-Klinik Özellikleri ve Hijyenik Tutumlarının KAÖ Üzerine Etkisi

Tablo-16'da annelerin sosyodemografik özelliklerine göre postpartum  $\leq 8$  hafta ve postpartum  $> 8$  hafta olmak üzere KAÖ'den aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır.

Postpartum sonrası dönemde aylık geliri 3000 tl üzerinde olan annelerin aylık gelir arttıkça KAÖ'den aldıkları puan azalırken; aylık geliri 0-3000 tl olan grubun KAÖ'den aldığı puan diğer gruplara göre daha düşük saptanmıştır ve bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ( $p=0,04$ ). Araştırmaya katılan annelerin medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek, eş mesleği ve evde yatak odası varlığına göre KAÖ'den aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo-16:** Annelerin postpartum 8. haftaya kadar ve postpartum sonrası dönemde (>8 hafta) sosyodemografik özelliklerine göre KAÖ'den aldıkları puanların karşılaştırılması

		KAÖ puanı ( $\leq 8hf$ , $>8hf$ )					
		Postpartum dönem ( $\leq 8hf$ )			Postpartum sonrası dönem ( $>8hf$ )		
		Ort	SS	p	Ort	SS	p
<b>Medeni durum</b>	Evli	0,25	1,00	-	0,19	0,51	-
	Boşanmış	-	-		0,00	-	
<b>Eğitim durumu</b>	İlköğretim	0,20	0,44	0,48	0,00	0,00	0,31
	Ortaöğretim	0,43	1,13		0,38	0,74	
	Lise	0,00	0,00		0,05	0,22	
	Üniversite ve üzeri	0,38	1,35		0,27	0,63	
<b>Çalışma durumu</b>	Çalışmıyor	0,33	1,14	0,49	0,21	0,56	0,66
	Çalışıyor	0,00	-		0,13	0,35	
	Doğum izni	0,00	0,00		0,00	0,00	
<b>Meslek</b>	Ev hanımı	0,35	1,17	0,41	0,23	0,57	0,57
	Memur	0,00	0,00		0,11	0,33	
	Diğer	0,00	0,00		0,00	0,00	
<b>Eş mesleği</b>	Çalışmıyor	0,33	0,57	0,12	0,00	-	0,58
	Özel sektör	0,00	0,00		0,36	0,74	
	İşçi	0,43	1,13		0,19	0,54	
	Asker	0,00	0,00		0,00	0,00	
	Memur	0,89	2,02		0,15	0,37	
<b>Aylık gelir durumu</b>	0-3000 tl	0,27	0,79	0,66	0,00	0,00	0,04
	3000-5000 tl	0,75	2,12		0,47	0,74	
	5000-7000 tl	0,13	0,50		0,11	0,45	
	7000 tl ve üzeri	0,00	0,00		0,09	0,30	
<b>Evde yatak odası varlığı</b>	Yok	0,00	0,00	0,81	0,00	0,00	0,67
	Var	0,27	1,03		0,20	0,53	

Tablo-17’de annelerin klinik özelliklerine göre postpartum  $\leq 8$  hafta ve postpartum  $>8$  hafta olmak üzere KAÖ’den aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. Araştırmaya katılan annelerin kronik hastalık varlığı, Covid-19 enfeksiyonu geçirme durumu, gebeliğinde evinde Covid-19 enfeksiyonu geçiren yakınının varlığı, gebelik sayısı, düşük öyküsü, gebelikte sigara ve/veya alkol kullanım durumu, gebelik türü ve doğum şekline göre KAÖ’den aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo-17:** Annelerin postpartum 8. haftaya kadar ve postpartum sonrası dönemde ( $>8$  hafta) klinik özelliklerine göre KAÖ’den aldıkları puanların karşılaştırılması

		KAÖ puanı ( $\leq 8$ hf, $>8$ hf)					
		Postpartum dönem ( $\leq 8$ hf)			Postpartum sonrası dönem ( $>8$ hf)		
		Ort	SS	p	Ort	SS	p
<b>Kronik hastalık</b>	Yok	0,29	1,06	0,72	0,17	0,48	0,97
	Var	0,00	0,00		0,25	0,70	
<b>Covid-19 enfeksiyonu geçirme durumu</b>	Geçirmemiş	0,38	1,21	0,34	0,16	0,47	0,53
	Gebelikten önce geçirmiş	0,00	0,00		-	-	
	Gebelikte veya doğum sonrası geçirmiş	0,00	0,00		0,27	0,64	
<b>Gebelikte evde Covid-19 enfeksiyonu geçiren</b>	Yok	0,17	0,61	0,98	0,13	0,39	0,47
	Var	0,46	1,66		0,50	0,92	
<b>Geçirilen gebelik sayısı</b>	İlk gebelik	0,10	0,44	0,47	0,11	0,32	0,73
	Birden fazla gebelik	0,36	1,25		0,22	0,58	
<b>Düşük öyküsü</b>	Yok	0,13	0,57	0,49	0,24	0,58	0,10
	Var	0,70	1,88		0,00	0,00	
<b>Gebelikte sigara-alkol kullanımı</b>	Kullanmayan	0,24	1,01	0,37	0,17	0,48	0,93
	Sigara ve/veya alkol kullanan	0,50	0,70		0,22	0,66	
<b>Gebelik türü</b>	Planlı gebelik	0,21	1,03	0,55	0,14	0,48	0,24
	Beklenmedik gebelik	0,38	0,96		0,31	0,60	
	Tüp bebek ile gebelik	0,00	-		0,00	0,00	
<b>Doğum şekli</b>	Normal doğum	0,20	0,69	0,76	0,29	0,65	0,21
	Sezaryen doğum	0,29	1,18		0,07	0,26	

Tablo-18'de çocukların klinik özelliklerine göre annelerin postpartum  $\leq 8$  hafta ve postpartum  $> 8$  hafta olmak üzere KAÖ'den aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. Postpartum sonrası dönemde kız çocuğu olan annelerin KAÖ'den aldıkları puanın erkek çocuğu olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p=0,01$ ). Postpartum sonrası dönemde boyu 97 persentilin üstünde olan çocukların annelerinin KAÖ'den aldıkları puan istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte diğer gruplara göre daha yüksek saptanmıştır ( $p=0,08$ ). Çocukların doğum haftası, doğum ağırlığı, doğum sonrasında bir komplikasyon olması durumu, mama kullanma durumu, ek gıda kullanma durumu, kilo ve baş çevresi persentillerine göre KAÖ'den alınan puanlar karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

Tablo-19'da annelerin pandemideki hijyenik tutumlarına göre postpartum  $\leq 8$  hafta ve postpartum  $> 8$  hafta olmak üzere KAÖ'den aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. Annelerin pandemideki el yıkama sıklıkları, el yıkama süreleri, dezenfektan kullanımları ve önceki çocuklarıyla bebek bakımı arasındaki titizlik farkına göre KAÖ'den aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo-18:** Annelerin postpartum 8. haftaya kadar ve postpartum sonrası dönemde (>8 hafta) çocuklarının klinik özelliklerine göre KAÖ'den aldıkları puanların karşılaştırılması

		KAÖ puanı ( $\leq 8hf$ , $>8hf$ )					
		Postpartum dönem ( $\leq 8hf$ )			Postpartum sonrası dönem ( $>8hf$ )		
		Ort	SS	p	Ort	SS	p
Çocuk cinsiyeti	Kız	0,28	1,20	0,93	0,31	0,64	0,01
	Erkek	0,22	0,73		0,00	0,00	
Doğum haftası	<37 hafta	0,00	0,00	0,67	0,25	0,62	0,63
	$\geq 37$ hafta	0,30	1,09		0,16	0,48	
Çocuk doğum ağırlığı	<2500 gr	-	-	-	0,17	0,40	0,90
	$\geq 2500$ gr	0,25	1,00		0,18	0,52	
Doğum sonrası komplikasyon	Yok	0,20	0,95	0,55	0,19	0,53	0,97
	Var	0,75	1,50		0,13	0,35	
Çocukta kronik hastalık	Yok	0,26	1,01	0,91	0,19	0,51	0,87
	Var	0,00	-		0,00	-	
Mama kullanma durumu	Yok	0,38	1,21	0,14	0,16	0,43	0,98
	Var	0,00	0,00		0,24	0,66	
Ek gıda kullanma durumu	Yok	0,25	1,00	-	0,21	0,56	0,70
	Var	-	-		0,15	0,45	
Çocuk kilo persentil	<3	0,00	-	0,89	0,33	0,57	0,91
	3-10	0,20	0,44		0,00	0,00	
	10-25	0,00	0,00		0,25	0,70	
	25-75	0,35	1,30		0,15	0,45	
	75-97	0,30	0,94		0,21	0,57	
	>97	0,00	-		0,00	-	
Çocuk boy persentil	<3	0,00	-	0,59	0,20	0,44	0,08
	3-10	0,00	0,00		0,40	0,89	
	10-25	0,00	0,00		0,00	0,00	
	25-75	0,04	0,20		0,06	0,23	
	75-97	0,69	1,66		0,18	0,50	
	>97	0,00	-		2,00	-	
Çocuk baş çevresi persentil	<3	0,00	-	0,74	0,00	0,00	0,89
	3-10	0,00	0,00		0,20	0,44	
	10-25	0,00	0,00		0,22	0,66	
	25-75	0,36	1,19		0,14	0,47	
	75-97	0,00	0,00		0,24	0,56	



**Tablo-19:** Annelerin postpartum 8. haftaya kadar ve postpartum sonrası dönemde (>8 hafta) pandemideki hijyenik tutumlarına göre KAÖ'den aldıkları puanların karşılaştırılması

		KAÖ puanı ( $\leq 8hf$ , $>8hf$ )					
		Postpartum dönem ( $\leq 8hf$ )			Postpartum sonrası dönem ( $>8hf$ )		
		Ort	SS	p	Ort	SS	p
<b>Pandemide el yıkama sıklığı</b>	Azalmış/Değişmemiş	0,00	0,00	0,85	0,00	0,00	0,77
	Artmış	0,26	1,02		0,19	0,52	
<b>Pandemide el yıkama süresi</b>	Azalmış/Değişmemiş	0,00	0,00	0,81	0,00	0,00	0,71
	Artmış	0,27	1,03		0,19	0,52	
<b>Dezenfektan kullanım sıklığı</b>	Azalmış/Değişmemiş	0,00	0,00	0,85	0,33	0,57	0,58
	Artmış	0,26	1,02		0,17	0,51	
<b>Bebek bakımındaki titizlik (n=56)</b>	Daha titiz davranan	0,82	1,94	0,61	0,31	0,75	0,89
	Daha az titiz davranan	0,00	0,00		0,25	0,50	
	Aynı titizlikte davranan	0,11	0,33		0,20	0,56	

#### 4.8.2. Katılımcıların Sosyodemografik-Klinik Özellikleri ve Hijyenik Tutumlarının EDSDÖ Üzerine Etkisi

Tablo-20'de annelerin sosyodemografik özelliklerine göre postpartum  $\leq 8$  hafta ve postpartum  $>8$  hafta olmak üzere Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'nden (EDSDÖ) aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. Çocuğu 8 haftanın altında olan grupta ev hanımı olan annelerin EDSDÖ'den aldıkları puanın memur ve diğer meslek gruplarındaki annelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p=0,007$ ). Çocuğu 8 haftanın üzerinde olan grupta eşi çalışmayan kadınların EDSDÖ'den aldıkları puanın, eşi çalışan kadınların puanına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p=0,03$ ). Çocuğu 8 haftanın üzerinde olan grupta evde kendilerine ait yatak odası bulunan annelerin EDSDÖ'den aldıkları puan yatak odası bulunmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır ( $p=0,04$ ). Annelerin medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu ve aylık gelire göre EDSDÖ'den aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo-20:** Annelerin postpartum 8. haftaya kadar ve postpartum sonrası dönemde (>8 hafta) sosyodemografik özelliklerine göre EDSÖ'den aldıkları puanların karşılaştırılması

		EDSDÖ puanı(≤8hf, >8hf)					
		Postpartum dönem (≤8hf)			Postpartum sonrası dönem (>8hf)		
		Ort	SS	p	Ort	SS	p
<b>Medeni durum</b>	Evli	4,81	4,97	-	5,22	4,57	-
	Boşanmış	-	-		24,00	-	
<b>Eğitim durumu</b>	İlköğretim	5,60	6,42	0,62	5,17	4,70	0,34
	Ortaöğretim	7,29	6,70		8,25	5,28	
	Lise	3,33	3,59		5,79	6,38	
	Üniversite ve üzeri	4,86	4,85		4,50	3,97	
<b>Çalışma durumu</b>	Çalışmıyor	5,67	5,35	0,13	5,62	4,58	0,18
	Çalışıyor	1,00	-		7,25	7,99	
	Doğum izni	2,36	2,37		2,40	4,33	
<b>Meslek</b>	Ev hanımı	6,00	5,32	<b>0,007</b>	5,63	4,69	0,75
	Memur	3,33	2,50		4,67	4,89	
	Diğer	0,88	1,45		6,50	8,84	
<b>Eş mesleği</b>	Çalışmıyor	10,33	3,78	0,26	24,00	-	<b>0,03</b>
	Özel sektör	3,39	3,31		5,43	3,65	
	İşçi	6,29	6,96		7,38	5,76	
	Asker	3,82	4,09		2,18	2,31	
	Memur	5,89	6,39		4,92	4,15	
<b>Aylık gelir durumu</b>	0-3000 tl	5,53	5,39	0,21	7,30	7,37	0,17
	3000-5000 tl	7,87	6,74		7,40	5,40	
	5000-7000 tl	4,00	4,11		3,74	3,54	
	7000 tl ve üzeri	2,33	2,12		4,64	4,20	
<b>Evde yatak odası varlığı</b>	Yok	1,00	1,73	0,11	1,25	0,95	<b>0,04</b>
	Var	5,07	5,02		5,90	5,23	

Tablo-21'de annelerin klinik özelliklerine göre postpartum ≤8 hafta ve postpartum >8 hafta olmak üzere EDSÖ'den aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. Postpartum dönem grubunda kronik hastalığı olmayan annelerin EDSÖ'den aldıkları puan kronik hastalığı olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır (p=0,03). Çocuğu 8 haftanın üzerinde olan grupta gebeliğinde sigara ve/veya alkol kullanan annelerin EDSÖ'den aldıkları puan kullanan annelerinkine göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha yüksek saptanmıştır (p=0,02). Postpartum dönem grubunda normal spontan vajinal doğum yapan annelerin

EDSDÖ'den aldıkları puan istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte sezaryen doğum yapan annelerin EDSDÖ puanına göre daha yüksek saptanmıştır ( $p=0,09$ ). Annelerin Covid-19 enfeksiyonu geçirme durumu, gebeliğinde evinde Covid-19 enfeksiyonu geçiren yakınının varlığı, gebelik sayısı, düşük öyküsü, gebelik türüne göre EDSDÖ'den aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo-21:** Annelerin postpartum 8. haftaya kadar ve postpartum sonrası dönemde (>8 hafta) klinik özelliklerine göre EDSDÖ'den aldıkları puanların karşılaştırılması

		EDSDÖ puanı ( $\leq 8hf$ , $>8hf$ )					
		Postpartum dönem ( $\leq 8hf$ )			Postpartum sonrası dönem ( $>8hf$ )		
		Ort	SS	p	Ort	SS	p
<b>Kronik hastalık</b>	Yok	5,26	5,05	<b>0,03</b>	5,68	5,37	0,89
	Var	1,67	3,20		4,88	4,15	
<b>Covid-19 enfeksiyonu geçirme durumu</b>	Geçirmemiş	5,66	5,65	0,49	5,64	5,19	0,70
	Gebelikten önce geçirmiş	3,40	2,60		-	-	
	Gebelikte veya doğum sonrası geçirmiş	3,00	2,79		5,27	5,44	
<b>Gebelikte evde Covid-19 enfeksiyonu geçiren</b>	Yok	4,83	4,97	0,83	5,45	5,20	0,63
	Var	4,77	5,18		6,25	5,41	
<b>Geçirilen gebelik sayısı</b>	İlk gebelik	4,25	3,38	0,88	5,17	4,14	0,97
	Birden fazla gebelik	5,21	5,89		5,76	5,67	
<b>Düşük öyküsü</b>	Yok	4,05	4,19	0,15	5,85	4,81	0,22
	Var	7,70	6,75		4,71	6,29	
<b>Gebelikte sigara-alkol kullanımı</b>	Kullanmayan	4,72	4,90	0,64	4,85	4,64	<b>0,02</b>
	Sigara ve/veya alkol kullanan	7,00	8,48		9,22	6,51	
<b>Gebelik türü</b>	Planlı gebelik	4,91	4,52	0,29	5,00	4,24	0,61
	Beklenmedik gebelik	4,92	6,22		7,13	6,99	
	Tüp bebek ile gebelik	0,00	-		3,50	3,53	
<b>Doğum şekli</b>	Normal doğum	6,40	5,55	0,09	6,50	5,78	0,22
	Sezaryen doğum	3,68	4,26		4,59	4,39	

Tablo-22’de çocukların klinik özelliklerine göre annelerin postpartum  $\leq 8$  hafta ve postpartum  $>8$  hafta olmak üzere EDSDÖ’den aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. Çocuğu 8 haftanın üzerinde olan grupta kız çocuğu olan annelerin EDSDÖ’den aldıkları puanın erkek çocuk sahibi annelere göre yüksek olduğu saptanmıştır ( $p=0,02$ ). Çocuğu 8 haftanın altında olan grupta boyu 97 persentilin üstünde olan çocukların annelerinin EDSDÖ’den aldıkları puan diğer gruplara göre daha yüksek saptanmıştır ( $p=0,04$ ). Çocukların doğum haftası, doğum ağırlığı, doğum sonrası komplikasyon, kronik hastalık, mama ve ek gıda kullanma durumu, kilo ve baş çevresi persentillerine göre annelerin EDSDÖ’den aldığı puanlar karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

Tablo-23’te annelerin pandemideki hijyenik tutumlarına göre postpartum  $\leq 8$  hafta ve postpartum  $>8$  hafta olmak üzere EDSDÖ’den aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. Annelerin pandemideki el yıkama sıklıkları, el yıkama süreleri, dezenfektan kullanımları ve önceki çocuklarıyla bebek bakımı arasındaki titizlik farkına göre EDSDÖ’den aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo-22:** Annelerin postpartum 8. haftaya kadar ve postpartum sonrası dönemde (>8 hafta) çocuklarının klinik özelliklerine göre EDSÖ'den aldıkları puanların karşılaştırılması

		EDSDÖ puanı ( $\leq 8hf$ , $>8hf$ )					
		Postpartum dönem ( $\leq 8hf$ )			Postpartum sonrası dönem ( $>8hf$ )		
		Ort	SS	p	Ort	SS	p
Çocuk cinsiyeti	Kız	4,64	5,19	0,66	6,94	5,72	0,02
	Erkek	5,00	4,84		3,65	3,66	
Doğum haftası	<37 hafta	4,13	4,22	0,69	5,00	5,64	0,51
	$\geq 37$ hafta	4,95	5,15		5,72	5,11	
Çocuk doğum ağırlığı	<2500 gr	-	-	-	5,00	4,56	0,96
	$\geq 2500$ gr	4,81	4,97		5,63	5,30	
Doğum sonrası komplikasyon	Yok	4,61	4,66	0,70	5,89	5,28	0,20
	Var	7,00	8,36		3,63	4,40	
Çocukta kronik hastalık	Yok	4,91	4,98	0,25	5,63	5,21	0,61
	Var	0,00	-		2,00	-	
Mama kullanma durumu	Yok	4,88	5,55	0,61	4,79	4,13	0,30
	Var	4,69	3,73		7,29	6,84	
Ek gıda kullanma durumu	Yok	4,81	4,97	-	5,68	4,52	0,49
	Var	-	-		5,44	5,89	
Çocuk kilo persentil	<3	0,00	-	0,31	4,67	3,78	0,58
	3-10	4,60	5,22		4,00	4,24	
	10-25	2,63	3,15		3,62	3,62	
	25-75	5,04	4,98		6,70	6,17	
	75-97	5,90	5,89		5,29	4,12	
	>97	12,00	-		0,00	-	
Çocuk boy persentil	<3	0,00	-	0,04	3,20	3,42	0,70
	3-10	0,50	0,70		5,40	5,32	
	10-25	5,00	1,73		3,00	2,16	
	25-75	3,28	3,39		6,78	6,02	
	75-97	7,75	6,36		5,50	5,24	
	>97	9,00	-		8,00	-	
Çocuk baş çevresi persentil	<3	0,00	-	0,51	6,33	4,50	0,41
	3-10	2,33	3,21		3,00	3,74	
	10-25	4,29	3,30		6,22	8,70	
	25-75	5,15	5,47		4,90	4,43	
	75-97	6,00	4,69		6,65	4,27	

**Tablo-23:** Annelerin postpartum 8. haftaya kadar ve postpartum sonrası dönemde (>8 hafta) pandemideki hijyenik tutumlarına göre EDSÖ'den aldıkları puanların karşılaştırılması

		EDSDÖ puanı ( $\leq 8$ hf, $>8$ hf)					
		Postpartum dönem ( $\leq 8$ hf)			Postpartum sonrası dönem ( $>8$ hf)		
		Ort	SS	p	Ort	SS	p
<b>Pandemide el yıkama sıklığı</b>	Azalmış/Değişmemiş	4,50	3,53	0,78	12,00	16,97	0,84
	Artmış	4,83	5,06		5,32	4,56	
<b>Pandemide el yıkama süresi</b>	Azalmış/Değişmemiş	4,67	2,51	0,68	11,33	12,05	0,46
	Artmış	4,82	5,11		5,23	4,55	
<b>Dezenfektan kullanım sıklığı</b>	Azalmış/Değişmemiş	3,50	4,95	0,74	4,67	4,50	0,84
	Artmış	4,87	5,02		5,62	5,26	
<b>Bebek bakımındaki titizlik (n=56)</b>	Daha titiz davranan	7,91	7,03	0,20	6,54	7,32	0,80
	Daha az titiz davranan	2,50	3,78		7,75	6,34	
	Aynı titizlikte davranan	3,33	4,47		5,40	4,38	

#### 4.8.3. Katılımcıların Sosyodemografik-Klinik Özellikleri ve Hijyenik Tutumlarının POKD Ölçeği Üzerine Etkisi

Tablo-24'te araştırmaya dahil edilen annelerin sosyodemografik özelliklerine göre total, postpartum  $\leq 8$  hafta ve postpartum  $>8$  hafta olmak üzere Postpartum Dönemde Annelerin Bebek Bakımı ile ilgili Obsesif ve Kompulsif Davranışları Ölçeğinden (POKD) aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. Araştırmaya katılan annelerin medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek, eş mesleği, aylık gelir durumu ve evde kendilerine ait yatak odası varlığına göre POKD ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

Tablo-25'de annelerin klinik özelliklerine göre total, postpartum  $\leq 8$  hafta ve postpartum  $>8$  hafta olmak üzere POKD ölçeğinden aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. Postpartum 8 hafta altında Covid-19 enfeksiyonu geçirmemiş veya gebelikten önce geçirmiş annelerin POKD ölçeğinden aldıkları puanın; gebeliğinde veya doğum sonrasında Covid-19 enfeksiyonu geçiren annelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmasa da daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p=0,09$ ).Araştırmaya katılan annelerin kronik hastalık varlığı, gebeliğinde evinde

Covid-19 enfeksiyonu geçiren yakınının varlığı, gebelik sayısı, düşük öyküsü, gebelikte sigara ve/veya alkol kullanım durumu, gebelik türü ve doğum şekline göre POKD ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

Tablo-26'da çocukların klinik özelliklerine göre annelerin total, postpartum  $\leq 8$  hafta ve postpartum  $>8$  hafta olmak üzere POKD ölçeğinden aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. Totalde çocuğunda kronik hastalığı olmayan annelerin POKD ölçeğinden aldıkları puanın; çocuğunda kronik hastalık bulunan annelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p=0,03$ ). Çocukların cinsiyet, doğum haftası, doğum ağırlığı, doğum sonrasında bir komplikasyon olması durumu, mama kullanma durumu, ek gıda kullanma durumu, kilo, boy ve baş çevresi persentillerine göre POKD ölçeğinden alınan puanlar karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

Tablo-27'de annelerin pandemideki hijyenik tutumlarına göre total, postpartum  $\leq 8$  hafta ve postpartum  $>8$  hafta olmak üzere POKD ölçeğinden aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. Totalde pandemide el yıkama süresi azalan/değişmeyen annelerin el yıkama süresi artan annelere göre POKD ölçeğinden aldıkları puan istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte daha yüksek saptanmıştır ( $p=0,05$ ). Annelerin pandemideki el yıkama sıklıkları, dezenfektan kullanımları ve önceki çocuklarıyla bebek bakımı arasındaki titizlik farkına göre POKD ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo-24:** Annelerin total, postpartum 8. haftaya kadar ve postpartum sonrası dönemde (>8 hafta) sosyodemografik özelliklerine göre POKD ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması

		POKD ölçeği puanı (Total, ≤8hf, >8hf)								
		Total			Postpartum dönem (≤8hf)			Postpartum sonrası dönem (>8hf)		
		Ort	SS	p	Ort	SS	p	Ort	SS	p
<b>Medeni durum</b>	Evli	25,14	8,24	0,13	26,38	8,98	-	24,04	7,44	-
	Boşanmış	38,00	-		-	-		38,00	-	
<b>Eğitim durumu</b>	İlköğretim	25,18	6,58	0,38	24,80	8,95	0,26	25,50	4,72	0,93
	Ortaöğretim	21,87	7,22		20,29	8,20		23,25	6,47	
	Lise	26,06	9,64		27,67	10,47		24,79	9,02	
	Üniversite ve üzeri	25,84	7,85		27,86	7,71		23,91	7,65	
<b>Çalışma durumu</b>	Çalışmıyor	25,77	8,25	0,17	27,19	9,03	0,18	24,55	7,40	0,88
	Çalışıyor	22,00	8,15		11,00	-		23,38	7,52	
	Doğum izni	24,62	8,69		25,09	8,11		23,60	10,80	
<b>Meslek</b>	Ev hanımı	26,19	8,21	0,12	27,74	8,92	0,23	24,88	7,41	0,49
	Memur	23,87	7,48		24,33	8,04		23,56	7,56	
	Diğer	21,86	9,08		22,13	9,34		21,50	9,58	
<b>Eş mesleği</b>	Çalışmıyor	32,25	6,23	0,46	30,33	6,02	0,81	38,00	-	0,27
	Özel sektör	24,63	8,02		26,06	9,46		22,79	5,48	
	İşçi	25,26	7,52		23,86	10,62		25,87	6,04	
	Asker	25,14	10,78		28,09	10,47		22,18	10,74	
	Memur	25,05	6,97		25,56	6,06		24,69	7,76	
<b>Aylık gelir durumu</b>	0-3000 tl	25,96	8,96	0,55	26,73	10,42	0,94	24,80	6,52	0,45
	3000-5000 tl	26,09	6,03		27,13	5,79		25,53	6,27	
	5000-7000 tl	25,14	8,76		25,94	9,71		24,47	8,08	
	7000 tl ve üzeri	23,65	9,21		25,89	8,73		21,82	9,59	
<b>Evde yatak odası varlığı</b>	Yok	24,29	10,06	0,60	29,00	13,00	0,71	20,75	7,13	0,38
	Var	25,33	8,21		26,20	8,83		24,57	7,64	



**Tablo-25:** Annelerin total, postpartum 8. haftaya kadar ve postpartum sonrası dönemde (>8 hafta) klinik özelliklerine göre POKD ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması

		POKD ölçeği puanı (Total, ≤8hf, >8hf)								
		Total			Postpartum dönem (≤8hf)			Postpartum sonrası dönem (>8hf)		
		Ort	SS	p	Ort	SS	p	Ort	SS	p
<b>Kronik hastalık</b>	Yok	25,62	8,21	0,28	26,76	8,79	0,47	24,60	7,61	0,55
	Var	23,00	8,80		23,67	10,72		22,50	7,81	
<b>Covid-19 enfeksiyonu geçirme durumu</b>	Geçirmemiş	25,32	8,37	0,32	27,09	9,15	0,25	24,02	7,60	0,68
	Gebelikten önce geçirmiş	20,20	3,27		20,20	3,27		-	-	
	Gebelikte veya doğum sonrası geçirmiş	26,23	8,67		27,09	9,70		25,36	7,90	
<b>Gebelikte evde Covid-19 enfeksiyonu geçiren</b>	Yok	24,85	8,21	0,32	25,49	9,10	0,23	24,38	7,55	0,89
	Var	26,86	8,65		28,77	8,53		23,75	8,43	
<b>Geçirilen gebelik sayısı</b>	İlk gebelik	26,37	8,45	0,29	27,65	7,70	0,31	24,94	9,23	0,74
	Birden fazla gebelik	24,62	8,20		25,46	9,83		23,97	6,80	
<b>Düşük öyküsü</b>	Yok	25,34	8,43	0,97	26,21	9,28	0,71	24,54	7,59	0,60
	Var	25,00	8,02		27,00	8,17		23,57	7,89	
<b>Gebelikte sigara-alkol kullanımı</b>	Kullanmayan	25,12	8,38	0,49	26,61	8,86	0,48	23,63	7,69	0,13
	Sigara ve/veya alkol kullanan	26,45	7,81		21,00	14,14		27,67	6,50	
<b>Gebelik türü</b>	Planlı gebelik	26,37	8,18	0,10	27,94	8,70	0,18	24,92	7,50	0,47
	Beklenmedik gebelik	23,07	8,54		22,77	9,14		23,31	8,31	
	Tüp bebek ile gebelik	20,33	0,57		20,00	-		20,50	0,70	
<b>Doğum şekli</b>	Normal doğum	25,77	9,53	0,74	27,75	10,43	0,50	24,36	8,76	0,95
	Sezaryen doğum	24,82	7,11		25,39	7,84		24,22	6,35	

**Tablo-26:** Annelerin total, postpartum 8. haftaya kadar ve postpartum sonrası dönemde (>8 hafta) çocuklarının klinik özelliklerine göre POKD ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması

		POKD ölçeği puanı (Total, ≤8hf, >8hf)								
		Total			Postpartum dönem (≤8hf)			Postpartum sonrası dönem (>8hf)		
		Ort	SS	p	Ort	SS	p	Ort	SS	p
Çocuk cinsiyeti	Kız	25,77	8,72	0,43	26,08	9,34	0,95	25,53	8,34	0,18
	Erkek	24,63	7,80		26,70	8,78		22,57	6,20	
Doğum haftası	<37 hafta	24,00	8,47	0,42	25,63	6,02	0,90	22,92	9,89	0,36
	≥37 hafta	25,57	8,28		26,53	9,52		24,67	6,93	
Çocuk doğum ağırlığı	<2500 gr	25,00	11,78	0,78	-	-	-	25,00	11,78	0,94
	≥2500 gr	25,28	8,12		26,38	8,98		24,20	7,11	
Doğum sonrası komplikasyon	Yok	25,71	8,44	0,13	26,95	9,15	0,14	24,55	7,64	0,58
	Var	21,83	6,40		20,00	2,16		22,75	7,72	
Çocukta kronik hastalık	Yok	25,49	8,22	0,03	26,66	8,86	0,12	24,46	7,57	0,25
	Var	14,00	1,41		13,00	-		15,00	-	
Mama kullanma durumu	Yok	24,97	8,32	0,63	26,78	8,94	0,60	23,45	7,54	0,20
	Var	25,88	8,35		25,56	9,30		26,18	7,63	
Ek gıda kullanma durumu	Yok	25,71	8,43	0,34	26,38	8,98	-	24,57	7,40	0,61
	Var	24,00	7,94		-	-		24,00	7,94	
Çocuk kilo persentil	<3	20,00	3,74	0,81	20,00	-	0,50	20,00	4,58	0,64
	3-10	25,00	5,32		24,60	6,42		26,00	1,41	
	10-25	26,62	9,48		30,00	7,78		23,25	10,30	
	25-75	25,00	8,21		25,65	8,97		24,44	7,63	
	75-97	26,00	8,89		27,90	10,96		24,64	7,20	
	>97	23,50	13,43		14,00	-		33,00	-	

Tablo-26 devamı										
		POKD ölçeği puanı (Total, ≤8hf, >8hf)								
		Total			Postpartum dönem (≤8hf)			Postpartum sonrası dönem (>8hf)		
		Ort	SS	p	Ort	SS	p	Ort	SS	p
Çocuk boy persentil	<3	21,83	4,16	0,31	20,00	-	0,95	22,20	4,55	0,19
	3-10	28,57	8,82		27,00	7,07		29,20	10,13	
	10-25	19,43	7,99		24,67	7,37		15,50	6,60	
	25-75	26,14	8,38		27,40	9,39		24,39	6,60	
	75-97	25,13	8,54		25,38	9,75		24,95	7,79	
	>97	28,00	1,41		27,00	-		29,00	-	
Çocuk baş çevresi persentil	<3	24,25	3,20	0,55	22,00	-	0,93	25,00	3,46	0,46
	3-10	20,75	5,80		24,67	6,42		18,40	4,45	
	10-25	24,75	8,37		24,43	6,99		25,00	9,72	
	25-75	26,20	9,00		26,91	9,53		25,10	8,22	
	75-97	25,14	7,72		27,75	12,12		24,53	6,70	

**Tablo-27:** Annelerin total, postpartum 8. haftaya kadar ve postpartum sonrası dönemde (>8 hafta) pandemideki hijyenik tutumlarına göre POKD ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması

		POKD ölçeği puanı (Total, ≤8hf, >8hf)								
		Total			Postpartum dönem (≤8hf)			Postpartum sonrası dönem (>8hf)		
		Ort	SS	p	Ort	SS	p	Ort	SS	p
<b>Pandemide el yıkama sıklığı</b>	Azalmış/Değişmemiş	31,25	5,56	0,10	31,00	2,82	0,45	31,50	9,19	0,21
	Artmış	25,02	8,32		26,17	9,12		24,02	7,51	
<b>Pandemide el yıkama süresi</b>	Azalmış/Değişmemiş	31,17	6,64	0,05	33,67	5,03	0,14	28,67	8,14	0,36
	Artmış	24,90	8,28		25,89	9,01		24,04	7,58	
<b>Dezenfektan kullanım sıklığı</b>	Azalmış/Değişmemiş	24,00	6,16	0,78	29,50	0,70	0,64	20,33	5,03	0,36
	Artmış	25,33	8,41		26,24	9,15		24,52	7,70	
<b>Bebek bakımındaki titizlik (n=56)</b>	Daha titiz davranan	24,08	9,06	0,78	25,27	10,88	0,36	23,08	7,52	0,78
	Daha az titiz davranan	26,13	8,09		29,75	10,78		22,50	1,29	
	Aynı titizlikte davranan	23,04	7,36		21,44	7,66		24,00	7,28	

#### 4.9. Ölçek Toplam Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Analizi

##### Sonuçları

Tablo 28’de postpartum dönemdeki ( $\leq 8h$ ) annelerin ölçek toplam puanları arasındaki ilişkiye ait korelasyon analizi sonuçları sunulmuştur. Postpartum dönemdeki ( $\leq 8h$ ) annelerin KAÖ toplam puanları ile EDSDÖ toplam puanları ( $r=0,734$ ,  $p=0,001$ ) pozitif yönde ve anlamlı olarak ilişkilidir.

Tablo 29’da postpartum dönemdeki ( $>8h$ ) annelerin ölçek toplam puanları arasındaki ilişkiye ait korelasyon analizi sonuçları sunulmuştur. Postpartum dönemdeki ( $>8h$ ) annelerin KAÖ toplam puanları ile EDSDÖ toplam puanları ( $r=0,387$ ,  $p=0,001$ ) pozitif yönde ve anlamlı olarak ilişkilidir.

**Tablo-28:** Postpartum dönemdeki ( $\leq 8h$ ) annelerin ölçek toplam puanları arasındaki ilişkiye ait korelasyon analizi sonuçları

		KAÖ	EDSDÖ	POKD Ölçeği
KAÖ	r	1		
	p			
EDSDÖ	r	,734**	1	
	p	,001		
POKD ölçeği	r	,053	,085	1
	p	,773	,645	

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

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

**Tablo-29:** Postpartum sonrası dönemdeki ( $>8h$ ) annelerin ölçek toplam puanları arasındaki ilişkiye ait korelasyon analizi sonuçları

		KAÖ	EDSDÖ	POKD Ölçeği
KAÖ	r	1		
	p			
EDSDÖ	r	,387**	1	
	p	,001		
POKD ölçeği	r	,046	,124	1
	p	,702	,301	

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

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

## 5. TARTIŞMA

Çin'in Wuhan kentinde ortaya çıkan ve kısa sürede tüm dünyayı etkisi altına alıp pandemi ilan edilen Covid-19 salgını, tüm dünyada insanların fiziksel ve psikolojik sağlığını tehdit eden bir durum haline gelmiştir. Pandemiler sadece fiziksel bir sağlık krizi oluşturmakla kalmayıp aynı zamanda ruh sağlığı için de kriz riski olarak değerlendirilmelidir. Tarihte de salgın hastalıklara baktığımızda toplumun temellerini sarsmış, insanlık tarihinin akışını ve zihniyetini değiştirmiştir. Toplum üzerindeki psikososyal etkileri hastalık sona erse de devam edebilmektedir. 2003 yılındaki SARS-CoV-1 salgınının ardından sağlık çalışanları ve karantinaya alınmış kişiler travma sonrası stres bozukluğu semptomları sergilemişlerdir (99). Enfeksiyondan 30-50 ay sonra gerçekleştirilen SARS-CoV-1'in nöropsikiyatrik sonuçlarına ilişkin bir çalışmada ise, hastaların %54'ünde travma sonrası stres bozukluğu, %39'unda depresyon, %32'sinde panik bozukluk ve %15'inde obsesif kompulsif bozukluk saptanmıştır (100).

Covid-19 pandemisinin; enfeksiyonu kapma korkusu, karantina önlemleri, sosyal mesafe, günlük yaşamdaki değişiklikler ve kurallar, ekonomik stres, sağlık hizmetlerine erişimin azalması gibi sebeplerle toplumda süregelen psikolojik etkileri olmuştur (101). Anne ruh sağlığı sorunları, annenin yanı sıra çocukların gelişimi için de büyük bir risk taşıdığından bu değişikliklerin toplumda ruh sağlığı sorunlarına karşı savunmasız bir grup olan yeni doğum yapmış anneler üzerindeki etkisi oldukça önemlidir. Literatüre bakıldığında Covid-19 pandemisinin toplumun obsesif kompulsif bozukluk düzeyine etkisi veya obsesif kompulsif bozukluğu bulunan hastaların pandemideki hastalık prognozuna dair çalışmalar mevcuttur. Özellikle bir grup olan yeni doğum yapmış annelerin pandemideki stres düzeyleri, anksiyete düzeyleri, depresyon durumları ile ilgili çalışmalar da yapılmıştır fakat yeni annelerde pandemi sürecinde obsesif kompulsif davranış varlığı, varsa bu davranışların bebek bakımı üzerine etkisine dair veriler oldukça azdır. Bu çalışma Covid-19 pandemisinin pandemi sürecinde doğum yapan kadınların bebek bakımı ile ilgili obsesif kompulsif davranışları üzerindeki etkilerini bulmayı amaçlamaktadır.

Çalışmamıza 103 yeni doğum yapmış kadın dahil edilmiştir. Literatüre bakıldığında gebelikte ve postpartum süreçte yapılan çalışmalarda katılımcıların

genellikle kadın doğum ve Covid-19 polikliniklerinden alındığı veya Covid-19 pandemi sürecinde online çalışmalar yapıldığı ve katılımcı sayısının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Bu çalışmada çocukların ortalama anne sütü alma süresi 3,6 ay idi ve çocukların %32'si formül mama kullanmaktaydı. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) doğumdan sonraki ilk bir saat içinde anne sütüne başlanmasını, 6 aya kadar sadece anne sütü ile beslemeyi ve çocuk 2 yaşına gelene kadar ek gıda yanında anne sütü ile beslenmeye devam edilmesini önermektedir (102). Ülkemizde Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2018) raporuna göre toplam emzirme süresi ortalaması 16,7 ay, sadece anne sütü alma süresi ortalaması ise 1,8 aydır (103). Doğumdan 6 hafta sonra emzirmenin bırakıldığı uluslararası araştırmalar mevcuttur (104). Emzirme, bebek sağlığı üzerindeki etkilerinin yanında annenin ruhsal, biyolojik, sosyal ve duygusal sağlığı için de oldukça önemlidir (105). DSÖ tarafından anne sütü ile beslenmeye ilişkin önerilerin yanı sıra salgın hastalıklar gibi acil durumlarda da emzirmeye devam etmenin önemi belirtilmesine rağmen (106); Covid-19 pandemisi gibi küresel bir salgın döneminde emzirmenin farklı sebeplerden dolayı etkilenebileceği düşünülmektedir. Covid-19 enfeksiyonu geçiren annelerin karantina amaçlı bebeğinden ayrılması, temas izolasyonu sebebiyle anneye temas kuramayan bebeklerde meme reddi oluşması, süttten enfeksiyon bulaşı korkusuyla formül mama kullanımı, biberon kullanımı gibi sebepler emzirme sürecinin kesintiye uğramasına hatta erken sonlanmasına neden olabilir. Anne sütü ile ilgili yapılan birçok araştırmada enfekte annelerin süt örneklerinde SARS CoV-2 virüsü negatif bulunmuştur (107-112). Hatta Çin'de yapılan bir çalışmada anne sütünde SARS CoV-2 nükleik asiti negatifken, covid antikoru pozitif saptanmıştır (113). DSÖ Covid-19 Rehberi mevcut kanıtlar doğrultusunda pozitif veya temaslı annelerin gerekli önlemleri alarak emzirmeye devam etmelerini önermiştir (114). Fakat buna rağmen annelerin Covid-19 pandemisinde emzirme ile ilgili endişe ve kararsızlıklar yaşadığı bilinmektedir (115, 116). Ülkemizde yapılan bir çalışmada Covid-19 tanısı alan annelerin emzirme eğilimlerinin Covid-19 tanısı almayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır (116). Yine ülkemizde yapılan bir çalışmada Covid-19 teması bulunan annelerin %54'ünün, Covid-19 tanısı bulunan annelerin ise %17'sinin bebeğini emzirmeye devam ettiği bulunmuştur (117). Uluslararası birçok çalışma da pandemide annelerin emzirme

durumlarının olumsuz etkilendiğini, emzirme oranlarının düştüğünü doğrulamaktadır (118, 119). Emzirme oranındaki bu düşüşün diğer bir sebebinin de Covid-19 tedavisinde kullanılan ilaçlardan kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Sağlık Bakanlığınca tedavi başlanan annelere sütünü sağıp dökmesi ve ilaç tedavisi bittikten sonra emzirmeye devam etmesi önerilmektedir. Bu şekilde emzirme sürecinin kesintiye uğramasının düşük emzirme oranları ile ilgili olabileceği düşünülmüştür. Bizim çalışmamızdaki kısa emzirme sürelerinin de literatürle benzer olarak pandeminin emzirme üzerindeki olumsuz etkilerinden kaynaklandığı düşünülmüştür.

Çalışmamız pandemide annelerin bebek bakımıyla ilgili obsesif kompulsif davranışlarına odaklanmıştır. Pandeminin etkisi olarak da en çok artışı beklediğimiz bulaşma obsesyonları ve temizlik-yıkama kompulsiyonları idi. DSÖ ve T.C Sağlık Bakanlığı tarafından koronavirüsten korunmanın en etkili yollarından biri olan el temizliği ve hijyeninin önemine değinerek, ellerin sık sık ve en az 20 saniye boyunca hijyenik el yıkama aşamalarına göre yıkanması gerektiği belirtilmiştir. Bu bağlamda katılımcıların pandemideki hijyenik tutumları değerlendirildiğinde %96,1'inin pandemide el yıkama sıklığını, %94,2'sinin el yıkama süresini artırdığını saptadık. Bu sonuçların obsesyon düzeyinde olup olmadığını anlayabilmek için pandemi öncesi veriler ve pandemideki diğer çalışmalar değerlendirilmiştir. Fakat literatürde pandemi sürecinde postpartum dönemdeki annelerin hijyenik tutumu ve el yıkama alışkanlıklarına dair sınırlı veriye ulaşıldığından gebe kadınlar ve toplum genelinde yapılan çalışmalar da dikkate alınmıştır. 6854 katılımcı ile yapılan Türkiye El Yıkama Araştırması 2012 verilerine göre katılımcıların %61'inin ellerini günde 10 seferden fazla yıkadığı saptanmıştır. Dezenfektan kullanım oranı ise %1,1'dir (120). Çalışmamız sonucuna göre pandemi sürecinde postpartum kadınlardaki el yıkama sıklığı ve süresinin arttığı söylenebilir. Ancak bu alışkanlıkların postpartum dönem kadınlar ile diğer toplum üyelerindeki karşılaştırması yapılamamış ve bu gruba spesifik bir yorumda bulunulamamıştır.

Çalışma bulgularımıza benzer şekilde ülkemizde Covid-19 pandemisinde gebelerin ve postpartum kadınların bilgi seviyelerinin ve tutumlarının araştırıldığı bir çalışmada pandemi esnasında salgın yayılımını önleyici tedbirlere (el yıkama kuralları, maske, sosyal mesafe) yönelik gebelerin %100'ünün, postpartum kadınlarına



%99'unun olumlu tutum sergilediği saptanmıştır (121). Yine ülkemizde gebeler ile yapılmış bir araştırmada katılımcıların %74'ünün önleyici tedbirlere uyum sağladığı saptanmıştır (122). Afrika'da 284 gebe kadın ile yapılan bir çalışmada katılımcıların %60,9'unun koruyucu hijyenik önlemler ile ilgili bilgi sahibi olduğu fakat çalışma bulgularımızın aksine %69,7'sinin bu önlemleri uygulamadığı saptanmıştır (123). İranlı 225 gebe kadın ile yapılan bir çalışmada da önleyici tedbirlere %97 oranında yüksek bir uyum saptanmıştır (124). Toplum genelinde yapılan 1660 kişilik bir çalışmada katılımcıların %89,4'ünün pandemi sürecinde el yıkama sıklığının artmış olduğu saptanmıştır (125). Çalışmamızda da saptanan yüksek el yıkama ve dezenfektan kullanım oranları obsesyon düzeyinden ziyade literatürle benzer olarak salgın stresinin önleyici tedbirler üzerindeki etkisi ile açıklanabilir.

Sosyodemografik özelliklerin el yıkama tutumu üzerindeki etkisine bakacak olursak çalışmamızda evli katılımcıların el yıkama sıklığını ve süresini daha fazla artırdığını saptadık. Ülkemizde 18 yaş üstü katılımcıların bulunduğu bir çalışmada pandemi sürecinde evli katılımcıların sosyal el yıkama tutumlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (125). Yine pandemi sürecinde yapılan bir çalışmada evli katılımcıların bekar katılımcılara göre hijyen kurallarına uyma eğiliminin daha yüksek olduğu saptanmıştır (126). Çalışmamızın sonuçları literatürdeki bulguları destekler niteliktedir.

Çalışmamızda eğitim durumunun el yıkama davranışları üzerine anlamlı bir etkisi saptanmamıştır. Literatüre bakıldığında bu konudaki araştırma sonuçlarının tutarsız olduğu saptanmıştır. Türkiye El Yıkama Araştırmasında en düşük el yıkama skoru ortalaması okuryazar olmayanlarda saptanmış ve öğrenim düzeyi arttıkça skor ortalamasının anlamlı olarak arttığı belirtilmiştir (120). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise yüksek eğitim düzeyinin el yıkama tutum puanı üzerinde etkisi olmadığı bulunmuştur (125). Bir başka çalışmada el hijyeni ortalamalarının ön lisans ve daha az eğitim düzeyine sahip katılımcılarda daha yüksek olduğu bulunmuştur (127). Bu sonuçlara göre daha düşük eğitim düzeyine sahip kişilerin koronavirüse yakalanma endişelerinin daha yüksek olup; korunmak için kişisel hijyenlerine daha çok önem verdikleri düşünülebilir. Fakat çoğu araştırma sonucu yüksek eğitim düzeyi ile daha yüksek el hijyeni uyumu arasında pozitif bir ilişki bulmuştur (126, 128, 129). Bu

veriler doğrultusunda bireylerin eğitim düzeyi ile hijyen davranışları arasında doğrusal bir ilişki kurulamamıştır. Çalışmamızdaki örneklem sayısı nedeni anlamlı bir sonuç elde edilemediği düşünülmüştür.

Çalışmamızda doğum izninde olan ve çalışmayan annelerin çalışan annelere göre el yıkama süresini daha fazla artırdığını saptadık. Bu sonucun çalışan annelerin iş temposu sebebiyle yeterli zamanı bulamamalarından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Veya çalışan anneler enfeksiyon riskine daha fazla maruz kaldıkları için Covid-19 enfeksiyonu kapma ve hastalanma korkularının azalmış olabileceğinden kaynaklandığı düşünülmüştür. Çalışma sonucumuzun aksine başka bir araştırmada çalışan annelerin el yıkama tutum puanlarının çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (125). Bu farklılıklar çalışmaların pandeminin farklı dönemlerinde yapılmış olmasıyla açıklanabilir.

Çalışmamızda aylık gelir düzeyinin el yıkama tutumu üzerinde anlamlı bir etkisi saptanmamıştır fakat gelir düzeyi arttıkça el yıkama sıklığı daha fazla artış göstermiştir. Literatüre bakıldığında bu konuda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Ülkemizde yetişkinler arasında yapılan bir çalışmada pandemide hijyen kurallarına en az dikkat eden kesimin gelir düzeyi en yüksek grup olduğu saptanmıştır (126). Arabistan'da pandemi sürecinde yetişkinler arasında yapılan bir çalışmada yüksek gelir düzeyi doğru el yıkama tutumu ile negatif olarak ilişkilendirilmiştir (130). Yine ülkemizde yapılan bir çalışmada orta gelir düzeyine sahip katılımcıların el yıkama tutum puanlarının diğer gruplardan yüksek olduğu saptanmıştır (125). Çalışma sonucumuzla uyumlu olarak İranlı gebe kadınlar ile yapılan çalışmada ekonomik durumu iyi olan gebelerin koruyucu davranışlara uyumu daha yüksek saptanmıştır (124). Çalışmamız sonucu da göz önüne alındığında özellikli bir grup olan gebeler ve postpartum kadınlarda gelir düzeyinin daha önemli olabileceği düşünülmüştür. Bu nedenle özellikle pandemi dönemlerinde ekonomik durumu düşük kadınlara özel dikkat gösterilmelidir.

Çalışmamızda kronik hastalığı bulunan ve bulunmayan kadınlar arasında el yıkama tutumu açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Fakat kronik hastalığı bulunanların tamamı el yıkama sıklığını ve süresini artırmıştır. Koronavirüsün kronik hastalığı olan bireylere olumsuz etkisinin daha fazla olduğu bilindiğinden; bu kişilerde

el hijyenine uyumun yüksek çıkması beklenen bir durumdur. Ülkemizde yapılan bir çalışmada katılımcılar arasında kronik rahatsızlığı olanların el hijyeni ortalamaları, diğerlerine göre daha yüksek saptanmıştır (127). Arabistan’da yapılan bir çalışmada ise kronik hastalıkların varlığı; el yıkama tekniğini veya sıklığını etkilemezken, kronik hastalığı olanların çoğunluğu ellerini 40 saniyeden uzun yıkadığından el yıkama süresi üzerinde etkili olmuştur (130).

İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte gebelikte ve doğum sonrasında Covid-19 enfeksiyonu geçiren kadınlar el yıkama sıklığı ve süresini daha fazla artırmıştır. 402 yetişkin katılımcı ile yapılan bir çalışmada çalışmamızın aksine covid enfeksiyonu geçirmeyenler Covid-19 enfeksiyonu geçiren gruba göre el yıkama sıklığını daha fazla artırmıştır (131). Çalışma verilerimize dayanarak Covid-19 enfeksiyonu geçirenlerin tekrar geçirmemek veya evdekilere bulaştırmamak kaygısıyla el yıkama sıklığını artırdığı düşünülmüştür.

Çalışmamızda düşük öyküsünün el yıkama tutumu üzerine bir etkisi saptanmamıştır. Fakat parite açısından değerlendirecek olursak literatürde yüksek paritenin Covid-19 önleyici tedbirleriyle negatif ilişkili bulunduğu çalışmalar mevcuttur (123). Bu çalışmanın aksine İran’da gebe kadınlar ile yapılan çalışmada ise daha fazla çocuk sahibi olanların Covid-19 önleyici tedbirlere uyumunun daha yüksek olduğu bulunmuştur (124).

Gebeliğinde sigara/alkol kullanımı olan katılımcıların el yıkama sıklığını ve süresini artırma yüzdeleri daha düşük saptanmıştır. Birleşik Krallık’ta yapılan bir çalışmada bulgularımıza benzer şekilde sigara içen katılımcıların Covid-19’u ağır geçirme endişelerine rağmen sigara içmeyenlere göre önleyici tedbirlere uyumu daha düşük saptanmıştır (132).

İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte katılımcılarımızdan tüp bebek yöntemi ile gebe kalanların el yıkama sıklığını ve süresini daha yüksek oranda artırdığını saptadık. Bu oranı planlı gebelik ardından beklenmedik gebelikler takip etmekte idi. Tüp bebek yöntemi ile gebe kalan annelerin enfeksiyon kapma ve çocuğuna bulaştırma riskine karşı daha duyarlı olabileceği düşünülmüştür. Bunun sonucu olarak da hem covid önlemleri konusunda hem de çocuk bakımında daha titiz

olabilecekleri beklenmektedir. Literatürde gebelik türüne bağlı hijyenik tutumla ilgili bir veriye rastlanmamıştır.

Çalışmamızda düşük doğum ağırlığına sahip çocuğu olan annelerin, doğum sonrası komplikasyon gelişen annelerin ve çocuğunda kronik hastalık bulunan annelerin el yıkama sıklığını ve süresini daha fazla artırdığı saptanmıştır. Bu sonucumuzun da enfeksiyon kapma ve çocuğuna bulaştırma endişesi yaşayan annelerin önleyici tedbirler konusunda daha hassas davrandıklarından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Çalışmamız ve literatür bulguları genel olarak sosyoekonomik parametrelerin el yıkama davranışı üzerinde belirleyici olduğunu göstermektedir. Bu nedenle el yıkama alışkanlıklarını geliştirici programlar yapılandırılırken farklı sosyoekonomik grupların özellikleri ve gereksinimleri dikkate alınmalıdır.

Katılımcılarımızın %95,1'i dezenfektan kullanım sıklığını pandemi öncesine göre artırmıştır. Pandemi sürecinde kişilerarası bulaşın azalması için ellerin sık sık yıkanması, yüzeylerin dezenfekte edilmesi gibi bakanlık önerileri ve kamu spotlarının etkisi sonucu beklenen bir artıştır. Türkiye El Yıkama Araştırması 2012 verilerine göre katılımcıların dezenfektan kullanım oranı %1,1'dir (120). Pandemi sürecinde dezenfektan kullanımıyla ilgili bu kadar geniş çaplı bir araştırmaya rastlanmamıştır fakat literatüre de bakıldığında birçok çalışmada pandemi sürecinde antibakteriyel ürünlerin kullanım sıklığının arttığını görmekteyiz. Ülkemizde yapılan bir çalışmada katılımcıların %89,7'sinin pandemide dezenfektan ve kolonya kullanımını artırdığının saptanması çalışma sonucumuzu destekler niteliktedir (126). Bir başka çalışmada 18 yaş üstü katılımcıların %61'inin pandemide dezenfektan kullanımını artırdığını görmekteyiz (125). Polonya'da kadınların pandemideki hijyenik tutumuna yönelik yapılmış bir çalışmada katılımcıların pandemi öncesi dezenfektan kullanım durumları "hayır" veya "çok nadir" iken; pandemi sonrası çoğunluk "düzenli olarak" kullandığını belirtmiştir (133). Çin'de 3667 katılımcı ile yapılan bir çalışmada katılımcıların %64'ü pandemi öncesi hiç el dezenfektanı kullanmadığını bildirmiştir. Pandemi sonrası bu oran %0,4'e gerilemiştir. Katılımcıların %96'sı ise pandemide el dezenfektanı kullanımlarının en az iki kat arttığını bildirmiştir (134). Çalışmamızın ve literatürdeki çalışmaların sonuçları da göz önüne alındığında Covid-19 pandemisinin

tetiklediği dezenfektan kullanımında önemli bir artış saptanmıştır. Bu artış pandemi sürecinde bireylerin el hijyenini sağlamak amacıyla normal alışkanlıklarının yeterli olmadığını düşündüğünü ve el hijyenini sağlamak için el dezenfektanı ürünlerinin kullanımını artırdıklarını düşündürdü.

Sosyodemografik-klinik özelliklerin dezenfektan kullanımı üzerindeki etkisine bakacak olursak çalışmamızda gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Anlamlı olmamakla birlikte çalışan kadınların dezenfektan kullanımını çalışmayan ve doğum izninde olan kadınlara göre daha fazla artırdığı saptanmıştır. Çalışan kadınların el yıkama sıklıklarının daha az, dezenfektan kullanımlarının daha yüksek olması el yıkamaya zaman bulamayıp dezenfektana yönelmeleri ile açıklanabilir. Yine istatistiksel olarak anlamlı değildir fakat kronik hastalığı bulunan kadınların, tüp bebek yöntemi ile gebe kalan kadınların ve çocuğunda kronik hastalık bulunan kadınların dezenfektan kullanım sıklığını daha fazla artırdığını saptadık. Bu gruptaki kadınlar el yıkama sıklık ve sürelerini de daha fazla artırdığından enfeksiyon kapmaktan ve çocuğuna bulaştırmaktan daha çok endişe duydukları ve önleyici tedbirlere daha çok uyum sağladıkları düşünülmüştür. Çin’de yapılan bir çalışmada dezenfektan kullanım tutumu üzerinde cinsiyet, yaş, meslek, eğitim düzeyinin bir etkisi saptanamamıştır (134).

Çalışmamızda birden fazla çocuğu olan 56 annenin pandemide bebek bakımı konusunda önceki çocuklarıyla aralarında titizlik açısından fark bulunup bulunmadığı araştırılmıştır. Daha titiz ve aynı titizlikte davranan annelerin oranı eşit ve daha az titiz davranan annelerden fazladır. Annelerin bu yaklaşımlarını etkileyen faktörlere bakıldığında anlamlı bir sonuca ulaşılamamıştır. İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da tüp bebek yöntemi ile gebe kalanların ve beklenmedik gebeliği olanların bebek bakımında daha titiz davrandıkları görülmüştür. Bu sonuçlar doğrultusunda pandeminin bebek bakımı üzerinde titizlik açısından büyük bir fark oluşturmadığı söylenebilir.

Çalışmamızda katılımcıların koronavirüs anksiyete puanının alt sınırdaki olduğu yani covid anksiyetelerinin oldukça düşük olduğu saptanmıştır. Literatüre bakıldığında postpartum kadınların kaygı düzeylerinin incelendiği bir çalışmada “orta düzeyde anksiyete” yaşadıkları bulunmuştur (135). Birleşik Krallık’ta ilk Covid-19 dalgasında

yapılan bir çalışmada pandemide doğum sonrası kadınların %61'i klinik olarak anlamlı anksiyete belirtisi göstermiştir (136). Yine pandeminin ilk zamanlarında yapılan çok uluslu bir çalışmada perinatal kadınların %86'sı Covid-19 enfeksiyonu hakkında çok endişeli olduklarını bildirmiştir (137). Amerika'da yapılan bir başka çalışmada perinatal kadınların %18'inin Covid-19 ile ilgili yüksek düzeyde kaygılı olduğu bulunmuştur (138). Pandemi sürecinde doğum yapan kadınların kısıtlamalardan ötürü tıbbi bakım erişiminde yetersizlik, bebek bakımında gerekli yardımı alamama, sosyal destek eksikliği, ekonomik sorunlar, Covid-19'a ilişkin sürekli yapılan haberler, uyarılar, enfeksiyon kapma ve çocuğuna bulaştırma endişesi gibi sebeplerden ötürü kaygı düzeylerinde artış beklenen bir durumdur. Çalışma bulgularımızla kıyasladığımızda bizim çalışmamızda anksiyete düzeyi beklenenden daha düşük saptanmıştır. Bunun sebebinin literatürdeki çoğu çalışmanın pandeminin başlarında vaka sayılarının yüksek olduğu dönemlerde yapılıp bizim çalışmamızın kısıtlamaların çoğunun bittiği, insanların birçoğunun kendisinin veya yakınının Covid-19 enfeksiyonu geçirdiği bir dönemde yapılmış olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Çalışmamızda katılımcıların koronavirüs anksiyete puanlarını etkileyen faktörleri postpartum dönem ( $\leq 8$  hafta) ve postpartum sonrası dönem ( $> 8$  hafta) şeklinde iki grupta inceledik. Katılımcıların medeni durumu ile koronavirüs anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ülkemizde postpartum kadınların kaygı düzeyinin incelendiği bir çalışmada medeni durumun kaygı düzeyini etkilemediği saptanmıştır (135). Yetişkin bireyler ile KAÖ kullanılarak yapılan bir başka çalışmada medeni durumun anksiyete puanı üzerinde etkisi olmadığı saptanmıştır (139).

Çalışmamızda eğitim durumunun koronavirüs anksiyete puanı üzerinde anlamlı bir etkisi bulunamamıştır. Eğitim seviyesi yükseldikçe Covid-19 enfeksiyonu, tedavi ve aşı uygulamalarına dair doğru bilgiye ulaşma imkanının artacağı düşünülürse, anksiyete düzeyinin düşmesi beklenebilir. Literatüre baktığımızda çalışma bulgularımızla benzer olarak eğitim düzeyi ile koronavirüs anksiyetesi arasında ilişki kurulamayan çalışmalar mevcuttur (139-141). Fakat postpartum kadınlar ile yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi lise ve üzerinde olan kadınların

anksiyete düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (135). Bu sonucun çalışmanın yapıldığı dönemde karantina önlemlerinin henüz devam ettiği ve aşı uygulamalarının başlamamış olmasından kaynaklı olabileceği düşünülmüştür.

İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte çalışmayan kadınların koronavirüs anksiyete puanları daha yüksek saptanmıştır. Pandemiye 9041 gebe ve postpartum dönemdeki kadın ile yapılan çok uluslu bir araştırmada çalışmayan kadınların anksiyete düzeyleri çalışanlara göre daha yüksek saptanmıştır (142). Gebe katılımcılar ve yetişkin katılımcılar ile yapılan ayrı araştırmalarda çalışma durumunun koronavirüs anksiyete düzeylerini etkilemediği bulunmuştur (143, 139).

Çalışmamızda postpartum sonrası dönemde (>8 hafta) aylık geliri en düşük olan grupta koronavirüs anksiyete puanı en düşük bulunurken, bunun üzerindeki gruplarda aylık gelir arttıkça koronavirüs anksiyete puanı azalmıştır. Literatüre bakıldığında da farklı sonuçlar elde edilmiştir. Postpartum kadınlar ile yapılan çalışmada gelir miktarı kaygı düzeyini etkilemez iken (135), toplum genelinde yapılan bir çalışmada yüksek sosyoekonomik düzey ile düşük koronavirüs anksiyetesi arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır (141).

Çalışmamızda annelerin kronik hastalığı ve koronavirüs anksiyete puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Gebe ve postpartum kadınların kaygı düzeylerinin incelendiği iki çalışmada da annede kronik hastalık varlığının kaygı düzeyini etkilemediği sonucuna varılmıştır (144, 135). Fakat postpartum kadınlarla ve toplum genelinde yapılan, kronik hastalık varlığının yüksek anksiyete düzeyi ile ilişkili bulunduğu çalışmalar da mevcuttur (142, 141). Çalışma verilerimizin aksine kronik hastalığı bulunan kadınların pandemi sırasında sağlık hizmetlerine sınırlı erişimi nedeniyle psikolojik yük ve anksiyete düzeyinde artış olabileceği düşünülmüştür.

Katılımcılarımızın Covid-19 enfeksiyonu geçirme durumlarının koronavirüs anksiyete puanı üzerinde anlamlı bir etkisi bulunamamıştır. Fakat postpartum dönemde Covid-19 enfeksiyonu geçirmeyen katılımcıların koronavirüs anksiyete puanı daha yüksek saptanmıştır. Bu durum enfeksiyonu geçiren annelerin enfeksiyonu ağır atlatmaması, bağışıklık oluşturduğunu düşünmesi veya hastalığın etkilerine dair belirsizlik duygularının azalması nedeniyle Covid-19 enfeksiyonu ile ilgili

korkularının diğer bireylere göre daha düşük olması şeklinde yorumlanabilir. Yetişkinlerle yapılan bir çalışmada Covid-19 enfeksiyonu tanısı alan katılımcıların Covid-19 korku düzeylerinin tanı almayan katılımcılara göre anlamlı olarak daha düşük olması çalışma bulgularımızı destekler niteliktedir (140). Covid-19 tanısı alan yakınlarının bulunup bulunmamasına göre katılımcıların koronavirüs anksiyete puanı arasında fark bulunamamıştır. Literatüre bakıldığında çalışma sonuçlarımızla benzer sonuçların (140) yanında yakınlarında Covid-19 teşhisi alan bireylerin anlamlı olarak daha yüksek Covid-19 kaygısı yaşadıkları çalışmalar da mevcuttur (145). Bu iki sonuç arasındaki farklılığa Covid-19 tanısı alan yakınlarının hastalığı ağır veya hafif geçirme durumlarının sebep olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda birden fazla gebelik geçiren kadınların koronavirüs anksiyete puanı daha yüksek saptanmıştır. Çalışma sonuçlarımızla benzer olarak postpartum ve gebe kadınlar ile yapılan iki çalışma sonucuna göre parite ile anksiyete düzeyi arasında ilişki bulunamamıştır (144, 146). Fakat gebe katılımcılar ile yapılan çalışmada ilk kez hamile olanların, pandemide yüksek kaygı olasılığının daha düşük olduğu bulunmuştur (146).

Gebelikte sigara/alkol kullanımı ile koronavirüs anksiyete puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Gebe katılımcılar ile yapılan bir çalışmada da bulgularımızı destekler nitelikte sigara içen ve içmeyen katılımcılar arasında anksiyete açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (143). Birleşik Krallık'ta yapılan bir çalışmada ise gebeliğinde sigara içen kadınların yüksek anksiyete düzeyi göstermesi daha olası bulunmuştur (142).

Gebelik türü ile koronavirüs anksiyete puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır fakat beklenmedik gebeliği olan kadınların planlı gebeliği olan kadınlara göre anksiyete düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Ülkemizde pandemi döneminde postpartum kadınlar ile yapılan bir çalışmada planlı gebeliği olan annelerin perinatal anksiyete puanları, plansız olarak gebe kalan annelere göre daha düşük saptanmıştır (147). Literatürde gebe kadınlar ile yapılan, plansız gebeliklerin anksiyete düzeyi ile ilişkili bulunduğu çalışmalar mevcuttur (142, 146). Bulgularımızın yanı sıra İtalya'da yapılan bir çalışmada ilk kez doğum yapan ve tedavi yoluyla gebe kalan kadınlar ile birden fazla doğum yapan ve normal yoldan gebe kalan kadınlar arasından



anksiyete açısından bir farklılık bulunmamıştır (148). Beklenmedik gebeliklerin yüksek oranına baktığımızda hem annenin psikolojik sağlığı açısından hem de çocuğun sağlığı açısından bu gibi salgın hastalık, doğal afet durumlarında aile planlaması ve kontrasepsiyon konularında toplum bilincini artırmanın önemli olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda doğum şeklinin koronavirüs anksiyete puanı üzerinde anlamlı bir etkisi bulunamamıştır. Postpartum kadınlar ile yapılan bir çalışmada normal doğum yapan annelerin perinatal anksiyete puanları sezaryen doğum yapan annelere göre daha düşük bulunmuştur (147).

Postpartum dönemde ( $\leq 8$  hafta) doğum komplikasyonu yaşayan annelerin koronavirüs anksiyete puanı daha yüksek saptanmıştır. Bir araştırmada çalışma bulgumuza benzer şekilde doğum sırasında riskli bir durum yaşayan annelerin perinatal anksiyete puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (147). Bu durumun yaşadıkları komplikasyona göre çocuğunda veya kendisinde sekel kalmış olabileceği veya erken postpartum dönemde geçirilen covid enfeksiyonunun daha ağır atlatılabileceği endişesinden kaynaklandığı düşünülmüştür.

Annelerin pandemideki hijyenik tutumuna göre koronavirüs anksiyete puanlarına bakıldığında anlamlı olmamakla beraber el yıkama sıklığını ve süresini artıran annelerin ve bebek bakımında önceki çocuğuna göre daha titiz davranan annelerin puanları daha yüksek saptanmıştır. Enfekte olmaktan ve çocuğuna, ailesine bulaştırmaktan daha fazla tedirgin olan kadınların el yıkama ve diğer hijyen önlemlerine daha fazla uyum gösterdiği düşünülünce koronavirüs anksiyete düzeylerinin daha yüksek olması beklenen bir durumdur. Dezenfektan kullanımı ile anksiyete puanı arasında ilişki bulunamamıştır. Postpartum kadınlar ile yapılan bir çalışmada da el yıkama alışkanlığında artış, enfeksiyona ilişkin önlemleri uygulama durumu gibi değişkenlerin kaygı düzeyini etkilemediği belirlenmiştir (135).

Çalışmamızda katılımcıların %12,6'sının postpartum depresyon açısından riskli olduğu saptanmıştır. Literatüre bakıldığında Ankara'da postpartum kadınlar ile yapılan bir çalışmada katılımcıların %34'ünün postpartum depresyon açısından risk altında olduğu bulunmuştur (2). Pandemi öncesinde yapılan bir meta-analiz sonucuna

göre Türkiye'de postpartum depresyon prevalansı %23,8 olarak bildirilmiştir (149). Postpartum dönemde depresyon insidansının pandeminin getirmiş olduğu psikolojik yük nedeniyle arttığı görülmektedir. Bazı ülkelerin pandemideki postpartum depresyon raporlarına bakacak olursak Çin'de %34 (150), Amerika'da %38 (151), Birleşik Krallık'ta %43 (136), İspanya'da %37 (152), İtalya'da %28 (153), Meksika'da %39 (154) şeklinde bulunmuştur fakat çalışmamızdaki yaygınlık oranı daha düşük saptanmıştır. Pandemi sürecinde postpartum depresyon prevalansındaki bu farklılıkların etnik grup, sosyodemografik özelliklerin yanı sıra kullanılan depresyon ölçeklerindeki farklılıklar ve uygulandıkları doğum sonrası hafta ile de ilişkili olabileceği düşünülmüştür. DSÖ'ye göre perinatal depresyon, gebelik ya da doğum sonu ilk altı hafta içerisinde belirtilerin görülmesi ve en az iki hafta süreyle devam etmesi şeklinde tanımlanırken (155), Amerikan Psikiyatri Derneği'ne göre, gebelik ya da doğum sonu ilk dört hafta içerisinde başlayıp en az iki hafta süreyle devam etmesi şeklinde tanımlanır (156).

Çalışmamızda katılımcıların EDSÖ puanlarını etkileyen faktörleri postpartum dönem ( $\leq 8$  hafta) ve postpartum sonrası dönem ( $> 8$  hafta) şeklinde iki grupta inceledik. Katılımcılarımız arasında medeni durumun EDSÖ puanı üzerinde bir etkisi bulunmadığı saptanmıştır. Bulgularımız ile benzer çalışmalar mevcuttur fakat Sırbistan'da yapılan bir çalışmada pandemi sırasında bekar annelerin evli olanlara göre postpartum depresyon düzeyi daha yüksek saptanmıştır (157). Doğum sonrasında psikolojik ve fiziksel olarak zorlanılan ve yardıma ihtiyaç duyulan bir dönemde eş desteği olmamasının postpartum depresyon düzeyini artırabileceği düşünülmüştür.

Eğitim durumu ile postpartum depresyon arasında anlamlı bir ilişki kurulamamıştır. Ankara'da postpartum kadınlar ile yapılan bir çalışmada eğitim düzeyinin postpartum depresyon üzerinde etkisi bulunamamıştır (2). Ülkemizde gebe katılımcılar ile yapılan bir başka çalışmada da eğitim düzeyi ile depresyon arasında ilişki kurulamamıştır (143). Meksika ve Sırbistan'da postpartum kadınlar ile yapılan iki çalışma bulgularımızı destekler niteliktedir (154, 157). Doğum sonrası kadın vücudunda meydana gelen fiziki değişimler, hormonal değişimler, çocuğa ve yeni duruma alışma ihtiyacı, sosyal destek eksikliği, yorgunluk, uykusuzluk gibi faktörlerin

postpartum depresyon üzerinde etkili olduğu bilinmektedir. Eğitim düzeyinden bağımsız olarak anneler bu zorlukları yaşayabilir. Bu yüzden eğitim düzeyi ile postpartum depresyon arasında ilişki olmayabileceği düşünülmüştür. Fakat bulgularımızın aksine Polonya’da yapılan bir çalışmaya göre yüksek öğrenim gören annelerin postpartum depresyon belirtileri gösterme durumu daha olasıdır (158).

Postpartum dönemde ( $\leq 8$  hafta) ev hanımı olan anneler ile çalışan anneler arasında EDSDÖ puanı açısından fark bulunmuştur. Ev hanımı olan annelerin depresyon puanı çalışan annelere göre daha yüksek saptanmıştır. Literatürde farklı sonuçlar elde edilmiştir. Ülkemizde pandemide yapılan bir çalışmada postpartum dönemde çalışmayan kadınların depresyon oranı çalışan kadınlara göre daha düşük bulunmuştur (2). Yapılan bir çalışmada da fiziksel işlerde çalışan kadınlarda depresif belirtiler daha yaygın bulunmuştur (158). Bu çalışmaların aksine Sırbistan’da yapılan bir araştırmada çalışma bulgularımızı destekler nitelikte çalışmayan annelerin ve pandemi nedeniyle işsiz kalan annelerin depresyon oranları daha yüksek saptanmıştır (157). Postpartum sonrası dönemde ( $> 8$  hafta) ise eşi çalışmayan kadınların EDSDÖ puanı diğer gruplara göre çok daha yüksek bulunmuştur. Pandeminin getirmiş olduğu maddi kaygıların bu sonuçlar üzerinde etkili olduğu düşünülmüştür. Literatürde aylık geliri düşük olan veya gelir miktarından memnun olmayan kadınların depresif belirtilerinin daha yüksek saptandığı çalışmalar mevcuttur (157, 158). Fakat bizim çalışmamızda aylık gelirin postpartum depresyon üzerinde etkisi bulunamamıştır.

Postpartum dönemde ( $\leq 8$  hafta) kronik hastalığı bulunmayan annelerin depresyon puanları kronik hastalığı bulunan annelere göre daha yüksek saptanmıştır. Ankara’da yapılan bir çalışmada da annenin kronik hastalığa sahip olmasının postpartum depresyon durumuna etki etmediği saptanmıştır (2). Çalışma bulgularımızın aksine yüksek sayıda katılımcı ile yapılan çok uluslu bir çalışmada postpartum dönemde kronik bir hastalığa sahip olmakla majör depresif semptomlar ilişkili bulunmuştur (142). Literatürde de birçok çalışmada kronik fiziksel bir hastalığa sahip olmanın postpartum depresyon üzerinde etkili olduğu bulunmuştur (159, 160). Pandemi sırasında kronik hastalığı bulunan kadınların sağlık hizmetlerine sınırlı erişim nedeniyle kontrollerinin yapılamamasının var olan psikolojik yükünü artırması

beklenmektedir. Fakat çalışmamızın yapıldığı zaman nedeniyle sağlık hizmet erişiminde aksama olmamasının mevcut sonuca etki edebileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda annelerin Covid-19 geçirme durumlarının ve evde Covid-19 geçiren yakını bulunmasının postpartum depresyon üzerinde bir etkisi bulunamamıştır. Literatüre baktığımızda postpartum kadınlar ile yapılan bir çalışmada Covid-19 geçirmiş olmanın depresyon puanı üzerinde etkisi bulunamamıştır (151). Gebe kadınlar ile yapılan diğer bir çalışmada ise covid geçirmiş olmak daha yüksek depresyon puanı ile ilişkilendirilmiştir (146). Bir başka çalışmada doğum esnasında SARS-CoV-2 ile enfekte olan kadınların postpartum depresyon puanı enfekte olmayan kadınlara göre daha yüksek saptanmıştır (161). Ankara’da yapılan bir çalışmada yakınlarında covid testi pozitif çıkan kadınların depresyon oranları daha yüksek saptanmıştır (2). Annelerin doğum sonrası yaşadığı sıkıntıların yanında covid enfeksiyonunun kendilerine veya bebeklerine bulaşmasından korkmaları ve bunun psikolojik durumlarını etkilemesi beklenen bir sonuçtur. Sonucumuzun çalışmamızdaki düşük covid geçirme oranlarından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Geçirilen gebelik sayısı ve düşük öyküsü ile postpartum depresyon arasında ilişki kurulamamıştır. Yapılan birçok çalışmada da bulgularımızı destekler nitelikte gebelik sayısının depresyon üzerine etkisi bulunamamıştır (2, 143, 154). Fakat düşük öyküsü bulunmasının postpartum depresyon geliştirme olasılığını artırdığı çalışmalar mevcuttur (162). Bu durum düşük sonrası yaşanan kaygı ve stresin anneler üzerindeki uzun süreli psikolojik etkisine bağlanabilir.

Çalışmamızda gebeliğinde sigara/alkol kullanımı olan annelerin depresyon puanları kullanmayanlara göre daha yüksek saptanmıştır. Bir meta-analiz sonucuna göre gebelikte sigara içmenin postpartum depresyon ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (163). Yüksek sayıda katılımcının bulunduğu bir çalışmada da sigara içen hamile ve emziren kadınlar arasında depresif semptom olasılığı daha yüksek gözlenmiştir (142). Gebelikte sigara içimi birçok sağlık sıkıntısını beraberinde getirmektedir. Erken membran rüptürü, plasenta dekolmanı, plasenta previa, gestasyonel hipertansiyon gibi birçok komplikasyonun görülme olasılığını iki kat artırdığı bilinmektedir (164). Bu sonuçlar klinisyenlerin gebelikte sigara içen kadınlar arasında postpartum depresyonu önlemeye yönelik müdahalelerin tasarlanmasında yol gösterici olabilir.

Çalışmamızda gebeliğin planlı veya plansız olmasının postpartum depresyon ile ilişkisi kurulamamıştır fakat planlanmamış gebelik geçirmenin postpartum dönemde majör depresif semptomlar ile ilişkili bulunduğu çalışmalar mevcuttur (142). Annenin fiziksel ve psikolojik olarak kendini gebeliğe ve çocuğun getireceği sorumluluklara hazır hissetmemesinin, doğum sonrası psikolojisi üzerinde etkili olması beklenen bir sonuçtur.

İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte postpartum dönemde ( $\leq 8$  hafta) normal vajinal yolla doğum yapan annelerin depresyon puanları sezaryen doğum yapanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Literatürde doğum yönteminin postpartum depresyonu etkilemediğine dair çalışmalar bulunmakla birlikte (2, 157), postpartum kadınlarda yapılan bir çalışmada sezaryen doğum depresyon belirtilerinin gelişmesinde en önemli faktörlerden biri olarak bulunmuştur (158). Normal koşullarda sezaryen doğum sonrası cerrahi yara yerinde ağrı, anestezi etkisi, gecikmiş laktasyon gibi sebeplerden ötürü daha yüksek depresyon oranı beklenirken çalışmamızda saptanan tam tersi sonuç pandemide babaların ve sosyal destek sağlayacak hasta yakınlarının doğuma alınmaması, refakatçi kısıtlaması gibi sebeplerden kaynaklandığı düşünülmüştür.

Çalışmamızda çocukların doğum haftası ve doğum ağırlığının depresyon üzerinde anlamlı bir etkisi bulunamamıştır. İtalya'da yapılan bir çalışmada pandemi sırasında doğan bebeklerin doğum ağırlığı bir önceki yılda doğan bebeklere göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Fakat bunun depresyon üzerinde etkisi bulunamamıştır (153). Meksika'da yapılan bir başka çalışmada da doğum ağırlığı ile postpartum depresyon arasında ilişki kurulamamıştır (154). Bu bulgular çalışma bulgularımızı destekler niteliktedir.

Doğum sonrası komplikasyon olması veya çocuğunda kronik hastalık bulunma durumlarının postpartum depresyon üzerinde anlamlı bir etkisi bulunamamıştır. Bebeği yoğun bakım ünitesinde yatan annelerin %74 daha fazla postpartum depresyon geliştirme riski bulunan çalışma sonucuyla kıyaslandığında; çalışma sonucumuzun gelişen komplikasyonun risk boyutu ve sahip olunan kronik hastalığa bağlı olabileceği düşünülmüştür (151).

Formül mama ve ek gıda kullanma durumunun postpartum depresyon üzerine anlamlı bir etkisi bulunamamıştır. Literatüre bakıldığında postpartum dönemde emzirme ile ilgili sorun yaşayan, çocuğunu formül mama ile besleyen annelerin depresif semptom gösterme riskinin daha yüksek bulunduğu çok sayıda çalışma mevcuttur (136, 142, 151, 158, 165). Bu sonuçlar doğrultusunda çocuğunu anne sütü ile beslemenin postpartum depresyonu önlemede pozitif etkili olduğu düşünülebilir.

Çocuk büyüme persentillerine bakıldığında sadece boy persentili postpartum depresyon ile ilişkili bulunmuştur. Postpartum dönemde ( $\leq 8$  hafta) çocuğunun boyu 97 persentilin üzerinde olan annelerin depresyon puanı diğer gruplara göre yüksek saptanmıştır. Literatüre bakıldığında genel olarak kilosu yaşitlarına göre geriden gelen çocukların annelerinde kaygı ve depresyona yatkınlık saptanmıştır (158). Fakat bizim çalışmamızda kilo persentilinin postpartum depresyon üzerinde etkisi bulunamamıştır. Annelerin sütünün yetersiz olması, çocuğun ihtiyaçlarını karşılayamama, kendilerini yetersiz görmeleri gibi düşüncelerin depresyona veya kaygı bozukluğuna yatkınlık sağladığı düşünülmüştür. Bu yüzden annelere postpartum süreçte sağlanacak sosyal destek son derece önemlidir.

Annelerin pandemideki hijyenik tutumlarının postpartum depresyon üzerinde etkisi bulunamamıştır. Çalışmamızda anne mesleği, baba mesleği, evde anne babaya ait yatak odası varlığı, annelerde kronik hastalık varlığı, gebelikte sigara/alkol kullanımı, çocuk cinsiyeti ve çocuk boy persentili ile postpartum depresyon arasında ilişki kurulabilmiştir.

Çalışmamızda annelerin POKD ölçeği puan ortalaması 25,26 (min 9, maks 45) olarak saptanmıştır. Postpartum dönemde OKB'nin pandemi öncesi prevalansına bakacak olursak geniş bir aralıkta olduğunu görmekteyiz. Ülkemizde yapılan bir araştırmada %4, yurtdışında yapılan çeşitli çalışmalarda %2-3.5 arasındadır (76, 4, 74). Daha yakın tarihli bir çalışmada ise postpartum dönemde %16'lık bir dönem prevalansı saptanmıştır (166). Literatürde pandemi sonrası postpartum başlangıçlı OKB yaygınlığı hakkında kapsamlı çalışmalara rastlanamamıştır fakat gebe kadınlar ve yetişkinler ile yapılan çalışmalar mevcuttur. İstanbul'da gebe kadınlar ile yapılan bir çalışmada gebelerin obsesif kompulsif semptom yaygınlığı %61 olarak bulunmuştur (167). Gebeler ile yapılan bir başka çalışmada katılımcıların %43'ünde

yüksek OKB saptama olasılığı bulunmuştur (143). Farklı ülkelerde gebeler ile yapılmış kesitsel çalışmalara bakacak olursak obsesif kompulsif semptom prevalansı ABD’de %7, İrlanda’da %10, İtalya’da %13 olarak bulunmuştur (168, 169, 146). Yetişkinler ile yapılan çalışmalara bakıldığında ise pandemide obsesif kompulsif semptom gösterme prevalansının Wuhan’da %17, Almanya’da %21, Kanada’da %60 olduğu görülmüştür (170- 172). OKB prevalansındaki farklılıkların çalışmanın yapıldığı zaman, çalışmanın yapıldığı yerdeki vaka sayıları, o zamanki karantina önlemleri ve ülkelerin pandemi yönetim tutumuna bağlı olabileceği düşünülmüştür. Buna karşın çoğu çalışmada OKB prevalansının pandemi öncesi döneme göre daha yüksek olduğu söylenebilir. POKD ölçeği geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında doğum sonrası 2-8 hafta arasında annelere uygulandığı için çalışmamız katılımcıları 8 hafta ve altı ve 8 hafta üzeri şeklinde iki grupta inceledik.

Çalışmamızda medeni durumun annelerin obsesif kompulsif davranış ölçeği üzerinde anlamlı bir etkisi bulunamamıştır fakat evli olanların puanı bekar olanlara göre daha düşük bulunmuştur. Literatüre baktığımızda postpartum kadınlar ile yapılan bir çalışmada tanışıp anlaşarak evlenenlerin görücü usulü evlenenlere göre obsesif kompulsif belirtilerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (147). Bir başka çalışmada obsesif kompulsif semptomlar gösteren annelerin sağlıklı akranlarına göre daha fazla evlilik sorunu yaşadığı ve daha düşük sosyal desteğe sahip olduğu saptanmıştır (173). Bu sonuçlar doğrultusunda postpartum dönemde eş desteğinin annenin psikolojik durumu üzerinde etkili olduğu sonucuna varılabilir. Pandemi sürecinde Wuhan’da yetişkin katılımcılar ile yapılan bir çalışmada bekar katılımcıların evlilere göre daha fazla OKB semptomu gösterme riski bulunması da çalışma bulgumuzu destekler niteliktedir (170).

Eğitim durumu ile obsesif kompulsif davranış tutumu arasında bir ilişki kurulamamıştır. Literatürde farklı sonuçlara rastlanmıştır. Gebe katılımcılar ve postpartum katılımcılar ile yapılan iki ayrı çalışmada eğitim durumunun OKB puanı üzerinde etkisi bulunamamıştır (143, 147). Kanada’da yetişkinler ile yapılan bir çalışmada covid sonrası kontaminasyon obsesyonları ve temizlik kompulsiyonlarının en fazla görüldüğü grup ortaöğretim sonrası eğitim grubu olmuştur (172).

Çalışmamızda katılımcıların çalışma durumu ve meslekleri ile OKB puanı arasında anlamlı bir ilişki kurulamamıştır. Anlamlı olmamakla beraber çalışmayan, ev hanımı olan katılımcıların obsesif kompulsif davranış puanı daha yüksek saptanmıştır. Postpartum katılımcılar ile yapılan başka bir çalışmada da katılımcıların çalışma durumunun OKB üzerine etkisi bulunamamıştır (147). Covid-19 pandemisinde yetişkin katılımcılar ile yapılan bir çalışmada emekli ve çalışmayan katılımcıların obsesyon ve kompulsiyon belirtileri gösterme oranı daha yüksek saptanmıştır (172). Çalışmamızda eş mesleği ve aylık gelir durumu ile annelerin obsesif kompulsif davranışları arasında ilişki kurulamamıştır. Literatüre bakıldığında pandemiye gebe kadınlar ile yapılan bir çalışmada düşük gelirli kadınların temizlik-hijyen alt skorunun yüksek gelirli kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (167). Mısır'da yetişkinler ile yapılan bir çalışmada da düşük sosyoekonomik düzeyin pandemiye OKB ile ilişki olabileceği sonucuna ulaşılmıştır (174). Belirli bir işle meşguliyet, obsesif kompulsif davranışlar ile ilgili çağrışımları azaltacağı için, ev hanımı olan ya da çalışmayan kadınların daha yüksek puanlar alması beklenen bir sonuçtur. Artan örneklem sayıları ile yapılacak çalışmalarda bu sonucun istatistiksel olarak da anlamlı olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda annelerin kronik hastalığa sahip olmaları ve OKB puanı arasında anlamlı bir ilişki kurulamamıştır; fakat bütün gruplarda kronik hastalığı olmayan annelerin OKB puanı daha yüksek saptanmıştır. Bu durumun kronik hastalığı bulunan annelerin hastalık takiplerinden ötürü enfeksiyon maruziyeti ve hastalık riskine karşı daha az duyarlı olabileceklerinden kaynaklandığı düşünülmüştür. Fakat çalışma bulgularımızın aksine Mısır'da yetişkin katılımcılarla yapılan bir çalışmada kronik hastalık öyküsünün OKB risk faktörleri arasında olduğu saptanmıştır (174).

Annelerin Covid-19 geçirme durumunun OKB puanı üzerinde bir etkisi bulunamamıştır. Genel olarak gebelikte ve doğum sonrası dönemde Covid-19 enfeksiyonu geçirenlerin OKB puanı daha yüksek saptanmıştır. Aynı şekilde gebeliğinde evde covid enfeksiyonu geçiren yakını bulunan annelerin OKB puanı daha yüksek saptanmıştır. Enfeksiyonu geçiren veya temaslı olan annelerin çevrelerine ve özellikle çocuklarına bulaştırmamak için alınan hijyenik önlemlerin enfeksiyon sonrası dönemde de devam edebileceği düşünülmüştür.



Çalışmamızda geçirilen gebelik sayısı ve düşük öyküsü ile OKB puanları arasında anlamlı bir ilişki kurulamamıştır fakat ilk gebeliği olan annelerin OKB puanı daha yüksek saptanmıştır. Bu durumun ilk çocuğu olan annelerin postpartum dönem ve bebek bakımıyla ilgili birden fazla çocuğu olan annelere göre daha tecrübesiz olmalarından kaynaklandığı düşünülmüştür. Fakat çalışma bulgularımızın aksine pandemi döneminde ülkemizde yapılan bir çalışmada ilk gebeliği olan annelerin postpartum OKB puanları üçüncü gebeliği olan annelere göre daha düşük saptanmıştır (147). Gebeler ile yapılan bir başka çalışmada ise nullipar ve multipar katılımcılar arasında OKB açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır (143).

Gebelikte sigara/alkol kullanımıyla annelerin OKB puanı arasında bir ilişki kurulamamıştır. Literatüre bakıldığında çalışmamızın aksine sigara kullanımının OKB belirtileri ile ilişkili bulunduğu çalışmalar mevcuttur (147, 174).

Çalışmamızda gebelik türü ve doğum şeklinin annelerin OKB puanı üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı saptanmıştır. Fakat normal vajinal doğum yapan annelerin OKB puanı sezaryen doğum yapan annelere göre daha yüksek bulunmuştur. Postpartum başlangıçlı OKB'nin diğer duygudurum bozuklukları ile özellikle depresyon ve anksiyete bozuklukları ile ilişkili olduğu bilindiğinden; çalışmamızda normal doğum yapan annelerin depresyon ve anksiyetelerinin daha yüksek olmasının OKB puanı üzerinde etkili olabileceği düşünülmüştür. Fakat literatürde çalışma bulgularımızın aksine sezaryen doğum yapan annelerin OKB puanlarının daha yüksek saptandığı çalışmalar mevcuttur (147, 175).

Çocuk cinsiyeti, çocuğun doğum haftası ve doğum ağırlığının annelerin OKB puanı üzerinde etkisi bulunamamıştır. Doğum sonrası komplikasyon gelişmesi ile OKB puanı arasında ilişki kurulamamıştır. Literatürde obstetrik komplikasyon yaşamının obsesif kompulsif belirtilerin gelişimi için risk faktörü olduğuna dair çalışmalar mevcuttur (147, 176). Çocuğun formül mama veya ek gıda kullanımı ve büyüme persentilleri ile annenin OKB puanı arasında ilişki kurulamamıştır. Çocuk beslenmesinin ve gelişiminin annenin ruh sağlığı üzerinde etkili olması beklenen bir durumdur. Emzirmenin anne ruh sağlığı üzerinde olumlu etkilerinin olduğu çalışmalar mevcuttur (147, 177). Maternal ruhsal bozuklukların da emzirme süresi üzerinde etkili

olduğu bilinmektedir. Bu sebepten annenin ruh sağlığı için sağlıklı emzirme, uzun emzirme süreleri için de annenin ruh sağlığının önemi vurgulanmalıdır.

Çocukların kronik hastalığı ile annelerin OKB puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Çocuğunda kronik hastalık olmayan annelerin OKB puanı daha yüksek saptanmıştır. Çocuğunda kronik hastalık bulunan annelerin anksiyete ve depresyon oranlarının daha düşük olmasının OKB puanı üzerinde yordayıcı bir etkisi olduğu düşünülmüştür.

Annelerin pandemideki hijyenik tutumunun OKB puanı üzerindeki etkisine bakıldığında pandemide el yıkama sıklığını ve süresini artıran annelerin OKB puanı daha düşük saptanmıştır. Bu sonucun covid enfeksiyonu bulaş riski nedeniyle el yıkama sıklığını ve süresini artıran annelerin çocuk bakımıyla ilgili hijyenik endişelerini baskılamış olabileceğinden kaynaklandığı düşünülmüştür.

Sonuç olarak çalışmamızda sadece çocukta kronik hastalık olmaması ile postpartum obsesif kompulsif davranış arasında ilişki kurulabilmiştir.

Ölçeklerin kendi içlerindeki korelasyonuna bakıldığında Covid-19 anksiyetesi yüksek olan annelerin depresyon puanlarının da daha yüksek olduğu görülmüş ancak Covid-19 anksiyetesi ile postpartum OKB arasında ilişki saptanmamıştır. Anksiyete durumu genelde OKB'nin bir sonucudur. Depresyon ile OKB ise genelde birbirini tetikleyici iki durumdur. Çalışmamızda Covid-19 hastalığından kaynaklı anksiyete yaşama durumunun OKB'yi arttıracığı yönünde bir hipotez bulunmaktadır ancak çalışma sonuçlarımız bunu desteklememiştir. Bu sonuç örneklem büyüklüğü ile ilişkili olabilir.

**Çalışmanın Üstün Yönleri:** Çalışmamızın üstün yönlerine bakacak olursak Covid-19 pandemisi sırasında yeni doğum yapan kadınların psikososyal durumu hakkında sınırlı sayıda çalışma yapılmıştır ve bu çalışmaların çoğu anksiyete ve depresyon üzerine yoğunlaşmıştır. Çalışmamız pandemide doğum yapan annelerin obsesif-kompulsif davranış gösterme risklerini değerlendiren ve bu davranışların bebek bakımı üzerindeki etkisini araştıran nadir çalışmalardan biri olarak literatüre katkı sağlamaktadır. Katılımcıların yüz yüze değerlendirilmesi çalışmamızın güçlü

yönlerindedir. Pandemi öncesinde mevcut ölçek ile yapılan bir çalışmaya rastlanamamıştır bu sebeple çalışmamız pandemi sonrasında yapılacak çalışmalarda ileri karşılaştırmalar için kaynak oluşturabilir.

**Çalışmanın Kısıtlılıkları:** Bu çalışmanın en büyük kısıtlılığı, pandeminin postpartum kadınlar üzerindeki etkisini net bir şekilde ortaya koyacak şekilde pandemi öncesi ve pandemi döneminde doğum yapan kadınların psikiyatrik düzeylerinin karşılaştırmasını içermemesidir. Anket yapma zamanı Covid-19 pandemisinin üzerinden zaman geçip vakaların azaldığı döneme denk geldiği için katılımcıların pandeminin aktif dönemindeki psikiyatrik durumunu yeterince yansıtamamıştır. Literatürde postpartum başlangıçlı OKB semptomlarının en sık görüldüğü zamanın postpartum 2-4. haftalar olduğu göz önünde bulundurulduğunda katılımcılardan farklı postpartum dönemlerde anket almamız çalışmamızın kısıtlılıklarındandır. Çalışmamızda pandemi koşullarında, kısıtlı muayene sürelerinde ve tek ASM’de yapıldığından hedef sayıya ulaşılmıştır fakat istatistiksel analizlerin güvenilirliği için daha fazla sayıda katılımcıya ihtiyaç duyulmuştur. Çalışma verilerimiz Türkiye’deki tek bir şehirden elde edildiğinden dolayı genelleştirilemez. Bulgularımızın genişletilmiş örnekler kullanılarak farklı kültürler üzerinde ve çalışmamızın sınırlılıkları da dikkate alınarak benzer yöntemlerle yapılacak çalışmalarca teyit edilmesi gerekmektedir.

## 6. SONUÇLAR

Covid-19 pandemisinin, pandemi döneminde doğum yapan kadınların bebek bakımı ile ilgili obsesif kompulsif davranışlarına etkisinin incelenmesi amaçlanan çalışmamızda postpartum dönemdeki kadınların el yıkama süresi ve sıklıklarının ve dezenfektan kullanma sıklıklarının arttığı, bu dönemdeki kadınların Covid-19 anksiyetelerinin diğer çalışmalara kıyasla düşük olduğu, anksiyetesi fazla olanların depresyon puanlarının da daha yüksek olduğu ancak obsesif kompulsif davranışlara bir etkisinin olmadığı bulunmuştur.

Çalışmaya toplamda 103 yeni doğum yapmış anne dahil edildi. Çalışmamızda katılımcıların pandemideki hijyenik tutumları değerlendirildiğinde çoğunluğunun el yıkama sıklığını, süresini ve dezenfektan kullanımını artırdığı saptandı. Katılımcıların hijyenik tutumunu etkileyen özelliklere bakıldığında ise evli olanların el yıkama sıklığını daha fazla artırdığı görülmüştür. Birden çok çocuğu olan katılımcıların çoğunluğunun pandemide doğan çocuğuna daha titiz veya aynı titizlikte davrandığı saptandı.

Çalışmamız bulguları doğrultusunda katılımcıların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin postpartum obsesif kompulsif davranış ölçeği üzerinde anlamlı etkisi saptanamamıştır fakat; boşanmış olan, ev hanımı olan, eşi çalışmayan, kronik hastalığı olmayan, ilk gebeliği olan, gebeliği planlı olan, normal vajinal yolla doğum yapan ve doğum komplikasyonu olmayan kadınların daha yüksek oranda obsesif kompulsif davranış gösterdikleri bulunmuştur. Çocuğunda kronik hastalık bulunma durumuna göre katılımcıların obsesif kompulsif davranış düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklara ulaşılmıştır. Çocuğunun kronik hastalığı bulunmayan annelerin obsesif kompulsif ölçek puanları daha yüksek saptanmıştır.

Postpartum başlangıçlı OKB diğer duygudurum bozukluklarından özellikle depresyon ve anksiyete ile ilişkilendirildiği için çalışmamızda katılımcıların postpartum depresyon durumu ve koronavirüs anksiyete düzeyi de değerlendirilmiştir. Katılımcıların aylık gelir düzeyi ve çocuk cinsiyeti koronavirüs anksiyete düzeyi ile ilişkili bulunmuştur. Aylık geliri 0-3000 tl arasında olan katılımcılar anksiyete puanı en düşük grup olmuştur. Postpartum sonrası dönemde kız çocuğa sahip olmak

koronavirüs anksiyete puanını artıran bir etken olarak bulunmuştur. Katılımcıların diğer sosyodemografik ve klinik özellikleri ile koronavirüs anksiyete düzeyi arasında ilişki kurulamamıştır. Katılımcıların %12,6'sının postpartum depresyon taraması pozitif saptanmıştır. Postpartum dönemde ( $\leq 8$ hf) ev hanımı olmak, annenin kronik hastalığının olmaması ve çocuk boyunun 97 persentilin üzerinde olması postpartum depresyon ile ilişkili bulunmuştur. Postpartum sonrası dönemde ( $> 8$ hf) ise eşin çalışmıyor olması, evde kendisine ait yatak odası olması, gebelikte sigara/alkol kullanımı ve kız çocuğa sahip olmanın postpartum depresyon ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Bunların yanında ölçekler kendi içinde değerlendirildiğinde Covid-19 anksiyete puanları yüksek olan kişilerin depresyon puanlarının da yüksek olduğu bulundu.

## 7. ÖNERİLER

Covid-19 salgını hayatımızda fiziksel sağlığı etkilemenin yanında psikolojik sağlık üzerinde de ciddi etkiler bırakmıştır. Yeterli zihinsel ve fiziksel sağlığa sahip olmamak özellikle perinatal kadınlar için psikiyatrik hastalıklara karşı savunmasızlığı artırabilir. Perinatal dönemde tanınmamış ve tedavi edilmemiş ruh sağlığı sorunlarının anne çocuk arasında bağlanma bozukluğu, çocukların bilişsel ve davranışsal gelişimlerinde bozulma, daha az pozitif ebeveynlik davranışı gibi aileler ve çocuklar üzerindeki derin etkileri olduğu bilinmektedir. Bu nedenle Covid-19 salgınının perinatal kadınlar üzerindeki psikolojik etkisi değerlendirilmelidir. Bu noktada çalışmamızın temelini oluşturan birinci basamak sağlık sunucularının rolü oldukça önemlidir. Özellikle pandemi sürecinde hastanelere erişimin kısıtlanması nedeniyle yeni doğum yapmış annelerin perinatal bakım desteği için en sık başvuruları birinci basamak sağlık kurumlarına olmuştur.

Pandemiden bağımsız olarak T.C. Sağlık Bakanlığı rehberleri doğrultusunda doğum öncesi ve doğum sonu bakım hizmetleri içerisinde bulunan annenin duygusal ve sosyal açıdan değerlendirilmesi gerekmektedir. Öncesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunan, sosyodemografik ve klinik açıdan psikiyatrik hastalıklar için risk faktörleri bulunan gebe kadınlar daha yakın takip edilmeli, gebelikte gerekli önlemler alınmalı ve gerektiğinde psikiyatri uzmanına sevki sağlanmalıdır.

Obsesif kompulsif belirtiler yaşayan anneler çeşitli sebeplerden ötürü semptomlarını aile yakınlarından ve sağlık çalışanından gizleyebilmektedir. En sık gözlenen postpartum psikiyatrik bozukluklar postpartum depresyon ve anksiyete bozuklukları olduğundan birinci basamak hekimler tarafından obsesif kompulsif bozukluk atlanabilmektedir. Bu nedenle postpartum başlangıçlı OKB'nin yaygınlığı ve semptomları hakkında anne adayları ve sağlık uzmanları eğitilmelidir. Lohusa izlemlerinde anneye sorulacak "Yeni annelerin bebeklerine zarar verebilecekleri konusunda istenmeyen düşünceler yaşaması sık görülen bir durumdur. Aklınıza böyle bir düşünce geldi mi?", "Belirli davranışları veya zihinsel eylemleri defalarca gerçekleştirme dürtüsü hissediyor musunuz?" gibi birkaç soru ile obsesif kompulsif semptomlar taranabilir. Sağlık Bakanlığı rehberinde en son doğum sonrası izlem 30-42. günler arasında yapılmaktadır; fakat postpartum psikiyatrik belirtiler daha sonra

da ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle semptomu olan kadınların kaçırılmaması açısından psikososyal taramanın doğumdan en az 6 ay sonrasına kadar yapılması önerilebilir. Artan taramalar ile erken tanı sağlanıp annenin ve bebeğin sağlığı ve gelişimi iyileştirilebilir.

Doğum sonrası dönemde sağlık bakımı verenler tarafından anneye bebek bakımı hakkında sürekli ve bireyselleştirilmiş bir yaklaşım sağlanması özellikle ilk kez doğum yapan annelerin özgüvenlerini artırmada, anksiyetelerini azaltmada ve annelik rolüne uyumu kolaylaştırmada etkili olabilir. Pandemi sürecinde aksayan bakım hizmetlerinin anneler üzerinde olumsuz etkilerini azaltmak ve tekrarlanabilecek olağanüstü durumlar için bakım hizmetlerinin teknolojik ortamlarda sağlanması, doğum sonrası destek grupları oluşturup eğitim programları verilmesi, tele-sağlık uygulamalarının geliştirilmesi annelerin ilişkisel desteklerini güçlendirmesini sağlayabilir.

Son olarak plansız gebelikler sonucu annelerin daha yüksek depresyon ve anksiyete düzeyi gösterdiği sonucu göz önüne alınırsa özellikle salgın ve doğal afet durumlarında aile planlaması danışmanlık hizmetlerinin artırılması gerekmektedir. Aile planlaması konusunda hastalar ile direkt bağ kuran birinci basamak sağlık sunucularının bu konudaki rolü de oldukça önemlidir.

## 8. KAYNAKLAR

1. World Health Organization, WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard [İnternet]. 2022 [Erişim tarihi: 18 Ekim 2022]. Erişim adresi: <https://covid19.who.int/>.
2. Güvenç G, Yeşilçınar İ, Özkeçeci F, Öksüz E, Özkeçeci CF, Konukbay D, et al. Anxiety, depression, and knowledge level in postpartum women during the COVID-19 pandemic. *Perspect Psychiatr Care*. 2021; 57(3):1449-58.
3. Silva RM, Shavitt RG, Costa DL. Obsessive-compulsive disorder during the COVID-19 pandemic. *Braz J Psychiatry*. 2021;43(1):108.
4. Russell EJ, Fawcett JM, Mazmanian D. Risk of obsessive-compulsive disorder in pregnant and postpartum women: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. 2013; 74:377-85.
5. McGuinness M, Blissett J, Jones C. OCD in the perinatal period: is postpartum OCD (ppOCD) a distinct subtype? A review of the literature. *Behav Cogn Psychother*. 2011; 39(3):285-310.
6. Sharma V, Sommerdyk C. Obsessive-compulsive disorder in the postpartum period: diagnosis, differential diagnosis and management. *Women's Health (Lond)*. 2015; 11(4):543-52.
7. Yakut E. Postpartum Dönemde Obsesif Kompulsif Bozukluk Seyrinin Demografik Ve Klinik Özellikler ile İlişkisi [Uzmanlık tezi]. Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi; 2018.
8. Sulaimani MF, Bagadood NH. Implication of coronavirus pandemic on obsessive-compulsive-disorder symptoms. *Rev Environ Health*. 2020; 36(1):1-8.
9. Shavitt RG, de Mathis MA, Oki F, Ferrao YA, Fontenelle LF, Torres AR, et al. Phenomenology of OCD: lessons from a large multicenter study and implications for ICD-11. *J Psychiatr Res*. 2014; 57:141-48.
10. Tükel R, Demet MM. Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar Türkiye. *Psikiyatri Derneği Yayınları*; 2017.
11. Köroğlu E. Klinik Psikiyatri. 2. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2015. s.250-61.
12. Karamustafaloğlu OK. Temel ve Klinik Psikiyatri. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 2018.
13. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Bozkurt A editör. Kaplan&Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. 11. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 2016. s.418-27.
14. Bayraktar E. Obsesif Kompulsif Bozukluk. *Psikiyatri Dünyası*. 1997; 1:25-32.
15. Tükel R, Topçuoğlu V, Demet MM. Obsesif-kompulsif bozukluğun fenomenolojisi. Tükel R, Alkın T, editörler. *Anksiyete Bozuklukları*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2006. s.277-98.
16. Aslan H, Ünal M. Obsesif Kompulsif Bozukluk. Köroğlu E editör. *Anksiyete Monografileri Serisi*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1995; (3):101-42.



17. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 13. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2015.

18. Charley DS. Anksiyete Bozuklukları. Sadock BJ, Sadock VA, editörler. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Cilt 2. 8. Baskı. (Çev. ed. Aydın H, Bozkurt A). Ankara: Güneş Kitabevi; 2007. s.1718-800.

19. Köroğlu E, editör. Obsesif Kompulsif Bozukluk. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV TR). Ankara: Amerikan Psikiyatri Birliği; 2007. s.660-71

20. Köroğlu E, editör. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı'ndan, çev. Köroğlu E. 5. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2013. s.129-40.

21. Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. Arch Gen Psychiatry. 1988; 45(12):1094-9.

22. Subramaniam M, Abdin E, Vaingankar JA, Chong SA. Obsessive-compulsive disorder: Prevalence, correlates, help-seeking and quality of life in a multiracial Asian population. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2012; 47(12):2035-43.

23. Thompson-Hollands J, Edson A, Tompson MC, Comer JS. Family involvement in the psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. J Fam Psychol. 2014; 28(3):287-98.

24. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. Mol Psychiatry. 2010; 15(1):53-63.

25. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Lee CK et al. The cross-national epidemiology of obsessive compulsive disorder. J Clin Psychiatry. 1994; 55 Suppl:5-10.

26. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. J Clin Psychiatry. 1994; 55 Suppl:5-14.

27. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005; 62(6):593-602.

28. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. Psychiatr Clin North Am. 1992; 15(4):743-58.

29. Kolada JL, Bland RC, Newman SC. Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton. Obsessive-compulsive disorder. Acta Psychiatr Scand Suppl. 1994; 376:24-35.

30. Last CG, Strauss CC. (1989). Obsessive-compulsive disorder in childhood. J Anxiety Disord. 1989; 3(4):295-302.

31. Samuels J, Nestadt G. Epidemiology and genetics of obsessive-compulsive disorder. International Review of Psychiatry. 1997; 9(1):61-72.

32. Jenike MA. Obsessive-compulsive disorder. *N Engl J Med.* 2004; 350(3):259-65.
33. Rapoport JL. The waking nightmare: An overview of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry.* 1990; 51(11):25-8.
34. Altshuler LL, Hendrick V, Cohen LS. Course of mood and anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period. *J Clin Psychiatry.* 1998; 59 Suppl 2:29-33.
35. Neziroğlu F, Anemone R, Yaryura-Tobias JA. Onset of obsessive-compulsive disorder in pregnancy. *Am J Psychiatry.* 1992; 149(7):947-50.
36. Weiss AP, Jenike MA. Late-onset obsessive-compulsive disorder: a case series. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2000; 12(2):265-8.
37. Rachman S, De Silva P. Abnormal and normal obsessions. *Behav Res Ther.* 1978; 16(4):233-48.
38. Rachman S. A cognitive theory of obsessions. *Behav Res Ther* 1997; 35(9):793-802.
39. Demet MM. Obsesif-Kompulsif Bozuklukta Genetik Çalışmalar. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni.* 2005; 15:45-52.
40. Pallanti S, Hollander E. Pharmacological, experimental therapeutic, and transcranial magnetic stimulation treatments for compulsivity and impulsivity. *CNS Spectr.* 2014; 19(1):50-61.
41. Allen AJ, Leonard HL, Swedo SE. Case study: a new infection-triggered, autoimmune subtype of pediatric OCD and Tourette's syndrome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1995; 34(3):307-11.
42. Şahin AR, Böke Ö. Obsesif Kompulsif Bozukluk. Köroğlu E, Güleç C, editörler. *Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Baskı.* Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2007. s.343-52.
43. Karamustafalıoğlu OK, Üçışık AM, Ulusoy M, Erkmén H. Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi Program ve Bildiri Özetleri Kitabı. 1993 Sep; Bursa Savaş Ofset. s.86.
44. Beşiroğlu L. “Obsesif kompulsif bozuklukta fenomenoloji: Tedavi yanıtı için önemli mi?”. *Psikiyatride Güncel-Farklı Yönleriyle Obsesif Kompulsif Bozukluğun Tedavisi.* Vahip S, editör. 2014; 4(3):221-5.
45. Sayar K, Uğurad IK, Acar B. Obsesif-kompulsif bozuklukta fenomenoloji. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni.* 1999; 9:142-7.
46. Eğrilmez A, Gülseren L, Gülseren Ş, Kültür Ş. Phenomenology of obsessions in a Turkish series of OCD patients. *Psychopathology.* 1997; 30(2):106-10.
47. Baldwin DS, Anderson IM, Nutt DJ, Bandelow B, Bond A, Davidson JR. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol.* 2005; 19(6):567-96.

48. Fineberg NA, Brown A, Reghunandanan S, Pampaloni I. Evidence-based pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2012; 15(8):1173-91.
49. Ackerman DL, Greenland S. Multivariate meta-analysis of controlled drug studies for obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychopharmacol.* 2002; 22(3):309-17.
50. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Obsessive-compulsive disorder: Core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder, Leicester (UK): British Psychological Society (UK); 2006.
51. Fineberg NA, Fourie H, Gale TM, Sivakumaran T. Comorbid depression in obsessive compulsive disorder (OCD): symptomatic differences to major depressive disorder. *J Affect Disord.* 2005; 87(2-3):327-30.
52. Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Kelmendi B, Coric V, Bracken MB, Leckman JF. A systematic review: antipsychotic augmentation with treatment refractory obsessive-compulsive disorder. *Mol Psychiatry.* 2006; 11(7):622-32.
53. Öst L-G, Havnen A, Hansen B, Kvale G. Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993-2014. *Clin Psychol Rev.* 2015; 40:156-69.
54. Öst L-G, Riise EN, Wergeland GJ, Hansen B, Kvale G. Cognitive behavioral and pharmacological treatments of OCD in children: A systematic review and meta-analysis. *J Anxiety Disord.* 2016; 43:58-69.
55. Gillihan SJ, Williams MT, Malcoun E, Yadin E, Foa EB. Common pitfalls in exposure and response prevention (EX/RP) for OCD. *J Obsessive Compuls Relat Disord.* 2012; 1(4):251-7.
56. American Psychiatric Association, Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder [Internet]. 2007 [Erişim tarihi: 27 Temmuz 2017]. Erişim adresi: [http://www.psych.org/psych\\_pract/treatg/pg/prac\\_guide.cfm](http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/prac_guide.cfm).
57. Greist JH, Jefferson JW. Obsessive-compulsive disorder. *Focus.* 2007; 5(3):283-98.
58. Berlim MT, Neufeld NH, Van den Eynde F. Repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) for obsessive-compulsive disorder (OCD): an exploratory meta-analysis of randomized and sham-controlled trials. *J Psychiatr Res.* 2013; 47(8):999-1006.
59. de Koning PP, Figeo M, van den Munckhof P, Schuurman PR, Denys D. Current status of deep brain stimulation for obsessive-compulsive disorder: a clinical review of different targets. *Curr Psychiatry Rep.* 2011; 13(4):274-82.
60. Hollander E, Bienstock CA, Koran LM, Pallanti S, Marazziti D, Rasmussen SA, et al. Refractory obsessive-compulsive disorder: state-of-the-art treatment. *J Clin Psychiatry.* 2002; 63 Suppl 6:20-9.

61. Stahl SM. Temel Psikofarmaokoloji: Nörobilimsel Temeli ve Pratik Uygulamalar. Taneli B, Taneli Y, çev. editörleri. İstanbul: Yelkovan Yayıncılık; 2003; s.538-74.
62. McEwen B. Estrogen actions throughout the brain. *Recent Prog Horm Res.* 2002; 57:357-84.
63. Labad J, Menchon JM, Alonso P, Segalas C, Jimenez S, Vallejo J. Female reproductive cycle and obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry.* 2005; 66(4):428-546.
64. Williams KE, Koran LM. Obsessive-compulsive disorder in pregnancy, the puerperium, and the premenstruum. *J Clin Psychiatry.* 1997; 58(7):330-6.
65. Leckman JF, Goodman WK, North WG, Chappell PB, Price LH, Pauls DL, et al. The role of central oxytocin in obsessive compulsive disorder and related normal behavior. *Psychoneuroendocrinology.* 1994; 19(8):723-49.
66. Uğuz F, Gezginc K, Zeytinci IE, Karatayli S, Aşkın R, Guler O, et al. Obsessive compulsive disorder in pregnant women during the third trimester of pregnancy. *Compr Psychiatry.* 2007a; 48(5):441-5.
67. Uğuz F, Kaya V, Gezginc K, Kayhan F, Çiçek E. Clinical correlates of worsening in obsessive-compulsive symptoms during pregnancy. *Gen Hosp Psychiatry.* 2011; 33(2):197-9.
68. Abramowitz JS, Schwartz SA, Moore KM, Luenzmann KR. Obsessive-compulsive symptoms in pregnancy and the puerperium: A review of the literature. *J Anxiety Disord.* 2003; 17(4):461-78.
69. Abramowitz JS, Khandker M, Nelson CA, Deacon BJ, Rygwall R. The role of cognitive factors in the pathogenesis of obsessive-compulsive symptoms: A prospective study. *Behav Res Ther.* 2006; 44(9):1361-74.
70. Abramowitz JS, Meltzer-Brody S, Leserman J, Killenberg S, Rinaldi K, Mahaffey BL, et al. Obsessional thoughts and compulsive behaviors in a sample of women with postpartum mood symptoms. *Arch Womens Ment Health.* 2010; 13(6):523-30.
71. Maina G, Albert U, Bogetto F, Vaschetto P, Ravizza L. Recent life events and obsessive-compulsive disorder (OCD): the role of pregnancy/delivery. *Psychiatry Res.* 1999; 89(1):49-58.
72. Uğuz F, Kaya N, Sahingoz M, Cilli AS, Akman C. One year follow-up of postpartum-onset obsessive-compulsive disorder: A case series. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2008; 32(4):1091-2.
73. Abramowitz JS, Fairbrother N. Postpartum obsessive compulsive disorder. Abramowitz JS, McKay D, Taylor S, editörler. *Clinical Handbook of Obsessive Compulsive Disorder and Related Problems.* Baltimore: MD: John Hopkins Press; 2008.
74. Zambaldi CF, Cantilino A, Montenegro AC, Paes JA, de Albuquerque TL, Sougey EB. Postpartum obsessive-compulsive disorder: prevalence and clinical characteristics. *Compr Psychiatry.* 2009; 50(6):503-9.

75. Miller ES, Chu C, Gollan J, Gossett DR. Obsessive-compulsive symptoms during the postpartum period. A prospective cohort. *J Reprod Med.* 2013; 58(3–4):115-22.
76. Uğuz F, Akman C, Kaya N, Çilli AS. Postpartum-onset obsessive-compulsive disorder: Incidence, clinical features, and related factors. *J Clin Psychiatry* 2007b; 68(1):132-8.
77. Uğuz F, Gıynas Ayhan M. Epidemiology and clinical features of obsessive-compulsive disorder during pregnancy and postpartum period: a review. *J Mood Disord.* 2011; 1(4):178-86.
78. Sichel DA, Cohen LS, Dimmock JA, Rosenbaum JF. Postpartum obsessive compulsive disorder: a case series. *J Clin Psychiatry.* 1993; 54(4):156-9.
79. Vasconcelos MS, Sampaio AS, Hounie AG, Akkerman, F, Curi M, Lopes AC, et al. Prenatal, perinatal, and postnatal risk factors in obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry.* 2007; 61(3):301-7.
80. Lord C, Hall G, Soares CN, Steiner M. Physiological stress response in postpartum women with obsessive-compulsive disorder: A pilot study. *Psychoneuroendocrinology.* 2010; 36(1):133-8.
81. Wisner KL, Peindl KS, Gigliotti T, Hanusa BH. Obsessions and compulsions in women with postpartum depression. *J Clin Psychiatry.* 1999; 60(3):176-80.
82. Jennings KD, Ross S, Popper S, Elmore M. Thoughts of harming infants in depressed and nondepressed mothers. *J Affect Disord.* 1999; 54(1-2):21-8.
83. Ross LE, McLean LM. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. *J Clin Psychiatry.* 2006; 67(8):1285-98.
84. Howard LM, Molyneaux E, Dennis C-L, Rochat T, Stein A, Milgrom J. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet.* 2014; 384(9956):1775-88.
85. VanderKruik R, Barreix M, Chou D, Allen T, Say L, Cohen LS, Maternal Morbidity Working Group. The global prevalence of postpartum psychosis: a systematic review. *BMC Psychiatry.* 2017; 17(1):272.
86. Uğuz F, Gezginc K, Zeytinci İE, Karataylı S, Aşkın R, Güler O, et al. Course of obsessive-compulsive disorder during early postpartum period: a prospective analysis of 16 cases. *Compr Psychiatry.* 2007c; 48(6):558-61.
87. Fairbrother N, Abramowitz JS. New parenthood as a risk factor for the development of obsessional problems. *Behav Res Ther.* 2007; 45(9):2155-63.
88. Koran LM, Simpson HB. Guideline Watch (March 2013): Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Online:* 2013.
89. Misri S, Milis L. Obsessive-compulsive disorder in the postpartum: open-label trial of quetiapine augmentation. *J Clin Psychopharmacol.* 2004; 24(6):624-7.

90. Challacombe FL, Salkovskis PM. Intensive cognitive-behavioural treatment for women with postnatal obsessive-compulsive disorder: a consecutive case series. *Behav Res Ther.* 2011; 49(6-7):422-6.
91. Drummond LM. The treatment of severe, chronic, resistant obsessive-compulsive disorder. An evaluation of an in-patient programme using behavioural psychotherapy in combination with other treatments. *Br J Psychiatry.* 1993; 163:223-9.
92. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA.* 2020; 323(11):1061-9.
93. Chan JF, Yuan S, Kok K-H, To KK, Chu H, Yang J, et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: A study of a family cluster. *Lancet.* 2020; 395(10223):514-23.
94. Li H, Liu Z, Ge J. Scientific research progress of COVID-19/SARS-CoV-2 in the first five months. *J Cell Mol Med.* 2020; 24(12):6558-70.
95. Fisman SN, Walsh L. Obsessive-compulsive disorder and fear of AIDS contamination in childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1994; 33(3):349-53.
96. De Sousa A, Mohandas E, Javed A. Psychological Interventions during COVID-19: Challenges for low and middle income countries. *Asian J Psychiatr.* 2020; 51:102128.
97. Banerjee D. The other side of COVID-19: Impact on obsessive compulsive disorder (OCD) and hoarding. *Psychiatry Res.* 2020; 288:112966.
98. Fineberg NA, Van Ameringen M, Drummond L, Hollander E, Stein DJ, Geller D, et al. How to manage obsessive-compulsive disorder (OCD) under COVID-19: A clinician's guide from the International College of Obsessive Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS) and the Obsessive-Compulsive and Related Disorders Research Network (OCRN) of the European College of Neuropsychopharmacology. *Compr Psychiatry.* 2020; 100:152174.
99. Hawryluck L, Gold WL, Robinson S, Pogorski S, Galea S, Styra R. SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerg Infect Dis.* 2004; 10(7):1206-12.
100. Lam MH, Wing Y, Yu MW, Leung C, Ma RCW, Kong APS, et al. Mental morbidities and chronic fatigue in severe acute respiratory syndrome survivors: long-term follow-up. *Arch Intern Med.* 2009; 169(22):2142-7.
101. Li S, Wang Y, Xue J, Zhao N, Zhu T. The Impact Of Covid-19 Epidemic Declaration on Psychological Consequences: A Study On Active Weibo Users. *Int J Environ Res Public Health.* 2020; 17(6):2032.
102. World Health Organization, Exclusive breastfeeding for optimal growth, Development and health of infants Geneva [Internet]. [Erişim tarihi: 30 Temmuz 2021]. Erişim adresi: [https://www.who.int/elena/titles/exclusive\\_breastfeeding/en/](https://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/en/).

103. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, TÜBİTAK. Ankara, Türkiye, 2019.
104. Chrzan-Dętkoś M, Walczak-Kozłowska T, Pietkiewicz A, Żołnowska J. Improvement of the breastfeeding self-efficacy and postpartum mental health after lactation consultations-Observational study. *Midwifery*. 2021; 94:102905.
105. Marinelli KA. International Perspectives Concerning Donor Milk Banking During the SARS-CoV-2 (COVID-19) Pandemic. *J Hum Lact*. 2020; 36(3):492-7.
106. World Health Organization. Guiding principles for feeding infants and young children during emergencies. Geneva, 2004.
107. Rodrigues C, Baía I, Domingues R, Barros H. Pregnancy and breastfeeding during COVID-19 pandemic: a systematic review of published pregnancy cases. *Front Public Health*. 2020; 8:558144.
108. Puopolo KM, Hudak ML, Kimberlin DW, Cummings J. Initial Guidance: Management of Infants Born to Mothers with COVID-19. American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn, Section on Neonatal Perinatal Medicine, Committee on Infectious Diseases. 2020.
109. Dotters-Katz S, Hughes BL, Miller ES, Norton M, Srinivas S, Louis J, et al. Coronavirus (COVID-19) and Pregnancy: What Maternal-Fetal Medicine Subspecialists Need to Know. Society for Maternal-Fetal Medicine. 2020 [Erişim tarihi: 23 Kasım 2020]. Erişim adresi: [https://s3.amazonaws.com/cdn.smfm.org/media/2262/COVID19\\_PDF](https://s3.amazonaws.com/cdn.smfm.org/media/2262/COVID19_PDF).
110. Chawla D, Chirla D, Dalwai S, Deorari AK, Ganatra A, Gandhi A, et al. Perinatal-Neonatal Management of COVID-19 Infection-Guidelines of the Federation of Obstetric and Gynecological Societies of India (FOGSI), National Neonatology Forum of India (NNF), and Indian Academy of Pediatrics (IAP). *Indian Pediatr*. 2020; 57(6):536-48.
111. Hand IL, Noble L. Covid-19 and breastfeeding: what's the risk? *J Perinatol*. 2020; 40(10):1459-61.
112. Gribble K. Promoting attachment in foster parents: What we can learn from the experience of parents of premature infants. *Adoption & Fostering*. 2016; 40(2):113-27.
113. Yu Y, Li Y, Hu Y, Li B, Xu J. Breastfeed 13 month-old infant of a mother with COVID-19 pneumonia: a case report. *Int Breastfeed J*. 2020; 15(1):68.
114. World Health Organization, Clinical management of COVID-19: interim guidance World Health Organization [Internet]. 2020 [Erişim tarihi: 22 Ağustos 2021]. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332196>.
115. Beheshti MAZ, Alimoradi Z, Bahrami N, Allen KA, Lissack K. Predictors of breastfeeding self-efficacy during the COVID19 pandemic. *J Neonatal Nurs*. 2021; 28(5):349-55.

116. Çevik Güner Ü, İnan B. Covid-19 Pandemi Sürecinde Annelerin Bebek Besleme Tutumları ve Bu Tutumları Etkileyen Faktörler: Facebook, Instagram Örneği. *TJFMPC*. 2022; 16(2):357-66.
117. Nalbantoğlu A, Nalbantoğlu B, Gökçay G. COVID-19 enfeksiyonu seyrinde annelerin emzirme ve anne sütü hakkında bilgi ve tutumları. *Namık Kemal Tıp Dergisi*. 2020; 8(3):314-20.
118. Piankusol C, Sirikul W, Ongprasert K, Siviroj P. Factors affecting breastfeeding practices under lockdown during the COVID-19 pandemic in Thailand: A Cross-Sectional survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(16): 8729.
119. Vazquez-Vazquez A, Dib S, Rougeaux E, Wells JC, Fewtrell MS. The impact of the COVID-19 lockdown on the experiences and feeding practices of new mothers in the UK: Preliminary data from the COVID-19 New Mum Study. *Appetite*. 2021; 156:104985.
120. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Türkiye el yıkama araştırması, Ankara: 2012.
121. Şenyuva İ, Baysal B. A year of COVID-19 pandemic in Turkey: knowledge level, attitude and perspective of pregnant and postpartum women. *Perinatal Journal*. 2021; 29(2):133-42.
122. Yassa M, Birol P, Yirmibeş C, Usta C, Haydar A, Yassa A, et al. Near-term pregnant women's attitude toward, concern about and knowledge of the COVID-19 pandemic. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2020; 33(22):3827-34.
123. Nwafor JI, Aniukwu JK, Anozie BO, Ikeotuonye AC, Okedo-Alex IN. Pregnant women's knowledge and practice of preventive measures against COVID-19 in a low-resource African setting. *Int J Gynaecol Obstet*. 2020; 150(1):121-3.
124. Aghababaei S, Bashirian S, Soltanian A, Refaei M, Omidi T, Ghelichkhani S, et al. Perceived risk and protective behaviors regarding COVID-19 among Iranian pregnant women. *Middle East Fertil Soc J*. 2020; 25(1):29.
125. Kalkan Uğurlu Y, Durgun H, Nemutlu E, Kurd O. COVID-19 salgını sırasında Türk toplumunun sosyal el yıkama bilgi ve tutumunun değerlendirilmesi. *J Contemp Med*. 2020; 10(4):617-24.
126. Kasap Acungil Z, Acungil Y. Covid-19 Pandemisinde Hijyen Davranışları ve Çevre İlişkisi: Ampirik Bir Çalışma. *Ordu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*. 2022; 12(1):375-94.
127. Çiçek B, Şahin H, Erkal S. Covid-19 Salgın Döneminde Bireylerin Kişisel Ve Genel Hijyen Davranışlarının İncelenmesi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*. 2021; 20(80):2157-73.
128. Rattay P, Michalski N, Domanska OM, Kaltwasser A, De Bock F, Wieler LH, et al. Differences in risk perception, knowledge and protective behaviour regarding COVID-19 by education level among women and men in Germany. Results from the COVID-19 Snapshot Monitoring (COSMO) study. *PLoS One*. 2021; 16(5). e0251694.
129. Omari R, Zotor F, Baah-Tuahene S, Arthur W. Handwashing knowledge, attitudes, and practices in Ghana. *J Prev Med Hyg*. 2022; 63(1):E59-E68.



130. Al-Wutayd O, Mansour AE, Aldosary AH, Hamdan HZ, Al-Batanony MA. Handwashing knowledge, attitudes, and practices during the COVID-19 pandemic in Saudi Arabia: A non-representative cross-sectional study. *Scientific reports*. 2021; 11(1):16769.
131. Ünal M, Güçük S. Covid-19 Pandemisi ve Koruyucu Davranışların Bireyler Üzerindeki Psikolojik Etkilerinin Değerlendirilmesi. *TJFMPC*. 2021; 15(4):837-45.
132. Jackson SE, Brown J, Shahab L, Steptoe A, Fancourt D. COVID-19, smoking and inequalities: a study of 53 002 adults in the UK. *Tob control*. 2021; 30(e2):e111-e121.
133. Mościcka P, Chróst N, Terlikowski R, Przyłipiak M, Wołosik K, Przyłipiak A. Hygienic and cosmetic care habits in polish women during COVID-19 pandemic. *J Cosmet Dermatol*. 2020; 19(8):1840-5.
134. Guo J, Liao M, He B, Liu J, Hu X, Yan D, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on household disinfectant consumption behaviors and related environmental concerns: A questionnaire-based survey in China. *J Environ Chem Eng*. 2021; 9(5):106168.
135. Aktaş, D, İskender Ö. Covid-19 Pandemi Sürecinde Kadınların Doğum Sonrası Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2022; 7(2):339-50.
136. Fallon V, Davies SM, Silverio SA, Jackson L, De Pascalis L, Harrold JA. Psychosocial experiences of postnatal women during the COVID-19 pandemic. A UK-wide study of prevalence rates and risk factors for clinically relevant depression and anxiety. *J Psychiatr Res*. 2021; 136:157-66.
137. Basu A, Kim HH, Basaldua R, Choi KW, Charron L, Kelsall N, et al. (2021) A cross-national study of factors associated with women's perinatal mental health and wellbeing during the COVID-19 pandemic. *PLoS One*. 2021; 16(4):e0249780.
138. Liu CH, Erdei C, Mittal L. Risk factors for depression, anxiety, and PTSD symptoms in perinatal women during the COVID-19 Pandemic. *Psychiatry Res*. 2021; 295:113552.
139. Işıktaş S, Özsat K, Yaman Lesinger F. Covid-19 Pandemi Sürecinde Bireylerin Anksiyete ve Yaşam Doyumu Düzeylerinin İncelenmesi. *Uluslararası Türk Kültür Coğrafyasında Sosyal Bilimler Dergisi*. 2022; 7(1):65-75.
140. Kalafatoğlu MR, Yam FC. Bireylerin Covid-19 Korkularının Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Humanistic Perspective*. 2021; 3(2):306-23.
141. Söylemez F. Bitlis İl Merkezinde Yaşayan 18 Yaş ve Üzeri Bireylerde Koronavirüs Anksiyete Düzeyi. *Sakarya Tıp Dergisi*. 2022; 12(1):146-51.
142. Ceulemans M, Foulon V, Ngo E, Panchaud A, Winterfeld U, Pomar L, et al. Mental health status of pregnant and breastfeeding women during the COVID-19 pandemic-A multinational cross-sectional study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2021; 100(7):1219-29.

143. Gürbüz T, Gökmen O, Kaptan G, İnanlı E, Karadeniz SB, Erşahin Söylemez N, et al. Investigating anxiety, depression and obsessive-compulsive disorders among the pregnant women during Covid-19 pandemic. *J Health Sci Med.* 2021; 4(1):7-12.

144. Stepowicz A, Wencka B, Bienkiewicz J, Horzelski W, Grzesiak M. Stress and Anxiety Levels in Pregnant and Post-Partum Women during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health.* 2020; 17(24):9450.

145. Özşahin F, Aksoy A. Sağlık bölümlerinde okuyan üniversite öğrencilerinin Covid-19 korku düzeyleri: Bir özel üniversite örneği. *Online International Conference of COVID-19 (CONCOVID); 12-14 Haziran 2020; Tam Metin Bildiriler Kitabı-Sağlık Bilimleri, s.183.*

146. Penengo C, Colli C, Cesco M, Crocchia V, Degano M, Ferreghini A, et al. Stress, Coping, and Psychiatric Symptoms in Pregnant Women in Outpatient Care During the 2021 Second-Wave COVID-19 Pandemic. *Front Psychiatry.* 2022; 12:775585.

147. Kurt A, Çelikay Söyler H. Covid-19 Döneminde Doğum Yapan Kadınlarda Maternal Bağlanma, Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Perinatal Anksiyete İlişkisi. *Sosyal, Beşeri ve İdari Bilimler Dergisi.* 2022; 5(3):225-35.

148. Koukopoulos AE, De Chiara L, Oresti M, Kotzalidis GD, Viola A, Di Giammarco M, et al. Perinatal Mood And Anxiety Disorders in Women Undergoing Medically Assisted Reproduction. *Psychiatry Int.* 2020; 1(2):98-114.

149. Özcan NK, Boyacıoğlu NE, Dinç H. Postpartum depression prevalence and risk factors in Turkey: a systematic review and meta-analysis. *Arch Psychiatr Nurs.* 2017; 31(4):420- 8.

150. Sun G, Wang F, Cheng Y. Perinatal depression during the COVID-19 epidemic in Wuhan [Internet]. 2020 [Erişim tarihi: 10 Ekim 2022]. Erişim adresi: <https://doi.org/10.2139/ssrn.3576929>.

151. Shuman CJ, Peahl AF, Paredy N, Morgan ME, Chiangong J, Veliz PT, et al. Postpartum depression and associated risk factors during the COVID-19 pandemic. *BMC Res Notes.* 2022; 15:102.

152. Mariño-Narvaez C, Puertas-Gonzalez JA, Romero-Gonzalez B, Peralta-Ramirez MI. Giving birth during the COVID-19 pandemic: The impact on birth satisfaction and postpartum depression. *Int J Gynaecol Obstet.* 2021; 153(1):83-8.

153. Zanardo V, Manghina V, Giliberti L, Vettore M, Severino L, Straface G. Psychological impact of COVID-19 quarantine measures in northeastern Italy on mothers in the immediate postpartum period. *Int J Gynaecol Obstet.* 2020; 150(2):184-8.

154. Suárez-Rico BV, Estrada-Gutierrez G, Sánchez-Martínez M, Perichart-Perera O, Rodríguez-Hernández C, González-Leyva C, et al. Prevalence of Depression, Anxiety, and Perceived Stress in Postpartum Mexican Women during the COVID-19 Lockdown. *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 18(9):4627.

155. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision (ICD-10), fifth version, 2016. World Health Organization (Vol. 1).
156. American Psychiatric Publishing. American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5®), 2016. American Psychiatric Publishing, 51(13).
157. Stojanov J, Stankovic M, Zikic O, Stankovic M, Stojanov A. (2021). The risk for nonpsychotic postpartum mood and anxiety disorders during the COVID-19 pandemic. *Int J Psychiatry Med.* 2021; 56(4):228-39.
158. Baran J, Leszczak J, Baran R, Biesiadecka A, Weres A, Czenczek-Lewandowska E, et al. Prenatal and Postnatal Anxiety and Depression in Mothers during the COVID-19 Pandemic. *J Clin Med.* 2021; 10(14):3193.
159. Cebeci Sevsen A, Aydemir Ç, Göka E. Puerperal Dönemde Depresyon Semptom Prevalansı: Obstetrik Risk Faktörleri, Kaygı Düzeyi ve Sosyal Destek ile İlişkisi. *Kriz Dergisi.* 2002; 10(1):0-0.
160. Demir S, Sentürk MB, Çakmak Y, Altay MM. (2016). Postpartum depression and associated factors in patients who admitted to our clinic to make child birth. *Haseki Tip Bulteni.* 2016; 54(2):83-9.
161. Işıksalan MM, Gündoğan KM, Khiavi PE, Alp EC, Acar A. Does the Risk of Postpartum Depression Increase in Women Who Gave Birth While Infected With SARS-CoV-2? A Preliminary Study in Turkey. *Kocaeli Med J.* 2021; 10(1):29-34.
162. Spinola O, Liotti M, Speranza AM, Tambelli R. Effects of COVID-19 epidemic lockdown on postpartum depressive symptoms in a sample of Italian mothers. *Front Psychiatry.* 2020; 11:589916.
163. Chen HL, Cai JY, Zha ML, Shen WQ. Prenatal smoking and postpartum depression: a meta-analysis. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2019, 40(2):97-105.
164. Hawsawi AM, Bryant LO, Goodfellow LT. Association between exposure to secondhand smoke during pregnancy and low birthweight: a narrative review. *Respir Care.* 2015; 60(1):135-40.
165. Aygör H, Metin R. The effects of mothers' babies feeding practices on postpartum depression. *ADYÜ Sağlık Bilimleri Derg.* 2021; 7(2):169-75.
166. Fairbrother N, Collardeau F, Albert AYK, Challacombe FL, Thordarson DS, Woody SR, et al. High prevalence and incidence of obsessive-compulsive disorder among women across pregnancy and the postpartum. *J Clin Psychiatry.* 2021; 82(2):20m13398.
167. Yassa M, Yassa A, Yirmibeş C, Birol P, Ünlü UG, Tekin AB, et al. Anxiety levels and obsessive compulsion symptoms of pregnant women during the COVID-19 pandemic. *Turk J Obstet Gynecol.* 2020; 17(3):155-60.
168. Mahaffey BL, Levinson A, Preis H, & Lobel, M. Elevated risk for obsessive-compulsive symptoms in women pregnant during the COVID-19 pandemic. *Arch Women's Ment Health.* 2022; 25(2):367-76.

169. Hinds C, Lindow SW, Abdelrahman M, Hehir MP, O'Connell MP. Assessment of antenatal anxiety, depression and obsessive-compulsive disorder in pregnant women in the COVID-19 era. *Ir J Psychol Med.* 2021; 1-7.
170. Zheng Y, Xiao L, Xie Y, Wang H, Wang G. Prevalence and Characteristics of Obsessive-Compulsive Disorder Among Urban Residents in Wuhan During the Stage of Regular Control of Coronavirus Disease-19 Epidemic. *Front Psychiatry.* 2020; 11:594167.
171. Munk AJL, Schmidt NM, Alexander N, Henkel K, Hennig J. Covid-19-Beyond virology: Potentials for maintaining mental health during lockdown. *PloS One.* 2020; 15(8):e0236688.
172. Abba-Aji A, Li D, Hrabok M, Shalaby R, Gusnowski A, Vuong W, et al. COVID-19 Pandemic and Mental Health: Prevalence and Correlates of New-Onset Obsessive-Compulsive Symptoms in a Canadian Province. *Int J Environ Res Public Health.* 2020; 17(19):6986.
173. Challacombe FL, Salkovskis PM, Woolgar M, Wilkinson EL, Read J, Acheson R. Parenting and mother-infant interactions in the context of maternal postpartum obsessive-compulsive disorder: Effects of obsessional symptoms and mood. *Infant Behav Dev.* 2016; 44:11-20.
174. Ahmed GK, Ramadan HK, Refay SM, Khashbah MA. Comparison of knowledge, attitude, socioeconomic burden, and mental health disorders of COVID-19 pandemic between general population and health care workers in Egypt. *Egypt J Neurol Psychiatr Neurosurg.* 2021; 57(1):25.
175. House SJ, Tripathi SP, Knight BT, Morris N, Newport DJ, Stowe ZN. Obsessive-compulsive disorder in pregnancy and the postpartum period: course of illness and obstetrical outcome. *Arch Women's Ment Health.* 2016; 19(1):3-10.
176. Forray A, Focseneanu M, Pittman B, McDougale JC, Epperson CN. Onset And Exacerbation Of Obsessive-Compulsive Disorder In Pregnancy And The Postpartum Period. *J Clin Psychiatry.* 2010; 71(8):1061-8.
177. Mezzacappa ES, Katlin ES. Breast-Feeding Is Associated With Reduced Perceived Stress And Negative Mood In Mothers. *Health Psychol.* 2002; 21(2):187-93.

## 9. EKLER

### EK-1: Anket Formu

#### **Covid-19 Pandemisinin Pandemi Sürecinde Doğum Yapan Kadınların Bebek Bakımı ile İlgili Obsesif Kompulsif Davranışları Üzerindeki Etkileri**

Sevgili katılımcı

“COVID-19 Pandemisinin pandemi sürecinde doğum yapan kadınların bebek bakımı ile ilgili obsesif kompulsif davranışları üzerindeki etkileri” başlıklı bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD tarafından yapılmaktadır. Covid-19 pandemisinin, pandemi sürecinde doğum yapan annelerin bebek bakımı ile ilgili obsesif kompulsif davranışları üzerindeki etkisinin araştırılmasının amaçlandığı çalışmamıza katılım sağlamanız güncel veriye ulaşabilmemiz için çok önemlidir. Bu konuda göstermiş olduğunuz ilgi ve yardımlarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla kullanılacaktır. Çalışmaya katılmayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Anketimiz 37 sorudan ve 3 ölçekten oluşmaktadır. Tüm anket formunun doldurulmasının toplam 10 dakika sürmesi beklenmektedir.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz. Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişiler ile iletişim kurabilirsiniz:

**Sorumlu Araştırmacı:** Doç. Dr. Duygu AYHAN BAŞER :0312 305 1527

Hacettepe Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

#### **Araştırma Ekibi**

Arş. Gör. Dr. Zehra Nur ÇAĞIL

Öğr. Gör. İzzet FİDANCI

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

Kabul ediyorum.

- 1- Yaşınız nedir? .....
- 2- Medeni durumunuz nedir?
  - a) Evli
  - b) Bekar
  - c) Eşinden boşanmış
  - d) Eşi vefat etmiş
- 3- Eğitim durumunuz nedir?
  - a) Okuryazar değil
  - b) Okuryazar
  - c) İlköğretim
  - d) Ortaöğretim
  - e) Lise
  - f) Üniversite ve üzeri
- 4- Mesleğiniz:.....
- 5- Şu anda gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?
  - a) Evet (Ne iş yapıyorsunuz?.....)
  - b) Hayır
- 6- Aylık geliriniz kaç TL'dir?
  - a) 0-3000 TL
  - b) 3000-5000 TL
  - c) 5000-7000 TL
  - d) 7000 TL ve üzeri
- 7- Aynı evde beraber yaşadığınız kaç kişi bulunmaktadır?.....
- 8- Kendisine/ ailesine ait oda (yatak odası):
  - a) Var
  - b) Yok
- 9- Kronik bir hastalığınız var mı?
  - a) Evet (Varsa nedir?.....)
  - b) Hayır
- 10- Psikiyatrik bir hastalığınız var mı?
  - a) Evet (Varsa nedir?.....)
  - b) Hayır
- 11- Eşinizin mesleği nedir?.....
- 12- Gebelik öncesinde, sürecinde veya doğum sonrasında Covid-19 enfeksiyonu geçirdiniz mi?
  - a) Hayır
  - b) Evet, gebelikten önce geçirdim.
  - c) Evet, gebelikte geçirdim.
  - d) Evet, doğum sonrasında geçirdim.
- 13- Yakın çevrenizde Covid-19 enfeksiyonu geçiren biri oldu mu?
  - a) Evet (.....)
  - b) Hayır
- 14- Kaç yaşında evlendiniz? .....
- 15- Kaç çocuğunuz var?.....
- 16- En son çocuğunuza ne zaman doğum yaptınız?.....
- 17- Kaç kez gebelik geçirdiniz?

- a) 1  
b) >1
- 18- Daha önce hiç düşük yaptınız mı?  
a) Evet  
b) Hayır
- 19- Son gebeliğinizde sigara-alkol kullandınız mı?  
a) Evet, ikisini de kullandım  
b) Evet, sigara kullandım  
c) Evet, alkol kullandım  
d) Gebeliğimde alkol yada sigara kullanmadım.
- 20- Son çocuğunuz için; gebelik türünüz?  
a) Planlanmış Gebelik  
b) Beklenmedik Gebelik  
c) Tüp Bebek vb. Tedavi Yöntemleri  
d) İstenmeyen Gebelik
- 21- Son çocuğunuz için; kaç haftalıkken doğum yaptınız?  
a) <37 hafta  
b) 38-42 hafta  
c) >42 hafta
- 22- Son çocuğunuz için; doğum şekliniz nedir?  
a) Normal vajinal doğum  
b) Sezaryen ile doğum
- 23- Son çocuğunuz için; çocuğunuzun cinsiyeti nedir?  
a) Kız  
b) Erkek
- 24- Son çocuğunuz için; çocuğun doğum ağırlığı nedir?  
a) <2500 gr  
b) 2500-4000 gr  
c) >4000 gr
- 25- Son çocuğunuz için; bebeğinizde doğum esnasında veya sonrasında bir komplikasyon gelişti mi, gelişti ise nedir?  
a) Evet (.....)  
b) Hayır
- 26- Çocuğunuzun şu anki yaşı nedir?(ay veya yıl olarak belirtebilirsiniz).....
- 27- Çocuğunuzun kronik bir hastalığı var mı, varsa nedir?  
a) Evet (.....)  
b) Hayır
- 28- Çocuğunuzun kilo persentili?.....
- 29- Çocuğunuzun boy persentili?.....
- 30- Çocuğunuzun baş çevresi persentili?.....
- 31- Çocuğunuz ne kadar süre anne sütü aldı?.....ay
- 32- Çocuğunuz ne zaman ek gıdaya başladı?.....ay
- 33- Çocuğunuz takviye olarak mama kullandı mı?.....ay
- 34- Pandemi döneminde el yıkama sıklığınız ile ilgili hangisi uyumludur?  
a) Pandemi öncesi döneme göre daha az sıklıkta yıkıyorum  
b) Pandemi öncesi döneme ile aynı sıklıkta yıkıyorum

- c) Pandemi öncesi döneme göre daha fazla sıklıkta yıkıyorum
- 35- Pandemi döneminde el yıkama süreniz ile ilgili hangisi uyumludur?
- a) Pandemi öncesi döneme göre daha kısa sürede yıkıyorum
- b) Pandemi öncesi döneme ile aynı sürede yıkıyorum
- c) Pandemi öncesi döneme göre daha uzun sürede yıkıyorum
- 36- Pandemi döneminde el dezenfektanı kullanma sıklığınız hangisiyle uyumludur?
- a) Pandemi öncesi döneme göre daha az sıklıkta kullanıyorum
- b) Pandemi öncesi döneme ile aynı sıklıkta kullanıyorum
- c) Pandemi öncesi döneme göre daha fazla sıklıkta kullanıyorum
- 37- 1< Çocuğu olanlar için; bu bebeğinizin bakımında diğer çocuklarınıza göre;
- a) Daha titiz, hassas davrandım.
- b) Diğer çocuklarım ile aynıydı
- c) Daha rahat, daha az titiz davrandım
- d) Bilmiyorum

### 38- Postpartum OKD Ölçeği (POKD ölçeği)

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



### 39- Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ)

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

1. Gülebiliyor ve olayların komik taraflarını 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

Artık pek o kadar değil

Artık kesinlikle o kadar değil

Artık hiç değil

3. Birşeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

Evet, çoğu zaman

Evet, bazen

Çok sık değil

Hayır, hiçbir zaman

4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

Hayır, hiçbir zaman

Çok seyrek

Evet, bazen

Evet, çoğu zaman

5. İyi bir neden olmadığı halde korkuyor ya da panikliyorum.

Evet, çoğu zaman

Evet, bazen

Çok sık değil

Hayır, hiçbir zaman

6. Herşey giderek sırtıma yükleniyor.

Evet, çoğu zaman başa çıkamıyorum.

Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum.

Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkabiliyorum.

Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.

Evet, çoğu zaman

Evet, bazen

Çok sık değil

Hayır, hiçbir zaman

8. Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.

Evet, çoğu zaman

Evet, bazen

Çok sık değil

Hayır, hiçbir 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

#### 40- Koronavirüs Anksiyete Ölçeği (KAÖ)

Son 2 hafta boyunca aşağıdaki durumları ne sıklıkta yaşadınız?		Hiç	Nadir, bir veya iki günden az	Birkaç gün	7 günden fazla	Son 2 haftada neredeyse her gün
1.	Koronavirüs ile ilgili haberleri okuduğumda veya dinlediğimde başım döndü, sersemlemiş veya baygın hissettim.	0	1	2	3	4
2.	Koronavirüs hakkında düşündüğüm için uykuya dalma veya uykuda kalma konusunda sorun yaşadım.	0	1	2	3	4
3.	Koronavirüs hakkında düşündüğümde veya bilgiye maruz kaldığımda felç olmuş veya donmuş gibi hissettim.	0	1	2	3	4
4.	Koronavirüs hakkında düşündüğümde veya bilgiye maruz kaldığımda yemek yemeye ilgimi kaybettim.	0	1	2	3	4
5.	Koronavirüs hakkında düşündüğümde veya bilgiye maruz kaldığımda mide bulantısı hissettim veya mide problemleri yaşadım.	0	1	2	3	4
Sütun Toplamları		_____ +	_____ +	_____ +	_____ +	_____ +
				Toplam Puan _____		

## EK-2: Ölçek İzinleri

Doğum Sonrası Dönemde Annelerin Bebek Bakımına Yönelik Obsesif ve Kompulsif Davranışları Ölçeği Kullanım İzni - dr.duyguay...

in:sent.zehrayagli.95@gmail.com

13 ileti dizisinden 1.

Alici: kevserozdemir, zehra

Sayın Kevser Hocam;

Ekiniz tarafından geliştirilmiş olan "Doğum Sonrası Dönemde Annelerin Bebek Bakımına Yönelik Obsesif ve Kompulsif Davranışları Ölçeği" ni danışmanı olduğum Dr. Zehra Yağlı'nın aile hekimliği uzmanlık tezinde kullanmak için tarafınızdan izin almak istemekteyiz. Ölçeğin Türkçe versiyonuna ulaşamadık, kullanım izni vermeniz dahilinde Türkçesini de tarafımıza iletebilirseniz çok memnun oluruz.

Bu konuda yardımcı olabilirsiniz çok seviniriz.

Saygılarımızla,

1

Dr. Öğr. Üyesi Duygu AYHAN BAŞER  
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.D.

44

Duygu AYHAN BAŞER, Assist. Prof.  
Hacettepe University School of Medicine, Department of Family Medicine

1

**Kevser Özdemir**  
Alici: ben

2 Nis 2021 22:40 (13 gün önce)

Merhaba Hocam,  
Ölçeği kullanmanızdan memnuniyet duyarız. Ekte gönderiyorum.  
İyi çalışmalar..

Dr. Öğr. Üyesi KEVSER ÖZDEMİR  
Sakarya Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi

### "Koronavirüs Anksiyete Ölçeği Kısa Formu" kullanım için izin talebi

Gelen Kutusu x

Duygu Ayhan Başer <dr.duyguayhan@gmail.com>

Alici: cuneytevreten

Sayın Cüneyt Hocam;

Hacettepe Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi olarak görev yapmaktayım. Asistanlarımız ile yapmayı düşündüğümüz bir çalışmada ekibinizle geçerlik güvenirlik analizini "Koronavirüs Anksiyete Ölçeği Kısa Formu"nun Türkçesini kullanmak istiyoruz. İzin vermeniz durumunda anketimize ekleyeceğiz.

İyi yıllar dilerim Hocam.

Saygılarımla,

Dr. Öğr. Üyesi Duygu AYHAN BAŞER  
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.D.

Duygu AYHAN BAŞER, Assist. Prof.  
Hacettepe University School of Medicine, Department of Family Medicine

Cüneyt Evren <cuneytevreten@yahoo.com>

Alici: ben

**Merhaba,**  
Kaynak olarak göstererek kullanabilirsiniz.  
Kolay gelsin  
Cüneyt

## EK-3: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bilimsel Araştırma Başvurusu İzni

Bilimsel Araştırma Başvurusu - dr.duyguayhan@gmail.com - Gmail

Postalarda arayın

1.800 ileti dizisinden 22.

Bilimsel Araştırma Başvurusu

Gelen Kutusu X

Bilimsel Araştırma Başvurusu <portal@saglik.gov.tr>  
Alicisi: ben

23 Nisan Cum 12:02 (4 gün önce)

Sayın İlgili,

Bilimsel Araştırma Platformuna yapmış olduğunuz başvuru incelenmiştir.

Bu çalışmayı yapmanız Bakanlığımızca uygun olarak değerlendirilmiştir. Araştırmanızın gerektirdiği diğer tüm süreçlerin (etik kurul, etik komisyon, faz çalışması, diğer izinler vb.) tamamlanması konusunda araştırmacı/ lar sorumludur.

Açıklama:

Form Adı : Duygu AYHAN BAŞER-2021-04-22T12\_38\_08

Başvuru Formu için [tıklayınız](#).

Başvuru Formunuzu <https://bilimselarama.saglik.gov.tr/> adresinden görüntüleyebilirsiniz.

İlginiz ve katkılardan dolayı teşekkür ederiz.

T.C. Sağlık Bakanlığı

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Not: Bu ileti Bilimsel Araştırmanızın Değerlendirilmesinin tamamlanması nedeniyle sistem tarafından otomatik gönderilmiştir. Lütfen bu iletiyi cevaplamayınız.

**VAŞAL UYARI:**

Bu e-postanın içerdiği bilgiler (ekleri de dahil olmak üzere) gizlidir. T.C. Sağlık Bakanlığı onayı olmaksızın içeriği kopyalanamaz, üçüncü kişilere açıklanamaz veya iletilemez. Bu mesajın gönderilmek istendiği kişi değilseniz (ya da bu e-postayı yanlışlıkla aldıysanız), lütfen yollayan kişiyi haberdar ediniz ve mesaj sisteminizden derhal siliniz. T.C. Sağlık Bakanlığı bu mesajın içerdiği bilgilerin doğruluğu veya eksiksiz olduğu konusunda bir garanti vermemektedir. Bu nedenle, bilgilerin ne şekilde olursa olsun içeriğinden, iletilmesinden, alınmasından ve saklanmasıyla ilgili T.C. Sağlık Bakanlığı sorumlu değildir. Bu mesajın içeriği yazıma ait olup, T.C. Sağlık Bakanlığı görüşlerini içermeyebilir.

Bu e-posta bize bilinen tüm bilgisayar virüslerine karşı taranmıştır.

**DISCLAIMER:**

This e-mail (including any attachments) may contain confidential and/or privileged information. Copying, disclosure or distribution of the material in this e-mail without the permission of Ministry of Health of Turkey is strictly forbidden. If you are not the intended recipient (or have received this e-mail in error), please notify the sender and delete email from your system immediately. Ministry of Health of Turkey makes no warranty as to the accuracy or completeness of any information contained in this message and hereby excludes any liability of any kind for the information contained therein or for the information transmission, reception, storage or use of such in any way whatsoever. Any opinions expressed in this message are those of the author or may not necessarily reflect the opinions of Ministry of Health of Turkey.

## EK-4: Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü İzni



T.C.  
ANKARA VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-51381736-604.01.02  
Konu : Araştırma İzni (Dr. Öğr. Üyesi  
Duygu AYHAN BAŞER)

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
(Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı)

İlgi : a) 08/10/2021 tarihli ve 36198255-1806761 sayılı yazı.  
b) 28/09/2021 tarihli ve 36198255 sayılı yazı.

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Duygu AYHAN BAŞER sorumluluğunda ve Uzm.Dr. İzzet FİDANCI ile Dr. Zehra Nur ÇAĞIL tarafından yapılmak istenen "Covid-19 Pandemisinin Pandemi Sürecinde Doğum Yapan Kadınların Bebek Bakımı ile İlgili Obsesif Kompulsif Davranışları Üzerindeki Etkileri" başlıklı ve ilgi "a" ve "b" kayıtlı araştırma izin talebi, Başkanlığımız "AHSB Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Talepleri Değerlendirme Komisyonu" tarafından 01/10/2021 tarihinde düzenlenen toplantıda değerlendirilmiştir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin 31 inci maddesi 5. fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait bilgi sisteminde tuttuğu tüm verinin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliğinin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veri şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamaz. Bununla birlikte aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalar için bu merkezde çalışan personelden gönüllü olduklarına dair belge alınması ile aile sağlığı merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi ve aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde çalışma mesaisi ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir. Ayrıca kişilerin kimlik bilgilerini ortaya çıkarabilecek sorulardan kaçınılması ve araştırmacının personel desteği almadan kendi imkânları ile araştırmayı yapabileceği esastır.

Söz konusu araştırmanın yapılması yukarıda belirtilen ilkelere bağlı kalınması koşulu ile

Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Toplum Sağlığı Birimi  
Hacettepe Mah. Talatpaşa Bulv. No:44-A Kat:3 Altında/ANKARA  
Telefon: Faks No:  
e-Posta: g.bozcukguzeldemirci@saglik.gov.tr İnternet Adresi:  
http://www.ankaraism.saglik.gov.tr

Bilgi için: Gamze BOZCUK  
GÜZELDEMİRCİ  
DIŞ TABİBİ

Telefon No: (0 312) 508 47 03

Komisyonumuzca uygun bulunmuştur. Araştırmanın tamamlandığı tarihten sonraki 1 (bir) yıl içerisinde sorumlu araştırmacı tarafından hazırlanan araştırma sonuç raporunun Başkanlığımıza 2 (iki) nüsha halinde sunulması gerekmektedir. Sorumlu Araştırmacı Dr. Öğr. Üyesi Duygu AYHAN BAŞER'e tebliğ edilmesi hususunda,

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Doç. Dr. Mustafa S. KOTANOĞLU  
Müdür a.  
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkam

Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Toplum Sağlığı Birimi  
Hacettepe Mah. Talatpaşa Bulv. No:44-A Kat:3 Altında/ANKARA  
Telefon: Faks No:  
e-Posta: g.bozcuk.guzeldemirci@saglik.gov.tr İnternet Adresi:  
<http://www.ankaraism.saglik.gov.tr>

Bilgi için: Gamze BOZCUK  
GÜZELDEMİRÇİ  
DİŞ TABİBİ  
Telefon No: (0 312) 508 47 03