



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

**POSTPARTUM DÖNEM KADINLARIN DOĞUM SONU
DESTEK DÜZEYLERİ VE STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI
VE ARALARINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Betül Sultan DEMİR

UZMANLIK TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır

ANKARA
2023



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

POSTPARTUM DÖNEM KADINLARIN DOĞUM SONU
DESTEK DÜZEYLERİ VE STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI
VE ARALARINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Betül Sultan DEMİR

UZMANLIK TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Duygu AYHAN BAŞER

ANKARA
2023

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince her daim desteğini hissettiğim, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığıım, tez çalışmam boyunca ihtiyaç duyduğum her anda yanımda olan saygıdeğer hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Duygu AYHAN BAŞER'e,

Eğitimim boyunca bilgi ve tecrübeleri ile bana yol gösteren, saygı ve sevgiyle hatırlayacağım değerli hocalarım Doç. Dr. Hilal AKSOY'a ve Doç. Dr. İzzet FİDANCI'ya,

Uzmanlık eğitimim boyunca destek ve yardımlarını her zaman yanımda hissettiğim, ailem gibi olan tüm asistan arkadaşlarıma,

Bugünlere gelmemi sağlayan, beni her zaman destekleyen ve bana güvenen kıymetli aileme,

Hayatımda olduğu için minnettar olduğum, desteğini her an hissettiğim, tüm bu süreci kolaylaőtırmak için elinden geleni yapan değerli eőim Mustafa DEMİR'e,

Tez çalışma sürecimde beraber büyüdüğüm, en tatlı yorgunluğum, canımdan öte sevdiğim minik Meryem Bilge'me teşekkür ederim.

Dr. Betül Sultan DEMİR

ÖZET

Demir B.S., Postpartum Dönem Kadınların Doğum Sonu Destek Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Aralarındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara, 2023. Kadınların hayatını olumsuz etkileyen en önemli sağlık sorunlarının peripartum dönemde meydana geldiği bilinmektedir. Birçok kadın tarafından olumlu algılanmasının yanında postpartum dönem fiziksel, duygusal ve sosyal anlamda önemli değişimlerin yaşandığı gelişimsel bir kriz dönemidir. Stresle başa çıkma yeteneği kadının yeni sorumluluklarına ve annelik rolüne nasıl uyum sağlayacağını belirleyicisidir. Bu süreçte kadına ihtiyaç duyduğu desteğin verilmemesi anne ve bebekte fiziksel ve psikososyal sorunlara yol açabilmektedir. Postpartum dönem kadınların destek düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzlarını belirlemek ve aralarındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla planladığımız bu çalışma tanımlayıcı kesitsel tipte olup araştırmaya Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Gülveren Eğitim Aile Hekimliği Birimi'ne 23.02.2023-23.08.2023 tarihleri arasında başvuran postpartum dönem 143 katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcılara araştırmacının hazırladığı kişisel bilgi formu, Doğum Sonu Destek Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği anket formunda uygulanmıştır. Araştırmaya katılan lohusaların doğum sonu desteğe önemli ölçüde ihtiyaç duydukları fakat aldıkları desteğin yeterli düzeyde olmadığı saptanmıştır. Doğum sonu destek ölçeği "ihtiyacın önemi" boyutu toplam puan ortalaması 142,3±47,45, "alınan destek" boyutu toplam puan ortalaması 99,51± 55,62 bulunmuştur. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği alt boyutlarından "Boyun Eğici Yaklaşım" puanı azaldıkça destek ihtiyacının daha önemli hale geldiği görülmüştür (p=0,039). "Alınan Destek" boyutunda ise "Kendine Güvenli Yaklaşım" ve "Sosyal Destek Arama" puanı arttıkça (Sırasıyla; p=0,002, p=0,003), "Çaresiz Yaklaşım" ve "Boyun Eğici Yaklaşım" alt boyutlarında ise puan azaldıkça alınan desteğin arttığı saptanmıştır (Sırasıyla; p<0,001, p<0,001). Bu çalışmadan elde edilen bulgular postpartum dönem kadınların ve yakın çevresinin doğum sonu desteğin önemi hakkında bilgilendirilmesinin, kadının olumlu başa çıkma yöntemleri geliştirmesini kolaylaştırabileceği fikrini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: birinci basamak, aile hekimliği, postpartum dönem, stres, doğum sonu kadın

ABSTRACT

Demir B.S., Postpartum Support Levels and Stress Coping Styles of Postpartum Women and Evaluation of the Relationship Between Them, Hacettepe University Faculty of Medicine, Department of Family Medicine, Ankara, 2023. It is known that the most important health problems that negatively affect women's lives occur in the peripartum period. Although perceived positively by many women, the postpartum period is a developmental crisis period in which significant physical, emotional and social changes occur. The ability to cope with stress is the determinant of how the woman will adapt to her new responsibilities and motherhood role. Failure to provide women with the support they need in this process can lead to physical and psychosocial problems in mother and baby. This descriptive cross-sectional study, which we planned to determine the support levels and stress coping styles of postpartum women and to evaluate the relationship between them, included 143 postpartum women who applied to Hacettepe University Faculty of Medicine, Department of Family Medicine, Gülveren Education Family Medicine Unit between 23.02.2023-23.08.2023. The participants were administered the personal information form prepared by the researcher, the Postpartum Support Questionnaire (PSQ), the Ways of Coping Inventory and the Edinburgh Postpartum Depression Scale in the questionnaire form. It was determined that the puerperas who participated in the study needed postpartum support significantly, but the support they received was not sufficient. The mean total score of the "importance of need" dimension of the Postpartum Support Scale was 142.3 ± 47.45 and the mean total score of the "support received" dimension was 99.51 ± 55.62 . It was observed that the need for support became more important as the "submissive approach" score decreased among the sub-dimensions of the Stress Coping Styles Scale ($p=0.039$). In the "received support" dimension, it was found that the support received increased as the "self-confident approach" and "seeking social support" scores increased ($p=0.002$, $p=0.003$, respectively), and the support received increased as the scores decreased in the "helpless approach" and "submissive approach" sub-dimensions ($p<0.001$, $p<0.001$, respectively). The findings obtained from this study support the idea that informing postpartum women and their close environment about the importance of postpartum support can facilitate women to develop positive coping methods.

Keywords: primary care, family medicine, postpartum period, stress, postpartum women

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEŞEKKÜR	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iii
İÇİNDEKİLER	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
GRAFİKLER DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Doğum Sonu Dönem	3
2.1.1. Doğum Sonu Dönemdeki Fizyolojik Değişiklikler	4
2.1.2. Doğum Sonu Dönemdeki Psikolojik Değişiklikler	10
2.2. Doğum Sonu Dönem ve Sosyal Destek	14
2.2.1. Sosyal Destek Modelleri	15
2.2.2. Sosyal Destek Kuramları	16
2.3. Stres ve Stresle Başa Çıkma	18
2.3.1. Stresle Başa Çıkma Tarzları	19
2.4. Aile Hekimliği ve Postpartum Dönem	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Dizaynı	22
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	22
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	22
3.4. Araştırmanın Yöntemi ve Veri Toplama Araçları	23
3.4.1. Doğum Sonu Destek Ölçeği	23
3.4.2. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	24
3.4.3. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği	25
3.4.4. Araştırmanın Parametreleri ve Değişkenleri	25
3.5. Verilerin Toplanması	26

3.6. Verilerin Analizi	27
3.6.1. Veri Analizi Öncesi Kategorizasyon	27
3.6.2. Verilerin İstatistiksel Analizi	27
3.7. Araştırma İzinleri	28
4. BULGULAR	29
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	29
4.2. Katılımcıların Klinik ve Obstetrik Özellikleri	31
4.3. Katılımcıların Bebeklerinin Klinik Özellikleri	33
4.4. Katılımcıların Doğum Sonrası/Bebek Bakımına Yönelik Eğitim/Bilgi Alma Durumları	34
4.5. Katılımcıların Doğum Sonu Destek Alma Durumları	35
4.6. Katılımcıların DSDÖ Toplam Puan ve Alt Boyut Dağılımı	36
4.7. Katılımcıların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Alt Boyutları Dağılımı	39
4.8. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile DSDÖ Boyutları Arasındaki İlişki	40
4.9. Annelerin Klinik ve Obstetrik Özellikleri ile DSDÖ Boyutları Arasındaki İlişki	45
4.10. Katılımcıların Bebeklerinin Klinik Özellikleri ile DSDÖ Boyutları Arasındaki İlişki	49
4.11. Katılımcıların Doğum Sonu Destek Alma Durumları ile DSDÖ Boyutları Arasındaki İlişki	51
4.12. Katılımcıların Doğum Sonrası/Bebek Bakımına Yönelik Bilgi/Eğitim Alma Durumları ile DSDÖ Boyutları Arasındaki İlişki	53
4.13. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ile DSDÖ Boyutları Arasındaki İlişki	56
4.14. SBÇT Ölçeği ve DSDÖ Alt Boyutlarının Korelasyon Analizi Sonuçları	58
5. TARTIŞMA	63
6. SONUÇLAR	73
7. ÖNERİLER	75
8. KAYNAKLAR	76
9. EKLER	91
EK 1.	91

SİMGELER VE KISALTMALAR

AHSHB	: Ankara Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı
ANP	: Atrial Natriüretik Peptit
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
DM	: Diabetes Mellitus
DSDÖ	: Doğum Sonu Destek Ölçeği
DSM	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EDSDÖ	: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği
FSH	: Folikül Stimulan Hormon
Gr	: Gram
hCG	: Human Koryonik Gonadotropin
ICD-10	: International Classification of Disease 10 (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması 10)
KG	: Kilogram
LH	: Luteinizan Hormon
MAKS	: Maksimum
MİN	: Minimum
N	: Sayı
SD	: Standart Sapma
SBÇT	: Stresle Başa Çıkma Tarzları
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo	Sayfa
Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri (N=143)	30
Tablo 2. Katılımcıların klinik ve obstetrik özellikleri (N=143)	32
Tablo 3. Katılımcıların bebeklerinin klinik özellikleri (N=143)	33
Tablo 4. Katılımcıların doğum sonrası/ bebek bakımına yönelik bilgi/egitim alma durumları (N=143)	34
Tablo 5. 36	
Tablo 6. Katılımcıların DSDÖ “İhtiyacın Önemi” boyutu toplam ve alt boyut puan ortalamaları	36
Tablo 7. Katılımcıların DSDÖ “Alınan Destek” boyutu toplam ve alt boyut puan ortalamaları (N=143)	37
Tablo 8. Katılımcıların DSDÖ “İhtiyacın Önemi” boyutu puanına göre kategorilere dağılımı (N=143)	37
Tablo 9. Katılımcıların DSDÖ “Alınan Destek” boyutu puanına göre kategorilere dağılımı (N=143)	38
Tablo 10. Katılımcıların SBÇT ölçeği alt boyut puan dağılımı (N=143)	39
Tablo 11. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile DSDÖ “İhtiyacın Önemi” boyutu arasındaki ilişki (N=143)	41
Tablo-12. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile DSDÖ “Alınan Destek” boyutu arasındaki ilişki (N=143)	44
Tablo 13. Katılımcıların klinik ve obstetrik özellikleri ile DSDÖ “İhtiyacın Önemi” boyutu arasındaki ilişki (N=143)	46
Tablo 14. Katılımcıların klinik ve obstetrik özellikleri ile DSDÖ “Alınan Destek” boyutu arasındaki ilişki (N=143)	48
Tablo 15. Katılımcıların bebeklerinin klinik özellikleri ile DSDÖ “İhtiyacın Önemi” boyutu arasındaki ilişki (N=143)	49
Tablo 16. Katılımcıların bebeklerinin klinik özellikleri ile DSDÖ “Alınan Destek” boyutu arasındaki ilişki (N=143)	50
Tablo 17. Katılımcıların doğum sonu destek alma durumlarının DSDÖ “İhtiyacın Önemi” boyutu arasındaki ilişki (N=143)	51

Tablo 18. Katılımcıların doğum sonu destek alma durumları ile DSDÖ “Alınan Destek” boyutu arasındaki ilişki	53
Tablo 19. Katılımcıların doğum sonrası/bebek bakımına yönelik bilgi/eğitim alma durumlarının DSDÖ “İhtiyacın Önemi” boyutu arasındaki ilişki (N=143)	54
Tablo 20. Katılımcıların doğum sonrası/bebek bakımına yönelik bilgi/eğitim alma durumlarının DSDÖ “Alınan Destek” boyutu arasındaki ilişki	55
Tablo 21. SBÇT Ölçeği ile DSDÖ “İhtiyacın Önemi” boyutu arasındaki ilişki (N=143)	56
Tablo 22. SBÇT Ölçeği ile DSDÖ “Alınan Destek” boyutu arasındaki ilişki	57
Tablo 23. DSDÖ ve SBÇT Ölçeği alt boyutları değişkenler arası korelasyon analizi	59

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil	Sayfa
Şekil 1. Annenin duygusal iyilik halini etkileyen faktörlerin tanımlanması	17
Şekil 2. Annenin iyiliğini destekleme sistemi: Sosyal davranışlar, kaynaklar, annenin baba, bebek ve aile ile olan ilişkisi	17

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik	Sayfa
Grafik 1. Bebek bakımı ve ev işlerinde destek alma oranları dağılımı	36
Grafik 2. Katılımcıların DSDÖ “İhtiyacın Önemi” boyutu puanına göre kategorilere dağılımı	38
Grafik 3. Katılımcıların DSDÖ “Alınan Destek” boyutu puanına göre kategorilere dağılımı	39

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü “her gebe kadının ve yenidoğanın; doğum ve doğum sonrası dönemde kaliteli bakım aldığı” bir dünyayı öngörmektedir. Çünkü tüm kadınların doğum öncesi, sırası ve sonraki haftalarda vasıflı bakıma ve desteğe ihtiyacı vardır (1). Kadının sağlığını olumsuz etkileyen, yaşam kalitesini düşüren en önemli sağlık sorunlarının peripartum dönemde meydana geldiği yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (2).

Doğum sonu dönem kadının fiziksel, duygusal ve sosyal anlamda yeni hayatına uyum sağladığı, aynı zamanda bebeğin ailesiyle bütünleştiği dördüncü trimester olarak da bilinen bir dönemdir. Birçok kadın tarafından olumlu algılanmasının yanında çeşitli duygu durum bozukluklarının da görülebildiği gelişimsel bir kriz dönemidir (3, 4). Bu dönemde kadın bedeninde meydana gelen değişimlere adapte olmanın yanında bebek bakımı ile ilgili beceriler geliştirmekte, bebekle güvenli bir bağlanma ve iletişim sağlamaya çalışmaktadır. Annelik rolünün yanında önceden benimsenmiş eş rolü de değişime uğramakta ve kadın tüm bu anksiyete faktörleriyle karşı karşıya kalmaktadır. Bu süreçte anneye ihtiyaç duyduğu desteğin verilmemesi anne ve bebekte fiziksel ve psikososyal sorunlara yol açabilmektedir.

Annenin stresle başa çıkma yeteneği, yeni yaşamına, sorumluluklarına ve annelik rolüne nasıl uyum sağlayacağını belirleyicisidir. Bu yetenek kadının temel kişilik özelliklerine bağlıdır. Bu süreçte uyum sağlamak bazı kadınlar için daha zor olmaktadır (5). Fiziksel komplikasyonlar, hızla gerçekleşen fizyolojik değişimler, annede kronik yorgunluk, yetersizlik hissi, sosyal izolasyon, bebeğin mizacı, annenin ilgisinin bebeğin üzerinde olması ve bunun eşi ile ilişkisini olumsuz etkilemesi postpartum döneme uyumu zorlaştıran faktörlerdendir. Annenin uyumunu ve yeterlilik algısını artıran faktörler ise bebek bakımı hakkında aldığı bilgi, algılanan yaşam stresi, önceki ebeveynlik tecrübeleri, bu süreçte yaşadığı endişe ve sıkıntıları gidermede aldığı destek ve danışmanlıktır (6, 7).

Postpartum dönemde anne ve bebeğine bireysel, toplumsal ve kültürel bağlamda sürekli ve kapsamlı hizmet sunabilen birinci basamak aile hekimleri sağlığı

koruma, geliştirme, bakım ve destek verme açısından elverişli bir noktada bulunmaktadır. Yapılan çalışmalar danışmanlığın aile hekimleri tarafından verilmesinin branş uzmanlarına kıyasla daha etkili olduğunu ortaya koymakta ve aile hekimlerinin daha güvenilir bilgi kaynağı olarak görüldüğünü göstermektedir (8).

Bu konuda yapılan çalışmalara baktığımızda doğum sonu destek düzeyinin depresyon, doğum sonu konfor, emzirme yeterliliği ile ilişkisini inceleyen çalışmalar mevcuttur (9, 10, 11). Yine literatüre baktığımızda sosyal destek düzeyi ve stresle başa çıkma tarzlarının karşılaştırıldığı gebelerde ve prematüre bebeği olan kadınlarda yapılan çalışmalar bulunmaktadır (12, 13). Ancak postpartum dönem kadınların destek düzeylerini ve stresle başa çıkma tarzlarını birlikte inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu çalışma ile amacımız postpartum dönem kadınların destek düzeylerini ve stresle başa çıkma tarzlarını belirlemek ve aralarındaki ilişkiyi değerlendirmektir. Yapılan çalışmanın anne, bebek ve aile sağlığını korumada ve geliştirmede anahtar rolde olan aile hekimlerinin konuya olan farkındalığını arttıracakı düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Doğum Sonu Dönem

Doğum sonu dönem, annenin duygusal, fiziksel ve sosyal adaptasyonunun yaşandığı; bebeğin ise aileyle bütünleşmeye başladığı bir süreçtir. Doğumun ardından kadın annelik rolünü takınmaya başlar, bu yeni role adapte olurken ailenin diğer üyeleriyle ilişkiler de yeniden tanımlanır (3, 4, 14-16). Literatürde doğum sonu dönem, postpartum, lohusalık, puerperium olarak da geçmektedir. Bu dönemdeki kadın lohusa ya da puerpara olarak adlandırılır (17).

Bir geri dönüşüm süreci olan doğum sonu dönem, plasentanın doğumu ile başlar ve 6-12 hafta sürer (18, 19). Bu zaman diliminde annenin vücudunda gebelikte meydana gelmiş anatomik ve fizyolojik değişiklikler eski haline döner (17). Annenin normale dönüşü ilk iki hafta oldukça hızlıdır, sonra giderek yavaşlar. Bu dönemde sistemlerin eski halini alması aylarca sürebilir (20).

Doğum sonu dönem kendi içinde 3'e ayrılır;

Birinci dönem: İlk 6-12 saati kapsar ve akut faz olarak da adlandırılır. Bu dönemde değişim oldukça hızlı gerçekleşir. Postpartum hemoraji, amniyon sıvı embolisi, eklampsi, laserasyonlar, uterin atoni, uterin inversiyon gibi akut durumların yaşanabildiği bir süreçtir (21).

İkinci dönem: Subakut dönem olarak da adlandırılır ve doğum sonu 2-6 haftayı kapsar. Annede hemodinamik, genitouriner iyileşmeyle birlikte duygusal durum değişimleri de gözlenmektedir. Subakut dönemde meydana gelen değişimler akut faza göre daha yavaş gelişir. Perineal sorunlar, kardiyomiyopati, loşia takibinde beklenen renk ve miktar değişikliğinin olmaması, enfeksiyon, kanama ve postpartum depresyon bu dönemde yaşanabilecek komplikasyonlardır (22, 23).

Üçüncü dönem: Doğum sonrası 6-12 aya kadar devam edebilir. Gecikmiş doğum sonu dönem de denir. Fiziksel değişimlerin tamamlanması ile anneliğe uyum

sürecine girilir. Bir yandan annelik rolüne adaptasyon sağlanırken, sosyal çevre ve eş ile ilişkilerde de doğum öncesi döneme geçiş yaşanır (22, 24).

Bir başka sınıflandırma ise şöyledir:

1. **Kritik (Acil):** İlk 24 saatlik dönemi kapsar.
2. **Erken Doğum Sonu Dönem:** 24 saat- 1 hafta arasını kapsar.
3. **Geç Doğum Sonu Dönem:** 1-6 hafta arası dönemi kapsar (17).

Annenin fizyolojisi hem gebelikte hem de doğum sonrası dönemde önemli miktarda değişime uğrar. Hekim bu değişikliklerin farkında olmalı, özellikle postpartum kanama, sepsis, amniyotik sıvı embolisi, uterus inversiyonu gibi acil durumlarda gerekli tanı ve tedaviyi yapabilmek için normal ve anormal durumlar arasında ayırım yapabilmelidir.

Ayrıca lohusalık ve emzirme ile ilgili hormonal değişikliklerin bilinmesi de etkili bir doğum kontrol yöntemi planlanmasında önemlidir (25).

2.1.1. Doğum Sonu Dönemdeki Fizyolojik Değişiklikler

Hemodinamik Değişiklikler

Doğumun hemen ardından annede sıklıkla fiziksel yorgunluk görülür. Ağrı ve heyecan sebebiyle ilk gün nabızda artış görülebilir, sonraki günler normale döner (25). Kan basıncında görülen yükselme ağrıdan kaynaklanabildiği gibi preeklampsi belirtisi olabilir. Kan basıncındaki düşme (bazal kan basıncına göre $>20\%$) postpartum kanama veya septik şok kaynaklı olabilir (26).

Doğum sonrası kadınların $25-50\%$ 'inde görülen üşüme titreme ile birlikte vücut sıcaklığında hafif yükselme görülür (27, 28). Bu yükselme kas kasılmaları sonucu oluşan metabolitlerin absorpsiyonuna bağlanabilir. Ateşin normal sınırın üstünde çıkması veya üçüncü günden sonra görülmesi enfeksiyon düşündürmelidir. Doğumdan sonra 2-3 gün içerisinde solunum sayısı gebelik öncesi seviyeye düşmeye başlar (25, 29-31). Annede gebelik ürünlerinin atılımı ve doğumdaki kanama

nedeniyle 5-6 kg kilo kaybı meydana gelir. Kilo kaybı diürece bağlı olarak doğumdan sonra yaklaşık 6 ay kadar daha devam edebilir (25).

Uterus

Postpartum dönemde üreme organlarının normal fonksiyonlarına ve eski boyutlarına dönme sürecine involüsyon adı verilir. Fizyolojik bir süreç olan involüsyon özellikle ilk hafta çok hızlıdır. En belirgin değişiklikler uterusta meydana gelir (17, 32).

Plasental bölgede kan kaybının önlenmesi kas demetlerinin kasılmaları ve buna bağlı intramiyometriyal damarların daralması ile olur, bu bölgeye kan akışı engellenir. Kontraksiyonlar involüsyonu sağladığı gibi desiduanın atılmasında da rol oynar. Bu süreçte annede karın ağrısı ve kramplar meydana gelebilir. Uterusun kontraksiyonları ilk başlarda miyometriyum hücrelerinin boyutundaki azalma ile ilişkilidir. Takip eden süreçte boyuttaki azalma kan damarlarındaki otoliz ve enfarktüsten kaynaklanır. Doğumdan sonra östrojen ve progesteron seviyelerinin düşmesi ile otoliz süreci hızlanır (25, 33-37). Kasılmaların yetersiz oluşu erken dönem kanamaların en sık nedeni olan uterusta atoniyle sonuçlanabilir (38).

İnvolüsyon sürecini takip ederken uterus fundusunun sertliği ve yüksekliği önemli bir yol göstericidir. Doğumun üçüncü evresinin sonunda fundus orta hatta umbilikus seviyesinde, sert ve kontraktedir. (39) Düzenli olarak günde 1 cm küçülür, 10 günün sonunda pelvis içinde ve karın duvarından palpe edilemez durumdadır. Yaklaşık 1000 gr ağırlığında olan uterus 6-8 hafta sonra 60 gr 'a düşer (33, 38, 40).

Doğumda gebelik ürünlerinin tamamen atılması, komplikasyonsuz bir doğum süreci, primipar olmak ve emzirme uterus involüsyonunu kolaylaştırmaktadır (32, 41-44).

Loşia

Doğumdan sonra başlayıp postpartum dönem boyunca devam eden vajinal akıntıya **loşia** denir. Başlangıçta miktarı fazla olup zamanla azalır. Ortalama olarak 200-500 ml'dir ve genellikle bir aylık sürede atılır (44).

Miktarı ve rengi günden güne değişen loşia üç aşamada incelenir.

Loşia rubra: Koyu kırmızı renklidir. İçeriğinde kan, desidua parçaları, endometrial dokular ve mukus bulunur. 1-4 gün sürer.

Loşia serosa: 5-9 günler arasında görülür. Seröz yapıda olup sarımsı veya pembemsi kahverengidir. İçeriğinde kan, mukus ve lökositler içerir.

Loşia alba: 10 günden 6 haftaya kadar sürebilir. Açık sarı- beyaz bir renkte olup mukus içerir. Miktarı giderek azalır.

Loşia da kötü koku, büyük kan pıhtısı veya doku parçaları olması durumunda lohusa enfeksiyon açısından değerlendirilmelidir (10, 17, 25, 33).

Serviks

Doğumun ardından serviks ödemli, yumuşak ve sarkmış durumdadır. Normale dönmesi yaklaşık 6 hafta sürse de asla eski halini almaz. Ekdoservikte görülebilen küçük ekimotik laserasyonlar enfeksiyon açısından risk oluşturmaktadır. Dış servikal osta ikinci gün 2-3 cm olan açıklık ilk haftanın sonunda 1 cm'e kadar geriler. Doğum öncesi daire şeklinde görünen dış servikal os artık 'balık ağzı' şeklinde de tanımlanabilen yarık benzeri bir yapıdadır (10, 17, 42, 45, 46).

Vajina

Doğumda yüksek baskı ve gerilime uğrayan vajina ödemli, gevşek, düz ve incedir. Emzirmeyen kadınlarda over fonksiyonlarının geri dönmesi ve östrojen salgısı ile yaklaşık üç haftanın ardından vajinal tonus normale döner ve vajinada rugalar görülmeye başlar. Vajina büyük ölçüde eski haline döner ancak doğum öncesi boyutuna dönemez. Emziren kadınlarda ise östrojen seviyelerinin düşüklüğüne bağlı olarak bu süreç uzayabilir (25, 38, 47, 48).

Perine

Doğumdan sonra perine gevşek ve yaygındır. Hastada perinede ödem, yumuşak doku zedelenmesi, varis, laserasyonlar görülebilir. Pelvik taban kaslarında

güçsüzlük olup tonus yaklaşık 5. Gün civarı büyük ölçüde geri döner fakat doğumdan önceki haline göre daha gevşektir. Komplikasyon görülmemesi durumunda tam iyileşme yaklaşık 4-6 ay sürebilir (47-50).

Laktasyon

Memelerde görülen değişiklikler gebelik boyunca sürer ve laktasyonun erken evrelerine kadar devam eder. Duktal dallanma artışı lobuloalveolar hiperplazi ve hipertrofi izler. Gebelik boyunca hazırlanan meme dokusu, östrojen ve progesteron seviyelerinin düşmesi ve baskılanmış prolaktinin artışı ile doğumdan sonra üçüncü gün civarı laktasyona başlar. Bunun ardından emme ve sağma uyarısı ile galaktopoez olarak adlandırılan süt salgısının devamı ve korunması süreci gelir.

Emzirme döneminde memelerde ödem, sertleşme ve lokal ısı artışı görülebilir (17, 20, 51).

Endokrin Sistem

Doğum yapan kadınlarda ilk menstruasyon emzirme durumuna bağlı olarak değişiklik gösterir. Emzirmeyenlerde menstrüel fonksiyon ortalama 45- 64 gün arasında geri döner (52). Emziren annelerde ise emzirmenin sıklığına ve yoğunluğuna göre değişir.

Bu durum yüksek serum prolaktin düzeyleri ile ilişkilendirilir (53). Yüksek prolaktin düzeyi overlerin Folikül Stimülant Hormon (FSH)' a karşı yanıtını engeller, Lüteinizan hormon (LH) salınımını baskılar. Bu durum anne emzirdiği sürece doğal bir korunma yöntemi sağlar.

Emzirmeyen kadınların %70'inde doğumdan sonra 12. haftaya kadar, emzirenlerde ise genellikle 4-5 ay içinde menstruasyon gerçekleşir. Menstruasyondan önce ovulasyon başlayabildiğinden emzirmeyen kadınlar 3 hafta sonra, emziren kadınlar ise 3 ay sonra ek doğum kontrol yöntemlerine başvurmalıdır (38, 52, 54-56).

Doğum sonrası Human Koryonik Gonadotropin (hCG) seviyelerindeki düşüş sonucu tiroid bezi hacmi yaklaşık 12. haftada, tiroid fonksiyonları da 4. haftada normale döner (57, 58).

Renal Sistem

Doğum sonrası ilk günler annede pelvik taban kaslarının tonusu, karın kaslarının gevşekliği, mesane atonisi, üretra ödemi veya genitoüriner travmaya bağlı refleks inhibisyon nedeniyle idrar retansiyonu görülebilir (59). Atrial Natriüretik Peptit (ANP)'in artışı (normalin 1,5 katı) ile aldosteron, anjiotensin II ve vazopressin inhibe olur, idrarla sodyum atılımı artar. Özellikle ilk iki hafta hızlı bir diürez meydana gelir.

Gebelik boyunca genişleyen üreterler ve böbrek pelvisi, artan glomerüler filtrasyon hızı ve renal plazma akımı doğum sonrası yaklaşık 6 haftada normale döner. Bu dönemde artan üriner sistem enfeksiyonu riskinden dolayı anneye 3-4 saatte bir mesanesini boşaltması önerilir (10, 60).

Hematolojik Sistem

Gebelikte meydana gelen hematolojik değişikliklerin normale dönüş hızı değişkenlik gösterir. Doğum sonrası ilk günler ekstravasküler alandan intravasküler alana sıvı geçişi sonrası kan volümü artar ve diürezde artış görülür. Volüm artışı sonucu azalan hematokrit değerleri 3-5 gün içinde artmış diürez ile birlikte normale döner. Hemoglobinin gebelik öncesi duruma dönmesi ise en az 4-6 ay sürmektedir. Doğumla ilişkili stres nedeniyle meydana gelen lökositoz yaklaşık 4 hafta içinde gebelik öncesi değerine döner. Gestasyonel trombositopeni ise 4-10 gün içinde düzelir. Daha da önemlisi protrombotik durumun normale dönüşü haftalar alabilir. Bu durum postpartum erken dönemde tromboembolik olaylar için artmış risk oluşturmaktadır (25, 38, 61-64).

Kardiyovasküler Değişiklikler

Miadında vajinal doğum sonrası annede ilk 10 dakikada kalp debisi % 60, atım hacmi % 70 oranında artar. Bir saatin ardından kalp debisi ve atım hacmindeki artış devam ederken atım hızı azalır, kan basıncı ise değişmez. Bu değişiklikler doğum sonrası yaklaşık 6 hafta içinde normale döner (17, 38).

Preeklampsi tanılı hastalarda kan basıncı genellikle ilk 48 saatte düşse de 3-6 gün arası tekrar yükselebilmektedir. Bununla birlikte doğum sonrası yeni başlayan hipertansiyon da %0,3-0,7 oranında bildirilmiştir. Bu sebeple hastalara taburculuk sonrası kan basıncı kontrolü önerilmektedir (19, 65).

Gastrointestinal Sistem

Doğum sonrası annede vücut sıvılarının kaybı, yetersiz besin ve sıvı alımı, abdominal kaslarda tonusun azalması ve mobilitenin az olmasına bağlı kabızlık ve şişkinlik görülebilir. Gebelik boyunca annede görülebilen gastroözefageal reflü semptomları doğum sonrası progesteron ve gastrin seviyelerindeki düşüş ile birlikte 3-4 gün içinde düzelir. Erken mobilizasyon ve yeterli sıvı alımı bu sürecin hızlanması için oldukça önemlidir (10, 17, 38, 66, 67) .

Deri ve Saçlar

Gebelik sırasında en sık görülen cilt değişikliği hiperpigmentasyondur ve genellikle 6-8 hafta arasında kaybolur (68, 69). Venöz dilatasyon ve artmış hidrostatik basınç nedeniyle alt ekstremitelerde oluşan ödem ve varikozite doğum sonrası düzelir (70).

Gebelikte elastik liflerde yırtılma fazla miktarda olursa karın derisi gevşek kalabilir. Oluşan striaların rengi kırmızıdan soluk sedef rengine döner ve kalıcıdır (71).

Gebelikte anajen (büyüme aşaması) saçların telojene (dinlenme aşaması) ilerleyişi normale göre daha yavaş olduğundan saçlar gebelikte daha yoğun görülür. Doğumla birlikte bu durum tersine döner ve yaklaşık 1-5 ay sonra annede saç

dökülmesi görülür. Bu dökülme 6-15 ay içinde kendini sınırlar ancak saçlı deri yoğunluğu gebelik öncesine tam anlamıyla dönmeyebilir (38, 72, 73).

2.1.2. Doğum Sonu Dönemdeki Psikolojik Değişiklikler

Doğum sonrası dönemde anneler yaşadıkları anatomik ve fizyolojik değişimlerin yanında bebek sahibi olmanın sorumluluğunun hissedildiği ve annelik rolüne uyum sağladıkları yeni ve zor bir dönem yaşarlar. Bir yandan bebeğin bakımı ve ihtiyaçlarını karşılamaya çalışırken diğer yandan yorgunluk, uykusuzluk ve günlük yaşantıda yaşanan değişikliklerle baş etmeye çalışırlar. Bu dönem kadınlar için oldukça hassas bir dönem olup duygu durum bozukluklarının görülme riski yüksektir (74). Annenin bu dönemde yaşadığı psikolojik sorunlar sadece anneyi değil, uzun dönemde anne bebek bağı ve eşler arası ilişkileri de olumsuz etkileyebileceğinden oldukça önemlidir. Erken dönemde fark edilmeyen destek ihtiyacı annelik rolünün geç kazanılmasına, annede depresyona ve tüm ailenin yaşam kalitesinin düşmesine neden olabilir (75-78).

Bu süreçte görülebilen duygu durum bozuklukları genel hatlarıyla 3'e ayrılabilir; Annelik hüznü, postpartum depresyon ve postpartum psikoz (79). Yapılan çalışmalar ifade edilen bu üç durum dışında postpartum dönemde annelerde anksiyete, obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğunun da meydana gelebileceğini göstermektedir (80).

Annelik Hüznü

Literatürde maternity blues, baby blues olarak da geçmektedir (9, 79). Annelik hüznü doğumdan sonraki ilk hafta kadınların % 40'ında kendini belli etmektedir (81). İlk kez doğum yapan kadınlarda görülme sıklığı daha fazladır (82).

Doğumun ardından emzirme ile ilgili sorunlar, bebeğin bakımı ile ilgili stres ve yetersizlik hissi, ailede depresyon öyküsü olması annelik hüznü ile ilişkilendirilmiştir. Ayrıca annede geçirilmiş doğum sonu depresyon öyküsü, premenopozal dönem veya oral kontraseptif kullanımı ile ilişkili ruh hali değişiklikleri,

doğum öncesi depresif belirtiler yaşanması ve sezaryen doğum risk faktörlerindedir (83-89).

Patogenezi tam olarak bilinmemekle birlikte çeşitli fikirler öne sürülmüştür. Bu konuda yapılan çalışmalar nörotransmitterlerde anormal artış ve aktiviteye yol açan hormonal değişikliklerin olabileceğini (90) , serotonerjik aktivitenin azaldığını (91) ve annelik hüznü riski taşıyan kadınların hormonal değişikliklere karşı daha hassas olduklarını göstermektedir (85).

Bu dönem üzüntü, kaygı, gergin ve anksiyetik ruh hali, nedensiz ağlama, bebek bakımından dolayı uykusuzluk ve bitkinliği de içeren bunalmaların olduğu geçici bir dönemdir (92-95).

Genellikle 1-3 gün arasında başlayan semptomlar, 3-7 gün arası doruk noktasına ulaşır ve 15 gün içinde herhangi bir ilaç tedavisine gerek olmadan kendiliğinden geriler. Bununla birlikte bu dönemi tanımak önemlidir. Bu dönemde anneye empatik yaklaşmak, destek vermek ve etkin dinlemek ayrıca depresyon açısından sıkı takip etmek uygun bir yaklaşımdır.

Yapılan çalışmalarda annelik hüznü yaşayan kadınların annelik hüznü yaşamayanlara göre 4-11 kat daha fazla postpartum depresyon riski olduğu gösterilmiştir. Ayrıca 4 kat daha fazla anksiyete bozukluğu gelişme riski de vardır. Bu nedenle semptomlar 2 hafta içinde gerileme ve annenin fonksiyonelliğinde azalmaya yol açarsa ileri psikiyatrik değerlendirme yapmak gerekir (9, 90, 93, 96-98).

Postpartum Depresyon

Doğum sonu depresyon ilk 3 ay içinde ortaya çıkan, psikotik belirtileri olmayan şiddeti değişkenlik gösteren depresif durum olarak ifade edilmektedir (99, 100). Etkilerinin daha uzun sürmesi, hem anneyi hem de bebeği önemli ölçüde etkilemesinden dolayı diğer iki bozukluktan ayrılır (101).

Amerikan Psikiyatri Birliği Tanısal ve İstatiksel El Kitabı Beşinci Baskı'ya (DSM-5) göre doğum sonu depresyon 'peripartum başlangıçlı' olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımlama gebelik esnasında veya doğumu takip eden 4 hafta

içinde ortaya çıkması durumunu ifade eder. Dünya Sağlık Örgütü'nün Uluslararası Hastalık Sınıflandırması 10. Revizyon (ICD-10) ise doğumdan sonraki 6 hafta içinde başlaması gerektiğini söylemektedir (102).

Postpartum depresyonun görülme sıklığı %10-15 civarındadır (103). Bu oran yüksek gelirli ülkelerde %10-20 iken düşük ve orta gelirli ülkelerde %20'nin üzerine çıkmaktadır (104). Ülkemizde yapılan bir çalışma doğum sonu depresyon görülme sıklığının Türkiye genelinde %23.8, metropollerde %21.2 ve büyümekte olan şehirlerde % 25 olduğunu ortaya koymuştur (105).

Görülme sıklığı ve uzun vadeli olumsuz sonuçları göz önüne alındığında doğum sonu depresyonun risk faktörlerini tanımak oldukça önemli hale gelmektedir.

Postpartum depresyon için risk faktörlerinden bazıları şunlardır: Gebelik ve gebelik öncesi depresyon öyküsü, istismar öyküsü olması, yüksek stres düzeyi, sosyal ve mali destek eksikliği, genç yaş (<25), partner yokluğu veya partner memnuniyetsizliği, istenmeyen gebelik durumu, bebeğin mizacı, doğum sonrası yaşanan emzirme veya sağlık sorunları, doğum sonrası annelik hüznü yaşanması (93, 106-111).

Türkiye'de yapılan bir araştırmaya göre risk faktörleri diğer araştırmaları doğrular niteliktedir. Bu araştırmada risk faktörlerinin en sık görüldüğü sosyodemografik özellikler düşük sosyoekonomik düzey, eğitim seviyesi ve iş durumudur (105).

Postpartum depresyonun patogenezi tam olarak bilinmemektedir. Genetik yatkınlık, hormonal değişiklikler, psikolojik ve sosyal durumlar ve stresin bu dönemde depresyon gelişmesiyle ilişkili olduğuna dair çalışmalar vardır (112, 113).

Postpartum depresyonda kadında uyku problemleri, konsantrasyon ve hafıza sorunları, umutsuzluk, ağlamaklı ruh hali, iştahsızlık ve intihar düşünceleri görülebilir. Postpartum mortalite oranlarına bakıldığında bu dönemde meydana gelen intihar oranının postpartum hemoraji ve hipertansif durumlara bağlı mortaliteye oranla daha yüksek olduğu görülmüştür (114).

Bu durum yalnızca anneyi etkilemekle kalmayıp bebeğin gelişiminde, kadının eşiyle olan ilişkisinde de olumsuz sonuçlara yol açar (115). Postpartum depresyon belirtileri olan annelerin çocuklarında uyku ve yeme sorunlarının yanında davranışsal problemlerin de olabildiği gösterilmiştir (107). Bu dönemde uykusuzluk, bitkinlik, yetersizlik ve değersizlik hissi yaşayan anneler bebekle yeterli duygusal bağ kuramadıkları için suçluluk hissederler. Buna ek olarak damgalanma korkusu ve depresif duyguların da eşlik etmesiyle anneler belirtilerini gizleyebilirler (78).

Bu durum postpartum depresyonun gözden kaçmasına yol açabilmektedir. Hastanın izlem ve takibini yapan birinci basamak hekiminin belirtileri iyi bilmesi ve anlaması oldukça önemlidir (116). Annelik hüznünün 2 haftadan uzun sürmesi ve semptomların şiddetlenmesi halinde hastanın değerlendirilmesi gerekir. Bu değerlendirme için 'Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği' kullanılabilir.

Postpartum depresyonun tedavisinde destekleyici eğitimsel girişimlerin önemli olduğu bilinmektedir. Tüm aileyi etkileyen ve krize sebep olabilen bu dönemde kadının sosyal desteğinin güçlü olması yaşanan sıkıntıları önemli ölçüde engellemektedir. Tedavide farmakoterapi ve kognitif davranış terapileri uygulanmaktadır (117, 118).

Postpartum psikoz

Doğum sonrası görülen duygu durum bozukluklarının en şiddetlisi psikozdur. Bulgular genellikle doğumdan sonra 3 hafta içerisinde ortaya çıkar. Postpartum depresyondan farklı olarak sanrılar, halüsinasyonlar, düşüncede dağınıklık ve tuhaf davranışlarla kendini gösterir. Postpartum psikoz görülen annelerin bebeğe ve kendine zarar verme riski olduğundan hastaneye yatırılarak tedavi edilmesi gerekir (119).

Prevelansı nispeten daha az olup %0,1-0,2'dir. Yapılan çalışmalar bir kadının, hayatındaki diğer dönemlerle kıyaslandığında, doğum sonrası ilk ayda psikoz nedeni hastane yatış riskinin yüksek olduğunu göstermektedir (120-123).

Risk faktörlerine bakıldığında kişinin kendisinde veya ailesinde geçirilmiş postpartum psikoz öyküsü, doğum öncesi bipolar bozukluk, şizofreni tanıları olması

sayılabilir. Buna ek olarak primipar olmak da risk faktörleri arasında gösterilmiştir (108, 123).

Postpartum dönemde kadınlar sağlıklı bir ruh ve beden için desteklenmelidir. Bu nedenle, birinci basamakta hekim tarafından gebe ve lohusa izlemleri yapılırken, yaşanan fiziksel ve bedensel sorunlar kadar psikolojik sorunlar da göz önünde bulundurulmalı ve risk faktörleri dikkatle incelenmelidir.

2.2. Doğum Sonu Dönem ve Sosyal Destek

Sosyal destek; kişinin ihtiyaç duyduğu dönemde yakınları ve çevresi tarafından sağlanan maddi ve manevi yardımların tamamıdır. Karşılaşılan olumsuz durumların etkilerine karşı bireyi korur. Bununla birlikte sevgi, şefkat, öz saygı gibi gereksinimlerin karşılanmasında, kişinin fiziksel ve psikolojik sağlığının sürdürülmesinde de önemlidir (124-126).

Postpartum dönemde alınan destek kadına konfor sağlamakta, annelik rolüne uyumunu kolaylaştırmakta, yeterlilik duygusunu arttırıp depresyon riskini azaltmakta ve bebeğiyle olan ilişkisini olumlu yönde etkilemektedir. Bunların yanında annenin stres ve kaygı düzeyini düşürüp kendine olan güvenini arttırmakta, yaşam doyumunu ve kalitesini arttırmaktadır (127-129). Tüm bunlar bireyi tanıyan, onu destekleyen eş, aile, akrabalar, yakın çevre ve sağlık profesyonellerini içeren bir sosyal destek ağı tarafından sağlanır (130). Bu dönemde anneye sağlanan destek uyumaya, dinlenmeye, kişisel bakıma vakit sağlama, bebek bakımında, ev işlerinde yardım ve duygusal destek şeklinde olabilir (131, 132).

Sosyal destek 4 alt gruba ayrılır (133).

1. **Duygusal destek:** Sevgi, ilgi, empati, onay ve güven gibi sosyal ihtiyaçları içerir. Bu destek kişinin kurduğu ilişkilerde kabul gördüğüne ve kendisine değer verildiğine dair bilgisidir.
2. **Yardımcı destek:** Finansal ve konfor desteğini kapsar. Parasal destek, ev işlerinde ve çocuk bakımında yardım gibi somut eylemleri içerir.

3. **Bilgisel destek:** Kişinin karşılaştığı sorunlarla başa çıkmada kullanabileceği bilgidir. Annenin yaşı, eğitim düzeyi ve sosyoekonomik durumu bu desteğe olan ihtiyacı belirlemede etkili olan faktörlerdendir.
4. **Değerlendirme desteği:** Kişiyi kendini ve içinde bulunduğu şartları değerlendirme konusunda yardım etmektir (10, 130, 134-136).

Literatüre baktığımızda sosyal destek kavramı alınan sosyal destek ve algılanan sosyal destek olarak iki şekilde incelenir. Algılanan sosyal destek kişinin ihtiyaçlarının, ihtiyaç duyduğunda ne oranda karşılandığına dair algısıdır ve öznel bir kavramdır (137, 138).

Sosyal desteğin istenmemesi veya beklenen desteği karşılamaması durumunda destek etkisiz ve eksik olarak algılanmaktadır. Başkaları tarafından onaylandığını, ihtiyacı olduğunda yardım alabileceğini düşünen ve ilişkilerinden doyum alabilen bireylerin algıladıkları sosyal destek ise daha fazladır (139). Yapılan çalışmalar algılanan sosyal desteğin kişinin psikolojik sağlığı üzerinde alınan sosyal desteğe göre daha etkili ve belirleyici olduğunu göstermektedir (140-142).

2.2.1. Sosyal Destek Modelleri

Literatürde sosyal desteğin bireyi strese, olumsuz etkilerine karşı nasıl etkilediğini anlamamıza yardımcı olan ve sosyal desteğin sağlık üzerindeki etkisini inceleyen iki temel teoriden bahsedilmiştir (143, 144).

Temel Etki Modeli (Main Effect Model)

Temel ya da doğrudan etki kuramına göre, bireyin sosyal destek düzeyi yeterli ise hastalığa sebebiyet verecek kadar yüksek strese maruz kalmaz. Bu modele göre sosyal destek kişinin sağlığına ve kendini iyi hissetmesine her durumda olumlu katkı sağlar. Yeterli destek alınmadığında ise kişinin her durumda olumsuz etkilendiği savunulur. Bu görüşte sosyal desteğin stresi doğrudan kontrol altında tuttuğu kabul edilir (145-147).

Tampon Modeli (Buffering Effect Model)

Tampon etki modeline göre, sosyal destek stres verici durumların meydana getirdiği zararı azaltıp dengeler ve kişinin ruh sağlığını korur. Strese sebebiyet verecek bir durum olmadığında, desteğin olmayışı kişide herhangi bir olumsuzluğa yol açmaz. Ancak yüksek seviyede stres oluşturan durumlarda sosyal destek kişinin uyum sağlamasını ve bu durumla baş edebilmesini kolaylaştırır (144, 145).

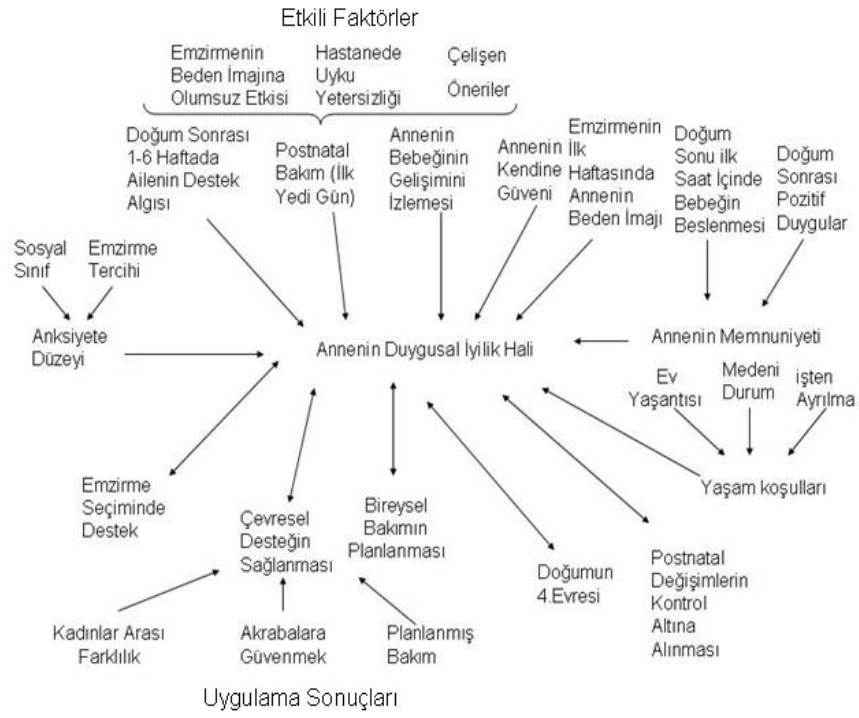
2.2.2. Sosyal Destek Kuramları

Kurt Lewin'in Alan Kuramı

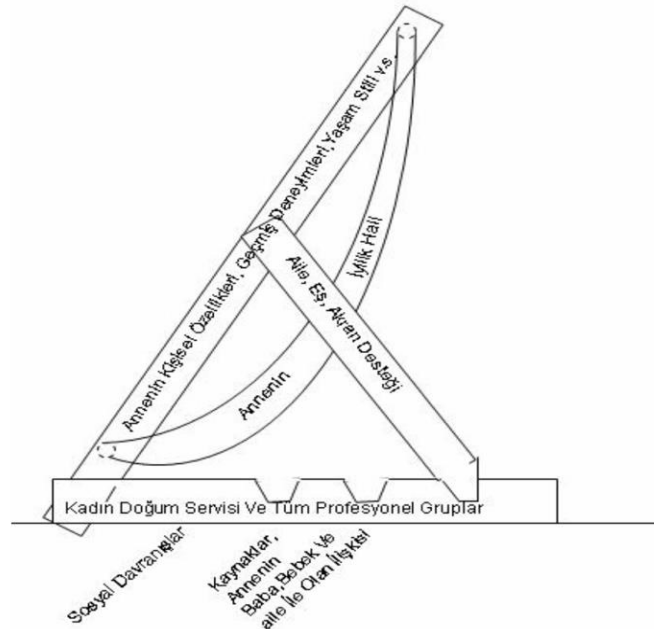
Sosyal desteğin kuramsal temeli Lewin'in "Alan Kuramı ve Davranış Tanımına" dayanmaktadır. Lewin'e göre davranış psikolojik çevrede meydana gelen değişme, yaşam alanı ise insanın davranışlarını etkileyen etmenlerin tümü olarak tanımlanır. Davranış kişinin psikolojik çevresinde olan değişimdir ve sosyal destek sistemi bu çevrede yer almaktadır (148).

Jean Ball'ın Şezlong Kuramı

"Annenin Duygusal İyiliği- Deck- Chair (Şezlong) Teorisi'ne göre doğum sonu bakımın amacı kadını annelik için etkin hale getirmektir. Doğum sonrası duygusal refleksleri değişen kadının kişiliği, ailesi, destek sistemleri ve aldığı desteği kalitesi maternal iyilik haline etki eder. Ball'a göre bu kavramlar dengede olmalıdır aksi halde şezlong devrilir. Annede rahatsızlık, gerginlik hissi ve duygusal olarak dengede olmama durumu şezlongun parçaları arası uyumsuzluk olduğunu gösterir (149-151)(Şekil 1 ve 2).



Şekil 1. Annenin duygusal iyilik halini etkileyen faktörlerin tanımlanması (Kaynak: Bryar ve ark., 2011; Dönmez & Karaçam, 2017)



Şekil 2. Annenin iyiliğini destekleme sistemi: Sosyal davranışlar, kaynaklar, annenin baba, bebek ve aile ile olan ilişkisi (Kaynak: Bryar ve ark., 2011; Dönmez & Karaçam, 2017)

Lieberman'ın Kuramı

Lieberman' a göre sosyal destek sağlayıcıları stres verici olayların oluşumunu önleyerek ya da olaylar meydana geldiğinde olayın algılanış biçimini değiştirerek bireyi korur ve sağlık halinin sürdürülmesinde tampon görevi görür. Kişinin stresli durumlarla başa çıkma yollarına etki eder ve olay sonuç bağlantısını değiştirebilir. Olayların kişinin kendine güven ve saygısını etkilemesini önler, durumun stres verici etkisini azaltarak sağlığa olumlu yönde etki eder (134, 152, 153).

2.3. Stres ve Stresle Başa Çıkma

Stres, kişinin biyolojik, fizyolojik ve ruhsal sınırların zorlanması sonucu ortaya çıkan savunma durumuna denir (154, 155). Cüceloğlu'na göre stres "bireyin fizik ve sosyal çevredeki uyumsuz koşullar nedeni ile bedensel ve fizyolojik sınırlarının ötesinde harcadığı gayrettir" (156).

Strese karşı verilen biyolojik tepkiler herkeste ortak basamaklar içermesine rağmen ruhsal açıdan bakıldığında kişilik, yaşanan olaylar ve çevre gibi birçok değişkene bağlı farklılıklar gösterir (155). Stres kaynakları psikolojik, biyolojik, sosyokültürel olabildiği gibi bunların birleşiminden de oluşabilir. Stres gibi stres kaynaklarının da bireyler tarafından algılanışı farklıdır (12, 157). Bireyin algısı, yaşam deneyimleri, bu deneyimleri anlamlandırma ve yönlendirme tarzı stresi dengelemede temel etkindir (156).

Stres dengelenemediğinde kişide çeşitli sorunlara yol açabilir. Bunlar baş ağrısı, uyku problemleri, iştahta değişiklik, diş gıcırdatma ve çene kasılması, gastrointestinal problemler, cilt bulguları ve kardiyak problemler gibi fiziksel belirtiler; kaygı, gerginlik, öfke patlamaları, saldırganlık, depresyon gibi duygusal belirtiler; unutkanlık, konsantrasyon güçlüğü, sürekli hayal kurma, tek bir düşünce ile meşgul olma, mizah anlayışında ve muhakeme yeteneğinde azalma gibi zihinsel belirtiler; başkasını suçlama, savunmacı tutum, birden çok kişiyle küsmek gibi sosyal

belirtilerdir (158). Bunlara ek olarak stres madde, sigara ve alkol kullanımına ve aşırı yeme-içmeye sebebiyet verebilir (155, 159).

Stres konusunda öncü bilim adamlarından Selye'nin "Genel Uyum Sendromuna" göre organizmanın strese karşı tepkisi üç aşamada gerçekleşir. Bunlar alarm tepkisi, direnme ve tükenme aşamalarıdır (155, 160, 161).

Alarm aşamasında kişinin bedeni "savaş ya da kaç tepkisi" gösterir. Bu aşamada oluşan fiziksel ve kimyasal değişimler sonucu kişide ani adrenalin salgısı, kalp atışlarının ve solunum hızlanması ve kan basıncında yükselme görülür. Alarm aşamasının ardından "uyum ya da direnme aşaması" gelir. Stresöre uyum sağlandığı takdirde parasempatik sistem aktive olur ve normalleşme başlar. Direnme aşamasında ise kişi strese karşı koymaya çalışır, ortaya koyabileceği olası tepkileri düşünür. Eğer birey stres ile başa çıkamaz ise fiziksel kaynaklarını kullanamaz hale gelir ve tükenme aşamasına geçer. Bu evrede parasempatik sistem aktiftir. Bu dönemde kişide hayal kırıklıkları vardır ve gelebilecek diğer stres etkenlerine karşı açıktır (162).

2.3.1. Stresle Başa Çıkma Tarzları

Stres kaynağının neden olduğu duygusal gerilimi azaltmak ya da bu gerilime dayanmak amacıyla bireyin sergilediği davranış ve duygusal tepkilerinin tamamına stresle başa çıkma denir (163).

Bir başka ifadeyle başa çıkma, kişinin stres kaynağının üstesinden gelebilmek ve içinde bulunduğu duruma dayanmak için geliştirdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal çabalarıdır (164).

Lazarus ve Folkman, başa çıkma tarzlarını problem odaklı ve duygusal odaklı olarak ikiye ayırmaktadır. Problem odaklı başa çıkma, genellikle kontrol edilebilir stres faktörlerinin olduğu durumlarda kullanılan daha aktif bir stratejidir. Problemi ortadan kaldırmaya ya da problemin yapısını değiştirmeye yönelik bilgiye dayanan akılcı tepkileri içermektedir. Bilişsel problem çözme, karar verme, çözümleme, öğüt alma gibi kavramları içerir (165-168). Duygusal odaklı başa çıkma ise pasif bir strateji olup stresin meydana getirdiği duygusal sonuçları ortadan kaldırmayı hedeflemektedir. Burada içinde bulunulan durumu yeniden anlamlandırarak stres üzerinde kontrolü

arttırma vardır. Uzaklaşma, inkâr, sosyal destek arayışı, sorunu düşünmeyi reddetme, kabullenme gibi kavramları içerir (168).

Sonuç olarak stresle başa çıkma dinamik bir süreç olup içinde yaşanan durumun boyutundan, kişinin durumla ilgili algısından etkilenir. Bu süreçte verilen tepkilerin birinin diğerine üstünlüğünden bahsetmek çok anlamlı değildir.

2.4. Aile Hekimliği ve Postpartum Dönem

Doğum sonu dönem anne ve bebek sağlığı üzerinde büyük bir öneme sahiptir. Yeterli ve uygun bir doğum sonu bakımın bu dönemde meydana gelen komplikasyonların önüne geçmede daha etkin ve düşük maliyetli olduğu gösterilmiştir. Ayrıca doğum sonu bakım gelecekteki sağlıklı ve iyi oluşu da etkilemektedir (169, 170).

Dünya Sağlık Örgütü, birçok anne ve bebeğin doğum sonu bakım hizmetinden yeterince yararlanamadığını, portpartum dönem mortalite ve morbidite oranlarının yüksek olduğunu ve meydana gelen ölümlerin 500 binden fazlasının önlenebilir nedenler olduğunu belirtmiştir (171).

Gelişmiş ülkelerde bakımın niteliği ve sıklığı değişmekle birlikte kadınların hemen hepsi doğum sonrası bakıma ulaşabilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde ise anne ve bebeklerin bakım ve destek ihtiyacı karşılanamamaktadır (172).

Ülkemizde ise kaliteli, standart ve nitelikli hizmet sunulması amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından “Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi” yayınlanmıştır ve sürekli olarak güncellenmektedir. Rehberde göre ilk izlem doğum sonrası 0-1. saatler arasında, ikinci izlem 1-6. saatler arasında, üçüncü izlem ise 6-24. saatler arasında olmak üzere hastanede yapılmaktadır. Dördüncü izlem doğum sonrası 2-5. Günler arasında, beşinci izlem 13-17. günler arasında, 6. izlem ise 30-42. günler arasında olmak üzere evde veya sağlık kuruluşunda yapılmaktadır (173).

Hastaneden taburcu olan anne ve bebeğin devam eden süreçte takibi birinci basamakta aile hekimleri tarafından yapılmaktadır. Aile hekimi ve aile sağlığı çalışanının yapmış olduğu izlemlerde doğru ve etkin emzirme, vücut hijyenini

sağlama, bebeğin göbek kordonu ve cilt bakımını sağlama ve bebek bakımı ile ilgili diğer önemli konularda etkili ve yeterli bilgilendirme sağlanabilmektedir. Ayrıca riskli durumlar ve ne zaman hekime başvurması gerektiği hakkında danışmanlık da verilmektedir. Aile hekimleri aile içi dinamikleri yakından takip etme olanağına sahip olduğundan annenin bu dönemde aldığı sosyal destek hakkında da gözlem yapabilmektedir. Doğum sonu bakım bunların yanında aile planlaması, kadının ruh sağlığı, beslenme ve hijyen konularında danışmanlığı da içermektedir (174). Bunların yanında preeklampsi gibi düzenli ve yakın takip gerektiren durumlar ile kardiyovasküler hastalık ve diyabet gelişimi açısından risk taşıyan gestasyonel diyabet hastaları için de aile hekimi izlemleri önemlidir (38).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Dizaynı

Tanımlayıcı kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Gülveren Eğitim Aile Hekimliği Birimi'nde yapılmıştır. Araştırmaya 23.02.2023 tarihinde etik onam ve il sağlık müdürlüğü onayı sonrası başlanmıştır. Veriler 23.02.2023-23.08.2023 tarihleri arasında toplanmıştır. 23.08.2023-23.09.2023 tarihleri arasında veri analizi, raporlama aşamaları tamamlanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Gülveren Eğitim Aile Hekimliği Birimi'ne başvuran postpartum kadınlar oluşturmuştur. Belirtilen araştırmanın yapılmasının planlandığı merkeze kayıtlı olan ve belirtilen süre aralığında doğum yapmış olan 130 kadın bulunmaktadır. Olası red oranı %10 olarak hesaplandığında ve dahil etme kriterlerinin değerlendirilmeye katılması ile olacak dışlanan kişiler hesaba katıldığında, örneklem için minimum 110 kadına ulaşılması planlanmıştır. Belirtilen tarih aralığında kayıtlı postpartum kadın nüfusundaki artış ile 149 kadına ulaşılmış olup; 6 kişi (%4,02) zaman problemi nedeniyle araştırmaya katılmayı reddetmiştir; toplamda 143 kişi (%97,94) çalışmaya katılmıştır.

Dahil etme kriterleri

- Postpartum dönemde olmak (Doğum sonrası 8 hafta)
- Öncesinde tanı almış psikolojik rahatsızlığı bulunmamak
- Koordinasyon problemi olmamak

- Anket sorularının hepsini yanıtlamak

Dışlama Kriterleri

- Öncesinde tanı almış psikolojik rahatsızlığı bulunmak
- Koordinasyon problemi olmak

3.4. Araştırmanın Yöntemi ve Veri Toplama Araçları

Çalışma, aile hekimliği birimine başvuran ve postpartum dönemde olan kadınlara yüz yüze anket soruları, “Doğum Sonrası Destek Ölçeği”, “Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği” ve “Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği” sorularak yapılmıştır. Başvuranların yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, aylık gelir durumu, çocuk sayısı, kronik hastalık durumu, evlilik yaşı, gebelik sayıları, düşük öyküleri, gebelikte sigara-alkol kullanımları, doğum haftası, doğum şekli, çocuğun cinsiyeti, çocuğun doğum ağırlığı, doğum komplikasyonu durumu, çocuğun gelişimi ve beslenme durumu, gebelik döneminde bebek bakımına dair eğitim alıp almadığı gibi faktörler karşılaştırılmıştır (EK-1).

3.4.1. Doğum Sonu Destek Ölçeği

Longsdon (175) tarafından geliştirilen, Ertürk (176) tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan “Doğum Sonu Destek Ölçeği (DSDÖ)” ölçeği “**ihtiyacın önemi**” ve bu ihtiyaca yönelik “**alınan destek**” olmak üzere iki kısımdan oluşmaktadır. Ölçek kolay okunabilir ve anlaşılabilir olarak hazırlanmış ve 8’li likert tipinde “Önemli Değil” (0)- “Çok Önemli” (7) şeklinde puanlandırılmış, 34 maddelik bir ölçektir. Ölçekte yer alan sorular her iki bölüm içinde ayrı ayrı sorulmakta ve her iki bölüm için ayrı toplam puan elde edilmektedir. Değerlendirme sonucunda, toplam puan ne kadar yüksek ise, desteğe olan ihtiyacın önemi ve alınan destek o kadar fazladır. DSDÖ’nin her iki bölümü de 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutları **Maddi destek** (1, 5, 8, 9, 11,19, 22, 23, 30); beslenme, hijyen, para ve kadının görevleri konusunda özgür seçimi ile ilgili destek görmesini içermektedir. **Duyusal destek** (2, 10,12, 13, 15, 20, 25, 27, 33, 34); cesaretlendirilme, sevilme,

onaylanma ve birlikteliği hissettirmeye dayanmaktadır. **Bilgi desteği** (3, 6, 7, 14, 17, 21, 24, 26, 28, 31); bilgiyi paylaşma, yenilikler konusunda bilgilendirilme ve problem çözümünde yardım görmeyi içermektedir. **Karşılaştırma** (4, 16, 18, 29, 32); benzer durumda (doğum sonrası dönemde) başka bir kadın ile kendini kıyaslamaya dayanmaktadır. Ölçeğin her iki bölümü içinde alınabilecek en düşük puan 0 en yüksek puan 238'dir. İhtiyacın Önemi boyutunda alınan puan "130 puan ve altında", "131-150 puan arasında" ve "151 puan ve üstü" olarak üç kategoriye ayrılmıştır. Buna göre 130 puan ve altında alan kadınlar için doğum sonrası destek ihtiyacı "Önemli Değil", 131-150 puan arasında alanlar için "Önemli" ve 151 puan ve üstü alan kadınlar için "Çok Önemli" olarak değerlendirilmiştir. Alınan Destek boyutunda alınan puan "99 puan ve altında", "100-134 puan arasında" ve "135 puan ve üzeri" olarak üç kategoriye ayrılmıştır. Buna göre 99 puan ve altında alan kadınlar için doğum sonrası aldığı destek "Destek Yok", 100-134 puan arasında alanlar için "Destek var" ve 135 puan ve üstü alan kadınlar için "Destek Çok Fazla" olarak değerlendirilmiştir. Ölçek toplam puanına göre Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı: 0.95 ve madde toplam puan korelasyonları 0.435–0.717 arasındadır.

3.4.2. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Folkman ve Lazarus tarafından geliştirilen Başa Çıkma Yolları Envanteri'nden (Ways of Coping Inventory) hareketle Şahin ve Durak (177) tarafından üniversite öğrencileri için hazırlanmış ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır. İyimser yaklaşım alt ölçeği için elde edilen güvenirlik katsayısı 0.68 ile 0.49 arasında değişmektedir. Kendine güvenli yaklaşım 0.62 ile 0.80 arasında, çaresiz yaklaşım alt ölçeği için 0.64 ile 0.73 arasında, boyun eğici yaklaşım alt ölçeği için de 0.47 ile 0.72 arasında çıkmıştır. Sosyal desteğe başvurma alt ölçeği için ise 0.47 ile 0.45 olarak değişmektedir. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ), 30 madde içeren, 0-3 puan aralığında olan, 4'lü likert tipi bir ölçektir. Puanlama anahtarı %0= 0, %30=1, %70=2, %100=3 şeklindedir. Ölçeğin 1. ve 9. maddeleri ters puanlanmaktadır. Ölçeğin üç farklı örneklem kullanılarak gerçekleştirilen faktör analizleri sonuçları, probleme yönelik/ etkili yöntemler ile duygulara yönelik/ etkisiz yöntemler olarak iki boyutu olduğunu; kendi içlerinde de "Kendine Güvenli Yaklaşım" (7 madde), "İyimser Yaklaşım" (5 madde), "Çaresiz Yaklaşım" (8 madde),

“Boyun Eğici Yaklaşım” (6 madde) ve “Sosyal Destek Arama” (4 madde) olmak üzere 5 alt boyuta ayrılabilceğini göstermiştir. Ölçeğin her bir alt boyutundan alınan puanların toplanıp o boyuta ait madde sayısına bölünmesi ile her bir alt boyuta ait ortalama bir puan elde edilmektedir. Ölçek toplam puanı ise hesaplanmamaktadır. Bireyin yüksek puan aldığı alt boyut, söz konusu yaklaşımı daha fazla kullandığını ifade etmektedir. “Kendine Güvenli Yaklaşım”, “İyimser Yaklaşım” ve “Sosyal Destek Arama” alt boyutlarından alınan puanların artması stresle başa çıkmada etkili yöntemlerin, “Çaresiz Yaklaşım” ve “Boyun Eğici Yaklaşım” alt boyutlarından alınan puanların artması ise etkisiz yöntemlerin kullanıldığını belirtmektedir. Her bir alt boyuta ait olan maddeler aşağıda verilmiştir.

Kendine Güvenli Yaklaşım: 8, 10, 14, 16, 20, 23, 26

İyimser Yaklaşım: 2, 4, 6, 12, 18

Çaresiz Yaklaşım: 3, 7, 11, 19, 22, 25, 27, 28

Boyun Eğici Yaklaşım: 5, 13, 15, 17, 21, 24

Sosyal Destek Arama: 1, 9, 29, 30

3.4.3. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

Cox ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek doğum sonrası dönemde depresyon yönünden riski belirlemek, düzey ve şiddet değişimini ölçmek için kullanılmaktadır (178). Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) 10 maddeden oluşan, dördümlü 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 (179). EDSDÖ'nün kesme noktası 12/13 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.

Ölçek kullanım izinleri alınmıştır.

3.4.4. Araştırmanın Parametreleri ve Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler

Doğum Sonu Destek Ölçeği (DSDÖ) Puanı

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇT) Puanı

Bağımsız Değişkenler

Yaş

Medeni durum

Eğitim Durumu/Eşin eğitim durumu

Meslek/eş mesleği

Çalışma durumu/Aylık gelir durumu

Aynı evde beraber yaşadığı kişi sayısı

Kronik hastalık varlığı

Evlenme yaşı

Gebelik sayıları/Düşük öyküsü/Çocuk sayısı

Doğumun üzerinden geçen gün sayısı

Gebelikte sigara/alkol kullanımı

Gebelik türü

Çocuğun doğum haftası/Doğum şekli

Çocuk cinsiyeti/doğum ağırlığı/doğum komplikasyonu durumu

Çocuğun kronik hastalığı

Çocuğun beslenme durumu (anne sütü/mama)

Doğum sonrası bebek bakımı/ev işlerinde destek alma durumu

Eşin ev işlerine/bebek bakımına katılma durumu

Gebelikte doğum sonrası/bebek bakımına yönelik eğitim/bilgi alma durumu

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ)

3.5. Verilerin Toplanması

Çalışma ile ilgili etik kurul ve kurum izinleri Hacettepe Üniversitesi ilgili kurumlarından alınmıştır. Çalışma anket yardımıyla yüz yüze görüşülüp onam alınan postpartum bireylere yapılmıştır. ASM'ye kayıtlı tüm postpartum dönemdeki kadınlar davet edilmiştir. Davetler bebeklerin aşı günü ya da topuk kanı alınma randevularına denk getirilmeye çalışılmıştır. Anket formları bilgilendirilmiş onam formlarını okuyup, çalışmaya katılmayı onaylayanlara verilmiş, anket doldurulduktan sonra tekrar toplanmıştır. Anketin uygulanması ortalama 10-15 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.

Araştırma annelerin eğitim durumu “okuryazar değil”, “ilköğretim”, “ortaöğretim”, “lise”, “üniversite ve üzeri” şeklinde sorulmuş olup, analiz kısmında “okuryazar değil” ve “ilköğretim” birleştirilerek “ilköğretim ve altı” şeklinde kategorize edilmiştir.

Araştırmada annelerin mesleği açık uçlu sorulmuş olup, analiz kısmında “sağlık çalışanı”, “sağlık çalışanı dışı memur” ve “diğer” şeklinde kategorize edilmiştir.

Araştırmada eş mesleği açık uçlu soru şeklinde sorulmuş olup, analiz kısmında “sağlık çalışanı” “sağlık çalışanı dışı memur” ve “diğer” şeklinde kategorize edilmiştir.

Araştırmada katılımcılara “doğum sonrası bebek bakımı/ev işlerinde size yardımcı olan kimse var mı, varsa kim” şeklinde açık uçlu sorulmuş olup analiz kısmında “kendi ailesi”, “eşinin ailesi”, “aile dışı” ve “eş” olarak kategorize edilmiştir.

Araştırmada “gebelik döneminde doğum sonrasına / bebek bakımına yönelik eğitim/bilgi aldınız mı, evet ise nereden bilgi/eğitim aldınız” şeklinde açık uçlu sorulmuş olup analiz kısmında “internet”, “kitap, makale”, “sağlık çalışanı”, “çevre” şeklinde kategorize edilmiştir.

3.6.2. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada elde edilen niceliksel veriler SPSS v23.0 Statistics software versiyonu (IBM Corp., Armonk, NY, USA) ile analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde sayı (n), yüzde (%), ortalama (ort), standart sapma (SD) ve minimum (min) -maksimum (maks) değerleri kullanılmıştır. Sıralı ve sayımlı verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Ki-kare testinde herhangi bir hücrenin 5’in altında kalması durumunda Fisher’s exact testi kabul edilmiştir. 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 görülme-yen durumlarda Mann Whitney-U testi ile yapıldı. Üç düzeyli karşılaştırmalar normal dağılım görülme-yen durumlarda Kruskal Wallis-H testi ile incelendi. İlişki görülmesi halinde Bonferroni düzeltme testi kullanıldı. Niceliksel değişkenler arasında doğrusal ilişkiler Pearson Korelasyon Analizi ile test edilmiştir. Tüm analizlerde anlamlılık düzeyi (Tip 1 hata olasılığı) 0,05 ve güç düzeyi (Tip 2 hata olasılığı) %80 alınarak, istatistiksel anlamlılıklar belirlenmiştir. Kaynakça EndNote™ X20.2.0, Clarivate Analytics (US) LLC. programı ile düzenlenmiştir.

3.7. Araştırma İzinleri

Araştırmanın etik onayı 06.09.2022 tarihinde Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan GO 22/764 Araştırma/Proje Numarası ile alınmıştır.

Araştırmanın T.C. Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü onayı AHSHB Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Talepleri

Değerlendirme Komisyonu tarafından değerlendirilip 23.02.2023 tarihli ve E-51381736 sayılı yazı ile alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Araştırmaya katılan 143 katılımcının yaş ortalaması $28,89 \pm 5,36$ (min=18, max= 44) idi. Katılımcıların %100'ü (n=143) evli olup evde beraber yaşadıkları kişi ortalaması $4,23 \pm 1,45$ (min=2, max= 10) idi. Kişilerin eğitim durumuna bakıldığında %25,9'u (n=37) okuryazar veya ilköğretim mezunu, %21,7'si (n=31) ortaöğretim mezunu, %25,9' u (n=37) lise mezunu ve %26,6'sı (n=38) üniversite mezunu idi.

Katılımcıların %22,4'ü (n=32) doğum izninde olup, %77,6'sı (n=111) gelir getiren bir işte çalışmamaktaydı, aktif bir işte çalışan katılımcı bulunmamaktaydı. Doğum izninde olan 32 katılımcının %90,6'sı (n= 29) tekrar çalışmayı düşünmekteydi.

Meslek gruplarına bakıldığında %46,9' unu (n=15) sağlık çalışanı dışı memur, %40,6'sını (n=13) sağlık çalışanı ve %12,5' sini (n=4) diğer meslek grupları oluşturmaktaydı. Katılımcıların eşlerinin eğitim durumları değerlendirildiğinde %12,6'sı (n=18) okuryazar ve ilköğretim mezunu, %23,8'i (n=34) ortaöğretim mezunu, %36,4'ü (n=52) lise mezunu, %27,3'ü (n=39) üniversite mezunu olduğu saptandı. Kişilerin eşlerinin meslek gruplarına bakıldığında ise memur dışı diğer meslek grupları %68,5 (n=98) ile çoğunluğu oluştururken, sağlık çalışanı dışı memur oranı %23,1 (n=33) ve sağlık çalışanı oranı %8,4 (n=12) idi. Katılımcılar tarafından aylık gelirin yeterli olup olmadığı sorusuna %54,5 (n=78) oranında yeterli şekilde yanıt verildi (Tablo 1'de özetlenmiştir).

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri (N=143)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Medeni durum		
Evli	143	100
Bekar	0	0
Eşinden boşanmış	0	0
Eşi vefat etmiş	0	0
Eğitim durumu		
İlköğretim ve altı	37	25,9
Ortaöğretim	31	21,7
Lise	37	25,9
Üniversite ve üzeri	38	26,6
Çalışma durumu		
Çalışıyor	0	0
Çalışmıyor	111	77,6
Doğum izni	32	22,4
Meslek		
Sağlık çalışanı	13	40,6
Sağlık çalışanı dışı memur	15	46,9
Diğer	4	12,5
Tekrar çalışma düşüncesi		
Evet	29	90,6
Hayır	3	9,4
Eşinin eğitim durumu		
İlköğretim ve altı	18	12,6
Ortaöğretim	34	23,8
Lise	52	36,4
Üniversite ve üzeri	39	27,3
Eşinin mesleği		
Sağlık çalışanı	12	8,4

Sağlık çalışanı dışı memur	33	23,1		
Diğer	98	68,5		
Aylık gelir yeterliliği				
Yeterli	78	54,5		
Yeterli değil	65	45,5		
	Ortalama	SS	Min	Maks
Yaş	28,89	5,36	18	44
Birlikte yaşadığı kişi sayısı	4,23	1,45	2	10

SS: Standart sapma, Min: Minimum, Maks: Maksimum

4.2. Katılımcıların Klinik ve Obstetrik Özellikleri

Kişilerin %13,3'ü (n=19) kronik hastalığı (Hipotiroidi, Tip 1 Diabetes Mellitus, Tip 2 DM, hipertansiyon, astım, epilepsi) olduğunu bildirmiştir.

Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği skalasına göre değerlendirildiğinde, postpartum depresyon bulunan katılımcıların oranı %37,8 (n=54) idi.

Katılımcıların evlilik yaş ortalaması $21,74 \pm 3,77$ (min=16, max=35) idi. Gebelik sayılarına bakıldığında ortalamanın $2,60 \pm 1,74$ (min=1, max= 13) olduğu görülmektedir. Kişilerin %25,9'unda (n= 37) düşük öyküsü bulunmaktaydı. Düşük öyküsü bulunan 37 kadının düşük sayısı ortalaması $1,67 \pm 1,78$ (min=1, max= 11) idi.

Gebelikte sigara-alkol kullanımına baktığımızda kişilerin %91,6'sı (n=131) gebelik boyunca sigara ve alkol kullanmamış olup, %6,3'ü (n=9) yalnızca sigara, %0,7'si (n=1) yalnızca alkol ve %1,4'ü (n=2) her ikisini de kullanmış bulunmaktaydı. Gebelik türü planlanmış gebelik olanların oranı %72,0 (n= 103), beklenmedik gebelik olanların oranı %19,6 (n= 28), tedavi yöntemiyle gebe kalanların oranı %4,9 (n=7) ve istenmeyen gebelik olanların oranı %3,5 (n=5) idi. Doğum şekli sezaryen olanlar %67,8 (n=97) ile çoğunluğu oluşturmaktaydı. Katılımcıların toplam çocuk sayısı ortalaması $2,09 \pm 1,15$ (min=1, max= 6) idi. Çalışmaya katılan kadınların son doğumlarının üzerinden ortalama $37,82 \pm 14,7$ (min=2, max=55) gün geçmiş bulunmaktaydı (Tablo 2' de gösterilmiştir).

Tablo 2. Katılımcıların klinik ve obstetrik özellikleri (N=143)

	Sayı (n)		Yüzde (%)	
Kronik hastalık öyküsü				
Var	19		13,3	
Yok	124		86,7	
Postpartum depresyon				
Var	54		37,8	
Yok	89		62,2	
Düşük öyküsü				
Var	37		25,9	
Yok	106		74,1	
Sigara-alkol kullanımı				
Her ikisini	2		1,4	
Yalnızca sigara	9		6,3	
Yalnızca alkol	1		0,7	
Hiçbiri	131		91,6	
Gebelik türü				
Planlanmış gebelik	103		72,0	
Beklenmedik gebelik	28		19,6	
Tedavi yöntemleri ile	7		4,9	
İstenmeyen gebelik	5		3,5	
Doğum şekli				
Normal vajinal doğum	46		32,2	
Sezaryen	97		67,8	
	Ortalama	SS	Min	Maks
Evlilik yaşı	21,74	3,77	16	35
Gebelik sayısı	2,60	1,74	1	13
Düşük sayısı	1,67	1,78	1	11
Çocuk sayısı	2,09	1,15	1	6
Doğumun üzerinden geçen gün sayısı	37,82	14,7	2	55

SS: Standart sapma, Min: Minimum, Maks: Maksimum

4.3. Katılımcıların Bebeklerinin Klinik Özellikleri

Katılımcıların bebeklerinin %52,4'ü (n=75) kız cinsiyet idi. Doğum haftaları: %18,2'si (n=26) <37 hafta, %80,4'ü (n=115) 38-42 hafta, %1,4'ü (n=2) >42 hafta idi. Doğum ağırlıkları oranlarına baktığımızda ise %11,9'u (n=17) <2500 gr, %86,0'ı (n=123) 2500-4000 gr ve %2,1'i (n=3) >4000 gr olarak görülmekteydi. Doğum esnasında ve sonrasında bebekte komplikasyon (solunum sıkıntısı, küvöz bakımı, sarılık, enfeksiyon, klavikula kırığı) gelişme oranı %5,6 (n=8) idi. Bebeklerin %2,1'inde (n=3) kronik hastalık (kardiyak anomali ve hidronefroz) bulunmaktaydı. Beslenme şekillerine baktığımızda ise %68,5'i (n=98) sadece anne sütü, %28,0'ı (n=40) anne sütü ve mama , % 3,5'i (n=5) sadece mama şeklindeydi (Tablo 3'te özetlenmiştir).

Tablo 3. Katılımcıların bebeklerinin klinik özellikleri (N=143)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bebeğin cinsiyeti		
Kız	75	52,4
Erkek	68	47,6
Doğum haftası		
<37	26	18,2
38-42	115	80,4
>42	2	1,4
Bebeğin doğum ağırlığı		
<2500 gr	17	11,9
2500-4000 gr	123	86,0
>4000 gr	3	2,1
Doğum esnasında komplikasyon öyküsü		
Evet	8	5,6
Hayır	135	94,4
Bebekte kronik hastalık öyküsü		
Evet	3	2,1
Hayır	140	97,9
Şu an ne ile besleniyor		
Sadece anne sütü	98	68,5
Sadece mama	5	3,5
Anne sütü ve mama	40	28,0

4.4. Katılımcıların Doğum Sonrası/Bebek Bakımına Yönelik Eğitim/Bilgi Alma Durumları

Katılımcıların %59,4'ü (n=85) doğum sonrasına yönelik eğitim/bilgi almıştı. Bu 85 kişinin eğitim/bilgiyi nerden aldıklarının oranları ise şu şekildeydi: %96,5'i (n=82) sağlık çalışanı, %16,5'i (n=14) internet, %4,7'si(n=4) çevre, %3,5'i (n=3) kitap, makale. Katılımcıların %46,2'si (n=66) daha öncesinde bebek bakımı konusunda eğitim/bilgi almıştı. Bu 66 kişinin %86,4'ü (n=57) sağlık çalışanından, %16,7'si(n=11) internetten, %10,6'sı(n=7) çevreden ve %1,5'i(n=1) ise kitap, makale vb. 'den aldığını belirlemekteydi (Tablo 5'te özetlenmiştir).

Tablo 4. Katılımcıların doğum sonrası/ bebek bakımına yönelik bilgi/egitim alma durumları (N=143)

	Sayı(n)	Yüzde (%)
Doğum sonrasına yönelik eğitim/bilgi alma		
Evet	85	59,4
Hayır	58	40,6
Eğitimi aldığı kaynak		
İnternet	14	16,5
Sağlık çalışanı	82	96,5
Kitap, makale	3	3,5
Çevre	4	4,7
Bebek bakımı konusunda eğitim/bilgi alma		
Evet	66	46,2
Hayır	77	53,8
Eğitimi aldığı kaynak		
İnternet	11	16,7
Sağlık çalışanı	57	86,4
Kitap, makale vb.	1	1,5
Çevre	7	10,6

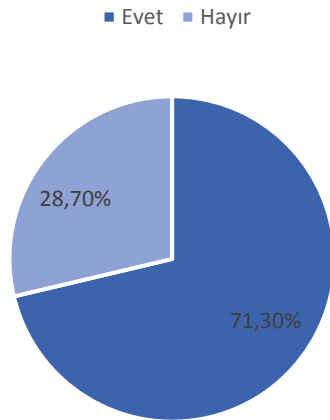
4.5. Katılımcıların Doğum Sonu Destek Alma Durumları

Katılımcıların %71,3'ü (n=102) doğum sonrası bebek bakımında destek aldığını beyan etmekteydi. Destek alanların %55,2'si (n=79) eşinden, %53,8'i (n=66) kendi ailesinden, %28,7'si (n=41) eşinin ailesinden ve %0,7'si (n=1) aile dışından destek almıştı. Katılımcıların %74,1'i doğum sonrası ev işlerinde destek aldığını belirtmekteydi.. Ev işlerinde destek alanların % 56,6'sı (n=81) eşinden, %48,3'ü (n=69) kendi ailesinden, %30,1'i(n=43) eşinin ailesinden ve %1,4'ü (n=2) aile dışından destek almış bulunmaktaydı (Tablo 4'te özetlenmiştir).

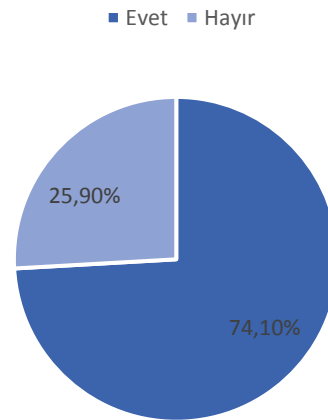
Tablo 5. Katılımcıların doğum sonu destek alma durumları(N=143)

	Sayı(n)	Yüzde (%)
Bebek bakımında destek		
Evet	102	71,3
Hayır	41	28,7
Destek kimin tarafından		
Kendi ailesi	66	53,8
Eşinin ailesi	41	28,7
Aile dışı	1	0,7
Eş	79	55,2
Ev işlerinde destek		
Evet	106	74,1
Hayır	37	25,9
Destek kimin tarafından		
Kendi ailesi	69	48,3
Eşinin ailesi	43	30,1
Aile dışı	2	1,4
Eş	81	56,6

Bebek bakımında destek



Ev işlerinde destek



Grafik 1. Bebek bakımı ve ev işlerinde destek alma oranları dağılımı

4.6. Katılımcıların DSDÖ Toplam Puan ve Alt Boyut Dağılımı

Katılımcıların, DSDÖ “İhtiyacın Önemi” boyutu ortalama puanları $142,3 \pm 47,45$ (min=36, maks=238), “Maddi Destek” alt boyutu ortalama puanları $41,95 \pm 11,75$ (min=6, maks=63), “Duygusal Destek” alt boyutu ortalama puanları $41,74 \pm 17,07$ (min=4, maks=70), “Bilgi Desteği” alt boyutu ortalama puanları $43,38 \pm 17,46$ (min=0, maks=70), “Karşılaştırma” alt boyutu ortalama puanları $15,2 \pm 10,66$ (min=0, maks=35) idi (Tablo 6’da gösterilmiştir).

Tablo 6. Katılımcıların DSDÖ “İhtiyacın Önemi” boyutu toplam ve alt boyut puan ortalamaları

DSDÖ “İhtiyacın Önemi” boyutu alınan toplam puan ve alt boyutları puan dağılımı				
	Ortalama	SS	Min	Maks
Toplam puan	142,3	47,45	36	238
Maddi Destek	41,95	11,75	6	63
Duygusal Destek	41,74	17,07	4	70
Bilgi Desteği	43,38	17,46	0	70
Karşılaştırma	15,2	10,66	0	35

SS: Standart sapma, Min: Minimum, Maks: Maksimum

DSDÖ: Doğum Sonu Destek Ölçeği

Katılımcıların, DSDÖ “Alınan Destek” boyutu ortalama puanları $99,51 \pm 55,62$ (min=0, maks=232), “Maddi Destek” alt boyutu ortalama puanları $28,03 \pm 16,48$ (min=0, maks=63), “Duygusal Destek” alt boyutu ortalama puanları $27,98 \pm 18,75$ (min=0, maks=70), “Bilgi Desteği” alt boyutu ortalama puanları $31,2 \pm 16,89$ (min=0, maks=69), “Karşılaştırma” alt boyutu ortalama puanları $12,29 \pm 9,66$ (min=0, maks=34) idi (Tablo 7’de gösterilmiştir).

Tablo 7. Katılımcıların DSDÖ “Alınan Destek” boyutu toplam ve alt boyut puan ortalamaları (N=143)

DSDÖ “Alınan Destek” boyutu toplam puan ve alt boyutları puan dağılımı				
	Ortalama	SS	Min	Maks
Toplam puan	99,51	55,62	0	232
Maddi Destek	28,03	16,48	0	63
Duygusal Destek	27,98	18,75	0	70
Bilgi Desteği	31,2	16,89	0	69
Karşılaştırma	12,29	9,66	0	34

SS: Standart sapma, Min: Minimum, Maks: Maksimum

DSDÖ: Doğum Sonu Destek Ölçeği

Katılımcıların %44,8’i (n=64) “İhtiyacın Önemi” boyutu puanına göre “çok önemli” kategorisinde yer alırken, %40,6’sı (n=58) “önemli değil” kategorisinde, %14,7 (n=21) “önemli” kategorisinde yer almaktaydı (Tablo-8’de gösterilmiştir).

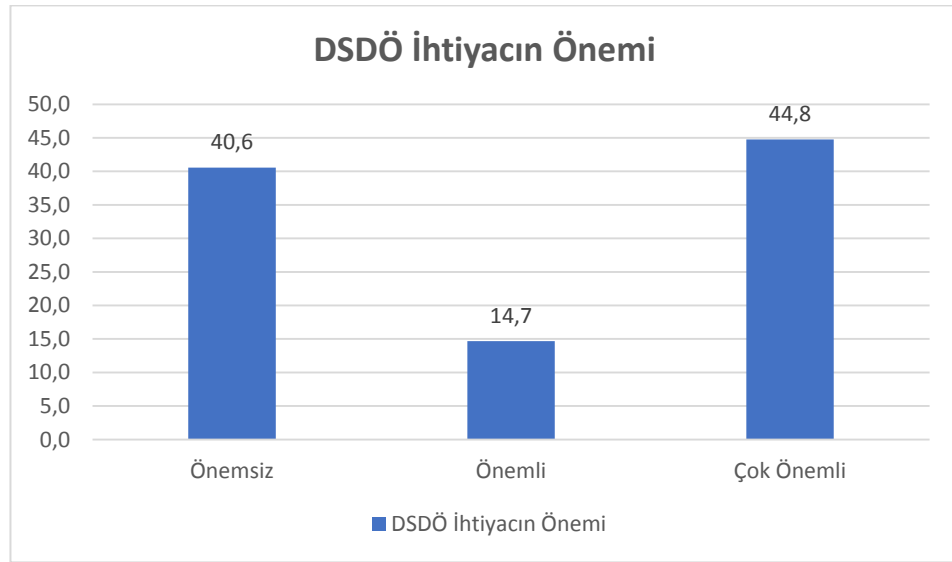
Tablo 8. Katılımcıların DSDÖ “İhtiyacın Önemi” boyutu puanına göre kategorilere dağılımı (N=143)

	Sayı(n)	Yüzde (%)
Önemli değil	58	40,6
Önemli	21	14,7
Çok önemli	64	44,8

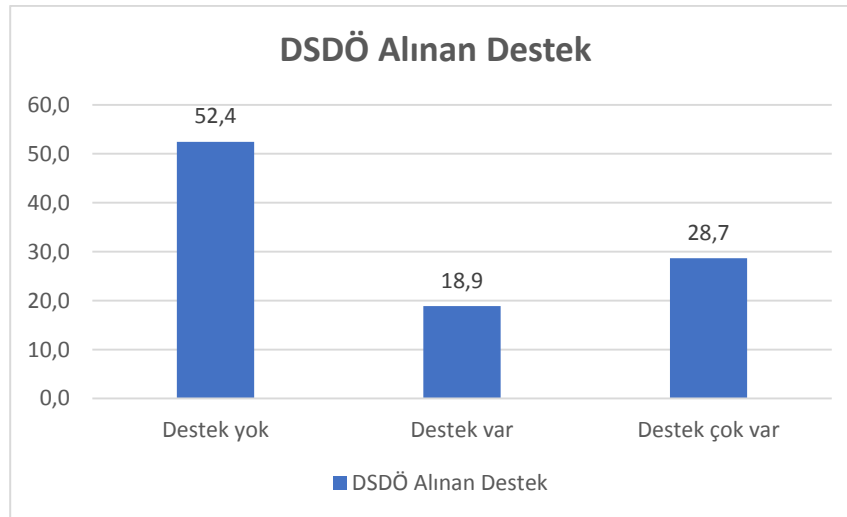
Katılımcıların %52,4'ü (n=75) “Alınan Destek” boyutu puanına göre “destek yok” kategorisinde yer alırken, %28,7'si (n=41) “destek çok fazla” kategorisinde, %18,9'u (n=27) “destek var” kategorisinde yer almaktaydı (Tablo-9’da gösterilmiştir).

Tablo 9. Katılımcıların DSDÖ “Alınan Destek” boyutu puanına göre kategorilere dağılımı (N=143)

	Sayı(n)	Yüzde (%)
Destek yok	75	52,4
Destek var	27	18,9
Destek çok fazla	41	28,7



Grafik 2. Katılımcıların DSDÖ “İhtiyacın Önemi” boyutu puanına göre kategorilere dağılımı



Grafik 3. Katılımcıların DSDÖ “Alınan Destek” boyutu puanına göre kategorilere dağılımı

4.7. Katılımcıların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Alt Boyutları Dağılımı

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği alt boyutlarına bakıldığında “Kendine Güvenli Yaklaşım” alt boyutu ortalama puanı $1,98 \pm 0,34$ (min=1,14, maks=3), “İyimser Yaklaşım” alt boyutu ortalama puanı $1,91 \pm 0,38,8$ (min=0,8, maks=3), “Çaresiz Yaklaşım” alt boyutu ortalama puanı $1,54 \pm 0,5$ (min=0,13, maks=2,88), “Boyun Eğici Yaklaşım” alt boyutu ortalama puanı $1,39 \pm 0,45$ (min=0, maks=2,67), “Sosyal Destek Arama” alt boyutu ortalama puanı $1,72 \pm 0,39$ (min=1, maks=3) idi (Tablo 10’da gösterilmiştir).

Tablo 10. Katılımcıların SBÇT ölçeği alt boyut puan dağılımı (N=143)

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği alt boyutları puan dağılımı				
	Ortalama	SS	Min	Maks
Kendine güvenli yaklaşım	1,98	0,34	1,14	3
İyimser yaklaşım	1,91	0,38	0,8	3
Çaresiz yaklaşım	1,54	0,5	0,13	2,88
Boyun eğici yaklaşım	1,39	0,45	0	2,67
Sosyal Destek Arama	1,72	0,39	1	3

SS: Standart sapma, Min: Minimum, Maks: Maksimum

4.8. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile DSDÖ Boyutları Arasındaki İlişki

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile DSDÖ “İhtiyacın Önemi” boyutunun karşılaştırılmasında; eğitim durumu, çalışma durumu, eşinin mesleği, yaş ve evdeki kişi sayısının etkisi istatistiksel olarak anlamlıydı (Sırasıyla; $p=0,005$, $p=0,039$, $p=0,034$, $p=0,028$, $p<0,001$).

Eğitim durumunun “İhtiyacın Önemi” boyutu ile karşılaştırılmasına bakıldığında, ilköğretim mezunlarının %54,1’i ($n=20$) “önemsiz” kategorisinde yer alırken, üniversite ve üzeri mezunların %63,2’si ($n=24$) “çok önemli” kategorisinde yer almaktaydı, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,005$).

Çalışma durumu ve “İhtiyacın Önemi” boyutu karşılaştırıldığında; gelir getiren işte çalışıp şu an doğum izninde olan annelerin %62,5’i ($n=20$) “çok önemli” kategorisinde yer alırken; gelir getiren işte çalışmayanların %45,9’u ($n=51$) “önemsiz” kategorisinde yer almaktaydı. Bu bulgular istatistiksel olarak da anlamlıydı ($p=0,039$).

Katılımcıların eşinin mesleği ile “İhtiyacın Önemi” boyutu karşılaştırıldığında; eşi sağlık çalışanı olanların %83,3’ü ($n=10$) “çok önemli” kategorisinde yer alırken, eşi diğer meslek gruplarında olanların %37,8’i ($n=37$) “çok önemli” kategorisinde yer almaktaydı. Bu bulgular istatistiksel olarak da anlamlıydı ($p=0,034$).

Yaş ortalamasına bakıldığında “önemsiz” kategorisinde yer alanların yaş ortalaması $29,12\pm 5,72$, “önemli” kategorisindekilerin yaş ortalaması $31,5\pm 5,30$ ve “çok önemli” kategorisindekilerin yaş ortalaması $27,8\pm 4,76$ idi. Bu bulgular istatistiksel olarak da anlamlıydı ($p=0,028$).

Evdeki kişi sayısı ortalamasına baktığımızda; “önemsiz” kategorisinde bulunanların ortalaması $4,67\pm 1,45$, “önemli” kategorisindekilerin ortalaması $4,61\pm 1,62$ ve “çok önemli” kategorisindekilerin ortalaması $3,71\pm 1,24$ idi. Evdeki kişi sayısı azaldıkça ihtiyacın öneminin de arttığı görülmektedir ($p<0,001$).

Katılımcının mesleği, tekrar çalışma düşüncesi, eşinin eğitim durumu ve aylık gelir yeterliliğinin “İhtiyacın Önemi” boyutu üzerine istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi saptanmamıştır (Tablo-11’de gösterilmiştir).

Tablo 11. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile DSDÖ “İhtiyacın Önemi” boyutu arasındaki ilişki (N=143)

	Önemsiz		Önemli		Çok önemli		p
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Eğitim durumu							0,005
İlköğretim ve altı	20	54,1	10	27	7	18,9	
Ortaöğretim	14	45,2	3	9,7	14	45,2	
Lise	15	40,5	3	8,1	19	51,4	
Üniversite ve üzeri	9	23,7	5	13,2	24	63,2	
Çalışma durumu							0,039
Çalışıyor	0	0	0	0	0	0	
Çalışmıyor	51	45,9	16	14,4	44	39,6	
Doğum izni	7	21,9	5	15,6	20	62,5	
Meslek							0,074
Sağlık çalışanı	1	7,7	2	15,4	10	76,9	
Sağlık çalışanı dışı memur	3	20,0	3	20,0	9	60,0	
Diğer	3	75,0	0	0	1	25,0	
Tekrar çalışma düşüncesi							0,49
Evet	7	24,1	4	13,8	18	62,1	
Hayır	0	0	1	33,3	2	66,7	

Tablo 11. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile DSDÖ “İhtiyacın Önemi” boyutu arasındaki ilişki (N=143) (devam)

Eşinin eğitim durumu							0,307
İlköğretim ve altı	10	55,6	2	11,1	6	33,3	
Ortaöğretim	18	52,9	5	14,7	11	32,4	
Lise	19	36,5	8	15,4	25	48,1	
Üniversite ve üzeri	11	28,2	6	15,4	22	56,4	
Eşinin mesleği							0,034
Sağlık çalışanı	1	8,3	1	8,3	10	83,3	
Sağlık çalışanı dışı memur	13	39,4	3	9,1	17	51,5	
Diğer	44	44,9	17	17,3	37	37,8	
Aylık gelir yeterliliği							0,421
Yeterli	29	37,2	14	17,9	35	44,9	
Yeterli değil	29	44,6	7	10,8	29	44,6	
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS	p
Yaş	29,12	5,72	31,5	5,30	27,8	4,76	0,028
Evdeki kişi sayısı	4,67	1,45	4,61	1,62	3,71	1,24	<0,001

SS: Standart sapma, Min: Minimum, Maks: Maksimum

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile DSDÖ “Alınan Destek” boyutu karşılaştırıldığında; eğitim durumu, çalışma durumu, eşinin eğitim durumu, eşinin mesleği, aylık gelir yeterliliği ve evdeki kişi sayısının etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Sırasıyla; $p < 0,001$, $p = 0,003$, $p = 0,016$, $p = 0,003$, $p = 0,004$, $p < 0,001$).

Eğitim durumuna baktığımızda ilköğretim ve altı eğitim düzeyi olanların %64,9’unun ($n = 24$) kategorisi “destek yok” iken %8,1’inin ($n = 3$) “destek çok var” idi. Üniversite ve üzeri eğitim düzeyi olanların ise %47,4’ünün ($n = 18$) kategorisi “destek çok var” iken, %34,2’sinin ($n = 13$) “destek yok” idi. Bu bulgular istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$).

Katılımcılardan gelir getiren işte çalışıp şu an doğum izninde olanların %50'sinin (n=16) kategorisi “destek çok var” iken, gelir getiren işte çalışmayanlardan “destek çok var” olanlar %22,5 (n=25) idi. Bu sonuçlar istatistiksel olarak da anlamlıdır (p=0,003).

Katılımcılardan eşi ilköğretim ve altı eğitim düzeyinde olanlardan “destek çok var” kategorisinde bulunanlar %11,1 (n=2) iken, üniversite mezunu olanlarda %46,2(n=18) idi. Katılımcıların eşlerinin eğitim düzeyi arttıkça aldıkları destek de artmıştır ve bu istatistiksel olarak da anlamlıdır (p=0,016).

Katılımcılardan eşi sağlık çalışanı olanların %75,0'i (n=9) “destek çok var” kategorisinde iken bu oran eşi diğer meslek grubunda olanlarda %22,4 (n=22) idi (p=0,003).

Katılımcılardan aylık gelirinin yeterli olduğunu belirtenlerin %39,7'si (n=31) “destek yok” kategorisinde iken, gelirinin yeterli olmadığını söyleyenlerin %67,7'si (n=69) “destek yok” kategorisindeydi. Bu bulgular istatistiksel olarak da anlamlıdır (p=0,004).

Evde yaşayan kişi sayısı incelendiğinde; “Destek yok” kategorisinde bulunanların ortalaması $4,69 \pm 1,51$, “destek var” kategorisindekilerin ortalaması $3,82 \pm 1,17$ ve “destek çok var” kategorisindekilerin $3,60 \pm 1,24$ olarak bulunmuştur. Bu bulgular evdeki kişi sayısı arttıkça alınan desteğin de azaldığını göstermektedir (p<0,001).

Katılımcıların mesleği, tekrar çalışma düşüncesi ve yaşı “Alınan Destek” boyutu üzerine istatistiksel olarak anlamlı bir etkide bulunmamıştır (Tablo-12'de gösterilmiştir).

Tablo-12. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile DSDÖ “Alınan Destek” boyutu arasındaki ilişki (N=143)

	Destek yok		Destek var		Destek çok var		p
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Eğitim durumu							<0,001
İlkokul ve altı	24	64,9	10	27,0	3	8,1	
Ortaöğretim	24	77,4	0	0	7	22,6	
Lise	14	37,8	10	27,0	13	35,1	
Üniversite ve üzeri	13	34,2	7	18,4	18	47,4	
Çalışma durumu							0,003
Çalışıyor	0	0	0	0	0	0	
Çalışmıyor	66	59,5	20	18,0	25	22,5	
Doğum izni	9	28,1	7	21,9	16	50,0	
Meslek							0,102
Sağlık çalışanı	1	7,7	2	15,4	10	76,9	
Sağlık çalışanı dışı memur	7	46,7	4	26,7	4	26,7	
Diğer	1	25,0	1	25,0	2	50,0	
Tekrar çalışma düşüncesi							0,519
Evet	9	31,0	6	20,7	14	48,3	
Hayır	0	0	1	33,3	2	66,7	
Eşinin eğitim durumu							0,016
İlköğretim ve altı	12	66,7	4	22,2	2	11,1	
Ortaöğretim	24	70,6	5	14,7	5	14,7	
Lise	27	51,9	9	17,3	16	30,8	
Üniversite ve üzeri	12	30,8	9	23,1	18	46,2	
Eşinin mesleği							0,003
Sağlık çalışanı	3	25,0	0	0	9	75,0	
Sağlık çalışanı dışı memur	15	45,5	8	24,2	10	30,3	
Diğer	57	58,2	19	19,4	22	22,4	
Aylık gelir yeterliliği							0,004
Yeterli	31	39,7	19	24,4	28	35,9	
Yeterli değil	44	67,7	8	12,3	13	20,0	
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS	p
Yaş	29,16	5,80	28,33	4,85	28,78	4,91	0,817
Evdeki kişi sayısı	4,69	1,51	3,92	1,17	3,60	1,24	<0,001

SS: Standart sapma, Min: Minimum, Maks: Maksimum

4.9. Annelerin Klinik ve Obstetrik Özellikleri ile DSDÖ Boyutları Arasındaki İlişki

Katılımcıların gebelikte sigara-alkol kullanımı, evlilik yaşı, gebelik sayısı ve çocuk sayısının Doğum Sonu Destek Ölçeği “İhtiyacın Önemi” boyutu ile ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Sırasıyla; $p=0,046$, $p=0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$).

Katılımcılardan “İhtiyacın Önemi” boyutu “önemsiz” kategorisinde bulunanların evlilik yaşı ortalaması $20,32\pm 3,14$ iken, “önemli” kategorisinde bulunanların ortalaması $22,42\pm 4,17$ ve “çok önemli” kategorisinde bulunanların $22,81\pm 3,79$ idi. Katılımcıların evlilik yaş ortalamaları arttıkça destek ihtiyacının önemi de artmıştır ($p=0,001$).

Kadınların gebelik sayılarına bakıldığında DSDÖ “İhtiyacın Önemi” boyutu “önemsiz” kategorisinde bulunanların ortalaması $3,24\pm 2,10$ iken “çok önemli” kategorisinde bulunanların $1,95\pm 1,14$ idi. Gebelik sayısı arttıkça ihtiyacın önemi azalmaktaydı ($p<0,001$).

Kadınların çocuk sayısı ortalamasının “İhtiyacın Önemi” boyutu üzerine etkisine bakıldığında “önemsiz” kategorisinde bulunanların ortalaması $2,48\pm 1,14$, “önemli” bulunanların $2,42\pm 1,36$ ve “çok önemli” bulunanların $1,62\pm 0,89$ idi. Bu bulgular istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p<0,001$).

Katılımcıların kronik hastalık öyküsü, postpartum depresyon durumu, düşük öyküsü, gebelik türü, doğum şekli, düşük sayısı ve son doğumun üzerinden kaç gün geçtiği ile DSDÖ “İhtiyacın Önemi” boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo-13’te gösterilmiştir).

Tablo 13. Katılımcıların klinik ve obstetrik özellikleri ile DSDÖ “İhtiyacın Önemi” boyutu arasındaki ilişki (N=143)

	Önemsiz		Önemli		Çok önemli		p
	Sayı(n)	Yüzde (%)	Sayı(n)	Yüzde (%)	Sayı(n)	Yüzde (%)	
Kronik hastalık							0,112
Var	4	21,1	5	26,3	10	52,6	
Yok	54	43,5	16	12,9	54	43,5	
Postpartum depresyon							0,795
Var	21	38,9	7	13,0	26	48,1	
Yok	37	41,6	14	15,7	38	42,7	
Düşük öyküsü							0,285
Var	19	51,4	5	13,5	13	35,1	
Yok	39	36,8	16	15,2	51	48,1	
Sigara-alkol kullanımı							0,046
Her ikisini	1	50,0	1	50,0	0	0	
Yalnızca sigara	2	22,2	0	0	7	77,8	
Yalnızca alkol	0	0	1	100,0	0	0	
Hiçbiri	55	42,0	19	14,5	57	43,5	
Gebelik türü							0,338
Planlanmış gebelik	43	41,7	14	13,6	46	44,7	
Beklenmedik gebelik	10	35,7	6	21,4	12	42,9	
Tedavi yöntemleri ile	1	14,3	1	14,3	5	71,4	
İstenmeyen gebelik	4	80,0	0	0	1	20,0	
Doğum şekli							0,189
Normal vajinal doğum	23	50,0	4	8,7	19	41,3	
Sezaryen	35	36,1	17	17,5	45	46,4	
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS	p
Evlilik yaşı	20,32	3,14	22,42	4,17	22,81	3,79	0,001
Gebelik sayısı	3,24	2,10	2,85	1,49	1,95	1,14	<0,001
Düşük sayısı	2,15	2,38	1,20	0,44	1,15	0,37	0,259
Çocuk sayısı	2,48	1,14	2,42	1,36	1,62	0,89	<0,001
Doğumun üzerinden geçen gün sayısı	37,03	15,86	36,14	16,49	39,09	13,2	0,741

SS: Standart sapma, Min: Minimum, Maks: Maksimum

Katılımcıların postpartum depresyon durumu, evlilik yaşı, gebelik sayısı ve çocuk sayısının DSDÖ “Alınan Destek” boyutu ile ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Sırasıyla; $p=0,01$, $p=0,002$, $p<0,001$, $p<0,001$).

Katılımcıların postpartum depresyon durumuna bakıldığında depresyonu olanların %68,5’i ($n=37$) “destek yok” kategorisinde iken, depresyonu olmayanların %42,7’si ($n=38$) “destek yok” kategorisinde bulunmaktaydı. Desteği olmayan katılımcılarda postpartum depresyon görülme oranı daha fazlaydı. Bu bulgular istatistiksel olarak da anlamlıydı ($p=0,01$).

Katılımcılardan “destek yok” kategorisindekilerin evlilik yaşı ortalaması $20,85\pm 3,23$ iken, “destek var” bulunanların $21,74\pm 3,98$, “destek çok var” bulunanların $23,39\pm 4,06$ idi. Katılımcılarda evlilik yaşı ortalaması arttıkça alınan destek artmaktaydı ve bu istatistiksel olarak da anlamlıydı ($p=0,002$).

Kadınlardan “destek yok” kategorisindekilerin gebelik sayı ortalaması $3,13\pm 2,0$ iken, “destek var” bulunanların $2,37\pm 1,18$, “destek çok var” bulunanların $1,80\pm 1,12$ idi. Çocuk sayısı ortalamasına baktığımızda “destek yok” bulunanların ortalaması $2,45\pm 1,17$ iken, “destek var” bulunanların $1,96\pm 1,01$ ve “destek çok var” bulunanların $1,51\pm 0,92$ idi. Gebelik sayısı ve çocuk sayısı ortalamaları arttıkça alınan destek azalmaktaydı (Sırasıyla; $p<0,001$ ve $p<0,001$).

Lohusaların kronik hastalık durumu, düşük öyküsü, sigara-alkol kullanımı, gebelik türü, doğum şekli, düşük sayısı ve doğumun üzerinden geçen gün sayısı ile “Alınan Destek” boyutu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo-14’te gösterilmiştir).

Tablo 14. Katılımcıların klinik ve obstetrik özellikleri ile DSDÖ “Alınan Destek” boyutu arasındaki ilişki (N=143)

	Destek yok		Destek var		Destek çok var		p
	Sayı(n)	Yüzde (%)	Sayı(n)	Yüzde (%)	Sayı(n)	Yüzde (%)	
Kronik hastalık							0,122
Var	6	31,6	6	31,6	7	36,8	
Yok	69	55,6	21	16,9	34	27,4	
Postpartum depresyon							0,010
Var	37	68,5	6	11,1	11	20,4	
Yok	38	42,7	21	23,6	30	33,7	
Düşük öyküsü							0,279
Var	23	62,2	7	18,9	7	18,9	
Yok	52	49,1	20	18,9	34	32,1	
Sigara-alkol kullanımı							0,098
Her ikisini	0	0	0	0	2	100,0	
Yalnızca sigara	4	44,4	3	33,3	2	22,2	
Yalnızca alkol	0	0	1	100,0	0	0	
Hiçbiri	71	54,2	23	17,6	37	28,2	
Gebelik türü							0,414
Planlanmış gebelik	50	48,5	20	19,4	33	32,0	
Beklenmedik gebelik	18	64,3	6	21,4	4	14,3	
Tedavi yöntemleri ile	3	42,9	1	14,3	3	42,9	
İstenmeyen gebelik	4	80,0	0	0	1	20,0	
Doğum şekli							0,380
Normal vajinal doğum	28	60,9	7	15,2	11	23,9	
Sezaryen	47	48,5	20	20,6	30	30,9	
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS	p
Evlilik yaşı	20,85	3,23	21,74	3,98	23,39	4,06	0,002
Gebelik sayısı	3,13	2,0	2,37	1,18	1,80	1,12	<0,001
Düşük sayısı	2,0	2,19	1,2	0,48	1,0	0	0,187
Çocuk sayısı	2,45	1,17	1,96	1,01	1,51	0,92	<0,001
Doğumun üzerinden geçen gün sayısı	37,21	15,14	34,66	15,81	41,02	13,01	0,205

SS: Standart sapma, Min: Minimum, Maks: Maksimum

4.10. Katılımcıların Bebeklerinin Klinik Özellikleri ile DSDÖ Boyutları Arasındaki İlişki

Doğum haftası, bebeğin cinsiyeti, doğum ağırlığı, doğum sırasında komplikasyon öyküsü, bebekte kronik hastalık öyküsü ve bebeğin ne ile beslendiğinin Doğum Sonu Destek Ölçeği “İhtiyacın Önemi” boyutuyla arasında anlamlı bir ilişki yoktu (Tablo-15’te özetlenmiştir).

Tablo 15. Katılımcıların bebeklerinin klinik özellikleri ile DSDÖ “İhtiyacın Önemi” boyutu arasındaki ilişki (N=143)

	Önemsiz		Önemli		Çok Önemli		p
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı(n)	Yüzde (%)	
Doğum haftası							0,390
<37	8	30,8	4	15,4	14	53,8	
38-42	48	41,7	17	14,8	50	43,5	
>42	2	100,0	0	0	0	0	
Bebeğin cinsiyeti							0,204
Kız	26	34,7	14	18,7	35	46,7	
Erkek	31	47,1	7	10,3	29	42,6	
Bebeğin doğum ağırlığı							
<2500 gr	6	35,3	2	11,8	9	52,9	
2500-4000 gr	51	41,5	17	13,8	55	44,7	
>4000 gr	1	33,3	2	66,7	0	0	
Doğum esnasında komplikasyon öyküsü							0,557
Evet	2	25,0	2	25,0	4	50,0	
Hayır	56	41,5	19	14,1	60	44,4	
Bebekte kronik hastalık öyküsü							0,590
Evet	2	66,7	0	0	1	33,3	
Hayır	56	40,0	21	15,0	1	45,0	
Şu an ne ile besleniyor							0,455
Sadece anne sütü	44	44,9	14	14,3	40	40,8	
Sadece mama	2	40,0	0	0	3	60,0	
Anne sütü ve mama	12	30,0	7	17,5	21	52,5	

Bebeklerin doğum haftası, cinsiyeti, doğum ağırlığı, doğum sırasında komplikasyon öyküsü, bebekte kronik hastalık öyküsü, şu an ne ile beslendiği incelendiğinde DSDÖ “Alınan Destek” boyutu ile arasında ilişki yoktu (Tablo-16’de gösterilmiştir).

Tablo 16. Katılımcıların bebeklerinin klinik özellikleri ile DSDÖ “Alınan Destek” boyutu arasındaki ilişki (N=143)

	Destek yok		Destek var		Destek çok var		p
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı(n)	Yüzde (%)	
Doğum haftası							0,737
<37	12	46,2	7	26,9	7	26,9	
38-42	62	53,9	20	17,4	33	28,7	
>42	1	50,0	0	0	1	50,0	
Bebegin cinsiyeti							0,396
Kız	41	54,7	16	21,3	18	24,0	
Erkek	34	50,0	11	16,2	23	33,8	
Bebegin doğum ağırlığı							0,631
<2500 gr	9	52,9	5	29,4	3	17,6	
2500-4000 gr	64	52,0	22	17,9	37	30,1	
>4000 gr	2	66,7	0	0	1	33,3	
Doğum sırasında komplikasyon öyküsü							0,809
Evet	4	50,0	1	12,5	3	37,5	
Hayır	71	52,6	26	19,3	38	28,1	
Bebekte kronik hastalık öyküsü							0,249
Evet	3	100,0	0	0	0	0	
Hayır	72	51,4	27	19,3	41	28,7	
Şu an ne ile besleniyor							0,431
Sadece anne sütü	54	55,1	19	19,4	25	25,5	
Sadece mama	1	20,0	2	40,0	2	40,0	
Anne sütü ve mama	20	50,0	6	15,0	14	35,0	

4.11. Katılımcıların Doğum Sonu Destek Alma Durumları ile DSDÖ Boyutları Arasındaki İlişki

Lohusaların bebek bakımında ve ev işlerinde destek alma durumları ve aldılarsa kim tarafından destek sağlandığının DSDÖ “İhtiyacın Önemi” boyutu ile anlamlı bir ilişkisi bulunmamıştır (Tablo-17’de gösterilmiştir).

Tablo 17. Katılımcıların doğum sonu destek alma durumlarının DSDÖ “İhtiyacın Önemi” boyutu arasındaki ilişki (N=143)

	Önemsiz		Önemli		Çok Önemli		p
	Sayı(n)	Yüzde (%)	Sayı(n)	Yüzde (%)	Sayı(n)	Yüzde (%)	
Bebek bakımında destek							0,866
Evet	41	40,2	16	15,7	45	44,1	
Hayır	17	41,5	5	12,2	19	46,3	
Destek kimin tarafından							
Kendi ailesi	27	40,9	12	18,2	27	40,9	0,489
Eşinin ailesi	17	41,5	5	12,2	19	46,3	0,866
Aile dışı	0	0	0	0	1	100,0	0,537
Eş	30	38,0	13	16,5	36	45,6	0,707
Ev işlerinde destek							0,640
Evet	45	42,5	16	15,1	45	42,5	
Hayır	13	35,1	5	13,5	19	51,4	
Destek kimin tarafından							
Kendi ailesi	30	43,5	12	17,4	27	39,1	0,389
Eşinin ailesi	19	44,2	4	9,3	20	46,5	0,483
Aile dışı	1	50,0	0	0	1	50,0	0,837
Eş	32	39,5	13	16,0	36	44,4	0,864

Lohusaların bebek bakımında ve ev işlerinde destek alma durumlarının DSDÖ “Alınan Destek” boyutu ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı (Sırasıyla; $p=0,003$, $p=0,008$).

Bebek bakımında destek almadığını beyan edenlerin %73,2’si ($n=30$) “destek yok” kategorisinde bulunurken, “destek çok var” kategorisinde olup destek almadığını beyan edenlerin oranı %9,8 ($n=4$) idi ($p=0,003$).

Kadınların bebek bakımında desteği kendi ailesi ve eşi tarafından almasının DSDÖ “Alınan Destek” boyutu ile ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Sırasıyla; $p=0,01$, $p<0,001$).

Ev işlerinde destek almadığını söyleyenlerin %73’ü ($n=27$) “destek yok” kategorisinde bulunurken, %10,8’i ($n=4$) “destek çok var” kategorisinde bulunmaktaydı. Bu bulgular istatistiksel olarak da anlamlıydı ($p=0,008$).

Desteği kendi ailesinden veya eşinden almanın “Alınan Destek” boyutu ile ilişkisi anlamlı iken (Sırasıyla; $p=0,01$ ve $p<0,001$); eşinin ailesinden veya aile dışı kaynaktan almanın arasında ilişki yoktu (Tablo-18’de gösterilmiştir).

Tablo 18. Katılımcıların doğum sonu destek alma durumları ile DSDÖ “Alınan Destek” boyutu arasındaki ilişki

	Destek yok		Destek var		Destek çok var		p
	Sayı(n)	Yüzde (%)	Sayı(n)	Yüzde (%)	Sayı(n)	Yüzde (%)	
Bebek bakımında destek							0,003
Evet	45	44,1	20	19,6	37	36,3	
Hayır	30	73,2	7	17,1	4	9,8	
Destek kimin tarafından							
Kendi ailesi	26	39,4	14	21,2	26	39,4	0,010
Eşinin ailesi	20	48,8	7	17,1	14	34,1	0,654
Aile dışı	0	0	0	0	1	100,0	0,286
Eş	30	38,0	16	20,3	33	41,8	<0,001
Ev işlerinde destek							0,008
Evet	48	45,3	21	19,8	37	34,9	
Hayır	27	73,0	6	16,2	4	10,8	
Destek kimin tarafından							
Kendi ailesi	28	40,6	15	21,7	26	37,7	0,019
Eşinin ailesi	23	53,5	7	16,3	13	30,2	0,867
Aile dışı	1	50,0	0	0	1	50,0	0,702
Eş	32	39,5	16	19,8	33	40,7	<0,001

4.12. Katılımcıların Doğum Sonrası/Bebek Bakımına Yönelik Bilgi/Eğitim Alma Durumları ile DSDÖ Boyutları Arasındaki İlişki

Doğum sonrasına ve bebek bakımına yönelik bilgi alma durumunun ve alındıysa hangi kaynaktan alındığının DSDÖ “İhtiyacın Önemi” boyutu ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi yoktu (Tablo-19’da gösterilmiştir).

Tablo 19. Katılımcıların doğum sonrası/bebek bakımına yönelik bilgi/egitim alma durumlarının DSDÖ “İhtiyacın Önemi” boyutu arasındaki ilişki (N=143)

	Önemsiz		Önemli		Çok önemli		p
	Sayı(n)	Yüzde (%)	Sayı(n)	Yüzde (%)	Sayı(n)	Yüzde (%)	
Doğum sonrası bakıma yönelik eğitim/bilgi alma							0,621
Evet	32	37,6	14	16,5	39	45,9	
Hayır	26	44,8	7	12,1	25	43,1	
Nerden eğitim aldınız							
İnternet	6	42,9	1	7,1	7	50	0,586
Sağlık çalışanı	31	37,8	13	15,9	38	46,3	0,719
Kitap, makale	0	0	1	33,3	2	66,7	0,368
Çevre	0	0	0	0	4	100	0,84
Bebek bakımı konusunda eğitim/bilgi alma							0,236
Evet	27	40,9	13	19,7	26	39,4	
Hayır	31	40,3	8	10,4	38	49,4	
Nerden eğitim aldınız							
İnternet	5	45,5	1	9,1	5	45,5	0,624
Sağlık çalışanı	23	40,4	13	22,8	21	36,8	0,25
Kitap, makale	0	0	0	0	1	100	0,458
Çevre	3	42,9	0	0	4	57,1	0,337

Doğum sonrası bakıma yönelik bilgi alanlardan bilgi kaynağı internet olanların DSDÖ “Alınan Destek” boyutu ile anlamlı ilişkisi vardı (p=0,048).

Bebek bakımına yönelik bilgi alma durumunun ve alındıysa hangi kaynaktan alındığının DSDÖ “Alınan Destek” boyutu ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi yoktu (Tablo-20’de gösterilmiştir).

Tablo 20. Katılımcıların doğum sonrası/bebek bakımına yönelik bilgi/egitim alma durumlarının DSDÖ “Alınan Destek” boyutu arasındaki ilişki

	Destek yok		Destek var		Destek çok var		p
	Sayı(n)	Yüzde (%)	Sayı(n)	Yüzde (%)	Sayı(n)	Yüzde (%)	
Doğum sonrası bakıma yönelik eğitim/bilgi alma							0,621
Evet	32	37,6	14	16,5	39	45,9	
Hayır	26	44,8	7	12,1	25	43,1	
Nerden eğitim aldınız							
İnternet	3	21,4	3	21,4	8	57,1	0,048
Sağlık çalışanı	39	47,6	19	23,2	24	29,3	0,237
Kitap, makale	0	0	1	33,3	2	66,7	0,237
Çevre	1	25	1	25	2	50	0,631
Bebek bakımı konusunda eğitim/bilgi alma							0,236
Evet	27	40,9	13	19,7	26	39,4	
Hayır	31	40,3	8	10,4	38	49,4	
Nerden eğitim aldınız							
İnternet	3	27,3	3	27,3	5	45,5	0,366
Sağlık çalışanı	27	47,4	14	24,6	16	28,1	0,594
Kitap, makale	0	0	0	0	1	100	0,311
Çevre	2	28,6	2	28,6	3	42,9	0,619

4.13. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ile DSDÖ “İhtiyacın Önemi” Boyutları Arasındaki İlişki

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nin DSDÖ “İhtiyacın Önemi” boyutu ile ilişkisine bakıldığında; “Boyun Eğici Yaklaşım” alt boyutunda bulunmanın istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi vardı ($p=0,039$).

“Kendine Güvenli Yaklaşım”, “İyimser Yaklaşım”, “Çaresiz Yaklaşım” ve “Sosyal Destek Arama” alt boyutunda bulunmanın istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi yoktu (Tablo-21’de gösterilmiştir).

Tablo 21. SBÇT Ölçeği ile DSDÖ “İhtiyacın Önemi” boyutu arasındaki ilişki (N=143)

	Önemsiz		Önemli		Çok önemli		p
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS	
Kendine Güvenli yaklaşım	2,01	0,37	1,91	0,26	1,98	0,34	0,648
İyimser Yaklaşım	1,97	0,36	1,93	0,23	1,85	0,42	0,431
Çaresiz Yaklaşım	1,54	0,51	1,42	0,46	1,57	0,50	0,413
Boyun eğici yaklaşım	1,50	0,38	1,34	0,42	1,29	0,50	0,039
Sosyal Destek Arama	1,66	0,36	1,77	0,43	1,76	0,40	0,459

Katılımcıların “Kendine Güvenli Yaklaşım”, “Çaresiz Yaklaşım”, “Boyun Eğici Yaklaşım” ve “Sosyal Destek Arama” alt boyutunda olmalarının istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi vardı (Sırasıyla; $p=0,002$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p=0,003$).

“Kendine Güvenli Yaklaşım” ve “Sosyal Destek Arama” alt boyutlarında alınan puan arttıkça alınan desteğin de arttığı görülmektedir. “Çaresiz Yaklaşım” ve “Boyun Eğici Yaklaşım” alt boyutlarında ise alınan puan azaldıkça alınan desteğin arttığı görülmektedir. Bu bulgular istatistiksel olarak da anlamlıdır (Sırasıyla; $p<0,001$ ve $p<0,001$).

“İyimser Yaklaşım” alt boyutunda bulunmanın ise DSDÖ “Alınan Destek” alt boyutu ile ilişkisi yoktu (Tablo-22’de gösterilmiştir).

Tablo 22. SBÇT Ölçeği ile DSDÖ “Alınan Destek” boyutu arasındaki ilişki

	Destek yok		Destek var		Destek çok var		p
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS	
Kendine Güvenli yaklaşım	1,90	0,28	2,03	0,32	2,10	0,41 1	0,002
İyimser Yaklaşım	1,86	0,32	2,01	0,25	1,94	0,51	0,101
Çaresiz Yaklaşım	1,68	0,42	1,49	0,47	1,30	0,57	<0,001
Boyun eğici yaklaşım	1,53	0,41	1,41	0,37	1,10	0,46	<0,001
Sosyal Destek Arama	1,62	0,33	1,75	0,40	1,88	0,43	0,003

4.14. SBÇT Ölçeği ve DSDÖ Alt Boyutlarının Korelasyon Analizi Sonuçları

Tablo 23. DSDÖ ve SBÇT Ölçeği alt boyutları değişkenler arası korelasyon analizi

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Maddi Destek- İÖ	r	1															
	p																
Maddi Destek- AD	r	0,261	1														
	p	0,002															
Duygusal Destek-İÖ	r	0,560	0,141	1													
	p	<0,001	0,093														
Duygusal Destek- AD	r	0,250	0,781	0,398	1												
	p	0,003	<0,001	<0,001													
Bilgi Desteği-İÖ	r	0,583	0,273	0,619	0,326	1											
	p	<0,001	0,001	<0,001	<0,001												
Bilgi Desteği-AD	r	0,312	0,747	0,416	0,789	0,502	1										
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001											
Karşılaştırm a-İÖ	r	0,426	0,281	0,547	0,418	0,709	0,480	1									
	p	<0,001	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001										
Karşılaştırm a-AD	r	0,291	0,589	0,410	0,723	0,531	0,746	0,786	1								
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001									
DSDÖ Toplam- İÖ	r	0,759	0,279	0,849	0,419	0,894	0,520	0,788	0,591	1							
	p	<0,001	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001								
DSDÖ Toplam-AD	r	0,307	0,889	0,373	0,934	0,436	0,921	0,507	0,819	0,485	1						
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001							

Tablo 23. DSDÖ ve SBÇT Ölçeği alt boyutları değişkenler arası korelasyon analizi (devam)

Kendine Güvenli Yaklaşım	r	-0,136	0,331	-0,134	0,270	-0,019	0,263	0,015	0,218	-0,085	0,307	1					
	p	0,104	<0,001	0,111	0,001	0,825	0,002	0,854	0,009	0,311	<0,001						
İyimser Yaklaşım	r	-0,275	0,177	-0,280	0,179	-0,133	0,127	-0,070	0,121	-0,234	0,172	0,650	1				
	p	0,001	0,035	0,001	0,033	0,113	0,130	0,404	0,151	0,005	0,040	<0,001					
Çaresiz Yaklaşım	r	0,084	-0,375	0,053	-0,408	0,076	-0,305	-0,044	-0,313	0,058	-0,396	-0,455	-0,378	1			
	p	0,318	<0,001	0,527	<0,001	0,369	<0,001	0,599	<0,001	0,492	<0,001	<0,001	<0,001				
Boyun Eğici Yaklaşım	r	-0,243	-0,416	-0,138	-0,375	-0,199	-0,350	-0,266	-0,398	-0,243	-0,425	-0,314	-0,019	0,595	1		
	p	0,003	<0,001	0,101	<0,001	0,017	<0,001	0,001	<0,001	0,003	<0,001	<0,001	0,819	<0,001			
Sosyal Destek Arama	r	0,122	0,281	0,041	0,288	0,139	0,257	0,320	0,438	0,168	0,334	0,116	0,100	-0,216	-0,319	1	
	p	0,145	0,001	0,624	<0,001	0,097	0,002	<0,001	<0,001	0,044	<0,001	0,167	0,235	0,010	<0,001		
EDSDÖ Toplam	r	0,110	-0,319	0,236	-0,282	0,098	-0,216	0,012	-0,170	0,151	-0,285	-0,249	-0,362	0,406	0,211	-0,091	1
	p	0,189	<0,001	0,005	0,001	0,242	0,010	0,889	0,043	0,071	0,001	0,003	<0,001	<0,001	0,012	0,280	

DSDÖ: Doğum Sonu Destek Ölçeği, EDSDÖ: Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği, İÖ: İhtiyacın Önemi, AD: Alınan Destek

Tablo 23’te değişkenler arasındaki korelasyon analizleri gösterilmiştir.

“Maddi Destek- İhtiyacın Önemi” alt boyutu değişkeni ile duygusal, bilgi ve karşılaştırma desteği ihtiyacının önemi (Sırasıyla; $r=0,560$, $p<0,001$; $r=0,583$, $p<0,001$; $r=0,426$, $p<0,001$) alınan maddi, duygusal, bilgi ve karşılaştırma desteği (Sırasıyla; $r=0,261$, $p<0,002$; $r=0,250$, $p<0,003$; $r=0,312$, $p<0,001$; $r=0,291$, $p<0,001$) ve toplam DSDÖ ihtiyacın önemi ve alınan destek boyut puanlarıyla (Sırasıyla; $r=0,759$, $p<0,001$; $r=0,307$, $p<0,001$) arasında pozitif korelasyon bulunmuştur. Ayrıca SBÇT ölçeği alt boyutlarından iyimser yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım (Sırasıyla; $r=-0,275$, $p<0,001$; $r=-0,243$, $p<0,003$) ile negatif korelasyonu bulunmuştur.

“Maddi Destek- Alınan Destek” alt boyutu değişkeninin bilgi ve karşılaştırma desteği ihtiyacının önemi (Sırasıyla; $r=0,273$, $p=0,001$; $r=0,281$, $p=0,001$), alınan duygusal, bilgi ve karşılaştırma desteği (Sırasıyla; $r=0,781$, $p<0,001$; $r=0,747$, $p<0,001$; $r=0,589$, $p<0,001$) ve toplam DSDÖ ihtiyacın önemi ve alınan destek boyut puanlarıyla (Sırasıyla; $r=0,279$, $p=0,001$; $r=0,889$, $p<0,001$) pozitif ilişkisi saptanmıştır. Ayrıca SBÇT ölçeği alt boyutlarından kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama (Sırasıyla; $r=0,331$, $p<0,001$; $r=0,177$, $p=0,035$; $0,281$, $p=0,001$) ile pozitif korelasyonu bulunurken, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği toplam puanı (Sırasıyla; $r=-0,375$, $p<0,001$; $r=-0,416$, $p<0,001$; $r=-0,319$, $p<0,001$) ile de negatif korelasyonu bulunmuştur.

“Duygusal Destek-İhtiyacın Önemi” alt boyutu değişkeninin bilgi ve karşılaştırma desteği ihtiyacının önemi (Sırasıyla; $r=0,619$, $p<0,001$; $r=0,547$, $p<0,001$) alınan duygusal, bilgi ve karşılaştırma desteği (Sırasıyla; $r=0,398$, $p<0,001$; $r=0,416$, $p<0,001$; $r=0,410$, $p<0,001$) ve toplam DSDÖ ihtiyacın önemi ve alınan destek boyut puanlarıyla (Sırasıyla; $r=0,849$, $p<0,001$; $r=0,373$, $p<0,001$) pozitif ilişkisi bulunmuştur. Ayrıca EDSDÖ toplam puanı ($r=0,236$, $p=0,005$) ile pozitif ilişkisi bulunurken, SBÇT ölçeği alt boyutlarından iyimser yaklaşım ($r=-0,280$, $p=0,001$) ile negatif ilişkisi saptanmıştır.

“Duygusal Destek-Alınan Destek” alt boyutu değişkeninin bilgi ve karşılaştırma desteği ihtiyacının önemi (Sırasıyla; $r=0,326$, $p<0,001$; $r=0,418$, $p<0,001$), alınan bilgi ve karşılaştırma desteği (Sırasıyla; $r=0,789$, $p<0,001$; $0,723$, $p<0,001$) toplam DSDÖ

ihtiyacın önemi ve alınan destek boyut puanlarıyla (Sırasıyla; $r=0,419$, $p<0,001$; $r=0,934$, $p<0,001$) pozitif ilişkisi bulunmuştur. Ayrıca SBÇT ölçeği alt boyutlarından kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama (Sırasıyla; $r=0,270$, $p=0,001$; $r=0,179$, $p=0,033$; $r=0,288$, $p<0,001$) ile pozitif korelasyonu bulunurken, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği toplam puanı (Sırasıyla; $r=-0,408$, $p<0,001$; $r=-0,375$, $p<0,001$; $r=-0,282$, $p<0,001$) ile de negatif korelasyonu bulunmuştur.

“Bilgi Desteği-İhtiyacın Önemi” alt boyutu değişkeninin karşılaştırma desteği ihtiyacının önemi ($r=0,709$, $p<0,001$), alınan bilgi ve karşılaştırma desteği (Sırasıyla; $r=0,502$, $p<0,001$; $r=0,531$, $p<0,001$), toplam DSDÖ ihtiyacın önemi ve alınan destek boyut puanlarıyla (Sırasıyla; $r=0,894$, $p<0,001$; $r=0,436$, $p<0,001$) pozitif korelasyonu saptanmıştır. Ayrıca SBÇT ölçeği alt boyutlarından boyun eğici yaklaşım ($r=-0,199$, $p=0,017$) ile negatif korelasyonu bulunmuştur.

“Bilgi Desteği-Alınan Destek” alt boyutu değişkeninin karşılaştırma desteği ihtiyacının önemi ($r=0,480$, $p<0,001$) ve alınan destek ($r=0,746$, $p<0,001$), toplam DSDÖ ihtiyacın önemi ve alınan destek boyut puanlarıyla (Sırasıyla; $r=0,520$, $p<0,001$; $r=0,921$, $p<0,001$) pozitif korelasyonu saptanmıştır. Ayrıca SBÇT ölçeği alt boyutlarından kendine güvenli yaklaşım ve sosyal destek arama (Sırasıyla; $r=0,263$, $p=0,002$; $r=0,257$, $p=0,002$) ile pozitif ilişkisi bulunurken, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve EDSDÖ toplam puanı (Sırasıyla; $r=-0,305$, $p<0,001$; $r=-0,350$, $p<0,001$; $r=-0,216$, $p=0,010$) ile de negatif korelasyonu bulunmuştur.

“Karşılaştırma- İhtiyacın Önemi” alt boyutu değişkeninin alınan karşılaştırma desteği, toplam DSDÖ ihtiyacın önemi ve alınan destek boyut puanlarıyla (Sırasıyla; $r=0,786$, $p<0,001$; $r=0,788$, $p<0,001$; $r=0,507$, $p<0,001$) SBÇT ölçeği alt boyutlarından ise sosyal destek arama ($r=0,320$, $p<0,001$) ile pozitif korelasyonu saptanmışken, boyun eğici yaklaşım ($r=-0,266$, $p=0,001$) ile negatif korelasyonu bulunmuştur.

“Karşılaştırma- Alınan Destek” alt boyutu değişkeninin toplam DSDÖ ihtiyacın önemi ve alınan destek boyut puanlarıyla (Sırasıyla; $r=0,591$, $p<0,001$; $r=0,819$, $p<0,001$) pozitif korelasyonu bulunmaktadır. SBÇT ölçeği alt boyutlarından kendine güvenli yaklaşım ve sosyal destek arama (Sırasıyla; $r=0,218$, $p=0,009$; $r=0,438$,

$p<0,001$) ile pozitif korelasyonu saptanırken, çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım ve EDSDÖ toplam puanı (Sırasıyla; $r=-0,313$, $p<0,001$; $r=-0,398$, $p<0,001$; $r=-0,170$, $p=0,043$) ile de negatif korelasyonu saptanmıştır.

Doğum Sonu Destek Ölçeği “İhtiyacın Önemi” toplam puanı değişkeni ile DSDÖ “Alınan Destek” toplam puanı ($r=0,485$, $p<0,001$) ve SBÇT ölçeği alt boyutlarından sosyal destek arama ($r=0,168$, $p=0,044$) arasında pozitif bir ilişki bulunurken, iyimser yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım (Sırasıyla; $r=-0,234$, $p=0,005$; $r=-0,243$, $p=0,003$) arasında negatif ilişki bulunmuştur.

Doğum Sonu Destek Ölçeği “Alınan Destek” toplam puanı değişkeni ile SBÇT ölçeği alt boyutlarından kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama (Sırasıyla; $r=0,307$, $p<0,001$; $r=0,172$, $p=0,040$; $r=0,334$, $p<0,001$) arasında pozitif ilişki varken, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve EDSDÖ toplam puanı (Sırasıyla; $r=-0,396$, $p<0,001$; $r=-0,425$, $p<0,001$; $r=-0,285$, $p<0,001$) arasında negatif ilişki vardır.

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği “Kendine güvenli yaklaşım” alt boyutu ile iyimser yaklaşım ($r=0,650$, $p<0,001$) arasında pozitif korelasyon saptanırken, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve EDSDÖ toplam puanı (Sırasıyla; $r=-0,455$, $p<0,001$; $r=-0,314$, $p<0,001$; $r=-0,249$, $p=0,003$) arasında negatif korelasyon saptanmıştır.

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği “İyimser yaklaşım” alt boyutu ile çaresiz yaklaşım ($r=-0,378$, $p<0,001$) ve EDSDÖ toplam puanı ($r=-0,362$, $p<0,001$) negatif ilişkilidir.

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği “Çaresiz yaklaşım” alt boyutu ile boyun eğici yaklaşım ($r=0,595$, $p<0,001$) ve EDSDÖ toplam puanı ($r=0,406$, $p<0,001$) pozitif ilişkili iken, sosyal destek arama alt boyutu ($r=-0,216$, $p=0,010$) negatif ilişkilidir.

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği “Boyun eğici yaklaşım” alt boyutunun EDSDÖ toplam puanı ($r=0,211$, $p=0,012$) ile pozitif korelasyonu bulunurken, SBÇTÖ sosyal destek arama alt boyutu ($r=-0,319$, $p<0,001$) ile negatif korelasyonu bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Doğum ve sonrası dönem kadınların sağlığını ve yaşam kalitesini etkileyen önemli zaman dilimlerinden biridir. Bu dönemde kadın fiziksel, duygusal ve sosyal anlamda yeni hayatına uyum sağlamaya çalışır. Bu durum annenin çeşitli anksiyete faktörleriyle karşı karşıya gelmesine yol açmaktadır. Bu süreçte anneye ihtiyaç duyduğu desteğin verilmemesi anne ve bebekte fiziksel ve psikososyal sorunlara yol açabilmektedir.

Annenin stresle başa çıkma becerileri kadının temel kişilik özelliklerine bağlı olmakla birlikte bu süreçte uyum sağlamak bazı kadınlar için daha zor olmaktadır. Fiziksel komplikasyonlar, hızla gerçekleşen fizyolojik değişimler, annede kronik yorgunluk, yetersizlik hissi, sosyal izolasyon, bebeğin mizacı, annenin ilgisinin bebeğin üzerinde olması ve bunun eşi ile ilişkisini olumsuz etkilemesi postpartum döneme uyumu zorlaştıran faktörlerdendir. Annenin uyumunu ve yeterlilik algısını artıran faktörler ise bebek bakımı hakkında aldığı bilgi, algılanan yaşam stresi, önceki ebeveynlik tecrübeleri, bu süreçte yaşadığı endişe ve sıkıntıları gidermede aldığı destek ve danışmanlıktır (5-7).

Doğum sonrası dönemde lohusaların destek gereksinimleri ve aldıkları destek ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan bu araştırmada analiz sonuçları literatürdeki benzer çalışma sonuçları ile tartışılmıştır.

Yapılan istatistiksel analiz sonucunda katılımcıların yaş ortalaması $28,89 \pm 5,36$ (min=18, max= 44) olup, çoğunluğunun evli, çekirdek aile yapısına sahip, lise ve üzeri eğitim düzeyi olan ve gelir getiren işte çalışmayan kişiler olduğu görülmektedir. Hane gelir yeterliliği sorulduğunda çoğunluk “yeterli” yanıtını vermiştir. Gebe ve lohusalarla yapılan benzer bir çalışmada katılımcıların çoğunluğunun 19-24 yaş grubunda, evli, çekirdek aileye sahip, ilkokul mezunu ve çalışmadığı saptanmıştır (180). Yine lohusalarda yapılan bir başka çalışmada büyük çoğunluğunun 20-29 yaş grubu, ilkokul mezunu ve çekirdek aile yapısına sahip olan kadınlar olduğu belirtilmiştir (181) . Literatürle kıyaslandığında katılımcıların yaş ortalaması ve aile yapısının benzer, eğitim durumunun ise daha yüksek olduğu görülmektedir.

Katılımcıların çoğunluğu doğum sonrasına yönelik bilgi/eğitim aldığını ancak bebek bakımına yönelik bilgi/eğitim almadığını bildirmiştir. Çoğunluğun hem bebek bakımı hem de doğum sonrasına yönelik eğitim/bilgiyi “sağlık çalışanı” aracılığı ile aldığı görülmektedir.

Katılımcıların çoğunluğu bebek bakımında ve ev işlerinde destek aldığını bildirmiştir. Desteği kimden aldığı sorulduğunda çoğunluk hem bebek bakımı hem de ev işleri için “kendi annesi ve eş” yanıtını vermiştir.

Katılımcıların DSDÖ puan ortalamalarına bakıldığında “İhtiyacın Önemi” boyutu toplam puan ortalaması 142,3±47,45, “Alınan Destek” boyutu toplam puan ortalaması 99,51± 55,62 bulunmuştur. Aksakallı ve ark. lohusalarda yaptıkları çalışmada “İhtiyacın Önemi” boyutu ortalama toplam puanını 148.61±48.6, “Alınan Destek” boyutu ortalama toplam puanını 119.21±49.73 olarak bulmuştur (181). Öztürk, Altınayak ve Özkan’ın yaptıkları çalışmada “İhtiyacın Önemi” boyutu ortalama puanı 144.40±77.56, “Alınan Destek” boyut ortalama puanı 108.80±80.45 olarak bulunmuştur (182). Şahan’ın yaptığı çalışmada ise farklı olarak DSDÖ “İhtiyacın Önemi” boyutu toplam puan ortalaması 165.67 ± 46.48 ve “Alınan Destek” boyutu puan ortalaması 116.84 ± 51.82 saptanmıştır. Çalışmalar arasındaki bu farklılığın katılımcıların sosyoekonomik ve kültürel farklarından kaynaklı olduğu söylenebilir.

DSDÖ’nin tüm alt boyutlarında (maddi, duygusal, bilgi, karşılaştırma) “İhtiyacın Önemi” puan ortalamasının “Alınan Destek” puan ortalamalarından fazla olduğu saptanmıştır. Katılımcıların DSDÖ ölçek kesme noktalarına göre yapılmış kategorilerine bakıldığında %44,8’i için ihtiyacın çok önemli olduğu, bununla birlikte %52,4’ünün “destek yok” kategorisinde bulunduğu saptanmıştır. İnandı ve ark. yaptıkları çalışmada kadınların %40’ının yetersiz aile desteğinden yakındığını belirtmiştir (183). Ölçek kesme noktalarına göre değerlendirildiğinde araştırmamıza katılan lohusaların doğum sonu desteğe önemli ölçüde ihtiyaç duydukları fakat aldıkları desteğin çok fazla olmadığı görülmüştür. Literatür bulguları da çalışmamızı destekler niteliktedir.

Katılımcıların DSDÖ puanları ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında annelerin yaş ortalaması azaldıkça, “ihtiyacın önemi” puan

ortalamalarının arttığı, katılımcıların daha sıklıkla “çok önemli” kategorisinde bulunduğu görülmüştür. Türkoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada annelerin yaş ortalamaları arttıkça “ihtiyacın önemi” puan ortalamalarının azaldığı belirlenmiştir (184). Aksakallı ve arkadaşlarının çalışmasında da “ihtiyacın önemi” boyutu puanının yaş arttıkça azaldığı belirlenmiştir (181). Literatür bulguları çalışmamızla benzer sonuçlar ortaya koymuştur. Yaşın artmasıyla birlikte hayata ve bebek bakımına yönelik tecrübe kazanılmasının, doğum sonu desteğe duyulan ihtiyacın azalmasına sebep olduğu düşünülebilir.

Eğitim durumunun ve gelir getiren işte çalışmanın “İhtiyacın Önemi” ve “Alınan Destek” boyutu ile ilişkisi anlamlı bulunmuştur. Katılımcılardan eğitim düzeyi yüksek olan ve gelir getiren işte çalışanların “İhtiyacın Önemi” ve “Alınan Destek” boyut puanları daha yüksek bulunmuştur. Hung tarafından yapılan çalışmada kadınların gelir ve eğitim düzeyi arttıkça sosyal desteğin arttığı saptanmıştır (185). Elsenbruch ve ark.’nın gebelerde yaptığı çalışmada eğitim düzeyindeki artışın sosyal destek düzeyinde artışla ilişkili olduğu belirlenmiştir (186). Bu sonuçlar eğitim ve gelir düzeyi arttıkça kendini ifade etmenin ve bireylerde farkındalığın artmasıyla açıklanabilir. Çalışmayan annelerin doğum sonu destek konusunda daha az sorun yaşadıkları, çalışan annelerin ise sosyal ilişkilerinin daha güçlü olduğuna dair çalışmalar mevcuttur (187). Ayrıca çalışmak kadınlarda iş yükünü ve sorumlulukları artırdığından desteğe duydukları ihtiyacın ve aldıkları desteğin daha fazla olduğu söylenebilir.

Katılımcıların eşlerinin eğitim durumu ile “İhtiyacın Önemi” boyutu arasında bir ilişkili yoktu ancak “Alınan Destek” boyutu ile aralarında anlamlı bir ilişki vardı. Eğitim düzeyi arttıkça annelerin aldıkları desteğin de arttığı saptanmıştır. Aksakallı ve ark.’nın yaptıkları çalışmaya göre de eşin eğitim durumu arttıkça lohusaların aldıkları desteğin arttığı saptanmıştır (181). Okanlı ve ark.’da çalışmalarında eşlerin eğitim düzeyi arttıkça algılanan sosyal desteğin arttığını saptamışlardır (188). Eğitim düzeyindeki artış kişilerarası iletişimi arttırdığı gibi, kişinin eşini daha iyi anlamasını sağlamaktadır bu da sonuçlarda etkili olmuş olabilir.

Katılımcıların eşinin mesleği ile “İhtiyacın Önemi” ve “Alınan Destek” boyutları arasında anlamlı ilişki vardı. Eşi sağlık çalışanı ve sağlık çalışanı dışı memur olanlarda, diğer meslek gruplarına göre “İhtiyacın Önemi” ve “Alınan Destek” boyutu

puanları daha yüksek saptanmıştır. Bingöl'ün yaptığı çalışmada eşi memur olan annelerin algılanan sosyal destek puanının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (9). Baheiraei ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada da eş mesleği ve yeterli gelir algılanan sosyal destek ile önemli derecede ilişkili bulunmuştur (189). Sosyoekonomik statünün ana bileşenleri olan meslek ve gelir, beraberinde kişiye sosyal ağ bağlantılarını genişletme ve sürdürme imkanı da getirir. Bu durum çalışmamızın sonuçlarını açıklar niteliktedir.

Aylık gelir yeterliliğinin “İhtiyacın Önemi” boyutu ile ilişkisi yoktu ancak “Alınan Destek” boyutu ile anlamlı ilişkisi bulunmaktaydı. Gelirinin “yeterli” olduğunu beyan edenlerin aldıkları puan daha yüksek saptanmıştır. Türkoğlu ve ark. yaptıkları çalışmada kadınların yüksek gelire sahip olmalarının DSDÖ “Alınan Destek” puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (184). Semerci'nin yaptığı çalışmada algılanan gelir düzeyi iyi olan kadınların toplam destek puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (10). Lohusaların gelir düzeyinin yüksek olması kendilerini daha güvenli hissetmelerine, bilgiye ve desteğe erişimlerinin artmasına dolayısı ile alınan desteğin artmasına neden olmuş olabilir.

Evde yaşayan kişi sayısının “İhtiyacın Önemi” ve “Alınan Destek” boyutu ile ilişkisi bulunmaktaydı. Evdeki kişi sayısının azalması ile doğum sonu destek ihtiyacının ve alınan desteğin arttığı saptanmıştır. Okanlı ve ark. çalışmasında ailedeki birey sayısının artması ile algılanan sosyal destek puanının azaldığı görülmektedir (188). Mermer ve arkadaşları da doğum sonrası dönemde çekirdek aile yapısındaki kadınlarda sosyal destek algısının yüksek olduğunu saptamışlardır (180). Literatür de bulgularımızı destekler niteliktedir. Evdeki kişi sayısının azalması ile anneye bebek bakımına ek olarak ev işlerinin sorumluluğu da yüklendiğinden desteğe duyulan ihtiyaç artmış olabilir. Kalabalık ailelere kıyasla evdeki kişi sayısının az olduğu ailelerde kadın eşiyile yeterince vakit geçirebilmiş ve duygusal destek ihtiyacını daha yüksek oranda karşılamış olabilir. Bunların elde edilen bulguların ortaya çıkışında etkili olduğu düşünülmektedir.

Katılımcıların DSDÖ puanları ile klinik ve obstetrik özellikleri karşılaştırıldığında katılımcıların kronik hastalık ve postpartum depresyon bulunma durumunun “İhtiyacın Önemi” boyutu ile ilişkisi yoktu. Ancak “Alınan Destek”

boyutuna baktığımızda “Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği” kesme noktasına göre depresyonu bulunan kadınların çoğunluğunun “destek yok” kategorisinde bulunduğu, depresyonu olmayanların ise yarıdan fazlasının “destek var” ya da “destek çok var” kategorisinde bulunduğu saptanmıştır. Kanada’da yapılan bir çalışma kadınlarda postpartum depresyon ve eş desteği arasında anlamlı ilişki olduğunu göstermektedir, çalışmaya göre, yeterli eş desteği alan kadınlarda postpartum depresyon görülme sıklığı ve mevcut semptomların miktarı azalmaktadır (190). Kadının eşinin ve çevresinin desteğini algılaması bir kadın, eş ve anne olarak kendini daha iyi hissetmesini sağlamakta, postpartum dönemde annelik rolüne uyumunu kolaylaştırmakta ve yeterlilik duygusunu artırarak depresyonu önlemektedir (191).

Lohusaların gebelik sırasında sigara kullanımı ile “İhtiyacın Önemi” boyutu arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. Akbaş’ın yaptığı çalışmada sigara alışkanlığı olan lohusalarda “İhtiyacın Önemi” boyutu puan ortalamasının sigara alışkanlığı olmayanlara göre daha yüksek ve farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Derksen ve ark. yaptıkları çalışmada da sosyal desteği fazla olan gebelerin sigara içme oranının daha düşük olduğu gösterilmiştir (192). Yapılan bazı çalışmalar gebelerde sigara kullanımının daha yüksek anksiyete düzeyi ile ilişkili olduğunu göstermektedir (193). Tüm bu çalışmalara baktığımızda bulduğumuz sonuçların, sigara kullanan kadınlarda anksiyetenin daha yüksek ve sosyal destek sistemlerinin daha zayıf olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Katılımcıların evlilik yaşı arttıkça “İhtiyacın Önemi” ve “Alınan Destek” boyutu puanlarının arttığı görülmüştür. Bu sonuçlara kadının yaşı ilerledikçe hayat tecrübesinin ve kişisel ihtiyaçlarına yönelik farkındalığının artışı, dolayısı ile bu ihtiyaçlara yönelik destek talebinin de artması sebep olmuş olabilir.

Lohusaların gebelik sayısı ve yaşayan çocuk sayısının “İhtiyacın Önemi” ve “Alınan Destek” boyutlarıyla anlamlı ilişkisi vardır. Gebelik ve yaşayan çocuk sayısı azaldıkça her iki boyutta alınan puanın arttığı görülmüştür. Tokat’ta yapılan bir çalışmada gebelik sayısı ve yaşayan çocuk sayısı arttıkça destek gereksinimlerinin ve aldıkları desteğin azaldığı bulunmuştur (129). Literatürde benzer bulguların elde edildiği başka çalışmalar da mevcuttur (9, 181, 184). Bu sonuçlar gebelik sayısı ve yaşayan çocuk sayısı arttıkça, annenin bebek bakımı ve sürecin getirdiği stresle başa

çıkma deneyimlerinin artması, destek ve endişe duyduğu konuların azalması ile açıklanabilir.

Çalışmamızın bulgularına bakıldığında gebeliğin planlı olup olmadığı ile DSDÖ boyutları arasında anlamlı bir ilişki yoktu. İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte istenmeyen gebelik yaşayan kadınların yüksek oranda “ihtiyaç önemsiz” ve “destek yok” kategorilerinde bulunduğu görülmüştür. Yapılan çalışmalarda gebeliğin planlı olmasının sosyal desteği artırdığı görülmektedir (124, 194, 195). Gebeliğin istenen gebelik olması, kişinin eşiyle olan ilişkisini olumlu etkileyebileceği gibi kadının annelik rolüne uyumunu da artırmaktadır. Anneliğe uyum sağlamış olan kadın ihtiyaçlarının farkında olur ve eşinden de gerekli desteği görebilir. Bu çalışmada farkın anlamsız olması gebeliğini istemeyen kadınların sayısının az olmasından kaynaklanmış olabilir.

Katılımcıların DSDÖ puanları ile bebeklerinin klinik özellikleri karşılaştırıldığında bebeklerin doğum haftası, cinsiyeti, doğum ağırlığı, beslenme şekli, kronik hastalık veya doğum sırasında komplikasyon öyküsü durumunun DSDÖ boyutları ile ilişkisi yoktu. Literatürde bebeklerin klinik özelliklerini kapsamlı sorgulayan ve beraberinde annelerin destek düzeylerini ölçen çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızda bebeklerin klinik özelliklerinin sorgulanması bu yönden değerlidir.

Katılımcıların DSDÖ puanları ile “Doğum sonu destek aldınız mı” sorusuna verdikleri yanıtlar karşılaştırıldığında doğum sonrası bebek bakımı ve ev işlerinde destek aldığını ifade edenlerin “Alınan Destek” boyutu puanlarının yüksek olduğu görülmektedir. Bununla birlikte bebek bakımında destek aldığını söyleyenlerin %44,1’inin, ev işlerinde destek aldığını söyleyenlerin de %45,3’ünün DSDÖ “Alınan Destek” boyutu “destek yok” kategorisinde olduğu saptanmıştır. Bu bulgular bize “algılanan destek” kavramını düşündürmektedir. Başkaları tarafından sevilip sayıldığını, ihtiyaç duyduğu anda yardım bulacağını, ilişkilerinin doyum verici olduğunu düşünen kişinin algıladığı destek daha fazladır. Ayrıca bebek bakımında ve ev işlerinde destek almak, doğum sonu desteğin alt boyutlarından sadece birisidir. Bilgi desteği, duygusal destek gibi alt boyutların öneminin bu bulgularla ön plana çıktığı söylenebilir.

Bebek bakımı ve ev işlerinde kendi ailesi ve eşinden destek alanların ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı iken, eşinin ailesi ve aile dışı birinden destek almak ilişkili bulunmamıştır. Yapılan bir çalışmada lohusaların bebek bakımı konusunda kimden destek aldığı durumuna göre DSDÖ puanları incelendiğinde “ihtiyacın önemi” boyutu için en çok anne cevabı verilirken “alınan destek” boyutunda anne ile eş cevabı daha çok verilmiş ve sonuçların anlamlı olduğu bulunmuştur (129). Mermer ve ark.’nın, Baheiraei ve ark.’nın, Hooker ve ark.’nın, Schwab-Reese ve ark. yaptıkları çalışmalarda eş ve aileden alınan sosyal desteğin lohusaları olumlu yönde etkilediğini, lohusaların bebek bakımı, beslenmesi vb. üzerinde daha bilgili olmasına yardımcı olduğunu, iyilik halini ve sosyal destek seviyelerini artırdığını belirtmişlerdir (137, 180, 189, 196).

Doğum sonrası bakıma yönelik eğitim/bilgi aldığınız mı sorusuna “evet” yanıtını veren ve bu bilgi/eğitimi internetten aldığını söyleyen kadınların DSDÖ “Alınan Destek” boyutu ile ilişkisi anlamlı bulunmuştur. Bilgiyi “internetten” edinmek merak edilen birçok farklı konuda istenilen zamanda hızlı ve geniş çaplı araştırma yapmayı kolaylaştırdığından, kadının ihtiyaçlarının farkına varmasını ve destek veren kişiyi doğru şekilde yönlendirmesini sağlamış olabilir.

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği alt boyutlarının DSDÖ boyutları ile ilişkisine bakıldığında “Boyun Eğici Yaklaşım” puanı azaldıkça destek ihtiyacı daha önemli hale gelmiştir. “Alınan Destek” boyutunda ise “Kendine Güvenli Yaklaşım” ve “Sosyal Destek Arama” puanı arttıkça, “Çaresiz Yaklaşım” ve “Boyun Eğici Yaklaşım” alt boyutlarında ise puan azaldıkça alınan desteğin arttığı görülmektedir. Kişilerin stresle başa çıkmada olumsuz yöntemleri terk edip etkili baş etme yöntemlerine yönelmeleri yaşadıkları sorunlara karşı farkındalıklarının artmasını sağlamaktadır. Ayrıca sosyal çevreleri ile etkileşimlerinin artmasına böylece çözüme daha kolay ulaşmalarına katkı sağlamaktadır.

Doğum Sonu Destek Ölçeği alt boyutlarının kendi aralarındaki ilişkiye bakıldığında maddi desteğe duyulan ihtiyacın önemi diğer tüm alt boyutlara duyulan ihtiyaç (duygusal, bilgi, karşılaştırma) ve toplam “ihtiyacın önemi” puanı ile pozitif ilişkili bulunmuştur. Bu bulgu lohusanın yalnızca maddi desteğe (bebek bakımı, ev işlerinde yardım vb.) değil beraberinde duygusal destek (sevilmek, değer görmek, anlaşılma vb.) ve bilgi desteğine (emzirme nasıl olmalı, bebeğin sağlığı ile ilgili merak

edilenler vb.) ihtiyaç duyduğunu ortaya koymaktadır. Sonuçlar kadının çevresindeki sosyal destek sağlayıcılarına ve sağlık profesyonellerine farkındalık kazandırması açısından önemlidir.

“Maddi Destek” alt boyutunda desteğe duyulan ihtiyacın önemi, diğer tüm alt boyutlarda (duygusal, bilgi, karşılaştırma) alınan destekle ve toplam “alınan destek” puanı ile pozitif ilişkili saptanmıştır. Lohusanın destek ihtiyacı arttıkça alınan destek de artmıştır. Katılımcıların kendilerinin ve eşlerinin eğitim düzeylerinin ve doğum sonrasına yönelik bilgi/eğitim alma oranlarının fazla olması bu sonuçlarda etkili olmuş olabilir. Destek ihtiyacının farkında olmak, kendini ifade edebilmek ve gerekli destek ağına sahip olmak kişilerin eğitim ve bilgi düzeyleri ile ilişkilidir.

Stresle Başa Çıkma Tarzları ölçeği alt boyutlarının aralarındaki ilişkiye bakıldığında etkili başa çıkma yöntemlerinden “Kendine Güvenli Yaklaşım” ile yine etkili yöntemlerden “İyimser Yaklaşım” arasında pozitif ilişki varken, etkisiz başa çıkma yöntemlerinden “Çaresiz Yaklaşım” ve “Boyun Eğici Yaklaşım” ile negatif ilişkisi saptanmıştır. Dağlar ve ark.’ın gebelerde yaptığı çalışmada da benzer sonuçlara ulaşılmıştır(197). Bu sonuçlar beklendiği gibi stresle başa çıkmada olumlu tarzların kullanımı arttıkça olumsuz tarzların kullanımının azalmasını göstermesi bakımından önemlidir.

Doğum Sonu Destek Ölçeği ile Stresle Başa Çıkma Tarzları ölçeği alt boyutları karşılaştırıldığında, “İyimser Yaklaşım” ile maddi ve duygusal destek ihtiyacı arasında, “Boyun Eğici Yaklaşım” ile maddi, bilgi ve karşılaştırma desteği ihtiyacı arasında negatif korelasyon bulunmuştur. SBÇT ölçeğinden “Sosyal Destek Arama” alt boyutu ile “Karşılaştırma” ihtiyacı arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Katılımcılar boyun eğici ve iyimser yaklaşımdan uzaklaştıkça lohusalık sürecinde neye ihtiyaç duyduklarının farkına varmaya ve destek aramaya yönelmektedirler.

Alınan maddi ve duygusal destek ile SBÇT ölçeği alt boyutlarından “Kendine Güvenli Yaklaşım”, “İyimser Yaklaşım” ve “Sosyal Destek Arama” arasında pozitif korelasyon varken, “Çaresiz Yaklaşım” ve “Boyun Eğici Yaklaşım” arasında negatif korelasyon bulunmuştur. Chou ve ark. yaptıkları çalışmada algılanan stresin sosyal destekle güçlü ve ters bir bağlantısı olduğunu göstermiştir. Sosyal desteği yüksek

kadınların daha az stresli oldukları bildirilmiştir(198). Los Angeles’da yapılan retrospektif vaka kontrol çalışmasında eş desteğinin kronik stresin etkisini değiştirdiği ve preterm doğum riskini azaltabileceği saptanmıştır (199). Bulgularımız ve literatür bilgileri gösteriyor ki kişinin sosyal desteğinin fazla olması onun olumlu ve etkili baş etme stratejileri geliştirmesine, etkisiz başa çıkma yöntemlerinden uzaklaşmasına katkı sağlamaktadır.

Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği toplam puanı ile DSDÖ alt boyutları arasındaki ilişkiye bakıldığında Duygusal destek ihtiyacı ile EDSDÖ toplam puanı arasında pozitif ilişki vardır. DSDÖ tüm alt boyutlarda (maddi, duygusal, bilgi, karşılaştırma) alınan destek ile EDSDÖ arasında ise negatif korelasyon saptanmıştır. Kadınların özellikle de lohusalık sürecinde arkadaşlığa, yalnız olmadıklarını hissetmeye ve duygusal desteğe ihtiyaçları vardır. Bulgularımız da gösteriyor ki duygusal desteğe yüksek düzeyde ihtiyaç duyan kadınlarda EDSDÖ puanı daha yüksek olmaktadır. Lohusaların yaşadıkları sorunlar ve stresle nasıl ve ne ölçüde başa çıktıkları sosyal destek mekanizmaları ile yakından ilişkilidir. Yapılan çalışmalar sosyal desteğin iç ve dış stres faktörlerine karşı bireyin zayıflığını azalttığını göstermektedir (200, 201).

Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği toplam puanı ile SBÇT ölçeği alt boyutları karşılaştırıldığında “Çaresiz Yaklaşım” ve “Boyun Eğici Yaklaşım” arasında pozitif ilişki bulunurken, “Kendine Güvenli Yaklaşım” ve “İyimser Yaklaşım” arasında negatif ilişki bulunmaktadır. Dağlar ve ark. gebelerde stresle başa çıkma tarzları ve depresyonun ilişkisi incelediği çalışmada bizim bulgularımıza paralel sonuçlar bulmuşlardır ayrıca boyun eğici ve çaresiz yaklaşım puan ortalamaları ile anksiyete puan ortalamaları arasında da pozitif ilişki saptamışlardır (197). Yine Gourounti ve ark. yaptıkları çalışmada olumsuz baş etme tarzları ile anksiyete ve depresyon arasında pozitif, olumlu baş etme tarzları arasında ise negatif ilişki olduğunu belirtmiştir (202). Bireylerin stresle başa çıkma stratejileri ruh sağlığı açısından koruyucu rol oynamaktadır. Bazı stratejiler stresle ilişkili negatif duygulara karşı tampon görevi üstlenip sorunlara çözüm üretmeye yardımcı olurken, bazıları da stresin etkilerini kötüleştirerek sorunu daha da büyütebilir (203). Depresif belirtiler göstermenin strese başa çıkma sürecinde etkisiz ve çaresizlik içeren başa çıkma tarzlarını kullanmaya

yatkınlık oluşturması mümkün olabileceği gibi, pasif ve çaresiz başa çıkma stratejilerine yönelenlerin depresyon geliştirmeye eğilimli olduğu da söylenbilir.

Çalışmanın stn Yönleri:

Literatürde postpartum kadınların doğum sonu destek düzeylerini ve stresle başa çıkma tarzlarını birlikte ölçen ve aralarındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmanın Kısıtlılıkları:

Çalışmamız kesitsel bir çalışmadır, Ankara ilinde tek bir Aile Sağlığı Merkezi'nde yapılmış olması toplumun genelini yansıtması nedeniyle önemli bir kısıtlılıktır.

Doğum Sonu Destek leği'nin soru sayısının çokluğu, bebeğiyle beraber aşıya veya muayeneye gelen lohusa kadınına anket uygulanmasını zorlaştırmıştır.

6. SONUÇLAR

Postpartum dönem kadınların doğum sonu destek düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzlarını belirlemek ve aralarındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla planladığımız bu çalışmada katılımcıların çoğunluğunun doğum sonu dönemde ev işleri ve bebek bakımı konusunda kendi ailesi ve eşinden destek aldığı saptanmıştır. Kadınların büyük oranda doğum sonrası bakım ve bebek bakımına yönelik edindikleri eğitim/bilgiyi sağlık çalışanından aldıkları görülmüştür.

Doğum sonu destek ölçeği ortalama puanlarına bakıldığında tüm alt boyutlarda (maddi, duygusal bilgi karşılaştırma) desteğe duyulan ihtiyacın, alınan destekten daha fazla olduğu görülmüştür.

Katılımcıların yaş ortalaması azaldıkça destek ihtiyacının daha önemli hale geldiği saptanmıştır. Eğitim düzeyi yüksek olan ve gelir getiren işte çalışanların ve eşi sağlık çalışanı/ sağlık çalışanı dışı memur olanların doğum sonu desteğe duydukları ihtiyaç ve aldıkları destek daha fazla bulunmuştur. Gelirinin “yeterli” olduğunu beyan edenlerin aldıkları desteğin daha fazla olduğu görülmüştür. Evdeki kişi sayısının azalması ile doğum sonu destek ihtiyacının ve alınan desteğin arttığı saptanmıştır. Katılımcıların evlilik yaşı arttıkça, gebelik ve yaşayan çocuk sayısı ise azaldıkça destek ihtiyacının önemli hale geldiği, alınan desteğin ise arttığı görülmüştür.

Katılımcılardan doğum sonu depresyonu bulunanların aldıkları desteğin az olduğu, doğum sonu depresyonu olmayanların ise daha yüksek oranda destek aldığı saptanmıştır.

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ve DSDÖ arasındaki ilişkiye bakıldığında “Boyun Eğici Yaklaşım” puanı azaldıkça destek ihtiyacı daha önemli hale gelmiştir. “Kendine Güvenli Yaklaşım” ve “Sosyal Destek Arama” puanı arttıkça, “Çaresiz Yaklaşım” ve “Boyun Eğici Yaklaşım” puanı azaldıkça alınan desteğin arttığı görülmüştür.

Yapılan korelasyon analizinde maddi desteğe duyulan ihtiyaç ile duygusal destek, bilgi desteği ve karşılaştırmaya duyulan ihtiyaç arasında pozitif korelasyon

saptanmıştır. Ayrıca maddi desteğe duyulan ihtiyaç ile alınan maddi destek, duygusal destek, bilgi desteği ve karşılaştırma desteği arasında pozitif korelasyon bulunmuştur.

Yapılan korelasyon analizinde etkili başa çıkma yöntemlerinden “Kendine Güvenli Yaklaşım” ile yine etkili yöntemlerden “İyimser Yaklaşım” arasında pozitif ilişki varken, etkisiz başa çıkma yöntemlerinden “Çaresiz Yaklaşım” ve “Boyun Eğici Yaklaşım” ile negatif ilişki saptanmıştır.

Doğum Sonu Destek Ölçeği ile SBÇT ölçeği alt boyutları ile yapılan korelasyon analizinde “İyimser Yaklaşım” ile maddi ve duygusal destek ihtiyacı arasında, “Boyun Eğici Yaklaşım” ile maddi, bilgi ve karşılaştırma desteği ihtiyacı arasında negatif korelasyon bulunmuştur. “Sosyal Destek Arama” ile karşılaştırma ihtiyacı arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Maddi ve duygusal destek alma puanı ile “Kendine Güvenli Yaklaşım”, “İyimser Yaklaşım” ve “Sosyal Destek Arama” arasında pozitif korelasyon varken, “Çaresiz Yaklaşım” ve “Boyun Eğici Yaklaşım” arasında negatif korelasyon bulunmuştur.

Katılımcıların duygusal destek ihtiyacı ile EDSDÖ toplam puanı arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Maddi destek, duygusal destek, bilgi desteği ve karşılaştırma desteği alma puanı ile EDSDÖ arasında ise negatif korelasyon saptanmıştır. EDSDÖ puanı ile “Çaresiz Yaklaşım” ve “Boyun Eğici Yaklaşım” arasında pozitif ilişki bulunurken, “Kendine Güvenli Yaklaşım” ve “İyimser Yaklaşım” arasında negatif ilişki bulunmaktadır.

7. ÖNERİLER

T.C. Sağlık Bakanlığı rehberleri ışığında kadının gebelik döneminde ve doğum sonrası dönemde duygusal ve sosyal açıdan değerlendirilmesi gerekir. Doğum sonrası kadınlar çeşitli sebeplerden ötürü semptomlarını gizleyebilir. Sosyal çevresi tarafından damgalanma, bebek bakımı ve anne olma konusunda yetersiz hissetme korkusu vb. buna sebep olabilmektedir. Psikiyatrik hastalık öyküsü ve risk faktörleri bulunan gebe kadınlar yakından takip edilmeli, gebelikte gerekli önlemler alınmalı ve lüzum halinde psikiyatri uzmanına sevk edilmelidir.

Birinci basamakta çalışan aile hekimleri hastaya ve hastalıklara bütüncül bakış açısıyla yaklaşmalı sorunların altında yatan fiziksel, psikolojik, sosyal ve kültürel boyutları göz ardı etmemelidir. Kişinin eşi ve ailesiyle iletişimde olmalı, gerekirse sosyal hizmet uzmanına yönlendirmeli ve kadının etkili doğum sonu desteğe ulaşması sağlanmalıdır.

Doğum sonrası dönemde aile hekimi ve aile sağlığı çalışanları tarafından anneye bebek bakımı hakkında sürekli ve bireyselleştirilmiş bir yaklaşım sağlanması annelik rolüne uyumu kolaylaştırmada, anne-bebek bağına güçlendirmede ve kadının anksiyete düzeyini azaltmada etkili olabilir. Böylece kadınlar karşılaştıkları sorunlarla başa çıkmada daha etkili baş etme yöntemlerine başvurabilir.

8. KAYNAKLAR

1. Quality, equity, dignity: the network to improve quality of care for maternal, newborn and child health: strategic objectives [Internet]. 2018 [cited 10 Ağustos 2023]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513951>.
2. Kaplan S, Bahar A, Sertbaş G. Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2007;10(1):113-21.
3. Sword W, Watt S. Learning needs of postpartum women: does socioeconomic status matter? *Birth*. 2005 Jun;32(2):86-92. doi: 10.1111/j.0730-7659.2005.00350.x. PubMed PMID: 15918864.
4. Yıldız D. Doğum Sonrası Dönemde Annelerin Bebek Bakımı Konusunda Danışmanlık Gereksinimleri ve Yaklaşımlar. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2008;50(4):294-8.
5. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği (13. bs.). Ankara: Özyurt Matbaacılık S. 2016:497-8.
6. Clemons RM. Issues in newborn care. *Prim Care*. 2000 Mar;27(1):251-67. doi: 10.1016/s0095-4543(05)70159-7. PubMed PMID: 10739468.
7. Jansson A, Sivberg B, Larsson BW, Udén G. First-time mothers' satisfaction with early encounters with the nurse in child healthcare: home visit or visit to the clinic? *Acta Paediatr*. 2002;91(5):571-7. doi: 10.1080/080352502753711713. PubMed PMID: 12113328.
8. Oberg EB, Frank E. Physicians' health practices strongly influence patient health practices. *J R Coll Physicians Edinb*. 2009 Dec;39(4):290-1. doi: 10.4997/JRCPE.2009.422. PubMed PMID: 21152462; PMCID: PMC3058599.
9. Yılmaz BT. Postpartum Dönemdeki Kadınlarda Algılanan Sosyal Destek ve Postpartum Depresyon [Yüksek Lisans Tezi]. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı; 2005.
10. Semerci K. Annelerin Doğum Sonrası Konfor ve Destek Düzeyleri Arasındaki İlişki [Yüksek Lisans Tezi]. Malatya: İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.
11. Emmott EH, Page AE, Myers S. Typologies of postnatal support and breastfeeding at two months in the UK. *Soc Sci Med*. 2020 Feb;246:112791. doi: 10.1016/j.socscimed.2020.112791. Epub 2020 Jan 7. PMID: 31927156; PMCID: PMC7014584.
12. Aydın E. Riskli Olan ve Olmayan Gebelerde Algılanan Sosyal Destek ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Karşılaştırılması [Yüksek Lisans Tezi]. Ordu: Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2021.

13. Çiçek GS. Prematüre Bebeğin Bakımında Sosyal Destek Almanın Annelerin Stresle Başa Çıkma Durumuna Etkisi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı Hemşireliği; 2020.
14. Moran CF, Holt VL, Martin DP. What do women want to know after childbirth? *Birth*. 1997 Mar;24(1):27-34. doi: 10.1111/j.1523-536x.1997.tb00333.x. PMID: 9271964.
15. Pridham KF, Chang AS, Chiu YM. Mothers' parenting self-appraisals: the contribution of perceived infant temperament. *Res Nurs Health*. 1994 Oct;17(5):381-92. doi: 10.1002/nur.4770170509. PMID: 8090949.
16. WHO. Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide. Technical Working Group, World Health Organization. *Birth*. 1999 Dec;26(4):255-8. PMID: 10655832.
17. Karakaplan S. Doğum Şeklinin Annelerin Doğum Sonu Konforuna ve Yenidoğan Üzerine Etkileri [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı; 2007.
18. Oruç M. Doğum Sonu Dönemde Kadınların Annelik Fonksiyonu ile Maternal Bağlanma İlişkisinin İncelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Antalya: Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2018.
19. ACOG Committee Opinion No. 736: Optimizing Postpartum Care. *Obstet Gynecol*. 2018 May;131(5):e140-e150. doi: 10.1097/AOG.0000000000002633. PMID: 29683911.
20. Coşkun G. Doğum Sonu Bakımın Anneler Tarafından Değerlendirilmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Mersin: Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2003.
21. Aydın R, Kukulu K. Adaptation of the Barkin scale of maternal functioning and examination of the psychometric properties. *Health Care Women Int*. 2018 Jan;39(1):50-64. doi: 10.1080/07399332.2017.1385616. Epub 2017 Nov 10. PMID: 29043921.
22. Barkin JL, Bloch JR, Hawkins KC, Thomas TS. Barriers to optimal social support in the postpartum period. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2014 Jul-Aug;43(4):445-54. doi: 10.1111/1552-6909.12463. Epub 2014 Jun 19. PMID: 24946850.
23. Romano M, Cacciatore A, Giordano R, La Rosa B. Postpartum period: three distinct but continuous phases. *J Prenat Med*. 2010 Apr;4(2):22-5. PMID: 22439056; PMCID: PMC3279173.
24. Kılıçgün MY, Kılıçkaya A. Geleneksel annelik ölçeği'nin psikometrik özellikleri: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*. 2016;5(8):2867-81.

25. Physiology, Postpartum Changes.[Updated 2022 November 14] [Internet]. [cited 5 Ağustos 2023]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555904/>.
26. Matthys LA, Coppage KH, Lambers DS, Barton JR, Sibai BM. Delayed postpartum preeclampsia: an experience of 151 cases. *Am J Obstet Gynecol*. 2004 May;190(5):1464-6. doi: 10.1016/j.ajog.2004.02.037. PMID: 15167870.
27. Ravid D, Gidoni Y, Bruchim I, Shapira H, Fejgin MD. Postpartum chills phenomenon: is it a feto-maternal transfusion reaction? *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2001 Feb;80(2):149-51. doi: 10.1034/j.1600-0412.2001.080002149.x. PMID: 11167210.
28. Benson MD, Haney E, Dinsmoor M, Beaumont JL. Shaking rigors in parturients. *J Reprod Med*. 2008 Sep;53(9):685-90. PMID: 18839822.
29. Alekseev NP, Vladimir II, Nadezhda TE. Pathological postpartum breast engorgement: prediction, prevention, and resolution. *Breastfeed Med*. 2015 May;10(4):203-8. doi: 10.1089/bfm.2014.0047. Epub 2015 Mar 16. PMID: 25774443; PMCID: PMC4410447.
30. Woodd SL, Montoya A, Barreix M, Pi L, Calvert C, Rehman AM, Chou D, Campbell OMR. Incidence of maternal peripartum infection: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2019 Dec 10;16(12):e1002984. doi: 10.1371/journal.pmed.1002984. PMID: 31821329; PMCID: PMC6903710.
31. Bystrova K, Matthiesen AS, Vorontsov I, Widström AM, Ransjö-Arvidson AB, Uvnäs-Moberg K. Maternal axillar and breast temperature after giving birth: effects of delivery ward practices and relation to infant temperature. *Birth*. 2007 Dec;34(4):291-300. doi: 10.1111/j.1523-536X.2007.00187.x. PMID: 18021144.
32. Blackburn S. *Maternal, Fetal, & neonatal physiology-E-book: a clinical perspective*: Elsevier Health Sciences; 2017.
33. İldan S. Postpartum Erken Dönemde Düzenli Fundus Masajının Uterus İnvolyasyonuna ve Loşia Rubra Miktarına Etkisi [Yüksek Lisans Tezi]. İzmir: Ege Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı; 2007.
34. Negishi H, Kishida T, Yamada H, Hirayama E, Mikuni M, Fujimoto S. Changes in uterine size after vaginal delivery and cesarean section determined by vaginal sonography in the puerperium. *Arch Gynecol Obstet*. 1999 Nov;263(1-2):13-6. doi: 10.1007/s004040050253. PMID: 10728621.
35. Mulic-Lutvica A, Bekuretsion M, Bakos O, Axelsson O. Ultrasonic evaluation of the uterus and uterine cavity after normal, vaginal delivery. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2001 Nov;18(5):491-8. doi: 10.1046/j.0960-7692.2001.00561.x. Erratum in: *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2008 Aug;29(8):1215. PMID: 11844171.
36. Sokol ER, Casele H, Haney EI. Ultrasound examination of the postpartum uterus: what is normal? *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2004 Feb;15(2):95-9. doi: 10.1080/14767050310001650798. PMID: 15209115.

37. Cyganek A, Wyczalkowska-Tomasik A, Jarmuzek P, Grzechocinska B, Jabiry-Zieniewicz Z, Paczek L, Wielgos M. Activity of Proteolytic Enzymes and Level of Cystatin C in the Peripartum Period. *Biomed Res Int.* 2016; 2016:7065821. doi: 10.1155/2016/7065821. Epub 2016 Jan 20. PMID: 26904684; PMCID: PMC4745279.
38. Overview of the postpartum period: Normal physiology and routine maternal care [Internet]. 2020 [cited 7 Temmuz 2023]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-postpartum-period-normal-physiology-and-routine-maternal-care>.
39. Eryılmaz YH. Doğum Sonu Hemşirelik Bakımının Değerlendirilmesinde Ölçek Geliştirilmesi ve Uygulanan Bakım Yönteminin (Pathway) Etkilerinin Belirlenmesi [Yayınlanmamış Doktora Tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 1999.
40. Dişli D, Kaydırak MM. Kanıt Temelli Yaklaşım Perspektifinde Postpartum Bakımın Optimizasyonu. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi.* 2021;6(2):143-51.
41. Arenson J, Drake P. *Maternal and newborn health*: Jones & Bartlett Learning; 2007.
42. Ricci S. *Essentials of maternity, newborn, and women's health*: Lippincott Williams & Wilkins; 2020.
43. Chi C, Bapir M, Lee CA, Kadir RA. Puerperal loss (lochia) in women with or without inherited bleeding disorders. *Am J Obstet Gynecol.* 2010 Jul;203(1):56.e1-5. doi: 10.1016/j.ajog.2010.02.042. Epub 2010 Apr 24. PMID: 20417483.
44. Sherman D, Lurie S, Frenkel E, Kurzweil Y, Bukovsky I, Arieli S. Characteristics of normal lochia. *Am J Perinatol.* 1999;16(8):399-402. doi: 10.1055/s-1999-6818. PMID: 10772198.
45. McLaren HC. The involution of the cervix. *Br Med J.* 1952 Feb 16;1(4754):347-52. doi: 10.1136/bmj.1.4754.347. PMID: 14896142; PMCID: PMC2022557.
46. Burroughs A, Leifer G. *Postpartum period: maternity nursing an introductory text*. Philadelphia: Saunders Company. 2001:199-216.
47. Albers L, Garcia J, Renfrew M, McCandlish R, Elbourne D. Distribution of genital tract trauma in childbirth and related postnatal pain. *Birth.* 1999 Mar;26(1):11-7. doi: 10.1046/j.1523-536x.1999.00011.x. PMID: 10352050.
48. Christianson LM, Bovbjerg VE, McDavitt EC, Hullfish KL. Risk factors for perineal injury during delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2003 Jul;189(1):255-60. doi: 10.1067/mob.2003.547. PMID: 12861171.
49. Taşkın L. *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği*: Akademisyen Kitabevi; 2019.

50. Doğaner G. Vajinal Yolla Doğum Yapan Kadınların Erken Postpartum Dönemde Kendisinin ve Yenidoğanın Bakımına Yönelik Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı; 2005.
51. Lamote I, Meyer E, Massart-Leën AM, Burvenich C. Sex steroids and growth factors in the regulation of mammary gland proliferation, differentiation, and involution. *Steroids*. 2004 Mar;69(3):145-59. doi: 10.1016/j.steroids.2003.12.008. PMID: 15072917.
52. Jackson E, Glasier A. Return of ovulation and menses in postpartum nonlactating women: a systematic review. *Obstet Gynecol*. 2011 Mar;117(3):657-662. doi: 10.1097/AOG.0b013e31820ce18c. PMID: 21343770.
53. Crowley WR. Neuroendocrine regulation of lactation and milk production. *Compr Physiol*. 2015 Jan;5(1):255-91. doi: 10.1002/cphy.c140029. PMID: 25589271.
54. Campbell OM, Gray RH. Characteristics and determinants of postpartum ovarian function in women in the United States. *Am J Obstet Gynecol*. 1993 Jul;169(1):55-60. doi: 10.1016/0002-9378(93)90131-2. PMID: 8333476.
55. Campino C, Ampuero S, Díaz S, Serón-Ferré M. Prolactin bioactivity and the duration of lactational amenorrhea. *J Clin Endocrinol Metab*. 1994 Oct;79(4):970-4. doi: 10.1210/jcem.79.4.7962307. PMID: 7962307.
56. The World Health Organization Multinational Study of Breast-feeding and Lactational Amenorrhea. II. Factors associated with the length of amenorrhea. World Health Organization Task Force on Methods for the Natural Regulation of Fertility. *Fertil Steril*. 1998 Sep;70(3):461-71. doi: 10.1016/s0015-0282(98)00191-5. PMID: 9757874.
57. Gaberšček S, Osolnik J, Zaletel K, Pirnat E, Hojker S. An Advantageous Role of Spectral Doppler Sonography in the Evaluation of Thyroid Dysfunction During the Postpartum Period. *J Ultrasound Med*. 2016 Jul;35(7):1429-36. doi: 10.7863/ultra.15.07033. Epub 2016 May 20. PMID: 27208199.
58. Stagnaro-Green A, Abalovich M, Alexander E, Azizi F, Mestman J, Negro R, Nixon A, Pearce EN, Soldin OP, Sullivan S, Wiersinga W; American Thyroid Association Taskforce on Thyroid Disease During Pregnancy and Postpartum. Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and postpartum. *Thyroid*. 2011 Oct;21(10):1081-125. doi: 10.1089/thy.2011.0087. Epub 2011 Jul 25. PMID: 21787128; PMCID: PMC3472679.
59. Snooks SJ, Swash M, Mathers SE, Henry MM. Effect of vaginal delivery on the pelvic floor: a 5-year follow-up. *Br J Surg*. 1990 Dec;77(12):1358-60. doi: 10.1002/bjs.1800771213. PMID: 2276018.
60. Cheung KL, Lafayette RA. Renal physiology of pregnancy. *Adv Chronic Kidney Dis*. 2013 May;20(3):209-14. doi: 10.1053/j.ackd.2013.01.012. PMID: 23928384; PMCID: PMC4089195.

61. Nicol B, Croughan-Minihane M, Kilpatrick SJ. Lack of value of routine postpartum hematocrit determination after vaginal delivery. *Obstet Gynecol.* 1997 Oct;90(4 Pt 1):514-8. doi: 10.1016/s0029-7844(97)00354-2. PMID: 9380307.
62. Taylor DJ, Lind T. Red cell mass during and after normal pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol.* 1979 May;86(5):364-70. doi: 10.1111/j.1471-0528.1979.tb10611.x. PMID: 465384.
63. Chandra S, Tripathi AK, Mishra S, Amzarul M, Vaish AK. Physiological changes in hematological parameters during pregnancy. *Indian J Hematol Blood Transfus.* 2012 Sep;28(3):144-6. doi: 10.1007/s12288-012-0175-6. Epub 2012 Jul 15. PMID: 23997449; PMCID: PMC3422383.
64. Shehata N, Burrows R, Kelton JG. Gestational thrombocytopenia. *Clin Obstet Gynecol.* 1999 Jun;42(2):327-34. doi: 10.1097/00003081-199906000-00017. PMID: 10370851.
65. Sibai BM. Etiology and management of postpartum hypertension-preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol.* 2012 Jun;206(6):470-5. doi: 10.1016/j.ajog.2011.09.002. Epub 2011 Sep 16. PMID: 21963308.
66. Glazener CM, Abdalla M, Stroud P, Naji S, Templeton A, Russell IT. Postnatal maternal morbidity: extent, causes, prevention and treatment. *Br J Obstet Gynaecol.* 1995 Apr;102(4):282-7. doi: 10.1111/j.1471-0528.1995.tb09132.x. PMID: 7612509.
67. Shin GH, Toto EL, Schey R. Pregnancy and postpartum bowel changes: constipation and fecal incontinence. *Am J Gastroenterol.* 2015 Apr;110(4):521-9; quiz 530. doi: 10.1038/ajg.2015.76. Epub 2015 Mar 24. PMID: 25803402.
68. Bieber AK, Martires KJ, Stein JA, Grant-Kels JM, Driscoll MS, Pomeranz MK. Pigmentation and Pregnancy: Knowing What Is Normal. *Obstet Gynecol.* 2017 Jan;129(1):168-173. doi: 10.1097/AOG.0000000000001806. PMID: 27926637.
69. Motosko CC, Bieber AK, Pomeranz MK, Stein JA, Martires KJ. Physiologic changes of pregnancy: A review of the literature. *Int J Womens Dermatol.* 2017 Oct 21;3(4):219-224. doi: 10.1016/j.ijwd.2017.09.003. PMID: 29234716; PMCID: PMC5715231.
70. Engelhorn CA, Cassou MF, Engelhorn AL, Salles-Cunha SX. Does the number of pregnancies affect patterns of great saphenous vein reflux in women with varicose veins? *Phlebology.* 2010 Aug;25(4):190-5. doi: 10.1258/phleb.2009.009057. PMID: 20656957.
71. Maternal adaptations to pregnancy: Skin and related structures [Internet]. 2022 [cited 20 Temmuz 2023]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/maternal-adaptations-to-pregnancy-skin-and-related-structures?search=maternal%20adaptations&source=search_result&selectedTitle=9~150&usage_type=default&display_rank=9.

72. Elling SV, Powell FC. Physiological changes in the skin during pregnancy. *Clin Dermatol.* 1997 Jan-Feb;15(1):35-43. doi: 10.1016/s0738-081x(96)00108-3. PMID: 9034654.
73. Winton GB, Lewis CW. Dermatoses of pregnancy. *J Am Acad Dermatol.* 1982 Jun;6(6):977-98. doi: 10.1016/s0190-9622(82)70083-0. PMID: 7047596.
74. Ferber SG. The nature of touch in mothers experiencing maternity blues: the contribution of parity. *Early Hum Dev.* 2004 Aug;79(1):65-75. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2004.04.011. PMID: 15449399.
75. Sohr-Preston SL, Scaramella LV. Implications of timing of maternal depressive symptoms for early cognitive and language development. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2006 Mar;9(1):65-83. doi: 10.1007/s10567-006-0004-2. PMID: 16817009.
76. Lonstein JS. Regulation of anxiety during the postpartum period. *Front Neuroendocrinol.* 2007 Aug-Sep;28(2-3):115-41. doi: 10.1016/j.yfrne.2007.05.002. Epub 2007 Jun 2. PMID: 17604088.
77. Çolak MB, Bihter A, Turfan EÇ. İlk Kez Doğum Yapan Kadınlarda Doğum Şeklinin Postpartum Yorgunluk ve Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi. *Life Sciences.* 2019;14(2):30-40.
78. Tekin M. Postpartum Altıncı Haftasını Dolduran Kadınların Doğum Sonu Bakım Hizmeti Alma Durumlarının İncelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2022.
79. Ugarriza DN. Postpartum affective disorders: incidence and treatment. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 1992 May;30(5):29-32. doi: 10.3928/0279-3695-19920501-09. PMID: 1602429.
80. Karamustafa FC. Postpartum depresyonda evlilik doyumu ve benlik saygısının incelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]: Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü 2017.
81. Ntaouti E, Gonidakis F, Nikaina E, Varelas D, Creatsas G, Chrousos G, Siahanidou T. Maternity blues: risk factors in Greek population and validity of the Greek version of Kennerley and Gath's blues questionnaire. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2020 Jul;33(13):2253-2262. doi: 10.1080/14767058.2018.1548594. Epub 2018 Nov 28. PMID: 30431369.
82. Marakoğlu K, Özdemir S, Çivi S. Postpartum Depresyon. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi.* 2009;29 (1):206-7.
83. Gonidakis F, Rabavilas AD, Varsou E, Kreams G, Christodoulou GN. Maternity blues in Athens, Greece: a study during the first 3 days after delivery. *J Affect Disord.* 2007 Apr;99(1-3):107-15. doi: 10.1016/j.jad.2006.08.028. Epub 2006 Sep 29. PMID: 17011042.

84. O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, Wright EJ. Prospective study of postpartum blues. Biologic and psychosocial factors. *Arch Gen Psychiatry*. 1991 Sep;48(9):801-6. doi: 10.1001/archpsyc.1991.01810330025004. PMID: 1929770.
85. Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E. Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. *J Affect Disord*. 2005 Sep;88(1):9-18. doi: 10.1016/j.jad.2005.04.007. PMID: 15979150.
86. Halbreich U. The association between pregnancy processes, preterm delivery, low birth weight, and postpartum depressions--the need for interdisciplinary integration. *Am J Obstet Gynecol*. 2005 Oct;193(4):1312-22. doi: 10.1016/j.ajog.2005.02.103. PMID: 16202720.
87. Henshaw C. Mood disturbance in the early puerperium: a review. *Arch Womens Ment Health*. 2003 Aug;6 Suppl 2:S33-42. doi: 10.1007/s00737-003-0004-x. Epub 2003 Aug 9. PMID: 14615921.
88. Buttner MM, Mott SL, Pearlstein T, Stuart S, Zlotnick C, O'Hara MW. Examination of premenstrual symptoms as a risk factor for depression in postpartum women. *Arch Womens Ment Health*. 2013 Jun;16(3):219-25. doi: 10.1007/s00737-012-0323-x. Epub 2013 Jan 8. PMID: 23296333; PMCID: PMC3663927.
89. Gerli S, Fraternali F, Lucarini E, Chiaraluce S, Tortorella A, Bini V, Giardina I, Moretti P, Favilli A. Obstetric and psychosocial risk factors associated with maternity blues. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2021 Apr;34(8):1227-1232. doi: 10.1080/14767058.2019.1630818. Epub 2019 Jun 24. PMID: 31185763.
90. Postpartum blues. UpToDate. [Internet]. 2019 [cited 17 Haziran 2023]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/postpartum-blues?topicRef=88582&source=related_link#H220418975.
91. Doornbos B, Fekkes D, Tanke MA, de Jonge P, Korf J. Sequential serotonin and noradrenalin associated processes involved in postpartum blues. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2008 Jul 1;32(5):1320-5. doi: 10.1016/j.pnpbp.2008.04.010. Epub 2008 Apr 20. PMID: 18502014.
92. Buttner MM, O'Hara MW, Watson D. The structure of women's mood in the early postpartum. *Assessment*. 2012 Jun;19(2):247-56. doi: 10.1177/1073191111429388. Epub 2011 Dec 6. PMID: 22156719.
93. O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014 Jan;28(1):3-12. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002. Epub 2013 Oct 7. PMID: 24140480; PMCID: PMC7077785.
94. Miller LJ. Postpartum depression. *JAMA*. 2002 Feb 13;287(6):762-5. doi: 10.1001/jama.287.6.762. PMID: 11851544.
95. Yüksekol ÖD, Arguvanlı SÇ, Başer M. Annelik hüznü ve hemşirelik. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2014;2(1):56-61.

96. Gregoire A. Hormones and Postnatal Depression. *British Journal of Midwifery*. 1995;3:99-105.
97. Kocabaşoğlu N, SZ B. Gebelik ve doğumla tetiklenen psikiyatrik hastalıklar. *Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*. 2008;62:349-54.
98. Reck C, Stehle E, Reinig K, Mundt C. Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *J Affect Disord*. 2009 Feb;113(1-2):77-87. doi: 10.1016/j.jad.2008.05.003. Epub 2008 Jun 24. PMID: 18573539.
99. Postpartum Depression [Internet]. [cited 17 Haziran 2023] Available from: <https://medlineplus.gov/ency/article/007215.htm>.
100. Demir M. Karabük ilinde doğum sonu depresyon görülme sıklığı ve ilişkili risk faktörleri: Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2016.
101. Çağın Ö. Doğum sonrası depresyonun etiyolojisinin biyopsikososyal bakış açısı üzerinden değerlendirilmesi. *Türk Psikolojileri Yazıları*. 2005;8:55-71.
102. Organization WH. International Classification of Diseases (ICD). ICD-10 online version: 2016 [cited 17 Haziran 2023] [Available from: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>]
103. Haga SM, Ulleberg P, Slinning K, Kraft P, Steen TB, Staff A. A longitudinal study of postpartum depressive symptoms: multilevel growth curve analyses of emotion regulation strategies, breastfeeding self-efficacy, and social support. *Arch Womens Ment Health*. 2012 Jun;15(3):175-84. doi: 10.1007/s00737-012-0274-2. Epub 2012 Mar 27. PMID: 22451329.
104. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *J Affect Disord*. 2016 Feb;191:62-77. doi: 10.1016/j.jad.2015.11.014. Epub 2015 Nov 18. PMID: 26650969; PMCID: PMC4879174.
105. Özcan NK, Boyacıoğlu NE, Dinç H. Postpartum Depression Prevalence and Risk Factors in Turkey: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Arch Psychiatr Nurs*. 2017 Aug;31(4):420-428. doi: 10.1016/j.apnu.2017.04.006. Epub 2017 Apr 12. PMID: 28693880.
106. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res*. 2001 Sep-Oct;50(5):275-85. doi: 10.1097/00006199-200109000-00004. PMID: 11570712.
107. Hutchens BF, Kearney J. Risk Factors for Postpartum Depression: An Umbrella Review. *J Midwifery Womens Health*. 2020 Jan;65(1):96-108. doi: 10.1111/jmwh.13067. Epub 2020 Jan 22. PMID: 31970924.
108. Viguera A. Postpartum unipolar major depression: epidemiology, clinical features, assessment, and diagnosis. *UpToDate*. [Internet] 2018. [cited 20 Temmuz 2023] Available from: <https://www.uptodate.com/contents/postpartum-unipolar->

[major-depression-epidemiology-clinical-features-assessment-and-diagnosis?search=Viguera%20A.%20Postpartum%20unipolar%20major%20depression:%20epidemiology,%20clinical%20features,%20assessment,%20and%20diagnosis.&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1](#)

109. The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion no. 630. Screening for perinatal depression. *Obstet Gynecol.* 2015 May;125(5):1268-1271. doi: 10.1097/01.AOG.0000465192.34779.dc. PMID: 25932866.
110. O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol.* 2013;9:379-407. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612. Epub 2013 Feb 1. PMID: 23394227.
111. Norhayati MN, Hazlina NH, Asrenee AR, Emilin WM. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *J Affect Disord.* 2015 Apr 1;175:34-52. doi: 10.1016/j.jad.2014.12.041. Epub 2014 Dec 31. PMID: 25590764.
112. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV: American psychiatric association Washington, DC; 1994.
113. Friedman SH. Postpartum mood disorders: genetic progress and treatment paradigms. *Am J Psychiatry.* 2009 Nov;166(11):1201-4. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09081185. PMID: 19884230.
114. Palladino CL, Singh V, Campbell J, Flynn H, Gold KJ. Homicide and suicide during the perinatal period: findings from the National Violent Death Reporting System. *Obstet Gynecol.* 2011 Nov;118(5):1056-1063. doi: 10.1097/AOG.0b013e31823294da. PMID: 22015873; PMCID: PMC3428236.
115. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry.* 2004 Jul-Aug;26(4):289-95. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2004.02.006. PMID: 15234824.
116. Moyo GPK, Djoda N. Relationship between the baby blues and postpartum depression: A study among cameroonian women. *American Journal of Psychiatry and Neuroscience.* 2020;8(1):26-9.
117. Anokye R, Acheampong E, Budu-Ainooson A, Obeng EI, Akwasi AG. Prevalence of postpartum depression and interventions utilized for its management. *Ann Gen Psychiatry.* 2018 May 9;17:18. doi: 10.1186/s12991-018-0188-0. PMID: 29760762; PMCID: PMC5941764.
118. Yavuz MY, Bilge Ç. Annelik hüznünden postpartum depresyon ve psikoza. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2022;5(1):1-10.
119. Howard LM, Molyneaux E, Dennis CL, Rochat T, Stein A, Milgrom J. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet.* 2014 Nov

- 15;384(9956):1775-88. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61276-9. Epub 2014 Nov 14. PMID: 25455248.
120. Terp IM, Mortensen PB. Post-partum psychoses. Clinical diagnoses and relative risk of admission after parturition. *Br J Psychiatry*. 1998 Jun;172:521-6. doi: 10.1192/bjp.172.6.521. PMID: 9828994.
121. Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. *Br J Psychiatry*. 1987 May;150:662-73. doi: 10.1192/bjp.150.5.662. Erratum in: *Br J Psychiatry* 1987 Jul;151:135. PMID: 3651704.
122. Tschinkel S, Harris M, Le Noury J, Healy D. Postpartum psychosis: two cohorts compared, 1875-1924 and 1994-2005. *Psychol Med*. 2007 Apr;37(4):529-36. doi: 10.1017/S0033291706009202. Epub 2006 Nov 1. PMID: 17076918.
123. Payne J. Postpartum psychosis: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. UpToDate. [Internet]. [cited 20 Temmuz 2023] Available from: https://www.uptodate.com/contents/postpartum-psychosis-epidemiology-clinical-features-and-diagnosis?search=Payne%20J.%20Postpartum%20psychosis:%20Epidemiology,%20pathogenesis,%20clinical%20manifestations,%20course,%20assessment,%20and%20diagnosis.&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
124. Ertürk N. Doğum sonrası destek ölçeğinin Türk toplumuna uyarlanması. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir; 2007.
125. Sorias O. Sosyal destekler ve ruh sağlığı. *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 1988;27(1):359-63.
126. Yanık D, Özcanarlan F. Riskli Gebelerde Algılanan Sosyal Destek İle Stresle Başetme Düzeyleri Arasındaki İlişki Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019;2(3):96-104.
127. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, III. Baskı, Sistem Ofset, Ankara. 2000.
128. Gülseren L. Doğum sonrası depresyon: Bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1999.
129. Akbaş NB. Tokat İlindeki Bazı Aile Sağlığı Merkezlerine Kayıtlı Lohusaların Doğum Sonrası Dönemde Destek Gereksinimleri ve Aldıkları Destek ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Tokat: Gaziosmanpaşa Üniversitesi; 2021.
130. Kaner S. Aile destek ölçeği: Faktör yapısı, güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*. 2003;4(01).
131. Herbert P. Support of first-time mothers in the first three months after birth. *Nurs Times*. 1994 Jun 15-21;90(24):36-7. PMID: 8029056.

132. Gülşen Ç, Merih YD. Doğum sonu dönemde anneler kimden hangi desteği bekliyor? Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi. 2018;4(1).
133. Uğur M. Stres kavramı ve psikiyatrik hastalıklar. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Medikal Açından Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi. 2005;47:13-33.
134. Sorias O. Sosyal destek kavramı. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 1988;27(1):353-7.
135. Lugina HI, Christensson K, Massawe S, Nystrom L, Lindmark G. Change in maternal concerns during the 6 weeks postpartum period: a study of primiparous mothers in Dar es Salaam, Tanzania. J Midwifery Womens Health. 2001 Jul-Aug;46(4):248-57. doi: 10.1016/s1526-9523(01)00133-7. PMID: 11603640.
136. Kaner S. Engelli Çocukları Olan Anababaların Algıladıkları Stres, Sosyal Destek ve Yaşam Doyumlarının İncelenmesi.
137. Schwab-Reese LM, Schafer EJ, Ashida S. Associations of social support and stress with postpartum maternal mental health symptoms: Main effects, moderation, and mediation. Women Health. 2017 Jul;57(6):723-740. doi: 10.1080/03630242.2016.1181140. Epub 2016 Apr 22. PMID: 27104912; PMCID: PMC6097234.
138. Ross KM, Thomas JC, Letourneau NL, Campbell TS, Giesbrecht GF; APrON Study Team. Partner social support during pregnancy and the postpartum period and inflammation in 3-month-old infants. Biol Psychol. 2019 May;144:11-19. doi: 10.1016/j.biopsycho.2019.03.005. Epub 2019 Mar 15. PMID: 30885739.
139. Ardahan M. Sosyal destek ve hemşirelik. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2006;9(2):68-75.
140. Cutrona CE. Transition to college: Loneliness and the process of social adjustment. Loneliness: A sourcebook of current theory, research, and therapy. 1982;36:291-309.
141. Russell D. The measurement of loneliness. Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy. 1982:81-104.
142. Stokes JP. The relation of social network and individual difference variables to loneliness. Journal of Personality and Social Psychology. 1985;48(4):981.
143. Sorias O. Hasta ve sağlıklı öğrencilerde yaşam stresi sosyal destek ve ruhsal hastalık ilişkisinin incelenmesi. Seminer Psikoloji Dergisi. 1992;9:33-49.
144. Çetinkaya FF, Korkmaz F. Algılanan Sosyal Destek İle Stres Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Üniversite Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma. Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi. 2019;20(1):91-103.
145. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychol Bull. 1985 Sep;98(2):310-57. PMID: 3901065.

146. Eker D, Arkar H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1995;10(34):45-55.
147. Özgür G. Sosyal destek ve sağlık. *Türk Hemşireler Dergisi*. 1993;43(2):25-6.
148. Yıldırım İ. Akademik başarı düzeyleri farklı olan lise öğrencilerinin sosyal destek düzeyleri. *Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 1998;2(9):33-8.
149. Dönmez A, Karaçam Z. Annenin Duygusal İyiliği: Jean Ball'ın Deck-Chair (Şezlong) Teorisi. 2017.
150. Çalık KY, Çetin FÇ. Normal Doğum ve Sonrası Dönem İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri. 2018.
151. Bryar R, Sinclair M. Theory for midwifery practice: Bloomsbury Publishing; 2011.
152. Alan H. Doğum sonrası dönemde sosyal desteğin anne bebek bağlılığına etkisi. Yayınlanmış yüksek lisans tezi Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya. 2011.
153. Abay A. İlköğretim Okullarında Çalışan Öğretmenlerin Psikolojik Şiddet Algıları ile Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: Maltepe Üniversitesi; 2009.
154. Aydın Y. Yetişkinlerin stres düzeyleri ve stresle baş etme yolları ile sergilenen dikkat eksikliği belirtileri arasındaki ilişkinin incelenmesi/The examination of the relationship between stress, stress coping strategies and attention deficit symptoms: Toros Üniversitesi; 2017.
155. Baltaş A, Baltaş Z. Stres ve Başa Çıkma Yolları. On Üçüncü Baskı ed. Ankara: Remzi Kitapevi; 1993.
156. Cüceloğlu D. İnsan ve davranışı (7. Baskı). İstanbul: Remzi Kitabevi. 1996.
157. Valsamakis G, Chrousos G, Mastorakos G. Stress, female reproduction and pregnancy. *Psychoneuroendocrinology*. 2019 Feb;100:48-57. doi: 10.1016/j.psyneuen.2018.09.031. Epub 2018 Sep 22. PMID: 30291988.
158. Braham BJ. Stres yönetimi. Ateş Altında Sakin Kalabilmek(Çev: Vedat G Diker) İstanbul: Hayat Yayınları. 1998.
159. Eren E. Örgütsel davranış ve yönetim psikolojisi.(15. Baskı) Beta: İstanbul. 2015.
160. Johnstone M. Stress in Teaching. An Overview of Research: ERIC; 1989.
161. Balcı A. Öğretim elemanının iş stresi kuram ve uygulama: Nobel yayın; 2000.
162. Güçlü N. Stres yönetimi. Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2001;21(1).
163. Aydın Pehlivan İ. İş Yaşamında Stres,(2. Baskı). Ankara: Pegem A Yayıncılık. 2002.

164. Folkman S, Lazarus RS. Coping as a mediator of emotion. *J Pers Soc Psychol*. 1988 Mar;54(3):466-75. PMID: 3361419.
165. Bilici SN. İlkokul Öğretmenlerinde Psikolojik İyi Oluş ile Depresyon, Anksiyete, Stres, Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: Haliç Üniversitesi; 2023.
166. Poyraz E. İlköğretim ve Ortaöğretim Okulu Öğretmenlerinin Örgütsel Stres Kaynakları ve Stresle Başa Çıkma Yolları [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: Yeditepe Üniversitesi; 2009.
167. Işıkhana V. Çalışma hayatında stres ve başa çıkma yolları. 2003.
168. Türküm S. Stresle başa çıkma ve iyimserlik: TC Anadolu Üniversitesi; 1999.
169. WHO Technical Consultation on Postpartum and Postnatal Care. Geneva: World Health Organization; 2010. PMID: 26269861.
170. Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, de Bernis L; Lancet Neonatal Survival Steering Team. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? *Lancet*. 2005 Mar 12-18;365(9463):977-88. doi: 10.1016/S0140-6736(05)71088-6. PMID: 15767001.
171. WHO. Fact Sheets Maternal Mortality 2019 [Available from: WHO Fact Sheets Maternal Mortality (2019)[Internet]. [cited 20 Temmuz 2023] <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
172. Fort AL, Kothari MT, Abderrahim N. Postpartum care: levels and determinants in developing countries: Macro International; 2006.
173. HSGM. Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi. 2010.
174. Fatma B, Özerdoğan N. Doğum Sonrası Bakım Ve Ev Ziyaretlerinin Önemi. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2021;4(1):77-90.
175. Logsdon MC, Usui W, Birkimer JC, McBride AB. The Postpartum Support Questionnaire: reliability and validity. *J Nurs Meas*. 1996 Winter;4(2):129-42. PMID: 9170780.
176. Ertürk N. Adaptation of the postpartum support questionnaire into turkish society: Master thesis, Ege University Institute of Health Science, Izmir; 2007.
177. Şahin NH, Durak A. Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: Üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1995;10(34):56-73.
178. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987 Jun;150:782-6. doi: 10.1192/bjp.150.6.782. PMID: 3651732.
179. Engindeniz AN, Küey L, Kültür S. Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Bahar Sempozyumları*. 1996;1:51-2.

180. Mermer G, Bilge A, Yücel U, Çeber E. Gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı düzeylerinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2010;1(2):71-6.
181. Aksakallı M, Çapık A, Ejder Apay S, Pasinlioğlu T, Bayram S. Loğusaların destek ihtiyaçlarının ve doğum sonu dönemde alınan destek düzeylerinin belirlenmesi. 2012.
182. Altınayak SÖ, Özkan H. Annelerin Doğum Sonu Dönemde Yaşam Kalitesi ve Desteklerinin Değerlendirilmesi. 2017.
183. Inandi T, Bugdayci R, Dundar P, Sumer H, Sasmaz T. Risk factors for depression in the first postnatal year: a Turkish study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005 Sep;40(9):725-30. doi: 10.1007/s00127-005-0949-3. Epub 2005 Sep 5. PMID: 16142508.
184. Türkoğlu N, Çelik AS, Pasinlioğlu T. Annelerin doğum sonrası sosyal destek ihtiyaçlarının ve alınan desteğin belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2014;11(1):18-24.
185. Hung CH. Women's postpartum stress, social support, and health status. *West J Nurs Res*. 2005 Mar;27(2):148-59; discussion 160-5. doi: 10.1177/0193945904270913. PMID: 15695569.
186. Elsenbruch S, Benson S, Rucke M, Rose M, Dudenhausen J, Pincus-Knackstedt MK, Klapp BF, Arck PC. Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. *Hum Reprod*. 2007 Mar;22(3):869-77. doi: 10.1093/humrep/del432. Epub 2006 Nov 16. PMID: 17110400.
187. Gülşen Ç, Merih YD. doğum sonu dönemde anneler kimden hangi desteği bekliyor? *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*. 2018;4(1).
188. Okanlı A, Tortumluoğlu G, Kırpınar İ. Gebe Kadınların Ailelerinden Algıladıkları Sosyal Destek ile Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2003;4:98-105.
189. Baheiraei A, Mirghafourvand M, Mohammadi E, Charandabi SM, Nedjat S. Social support for women of reproductive age and its predictors: a population-based study. *BMC Womens Health*. 2012 Sep 18;12:30. doi: 10.1186/1472-6874-12-30. PMID: 22988834; PMCID: PMC3675417.
190. Misri S, Kostaras X, Fox D, Kostaras D. The impact of partner support in the treatment of postpartum depression. *Can J Psychiatry*. 2000 Aug;45(6):554-8. doi: 10.1177/070674370004500607. PMID: 10986574.
191. Cutrona CE, Troutman BR. Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: a mediational model of postpartum depression. *Child Dev*. 1986 Dec;57(6):1507-18. PMID: 3802975.

192. Derksen ME, Kunst AE, Murugesu L, Jaspers MWM, Fransen MP. Smoking cessation among disadvantaged young women during and after pregnancy: Exploring the role of social networks. *Midwifery*. 2021 Jul;98:102985. doi: 10.1016/j.midw.2021.102985. Epub 2021 Mar 11. PMID: 33761432.
193. Arslan B, Arslan A, Kara S, Öngel K, Mungan MT. Gebelik anksiyete ve depresyonunda risk faktörleri: 452 olguda değerlendirme. *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*. 2011;21(2):79-84.
194. Webster J, Linnane JW, Dibley LM, Hinson JK, Starrenburg SE, Roberts JA. Measuring social support in pregnancy: can it be simple and meaningful? *Birth*. 2000 Jun;27(2):97-101. doi: 10.1046/j.1523-536x.2000.00097.x. PMID: 11251486.
195. Virit O, Akbaş E, Savaş HA, Sertbaş G, Kandemir H. Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2008.
196. Hooker L, Samaraweera NY, Agius PA, Taft A. Intimate partner violence and the experience of early motherhood: A cross-sectional analysis of factors associated with a poor experience of motherhood. *Midwifery*. 2016 Mar;34:88-94. doi: 10.1016/j.midw.2015.12.011. Epub 2016 Jan 8. PMID: 26805605.
197. Dağlar G, Nur N, Bilgiç D, Özkan SA. Gebelerin stresle başa çıkma tarzları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *Cukurova Medical Journal*. 2019;44(3):953-9.
198. Chou FH, Avant KC, Kuo SH, Fetzer SJ. Relationships between nausea and vomiting, perceived stress, social support, pregnancy planning, and psychosocial adaptation in a sample of mothers: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*. 2008 Aug;45(8):1185-91. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2007.08.004. Epub 2007 Oct 1. PMID: 17905253.
199. Ghosh JK, Wilhelm MH, Dunkel-Schetter C, Lombardi CA, Ritz BR. Paternal support and preterm birth, and the moderation of effects of chronic stress: a study in Los Angeles county mothers. *Arch Womens Ment Health*. 2010 Aug;13(4):327-38. doi: 10.1007/s00737-009-0135-9. Epub 2010 Jan 12. PMID: 20066551; PMCID: PMC2896639.
200. Coşkun Y, Akkaş G. Engelli çocuğu olan annelerin sürekli kaygı düzeyleri ile sosyal destek algıları arasındaki ilişki. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2009;10(1):213-27.
201. Yüksel H, Tanrıverdi A. Özel gereksinimli çocuğa sahip olan ailelerin yaşadıkları sosyal sorunlar ve baş etme yolları. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*. 2019;20(3):535-59.
202. Gourounti K, Anagnostopoulos F, Lykeridou K. Coping strategies as psychological risk factor for antenatal anxiety, worries, and depression among Greek women. *Arch Womens Ment Health*. 2013 Oct;16(5):353-61. doi: 10.1007/s00737-013-0338-y. Epub 2013 Apr 5. PMID: 23558945.

203. Öngen D. The relationships between coping strategies and depression among Turkish adolescents. *Social Behavior and Personality: an international journal*. 2006;34(2):181-96.

9. EKLER

EK 1. Anket soruları

ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Sevgili Gönüllü Katılımcılar,

“Postpartum Dönem Kadınların Doğum Sonu Destek Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Aralarındaki İlişkinin Değerlendirilmesi” başlıklı bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yapılmaktadır. Bu araştırma postpartum dönemdeki (doğum sonu) kadınların algıladığı sosyal destek düzeylerinin ve stresle başa çıkma tarzlarının belirlenmesi, aralarındaki ilişkinin ve ilişkili faktörlerin saptanması amacıyla planlanmıştır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla çalışma planlanabilecektir. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya “bilimsel amaçlar için”) kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Anketimiz beş bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm sosyodemografik özellikler, ikinci bölüm doğum ve doğum sonlarına ait bilgilerin değerlendirildiği toplam 30 sorudan oluşmaktadır. Üçüncü bölümde doğum sonu destek ölçeği, dördüncü bölümde postpartum depresyon ölçeği, beşinci bölümde ise stresle başa çıkma tarzları ölçeği bulunmaktadır.

30 dakika zamanınızı alacak bu çalışmada yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı işaretleyerek ya da açık uçlu sorularda sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz. Eğer sorunun yanıtları arasında “diğer” seçeneği mevcutsa ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

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- Aynı evde beraber yaşadığınız kaç kişi bulunmaktadır?.....
- 4- Eğitim durumunuz nedir?
a) Okuryazar değil
b) İlköğretim
c) Ortaöğretim
d) Lise
e) Üniversite ve üzeri
- 5- Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz/muydunuz?
a) Evet, şu anda aktif çalışıyorum (Ne iş yapıyorsunuz?.....)
b) Evet, ama şu an annelik izindeyim
c) Hayır, çalışmıyorum
- 6- Doğum izniniz/yıllık izniniz/ücretsiz izniniz sonrası tekrar çalışmayı düşünüyor musunuz?
a) Evet
b) Hayır
- 7- Eşinizin eğitim durumu nedir?
a) Okuryazar değil
b) İlköğretim
c) Ortaöğretim
d) Lise
e) Üniversite ve üzeri
- 8- Eşinizin mesleği ?.....
- 9- Sizde geliriniz temel ihtiyaçlarınızı karşılamak için yeterli mi?
a) Evet
b) Hayır
- 10- Kronik bir hastalığınız var mı?
a) Evet (Varsa nedir?.....)
b) Hayır
- 11- Psikiyatrik bir hastalığınız var mı?
a) Evet (Varsa nedir?.....)
b) Hayır
- 12- Kaç yaşında evlendiniz?

- 13- Kaç kez gebelik geçirdiniz?
- 14- Daha önce hiç düşük yaptınız mı?
a) Evet (...kez)
b) Hayır
- 15- Şu an kaç çocuğunuz var ? ...
- 16- En son çocuğunuza ne zaman doğum yaptınız?..... ay/yıl önce
- 17- 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
- 18- 18- Son çocuğunuz için; gebelik türünüz?
a) Planlanmış Gebelik
b) Beklenmedik Gebelik
c) Tüp Bebek vb. Tedavi Yöntemleri
d) İstenmeyen Gebelik
- 19- Son çocuğunuz için; doğum şekliniz nedir?
a) Normal vajinal doğum
b) Sezaryen ile doğum
- 20- Son çocuğunuz için; kaç haftalıkken doğum yaptınız?
a) <37 hafta
b) 38-42 hafta
c) >42 hafta
- 21- Son çocuğunuz için; çocuğunuzun cinsiyeti nedir?
a) Kız
b) Erkek
- 22- Son çocuğunuz için; çocuğun doğum ağırlığı nedir?
a) <2500 gr
b) 2500-4000 gr
c) >4000 gr
- 23- Son çocuğunuz için; bebeğinizde doğum esnasında veya sonrasında bir komplikasyon gelişti mi, gelişti ise nedir?
a) Evet (.....)
b) Hayır
- 24- Çocuğunuzun kronik bir hastalığı var mı, varsa nedir?
a) Evet (.....)
b) Hayır

- 25- Çocuğunuz şu an ne ile besleniyor?
a) Sadece anne sũtũ
b) Sadece mama
c) Anne sũtũ+ mama
- 26- Doğumdan sonra evde bebeğinizin bakımında size yardımcı olan kimse var mı?
a) Evet (Varsa nedir?.....)
b) Hayır
- 27- Doğumdan sonra ev işlerinde size yardımcı olan kimse var mı?
a) Evet (Varsa nedir?.....)
b) Hayır
- 28- Eşiniz ev işlerine/çocuk bakımına katılıyor mu?
a) Evet
b) Hayır
- 29- Gebelik döneminde doğum sonrası bakıma yönelik eğitim/bilgi aldınız mı?
a) Evet (Nerden bilgi aldınız ...)
b) Hayır
- 30- Daha önce bebek bakımı konusunda destek aldınız mı?
a) Evet (Nerden bilgi aldınız ...)
b) Hayır

DOĞUM SONRASI DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki sorular doğumdan sonraki ihtiyaçlarınızla ilgili belirlemeler yapmak amacıyla sizler için hazırlanmıştır. Öncelikle her bir soruda sözü geçen yardımın sizin için ne kadar önemli olduğunu, daha sonra bu konuda ne kadar yardım aldığınızı belirtmeniz gerekmektedir. Lütfen duygu veya düşüncenizi en iyi anlatan rakamı yuvarlak içine alınız.

	İHTİYACIN ONEMI							ALINAN DESTEK								
	Önemli Değil			Çok Önemli				Destek Yok			Destek Çok fazla					
	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
1. Yemek pişirirken yardım alma ihtiyacı	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
2. Sadece "bir anne" olmaktan öte bir önemim olduğunu hissetme ihtiyacı	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
3. Bebeğin doğumunu takiben vücudumun iyileşmesi için bakım konusunda bilgilendirilme gereksinimi	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
4. Bebeğin davranışları hakkında diğer yeni annelerle konuşma ihtiyacı	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
5. Çamaşır yıkamada yardım alma ihtiyacı	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
6. Bebeğe olabilen cilt kızamıklarının normal olup olmadığına dair bilgilendirilme gereksinimi	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
7. Bebeğimin uyku düzeninin normal olup olmadığına dair bilgi gereksinimi	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
8. Yemek yemek, banyo yapmak ya da kendime vakit ayırmak için bebeğin bakımında, yardım alma ihtiyacı	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
9. Arkadaşlarım ve hoşlandığım aktiviteler için (egzersiz, spor, klüp parti) zaman ihtiyacı	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
10. Özel olduğumu hissettirecek şekilde davranacak kişilere ihtiyaç duymak	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
11. Ev temizlemede yardım ihtiyacı	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
12. Bebeğimin bakımı ile ilgili başkaları tarafından takdir edilme ihtiyacı	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
13. Düşünce, fikir ve yaptığım şeylerin doğru veya kabul edilebilir olması ile ilgili başkaları tarafından onaylanma ihtiyacı	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
14. Bebeğimin barsak hareketleri hakkında bilgilendirilme gereksinimi	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
15. Benim yardıma ihtiyaç duyduğum konuları başkalarının onaylamasına ihtiyaç duymak	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
16. Bebek bakımının nasıl olacağı hakkında diğer yeni annelerle konuşma gereksinimi	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
17. Cinsel ilişkiye yeniden başlama ve/veya doğum kontrolü hakkında bilgilendirilme gereksinimi	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7

	İHTİYACIN ONEMI							ALINAN DESTEK								
	Önemli Değil			Çok Önemli				Destek Yok			Destek Çok fazla					
	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
18. Annelik rolüne nasıl uyum sağlayacağım hakkında diğer yeni annelerle konuşmaya ihtiyaç duymak	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
19. Daha fazla uyuyabilmem için yardıma ihtiyaç duymak	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
20. İlgilediğim ve önemsedğim konular hakkında benimle konuşacak ve beni dinleyecek birine ihtiyaç duymak	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
21. Emzirme hakkında bilgilendirilme gereksinimi	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
22. Bakkal/eczaneye gidebilmek için yardıma ihtiyaç duymak	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
23. Partnerim/eşimle yalnız geçireceğimiz bir zamana sahip olmak için bebeğe bakacak birine ihtiyaç duymak	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
24. Bebeğimin ağlaması (niçin ağladığı ve onu nasıl rahatlatabileceğim) ile ilgili bilgilendirilme gereksinimi	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
25. Kaygı ve endişelerimin diğerleri tarafından ciddiye alınmasına ihtiyaç duymak	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
26. Stres ve/veya huzursuzlukla baş edebilmek için bilgilendirilme gereksinimi	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
27. Başkalarının, bebeğim için sorumluluk almada yalnız olmadığımı bana hissettirmeleri ihtiyacı	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
28. Bebeğimin göbek bakımını nasıl yapacağım konusunda bilgilendirilme gereksinimi	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
29. Bebek bakım ürünleri, giysileri vb. en iyi nereden temin edilebileceği hakkında, diğer yeni annelerle konuşma ihtiyacı	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
30. Bebeğimin doğumu ve sonrasında onun için gerekli olan malzeme ve gereçlerin masraflarını karşılayacak paraya ihtiyaç duymak	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
31. Bebeğin hıçkırıkları hakkında bilgilendirilme gereksinimi (neden hıçkırık, ne yapılır)	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
32. Doğum deneyimim hakkında diğer yeni annelerle konuşma ihtiyacı	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
33. Başkalarının dokunma, öpme ve sarılmasına ihtiyaç duymak	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
34. Sorumluluk sahibi ve yeterli olduğumu bana hissettirecek kişilere ihtiyaç duymak	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7

EDINBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Son 7 gündür	
<p>1) Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.</p> <p><input type="checkbox"/> Her zaman olduğu kadar (0 puan)</p> <p><input type="checkbox"/> Artık pek o kadar değil (1 puan)</p> <p><input type="checkbox"/> Artık kesinlikle o kadar değil (2 puan)</p> <p><input type="checkbox"/> Artık hiç değil (3 puan)</p> <p>2) Geleceğe hevesle bakıyorum.</p> <p><input type="checkbox"/> Her zaman olduğu kadar (0 puan)</p> <p><input type="checkbox"/> Her zamankinden biraz daha az (1 puan)</p> <p><input type="checkbox"/> Her zamankinden kesinlikle daha az (2 puan)</p> <p><input type="checkbox"/> Hemen hemen hiç (3 puan)</p> <p>3) Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.</p> <p><input type="checkbox"/> Evet, çoğu zaman (3 puan)</p> <p><input type="checkbox"/> Evet, bazen (2 puan)</p> <p><input type="checkbox"/> Çok sık değil (1 puan)</p> <p><input type="checkbox"/> Hayır, hiç bir zaman (0 puan)</p> <p>4) Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.</p> <p><input type="checkbox"/> Hayır, hiç bir zaman (0 puan)</p> <p><input type="checkbox"/> Çok seyrek (1 puan)</p> <p><input type="checkbox"/> Evet, bazen (2 puan)</p> <p><input type="checkbox"/> Evet, çoğu zaman (3 puan)</p> <p>5) İyi bir nedeni olmadığı halde, korkuyor ya da panikliyorum.</p> <p><input type="checkbox"/> Evet, çoğu zaman (3 puan)</p> <p><input type="checkbox"/> Evet, bazen (2 puan)</p> <p><input type="checkbox"/> Hayır, çok sık değil (1 puan)</p> <p><input type="checkbox"/> Hayır, hiç bir zaman (0 puan)</p>	<p>6) Her şey giderek sırtıma yükleniyor.</p> <p><input type="checkbox"/> Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum (3 puan)</p> <p><input type="checkbox"/> Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum (2 puan)</p> <p><input type="checkbox"/> Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkamıyorum (1 puan)</p> <p><input type="checkbox"/> Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum</p> <p>7) Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.</p> <p><input type="checkbox"/> Evet, çoğu zaman (3 puan)</p> <p><input type="checkbox"/> Evet, bazen (2 puan)</p> <p><input type="checkbox"/> Çok sık değil (1 puan)</p> <p><input type="checkbox"/> Hayır, hiç bir zaman (0 puan)</p> <p>8) Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.</p> <p><input type="checkbox"/> Evet, çoğu zaman (3 puan)</p> <p><input type="checkbox"/> Evet, oldukça sık (2 puan)</p> <p><input type="checkbox"/> Çok sık değil (1 puan)</p> <p><input type="checkbox"/> Hayır, hiç bir zaman (0 puan)</p> <p>9) Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.</p> <p><input type="checkbox"/> Evet, çoğu zaman (3 puan)</p> <p><input type="checkbox"/> Evet, oldukça sık (2 puan)</p> <p><input type="checkbox"/> Çok seyrek (1 puan)</p> <p><input type="checkbox"/> Hayır, asla (0 puan)</p> <p>10) Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.</p> <p><input type="checkbox"/> Evet, oldukça sık (3 puan)</p> <p><input type="checkbox"/> Bazen (2 puan)</p> <p><input type="checkbox"/> Hemen hemen hiç (1 puan)</p> <p><input type="checkbox"/> Asla (0 puan)</p> <p>TOPLAM PUAN:</p>

STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ

Aşağıda stresle başa çıkma tarzları ölçeği verilmiştir. Lütfen aşağıdaki maddeleri dikkatli bir şekilde okuyarak stresli veya sıkıntılı bir durumunuzda size en uygun olan şıkkı işaretleyiniz.

BİR SIKINTIM OLDUĞUNDA		Tamamen Uygun	Uygun	Uygun Değil	Hiç Uygun Değil
1	Kimsenin bilmesini istemem				
2	İyimser olmaya çalışırım.				
3	Bir mucize olmasını beklerim				
4	Olayı/olayları büyütmeyip üzerinde durmamaya çalışırım.				
5	Başta gelen çekilir diye düşünürüm.				
6	Sakin kafıyla düşünmeye, öfcelenmemeye çalışırım.				
7	Kendimi kapana kısılmış gibi hissederim.				
8	Olayın/olayların değerlendirilmesini yaparken iyi kararı vermeye çalışırım				
9	İçinde bulunduğum kötü durumu, kimsenin bilmesini istemem				
10	Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücümü kendimde bulurum.				
11	Olanları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam.				
12	Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım				
13	İş olacağına varır diye düşünürüm.				
14	Nfutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğrasırım.				
15	Problemin çözümü için adak adarım				

16	Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum				
17	Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım.				
18	Olaydan /olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım				
19	Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım				
20	Problemi /problemleri adım adım çözmeye çalışırım				
21	Mücadeleden vazgeçerim.				
22	Sorumun benden kaynaklandığını düşünürüm.				
23	Hakkımı savunabileceğime inanırım				
24	Olanlar karşısında "kaderim buydu" derim.				
25	"Keşke daha güçlü bir insan olsaydım" diye düşünürüm				
26	Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissedirim				
27	"Benim suçum ne" diye düşünürüm.				
28	"Hep benim yüzümden oldu" diye düşünürüm.				
29	Sorumun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım				
30	Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.				